Checkliste

Psychiatrie und Psychotherapie

Theo R. Payk
Martin Brüne

Checklisten der aktuellen Medizin
Begründet von
F. Largiadèr, A. Sturm, O. Wicki

7. Auflage



Thieme

Online-Version in der eRef

Psychatrische Notfälle

Erregungszustand	S. 300
Bewusstseinsstörung	S. 302
Akute Verwirrtheit	S. 303
Panikattacke, Angstanfall	S. 305
Suizidalität	S. 306
Prädelir, Delir	S. 307
Intoxikation, Drogennotfall	S. 309
Katatonie, Stupor	S. 310
Malignes neuroleptisches Syndrom	S. 311

Plasmakonzentration bei Drug-Monitoring häufig verwendeter Psychopharmaka

Substanzklasse	Empfohlene Serumkonzentration
Antidepressiva	
Agomelatin	7–300 ng/ml
Amitriptylin	80–200 ng/ml
Bupropion	225–1500 ng/ml
Citalopram	50–110 ng/ml
Clomipramin	100–300 ng/ml
Desipramin	100–300 ng/ml
Doxepin	50–100 ng/ml
Duloxetin	30–120 ng/ml
Escitalopram	15–80 ng/ml
Fluoxetin	300–400 ng/ml
Fluvoxamin	60–230 ng/ml
Impramin	175–300 ng/ml
Maprotilin	75–130 ng/ml
Mirtazapin	30–80 ng/ml
Moclobemid	300–1000 ng/ml
Paroxetin	30–60 ng/ml
Sertralin	10–150 ng/ml
Tranylcypromin	< 50 ng/ml
Trazodon	700–1000 ng/ml
Trimipramin	150–300 ng/ml
Venlafaxin	100–400 ng/ml

Substanzklasse	Empfohlene Serumkonzentration
Antipsychotika	
Amisulprid	100–320 ng/ml
Aripiprazol	150–500 ng/ml
Asenapin	2–5 ng/ml
Benperidol	1–10 ng/ml
Chlorprothixen	20–300 ng/ml
Clozapin	350–600 ng/ml
Flupentixol	0,5–5 ng/ml
Fluphenazin	1–10 ng/ml
Haloperidol	1–10 ng/ml
Levomepromazin	30–160 ng/ml
Melperon	30–100 ng/ml
Olanzapin	20–80 ng/ml
Paliperidon	20–60 ng/ml
Perazin	100–230 ng/ml
Perphenazin	0,6–2,4 ng/ml
Pimozid	15–20 ng/ml
Pipamperon	100–400 ng/ml
Quetiapin	100–500 ng/ml
Risperidon	20–60 ng/ml
Sertindol	50–100 ng/ml
Sulpirid	200–1000 ng/ml
Thioridazin	100–200 ng/ml
Ziprasidon	50–200 ng/ml
Zuclopentixol	4–50 ng/ml
Phasenprophylaktika	
Carbamazepin	4–10 mg/l (µg/ml)
Lamotrigin	3–14 mg/l (µg/ml)
Lithium	0,5–0,8 mmol/l
Valproat	50–100 mg/l (µg/ml)

Inhaltsübersicht

Grauer Teil: Diagnostik

1 Diagnostik ► 15
2 Psychometrie ► 47

Grüner Teil: Leitsymptome

3 Psychopathologie ► 82

Blauer Teil: Krankheitsbilder (mit Notfällen)

4 Klassifikation der Krankheitsbilder nach ICD-10: Übersicht ► 115
5 Organische einschließlich symptomatischer psychischer Störungen ► 116
6 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen ► 159
7 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störung ► 184
8 Affektive Störungen ► 203
9 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen ► 217
10 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren ► 245
11 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen ► 268
12 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend ► 298
13 Psychiatrische Notfälle ► 300

Roter Teil: Therapieverfahren, Forensik

14 Therapieverfahren ► 313
15 Psychologische Verfahren ► 345
16 Verhaltenstherapie ► 365
17 Gruppentherapien ► 380
18 Sozialbezogene Therapie ► 392
19 Forensische Psychiatrie ► 405

Anhang: Anhang

20 Anhang I: Medikamente ► 423
21 Anhang II: Adressen ► 431
22 Psychiatrisches Glossar ► 435


Thieme

Checklisten der aktuellen Medizin

Begründet von
F. Largiadèr, A. Sturm, O. Wicki

Checkliste Psychiatrie und Psychotherapie

Theo R. Payk, Martin Brüne

7., überarbeitete Auflage

18 Abbildungen

Georg Thieme Verlag
Stuttgart · New York

Bibliografische Information
Der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie: detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.d-nb.de abrufbar.

Ihre Meinung ist uns wichtig! Bitte schreiben Sie uns unter

www.thieme.de/service/feedback.html



1. Auflage 1988
2. Auflage 1992
3. Auflage 1998
4. Auflage 2003
5. Auflage 2007
6. Auflage 2013

© 2018 Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14, D-70469 Stuttgart
Unsere Homepage: http://www.thieme.de

Umschlaggestaltung: Thieme Gruppe
Umschlagfoto: © DeStagge – Adobe Stock
Zeichnungen: Angelika Kramer, Stuttgart; Angelika Brauner, Hohenpeißenheim
Satz: L42 AG, Berlin
gesetzt in: 3B2
Druck: L.E.G.O. s.p.A., in Lavis (TN)

DOI 10.1055/b-005-143666

ISBN 978-3-13-240668-1 1 2 3 4 5 6
Auch erhältlich als E-Book:
eISBN (PDF) 978-3-13-240669-8
eISBN (epub) 978-3-13-240670-4

Wichtiger Hinweis: Wie jede Wissenschaft ist die Medizin ständigen Entwicklungen unterworfen. Forschung und klinische Erfahrung erweitern unsere Erkenntnisse, insbesondere was Behandlung und medikamentöse Therapie anbelangt. Soweit in diesem Werk eine Dosierung oder eine Applikation erwähnt wird, darf der Leser zwar darauf vertrauen, dass Autoren, Herausgeber und Verlag große Sorgfalt darauf verwandt haben, dass diese Angabe **dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes** entspricht.

Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag jedoch keine Gewähr übernommen werden. **Jeder Benutzer ist angehalten,** durch sorgfältige Prüfung der Beipackzettel der verwendeten Präparate und gegebenenfalls nach Konsultation eines Spezialisten festzustellen, ob die dort gegebene Empfehlung für Dosierungen oder die Beachtung von Kontraindikationen gegenüber der Angabe in diesem Buch abweicht. Eine solche Prüfung ist besonders wichtig bei selten verwendeten Präparaten oder solchen, die neu auf den Markt gebracht worden sind. **Jede Dosierung oder Applikation erfolgt auf eigene Gefahr des Benutzers.** Autoren und Verlag appellieren an jeden Benutzer, ihm etwa auffallende Ungenauigkeiten dem Verlag mitzuteilen.

Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden **nicht** besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Das Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Vorwort

Angesichts kontinuierlicher Akzeptanz der Checkliste *Psychiatrie und Psychotherapie* in Aus- und Weiterbildung, Klinik und Praxis wurde inzwischen das Vorhaben einer erneuten, inzwischen 7. Herausgabe des Lehrbuchs realisiert. Unter engagiertem Einsatz der Fachredaktion des Thieme Verlags konnte so ein weitgehend überarbeiteter Text erstellt werden, der – unter Einbeziehung wertvoller Anregungen und Hinweise – sowohl aus einem reichen klinischen Erfahrungsschatz schöpft als auch die aktuellen Erkenntnisse der psychiatrisch-psychotherapeutischen Forschung einbezieht.

Weitergeführt wird das bewährte Prinzip einer Aufgliederung der Krankheitslehre nach Diagnostik und Therapie sämtlicher relevanter psychischer Störungen im Erwachsenenalter, adaptiert an die ICD-10 GM (Version 2017)-Klassifikation. Die detaillierten, teilweise erweiterten Beschreibungen und Erläuterungen der einzelnen Krankheitsbilder samt deren Behandlung werden ergänzt durch ausführliche, ebenfalls aktualisierte Informationen zur allgemeinen Psychopathologie, Psychometrie, Notfall- und forensischen Psychiatrie sowie durch tabellarische Medikationshinweise, Adressenverzeichnis und Glossar.

Telemetrische diagnostische Methoden und therapeutische Maßnahmen via Internet oder Videotelefonie haben sich bislang in der psychologischen Heilkunde nicht etabliert.

Ergänzende bzw. kritische, fachliche Hinweise seitens der aufmerksamen Leserschaft sind willkommen.

Theo R. Payk und Martin Brüne

Anschriften

Prof. Dr. med. Dr. phil Theo R. Payk
Prof. Dr. med. Martin Brüne
Ruhr-Universtät
Alexandrinenstr. 1–3
44791 Bochum

1 Diagnostik

1.1 Untersuchungsmethoden

Vorbemerkungen

Eine gründliche diagnostische Abklärung psychischer Erkrankungen ist die unerlässliche Voraussetzung für eine gleichermaßen wirksame wie rationelle Behandlung. Im Gegensatz zur Organmedizin stützt sich das Erkennen psychischer Störungen allerdings weniger auf körperliche Untersuchungen und/oder apparative Techniken als auf Methoden der Kommunikation und Interaktion. Zu diesen gehören hauptsächlich die Sprache (**Exploration**) und die **Beobachtung des Verhaltens**. Die sprachliche Verständigung bezieht sich dabei auf die inhaltlich-begriffliche Seite der mitgeteilten Beschwerden (digitale Kommunikation). Die nonverbale Verhaltensbeobachtung umfasst hingegen die – mehr oder weniger intuitive – Wahrnehmung von Gestik, Mimik und Sprechweise (Prosodie) des Patienten samt Gesamteindruck (analoge Kommunikation, s. Abb. 1.1). Eine telemetrische (z. B. webbasierte) psychiatische Diagnostik greift zu kurz.

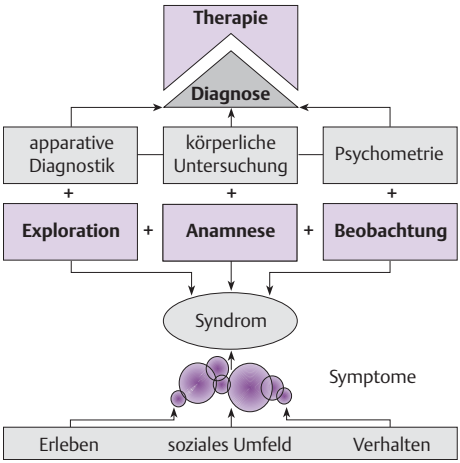


Abb. 1.1 • Diagnostisches Vorgehen

Die zusätzliche **körperliche Untersuchung** ist dennoch unersetzlich. Je nach Bedarf wird das Untersuchungsprogramm durch **labortechnische Maßnahmen** und **bildgebende Verfahren** sowie **psychometrische Methoden** ergänzt. Soweit möglich, sollten **fremdanamnestische Angaben** herangezogen werden. Die gewonnenen Informationen können divergieren; sie müssen dann überprüft werden.

Kernstück der Diagnostik ist die Erhebung des aktuellen psychopathologischen Befundes (**Psychostatus**). Dabei werden einzelne psychische Elementarfunktionen wie Bewusstseinslage, Orientiertheit und Wahrnehmung, Antriebsverhalten und Motorik, Denken und kognitive Leistungen sowie affektive Besonderheiten beschrieben; diese sind allerdings nicht als isolierte Geschehnisse aufzufassen (s. Lehrbücher der Psychopathologie bzw. Pathopsychologie). Der Gesamtbefund stellt ohnehin mehr dar als die Summe der einzelnen Erlebens- und Verhaltensdimensionen; von Interesse ist vielmehr der integrative **Globaleindruck** von der Persönlichkeit mit gestalthaften und ganzheitlichen Qualitäten einschließlich Menschenbild, Grundeinstellungen, Gesin-

nung, Sichtweisen, Motivationen, Strebungen und Zielsetzungen als Merkmale der individuellen Charakterstruktur.
Die oft nur annäherungsweise beschreibbaren, auf vorbewusster Ebene ablaufenden Anmutungen und Eindrücke, die dem individuellen psychischen Befund seine besondere Tönung verleihen, können durch Gegenübertragungsprozesse oder anderweitige Besonderheiten der subjektiven Wahrnehmung des Untersuchers verzerrt werden. Vor allem der „erste Eindruck" kann täuschen. Diese Problematik, die einen Verlust an diagnostischer Objektivität (und therapeutischer Distanz) bedeuten kann, lässt sich anhand von Vergleichen interindividueller Untersuchungsergebnisse belegen. Sie sollte erkannt, reflektiert und gegebenenfalls durch Nachuntersuchungen oder Supervision (z. B. als Fallbesprechung in der Balint-Gruppe) kontrolliert werden.
Vorgeschichte, Fremdangaben, aktueller psychopathologischer Befund, Therapieplanung und weiterer Verlauf sind in verständlicher Sprache nachvollziehbar abzufassen und übersichtlich gegliedert zu **dokumentieren**, insbesondere vor dem Hintergrund des Patientenrechtegesetzes (PRG) von 2013 (Behandlungs- und Arzthaftungsrecht laut BGB)! Bei Verdacht auf groben Behandlungsfehler Umkehr der Beweislast durch Nachweis korrekt erfolgter Aufklärung und fachgerechten Behandlungsmanagements!
Hinweis: Die Verwendung von Bild- oder Tonträgern bedarf stets der Einwilligung des Patienten oder dessen gesetzlichen Vertreters, ebenso die Hinzuziehung Dritter.

- **Gliederung der Krankengeschichte:**
  - aktuelle Beschwerden
  - spezielle Anamnese
  - weitere Anamnese
  - Familienanamnese
  - Sozialanamnese, Biografie
- psychopathologischer Befund (Psychostatus)
- körperlich-neurologischer Befund (Somatostatus)
- (neurosenpsychologischer Befund)
- (verhaltensdiagnostischer Befund)
- (neuropsychologischer Befund)
- Laborbefunde
- apparative Diagnostik (Elektroenzephalografie, bildgebende Verfahren)
- Konsiliarbefunde
- (Vorläufige) Diagnose, Differenzialdiagnose, evtl. Prognose
- Therapiekonzept, Behandlungsplan
- Konkrete therapeutische Maßnahmen
- Verlauf, Therapiekontrolle
- Epikrise

1.2 Explorationsmethoden

Diagnostisches Gespräch: Unstrukturierte Befragung

- **Definition:** Psychopathologische Standarduntersuchungsmethode beim Erstkontakt in Form eines ausführlichen Gesprächs mit dem Patienten. Ziele sind eine Bestandsaufnahme der subjektiven Beschwerden und die Ermittlung des aktuellen psychopathologischen Befundes.
- **Prinzip:** Routineuntersuchung zur ersten – oft auch nur vorläufigen – diagnostischen und differenzialdiagnostischen Orientierung (insbesondere bei akuteren psychiatrischen Störungen). Die Informationssammlung sollte entsprechend der aktuellen klinischen Situation mehr global oder detaillierter gestaltet werden.
- **Durchführung:** Anzustreben ist ein zunächst nur wenig gelenktes Gespräch in entspannter, ungestörter und vertrauensbildender Atmosphäre. Der hinreichend orientierte und kommunikationsfähige Patient sollte sich frei und ohne Zeitdruck äußern können. Verschlossene oder gar mutistische Patienten sollten nicht hartnäckig

nung, Sichtweisen, Motivationen, Strebungen und Zielsetzungen als Merkmale der individuellen Charakterstruktur.
Die oft nur annäherungsweise beschreibbaren, auf vorbewusster Ebene ablaufenden Anmutungen und Eindrücke, die dem individuellen psychischen Befund seine besondere Tönung verleihen, können durch Gegenübertragungsprozesse oder anderweitige Besonderheiten der subjektiven Wahrnehmung des Untersuchers verzerrt werden. Vor allem der „erste Eindruck" kann täuschen. Diese Problematik, die einen Verlust an diagnostischer Objektivität (und therapeutischer Distanz) bedeuten kann, lässt sich anhand von Vergleichen interindividueller Untersuchungsergebnisse belegen. Sie sollte erkannt, reflektiert und gegebenenfalls durch Nachuntersuchungen oder Supervision (z. B. als Fallbesprechung in der Balint-Gruppe) kontrolliert werden.
Vorgeschichte, Fremdangaben, aktueller psychopathologischer Befund, Therapieplanung und weiterer Verlauf sind in verständlicher Sprache nachvollziehbar abzufassen und übersichtlich gegliedert zu **dokumentieren**, insbesondere vor dem Hintergrund des Patientenrechtegesetzes (PRG) von 2013 (Behandlungs- und Arzthaftungsrecht laut BGB)! Bei Verdacht auf groben Behandlungsfehler Umkehr der Beweislast durch Nachweis korrekt erfolgter Aufklärung und fachgerechten Behandlungsmanagements!
Hinweis: Die Verwendung von Bild- oder Tonträgern bedarf stets der Einwilligung des Patienten oder dessen gesetzlichen Vertreters, ebenso die Hinzuziehung Dritter.

- **Gliederung der Krankengeschichte:**
  - aktuelle Beschwerden
  - spezielle Anamnese
  - weitere Anamnese
  - Familienanamnese
  - Sozialanamnese, Biografie
- psychopathologischer Befund (Psychostatus)
- körperlich-neurologischer Befund (Somatostatus)
- (neurosenpsychologischer Befund)
- (verhaltensdiagnostischer Befund)
- (neuropsychologischer Befund)
- Laborbefunde
- apparative Diagnostik (Elektroenzephalografie, bildgebende Verfahren)
- Konsiliarbefunde
- (Vorläufige) Diagnose, Differenzialdiagnose, evtl. Prognose
- Therapiekonzept, Behandlungsplan
- Konkrete therapeutische Maßnahmen
- Verlauf, Therapiekontrolle
- Epikrise

1.2 Explorationsmethoden

Diagnostisches Gespräch: Unstrukturierte Befragung

- **Definition:** Psychopathologische Standarduntersuchungsmethode beim Erstkontakt in Form eines ausführlichen Gesprächs mit dem Patienten. Ziele sind eine Bestandsaufnahme der subjektiven Beschwerden und die Ermittlung des aktuellen psychopathologischen Befundes.
- **Prinzip:** Routineuntersuchung zur ersten – oft auch nur vorläufigen – diagnostischen und differenzialdiagnostischen Orientierung (insbesondere bei akuteren psychiatrischen Störungen). Die Informationssammlung sollte entsprechend der aktuellen klinischen Situation mehr global oder detaillierter gestaltet werden.
- **Durchführung:** Anzustreben ist ein zunächst nur wenig gelenktes Gespräch in entspannter, ungestörter und vertrauensbildender Atmosphäre. Der hinreichend orientierte und kommunikationsfähige Patient sollte sich frei und ohne Zeitdruck äußern können. Verschlossene oder gar mutistische Patienten sollten nicht hartnäckig

bedrängt werden. Besser sind hier (vorlaufende) häufigere, kurze Aufwärmkontakte. Die vertrauliche, meist entlastende Aussprache kann bereits therapeutische Auswirkungen haben (Dauer etwa 30–50 Minuten).

- **Aussage:**
  - Mit gutem Einfühlungsvermögen und beruflicher Erfahrung kann eine ausreichende diagnostische Valenz erreicht werden. Bei prägnanter Symptomatik (und typischer Anamnese) gelingt eine verlässliche Arbeitsdiagnose bereits nach kurzer Kontaktaufnahme.
  - Wahrnehmungs- und Interpretationsverfälschungen können durch eine hohe subjektive Evidenz des ersten Eindrucks sowie durch Gegenübertragungsprozesse und Kommunikationsprobleme entstehen. Nachuntersuchung und Supervision sind daher bei weniger Geübten dringend erforderlich. Empfehlenswert ist eine Absicherung durch fremdanamnestische Angaben. Stets exakte Dokumentation!

☐ ***Hinweis:*** Keine Suggestivfragen stellen! Evtl. Widersprüchlichkeiten bzw. Pseudoerinnerungen nachgehen. Näheres s. dissoziative Identitätsstörung (S. 232)!

Strukturierte Befragung

- **Definition:** Untersuchungsmethode in Form gezielter Befragung des Patienten, die sich an einer bestimmten diagnostischen Intention des Untersuchers orientiert.
- **Prinzip:** Hinsichtlich der Thematik bzw. Inhalte mehr oder weniger gelenktes Gespräch mit vorgegebener Zielrichtung, auch im Rahmen strafferer zeitlicher Begrenzung. Es gibt dabei zwar keinen festgelegten Fragenkatalog, einzelne Themen werden aber besonders beachtet.
- **Durchführung:**
  - (Wiederholte) psychopathologische (Nach-)Untersuchungen einer Erkrankung mit dem Ziel, Umfang, Ausprägung und Intensität spezieller Symptome oder Syndrome gezielter zu verfolgen und in ihrem Verlauf zu vergleichen.
  - Die Patienten müssen ausreichend reflexions- und kommunikationsfähig sein und sich verständlich äußern können. (Dauer nicht > 40–50 Minuten.)
- **Aussage:** Ausreichend zuverlässig bei bereits stabiler Diagnose bzw. zur Überprüfung der Differenzialdiagnose. (Die Validitätsproblematik liegt in einer möglichen Verfestigung einer vorgefassten diagnostischen Meinung oder therapeutischen Strategie, weniger in der Gefahr von Wahrnehmungs- und Urteilsverzerrungen. Gegenkontrollen und Supervision durch Fachkollegen sind daher auch hier empfehlenswert. Dokumentation stets obligatorisch!)

Erstinterview

- **Definition:** Frei flottierendes, inhaltlich und zeitlich eher breit angelegtes Gespräch, das als Standarduntersuchungsmethode der Indikationsstellung für eine psychodynamische bzw. tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie dient (OPD). Weitere Informationen s. neurosenpsychologische Untersuchung (S. 31).
- **Prinzip:**
  - Weiter ausholende Abklärung von Entstehungsbedingungen und Entwicklung psychischer Beeinträchtigungen, insbesondere von neurotischen bzw. Anpassungs- und Persönlichkeitsstörungen.
  - Der tiefere Einstieg in die Psychodynamik berührt immer auch schon therapeutische Aspekte auf der Basis sich entwickelnder kathartischer und Übertragungseinwirkungen, z. B. bei Traumatisierung.
- **Durchführung:**
  - Ziel ist ein umfassender Eindruck über die Persönlichkeit, deren Entwicklung und Sozialisation wie auch über die aktuelle Symptomatik des Patienten.
  - Volle Kommunikationsfähigkeit und -bereitschaft des Patienten sind wesentliche Voraussetzungen der Interviewgestaltung.
  - Die Atmosphäre sollte weitgehend entspannt, ungestört und von gegenseitigem Vertrauen geprägt sein. (Dauer bis zu 90 Minuten.)

- **Aussage:**
  - Als Bestandteil der operationalisierten psychodynamischen Diagnostik (OPD) werden die wesentlichen Basisinformationen zu Lebensgeschichte, Persönlichkeitsstruktur sowie pathogenetischen und -plastischen Faktoren gewonnen.
  - Informationsdefizite können entstehen, wenn der Gesprächsverlauf weitgehend vom Patienten bestimmt wird oder Sprachprobleme vorliegen. Sie sollten in weiteren Sitzungen ausgeglichen werden. Eventuell sind fremdanamnestische Angaben heranzuziehen. Ausführliche Dokumentation!

Semistandardisiertes Interview

- **Definition:** Deutlich strukturierte Befragung des Patienten als vorherrschend einseitige Erhebungsmethode, bei der Art, Inhalt und Umfang der Fragen vom Untersucher bestimmt werden und der Ablauf weitgehend festgelegt ist.
- **Prinzip:** Wegen der zweckgebundenen Zielsetzung wird der Kommunikationsprozess zwischen Untersucher und Patienten asymmetrisch, lässt aber noch Spielraum für eine Gesprächsgestaltung. Der Fragenkatalog liegt mehr oder weniger fest. Die Antworten dienen meist größeren Datenerhebungen, etwa zu Forschungszwecken und zur Verlaufskontrolle.
- **Durchführung:**
  - Im Gegensatz zur Standardexploration ökonomischerer Informationsgewinn, der sich in der strafferen Gesprächsführung mit thematischer Leitlinie widerspiegelt. Die atmosphärischen Bedingungen treten eher in den Hintergrund.
  - Die Patienten müssen voll orientiert, kommunikationsfähig und kooperativ sein. Die Antworten werden nur stichwortartig festgehalten. (Dauer um 30–40 Minuten.)
- **Aussage:**
  - Objektiver und höher operationalisierbar im Vergleich zu den vorgenannten Untersuchungsverfahren.
  - Die Einbeziehung statistischer Methoden zur Auswertung ist möglich und wird meist angestrebt. Nicht abgefragte Symptome werden dagegen kaum erfasst, da der Antwortspielraum des Patienten deutlich eingeengt ist. Auch hier stets exakte Dokumentation!

Standardisiertes Interview

- **Definition:** Fest strukturierte, zielgerichtete Befragung des Patienten mittels nach Anzahl und Inhalt vorgegebener Items, meist in Form sogenannter Persönlichkeitsinventare (S. 59).
- **Prinzip:**
  - Ziel dieser vergleichsweise am höchsten standardisierten Explorationsform ist die Erfassung bestimmter vorformulierter psychopathologischer Daten.
  - Durch Übernahme der entsprechenden Reliabilitäts- und Validitätskriterien besteht große Ähnlichkeit mit psychometrischen Testverfahren im engeren Sinn.
  - Die hohe Objektivität und Vergleichbarkeit kann zu Forschungszwecken (etwa bei multizentrischen Studien oder zur Aufstellung systematisierter Therapie- und Trainingsprogramme) genutzt werden.
- **Durchführung:**
  - Vorgegebener Fragenkatalog, meist mit binärer oder abgestufter Antwortmöglichkeit (z. B. Ja/Nein-Antworten).
  - Der Patient muss voll orientiert und kommunikationsfähig sowie hinsichtlich seiner Antworten korrekt und motiviert sein (Dauer um 30–40 Minuten).
- **Aussage:**
  - Standardisierte, einfache Auswertungsmöglichkeiten, deren Resultate statistisch gut bearbeitet werden können.

- Weitgehende Unabhängigkeit vom Untersucher und von anderen Variablen. Andererseits Informationsverlust durch das einseitige Abfragen bezüglich weitergehender Befunde. Dokumentation!

1.3 Verhaltensbeobachtung

Physiognomie

- **Definition:** Überdauernder Gesichtsausdruck und Körperhaltung, die im Laufe des Lebens allmählich geprägt wurden bzw. „gewachsen" sind, unabhängig von der Fluktuation der Gesichtszüge im Mienenspiel.
- *Hinweis:* Historischer Vorläufer war die populäre Phrenologie des 19. Jahrhunderts
- **Prinzip:**
  - Kontinuierlich einwirkende, habituelle Gestimmtheiten und Befindlichkeiten können Einfluss auf die Physiognomie nehmen, wenn sich dominierende mimische Attitüden allmählich verfestigen.
  - Rückwirkend können daraus Vermutungen hinsichtlich der zugrundeliegenden prägenden Faktoren angestellt werden.
- **Anwendung:** Ziel der Beobachtung ist der hinter der aktuellen Mimik liegende Ausdruckskern, der vom Untersucher wahrgenommen und „entschlüsselt" werden soll.
- **Aussage:** Irrtümer sind häufig, die diagnostische Valenz ist spekulativ und daher kritisch zu bewerten. Sowohl angeborene als auch erworbene Knochen-, Muskel- und Hautveränderungen können mit physiognomischen Besonderheiten einhergehen, denen keine der vermuteten besonderen seelischen Eigenschaften zugrunde liegt (Pseudoexpressivität). Die vermeintliche „Denkerstirn" oder das „brutale Kinn" stellen keineswegs psychopathologisch verwertbare Kriterien dar!

Mimik

- **Definition:** Im Gegensatz zur Physiognomie (meist unbewusste) dynamische Fluktuation des Mienenspiels als Ausdruck ständig wechselnder Innervation von Muskulatur und Hautdurchblutung des Gesichts.
- **Prinzip:**
  - Phylogenetisch verankerte Widerspiegelung seelischer Qualitäten im mimischen Ausdrucksverhalten, das teilweise kulturell überformt ist und als unreflektiertes, vorbewusstes Anmutungserlebnis vom Untersucher registriert, eingeschätzt und eingeordnet wird. Hauptausdrucksträger der Mimik sind die Stirn-, Augen- und Mundregion (Theory of mind).
  - Enge Verknüpfungen von lust- und unlustbetonten Gefühlen mit zentralnervösen und hormonellen Vorgängen über entsprechende Schaltstellen in Hypothalamus, limbischem System und Hirnrinde und dem individuellen Nachempfinden bzw. Einfühlungsvermögen u. a. über das zerebrale Netzwerk von Spiegelneuronen.
- **Anwendung:**
  - Im Bereich der nonverbalen Untersuchungsmethoden nimmt die Beurteilung der Mimik eine zentrale, oft unterschätzte Rolle ein.
  - Betrachtung und Deutung der mimischen Äußerungen lassen Rückschlüsse auch auf Gemütszustände und Gestimmtheiten zu, die nicht verbal geäußert werden wollen oder können (insbesondere können sich depressive, ängstliche, aggressive wie auch wahnhafte Inhalte in der Mimik widerspiegeln).
- **Aussage:** Bei geschulter Wahrnehmung und gutem Einfühlungsvermögen kann eine belastbare diagnostische Validität erzielt werden, die allerdings explorativ abzugleichen ist. Verfälschte bzw. irritierende Rückschlüsse können aus einer Entkoppelung von mimischem Ausdruck und vermuteten Affekten resultieren, die bei zentralnervösen und Muskelerkrankungen zu beobachten ist (z. B. Zwangslachen oder Zwangsweinen, Paramimie, Bewegungsstereotypien, Hyperkinesien, Automatis-

- Weitgehende Unabhängigkeit vom Untersucher und von anderen Variablen. Andererseits Informationsverlust durch das einseitige Abfragen bezüglich weitergehender Befunde. Dokumentation!

1.3 Verhaltensbeobachtung

Physiognomie

- **Definition:** Überdauernder Gesichtsausdruck und Körperhaltung, die im Laufe des Lebens allmählich geprägt wurden bzw. „gewachsen" sind, unabhängig von der Fluktuation der Gesichtszüge im Mienenspiel.
- *Hinweis:* Historischer Vorläufer war die populäre Phrenologie des 19. Jahrhunderts
- **Prinzip:**
  - Kontinuierlich einwirkende, habituelle Gestimmtheiten und Befindlichkeiten können Einfluss auf die Physiognomie nehmen, wenn sich dominierende mimische Attitüden allmählich verfestigen.
  - Rückwirkend können daraus Vermutungen hinsichtlich der zugrundeliegenden prägenden Faktoren angestellt werden.
- **Anwendung:** Ziel der Beobachtung ist der hinter der aktuellen Mimik liegende Ausdruckskern, der vom Untersucher wahrgenommen und „entschlüsselt" werden soll.
- **Aussage:** Irrtümer sind häufig, die diagnostische Valenz ist spekulativ und daher kritisch zu bewerten. Sowohl angeborene als auch erworbene Knochen-, Muskel- und Hautveränderungen können mit physiognomischen Besonderheiten einhergehen, denen keine der vermuteten besonderen seelischen Eigenschaften zugrunde liegt (Pseudoexpressivität). Die vermeintliche „Denkerstirn" oder das „brutale Kinn" stellen keineswegs psychopathologisch verwertbare Kriterien dar!

Mimik

- **Definition:** Im Gegensatz zur Physiognomie (meist unbewusste) dynamische Fluktuation des Mienenspiels als Ausdruck ständig wechselnder Innervation von Muskulatur und Hautdurchblutung des Gesichts.
- **Prinzip:**
  - Phylogenetisch verankerte Widerspiegelung seelischer Qualitäten im mimischen Ausdrucksverhalten, das teilweise kulturell überformt ist und als unreflektiertes, vorbewusstes Anmutungserlebnis vom Untersucher registriert, eingeschätzt und eingeordnet wird. Hauptausdrucksträger der Mimik sind die Stirn-, Augen- und Mundregion (Theory of mind).
  - Enge Verknüpfungen von lust- und unlustbetonten Gefühlen mit zentralnervösen und hormonellen Vorgängen über entsprechende Schaltstellen in Hypothalamus, limbischem System und Hirnrinde und dem individuellen Nachempfinden bzw. Einfühlungsvermögen u. a. über das zerebrale Netzwerk von Spiegelneuronen.
- **Anwendung:**
  - Im Bereich der nonverbalen Untersuchungsmethoden nimmt die Beurteilung der Mimik eine zentrale, oft unterschätzte Rolle ein.
  - Betrachtung und Deutung der mimischen Äußerungen lassen Rückschlüsse auch auf Gemütszustände und Gestimmtheiten zu, die nicht verbal geäußert werden wollen oder können (insbesondere können sich depressive, ängstliche, aggressive wie auch wahnhafte Inhalte in der Mimik widerspiegeln).
- **Aussage:** Bei geschulter Wahrnehmung und gutem Einfühlungsvermögen kann eine belastbare diagnostische Validität erzielt werden, die allerdings explorativ abzugleichen ist. Verfälschte bzw. irritierende Rückschlüsse können aus einer Entkoppelung von mimischem Ausdruck und vermuteten Affekten resultieren, die bei zentralnervösen und Muskelerkrankungen zu beobachten ist (z. B. Zwangslachen oder Zwangsweinen, Paramimie, Bewegungsstereotypien, Hyperkinesien, Automatis-

men, Jaktationen, Greifreflexe, Tics, Myoklonien, mimisches Beben, Spasmen, fokale bzw. psychomotorische Anfälle.)

Hinweis: Neurophysiologische Emotionserfassung (em FACS) klinisch irrelevant!

Phonik/Prosodie

- **Definition:** Art und Weise des Sprachausdrucks und des Sprechverhaltens.
- **Prinzip:**
  - Das Sprechverhalten umfasst Lautstärke, Betonung, Deutlichkeit, Modulation und Tonfall des Sprechens. Es wird weitgehend durch psychische Vorgänge mitbestimmt. Der Sprachausdruck repräsentiert die globale Expression des Sprechens unter Integration der genannten Elemente.
  - Registrierung und Analyse von Sprechweise und Sprachausdruck lassen Rückschlüsse auf die seelische (und körperliche) Befindlichkeit zu, insbesondere bestehen enge Beziehungen zu Motivation, Volition, Stresserleben, Antriebsverhalten und Gestimmtheit.

  Hinweis: Die Sprache bezieht sich auf die *Inhalte* des Gesprochenen – s. unten.
- **Anwendung:** Sprechverhalten und Sprachausdruck des Patienten sollten stets bei allen verbalen Interaktionen im Rahmen der Verhaltensbeobachtung beachtet und bewusst wahrgenommen werden. Voraussetzungen sind die Bereitschaft und Fähigkeit des Patienten, sich hörbar bzw. verständlich verbal mitzuteilen.
- **Aussage:**
  - *Funktionelle Sprachstörungen* wie Stottern oder Stimmlosigkeit (Aphonie) können auftreten unter Stress, bei Belastungs-, Anpassungs- (S. 218) und Persönlichkeits- (S. 268) bzw. somatoformen Störungen (S. 219).
  - *Stammeln*, *Poltern* oder *Lispeln* kommen als Begleiterscheinungen hirnorganischer Dysfunktionen vor.
  - Sprechstörungen aufgrund einer inneren Gehemmtheit (*Logophobie*) oder nach Traumatisierung können bis zum Mutismus (S. 93) reichen.
  - Logorrhö (S. 96) und Inkohärenz (S. 96) deuten auf einen Verlust von sprachlicher Selbstkontrolle hin, der psychisch bzw. psychotisch wie auch hirnorganisch bedingt sein kann.

Hinweis: Von den Veränderungen des Sprachausdrucks bzw. den psychogenen Sprechstörungen sind krankhafte Beeinträchtigungen der Sprach*inhalte* zu unterscheiden wie z. B. wahnhafte Äußerungen, Neologismen, Echolalie und Sprachzerfall bei Psychosen (S. 184) oder künstlerische Attitüden wie z. B. dadaistische Lyrik.

Gestik (Pantomimik)

- **Definition:** Dynamische, expressive Bewegungskomplexe der Gliedmaßen, vor allem der Hände (im Gegensatz zur statischen Körperhaltung).
- **Prinzip:** Aus der Wahrnehmung der Körperbewegungen wird auf vermutlich zugrundeliegende Antriebs-, Stimmungs- und Aktivitätsimpulse geschlossen. Mimik, Phonik und Gestik sind Formen der analogen Kommunikation. Sie stellen evolutionsbiologisch den wesentlichen Verständigungsmodus im Sinne sog. angeborener Auslöseschemata dar, d. h., eine spezifische Reizsituation löst reflexhaft eine einprogrammierte Antwortreaktion aus (z. B. „Kindchenschema", „Demutsgebärde"). Als neurophysiologische Vermittler fungieren offenbar u. a. Spiegelneuronen. Weiteres s. Psychomotorik (S. 21).
- **Anwendung:** Die (meist rasche, unmittelbare und unreflektierte) Wahrnehmung des gestikulatorischen Verhaltens wird als unentbehrliche diagnostische Hilfe vor allem bei psychischen Erkrankungen einbezogen, die mit voluntativen (den Willen betreffenden), emotionalen und kognitiven Beeinträchtigungen einhergehen.
- **Aussage:**
  - Die Beurteilung von Mimik und Gestik ist der wichtigste klinisch-diagnostische Zugang bei Patienten, die nicht verbal kommunikationsfähig sind, z. B. bei Stupor

oder Katatonie (S. 310), bei Sprachstörungen, hirnorganisch bedingten Ausfällen oder hochgradiger geistiger Behinderung).
- Gestikulatorische und mimische Auffälligkeiten (z. B. Bewegungsstereotypien in Form von Automatismen, Echopraxie, Katalepsie oder Manieriertheit) können bei schizophrenen Psychosen (S. 184) und im Autismusspektrum vorkommen. Hyperexpressivität zeigt sich bei maniformen und histrionischen Störungen (S. 276).

Hinweis: Die diagnostische Valenz relativiert sich umso stärker, je mehr unwillkürliche – psychisch nicht fundierte – motorische Abläufe infolge hirnorganischer Störungen vorliegen (z. B. extrapyramidale Hyperkinesen, Tics oder andere Zwangsbewegungen).

Psychomotorik

- **Definition:** Aufeinander abgestimmte, zielgerichtete Bewegungsabläufe des Körpers und der Gliedmaßen als Folge des integrativen Zusammenwirkens psychischer, neuronaler und muskulärer Faktoren. Hiervon zu unterscheiden: Motilität als Ausdruck der allgemeinen Beweglichkeit!
- **Prinzip:** (Oft sekundenschnelle) Erfassung und Beurteilung der psychisch organisierten Bewegungsabläufe unter dem Aspekt ihres Ausdrucksgehaltes bzw. der Prägung durch die Gesamtpersönlichkeit einschließlich ihrer Antriebsgerichtetheiten und Impulse („Biological motion").
- **Anwendung:**
  - Die Wahrnehmung und Beurteilung der Bewegung stellt – neben neurologischen – auch bei allen psychischen Störungen eine wichtige Untersuchungsmethode dar.
  - Besonders zu beachten sind die zielgerichtete und kontrollierte Steuerung der Bewegungsabläufe bzw. deren Beeinträchtigungen in Form von Unruhe, Hektik, Fahrigkeit, Ziellosigkeit, Unkoordiniertheit, Verlangsamung, Iteration (stereotype Wiederholung von Lauten, Silben, Wörtern, Satzteilen bzw. Sätzen), Gebundenheit und Erstarrung.

  Hinweis: Auch die Beurteilung der Handschrift kann diagnostische Valenz haben, sofern sie nicht als spekulative Grafologie überinterpretiert wird.
- **Aussage:** Mögliche Ursachen für Veränderungen der Psychomotorik mit psychiatrischer Relevanz sind:
  - Bewusstseins- (S. 84), Antriebs- (S. 91) und Willensstörungen (S. 92) aufgrund von zentralen Integrations- und Steuerungsschwächen (z. B. unter Stress, bei innerer Angespanntheit, Impulskontrollstörung, Manie, intoxikationsbedingter Hyperaktivität oder Vigilanzminderung).
  - Begleitwirkungen psychopharmakologischer Behandlung, z. B. unter klassischen Antipsychotika (Tremor, Tonusveränderungen der Muskulatur mit Einbußen an Feinmotorik und Kraft, Dyskinesien, Akathisie, Tasikinese) oder Tranquillizern bzw. Drogen (Müdigkeit, Verlangsamung, Lethargie, Kraftlosigkeit, Erstarrung).

Körperhaltung, Habitus

- **Definition:** Durch Skelettsystem und Muskulatur geprägte körperliche Gesamterscheinung, die durch psychische Einflüsse mitbestimmt wird.
- **Prinzip:** Seelische Faktoren wirken über Vegetativum und Endokrinum auf Gefäß- und Muskeltonus ein, die ihrerseits die Körperhaltung beeinflussen. Aus ihr lassen sich daher in gewissem Umfang Hinweise auf allgemeine Befindlichkeit, Aktivitätsniveau, Selbstwertgefühl, Stimmungslage u. ä. gewinnen.
- **Anwendung:** Die Beurteilung der Körperhaltung stellt einen Aspekt der Verhaltensbeobachtung dar, deren Registrierung die klinische Diagnostik von der ersten Kontaktaufnahme an begleitet. Kommunikationsfähigkeit oder -willigkeit des Untersuchten sind wie bei allen nonverbalen im Gegensatz zu den gesprächsgebundenen Untersuchungsmethoden nicht erforderlich.

- **Aussage:**
  - Die diagnostische Wertigkeit der Beurteilung von Körperhaltung wie auch anderer Ausdrucksträger erscheint bei beruflicher Erfahrung mit geschulter Wahrnehmung durchaus ergiebig. Eine intendierte oder unbewusste Verfälschung des Ausdrucksverhaltens ist über längere Zeit nur schwer durchzuhalten.
  - Abzugrenzen sind Veränderungen der körperlichen Erscheinung infolge organischer, insbesondere orthopädischer und neurologischer Erkrankungen, die keine psychiatrische Ausdrucksfunktion besitzen, vgl. Physiognomie (S. 19).

Gesamteindruck

- **Definition:** Ganzheitliches Anmutungserlebnis bezüglich der gesamten Erscheinung einer Person, das aus dem Zusammenwirken aller geistig-seelischen und körperlichen Funktionen resultiert.
- **Prinzip:** Aus dem summarischen, aber durchaus gestalthaften Gesamteindruck wird global auf Besonderheiten der Persönlichkeit bzw. Persönlichkeitsveränderungen geschlossen.
- **Anwendung:**
  - Die Wahrnehmung und Bewertung des äußeren Erscheinungsbildes des Patienten stellt einen integrativen Bestandteil der psychopathologischen Beurteilung dar und sollte im Befund dokumentiert werden.
  - Von Bedeutung ist die Beurteilung des Gesamteindrucks, wenn Abweichungen in Richtung Ungepflegtheit, Verwahrlosung, Kontaktschwäche, Verschrobenheit, Reizbarkeit, Exzentrik, Infantilismus u. a. zu registrieren sind.
- **Aussage:**
  - Der Gesamteindruck vermittelt eine Bewertung der Persönlichkeit des Untersuchten, die einerseits subjektiv ist, andererseits aber in einer bio-psychosozialen Gesamtschau überraschend reliabel ist. Abhängigkeiten von aktuell-modischen und kulturellen Einflüssen sind zu berücksichtigen (v. a. hinsichtlich Auftreten, Benehmen, Kleidung und Schmuck), gleichermaßen evtl. (unbewusste) Voreingenommenheiten des Untersuchers.
  - Gröbere Beeinträchtigungen werden am häufigsten gesehen bei Demenz, geistiger Behinderung (S. 101), Suchterkrankungen (S. 159), Persönlichkeitsstörungen (S. 268) und chronischen psychotischen Störungen (S. 184).

1.4 Anamneseerhebung

Familienanamnese

- **Definition:** Ermittlung und Bewertung von Erkrankungen bei Familienmitgliedern bzw. der Sippe sowie innerhalb der Lebensgemeinschaft.
- **Prinzip:** Die Familienanamnese kann wichtige Hinweise zur Diagnose von psychiatrischen Erkrankungen liefern, bei denen genetische und epigenetische Faktoren bzw. prägende psychosoziale Einwirkungen in Kindheit und Adoleszenz eine besondere Rolle spielen.
- **Durchführung:** Der Patient bzw. dessen Angehörige werden auf Erkrankungen und Lebensalter – gegebenenfalls Todesursache – bei Geschwistern, Eltern und Großeltern sowie anderen Bezugspersonen angesprochen. Dokumentation!
- **Aussage:** Aus möglichst vollständigen und korrekten familienanamnestischen Angaben lassen sich diagnostische Hinweise auf Erkrankungen mit hereditärer oder milieubedingter Belastung gewinnen, wie z. B.
  - Schizophrene (S. 184) und affektive Psychosen (S. 203).
  - Angsterkrankungen (S. 305), Angst, Panik (S. 103) bzw. Phobien (S. 220).
  - Suchterkrankungen (S. 159).
  - Geistiger Behinderung, Intelligenzschwäche (S. 101).

- **Aussage:**
  - Die diagnostische Wertigkeit der Beurteilung von Körperhaltung wie auch anderer Ausdrucksträger erscheint bei beruflicher Erfahrung mit geschulter Wahrnehmung durchaus ergiebig. Eine intendierte oder unbewusste Verfälschung des Ausdrucksverhaltens ist über längere Zeit nur schwer durchzuhalten.
  - Abzugrenzen sind Veränderungen der körperlichen Erscheinung infolge organischer, insbesondere orthopädischer und neurologischer Erkrankungen, die keine psychiatrische Ausdrucksfunktion besitzen, vgl. Physiognomie (S. 19).

Gesamteindruck

- **Definition:** Ganzheitliches Anmutungserlebnis bezüglich der gesamten Erscheinung einer Person, das aus dem Zusammenwirken aller geistig-seelischen und körperlichen Funktionen resultiert.
- **Prinzip:** Aus dem summarischen, aber durchaus gestalthaften Gesamteindruck wird global auf Besonderheiten der Persönlichkeit bzw. Persönlichkeitsveränderungen geschlossen.
- **Anwendung:**
  - Die Wahrnehmung und Bewertung des äußeren Erscheinungsbildes des Patienten stellt einen integrativen Bestandteil der psychopathologischen Beurteilung dar und sollte im Befund dokumentiert werden.
  - Von Bedeutung ist die Beurteilung des Gesamteindrucks, wenn Abweichungen in Richtung Ungepflegtheit, Verwahrlosung, Kontaktschwäche, Verschrobenheit, Reizbarkeit, Exzentrik, Infantilismus u. a. zu registrieren sind.
- **Aussage:**
  - Der Gesamteindruck vermittelt eine Bewertung der Persönlichkeit des Untersuchten, die einerseits subjektiv ist, andererseits aber in einer bio-psychosozialen Gesamtschau überraschend reliabel ist. Abhängigkeiten von aktuell-modischen und kulturellen Einflüssen sind zu berücksichtigen (v. a. hinsichtlich Auftreten, Benehmen, Kleidung und Schmuck), gleichermaßen evtl. (unbewusste) Voreingenommenheiten des Untersuchers.
  - Gröbere Beeinträchtigungen werden am häufigsten gesehen bei Demenz, geistiger Behinderung (S. 101), Suchterkrankungen (S. 159), Persönlichkeitsstörungen (S. 268) und chronischen psychotischen Störungen (S. 184).

1.4 Anamneseerhebung

Familienanamnese

- **Definition:** Ermittlung und Bewertung von Erkrankungen bei Familienmitgliedern bzw. der Sippe sowie innerhalb der Lebensgemeinschaft.
- **Prinzip:** Die Familienanamnese kann wichtige Hinweise zur Diagnose von psychiatrischen Erkrankungen liefern, bei denen genetische und epigenetische Faktoren bzw. prägende psychosoziale Einwirkungen in Kindheit und Adoleszenz eine besondere Rolle spielen.
- **Durchführung:** Der Patient bzw. dessen Angehörige werden auf Erkrankungen und Lebensalter – gegebenenfalls Todesursache – bei Geschwistern, Eltern und Großeltern sowie anderen Bezugspersonen angesprochen. Dokumentation!
- **Aussage:** Aus möglichst vollständigen und korrekten familienanamnestischen Angaben lassen sich diagnostische Hinweise auf Erkrankungen mit hereditärer oder milieubedingter Belastung gewinnen, wie z. B.
  - Schizophrene (S. 184) und affektive Psychosen (S. 203).
  - Angsterkrankungen (S. 305), Angst, Panik (S. 103) bzw. Phobien (S. 220).
  - Suchterkrankungen (S. 159).
  - Geistiger Behinderung, Intelligenzschwäche (S. 101).

- Degenerativen Systemerkrankungen, z. B. Morbus Pick (S. 124), Morbus Alzheimer (S. 116), Morbus Huntington (S. 128). Bei älteren oder schwerer beeinträchtigten Patienten ist mit größeren Erinnerungslücken zu rechnen, oft fehlen Kenntnisse über Erkrankungen und Todesursachen vorausgegangener Generationen. Oft Verständigungsprobleme mit Flüchtlingen bzw. Migranten.

Hinweise:

- Suizidversuche und Suizide, Suchterkrankungen und Behinderungen in der weiteren Familie sind dem Patienten selbst nicht immer bekannt oder werden – vielleicht aus Scham – verschwiegen.
- Zwischen allen Formen der Anamneseerhebung gibt es fließende Übergänge; ein rigides Festhalten an einer Art Schablone ist kontraproduktiv und unökonomisch!

Weitere Anamnese

- **Definition:** Die weitere Anamnese umfasst über die spezielle Vorgeschichte (S. 24) hinaus alle anderen bedeutsamen früheren Erkrankungen des Patienten einschließlich eventueller Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen.
- **Prinzip:** Die Ergänzung der Krankheitsgeschichte durch zusätzliche Beiträge auch über andere Krankheiten dient der Vervollständigung aller Angaben, die für die psychiatrisch-psychologische Diagnostik und Therapie Bedeutung haben könnten.
- **Durchführung:**
  - Obgleich die Erhebung und Dokumentation der weiteren Anamnese im Rahmen der strukturierten Exploration älterer Patienten einen größeren zeitlichen Umfang einnehmen kann, sollte darauf nicht verzichtet werden. Dokumentation!
  - Bedeutung für den psychiatrischen Bereich können insbesondere haben:
    - Prä- und perinatale Komplikationen.
    - Alle späteren Erkrankungen, die mit direkten oder indirekten Schädigungen des zentralen Nervensystems in Verbindung gebracht werden können.
- **Aussage:** Bei kritischer Einordnung werden die hierdurch gewonnenen Informationen zu einem wichtigen Bestandteil der gesamten Krankheits- und Lebensgeschichte, vor allem, wenn Interferenzen zu Art und Entwicklung der aktuellen psychischen Störung vermutet werden. Eine Absicherung durch fremdanamnestische Angaben ist möglicherweise nützlich.

Biografische Anamnese, Sozialanamnese

- **Definition:** Ausführliche Erhebung der Lebensgeschichte des Patienten.
- **Prinzip:**
  - Neben der speziellen Anamnese (S. 24) stellt die Biografie den psychiatrisch-psychotherapeutisch wichtigsten Teil der Vorgeschichte dar, da
    - viele psychische Erkrankungen durch Besonderheiten des Milieus, der frühkindlichen (u. U. auch schon vorgeburtlichen) Entwicklung und der Sozialisation (etwa durch emotionale Vernachlässigung oder Missbrauch) verursacht, in Gang gesetzt oder geformt werden, und
    - umgekehrt psychische – insbesondere chronische – Erkrankungen den Lebenslauf eines Menschen entscheidend beeinflussen können.
  - Die biografische Anamnese ist ein wichtiger Bestandteil der neurosenpsychologischen (S. 31) bzw. operationalisierten psychodynamischen Diagnostik, kurz OPD (S. 31).
- **Durchführung:**
  - Gewöhnlich hoher Zeitbedarf. Es kann daher hilfreich sein, den Patienten zusätzlich um eine Niederschrift seines Lebenslaufes zu bitten.
  - Schwerpunktmäßig sind hierbei die in Tab. 1.1 aufgeführten Punkte und Fragenkomplexe zu erfassen und zu dokumentieren.
  - Evtl. Fremdangaben von Angehörigen, Bekannten, Freunden oder Arbeitskollegen für eine zusätzliche Absicherung anstreben.

- **Aussage:** Die Kenntnis biografischer Fakten einschließlich Hinweisen auf die Resilienz ist unerlässlich zum Verständnis der Krankheitsentwicklung. Sie dient ferner dem Aufbau von Behandlungsstrategien psychotherapeutischer und sozialpsychiatrischer Art. Vergleiche Erstinterview (S. 17), neurosenpsychologische Diagnostik (S. 31), OPD (S. 31).

Tab. 1.1 • **Mögliche Schwerpunkte der biografischen Anamnese**

Themenkatalog	mögliche Fragen
Atmosphäre und Milieu der Kindheit und der frühkindlichen Entwicklung	Verlauf der Schwangerschaft und Geburt, Geburtskomplikationen, Kindergarten, Freunde, Peer groups
soziale Herkunft, berufliche Verhältnisse der Eltern	Beziehung zu den Eltern, Erziehungsstil, Vorbilder, Großeltern
Verhältnis zu Eltern und Geschwistern, v. a. bzgl. der emotionalen Bindung	Rivalität, Aufgabenverteilung, Stellung zu den Eltern, Geschwisterreihe, Kontakte
Schulbesuch und eigene Berufswahl, berufliche Entwicklung	Schulbildung, Schulabschluss, Berufsausbildung, beruflicher Status, Wechsel der Arbeitsstelle, berufliche Erfolge und Misserfolge, Verhältnis zu Kollegen
Freundschaften und Partnerschaften einschließlich Sexualität	soziale Bindungen, Entwicklung in der Kindheit und Pubertät, erste sexuelle Erfahrungen und sexuelle Ausrichtung, Libido, Orgasmuserleben; bei Frauen auch Menarche, Zyklus, Schwangerschaften, (Fehl-)geburten, Interruptio
Situation der eigenen Familie	Wohnsituation, Kinder, Enkel
private und besondere berufliche Belastungen	Trennung, Scheidung, Partnerverlust, Arbeit, Examina, Prüfungen, „Mobbing“, „Burnout“, Resilienz
wirtschaftliche Verhältnisse	finanzielle Situation, Schulden, Verpflichtungen
Sozialkontakte	Freunde, Bekannte, Hobbys, Sport, Mitgliedschaften, Interesse an Kulturveranstaltungen, Engagements, Religion und Kirche
Wohnungswechsel	berufliche, finanzielle, private Gründe
weitere Lebensplanung	berufliche und private Ziele (berufliche Karriere, Heirat, Kinder, Anschaffungen, Wohneigentum)

Spezielle Anamnese

- **Definition:** Vorgeschichte der psychiatrischen Erkrankung, die den Patienten zur Untersuchung und Behandlung geführt hat.
- **Prinzip:** Aus der möglichst vollständig zu erfassenden Krankheitsentwicklung lassen sich die wesentlichen diagnostischen Hinweise zu Beginn, evtl. Auslösern, Ablauf und Form der aktuellen Erkrankung gewinnen.
- **Durchführung:** Die spezielle Anamnese ist qualitativ (entsprechend differenziert, „intensiv“) und quantitativ (ausreichend umfangreich, „extensiv“) im Rahmen der Untersuchungsexploration sorgfältig zu entwickeln und in Stichworten zu dokumentieren. Fehlende Daten sind möglichst durch fremdanamnestische Angaben zu ergänzen. Stets bisherige und aktuelle Medikation abfragen!
- **Aussage:**
  - Zumindest eine vorläufige bzw. Verdachtsdiagnose lässt sich meistens als Arbeitshypothese aus spezieller Anamnese und aktuellem psychopathologischen Befund stellen, sofern eine ausreichende sprachliche Verständigung möglich ist.

- Die Ermittlung des Erkrankungsbeginns ist insofern wichtig, als einige psychische Erkrankungen an bestimmte Lebensalter gebunden sind bzw. dann mit größerer Wahrscheinlichkeit auftreten (Beispiele siehe Tab. 1.2).

Hinweis: Divergierende Informationen können aus Erinnerungs- und Wahrnehmungsverzerrungen resultieren, da der Patient meist seine eigene Krankheitsvorgeschichte rückblickend aus der momentanen subjektiven Befindlichkeit heraus schildert (so schildern depressive Patienten z. B. ihre Vorgeschichte meist negativer, als dies tatsächlich der Fall war). Fremdanamnese!

Tab. 1.2 • **Altersgebundene psychische Erkrankungen**

typisches Alter	Krankheitsbild
jüngeres Lebensalter	• ADHS (S. 100) • Verhaltensstörungen (S. 269) • Autismusspektrum • geistige Behinderung, mentale Retardierung • Hebephrenie (S. 194) • Drogenabhängigkeit (S. 167) • Phobien (S. 220), Zwänge (S. 98)
mittleres Lebensalter	• Schizophrenien (S. 184) und affektive Störungen (S. 203) • Alkoholabhängigkeit (S. 161), nicht-stoffgebundene Suchterkrankungen • Belastungs- und Anpassungsstörungen (S. 217), „Burnout“ • Persönlichkeitsstörungen (S. 268)
höheres Lebensalter	• hirnorganische Störungen bzw. Demenzen (S. 116) • Involutionspsychosen (S. 211)

Fremdanamnese

- **Definition:** Angaben von Personen, die mit dem Patienten näher bekannt sind.
- **Prinzip:** Zusätzliche fremdanamnestische Informationen von Angehörigen oder anderen Bezugspersonen liefern oft verlässliche Hinweise zum Krankheitsgeschehen bzw. zur Symptomatik (besonders wichtig, wenn der Patient selbst nur unvollständige oder gar keine Angaben machen will oder kann).
- **Durchführung:**
  - Die nächsten Kontaktpersonen sind – nach Möglichkeit mit Zustimmung des Patienten – in die Erstuntersuchung einzubeziehen. Bei bewusstseinsgestörten, dementen oder stuporösen Patienten sind ihre Angaben unverzichtbarer Bestandteil der Diagnostik. Dokumentation!
  - Fremdanamnestische Angaben sind ferner wichtig bei verminderter Krankheitseinsicht bzw. Unfähigkeit zu kritischer Selbstbeobachtung und -beurteilung.

Hinweis: Zu den fremdanamnestischen Angaben gehören auch ärztliche Berichte aus früheren Behandlungen u. ä., die mit Einverständnis des Patienten einzuholen sind!

- **Aussage:**
  - Der besondere Informationsgewinn der Fremdanamnese ergibt sich aus den patientenunabhängigen, „objektiveren“ Mitteilungen.
  - Die eigenen Angaben des Patienten sind mit den fremdanamnestischen Daten nicht immer kompatibel: Beschönigende oder aggravierende, zweckgerichtete Angaben kommen vor bei einer engen Beziehung zum Patienten (emotional begründete Wahrnehmungsverzerrungen) und/oder wenn persönliche Interessen eingebracht werden. Evtl. Einfluss dolmetschender Personen?

Katamnese

- **Definition:** Beobachtung und Beschreibung einer bestimmten Erkrankung über einen längeren Zeitraum.

- **Prinzip:** Das Zurückverfolgen der Krankheit von ihren Anfängen an und die Beobachtung ihres weiteren Verlaufs haben zum Ziel, nähere differenzialdiagnostische Aufschlüsse zu erhalten und Anhaltspunkte für eine verlässliche Prognose zu gewinnen (Streckenprognose, Langzeitprognose, Richtungsprognose, soziale Prognose).
- **Durchführung:** Während der (ambulanten oder stationären) Behandlung wird der Krankheitsverlauf stichwortartig, aber möglichst prägnant dokumentiert, gegebenenfalls unter Einbeziehung fremdanamnestischer Angaben. Die Verlaufsbeurteilung orientiert sich wie auch die übrige Diagnostik an der üblichen Untersuchungsdichotomie „subjektives Befinden – objektiver Befund".
- **Aussage:**
  - Eine kontinuierliche Verlaufskontrolle erleichtert prognostische Aussagen hinsichtlich des zu erwartenden weiteren Krankheitsverlaufs, was z. B. bei degenerativen Erkrankungen, Süchten oder Persönlichkeitsstörungen bedeutsam ist. Ferner können die Wirksamkeit der Therapie und der Erfolg rehabilitativer Maßnahmen einschließlich der Krankheitsbewältigung (Coping-Strategien) z. B. nach Traumatisierung genauer eingeschätzt werden.
  - In Einzelfällen gelingt erst durch die Verlaufsbeobachtung eine endgültige diagnostische Klärung, z. B. bei initial wenig prägnanten Psychosen oder schleichend beginnenden hirnorganischen Prozessen. Eine exakte Dokumentation schützt vor forensischen oder abrechnungstechnischen Missverständnissen (S. 405).

1.5 Psychiatrische Untersuchung

Psychopathologischer Befund (Psychostatus)

- **Definition und Prinzip:** Wahrnehmung, Explikation, Registrierung, Gewichtung und Dokumentation von Abweichungen im Denken, Erleben und Verhalten des Patienten (Symptome) im Rahmen der klinischen Untersuchung sind die wichtigsten Bausteine der klinischen Diagnose. Sie richten sich auf die in der Tab. 1.3 dargestellten elementaren und komplexen psychischen Funktionen.
- Die Befunderhebung erfolgt aufgrund der vorlaufend beschriebenen Explorationsmethoden und Verhaltensbeobachtungen. Sie sollte im Zweifelsfall durch psychometrische Methoden abgesichert bzw. ergänzt werden.

Tab. 1.3 • **Psychopathologischer Befund – elementare und komplexe psychische Funktionen**

Funktion, Befindlichkeit	mögliche Abweichungen (Beispiele)
erster Eindruck, äußeres Erscheinungsbild	überangepasst, umtriebig, devot, ungepflegt, müde, verwahrlost, vorgealtert, erschöpft, ablehnend, unkooperativ, unzugänglich, autistisch, desorganisiert, abgebaut
Bewusstseinslage, Vigilanz	somnolent, soporös, komatös, delirant, umdämmert, eingeengt, fluktuierend, überwach
Aufmerksamkeit, Konzentration	desinteressiert, zerstreut, abgelenkt, konfus, wechselnd, gleitend, fahrig, gelangweilt, abwesend
Orientiertheit (Person, Ort, Zeit, Situation)	uninformiert, falschinformiert, verwirrt, ratlos, lückenhaft, desorientiert, durcheinander, kopflos
Interaktion, Kontakt	negativistisch, ablehnend, verschlossen, introvertiert, gehemmt, einsilbig, scheu, angepasst, extrovertiert, theatralisch, feindselig, aggressiv, anhänglich, klebrig, distanzlos
Antriebsverhalten, Psychomotorik	stuporös, kataton, verlangsamt, ambitendent, manieriert, unruhig, umtriebig, getrieben, impulsiv, erregt, kataleptisch, stereotyp

- **Prinzip:** Das Zurückverfolgen der Krankheit von ihren Anfängen an und die Beobachtung ihres weiteren Verlaufs haben zum Ziel, nähere differenzialdiagnostische Aufschlüsse zu erhalten und Anhaltspunkte für eine verlässliche Prognose zu gewinnen (Streckenprognose, Langzeitprognose, Richtungsprognose, soziale Prognose).
- **Durchführung:** Während der (ambulanten oder stationären) Behandlung wird der Krankheitsverlauf stichwortartig, aber möglichst prägnant dokumentiert, gegebenenfalls unter Einbeziehung fremdanamnestischer Angaben. Die Verlaufsbeurteilung orientiert sich wie auch die übrige Diagnostik an der üblichen Untersuchungsdichotomie „subjektives Befinden – objektiver Befund".
- **Aussage:**
  - Eine kontinuierliche Verlaufskontrolle erleichtert prognostische Aussagen hinsichtlich des zu erwartenden weiteren Krankheitsverlaufs, was z. B. bei degenerativen Erkrankungen, Süchten oder Persönlichkeitsstörungen bedeutsam ist. Ferner können die Wirksamkeit der Therapie und der Erfolg rehabilitativer Maßnahmen einschließlich der Krankheitsbewältigung (Coping-Strategien) z. B. nach Traumatisierung genauer eingeschätzt werden.
  - In Einzelfällen gelingt erst durch die Verlaufsbeobachtung eine endgültige diagnostische Klärung, z. B. bei initial wenig prägnanten Psychosen oder schleichend beginnenden hirnorganischen Prozessen. Eine exakte Dokumentation schützt vor forensischen oder abrechnungstechnischen Missverständnissen (S. 405).

1.5 Psychiatrische Untersuchung

Psychopathologischer Befund (Psychostatus)

- **Definition und Prinzip:** Wahrnehmung, Explikation, Registrierung, Gewichtung und Dokumentation von Abweichungen im Denken, Erleben und Verhalten des Patienten (Symptome) im Rahmen der klinischen Untersuchung sind die wichtigsten Bausteine der klinischen Diagnose. Sie richten sich auf die in der Tab. 1.3 dargestellten elementaren und komplexen psychischen Funktionen.
- Die Befunderhebung erfolgt aufgrund der vorlaufend beschriebenen Explorationsmethoden und Verhaltensbeobachtungen. Sie sollte im Zweifelsfall durch psychometrische Methoden abgesichert bzw. ergänzt werden.

Tab. 1.3 • **Psychopathologischer Befund – elementare und komplexe psychische Funktionen**

Funktion, Befindlichkeit	mögliche Abweichungen (Beispiele)
erster Eindruck, äußeres Erscheinungsbild	überangepasst, umtriebig, devot, ungepflegt, müde, verwahrlost, vorgealtert, erschöpft, ablehnend, unkooperativ, unzugänglich, autistisch, desorganisiert, abgebaut
Bewusstseinslage, Vigilanz	somnolent, soporös, komatös, delirant, umdämmert, eingeengt, fluktuierend, überwach
Aufmerksamkeit, Konzentration	desinteressiert, zerstreut, abgelenkt, konfus, wechselnd, gleitend, fahrig, gelangweilt, abwesend
Orientiertheit (Person, Ort, Zeit, Situation)	uninformiert, falschinformiert, verwirrt, ratlos, lückenhaft, desorientiert, durcheinander, kopflos
Interaktion, Kontakt	negativistisch, ablehnend, verschlossen, introvertiert, gehemmt, einsilbig, scheu, angepasst, extrovertiert, theatralisch, feindselig, aggressiv, anhänglich, klebrig, distanzlos
Antriebsverhalten, Psychomotorik	stuporös, kataton, verlangsamt, ambitendent, manieriert, unruhig, umtriebig, getrieben, impulsiv, erregt, kataleptisch, stereotyp

Tab. 1.3 • **Fortsetzung**

Funktion, Befindlichkeit	mögliche Abweichungen (Beispiele)
Sprechweise, Sprache	mutistisch, leise, monoton, aphasisch, paraphasisch, stotternd, lispelnd, tonlos, gepresst, überlaut, logorrhoisch, neologistisch, verbigerierend
Kontrolle, Steuerung, Volition	haltarm, impulsiv, sprunghaft, gelockert, gespannt, verkrampft, blockiert, zwanghaft, hartnäckig, ziellos
Denkabläufe	gehemmt, gesperrt, verlangsamt, ambivalent, verworren, inkohärent, perseverierend, weitschweifig, ideenflüchtig, sprunghaft, zerfahren, wirr
Denkinhalte	hypochondrisch, misstrauisch, zwanghaft, magisch, paranoid, expansiv, bizarr, ängstlich, phobisch, nihilistisch, irreal
Intelligenz, intellektuelles Niveau	genial, hochbegabt, im unteren Normbereich, minderbegabt, geistig behindert, dement
mnestische Funktionen (Neu-, Altgedächtnis)	zerstreut, lückenhaft, vergesslich, schwerbesinnlich, amnestisch, verworren, konfabulatorisch, verfälscht
Gestimmtheit, Affektivität	bedrückt, depressiv, pessimistisch, ratlos, parathym, ängstlich, gereizt, feindselig, verzweifelt, läppisch, dysphorisch, heiter, gehoben, hyperthym, überschwänglich, euphorisch, ekstatisch
affektive Resonanz	eingeengt, verflacht, verarmt, bewegt, blockiert, affektlabil, affektinkontinent, überschießend
Empfindung, Wahrnehmung	misstrauisch, sensitiv, situationsverkennend, verzerrt, unwirklich, blass, dysästhetisch, halluzinatorisch, synästhetisch, gesteigert
Ich-Erleben	Fremdbeeinflussung, Gedankenentzug und -eingebung, Gedankenausbreitung, Derealisation, Depersonalisation, Transitivismus
Gesamtpersönlichkeit, Charakterzüge	Krankheitseinsicht, Motivation, Ich-Stärke, Belastbarkeit, Resilienz, Leidensdruck, Empathie, Steuerungsfähigkeit, Compliance, Kooperation, Aggravation, Simulation, Sexualität

Neuropsychologische Untersuchung

- **Definition:** Klinische Erfassung komplexerer Leistungsmängel aufgrund hirnorganischer Funktionsstörungen.
- **Prinzip:** Schädigungen bestimmter Hirnabschnitte verursachen umschriebene, klinisch fassbare kognitive Defizite. Diffuse, weitergehende Hirnschädigungen können schließlich zum Bild einer Hirnleistungsschwäche bzw. eines demenziellen Syndroms (S. 101) führen. Die Erfassung intellektuell-kognitiver Funktionen und damit verknüpfter Erlebens- und Verhaltensbesonderheiten hat zum Ziel, eventuell vorhandene Einbußen aufzudecken, zu analysieren und zu klassifizieren.
- **Durchführung:** Die in der Tab. 1.4 dargestellten Leistungsbereiche werden durch exploratives Gespräch, gezieltes Nachfragen sowie Verhaltensbeobachtung klinisch geprüft. Spezielle Leistungstests (S. 48) können den Befund objektivieren und quantifizieren.

Hinweis: Händigkeit bzw. Hemisphärendominanz beachten!

Tab. 1.4 • **Neuropsychologische Leistungsbereiche**

Leistungsbereich	klinische Parameter, Aufgaben	Läsionsort – Aussage	mögliche Leistungstests
Aufmerksamkeit und Orientierung	*Person:* Name, Alter, Geburtsdatum *Zeit:* Jahr, Jahreszeit, Datum, Wochentag, Uhrzeit *Ort, Situation:* Stadt, Gebäude, Etage, Station	diffuse Hirnfunktionsstörungen	MMST (S. 54), WCST (S. 52), DCS (S. 55) u. andere Demenz-Tests (S. 56)
Sprache, Sprechen, Schreiben: Störung der verbalen Kommunikation	*Spontansprache:* Fluss, Tempo, Neologismen, Paraphasien, Prosodie *Sprachverständnis:* Binärfragen, Zeigeaufgaben *Nachsprechen:* Wörter, Sätze ansteigender Komplexität *Benennen:* Gegenstände, Teile von Gegenständen, Körperteile, Farben *Lesen:* Worte, Sätze, kurzer Text *Schreiben:* Spontan u. diktiert	Störung linkshemisphärisch durch lokale oder diffuse Läsion einschließlich Demenz	Aphasie-Test FWIT (S. 51)
Raumerfassen: Störung des Raumverständnisses und der Raumverarbeitung bei erhaltener Wahrnehmung	spontanes Zeichnen u./o. Kopieren von geometrischen Objekten (z. B. Würfel, Haus, Blume), Linienhalbieren	Schädigung rechtsparietal	WIE – vormals HAWIE (S. 52), Raven-Test (S. 51), DCS (S. 55), Benton-Test (S. 53) Neglect-Test (S. 55)

Tab. 1.4 • **Fortsetzung**

Leistungsbereich	klinische Parameter, Aufgaben	Läsionsort – Aussage	mögliche Leistungstests
Koordination von Willkürbewegungen: Störung der geordneten, willkürlichen und zielgerichteten Bewegungsausführung	Koordination, Spontanbewegung, Willkürbewegung, Handlungsgestalt, Handlungsabläufe, optisch-räumliches Orientierungsvermögen. Beispiele: *ideomotorisch:* Einzelne Handlung betroffen (z. B. mit der Hand grüßen, Vogel zeigen, winken) *ideatorisch:* Handlungsabfolge betroffen (z. B. Papier falten, in Umschlag stecken, zukleben, Briefmarke aufkleben) *konstruktiv:* Gestaltende Handlungen können nicht durchgeführt werden (z. B. zeichnen)	Schädigung temporoparietal links	MMST (S. 54) DCS HIS (S. 57), Neurostatus
Lesen Störungen des Lesens	*literal:* Fehler bei der Buchstabenerkennung *Verbal:* Fehlerhafte Erfassung ganzer Wörter	Leitungsunterbrechung der visuellen Assoziationsfelder beider Hemisphären	Token-Test (S. 55)
Rechnen: Gestörte Rechenoperationen	Rechenaufgaben fehlerhaft gelöst (steigende Schwierigkeit)	Schädigungen parietal links (Gyrus angularis)	WIE – vormals HAWIE (S. 52)
Erkennen und Wiedererkennen: Störungen des Erkennens ohne Wahrnehmungs-, Intelligenz- oder Aufmerksamkeitsdefizite	*visuell:* Erkennen trotz normalen Sehvermögens gestört	visueller Assoziationskortex beidseits	Benton-Test (S. 53) Raven-Test (S. 51) WIE – vormals HAWIE (S. 52)
	Farbagnosie: Unfähigkeit, Farben zu erkennen	Okzipitallappenschädigung links	

Tab. 1.4 • **Fortsetzung**

Leistungsbereich	klinische Parameter, Aufgaben	Läsionsort – Aussage	mögliche Leistungstests
	Prosopagnosie: (Vertraute) Gesichter werden nicht erkannt	inferior temporookzipital rechts oder beidseits	
	Anosognosie: Eigener krankhafter Zustand wird nicht wahrgenommen		
	taktil: Trotz normaler Sensibilität Erkennen durch Betasten nicht möglich	Parietallappen	
Alt- und Neugedächtnis: Störungen der Gedächtnisleistung	Kurz- und Langzeitgedächtnis, Neu- und Altgedächtnis (anterograde und retrograde Amnesie)	globale Hirnschädigung	WIE – vormals HAWIE (S. 52) d2-R-Test (S. 50) Memo-Test (S. 49) TME (S. 50) Demenz-Tests (S. 56)

Neurosenpsychologische Untersuchung

- **Definition:** Beschreibung einer psychischen Störung aufgrund psychoanalytischer bzw. psychodynamischer Hypothesen. (Erweitert als Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik, siehe unten). Vgl. Analytische Psychotherapie, Psychoanalyse (S. 351) und Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (S. 352).
- **Prinzip:** Die Darstellung der Diagnose erfolgt auf symptomatischer (deskriptiv-klinisch) und struktureller Ebene (Beziehung zu Persönlichkeit und deren Lebensgeschichte). Sie dient als Grundlage für den psychoanalytisch/tiefenpsychologisch konzipierten Therapieplan und enthält zudem prognostische Schlussfolgerungen.
- **Durchführung:** Das mehrschrittige Vorgehen umfasst die Technik des psychoanalytischen Erstinterviews bzw. der biografischen Anamnese unter tiefenpsychologisch-psychodynamischen Gesichtspunkten (S. 352). Dauer: 1-2 Std. (S. 17).
  - *Erfasst werden:*
    - Gegenwärtige Störung, Problem, Konflikt?
    - Erleben, Reaktion, Bewältigung? Auslöser? Krankheitsgewinn?
    - Lebensbereiche, v. a. mit konfliktauslösender Funktion: Partnerschaft, Familie, Beruf, Wohnen, Freizeit.
    - Biografie und soziale Entwicklung: Herkunft, Eltern, Schule, Kindheit, Berufswahl, Freundschaften, Sexualität, Hobbys.
  - *Zusammenfassend sind in Form einer Epikrise darzustellen:*
    - Beeinträchtigungen des Patienten.
    - Lebensgeschichtliche Entwicklung.
    - Krankheitsanamnese.
    - Psychischer Befund.
    - Psychodynamik.
    - Diagnose.
    - Behandlungsplan, therapeutische Zielsetzung (Dokumentation!).
- **Aussage:** In sich stimmige und nachvollziehbare Darstellung des neurotischen bzw. Anpassungsstörungsbildes unter Einsatz tiefenpsychologisch-explorativer, ggf. zusätzlicher (projektiver) psychometrischer Verfahren zur Therapieeinleitung.
  Hinweis: Notwendig zur Antragsstellung auf Kostenübernahme bei den Krankenkassen (S. 345).

Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD-2)

- **Definition:** Multiaxiale, tiefenpsychologisch (neurosenpsychologisch) orientierte Befunderhebung in standardisierter Form
- **Prinzip:** Im Erstinterview werden folgende Dimensionen (Achsen) erfasst:
  1. Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen.
  2. Beziehung.
  3. Konflikt.
  4. Struktur.
- **Durchführung:** Einschätzung und Dokumentation der genannten psychodynamisch diagnostisch und therapeutisch wichtigen Parameter (Dauer ca. 1-2 Std.).
- **Aussage:** Aus den gewonnenen Informationen lassen sich sowohl diagnostische Hinweise als auch Hilfen zur Therapieplanung und Verlaufskontrolle gewinnen.

Verhaltensdiagnostik

- **Definition:** Beschreibung einer psychischen Störung unter verhaltenstherapeutischen Gesichtspunkten. Vergleiche Verhaltenstherapie (S. 365).
- **Prinzip:** Aufgrund mehrschichtiger Diagnostik (Verhalten, Kognitionen, Psychophysiologie, Somatik) werden Krankheitsbild einschließlich Entstehungsbedingungen und Verstärkereinflüssen als Grundlage für die Therapieplanung dargestellt.

- **Durchführung:** Der verhaltensdiagnostische Prozess verläuft schrittweise (Dauer: ca. 1-2 Std.):
  - *Problemanalyse:* Was stört? Was ist krankhaft? Problem?
  - *Situationsanalyse:* Bei welcher Gelegenheit, bei welchem Anlass tritt die Störung auf?
  - *Verhaltensanalyse:* Was zeigt sich äußerlich? Welche Reaktionen treten auf? Welche Empfindungen und Gefühle?
  - *Bedingungsanalyse:* Womit hängt die Störung zusammen? Was geht voraus? Was wird vermieden? Wie ändert sich das Symptom?
  - *Funktionsanalyse:* Welche Funktion könnte die Störung haben? Wie ist das Symptom einzuordnen?
  - *Zielanalyse* (Indikationsstellung und Therapieplanung): Was liegt diagnostisch vor, mit welcher therapeutischen Strategie ist das Krankheitsbild zu beheben? Welche nächsten Schritte sind notwendig, welche spezielle verhaltenstherapeutische Methode erscheint am geeignetsten? Wie sind die therapeutischen Schritte zu planen umzusetzen, zu dokumentieren und zu evaluieren?
- **Aussage:**
  - Angestrebt wird eine möglichst komplette, jedoch straffe Beschreibung des verhaltenstheoretischen Störungsmodells samt Ursachen und Auslösern, orientiert am behavioristischen Reiz-Reaktions-Schema: Reiz → Organismus → Reaktion > Konsequenz (SORK). Hierzu werden psychodiagnostische, explorative und anamnestische Verfahren eingesetzt.
  - Darüber hinaus berücksichtigt man die individuelle Lerngeschichte und deren pathogene Auswirkungen sowie Verstärkermechanismen, die möglicherweise zur Aufrechterhaltung der Krankheit beitragen.

1.6 Körperliche Untersuchung

Allgemein-körperlicher Befund (Somatostatus)

- **Definition:** Ergebnis einer orientierenden klinischen Untersuchung der allgemeinen körperlichen Verfassung sowie einzelner körperlicher Funktionsbereiche.
- **Prinzip:** Die körperliche Untersuchung dient dem Ausschluss einer eventuellen organischen Ursache der psychischen Störung.
- **Durchführung:**
  - Eine körperliche Untersuchung beinhaltet die Inspektion, Palpation, Auskultation, Perkussion und Funktionsprüfung. Beurteilt werden im Einzelnen:
    - Haut und Schleimhäute (z. B. Verfärbungen, Einstichstellen, Effloreszenzen, Ödeme, Schwellungen, Hämatome, Schnittwunden, Narben).
    - Gliedmaßen und Skelettsystem (z. B. Missbildungen, Fehlstellungen, Verformungen, Veränderungen nach Trauma).
    - Lunge (z. B. Tachypnoe, Dyspnoe, Atemgeräusche).
    - Herz und Kreislauf (z. B. Pulsfrequenz, Blutdruck, Herzrhythmus, Stenose- bzw. Insuffizienzgeräusche).
    - Innere Organe (z. B. Lebervergrößerung, abdominale Druckschmerzen).
    - Allgemeinzustand: Körperhaltung (S. 21), Pflegezustand, Hygiene, Gesamteindruck (S. 22), Kleidung.
    - Körpergewicht bzw. Ernährungszustand. Fettverteilung, BMI?
  - ***Hinweis:*** Exakte Dokumentation (Verlaufsbeobachtung, forensische Gründe)! Dauer der Untersuchung ca. 20-40 Minuten.
- **Aussage:**
  - *Beeinträchtigung der allgemeinen Leistungsfähigkeit und körperlichen Gesamtverfassung* durch neurologische, pulmologische, kardial-zirkulatorische, hormonelle und/oder metabolische Fundktionsstörungen mit psychiatrisch relevanten Auswirkungen.

- **Durchführung:** Der verhaltensdiagnostische Prozess verläuft schrittweise (Dauer: ca. 1-2 Std.):
  - *Problemanalyse:* Was stört? Was ist krankhaft? Problem?
  - *Situationsanalyse:* Bei welcher Gelegenheit, bei welchem Anlass tritt die Störung auf?
  - *Verhaltensanalyse:* Was zeigt sich äußerlich? Welche Reaktionen treten auf? Welche Empfindungen und Gefühle?
  - *Bedingungsanalyse:* Womit hängt die Störung zusammen? Was geht voraus? Was wird vermieden? Wie ändert sich das Symptom?
  - *Funktionsanalyse:* Welche Funktion könnte die Störung haben? Wie ist das Symptom einzuordnen?
  - *Zielanalyse* (Indikationsstellung und Therapieplanung): Was liegt diagnostisch vor, mit welcher therapeutischen Strategie ist das Krankheitsbild zu beheben? Welche nächsten Schritte sind notwendig, welche spezielle verhaltenstherapeutische Methode erscheint am geeignetsten? Wie sind die therapeutischen Schritte zu planen umzusetzen, zu dokumentieren und zu evaluieren?
- **Aussage:**
  - Angestrebt wird eine möglichst komplette, jedoch straffe Beschreibung des verhaltenstheoretischen Störungsmodells samt Ursachen und Auslösern, orientiert am behavioristischen Reiz-Reaktions-Schema: Reiz → Organismus → Reaktion > Konsequenz (SORK). Hierzu werden psychodiagnostische, explorative und anamnestische Verfahren eingesetzt.
  - Darüber hinaus berücksichtigt man die individuelle Lerngeschichte und deren pathogene Auswirkungen sowie Verstärkermechanismen, die möglicherweise zur Aufrechterhaltung der Krankheit beitragen.

1.6 Körperliche Untersuchung

Allgemein-körperlicher Befund (Somatostatus)

- **Definition:** Ergebnis einer orientierenden klinischen Untersuchung der allgemeinen körperlichen Verfassung sowie einzelner körperlicher Funktionsbereiche.
- **Prinzip:** Die körperliche Untersuchung dient dem Ausschluss einer eventuellen organischen Ursache der psychischen Störung.
- **Durchführung:**
  - Eine körperliche Untersuchung beinhaltet die Inspektion, Palpation, Auskultation, Perkussion und Funktionsprüfung. Beurteilt werden im Einzelnen:
    - Haut und Schleimhäute (z. B. Verfärbungen, Einstichstellen, Effloreszenzen, Ödeme, Schwellungen, Hämatome, Schnittwunden, Narben).
    - Gliedmaßen und Skelettsystem (z. B. Missbildungen, Fehlstellungen, Verformungen, Veränderungen nach Trauma).
    - Lunge (z. B. Tachypnoe, Dyspnoe, Atemgeräusche).
    - Herz und Kreislauf (z. B. Pulsfrequenz, Blutdruck, Herzrhythmus, Stenose- bzw. Insuffizienzgeräusche).
    - Innere Organe (z. B. Lebervergrößerung, abdominale Druckschmerzen).
    - Allgemeinzustand: Körperhaltung (S. 21), Pflegezustand, Hygiene, Gesamteindruck (S. 22), Kleidung.
    - Körpergewicht bzw. Ernährungszustand. Fettverteilung, BMI?
  - ***Hinweis:*** Exakte Dokumentation (Verlaufsbeobachtung, forensische Gründe)! Dauer der Untersuchung ca. 20-40 Minuten.
- **Aussage:**
  - *Beeinträchtigung der allgemeinen Leistungsfähigkeit und körperlichen Gesamtverfassung* durch neurologische, pulmologische, kardial-zirkulatorische, hormonelle und/oder metabolische Fundktionsstörungen mit psychiatrisch relevanten Auswirkungen.

- *Beeinträchtigung von Körpergewicht und Allgemeinbefinden* bei Essstörungen (S. 184), Psychosen (S. 184), Suchterkrankungen (S. 159), Demenz (S. 116) und chronischer Depression (S. 203).
- *Haut- und/oder Skelettanomalien* zeigen sich gehäuft bei hereditär bedingten Systemerkrankungen (z. B. als Mikrozephalie, Neurofibromatose, Hydrozephalus), Einstichstellen in der Haut bei i. v.-Drogenabhängigen (Fixern).
- *Hinweise auf Selbstbeschädigung* finden sich bei Borderline- bzw. schwereren Persönlichkeitsstörungen, Suizidalität und bei psychotischen Störungen (S. 184).
- *Nebenwirkungen einer medikamentösen Therapie:*
  - Klassische Antipsychotika (Neuroleptika): Dyskinesien, Parkinsonoid, Stereotypien, Akathisie, vegetative (v. a. anticholinerg: z. B. Blutdruckabfall, Mundtrockenheit) und endokrine (z. B. Zyklusstörungen, Änderung des Glukosestoffwechsels) Nebenwirkungen sowie Herzrhythmusstörungen und Gewichtszunahme unter Behandlung mit neueren Antipsychotika. Siehe dazu auch Therapie mit Antipsychotika (S. 314).
  - Antidepressiva/Lithium: Kardiale Funktionsstörungen, Tremor, Schwitzen, Mundtrockenheit, Tachykardie. Struma. Siehe dazu auch Begleitwirkungen, Komplikationen bei Antidepressiva-Therapie (S. 322).
  - Tranquilizer und Betarezeptorenblocker: Orthostatische Regulationsstörungen mit Müdigkeit und Antriebsmangel, Muskelschwäche, Potenzstörungen. Siehe dazu auch Begleitwirkungen, Komplikationen bei Therapie mit Tranquilizern (S. 329).

Neurologische Untersuchung (Neurostatus)

- **Definition:** Klinischer Untersuchungsbefund hinsichtlich der Funktionen des zentralen und peripheren Nervensystems.
- **Prinzip:** Die neurologische Untersuchung dient dem Ausschluss zentralnervöser Ursachen psychischer Störungen. Im Zweifel stets neurologisches Konsil veranlassen!
- **Durchführung:** Es erfolgt eine klinische Überprüfung der folgenden wichtigsten neurologischen Funktionsbereiche:
  - Hirnnerven (Untersuchung siehe Tab. 1.5).
  - Motorik und Muskeltrophik. Händigkeit.
  - Eigen- und Fremdreflexe, pathologische Reflexe.
  - Tonus und Motilität.
  - Oberflächen- und Tiefensensibilität.
  - Koordination. Sprache.
  - Vegetativum.
- Schriftliche Dokumentation! Dauer ca. 20–30 Minuten.
- **Aussage:** Da nahezu alle hirnorganischen Erkrankungen früher oder später zu psychischen Funktionsstörungen und Leistungseinbußen führen, ist auf Symptome folgender Krankheitsbilder zu achten, die in Tab. 1.6 dargestellt werden. Siehe dazu auch neuropsychologische Untersuchung (S. 27).

Tab. 1.5 • **Hirnnerven – Funktion und klinische Untersuchung**

Hirnnerv	Funktion	klinische Untersuchung
I N. olfactorius	Riechen	Riechstoffe anbieten
II N. opticus	Sehen	Visus-Testtafel, Vorlesen lassen
	Gesichtsfeld	orientierend Fingerperimetrie
	Augenhintergrund	Funduskopie
III N. oculomotorius	Augenmotilität	Augenfolgebewegungen, (Doppelbilder?)

Tab. 1.5 • **Fortsetzung**

Hirnnerv	Funktion	klinische Untersuchung
IV N. trochlearis	Augenmotilität	Augenbewegungen
VI N. abducens	Augenmotilität	Augenbewegungen
V N. trigeminus	Sensibilität im Gesichtsbereich, motorisch Kaumuskulatur	Gesichtshaut berühren, Kaumuskeln prüfen
VII N. facialis	mimische Muskulatur	Stirn runzeln, Nase rümpfen, Mund spitzen, Backen aufblasen lassen
VIII N. vestibulocochlearis	Hören, Gleichgewicht	orientierende Hörprüfung, Augenfolgebewegungen prüfen
IX N. glossopharyngeus	Würgreflex, Pharynxsensibilität, Geschmack/Sensibilität des hinteren Zungendrittels	Rachenhinterwand berühren, Geschmacksprüfung
X N. vagus	Würgreflex, Schlucken	s. N. IX + Schluckversuch
XI N. accessorius	M. sternocleidomastoideus, M. trapezius	Kopfdrehung zur Gegenseite, Schulterhebung prüfen
XII N. hypoglossus	Zungenmotilität	Zunge herausstrecken lassen

Tab. 1.6 • **Symptome hirnorganischer Erkrankungen**

Ursache	klinisch-neurologische Leitsymptomatik	Diagnostik und mögliche Differenzierungskriterien
zerebrale degenerative Systemerkrankungen, Demenz	Herdsymptome (Ataxie, Spastik), Tremor	Anamnese, bildgebende Verfahren, Psychometrie
entzündliche Erkrankungen des Gehirns, Enzephalomyelitis disseminata (MS)	Kopfschmerzen, Nackensteifigkeit, Herdsymptome (z. B. Doppelbilder)	Anamnese, Labordiagnostik, Liquor, bildgebende Verfahren
toxische Schädigungen	neuropsychologische Auffälligkeiten, evtl. extrapyramidale Symptome	Anamnese, neuropsychologische Untersuchung, Psychometrie
zerebrale Raumforderungen (Hirndruck)	Erbrechen, Kopfschmerzen, Herdsymptome (z. B. Visusminderung, Paresen, Aphasie, s. o.), Stauungspapille	Anamnese, bildgebende Verfahren, EEG
zerebrale Arteriosklerose	Schwindel, Kopfdruck	Anamnese, Risikofaktoren, Labordiagnostik, Bildgebung, Dopplersonografie, Psychometrie

1.7 Labordiagnostik

Blutentnahme (Routinediagnostik und fakultative Parameter)

▸ **Definition und Prinzip:** Die Bestimmung der Blutparameter hat im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung einen wichtigen Stellenwert. Sie ermöglicht im Zusam-

Tab. 1.5 • **Fortsetzung**

Hirnnerv	Funktion	klinische Untersuchung
IV N. trochlearis	Augenmotilität	Augenbewegungen
VI N. abducens	Augenmotilität	Augenbewegungen
V N. trigeminus	Sensibilität im Gesichtsbereich, motorisch Kaumuskulatur	Gesichtshaut berühren, Kaumuskeln prüfen
VII N. facialis	mimische Muskulatur	Stirn runzeln, Nase rümpfen, Mund spitzen, Backen aufblasen lassen
VIII N. vestibulocochlearis	Hören, Gleichgewicht	orientierende Hörprüfung, Augenfolgebewegungen prüfen
IX N. glossopharyngeus	Würgreflex, Pharynxsensibilität, Geschmack/Sensibilität des hinteren Zungendrittels	Rachenhinterwand berühren, Geschmacksprüfung
X N. vagus	Würgreflex, Schlucken	s. N. IX + Schluckversuch
XI N. accessorius	M. sternocleidomastoideus, M. trapezius	Kopfdrehung zur Gegenseite, Schulterhebung prüfen
XII N. hypoglossus	Zungenmotilität	Zunge herausstrecken lassen

Tab. 1.6 • **Symptome hirnorganischer Erkrankungen**

Ursache	klinisch-neurologische Leitsymptomatik	Diagnostik und mögliche Differenzierungskriterien
zerebrale degenerative Systemerkrankungen, Demenz	Herdsymptome (Ataxie, Spastik), Tremor	Anamnese, bildgebende Verfahren, Psychometrie
entzündliche Erkrankungen des Gehirns, Enzephalomyelitis disseminata (MS)	Kopfschmerzen, Nackensteifigkeit, Herdsymptome (z. B. Doppelbilder)	Anamnese, Labordiagnostik, Liquor, bildgebende Verfahren
toxische Schädigungen	neuropsychologische Auffälligkeiten, evtl. extrapyramidale Symptome	Anamnese, neuropsychologische Untersuchung, Psychometrie
zerebrale Raumforderungen (Hirndruck)	Erbrechen, Kopfschmerzen, Herdsymptome (z. B. Visusminderung, Paresen, Aphasie, s. o.), Stauungspapille	Anamnese, bildgebende Verfahren, EEG
zerebrale Arteriosklerose	Schwindel, Kopfdruck	Anamnese, Risikofaktoren, Labordiagnostik, Bildgebung, Dopplersonografie, Psychometrie

1.7 Labordiagnostik

Blutentnahme (Routinediagnostik und fakultative Parameter)

▸ **Definition und Prinzip:** Die Bestimmung der Blutparameter hat im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung einen wichtigen Stellenwert. Sie ermöglicht im Zusam-

menhang mit dem klinischen Befund und anderen Untersuchungsergebnissen den Ausschluss organisch begründbarer psychischer Störungen. Ferner dient sie der Überwachung unerwünschter medikamentöser Nebenwirkungen bzw. dem Drug-monitoring.

- **Durchführung:** Die standardmäßig und fakultativ zu erfassenden Parameter sind in Tab. 1.7 und Tab. 1.8 zusammenfassend dargestellt.
- **Aussage:**
  - Hämatologische Veränderungen sind Begleiterscheinungen zahlreicher organisch begründbarer bzw. symptomatischer Psychosen und anderer psychischer Erkrankungen.
  - Veränderungen können auch unter einer Pharmakotherapie auftreten, insbesondere bei Behandlung mit Antipsychotika (S. 314) und/oder Antidepressiva (S. 320) einschließlich Lithium sowie Antikonvulsiva. Regelmäßige Kontrollen der Leukozyten sind unter der Behandlung mit Clozapin vorgeschrieben.
  - Eine Untersuchung auf HIV-Infektion ist notwendig bei i. v.-Drogenabhängigen, Kontaktpersonen von HIV-Infizierten und Personen mit häufig wechselnden sexuellen Partnern, insbesondere männlichen Homo- und Bisexuellen. Bei verdächtigen Befunden stets internistisches Konsil!

Tab. 1.7 • **Standard-Laboruntersuchungen**

Laborparameter	diagnostischer Hinweis
Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit (BKS), CRP	Entzündung, Infektion, Anämie, Malignom
Differenzialblutbild	Anämie, Entzündung, Infektion, Malignom, Medikamentennebenwirkungen (z. B. Leukopenie unter Antipsychotika). Veränderungen des Zellvolumens (MCV) der Erythrozyten bei Alkoholmissbrauch
Blutzucker	diabetische Stoffwechsellage, Hypoglykämie
Lipidstatus (Triglyceride, Cholesterin, HDL/LDL-Quotient)	Risikofaktoren für arteriosklerotische Veränderungen Metabolisches Syndrom
GOT, GPT, γ-GT, Cholinesterase, Alkalische Phosphatase, LDH	↑: Leberfunktionsstörung, Cholestase, Medikamentennebenwirkung, Anagetikaabusus
Kreatinkinase (CK)	↑: Muskelerkrankung, Trauma, Epilepsie, (Myokardischämie)
Kreatinin	↑: Akute, chronische Niereninsuffizienz, Nebenwirkung einer med. Therapie, evtl. Dosisanpassung (Lithium!)
Harnsäure	↑: Gicht, Alkoholabusus, Malignom (erhöhter Zellumsatz), Fasten
Homozystein	↑: Störung der Mikrozirkulation (vaskuläre Demenz), L-Dopa-Medikation, Folsäuremangel

Tab. 1.8 • **Fakultative Laboruntersuchungen**

Laborparameter	diagnostischer Hinweis
TSH (wenn pathol. fT_3, fT_4)	↑: Hypo-, ↓: Hyperthyreose
Parathormon PTH	Hypo-, Hyperparathyreoidismus (wegweisend: Ca^{2+} i. S. ↓ oder ↑)
ACTH	↑: Nebennierenrindeninsuffizienz

Tab. 1.8 • **Fortsetzung**

Laborparameter	diagnostischer Hinweis
Wachstumshormon (STH)	↑: Akromegalie
LH, FSH, Testosteron, Östrogene, Gestagene	Sexualhormonstörungen (Klimakterium)
Prolaktin	↑: Antipsychotikatherapie, Prolaktinom
Noradrenalin, Adrenalin, Metanephrine, Vanillinmandelsäure (24-h-Urin)	↑: Phäochromozytom
Vitamine (B_1, B_6, B_{12}, Folsäure)	Erniedrigt bei Alkoholismus, makrozytärer/hyperchromer Anämie, Polyneuropathie, Malassimilation, B_{12}-Mangel-Psychose
Drogen- und Medikamentenspiegel	Screening s. u.
bakteriologisch-virologische Untersuchungen: Lues-Suchtest (TPHA-Test) Hepatitis-Serologie (B, C) HIV-Serologie, Antikörper gegen Borrelien	chronische Infektion

Hinweis: *Blutentnahme und -transport sind unter besonderen hygienischen Vorsichtsmaßnahmen (z. B. Latex-Handschuhe, Schutzkleidung) durchzuführen. Auf eine fachgerechte Entsorgung der benutzten Materialien ist zu achten. Bei Untersuchung auf HIV-Infektion müssen Aufklärung und Einwilligung des Patienten dokumentiert werden.*

Serumspiegelbestimmungen, Drogenscreening

- **Definition und Prinzip:**
  - Überprüfung der im Blut zur Verfügung stehenden Menge eines verabreichten Medikaments oder anderer psychotroper Substanzen (Drug-monitoring).
  - *Notwendig bei verschiedenen psychischen Störungen bzw. psychiatrischen Erkrankungen (Beispiele):*
    - Verdacht auf (suizidale) Intoxikation.
    - Sucht- und Abhängigkeitserkrankung (Drogenscreening).
    - Kontrolle eines Beigebrauchs unter Substitutionsbehandlung (S. 334).
    - Medikamentöse Rezidivprophylaxe rezidivierender affektiver Störungen (S. 324) mit Lithiumsalzen, Carbamazepin, Valproinsäure und Lamotrigin.
    - Medikamentöse Behandlung epileptischer Psychosen.
- **Durchführung:**
  - Blutentnahme (ggf. ohne vorherige Ankündigung).
  - Bei Drogenscreening Urinkontrollen (Teststreifen) – hiermit nachweisbar:
    - Opiate.
    - Tetrahydrocannabinol.
    - Kokain.
    - Amphetamine.
    - Lysergsäurediäthylamid (LSD).
    - Benzodiazepin.
    - ggfs. Alkohol.

- **Aussage:**
  - Qualitativer und quantitativer Nachweis der Einnahme unerwünschter psychotroper Substanzen (z. B. Schmerz-, Schlaf- u. Beruhigungsmittel, Drogen und Alkohol).
  - ***Hinweis:*** Alternativ Urinkontrolle (nachweisbare Substanzen siehe oben)!
  - Lithium- und Carbamazepinspiegel s. Tab. 1.9.
  - ***Hinweis:*** Bisherige Serumspiegelbestimmungen von Antipsychotika (Neuroleptika) und/oder Antidepressiva haben wegen nicht gesicherter Korrelation zwischen Bioverfügbarkeit und therapeutischer Effizienz nur begrenzte klinische Relevanz.

Tab. 1.9 **• Plasmakonzentration bei Drug-Monitoring häufig verwendeter Psychopharmaka**

Substanzklasse	Empfohlene Serumkonzentration
Antidepressiva	
Agomelatin	7–300 ng/ml
Amitriptylin	80–200 ng/ml
Bupropion	225–1500 ng/ml
Citalopram	50–110 ng/ml
Clomipramin	100–300 ng/ml
Desipramin	100–300 ng/ml
Doxepin	50–100 ng/ml
Duloxetin	30–120 ng/ml
Escitalopram	15–80 ng/ml
Fluoxetin	300–400 ng/ml
Fluvoxamin	60–230 ng/ml
Impramin	175–300 ng/ml
Maprotilin	75–130 ng/ml
Mirtazapin	30–80 ng/ml
Moclobemid	300–1000 ng/ml
Paroxetin	30–60 ng/ml
Sertralin	10–150 ng/ml
Tranylcypromin	< 50 ng/ml
Trazodon	700–1000 ng/ml
Trimipramin	150–300 ng/ml
Venlafaxin	100–400 ng/ml
Antipsychotika	
Amisulprid	100–320 ng/ml
Aripiprazol	150–500 ng/ml

Tab. 1.9 • **Fortsetzung**

Substanzklasse	Empfohlene Serumkonzentration
Asenapin	2–5 ng/ml
Benperidol	1–10 ng/ml
Chlorprothixen	20–300 ng/ml
Clozapin	350–600 ng/ml
Flupentixol	0,5–5 ng/ml
Fluphenazin	1–10 ng/ml
Haloperidol	1–10 ng/ml
Levomepromazin	30–160 ng/ml
Melperon	30–100 ng/ml
Olanzapin	20–80 ng/ml
Paliperidon	20–60 ng/ml
Perazin	100–230 ng/ml
Perphenazin	0,6–2,4 ng/ml
Pimozid	15–20 ng/ml
Pipamperon	100–400 ng/ml
Quetiapin	100–500 ng/ml
Risperidon	20–60 ng/ml
Sertindol	50–100 ng/ml
Sulpirid	200–1000 ng/ml
Thioridazin	100–200 ng/ml
Ziprasidon	50–200 ng/ml
Zuclopentixol	4–50 ng/ml
Phasenprophylaktika	
Carbamazepin	4–10 mg/l (µg/ml)
Lamotrigin	3–14 mg/l (µg/ml)
Lithium	0,5–0,8 mmol/l
Valproat	50–100 mg/l (µg/ml)

Liquoruntersuchung

- **Definition**: Untersuchung des Nervenwassers (Liquor cerebrospinalis) zum Ausschluss zentralnervöser organischer Erkrankungen.
- **Prinzip:** Entzündliche, degenerative, hämorrhagische, traumatische und raumfordernde Prozesse in Gehirn und Rückenmark können zu definierten Veränderungen des Liquors führen.

- **Durchführung Lumbalpunktion:**
  - *Hinweis:* Zunächst Ausschluss eines erhöhten Hirndrucks (Spiegelung des Augenhintergrundes, evtl. CCT)! Aktuelle Gerinnungsparameter, Aufklärung und Desinfektion.
  - Am vornüber gebeugt sitzenden oder liegenden Patienten durch Punktion zwischen LWK 3 und 4 Entnahme von etwa 10–15 ml Liquor.
  - Anschließend bedarfweise bzw. für etwa 1 Stunde Bettruhe. Bei (postpunktionellen) Kopfschmerzen Koffein, gegebenenfalls Acetylsalicylsäure.
- **Aussage:** Beurteilung der Farbe des Liquors, der Zellzahl sowie des angefertigten zytologischen Präparates; ggf. immunologische Diagnostik und Antikörpertest auf Amyloid-Beta (Einzelheiten s. Lehrbücher der Neurologie). Wesentliche Liquorveränderungen werden in Tab. 1.10 dargestellt. Bei verdächtigen Befunden stets neurologisches Konsil!
- **Befunde** bei psychiatrischen Erkrankungen können sein:
  - Konzentrationsveränderungen der Monoaminmetaboliten bei Persönlichkeitsstörungen.
  - Erniedrigung der alzheimertypischen Proteine AB 42 und AB 40 sowie Erhöhung der TAU-Proteine bei Demenz vom Alzheimer-Typ (Frühdiagnose möglich).

Tab. 1.10 • **Liquordiagnostik – mögliche Aussagen**

Parameter	Normwert	Aussage
Farbe	wasserklar	• *rötlich:* Frische Blutung • *xanthochrom:* ältere Blutung • *milchig trüb:* Meningitis
Zellzahl	< 5 Zellen/µl	• *mäßige Pleozytose:* virale bzw. chronisch entzündliche Erkrankungen, nach Traumen, Ischämie, epileptischem Anfall, Vorpunktion • *massive Pleozytose (> 100 Zellen)*: Hinweis auf bakterielle Meningitis („exsudatives Liquorsyndrom“)
Zellbild	⅔ Lymphozyten ⅓ Monozyten	• *lymphozytär:* z. B. chronische Entzündungen, • *granulozytär:* bakterielle Meningitis • Tumorzellen
Gesamtprotein	150–450 mg/l	*Beispiele:* ↑ („transsudatives Liquorsyndrom“): • Blockade der Liquorpassage im Spinalbereich • entzündlich-immunologische Erkrankungen
Glukose	45–75 mg/dl bzw. ca. 50 % des Serumwertes	↑: Diabetes mellitus ↓: bakterielle Meningitis
oligoklonale Banden	negativ	positiv bei intrathekaler IgG-Produktion

1.8 Apparative Diagnostik

Elektroenzephalografie (EEG)

- **Definition:** Registrierung und grafische Darstellung von Potenzialschwankungen der Hirnströme als Methode der zerebralen Funktionsdiagnostik.
- **Prinzip:**
  - Aus den qualitativen und quantitativen Besonderheiten des Hirnstrombildes wird auf Art und Ausmaß möglicher Störungen der bioelektrischen Hirntätigkeit geschlossen.

- **Durchführung Lumbalpunktion:**
  - *Hinweis:* Zunächst Ausschluss eines erhöhten Hirndrucks (Spiegelung des Augenhintergrundes, evtl. CCT)! Aktuelle Gerinnungsparameter, Aufklärung und Desinfektion.
  - Am vornüber gebeugt sitzenden oder liegenden Patienten durch Punktion zwischen LWK 3 und 4 Entnahme von etwa 10–15 ml Liquor.
  - Anschließend bedarfweise bzw. für etwa 1 Stunde Bettruhe. Bei (postpunktionellen) Kopfschmerzen Koffein, gegebenenfalls Acetylsalicylsäure.
- **Aussage:** Beurteilung der Farbe des Liquors, der Zellzahl sowie des angefertigten zytologischen Präparates; ggf. immunologische Diagnostik und Antikörpertest auf Amyloid-Beta (Einzelheiten s. Lehrbücher der Neurologie). Wesentliche Liquorveränderungen werden in Tab. 1.10 dargestellt. Bei verdächtigen Befunden stets neurologisches Konsil!
- **Befunde** bei psychiatrischen Erkrankungen können sein:
  - Konzentrationsveränderungen der Monoaminmetaboliten bei Persönlichkeitsstörungen.
  - Erniedrigung der alzheimertypischen Proteine AB 42 und AB 40 sowie Erhöhung der TAU-Proteine bei Demenz vom Alzheimer-Typ (Frühdiagnose möglich).

Tab. 1.10 • **Liquordiagnostik – mögliche Aussagen**

Parameter	Normwert	Aussage
Farbe	wasserklar	• *rötlich:* Frische Blutung • *xanthochrom:* ältere Blutung • *milchig trüb:* Meningitis
Zellzahl	< 5 Zellen/µl	• *mäßige Pleozytose:* virale bzw. chronisch entzündliche Erkrankungen, nach Traumen, Ischämie, epileptischem Anfall, Vorpunktion • *massive Pleozytose (> 100 Zellen)*: Hinweis auf bakterielle Meningitis („exsudatives Liquorsyndrom“)
Zellbild	⅔ Lymphozyten ⅓ Monozyten	• *lymphozytär:* z. B. chronische Entzündungen, • *granulozytär:* bakterielle Meningitis • Tumorzellen
Gesamtprotein	150–450 mg/l	*Beispiele:* ↑ („transsudatives Liquorsyndrom“): • Blockade der Liquorpassage im Spinalbereich • entzündlich-immunologische Erkrankungen
Glukose	45–75 mg/dl bzw. ca. 50 % des Serumwertes	↑: Diabetes mellitus ↓: bakterielle Meningitis
oligoklonale Banden	negativ	positiv bei intrathekaler IgG-Produktion

1.8 Apparative Diagnostik

Elektroenzephalografie (EEG)

- **Definition:** Registrierung und grafische Darstellung von Potenzialschwankungen der Hirnströme als Methode der zerebralen Funktionsdiagnostik.
- **Prinzip:**
  - Aus den qualitativen und quantitativen Besonderheiten des Hirnstrombildes wird auf Art und Ausmaß möglicher Störungen der bioelektrischen Hirntätigkeit geschlossen.

- Pathologische Befunde können durch Einsatz von Aktivierungsverfahren (Provokationsverfahren) und Brain Mapping verdeutlicht werden. Synchron mit einer Elektromyografie ist das EEG Bestandteil der Polysomnografie (S. 250).

▸ **Durchführung:**

- Über 23 Oberflächenelektroden (internationales 10/20- bzw. Ten-Twenty-System, s. Abb. 1.2) werden die sich aus der bioelektrischen Hirnaktivität ergebenden Potenzialdifferenzen im Bereich der äußeren Rindenschicht unipolar und bipolar abgeleitet, verstärkt und grafisch aufgezeichnet. Interpretiert und beurteilt wird die Hirnstromkurve nach Frequenz, Amplituden und Verlaufsform der Grafoelemente.

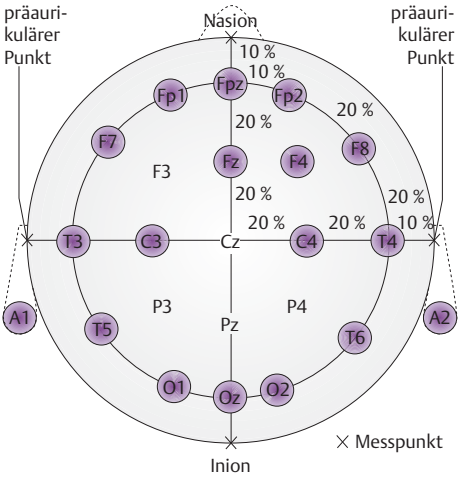


Abb. 1.2 • Elektrodenpositionierung im Ten-Twenty-System

- Darstellung der räumlichen Verteilung von Potenzialen unter Erfassung der mittleren Amplitude als Zielvariablen mittels Brain Mapping (Vielkanal-EEG-Ableitung). Dauer bei einfacher Ableitung ca. 20–30 Minuten.
- *Die Hirntätigkeit kann durch stimulierende Reize aktiviert werden (Provokationsmethoden):*
  - Physiologische Provokation (Hyperventilation, Schlaf, Schlafentzug).
  - Künstliche Provokation (Photostimulation, pharmakogene Provokation durch Hypnotika, Sedativa oder Bemegrid). (Nach: Wellach, I: Praxisbuch EEG. 2. Aufl. Thieme 2015).

▸ **Aussage:**

Hinweis: Das EEG stellt ein Funktionsdiagramm dar, d. h., morphologische Besonderheiten werden nicht verlässlich wiedergegeben. Orientierende Frequenznormwerte siehe Tab. 1.11 und Abb. 1.3.

- *Grundsätzlich pathologisch sind:* Allgemeinveränderungen, Herdbefunde und Krampfpotenziale bzw. Dysrhythmien (Einzelheiten s. Lehrbücher der Neurologie und Neurophysiologie).
- *Bedeutung in der Psychiatrie:*
  - Unter Anspannung und Konzentration Blockierung der Alphaaktivität.
  - Als Ausdruck von Vigilanzstörungen (z. B. bei verschiedenen Schlafstadien, Intoxikation, Hirndruck und Enzephalitis) Frequenzabnahme bzw. allgemeine Verlangsamung.

- Unter Einwirkung psychotroper Substanzen (z. B. Stimulanzien, Tranquilizer, Barbiturate) Frequenzzunahme mit gesteigerter frontaler Betaaktivität.
- Bei epileptischen Psychosen (S. 137) und im Entzug bzw. Delir (S. 307) dysrhythmische Gruppen bzw. Krampfaktivitäten.
- Bei Schizophrenien (S. 184) häufiger gruppierte Dysrhythmien, okzipitale Alphaminderung und Frequenzlabilität.
- Bei affektiven Psychosen (S. 203) verkürzte REM-Latenzzeit im Schlaf-EEG sowie Verschiebung der REM-Phasen in die zweite Nachthälfte.
- Bei Panikstörung (S. 103) gelegentlich rechts-frontal Amplitudenabflachung.
- Bei Persönlichkeitsstörungen (S. 268) überzufällig häufig diffuse Dysrhythmien und okzipital betonte Grundrhythmusunregelmäßigkeiten.
- Bei Abhängigkeitserkrankungen (S. 159) häufiger leichte allgemeine Verlangsamung.

Tab. 1.11 • **EEG – Frequenznormwerte**

Aktivität	Frequenz (Hz)
Alpha-Rhythmus	8–13
Beta-Rhythmus	14–30
Theta-Rhythmus	4–7
Delta-Rhythmus	0.1–3
Subdelta-Rhythmus	< 1
Schlafspindeln u. K-Komplexe während des Non-Rem-Schlafs	12–15; 1–2

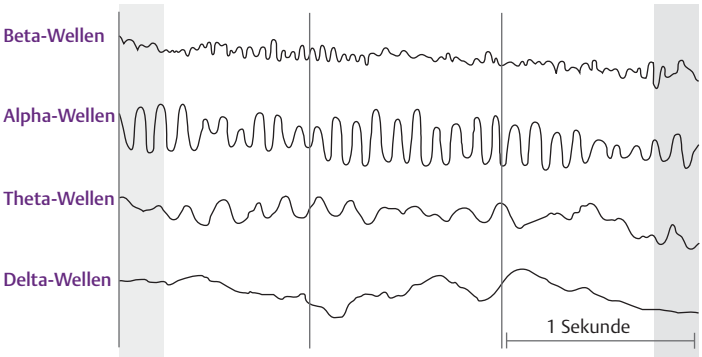


Abb. 1.3 • EEG-Rhythmen aus verschiedenen Frequenzbereichen. Aus Mumenthaler, Mattle. Neurologie. 12. Aufl. Stuttgart: Georg Thieme; 2008.

Polysomnografie

- **Definition und Prinzip:** Synchrone Ableitung von EEG, Elektromyogramm (EMG), Atmung und Elektrookulogramm (EOG).
- **Durchführung:** Komplexe Untersuchungsmethode bei Schlafstörungen (S. 250). (Einzelheiten siehe Lehrbücher der Neurologie).

Schädelröntgen

- **Definition und Prinzip:** Röntgenübersichtsaufnahme des Schädels zur orientierenden Beurteilung der knöchernen Strukturen (weitgehend durch CT ersetzt).
- **Durchführung:** Untersuchung am sitzenden oder stehenden Patienten. In der Regel Strahlengang in zwei Ebenen (frontal und seitlich), gelegentlich zusätzlich Schrägaufnahmen. (Dauer: 5 Min).
- **Aussage:** Bei folgenden Erkrankungen ist mit Veränderungen des knöchernen Schädels zu rechnen:
  - Gewalteinwirkungen.
  - Chronischer Hirndruck.
  - Pathologische Verkalkungen (z. B. im Bereich der Gefäße).

  Hinweis: Nicht-knöcherne Verletzungen (z. B. Hirnschädigungen) werden nicht erfasst!

Digitale Subtraktionsangiografie (DSA)

- **Definition und Prinzip:** Anfertigung von Röntgenaufnahmen vor und nach Kontrastmittelgabe. Nach Subtraktion der Übereinstimmungen (Maske) werden lediglich die resultierenden Abweichungen (z. B. Gefäße) dargestellt.
- **Durchführung:** Siehe Lehrbücher der Radiologie.
- **Aussage:**
  - In Ausnahmefällen (wenn keine gleichwertige nicht-invasive Methode verfügbar) Untersuchung zur Darstellung von Aneurysmen, Stenosen und anderen Gefäßanomalien (bei Hirninfarkt, TIA, PRIND) sowie von Sinusvenenthrombosen und Neoplasien.
  - Präoperative Diagnostik bei geplanter Karotisdesobliteration. Bei verdächtigen Befunden evtl. neurologisches Konsil.
  - Vor endovaskulärer Intervention.

Kraniale Computertomografie (cCT)

- **Definition:** Computergesteuerte Röntgenschichtuntersuchungen des Schädels.
- **Prinzip:** Während der Rotation eines Röntgenstrahlenbündels erfolgen computergestützte Messung und quantitative Analyse der Strahlenintensitätsabschwächung beim Durchtritt durch die verschiedenen Hirnstrukturen. Die Dichtewerte (gemessen in HE = Hounsfield-Einheiten, vgl. Tab. 1.12) werden zu Querschnittsbildern zusammengesetzt.

Tab. 1.12 • **Beispiele für CT-Dichtewerte**

Gewebe, Organ	Dichtewert (HE)
Knochen	+ 200 – + 3 000
Hirnsubstanz, grau	+ 35 – + 45
Hirnsubstanz, weiß	+ 20 – + 35
Liquor	etwa + 7
Wasser	etwa 0
Fett	–150 – –85
Luft	–1 000

- **Indikation:** Weiterführende Abklärung bei allen unklaren psychischen Störungen als Bestandteil der Standarddiagnostik. Bei verdächtigen Befunden neurologisches Konsil!

- **Durchführung:**
  - Aufklärung und Registrierung der schriftlichen Einwilligung des Patienten bei geplanter Kontrastmittelgabe (Dokumentation!). Lagerung auf dem Rücken (gegebenenfalls nach leichter Sedierung, z. B. mit Lorazepam, insbesondere bei Klaustrophobie).
  - Auf die zusätzliche intravenöse Kontrastmittelgabe sollte nur im Ausnahmefall verzichtet werden (Einzelheiten s. Lehrbücher der Radiologie, Dauer der Untersuchung etwa 5 Min).
- **Aussage:**
  - Wenig belastende, häufig angewandte Untersuchungsmethode zur Erfassung morphologischer bzw. struktureller Hirnveränderungen (z. B. intrazerebrale Blutungen, Raumforderungen, Substanzdefekte und Atrophien) mit einer Treffsicherheit von über 95 %. Bei bestimmten Indikationen Kombination mit der PET (S. 44), sog. PET-CT möglich.
- **Mögliche Befunde:**
  - Vaskuläre Demenz (S. 122): Multiple hypodense Areale bzw. periventrikuläre Läsionen.
  - Demenz vom Alzheimer-Typ (S. 116): Temporoparietal betonte, globale Hirnatrophie mit diffuser Erweiterung der Liquorräume. Minderung der kortikalen Parenchymdichte. Atrophie des Hippokampus.
  - *Subkortikale Demenz, Morbus Parkinson und* AIDS-Enzephalopathie (S. 133): Ähnliche Befunde.
  - Morbus Pick (S. 124) und Morbus Huntington (S. 128): Eher regional-symmetrische und frontale Hirnatrophie.
  - Chronisch verlaufende Schizophrenien (S. 184): Gelegentlich Substanzdefizite in limbischen und paralimbischen Anteilen des Temporallappens und des parasagittalen frontalen Kortex.
  - Alkoholismus (S. 161): Erweiterung der frontalen äußeren Liquorräume und Kleinhirnatrophie.

Magnetresonanztomografie (MRT, NMR)

- **Definition:** Nichtinvasive Untersuchungsmethode zur Erfassung morphologischer Veränderungen mittels Magnetresonanz.
- **Prinzip:** Grundlage ist die Registrierung der nuklearmagnetischen Resonanz in stärkeren Magnetfeldern. Da die verschiedenen anatomischen Strukturen der Organe bzw. des Gehirns durch unterschiedliche Kerndichten und Relaxationszeiten (Rückkehr der angeregten Protonen in den Gleichgewichtszustand) gekennzeichnet sind, werden mit Hilfe abgestufter Feldstärken schichtweise eine punktförmige räumliche Auflösung und computergestützte Bildgebung möglich.
- **Indikation:** Weiterführende Diagnostik, falls mit der cCT keine ausreichende Klärung erzielt werden konnte. Bei verdächtigen Befunden evtl. neurologisches Konsil.
- **Durchführung:**
  - Aufklärung des Patienten (laute klopfende Geräusche!) und schriftliche Einwilligung. Lagerung (gegebenenfalls nach Sedierung, z. B. mit Lorazepam, insbesondere bei Klaustrophobie. Alternativ evtl. Untersuchung am offenen Tomografen.
  - Registrierung und Beurteilung der Signalintensitäten: Der obere Richtwert für die magnetische Flussdichte bei kurzzeitiger Ganzkörperexposition beträgt 2–3 Tesla. Verbesserung der Bildqualität durch Verabreichung von Gadolinum als Kontrastmittel. Dauer der Untersuchung etwa 20–30 Minuten.

  Hinweis: Kontraindiziert bei Patienten mit Herzschrittmachern. Vorsicht bei Hämoclips, künstlichen Herzklappen etc.! (Einzelheiten siehe Lehrbücher der Radiologie).

- **Aussage:**
  - Die MRT stellt infolge der besseren Differenzierung von grauer und weißer Substanz die bisher genaueste hirnmorphologische Untersuchungsmethode dar, bei der auch basisnahes Hirngewebe und der Hirnstamm präzise dargestellt werden. Tumoren und Metastasen können ab 3–5 mm Größe nachgewiesen werden.
  - *Besonders relevant:*
    - Bessere Abgrenzung zwischen vaskulärer (S. 122) und degenerativer Demenz (S. 116) als mittels cCT (S. 42).
    - Früherkennung von Demenzerkrankungen mit subkortikalen Läsionen (subkortikale Enzephalopathie), insbesondere hippokampalen u. a. strukturellen Hirnveränderungen.
    - Bei chronischer Schizophrenie (S. 184) – diagnostisch unspezifische – Hinweise auf Erweiterung des Ventrikelsystems, der frontalen Hirnareale sowie der basalen Ganglien in Abhängigkeit von der Residualsymptomatik.

Funktionelle Magnetresonanztomografie (fMRT)

- **Definition:** In Erweiterung des Prinzips der Magnetresonanztomografie Erfassung von Aktivitätsmustern in bestimmten Hirnregionen.
- **Prinzip:** Registrierung veränderter magnetischer Signalantworten bei Veränderung des Blutflusses bzw. der Blutoxygenierung im betreffenden Bereich. Dabei wirken die mit Sauerstoff beladenen Erythrozyten als eine Art „internes Kontrastmittel".
- **Indikation:** Weiterführende Diagnostik zur Erfassung von Aktivitätsveränderungen im Gehirn (z. B. bei Gedächtnisstörungen und anderen kognitiven Leistungsschwächen oder bei Depressionen, Angst- und Zwangsstörungen).
- **Durchführung:** s. Magnetresonanztomografie (S. 43). (Dauer etwa 50–60 Minuten).
- **Aussage:** Die fMRT vermittelt – ähnlich der PET – ein zuverlässiges Bild von Hirnaktivitäten bei bestimmten Aufgaben ohne Einsatz spezieller Kontrastmittel. Als nichtinvasive Methode bietet sie ubiquitäre Einsatzmöglichkeiten bei allen zentralnervösen und psychischen Störungen, auch zur Verlaufskontrolle unter der Behandlung (Einzelheiten s. Lehrbücher der Neuroradiologie).

Positronenemissionstomografie (PET). PET-CT

- **Definition:** Aufwendige nuklearmedizinische Methode zur dreidimensionalen regionalen Messung physiologischer Parameter. In der Psychiatrie quantitative Erfassung des Hirnstoffwechsels (zerebraler Blutfluss, Blutvolumen, Sauerstoff- und Glukoseverbrauch).
- **Prinzip:** Erfassung stoffwechselabhängiger zerebraler Aktivitätsunterschiede der Positronenstrahlung über eine Messung der Vernichtungsenergie, die durch das Zusammentreffen von Positronen mit Elektronen entsteht. Die Vernichtungsquanten werden als Gammastrahlen über eine Freisetzung von Photonen registriert, die computergestützt erfasst und dargestellt werden.
- **Durchführung:**
  - Aufklärung und schriftliche Einwilligung des Patienten (Dokumentation!).
  - Intravenöse Applikation der Isotopen von Fluor, Kohlenstoff, Stickstoff, Sauerstoff, Rubidium und Gallium mit anschließender Messung der Stoffwechselaktivität bzw. Durchblutung bestimmter Hirnregionen (Einzelheiten s. Lehrbücher der Nuklearmedizin). Wichtig für die Psychiatrie ist die Erfassung des Neurotransmitter- und regionalen Glukosestoffwechsels, der Hirndurchblutung und des Sauerstoffumsatzes.

    Dauer der Untersuchung einschl.Vorphase etwa 90 Minuten.
- **Aussage:** Ergebnisse zur Pathophysiologie psychiatrischer Krankheitsbilder.
  - Demenz vom Alzheimer-Typ (S. 116): Frontoparietale Verminderung von Glukosestoffwechsel, Sauerstoffverbrauch und Durchblutung proportional dem Schweregrad der Erkrankung.

- Frontotemporale Demenz (S. 126): Ausgeprägte Stoffwechselveränderungen beiderseits frontotemporal.
- Morbus Huntington (S. 128): Signifikant verminderte Glukoseumsatzrate im Neostriatum.
- Schizophrenie (S. 184):
  - Bei überwiegender Negativsymptomatik Stoffwechselminderung im frontalen Kortex („Hypofrontilität") und Nucleus caudatus.
  - Bei produktiven Symptomen gesteigerter Stoffwechsel in subkortikalen Strukturen.
- Depression major (S. 203): Stoffwechselminderung im präfrontalen Kortex.
- Panikattacken (S. 103): Im Rahmen einer Angsterkrankung Stoffwechselsteigerung im Gyrus parahippocampalis, in den Nuclei caudati und der Amygdala.
- Zwang (S. 98) Stoffwechselminderung im Nucleus caudatus.
- Soziale Phobie (S. 220): Stoffwechselminderung in der Amygdala und im Hippokampus.
- Epileptische Psychosen (S. 137): Anhaltspunkte für erniedrigte Sauerstoffextraktionsrate in der Frontotemporalregion.

Hinweis: Die Diagnostik lässt sich durch Kombination von CT-Untersuchung und anschließendem PET-Scan deutlich verbessern, da so morphologische Befunde mit funktionellen Ergebnissen abgeglichen werden können.

Single-Photonen-Emissions-Computertomografie (SPECT)

- **Definition:** Qualitative und semiquantitative nuklearmedizinische Erfassung der regionalen Hirndurchblutung und des Hirnstoffwechsels.
- **Prinzip:** Erweiterung der bisherigen Hirnszintigrafie unter Einsatz rotierender Gammakameras mit quantitativer Registrierung und tomografischer Darstellung der Hirndurchblutung.
- **Durchführung:**
  - Aufklärung und schriftliche Einwilligung des Patienten (Dokumentation!).
  - Intravenöse Injektion von ^{123}J-Amphetamin oder $^{99\,m}$Tc-Hexamethyl-Propylenaminoxim (HMPAO) mit anschließender Messung der Radioaktivitätskonzentrationen über 20–30 Minuten in verschiedenen Schichten. Dauer der Untersuchung etwa 30–40 Minuten; Einzelheiten s. Lehrbücher der Nuklearmedizin.
- **Aussage:**
  - Demenz vom Alzheimer-Typ (S. 116): Bilaterale, temporo-parieto-okzipitale Bezirke mit verminderter Speicherung.
  - Vaskuläre Demenz (S. 122): Disseminierte, fleckförmige irreguläre Perfusionsminderungen in verschiedenen Gefäßbereichen.
  - Frontotemporale Demenzen (S. 126): Ausgeprägte frontale Perfusionsminderung.
  - Schizophrenie (S. 184): Minderperfusion im Bereich der Frontallappen.
  - Depression major (S. 203): Regionale Minderperfusion im rechten präfrontalen Kortex. Perfusionszunahme in limbischen und paralimbischen Strukturen.

Transkranielle Magnetstimulation (TMS)

- **Definition:** Nichtinvasive neurophysiologische Methode zur Erfassung (und Beeinflussung) kortikaler neuronaler Aktivitäten.
- **Prinzip:** Die TMS ist eine Methode zur Untersuchung der Leistungsfähigkeit motorischer Bahnen. Dabei wird die zentrale Latenz motorisch evozierter Potenziale (MEP) nach dem physikalischen Prinzip der Induktion durch ein Magnetfeld bestimmt. (Einzelheiten s. Lehrbücher der Neurologie bzw. Neurophysiologie).
- **Anwendung in der Psychiatrie:** In repetitiver Form Behandlungsmethode bei depressiven und anderen Störungen, sog. rTMS. Siehe hierzu Somatotherapie (S. 342).

Doppler-/Duplexsonografie

- **Definition:** Untersuchung von Gefäßen mittels Ultraschall. Anhand der Frequenz der reflektierten Schallwellen wird die Strömungsgeschwindigkeit im Gefäß bestimmt.
- **Aussage:** Psychiatrisch von Interesse sind die Untersuchung der hirnversorgenden Gefäße zum Ausschluss von Stenosen u. ä. als evtl. Ursachen für Hirndurchblutungsstörungen (Einzelheiten s. Lehrbücher der Radiologie/Neurologie).

2 Psychometrie

2.1 Psychologische Testverfahren

Vorbemerkungen

Wenn Anamneseerhebung und klinisch-psychopathologische Diagnostik nicht zur notwendigen Klarheit führen oder weitergehende Kenntnisse über die psychischen Defizite des Patienten etwa im Rahmen von Verlaufsbeobachtungen, Therapiestudien, Begutachtungen oder Rehabilitationsverfahren notwendig sind, gelangen psychometrische Untersuchungen zum Einsatz. Gebündelt werden sie als (computergestützte) Testbatterien verwendet. Beispiele: Hogrefe-Test-System (HTS) oder Wiener Testsystem (WTS).

Es handelt sich dabei um **standardisierte Messverfahren** zur Ermittlung psychischer Fähigkeiten, Fertigkeiten und Leistungen bzw. deren Abweichungen von „Normwerten", d. h. um Methoden zur Überprüfung kognitiver Funktionen und emotionaler Faktoren wie auch solche zur Erfassung von Befindlichkeit, Persönlichkeitseigenschaften und Charakterzügen.

Als klinische Tests am längsten bekannt sind **Leistungstests**, die anhand der vom Patienten gelieferten Antworten und Reaktionen auf bestimmte, normierte Aufgaben Hinweise auf dessen Intelligenz bzw. kognitiven und/oder psychomotorischen Potentiale liefern.

Bei den **projektiven Verfahren** (Persönlichkeits-Entfaltungstests), deren Ergebnisse Raum für Spekulationen lassen, wird aus Deutungen und Interpretationen des Patienten auf dessen hintergründige (unbewusste) Motivationen, Bedürfnisse, Phantasien oder Einstellungen geschlossen.

Im Gegensatz zu den projektiven Verfahren lassen **Persönlichkeitsinventare** in Form von standardisierten Fragebögen oder strukturierten Interviews erkennen, worauf die Testfragestellung jeweils abzielt. Hier sollen eher Denkinhalte, Befinden, Erleben oder bestimmte Verhaltensweisen über eine Selbst- und/oder Fremdbeurteilung erfasst werden.

Die anerkannten psychometrischen Verfahren beruhen auf einer differenten Messtheorie (Testtheorie) und sind ausreichend standardisiert. Ihre Eignung als klinischer Test ergibt sich jeweils aus den folgenden **Gütekriterien**:

- *Objektivität:* Unabhängigkeit der Resultate vom Untersucher.
- *Validität:* Tatsächliche, inhaltlich genaue Messung der gewünschten Eigenschaften oder Fähigkeiten).
- *Reliabilität, Konsistenz:* Verlässlichkeit bei wiederholter Anwendung, Homogenität.

Die Gütekriterien hängen von der Testtheorie, Testmethode und Eichung ab. Sie sind naturgemäß am niedrigsten bei den projektiven Verfahren, am höchsten bei den psychometrischen Tests im engeren Sinne, den Leistungstests (Einzelheiten s. Lehrbücher der Psychodiagnostik).

Die im Folgenden beschriebenen Verfahren stellen eine Auswahl aus einer Vielzahl von insgesamt ca. fast 9000 (!) Tests dar, die für den Einsatz bei Erwachsenen in Praxis und Klinik geeignet erscheinen. Ihnen ist jeweils eine tabellarische Übersicht vorangestellt. Der Anwendungsbereich ergibt sich in der Regel aus der Bezeichnung des jeweiligen Tests. Im CIPS-Skalenbuch (Collegium Internationale Psychiatriae Scalarum) sind die gängigen Selbst- und Fremdbeurteilungsskalen nach verschiedenen Indikationsgebieten zusammengefasst.

Hinweis: Im integrierten, computergestützten Testsystems HTS 5.0 sind derzeit ca. 400 psychodiagnostische Verfahren (u. a. in den Bereichen Leistungs-, Persönlichkeits- und klinische Diagnostik) zusammengefasst, wobei die Vorläufer LEILA und CORA einbezogen wurden. Dabei werden die einzelnen Tests vom Probanden direkt auf dem PC bearbeitet und mittels spezieller Software umgehend ausgewertet.

2.2 Leistungstests

Übersicht

Tab. 2.1 • **Leistungstests**

Zielsetzung	Test	Aussage, Anwendung	Beschreibung des Tests
Informationsverarbeitung	Kurztest für allgemeine Intelligenz (KAI)	Kognitive Leistungsfähigkeit/globale Intelligenz	KAI (S. 49)
Erfassung der verbalen Lern- und Gedächtnisleistung	Memo-Test, Memory Scale-IV (WMS-IV)	Verlaufsbeobachtung in der klinischen Demenz- und Hirnverletztendiagnostik	Memo-Test (S. 49)
Aufmerksamkeit und Konzentrationsvermögen bei visueller Wahrnehmung	Aufmerksamkeitsbelastungstest Test d2-R)	Verdacht auf Leistungseinbußen bei hirnorganischen Schädigungen	Test d2-R (S. 50)
Erfassung der auditiven und visuellen Merkfähigkeit	FWIT, Tempoleistung und Merkfähigkeit Erwachsener (TME)	hirnorganische Rehabilitation und Gerontopsychiatrie	FWIT (S. 51), TME (S. 50)
Daueraufmerksamkeit	Test d 2-R	Konzentrationsverlauf, kontinuierliche Aufmerksamkeit	
globale, sprachfreie Intelligenz	Progressive Matrizen (APM) (PM)	Erfassung der allgemeinen (sprachfreien) Intelligenz	Raven-Test (S. 51)
quantitative, strukturierte Erfassung der Intelligenz	WAIS-IV bzw. HAWIE, MWT-B	globale Intelligenz und einzelne Intelligenzfaktoren	WIE (S. 52)
Erfassung der visuellen Merkfähigkeit	Benton-Test	Verdacht auf Leistungseinbußen bei hirnorganischen Schädigungen	Benton-Test (S. 53)
Erfassung kognitiver Störungen	Mini-Mental-Status-Test (MMST)	Screening-Untersuchung bei Verdacht auf kognitive Defizite	MMST (S. 54)
Erfassung mnestischer Defizite	WCST, Diagnostikum für Zerebralschädigung)	Folgen von Hirnschädigung Demenzdiagnostik	DCS-II (S. 55)
Erfassung visueller Neglect-Phänomene	WCST, Neglect-Test (NET)	Folgen von Hirnschädigungen	Neglect-Test (S. 55)
Erfassung von Leistungsschwäche im sprachlichen Bereich	Token-Test (TT)	Quantifizierung und Differenzierung von rezeptiven Sprachstörungen	Token-Test (S. 55)
Erfassung kognitiver Störungen	WCST, Demenz-Tests	Screening Verfahren zur Erfassung demenzieller Symptome	WCST (S. 52)

Tab. 2.1 • **Fortsetzung**

Zielsetzung	Test	Aussage, Anwendung	Beschreibung des Tests
Erfassung grober kognitiver Defizite	Uhrentest	Screening-Untersuchung	Uhrentest (S. 57)
Visuell-räumliche Leistung	MWT-B, Uhrentest	Allgemeine Orientierung	MWT-B (S. 52)
Leistungsvermögen bei vaskulärer Demenz	Hachinski-Ischämie-Skala (HIS)	Differenzierung zwischen vaskulärer und degenerativer Demenz	HIS (S. 57)
allgemeine kognitive Leistungsfähigkeit	Strukturiertes Interview zur Diagnose von Demenzen (SIDAM)	Demenzdiagnostik in der klinischen Forschung	SIDAM (S. 58)
Leistungsfähigkeit, Verhalten und Befinden im Alter	Nürnberger Altersinventar (NAI)	Erfassung kognitiver und/oder emotionaler Leistungseinbußen im höheren Lebensalter	NAI (S. 58)

Kurztest für allgemeine Intelligenz (KAI)

- **Definition:** Intelligenzkurztest.
- **Beschreibung:** Zweiteiliges Messverfahren zur allgemeinen Intelligenzdiagnostk, speziell zur Erfassung der Informationsverarbeitung und des globalen Intelligenzniveaus.
  - *Teil 1: Buchstabenlesen* mit 20 Buchstaben in Zufallsreihenfolge auf vier Lesekarten.
  - *Teil 2: Zeichen-Nachsprechen* mit 9 Zeilen von Zahlen oder Buchstaben.
- **Durchführung:**
  - *Teil 1:* Jeweils 20 Buchstaben werden möglichst schnell laut vorgelesen
  - *Teil 2:* Die vorgelesene Zahlen oder Buchstaben sollen unmittelbar reproduziert werden. Dauer des Tests etwa 5–10 Minuten.
- **Aussage:**
  - *Teil 1:* Auswertungsergebnis ist die kürzeste der vier Lesezeiten. Die Rohwerte lassen sich als Maß für die Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit übertragen.
  - *Teil 2:* Aus der Anzahl der Zeichen der längsten wiedergegebenen Zeile wird nach einer Berechnungsformel ein Einheitswert („Gegenwartsdauer") errechnet.
  - Das Produkt beider Untertestergebnisse wird als Kurzspeicherkapazität angesehen. Sowohl für die Untertests als auch für den Gesamttest sind IQ-Werte und Prozentrangwerte angegeben. (Reliabilität: $r \approx .5$ bis 1.0; Validität: $r \approx .5$ bis .7).

Memo-Test

- **Definition:** Screening-Verfahren zur Überprüfung der Gedächtnisleistung.
- **Beschreibung:** Erfasst werden sollen mnestische Defizite mit Quantifizierung der verbalen Lern- und Reproduktionsleistungen.
- **Durchführung:**
  - In insgesamt 5 Durchgängen werden 10 Wörter vorgelesen, die unmittelbar anschließend sowie 15 Minuten später reproduziert werden müssen. 15 Minuten nach dem letzten Versuchsdurchgang erfolgt ein verzögerter, weiterer Abruf.
  - Die Beurteilung des Ergebnisses erfolgt anhand von Mittelwerten und Standardabweichungen. (Dauer nur jeweils wenige Minuten).

- **Aussage und Indikation:**
  - Geeignet für Verlaufsuntersuchungen (Parallelform vorhanden).
  - Einsatz in der klinischen Demenz- und Hirnverletztendiagnostik.

  Hinweis: Nicht geeignet bei Sprachstörungen! (Zufriedenstellende Korrelation zu anderen Testverfahren bei Patienten mit Demenz. Reliabilität r ≈ .8)

Aufmerksamkeitsbelastungstest d2-Revision (Test d2-R)

- **Definition:** Testverfahren zur Ermittlung von Aufmerksamkeit und Konzentrationsvermögen bei visueller Wahrnehmung.
- **Beschreibung:**
  - Der Test besteht aus optischem Reizmaterial, das unter Zeitdruck korrekt bearbeitet werden soll: 16 verschiedene Kombinationen der Buchstaben d und p mit oben und/oder unten gesetzten Strichen zu je 57 Zeichen in 14 Reihen sind zu markieren. Aus der erzielten Leistung wird auf die Fähigkeit geschlossen, einander ähnliche optische Einzelreize rasch und sicher zu unterscheiden.
  - Das Maß für die visuelle Aufmerksamkeitsspannung gilt als Ausdruck der Konzentrationsfähigkeit.
- **Durchführung:**
  - Innerhalb von 20 Sekunden ist vom Patienten gemäß Instruktion eine Zeile zu bearbeiten.
  - Die Auswertung erstreckt sich auf die Anzahl der bearbeiteten Zeichen unter besonderer Berücksichtigung der absoluten und relativen Fehlerzahl. Die Rohdaten werden mittels Schablonen ausgewertet. Die Beurteilung der „Gesamtleistung" und „Mengenleistung" wird anhand von Normwerten vorgenommen, die nach Altersklassen getrennt und in Prozenträngen angegeben sind (Dauer ca. 5 Minuten).
- **Aussage und Indikation:** Bei Verdacht auf Leistungseinbußen infolge hirnorganischer Schäden findet sich eine Abnahme der Gesamtleistung unter gleichzeitiger Zunahme des Fehleranteils. Verlässliches und objektives Messverfahren, das weitgehend unabhängig von der intellektuellen Kapazität und von Bildungseinflüssen ist (Reliabilität: r ≈ .9, gute Validität).

Tempoleistung und Merkfähigkeit Erwachsener (TME)

- **Definition:** Testverfahren zur Erfassung der Merkfähigkeit unter Zeitdruck.
- **Beschreibung:** Tempoleistung, auditive und visuelle Merkfähigkeit werden mit drei verschiedenen Subtests untersucht.
- **Durchführung:**
  - *Messung der Tempoleistung (Zahlen-Zeige-Test):*
    - Auf verschiedenen Tafeln mit Zahlen von 1 bis 25 soll so schnell wie möglich in 10 einander folgenden Durchgängen die richtige Reihenfolge gefunden werden.
    - Die Zeitwerte werden für jeden Durchgang gestoppt und in Wertpunkte transformiert, aus denen ein Durchschnittsgesamtwert ermittelt werden kann.
  - *Prüfung der visuellen Merkfähigkeit:*
    - 30 Kärtchen mit mehrfarbigen Abbildungen einfacher Gegenstände sollen vom Patienten memoriert werden.
    - Der Reproduktionsmenge im ersten und zweiten Versuch wird ein gesonderter Wertpunkt zugeordnet.
  - *Prüfung der auditiven Merkfähigkeit:*
    - 20 zweisilbige Begriffe, die ebenfalls reproduziert werden sollen (2 Durchgänge).
    - Auch hier werden die Reproduktionsmengen ausgewertet.
  - Aus den beiden letztgenannten Subtests kann ein Merkfähigkeitsgesamtwert ermittelt werden. (Dauer ca. 20 Minuten).

- **Aussage und Indikation:**
  - Einsatz bei allen leistungsdiagnostischen Fragestellungen, insbesondere im Rahmen der Rehabilitation und Gerontopsychiatrie. Details hierzu siehe neuropsychologische Untersuchung (S. 27).
  - Standardwerte für erwachsene Männer und Frauen im Alter von 20–70 Jahren in verschiedenen Berufsgruppen. Zufriedenstellende Validität im Vergleich zu biologischen, sozialen und psychologischen Außenkriterien (Reliabilität r ≈ .8).

Farbe-Wort-Interferenztest (FWIT)

- **Definition:** Mehrdimensionales Testverfahren zur Erfassung der Informationsverarbeitung im optisch-verbalen Bereich.
- **Beschreibung:** Mit Hilfe von Testtafeln werden als Maßstab für die kognitive Leistungsfähigkeit Lesegeschwindigkeit bzw. Nomination, Selektivität bzw. Interferenzneigung (konzentrativer Widerstand gegen dominierende Reaktionsneigung) und sensomotorische Aktionsgeschwindigkeit (Alertness) registriert. Es existieren 4 Testformen (S 4, S 7, S 8, S 10).
- **Durchführung:**
  - *Im Einzelversuch werden folgende drei Aufgabenarten vorgegeben:*
    - Lesen von Farbwörtern.
    - Benennen von Farbstrichen.
    - Benennungen zur Farbe-Wort-Inkongruenz.
  - Registriert werden Bearbeitungszeit, Fehler und Wiederholungen.
  - Die Auswertung liefert ein Grundleistungsprofil für Farbwörterlesen, Farb-Benennen und lnterferenzversuch. Ein Leistungsprofil kann darüber hinaus mit den Faktoren „Alertness", „Nomination" und „Selektivität" dargestellt werden.
  - Ermittlung der Leistungskriterien aus den Bearbeitungszeiten mit Erstellung eines Rohwertprofils einschließlich Medianwerten, der Normwerte und Leistungsprofile.
  - *Sonstige Informationen:*
    - Sprachliche Auffälligkeiten (z. B. Stottern, Wortneubildungen, Kontaminationen).
    - Stressreaktionen (z. B. Blockierungen, Kommentare, Entschuldigungen). Dauer 10–15 Minuten.
- **Aussage und Indikation:**
  - Leistungstest für Eignungs- und klinische Funktionsdiagnostik .
  - Maßstab für Stressbewältigungsvermögen, Näheres siehe neuropsychologische Untersuchung (S. 27).
  - Normwerte gibt es für Kinder, Jugendliche und Erwachsene bzw. Angestellte und Studenten/Akademiker. (Reliabilität r > .8).

Progressive Matrizen (Raven-Test APM)

- **Definition:** Sprachfreier Intelligenztest in verschiedenen Varianten.
- **Beschreibung:**
  - Unterschiedliche Zeichen und geometrische Figuren sollen in bestimmter Weise als sinnvoll zusammengehörig erkannt und entsprechend geordnet werden.
  - Die Resultate ermöglichen Rückschlüsse auf folgende Schwerpunkte der sprachfreien Grundintelligenz:
    - Logisches Denken.
    - Erfassen von räumlichen Beziehungen.
    - Unterscheiden und Vergleichen.
- **Durchführung:**
  - In der Standardform werden 48 (12 + 36) Aufgaben in 2 Sätzen bei ansteigendem Schwierigkeitsgrad vorgelegt (in Form von Zeichen, Zeichnungen und abstrakten Mustern). Mit Hilfe eines Lösungsschlüssels wird die Zahl der richtig gelösten

Aufgaben ermittelt; anhand von Normwerten werden der Prozentrangwert des Testergebnisses und die zugehörige Güteklasse der Leistung berechnet.
- Die Normwerte sind altersgebunden aufgeschlüsselt und ermöglichen eine Zuordnung zu einem bestimmten Intelligenzgrad. (Dauer – abhängig von Motivation und Leistungsvermögen – ca. 45 bis 60 Minuten.)

▶ **Aussage und Indikation:** Anwendung möglich auch bei Patienten mit Sprechschwierigkeiten und Sprachproblemen, da der Einfluss von kultureller Bildung und erworbenem Wissen minimiert wird. (Faktorenanalytisch belegte Verlässlichkeit der Testresultate r ≈ .5 bis .7. Hohe Übereinstimmung mit den Ergebnissen anderer Intelligenztests, auch solchen sprachgebundener Art. Reliabilität von r ≈ .8 bis .9.)

Wisconsin Card Sorting Test (WCST)

▶ **Definition:** Sprachfreier Test zur Erfassung exekutiver Funktionen.
▶ **Beschreibung:** Zwei Serien mit je 64 Karten mit verschiedenfarbigen Mustern bzw. Ziffern sollen nach bestimmten Regeln sortiert werden.
▶ **Durchführung:** Der Proband soll zu vier vorgelegten Karten nach logischem Vorgehen jeweils eine fünfte zuordnen. (Dauer: 20–30 Min., bei der Kurzfassung WCST-64: 10–15 Min.).
▶ **Aussage und Indikation**: Beurteilung von selektiver Aufmerksamkeit, Schlussfolgern und Abstrahieren sowie anderer kognitiver Grundleistungen, Unterscheidung zwischen verschiedenen Formen einer Hirnschädigung bei Personen zwischen 6 und 89 Jahren.

Mehrfachwahl-Wortschatz-Intelligenztest (MWT-B)

▶ **Definition:** Testverfahren zur Messung des allgemeinen (kristallinen) Intelligenzniveaus.
▶ **Beschreibung:** Ein umgangssprachlich und bildungsmäßig bekanntes Wort soll aus einer Reihe von vier weiteren (sinnlosen) Wörtern erkannt und benannt werden (Parallelform: MWT-A).
▶ **Durchführung:**
- Dem Patienten werden insgesamt 37 Wortreihen mit ansteigendem Schwierigkeitsgrad vorgelegt, aus denen das jeweils bekannte Wort markiert werden soll. Jede korrekt bearbeitete Zeile wird registriert; die Gesamtzahl wird als Rohpunktzahl bewertet (max. 37 Punkte).
- Die Gesamtpunktzahl wird – in Anlehnung an den Intelligenzquotienten – fünf Intelligenzstufen zugeordnet, von „sehr niedrig“ bis „sehr hoch“. (Dauer etwa 5 Minuten, jedoch keine obligate zeitliche Begrenzung).

▶ **Aussage und Indikation:**
- Anwendung z. B. zur Einschätzung des Intelligen*zabbaus* bei Demenz.
- Durchschnittliche Intelligenz: 21–30 Punkte (die Normen gelten für 20- bis 65-jährige Personen, welche die deutsche Sprache beherrschen und nicht durch körperliche, neurologische oder pharmakogene Einflüsse beeinträchtigt sind). Das ökonomische und einfach zu handhabende Testverfahren soll hinreichend zuverlässig Auskunft über das prämorbide Intelligenzniveau bei Erwachsenen geben.

Wechsler-Intelligenztest für Erwachsene (WAIS-IV, vormals: HAWIE-R)

▶ **Definition:** Standardisiertes Testverfahren zur quantitativen Erfassung des geistigen Entwicklungsstandes und zur Abklärung von intellektuellen Leistungsdefiziten.
▶ **Beschreibung:** Aus den Bearbeitungsergebnissen von insgesamt 11 sprachgebundenen und sprachfreien Subtests wird auf die intellektuelle Leistungsfähigkeit geschlossen, ausgedrückt durch den Intelligenzquotienten (IQ) und das Testprofil.
▶ **Durchführung:**
- *Nach Instruktion mit detaillierten Anweisungen werden abgefragt:*
  - Verbalteil (6 Items): Allgemeines Wissen und Verständnis, Gedächtnisleistung, rechnerisches Denken, Integrationsfähigkeit und Bildungsstand.

  - Handlungsteil (5 Items): Erkennen und Erfassen von Zeichen und Symbolen, räumliches Vorstellungsvermögen, Kombinationsfähigkeit und Schlussfolgern.
- Zeitbedarf und Qualität der Lösungen werden nach Punkten bewertet. Die IQ-Werte werden auf Tabellen abgelesen. Die Normwerte hierfür sind altersabhängig gestaffelt.
- Außer dem Gesamt-IQ können Verbal-IQ und Handlungs-IQ gesondert ermittelt werden, deren Quotient den so genannten Abbauindex angibt (Verbal-IQ/Handlungs-IQ).. Außerdem gibt es Indexwerte für Teilleistungsbereiche. (Dauer etwa 60 – 90 Minuten).

Hinweis: Für **Kinder** gibt es die spezielle Form **(Hamburg-)Wechsler-Intelligence Scale for Children – WISC-IV** (vormals: HAWIK-IV) mit 15 Untertests.

- **Aussage und Indikation:**
  - Bei dem WIE bzw. den Vorgängerversionen handelt es sich um die weltweit am meisten verwendeten Intelligenzmessverfahren mit umfassender praktischer Bewährung.
  - Anwendung bei allen Formen der Intelligenzstörung (abgesicherte Validität ≈ .7 bis .8, Reliabilität r ≈ .6 bis .9).
  - Altersnormen von 16–89 Jahre. IQ-Wert bis 150 Punkte angegeben.
  - IQ-Richtwerte siehe Tab. 2.2.

Tab. 2.2 • **IQ-Richtwerte (Intelligenzquotient), s. a. geistige Behinderung** (S. 101)

IQ-Wert	Ungefähre (globale) Aussage zur Intelligenz
>120	sehr hohe Intelligenz
110–120	hohe Intelligenz
90–110	normale Intelligenz
80–90	niedrige Intelligenz (geistige Behinderung)
70–80	sehr niedrige Intelligenz (spürbare geistige Behinderung)
>70	Schwere Intelligenzminderung (ausgeprägtere Behinderung)
<60	Extrem niedrige Intelligenz, schwerste Intelligenzminderung

Benton-Test

- **Definition:** Sprachfreier Test zur Erfassung der visuellen Merkfähigkeit.
- **Beschreibung:** Aus der Fähigkeit, geometrische Figuren korrekt wahrzunehmen und nachzuzeichnen, wird auf die Leistung des visuellen Gedächtnisses geschlossen.
- **Durchführung:**
  - Dem Patienten werden verschiedene geometrische Figuren jeweils 10 Sekunden lang demonstriert, die anschließend nachgezeichnet werden sollen.
  - *Die Auswertung erfolgt nach einem standardisierten Schema:*
    - Ermittlung von Grundfehlern (z. B. falsche Wiedergabe).
    - Ermittlung von spezifischen Fehlern (z. B. falsche Ergänzungen).
    - Auswertung und Interpretation der Gesamtleistung.
  - Die aufgeführten Normwerte sind abhängig von Lebensalter und Intelligenzgrad. (Dauer etwa 15–20 Minuten).
- **Aussage und Indikation:** Der trennscharfe und objektive Test hat sich bewährt bei der Erfassung hirnorganischer Störungen und Schäden und wird daher besonders zur Beurteilung von Hirnleistungsschwächen herangezogen. Näheres s. neurologische (S. 33) und neuropsychologische Untersuchung (S. 27). Keine verlässliche differenzialdiagnostische Hilfe bei nichtorganisch begründeten Leistungseinbußen! Schulische und berufliche Ausbildung haben auf die Testleistung keinen nennenswerten Einfluss (Reliabilität r ≈ .85).

Mini-Mental-Status-Test (MMST)

- **Definition:** Einfaches Screening-Instrument zur Erfassung kognitiver Störungen (bei Verdacht auf Demenz).
- **Beschreibung:** Interviewsystem mit Handlungsaufgaben bzw. praxisnahen Fragen.
  - *Erfasst werden:*
    - Orientierung.
    - Aufnahmefähigkeit, Aufmerksamkeit.
    - Gedächtnis und Rechnen.
    - Sprache, Lesen, Schreiben.
    - Ausführung einer Anweisung, Konstruktivpraxie.

Tab. 2.3 • **Mini-Mental-Status-Test (nach Folstein)**

Klinischer Bereich	Fragemöglichkeiten	Punkte
Orientierung	*Zeit:* Jahr, Jahreszeit, Monat, aktuelles Datum, Wochentag	Jeweils 1
	Ort: Land, Bundesland, Ortschaft, Stockwerk, Gebäude	Jeweils 1
Aufnahmefähigkeit, Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Rechnen	*Nachsprechen:* 3 Wörter (Vorsprechen im 1-Sek.-Rhythmus)	1 je richtige Antwort (max. 3)
	Rechnen: Fortlaufend ab 100 sieben subtrahieren	1 je richtige Antwort (max. 5)
	Reproduzieren der 3 zuvor genannten Wörter	1 je richtige Antwort (max. 3)
	Benennen: Stift, Uhr	1 je richtige Antwort (max. 2)
Sprache, Lesen, Schreiben, Ausführung einer Anweisung, Konstruktivpraxie	*Nachsprechen:* „Bitte kein Wenn und Aber."	1
	Lesen eines Satzes: „Schließe beide Augen" und Ausführung dieser Anweisung	1
	Ausführung einer Anordnung: Ein Blatt Papier nehmen, falten, auf den Boden legen	maximal 3
	einen Satz schreiben	1
	eine Figur nachzeichnen	1
	mögliche Totalpunktzahl	30

- **Durchführung:**
  - Abfragen der genannten Bereiche einschließlich Lese-, Schreib- und praktischer Übung. Auswertung als einfache Addition der vergebenen Punkte.
  - Beurteilung über Mittelwerte und Standardabweichungen (Normalscore: 30 Punkte). (Dauer etwa 5–10 Minuten).
- **Aussage und Indikation:**
  - Ergänzung der neuropsychologischen Untersuchung (S. 27).
  - *Zur Differenzialdiagnostik demenzieller Syndrome:*
    - 11–22 Punkte: Mittelgradige Demenz.
    - < 10 Punkte: Schwere Demenz (Reliabilität r ≈ .9, Interrater-Reliabilität r ≈ .8).

Diagnostikum für Zerebralschädigung-II (DCS-II)

- **Definition:** Leistungstest zur neuropsychologischen Diagnostik.
- **Beschreibung:** Mehrphasiger Lernversuch zum Einprägen optischer (sinnfreier) Muster mit dem Ziel, die Lern- und Gedächtnisleistung bei Verdacht auf Hirnfunktionsstörungen zu messen. Zwei parallele Formen. ***Beachte:*** Einsatz nicht bei IQ < 80!
- **Durchführung:**
  - Dem Patienten werden 9 Kärtchen mit Strichmustern in max. 6 Durchgängen mit der Maßgabe gezeigt, die jeweiligen Figuren mit Hilfe von 5 Stäbchen nachzulegen. Im ersten Durchgang werden die Kärtchen jeweils 10 Sekunden, in den weiteren Durchgängen jeweils 5 Sekunden lang aufgedeckt.
  - Die Ergebnisse werden nach einem vorgegebenen Bewertungsschema protokolliert und anhand qualitativer Fehlerkriterien (z. B. Form, Lage und Platzierung der Stäbchen) bewertet.
  - Für Form-, Lage- und Reihenfolgefehler werden zwischen 0 und 7 Punkte registriert. (Dauer etwa 20–40 Minuten).
- **Aussage und Indikation:**
  - Routinemäßiger Einsatz in der klinisch-neuropsychologischen Diagnostik (S. 27).
  - Beurteilung anhand von (gestaffelten) Normwerten von 5 bis 88 Jahren. Lerneffizienz- und Fehlerindex. Einschätzung der Merkfähigkeits- und Lernleistung unter Berücksichtigung des Alters und Bildungsniveaus. Gute Validität mit gesicherter Reliabilität.

Neglect-Test (NET)

- **Definition:** Testverfahren zur neuropsychologischen Diagnostik bei Hirnschädigung.
- **Beschreibung:** Mittels 17 Aufgaben zu altersrelevanten Tätigkeiten werden quantitativ visuelle Defizite erfasst.
- **Durchführung:** Die Antworten werden ausgewertet und mit Referenzwerten für klinische Gruppen und für Normalpersonen verglichen. (Dauer etwa 15–35 Minuten).
- **Aussage:** Sensitives Verfahren zur Erfassung visueller Neglect-Phänomene bei neurologischen Patienten mit externer Validität zu anderen entsprechenden kognitiven Leistungen (Retest-Reliabiltät $r \approx .9$).

Token Test (TT)

- **Definition:** Aphasietest.
- **Beschreibung:** Fünfteiliges Messverfahren zur Aufdeckung rezeptiver Störungen bei Aphasie. 20 kleine viereckige Plättchen („Token") verschiedener Form, Größe und Farbe sind je nach Aufgabenstellung auszuwählen (mit ansteigendem Schwierigkeitsgrad).
  - In Teil I–IV wird das sprachliche Verstehen von Substantiven und Adjektiven überprüft.
  - In Teil V wird das Verstehen von Verben, Präpositionen, Konjunktiven und Adverben untersucht. Zum Verstehen der Syntax ist zusätzlich die Ausführung verschiedener einfacher Handlungen erforderlich.
- **Durchführung:** Zunächst werden allgemeine Anweisungen zum Ablauf der Testdurchführung gegeben, bei aphasischen Patienten notfalls mit Wiederholung. Anschließend wird der Patient aufgefordert, auf ein bestimmtes Plättchen von 1 bis 10 zu zeigen („Zeigen Sie..."). Im Teil IV sollen die Plättchen so angeordnet werden, dass je ein rotes und ein blaues nebeneinander liegen. (Dauer etwa 20 Minuten).
- **Aussage:**
  - Einfache Auszählung nach „richtig" und „falsch"; Addition der Fehlerpunkte.
  - Die Summe aller Fehlerpunkte ergibt den Gesamtrohwert (max. 50). Ab dem 45. Lj wird pro 5-Jahres-Intervall ein Fehlerpunkt abgezogen.

- Normwerte in fünffacher Abstufung von „kein Leistungsdefizit“ bis „schwere Aphasie“ bei > 34 Fehlerpunkten (Reliabilität: r ≈ .95, Validität: r ≈ .7).

DemTect

- **Definition:** Einfacher (ökonomischer) Test zur Erfassung kognitiver Defizite.
- **Beschreibung:** Fragebogen mit fünf Aufgabenkomplexen (s. Durchführung). Untersucht werden Gedächtnis, Aufmerksamkeit und Konzentration.
- **Durchführung:**
  - *Wortliste:* Es sind möglichst viele Begriffe zu wiederholen.
  - *Zahlen-Umwandlung (Transkodierung):* Zahlen von Ziffern sollen in Buchstaben transkodiert werden und umgekehrt.
  - *Supermarktaufgabe:* Es sollen eine Minute lang möglichst viele Gegenstände aus dem Supermarkt genannt werden.
  - *Zahlenfolge rückwärts:* Vorgelesene Ziffern sind in umgekehrter Reihenfolge zu wiederholen.
  - *Wortliste:* Am Ende wird die Wortliste erneut abgefragt. (Dauer ca. 8–10 Minuten).
- **Aussage:** Die Ergebnisse der einzelnen fünf Aufgabenkomplexe werden anhand einer Umrechnungstabelle in Wertpunkte transformiert und addiert. Die gesamte Punktzahl stellt das Testergebnis dar.
  - < 8 Punkte = Demenzverdacht.
  - 9–12 Punkte = leichte kognitive Beeinträchtigung.
  - 13–18 Punkte = altersgemäße kognitive Leistung.

Rapid Dementia Screening Test (RDST)

- **Definition:** Psychometrisches Screeningverfahren im Rahmen der Demenzdiagnostik.
- **Beschreibung:** Zweiteiliges Testverfahren, bestehend aus zwei Subtests des *DemTect*.
  - Wortgenerierungsaufgabe (Supermarkt-Aufgabe).
  - Zahlentranskodieren (Zahlen umwandeln).
- **Durchführung:** Nach Transformierung der Mittelwerte (s. DemTect) Ermittlung des Testscores (Dauer: 5–10 Minuten).
- **Aussage:**
  - Kurzes, leicht anwendbares Verfahren mit zufriedenstellender Sensitivität und Spezifität.
  - Unterschiedliche Altersnormen für unter und über 60 Jahre alte Probanden bei der Umwandlung von im Test erreichten Punkten in die entsprechenden Scores.
  - Bewertung:
    - Score 9–12 = Leistungen alterskonform.
    - Score 5–8 = leichte kognitive Störung vermutet.
    - Score < 4 = kognitive Störung.

Wechsler Memory Scale – IV (WMS-IV)

- **Definition:** Gedächtnistest. Screening zum kognitiven Leistungsniveau.
- **Beschreibung:** Batterie mit 11 Subtests zur Erfassung folgender Funktionsbereiche:
  - auditive und visuelle Gedächtnisleistungen.
  - visuelles Arbeitsgedächtnis.
  - unmittelbares Kurzzeitgedächtnis.
  - zeitlich verzögerte Abrufleistungen.
- **Durchführung:** Wiedergabe von Geschichten. Präsentation, Wiedererkennen und Reproduktion von abstrakten Mustern bzw. Symbolen (Zeitaufwendig! Dauer ca. 90 – 120 Minuten; kürzere Fassung für Personen von 65 – 90 Jahren).

- **Aussage:** Einschätzung von klinisch relevanten Aufmerksamkeits- und Gedächtnisdefiziten. Normen für 14 Altersgruppen zwischen 16 und 90 Jahren (Reliabilität r ≈ .7 bis .9).

Uhrentest

- **Definition:** Einfacher, informativer Schnelltest zur visuell-räumlichen Orientierung.
- **Beschreibung:** Zeichnung eines Ziffernblattes mit Markierung einer aufgegebenen Uhrzeit.
- **Durchführung:** Auf einem einfachen Blatt Papier sind ein Ziffernblatt zu zeichnen und die Zeigerstellung einer vorgegebenen Zeitangabe zu markieren (Dauer: wenige Minuten).
- **Aussage und Indikation:** Rasche Feststellung optisch-räumlicher Orientierungs- bzw. konstruktiver Defizite als Indikatoren der kognitiven Leistungsfähigkeit.

Hachinski-Ischämie-Skala (HIS)

- **Definition:** Fremdbeurteilungsskala zur klinischen Differenzierung zwischen vaskulärer und degenerativer Demenz.
- **Beschreibung:** Aus der Fremdbeurteilung des Patienten hinsichtlich psychopathologischer und neurologischer Ausfälle wird die Art der eventuell vorliegenden demenziellen Erkrankung bestimmt.
- **Durchführung:** Zu beurteilen sind die in Tab. 2.4. aufgeführten Besonderheiten der vorliegenden Störung (Dauer etwa 30–40 Minuten).

Tab. 2.4 • **Hachinski-Ischämie-Score**

klinische Parameter	Punktwert
plötzlicher Beginn, aktuelle Symptomatik	2
mögliche (stufenweise) Verschlechterung	1
(fluktuierender) Verlauf der Symptomatik	2
nächtliche Verwirrtheit	1
Persönlichkeit (relativ gut) erhalten	1
Depressivität	1
emotionale Labilität	1
körperliche Beschwerden	1
anamnestische Hinweise auf Hypertonie	1
frühere Enzephalomalazien (Schlaganfälle)	2
neurologische Herdsymptome (subjektiv)	2
neurologische Herdzeichen (objektiv)	2
Hinweise auf Arteriosklerose	1
Gesamtscore	**18**

- **Aussage und Indikation:**
  - *Auswertekriterien:*
    - Primär degenerative Demenz: 0–4 Punkte.
    - Vaskuläre Demenz: > 7 Punkte.
    - Mischtyp: 5–6 Punkte.

- Zufriedenstellende Korrelationen zu den Ergebnissen apparativer Untersuchungsverfahren. Diagnostische Hilfe mit unterschiedlich trennscharfen und validen Items. (Die psychopathologischen Items scheinen den Differenzierungsanforderungen allerdings weniger zu entsprechen).

Strukturiertes Interview zur Diagnose von Demenzen (SIDAM)

- **Definition:** Gemischtes Verfahren zur Demenzdiagnostik.
- **Beschreibung:** Strukturiertes Interview zur Quantifizierung von kognitiven Störungen bzw. Demenzen.
- **Durchführung:**
  - *Folgende Testbatterie steht zur Verfügung:*
    - Halbstrukturierter klinischer Überblick (in den Test obligat integrierter Fragenkatalog).
    - Standardisierter Leistungsteil mit 55 Items bezüglich der allgemeinen kognitiven Funktionen einschließlich Mini-Mental-Status-Test, auch MMST (S. 54) und Hachinski-Ischämie-Score, kurz HIS (S. 57).
    - Klinische Beurteilung unter Einbeziehung der Persönlichkeitseinschätzung und des psychosozialen Leistungsstandes. Darin integriert werden fremdanamnestische Angaben.
  - Der kognitive Leistungsstand wird als SIDAM-Score ermittelt (SISCO).
  - Der Schweregrad einer Demenz wird darüber hinaus gemäß DSM-IV- und ICD-10-Kriterien kodiert (Dauer etwa 30 Minuten).
- **Aussage und Indikation:**
  - Einsatz vor allem in der klinischen Forschung (Epidemiologie, Therapie- bzw. Verlaufskontrolle). Einfache Handhabung. Laut Angaben sehr gute Validität (≈ .85–.9) und Reliabilität (r ≈ .85 bis .95).
  - ***Hinweis:*** Vereinheitlichung der Diagnostik für Demenzen in Anlehnung an DSM-IV (kategorial-kriterienbezogen) und ICD-10 (quantifizierend-dimensional).

Nürnberger Altersinventar (NAI)

- **Definition:** Testbatterie zur Erfassung von kognitiver Leistungsfähigkeit, Verhalten, Befindlichkeit und Selbstbild im höheren Lebensalter.
- **Beschreibung:**
  - Das Inventar umfasst objektive Leistungstests (mit spezieller demenzdiagnostischer Ausrichtung) sowie Selbst- und Fremdbeurteilungen. Es besteht insgesamt aus 11 Leistungsprüfungen (4 tempo- und 7 gedächtniszentrierte Verfahren) sowie 5 Fragebögen in bis zu 5 parallelisierten Versionen (A–E).
  - Erfasst werden im Alter auftretende Veränderungen der intellektuellen Leistungsfähigkeit, der allgemeinen Befindlichkeit und des individuellen Verhaltenspotenzials, darüber hinaus auch interventions- oder therapiebedingte Veränderungen und prognostische Aspekte.
- **Durchführung:**
  - Nach Vortestung wird eine Auswahl der Leistungstests vorgegeben. Die Testabfolge ist so anzulegen, dass ähnliche Tests nicht unmittelbar aufeinanderfolgen:
    - *Leistungstest (G = Version für Gerontologie):* Zahlen-Verbindungs-Test G, Labyrinthtest G, Zahlen-Symbol-Test G, Farb-Wort-Test, Zahlennachsprechen G, Wortliste, Bildertest, Wortpaare, Figurentest, Satznachsprechen, latentes Lernen.
    - *Fragebögen:* Nürnberger-Alters-Rating NAR; Nürnberger-Alters-Selbstbeurteilungs-Skala NAS; Nürnberger-Alters-Fragebogen NAF; Nürnberger-Alters-Alltags-Skala NAA; Nürnberger-Alters-Beobachtungs-Skala NAB.
  - Die einzelnen Tests sind separat auszuwerten. (Dauer ca. 45 Min).
- **Aussage und Indikation:** Entwicklung der einzelnen Subtests auf der Grundlage verschiedener empirischer Studien mit guter bis hoher Reliabilität und Validität.
  Einsatz bei Patienten in höherem und hohem Lebensalter, z. B. zur Behandlungs-

überprüfung bzw. für Verlaufsstudien. Es gibt quotierte Normwerte bzw. Prozentränge vom 55. bis zum 95. Lebensjahr.

2.3 Inventare zur vertiefenden Schweregraddiagnostik. Persönlichkeitsinventare

Übersicht

Tab. 2.5 • **Persönlichkeitsinventare**

Diagnose, Leitsymptom, Zielsetzung	Test	Fremd-/Selbstbeurteilung	Aussage	Beschreibung des Tests
aktueller psychopathologischer Befund, allgemeine Diagnostik	Present State Examination (PSE)	F	aktueller psychopathologischer Befund	PSE (S. 62)
	Symptom-Checkliste von Derogatis (SCL-90-R)	S	aktuelles Befinden	SCL-90-R (S. 62)
	Inpatient Multidimensional Psychiatric Scale (IMPS)	F	systematische Erfassung des psychopathologischen Befundes	IMPS (S. 63)
	Clinical Global Impression (CGI)	F	Schweregrad psychischer Störungen	CGI (S. 63)
	Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)	S	Persönlichkeitsdiagnostik, psychische Auffälligkeiten	MMPI (S. 64)
	Strukturiertes klinisches Interview (SKID)	F	Erfassung bestimmter psychischer Syndrome	SKID (S. 64)
	Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP)	F + S	Anamnese, psychischer und somatischer Befund	AMDP (S. 65)
Persönlichkeit, Selbstbild	Gießen-Test (GT-II)	F	Somatoforme u. neurotische Störungen, Persönlichkeitsstörungen	GT-II (S. 66)
	Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI)	S	dto.	FPI-R (S. 66)
	NEO-Fünf-Faktoren-Inventar (NEO-FFI)	S	Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörungen	NEO-FFI (S. 67)
	Temperament-Charakter-Inventar (TCI)	S	Persönlichkeitsdimensionen	TCI (S. 67)
	Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS)	S	Erfassung psychogener Körperstörungen	FDS (S. 68)

überprüfung bzw. für Verlaufsstudien. Es gibt quotierte Normwerte bzw. Prozentränge vom 55. bis zum 95. Lebensjahr.

2.3 Inventare zur vertiefenden Schweregraddiagnostik. Persönlichkeitsinventare

Übersicht

Tab. 2.5 • **Persönlichkeitsinventare**

Diagnose, Leitsymptom, Zielsetzung	Test	Fremd-/Selbstbeurteilung	Aussage	Beschreibung des Tests
aktueller psychopathologischer Befund, allgemeine Diagnostik	Present State Examination (PSE)	F	aktueller psychopathologischer Befund	PSE (S. 62)
	Symptom-Checkliste von Derogatis (SCL-90-R)	S	aktuelles Befinden	SCL-90-R (S. 62)
	Inpatient Multidimensional Psychiatric Scale (IMPS)	F	systematische Erfassung des psychopathologischen Befundes	IMPS (S. 63)
	Clinical Global Impression (CGI)	F	Schweregrad psychischer Störungen	CGI (S. 63)
	Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)	S	Persönlichkeitsdiagnostik, psychische Auffälligkeiten	MMPI (S. 64)
	Strukturiertes klinisches Interview (SKID)	F	Erfassung bestimmter psychischer Syndrome	SKID (S. 64)
	Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP)	F + S	Anamnese, psychischer und somatischer Befund	AMDP (S. 65)
Persönlichkeit, Selbstbild	Gießen-Test (GT-II)	F	Somatoforme u. neurotische Störungen, Persönlichkeitsstörungen	GT-II (S. 66)
	Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI)	S	dto.	FPI-R (S. 66)
	NEO-Fünf-Faktoren-Inventar (NEO-FFI)	S	Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörungen	NEO-FFI (S. 67)
	Temperament-Charakter-Inventar (TCI)	S	Persönlichkeitsdimensionen	TCI (S. 67)
	Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS)	S	Erfassung psychogener Körperstörungen	FDS (S. 68)

Tab. 2.5 • **Fortsetzung**

Diagnose, Leitsymptom, Zielsetzung	Test	Fremd-/Selbstbeurteilung	Aussage	Beschreibung des Tests
	Heidelberger-Dissoziations-Inventar (HDI)	S	dissoziatives Erleben	HDI (S. 68)
	Diagnostisches Interview für das Borderline-Syndrom (DIB)	F	Identifizierung von Borderline-Erkrankungen	DIB (S. 68)
	Borderline-Persönlichkeits-Inventar (BPI)	F	Erfassung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen	BPI (S. 69)
Schizophrenie	Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)	F	Art u. Umfang psychischer Störungen, Studien und Verlaufsbeobachtung schizophrener Patienten	BPRS (S. 69)
	Beurteilung der Positiv- und der Negativsymptomatik (SANS)	F	Verlaufsbeobachtung nach psychotischen Schüben	SANS (S. 70)
	Fünfminuteninterview (FMSS)	F	Einstellung zu einem schizophrenen Mitglied der Familie	FMSS (S. 70)
Angststörungen	Selbstbeurteilungs-Angstskala (SAS)	S	Verlaufsbeschreibung von Angsterkrankungen	SAS (S. 71)
	Panik- u. Agoraphobieskala (PAS)	F	Schweregrad einer Angsterkrankung	PAS (S. 71)
	Beck-Angst-Inventar (BAI)	S	Ausmaß von Angsterleben	BAI (S. 72)
	Hamilton-Angstskala (HAMA)	F	Art und Intensität von Angstsymptomen, Verlauf und Therapiekontrolle	HAMA (S. 72)
	Liebowitz-Skala zur Erfassung sozialer Phobie	S + F	Symptome bei sozialen Ängsten	Liebowitz-Skala (S. 72)
Zwangsstörung	Hamburger Zwangsinventar (HZI)	S	Erfassung von Zwangsgedanken u. -verhalten	HZI (S. 72)
	Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS)	F	Art und Schwere von Zwangssymptomen	Y-BOCS (S. 73)
	Maudsley Obsessional Compulsive Checklist (MOCI)	S	Verlaufskontrolle von Zwangsstörungen	

Tab. 2.5 • **Fortsetzung**

Diagnose, Leitsymptom, Zielsetzung	Test	Fremd-/Selbstbeurteilung	Aussage	Beschreibung des Tests
Depressionen	Allgemeine Depressiosnskala (ADS)	S	Depressivität	ADS (S. 74)
	Beck-Depressions-Inventar (BDI)	S	Schweregrad depressiver Symptome	BDI (S. 73)
	Selbstbeurteilungs-Depressionsskala (SDS)	S	Aufdeckung und Quantifizierung depressiver Verstimmungen	
	Hamilton-Depressionsskala (HAMD)	F	Schweregrad depressiver Syndrome	HAMD (S. 74)
	Montgomery-Asberg-Depressions-Rating-Skala (MADRS)	F	Einschätzung des Schweregrades depressiver Symptomatik	MADRS (S. 75)
Manie	Internal State Scale (ISS)	S	manische Symptome, Erstdiagnostik, Verlaufsbeobachtung	ISS (S. 76)
	Young-Mania-Rating-Scale (YMRS)	F	Ausprägung maniformer Symptome, Erstdiagnostik, Verlaufsbeobachtung	YMRS (S. 76)
	Bech Rafaelsen Manie-Skala (BRMAS)	F	Schweregrad eines manischen Zustandes, Verlaufsbeobachtung	BRMAS (S. 76)
ADHS	Homburger ADHS Skalen für Erwachsene (HASE)	S + Interview	Diagnostik eines ADHS im Erwachsenenalter	HASE (S. 77)
Störungen durch Alkohol	Kurzfragebogen f. Alkoholgefährdete (KFA)	F	Erfassung von Trinkgewohnheiten	KFA (S. 78)
	Münchner Alkoholismustest (MALT)	S + F	Ermittlung von Alkoholismussymptomen,	MALT (S. 79)
	Trierer Alkoholismusinventar (TAI)	S	Differenzialdiagnostik der Alkoholabhängigkeit	TAI (S. 79)
	Fragebogen zum funktionellen Trinken (FFT)	S	Trinkgewohnheiten	FFT (S. 80)
Schmerz	Fragebogen zum Schmerzverhalten (FSV)	S + F	Erleben u. Bewältigung von Schmerz	FSV (S. 77)
	Kieler Schmerzinventar (KSI)	S	Schmerzverarbeitung	KSI (S. 78)

Tab. 2.5 • **Fortsetzung**

Diagnose, Leitsymptom, Zielsetzung	Test	Fremd-/Selbstbeurteilung	Aussage	Beschreibung des Tests
Somatoforme Störungen	Quantifizierungsinventar für Somatoforme Störungen (QUISS)	S + F	Qualitative u. quantitative Erfassung somaformer Störungen	QUISS (S. 77)
Essstörungen	Strukturiertes Inventar f. Essstörungen (SIAB)	S	Anorektische u. bulimische Störungen	SIAB (S. 78)

Present State Examination (PSE)

- **Definition:** StandardisiertesVerfahren zur Erhebung des Psychostatus.
- **Beschreibung:** Der aktuelle psychopathologische Befund wird ermittelt aus den Antworten zu standardisierten Fragen bezüglich folgender Kategorien:
  - Allgemeine körperliche und seelische Gesundheit (10 Items).
  - Angst (8 Items).
  - Denken (4 Items).
  - Depressivität (5 Items).
  - Selbstwertgefühl (6 Items).
  - Vitalstörungen (6 Items).
  - Expansivität (3 Items).
  - Zwang (3 Items).
  - Depersonalisation (2 Items).
  - Wahrnehmungsstörungen (6 Items).
  - Denkstörungen (5 Items).
  - Halluzinationen (11 Items).
  - Wahn (26 Items).
  - Bewusstsein (7 Items).
  - Krankheitseinsicht (4 Items).
  - Verhalten (12 Items).
  - Affektivität (10 Items).
  - Sprache (11 Items).
- **Durchführung:**
  - Anhand der 140 Statements soll der psychopathologische Querschnittsbefund erfasst werden. Unsicherheiten in der Beurteilung oder fehlende Untersuchungsresultate werden ebenfalls festgehalten.
  - Die Ausprägungsgrade der vorgefundenen Störungen können mit einer Werteskala von 0–3 gewichtet und entsprechend registriert werden. Ergänzende Zusatzfragen zu den verschiedenen Dimensionen sind möglich.
  - Vor der eigentlichen Testdurchführung werden 10–12 Übungsexplorationen empfohlen. Das Verfahren ist zur elektronischen Datenverarbeitung vorgesehen. (Dauer ca. 60–90 Minuten).
  - **Aussage:** Übersicht zum aktuellen Psychostatus, aus dem 38 Syndromcluster extrahiert werden können.

Symptom-Checkliste von Derogatis (SCL-90-R)

- **Definition:** Mehrdimensionales Selbstbeurteilungsverfahren zur Beschreibung der psychischen Befindlichkeit.
- **Beschreibung:** Aus der Selbstbeurteilung des Patienten anhand von 95 Statements wird dessen Psychostatus erstellt.

- **Durchführung:** Zu 90 verschiedenen Items soll auf einer Ratingskala von 0 (= überhaupt nicht) bis 4 (= sehr stark) Stellung genommen werden. Die Items sind folgenden neun Bereichen zugeordnet:
  - Somatisierung.
  - Zwanghaftigkeit.
  - Unsicherheit im Sozialkontakt.
  - Depressivität.
  - Ängstlichkeit.
  - Aggressivität/Feindseligkeit.
  - Phobische Angst.
  - Paranoides Denken.
  - Psychotizismus.

  (Dauer ca. 10–15 Minuten).
- **Aussage:** Nach Auswertung anhand eines Schemas lässt sich mittels T-Werten und Prozenträngen (Summenwert, Skalenwert, Belastungstendenz) ein Vergleich mit vorgegebenen Normen vornehmen (Validität r ≈ .3 bis .7, Reliabilität ≈ .5).
- **Aussage und Indikation:** Die Gliederung des Fragebogens ist ausgerichtet auf folgende Schwerpunkte:
  - Neurotische Symptome, Anpassungsstörungen.
  - Psychotische Symptome.
  - Bewusstseinslage, Krankheitseinsicht.
  - Verhalten, Affekt, Sprache.
  - Mithilfe einer Syndromcheckliste (SCL) lassen sich aus den 140 Symptomen zusätzlich 38 Syndrome ermitteln (z. B. „Hypochondrie", „Energiemangel" u. ä.).

  Hinweis: Schwerer beeinträchtigte Patienten werden möglicherweise überfordert.

Clinical Global Impression (CGI)

- **Definition und Beschreibung:** Fremdbeurteilungsfragebogen zur globalen Beurteilung des Schweregrades psychischer Störungen.
- **Durchführung:** Zu beurteilen sind:
  - Der aktuelle Schweregrad der psychiatrischen Erkrankung auf einer 7-stufigen Skala von „nicht krank" bis „extrem schwer krank".
  - Veränderungen im Verlauf: Auf einer 8-stufigen Skala von „nicht beurteilbar" bis „Zustand ist sehr viel schlechter".
  - Das Verhältnis von therapeutischem Effekt und auftretenden Nebenwirkungen (auf der Grundlage einer Medikation): Von „sehr gut" bis „unverändert oder schlechter" bzw. „nicht beurteilbar". (Dauer etwa 5–10 Minuten).
- **Aussage und Indikation:** Das klinische Global-Rating erlaubt in Form einer Momentaufnahme eine kurze Beurteilung des Krankheitszustandes innerhalb einer Verlaufsbeobachtung. Einsatz daher vor allem innerhalb klinischer Studien vor dem Hintergrund der Beurteilung therapeutischer Effekte und auftretender Nebenwirkungen, die als „Wirksamkeits-Index" über eine zweiziffrige Codenummer erfasst werden.

Inpatient Multidimensional Psychiatric Scale (IMPS)

- **Definition:** Multidimensionale Skala zur systematischen Erfassung des psychopathologischen Befundes.
- **Beschreibung:** Anhand eines psychiatrischen Interviews mit 90 Items soll eine diagnostische Zuordnung psychischer Störungen ermöglicht werden.
- **Durchführung:**
  - Der gesprächsfähige Patient wird mittels einer Checkliste zu seinem aktuellen Befinden befragt, Beobachtungen des Interviewers werden ebenfalls aufgenommen. Auf einem Auswertungsblatt werden 77 Items zu 12 Syndromen zusam-

mengefasst, die flächentransformierten T-Werte in einen Profilbogen eingetragen.
- *Hauptgruppen:*
  - Paranoid-halluzinatorisches Syndrom.
  - Depressives Syndrom.
  - Manisches Syndrom.
  - Andere psychotische Symptomatik.
- Die Profilbögen erlauben einen Vergleich innerhalb dieser Diagnosegruppen. (Dauer ca. 30–40 Minuten).

▶ **Aussage und Indikation:**
- Schwerpunkt im Bereich psychotischer und depressiver Krankheitsbilder.
- Einsatz zu Forschungs- und Dokumentationszwecken sowie zu Verlaufsbeobachtungen.

Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2)

▶ **Definition:** Fragebogen zur Persönlichkeitsdiagnostik bzw. zur Erfassung psychischer Auffälligkeiten.

▶ **Beschreibung:** Aus den Antworten des Patienten zu einer Reihe persönlicher Fragen wird auf Persönlichkeitseigenschaften geschlossen, die den folgenden 10 Dimensionen zugeordnet werden:
- Depressivität.
- Hysterie.
- Psychopathie.
- Maskulinität/Feminität.
- Paranoia.
- Psychasthenie.
- Schizoidie.
- Hypomanie.
- Introversion/Extraversion.
- Hypochondrie.

▶ **Durchführung:**
- Bei diesem recht zeitaufwendigen (veralteten) Fragebogen sind 566 Statements (davon 16 Wiederholungen) zur Selbstbeurteilung mit „richtig" oder „falsch" zu kennzeichnen. Die Auswertung erfolgt mittels Schablonen; das individuelle Skalenprofil wird grafisch dargestellt.
- Über Kontrollskalen können sowohl Verfälschungstendenzen des Patienten erfasst werden wie andererseits Sorgfaltsleistung und Aufmerksamkeit bei der Testdurchführung. (Dauer ca. 1–2 Stunden).

▶ **Aussage und Indikation:** Der MMPI ist wahrscheinlich der am meisten verbreitete Fragebogentest mit ausreichender Objektivität, Gültigkeit und Verlässlichkeit (Reliabilität $r \approx .5$ bis .8). Der Anwendungsbereich erstreckt sich sowohl auf psychotische als auch auf nichtpsychotische Beeinträchtigungen.

Strukturiertes klinisches Interview (SKID I + II)

▶ **Definition:** Mehrdimensionales Interviewverfahren zur Erfassung psychopathologischer Syndrome in Anlehnung an DSM-IV. Näheres siehe strukturiertes Interview (S. 62).

▶ **Beschreibung:** SKID dient der Erfassung und Diagnostik ausgewählter psychischer bzw. Persönlichkeitsstörungen in Anlehnung an DSM-IV:
- Auf Achse I sollen beurteilt werden: Affektive Störungen, psychotische Störungen, Störungen durch psychotrope Substanzen, Angststörungen, somatoforme Störungen, Essstörungen, Anpassungsstörungen.
- Codierungsmöglichkeiten bestehen für die Achsen III und V.

- **Durchführung:**
  - SKID I: Einsatz des strukturierten Leitfadeninterviews mit „Trennpunkt"-Fragen und Sprungregeln (= grobe Übersicht durch Einsatz nur einiger ausgewählter „Netzwerk"-Fragen).
  - SKID II: Zweiteilig aus Fragen- und Interviewteil.
  - Diagnosestellung im Längs- und Querschnitt. (Dauer: SKID I ca. 100 Minuten, SKID II 30 Minuten).
- **Aussage und Indikation:**
  - Die getrennte Auswertung von Fragebogen und Interview erlaubt sowohl eine quantitative Auswertung wie auch Selbstbeschreibung und allgemein-klinische Beurteilung.
  - Einsatz bei ambulanten und stationär behandelten psychiatrischen und psychotherapeutischen Patienten.
  - Zügige und valide Diagnosestellung bei den genannten Erkrankungen. (Reliabilität r > .6).

Dokumentationssystem der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP)

- **Definition:** Mehrdimensionales Selbst- (S) und Fremdbeurteilungssystem (F) zur Anamnese, zum psychischen und somatischen Befund.
- **Beschreibung:** Aus den Angaben zu 100 Items „psychischer Befund" sowie weiteren 40 Items „somatischer Befund" wird auf das Vorliegen definierter psychopathologischer Syndrome geschlossen:
  - *Der „psychische Befund" bezieht sich auf*
    - Bewusstseins- und Orientierungsstörungen.
    - Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen.
    - Formale und inhaltliche Denkstörungen.
    - Sinnestäuschungen.
    - Ich-Störungen.
    - Emotionale und Antriebsstörungen - zirkadiane Besonderheiten.
  - *Der „somatische Befund" erfasst*
    - Schlaf- und Vigilanzstörungen.
    - Appetenz- und gastrointestinale Störungen.
    - Zirkulatorische und vegetative Störungen.
    - Neurologische Symptome.
- **Durchführung:**
  - Der Untersucher soll anhand des Manuals zu den 140 Statements Stellung nehmen, abgestuft von „nicht vorhanden" bis „schwer".
  - Die Beurteilung des psychischen Zustandes basiert auf allen verfügbaren – auch fremdanamnestischen – Informationen und Angaben.
  - Der Erfassungsbogen ist so konzipiert, dass automatische Auswerteverfahren mit Markierungslesern zur Anwendung kommen können. (Dauer etwa 40–60 Minuten.)
- **Aussage und Indikation:**
  - Die Auswertung auf der Symptomebene soll über folgende Syndrome Auskunft geben: Depressives, psychoorganisches, manisches und paranoid-halluzinatorisches Syndrom, Hostilitätssyndrom, vegetatives und neurologisches Syndrom, apathisches und Zwangssyndrom.
  - Das AMDP-System erscheint besonders geeignet zu Vergleichsuntersuchungen bei multizentrischen Studien, überhaupt zur Vereinheitlichung der psychiatrischen Diagnostik.

Gießen-Test II (GT-II)

- **Definition:** Standardisierter mehrdimensionaler Fragebogen zur Ermittlung des persönlichen Selbstbildes.
- **Beschreibung:** Die Beurteilung der Persönlichkeit beruht auf einer Auswertung der Antworten auf der Grundlage psychoanalytischer und sozialpsychologischer Konzepte.
- **Durchführung:**
  - Der Patient wird angehalten, zu insgesamt 40 binär formulierten Items bezüglich seiner inneren Verfassung und seiner Umweltbeziehungen („Selbstbild") Stellung zu nehmen. Durch Umstellung der Items kann der Test auch zur Fremdeinschätzung verwendet werden („Fremdbild").
  - *Die Analyse der Antworten bezieht sich auf folgende 6 Standardskalen:*
    - Soziale Resonanz.
    - Dominanz.
    - Kontrolle.
    - Grundstimmung.
    - Durchlässigkeit.
    - Soziale Potenz.
  - Es lässt sich auch ein so genanntes Idealselbstbild erstellen.
  - Die Auswertung erfolgt über Transformation der Rohwerte in Standardwerte. Das Testprofil kann grafisch dargestellt werden (Dauer etwa 15–20 Minuten).
- **Aussage und Indikation:** Der Anwendungsbereich erstreckt sich vor allem auf psychosomatische und psychoneurotische Erkrankungen unter Einbeziehung sozialer Einstellungen und Interaktionen. (Unter Berücksichtigung der psychoanalytischen Konzeption des Verfahrens zufriedenstellende Validität bei der Einzel- und Gruppendiagnostik als Stütze der klinischen Befunderhebung. Reliabilität $r \approx .6$ bis .7).

Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI-R)

- **Definition:** Standardisierter Fragebogen zur Selbstbeurteilung der Persönlichkeit (ältere Fassung: FPI-A1).
- **Beschreibung:**
  - Aus den Stellungnahmen des Patienten zu persönlichen Fragen können Rückschlüsse auf die in der Tab. 2.6 dargestellten Eigenschaften gezogen werden (FPI und revidierte Fassung).
  - Zusätzlich werden die Dimensionen „Extraversion/Introversion", „Neurotizismus" und „Maskulinität/Feminität" erfasst.

Tab. 2.6 • **Komponenten der Freiburger Persönlichkeitsinventare**

FPI	FPI-R (= revidierte Fassung)
Nervosität	Lebenszufriedenheit
Aggressivität (spontan + reaktiv)	soziale Orientierung
Depressivität	Leistungsorientierung
Erregbarkeit	Gehemmtheit
Geselligkeit	Erregbarkeit
Gelassenheit	Aggressivität
Gehemmtheit	Beanspruchung
Offenheit	körperliche Beschwerden
Extraversion	Gesundheitssorgen

Tab. 2.6 • **Fortsetzung**

FPI	FPI-R (= revidierte Fassung)
emotionale Labilität	Offenheit
Maskulinität	Extraversion
	Emotionalität

- **Durchführung:**
  - Der Patient wird mit insgesamt 148 offenen und verdeckten Fragen (FPI-A1: 114 Fragen) konfrontiert, die bejahend oder verneinend zu beantworten sind.
  - Die Auswertung erfolgt mittels Schablonen. Die Resultate können auf einem Profilblatt grafisch dargestellt werden. (Dauer ca. 20–30 Minuten.)
- **Aussage und Indikation:**
  - Der Einsatz erfolgt ergänzend zur klinisch-psychopathologischen Diagnostik vor allem bei somatoformen bzw. psychosomatischen und Anpassungsstörungen.
  - Die faktorenanalytisch gewonnenen Persönlichkeitsdimensionen besitzen offenbar eine ausreichende Trennschärfe (Reliabilität r ≈ .7 bis .8, Validität ≈ .3 bis .6).

NEO-Fünf-Faktoren-Inventar (NEO-FFI)

- **Definition:** Standardisierter Fragebogen zur Selbstbeurteilung der Persönlichkeit.
- **Beschreibung:** Erfasst werden die Dimensionen „Neurotizismus", „Extraversion", „Offenheit für Erfahrung", „Verträglichkeit" und „Gewissenhaftigkeit".
- **Durchführung:**
  - Insgesamt 60 Aussagen, die positiv oder negativ formuliert sind und auf einer fünfstufigen Skala (starke Ablehnung/Ablehnung/neutral/Zustimmung/starke Zustimmung) bewertet werden sollen.
  - Pro Skala wird ein Summenwert gebildet (Dauer der Durchführung ca. 10 Minuten.)
- **Aussage und Indikation:**
  - Der Einsatz erfolgt ergänzend zur klinisch-psychopathologischen Diagnostik bei Persönlichkeitsstörungen. Der Test ist für Jugendliche und Erwachsene geeignet.
  - Die faktorenanalytisch gewonnenen Persönlichkeitsdimensionen besitzen offenbar eine ausreichende Trennschärfe (Reliabilität r ≈ .65 bis .8 und interne Konsistenz zwischen .7 und .85).

Temperament-Charakter-Inventar (TCI)

- **Definition:** Standardisierter Fragebogen zur Selbstbeurteilung der Persönlichkeit.
- **Beschreibung:** Das TCI erfasst die vier Temperamentsdimensionen „Neugierverhalten", „Schadensvermeidung", „Belohnungsabhängigkeit" und „Beharrungsvermögung". Zudem beinhaltet der TCI Items für die Charaktereigenschaften „Selbstlenkungsfähigkeit", „Kooperativität" und „Selbsttranszendenz".
- **Durchführung:**
  - Der Proband wird mit insgesamt 240 Fragen konfrontiert, die bejahend oder verneinend zu beantworten sind und Vorlieben, emotionale Reaktionen, Einstellungen, Interessen, Zielen und Wertvorstellungen erkunden sollen.
  - Die Auswertung ist mittels einer PC-gestützten Schablone möglich (Dauer der Testdurchführung ca. 45–60 Minuten).
- **Aussage und Indikation:**
  - Der Einsatz erfolgt ergänzend zur klinisch-psychopathologischen Diagnostik vor allem bei Persönlichkeitsstörungen (Reliabilität und Validität für die deutsche Fassung noch unzureichend evaluiert).

Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS-20)

- **Definition:** Selbstbeurteilungsverfahren zur Diagnostik dissoziativer Phänomene.
- **Beschreibung:** Anhand abgestufter Stellungnahmen wird aus der Selbstbeurteilung des Patienten auf evtl. vorliegende dissoziative Störungen geschlossen.
- **Erfasste Dimensionen:**
  - Amnesie.
  - Absorption.
  - Derealisation.
  - Konversion.
- **Durchführung:** Zu 20 Items über Erfahrungen und Erlebnisse aus dem alltäglichen Leben soll zustimmend bzw. ablehnend in Zehnerschritten zwischen 0 % (= nie) bis 100 % (= immer) Stellung genommen werden (Dauer ca. 5–10 Minuten).
- **Aussage:** Die Auswertung erfolgt über eine Verrechnung des Gesamtrohwerts bzw. des Mittelwerts als Screeningverfahren. Differenzierte Normen liegen noch nicht vor, allerdings sind Prozentränge angegeben (Validität r ≈ .5 bis .8. Reliabilität r ≈ .8 bis .9).

Heidelberger Dissoziations-Inventar (HDI)

- **Definition:** Verfahren zur Diagnostik dissoziativer Störungen.
- **Beschreibung:** Zweistufiges Testverfahren:
  1. „Skala dissoziativen Erlebens" mit 28 Items in der Erwachsenenversion als Screening zur Selbsteinschätzung dissoziativer Erlebnisse.
  2. „Strukturiertes klinisches Interview", justiert an den klinisch-diagnostischen ICD- und DSM-Kriterien. Anhand von 77 Fragen sollen folgende Schwerpunkte erfasst werden:
     - Dissoziative Amnesie und Fugue.
     - Dissoziativer Stupor und andere Bewegungsstörungen.
     - Trance- und Besessenheitszustände.
     - Dissoziative Krampfanfälle und Empfindungsstörungen.
     - Ganser-Syndrom.
     - Dissoziative Identitätsstörung.
     - Depersonalisierungs- und Derealisationserlebnisse.
- **Durchführung:**
  - Mithilfe des 10-fach skalierten Screening-Bogens werden vorlaufend evtl. aufgetretene dissoziative Symptome abgefragt. Bei entsprechenden Hinweisen schließt sich das Interview mit geschlossenen Fragen bzw. ja/nein-Antworten an.
  - Die Auswertung des Interviews erfolgt nach den Schweregraden: 0 (keine Symptome), 1 (mäßige Symptome), 2 (schwere Symptome).
  - Die Punktwerte der Fragen werden zu Summenscores für die verschiedenen Störungsbereiche aufaddiert und zu einem Gesamtwert verrechnet.
  - (Dauer des Screenings: ca. 10 Min., des Interviews ca. 40–60 Min.)
- **Aussage und Indikation:** Diagnosezuordung mit Hilfe von Auswertungsbogen nach ICD-10 oder DSM (validiert an externen Kriterien. Reliabilität: r ≈ .9).

Diagnostisches Interview für das Borderline-Syndrom (DIB-R)

- **Definition:** Semistrukturiertes Inverview zur Erfassung von Borderline-Störungen (S. 275).
- **Beschreibung:** Mittels vorgegebener Statements sollen charakteristische Symptome der Borderline-Persönlichkeit aufgrund eines psychoanalytischen Erklärungsansatzes erfasst werden.
- **Durchführung:**
  - Zu 97 Fragen sollen Aussagen getroffen werden, aus denen sich Hinweise auf Borderline-Strukturen ergeben.

- Abgefragt werden die folgenden *4 Persönlichkeitsbereiche:*
  - Impulsive Handlungsmuster.
  - Affektivität.
  - Kognition.
  - Zwischenmenschliche Beziehungen.
- Zu jedem dieser Bereiche werden 3–4 Aussagen festgehalten. Nach Verrechnung wird ein kritischer Wert ermittelt, der für oder gegen das Vorliegen von Borderline-Störungen sprechen soll (Dauer > 1–2 Stunden).

▶ **Aussage und Indikation:**
- Der Fragebogen gilt als das am besten überprüfte diagnostische Testverfahren mit statistisch hoher Signifikanz zur Identifizierung von Borderline-Erkrankungen.

☐ ***Hinweis:*** Die teils kontroversen Diskussionen hinsichtlich der Borderline-Operationalisierung sind im Auge zu behalten!

Borderline-Persönlichkeits-Inventar (BPI)

▶ **Definition:** Fremdbeurteilungsfragebogen zur Erfassung der Borderline-Persönlichkeitsstörung.

▶ **Beschreibung:** Über insgesamt 53 Items, zusammengefasst zu 4 Skalen, sollen folgende Störungsbilder erfasst werden:
- Entfremdungserlebnisse und Identitäts-Diffusion (ID).
- Primitive Abwehrmechanismen und Objektbeziehungen (AB).
- Mangelhafte Realitätsprüfung (R).
- Angst vor Nähe (N).

▶ **Durchführung:** Die einzelnen Beurteilungen werden ausgezählt und mit T-Normen bzw. Prozenträngen sowohl für den Gesamtwert als auch für einzelne Skalen verglichen (Dauer ca. 20 Minuten).

▶ **Aussage:** Geeignet für epidemiologische und klinische Untersuchungen bei psychischen Störungen bzw. zur Verlaufskontrolle psychotherapeutischer Wirksamkeit (Reliabilität $r \approx .7$ bis .8).

Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)

▶ **Definition und Beschreibung:** Fremdbeurteilungsfragebogen zur globalen Feststellung, ob und in welchem Umfang psychische Störungen vorliegen.

▶ **Durchführung:**
- Der aus 18 Items bestehende Fragebogen dient als Anleitung zur gezielten Beurteilung folgender psychopathologischer Symptome: Körperbezogenheit, Angst, emotionale Zurückgezogenheit, Denkstörungen, Schuldgefühle, Gespanntheit, Manieriertheit, Größenideen, Depressivität, Feindseligkeit, paranoide Ideen, Halluzinationen, Verlangsamung, Abwehr, abnorme Denkinhalte, affektive Defizite, Erregtheit und Orientierungsstörungen.
- Erfasst werden die Faktoren „Angst/Depressionen“, „Anergie“, „Denkstörung“, „Aktivierung“ und „Feindseligkeit/Misstrauen“.
- Jeweils vorliegende Störungen werden innerhalb einer Kategorie mit Werten von „1“ (nicht vorhanden) bis „7 “ (extrem stark) gewertet (Dauer ca. 20 Minuten).

▶ **Aussage und Indikation:**
- Geeignet am ehesten innerhalb klinischer Studien bzw. zur Verlaufsbeobachtung bei schizophrenen (hospitalisierten) Patienten.
- Die maximale Punktzahl beträgt 126 Punkte. Ab etwa 60–70 Punkten liegen bereits spürbare Auffälligkeiten vor. (Der Test stellt ein globales Beurteilungsinstrument dar, die Items sind nicht immer genügend trennscharf).

Beurteilung der Negativsymptomatik (SANS)

- **Definition:** Fremdbeurteilungsfragebogen zur Erfassung von Negativsymptomen bei Schizophrenie.
- **Beschreibung:**
  - Das Inventar umfasst insgesamt *24 Items zu folgenden psychopathologischen Besonderheiten:*
    - Affektverflachung und -starrheit (Verarmung der emotionellen Ausdrucks- und Schwingungsfähigkeit).
    - Alogie (sprachliche Verarmung und Denkstörungen).
    - Anergie (Antriebsdefizit, Willensschwäche, Apathie).
    - Anhedonie und sozialer Rückzug (Desinteresse, Freudlosigkeit, Introversion, Isolation).
    - Aufmerksamkeitsstörung.
  - Ausprägung jeweils vorhandener Veränderungen von „0 “ (normal bzw. nicht vorhanden) bis „5 “ (schwer).
- **Durchführung:**
  - Das Verhalten des Patienten wird anhand eines Fragebogens beurteilt, wobei insbesondere Mimik und Gestik, Sprache, Pflegezustand, Aktivität, Interessen, Kontaktverhalten, Motivation, Aufmerksamkeit u. ä. im Vordergrund stehen.
  - Die Auswertung erfolgt über Addition der jeweils erreichten Punkte (0–125 Punkte; Dauer ca. 30–40 Minuten).
- **Aussage und Indikation:** Globale Übersicht, geeignet insbesondere zur Verlaufsbeobachtung nach psychotischen Schüben (spürbare Beeinträchtigungen ab etwa 60–70 Punkten).

Beurteilung der Positivsymptomatik (SAPS)

- **Definition:** Fremdbeurteilungsfragebogen zur Erfassung von Positivsymptomen bei Schizophrenie.
- **Beschreibung:** Das Inventar umfasst insgesamt 35 Items zu folgenden psychopathologischen Besonderheiten:
  - Halluzinationen (akustische, visuelle, taktile, somatische).
  - Wahn (Verfolgungswahn, Beziehungswahn, Größenwahn, Eifersuchtswahn, hypochondrischer Wahn sowie Ich-Störungen).
  - Bizarres Verhalten (Unruhe, Aggressivität, Stereotypien, Sozialverhalten).
  - Formale Denkstörungen (Inkohärenz, Zerfahrenheit, Geräuschassoziationen).
  - Ausprägung jeweils vorhandener Veränderungen von „0“ (normal bzw. nicht vorhanden) bis „5“ (schwer).
- **Durchführung:**
  - Wie bei SANS.
  - Die Auswertung erfolgt über Addition der jeweils erreichten Punkte (0 – 170 Punkte). (Dauer ca. 30 Minuten.)
- **Aussage und Indikation:** Globale Übersicht, geeignet insbesondere zur Verlaufsbeobachtung nach psychotischen Schüben (spürbare Beeinträchtigungen ab etwa 60–70 Punkten).

Fünfminuteninterview (FMSS)

- **Definition:** Grob standardisiertes Interview zur Erfassung der Einstellung zu einem schizophrenen Familienmitglied.
- **Beschreibung:** Kurzfassung des Camberwell Family Interview (CFI) bzw. ins Deutsche übertragene Kurzfassung des Five-Minute-Speech-Sample-Verfahrens. Erfasst werden soll der Expressed Emotion Index (EEI) als Maß für den spezifischen familiären emotionalen Umgangsstil bzw. die Zuwendung zu einem psychosekranken Familienmitglied.

- **Durchführung:**
  - Familienmitglieder werden durch einen standardisierten Eingangssatz aufgefordert, 5 Minuten über die Indexperson zu sprechen. Das Gespräch wird aufgezeichnet und anschließend ausgewertet.
  - *Hoher EE-Index:*
    - Definition: Angehörige haben entweder ein emotionales Überengagement (überprotektives und selbstaufopferndes Verhalten [„hoch involviert"] oder eine besonders kritische Einstellung bis zur Feindseligkeit [„hoch kritisch"]).
    - Bedeutung: Jeweils eine für den Patienten ungünstige, krankheitsfördernde Atmosphäre. (Dauer max. 10 Minuten).
- **Aussage und Indikation:** Der EE-Index gilt als Prognoseprädiktor im Hinblick auf den weiteren Krankheitsverlauf des betroffenen Familienmitglieds. (Ausreichende Spezifität und Validität. Laut Angaben sehr hohe Interrater-Reliabilität r > .9).

Selbstbeurteilungs-Angstskala (SAS)

- **Definition:** Erfassung von Angstsymptomen mithilfe eines Selbstbeurteilungsfragebogens.
- **Beschreibung:** Aus Stellungnahmen des Patienten zu Fragen über Angstsymptome wird auf Ausmaß und Intensität vorliegender Angst geschlossen.
- **Durchführung:**
  - Der Patient wird angehalten, graduiert („nie oder selten" bis „meistens oder immer") 20 Statements zu beantworten, die psychische und körperliche Angstsymptome einschließlich Schlafstörungen beschreiben (5 affektive und 15 somatische Angstkriterien). Von besonderem Interesse ist die Einschätzung des Befindens während der letzten Woche vor der Untersuchung.
  - Die Summe der gewichteten Items ergibt einen Rohwert, der ab „36 Punkten" als Krankheitshinweis zu bewerten ist (Dauer etwa 30 Minuten).
- **Aussage und Indikation:**
  - Zur Verlaufsbeschreibung bei allen Erkrankungen geeignet, die mit Angst einhergehen (als Ergänzung zur klinisch-psychologischen Diagnostik).
  - Zufriedenstellende inhaltliche Validität und Halbierungszuverlässigkeit.

Panik- und Agoraphobieskala (PAS)

- **Definition:** Fragebogen zur Erfassung von Panik und/oder Agoraphobie.
- **Beschreibung:** Das Inventar besteht aus 13 Items, die zu 5 Subscores für folgende Bereiche zusammengefasst sind:
  - Panikattacken.
  - Agoraphobe Vermeidung.
  - Antizipatorische Angst.
  - Einschränkungen im täglichen Leben.
  - Gesundheitssorgen.
- **Durchführung:**
  - Abfragen der genannten Bereiche im Rahmen einer Fremdbeurteilung.
  - Die Beurteilung erfolgt anhand von Normwerten (auch getrennte Auswertung der Subscores möglich). Der Gesamtwert der Skala umfasst alle durch die Angststörung beeinträchtigten Bereiche (Dauer bei Fremdbeurteilung ca. 8 Minuten, bei Selbstbeurteilung ca. 15 Minuten).
- **Aussage:**
  - Festlegung des Schweregrades der Angsterkrankung mit hoher Zuverlässigkeit.
  - Werte: 0–8: grenzwertig; 9–18: leicht; 19–28: mittel; 29–39: schwer. (Korrelation mit CGI bei Fremdbeurteilung r ≈ .9, bei Selbstbeurteilung r ≈ .7. Reliabilität r ≈ .7).

Beck Angst-Inventar (BAI)

- **Definition:** Fragebogen zur Selbstbeurteilung des Schweregrades von Angstsymptomen.
- **Beschreibung:** Das Inventar umfasst 21 Items zur Erfassung von Angstgefühlen.
- **Durchführung:** Auf einer 4-stufigen Skala sind deskriptive Aussagen zu Angstsymptomen hinsichtlich ihrer Schwere während der letzten sieben Tage zu bewerten (Dauer 5–10 Minuten).
- **Aussage und Indikation:**
  - Klinisch relevante Angst ab ca. 10 Pkt.
  - Prozentrangnormen und Referenzwerte für verschiedene Angststörungen liegen vor (Validität r ≈ .5 bis .7. Reliabilität r ≈ .8 bis .9).

Hamilton-Angstskala (HAMA)

- **Definition:** Skala zur Fremdbeurteilung der Art und Intensität von Angstsymptomen.
- **Beschreibung:** Als Methode der standardisierten Fremdbeurteilung von Angstgefühl werden die folgenden Kategorien erfasst:
  - Stimmung, Spannung, Furcht.
  - Schlafstörungen, Leistungsbeeinträchtigung, Depressivität.
  - Muskuläre und sensorische körperliche Symptome.
  - Kardiovaskuläre, respiratorische, gastrointestinale, urogenitale und neurovegetative Symptome.
  - Allgemeines Verhalten.
- **Durchführung:**
  - Der Untersucher beurteilt anhand der genannten 14 Kategorien auf einer 5-fach gestaffelten Skala Ausmaß und Qualität von Angstsymptomen, wobei jeweils 7 Items somatische und psychische Angst erfassen sollen.
  - Graduierung von 0 („nicht vorhanden") bis maximal 4 („sehr stark").
  - Der ermittelte Rohwert kann als Gradmesser von Angst interpretiert werden kann (max. 56 Punkte, keine zeitliche Begrenzung).
- **Aussage und Indikation:** Die Angstskala erscheint geeignet zur Verlaufsbeobachtung bzw. zur Therapiekontrolle bei vergleichenden Studien als Ergänzung zur klinisch-psychopathologischen Diagnostik (laut Literaturangaben sehr hohe Reliabilität).

Liebowitz-Skala zur Erfassung sozialer Phobie

- **Definition:** Standardskala zur Erfassung des Schweregrads sozialer Ängste.
- **Beschreibung:** Fragebogen mit 24 Statements zum Erleben sozialer Situationen.
- **Durchführung:** Mit Hilfe von 24 Items soll – nach Selbst- und Fremdeinschätzung – zu den Komplexen „Angst–Furcht" und „Vermeidungsverhalten" Stellung genommen werden. Es wird vierstufig zwischen „keine" und „stark" bzw. „nie" und „fast immer" unterschieden (Dauer ca. 10 Minuten).
- **Aussage:** Je nach ermittelter Gesamtpunktzahl:
  - 30–40 Punkte: Leichte soziale Phobie.
  - 50–80 Punkte: Mäßig bis stark ausgeprägte soziale Phobie.

Hamburger Zwangsinventar (HZI)

- **Definition:** Fragebogen zur Erfassung von Zwangsgedanken und -verhalten.
- **Beschreibung:** Das HZI umfasst insgesamt 188 Items, die auf folgende 6 Skalen verteilt sind:
  - Kontrollhandlungen.
  - Reinlichkeitszwänge.
  - Ordnungszwänge.
  - Zähl- und Berührungszwänge.
  - Zwangsgedanken.
  - Zwanghafte auto- und fremdaggressive Vorstellungen.

- **Durchführung:** Zu den genannten Statements soll der Patient (> 16 Jahre) zustimmend oder ablehnend Stellung nehmen. Zielgruppe sind Patienten mit Zwangssymptomen im Rahmen unterschiedlicher Störungen (Anpassungsstörungen, Persönlichkeitsstörungen, affektive Erkrankungen, Schizophrenie und hirnorganische Erkrankungen). Dauer mindestens 20 Minuten.
- **Aussage und Indikation:**
  - Einsatz in der klinischen Psychiatrie zu diagnostischen und katamnestischen Untersuchungen. Differenziert wird zwischen Zwangsneurotikern und agoraphobischen bzw. sozial gehemmten Patienten.
  - Normen liegen sowohl für einzelne Skalen wie auch für das gesamte Inventar vor. (Retest-Reliabilität für den Gesamttest r ≈ .7 bis .9).

  Hinweis: Für die *Kurzform HZI-K* wurde die Anzahl der Items auf 72 reduziert.

Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS)

- **Definition:** Rating-Verfahren zur Einschätzung der Art und Schwere von Zwangssymptomen.
- **Beschreibung:** Standard-Fremdratingverfahren zur Quantifizierung und Spezifizierung von Zwangsstörungen (in Anlehnung an DSM) in Form eines halbstrukturierten Interviews. Verteilt auf 19 Kategorien werden beurteilt:
  - Schweregrad von Denk- und Handlungszwängen sowie von Vermeidung.
  - Zeitaufwand, Beeinträchtigung im Alltagsleben, Leidensdruck, Widerstand und ausgeübte Kontrolle über die Symptomatik.
- **Durchführung:**
  - Anhand eines Glossars Erfassung von Zwangsgedanken und Zwangshandlungen über ein halbstrukturiertes Interview (S. 18) mit semiquantitativer Bewertung (Y-BOC-Symptom-Checkliste mit 68 Beispielen).
  - Bestimmung der Hauptsymptome („H"). Zeitaufwand, Beeinträchtigungsgrad, Leidensdruck, Widerstand und Kontrollgedanken.
  - Errechnung des Gesamtscores (Items 1–10) zwischen 0 und 40 Punkten (Items 1–5: Denkzwänge, Items 6–10: Handlungszwänge). Dauer ca. 60 Minuten.
- **Aussage und Indikation:** In Verbindung mit der klinischen Diagnostik Einschätzung einer Zwangssymptomatik zur Abstützung des klinischen Befundes, zur Verlaufs- oder Therapiekontrolle (Reliabilität r ≈ .85).
  - *Ausgeprägtere Symptomatik:*
    - Bei Denk- *und* Handlungszwängen: > 16 Punkte.
    - Bei Denk- *oder* Handlungszwängen: > 10 Punkte.

Beck Depressions-Inventar Revision (BDI-II)

- **Definition:** Fragebogen zur Selbstbeurteilung des Schweregrades einer Depression Verstimmung.
- **Beschreibung:** Anhand 21 vorgegebener Fragen sollen folgende psychopathologische Qualitäten erfasst werden:
  - Verstimmtheit, Pessimismus, Versagensgefühl.
  - Unzufriedenheit, Schuldgefühl, Strafbedürfnis.
  - Selbstanklage, Suizidalität, Weinerlichkeit.
  - Reizbarkeit, Unruhe, Entschlussunfähigkeit.
  - Schlafmangel, Appetitstörungen
  - Konzentrationsschwierigkeiten
  - Wertlosigkeit.
- **Durchführung:**
  - Der Patient wird angehalten, zu den o. g. Kategorien 4-fach abgestuft von „nicht vorhanden" bis „erheblich" Stellung zu nehmen.
  - Der Depressionswert ergibt sich aus der Summe der Behauptungen, die der Patient für sich als zutreffend angekreuzt hat (keine zeitliche Begrenzung).

- **Aussage und Indikation:**
  - Ein Skalenwert von > 20 Punkten weist auf das Vorliegen einer mindestens mittelschweren Depression hin.
  - Der Beck-Test findet bei allen Formen depressiver Verstimmungen ab 13 Jahren als Ergänzung zur klinischen Diagnostik Verwendung (Reliabilität r ≈ .8 bis .9. Validität r ≈ .7 bis .8).

Allgemeine Depressionsskala (ADS)

- **Definition:** Selbstbeurteilungsskala zur Aufdeckung und quantifizierten Abschätzung depressiver Verstimmungen.
- **Beschreibung:** Aus den Stellungnahmen des Patienten zu 10 krankheitsorientierten und 10 weiteren gesundheitsorientierten Statements (ADS-L) kann auf das Ausmaß einer möglicherweise vorliegenden Depression geschlossen werden.
  Die *Kurzform (ADS-K)* beinhaltet 15 Items
- **Durchführung:**
  - Der Patient soll auf einer vierstufigen Skala („nie oder selten" bis „meistens oder immer") Antworten auf Fragen geben, die sich auf psychische und körperliche Beeinträchtigungen während der letzten Woche beziehen. (Dauer für beide Versionen ca. 5–10 Minuten).
  - *Die Items beziehen sich auf folgende Bereiche:*
    - Stimmungslage.
    - Denkinhalte.
    - Motorik.
    - Selbstwertgefühl.
    - Interessensstörungen.
    - Vitalstörungen.
- **Aussage und Indikation:**
  - *Als Richtwerte gelten:*
    - 41–47 Punkte: Leichte Depression.
    - 48–55 Punkte: Schwere Depression.
    - > 55 Punkte: Ausgeprägte Depression.
  - Die ADS stellt eine zur ergänzenden Diagnostik geeignete Untersuchungsmethode, die insbesondere bei vergleichenden Untersuchungen bzw. zur Verlaufsbeschreibung eingesetzt werden kann (Reliabilität r ≈ .9).

Hamilton-Depressionsskala (HAMD)

- **Definition:** Skala zur Fremdbeurteilung des Schweregrades depressiver Syndrome.
- **Beschreibung:** Über eine standardisierte Fremdbeurteilung wird der depressive Patient nach folgenden Kategorien beurteilt:
  - Niedergeschlagenheit.
  - Schuldgefühl.
  - Suizidalität.
  - Schlafstörungen.
  - Antriebsverhalten.
  - Angst, Zwänge.
  - Vitalstörungen.
- **Durchführung:** Der Untersucher bewertet in 21 Einzelurteilen aufgrund einer ausführlichen Exploration und des aktuellen Eindrucks anhand einer Symptomliste von 21 Merkmalen auf einer 3- bis–5-fach gestaffelten Rating-Skala die Schwere depressiver Symptome. Der Depressionswert („Depressionstiefe") ergibt sich aus der Summe der einzelnen Einstufungsgrade (je 0–2 bzw. 0–4; Dauer etwa 10–20 Minuten).

- **Aussage und Indikation:**
  - Es handelt sich um die weltweit am häufigsten angewendete Skala zur Fremdbeurteilung von Depressionen. (Als ausreichend valide und reliabel sowie wenig zeitaufwendig beurteilt).
  - Als Ergänzung zur klinisch-psychopathologischen Diagnostik wird die Hamilton-Skala bei Verlaufsstudien bzw. zur Therapiekontrolle eingesetzt.
  - *Normwerte existieren nicht, es gelten jedoch folgende Richtwerte:*
    - 10–19 Punkte: Leichte Depression.
    - 20–29 Punkte: Mittelschwere Depression.
    - > 30 Punkte: Schwere Depression.

Montgomery Asberg Depressions-Rating-Skala (MADRS)

- **Definition:** Skala zur Fremdbeurteilung und Einschätzung von Depressivität.
- **Beschreibung:** Anhand eines Katalogs mit 10 Fragen wird der Patient im Hinblick auf folgende Syndrome beurteilt:
  - Ersichtliche und mitgeteilte Niedergeschlagenheit.
  - Angespanntheit, Schlaf- und Appetitstörungen.
  - Konzentrationsschwierigkeiten.
  - Antriebsmangel, Interessenverlust.
  - Pessimismus, Suizidalität.
- **Durchführung:**
  - Die genannten Syndrome sind jeweils auf einer 7-fach gestaffelten Rating-Skala von „0 “ (nicht vorhanden) bis „6 “ (deutlich ausgeprägt) zu beurteilen.
  - Der max. erreichbare Summenscore beträgt 60 Punkte (Zeitaufwand etwa 10–15 Minuten).
- **Aussage und Indikation:**
  - „Depressivität“ und „vegetative Störungen“ sind voneinander abgrenzbar.
  - Bezüglich der Depressionsschwere gelten folgende *Richtwerte:*
    - Ab 10–12 Punkte: Leichte Depression.
    - Ab 20–25 Punkte: Mäßige Depression.
    - Ab ca. 25–30 Punkte: Schwere Depression.
  - Einsatz im Rahmen von Verlaufsstudien bzw. zur Therapieüberwachung (laut Angaben ausreichend valides und reliables Verfahren mit hinreichend trennscharfen Items).

Diagnostische Depressionsskala Newcastle (DSN)

- **Definition:** Skala zur Fremdbeurteilung von Art und Intensität depressiver Störungen.
- **Beschreibung:** Wie bei den oben beschriebenen Verfahren stellt dieser Test eine Methode zur standardisierten Fremdbeurteilung depressiver Patienten nach den folgenden Kategorien dar:
  - Persönlichkeit.
  - Belastungs- und Schuldgefühl.
  - Angst und Wahn.
  - Gehemmtheit und Depressivität.
  - Vitalstörungen.
- **Durchführung:** Der Untersucher beurteilt mittels 10 Items auf einer 3-fach gestaffelten Skala Ausmaß und Qualität depressiver Symptome, die in einem Sammelwert erfasst werden. Verbindliche Normwerte liegen nicht vor. (Dauer ca. 20 Minuten).
- **Aussage und Indikation:** Zur Therapiekontrolle bei statistischen Erhebungen geeignet (Erfassung der Depressivität ausreichend verlässlich und zuverlässig).

Internal State Scale (ISS)

- **Definition:** Selbstbeurteilung bipolarer bzw. maniformer Symptome.
- **Beschreibung:** Stimmung und daran geknüpfte Befindlichkeiten werden nach einem visuellen Analogschema zwischen „0 “ und „100 “ eingeordnet. Bereiche:
  - Aktivierung.
  - Wohlbefinden.
  - Konfliktwahrnehmung.
  - Depressivität.
- **Durchführung:** Der Patient soll seine Befindlichkeit auf jedem der 15 Items (100 mm lange Skala) zwischen 0 und 100 einordnen. Die Auswertung erfolgt durch Auszählen und grafische Darstellung (Dauer ca. 15–20 Minuten).
- **Aussage und Indikation:**
  - *Vorliegen eines maniformen Syndroms:*
    - Wohlbefindensscore > 125, oder
    - Aktivierungsscore > 200.
  - Einsatz zur Erstdiagnostik wie auch zur weiteren Verlaufsbeobachtung. (Validität und Reliabilität befriedigend).

Young Mania Rating Scale (YMRS)

- **Definition:** Beobachtungsskala zur Erfassung maniformer Symptome.
- **Beschreibung:** Mit Hilfe von insgesamt 11 Items sollen folgende Bereiche erfasst werden:
  - Gehobene Stimmung, gesteigerte motorische Aktivität;
  - Sexuelles Interesse;
  - Schlafstörungen, Irritierbarkeit;
  - Sprache, Denkstörungen;
  - Aggressives Verhalten;
  - Äußeres Erscheinungsbild;
  - Krankheitseinsicht.
- **Durchführung:** Die Symptomerfassung erfolgt durch ein klinisches Interview, anhand dessen der Zustand des Patienten eingeschätzt und bewertet wird. Graduierte Bewertung von 0–60 Punkten (Dauer etwa 20–30 Minuten).
- **Aussage und Indikation:**
  - *Orientierungswerte:*
    - 15–29 Punkte: Leichte maniforme Symptomatik.
    - 30–44 Punkte: Deutliche maniforme Symptomatik.
    - > 45 Punkte: Ausgeprägte maniforme Symptomatik.
  - Einsatz sowohl zur Erstdiagnostik wie auch zur weiteren Verlaufsbeobachtung (Validität und Reliabilität befriedigend).

Bech Rafaelsen Manie-Skala (BRMAS)

- **Definition:** Fremdbeurteilungsskala zur Abschätzung des Schweregrades eines manischen Zustands.
- **Beschreibung:** Anhand von insgesamt 11 Items sind auf einer 5-stufigen Skala (0–4) sind folgende Verhaltens- und Erlebensweisen zu beurteilen:
  - Motorische Aktivität.
  - Verbale Aktivität.
  - Ideenflucht.
  - Stimme, Lautstärke.
  - Feindseligkeit, Destruktivität.
  - Gestimmtheit.
  - Selbstwertgefühl.
  - Kontakt.
  - Schlaf.

- Sexuelle Aktivität.
- Arbeit und Interessen.

- **Durchführung:** Die Items werden systematisch abgefragt, wobei als zeitlicher Bezugsrahmen das aktuelle Datum und die zwei vorhergehenden Tage und Nächte gelten. Die Punktwerte der 11 Items werden aufsummiert und ergeben den Gesamtwert (0–44). (Dauer ca. 20–30 Minuten).
- **Aussage und Indikation:** Abschätzung der Manieausprägung je nach Gesamtscore. Geeignet zur Verlaufsbeobachtung (Reliabilität r ≈ .85 bei guter Validität).

Homburger ADHS-Skalen für Erwachsene (HASE)

- **Definition:** Standardisierte Erfassung von ADHS-Symptomen in der Kindheit und deren Persistenz in das Erwachsenenalter mittels einer Testbatterie.
- **Beschreibung:** HASE umfasst eine graduierte Diagnostik der ADHS im Erwachsenenalter. Sie beinhaltet die retrospektive Beurteilung der Symptomatik im Kindesalter mit der Wender-Utah-Rating Scale – Kurzform (WURS-K), das Wender-Reimherr-Interview (WRI) sowie spezielle Skalen zur Erfassung der Symptomatik im Erwachsenenalter (ADHS-Selbstbeurteilung und Diagnostische Checkliste für Experten anhand von DSM-IV Kriterien).
- **Durchführung:**
  - Die genannten Skalen werden im Sinne einer Stufendiagnostik eingesetzt. Der cut-off Wert für die WURS-K (25-Item Version) liegt bei 45 Punkten. Das WRI erfasst neben den Symptomkonstellationen „Hyperaktivität", „Unaufmerksamkeit" und „Impulsivität" auch die für Erwachsene spezifischeren Aspekte „Desorganisation", „affektive Labilität", „emotionale Überreagibilität" und „spezielle Temperamentseigenschaften" (hot temper).
  - Die Auswertung erfolgt über die Bestimmung von cut-off Werten (Vorhandensein und Schweregrad ADHS-bezogener Eigenschaften). Die Resultate können auf einem Profilblatt grafisch dargestellt werden (Dauer der gesamtem Diagnostik ca. 60 Minuten).
- **Aussage und Indikation:**
  - Der Einsatz erfolgt ergänzend zur klinisch-psychopathologischen Diagnostik bei Verdacht auf eine persistierende ADHS.
  - Die Reliabilität der ADHS Skalen liegt um r ≈ .9, die Validität ≈ .5 bis .7.

Quantifizierungs-Inventar für somatoforme Störungen (QUISS)

- **Definition:** Skala zur Erfassung relevanter somatoformer Störungen.
- **Beschreibung:** Anhand von jeweils 18 Items sind mit Fremd- und Selbstbeurteilungsskala zu bewerten:
  - somatoforme Störungen.
  - dysfunktionale Kognitionen.
  - soziale Einschränkungen.
  - Gesundheitsbefürchtungen.
- **Durchführung:** Stellungnahme zu den o. g. Items (Dauer: jeweils ca. 15 Minuten).
- **Aussage:** Verlaufsbeobachtung während der Therapie. Normen für 18 bis 65 Jahre (Validität r ≈ .5. Reliabilität r ≈ .8 bis .9).

Fragebogen zum Schmerzverhalten (FSV)

- **Definition:** Kurzverfahren zur qualitativen Erfassung von Schmerzen.
- **Beschreibung:** Selbstbeurteilungsinstrument mit 29 Items zu vier verschiedenen Dimensionen des Erlebens und der Bewältigung chronischer Schmerzen in der Therapie.
- **Durchführung:** 29 Fragen werden auf einer fünfstufigen Ratingskala beantwortet (Dauer ca. 5 Minuten).
- **Aussage:** Vermeidung, Kontrolle, Unterstützung und Bewältigung von Schmerz werden eingeschätzt (Reliabilität r ≈ .7 bis .8).

Kieler Schmerz-Inventar (KSI)

- **Definition:** Testverfahren zur Ermittlung von Schmerzerleben und -verhalten.
- **Beschreibung:** Dreiteiliges Selbstbeurteilungsinstrument:
  - ERSS zur Erfassung der emotionalen Schmerzverarbeitung (15 Items).
  - KRSS zur Erfassung schmerzbezogener Kognitionen (34 Items).
  - CRSS zur Erfassung der Schmerzbewältigung (68 Items).
- **Durchführung:** Zu beantworten sind 117 vorgegebene Fragen (Dauer ca. 40 Minuten).
- **Aussage:** Beurteilung der Intensität akuter und chronischer Schmerzen, z. B. im Therapieverlauf (Reliabilität r ≈ .8 bis .9).

Strukturiertes Inventar für anorektische und bulimische Essstörungen (SIAB)

- **Definition:** Fragebogen zur Erfassung von Essstörungen.
- **Beschreibung:** Zweiteiliges Verfahren mit jeweils 87 Fragen (SIAB-EX: Interview durch den Untersucher, SIAB-S: Selbstauskunft).
- **Durchführung:**
  - Zunächst Screening mit SIAB-S.
  - Erfasst werden die Symptome während der letzten 3 Monate sowie seit der Pubertät bis 3 Monate vor der Untersuchung auf vierstufiger Schweregradskala. Dauer jeweils ca. 30–60 Minuten, SIAB-S ca. 30 Minuten.
- **Aussage:** Beurteilung des gesamten Spektrums von Essstörungen einschließlich Komorbiditäten. *Faktorenanalytisch:* 1. Körperschema, 2. Psychopathologie, 3. Sexual- und Sozialverhalten, 4. Bulimie, 5. Coping, 5. Atypisches Essverhalten. Alter: 12–65 Jahre (Reliabilität r ≈ .8, befriedigende Validität).

Clinical Assessment Geriatric Scale (SCAG)

- **Definition:** Fremdbeurteilungsskala zur Einschätzung psychischer Rückbildungssymptome.
- **Beschreibung:**
  - Rückbildungsanzeichen bzw. kognitive Defizite bei älteren Menschen werden aufgrund eines Interviews ermittelt, das sich an einer Skala aus 18 Items orientiert. Diese beziehen sich auf das Befinden während eines bestimmten Zeitraumes. Zur Erfassung des Gesamteindrucks gibt es ein zusätzliches Item.
  - Die Beurteilung des Symptomschweregrades erfolgt von 1 („nicht vorhanden") bis 7 („schwer").
  - *Folgende Verhaltensaspekte werden erfasst:*
    - Verwirrtheit, geistige Klarheit.
    - Reizbarkeit bzw. Stimmungslabilität.
    - Orientierungsstörungen.
    - Körperliche Beschwerden.
    - Gesamteindruck.
- **Durchführung:** Anhand eines Glossars wird mit dem Patienten ein Interview geführt, das sich an den Items der Skala orientiert. (Dauer etwa 20–40 Minuten).
- **Aussage und Indikation:** Einsatz bei (präseniler) Demenz sowie beim hirnorganischen Psychosyndrom mit Aussagen zu kognitiven Störungen, sozialem Verhalten, Antriebsarmut, affektiven Störungen, somatischen Störungen (Reliabilität r ≈ .75).

Kurzfragebogen für Alkoholgefährdete (KFA)

- **Definition:** Kurztest zur Einschätzung der Abhängigkeit von Alkohol.
- **Beschreibung:** Selbstbeurteilung (mit Ja/Nein-Antworten) anhand 22 Items aus somatischen, psychischen, sozialen Bereichen einschließlich Trinkverhalten.
- **Durchführung:** 22 Fragen sind alternativ zustimmend oder verneinend zu beantworten (Dauer: ca. 15 Minuten).

- **Aussage:** Unterstützung der klinischen Diagnostik, insbesondere bei Grenz- oder Frühfällen (Validität und Reliabilität r > .8).

Münchner Alkoholismustest (MALT)

- **Definition:** Fragebogen zur Ermittlung von Alkoholismussymptomen.
- **Beschreibung:** Anhand eines kombinierten Selbst- und Fremdbeurteilungsbogens (MALT-S bzw. MALT-F) wird versucht, Symptome auf Verhaltens- und physiologischer Ebene zu erfassen, die möglicherweise auf chronischen Alkoholkonsum zurückzuführen sind. Der Test besteht aus 7 Items zur Fremd- sowie weiteren 24 Items zur Selbstbeobachtung.
- **Durchführung:**
  - Der insgesamt 31 Statements umfassende Fragebogen wird vom Patienten bzw. vom Untersucher mit „trifft zu" oder „trifft nicht zu" beantwortet, wobei insgesamt der Fremdbeurteilung ein größeres Gewicht zukommt.
  - In Abhängigkeit vom erreichten Punktwert ergeben sich Hinweise vom bloßen Verdacht bis zur hohen Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen von Alkoholabhängigkeit (Dauer ca. 40 Minuten).
- **Aussage und Indikation:**
  - *Die gewichteten Summenwerte werden wie folgt interpretiert:*
    - 6–10 Punkte: Alkoholgefährdung.
    - > 11 Punkte: Verdacht auf Alkoholismus.
  - Anwendung in der klinischen Diagnostik sowie zu epidemiologischen und gutachterlichen Untersuchungen. Sowohl als Suchtest wie auch zur vergleichenden Therapieforschung und zu prospektiven Studien empfohlen (laut Literaturangaben Validität MALT-F r ≈ .85., MALT-S r ≈ .9).

Trierer Alkoholismusinventar (TAI)

- **Definition:** Fragebogen zur Differenzialdiagnostik von Alkoholabhängigkeit.
- **Beschreibung:**
  - Anhand eines Selbstbeurteilungsbogens mit 90 Items (davon 13 für Patienten mit Partner/-in) werden Rückschlüsse auf Trinkgewohnheiten und Folgeerscheinungen erfasst.
  - Die 7 Skalen des Fragebogens beziehen sich auf folgende Dimensionen:
    - Schweregrad.
    - Soziales Trinken.
    - Süchtiges Trinken.
    - Motive.
    - Schädigungen.
    - Partnerprobleme wegen Trinkens.
    - Trinken wegen Partnerproblemen.
- **Durchführung:**
  - Die vorgelegten Fragen sind vierstufig innerhalb eines Spektrums von „oft" bis „nie" zu beantworten. Alle Fragen beziehen sich auf die letzten Monate des Alkoholkonsums.
  - Aus den Itemantworten werden die jeweiligen Summenrohwerte in Bezug auf 5 (ohne Partner) bzw. 7 Skalen (wenn Partner miteinbezogen) errechnet. (Dauer etwa 30 Minuten).
- **Aussage und Indikation:**
  - Für die Skalenrohwerte können in den Normtabellen die jeweiligen Standardwerte (Prozentrang, T- und Staninewert) abgelesen werden. Für die Gesamtnormstichprobe wie auch für geschlechtsspezifische Subnormstichproben liegen entsprechende Werte vor.
  - Zur Veranschaulichung individueller Testergebnisse kann ein Profil erstellt werden, das sich hinsichtlich der Trinkgewohnheiten, Motive und Folgeerscheinungen interpretieren lässt. (Reliabilität r ≈ .8).

Fragebogen zum Funktionalen Trinken (FFT)

- **Definition:** Selbstbeurteilungsbogen zur subjektiv empfundenen Alkoholwirkung.
- **Beschreibung:** Selbstbeurteilungsbogen mit 93 Items zum Alkoholtrinken (verkürzte Version: 64 Items).
- **Durchführung:** Auf einer 5-fach abgestuften Skala sollen 17 verschiedene Dimensionen des Alkoholkonsums mit folgenden Schwerpunkten ermittelt und bewertet werden:
  - Exzitative Wirkung.
  - Psychopharmakologische Wirkung.
  - Soziale Funktion.
  - Gebräuchliches Hintergrundstrinken.
  - Symptome der psychischen und physischen Abhängigkeit. (Dauer 15–20 Minuten).
- **Aussage:** Erfassung von Risikoträgern im Vorfeld der Abhängigkeit über Errechnung eines Diskriminanzscores. Informationen zur einzelfallbezogenen Beratung und Therapie (Validität $r > .9$, Reliabilität $r \approx .95$).

2.4 Projektive Verfahren

Übersicht

- Eine Auswahl projektiver Verfahren bietet Tab. 2.7.

Tab. 2.7 • **Projektive Verfahren (Auswahl)**

Test, Versuch	Aussage, Anwendung
Rorschach-Formdeuteversuch (S. 80)	Ermittlung von Persönlichkeits- und Charaktereigenschaften
Thematischer Apperzeptionstest (S. 81) (TAT)	Untersuchungen bei nichtpsychotischen Störungen, Persönlichkeitsentfaltung
Sceno-Test (S. 81)	Verhaltensstörungen und deren Hintergründe, i.R. der Spieltherapie, Kinder- und Familientherapie

Rorschach-Formdeuteversuch

- **Definition:** Projektives Testverfahren zur Ermittlung von Persönlichkeitseigenschaften und -struktur. Persönlichkeitsentfaltungstest
- **Beschreibung:** Die Testkonstruktion beruht auf der tiefenpsychologischen Hypothese der „Projektion“: Wünsche, Strebungen und Intentionen bzw. Persönlichkeitszüge des Untersuchten spiegeln sich in dessen Beschreibungen wider, die zu verschiedenen unstrukturierten Figurationen gegeben werden. Diverse Varianten.
- **Durchführung:**
  - Dem Patienten werden insgesamt 10 Tafeln mit Bildern nach Art von Tintenklecksen vorgelegt (5 graue und schwarze, 2 rote und schwarze sowie 3 verschiedenfarbige Tafeln). Die Antworten werden protokolliert, die benötigte Zeit für die einzelnen Antworten wird vermerkt. Die Auswertung erfolgt nach einem standardisierten Signierungsschema zu einem „Verrechnungsprotokoll“.
  - Die Interpretation des Befundes umfasst den formalen, inhaltlichen und sequenzanalytischen (= Beurteilung der Reihenfolge der Antworten) Aspekt der Testantworten. Es gibt Merkmalssyndrome für verschiedene Charaktertypen und Neuroseformen wie auch für psychotische Erkrankungen (Dauer ca. 1 Stunde).

Fragebogen zum Funktionalen Trinken (FFT)

- **Definition:** Selbstbeurteilungsbogen zur subjektiv empfundenen Alkoholwirkung.
- **Beschreibung:** Selbstbeurteilungsbogen mit 93 Items zum Alkoholtrinken (verkürzte Version: 64 Items).
- **Durchführung:** Auf einer 5-fach abgestuften Skala sollen 17 verschiedene Dimensionen des Alkoholkonsums mit folgenden Schwerpunkten ermittelt und bewertet werden:
  - Exzitative Wirkung.
  - Psychopharmakologische Wirkung.
  - Soziale Funktion.
  - Gebräuchliches Hintergrundstrinken.
  - Symptome der psychischen und physischen Abhängigkeit. (Dauer 15–20 Minuten).
- **Aussage:** Erfassung von Risikoträgern im Vorfeld der Abhängigkeit über Errechnung eines Diskriminanzscores. Informationen zur einzelfallbezogenen Beratung und Therapie (Validität $r > .9$, Reliabilität $r \approx .95$).

2.4 Projektive Verfahren

Übersicht

- Eine Auswahl projektiver Verfahren bietet Tab. 2.7.

Tab. 2.7 • **Projektive Verfahren (Auswahl)**

Test, Versuch	Aussage, Anwendung
Rorschach-Formdeuteversuch (S. 80)	Ermittlung von Persönlichkeits- und Charaktereigenschaften
Thematischer Apperzeptionstest (S. 81) (TAT)	Untersuchungen bei nichtpsychotischen Störungen, Persönlichkeitsentfaltung
Sceno-Test (S. 81)	Verhaltensstörungen und deren Hintergründe, i.R. der Spieltherapie, Kinder- und Familientherapie

Rorschach-Formdeuteversuch

- **Definition:** Projektives Testverfahren zur Ermittlung von Persönlichkeitseigenschaften und -struktur. Persönlichkeitsentfaltungstest
- **Beschreibung:** Die Testkonstruktion beruht auf der tiefenpsychologischen Hypothese der „Projektion“: Wünsche, Strebungen und Intentionen bzw. Persönlichkeitszüge des Untersuchten spiegeln sich in dessen Beschreibungen wider, die zu verschiedenen unstrukturierten Figurationen gegeben werden. Diverse Varianten.
- **Durchführung:**
  - Dem Patienten werden insgesamt 10 Tafeln mit Bildern nach Art von Tintenklecksen vorgelegt (5 graue und schwarze, 2 rote und schwarze sowie 3 verschiedenfarbige Tafeln). Die Antworten werden protokolliert, die benötigte Zeit für die einzelnen Antworten wird vermerkt. Die Auswertung erfolgt nach einem standardisierten Signierungsschema zu einem „Verrechnungsprotokoll“.
  - Die Interpretation des Befundes umfasst den formalen, inhaltlichen und sequenzanalytischen (= Beurteilung der Reihenfolge der Antworten) Aspekt der Testantworten. Es gibt Merkmalssyndrome für verschiedene Charaktertypen und Neuroseformen wie auch für psychotische Erkrankungen (Dauer ca. 1 Stunde).

- **Aussage und Indikation:**
  - Die Beurteilung der Persönlichkeit des Untersuchten ist einerseits abhängig von psychodynamischen Kenntnissen und Erfahrungen des Untersuchers wie andererseits von der momentanen Befindlichkeit des Patienten.
  - (Trotz weltweiter Verbreitung als meistbenutztes projektives Testverfahren ist die Validität umstritten, wenn strengere Gütekriterien angelegt werden.)

Thematischer Apperzeptionstest (TAT)

- **Definition:** Psychodiagnostische projektive Untersuchungmethode, Persönlichkeitsentfaltungstest.
- **Beschreibung:** Aus den Kommentaren, die der Patient zu verschiedenen Bildern abgibt, wird auf hintergründige Bedürfnisse, Motivationen, Einstellungen, Erwartungen und Intentionen geschlossen.
- **Durchführung:**
  - Bis zu 20 überwiegend unscharf und undeutlich gehaltene Bilder mit szenischen Darstellungen werden dem Patienten vorgelegt mit der Bitte, hierzu jeweils eine Geschichte zu erzählen. Jedes Testbild besitzt eine besondere „thematische Valenz".
    Die Auswertung beruht auf einer Charakteranalyse der in der erzählten Geschichte geschilderten Hauptfigur in Verbindung mit dem sozialen Kontext zur Umwelt.
  - Die nicht personengebundenen Szenen werden unter dem Aspekt der wiedergegebenen Anmutungsqualitäten, Gestimmtheiten und Phantasien interpretiert. Darüber hinaus wird geprüft, ob die erzählte Geschichte mit dem Aufforderungscharakter des jeweiligen Testbildes übereinstimmt.
    (Dauer ca. 50 Minuten, jedoch keine zeitliche Begrenzung).
- **Aussage und Indikation:**
  - Als ergiebige Methode der tiefenpsychologischen Diagnostik stehen Untersuchungen bei nichtpsychotischen Störungen im Vordergrund.
  - Weltweit sehr verbreitetes Verfahren mit zufriedenstellender Zuverlässigkeit und Gültigkeit, wenn nicht die üblichen Testgütemaßstäbe der Psychometrie angelegt werden.

Sceno-Test

- **Definition:** Persönlichkeitsentfaltungstest zur Diagnostik von Verhaltensstörungen bzw. deren psychodynamischen Hintergründe.
- **Beschreibung:** Aus der Gestaltung von Spielzeugszenen wird auf unbewusste Bedürfnisse, Wünsche, Konflikte und andere psychodynamische Besonderheiten geschlossen.
- **Durchführung:**
  - Mit Spielzeug (Bäume, Tiere, Häuser, vor allem Puppen) sollen beliebige Szenen aufgebaut werden. Der Patient kann die gestalteten Szenen kommentieren.
  - Beurteilt werden Auswahl, Verteilung und Platzierung des Materials, Rolle und Bedeutung der Figuren und deren Interaktion untereinander, Gesamtbedeutung für den Patienten. Keine zeitliche Begrenzung.
- **Aussage und Indikation:**
  - Die Gestaltung erlaubt neben Rückschlüssen auf Familienstruktur, Rollen und Familiendynamik auch die Beurteilung von Befindlichkeit, Impulsen und Persönlichkeitsstruktur der untersuchten Person.
  - Gängiger Einsatz im Rahmen der *Spieltherapie*, insbesondere Kinder- und Familientherapie. Keine strengen Gütekriterien anwendbar.

3 Psychopathologie

3.1 Symptomatik, Leitsymptome, Syndromalogie

Vorbemerkungen

Die im Folgenden aufgeführten psychopathologischen Symptome und Syndrome erlauben zwar eine genauere Beschreibung (Symptomatologie) von Erkrankungsarten und -formen, sagen aber nichts Verläßliches aus über deren Ätiologie und Pathogenese. Sie werden eingehend in den Lehrbüchern der klinischen **Psychopathologie** abgehandelt.

Die nachstehende Auflistung, die sich auf die wichtigsten Angaben beschränkt, behandelt sowohl die Beeinträchtigungen der psychischen Elementarfunktionen wie Störungen von Wachheit (Vigilität bzw. Vigilanz), Orientiertheit, Wahrnehmung, Denken, Gedächtnis, Antrieb und Emotionalität wie auch komplexere **Syndrome**.

Als Letztere werden Symptomenverbände bezeichnet, deren Bestandteile nach einem bekannten Muster, mit besonderer Dynamik oder in einer bestimmten zeitlichen Abfolge auftreten. Da sie für definierte Erkrankungen pathognomonisch sein können, erhält ihr Auftreten diagnostische und differenzialdiagnostische Bedeutung, d. h., durch das Auftreten bestimmter Syndrome wird das Vorliegen einer Erkrankungsart wahrscheinlicher oder unwahrscheinlicher. Deutlich wird dies z. B. an psychotischen Symptomen 1. und 2. Ranges nach Kurt Schneider, welche für eine Schizophrenie typisch sind.

Es gibt Syndrome mit höherem oder niedrigerem Spezifitätsgrad. Während beispielsweise depressive Bilder bei zahlreichen psychischen Krankheiten vorkommen, sind phobische Syndrome mit großer Wahrscheinlichkeit Ausdruck einer Angsterkrankung, Gedankenentzug oder Beeinträchtigungen der Ich-Grenzen gelten als verdächtig für eine Psychose.

Psychopathologische Symptome werden diagnostisch erfasst durch Exploration (S. 16) und Verhaltensbeobachtung (S. 19). Ihre sorgfältige Registrierung und prägnante Herausarbeitung bilden die Bausteine des aktuellen psychischen Befundes, der durch die Ergebnisse psychometrischer Untersuchungen (S. 47) ergänzt und abgerundet werden kann. Sie sind nachvollziehbar zu beschreiben und verständlich zu dokumentieren. In den Klassifikationen nach Kap. V ICD-10 GM bzw. DSM IV–TR (S. 115) sind sie straff operationalisiert.

Hinweis: Zu beachten ist, dass die psychopathologische Terminologie nicht allseits gleichsinnig verwendet wird; beispielsweise unterscheidet sich der psychiatrische Begriff „Bewusstsein" bzw. „Bewusstseinsstörung" erheblich von dem entsprechenden juristischen, erst recht philosophischen oder soziologischen Terminus.

Aktueller psychopathologischer Befund, Vorgeschichte und Verlaufsbeobachtung sollten eine klare psychiatrische Diagnose ermöglichen, ohne die keine zielgerichtete und angemessene Behandlungsstrategie entwickelt werden kann. Ihre Funktion und Bedeutung reichen also weit über das gelegentlich kritisierte „Etikettieren" hinaus.

Die beschriebenen Leitsymptome sind als Prägnanztypen zu betrachten. Insbesondere bezüglich der Elementarfunktionen sind die Grenzen zwischen „noch normal" und „schon gestört" fließend; Überhaupt ist der psychiatrische **Krankheitsbegriff** in hohem Maße abhängig von Kultur, Zeitgeist, statistischen Normen und Gesundheitspolitik.

Leitsymptome bzw. Syndrome sind in Tab. 3.1 zusammengefasst. Besonderheiten der transkulturellen Psychiatrie sind bei psychisch kranken Migranten zu beachten (S. 229).

Tab. 3.1 • **Darstellung der Leitsymptome bzw. Syndrome**

psychopathologischer Komplex (Syndrom)	Symptomatik
Störungen des Bewusstseins und der Orientierung	Benommenheit, Somnolenz, Sopor, Koma, Überwachheit (Hypervigilität) (S. 84)
	Orientierungsstörung, Verwirrtheit (S. 85)
	Dämmerzustand (S. 86)
	Delir (S. 87)
	traumhafte Verworrenheit, sog. Oneiroid (S. 87)
Wahrnehmungsstörungen	Illusion, illusionäre Verkennung (S. 88)
	Halluzination (S. 88)
	Pseudohalluzination (S. 89)
	Halluzinose (S. 90)
	Leibgefühlsstörung (S. 90)
Störungen von Volition, Antrieb und Motorik	Antriebsschwäche, Antriebshemmung, Volitionsschwäche (S. 91)
	Antriebssteigerung (S. 92)
	Enthemmung (S. 92)
	Ambivalenz (S. 92)
	Ambitendenz (S. 92)
	Mutismus (S. 93)
	Stereotypie, Verbigeration (S. 93)
	Hyperkinesie (S. 94), Dyskinesie
formale Denkstörungen	Denkverlangsamung (S. 94)
	Denkhemmung (S. 95)
	Gedankenabreißen (S. 95)
	Haften (S. 95)
	Perseveration (S. 95)
	Inkohärenz (S. 96)
	Ideenflucht mit Logorrhö (S. 96)
inhaltliche Denkstörungen	Wahn, paranoides Syndrom (S. 96), Zwang, Anankasmus (S. 98)
Gedächtnisstörungen	Amnesie und Paramnesie, Hypermnesie (S. 99)
Störungen komplexer kognitiver Leistungen	Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom, sog. ADHS (S. 100)
	geistige Behinderung, Minderbegabung (S. 101)
	demenzielles Syndrom, Demenz (S. 101)

Tab. 3.1 • **Fortsetzung**

psychopathologischer Komplex (Syndrom)	Symptomatik
Störungen der Affekte	Affektverarmung, Affektverflachung (S. 102)
	Parathymie (S. 102)
	Affektlabilität, Stimmungslabilität (S. 103)
	Affektinkontinenz (S. 103)
	Angst, Panik (S. 103)
	Phobie (S. 220)
	Hypochondrie (S. 105)
	depressives Syndrom (S. 106)
	Suizidalität (S. 107)
	maniformes Syndrom (S. 107)
	Aggressivität, sog. Hostilitätssyndrom (S. 108)
Erschöpfungssyndrom (Burnout)	Depressivität, Antriebsmangel (S. 109)
Indoktrinationssyndrom	Denkstörungen, Affekteinengung, soz. Rückzug (S. 109)
Ich-Störungen	Ich-Erlebensstörung Ich-Erlebensstörung: Depersonalisation, Derealisation, Gedankenentzug, -eingebung, -ausbreitung, Transitivismus, Verkennung (S. 110)
organische psychische Störungen	Durchgangssyndrom (S. 138)
	hirnorganisches Psychosyndrom (S. 111)
	Entzugssyndrom (S. 111)
	endokrines Psychosyndrom (S. 112)
Chronisches Schmerzsyndrom (algogenes Psychosyndrom)	chronisches Schmerzsyndrom (S. 113)
Schlafstörungen	Insomnie, Dyssomnie, Parasomnie (S. 113)
Psychische Behinderung, seelische Behinderung	eingeschränkte psychsoz Kompetenz (S. 114)
	Konzentrations- und mnestische Defizite

3.2 Störungen des Bewusstseins und der Orientierung

(Quantitative) Bewusstseinsstörung

- **Definition:** Beeinträchtigung der Wachheit (Vigilität, Vigilanz). Siehe auch psychiatrische Notfälle (S. 302).
- **Phänomenologie:**
  - Beeinträchtigungen der Bewusstseinsklarheit. Zu unterscheiden sind folgende Grade:
    - *Benommenheit*: Dösigkeit, Reaktionsverlangsamung.
    - *Somnolenz*: Stärkere Benommenheit und Schläfrigkeit mit allgemeiner Verlangsamung, imperative Einschlafneigung.

Tab. 3.1 • **Fortsetzung**

psychopathologischer Komplex (Syndrom)	Symptomatik
Störungen der Affekte	Affektverarmung, Affektverflachung (S. 102)
	Parathymie (S. 102)
	Affektlabilität, Stimmungslabilität (S. 103)
	Affektinkontinenz (S. 103)
	Angst, Panik (S. 103)
	Phobie (S. 220)
	Hypochondrie (S. 105)
	depressives Syndrom (S. 106)
	Suizidalität (S. 107)
	maniformes Syndrom (S. 107)
	Aggressivität, sog. Hostilitätssyndrom (S. 108)
Erschöpfungssyndrom (Burnout)	Depressivität, Antriebsmangel (S. 109)
Indoktrinationssyndrom	Denkstörungen, Affekteinengung, soz. Rückzug (S. 109)
Ich-Störungen	Ich-Erlebensstörung Ich-Erlebensstörung: Depersonalisation, Derealisation, Gedankenentzug, -eingebung, -ausbreitung, Transitivismus, Verkennung (S. 110)
organische psychische Störungen	Durchgangssyndrom (S. 138)
	hirnorganisches Psychosyndrom (S. 111)
	Entzugssyndrom (S. 111)
	endokrines Psychosyndrom (S. 112)
Chronisches Schmerzsyndrom (algogenes Psychosyndrom)	chronisches Schmerzsyndrom (S. 113)
Schlafstörungen	Insomnie, Dyssomnie, Parasomnie (S. 113)
Psychische Behinderung, seelische Behinderung	eingeschränkte psychsoz Kompetenz (S. 114)
	Konzentrations- und mnestische Defizite

3.2 Störungen des Bewusstseins und der Orientierung

(Quantitative) Bewusstseinsstörung

- **Definition:** Beeinträchtigung der Wachheit (Vigilität, Vigilanz). Siehe auch psychiatrische Notfälle (S. 302).
- **Phänomenologie:**
  - Beeinträchtigungen der Bewusstseinsklarheit. Zu unterscheiden sind folgende Grade:
    - *Benommenheit*: Dösigkeit, Reaktionsverlangsamung.
    - *Somnolenz*: Stärkere Benommenheit und Schläfrigkeit mit allgemeiner Verlangsamung, imperative Einschlafneigung.

  - *Sopor:* Deutliche Schläfrigkeit mit ungezielten Abwehrreaktionen auf Außenreize (noch erweckbar, kurzzeitiges Augenöffnen).
  - *Koma:* Bewusstlosigkeit ohne Erweckbarkeit (Augen stets geschlossen). Abhängig von der Komatiefe (Grad I - IV) Erlöschen der Reflextätigkeit sowie Regulationsstörungen der Vitalfunktionen.
  - *Wachkoma* (Coma vigile, persistant vegetative state): Tiefe Bewusstlosigkeit trotz evtl. geöffneter Augen, Spontanbewegungen und unbeeinträchtigter Vitalfunktionen.
  - *Hypervigilität:* Zustand von Überwachheit mit gehobener Bewusstseinsklarheit, vermehrter Aufmerksamkeit und geschärfter Wahrnehmung.
- *Qualitative Bewusstseinsstörungen* sind zusätzlich durch Verschiebungen oder Verzerrungen der Bewusstseinsinhalte gekennzeichnet (z. B. Verkennungen, Wahnideen, Denkstörungen).

▶ **Vorkommen** (siehe auch Tab. 3.2):
- *Somnolenz:* Bei starker körperlicher Erschöpfung, leichterer Intoxikation, endokriner und metabolischer Funktionsstörung, Fieber, beginnendem Hirndruck und Trancezuständen.
- *Sopor:* Bei gesteigertem Hirndruck, Enzephalitis, Hirnblutung und Intoxikation sowie nach epileptischem Anfall.
- *Koma:* Bei schwerer Intoxikation, massiver endokriner und metabolischer Entgleisung, schwerster Infektion, akuter Hirnschädigung und Hirnblutung, zerebralem Gefäßverschluss (Territorialinfarkt), kreislaufbedingter Anoxie, im Schock und im großen epileptischen Anfall (Grand mal). Stets Notfall!
- *Wachkoma:* Bei Funktionsausfall der Großhirnrinde (z. B. nach Trauma, Blutung, Hypoxie). Synonym: Apallisches Syndrom.
- *Hypervigilität:* Unter Einfluss von Stimulanzien oder anderen Aufputschmitteln, während epileptischer Aura; durch außergewöhnliche psychische Anspannung und Konzentration (z. B. Meditation, Ekstase), während traumatisierender Erlebnisse (selten bei beginnender Psychose).

Tab. 3.2 • **Differenzialätiologie der Bewusstseinsstörung**

Verdachtsdiagnose	wegweisende Untersuchung
Intoxikation	Klin. Status, Fremdanamnese, Klinik, Labordiagnostik
endokrine, metabolische Störung	Klin. Status, Anamnese, Labordiagnostik
Infektion (Meningoenzephalitis)	Klin. Status, (Meningismus !), Liquorpunktion
Hirndruck	Klin. Status, bildgebende Verfahren
Epilepsie (postiktual, Aura)	Klin. Status, Anamnese, EEG
Rauschzustände, Drogeneinwirkung	Klin. Status, (Fremd-)Anamnese, Drogenscreening
(Psycho-)Trauma	adäquates Ereignis, Fremdanamnese
(schizophrene Episode)	(Anamnese, psychopathologischer Befund)
(manische Episode)	(Anamnese, psychopathologischer Befund)

Verwirrtheit, Desorientiertheit

▶ **Definition:** Zeitliche, örtliche, situative und/oder persönliche Falschinformiertheit. Vergleiche hierzu auch psychiatrische Notfälle (S. 303).

▶ **Phänomenologie:**
- *Zeitliche Orientierungsstörung:* Fehlende oder mangelhafte Fähigkeit, sich zeitlich zurechtzufinden (Tageszeit, Wochentag, Monat, Jahr).

- *Örtliche Orientierungsstörung:* Verlust des (Wieder-) des Wiedererkennens der örtlichen Gegebenheiten (z. B. momentaner Aufenthaltsort, nähere und weitere Umgebung).
- *Situative Orientierungsstörung:* Falsche oder mangelhafte Einschätzung der aktuellen Situation, möglicherweise wahninduzierend (S. 96)!
- *Orientierungsstörung zur Person:* Beeinträchtigungen bezüglich der persönlichen Daten (z. B. Name, Geburtstag, Beruf, Lebensgeschichte).
- *Fast stets hiermit einhergehend:* Rat- und Hilflosigkeit, Unruhe, Ängstlichkeit, Verstörtheit, Aggressivität.

▶ **Vorkommen** (siehe auch Tab. 3.3):
- Vor allem bei organisch begründbarer Psychose und organischem Psychosyndrom bzw. Demenz als Bestandteil des Korsakow-Syndroms (S. 164).
- Während bzw. nach massiver psychischer Traumatisierung, z. B. Katastrophenreaktion, posttraumatische Belastungsstörung (S. 218).
- Gelegentlich auch als Begleiterscheinung einer akuten Psychose.

Hinweis: Nicht zu verwechseln mit der psychotisch bedingten *Verworrenheit* bzw. *Desorganisiertheit* (S. 201)!

Tab. 3.3 • **Differenzialätiologie der Orientierungsstörung**

Verdachtsdiagnose	wegweisende Untersuchungen
Demenz, hirnorganisches Psychosyndrom	Psychostatus, Anamnese (vaskuläre Risikofaktoren), Neurostatus, Bildgebung, Psychometrie
Korsakow-Syndrom	Psychostatus, Alkoholanamnese, Klinik, Neurostatus, Bildgebung
Psychotrauma, Belastungsstörung	Psychostatus, Anamnese
(akute Psychose)	(Psychostatus)

Qualitative (u. quantitative) Bewusstseinsstörungen: Dämmerzustand

▶ **Definition:** Form der Bewusstseinseinengung mit gleichzeitiger Trübung der Bewusstseinslage. Siehe auch Quantitative (S. 84) *und* qualitative Bewusstseinsstörung.

▶ **Phänomenologie:**
- Stunden bis Tage anhaltender, tranceähnlicher Zustand, der durch eine Einengung von Denkinhalten und Vorstellungen, Erlebnissen und Handlungsweisen gekennzeichnet ist. Die Aufmerksamkeit erscheint nach innen gerichtet; häufig liegen illusionäre Verkennungen (S. 88) oder halluzinatorische Wahrnehmungsverfälschungen (S. 88) vor. Der Antrieb ist meist verlangsamt, kann jedoch raptusartig in Erregtkeit umschlagen. Anschließend besteht Amnesie (S. 91).
- Trotz der Bewusstseinsveränderung bleibt im Großen und Ganzen die Handlungsfähigkeit des Patienten erhalten und beim sogenannten orientierten Dämmerzustand auch nach außen geordnet.

▶ **Vorkommen** (siehe auch Tab. 3.4):
- *Dämmerzustände treten auf bei:*
  - Epilepsie (S. 137), z. B. als postparoxysmaler Dämmerzustand oder im Rahmen einer Alternativpsychose.
  - unter Alkohol- und Drogeneinfluss.
  - nach Hirntrauma, Intoxikation und Enzephalitis.
  - Psychogene Dämmerzustände (selten!) können unter hohem Affektdruck (z. B. bei Panik, Psychotrauma, schwerer Kränkung, Entwürdigung) als Ausweichreaktion vorkommen.

Hinweis: Straftaten während Dämmerzuständen spielen eine besondere Rolle in der forensischen Psychiatrie (S. 419)!

Tab. 3.4 • **Differenzialätiologie des Dämmerzustands**

Verdachtsdiagnose	wegweisende Untersuchung
Epilepsie	Klin. Status, (Fremd-)Anamnese, EEG, Bildgebung
Rausch	Klinischer Status. Laborscreening
Hirntrauma	Klinischer Status, Anamnese, Bildgebung
Intoxikation	Klinischer Status, Anamnese, Labordiagnostik
Enzephalitis	Klinischer Status, (Meningismus, Fieber), Lumbalpunktion, MRT
Psychotrauma	Psychostatus, Anamnese

Delir, delirantes Syndrom

- **Definition:** Quantitative und qualitative Bewusstseinsveränderung als organische Psychose. Vergleiche Bewusstseinsstörung (S. 302) und Prädelir, Delir (S. 307).
- **Phänomenologie:**
  - *Vorherrschende Symptomatik:*
    - Beeinträchtigte Orientiertheit mit Verwirrtheit (S. 85) und illusionärer bzw. wahnhafter Verkennung (S. 88) der Umgebung.
    - Sinnestäuschungen, überwiegend optische Halluzinationen (S. 88).
    - Meist ängstlich gefärbte Stimmungslage mit fahriger Unruhe und dranghafter Geschäftigkeit. Erhöhte Ablenkbarkeit, fehlendes Konzentrationsvermögen.
    - Ausgeprägte Suggestibilität.
    - *Beim Alkoholdelir* meist ausgeprägtere vegetative Reaktionen (Schwitzen, Tachykardie, Hypertonie, Tremor, gelegentliche zerebrale Krampfanfälle). (Dauer meist über mehrere Tage, anschließend Amnesie.)
- **Vorkommen** (siehe auch Tab. 3.5):
  - Am häufigsten als Entzugsdelir bei chronischem *Alkoholismus* (Delirium tremens).
  - Unter der Einnahme von *Medikamenten* (z. B. Antiparkinsonmittel, Antidepressiva, Amphetamine) als akute Intoxikation oder Nebenwirkung.
  - Während des *Entzugs* von suchterzeugenden Drogen und Medikamenten.
  - Als Begleiterscheinung körperlicher Krankheit (z. B. Infektionen, endokrine und metabolische Entgleisungen).

Tab. 3.5 • **Differenzialätiologie des Delirs**

Verdachtsdiagnose	wegweisende Untersuchung
Entzugsdelir bei chronischem Alkoholismus	Klinischer Status, (Fremd-) Anamnese, Alkoholbestimmung, Labordiagnostik
Drogen-, medikamenteninduziert	Klinischer Status, Medikamenten-, Drogenanamnese, Screening
endokrine, metabolische Entgleisung	Klinischer Status, Vorerkrankungen, Labordiagnostik
Infektion	Klinischer Status, Labordiagnostik

Traumhafte Verworrenheit (Oneiroid)

- **Definition:** Qualitative Bewusstseinsstörung mit Einengung und Verzerrung der Bewusstseinsinhalte.
- **Phänomenologie:** Traum- bzw. tranceähnlicher Zustand, einhergehend mit illusionären Verkennungen (S. 88) und anderen Sinnestäuschungen, auch mit wahnhaften Erlebnissen (S. 96). Der Patient wirkt in sich gekehrt, ratlos, gefühlsmäßig versunken und verlangsamt. Das Bewusstsein ist getrübt, die Orientierung beeinträchtigt. Anschließend meist Amnesie!
- **Vorkommen** (siehe auch Tab. 3.6):
  - Am häufigsten unter Rauschdrogen, z. B. Halluzinogene (S. 172).
  - Im Rahmen epileptischer Psychosen (S. 137).
  - Bei Wochenbettpsychosen (S. 262).
  - Gelegentlich bei akuter schizophrener Psychose (S. 199).

  Hinweis: Prädisponierend Phantasiebereitschaft, eidetische Veranlagung!

Tab. 3.6 • **Differenzialätiologie der traumhaften Verworrenheit**

Verdachtsdiagnose	wegweisende Untersuchung
Halluzinogengenuss	Status, Anamnese, Drogenscreening
Epilepsie	Status, Anamnese, EEG, Bildgebung
Postpartal	Psychostatus, Anamnese
akute schizophrene Psychose	Psychostatus, Anamnese

3.3 Wahrnehmungsstörungen

Illusion, illusionäre Verkennung

- **Definition:** Form der Wahrnehmungsverfälschung mit Fehldeutung tatsächlich vorhandener Sinneseindrücke.
- **Phänomenologie:** Infolge einer subjektiven Umdeutung real nur unzulänglicher bzw. undeutlicher Sinnesreize kommt es zu einer nicht bewussten Verkennung und damit Umgestaltung von wahrgenommenen Gegenständen, Personen oder Situationen.
- **Vorkommen:** Begünstigt durch:
  - *Erschwerte Wahrnehmungsbedingungen:* Sehschwäche bzw. undeutliches Sehen, Dunkelheit, unübersichtliche Situation, Reizüberflutung.
  - *Besonderheiten der betroffenen Person:* Phantasiereichtum (Eidetik), pathische Grundeinstellung, erhöhte Suggestibilität, aktuelle Gestimmtheit und Motivation, Ermüdung und Erschöpfung.

  Hinweis: Bei kontaktarmen und ichschwachen Personen gehäuft paranoid getönte Verkennungen!
  - *Delirante und Rauschzustände*, hier als häufige Begleitsymptome (S. 87).

Halluzination (Sinnestäuschung)

- **Definition:** (Trug-)Wahrnehmung, der kein entsprechender äußerer Sinnesreiz zugrunde liegt.
- **Phänomenologie:**
  - Halluzinationen werden vom Betroffenen als leibhaftig und real erlebt. Sie sind von ihm daher nicht korrigierbar.
  - Am häufigsten sind akustische und optische Sinnestäuschungen. Darüber hinaus können olfaktorische, gustatorische, taktile, kinästhetische und Leibhalluzinatio-

Traumhafte Verworrenheit (Oneiroid)

- **Definition:** Qualitative Bewusstseinsstörung mit Einengung und Verzerrung der Bewusstseinsinhalte.
- **Phänomenologie:** Traum- bzw. tranceähnlicher Zustand, einhergehend mit illusionären Verkennungen (S. 88) und anderen Sinnestäuschungen, auch mit wahnhaften Erlebnissen (S. 96). Der Patient wirkt in sich gekehrt, ratlos, gefühlsmäßig versunken und verlangsamt. Das Bewusstsein ist getrübt, die Orientierung beeinträchtigt. Anschließend meist Amnesie!
- **Vorkommen** (siehe auch Tab. 3.6):
  - Am häufigsten unter Rauschdrogen, z. B. Halluzinogene (S. 172).
  - Im Rahmen epileptischer Psychosen (S. 137).
  - Bei Wochenbettpsychosen (S. 262).
  - Gelegentlich bei akuter schizophrener Psychose (S. 199).

  Hinweis: Prädisponierend Phantasiebereitschaft, eidetische Veranlagung!

Tab. 3.6 • **Differenzialätiologie der traumhaften Verworrenheit**

Verdachtsdiagnose	wegweisende Untersuchung
Halluzinogengenuss	Status, Anamnese, Drogenscreening
Epilepsie	Status, Anamnese, EEG, Bildgebung
Postpartal	Psychostatus, Anamnese
akute schizophrene Psychose	Psychostatus, Anamnese

3.3 Wahrnehmungsstörungen

Illusion, illusionäre Verkennung

- **Definition:** Form der Wahrnehmungsverfälschung mit Fehldeutung tatsächlich vorhandener Sinneseindrücke.
- **Phänomenologie:** Infolge einer subjektiven Umdeutung real nur unzulänglicher bzw. undeutlicher Sinnesreize kommt es zu einer nicht bewussten Verkennung und damit Umgestaltung von wahrgenommenen Gegenständen, Personen oder Situationen.
- **Vorkommen:** Begünstigt durch:
  - *Erschwerte Wahrnehmungsbedingungen:* Sehschwäche bzw. undeutliches Sehen, Dunkelheit, unübersichtliche Situation, Reizüberflutung.
  - *Besonderheiten der betroffenen Person:* Phantasiereichtum (Eidetik), pathische Grundeinstellung, erhöhte Suggestibilität, aktuelle Gestimmtheit und Motivation, Ermüdung und Erschöpfung.

  Hinweis: Bei kontaktarmen und ichschwachen Personen gehäuft paranoid getönte Verkennungen!
  - *Delirante und Rauschzustände*, hier als häufige Begleitsymptome (S. 87).

Halluzination (Sinnestäuschung)

- **Definition:** (Trug-)Wahrnehmung, der kein entsprechender äußerer Sinnesreiz zugrunde liegt.
- **Phänomenologie:**
  - Halluzinationen werden vom Betroffenen als leibhaftig und real erlebt. Sie sind von ihm daher nicht korrigierbar.
  - Am häufigsten sind akustische und optische Sinnestäuschungen. Darüber hinaus können olfaktorische, gustatorische, taktile, kinästhetische und Leibhalluzinatio-

nen auftreten. Unstrukturierte Geräuschhalluzinationen heißen *Akoasmen*, unstrukturierte optische Sinnestäuschungen *Photismen*.

- **Vorkommen:** Klinische Manifestationsformen, deren Differenzialdiagnose und klinische Diagnose s. Tab. 3.7.

Hinweis: Nicht krankheitsbedingt sind optische und/oder akustische Sinnestäuschungen, die bei völliger Isolierung (z. B. Einzelhaft, „weiße Folter", experimentelle Sinnesdeprivation) auftreten, sowie die üblichen Träume.

Tab. 3.7 • **Differenzialätiologie der Halluzinationen**

Manifestationsform	Verdachtsdiagnose	wegweisende Untersuchung
akustische Halluzinationen	Schizophrenie (S. 184)	Klinischer Status, Anamnese,
	als akustische Halluzinose bei chron. Alkoholismus	Psychostatus, Alkoholanamnese, Klinischer Status, Labordiagnostik (S. 34)
optische Halluzinationen	körperlich begründbare Psychose	Psychostatus, Medikamenten-, Drogen-, Alkoholanamnese, Untersuchung, Bildgebung, EEG
olfaktorische/gustatorische Halluzinationen	Schizophrenie	s. Halluzination (S. 88)
	Temporallappenepilepsie	Klinischer Status, Anamnese (Auren, Anfälle), EEG
	Schädigung der Area olfactoria (olfaktorische H.)	Anamnese (Trauma?), MRT
Leibhalluzinationen (Zönästhesien, Beeinflussungserlebnisse)	Schizophrenie	s. Halluzination (S. 88)
	Involutionspsychose	Klinischer Status (S. 26)
taktile Halluzinationen	Dermatozoenwahn	s. Dermatozoenwahn (S. 140)
	Kokainintoxikation chronischer Cannabismissbrauch	Psychostatus, Anamnese (Fremdangaben Drogen, Medikamente). Klinik (S. 171)
	Delir	Delir (S. 87)
kinästhetische Halluzination (Bewegungsempfindungen)	Schizophrenie	Halluzination (S. 88)
kollektive halluzinatorische Erlebnisse, Massenpsychosen	bei starker Erlebnisanspannung und hoher Suggestibilität	Psychostatus, Anamnese

Pseudohalluzination

- **Definition:** Trugwahrnehmung, die im Gegensatz zur Halluzination als unwirklich erkannt wird.
- **Phänomenologie:** Ähnlichkeit mit Halluzination, die Übergänge sind fließend. Der Betroffene hält allerdings nicht mit Überzeugung an den Eindrücken fest – er vermag die Täuschung zu erkennen und sich zu korrigieren.
- *Hinweis:* Es kommen praktisch nur akustische und visuelle Täuschungen vor.
- **Vorkommen (selten):**
  - Einschlaf- und Aufwachphase, bei Ermüdung, Erschöpfung und bei leichteren Bewusstseinstrübungen (z. B. im Fieber oder unter Rauschdrogen).

- Katathyme Pseudohalluzinationen können sich in ekstatischen und meditativen Versenkungen einstellen, vor allem bei Veranlagung zu Phantasiereichtum und Eidetik (lebhaftes und eindringliches Vorstellungsvermögen).

Halluzinose

- **Definition:** Zustand fortlaufender Sinnestäuschungen (Trugwahrnehmungen ohne entsprechenden Außenreiz) bei erhaltener Bewusstseinshelligkeit und Orientiertheit.
- **Phänomenologie:**
  - Im Vordergrund stehen mehr oder weniger kontinuierliche, überwiegend akustische oder optische Halluzinationen mit flüchtigen, szenischen Wahrnehmungserlebnissen.
  - Die Patienten erscheinen dabei manchmal ängstlich-unruhig, meist in sich gekehrt und unfähig zur Kommunikation, finden sich aber normal zurecht und wirken auch sonst wenig beeinträchtigt.

Tab. 3.8 • **Differenzialätiologie der Halluzinose**

Verdachtsdiagnose	wegweisende Untersuchung
Alkoholismus	Klinischer Status, (Fremd-)Anamnese. Labor
chron. Amphetaminmissbrauch, LSD-Konsum	Klinischer Psychostatus, (Fremd-)Anamnese. Drogenscreening
Hirnerkrankung	Klinischer Status. Bildgebung, EEG

- **Vorkommen** (siehe auch Tab. 3.8):
  - *Akustische Halluzinose:* Am häufigsten bei chronischem Alkoholismus (S. 161), hier in Form von (vermeintlichen) Demütigungen, Beschimpfungen und Drohungen: (Fremd-Anamnese!), körperl. Untersuchung, Drogenscreening (inkl. Alkoholtest).
  - *Optische Halluzinose:* Bei Intoxikation mit Halluzinogenen (LSD) oder nach Schädigungen des Okzipitallappens (mit strukturierten und unstrukturierten Bildfolgen): Anamnese (Substanzmissbrauch, Hirninfarkt, -blutung, Schädelhirntrauma?), körperliche Untersuchung, EEG, Bildgebung.
  - *Haptische Halluzinose:* Bei Kokainsucht oder Intoxikation durch Amphetamine: Suchtanamnese, Fremdanamnese, Laborscreening (S. 34).

  ➲ *Hinweis:* Eine besondere Form der chronischen taktilen Halluzinose stellt der Dermatozoenwahn (S. 140) dar.

Leibgefühlsstörung, abnorme Leibgefühle

- **Definition:** Vielfältige, abstruse, meist quälende Körpermissempfindung (Dysästhesie) ohne organische Grundlage (s. a. Leibhalluzination).
- **Phänomenologie:**
  - Wahrgenommen werden z. B. schwer lokalisierbare, brennende, reißende, bohrende, kribbelnde oder stechende Körpersensationen, unbestimmtes Schweregefühl in den Gliedmaßen, Kloß- und Oppressionsgefühl, Spannungsgefühl im Kopf.
  - *Dermatozoen-/Enterozoenwahn:* Gefühlswahrnehmungen verbunden mit der festen Überzeugung, dass Parasiten in oder unter der Haut bzw. im Körper sitzen.
- **Vorkommen:**
  - Bei (somatisierter) Depression (S. 208).
  - Als somatoforme (psychosomatische) Symptome.
  - Bei Involutionsdepression (S. 211), vermehrt mit hypochondrischen Befürchtungen einhergehend.

- Als Zönästhesien bzw. Leibhalluzinationen wahnhaften Charakters bei Schizophrenie (S. 184).
- Bei Toxikomanie: Cannabisintoxikation (S. 167), Kokainsucht (S. 171).
- Bei hypochondrischer Persönlichkeitsstörung (S. 280).

3.4 Störungen von Volition, Antrieb und Psychomotorik

Antriebsschwäche, Antriebshemmung

▶ **Definition:** Krankhaftes Defizit im Antriebsverhalten.

▶ **Phänomenologie:**
- Antriebsmängel können von der leichten Hemmung bis zur völligen Reglosigkeit, z. B. Stupor (S. 310) oder Akinese, reichen.
- Kennzeichnend sind eine Minderung an Anregbarkeit und Initiative, Mutismus, Gleichgültigkeit, Lethargie, Reaktionsverzögerung und Passivität bis zum Erlahmen der voluntativen Impulse (Volitionsschwäche). Im motorischen Bereich tritt eine allgemeine Verlangsamung in Erscheinung. Die Körperbewegungen wirken kraftlos, matt und träge.

Hinweis: Eigen- und Fremdantriebsverhalten (= von außen angeregter, induzierter Antrieb) können durchaus diskordant sein.

▶ **Vorkommen** (siehe auch Tab. 3.9):
- *Antriebsschwäche:*
  - Nach psychotischer Episode als postremissives Erschöpfungssyndrom oder als Residuum nach schizophrenen Schüben.
  - Begleitsymptomatik (konsumierender) Körperkrankheit oder endokriner Funktionsstörung (z. B. Hypothyreose, Hypophysenvorderlappeninsuffizienz, Morbus Addison).
  - Hirnlokales organisches Psychosyndrom (z. B. infolge Hirntumor).
- *Antriebshemmung:*
  - Bei Depression (in extremer Form als depressiver Stupor).
  - Bei Schizophrenie (in extremer Form als katatoner Stupor).
  - Bei Ambivalenz, Willensschwäche oder Entschlusslosigkeit.
  - Unter dämpfenden Psychopharmaka bzw. Drogen.
  - Infolge psychischer Traumatisierung, als Belastungsstörung („Totstellreflex").
  - Im Zustand meditativer Versenkung.

Tab. 3.9 • **Differenzialätiologie der Antriebsschwäche, Antriebshemmung**

Verdachtsdiagnose	wegweisende Untersuchung
Schizophrenie (Residuum, auch katatoner Stupor)	Anamnese, psychopathologischer Befund, vgl. schizophrenes Residuum (S. 192)
Hypothyreose	Klinischer Status, Labor (TSH, ggf. T_3, T_4)
Hypophysenvorderlappeninsuffizienz	Klinischer Status, Anamnese, Labordiagnostik (TSH, ACTH, FSH, LH, Prolaktin), ggf. Bildgebung
Morbus Addison	Klinischer Status, Anamnese, $Na^+ \downarrow$, $K^+ \uparrow$, ACTH $\uparrow$
hirnorganische Ursache	Klinischer Status, Anamnese, CCT, MRT, Psychometrie
Psychotrauma bzw. Belastungsreaktion, Anpassungsstörung, Burnout	Psychostatus, Anamnese, klinischer Status

- Als Zönästhesien bzw. Leibhalluzinationen wahnhaften Charakters bei Schizophrenie (S. 184).
- Bei Toxikomanie: Cannabisintoxikation (S. 167), Kokainsucht (S. 171).
- Bei hypochondrischer Persönlichkeitsstörung (S. 280).

3.4 Störungen von Volition, Antrieb und Psychomotorik

Antriebsschwäche, Antriebshemmung

▶ **Definition:** Krankhaftes Defizit im Antriebsverhalten.

▶ **Phänomenologie:**
- Antriebsmängel können von der leichten Hemmung bis zur völligen Reglosigkeit, z. B. Stupor (S. 310) oder Akinese, reichen.
- Kennzeichnend sind eine Minderung an Anregbarkeit und Initiative, Mutismus, Gleichgültigkeit, Lethargie, Reaktionsverzögerung und Passivität bis zum Erlahmen der voluntativen Impulse (Volitionsschwäche). Im motorischen Bereich tritt eine allgemeine Verlangsamung in Erscheinung. Die Körperbewegungen wirken kraftlos, matt und träge.

Hinweis: Eigen- und Fremdantriebsverhalten (= von außen angeregter, induzierter Antrieb) können durchaus diskordant sein.

▶ **Vorkommen** (siehe auch Tab. 3.9):
- *Antriebsschwäche:*
  - Nach psychotischer Episode als postremissives Erschöpfungssyndrom oder als Residuum nach schizophrenen Schüben.
  - Begleitsymptomatik (konsumierender) Körperkrankheit oder endokriner Funktionsstörung (z. B. Hypothyreose, Hypophysenvorderlappeninsuffizienz, Morbus Addison).
  - Hirnlokales organisches Psychosyndrom (z. B. infolge Hirntumor).
- *Antriebshemmung:*
  - Bei Depression (in extremer Form als depressiver Stupor).
  - Bei Schizophrenie (in extremer Form als katatoner Stupor).
  - Bei Ambivalenz, Willensschwäche oder Entschlusslosigkeit.
  - Unter dämpfenden Psychopharmaka bzw. Drogen.
  - Infolge psychischer Traumatisierung, als Belastungsstörung („Totstellreflex").
  - Im Zustand meditativer Versenkung.

Tab. 3.9 • **Differenzialätiologie der Antriebsschwäche, Antriebshemmung**

Verdachtsdiagnose	wegweisende Untersuchung
Schizophrenie (Residuum, auch katatoner Stupor)	Anamnese, psychopathologischer Befund, vgl. schizophrenes Residuum (S. 192)
Hypothyreose	Klinischer Status, Labor (TSH, ggf. T_3, T_4)
Hypophysenvorderlappeninsuffizienz	Klinischer Status, Anamnese, Labordiagnostik (TSH, ACTH, FSH, LH, Prolaktin), ggf. Bildgebung
Morbus Addison	Klinischer Status, Anamnese, $Na^+ \downarrow$, $K^+ \uparrow$, ACTH $\uparrow$
hirnorganische Ursache	Klinischer Status, Anamnese, CCT, MRT, Psychometrie
Psychotrauma bzw. Belastungsreaktion, Anpassungsstörung, Burnout	Psychostatus, Anamnese, klinischer Status

Tab. 3.9 • **Fortsetzung**

Verdachtsdiagnose	wegweisende Untersuchung
Depression	(Fremd-)Anamnese, klinischer Status, Psychometrie
Psychopharmaka, Drogen	Klinischer Status, (Fremd-)Anamnese, Drogenscreening

Antriebssteigerung

- **Definition:** Krankhaft gesteigertes Antriebsverhalten.
- **Phänomenologie:** Allgemeine Hypermotorik, Gestikulieren, Unruhe, Umtriebigkeit und Rastlosigkeit bis zur Hektik. In der Regel einhergehend mit Impulsivität, Ideenflucht und Logorrhö (S. 96). In extremer Form Erregungszustand, Details s. auch im Kap. Notfallpsychiatrie (S. 300).
- **Vorkommen, wegweisende Untersuchungen:**
  - *Maniformes Syndrom* (S. 107): Klinik (Überaktivität und Unruhe bis zum Erregungszustand), Anamnese, Befund, evtl. Psychometrie.
  - *Agitierte Depression:* Klinik (ängstliche Getriebenheit), Anamnese (Episoden depressiver Verstimmtheit).
  - *Nach Stimulanzieneinnahme:* Drogenanamnese, Klinik (Überwachheit mit hektischer Betriebsamkeit), Drogenscreening.
  - *Als Begleiterscheinung akuter (posttraumatischer) Belastungsstörung* (zielloser Bewegungssturm, Schreien): Klinik, Anamnese.

Enthemmung

- **Definition**: (Krankhaft) gesteigertes Freisetzen von Impulsen und Affekten.
- **Phänomenologie:** Übertrieben oder unerwartet extrovertiertes Verhalten. Distanzlosigkeit. Verlust an Selbstkontrolle: Abnahme von Aggressionshemmung mit verminderter bzw. aufgehobener Steuerungsfähigkeit.
- **Vorkommen:**
  - Affektive Durchbrüche bei Impulskontrollstörung und emotional instabiler Persönlichkeit, sog. Borderline-Störung (S. 274).
  - (Zusätzlich) Enthemmung durch Einfluss von Alkohol und/oder Drogen (S. 159).
  - Begleitsymptomatik des maniformen Syndroms (S. 107).
  - Enthemmungsphänomene bei hirnorganischer Erkrankung, z. B. geistige Behinderung (S. 101), Demenz (S. 101).

  ➲ *Hinweis:* Beurteilung der Steuerungsfähigkeit forensisch wichtig zur Abschätzung der Schuldfähigkeit bei Straftaten psychisch Kranker (S. 419)!

Ambivalenz

- **Definition:** Gleichzeitig bestehende, gegenläufige Vorstellungen und/oder Wünsche.
- **Phänomenologie:** Einander entgegenwirkende Vorstellungen und Strebungen können nach außen als Ratlosigkeit, Willensschwäche, Zwiespältigkeit und Entscheidungsunfähigkeit in Erscheinung treten.
- **Vorkommen, wegweisende Untersuchungen:** Häufiges Symptom bei Anpassungs- und neurotischen Störungen: Anamnese, Psychometrie bzw. testpsychologische Persönlichkeitsdiagnostik.

Ambitendenz

- **Definition:** Gleichzeitig einwirkende, gegenläufige Antriebsimpulse.
- **Phänomenologie:** Antriebsblockade infolge der entgegengesetzt gerichteten voluntativen Impulse, nach außen erkennbar an Unentschlossenheit, aber auch an Zuständen von Angespanntheit, Unruhe und Hektik. Anlaufende Bewegungs- oder

Handlungsabläufe werden immer wieder unterbrochen hin bis zur Blockade des gesamten Verhaltens (Katalepsie).

- **Vorkommen:** Häufig bei Depression oder Schizophrenie (S. 184) zu beobachten, ferner bei labilen Personen mit einer Neigung zu rasch wechselnden Vorstellungen und Impulsen, z. B. im Rahmen einer emotional instabilen Persönlichkeit bzw. Borderline-Störung (S. 274).

Mutismus

- **Definition:** Krankhaftes Schweigen bis zur völligen Stummheit.
- **Phänomenologie:** Sprechblockade als Ausdruck einer Antriebshemmung (S. 91) bei intaktem Sprechvermögen, oft einhergehend mit allgemeiner Antriebsstörung. Zugrunde liegt ein Verlust des Sprechantriebs infolge depressiver Rat- und Hilflosigkeit, Angst oder konflikthafter Ambivalenz (S. 92).
- **Vorkommen** (siehe auch Tab. 3.10):
  - *Psychotrauma*, *Schreckerlebnis, (posttraumatische)* Belastungsstörung (S. 227), *akute depressive Reaktion oder im Panikanfall*.
  - *Beginnende Psychose* bzw. im psychotischen Wahn.
  - In Verbindung mit Stupor auch bei *Hirnerkrankungen*, vor allem bei Dämmerzuständen infolge Intoxikation, Tumorerkrankung und Enzephalitis.

  Hinweis: Beeinträchtigungen des sprachlichen Ausdrucks (Sprechstörungen) beruhen demgegenüber auf lokalen Schädigungen des Sprechapparates.

Tab. 3.10 • **Differenzialätiologie des Mutismus**

Verdachtsdiagnose	wegweisende Untersuchung
Depression	Klinischer Status, Anamnese
Psychose	Klinischer Status, Anamnese
Panikanfall	Klnischer Status, Anamnese
Dämmerzustand	Klinischer Status, Anamnese, Labordiagnostik
Intoxikation	Klinischer Status, Medikamenten-, Drogenanamnese. Laboruntersuchungen
Hirntumor, Enzephalitis	Klinischer Status. Bildgebung, Liquoruntersuchung

Stereotypien und andere repetitive Ausdruckselemente

- **Definition:** Monoton wiederkehrende Handlungs- oder Sprechabfolgen.
- **Phänomenologie:**
  - *Bewegungsstereotypien:*
    - Einfache Gesten oder Bewegungskomplexe werden wie motorische Schablonen ohne erkennbaren Sinn und Zweck zwanghaft, auch über längere Zeit, repetiert, z. B. Kratzen, Reiben, Wischbewegungen, Blinzeln, Grimassieren, Tics; vgl. Neurostatus (S. 33).
    - Katalepsie: starres Beibehalten bestimmter, teilweise unnatürlich-bizarrer Körperstellungen.
  - *Sprachstereotypien:* Repetitive„ inhaltsleere und wie automatisiert ablaufende Lautgebungen (z. B. Vokaltic, Schreie, Grunzen, Pfeifen) oder formelhafte, sinnlose sprachliche Entäußerungen (Verbigeration), beim **Gilles-de-la-Tourette-Syndrom** oft mit Vulgärausdrücken (Koprolalie) verbunden.
- **Vorkommen:**
  - *Tics:* Häufig bei lebhaften Kindern und Jugendlichen („Übersprungshandlungen") als psychogene Störung, außerdem bei psychotischen Störungen oder hirnorganischen Erkrankungen.

- *Einfache motorische Stereotypien:* In der Regel Ausdruck diffuser hirnorganischer Leistungseinbußen (z. B. nach Enzephalitis, bei geistiger Behinderung oder Demenz).
- Komplexere Haltungs-, Handlungs- und Sprachstereotypien: Gilles-de-la-Tourette-Syndrom, Autismusspektrum, katatone Schizophrenie (S. 190) bzw. chronisch schizophrene Erkrankung (S. 194). Abänderungsstereotypien (Manieriertheit): Vor allem bei Hebephrenie, histrionischer Persönlichkeitsstörung.

Hyperkinese

- **Definition:** Form hektischer Bewegungsunruhe bis zur Erregtheit
- **Phänomenologie:**
  - Ziellose, ohne erkennbares Motiv gesteigerte Motorik (z. B. Hin- und Herlaufen, Umhertrippeln, Händeringen, Herumnesteln, Um-sich-schlagen).
  - Ticähnliche Bewegungen (z. B. Kopfschütteln, rhytmisches Schlagen).

  Hinweis: Bei zugrundeliegender Antriebssteigerung (S. 92) erscheinen manche Verhaltensweisen wie Ersatz- bzw. Übersprungshandlungen.
- **Vorkommen** (siehe auch Tab. 3.11):
  - *Emotional instabile Kinder:* Dranghafte Unruhe im Gefolge diskreter frühkindlicher Hirnschädigungen. ADHS.
  - *Extreme Ausprägung:*
    - Katatoner Erregungszustand (S. 190) im Rahmen einer akuten Schizophrenie (S. 199).
    - Manische Erregtheit (S. 204) bzw. maniformes Syndrom (S. 107).
    - Erregungszustand im pathologischen Rausch (S. 164).
  - *Symptome neurologischer Erkrankungen* (extrapyramidale Pathogenese) in Form überschießender und ungesteuerter Bewegungen von Muskeln und Muskelgruppen (z. B. Tremor, Athetosen, Dyskinesien und choreatiforme Bewegungen); s. Neurostatus (S. 33).
  - *Unter klassischer Antipsychotikatherapie:* z. B. Parkinsonoid, Akathisie/Tasikinesie, Spätdyskinesien.

Tab. 3.11 • **Differenzialätiologie der Hyperkinese**

Verdachtsdiagnose	wegweisende Untersuchung
frühkindlicher Hirnschaden	Klinischer Status, (Fremd-)Anamnese. Bildgebung
Schizophrenie	Psychostatus,(Fremd-)Anamnese, Klinischer Status
Manie	Psychostatus, (Fremd-)Anamnese, Klinischer Status. Psychometrie
pathologischer Rausch, Drogenkonsum	Klinischer Status, Anamnese. Drogenscreening, Labor
extrapyramidale Störung	Klinischer Status, Anamnese, Medikamentenanamnese. Bildgebung

3.5 Formale Denkstörungen

Denkverlangsamung

- **Definition:** Verlangsamung der Denkabläufe.
- **Phänomenologie:** Zähflüssiges, verlangsamtes Denken tritt nach außen in Erscheinung als schleppende sprachliche Mitteilung mit einfallsarmen, monotonen Inhalten, s. Antriebshemmung (S. 91).

- *Einfache motorische Stereotypien:* In der Regel Ausdruck diffuser hirnorganischer Leistungseinbußen (z. B. nach Enzephalitis, bei geistiger Behinderung oder Demenz).
- Komplexere Haltungs-, Handlungs- und Sprachstereotypien: Gilles-de-la-Tourette-Syndrom, Autismusspektrum, katatone Schizophrenie (S. 190) bzw. chronisch schizophrene Erkrankung (S. 194). Abänderungsstereotypien (Manieriertheit): Vor allem bei Hebephrenie, histrionischer Persönlichkeitsstörung.

Hyperkinese

- **Definition:** Form hektischer Bewegungsunruhe bis zur Erregtheit
- **Phänomenologie:**
  - Ziellose, ohne erkennbares Motiv gesteigerte Motorik (z. B. Hin- und Herlaufen, Umhertrippeln, Händeringen, Herumnesteln, Um-sich-schlagen).
  - Ticähnliche Bewegungen (z. B. Kopfschütteln, rhytmisches Schlagen).

  Hinweis: Bei zugrundeliegender Antriebssteigerung (S. 92) erscheinen manche Verhaltensweisen wie Ersatz- bzw. Übersprungshandlungen.
- **Vorkommen** (siehe auch Tab. 3.11):
  - *Emotional instabile Kinder:* Dranghafte Unruhe im Gefolge diskreter frühkindlicher Hirnschädigungen. ADHS.
  - *Extreme Ausprägung:*
    - Katatoner Erregungszustand (S. 190) im Rahmen einer akuten Schizophrenie (S. 199).
    - Manische Erregtheit (S. 204) bzw. maniformes Syndrom (S. 107).
    - Erregungszustand im pathologischen Rausch (S. 164).
  - *Symptome neurologischer Erkrankungen* (extrapyramidale Pathogenese) in Form überschießender und ungesteuerter Bewegungen von Muskeln und Muskelgruppen (z. B. Tremor, Athetosen, Dyskinesien und choreatiforme Bewegungen); s. Neurostatus (S. 33).
  - *Unter klassischer Antipsychotikatherapie:* z. B. Parkinsonoid, Akathisie/Tasikinesie, Spätdyskinesien.

Tab. 3.11 • **Differenzialätiologie der Hyperkinese**

Verdachtsdiagnose	wegweisende Untersuchung
frühkindlicher Hirnschaden	Klinischer Status, (Fremd-)Anamnese. Bildgebung
Schizophrenie	Psychostatus,(Fremd-)Anamnese, Klinischer Status
Manie	Psychostatus, (Fremd-)Anamnese, Klinischer Status. Psychometrie
pathologischer Rausch, Drogenkonsum	Klinischer Status, Anamnese. Drogenscreening, Labor
extrapyramidale Störung	Klinischer Status, Anamnese, Medikamentenanamnese. Bildgebung

3.5 Formale Denkstörungen

Denkverlangsamung

- **Definition:** Verlangsamung der Denkabläufe.
- **Phänomenologie:** Zähflüssiges, verlangsamtes Denken tritt nach außen in Erscheinung als schleppende sprachliche Mitteilung mit einfallsarmen, monotonen Inhalten, s. Antriebshemmung (S. 91).

- **Vorkommen, wegweisende Untersuchungen:** Als Begleiterscheinung allgemeiner Antriebsarmut vor allem bei:
  - *Depressiver Erkrankung:* Anamnese, psychopathologischer Befund, Psychometrie (S. 26).
  - Demenz (S. 116)*:* Klinischer Status, Anamnese, Bildgebung, Psychometrie.
  - *Einfluss von dämpfenden Drogen und Beruhigungsmitteln:* Drogen-, Medikamentenanamnese, Drogenscreening (S. 36), vgl. auch Somnolenz (S. 84).

Denkhemmung

- **Definition:** Mühselig-schwerfälliger Gedankengang mit häufigen Unterbrechungen.
- **Phänomenologie:** Die sprachlichen Mitteilungen sind zögerlich-stockend, leise, oft unterbrochen, wie gegen einen inneren Widerstand kämpfend.
- **Vorkommen, wegweisende Untersuchungen:**
  - *Überwiegend bei depressiver Störung:* Klinik, Anamnese, psychopathologischer Befund.

  Hinweis: Selten als psychogene Blockade: Klinik, psychopathologischer Befund. Anamnese!

Gedankenabreißen, Denksperre

- **Definition:**
  - *Denksperre:* Unvermittelte Blockade des Gedankenganges.
  - *Gedankenabreißen:* Plötzliche Unterbrechung des Denkablaufs.
- **Phänomenologie:** Denksperre bzw. Gedankenabreißen sind äußerlich erkennbar als wiederholtes plötzliches, unmotiviertes Stocken des Patienten im Gespräch.
- **Vorkommen:**
  - Verdächtig auf Schizophrenie (S. 184), wenn das Gedankenabreißen auch als von außen gesteuerter Gedankenentzug erlebt wird, sog. Ich-Störung (S. 110): Symptom 1. Ranges nach K. Schneider (Psychostatus, Anamnese).
  - *Hiervon zu unterscheiden:*
    - Denkhemmung.
    - Inkohärenz bei psychotischen Störungen („Verlust des roten Fadens").

  Hinweis: Beim „Gedankenstopp" (S. 370) handelt es sich um ein in der kognitiven Verhaltenstherapie verwendetes bewusstes Abblocken einer Vorstellung, das gezielt und systematisch trainiert wird.

Haften

- **Definition:** Erschwerte Umstellung auf andere Denkinhalte.
- **Phänomenologie:** „Klebenbleiben" der Denkabläufe bzw. Äußerungen des Patienten an einem Leitthema (s. Perseveration).
- **Vorkommen, wegweisende Untersuchungen:** Bei Depression oder besonderer innerer Gefangenheit durch eine Vorstellung oder Idee („fixe Idee"): Anamnese, psychopathologischer Befund, Psychometrie.

Perseveration

- **Definition:** Stereotype Wiederholung ein- und derselben Denkinhalte.
- **Phänomenologie:**
  - In eintönig-monotoner Weise kreist das Denken um bestimmte Vorstellungen als Ausdruck der völligen Inanspruchnahme durch eine anscheinend beherrschende Thematik. Der Patient ist außerstande, Gedankengänge zu abzuschließen und neue Denkansätze zu finden.
  - *Verbigeration*: Sinnloses Wiederholen von Wörtern und Sätzen.
- **Vorkommen, wegweisende Untersuchungen:** In Form von zwanghaften Grübeleien vor allem im Rahmen des depressiven Syndroms (S. 106) bzw. affektiver Störung (S. 203) und bei Zwangskrankheit (S. 225): (Fremd-)Anamnese, psychopathologischer Befund, Psychometrie.

Inkohärenz, Zerfahrenheit

- **Definition:** Die Denkabläufe sind sprunghaft, assoziativ gelockert und ohne verständlichen Zusammenhang.
- **Phänomenologie:**
  - *Inkohärenz* – Verlust der inneren Logik – kann bis zu unverständlichen Äußerungen mit völligem Ausfall der Kommunikationsfähigkeit führen.
  - *Denkzerfahrenheit* ist gekennzeichnet durch Kontrollverlust über die Denkabläufe. Die assoziativen und logischen Zusammenhänge der Denkinhalte gehen verloren. In extremer Form kommt es zu einem unverständlichen „Wortsalat" (Schizophasie).
- **Vorkommen, wegweisende Untersuchungen:** Vor allem
  - bei schizophrener Psychose (S. 184): Anamnese, Befund
  - im Drogenrausch: Anamnese, Psychostatus. Drogenscreening (S. 36).

Ideenflucht (Ideenflüchtigkeit)

- **Definition:** Krankhafte Beschleunigung der Denkabläufe.
- **Phänomenologie:** Die sprachlichen Äußerungen des Patienten sind gekennzeichnet durch:
  - Kontrollverlust über den Gedankenablauf. Die Denkinhalte wechseln rasch und sprunghaft. Sie werden anscheinend von immer neuen Einfällen induziert.
  - Die gedanklichen Assoziationsketten erscheinen beschleunigt und ziellos, s. Antriebssteigerung (S. 92).
- **Vorkommen, wegweisende Untersuchungen:**
  - *Maniformes Syndrom:* Anamnese, sonstiger psychopathologischer Befund, gegebenenfalls Psychometrie (S. 47).
  - *Ekstatischer bzw. Rauschzustand:* Psychostatus, Anamnese, Laborscreening.
  - *Beginnende* Schizophrenie (S. 184)*:* Anamnese, psychopathologischer Befund.

Logorrhö

- **Definition:** Sprachliche Enthemmungserscheinung in Form eines unkontrollierten Redeflusses.
- **Phänomenologie:** Der zugrundeliegende Rededrang äußert sich als übermäßig schnelles, pausenloses Reden bis zur Geschwätzigkeit. Der Redefluss kann Zeichen völliger Inkohärenz (S. 96) tragen. Siehe auch Antriebssteigerung (S. 92).
- **Vorkommen, wegweisende Untersuchungen:**
  - *Maniformes Syndrom sowie im Rauschzustand* (in Verbindung mit Sprechbeschleunigung): (Fremd-)Anamnese, Psychostatus, evtl. Drogenscreening.
  - *Demenz:* (Fremd-)Anamnese, neurologische und neuropsychologische Untersuchung, Bildgebung.
  - Gelegentlich im Zustand besonderer Angeregtheit.

3.6 Inhaltliche Denkstörungen

Wahn, paranoides Syndrom

- **Definition:** Krankhaft verfälschte, unkorrigierbare Vorstellungen und Gedanken.
- **Phänomenologie:**
  - *Mögliche Kennzeichen von Wahn:*
    - Entwicklung von Vorstellungen, die sich nicht mit der Realität in Einklang bringen lassen. Hohe subjektive Evidenz bezüglich der Wahngedanken, die auch durch gegenläufige Erfahrungen nicht wesentlich beeinflusst oder korrigiert werden kann (*Wahngewissheit*).
    - *Wahnwahrnehmung* und *Wahnstimmung* können einem sich allmählich manifestierenden Wahn vorlaufen.

Inkohärenz, Zerfahrenheit

- **Definition:** Die Denkabläufe sind sprunghaft, assoziativ gelockert und ohne verständlichen Zusammenhang.
- **Phänomenologie:**
  - *Inkohärenz* – Verlust der inneren Logik – kann bis zu unverständlichen Äußerungen mit völligem Ausfall der Kommunikationsfähigkeit führen.
  - *Denkzerfahrenheit* ist gekennzeichnet durch Kontrollverlust über die Denkabläufe. Die assoziativen und logischen Zusammenhänge der Denkinhalte gehen verloren. In extremer Form kommt es zu einem unverständlichen „Wortsalat" (Schizophasie).
- **Vorkommen, wegweisende Untersuchungen:** Vor allem
  - bei schizophrener Psychose (S. 184): Anamnese, Befund
  - im Drogenrausch: Anamnese, Psychostatus. Drogenscreening (S. 36).

Ideenflucht (Ideenflüchtigkeit)

- **Definition:** Krankhafte Beschleunigung der Denkabläufe.
- **Phänomenologie:** Die sprachlichen Äußerungen des Patienten sind gekennzeichnet durch:
  - Kontrollverlust über den Gedankenablauf. Die Denkinhalte wechseln rasch und sprunghaft. Sie werden anscheinend von immer neuen Einfällen induziert.
  - Die gedanklichen Assoziationsketten erscheinen beschleunigt und ziellos, s. Antriebssteigerung (S. 92).
- **Vorkommen, wegweisende Untersuchungen:**
  - *Maniformes Syndrom:* Anamnese, sonstiger psychopathologischer Befund, gegebenenfalls Psychometrie (S. 47).
  - *Ekstatischer bzw. Rauschzustand:* Psychostatus, Anamnese, Laborscreening.
  - *Beginnende* Schizophrenie (S. 184)*:* Anamnese, psychopathologischer Befund.

Logorrhö

- **Definition:** Sprachliche Enthemmungserscheinung in Form eines unkontrollierten Redeflusses.
- **Phänomenologie:** Der zugrundeliegende Rededrang äußert sich als übermäßig schnelles, pausenloses Reden bis zur Geschwätzigkeit. Der Redefluss kann Zeichen völliger Inkohärenz (S. 96) tragen. Siehe auch Antriebssteigerung (S. 92).
- **Vorkommen, wegweisende Untersuchungen:**
  - *Maniformes Syndrom sowie im Rauschzustand* (in Verbindung mit Sprechbeschleunigung): (Fremd-)Anamnese, Psychostatus, evtl. Drogenscreening.
  - *Demenz:* (Fremd-)Anamnese, neurologische und neuropsychologische Untersuchung, Bildgebung.
  - Gelegentlich im Zustand besonderer Angeregtheit.

3.6 Inhaltliche Denkstörungen

Wahn, paranoides Syndrom

- **Definition:** Krankhaft verfälschte, unkorrigierbare Vorstellungen und Gedanken.
- **Phänomenologie:**
  - *Mögliche Kennzeichen von Wahn:*
    - Entwicklung von Vorstellungen, die sich nicht mit der Realität in Einklang bringen lassen. Hohe subjektive Evidenz bezüglich der Wahngedanken, die auch durch gegenläufige Erfahrungen nicht wesentlich beeinflusst oder korrigiert werden kann (*Wahngewissheit*).
    - *Wahnwahrnehmung* und *Wahnstimmung* können einem sich allmählich manifestierenden Wahn vorlaufen.

– Wahneinfälle und Wahnideen können als Evidenzerlebnisse plötzlich auftreten und sich sodann zu einem geschlossenen *Wahnsystem* verknüpfen (*Wahnarbeit*). Eine intensive affektive Beteiligung (*Wahndynamik*) kann zu entsprechenden äußeren Verhaltensauffälligkeiten führen.

Hinweis: Wahn und Realitätswahrnehmung können auch nebeneinander bestehen („doppelte Buchführung")

- Häufigste Formen, Inhalte und **Vorkommen** des Wahns: Tab. 3.12.

▶ **Untersuchungen:** präzise psychopathologische Befunderhebung.

Tab. 3.12 • **Wahnthemen und -inhalte**

Manifestationsform	Wahnthema	überwiegendes Vorkommen
Beeinträchtigungswahn	Gefühl und Gewissheit des Beeinträchtigtwerdens von außen	Schizophrenie (S. 184)
Verfolgungswahn, Paranoia	Gefühl der Bedrohung und des Verfolgtwerdens	Schizophrenie, paranoide Entwicklung bei sensitiven Personen, auch bei Schwerhörigkeit, Isolation
Beziehungswahn, Bedeutungswahn	wahnhafte Verknüpfung von Ereignissen oder Handlungen (unsinniger Symbolcharakter)	paranoide Entwicklung bei sensitiven Personen
Liebeswahn	Gewißheit, von anderer Person (entgegen der Realität) geliebt zu werden	Manie (S. 204), paranoide Entwicklung bei sensitiven Personen
Schwangerschaftswahn	Gewissheit, schwanger zu sein	Schizophrenie, paranoide Entwicklung
Größenwahn, Cäsarenwahn, expansiverWahn	Selbstüberschätzung, Macht und Omnipotenzgefühl	Manie (S. 204), maniformes Syndrom
Erfinderwahn	Gewissheit, bedeutende Erfindung gemacht zu haben	Manie (S. 204), maniformes Syndrom
Verarmungswahn	Verlust der materiellen oder finanziellen Mittel zum Lebensunterhalt	psychotische Depression (S. 203), v. a. Involutionsdepression (S. 211)
Versündigungswahn, Schuldwahn	Überzeugung, Schuld auf sich geladen zu haben	psychotische Depression (S. 211), Involutionsdepression (S. 211)
Hypochondrischer Wahn, Krankheitswahn	Überzeugung, unheilbar krank zu sein	psychotische Depression (S. 211), Involutionsdepression (S. 211)
Nihilistischer Wahn (Cotard-Syndrom)	wahnhafte Negierung bzw. Leugnung der Umwelt	psychotische Depression (S. 203)
religiöser Wahn, Heilswahn	Überzeugung, von Gott besonders auserwählt zu sein	Schizophrenie (S. 192)
Eifersuchtswahn	Vorstellung, vom Partner betrogen zu werden	Alkoholabhängigkeit mit Impotenz (S. 161)

Tab. 3.12 • **Fortsetzung**

Manifestationsform	Wahnthema	überwiegendes Vorkommen
Querulantenwahn (s. Tab. 7.5)	wahnhafte, unrealistische Vorstellung von „Gerechtigkeit" mit kämpferischer Einstellung	paranoide Entwicklung bei sensitiven Personen (S. 271) nach schwerer Rechtskränkung
Dermatozoenwahn (s. Tab. 7.5), Enterozoenwahn Zooanthropie	Fiktion von Parasiten auf und unter der Haut bzw. in den Organen Vorstellung, in ein Tier verwandelt worden zu sein	zerebrale Abbauvorgänge, chronische Toxikomanie (S. 159)
symbiontischer Wahn, konformer Wahn („Folie à deux")	Übernahme von Wahnvorstellungen enger Bezugspersonen	asthenische, ichschwache Persönlichkeit (S. 279)
Doppelgängerwahn (Capgras-Syndrom)	Annahme, dass eine vertraute Person durch einen Doppelgänger ersetzt wurde	Schizophrenie, Demenz, asthenische, ichschwache Persönlichkeit (S. 279)
Fregoli-Syndrom	Annahme, dass sich hinter einer unbekannten Person eine bekannte verbirgt bzw. sich als diese ausgibt, um nicht erkannt zu werden	Schizophrenie, asthenische, ichschwache Persönlichkeit (S. 279)

Zwang, Anankasmus

- **Definition:** Unvermögen, Gedanken, Impulse oder Handlungen zu unterdrücken, obgleich sie vom Betroffenen als unsinnig erkannt werden.
- **Phänomenologie:**
  - *Manifestationsformen:*
    - Zwangsgedanken: Sich stereotyp wiederholende Gedanken oder Grübeleien, die als unsinnig und ichfremd (und daher zumeist als quälend) empfunden werden.
    - Zwangsimpulse: Beunruhigende und angsterzeugende Antriebserlebnisse (destruktiver, obszöner oder zumindest unkonventioneller Art) gegen inneren Widerstand (z. B. jemanden zu verletzen, zu beleidigen).
    - Zwangshandlungen: Monoton-ritualmäßig ausgeführte, stereotyp wiederkehrende Handlungen, bei deren Unterlassung Angstgefühle auftreten (z. B. Zählzwang, Kontrollzwang, Waschzwang, Putzzwang).
  - Zwänge führen langfristig zu einer erheblichen Einengung des Lebensraumes und der Autonomie des Betroffenen. Sie gehen in der Regel immer mit Depressionen wie auch einem (phobischen) Vermeidungsverhalten einher.
- **Vorkommen** (siehe auch Tab. 3.13):
  - Typische Zwangskrankheit: Zwangsstörung bzw. Zwangsneurose (S. 225).
  - Zwanghafte Charakterzüge (z. B. Perfektionismus, übertriebene Korrektheit und Genauigkeit) als Merkmale der anankastischen Persönlichkeit (S. 277).
  - Bei (anankastischer) Depression (S. 208) wie auch gelegentlich bei beginnender Schizophrenie (S. 184).
  - Leichte, passagere Zwangssymptome zeigen sich gelegentlich bei Erschöpfungszuständen.

Tab. 3.13 • **Differenzialätiologie des Zwangssyndroms**

Verdachtsdiagnose	wegweisende Untersuchung
Zwangsneurose bzw. Zwangsstörung	Psychostatus, Anamnese (S. 225)
anankastische Persönlichkeit	Psychostatus, Anamnese. Psychometrie (S. 277)
Depression	Psychostatus, Anamnese. Psychometrie (S. 208)
beginnende Schizophrenie	Psychostatus, Anamnese

3.7 Gedächtnisstörungen

Hypomnesie, Amnesie, Paramnesie

- **Definition:** Globale oder partielle Beeinträchtigung der Aufnahme und/oder Wiedergabe von Daten.
- **Phänomenologie:**
  - Die Gedächtnisleistung stellt nicht nur einen der wichtigsten Teilfaktoren der allgemeinen Intelligenz dar, sondern überhaupt der Lebenstüchtigkeit. Sie ist abhängig von der individuellen Fähigkeit zu Konzentration, Aufmerksamkeit und Organisation der Engrammierung. Defizite bzw. Ausfälle können begründet sein in einer Aufnahme, Speicherung und/oder Wiedergabe von Informationen.
  - *Unterschieden wird zwischen:*
    - Störungen des sensorischen Registers (Ultrakurzzeitgedächtnis): Gedächtnislücken über wenige Sekunden.
    - Störungen des Arbeits- (Kurzzeit-) Gedächtnisses bzw. der Merkfähigkeit: Beeinträchtigte Fähigkeit, sich neue Eindrücke über etwa 5–10 Minuten einzuprägen.
    - Störungen des Langzeitgedächtnisses: Herabsetzung der Fähigkeit, länger zurückliegende Eindrücke bzw. Informationen zu behalten bzw. zu reproduzieren.
  - *Zu differenzieren sind formal:*
    - **Hypomnesie** bis zur Amnesie: Zeitlich begrenzte, retro- oder anterograde Gedächtnislücken; in schwerer Form beim sog. Korsakow-Syndrom.
    - **Paramnesie**: Erinnerungsverfälschungen und -täuschungen (Trugerinnerungen), gekennzeichnet durch Veränderungen der Gedächtnisinhalte bei der Reproduktion (z. B. Déjà-vu- und Déjà-vecu-Erlebnisse). Ekmnesie = Eindruck bzw. Vorstellung, in einem anderen Lebensabschnitt zu leben.
    - **Pseudoerinnerungen**: (Falsche) Erinnerungen an vermeintliche Erlebnisse bzw. nicht wirklich stattgehabte Ereignisse.
    - **Hypermnesie**: Steigerung der Erinnerungsfähigkeit mit überdurchschnittlichen Gedächtnisleistungen.
- **Vorkommen** (siehe auch Tab. 3.14):
  - Auffällige Merkfähigkeitsstörungen als Beginn- und Leitsymptomatik einer allgemeinen Gedächtnisschwäche bei Demenz (S. 116).
  - Antero- und/oder retrograde Amnesie zeigen sich nach Hirnschädigung, Intoxikation, Enzephalitis bzw. als organische psychische Störungen. Siehe hirnorganisches Psychosyndrom (S. 111) .
  - Amnestische Episoden kommen häufiger bei transitorischen ischämischen (zerebralen) Attacken vor (TIA).
  - Paramnesien können bei beginnender Schizophrenie, in der epileptischen Aura, in Traum oder traumähnlichen Erlebnissen sowie in Trance, Hypnose und unter Rauschdrogen auftreten.

Tab. 3.13 • **Differenzialätiologie des Zwangssyndroms**

Verdachtsdiagnose	wegweisende Untersuchung
Zwangsneurose bzw. Zwangsstörung	Psychostatus, Anamnese (S. 225)
anankastische Persönlichkeit	Psychostatus, Anamnese. Psychometrie (S. 277)
Depression	Psychostatus, Anamnese. Psychometrie (S. 208)
beginnende Schizophrenie	Psychostatus, Anamnese

3.7 Gedächtnisstörungen

Hypomnesie, Amnesie, Paramnesie

- **Definition:** Globale oder partielle Beeinträchtigung der Aufnahme und/oder Wiedergabe von Daten.
- **Phänomenologie:**
  - Die Gedächtnisleistung stellt nicht nur einen der wichtigsten Teilfaktoren der allgemeinen Intelligenz dar, sondern überhaupt der Lebenstüchtigkeit. Sie ist abhängig von der individuellen Fähigkeit zu Konzentration, Aufmerksamkeit und Organisation der Engrammierung. Defizite bzw. Ausfälle können begründet sein in einer Aufnahme, Speicherung und/oder Wiedergabe von Informationen.
  - *Unterschieden wird zwischen:*
    - Störungen des sensorischen Registers (Ultrakurzzeitgedächtnis): Gedächtnislücken über wenige Sekunden.
    - Störungen des Arbeits- (Kurzzeit-) Gedächtnisses bzw. der Merkfähigkeit: Beeinträchtigte Fähigkeit, sich neue Eindrücke über etwa 5–10 Minuten einzuprägen.
    - Störungen des Langzeitgedächtnisses: Herabsetzung der Fähigkeit, länger zurückliegende Eindrücke bzw. Informationen zu behalten bzw. zu reproduzieren.
  - *Zu differenzieren sind formal:*
    - **Hypomnesie** bis zur Amnesie: Zeitlich begrenzte, retro- oder anterograde Gedächtnislücken; in schwerer Form beim sog. Korsakow-Syndrom.
    - **Paramnesie**: Erinnerungsverfälschungen und -täuschungen (Trugerinnerungen), gekennzeichnet durch Veränderungen der Gedächtnisinhalte bei der Reproduktion (z. B. Déjà-vu- und Déjà-vecu-Erlebnisse). Ekmnesie = Eindruck bzw. Vorstellung, in einem anderen Lebensabschnitt zu leben.
    - **Pseudoerinnerungen**: (Falsche) Erinnerungen an vermeintliche Erlebnisse bzw. nicht wirklich stattgehabte Ereignisse.
    - **Hypermnesie**: Steigerung der Erinnerungsfähigkeit mit überdurchschnittlichen Gedächtnisleistungen.
- **Vorkommen** (siehe auch Tab. 3.14):
  - Auffällige Merkfähigkeitsstörungen als Beginn- und Leitsymptomatik einer allgemeinen Gedächtnisschwäche bei Demenz (S. 116).
  - Antero- und/oder retrograde Amnesie zeigen sich nach Hirnschädigung, Intoxikation, Enzephalitis bzw. als organische psychische Störungen. Siehe hirnorganisches Psychosyndrom (S. 111) .
  - Amnestische Episoden kommen häufiger bei transitorischen ischämischen (zerebralen) Attacken vor (TIA).
  - Paramnesien können bei beginnender Schizophrenie, in der epileptischen Aura, in Traum oder traumähnlichen Erlebnissen sowie in Trance, Hypnose und unter Rauschdrogen auftreten.

- Pseudoerinnerungen sind meist induziert bzw. iatrogen bedingt (z. B. suggerierter sexueller Missbrauch in der frühesten Kindheit).
- Echte oder scheinbare Hypermnesie kann durch (vigilanzsteigernde) Stimulantien (S. 85) bewirkt werden (Neuroenhancement).

Hinweis: Psychogene Erinnerungsblockaden („Black out") werden gelegentlich bei starker affektiver Erregung (z. B. Prüfungsangst), im Rahmen einer posttraumatischen (S. 229) oder dissoziativen Belastungsstörung (S. 232) oder als Zweckreaktion (Ganser-Syndrom) beobachtet.

Tab. 3.14 • **Differenzialätiologie der Gedächtnisstörung**

Verdachtsdiagnose	wegweisende Untersuchung
Demenz, demenzielles Syndrom	Klinischer Status, (Fremd-)Anamnese. Psychometrie, CCT, MRT
Rausch	Klinischer Status, Anamnese. Drogenscreening
Intoxikation	Klinischer Status, Anamnese. Laboruntersuchungen
Enzephalitis	Klinischer Status. Liquordiagnostik
transitorische ischämische Attacke	Klinischer Status. CCT, MRT, Dopplersonografie
Schizophrenie	Anamnese, psychopathologischer Befund
Epilepsie	Klinischer Status, Anamnese. EEG, (CCT)
dissoziative Störung, Belastungsstörung	Psychostatus, Anamnese, Situation

3.8 Störungen komplexer kognitiver Leistungen

Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom (ADHS)

- **Definition:** Symptomenkomplex von Konzentrationsmängeln, Impulsivität und Überaktivität mit Tendenz zur Persistenz im Erwachsenenalter (S. 298) (s. auch Lehrbücher der Kinder- und Jugendpsychiatrie).
- **Phänomenologie:**
  - Bild von Zerstreutheit und Sprunghaftigkeit bei vermehrter Ablenkbarkeit und kognitivem Gleiten.
  - Fahrigkeit, innere Unruhe, Reizoffenheit und Impulskontrollschwäche („Zappel-Philipp").
  - Bei Mischformen häufig verbunden mit Tics, Verstimmungen, Ängstlichkeit und Aggressivität.
  - Im Kindesalter häufig einhergehend mit Verhaltensstörungen, im Erwachsenenalter zusätzlich Tendenz zu Verstimmungen, dissozialem Verhalten und Substanzmissbrauch.

  Hinweis: Andererseits oft besondere Kreativität, ausgeprägte Phantasie und Improvisationsfähigkeit zu beobachten!
- **Vorkommen:**
  - Bei anhaltender Stresssituation infolge permanenter (mentaler) Überforderung (z. B. durch Reizüberflutung).
  - Genetisch-neurolobiologisch bedingte, zentrale Störung (vermutlich zerebrale Dopamin- und Noradrenalindefizite).
  - Bei (diskreter) frühkindlicher Hirnschädigung (S. 295).

  Hinweis: Hohe Komorbidität mit Anpassungs- und Persönlichkeitsstörungen!

- Pseudoerinnerungen sind meist induziert bzw. iatrogen bedingt (z. B. suggerierter sexueller Missbrauch in der frühesten Kindheit).
- Echte oder scheinbare Hypermnesie kann durch (vigilanzsteigernde) Stimulantien (S. 85) bewirkt werden (Neuroenhancement).

Hinweis: Psychogene Erinnerungsblockaden („Black out") werden gelegentlich bei starker affektiver Erregung (z. B. Prüfungsangst), im Rahmen einer posttraumatischen (S. 229) oder dissoziativen Belastungsstörung (S. 232) oder als Zweckreaktion (Ganser-Syndrom) beobachtet.

Tab. 3.14 • **Differenzialätiologie der Gedächtnisstörung**

Verdachtsdiagnose	wegweisende Untersuchung
Demenz, demenzielles Syndrom	Klinischer Status, (Fremd-)Anamnese. Psychometrie, CCT, MRT
Rausch	Klinischer Status, Anamnese. Drogenscreening
Intoxikation	Klinischer Status, Anamnese. Laboruntersuchungen
Enzephalitis	Klinischer Status. Liquordiagnostik
transitorische ischämische Attacke	Klinischer Status. CCT, MRT, Dopplersonografie
Schizophrenie	Anamnese, psychopathologischer Befund
Epilepsie	Klinischer Status, Anamnese. EEG, (CCT)
dissoziative Störung, Belastungsstörung	Psychostatus, Anamnese, Situation

3.8 Störungen komplexer kognitiver Leistungen

Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom (ADHS)

- **Definition:** Symptomenkomplex von Konzentrationsmängeln, Impulsivität und Überaktivität mit Tendenz zur Persistenz im Erwachsenenalter (S. 298) (s. auch Lehrbücher der Kinder- und Jugendpsychiatrie).
- **Phänomenologie:**
  - Bild von Zerstreutheit und Sprunghaftigkeit bei vermehrter Ablenkbarkeit und kognitivem Gleiten.
  - Fahrigkeit, innere Unruhe, Reizoffenheit und Impulskontrollschwäche („Zappel-Philipp").
  - Bei Mischformen häufig verbunden mit Tics, Verstimmungen, Ängstlichkeit und Aggressivität.
  - Im Kindesalter häufig einhergehend mit Verhaltensstörungen, im Erwachsenenalter zusätzlich Tendenz zu Verstimmungen, dissozialem Verhalten und Substanzmissbrauch.

  Hinweis: Andererseits oft besondere Kreativität, ausgeprägte Phantasie und Improvisationsfähigkeit zu beobachten!
- **Vorkommen:**
  - Bei anhaltender Stresssituation infolge permanenter (mentaler) Überforderung (z. B. durch Reizüberflutung).
  - Genetisch-neurolobiologisch bedingte, zentrale Störung (vermutlich zerebrale Dopamin- und Noradrenalindefizite).
  - Bei (diskreter) frühkindlicher Hirnschädigung (S. 295).

  Hinweis: Hohe Komorbidität mit Anpassungs- und Persönlichkeitsstörungen!

Geistige Behinderung. Minderbegabung. Intelligenzminderung.

- **Synonyme** (obsolet): Oligophrenie, Debilität, Schwachsinn.
- **Definition:** Angeborene oder früherworbene Intelligenzmängel, Intelligenzaufbaustörung. Breites Spektrum der intellektuellen Minderbegabung von der leichten Intelligenzminderung bis zur schwersten geistigen Behinderung.
- Laut statistischer Normalverteilung (Gauß-Kurve) haben eine
  - *Normale Intelligenz*: 50 % der Bevölkerung,
  - *hohe* bzw. *niedrige Intelligenz* : jeweils 16,1 % der Bevölkerung,
  - *sehr hohe* bzw. *sehr niedrige Intelligenz* : jeweils 6,7 % der Bevölkerung,
  - *extrem hohe* bzw. extrem *niedrige Intelligenz* : jeweils 2.2 % der Bevölkerung.
- **Phänomenologie:**
  - *Allgemeine Auffälligkeiten:* Entwicklungsverzögerung, Lernbehinderung bzw. Lernschwierigkeiten, verminderte Konfliktfähigkeit bzw. mangelndes soziales Anpassungsvermögen mit gelegentlicher Neigung zur Delinquenz.
  - *Leitsymptome im kognitiven Bereich:* Mängel im Bereich der epikritischen Intelligenz (Urteils- und Kritikschwäche), Aufmerksamkeits- und Gedächtnisdefizite, sprachliche Ausdrucksmängel, Entscheidungsschwäche.
  - *Leitsymptome im psychomotorischen Bereich:* Sprech- und Koordinationsstörungen mit psychomotorischer Ungeschicklichkeit, Antriebsschwäche oder Umtriebigkeit (Erethismus), Verhaltensstörungen.
  - Die Intelligenzeinbußen können quantitativ und qualitativ durch psychometrische Verfahren (S. 47) erfasst werden.
  - Einteilung gemessen am *Intelligenzquotienten (IQ)* siehe Tab. 2.2.

  Hinweis: Pseudodebilität liegt vor bei einem Leistungsversagen (trotz ausreichender Begabung) aufgrund ungünstiger Milieuverhältnisse.
- **Vorkommen:**
  - *Anlagebedingt,* mit familiärer Häufung (sog. familiärer Schwachsinn).
  - *Genetisch bedingt* (z. B. durch Chromosomenanomalien wie Trisomie 21 = Down-Syndrom, Klinefelter-Syndrom, Turner-Syndrom, Prader-Willi-Syndrom, genetisch bedingte Enzymdefekte. Siehe auch frühkindliche Hirnschädigung (S. 295).
  - *Prä-, peri-* oder *postpartale bzw. epigenetische Schädigung* mit daraus resultierenden zerebralen Funktionsstörungen, sog. MCD (S. 295).

Dementielles Syndrom, Demenz

- **Definition:** Irreversible (meist voranschreitende) Minderung der mentalen Leistungsfähigkeit bei allgemeinem Persönlichkeitsabbau aufgrund zunehmender Hirnleistungsschwäche.
- **Phänomenologie**, vgl. organische psychische Störungen, hirnorganisches Psychosyndrom (S. 111):
  - *Beginn meist mit einem Nachlassen der kognitiven Leistungen:* Merkschwäche, Vergesslichkeit, Konzentrations- und Orientierungsstörungen, Einbußen an Umstellfähigkeit und Reaktionsvermögen, Kritikschwäche.
  - *Im Verlauf allmählich zusätzlich Symptome einer Wesensveränderung:* Antriebsstörungen, Minderung an Selbstkontrolle und Taktgefühl, an seelischer Frische und emotionaler Steuerung, Nachlassen von Pflichtbewusstsein und allgemeinem Leistungsvermögen, Zuspitzung von Charakterzügen.
  - *Bei weiterer Progredienz:* Aphasische, apraktische und agnostische Störungen (Werkzeugstörungen) sowie andere neurologische (Herd-)Symptome, körperlicher Verfall.
- **Vorkommen** (siehe auch Tab. 3.15):
  - Demenz vom Alzheimer-Typ (S. 116) – häufigste Form mit steigender Tendenz – und vaskuläre Demenz (S. 122). Organische psychische Störung (S. 116).
  - Hirnfunktionsstörungen durch Alkoholismus oder chronische Intoxikation, in ausgeprägter Form als Korsakow-Syndrom (S. 164).

- Nach schwerer Hirnschädigung, Hirnblutung oder bei raumforderndem zerebralem Prozess bzw. chronischem Hirndruck.

Hinweis: *Pseudodemenz* ähnliches Erscheinungsbild ohne organische Ursachen z. B. bei Depression, aufgrund Millieuschädigung, als Zweckreaktion; Ganser-Syndrom (S. 236) zur Vortäuschung einer Hirnleistungsschwäche.

Tab. 3.15 • **Differenzialätiologie des dementiellen Syndroms**

Verdachtsdiagnose	wegweisende Untersuchung
degenerative Demenz	Klinischer Status, Anamnese. Bildgebung (S. 116)
vaskuläre Demenz	Klinischer Status, Anamese. Bildgebung (S. 122)
chron. Alkoholismus (Korsakow-Syndrom)	Klinischer Status, Anamnese. Labordiagnostik, CCT (S. 161)
chronische Intoxikation	Klinischer Status, Medikamenten-, Drogenanamnese, -screening (S. 36)
Hirnschädigung	Klinischer Status, Anamnese. CCT, MRT, Psychometrie
Pseudodemenz	Psychostatus, Anamnese, Verlauf

3.9 Affektive Störungen

Affektverarmung, Affektverflachung

- **Definition:** Verlust affektiver Ansprechbarkeit.
- **Phänomenologie:** Eindruck emotionaler Indifferenz: Die Betroffenen wirken affektiv abgestumpft, in ihren Gefühlsäußerungen flach bis teilnahmslos, wie „eingefroren", teils auch läppisch. Eine spürbare emotionale Resonanz bleibt aus.
- **Vorkommen** (s. Tab. 3.16):
  - Vor allem bei schizophrenen Psychosen der Simplexform bzw. Hebephrenie (S. 194) sowie im Rahmen psychotischer Residualzustände (S. 192).
  - Bei Demenz und Suchterkrankung.

Tab. 3.16 • **Differenzialätiologie der Affektverarmung**

Verdachtsdiagnose	wegweisende Untersuchung
schizophrene Psychose (v. a. Hebephrenie)	Psychostatus, Anamnese (S. 194)
psychotischer Residualzustand	Psychostatus, Anamnese, Katamnese (S. 192)
Demenz	Klinischer Status, (Fremd-)Anamnese. Psychometrie, Labordiagnostik, CCT, MRT, EEG
chronische Suchterkrankung	Klinischer Status, Anamnese. Labordiagnostik, Medikamenten- und Drogenscreening (S. 36)

Parathymie

- **Definition:** Gefühls- (und Ausdrucks-)störung in Form inadäquater oder paradoxer affektiver Äußerungen.
- **Phänomenologie:** Emotionale Reaktionen, die nicht zu den jeweils vermuteten Vorstellungsinhalten passen. Das Ausdrucksverhalten (z. B. Mimik) stimmt mit dem unterstellten Affekt nicht überein (Paramimie).

- Nach schwerer Hirnschädigung, Hirnblutung oder bei raumforderndem zerebralem Prozess bzw. chronischem Hirndruck.

Hinweis: *Pseudodemenz* ähnliches Erscheinungsbild ohne organische Ursachen z. B. bei Depression, aufgrund Millieuschädigung, als Zweckreaktion; Ganser-Syndrom (S. 236) zur Vortäuschung einer Hirnleistungsschwäche.

Tab. 3.15 • **Differenzialätiologie des dementiellen Syndroms**

Verdachtsdiagnose	wegweisende Untersuchung
degenerative Demenz	Klinischer Status, Anamnese. Bildgebung (S. 116)
vaskuläre Demenz	Klinischer Status, Anamese. Bildgebung (S. 122)
chron. Alkoholismus (Korsakow-Syndrom)	Klinischer Status, Anamnese. Labordiagnostik, CCT (S. 161)
chronische Intoxikation	Klinischer Status, Medikamenten-, Drogenanamnese, -screening (S. 36)
Hirnschädigung	Klinischer Status, Anamnese. CCT, MRT, Psychometrie
Pseudodemenz	Psychostatus, Anamnese, Verlauf

3.9 Affektive Störungen

Affektverarmung, Affektverflachung

- **Definition:** Verlust affektiver Ansprechbarkeit.
- **Phänomenologie:** Eindruck emotionaler Indifferenz: Die Betroffenen wirken affektiv abgestumpft, in ihren Gefühlsäußerungen flach bis teilnahmslos, wie „eingefroren", teils auch läppisch. Eine spürbare emotionale Resonanz bleibt aus.
- **Vorkommen** (s. Tab. 3.16):
  - Vor allem bei schizophrenen Psychosen der Simplexform bzw. Hebephrenie (S. 194) sowie im Rahmen psychotischer Residualzustände (S. 192).
  - Bei Demenz und Suchterkrankung.

Tab. 3.16 • **Differenzialätiologie der Affektverarmung**

Verdachtsdiagnose	wegweisende Untersuchung
schizophrene Psychose (v. a. Hebephrenie)	Psychostatus, Anamnese (S. 194)
psychotischer Residualzustand	Psychostatus, Anamnese, Katamnese (S. 192)
Demenz	Klinischer Status, (Fremd-)Anamnese. Psychometrie, Labordiagnostik, CCT, MRT, EEG
chronische Suchterkrankung	Klinischer Status, Anamnese. Labordiagnostik, Medikamenten- und Drogenscreening (S. 36)

Parathymie

- **Definition:** Gefühls- (und Ausdrucks-)störung in Form inadäquater oder paradoxer affektiver Äußerungen.
- **Phänomenologie:** Emotionale Reaktionen, die nicht zu den jeweils vermuteten Vorstellungsinhalten passen. Das Ausdrucksverhalten (z. B. Mimik) stimmt mit dem unterstellten Affekt nicht überein (Paramimie).

- **Vorkommen:**
  - Am häufigsten bei Psychosen bzw. Schizophrenie (S. 184).
  - Ferner bei simulierenden oder dissimulierenden Patienten im Rahmen von Zweck- und Tendenzverhalten (S. 236).

Affektlabilität, Stimmungslabilität

- **Definition:** Gefühlsstörung in Form eines raschen Wechsels von Emotionen und Gestimmtheit.
- **Phänomenologie:**
  - *Affektlabilität:* Kurzfristiges Alternieren von Gefühlsäußerungen (rasches Umschlagen eines Affektes, z. B. von freudiger Erregtheit zu Weinerlichkeit oder Missmut schon bei geringem Anlass).
  - *Stimmungslabilität:* Schwankungen der Gestimmtheit, die nicht lange anhalten („himmelhoch-jauchzend – zu Tode betrübt").
  - Insgesamt Eindruck einer emotionalen Oberflächlichkeit bzw. von Unausgeglichenheit und Unreife (Infantilismus).
- **Vorkommen:**
  - Affektlabilität kann auftreten bei Hirnschädigung, Demenz und symptomatischen Psychosen, z. B. endokrines Psychosyndrom (S. 112): Anamnese, internistische und neurologische Untersuchung, Labordiagnostik, Bildgebung, spezielle Diagnostik siehe auch die einzelnen Krankheitsbilder.
  - Stimmungslabilität kann die vorherrschende Symptomatik einer entsprechender Persönlichkeitsstörung sein, z. B. emotional-instabile Persönlichkeit bzw. Borderline-Störung (S. 274).

  Hinweis: Nicht krankhaft bedingt sind affektlabile Phasen während biologischer Krisenzeiten (z. B. Pubertät, Schwangerschaft, postpartal, prämenstruell).

Affektinkontinenz

- **Definition:** Mangelhafte Affektkontrolle.
- **Phänomenologie:** Schon auf geringfügige Anlässe hin intensive emotionale Reaktionen (z. B. überschießendes Lachen oder heftiges Weinen mit raschem Abklingen). Fließender Übergang zwischen Rührseligkeit, Reizbarkeit, Weinerlichkeit, Schreckhaftigkeit. Abrupte Wutausbrüche beruhen zusätzlich auf mangelhaftem Steuerungsvermögen, vgl. Enthemmung (S. 92).
- **Vorkommen:**
  - Bei hirnorganischen Schäden (z. B. hirnorganisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma, insbesondere Stirnhirnverletzungen) bzw. bei Demenz.
  - Bei chronischem Alkoholismus/Drogenkonsum.
  - Unter körperlicher und/oder seelische Erschöpfung.
  - Bei reizbar-impulsiver Persönlichkeitsstruktur (S. 274).

Angst, Panik

- **Definition:** Deutlich unlustbetonter Gefühlszustand bei Erwartung oder Wahrnehmung tatsächlicher oder vermeintlicher Gefährdung
- **Phänomenologie:**
  - Zu unterscheiden sind frei flottierende (objektlose) und gebundene (Real-)Angst (Phobie). Allen Formen der Angst gemeinsam sind das Erleben von Hilflosigkeit, Beklemmung, Bedrohungsgefühl und Unheimlichkeit sowie vegetative Begleiterscheinungen.

  Hinweis: Obwohl sprachlich nicht ganz korrekt, wird der Begriff „Furcht" meist synonym verwendet.
  - *Symptome von Ängstlichkeit und latenter Angst (gesteigerte Angstbereitschaft):*
    - Auf psychischer Ebene: Unsicherheit, Unruhe, Angespanntheit, Schreckhaftigkeit und Reizbarkeit, Besorgnis, Bedrücktheit und Konzentrationsstörungen.

  - Körper- und Vitalsymptome: Schwindel, Kopfdruck, Hypotonie, Magen-Darm-Beschwerden, Harndrang, Schlafstörungen, Zittern.
- *Symptome des akuten Angstanfalls (Panik):*
  - Auf psychischer Ebene: (Todes-)Angst, Agitiertheit oder Stupor, Fahrigkeit, Kontrollverlust, Derealisations- und Depersonalisationsempfinden, Verkennungen.
  - Körper- oder Vitalsymptome: Schwitzen, Tachykardie, Herzklopfen (Palpitationen), Erstickungsgefühl, Hypertonie, Mundtrockenheit, Mydriasis, Übelkeit, Harndrang, Parästhesien und Tremor.
- *Angstlust* wird eine unnatürliche Verbindung von Lust- oder Befriedigungsgefühl bei einer Tätigkeit genannt, die gleichzeitig Angst hervorruft (z. B. „Nervenkitzel" bzw. „Thrill" bei waghalsigen (sportlichen) Aktivitäten).

▶ **Vorkommen** von unbegründeter oder übersteigerter (abnormer) Angst (siehe Tab. 3.17)
- Bei schizophrener und depressiver Psychose (vor allem in Form von wahnhaften Ängsten).
- Unter Drogeneinnahme (Horrortrip).
- Im Rahmen eines Entzugssyndroms, Details s. Delir (S. 87) und Prädelir (S. 307).
- In chronifizierter Form bei Angsterkrankung bzw. Angststörung, im Intervall zwischen Panikattacken (S. 222), als Erwartungsangst bei phobischen Störungen und bei Hypochondrie.

Tab. 3.17 • **Differenzialätiologie der Angst, Panik**

Verdachtsdiagnose	wegweisende Untersuchung
schizophrene Psychose	Psychostatus, Anamnese (S. 184)
depressive Störung	Psychostatus, Anamnese (S. 203)
Horrortrip	Klinischer Status, Drogenanamnese, Drogen- und Medikamentenscreening (S. 36)
Entzugssyndrom	Klinischer Status, Suchtanamnese. Labordiagnostik (S. 34)
Angststörung	Psychostatus, Anamnese. Psychometrie (S. 220)
phobische Störung	Psychostatus, Anamnese. Psychometrie (S. 220)
Hypochondrie	Psychostatus, Anamnese (S. 105)

Phobie

▶ **Definition:** Zwanghaft-stereotyp auftretende, objekt- und/oder situationsgebundene Befürchtung, die sich bis zur Panik (S. 103) steigern kann.

▶ **Phänomenologie:** Gebundenheit des Angsterlebens an bestimmte Objekte (z. B. Tierphobie) oder an situative und räumliche Gegebenheiten (z. B. soziale Phobie, Raumangst bzw. Platzangst). Entgegen eigener Einsicht drängen sich irrationale Angstvorstellungen zwanghaft auf, verbunden mit dem Drang, die angstauslösende Situation zu verlassen bzw. zu vermeiden. Hierdurch kommt es vorübergehend zu einer Angstreduzierung, jedoch bei Wiederholung aufgrund lernpsychologischer Gesetzmäßigkeiten zu einer Angstzunahme.
- *Begleitende Symptome:* Grübeleien, Niedergeschlagenheit, allgemeine Ängstlichkeit.
- *Beispiele bzw. Sonderformen:*
  - Phobophobie: Bezeichnung für die Furcht vor erneuten Angstanfällen.

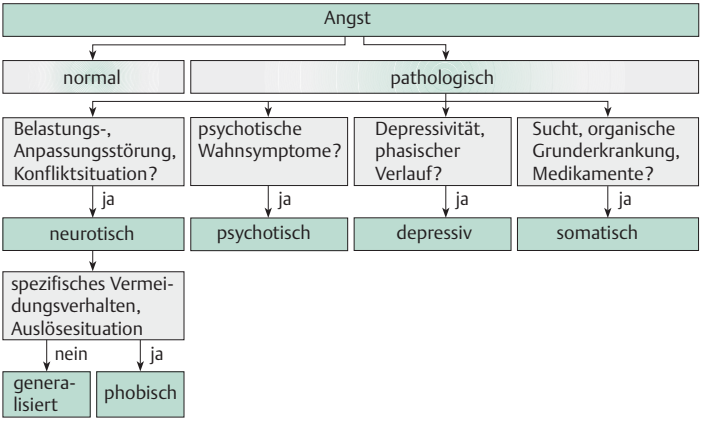


Abb. 3.1 • Formen der Angst

– Herzphobie: Herzangstsyndrom, gekennzeichnet durch die panikartige, unbegründetet Befürchtung, an einem plötzlichen Herztod („Herzschlag", Sekundenherztod) zu sterben. Form der Hypochondrie (siehe unten).

- **Vorkommen:**
  - In leichter oder passagerer Form sind Zwangsbefürchtungen weit verbreitet (z. B. Spinnenphobie, Klaustrophobie, Flugangst).
  - Überdauernde, die Lebensqualität des Patienten einschränkende Befürchtungen sind Kennzeichen einer Angst- oder Zwangserkrankung (S. 225).

Hypochondrie

- **Definition:** Nichtbegründete, hartnäckige Befürchtung, an einer (unheilbaren) Krankheit zu leiden.
- **Phänomenologie:**
  - Kontinuierliche ängstliche Selbstbeobachtung der Körperfunktionen, verbunden mit einer Überbewertung fraglicher Krankheitszeichen bzw. einer unrealistischen Interpretation von Körperempfindungen. Der Gesundheitszustand wird durch wiederholte Arztbesuche regelmäßig kontrolliert, wobei nach vorübergehender Beruhigung bald neue Zweifel und Besorgnisse folgen. Informationen über Krankheiten bzw. Krankheitsfälle in der Umgebung verstärken meist die hypochondrische Grundeinstellung.
  - Häufig sind andersartige, insbesondere phobische Ängste (S. 220) und subdepressive Verstimmungen assoziiert.
- **Vorkommen** (s. Tab. 3.18):
  - Im Rahmen von Angstkrankheiten bzw. neurotischen und Anpassungsstörungen (z. B. als Herzphobie oder AIDS-Phobie), vor allem dann, wenn eine ängstlich-überbesorgte Grundhaltung bei entsprechender Primärpersönlichkeit vorliegt (z. B. asthenische oder ängstlich-vermeidende Persönlichkeit).
  - Wahnhafte hypochondrische Inhalte häufiger bei psychotischer Depression bzw. Involutionsdepression (S. 211), gekennzeichnet durch die unkorrigierbare Vorstellung, unheilbar krank zu sein.
  - Bei zirkumskripter Hypochondrie mit isolierten Leibgefühlsstörungen hypochondrisch verarbeitete Missempfindungen in umschriebenen Körperbereichen.
  - Zum Teil abstruse hypochondrische Wahnideen mit bizarren zönästhetischen Symptomen gelegentlich im Rahmen schizophrener Psychosen (S. 192).

Tab. 3.18 • **Differenzialätiologie der Hypochondrie**

Verdachtsdiagnose	wegweisende Untersuchung
Angsterkrankung bzw. Anpassungsstörung	Klinischer Status, Anamnese, Psychometrie: Anpassungsstörung (S. 231), Angsterkrankung (S. 223)
psychotische Depression	Psychostatus, Anamnese, Psychometrie (S. 203)
Involutionsdepression	Klinischer Status, Anamnese (S. 211)
zirkumskripte Hypochondrie	Psychostatus, Anamnese. Somatische Diagnostik entsprechend der klinischen Symptomatik (S. 237)
Begleitsymptomatik schizophrener Psychose	Psychostatus, Anamnese (S. 184)

Depressives Syndrom

- **Definition:** Zustand von Bedrücktheit und Antriebsminderung, vgl. Antriebshemmung (S. 91).
- **Phänomenologie:**
  - *Psychische Ebene:* Interessenverlust, Anhedonie, Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit und Pessimismus, Verzweiflung, Nihilismus, innere Leere, „Gefühl der Gefühllosigkeit", Depersonalisation, Derealisation, Angstgefühl, Insuffizienz- und Schuldgefühl, Grübeln, Suizidalität, Gedächtnis- und Konzentrationseinbußen.
  - *Psychomotorischer Bereich:* Antriebshemmung bis zum Stupor oder – bei agitierter Depression – ausgeprägte Unruhe.
  - *Vitalfunktionen*: Schlafstörungen, Müdigkeit und Erschöpfungsgefühl, Hypotonie, Inappetenz und Gewichtsverlust, Obstipation, Abnahme von Libido und Potenz (Vitalstörungen).
  - *Körpermissempfindungen:* Druckgefühl im Kopf-, Brust- und Bauchbereich, Globusgefühl. Diffuse dumpfe Schmerzen in den Gliedmaßen.
- **Vorkommen** (siehe auch Tab. 3.19):
  - Bei Depression (major) bzw. bipolarer Störung,
  - Bei Belastungs- und Anpassungsstörungen, bei Dysthymia, sog. depressive Neurose (S. 214), als Burnout (S. 109), (S. 231).
  - Im Verlauf schizophrener Psychosen meist begleitend und weniger intensiv ausgeprägt, sog. „postremissives Erschöpfungssyndrom" (S. 192).
  - *Als hirnorganische Depression:*
    - Bei hirnorganischer Schädigung (S. 116).
    - Im Rahmen einer demenziellen Erkrankung (S. 116).
    - Bei chronischem Alkoholismus (S. 161) bzw. Sucht.
  - *Als sekundäre oder symptomatische Depression:* Bei anderen Körpererkrankungen (z. B. Herzinsuffizienz, Hypertonie, endokrine und Stoffwechselerkrankungen, unter medikamentöser Therapie).

Tab. 3.19 • **Differenzialätiologie des depressiven Syndroms**

Verdachtsdiagnose	wegweisende Untersuchung
psychotische Depression	Psychostatus, Anamnese
neurotische Depression, Dysthymia, Burnout	Psychostatus, Anamnese, Befund, Psychometrie
postremissives Erschöpfungssyndrom	Psychostatus, Anamnese

Tab. 3.19 • **Fortsetzung**

Verdachtsdiagnose	wegweisende Untersuchung
hirnorganische Depression	Klinischer Status, Anamnese (Alkohol?). Psychometrie, Labordiagnostik, CCT, kranielles MRT, EEG
organische (symptomatische) Depression	Klinischer Status, Anamnese. Labordiagnostik, CCT, kranielles MRT

Suizidalität/präsuizidales Syndrom

- **Definition:** Absicht zur Selbsttötung, meist begleitet von entsprechenden Phantasien und Impulsen, vgl. Suizidalität, Selbstbeschädigung (S. 306).
- **Phänomenologie:**
  - *Suizidale Anzeichen:* Empfinden von Resignation und Hoffnungslosigkeit. Niedergeschlagenheit, Grübeln und Lebensüberdruss. Zunehmende Todesphantasien und schließlich vorbereitende Handlungen (z. B. Sammeln von Tabletten!).
  - *Vorausgehend (präsuizidales Syndrom):* Meist Einengung und Isolation, Rückzug, Aggressionshemmung bzw. gegen die eigene Person gerichtete Aggressivität sowie Selbsttötungsphantasien, Schlafstörungen mit selbstdestruktiven Träumen. Nach festem Entschluss zum Suizid oft auffällige „Gelassenheit"
  - *Suizidhandlung:* Konkreter Versuch der Selbstbeschädigung mit dem Ziel der Selbstvernichtung. Suizidversuche (Parasuizide) sind etwa 10-mal häufiger als vollendete Suizide. Hohes Wiederholungsrisiko!
- **Vorkommen:**
  - Suizidalität, Suizidversuche und Suizide gibt es am häufigsten bei *depressiver Psychose* und beginnender Schizophrenie, gelegentlich raptusartig und in imperativer Form, sowie bei chronischem *Alkoholismus bzw. Suchterkrankung* und *Borderline-Persönlichkeit*.
  - Zu „*Bilanzsuiziden*" kann es in (subjektiv?) ausweglos erscheinenden Situationen bzw. Lebenskrisen mit unlösbaren persönlichen und sozialen Schwierigkeiten kommen.
  - *Ein erhöhtes* Suizidrisiko (S. 306) *besteht bei*: Jugendlichen, älteren (vor allem alleinstehenden, männlichen) Personen, Suchtkranken, unheilbar chronisch Kranken und krisenhaften Lebensveränderungen (z. B. Partnerverlust, Wohnungswechsel, Kündigung, Pensionierung). Suizidalität tritt gehäuft in den unteren und oberen sozialen Schichten der Industrieländer auf (v. a. in Städten).

Hinweis: Als Lebensschutzgarant macht sich der Arzt der Tötung durch Unterlassen strafbar, wenn er einen Patienten nicht an einer suizidalen Handlung hindert!

Maniformes Syndrom

- **Definition:** Krankhafte, unbegründet gehobene Stimmungslage, meist einhergehend mit Antriebssteigerung (S. 92).
- **Phänomenologie:**
  - *Psychische Ebene:* Gehoben-heitere Gestimmtheit, gesteigertes Selbstwertgefühl mit Selbstüberschätzung bis zum Größenwahn, erhöhte Ablenkbarkeit und vermehrte Anregbarkeit, Ideenflüchtigkeit bis zur Denkinkohärenz.
  - *Psychomotorischer Bereich:* Beschäftigungs- und Rededrang, Umtriebigkeit bis zum Erregungszustand.
  - *Vitalbereich:* Besonderes körperliches Wohlbefinden, erhöhtes Leistungsgefühl mit reduzierter Ermüdbarkeit, vermindertes Schlafbedürfnis, gesteigerte Libido.
- **Sonderformen:**
  - *Gereizte Manie:* Umtriebigkeit mit dysphorisch-gereizter, aggressiver Gestimmtheit.
  - *Stille Manie:* Grundlos heiter-gehobene Stimmungslage bei ruhigem Verhalten.

- **Vorkommen** (vgl. Tab. 3.20):
  - Manische Phase im Rahmen einer bipolar-affektiven Störung (S. 207) oder schizoaffektiven Mischpsychose (S. 201).
  - Maniforme Symptome bei Hirnerkrankung (z. B. Stirnhirntumor, hirnatrophische Prozesse, progressive Paralyse).
  - Im Rausch.
  - Im Verlauf einer schizophrenen Psychose.
    (Betriebsamkeit, Distanzminderung, oberflächlicher Optimismus und Neigung zu Selbstüberschätzung sind Merkmale der Zyklothymia (S. 214).

Tab. 3.20 • **Differenzialätiologie des maniformen Syndroms**

Verdachtsdiagnose	wegweisende Untersuchung
manische Phase einer bipolar-affektiven Störung	Psychostatus, Anamnese (S. 207)
schizophrene Psychose	Psychostatus, (Fremd-)Anamnese (S. 184)
hirnorganische Erkrankung	Klinischer Status. EEG, Bildgebung (S. 295)
Rausch, Intoxikation	Klinischer Status, Drogen-, Medikamentenanamnese und -screening
Zyklothymia (S. 214)	Psychostatus. Psychometrie

Aggressivität. Hostilitätssyndrom

- **Definition:** Angriffsverhalten einschließlich entsprechender Phantasien und Impulse; Feindseligkeit.
- **Phänomenologie:**
  Aggressives Verhalten zielt ab auf Beschädigung oder Vernichtung von Personen oder Gegenständen in folgenden Erscheinungsformen:
- *Verbaler Bereich:* Beschimpfungen, Beleidigungen, aber auch in subtilerer Form: Kritik, Ironie, Herabsetzung, Mobbing.
- *Handlungsbereich:* Wutausbrüche mit Gewalttätigkeiten, Erregtheit. In subtilerer Form kleinere Sachbeschädigungen.
- Latente Aggressivität (Hostilität): Aggressive Phantasien und Vorstellungen in Bezug auf bestimmte Handlungen und Objekte.

Hinweis: Bei Hemmung der aggressiven Abfuhr nach außen (z. B. durch Sanktionen, Verbote) kann sich die Gerichtetheit der Aggressivität gegen die eigene Person umkehren (Autoaggressivität), etwa in Form von Selbstbeschädigung bis hin zum Suizid!

- **Vorkommen:**
  - Bei dissozialen, stimmungslabilen und vermehrt erregbaren Personen, d. h. Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung (S. 268). Alkohol wirkt enthemmend!
  - Bei organischer psychischer Störung (z. B. Psychosyndrom, frühkindliche Hirnschädigung), oft erhöhte Reizbarkeit mit begleitenden Wutausbrüchen.
  - Während epileptischem Dämmerzustand und unter Drogeneinwirkung können unberechenbare Gewalttätigkeiten vorkommen.
  - Gereizte Form der Manie (S. 204).
  - Ziellose Aggressivität während katatoner Erregungszustände (S. 190).

Hinweis: Das allgemeine Notwehrrecht (§ 32 Ab S. II StGB) ist gegenüber aggressiven psychisch Kranken eingeschränkt: Einem Angriff ist möglichst schonend zu begegnen – unzulässig ist z. B. eine Verteidigungshaltung, die den Patienten in eine hilflose Lage bringt und zu Gesundheitsschäden führt.

3.10 Erschöpfungssyndrom (Burnout)

Grundlagen und Phänomenologie

- **Synonyme:** Chronic Fatigue Syndrome (CFS). Depression (S. 231). Neurasthenie (S. 279).
- **Definition:** Empfinden von allgemeiner Erschöpfung und Leistungsschwäche.
- **Phänomenologie:**
  - Bereits unter geringen körperlichen und/oder psychischen Belastungen Kraftlosigkeit, rasche Ermüdung, geringe Ausdauer, Desinteresse und Antriebsschwäche, s. auch asthenische Persönlichkeit (S. 279).
  - Zusätzlich Gefühl chronischer Abgespanntheit und Erholungsbedürftigkeit, sowie Anhedonie, vermehrte Geruchs- und Geräuschempfindlichkeit, Konzentrations- und Gedächtnisschwäche.
  - Vielfältige körperliche Missempfindungen (z. B. Kopfschmerz, Schwindel, Muskel- und Gelenkschmerzen), häufig verbunden mit hypochondrischen Besorgnissen (S. 237).
- **Vorkommen:**
  - Unter konsumierender bzw. chronischer körperlicher Erkrankung (z. B. Tumorleiden, unter Strahlen- oder Chemotherapie).
  - Postinfektiös („pseudoneurasthenisch").
  - Infolge chronischer (emotionaler bzw. psychosozialer) Überlastung (Burnout (S. 231)).
  - Als Persönlichkeitsvariante (S. 279).
  - Bei Dysthymia (S. 214).
  - Bei larvierter (somatisierter) Depression (S. 208).
  - Als Symptom einer somatoformen Störung (S. 219).
  - Unter chronischem Drogen- oder Medikamentenmissbrauch (S. 159).
  - Als „postremissives Erschöpfungssyndrom" (S. 109) nach psychotischem Schub.

3.11 Indoktrinationssyndrom

Grundlagen und Phänomenologie

- **Definition:** Objektiv falsche bzw. irrationale oder extrem einseitige Vorstellungen und Überzeugungen, die mittels psychologischer Beeinflussung (z. B. „Hirnwäsche") erzeugt werden.
- **Vorkommen:**
  - Auf psychiatrischem Gebiet bekannt als „induziertes Irresein", sog. „Folie à deux" (S. 98), bzw. bei Massenhysterie.
  - Ergebnis systematischer psychologischer Manipulation aus ideologischen und/oder kommerziellen Gründen (z. B. in Jugendsekten oder anderen destruktiven Psychokulten, in der Werbung).
  - In totalitären (politischen) Herrschaftssystemen Folge massensuggestiver Beeinflussung zum Zweck kontrollierter Machtausübung.
- **Angewendete Methoden:**
  - z. B. Isolierung, Sinnesdeprivation, körperliche oder psychische („weiße") Folter einschließlich Entzug von Schlaf, Speisen und Getränken, Lärm, Drohungen.
  - (Selektive) Desinformation, Überflutung mit Suggestivformeln, Gruppendruck, gelenkte Gruppendiskussionen und -aktivitäten, Belohnung erwünschter Reaktionen (Konditionierung).
- **Phänomenologie:** Scheinbar gefestigte Grundüberzeugungen und -gesinnungen werden in eine andere, gewünschte Richtung gelenkt bzw. sogar weitgehend modifiziert (in Abhängigkeit von persönlicher Intelligenz, Belastbarkeit, Suggestibilität, Selbstsicherheit, Ich-Stärke, Resilienz und Widerstandsfähigkeit).

- **Folgen einer systematischen Indoktrination:**
  - Veränderungen der Wahrnehmung (z. B. Verkennung, Reizüberempfindlichkeit oder Abstumpfung, Nivellierung).
  - Veränderungen des Auffassens und Begreifens (z. B. Einengung, Verlangsamung).
  - Veränderungen des Denkens und Urteilens (z. B. Einseitigkeit, Kritikschwäche, übertriebene Selbstkritik, Intoleranz, Fanatismus).
  - Verhaltensänderung (z. B. Apathie, Hassgefühl, Aspontaneität, Hilflosigkeit, Erstarrung, Rigidität, gruppenkonformes Verhalten, Kadavergehorsam).
  - Die *Gesamtpersönlichkeit* kann im Extremfall völlig verändert wirken und ist in der Fähigkeit zu unvoreingenommener Diskussion, kritischer Abwägung und Toleranz erheblich eingeschränkt.

3.12 Ich-Störungen

Grundlagen und Phänomenologie

- **Definition:** Beeinträchtigung des Erlebens der eigenen personalen Identität (Meinhaftigkeit). Gefühl des Manipuliertwerdens.
- **Vorkommen:** Siehe Tab. 3.21.

Tab. 3.21 • **Ich-Störungen**

Ich-Störung	Beschreibung	Vorkommen
Depersonalisation	Die eigene Person bzw. einzelne Körperteile werden als nicht existent empfunden	Schizophrenie (S. 184) Depression (S. 208) Panikattacken (S. 222) Rauschdrogen (S. 172) Borderline-Störung (S. 275) Erschöpfung (S. 229)
Derealisation	Die Umgebung erscheint unwirklich, fremd oder verändert, ebenfalls das Zeitgefühl	Borderline-Störung (S. 268) Depression (S. 208) Drogen (S. 159) Panikattacke (S. 222) Übermüdung (S. 229) Epileptische Aura
Gedankenentzug	Gefühl, dass die eigenen Gedanken entzogen oder weggenommen werden	Symptom 1. Ranges bei Schizophrenie
Gedankeneingebung	Gefühl, dass Gedanken und Vorstellungen von außen her eingegeben, gelenkt und beeinflusst werden	Symptom 1. Ranges bei Schizophrenie
Gedankenausbreitung	Gefühl, dass die eigenen Gedanken sich unkontrolliert ausbreiten	Symptom 1. Ranges bei Schizophrenie
Transitivismus	Projektion eigenen Krankseins auf andere	psychotische Störungen (S. 184) Persönlichkeitsstörung (S. 268)

- **Phänomenologie:** Die eigene Person bzw. ihre Funktionen und/oder die Umgebung werden als fremdartig erlebt. Bei Psychosen kann es zu einer Verwischung bzw. Durchlässigkeit der Ich-/Umweltgrenzen mit Verlust des Meinhaftigkeitserlebens und dem Gefühl der Fremdbeeinflussung kommen.

- **Folgen einer systematischen Indoktrination:**
  - Veränderungen der Wahrnehmung (z. B. Verkennung, Reizüberempfindlichkeit oder Abstumpfung, Nivellierung).
  - Veränderungen des Auffassens und Begreifens (z. B. Einengung, Verlangsamung).
  - Veränderungen des Denkens und Urteilens (z. B. Einseitigkeit, Kritikschwäche, übertriebene Selbstkritik, Intoleranz, Fanatismus).
  - Verhaltensänderung (z. B. Apathie, Hassgefühl, Aspontaneität, Hilflosigkeit, Erstarrung, Rigidität, gruppenkonformes Verhalten, Kadavergehorsam).
  - Die *Gesamtpersönlichkeit* kann im Extremfall völlig verändert wirken und ist in der Fähigkeit zu unvoreingenommener Diskussion, kritischer Abwägung und Toleranz erheblich eingeschränkt.

3.12 Ich-Störungen

Grundlagen und Phänomenologie

- **Definition:** Beeinträchtigung des Erlebens der eigenen personalen Identität (Meinhaftigkeit). Gefühl des Manipuliertwerdens.
- **Vorkommen:** Siehe Tab. 3.21.

Tab. 3.21 • **Ich-Störungen**

Ich-Störung	Beschreibung	Vorkommen
Depersonalisation	Die eigene Person bzw. einzelne Körperteile werden als nicht existent empfunden	Schizophrenie (S. 184) Depression (S. 208) Panikattacken (S. 222) Rauschdrogen (S. 172) Borderline-Störung (S. 275) Erschöpfung (S. 229)
Derealisation	Die Umgebung erscheint unwirklich, fremd oder verändert, ebenfalls das Zeitgefühl	Borderline-Störung (S. 268) Depression (S. 208) Drogen (S. 159) Panikattacke (S. 222) Übermüdung (S. 229) Epileptische Aura
Gedankenentzug	Gefühl, dass die eigenen Gedanken entzogen oder weggenommen werden	Symptom 1. Ranges bei Schizophrenie
Gedankeneingebung	Gefühl, dass Gedanken und Vorstellungen von außen her eingegeben, gelenkt und beeinflusst werden	Symptom 1. Ranges bei Schizophrenie
Gedankenausbreitung	Gefühl, dass die eigenen Gedanken sich unkontrolliert ausbreiten	Symptom 1. Ranges bei Schizophrenie
Transitivismus	Projektion eigenen Krankseins auf andere	psychotische Störungen (S. 184) Persönlichkeitsstörung (S. 268)

- **Phänomenologie:** Die eigene Person bzw. ihre Funktionen und/oder die Umgebung werden als fremdartig erlebt. Bei Psychosen kann es zu einer Verwischung bzw. Durchlässigkeit der Ich-/Umweltgrenzen mit Verlust des Meinhaftigkeitserlebens und dem Gefühl der Fremdbeeinflussung kommen.

- Zu unterscheiden sind (s. Tab. 3.21)
  - *Entfremdungserlebnisse:* Depersonalisation und Derealisation.
  - *Beeinflussungserlebnisse:* Gedankenentzug, Gedankeneingebung, Gedankenausbreitung, Fremdsteuerung (Charakter des von außen „Gemachten").
  - *Transitivismus*: (psychotische) Projektion.

3.13 Organische psychische Störungen. Psychosyndrome

Hirnorganisches Psychosyndrom (HOPS)

- **Definition:** Diffuse, wechselhaft ausgeprägte psychische Veränderungen als Ausdruck von Hirnleistungsschwäche, die reversibel oder irreversibel sein können.
- **Phänomenologie:**
  - *Leitsymptome im kognitiven Bereich:* Mnestische und konzentrative Defizite, Auffassungs- und Orientierungsstörungen, Verwirrtheit, Urteilsschwäche, Kritikschwäche, Umstellungserschwerung.
  - *Im emotionalen und Antriebsbereich:* Erschöpfungsgefühl, Antriebsminderung, psychomotorische Verlangsamung, Affektlabilität und -inkontinenz, Reizbarkeit, Depressivität.
  - *Im Persönlichkeitsbereich:* Allgemeine Nivellierung, Entdifferenzierung mit Wesensänderung, Distanzminderung, Dissozialität.
- **Vorkommen:**
  - Diffuse, akute oder chronische Hirnschädigung, auch im Rahmen von Anfallsleiden.
  - Andere Beeinträchtigungen der Hirnleistung (z. B. Drogenintoxikation, Alkoholismus, nach CO-Vergiftung).
  - Nach schwerem Infekt, Exsikkose, Herzinsuffizienz, schwerer Leber- oder Nierenfunktionsstörung. Anhaltende Schädigungen führen schließlich zu irreversiblen Veränderungen der Gesamtpersönlichkeit mit den Zeichen der hirnorganischen Wesensveränderung bzw. Demenz (S. 116).)

  Hinweis: Vom diffusen hirnorganischen Psychosyndrom ist das *hirnlokale Psychosyndrom* als Ausdruck umschriebener, lokalisierter Hirnschädigung zu unterscheiden. Es zeigen sich in wechselhaftem Ausmaß Antriebsstörungen und Verstimmungen. Vorkommen z. B. bei Enzephalitis, Hirntumoren oder zu Beginn eines Morbus Huntington.

Entzugssyndrom (Abstinenzsyndrom)

- **Definition:** Körperliche und/oder psychische Beschwerden bei Entzug von gewohnheitsmäßig konsumierten psychotropen Substanzen oder süchtigen Verhaltensweisen
- **Phänomenologie:** Vielfältige Symptome nach Absetzen von Alkohol, Drogen oder bestimmten Medikamenten nach längerer, regelmäßiger Einnahme. Ähnliche Entzugserscheinungen nach gewohnheitsmäßigen, exzessiven Betätigungen (z. B. pathologisches Spielen, „Cybersucht"):
  - Körperliche Entzugssymptome: Tremor, Schwitzen, Übelkeit, Brechreiz, Tachykardie und andere vegetative Symptome, Schlafstörungen.
  - Psychische Symptome: Angstgefühl, Angespanntheit, Unruhe, Reizbarkeit, Dysphorie, Depressivität. Delirante Anzeichen.
- **Vorkommen:** Je nach Substanz bzw. Gewohnheit treten in der Regel folgende körperliche und/oder psychische Symptome auf:
  - *Körperliche und psychische Symptome*: Alkohol (S. 161), Opiate (S. 169), Benzodiazepine (S. 175), Analgetika (S. 177), Barbiturate (S. 176), Nikotin (S. 178), Koffein.
  - *Psychische (und körperliche* ?) Symptome: Cannabis (S. 167).

- Zu unterscheiden sind (s. Tab. 3.21)
  - *Entfremdungserlebnisse:* Depersonalisation und Derealisation.
  - *Beeinflussungserlebnisse:* Gedankenentzug, Gedankeneingebung, Gedankenausbreitung, Fremdsteuerung (Charakter des von außen „Gemachten").
  - *Transitivismus*: (psychotische) Projektion.

3.13 Organische psychische Störungen. Psychosyndrome

Hirnorganisches Psychosyndrom (HOPS)

- **Definition:** Diffuse, wechselhaft ausgeprägte psychische Veränderungen als Ausdruck von Hirnleistungsschwäche, die reversibel oder irreversibel sein können.
- **Phänomenologie:**
  - *Leitsymptome im kognitiven Bereich:* Mnestische und konzentrative Defizite, Auffassungs- und Orientierungsstörungen, Verwirrtheit, Urteilsschwäche, Kritikschwäche, Umstellungserschwerung.
  - *Im emotionalen und Antriebsbereich:* Erschöpfungsgefühl, Antriebsminderung, psychomotorische Verlangsamung, Affektlabilität und -inkontinenz, Reizbarkeit, Depressivität.
  - *Im Persönlichkeitsbereich:* Allgemeine Nivellierung, Entdifferenzierung mit Wesensänderung, Distanzminderung, Dissozialität.
- **Vorkommen:**
  - Diffuse, akute oder chronische Hirnschädigung, auch im Rahmen von Anfallsleiden.
  - Andere Beeinträchtigungen der Hirnleistung (z. B. Drogenintoxikation, Alkoholismus, nach CO-Vergiftung).
  - Nach schwerem Infekt, Exsikkose, Herzinsuffizienz, schwerer Leber- oder Nierenfunktionsstörung. Anhaltende Schädigungen führen schließlich zu irreversiblen Veränderungen der Gesamtpersönlichkeit mit den Zeichen der hirnorganischen Wesensveränderung bzw. Demenz (S. 116).)

  Hinweis: Vom diffusen hirnorganischen Psychosyndrom ist das *hirnlokale Psychosyndrom* als Ausdruck umschriebener, lokalisierter Hirnschädigung zu unterscheiden. Es zeigen sich in wechselhaftem Ausmaß Antriebsstörungen und Verstimmungen. Vorkommen z. B. bei Enzephalitis, Hirntumoren oder zu Beginn eines Morbus Huntington.

Entzugssyndrom (Abstinenzsyndrom)

- **Definition:** Körperliche und/oder psychische Beschwerden bei Entzug von gewohnheitsmäßig konsumierten psychotropen Substanzen oder süchtigen Verhaltensweisen
- **Phänomenologie:** Vielfältige Symptome nach Absetzen von Alkohol, Drogen oder bestimmten Medikamenten nach längerer, regelmäßiger Einnahme. Ähnliche Entzugserscheinungen nach gewohnheitsmäßigen, exzessiven Betätigungen (z. B. pathologisches Spielen, „Cybersucht"):
  - Körperliche Entzugssymptome: Tremor, Schwitzen, Übelkeit, Brechreiz, Tachykardie und andere vegetative Symptome, Schlafstörungen.
  - Psychische Symptome: Angstgefühl, Angespanntheit, Unruhe, Reizbarkeit, Dysphorie, Depressivität. Delirante Anzeichen.
- **Vorkommen:** Je nach Substanz bzw. Gewohnheit treten in der Regel folgende körperliche und/oder psychische Symptome auf:
  - *Körperliche und psychische Symptome*: Alkohol (S. 161), Opiate (S. 169), Benzodiazepine (S. 175), Analgetika (S. 177), Barbiturate (S. 176), Nikotin (S. 178), Koffein.
  - *Psychische (und körperliche* ?) Symptome: Cannabis (S. 167).

- *Psychische Symptome*: Stimulanzien (S. 173), Kokain (S. 171), Halluzinogene (S. 179), Schnüffelstoffe (S. 179). Süchtig-zwanghaftes Verhalten, z. B. Spielen Pyromanie, Internetsucht („Cybersucht"), Kaufrausch, pathologisches Stehlen (S. 285).

Endokrines Psychosyndrom

- **Definition:** Psychische Veränderungen aufgrund hormoneller Störungen bzw. einer Endokrinopathie, auch bei Einnahme anaboler Steroide möglich.
- **Phänomenologie:** Die meisten endokrinen Erkrankungen können mit psychischen Symptomen in verschiedener Ausprägung einhergehen, die vor allem Antriebsverhalten und Gestimmtheit betreffen, aber auch Auswirkungen auf Vitalfunktionen wie Motorik, Appetit, Schlaf und Sexualität haben.
- **Vorkommen:** Siehe Tab. 3.22.

Tab. 3.22 • **Endokrinopathie als Ursache psychischer Veränderungen**

endokrine Störung	mögliche psychische Auffälligkeiten	wegweisende Untersuchungen
Hypothyreose	Apathie, Pseudodemenz, Depressivität	Klinischer Status, Anamnese. TSH (ggf. T_3, T_4), somatischer Befund
Hyperthyreose	Unruhe und Agitiertheit, manifeste Symptome, Reizbarkeit	s. Entzugssyndrom (S. 111)
Prolaktinüberschuss	Stimmungslabilität, wahnhafte Symptome	Klinischer Status, Medikamentenanamnese. Kreatinin, TSH-basal, Prolaktin i. S., MRT(CCT) zur Darstellung der Hypophysenregion
Östrogenmangel	Müdigkeit, Depressivität, Libidoverlust, Reizbarkeit (Klimakterium, prämenstruelles Syndrom)	Klinischer Status, Medikamentenanamnese. Östrogenbestimmung i. S.
Östrogenüberschuss	Unruhe, gesteigerte sexuelle Appetenz, Hochstimmung	Klinischer Status, Medikamentenanamnese. Östrogenbestimmung i. S.
Testosteronmangel	Müdigkeit, Antriebsminderung, Anhedonie, Libidominderung	Testosteronbestimmung i. S.
Testosteronüberschuss	Unruhe, Reizbarkeit, Hypersexualität, Aggresivität	Testosteronbestimmung i. S.
ACTH- oder Cortisonüberschuss	Antriebsmangel, Depressivität, Psychosen	Klinischer Status, Medikamentenanamnese. Dexamethason-Kurztest, Cortisol im 24-h-Urin, ACTH basal
Nebennierenrindeninsuffizienz(Morbus Addison)	Müdigkeit, Kachexie, Depression	Klinischer Status, Medikamentenanamnese. $Na^+\downarrow$, $K^+\uparrow$, ACTH-Kurztest, ACTH basal

Chronisches Schmerzsyndrom (Algogenes Psychosyndrom)

- **Definition:** Erhebliche psychische Veränderungen aufgrund chronischer Schmerzen.
- **Phänomenologie:** Infolge der engen Verknüpfung von psychischen, zentralnervösen und vegetativen Funktionen kann es unter anhaltenden, schweren Schmerzzuständen zu folgenden Reaktionen kommen:
  - Zunahme der Schmerzwahrnehmung infolge gesteigerter Empfindlichkeit und erhöhter Vigilität. Affektlabilität, Angespanntheit, Erwartungsangst, Absinken der Schmerzschwelle und der Schmerztoleranz. Steigerung des Analgetikaverbrauchs.
  - Schließlich dysphorisch-depressive Dauerverstimmung, „Zermürbungsgefühl", Apathie, Depressivität, Introversion, Rückzug, Verzweiflung, Suizidalität.
- **Vorkommen:** Kontinuierliche, schwere Schmerzsyndrome (z. B. bei Neuralgien, Krebserkrankung, degenerativen Gelenkserkrankungen und Phantomschmerz).

Hinweis: Vom algogenen Pychosyndrom sind zu unterscheiden:
- Psychogene Schmerzen, z. B. bei depressiver oder somatoformer Störung (somatisierte Depression) oder zönästhetischer Schizophrenie (S. 184).
- Medikamenteninduzierte Schmerzen (z. B. als sog. Analgetika-Kopfschmerz).

3.14 Schlafstörungen

Grundlagen und Phänomenologie

- **Definition:** Mangel an Dauer (Insomnie) und/oder Qualität des Schlafes, z. B. Dyssomnie, Parasomnie (S. 256), mit Leistungsminderung und Befindlichkeitsstörungen.
- **Vorkommen:**
  - *Nicht krankheitsbedingt:* Schlafstörung infolge Überstimulation durch abendliche Erlebnisreize, Jetlag, Stimulanzieneinnahme (Koffein!) oder unter psychischem Stress.
  - *Krankheitsbedingt:* Alle Erkrankungen mit körperlicher Beeinträchtigung (z. B. Schmerz, Fieber, Organfunktionsstörungen).
  - Belastungsstörung, Angstkrankheit, Schlafangst, Anpassungsstörung.
  - Alkohol- und/oder Medikamentenmissbrauch.
  - Depression (häufig in Form von Durchschlafstörungen mit Früherwachen und anschließendem „Morgentief").
  - Folge einer Hirnfunktionsstörung (z. B. zerebrale Durchblutungsstörungen mit nächtlicher Unruhe und Verwirrtheit).
  - Kleine-Levin-Syndrom (Hypersomnie-Bulimie-Syndrom).
- **Phänomenologie:** Klinisch häufige Manifestationsformen siehe Tab. 3.23.
  Hinweis: Die *Schlafmenge* als Qualitätsparameter ergibt sich aus dem Produkt von Schlafdauer und -tiefe.

Tab. 3.23 • **Klassifikation von Schlafstörungen**

Dyssomnien	Parasomnien
• Einschlafstörungen (meist verbunden mit innerer Unruhe, Grübeleien oder Angstgefühlen) • Durchschlafstörungen (mit unruhigem, zerhackten Schlaf und leichter Erweckbarkeit) • Hypersomnie (Schlafsucht mit überlanger Schlafdauer sowie Schläfrigkeit oder Schlafattacken am Tag) • Schlaf-Apnoe-Syndrom • Narkolepsie • Restless-legs-Syndrom	• Schlafwandeln (Somnambulismus) • nächtliches Aufschrecken (Pavor nocturnus) • Angstträume • nächtliches Einnässen (Enuresis nocturna) • nächtliches Zähneknirschen – Bruxismus) • quälende Unruhe in den Beinen (Restless legs)

Chronisches Schmerzsyndrom (Algogenes Psychosyndrom)

- **Definition:** Erhebliche psychische Veränderungen aufgrund chronischer Schmerzen.
- **Phänomenologie:** Infolge der engen Verknüpfung von psychischen, zentralnervösen und vegetativen Funktionen kann es unter anhaltenden, schweren Schmerzzuständen zu folgenden Reaktionen kommen:
  - Zunahme der Schmerzwahrnehmung infolge gesteigerter Empfindlichkeit und erhöhter Vigilität. Affektlabilität, Angespanntheit, Erwartungsangst, Absinken der Schmerzschwelle und der Schmerztoleranz. Steigerung des Analgetikaverbrauchs.
  - Schließlich dysphorisch-depressive Dauerverstimmung, „Zermürbungsgefühl", Apathie, Depressivität, Introversion, Rückzug, Verzweiflung, Suizidalität.
- **Vorkommen:** Kontinuierliche, schwere Schmerzsyndrome (z. B. bei Neuralgien, Krebserkrankung, degenerativen Gelenkserkrankungen und Phantomschmerz).

Hinweis: Vom algogenen Pychosyndrom sind zu unterscheiden:
- Psychogene Schmerzen, z. B. bei depressiver oder somatoformer Störung (somatisierte Depression) oder zönästhetischer Schizophrenie (S. 184).
- Medikamenteninduzierte Schmerzen (z. B. als sog. Analgetika-Kopfschmerz).

3.14 Schlafstörungen

Grundlagen und Phänomenologie

- **Definition:** Mangel an Dauer (Insomnie) und/oder Qualität des Schlafes, z. B. Dyssomnie, Parasomnie (S. 256), mit Leistungsminderung und Befindlichkeitsstörungen.
- **Vorkommen:**
  - *Nicht krankheitsbedingt:* Schlafstörung infolge Überstimulation durch abendliche Erlebnisreize, Jetlag, Stimulanzieneinnahme (Koffein!) oder unter psychischem Stress.
  - *Krankheitsbedingt:* Alle Erkrankungen mit körperlicher Beeinträchtigung (z. B. Schmerz, Fieber, Organfunktionsstörungen).
  - Belastungsstörung, Angstkrankheit, Schlafangst, Anpassungsstörung.
  - Alkohol- und/oder Medikamentenmissbrauch.
  - Depression (häufig in Form von Durchschlafstörungen mit Früherwachen und anschließendem „Morgentief").
  - Folge einer Hirnfunktionsstörung (z. B. zerebrale Durchblutungsstörungen mit nächtlicher Unruhe und Verwirrtheit).
  - Kleine-Levin-Syndrom (Hypersomnie-Bulimie-Syndrom).
- **Phänomenologie:** Klinisch häufige Manifestationsformen siehe Tab. 3.23.
  Hinweis: Die *Schlafmenge* als Qualitätsparameter ergibt sich aus dem Produkt von Schlafdauer und -tiefe.

Tab. 3.23 • **Klassifikation von Schlafstörungen**

Dyssomnien	Parasomnien
• Einschlafstörungen (meist verbunden mit innerer Unruhe, Grübeleien oder Angstgefühlen) • Durchschlafstörungen (mit unruhigem, zerhackten Schlaf und leichter Erweckbarkeit) • Hypersomnie (Schlafsucht mit überlanger Schlafdauer sowie Schläfrigkeit oder Schlafattacken am Tag) • Schlaf-Apnoe-Syndrom • Narkolepsie • Restless-legs-Syndrom	• Schlafwandeln (Somnambulismus) • nächtliches Aufschrecken (Pavor nocturnus) • Angstträume • nächtliches Einnässen (Enuresis nocturna) • nächtliches Zähneknirschen – Bruxismus) • quälende Unruhe in den Beinen (Restless legs)

3.15 Psychische Behinderung. Seelische Behinderung

Grundlagen und Phänomenologie

- **Definition:** *Dauerhafte*, globale Beeinträchtigung der psychischen und psychosozialen Leistungsfähigkeit durch eine psychische Erkrankung. Laut SGB IX sind Menschen behindert, "…wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre *Teilhabe am Leben in der Gesellschaft* beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist". Siehe auch geistige Behinderung (S. 101).
- Das **Behinderungskonzept der WHO** unterscheidet:
  - Schaden („Impairment").
  - Soziale Beeinträchtigung („Handicap").
  - Funktionelle Einschränkung („Disability").

  Hinweis: Eine Schwerbehinderung liegt laut Schwerbehindertengesetz (SchwbG) vor, wenn der Grad der Behinderung (GdB) mehr als 50 % der üblicherweise vorhandenen geistigen oder seelischen Funktionen (S. 101) betrifft, etwa mittelgradige soziale Anpassungsschwierigkeiten bei Psychose oder Sucht.
- **Phänomenologie:**
  - Kognitive Funktionseinschränkungen. Wahrnehmungsschwächen. Umständlichkeit. Verlangsamung. Psychomotorische Beeinträchtigungen.
  - Affektive Störungen, emotionale Labilität, verminderte Belastbarkeit.
  - Defizite oder Desintegration bezüglich Antrieb, Motivation und Volition.
  - Verhaltensstörungen mit dadurch bedingten Mängeln an sozialer Kompetenz. Anpassungsprobleme und verminderte soziale Flexibilität. Einbußen an Umstellfähigkeit.
- **Vorkommen:**
  - Bei chronischer Psychoseerkrankung (S. 184) bzw. postpsychotisch.
  - Bei schwererer Zwangsstörung (S. 225).
  - Bei schwererer Suchterkrankung (S. 159).
  - Bei schwererer Borderline-Störung (S. 275).
  - Bei allen Arten von Demenz (S. 116).

4 Klassifikation der Krankheitsbilder nach ICD-10: Übersicht

4.1 Klassifikation der Krankheitsbilder nach ICD-10: Übersicht

Übersicht

Die im Folgenden beschriebenen Krankheitsbilder sind abschnittsweise gegliedert und orientieren sich weitgehend an der von phänomenologischen Merkmalen, Verlaufs- und Zeitkriterien ausgehenden Internationalen Klassifikation von Krankheiten der WHO (Kap. V der ICD-10). Das ähnlich strukturierte DSM-IV bzw. das neuere DSM-5 (S. 439) hat sich eher in der klinischen Psychologie und Forschung durchgesetzt. Die in der ICD-10 nicht mehr vorgesehenen Bezeichnungen „Neurose" bzw. „erlebnisreaktiv" oder „psychosomatisch", „Psychose" oder „endogen" werden beibehalten bzw. parallel zur ICD-Nomenklatur geführt. Eine diesbezügliche Übersicht liefert das Inhaltsverzeichnis.

Die in der Kinder- und Jugendpsychiatrie relevanten Störungsbilder aus den Kategorien F7, F8 und F9 werden hier nur kursorisch in Abhängigkeit von ihrer Relevanz für die Diagnostik und Therapie psychischer Störungen in Erwachsenenalter abgebildet. (Siehe auch weiterführende Literatur aus dem Gebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie).

Auf die – zumindest in der europäischen Psychiatrie geführte – kontroverse Diskussion um die Validität einzelner ICD-Diagnosen wie z. B. „undifferenzierte Schizophrenie" (F 20.3), „schizotype Störung" (F 21), „akute schizophreniforme psychotische Störung" (F 23.3), „Zyklothymia" (F 34.0), „Dysthymia" (F 34.1) oder auch „multiple Persönlichkeitsstörung" (F 44.81) sei hier nur am Rande verwiesen.

Für sämtliche psychische Störungen und Krankheitsbilder ist von einer mehrdimensionalen Pathogenese auszugehen, d. h., die Erkrankung entsteht aufgrund biologischer, psychologischer und psychosozialer Ursachen. Insofern repräsentiert das derzeitige Krankheitskonzept in der Psychiatrie und Psychotherapie ein bio-psycho-soziales Krankheitsmodell, das sowohl anlagebedingte und epigenetische als auch erworbene bzw. prägende Einflüsse berücksichtigt. Dessen ungeachtet erscheint es klinisch sinnvoll, diagnostisch eine Rangreihe krankheitsverursachender Faktoren aufzustellen, um die in Kap. 14 aufgeführten Therapiestrategien effizient und ökonomisch einzusetzen.

5 Organische einschließlich symptomatischer psychischer Störungen

5.1 Vorbemerkungen

Organische psychische Störungen

Bei den organisch psychischen Störungen handelt es sich um psychiatrische Krankheitsbilder, die infolge einer mit heutigen Mitteln der Routinediagnostik nachweisbaren **zerebralen Schädigungen im Rahmen einer körperlichen oder Gehirnerkrankung** auftreten. Als pathogenetische Faktoren kommen akute oder chronische Hirnfunktionsstörungen degenerativer, vaskulärer, traumatischer, entzündlicher oder raumfordernder Art infrage. Die in Erscheinung tretende Symptomatik wird einerseits bestimmt durch das Ausmaß der Schädigung, andererseits durch deren Akuität.

Als Synonyme wurden/werden auch die Begriffe „Funktionspsychose“ , „organisch begründbare Psychose“, „Durchgangssyndrom“ oder „exogener Reaktionstypus“ verwendet. Sie beruhen auf einer sekundären Hirnfunktionsstörung. In der ICD-10 sind sie bis auf einige Ausnahmen als „symptomatische psychische Störungen“ der Hauptgruppe F 0 zugeordnet.

Bei den *akuten* Erkrankungsformen können sog. Durchgangssyndrome auftreten, die durch qualitative Bewusstseinsstörungen gekennzeichnet sind. Ansonsten gilt als Leitsymptom der akuten Hirnfunktionsstörung stets die **Bewusstseinstrübung**. Außerdem sind affektive und Antriebsveränderungen zu beobachten.

Demgegenüber repräsentiert die Demenz bzw. organische **Persönlichkeitsveränderung** die typisch *chronisch-irreversible* Verlaufsform, deren Ausprägung und weiterer Ablauf allerdings nicht vorausgesagt werden können. Ihre Entwicklung hängt einerseits ab vom Alter des Patienten bzw. dessen Ausgangshirnleistung, von möglichen Vorschädigungen sowie andererseits von Schwere, Dauer und Art der aktuellen Noxe.

Die Wirksamkeit der speziellen psychiatrischen und allgemeinen **Behandlungsmaßnahmen** ist sowohl abhängig von der Diagnose als auch von Art und Verlaufseigenschaften des Grundleidens. Wo immer sich dies anbietet, gelten die üblichen therapeutischen Prinzipien der mehrdimensionalen psychiatrischen und begleitenden psychotherapeutischen Intervention, im Wesentlichen umfassend zudeckend-stützende und entspannende, aber auch trainierende Einzel- und Gruppenaktivitäten, Bewegungs-, Ergo- und Physiotherapie sowie gegebenenfalls ergänzende Verordnungen von Psychopharmaka.

Ungünstig ist bislang mangels adäquater **Therapiemöglichkeiten** die Prognose bei den Systematrophien (z. B. Demenz vom Alzheimer-Typ, den frontotemporalen Demenzen einschl. Morbus Pick, Morbus Huntington), ferner bei chronischer Alkoholabhängigkeit und schwereren Hirntraumata. Von den Infektionserkrankungen führen die Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung und die – wahrscheinlich autoimmunologisch induzierte – chronisch-progrediente Form der Enzephalomyelitis disseminata zu fortschreitenden psychischen Ausfallserscheinungen. Die Behandlungserfolge bei der Immunschwäche AIDS haben sich spürbar verbessert, sodass es hier inzwischen seltener zu demenzartigen Krankheitsbildern kommt. Verschiedene prä- oder perinatale Noxen können eine frühkindliche Hirnschädigung bedingen mit der Folge von kognitiven Defiziten, Reifungsverzögerung und Verhaltensstörungen (S. 269).

5.2 Demenz bei Alzheimer-Krankheit

▶ **ICD 10: F 00, G 30**

Grundlagen

- **Definition:** Primär-degenerative Demenz infolge einer Hirnatrophie im Bereich des frontalen und temporo-parietalen Kortex, des Hippokampus, der Substantia innominata und des Locus coeruleus.
- **Einteilung** nach ICD-10-Klassifikation:
  - F 00.0: Alzheimer-Demenz mit *frühem* Beginn (vor dem 60. Lebensjahr, Typ 2).
  - F 00.1: Alzheimer-Demenz mit *spätem* Beginn (nach dem 60. Lebensjahr, Typ 1).
  - F 00.2: Atypische (gemischte) Alzheimer-Demenz.
- **Epidemiologie:**
  - Mit 50–60 % aller Demenzen häufigste demenzielle Erkrankung, im Alter zunehmend (s. Abb. 5.1).
  - Inzidenz etwa 1 % pro Jahr, ansteigende Prävalenz (1–2 % bei 65-Jährigen, 5 % bei 70-Jährigen, 15–20 % bei über 80-Jährigen).

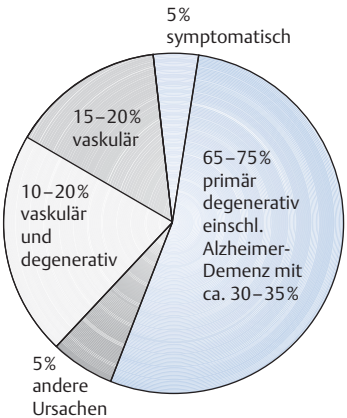


Abb. 5.1 • Häufigkeitsverteilung von Demenzen

- **Ätiologie und Pathogenese:** Vermutlich Zusammenspiel von genetischen, epigenetischen, infektiösen und/oder toxischen Ursachen (genetisch: ca. 80 %, exogen: ca 20 %).
  - *Genetisch:*
    - Autosomal-dominanter Erbgang bei etwa 7 % der Bevölkerung. Häufigeres Vorkommen von Apolipoprotein-E-Gen (Chromosom 19) als in der Normalbevölkerung. Apo-E-4-Gen beinhaltet ein erhöhtes Risiko für die Spätform wie auch für Warnsymptome im Verlauf der Erkrankung.
    - Die autosomal-dominante Verlaufsform wird vermutlich durch Mutationen des Beta-Amyloid-Vorläuferprotein-Gens („Amyloid-Precursor-Protein" APP) auf Chromosom 14 und 21 verursacht.
    - Mit einem sehr frühen Beginn der Alzheimer'schen Erkrankung werden Mutationen des Präsenilin-1-Gens (Chromosom 1) und Präsenilin-2-Gens (Chromosom 2) assoziiert. Es besteht ein 3-fach erhöhtes Erkrankungsrisiko bei Patienten mit Morbus Down, die im Übrigen eine ähnliche Volumenabnahme im medialen Temporallappen wie Alzheimer-Patienten aufweisen.
  - *Infektiös:* Mitverursachend wird eine Infektion durch Herpesviren Typ 1 diskutiert.
  - *Toxisch:* Keine sicheren Hinweise (aggressive Sauerstoffradikale als Neurotoxine – „oxidativer Stress"? Anhaltende Insulinüberstiumlation? Persistierende Aktivie-

rung der Zytokine Interleukin-12 und Interleukin-23 infolge chronischer Entzündungsprozesse?)
- *Als Risikofaktoren gelten:* Östrogenmangel, Alkohol- und Nikotinabusus, erhöhter Homozysteinspiegel, Cholesterinämie, Bewegungsmangel, niedriger Bildungsstand sowie anamnestisch Schädel-Hirn-Trauma. Erniedrigter Cu- bzw. Zinkspiegel?
- *Neuroanatomisch:*
  - Extrazellulär amyloidhaltige Plaques, intrazellulär neurofibrilläre Verklumpungen (Alzheimer-Fibrillen) mit Tripletten pathologischer Tau-Proteine im gesamten Kortex. Amyloidose.
  - Verminderung der Neuronenpopulationen in den oben genannten Gehirnarealen.
  - Zeichen einer reaktiven Gliose mit Vermehrung von Mikroglia und Monozyten.
- *Biochemisch:* Störung der Acetylcholinesteraseaktivität und des Glukosestoffwechsels, Abnahme der Neurotransmitter Acetylcholin, Noradrenalin, Serotonin, Dopamin, L-Glutamin und N-Methyl-D-Aspartin, des Neuropeptids Somatostatin und des Kortikotropin-Releasing-Faktors (CRH). Infolge Mangel an Endopeptidase Neprilysin verzögerter Abbau der Amyloidplaques? Defizit des Nervenwachstumsfaktors (Nerve growth factor) in frontobasalen Arealen des Gehirns.

Klinik

- **Psychopathologisch:**
  - *Zu Beginn* Gedächtnis- und Orientierungsstörungen, Zeitgitterstörungen.
  - *Im weiteren Verlauf:*
    - Auffassungs- und Konzentrationsstörungen sowie fortschreitende mnestische Einbußen (vor allem hinsichtlich des Kurzzeitgedächtnisses), Wortfindungsstörungen.
    - Frühe Defizite im Riechvermögen.
    - Reizbarkeit, Stimmungslabilität, Ratlosigkeit, Rückzug, Depressivität.
    - Antriebsverarmung oder Unruhe, ängstliche oder aggressive Getriebenheit, Schlafstörungen.
    - Persönlichkeitsveränderung, Impulskontrollstörungen.
    - Sprachstörungen bis zum Sprachzerfall mit Paraphasien, Logoklonien und Echolalie, Zwangssymptome.
    - Weitgehende Desorientierung.
    - Schwere Wesensänderung und Pflegebedürftigkeit.

  Hinweis: Bei etwa einem Drittel der Patienten bestehen paranoide Symptome und Halluzinationen, z. B. eine wahnhafte Personenverkennung (Capgras-Syndrom).
- **Neurologisch:**
  - Primitivreflexe (Greifen, Saugen, Sperren, Palmomentalreflex).
  - Apraxien und Agnosien, später auch Aphasie, Agrafie, Alexie (S. 27).
  - Ganganomalien.
  - Koordinationsstörungen, Bewegungsautomatismen.
  - Rigor, Spastik, Myoklonien, Tremor.
  - Andere extrapyramidale Symptome.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung** (s. Klinik). Fremdanamnese.
- **Neuropsychologische Diagnostik:** Typische Defizite z. B. im Uhrentest, DemTect, Demenz-Test, Farb-Wort-Interferenztest, MMST, SIDAM (s. Tab. 2.1).
- **Körperliche Untersuchung:** (S. 32) Internistischer und neurologischer Untersuchungsbefund (klinische Symptome wie oben beschrieben, auf mögliche Herdsymptome wie Paresen, Sensibilitätsstörungen achten).
- **Apparative Diagnostik:**

- *Bildgebende Verfahren:* Im kraniellen CT bzw. MRT symmetrische Erweiterung der äußeren und inneren Liquorräume bei frontotemporal und parietookzipital betonter Hirnrindenatrophie (s. Abb. 5.2).

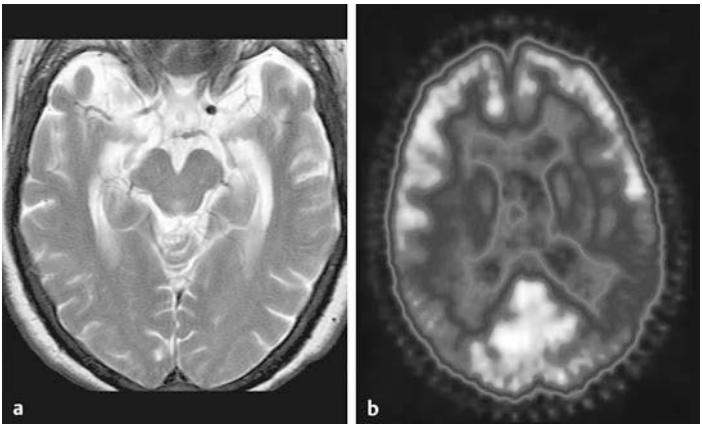


Abb. 5.2 • Alzheimer-Demenz: a) MRT, T2 axial. Temporoparietal betonte Hirnvolumenminderung. b) PET axial. Hypometabolismus bilateral frontal und parietal im Spätstadium des M. Alzheimer. Teilabb a aus Sartor K, Hähnel S, Kress B. Pareto-Reihe Gehirn. Stuttgart: Thieme; 2006. Teilabb. b aus Alavi A, Lin EC. Neurologic Applications. In Lin EC, Alavi A (Hrsg.). A Clinical Guide. Second Edition. Stuttgart: Thieme; 2005.

- *Doppler-Sonografie* der extra- und intrakraniellen Arterien zum Ausschluss zerebraler Gefäßprozesse.
- *EEG:* Allenfalls unspezifische Allgemeinveränderung (verlangsamter Grundrhythmus mit 4–8/Sek.).
- *SPECT:* Abnahme des frontoparietalen und mediotemporalen Hirnmetabolismus.
- *PET:* Signifikante Abnahme des kortikalen Glukosestoffwechsels vor allem im Frontal- und Parietalbereich.

▶ **Labor:** Umfangreiche Diagnostik zum Ausschluss körperlicher Erkrankungen (z. B. Leberenzyme, Gerinnung, kompletter Blutstatus, Immunstatus, Hormon-/Vitaminspiegel, Toxikologie). Nachweis von Antikörpern gegen Beta-Amyloid-Peptid in Blut (S. 34) und Liquor (S. 38). Entzündlicher Prozess? Unspezifische, mäßiggradige Erhöhung des Gesamtproteins im Liquor (S. 38) relativ häufig.
Sicherung der Diagnose durch Verlaufsbeobachtung, im Einzelfall durch neuropathologisch-bioptische Bestätigung.

Differenzialdiagnose

▶ **Systematrophien anderer Art:**
- Frontotemporale Demenz (S. 126): Verhaltensstörungen, Enthemmung.
- Demenz mit Lewy-Körperchen (S. 121): Parkinson-Symptome.
- Morbus Pick: Primär Persönlichkeitsveränderung bei anfangs erhaltenen mnestischen Funktionen, im CCT bzw. kraniellem MRT stark frontotemporal betonte Atrophie.
- Morbus Huntington: Anamnese, Familienanamnese, im CCT bzw. kraniellen MRT Atrophie des Corpus striatum mit plumper Erweiterung der Seitenventrikel, evtl. humangenetische Untersuchung.
- Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung (S. 127): Anamnese (rasche Progredienz).

- Morbus Parkinson: Betont extrapyramidale, primär keine demenzielle Symptomatik - allenfalls Bild einer Pseudodemenz aufgrund allgemeiner Verlangsamung.
- Morbus Wilson: Extrapyramidale und zerebelläre Symptomatik, jüngeres Lebensalter (< 40. Lebensjahr), Laborparameter (Cu^{2+}-Ausscheidung im Urin erhöht, Coeruloplasminspiegel im Serum erniedrigt).

▸ Normotensiver Hydrozephalus (S. 134): Ataxie, Blasenstörung, Liquordynamik.
▸ Chronischer Alkoholismus (Wernicke-Enzophalopathie): Anamnese, klinischer Befund, Laborscreening (S. 161).
▸ Arteriosklerose mit subkortikaler Atrophie (M. Binswanger): Anamnese (akute Verschlechterung?), länger bestehende, arterielle Hypertonie. MRT.
▸ Multiinfarkt-Syndrom (S. 122): Fluktuierender Verlauf, neurologische Herdsymptome, Arteriosklerose (Doppler), kranielles MRT.
▸ Traumatische Enzephalopathie (Boxerdemenz): Anamnese. CCT. Kranielles MRT.
▸ Chronische Intoxikation: Anamnese, Fremdanamnese, Laboruntersuchungen (Drogenscreening).
▸ Endokrinopathie: Internistische Abklärung. Hormonstatus.
▸ Dialyse-Enzephalopathie: Terminale Niereninsuffizienz mit Dialysepflichtigkeit, Aluminiumspiegel i. S. erhöht (> 200 mg/l), im EEG epileptische Aktivität.

Hinweis: Pseudodemenz (S. 101) als Symptom einer Depression ausschließen!

Therapie

▸ **Allgemein-psychiatrisch:**
- So lange wie möglich Beschäftigung („Hirn-Jogging"), kognitives Training, Ergotherapie, körperliche Bewegung, Gymnastik, Sport, Tages- und Umfeldstrukturierung.
- Bei Verwirrtheit und Desorientierheit ist eine Dauerüberwachung erforderlich. Bei erhöhter Pflegebedürftigkeit Dekubitusprophylaxe, spezielle Lagerung, Krankengymnastik, Mobilisation.
- Rechtzeitig – bei zu erwartender Pflegebedürftigkeit – Heimunterbringung in Erwägung ziehen. Pflegestufe?, Verfahren nach § 18 SGB XI, eventuell Betreuung (S. 416) einrichten.

Hinweis: Wichtig ist die soziale und psychologische Begleitung der Angehörigen! Selbsthilfegruppen (S. 431).

▸ **Medikamentös:**
- *Cholinesterasehemmer:* z. B. Donezepil (Aricept) 5–10 mg/d oder Galantamin (Reminyl) 8–16 mg/d, Metrifonat 50 mg/d oder Rivastigmin (Exelon) 6–12 mg/d bzw. als Pflaster *und/oder*
- Memantin (Ebixa bzw. Axura) 10–30 mg/d.
- *Supportiv:* Gingko-Präparate, Piracetam 800–2400 mg/d, Vitamine und Antioxidanzien (Folsäure, Vitamin E, Beta-Karotin, Vitamin C, Selegilin), Entzündungshemmer. Im Klimakterium Östrogenpräparate. Siehe Risikofaktoren (Tab. 3.22); cave: Tumorrisiko!.
- *In Erprobung:* Kausal wirksame „Schutzmoleküle" (beta-Sheet-Breaker-Proteine). Aktive und passive Immunisierung gegen Beta-Amyloid.

Hinweis: Auch leichte kognitive Einbußen (Mild Cognitive Impairment) behandeln!

- *Medikamentöse Therapie der Begleitsymptome:*
  - Ängstliche Getriebenheit und/oder aggressives Verhalten: Niedrig dosierte, schwachpotente Antipsychotika (z. B. 3 × 25 mg Pipamperon oder Melperon.
  - Depressionen: am ehesten selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI = „selective serotonine reuptake inhibitor") wie Citaprolam, Fluoxetin, Sertralin.
  - Schlafstörungen: Promethazin (25–50 mg oral) oder Pipamperon (2–4 ml Saft).

Verlauf und Prognose

- Kontinuierlicher Persönlichkeitsabbau bei frühem Beginn bereits nach 1–2 Jahren. Tod meist durch interkurrente Infekte nach durchschnittlich 6–8 Jahren. In Einzelfällen auch protrahierter Verlauf bis über 10 Jahre.

5.3 Demenz mit Lewy-Körperchen

- **ICD-10: F 00.2, G 31.8**

Grundlagen

- **Definition:** Demenzerkrankung mit zunehmendem, anfangs fluktuierendem kognitivem Leistungsabbau, Parkinson-Symptomen und (visuellen) Halluzinationen.
- **Epidemiologie:** Prävalenz: 10–15 % der Demenzen. Erkrankungsbeginn: Gehäuft ab dem 7. Lebensjahrzehnt. Männer häufiger als Frauen betroffen.
- **Ätiologie und Pathogenese:**
  - *Genetisch:* Wie bei der Demenz vom Alzheimer-Typ vermutlich genetische Ursachen, andererseits jedoch bislang weitgehend unbekannte Ursachen (Subtyp der Alzheimer-Demenz?).
  - *Neuroanatomisch:*
    - Kortikale (temporale und frontale) Spongiose.
    - Senile Plaques und Neurofibrillen (Tangles) wie bei Alzheimer-Demenz.
    - Neuronale Zytoplasma-Einschlüsse („Lewy-Körperchen").
  - *Biochemisch:* Auffallende Defizite bezüglich der cholinergen Aktivität im Kortex (wahrscheinlich früher und ausgeprägter als bei Alzheimer-Demenz).

Klinik

- **Psychopathologisch:**
  - Zunehmender Abbau der kognitiven Leistungen mit Abnahme sozialer Fähigkeiten und Fertigkeiten.
  - Deutlich fluktuierende Aufmerksamkeit und Vigilanz, leichte Ablenkbarkeit, Konfabulationen, Inkohärenz.
  - Repetitive visuelle Halluzinationen mit besonderer Detailliertheit und Prägnanz.
  - Wechselhafte Wahnvorstellungen, Depressionen.
- **Neurologisch:**
  - Gangunsicherheit, auffallend häufig Stürze.
  - Hypokinetisch-rigides Parkinson-Syndrom.
  - Synkopen.
  - Erhöhte neuroleptische Sensitivität (erhöhtes Risiko für extrapyramidale Symptome!).

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung:** Psychometrie, Verlaufsbeobachtung im Übrigen wie bei Alzheimer-Demenz (S. 116).
- **Körperliche Untersuchung:** Internistischer und neurologischer Status.
- **Apparative Diagnostik:** EEG, Doppler-Sonografie, SPECT, CT, MRT, s. auch Demenz vom Alzheimer-Typ (S. 116).

Differenzialdiagnose

- Demenz bei Parkinson-Erkrankung (S. 130): Extrapyramidale Symptome.
- Demenz vom Alzheimer-Typ (S. 116): Früh Gedächtnisstörungen!
- Andersartige Systematrophie.
- Normotensiver Hydrozephalus (S. 134): Ataxie, Harninkontinenz!
- Multiinfarktdemenz (S. 122): Risikofaktoren! Bildgebung!

Verlauf und Prognose

- Kontinuierlicher Persönlichkeitsabbau bei frühem Beginn bereits nach 1–2 Jahren. Tod meist durch interkurrente Infekte nach durchschnittlich 6–8 Jahren. In Einzelfällen auch protrahierter Verlauf bis über 10 Jahre.

5.3 Demenz mit Lewy-Körperchen

- **ICD-10: F 00.2, G 31.8**

Grundlagen

- **Definition:** Demenzerkrankung mit zunehmendem, anfangs fluktuierendem kognitivem Leistungsabbau, Parkinson-Symptomen und (visuellen) Halluzinationen.
- **Epidemiologie:** Prävalenz: 10–15 % der Demenzen. Erkrankungsbeginn: Gehäuft ab dem 7. Lebensjahrzehnt. Männer häufiger als Frauen betroffen.
- **Ätiologie und Pathogenese:**
  - *Genetisch:* Wie bei der Demenz vom Alzheimer-Typ vermutlich genetische Ursachen, andererseits jedoch bislang weitgehend unbekannte Ursachen (Subtyp der Alzheimer-Demenz?).
  - *Neuroanatomisch:*
    - Kortikale (temporale und frontale) Spongiose.
    - Senile Plaques und Neurofibrillen (Tangles) wie bei Alzheimer-Demenz.
    - Neuronale Zytoplasma-Einschlüsse („Lewy-Körperchen").
  - *Biochemisch:* Auffallende Defizite bezüglich der cholinergen Aktivität im Kortex (wahrscheinlich früher und ausgeprägter als bei Alzheimer-Demenz).

Klinik

- **Psychopathologisch:**
  - Zunehmender Abbau der kognitiven Leistungen mit Abnahme sozialer Fähigkeiten und Fertigkeiten.
  - Deutlich fluktuierende Aufmerksamkeit und Vigilanz, leichte Ablenkbarkeit, Konfabulationen, Inkohärenz.
  - Repetitive visuelle Halluzinationen mit besonderer Detailliertheit und Prägnanz.
  - Wechselhafte Wahnvorstellungen, Depressionen.
- **Neurologisch:**
  - Gangunsicherheit, auffallend häufig Stürze.
  - Hypokinetisch-rigides Parkinson-Syndrom.
  - Synkopen.
  - Erhöhte neuroleptische Sensitivität (erhöhtes Risiko für extrapyramidale Symptome!).

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung:** Psychometrie, Verlaufsbeobachtung im Übrigen wie bei Alzheimer-Demenz (S. 116).
- **Körperliche Untersuchung:** Internistischer und neurologischer Status.
- **Apparative Diagnostik:** EEG, Doppler-Sonografie, SPECT, CT, MRT, s. auch Demenz vom Alzheimer-Typ (S. 116).

Differenzialdiagnose

- Demenz bei Parkinson-Erkrankung (S. 130): Extrapyramidale Symptome.
- Demenz vom Alzheimer-Typ (S. 116): Früh Gedächtnisstörungen!
- Andersartige Systematrophie.
- Normotensiver Hydrozephalus (S. 134): Ataxie, Harninkontinenz!
- Multiinfarktdemenz (S. 122): Risikofaktoren! Bildgebung!

- Chronischer Alkoholismus (S. 161): Anamnese, Begleitsymptomatik.

Therapie

- **Allgemein-psychiatrisch:** Wie bei Demenz vom Alzheimer-Typ (S. 116).
- **Medikamentös:**
  - Cholinesterasehemmer: z. B. Rivastigmin 3–6 mg/d, Donepezil 5–10 mg/d, Galantamin 8–16 mg/d.

  Hinweis: Zur Behandlung von psychotischen Symptomen wegen Überempfindlichkeit allenfalls atypische Antipsychotika!

Verlauf und Prognose

- Progredienter Verlauf (Aufklärung und Beratung der Angehörigen!).

5.4 Vaskuläre Demenz, Multiinfarktdemenz (MID)

- **ICD 10: F 01**

Grundlagen

- **Definition:** Hirnatrophischer Prozess aufgrund einer Hirnarteriosklerose mit psychopathologischen und neurologischen Ausfallserscheinungen (einschließlich der Mischformen etwa 35–45 % aller Demenzen, s. Abb. 5.1).
- **Einteilung** nach ICD-10-Klassifikation:
  - F 01.0: Vaskuläre Demenz mit akutem Beginn.
  - F 01.1: Multiinfarktdemenz.
  - F 01.2: Subkortikale vaskuläre Demenz (M. Binswanger).
  - F 01.3: Gemischte (kortikale und subkortikale) vaskuläre Demenz.
- **Epidemiologie:**
  - *Erkrankungsbeginn:* 55.– 60. Lebensjahr.
  - *Inzidenz:* Etwa 0,6–7 % bei einem Alter > 65 Jahre. Männer sind häufiger betroffen als Frauen mit inversiver Abhängigkeit vom Bildungsgrad.
- **Ätiologie und Pathogenese:**
  - *Arteriosklerotischer Gefäßprozess* (auf dem Boden einer Mikroangiopathie und/oder Makroangiopathie): Arteriosklerose der Hirngefäße mit sekundärer Degeneration des Parenchyms.
  - *Risikofaktoren:* Hypertonie (v. a. bei M. Binswanger), Nikotinabusus, Adipositas, Hyperlipidämie, Hyperurikämie, Diabetes mellitus, Bewegungsmangel.

Klinik

- **Verlaufsformen:**
  - *Allmählicher Beginn und Verlauf* (Mikroangiopathie mit eher schleichend progredientem Verlauf)*:* Müdigkeit, Kopfdruck, Schwindel, Ohrensausen, Unruhe, Reizbarkeit, Schlafstörungen und kognitive Beeinträchtigungen (Merkschwäche, Vergesslichkeit, Konzentrationsstörungen), Affektlabilität und Affektinkontinenz.
  - *Apoplektischer, plötzlicher Beginn* (Makroangiopathie mit eher schubweisem Verlauf – TIA, PRIND, ischämische Insulte): Verwirrtheit und akute neurologische Ausfälle (Herdzeichen, Paresen, Sensibilitätsstörungen, Reflexdifferenzen, Gangunsicherheit oder andere fokal-neurologische Symptome), im weiteren Verlauf transitorisch-rezidivierend.
  - Bei beiden Verlaufsformen Inkontinenz möglich.

- Chronischer Alkoholismus (S. 161): Anamnese, Begleitsymptomatik.

Therapie

- **Allgemein-psychiatrisch:** Wie bei Demenz vom Alzheimer-Typ (S. 116).
- **Medikamentös:**
  - Cholinesterasehemmer: z. B. Rivastigmin 3–6 mg/d, Donepezil 5–10 mg/d, Galantamin 8–16 mg/d.

  Hinweis: Zur Behandlung von psychotischen Symptomen wegen Überempfindlichkeit allenfalls atypische Antipsychotika!

Verlauf und Prognose

- Progredienter Verlauf (Aufklärung und Beratung der Angehörigen!).

5.4 Vaskuläre Demenz, Multiinfarktdemenz (MID)

- **ICD 10: F 01**

Grundlagen

- **Definition:** Hirnatrophischer Prozess aufgrund einer Hirnarteriosklerose mit psychopathologischen und neurologischen Ausfallserscheinungen (einschließlich der Mischformen etwa 35–45 % aller Demenzen, s. Abb. 5.1).
- **Einteilung** nach ICD-10-Klassifikation:
  - F 01.0: Vaskuläre Demenz mit akutem Beginn.
  - F 01.1: Multiinfarktdemenz.
  - F 01.2: Subkortikale vaskuläre Demenz (M. Binswanger).
  - F 01.3: Gemischte (kortikale und subkortikale) vaskuläre Demenz.
- **Epidemiologie:**
  - *Erkrankungsbeginn:* 55.– 60. Lebensjahr.
  - *Inzidenz:* Etwa 0,6–7 % bei einem Alter > 65 Jahre. Männer sind häufiger betroffen als Frauen mit inversiver Abhängigkeit vom Bildungsgrad.
- **Ätiologie und Pathogenese:**
  - *Arteriosklerotischer Gefäßprozess* (auf dem Boden einer Mikroangiopathie und/oder Makroangiopathie): Arteriosklerose der Hirngefäße mit sekundärer Degeneration des Parenchyms.
  - *Risikofaktoren:* Hypertonie (v. a. bei M. Binswanger), Nikotinabusus, Adipositas, Hyperlipidämie, Hyperurikämie, Diabetes mellitus, Bewegungsmangel.

Klinik

- **Verlaufsformen:**
  - *Allmählicher Beginn und Verlauf* (Mikroangiopathie mit eher schleichend progredientem Verlauf)*:* Müdigkeit, Kopfdruck, Schwindel, Ohrensausen, Unruhe, Reizbarkeit, Schlafstörungen und kognitive Beeinträchtigungen (Merkschwäche, Vergesslichkeit, Konzentrationsstörungen), Affektlabilität und Affektinkontinenz.
  - *Apoplektischer, plötzlicher Beginn* (Makroangiopathie mit eher schubweisem Verlauf – TIA, PRIND, ischämische Insulte): Verwirrtheit und akute neurologische Ausfälle (Herdzeichen, Paresen, Sensibilitätsstörungen, Reflexdifferenzen, Gangunsicherheit oder andere fokal-neurologische Symptome), im weiteren Verlauf transitorisch-rezidivierend.
  - Bei beiden Verlaufsformen Inkontinenz möglich.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung** (s. Klinik).
- **Leistungstests** (S. 48) bzw. **neuropsychologische Untersuchungen** (S. 27): Objektivierbare kognitive Leistungseinschränkungen: HACHINSKI-Skala, d 2-Aufmerksamkeitsbelastungstest, DCS, WIE bzw. HAWIE, Demenz-Tests, MMST, SIDAM.
- **Anamnese, Fremdanamnese:** Beginn, Verlauf. Risikofaktoren?
- **Neurostatus:** Ausführliche Untersuchung, hierbei auf neurologische Herdbefunde achten (s. o.).
- **Internistische Untersuchung:** Wie oben beschrieben, Hinweise auf allgemeine Arteriosklerose (periphere arterielle Verschlusskrankheit, Fundus hypertonicus, KHK?).
- **Labor:**
  - *Stoffwechsel:* Hyperlipidämie, Hypercholesterinämie, Hyperurikämie, diabetische Stoffwechsellage?
  - *Liquordiagnostik:* Ausschluss einer zentralnervösen entzündlichen Erkrankung.
- **Apparative Diagnostik:**
  - *Kardiologisch-internistische Abklärung:* 24-h-EKG, Langzeit-Blutdruckmessung, Röntgen-Thorax zur Erfassung vaskulärer Risikoparameter (Gefäßverkalkungen, Arrhythmien, Hypertonie).
  - *CCT (oder kranielles MRT):* Multiple Erweichungsherde (hypodense oder hyperintense Areale), erweiterte innere und äußere Liquorräume, Marklagerschäden (s. Abb. 5.3).
  - *Doppler-Sonografie/Digitale Substraktionsangiografie (DSA):* Hinweise auf Plaques und/oder Gefäßstenosen.
  - *EEG:* Unspezifische Allgemeinveränderungen und/oder Herdbefunde.
  - *SPECT:* Hinweise auf Perfusionsstörungen.

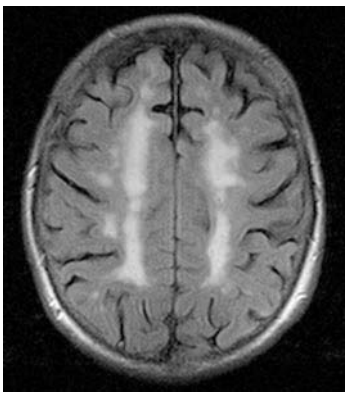


Abb. 5.3 • Vaskuläre Demenz. FLAIR-Bild einer massiven subkortikalen arteriosklerotischen Enzephalopathie mit konfluierenden Signalanhebungen im subkortikalen Marklager auf beiden Seiten. Aus Jansen O, Forsting M. MRT des Zentralnervensystems. Stuttgart: Thieme; 2005.

Differenzialdiagnose

- Demenz vom Alzheimer-Typ (S. 116): Keine spezifischen Ursachen zu objektivieren, allmählicher und allgemein-progredienter Verlauf.
  - Demenz mit Lewy-Körperchen (S. 121): Extrapyramidale Symptome, Stürze. Verlauf!
  - Frontotemporale Demenz (S. 126): Frühzeitige Verhaltensstörungen. Verlauf!
- Demenz bei zerebraler Amyloidangiopathie: Abgrenzung sehr schwierig, funktionelles MRT (S. 44).

- Demenz bei Vaskulitis (Panarteriitis nodosa): BKS beschleunigt, normochrome Anämie, Leukozytose, erhöhte γ-Globulinfraktion, evtl. Angiografie, evtl. Biopsie.
- Vaskuläre Form der Neurolues (S. 135): Evtl. Hirnnervenausfälle, Argyll-Robertson-Pupillenstörung, entzündliches Liquorsyndrom, positive Luesserologie (TPHA-Suchtest).
- Demenz bei Parkinson-Erkrankung (S. 130): Begleitsymptomatik, Verlauf!.
- AIDS-Demenz (S. 133): Andere AIDS-Manifestationen, opportunistische Infektionen, Liquordiagnostik.
- Demenz bei Epilepsie: Anamnese, Fremdanamnese, EEG, Medikamentenanamnese (Wirkstoff, Dauer), CCT (kranielles MRT).

Hinweis: Pseudodemenz (S. 101) bei Depression ausschließen: Fremdanamnese unerlässlich! Verlaufsbeobachtung, Klinik (Orientierung erhalten! Eher Antriebshemmung, Tagesschwankung, ängstl. Unruhe), evtl. probatorisch antidepressive Behandlung.

Therapie

- **Allgemein-psychiatrisch:**
  - *Gesunde Lebensweise* (Ernährung, Beschäftigung, Bewegung).
  - *Regelmäßig trainierende Einzel- und Gruppenaktivitäten:*
    - Gymnastik, Wandern, Sport; Mithilfe im Haushalt, Gartenarbeit.
    - Hobbys, Lesen, Radiohören, Fernsehen, Gruppengespräch.
    - „Hirn-Jogging" mit gezielten Wahrnehmungs-, Konzentrations- und Gedächtnisübungen. Cog pack-Training.
  - *Spezifisch:* Behandlung der Grunderkrankung bzw. der Risikofaktoren, z. B. operative Behandlung von Gefäßstenosen (Bypass, Carotis-Endarteriektomie).
- **Medikamentös** (möglichst frühzeitig beginnen, bereits bei ersten Verdachtszeichen und diagnostischen Hinweisen):
  - *Thrombozytenaggregationshemmer*: Acetylsalizylsäure, Ticlopidin.
  - *Antihypertensiva.*
  - *Nootropika* zur Einflussnahme auf den zellulären Sauerstoff- und Glukosestoffwechsel: z. B. Memantin 5–30 mg/d.
  - *Sekundäre Krankheitssymptome* (Unruhe, Schlafstörungen, Angst, Depression): Schwachpotente, dämpfende Antipsychotika oder Phytotherapeutika; vgl. Demenz vom Alzheimer-Typ (S. 116).

  Hinweis: Unter Benzodiazepinen häufig paradoxe Reaktionen (z. B. Unruhe und Schlafstörungen). Daher relative Kontraindikation!

Verlauf und Prognose

- Meist wechselhaft-progredienter Verlauf, kompliziert durch Interferenz mit anderen körperlichen Erkrankungen aufgrund einer allgemeinen Arteriosklerose. Insgesamt günstigerer Verlauf als bei den primär-degenerativen Demenzen.

5.5 Morbus Pick

- **ICD-10: F 02.0, G 31**

Grundlagen

- **Definition:** Fokal-kortikale Systematrophie, die mit einer ausgeprägten präsenilen Demenz einhergeht. Subtyp der frontotemporalen Demenz (S. 126).
- **Epidemiologie:**
  - *Beginn:* 5.–6. Lebensjahrzehnt (Frauen etwa doppelt so häufig betroffen wie Männer).
  - *Häufigkeit:* < 1 % aller Demenzformen.

- Demenz bei Vaskulitis (Panarteriitis nodosa): BKS beschleunigt, normochrome Anämie, Leukozytose, erhöhte γ-Globulinfraktion, evtl. Angiografie, evtl. Biopsie.
- Vaskuläre Form der Neurolues (S. 135): Evtl. Hirnnervenausfälle, Argyll-Robertson-Pupillenstörung, entzündliches Liquorsyndrom, positive Luesserologie (TPHA-Suchtest).
- Demenz bei Parkinson-Erkrankung (S. 130): Begleitsymptomatik, Verlauf!.
- AIDS-Demenz (S. 133): Andere AIDS-Manifestationen, opportunistische Infektionen, Liquordiagnostik.
- Demenz bei Epilepsie: Anamnese, Fremdanamnese, EEG, Medikamentenanamnese (Wirkstoff, Dauer), CCT (kranielles MRT).

Hinweis: Pseudodemenz (S. 101) bei Depression ausschließen: Fremdanamnese unerlässlich! Verlaufsbeobachtung, Klinik (Orientierung erhalten! Eher Antriebshemmung, Tagesschwankung, ängstl. Unruhe), evtl. probatorisch antidepressive Behandlung.

Therapie

- **Allgemein-psychiatrisch:**
  - *Gesunde Lebensweise* (Ernährung, Beschäftigung, Bewegung).
  - *Regelmäßig trainierende Einzel- und Gruppenaktivitäten:*
    - Gymnastik, Wandern, Sport; Mithilfe im Haushalt, Gartenarbeit.
    - Hobbys, Lesen, Radiohören, Fernsehen, Gruppengespräch.
    - „Hirn-Jogging" mit gezielten Wahrnehmungs-, Konzentrations- und Gedächtnisübungen. Cog pack-Training.
  - *Spezifisch:* Behandlung der Grunderkrankung bzw. der Risikofaktoren, z. B. operative Behandlung von Gefäßstenosen (Bypass, Carotis-Endarteriektomie).
- **Medikamentös** (möglichst frühzeitig beginnen, bereits bei ersten Verdachtszeichen und diagnostischen Hinweisen):
  - *Thrombozytenaggregationshemmer*: Acetylsalizylsäure, Ticlopidin.
  - *Antihypertensiva.*
  - *Nootropika* zur Einflussnahme auf den zellulären Sauerstoff- und Glukosestoffwechsel: z. B. Memantin 5–30 mg/d.
  - *Sekundäre Krankheitssymptome* (Unruhe, Schlafstörungen, Angst, Depression): Schwachpotente, dämpfende Antipsychotika oder Phytotherapeutika; vgl. Demenz vom Alzheimer-Typ (S. 116).

  Hinweis: Unter Benzodiazepinen häufig paradoxe Reaktionen (z. B. Unruhe und Schlafstörungen). Daher relative Kontraindikation!

Verlauf und Prognose

- Meist wechselhaft-progredienter Verlauf, kompliziert durch Interferenz mit anderen körperlichen Erkrankungen aufgrund einer allgemeinen Arteriosklerose. Insgesamt günstigerer Verlauf als bei den primär-degenerativen Demenzen.

5.5 Morbus Pick

- **ICD-10: F 02.0, G 31**

Grundlagen

- **Definition:** Fokal-kortikale Systematrophie, die mit einer ausgeprägten präsenilen Demenz einhergeht. Subtyp der frontotemporalen Demenz (S. 126).
- **Epidemiologie:**
  - *Beginn:* 5.–6. Lebensjahrzehnt (Frauen etwa doppelt so häufig betroffen wie Männer).
  - *Häufigkeit:* < 1 % aller Demenzformen.

- **Ätiologie und Pathogenese:**
  - Degeneration des Frontal- und Temporalhirns durch Ganglienzellschwund und subkortikale Gliose aus unbekannter Ursache.
  - Seltene heredodegenerative Erkrankung mit gelegentlich dominantem Erbgang.

Klinik

- **Psychopathologisch:**
  - *Zunächst:* Diskretes hirnlokales Psychosyndrom mit Antriebsstörungen und mnestischen Defiziten, auch pseudoneurasthenischen Zügen bei primär noch gut erhaltener Intelligenz und Orientierung. Vergleiche auch Leitsymptome (S. 118).
  - *Dann zunehmend:* Rasche Ermüdbarkeit wie auch Unruhe bis zu ziellosen Aktivitäten, Reizbarkeit, Indolenz.
  - *Fortschreitender Persönlichkeitsabbau* mit Verfall sozialer Bindungen und Verlust ethischer Hemmungen, Handlungs- und Sprechstereotypien.
- **Neurologisch:** Paraphasische und aphasische Symptome (v. a. amnestische Aphasie).

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung** (s. Klinik).
- **Körperliche Untersuchung:** Internistischer und neurologischer Status (auf Herdsymptome wie Paresen oder Reflexdifferenzen achten).
- **Apparative Diagnostik:**
  - *CCT (kranielles MRT):* Frontotemporal betonte Atrophie mit verstärkter Oberflächenzeichnung über Stirn- und Schläfenpolen und diffuser Erweiterung der inneren und äußeren Liquorräume (Hydrocephalus e vacuo).
  - *Doppler-Sonografie der hirnversorgenden Arterien:* Stenosen, Plaques?
  - *EEG:* Allgemeinveränderung?
  - *SPECT:* Durchblutung und Glukosestoffwechsel frontotemporal ↓.

Differenzialdiagnose

- Demenzen anderer Ätiologie, siehe auch unter Morbus Alzheimer (S. 116) und unter Frontotemporale Demenz (S. 126).
- Hirntumor: Hirndruckzeichen, Stauungspapillen, Visusminderung, CCT oder kranielles MRT (jeweils mit Kontrastmittel).
- Normotensiver Hydrozephalus: Keine frontal betonte Atrophie! Gang- und Blasenstörung, Persönlichkeit primär erhalten, Besserung nach therapeutischer Liquorpunktion.
- Creutzfeldt-Jakob-Krankheit: Eher fluktuierende, polymorphe Symptomatik, rascher Persönlichkeitsabbau.
- Schizophrenie vom Simplextyp: Früherer Beginn, längerer Verlauf, keine neurologischen Symptome.

Therapie

- **Allgemein-psychiatrisch:** Zunehmende Beaufsichtigung und Dauerhospitalisierung mit Rundumversorgung meist unumgänglich; vgl. Alzheimer- Demenz (S. 116).
- **Medikamentös**: Bei stärkerer Unruhe schwachpotente, dämpfende Antipsychotika (z. B. Pipamperon 3 × 25 mg oder Levomepromazin 3 × 25–50 mg).

Verlauf und Prognose

- Früher Beginn, meist progredienter Verlauf, zunehmende Demenz mit letalem Ausgang nach etwa 5–10 Jahren.

5.6 Frontotemporale Demenz

- **ICD-10: F 03, G 31**

Grundlagen

- **Definition:** Primär-degenerative Demenz infolge einer frontalen Hirnatrophie.
- **Epidemiologie:** Die frontotemporale Demenz macht etwa 8–10 % der primär-degenerativen Demenzen aus. Durchschnittlicher Erkrankungsbeginn gegen Ende des 5. Lebensjahrzehnts; Männer und Frauen sind gleich häufig betroffen.
- **Ätiologie und Pathogenese:** In etwa einem Drittel ist die Familienanamnese positiv. Bei Sonderformen mit Parkinson-Symptomatik bestehen Mutationen auf Chromosom 17.

Klinik

- **Psychopathologisch:**
  - *Zu Beginn:* Im Gegensatz zur Demenz vom Alzheimer-Typ zu Beginn eher Verhaltensänderungen:
    - Oberflächlichkeit, Unkonzentriertheit, Unpünktlichkeit, Leichtsinn, Umtriebigkeit, Taktlosigkeit, distanzloses Verhalten bis zur Enthemmung.
    - Stereotype und perseverierende Verhaltensweisen, Rigidität, nachlassende Anpassungsfähigkeit.
  - *Im weiteren Verlauf:*
    - Wortfindungsstörungen, Sprachverarmung. Perseverationen, kognitive Einbußen.
    - Emotionale Abstumpfung, Gleichgültigkeit, daneben auch depressiv-hypochondrische und/oder euphorische Zustände, Wahnideen.
    - Zunehmende Antriebsverarmung, Verlangsamung, Desinteresse.
- **Neurologisch:**
  - Primitivreflexe (Greifen, Saugen, Sperren, Palmomentalreflex).
  - Apraxien und Agnosien, Paraphasien.
  - Akinese, Rigor, Tremor.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung** (s. Klinik). Fremdanamnese!
- **Neuropsychologische Diagnostik:** Außer kognitiven Leistungstests Persönlichkeitsdiagnostik (s. Tab. 2.5).
- **Körperliche Untersuchung:** Internistischer und neurologischer Status (klinische Symptome wie oben beschrieben).
- **Apparative Diagnostik:**
  - *CCT und kranielles MRT:* Atrophie der Frontal- und Temporallappen.
  - *SPECT:* Minderfusion frontotemporal.
  - *PET:* Hypometabolismus frontotemporal.
  - *EEG*: Unauffällig.
- **Labor (Liquordiagnostik):** Erhöhte Tau-(Protein-)Werte.

Differenzialdiagnose

- **Systematrophien anderer Art:**
  - Morbus Pick (S. 124)*:* Charakteristische histopathologische Veränderungen.
  - Demenz vom Alzheimer-Typ (S. 116)*:* Kognitive Defizite vor Persönlichkeitsveränderung. Abgrenzung schwierig!
  - Demenz mit Lewy-Körperchen: Parkinson-Symptomatik. Anamnese!
  - Subkortikale Form der vaskulären Demenz (S. 122)*:* Risikofaktoren. Bildgebung.
  - Chronifizierte (schizophrene) Psychose (S. 184)*:* Anamnese, Verlauf. Keine nennenswerten kognitiven Defizite.

Therapie

- **Allgemein-psychiatrisch:** Aufklärung und Beratung der Angehörigen hinsichtlich der Notwendigkeit einer zunehmenden Beaufsichtigung und Betreuung des Patienten.
- **Medikamentös:**
  - Behandlung begleitender Depressivität und Verhaltensstörung mit selektiv-serotonergen Antidepressiva (S. 320).
  - Bei Antriebsarmut und Apathie Behandlungsversuch mit Memantin.

Verlauf und Prognose

- Progredienter Verlauf mit schließlicher Bettlägerigkeit und völliger Pflegebedürftigkeit. Letaler Ausgang nach etwa 7 bis 8 Jahren.

5.7 Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung (CJD)

- **ICD-10: F02.1**

Grundlagen

- **Definition:** Progrediente Demenz aufgrund einer spongiösen Enzephalopathie.
- **Epidemiologie, Ätiologie und Pathogenese:**
  - *Sporadische Form:* Inzidenz 1: 1 000 000. Erkrankungsgipfel zwischen dem 60. und 70. Lebensjahr.
  - *Familiäre Form:*
    - Genetische Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung.
    - Gerstmann-Sträussler-Scheinker-Syndrom (GSS).
    - Letale familiäre Insomnie (FFI).
  - *Iatrogene Form:* Im Rahmen von operativen Eingriffen (Übertragung infektiöser Dura oder Cornea) oder durch Gabe von kontaminierten Wachstumshormonen.
  - *Variante der Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung:* Zusammenhang mit Genuss von Fleisch an boviner Enzephalopathie erkrankter Rinder („Rinderwahnsinn", BSE). Erkrankungsgipfel im 3. Lebensjahrzehnt.

Klinik

- **Psychopathologisch:**
  - *Sporadische Form:* Rasch fortschreitende Demenz.
  - *Variante:* Psychiatrische Auffälligkeiten, z. B. depressive, paranoid-halluzinatorische und/oder Angstsymptome. Erst spät Entwicklung einer Demenz.
- **Neurologisch:**
  - *Sporadische Form:* Progrediente Ataxie, Myoklonien, extrapyramidale Störungen, Pyramidenbahnzeichen.
  - *Variante:* Schmerzhafte Dysästhesien, Gangataxie, Myoklonien.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung:** s. Klinik.
- **Neurologischer und internistischer Status:** Auf Symptomatik wie oben beschrieben achten (rasch fortschreitende Demenz, Myoklonien, Pyramidenbahnzeichen und extrapyramidal-motorische Störungen).
  Hinweis: Bei der neuen Variante der CJD initial psychiatrische Auffälligkeiten.
  - *GSS:* Zerebelläre Ataxie und spastische Paraparese.
  - *FFI:* Progressive Insomnie und autonome Dysregulation.

Therapie

- **Allgemein-psychiatrisch:** Aufklärung und Beratung der Angehörigen hinsichtlich der Notwendigkeit einer zunehmenden Beaufsichtigung und Betreuung des Patienten.
- **Medikamentös:**
  - Behandlung begleitender Depressivität und Verhaltensstörung mit selektiv-serotonergen Antidepressiva (S. 320).
  - Bei Antriebsarmut und Apathie Behandlungsversuch mit Memantin.

Verlauf und Prognose

- Progredienter Verlauf mit schließlicher Bettlägerigkeit und völliger Pflegebedürftigkeit. Letaler Ausgang nach etwa 7 bis 8 Jahren.

5.7 Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung (CJD)

- **ICD-10: F02.1**

Grundlagen

- **Definition:** Progrediente Demenz aufgrund einer spongiösen Enzephalopathie.
- **Epidemiologie, Ätiologie und Pathogenese:**
  - *Sporadische Form:* Inzidenz 1: 1 000 000. Erkrankungsgipfel zwischen dem 60. und 70. Lebensjahr.
  - *Familiäre Form:*
    - Genetische Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung.
    - Gerstmann-Sträussler-Scheinker-Syndrom (GSS).
    - Letale familiäre Insomnie (FFI).
  - *Iatrogene Form:* Im Rahmen von operativen Eingriffen (Übertragung infektiöser Dura oder Cornea) oder durch Gabe von kontaminierten Wachstumshormonen.
  - *Variante der Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung:* Zusammenhang mit Genuss von Fleisch an boviner Enzephalopathie erkrankter Rinder („Rinderwahnsinn", BSE). Erkrankungsgipfel im 3. Lebensjahrzehnt.

Klinik

- **Psychopathologisch:**
  - *Sporadische Form:* Rasch fortschreitende Demenz.
  - *Variante:* Psychiatrische Auffälligkeiten, z. B. depressive, paranoid-halluzinatorische und/oder Angstsymptome. Erst spät Entwicklung einer Demenz.
- **Neurologisch:**
  - *Sporadische Form:* Progrediente Ataxie, Myoklonien, extrapyramidale Störungen, Pyramidenbahnzeichen.
  - *Variante:* Schmerzhafte Dysästhesien, Gangataxie, Myoklonien.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung:** s. Klinik.
- **Neurologischer und internistischer Status:** Auf Symptomatik wie oben beschrieben achten (rasch fortschreitende Demenz, Myoklonien, Pyramidenbahnzeichen und extrapyramidal-motorische Störungen).
  Hinweis: Bei der neuen Variante der CJD initial psychiatrische Auffälligkeiten.
  - *GSS:* Zerebelläre Ataxie und spastische Paraparese.
  - *FFI:* Progressive Insomnie und autonome Dysregulation.

- **Liquordiagnostik:** Nachweis einer erhöhten Konzentration neuronaler und astrozytärer Proteine: Protein 14–3–3, TAU, NSE, S 100 (Protein 14–3–3 ist bei der sporadischen CJD in 94 %, bei der neuen Variante der CJD in 50 % der Fälle erhöht).
- **Apparative Diagnostik:**
  - *MRT:* Bei der sporadischen CJD Hyperintensitäten in den Basalganglien, bei der neuen Variante der CJD Hyperintensitäten im posterioren Thalamus („pulvinar sign") in 80 % der Fälle.
  - *EEG:* Periodische bi- und triphasische Komplexe, sogenannte „sharp-wave"-Komplexe (PSWC) bei der sporadischen CJD. Bei der neuen Variante der CJD fehlen typische EEG-Veränderungen.

Differenzialdiagnose

- Demenz vom Alzheimer-Typ (S. 116).
- Demenz mit Lewy-Körperchen (S. 121).
- Demenz bei Parkinson-Erkrankung (S. 130).

Therapie

- **Medikamentös** (symptomatisch): Spasmolytika, Parkinson-Medikamente (S. 130). Gegen Unruhe, Angst und Halluzinationen Olanzapin.
- **Allgemein-psychiatrisch:** Pflege. Psychosoziale Beratung und Unterstützung der Angehörigen (S. 431).

Hinweis: Sorgfältige Desinfektion der verwendeten Instrumente und Geräte! Sachgerechte Entsorgung von Gegenständen, die mit Blut oder Liquor in Berührung gekommen sind.

Verlauf und Prognose

- Letaler Ausgang unter Symptomen einer Dezerebration. Eine neuropathologische Verifizierung ist anzustreben.
- Durchschnittliche Krankheitsdauer bei der sporadischen Form 6 Monate, bei der neuen Variante 14 Monate.

5.8 Demenz bei Huntington-Krankheit

- **ICD-10: F 02.2, G 10**

Grundlagen

- **Definition:** Autosomal-dominant vererbte (Genort: Chromosom 4, kurzer Arm), primär degenerative Erkrankung mit typischen Hyperkinesen und begleitenden progredienten psychopathologischen Veränderungen (Morbus Huntington).
- **Epidemiologie:**
  - *Große Penetranz:* Etwa 50 % der Familienmitglieder erkranken.
  - *Morbiditätsrisiko:* Etwa 0,5 %. Kein Geschlechtsunterschied.
  - *Durchschnittliches Alter bei Beginn:* 30.– 45. Lebensjahr.
  - *Prävalenz:* Ca. 5/100.000.
- **Ätiologie und Pathogenese:**
  - Systematrophie im Bereich des Striatums, Klaustrums und der Stirnhirnrinde.
  - Pathophysiologisch erniedrigte Konzentration der GABA in den Basalganglien mit relativem Dopaminüberschuss (Dysbalance Dopamin-Acetylcholin?).

- **Liquordiagnostik:** Nachweis einer erhöhten Konzentration neuronaler und astrozytärer Proteine: Protein 14–3–3, TAU, NSE, S 100 (Protein 14–3–3 ist bei der sporadischen CJD in 94 %, bei der neuen Variante der CJD in 50 % der Fälle erhöht).
- **Apparative Diagnostik:**
  - *MRT:* Bei der sporadischen CJD Hyperintensitäten in den Basalganglien, bei der neuen Variante der CJD Hyperintensitäten im posterioren Thalamus („pulvinar sign") in 80 % der Fälle.
  - *EEG:* Periodische bi- und triphasische Komplexe, sogenannte „sharp-wave"-Komplexe (PSWC) bei der sporadischen CJD. Bei der neuen Variante der CJD fehlen typische EEG-Veränderungen.

Differenzialdiagnose

- Demenz vom Alzheimer-Typ (S. 116).
- Demenz mit Lewy-Körperchen (S. 121).
- Demenz bei Parkinson-Erkrankung (S. 130).

Therapie

- **Medikamentös** (symptomatisch): Spasmolytika, Parkinson-Medikamente (S. 130). Gegen Unruhe, Angst und Halluzinationen Olanzapin.
- **Allgemein-psychiatrisch:** Pflege. Psychosoziale Beratung und Unterstützung der Angehörigen (S. 431).

Hinweis: Sorgfältige Desinfektion der verwendeten Instrumente und Geräte! Sachgerechte Entsorgung von Gegenständen, die mit Blut oder Liquor in Berührung gekommen sind.

Verlauf und Prognose

- Letaler Ausgang unter Symptomen einer Dezerebration. Eine neuropathologische Verifizierung ist anzustreben.
- Durchschnittliche Krankheitsdauer bei der sporadischen Form 6 Monate, bei der neuen Variante 14 Monate.

5.8 Demenz bei Huntington-Krankheit

- **ICD-10: F 02.2, G 10**

Grundlagen

- **Definition:** Autosomal-dominant vererbte (Genort: Chromosom 4, kurzer Arm), primär degenerative Erkrankung mit typischen Hyperkinesen und begleitenden progredienten psychopathologischen Veränderungen (Morbus Huntington).
- **Epidemiologie:**
  - *Große Penetranz:* Etwa 50 % der Familienmitglieder erkranken.
  - *Morbiditätsrisiko:* Etwa 0,5 %. Kein Geschlechtsunterschied.
  - *Durchschnittliches Alter bei Beginn:* 30.– 45. Lebensjahr.
  - *Prävalenz:* Ca. 5/100.000.
- **Ätiologie und Pathogenese:**
  - Systematrophie im Bereich des Striatums, Klaustrums und der Stirnhirnrinde.
  - Pathophysiologisch erniedrigte Konzentration der GABA in den Basalganglien mit relativem Dopaminüberschuss (Dysbalance Dopamin-Acetylcholin?).

Klinik

- **Psychopathologisch:**
  - Zu Beginn meist unspezifische psychische Veränderungen wie Ängstlichkeit, Depressivität, Reizbarkeit und Affektlabilität, seltener psychotisch-produktive Symptome. Suizidalität mit häufigen Suiziden.
  - Konzentrations- und Gedächtnisstörungen.
  - Im Verlauf zunehmende Enthemmung und Aggressivität, Neigung zu Haltarmut bis zu Dissozialität und Delinquenz mit Verwahrlosung. Gelegentlich auch pseudoneurasthenische Bilder.
- **Neurologisch:**
  - Blitzartig einsetzende und arrhythmisch ablaufende, schlendernd-zuckende Hyperkinesen der Extremitäten (mit distaler Betonung) und der Gesichtsmuskulatur (orofaziale Hyperkinesien: Chamäleonzunge, Grimassieren) bis zur allgemeinen ständigen Bewegungsunruhe.
  - (Gleichzeitig) Hypotonie der Muskulatur. Selten Spastik, Pyramidenbahnzeichen.
  - Artikulationsstörungen mit verwaschener Sprache, gestörter Kau- und Schluckakt, Blickparesen. Vegetative Symptome.

  Hinweis: Bei der juvenilen Form (Westphal-Variante) Vorherrschen von Akinese, Rigor, Ataxie, Tremor und Krampfanfällen!

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung**. Näheres s. Klinik (S. 129).
- **Anamnese:** Allgemein (zunehmende Vergesslichkeit, berufliche und soziale Probleme), Familienanamnese (in der Familiengeschichte Personen mit Bewegungsstörungen, oder Fälle mit unklarer Demenz?).
- **Neurostatus:** Klinik s. o., Muskeleigenreflexe eher schwach auslösbar (evtl. Gordon-Kniephänomen: Nur langsames Absinken des Beins nach Auslösung des PSR).
- **Labor:** Routinelabor, Schilddrüsenfunktion (TSH, ggf. T_3, T_4), TPHA-Test, Coeruloplasmin, Liquordiagnostik (Entzündung?).
- **Apparative Diagnostik:**
  - *CCT (kranielles MRT):* Atrophie des Corpus striatum mit deutlicher Verplumpung der Seitenventrikel, Vergrößerung des 3. Ventrikels, Hydrocephalus externus.
  - *Elektrophysiologie:*
    - Evozierte Potenziale (VEP, SEP, AEP): Latenzverzögerung, Amplitudenreduktion?
    - Elektronystagmografie: Gestörte Sakkaden und vertikale Folgebewegungen?
    - EEG: Allgemeinveränderung, Herdbefund?

Differenzialdiagnose

- Chorea minor: Streptokokkeninfekt in der Anamnese, meist Erkrankung im Kindesalter, Laborparameter (ASL-Titer, CRP ↑, BSG ↑), überwiegend weibliches Geschlecht.
- Hyperkinesen bei anderen extrapyramidalen dystonen und/oder athetoiden Erkrankungen, Heredoataxien und pharmakogenen Dyskinesien (s. Lehrbücher der Neurologie).
- Chorea gravidarum: Auftreten im 2. Trimenon oder bei Verwendung oraler Kontrazeptiva, häufig Chorea minor in der Anamnese (s. o.).
- Stoffwechselerkrankungen: M. Wilson (S. 145), Hypoparathyreoidismus (S. 145), Hypoglykämie, Urämie.
- Frühkindliche Hirnschädigung (S. 295): Anamnese, Fremdanamnese, Neurostatus, CCT, EEG.
- Psychogene Körperstörungen (S. 232) ausschließen!

Therapie

- **Allgemein-psychiatrisch:**
  - Möglichst lange Ergo- und Bewegungstherapie; Logopädie.
  - Anschluss an Selbsthilfegruppe (S. 431).
  - Die stetig zunehmenden, oft dissozialen bis delinquenten Verhaltensstörungen erfordern zunehmende Beaufsichtigung. Betreuung (S. 416) einrichten.
  - Wegen kontinuierlicher Progredienz bis zum schweren Siechtum ist schließlich eine Dauerhospitalisierung mit intensiver pflegerischer Betreuung notwendig.
  - Angehörigenberatung und -behandlung!

Hinweis: Humangenetische Beratung bzw. erbbiologische Beurteilung so früh wie möglich anstreben mit dem Ziel einer Früherkennung und damit verbesserten Familienplanung!

- **Medikamentös:**
  - Günstige Beeinflussung der extrapyramidalen Symptomatik mit Clozapin (S. 314) oder Tiaprid oder Tetrabenazin.
  - Bei Umtriebigkeit/Unruhe, psychotischen Symptomen und Schlafstörungen ist die Anwendung atypischer Antipsychotika (S. 314), schwachpotenter Antipsychotika (z. B. Levomepromazin 3–4 × 25 mg oder 3–4 × 25–50 mg Melperon) oder von Benzodiazepinen (z. B. 3 × 0,5 mg Lorazepam) empfehlenswert.

Hinweis: Bei Westphal-Variante Kombination von L-Dopa mit Pramipexol.

Verlauf und Prognose

- Kontinuierliches Fortschreiten der Erkrankung mit durchschnittlicher Verlaufsdauer von etwa 10–12 Jahren, in seltenen Einzelfällen auch länger.
- Schließlich trotz Rundumversorgung Tod infolge Kachexie und interkurrenter Erkrankungen.

5.9 Demenz bei Parkinson-Erkrankung

- **ICD-10: F 02.3, G 20**

Grundlagen

- **Definition:** Neurologische Erkrankung mit extrapyramidaler Symptomatik, die mit psychopathologischen Auffälligkeiten einhergehen kann.

Hinweis: Abgrenzung zum Parkinson-Syndrom (Parkinsonoid) als Begleiterscheinung einer neuroleptischen Therapie infolge antidopaminerger Wirkung (S. 314) sowie bei anderen Ursachen (s. u.) wichtig!

- **Epidemiologie:**
  - Morbiditätsrisiko ca. 1 % der über 60-Jährigen. Beginn: 40.–50. Lebensjahr.
  - Inzidenz 0,02 %, Prävalenz 0,15–0,2 %. Männer erkranken häufiger als Frauen – Einzelheiten s. Lehrbücher der Neurologie.
- **Ätiologie und Pathogenese:**
  - Systematrophie im Bereich der Substantia nigra und des Globus pallidus mit Nervenzelldegeneration und daraus folgendem Dopaminmangel.
  - Die Ursachen bei der idiopathischen Form (Paralysis agitans) sind nicht bekannt. Wahrscheinlich autosomal dominanter Erbgang: Mutation des alpha-Synuclein-Gens?
  - Extern: Toxizität von Pestiziden und/oer Reinigungsmitteln?

Klinik

- **Psychopathologisch** (Bild einer organischen Persönlichkeitsveränderung):
  - Antriebsminderung bis zur Apathie, Depressivität, Ausdrucksverarmung.
  - Verwirrtheit, paranoid-halluzinatorische Syndrome.

Therapie

- **Allgemein-psychiatrisch:**
  - Möglichst lange Ergo- und Bewegungstherapie; Logopädie.
  - Anschluss an Selbsthilfegruppe (S. 431).
  - Die stetig zunehmenden, oft dissozialen bis delinquenten Verhaltensstörungen erfordern zunehmende Beaufsichtigung. Betreuung (S. 416) einrichten.
  - Wegen kontinuierlicher Progredienz bis zum schweren Siechtum ist schließlich eine Dauerhospitalisierung mit intensiver pflegerischer Betreuung notwendig.
  - Angehörigenberatung und -behandlung!

Hinweis: Humangenetische Beratung bzw. erbbiologische Beurteilung so früh wie möglich anstreben mit dem Ziel einer Früherkennung und damit verbesserten Familienplanung!

- **Medikamentös:**
  - Günstige Beeinflussung der extrapyramidalen Symptomatik mit Clozapin (S. 314) oder Tiaprid oder Tetrabenazin.
  - Bei Umtriebigkeit/Unruhe, psychotischen Symptomen und Schlafstörungen ist die Anwendung atypischer Antipsychotika (S. 314), schwachpotenter Antipsychotika (z. B. Levomepromazin 3–4 × 25 mg oder 3–4 × 25–50 mg Melperon) oder von Benzodiazepinen (z. B. 3 × 0,5 mg Lorazepam) empfehlenswert.

Hinweis: Bei Westphal-Variante Kombination von L-Dopa mit Pramipexol.

Verlauf und Prognose

- Kontinuierliches Fortschreiten der Erkrankung mit durchschnittlicher Verlaufsdauer von etwa 10–12 Jahren, in seltenen Einzelfällen auch länger.
- Schließlich trotz Rundumversorgung Tod infolge Kachexie und interkurrenter Erkrankungen.

5.9 Demenz bei Parkinson-Erkrankung

- **ICD-10: F 02.3, G 20**

Grundlagen

- **Definition:** Neurologische Erkrankung mit extrapyramidaler Symptomatik, die mit psychopathologischen Auffälligkeiten einhergehen kann.

Hinweis: Abgrenzung zum Parkinson-Syndrom (Parkinsonoid) als Begleiterscheinung einer neuroleptischen Therapie infolge antidopaminerger Wirkung (S. 314) sowie bei anderen Ursachen (s. u.) wichtig!

- **Epidemiologie:**
  - Morbiditätsrisiko ca. 1 % der über 60-Jährigen. Beginn: 40.–50. Lebensjahr.
  - Inzidenz 0,02 %, Prävalenz 0,15–0,2 %. Männer erkranken häufiger als Frauen – Einzelheiten s. Lehrbücher der Neurologie.
- **Ätiologie und Pathogenese:**
  - Systematrophie im Bereich der Substantia nigra und des Globus pallidus mit Nervenzelldegeneration und daraus folgendem Dopaminmangel.
  - Die Ursachen bei der idiopathischen Form (Paralysis agitans) sind nicht bekannt. Wahrscheinlich autosomal dominanter Erbgang: Mutation des alpha-Synuclein-Gens?
  - Extern: Toxizität von Pestiziden und/oer Reinigungsmitteln?

Klinik

- **Psychopathologisch** (Bild einer organischen Persönlichkeitsveränderung):
  - Antriebsminderung bis zur Apathie, Depressivität, Ausdrucksverarmung.
  - Verwirrtheit, paranoid-halluzinatorische Syndrome.

- **Neurologisch:** Ruhetremor (Zunahme bei Konzentrationsleistungen, Abnahme bei zielgerichteten Bewegungen), Akinese und Rigor, Mikrografie, kleinschrittiger Gang mit Propulsionstendenz, Sprachmonotonie; Speichelfluss, Schwitzen, Hitzegefühl, Hypotonie.
  - ***Hinweis:*** Kein intellektueller Abbau, jedoch Verlangsamung der Denkabläufe (Bradyphrenie). Pseudodemenzielles Bild.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung**. Näheres s. Klinik (S. 130).
- **Neurostatus:** s. o. (S. 131), Kopffalltest (Kopf sinkt nach passivem Abheben und Fallenlassen nur langsam zurück), Rigor, Zahnradphänomen, keine Spastik, keine Reflexsteigerung, keine Pyramidenbahnzeichen, keine Paresen.
- **Apparative Diagnostik:**
  - *CCT (kranielles MRT):* Vaskuläre Läsionen, Hydrozephalus, kortikale und subkortikale Atrophie (v. a. bei Systematrophien), Stammganglienverkalkung bei Morbus Fahr (Hypoparathyreoidismus).
  - *EEG:* Herdbefund (postischämisch, postenzephalitisch)?
- **Labor:**
  - *Serum:* Routinelabor, Cu^{2+}, Coeruloplasmin (M. Wilson?), Ca^{2+} (Hypoparathyreoidismus?).
  - Liquordiagnostik (S. 38)*:* Ausschluss eines entzündlichen Prozesses.

Differenzialdiagnose

- Demenz mit Lewy-Körperchen (S. 121): Kognitive Defizite, Begleitsymptomatik, Verlauf.
- Pharmakogen (Antipsychotika, Metoclopramid, Lithium, Reserpin, α-Methyldopa): Medikamentenanamnese.
- Postenzephalitisch: Anamnese, im Vordergrund vegetative Störungen und Krämpfe der Gesichtsmuskulatur, z. B. Lues (S. 135), Creutzfeldt-Jakob (S. 127).
- Vaskulär, arteriosklerotisch (arteriosklerotische Enzephalopathie): Rigor und Akinese dominierend, Risikofaktoren, allgemeine Arteriosklerose.
- Toxisch (Cyanide, Quecksilber, Methylalkohol, Mangan, Kohlenmonoxid, MPTP [Methylphenyltetrahydropyridin als Verunreinigung synthetischer Heroine]): Rigor und Akinese als Hauptsymptome.
- Metabolisch (Morbus Wilson, Fahr-Syndrom): Internistischer Befund, Laborbefunde: Cu^{2+}, Ca^{2+} s. Diagnostik (S. 131), Coeruloplasmin (S. 145).
- Posttraumatisch (Schädel-Hirn-Trauma, Boxer): Anamnese.
- Im Rahmen von Multisystematrophien:
  - Steele-Richardson-Olszewski-Syndrom (Syn.: Progressive supranukleäre Ophthalmoplegie).
  - Shy-Drager-Syndrom (Syn.: Primäre orthostatische Hypotonie).
  - Olivo-Ponto-Cerebelläre Atrophie (OPCA).
  - Strionigrale Degeneration, kortikobasale Degeneration.

Therapie

- **Medikamentös:**
  - *Bei hypokinetisch-rigidem Typ:*
    - L-Dopa + Decarboxylasehemmer (Benserazid oder Carbidopa).
    - Dopaminagonisten.
    - MAO-B-Hemmer (Selegilin).
    - COMT-Hemmer (in Kombination mit L-Dopa).
    - Amantadin (v. a. parenteraler Einsatz bei akinetischer Krise).
  - ***Hinweis:*** Mögliche Nebenwirkungen der Dopaminmedikation sind vegetative Störungen (Übelkeit, Erbrechen, Hypotonie, Kopfschmerz, Unruhe), Verwirrtheitszustände und psychotische Episoden.

- *Bei Tremordominanztyp:*
  - Anticholinergika: z. B. Benzatropin, Bornaprin, Metixen, Pridinol.
  - Beta-Blocker (S. 328).
  - Trizyklische Antidepressiva (S. 320).
  - Dopaminagonisten: z. B. Bromocriptin, Pramipexol.
  - Antikonvulsiva, z. B. Primidon.
  - Atypische Antipsychotika: z. B. Clozapin, Olanzapin (S. 314).
  - Cholinesterasehemmer (z. B. Rivastigmin, Donepezil).

Hinweise:
- Bei Depressivität zusätzlich leicht- bis mittelpotente nichttrizyklische Antidepressiva (S. 320) einsetzen.
- Mögliche Gründe für einen eingeschränkten Behandlungserfolg: Höheres Lebensalter, rasche Symptomprogredienz, zusätzliche neurologische und/oder psychopathologische Ausfälle, andere Erkrankungen des ZNS.

- **Neurochirurgisch:**
  - Operative stereotaktische Behandlung: Bislang ohne zufriedenstellende Ergebnisse; ebenso die Transplantation neuronaler Zellen.
  - Tiefe (elektrische) Hirnstimulation (THS): In Erprobung.
- **Psychiatrisch:** Begleitende stützende Psychotherapie, Psychoedukation (S. 363), Einbindung in eine Selbsthilfegruppe (S. 431).
- **Physio-/ergotherapeutisch:** Notwendig ist eine intensive und regelmäßige krankengymnastische Behandlung mit gezielten Streck- und Koordinationsübungen, therapeutischem Schwimmen, Massagen und Beschäftigungstherapie.

Verlauf und Prognose

- In der Regel allmählich progredienter Verlauf. Trotz zufriedenstellender medikamentöser Langzeitbehandlung herabgesetzte Lebenserwartung.
- Verlaufskomplikationen durch krisenhaft sich zuspitzende vegetative Symptome (Akinetische Krisen mit Fieber, Schweißausbrüchen), Blickkrämpfe und andere extrapyramidale Paroxysmen.

Hinweis: Verlaufskomplikationen durch krisenhaft sich zuspitzende vegetative Symptome (akinetische Krisen mit Fieber, Schweißausbrüchen), Blickkrämpfe und andere extrapyramidale Paroxysmen.

Tab. 5.1 • **Medikamente zur Therapie der Hyperkinesien**

Wirkstoff	Dosierungsvorschlag (mg)	mögliche Nebenwirkungen
Clozapin	bis 3 × 100	Müdigkeit (S. 316), Agranulozytose (S. 319)
Olanzapin	bis 2 × 10	Müdigkeit
Tiaprid	3 × 200	Müdigkeit
Tetrabenazin	3 × 50	Depression
Sulpirid	3 × 300	Schwitzen, Unruhe
Risperidon	bis 3 × 5	Müdigkeit

5.10 Demenz bei HIV-Krankheit

▶ **ICD-10: F 02.4, B 24**

Grundlagen

▶ **Definition:** Hirnorganisches Psychosyndrom aufgrund einer subchronischen Meningoenzephalitis bei AIDS.

▶ **Ätiologie und Pathogenese:**
- Im Anschluss an eine Infektion mit lymphotropen Retroviren HIV 1 (oder HIV 2) nach oft mehrjähriger Latenzperiode fortschreitende Schädigung des zellulären Immunsystems mit daraus folgender Immunschwäche AIDS (*a*cquired *i*mmune *d*eficiency *s*yndrome) und sekundärem ARC (*A*IDS-related *c*omplex). Neben opportunistischen Infektionen und Tumoren können primäre und sekundäre Manifestationen im zentralen und peripheren Nervensystem auftreten.
- *Mitbefall des Hirnparenchyms* über infizierte Monozyten und Makrophagen:
  - Gliose des Kortex und der subkortikalen Kerne.
  - Fokale Nekrosen. Lymphozytäre Infiltrate mit multinukleären Riesenzellen.

▶ **Epidemiologie:**
- Bei > 50 % der an AIDS erkrankten Personen treten im Verlauf neurologische Defizite und psychiatrische Auffälligkeiten auf.
- Etwa 30–50 % der Patienten entwickeln eine AIDS-Enzephalopathie bzw. AIDS-Demenz.

▶ ***Hinweis:*** Risikogruppen sind homo- und bisexuelle Männer und Fixer. Ein erhöhtes Erkrankungsrisiko besteht auch bei (ungeschütztem) Sexualverkehr und Bluttransfusionen in der Vorgeschichte.

Klinik

▶ **Allgemein:** Zunächst Allgemeinsymptome wie Müdigkeit, Gewichtsverlust, Diarrhöen, Leistungsabfall, Kopfschmerzen, Schwindel.

▶ **Psychopathologisch:**
- Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit.
- Psychopathologisch depressiv-neurasthenisches Syndrom mit Apathie, mnestischen Störungen, Depressionen und/oder Angstzuständen, Suizidalität.
- Später insgesamt Bild einer subkortikalen Demenz mit kognitiven Einbußen und allgemeiner Verlangsamung. Im Spätstadium häufiger psychotische Symptome bei allgemeiner Hinfälligkeit.

Diagnostik

▶ **Psychopathologische Untersuchung**. Näheres s. Klinik (S. 133).

▶ **Anamnese**, Fremdanamnese.

▶ **Neurologischer und internistischer Status:** Ausführliche internistische und neurologische Untersuchung: Sekundäre Krankheitssymptome (Lymphknotenstatus, Hautefloreszenzen, Atemfunktion, Infektzeichen, neurologische Herdsymptome?).

▶ **Labor:**
- *Liquor:* Unspezifisch entzündlich verändert mit mäßiger Pleozytose und Eiweißerhöhung sowie deutlicher Zunahme von oligoklonalen, autochthon gebildeten Immunglobulinen und Chinolinsäure (Einzelheiten siehe Lehrbücher der Neurologie und Inneren Medizin).
- Positive HIV-Serologie (Serum und/oder Liquor), pathologischer Immunstatus.

▶ **Apparative Diagnostik:**
- *EEG:* Allenfalls unspezifische Allgemeinveränderungen.
- *CCT (kranielles MRT):* In 70–80 % der Fälle Atrophie mit Ventrikelerweiterung, eventuell Hinweise auf opportunistische Infektionen (Tuberkulose, Toxoplasmose, Mykosen). Hinweise auf diffusen Marklagerbefall im MRT.
- *SPECT:* Subkortikale multilokuläre Minderperfusionen.

Differenzialdiagnose

- Andersartige chronische Enzephalitis (z. B. Enzephalomyelitis disseminata) einschließlich Leukenzephalopathie: Negative HIV-Serologie, andere serologische Untersuchungen, Immunstatus.
- Hirnorganisches Psychosyndrom bei Drogenmissbrauch: Anamnese, Drogenscreening.
- Depression (S. 203): Anamnese, Verlauf, Klinik.
- AIDS-Phobie, hypochondrische Störung (S. 237): Anamnese, fehlende neurologische Symptomatik.

Therapie

- **Medikamentös:**
  - Antiretrovirale Kombinationstherapie. Impfstoffe derzeit in Erprobung. (Einzelheiten s. Lehrbücher der Infektiologie bzw. Inneren Medizin).
  - Behandlung von Sekundärinfektionen.
- **Psychiatrisch, psychotherapeutisch:** Begleitende stützende Psychotherapie, Suizidprophylaxe. Anbindung an Selbsthilfegruppe (S. 431) und Hilfsdienste.

  Hinweis: Wegen der Grunderkrankung Vorsicht beim Gebrauch von Psychopharmaka (Nebenwirkungen!). Am ehesten im Bedarfsfall atypische Antipsychotika (S. 314) oder niedrigdosiert Butyronophenone (z. B. Pipamperon 3 × 25 mg p. o. oder Haloperidol 3 × 0,5 mg p. o.) oder Benzodiazepine (z. B. Lorazepam) bzw. nichttrizyklische Antidepressiva (S. 320).

Verlauf und Prognose

- Prognostisch ungewisser Verlauf mit langen Remissionszeiten.

5.11 Demenz bei normotensivem Hydrozephalus

- **ICD 10: F 02.8, G 91.2**

Grundlagen

- **Synonyme:** Chronischer Hypozephalus. Normaldruck-Hydrozephalus (NPH).
- **Definition:** Demenzielles Syndrom durch intermittierenden Überdruck in den Hirnkammern aufgrund einer Liquorzirkulationsstörung.
- **Epidemiologie:** Möglicherweise 5 (– 10) % aller Demenzen.
- **Ätiologie und Pathogenese:** Ursache ist eine Liquorzirkulationsstörung infolge einer verminderten Liquorresorption durch die Pacchioni-Granulationen in den Ventrikeln. Der intrakranielle Liquordruck (Mitteldruck) liegt meist im Normbereich (unter 15 mmHg); es kommt aber zu pathologischen Druckspitzen.

Klinik

- **Psychopathologisch:**
  - Im Verlauf der Erkrankung zunehmende Antriebsverarmung mit Verlangsamung und Aspontanität bis zur Apathie.
  - Kognitive Defizite in Form von Auffassungs- und Konzentrationsstörungen, Gedächtniseinbußen.
  - Depressivität.
- **Neurologisch:**
  - Gleichgewichtsstörungen und Gangunsicherheit zu Beginn der Erkrankung.
  - Später Ataxie, teilweise extrapyramidale und zerebelläre Symptome.
  - Urininkontinenz.

Differenzialdiagnose

- Andersartige chronische Enzephalitis (z. B. Enzephalomyelitis disseminata) einschließlich Leukenzephalopathie: Negative HIV-Serologie, andere serologische Untersuchungen, Immunstatus.
- Hirnorganisches Psychosyndrom bei Drogenmissbrauch: Anamnese, Drogenscreening.
- Depression (S. 203): Anamnese, Verlauf, Klinik.
- AIDS-Phobie, hypochondrische Störung (S. 237): Anamnese, fehlende neurologische Symptomatik.

Therapie

- **Medikamentös:**
  - Antiretrovirale Kombinationstherapie. Impfstoffe derzeit in Erprobung. (Einzelheiten s. Lehrbücher der Infektiologie bzw. Inneren Medizin).
  - Behandlung von Sekundärinfektionen.
- **Psychiatrisch, psychotherapeutisch:** Begleitende stützende Psychotherapie, Suizidprophylaxe. Anbindung an Selbsthilfegruppe (S. 431) und Hilfsdienste.

  Hinweis: Wegen der Grunderkrankung Vorsicht beim Gebrauch von Psychopharmaka (Nebenwirkungen!). Am ehesten im Bedarfsfall atypische Antipsychotika (S. 314) oder niedrigdosiert Butyronophenone (z. B. Pipamperon 3 × 25 mg p. o. oder Haloperidol 3 × 0,5 mg p. o.) oder Benzodiazepine (z. B. Lorazepam) bzw. nichttrizyklische Antidepressiva (S. 320).

Verlauf und Prognose

- Prognostisch ungewisser Verlauf mit langen Remissionszeiten.

5.11 Demenz bei normotensivem Hydrozephalus

- **ICD 10: F 02.8, G 91.2**

Grundlagen

- **Synonyme:** Chronischer Hypozephalus. Normaldruck-Hydrozephalus (NPH).
- **Definition:** Demenzielles Syndrom durch intermittierenden Überdruck in den Hirnkammern aufgrund einer Liquorzirkulationsstörung.
- **Epidemiologie:** Möglicherweise 5 (– 10) % aller Demenzen.
- **Ätiologie und Pathogenese:** Ursache ist eine Liquorzirkulationsstörung infolge einer verminderten Liquorresorption durch die Pacchioni-Granulationen in den Ventrikeln. Der intrakranielle Liquordruck (Mitteldruck) liegt meist im Normbereich (unter 15 mmHg); es kommt aber zu pathologischen Druckspitzen.

Klinik

- **Psychopathologisch:**
  - Im Verlauf der Erkrankung zunehmende Antriebsverarmung mit Verlangsamung und Aspontanität bis zur Apathie.
  - Kognitive Defizite in Form von Auffassungs- und Konzentrationsstörungen, Gedächtniseinbußen.
  - Depressivität.
- **Neurologisch:**
  - Gleichgewichtsstörungen und Gangunsicherheit zu Beginn der Erkrankung.
  - Später Ataxie, teilweise extrapyramidale und zerebelläre Symptome.
  - Urininkontinenz.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung:** Näheres s. Klinik (S. 134). Fremdanamnese (Erkrankungsbeginn?).
- **Neurostatus:** Details s. Klinik (S. 134).
- **Apparative Diagnostik:**
  - CCT: Ventrikelvergrößerung als Ausdruck eines Hydrozephalus.
  - ggf. Liquorszintigrafie, Zisternografie, MR-Flussmessung und Liquordruckmessung (Einzelheiten s. Lehrbücher der Neurologie).

Differenzialdiagnose

- Enzephalomyelitis disseminata: Symptomatik bei Erkrankungsbeginn, CCT bzw. MRT, Liquorbefund.
- Demenz mit Lewy-Körperchen (S. 121): Hypokinetisches Parkinson-Syndrom.
- Demenz bei Parkinson-Erkrankung (S. 130): Begleitsymptomatik.
- Frühkindliche Hirnschädigung (S. 295): Anamnese. MRT-Befund.

Therapie

- Wiederholte Liquorpunktion mit Entnahme größerer Liquormengen (30–50 ml) zur Entlastung.
- Druckentlastung durch Anlegen eines Shunt-Systems.

Hinweis: Strenge Indikationsstellung! Komplikationen durch subdurale Flüssigkeitsansammlung möglich. Vereinzelt auch postoperative Krampfanfälle.

Verlauf und Prognose

- Bei zeitiger Intervention bei über einem Viertel völlige Remission, im Langzeitverlauf verbleibende, spürbare Teilremission bei etwa 40 % der Patienten.

5.12 Progressive Paralyse (Dementia paralytica)

- **ICD 10: F 02.8, A 52.1**

Grundlagen

- **Definition:**
  - Chronische syphilitische Meningoenzephalitis im Spätstadium einer Lues cerebrospinalis.
  - Manifestation auf neurologischem Gebiet als Meningoradikulitis (Tabes dorsalis, s. Lehrbücher der Neurologie).
- **Epidemiologie:** Manifestationsalter meist 40.–60. Lebensjahr (häufiger bei Männern).
- **Ätiologie und Pathogenese:**
  - Etwa 10–20 Jahre nach luetischem Primäraffekt kommt es bei 5–10 % der mit Treponema pallidum infizierten Personen zur Ausbildung einer quartären Lues von Gehirn und Rückenmark.
  - Die chronisch-entzündlichen Veränderungen (Polioenzephalitis, Pachymeningeosis haemorrhagica) führen zu einer Atrophie der Stammganglien und der frontalen Hirnrinde mit Verschmälerung der Hirnwindungen.

Klinik

- **Psychopathologisch:**
  - *Frühstadium:* Uncharakteristische psychopathologische Symptome wie allgemeine Reizbarkeit, Erschöpfungsgefühl, Angst, Konzentrationsstörungen, Verstimmungen, Kritikschwäche, Schlafstörungen (pseudoneurasthenisches Syndrom).

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung:** Näheres s. Klinik (S. 134). Fremdanamnese (Erkrankungsbeginn?).
- **Neurostatus:** Details s. Klinik (S. 134).
- **Apparative Diagnostik:**
  - CCT: Ventrikelvergrößerung als Ausdruck eines Hydrozephalus.
  - ggf. Liquorszintigrafie, Zisternografie, MR-Flussmessung und Liquordruckmessung (Einzelheiten s. Lehrbücher der Neurologie).

Differenzialdiagnose

- Enzephalomyelitis disseminata: Symptomatik bei Erkrankungsbeginn, CCT bzw. MRT, Liquorbefund.
- Demenz mit Lewy-Körperchen (S. 121): Hypokinetisches Parkinson-Syndrom.
- Demenz bei Parkinson-Erkrankung (S. 130): Begleitsymptomatik.
- Frühkindliche Hirnschädigung (S. 295): Anamnese. MRT-Befund.

Therapie

- Wiederholte Liquorpunktion mit Entnahme größerer Liquormengen (30–50 ml) zur Entlastung.
- Druckentlastung durch Anlegen eines Shunt-Systems.

Hinweis: Strenge Indikationsstellung! Komplikationen durch subdurale Flüssigkeitsansammlung möglich. Vereinzelt auch postoperative Krampfanfälle.

Verlauf und Prognose

- Bei zeitiger Intervention bei über einem Viertel völlige Remission, im Langzeitverlauf verbleibende, spürbare Teilremission bei etwa 40 % der Patienten.

5.12 Progressive Paralyse (Dementia paralytica)

- **ICD 10: F 02.8, A 52.1**

Grundlagen

- **Definition:**
  - Chronische syphilitische Meningoenzephalitis im Spätstadium einer Lues cerebrospinalis.
  - Manifestation auf neurologischem Gebiet als Meningoradikulitis (Tabes dorsalis, s. Lehrbücher der Neurologie).
- **Epidemiologie:** Manifestationsalter meist 40.–60. Lebensjahr (häufiger bei Männern).
- **Ätiologie und Pathogenese:**
  - Etwa 10–20 Jahre nach luetischem Primäraffekt kommt es bei 5–10 % der mit Treponema pallidum infizierten Personen zur Ausbildung einer quartären Lues von Gehirn und Rückenmark.
  - Die chronisch-entzündlichen Veränderungen (Polioenzephalitis, Pachymeningeosis haemorrhagica) führen zu einer Atrophie der Stammganglien und der frontalen Hirnrinde mit Verschmälerung der Hirnwindungen.

Klinik

- **Psychopathologisch:**
  - *Frühstadium:* Uncharakteristische psychopathologische Symptome wie allgemeine Reizbarkeit, Erschöpfungsgefühl, Angst, Konzentrationsstörungen, Verstimmungen, Kritikschwäche, Schlafstörungen (pseudoneurasthenisches Syndrom).

- *Später:* Progredientes organisches Psychosyndrom mit affektiver Verödung und Antriebsverarmung bzw. Persönlichkeitsabbau.
- *Daneben auch expansive Formen:* Gehobene Stimmungslage, Distanzlosigkeit, Enthemmung, Aktivitätssteigerung, Größenwahn, paranoide Symptome, Halluzinationen.

▶ **Neurologisch:** Kopfschmerzen, mimisches Beben, Pupillenstörungen (reflektorische Pupillenstarre Argyll-Robertson), Dysarthrie, aphasische Störungen und andere Herdbefunde, Krampfanfälle. Bei Taboparalyse zusätzlich Areflexie, Spastik, spinale Ataxie, Sensibilitätsstörungen, tabische Krisen.

Diagnostik

▶ **Psychopathologische Untersuchung**. Näheres s. Klinik (S. 135).
▶ **Neurostatus**. Näheres s. Klinik (S. 135).
▶ **Labor:**
- Positive Luesserologie: Primär TPHA-Test als Suchreaktion.
- Liquor: Lymphozytäre Pleozytose und Vermehrung des Gesamteiweißes. Mögliche IgM-Erhöhung sowie positive oligoklonale Banden. (Einzelheiten s. Lehrbücher der Neurologie).

▶ **Apparative Diagnostik:** CCT (kranielles MRT): Hirnatrophie. EEG: Allgemeinveränderung?

Differenzialdiagnose

▶ Maniforme Krankheitsbilder anderer Genese: Anamnese, fehlende pathologische Laborparameter.
▶ Beginnende schizophrene Psychose bzw. schizophrenes Defektsyndrom (S. 192): Anamnese, Verlauf, fehlende pathologische Laborparameter.
▶ Enzephalomyelitis disseminata oder andere nichtluetische entzündliche Hirnerkrankungen: Negative Luesserologie, keine Anamnese mit typischen Hauterscheinungen.
▶ Systematrophie, z. B. Morbus Pick (S. 124), Morbus Huntington (S. 128).
▶ Andersartige Demenzen.

Therapie

▶ **Medikamentös:**
- *Penicillin parenteral:* Über drei Wochen täglich 3 × 10 Mio. IE Penicillin G i. m.

  Hinweis: Bei drohender Herxheimer-Reaktion (Fieber, Myalgien, Cephalgie, Blutdruckschwankungen Stunden bis wenige Tage nach Therapiebeginn) Verabreichung von Prednison vor Beginn der Behandlung.
- *Bei Penicillinunverträglichkeit:* Wechsel auf Erythromycin (2 g) oder Tetracyclin (200 mg p. o. oder i. v.) täglich für 4 Wochen.

▶ **Liquorkontrolle:** 6–8 Wochen nach der ersten Kur sowie ½ Jahr später und nochmals nach 2 weiteren Jahren (Zellzahl, Protein normalisiert?).

Hinweis: Durch die Behandlung ist lediglich ein Stillstand der Parenchymveränderungen möglich, keine Reversibilität!

▶ **Psychiatrisch:** Aufklärung, Beratung. Stützende (S. 350) (adaptive) therapeutische Gespräche (S. 348).

Verlauf und Prognose

▶ Eine Heilung ist bei der Hälfte der Patienten möglich, wenn die Behandlung innerhalb der ersten drei Monate nach Auftreten der Frühsymptome erfolgt. Alle serologischen und klinischen Parameter müssen nach einem Zeitraum von zwei Jahren als zufriedenstellend beurteilt werden.
▶ Ansonsten teilweise Besserung mit sozialer Anpassung bei verbleibenden Defektsyndromen: Psychopathologisch persistieren häufig pseudoneurasthenische Symptome bzw. eine hirnorganische Wesensänderung.

- Unbehandelt kommt es innerhalb weniger Jahre zu schwerster Demenz und schließlich zum Tod.

5.13 Demenz bei Epilepsie

- **ICD 10: F 02.8, G 40**

Grundlagen

- **Definition:**
  - *Epileptische Psychose:* Psychotische Episoden im Rahmen einer epileptischen Erkrankung (v. a. Temporallappenepilepsie).
  - *Epilepsie-Demenz:* Dementielles Syndrom bei therapierefraktärer Epilepsie.
- **Epidemiologie:**
  - *Epileptische Psychose:* ca. 5–10 % der Epilepsiekranken (meist bei Temporallappenepilepsie).
  - *Epilepsie-Demenz:* Bei ausreichender Anfallsprophylaxe sehr selten.
- **Ätiologie und Pathogenese:**
  - Pathogenetisch maßgebend sind vermutlich Interferenzen zwischen hirnorganischer Schädigung bzw. Krampfschwelle, psychotischer Disposition und medikamentösen Einwirkungen.
  - Zusätzlich Einflüsse psychosozialer Auswirkungen des Anfallsleidens.

Klinik

- **Psychopathologisch:**
  - Depressiv-ängstlich getönte Verstimmungen, teils einhergehend mit Somnolenz und Desorientiertheit, z. B. Dämmerzustand (S. 86), stunden- bis tagelang anhaltend.
  - Angespanntheit mit Unruhe und poriomanen Verhaltensweisen oder anderen impuls- oder dranghaften Auffälligkeiten.
  - Suizidalität; Zustände aggressiver Erregtheit und Gewalttätigkeit.
  - Schizophreniforme Symptome bzw. paranoid-halluzinatorische Durchgangssyndrome (S. 116), meist bei Temporallappenepilepsie.
  - Bei längerer Krankheitsdauer bzw. Therapieresistenz Epilepsie-Demenz.
- **Manifestationsformen:**
  - An einen Anfall gebunden (vor, während, nach einem Anfall: postiktale Psychose).
  - Interiktal (im anfallsfreien Intervall): Bei Alternativ- bzw. Normalisierungspsychosen (hier psychotische Symptomatik einhergehend mit einer Normalisierung des EEG-Befundes, „Psychose alternativ zum Anfall“ bzw. Sistieren der psychotischen Symptomatik im Anschluss an einen Krampfanfall – insbesondere unter forcierter antikonvulsiver Behandlung).

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung**. Näheres s. Klinik (S. 137). Fremdanamnese.
- Umfassende neurologische Abklärung (S. 33).
- **Apparative Diagnostik:**
  - *Kranielles MRT (alternativ CCT):* Zum Nachweis eines morphologischen Korrelats im Bereich des vermuteten oder gesicherten epileptischen Fokus.
  - *EEG:*
    - Herdbefund?
    - Bei Alternativpsychose psychopathologische Symptomatik invers zur Besserung des EEG-Befundes. Sihe „forcierte Normalisierung“ (S. 137).
    - Ansonsten Allgemeinveränderung mit Theta- und Delta-Parenrhythmien bei Allgemeinveränderung.

- Unbehandelt kommt es innerhalb weniger Jahre zu schwerster Demenz und schließlich zum Tod.

5.13 Demenz bei Epilepsie

- **ICD 10: F 02.8, G 40**

Grundlagen

- **Definition:**
  - *Epileptische Psychose:* Psychotische Episoden im Rahmen einer epileptischen Erkrankung (v. a. Temporallappenepilepsie).
  - *Epilepsie-Demenz:* Dementielles Syndrom bei therapierefraktärer Epilepsie.
- **Epidemiologie:**
  - *Epileptische Psychose:* ca. 5–10 % der Epilepsiekranken (meist bei Temporallappenepilepsie).
  - *Epilepsie-Demenz:* Bei ausreichender Anfallsprophylaxe sehr selten.
- **Ätiologie und Pathogenese:**
  - Pathogenetisch maßgebend sind vermutlich Interferenzen zwischen hirnorganischer Schädigung bzw. Krampfschwelle, psychotischer Disposition und medikamentösen Einwirkungen.
  - Zusätzlich Einflüsse psychosozialer Auswirkungen des Anfallsleidens.

Klinik

- **Psychopathologisch:**
  - Depressiv-ängstlich getönte Verstimmungen, teils einhergehend mit Somnolenz und Desorientiertheit, z. B. Dämmerzustand (S. 86), stunden- bis tagelang anhaltend.
  - Angespanntheit mit Unruhe und poriomanen Verhaltensweisen oder anderen impuls- oder dranghaften Auffälligkeiten.
  - Suizidalität; Zustände aggressiver Erregtheit und Gewalttätigkeit.
  - Schizophreniforme Symptome bzw. paranoid-halluzinatorische Durchgangssyndrome (S. 116), meist bei Temporallappenepilepsie.
  - Bei längerer Krankheitsdauer bzw. Therapieresistenz Epilepsie-Demenz.
- **Manifestationsformen:**
  - An einen Anfall gebunden (vor, während, nach einem Anfall: postiktale Psychose).
  - Interiktal (im anfallsfreien Intervall): Bei Alternativ- bzw. Normalisierungspsychosen (hier psychotische Symptomatik einhergehend mit einer Normalisierung des EEG-Befundes, „Psychose alternativ zum Anfall“ bzw. Sistieren der psychotischen Symptomatik im Anschluss an einen Krampfanfall – insbesondere unter forcierter antikonvulsiver Behandlung).

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung**. Näheres s. Klinik (S. 137). Fremdanamnese.
- Umfassende neurologische Abklärung (S. 33).
- **Apparative Diagnostik:**
  - *Kranielles MRT (alternativ CCT):* Zum Nachweis eines morphologischen Korrelats im Bereich des vermuteten oder gesicherten epileptischen Fokus.
  - *EEG:*
    - Herdbefund?
    - Bei Alternativpsychose psychopathologische Symptomatik invers zur Besserung des EEG-Befundes. Sihe „forcierte Normalisierung“ (S. 137).
    - Ansonsten Allgemeinveränderung mit Theta- und Delta-Parenrhythmien bei Allgemeinveränderung.

Differenzialdiagnose

- Petit-mal-Status: EEG!
- Intoxikationspsychose (s. unten).
- Dämmerzustände anderer Genese: z. B. bei Schizophrenie (S. 184), affektiven Störungen (S. 203).
- Dissoziative Krampfanfälle (S. 235).

Therapie

- **Psychiatrisch:** Aufklärung, Beratung. Psychoedukation. Verhaltenstherapeutisch eingeübte Selbstkontrolle.
- **Medikamentös:**
  - *Epileptische Dämmerzustände:* Kombinationsbehandlung von Antipsychotika und Antikonvulsiva, z. B. Haloperidol mit Carbamazepin oder Valproat.
    - ***Hinweis:*** Antipsychotika senken Krampfschwelle!
  - *Alternativpsychose:*
    - Reduzierung oder Abbruch der antikonvulsiven Medikation, bei mangelnder klinischer Besserung auch bis zur Krampfschwelle.
    - Gleichzeitig Verabreichung mittelpotenter Antipsychotika.
    - Eventuell Elektrokrampftherapie, Indikationen (S. 340).

Verlauf und Prognose

- Bei interiktalen Dämmerzuständen bzw. Psychosen (Alternativpsychose) oft hartnäckige Symptomatik, Verlauf insgesamt jedoch nicht ungünstig.
- Bei epileptischem Dämmerzustand bzw. epileptischer Psychose gelegentlich unberechenbar-delinquentes Verhalten mit forensischen Konsequenzen: Schuldfähigkeit (S. 419) meistens aufgehoben (§ 20 StGB) oder zumindest erheblich vermindert (§ 21 StGB).

Hinweis: Prognostische Belastung durch erhöhtes Suizidrisiko vor allem bei Patienten mit Temporallappenepilepsie.

5.14 Delir ohne Demenz

- **ICD-10: F 05.0**

Grundlagen

- **Definition:** Vielgestaltige Durchgangssyndrome nach chirurgischen Eingriffen, bei Infekten, durch Exsikkose, im Rahmen medikamentöser Therapien (z. B. Antiobiotika), auch nach abrupter Unterbrechung einer längeren Einnahme von Anagetika, Tranquilizern oder Hypnotika.
- **Ätiologie und Pathogenese:** Offenbar passagere Beeinträchtigung des Hirnstoffwechsels durch eine zirkulatorische und metabolische Dysbalance.

Klinik

- **Psychopathologisch:**
  - Bewusstseins-, Aufmerksamkeits- und Orientierungsstörungen mit plötzlichem Beginn
  - Ängstlichkeit, Nesteln, psychomotorische Unruhe, gelegentlich auch stuporöse Zustandsbilder, Stimmungslabilität, Reizbarkeit.
  - Depressive, paranoide, maniforme und halluzinatorische (vorw. visuelle) Durchgangssyndrome (S. 142).
  - Störungen der zirkadianen Rhythmik mit Schlaf-Wach-Rhythmus-Umkehr, nächtlicher Unruhe.

Differenzialdiagnose

- Petit-mal-Status: EEG!
- Intoxikationspsychose (s. unten).
- Dämmerzustände anderer Genese: z. B. bei Schizophrenie (S. 184), affektiven Störungen (S. 203).
- Dissoziative Krampfanfälle (S. 235).

Therapie

- **Psychiatrisch:** Aufklärung, Beratung. Psychoedukation. Verhaltenstherapeutisch eingeübte Selbstkontrolle.
- **Medikamentös:**
  - *Epileptische Dämmerzustände:* Kombinationsbehandlung von Antipsychotika und Antikonvulsiva, z. B. Haloperidol mit Carbamazepin oder Valproat.
    - ***Hinweis:*** Antipsychotika senken Krampfschwelle!
  - *Alternativpsychose:*
    - Reduzierung oder Abbruch der antikonvulsiven Medikation, bei mangelnder klinischer Besserung auch bis zur Krampfschwelle.
    - Gleichzeitig Verabreichung mittelpotenter Antipsychotika.
    - Eventuell Elektrokrampftherapie, Indikationen (S. 340).

Verlauf und Prognose

- Bei interiktalen Dämmerzuständen bzw. Psychosen (Alternativpsychose) oft hartnäckige Symptomatik, Verlauf insgesamt jedoch nicht ungünstig.
- Bei epileptischem Dämmerzustand bzw. epileptischer Psychose gelegentlich unberechenbar-delinquentes Verhalten mit forensischen Konsequenzen: Schuldfähigkeit (S. 419) meistens aufgehoben (§ 20 StGB) oder zumindest erheblich vermindert (§ 21 StGB).

Hinweis: Prognostische Belastung durch erhöhtes Suizidrisiko vor allem bei Patienten mit Temporallappenepilepsie.

5.14 Delir ohne Demenz

- **ICD-10: F 05.0**

Grundlagen

- **Definition:** Vielgestaltige Durchgangssyndrome nach chirurgischen Eingriffen, bei Infekten, durch Exsikkose, im Rahmen medikamentöser Therapien (z. B. Antiobiotika), auch nach abrupter Unterbrechung einer längeren Einnahme von Anagetika, Tranquilizern oder Hypnotika.
- **Ätiologie und Pathogenese:** Offenbar passagere Beeinträchtigung des Hirnstoffwechsels durch eine zirkulatorische und metabolische Dysbalance.

Klinik

- **Psychopathologisch:**
  - Bewusstseins-, Aufmerksamkeits- und Orientierungsstörungen mit plötzlichem Beginn
  - Ängstlichkeit, Nesteln, psychomotorische Unruhe, gelegentlich auch stuporöse Zustandsbilder, Stimmungslabilität, Reizbarkeit.
  - Depressive, paranoide, maniforme und halluzinatorische (vorw. visuelle) Durchgangssyndrome (S. 142).
  - Störungen der zirkadianen Rhythmik mit Schlaf-Wach-Rhythmus-Umkehr, nächtlicher Unruhe.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung:** Querschnittssymptomatik (s. Klinik).

Differenzialdiagnose

- Belastungsstörung aufgrund der vorliegenden Körpererkrankung: Schwer abgrenzbar! Verlaufsbeobachtung entscheidend.
- Somatisierte Depression: Exploration (Anlass?), Verlaufsbeobachtung.
- Beginnende schizophrene Psychose: Exploration (Anlass?), Verlaufsbeobachtung.

Therapie

- **Allgemein**: Flüssigkeitssubstitution; im Verlauf Mobilisierung und allgemein-roborierende Maßnahmen.
- **Medikamentös:** Gegebenenfalls sedierende (z. B. Clomethiazol) und/oder antipsychotische Medikation (z. B. Haloperidol), ggf. kurzzeitig auch Benzodiazepine (z. B. Lorazepam); ***Cave:*** Paradoxe Reaktionen.

Verlauf und Prognose

- Meist folgenloses Abklingen.

5.15 Delir bei Demenz

- **ICD 10: F 05.1**

Grundlagen

- **Definition:** Wie bei Delir ohne Demenz, häufiger durch Exsikkose oder Einnahmefehler bei medikamentöser Behandlung verursacht.
- **Ätiologie und Pathogenese:** Infolge Vorschädigung des Gehirns kann ein Delir bereits durch geringfügige Anlässe, die sich auf die Homöostase auswirken, ausgelöst werden.

Klinik

- **Psychopathologisch:** Wie bei Delir ohne Demenz

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung:** Querschnittssymptomatik (s. Klinik).

Differenzialdiagnose

- Delir ohne Demenz nur fremdanamnestisch abgrenzbar.
- Intoxikationen. Entzündliche Prozesse des Zentralnervensystems.

Therapie

- Wie bei Delir ohne Demenz.

Verlauf und Prognose

- Häufiger prolongierte Verläufe als bei Delir ohne Demenz; nach Abklingen des deliranten Syndroms oft Verschlechterung des kognitiven Ausgangsniveaus zu beobachten.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung:** Querschnittssymptomatik (s. Klinik).

Differenzialdiagnose

- Belastungsstörung aufgrund der vorliegenden Körpererkrankung: Schwer abgrenzbar! Verlaufsbeobachtung entscheidend.
- Somatisierte Depression: Exploration (Anlass?), Verlaufsbeobachtung.
- Beginnende schizophrene Psychose: Exploration (Anlass?), Verlaufsbeobachtung.

Therapie

- **Allgemein**: Flüssigkeitssubstitution; im Verlauf Mobilisierung und allgemein-roborierende Maßnahmen.
- **Medikamentös:** Gegebenenfalls sedierende (z. B. Clomethiazol) und/oder antipsychotische Medikation (z. B. Haloperidol), ggf. kurzzeitig auch Benzodiazepine (z. B. Lorazepam); ***Cave:*** Paradoxe Reaktionen.

Verlauf und Prognose

- Meist folgenloses Abklingen.

5.15 Delir bei Demenz

- **ICD 10: F 05.1**

Grundlagen

- **Definition:** Wie bei Delir ohne Demenz, häufiger durch Exsikkose oder Einnahmefehler bei medikamentöser Behandlung verursacht.
- **Ätiologie und Pathogenese:** Infolge Vorschädigung des Gehirns kann ein Delir bereits durch geringfügige Anlässe, die sich auf die Homöostase auswirken, ausgelöst werden.

Klinik

- **Psychopathologisch:** Wie bei Delir ohne Demenz

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung:** Querschnittssymptomatik (s. Klinik).

Differenzialdiagnose

- Delir ohne Demenz nur fremdanamnestisch abgrenzbar.
- Intoxikationen. Entzündliche Prozesse des Zentralnervensystems.

Therapie

- Wie bei Delir ohne Demenz.

Verlauf und Prognose

- Häufiger prolongierte Verläufe als bei Delir ohne Demenz; nach Abklingen des deliranten Syndroms oft Verschlechterung des kognitiven Ausgangsniveaus zu beobachten.

5.16 Organisch halluzinatorische Störung, z. B. Dermatozoenwahn

- **ICD-10: F 06.0**

Grundlagen

- **Synonym:** Zoophobie, organische Halluzinose.
- **Definition:** Multiple Hautmissempfindungen als Ausdruck einer chronischen organischen taktilen Halluzinose (S. 90), verbunden mit der Überzeugung, an einer parasitären Hauterkrankung zu leiden.
- **Epidemiologie:** Überwiegend bei älteren, alleinstehenden Menschen. Morbiditätsrisiko ≤ 5 % bei über 60-Jährigen. (Frauen 2- bis 3-mal häufiger betroffen).
- **Ätiologie und Pathogenese:** Auftreten am ehesten im Zusammenhang mit Hirnfunktionsstörungen im Rahmen einer zerebralen Arteriosklerose. Dispositionelle Faktoren sind vermutlich beteiligt, z. B. Neigung zu Hypochondrie, Reinlichkeitszwang. Psychodynamisch „Ordnungsfunktion"?

Klinik

- Monotone Klagen über Hautjucken und -kribbeln, einhergehend mit der isolierten wahnhaften Vorstellung von Ungezieferbefall unter/auf der Haut.
- Häufiges Waschen, Kratzartefakte der Haut, Aufbewahren von Hautpartikeln als vermeintliche Parasiten, Selbstbehandlungsversuche mit Chemikalien.
- Soziale Isolation.
- Anlaufstellen: In der Regel Hautarzt, Gesundheitsamt oder Kammerjäger.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung**. Näheres s. Klinik (S. 140). Wegen Zusammenhang mit Arteriosklerose vgl. vaskuläre Demenz (S. 122).
- **Neurologischer und internistischer Status.**

Differenzialdiagnose

- Taktile Halluzinose bei Kokain-, Amphetamin- oder Haschischmissbrauch: Drogenanamnese, Drogenscreening.
- Zönästhetische Form der Spätschizophrenie: Anamnese, bizarre Schilderung von Leibmissempfindungen ohne „parasitäre" Ursachen.
- Monosymptomatische zirkumskripte Hypochondrie im Involutionsalter bzw. somatisierte Depression: Eher monoforme Missempfindungen in Form von Brennen, Stechen, Verkrampfungen an eng umschriebenen Körperstellen.

Therapie

- **Psychiatrisch, psychotherapeutisch:** Stützende Psychotherapie (S. 350).
- **Allgemein:** Insbesondere Therapie des Herz-Kreislauf-Systems.
- **Medikamentös:** Versuch mit hirnleistungsfördernden Substanzen, s. a. vaskuläre Demenz (S. 122); Langzeitbehandlung mit mittelpotenten Antipsychotika (z. B. Risperdon 2 × 2 mg oder Zotepin 3 × 50 mg oder Olanzapin 5 mg oder Quetiapin 400 mg täglich).

Verlauf und Prognose

- Neigung zu schleppendem, chronifiziertem Verlauf. Oft begleitet von anderen Zeichen einer Hirnleistungsschwäche im Rahmen eines demenziellen Abbaus. Vollremission in ca. 10 % der Fälle.

5.17 Organisch katatone Störung

- **ICD-10: F 06.1**

Grundlagen

- **Definition:** Katatones Syndrom (oft zunächst) unklarer Ätiologie.
- **Epidemiologie**: unzureichend bekannt.
- **Ätiologie und Pathogenese:** Bei Hirnfunktionsstörungen unterschiedlicher Ätiologie, z. B. schweren Stoffwechselentgleisungen, hypoxischen Hirnschäden, Enzephalitiden, multipler Sklerose, Hirndruck mit beginnender Einklemmung am Tentorium cerebelli.

Klinik

- Unterschiedliche katatone Symptome, vorwiegend Stupor im Wechsel mit Erregungszuständen, Stereotypien.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung**. Näheres s. Klinik (S. 141).
- **Neurologischer und internistischer Status.**
- **Zusatzdiagnostik:** Kranielles MRT oder CCT, Liquoruntersuchung.
- An NMDA-Enzephalitis denken!

Differenzialdiagnose

- Akinetisches Syndrom bei Parkinson-Syndromen.
- Malignes neuroleptisches Syndrom.
- Delir mit und ohne Demenz.

Therapie

- Therapie der Grunderkrankung.
- Allgemeine Maßnahmen wie Flüssigkeitssubstition, Kreislaufstabilisierung.
- Beim geringsten Verdacht auf Herpes-Enzephalitis umgehend Behandlung mit Acyclovir i. v.

Verlauf und Prognose

- Unzureichende Datenlage. Abhängig von Grunderkrankung.

5.18 Organisch wahnhafte (schizophreniforme) Störung

- **ICD: F 06.2**

Grundlagen

- **Definition:** Störungsbild mit im Vordergrund stehender paranoid (halluzinatorischer) Symptomatik aufgrund einer Hirnbeteiligung im Rahmen somatischer Erkrankungen oder medikamentös bedingter Störungen.
- **Epidemiologie:** unzureichend bekannt.
- **Ätiologie und Pathogenese:** Wie bei den organisch katatonen Störungen: z. B. schwere Stoffwechselentgleisungen, hypoxische Hirnschäden, Enzephalitiden, Medikamentennebenwirkungen.

Klinik

- Paranoide Zustandsbilder unterschiedlicher Färbung (Verfolgungs-, Eifersuchts-, hypochondrischer Wahn, nihilistischer Wahn usw.) bei fehlender Störung des Bewusstseins und des Gedächtnisses.

- Halluzinationen aller Sinnesgebiete können vorkommen.

Diagnostik

- Psychopathologische Untersuchung. Näheres s. Klinik (S. 141).
- Neurologischer und internistischer Status.
- Zusatzdiagnostik: Kranielles MRT oder CCT, Liquoruntersuchung.

Differenzialdiagnose

- Paranoid-halluzinatorische Form der Schizophrenie.
- Wahnhafte Störung.
- Delir.

Therapie

- Therapie der Grunderkrankung.
- Allgemeine Maßnahmen wie Flüssigkeitssubstition, Kreislaufstabilisierung.

Verlauf und Prognose

- Unzureichende Datenlage. Abhängig von Grunderkrankung.

5.19 Organisch manisches Syndrom

- **ICD-10: F 06.30**

Grundlagen

- **Synonym:** Somatogene Manie, sekundäre Manie, maniformes Durchgangssyndrom.
- **Definition:** Maniformes Krankheitsbild aufgrund einer körperlichen Erkrankung.
- **Ätiologie und Pathogenese:** Vielfältige organische Grunderkrankungen (s. Tab. 5.2).

Tab. 5.2 • **Mögliche Ursachen einer symptomatischen Manie**

Mögliche Ursachen	Mögliche diagnostische Schritte
Medikamente, Drogen	
• Steroide, ACTH • Antidepressiva • L-Dopa • Alkohol • Benzodiazepine • Barbiturate • Antikonvulsiva • Anticholinergika • Halluzinogene (z. B. Marihuana, Kokain, LSD) • Appetitzügler (Amphetamine)	Labor, Drogen- und Medikamentenscreening (S. 36)
neurologische Erkrankungen	
Tumoren des ZNS	CCT, kranielles MRT, EEG, Angiografie, neurol. Konsil
Epilepsie	EEG, neurol. Konsil
Infektion	CCT, Liquordiagnostik, Routinelabor, neurol. Konsil
Multiple Sklerose	kranielles MRT, Liquor, evozierte Potenziale, neurol. Konsil
Ischämie	CCT, kranielles MRT, neurol. Konsil

- Halluzinationen aller Sinnesgebiete können vorkommen.

Diagnostik

- Psychopathologische Untersuchung. Näheres s. Klinik (S. 141).
- Neurologischer und internistischer Status.
- Zusatzdiagnostik: Kranielles MRT oder CCT, Liquoruntersuchung.

Differenzialdiagnose

- Paranoid-halluzinatorische Form der Schizophrenie.
- Wahnhafte Störung.
- Delir.

Therapie

- Therapie der Grunderkrankung.
- Allgemeine Maßnahmen wie Flüssigkeitssubstition, Kreislaufstabilisierung.

Verlauf und Prognose

- Unzureichende Datenlage. Abhängig von Grunderkrankung.

5.19 Organisch manisches Syndrom

- **ICD-10: F 06.30**

Grundlagen

- **Synonym:** Somatogene Manie, sekundäre Manie, maniformes Durchgangssyndrom.
- **Definition:** Maniformes Krankheitsbild aufgrund einer körperlichen Erkrankung.
- **Ätiologie und Pathogenese:** Vielfältige organische Grunderkrankungen (s. Tab. 5.2).

Tab. 5.2 • **Mögliche Ursachen einer symptomatischen Manie**

Mögliche Ursachen	Mögliche diagnostische Schritte
Medikamente, Drogen	
• Steroide, ACTH • Antidepressiva • L-Dopa • Alkohol • Benzodiazepine • Barbiturate • Antikonvulsiva • Anticholinergika • Halluzinogene (z. B. Marihuana, Kokain, LSD) • Appetitzügler (Amphetamine)	Labor, Drogen- und Medikamentenscreening (S. 36)
neurologische Erkrankungen	
Tumoren des ZNS	CCT, kranielles MRT, EEG, Angiografie, neurol. Konsil
Epilepsie	EEG, neurol. Konsil
Infektion	CCT, Liquordiagnostik, Routinelabor, neurol. Konsil
Multiple Sklerose	kranielles MRT, Liquor, evozierte Potenziale, neurol. Konsil
Ischämie	CCT, kranielles MRT, neurol. Konsil

Tab. 5.2 • **Fortsetzung**

Mögliche Ursachen	Mögliche diagnostische Schritte
internistische Erkrankungen	
chron. Niereninsuffizienz mit Dialysepflichtigkeit	Anamnese, Labor, intern. Konsil
Hyperthyreose	s. Tab. 5.4
Cushing-Syndrom	s. Tab. 5.4
Morbus Addison	s. Tab. 5.4
Pellagra	Medikamentenanamnese, internistisches Konsil

Klinik

- **Psychopathologisch:**
  - Maniformes Syndrom (S. 107), insgesamt aber meist weniger intensiv ausgeprägt:
  - Gehobene Stimmungslage, Kritiklosigkeit, Enthemmung.
  - Überaktivität bis zur Erregtheit, vermehrte Reizbarkeit.
  - Ideenflüchtigkeit, Rededrang bis zur Logorrhö, Distanzlosigkeit.
  - Selbstvernachlässigung, soziale Probleme.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung:** Aktuelle Querschnittssymptomatik bei psychopathologisch im Übrigen leerer spezieller Anamnese.
- **Ausführliche Anamnese:** Grunderkrankung (Beginn, Symptome, bisherige Therapie, Therapierfolg), Beginn der maniformen Symptomantik (evtl. fremdanamnestische Angaben ergänzend einholen), biografische Anamnese.
- **Körperliche Untersuchung:** Internistischer und neurologischer Status.
- **Labor, apparative Diagnostik:** In Abhängigkeit von der Grunderkrankung.

Differenzialdiagnose

- Manie bei bipolar-affektiver Störung (S. 207): Phasischer Verlauf, oft ausgeprägte manische Symptomatik.
- Beginnende schizophrene Psychose (S. 194): Im Anfangsstadium schwer abgrenzbar, weniger Größenideen, vermehrt Denkstörungen.
- Frontotemporale Demenz (S. 126).
- Morbus Pick (S. 124).
- Durchgangssyndrom nach Hirnschädigung: Verlauf, neurologische Symptomatik.
- Hyperthyme (S. 214) oder stimmungslabile Primärpersönlichkeit (Persönlichkeitsstörung): Meist wenig fluktuierendes Persönlichkeitsbild, maniforme Symptomatik nicht sehr ausgeprägt.

Therapie

- **Allgemein-psychiatrisch:** Behandlung der Grunderkrankung. Bei schwerer ausgeprägter Symptomatik Beaufsichtigung und stationäre Überwachung.
- **Medikamentös:** Je nach Verträglichkeit zusätzlich dämpfende Antipsychotika (z. B. Levomepromazin 3 × 50 – 100 mg/d p. o. oder Zuclopenthixol 2 × 6 mg/d p. o. oder Olanzapin 2 × 5 mg/d p. o.) oder Quetiapin 2 × 50 mg/d.

Verlauf und Prognose

- Allgemein günstig, im Übrigen abhängig vom Verlauf der Grundkrankheit.

5.20 Organische Depression

- **ICD-10: F 06.32, F 32.9**

Grundlagen

- **Synonym:** Sekundäre Depression, somatogene Depression, depressives Durchgangssyndrom. Erschöpfungssyndrom, Chronic fatigue syndrome (S. 109).
- **Definition:** Depressives Krankheitsbild als Folge einer allgemeinen körperlichen Grunderkrankung.
- **Epidemiologie:** Prävalenz s. Tab. 5.3.
- **Ätiologie und Pathogenese:** Im Zusammenhang mit möglichen diagnostischen Schritten siehe Tab. 5.4.

Tab. 5.3 • **Prävalenz depressiver Episoden bei Patienten mit spezifischen nichtpsychiatrischen Erkrankungen (nach Preskorn)**

körperliche Erkrankung	Prävalenz (in%)
maligne Erkrankungen	25 – 40
Dialyse	10 – 20
Schlaganfall	27 – 35
Nierenerkrankungen	5 – 22
chronisches Schmerzsymptom	35 – > 50
Epilepsie	20 – 30
Morbus Parkinson	30 – 50
Herzinfarkt	20
Diabetes mellitus	10

Tab. 5.4 • **Mögliche Ursachen der symptomatischen Depression**

Organsystem	Beispiele, Verdachtsdiagnose	wegweisende Untersuchungen
neurologische Erkrankungen	Tumor, Metastase	CCT (kranielles MRT), EEG, Angiografie
	Epilepsie	EEG (Provokations-EEG)
	Enzephalitis, Meningitis	CCT, Liquor, Labor, evtl. Serologie
	Multiple Sklerose	kranielles MRT, Liquor
	Morbus Parkinson	s. Demenz bei Parkinson-Erkrankung (S. 130)
	Myasthenia gravis	Tensilon-Test, Ach-Rezeptor- AK
	Gefäßerkrankung	Labor, Dopplersonografie, CCT, kranielles MRT

Verlauf und Prognose

- Allgemein günstig, im Übrigen abhängig vom Verlauf der Grundkrankheit.

5.20 Organische Depression

- **ICD-10: F 06.32, F 32.9**

Grundlagen

- **Synonym:** Sekundäre Depression, somatogene Depression, depressives Durchgangssyndrom. Erschöpfungssyndrom, Chronic fatigue syndrome (S. 109).
- **Definition:** Depressives Krankheitsbild als Folge einer allgemeinen körperlichen Grunderkrankung.
- **Epidemiologie:** Prävalenz s. Tab. 5.3.
- **Ätiologie und Pathogenese:** Im Zusammenhang mit möglichen diagnostischen Schritten siehe Tab. 5.4.

Tab. 5.3 • **Prävalenz depressiver Episoden bei Patienten mit spezifischen nichtpsychiatrischen Erkrankungen (nach Preskorn)**

körperliche Erkrankung	Prävalenz (in%)
maligne Erkrankungen	25 – 40
Dialyse	10 – 20
Schlaganfall	27 – 35
Nierenerkrankungen	5 – 22
chronisches Schmerzsymptom	35 – > 50
Epilepsie	20 – 30
Morbus Parkinson	30 – 50
Herzinfarkt	20
Diabetes mellitus	10

Tab. 5.4 • **Mögliche Ursachen der symptomatischen Depression**

Organsystem	Beispiele, Verdachtsdiagnose	wegweisende Untersuchungen
neurologische Erkrankungen	Tumor, Metastase	CCT (kranielles MRT), EEG, Angiografie
	Epilepsie	EEG (Provokations-EEG)
	Enzephalitis, Meningitis	CCT, Liquor, Labor, evtl. Serologie
	Multiple Sklerose	kranielles MRT, Liquor
	Morbus Parkinson	s. Demenz bei Parkinson-Erkrankung (S. 130)
	Myasthenia gravis	Tensilon-Test, Ach-Rezeptor- AK
	Gefäßerkrankung	Labor, Dopplersonografie, CCT, kranielles MRT

Tab. 5.4 • **Fortsetzung**

Organsystem	Beispiele, Verdachtsdiagnose	wegweisende Untersuchungen
endokrinologische Erkrankungen	Hypo-, Hyperparathyreoidismus, Thyreoiditis	S-Calcium, S-PTH, S-Phosphat, alkalische Phosphatase, internist. Konsil
	Hyper- und Hypothyreose	TSH, T_3, T_4, Sonografie, internist. Konsil
	Morbus Addison	$S\text{-}Na^+ \downarrow$, $S\text{-}K^+ \uparrow$, evtl. $Ca^{2+} \uparrow$, ACTH-Test, NNR-Autoantikörper, Tuberkulintest, internist. Konsil
	Morbus Cushing	Klinik, Medikamentenanamnese, Dexamethason-Kurztest, internist. Konsil
	Phäochromozytom	Katecholamine im 24-h-Urin
metabolische Störungen	Niereninsuffizienz	Routinelabor, Kreatinin-Clearance, Sonografie, internist. Konsil
	Hypo- und Hyperglykämie	S-Glukose, HbA_{1c}, OGTT, Routinelabor, internist. Konsil
	akut-intermittierende Porphyrie	Urininspektion (rot nachdunkelnd?), Urin-Screening: Porphobilinogennachweis, internist. Konsil
	Hämochromatose	Serumeisen, -ferritin ↑, freies Transferrin ↓, internist. Konsil
	Hypokaliämie	K^+ im Serum und 24-h-Urin, BGA, EKG, internist. Konsil
	Morbus Wilson	$S\text{-}Cu^{2+} \uparrow$, Coeruloplasmin ↓, internist. Konsil
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	Herzinsuffizienz	EKG, Rö-Thorax, Echokardiografie, Ergometrie, internist. Konsil
	Hyper- und Hypotonie	Routinelabor, Langzeit-RR- Messung, -EKG, Rö-Thorax, internist. Konsil
	Arteriosklerose	Anamnese, Labor, Dopplersonografie der Halsgefäße, internist. Konsil
hämatologische Erkrankungen	Anämie	Routinelabor (v. a. Differenzialblutbild), intern. Konsil
	Funikuläre Myelose	Vit. B_{12} i. S. ↓, Folsäure, internist. Konsil
	Leukämie	internist. Konsil
Infektionskrankheiten	Tuberkulose	Mendel-Mantoux-Test, Tine- Test, internist. Konsil
	Pneumonie	Rö-Thorax, internist. Konsil, intensivmed. Therapie
	Viruserkrankungen	Anamnese, Klinik, Routinelabor, internist. Konsil
	Endokarditis	Anamnese, internist. Konsil
	Arthritis	orthopäd., internist. Konsil

Tab. 5.4 • **Fortsetzung**

Organsystem	Beispiele, Verdachtsdiagnose	wegweisende Untersuchungen
	Hepatitis	Anamnese, Serologie, Sonografie, internist. Konsil
	Mononukleose	Klinik, Routinelabor (v. a. Diff.- BB), Serologie, Oberbauch-Sonografie, EKG, intern. Konsil
(Para-)Neoplasien	maligne und konsumierende Erkrankungen, insbesondere Pankreaskarzinom (Leukämie s. o., Bronchial-, Ovarial-Ca)	Klinik, differenzierte Diagnostik (internist. u./o. chir. Konsil)
	Strahlentherapie	Anamnese, radioonkologisches Konsil
Kollagenosen	Lupus erythematodes	Labor (ANA, Anti-dsDNA-AK, Phospholipid-AK, BB, BSG, CRP, Komplement C_3, C_4 ↓), dermatol. Konsil
	Panarteriitis nodosa	Labor, evtl. pANCA, HBs-AG, internist. Konsil
	rheumatoide Arthritis (RA)	Labor (Rheumafaktor, BSG, CRP, Fe), ARA-Kriterien, internist. Konsil
andere	Morbus Ménière	HNO-Konsil
pharmakogen (S. 147)		

Klinik

- **Psychopathologisch:** Depressives Syndrom mit Erschöpfungsgefühl, Müdigkeit, Antriebsschwäche, Niedergeschlagenheit, Interesselosigkeit, Leeregefühl, diffusen Körperbeschwerden, Schlafstörungen, Inappetenz, Libidoverlust. „Chronic fatigue syndrome“ (S. 109).
- **Somatisch:** Abhängig von der Grunderkrankung, s. Tab. 5.4.

Diagnostik

- **Psychopathologischer Befund**. Näheres s. Klinik (S. 146).
- **Körperliche Untersuchung:** Ausführlicher internistischer und neurologischer Status.
- **Anamnese, Fremdanamnese:** Beginn der Symptomatik, Verlauf, Begleiterkrankung, bisherige Therapie, Biografie; leere psychiatrische Anamnese.
- **Apparative Diagnostik:** Differenzierte Untersuchungen entsprechend der Verdachtsdiagnose, Tab. 5.4.

Differenzialdiagnose

- Reaktive Depression bzw. Anpassungsstörung aufgrund der Grunderkrankung: Genaue Exploration, testpsychologische Persönlichkeitsdiagnostik.
- Larvierte Depression bzw. somatisierte Depression (S. 208): Eher phasischer Verlauf. Keine Organsystematik!
- Psychosomatische Erkrankung bzw. somatoforme Störung: Fehlende organische Ursachen, ansonsten häufig schwierige Differenzialdiagnose.
- Dysthymia (S. 214)

Therapie

- **Allgemein-psychiatrisch:**
  - Konsequente Behandlung des Grundleidens, roborierende und pflegerische Maßnahmen, Bewegungs- und Physiotherapie (S. 343), evtl. Kur- oder Erholungsaufenthalt (bei Erschöpfungszustand oder Kreislaufschwäche).
  - Therapeutische Gespräche bzw. stützende (supportive) Psychotherapie, auch mit Aufklärung und Entwicklung von Coping-Strategien (S. 348).
- **Medikamentös:** Bei stärkerer Ausprägung der Depressivität antidepressive Medikation (z. B. Sertralin 50–150 mg/d p. o. oder anderes nichttrizyklisches Antidepressivum).

  Hinweis: Mögliche Auswirkungen auf das Grundleiden beachten!

Verlauf und Prognose

- Grundsätzlich abhängig vom weiteren Verlauf der Grunderkrankung, vor allem auch einer hierfür eventuell notwendigen Dauermedikation (depressiogene Wirkung verschiedener Medikamente beachten).
- Mögliche Verlaufsformen:
  - Adaptation mit Abklingen der depressiven Symptomatik trotz nicht erreichter Vollremission zu früherer Befindlichkeit und Leistungsfähigkeit.
  - Verschleppte depressive Zustandsbilder häufig noch längere Zeit nach Abklingen der somatischen Erkrankung, vor allem infektiöser oder konsumierender Krankheiten („postinfektiöse Depression").

5.21 Sonderform: Pharmakogene Depression

- **ICD-10: F 13**

Grundlagen

- **Definition:** Unter Behandlung mit Antipsychotika oder ähnlich wirksamen Pharmaka auftretendes depressives Krankheitsbild (iatrogene Depression). Depression durch andere Medikamente.
- **Ätiologie und Pathogenese:**
  - Offenbar depressiogene Beeinflussung des zerebralen Neurotransmitterstoffwechsels durch Antipsychotika (S. 314) oder ähnlich wirkende Psychopharmaka bei 20–30 % der Behandlungsfälle.

  Hinweis: Stets nicht einschätzbare Interferenz mit der Grunderkrankung!

Klinik

- **Psychopathologisch:** Merkmale des depressiven Syndroms (S. 106).

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung**. Näheres s. Klinik (S. 147).
- **Anamnese:** Allgemeine, Fremd- und Medikamentenanamnese (zeitlicher Zusammenhang, Dosierung?).
- **Körperliche Untersuchung:** Internistischer und neurologischer Status.
- **Apparative Untersuchungen** abhängig von zugrunde liegender Grunderkrankung (Symptomatik, Progredienz, Therapieform).

Differenzialdiagnose

- Chronischer Medikamentenmissbrauch (insbesondere Hypnotika, Benzodiazepine, Analgetika): Anamnese, Screening.
- Drogen- und/oder Alkoholabusus (S. 159): Anamnese, Screening.
- Symptomatische Depression (S. 144): Anamnese, körperliche Diagnostik.

Therapie

- **Allgemein-psychiatrisch:**
  - Konsequente Behandlung des Grundleidens, roborierende und pflegerische Maßnahmen, Bewegungs- und Physiotherapie (S. 343), evtl. Kur- oder Erholungsaufenthalt (bei Erschöpfungszustand oder Kreislaufschwäche).
  - Therapeutische Gespräche bzw. stützende (supportive) Psychotherapie, auch mit Aufklärung und Entwicklung von Coping-Strategien (S. 348).
- **Medikamentös:** Bei stärkerer Ausprägung der Depressivität antidepressive Medikation (z. B. Sertralin 50–150 mg/d p. o. oder anderes nichttrizyklisches Antidepressivum).

  Hinweis: Mögliche Auswirkungen auf das Grundleiden beachten!

Verlauf und Prognose

- Grundsätzlich abhängig vom weiteren Verlauf der Grunderkrankung, vor allem auch einer hierfür eventuell notwendigen Dauermedikation (depressiogene Wirkung verschiedener Medikamente beachten).
- Mögliche Verlaufsformen:
  - Adaptation mit Abklingen der depressiven Symptomatik trotz nicht erreichter Vollremission zu früherer Befindlichkeit und Leistungsfähigkeit.
  - Verschleppte depressive Zustandsbilder häufig noch längere Zeit nach Abklingen der somatischen Erkrankung, vor allem infektiöser oder konsumierender Krankheiten („postinfektiöse Depression").

5.21 Sonderform: Pharmakogene Depression

- **ICD-10: F 13**

Grundlagen

- **Definition:** Unter Behandlung mit Antipsychotika oder ähnlich wirksamen Pharmaka auftretendes depressives Krankheitsbild (iatrogene Depression). Depression durch andere Medikamente.
- **Ätiologie und Pathogenese:**
  - Offenbar depressiogene Beeinflussung des zerebralen Neurotransmitterstoffwechsels durch Antipsychotika (S. 314) oder ähnlich wirkende Psychopharmaka bei 20–30 % der Behandlungsfälle.

  Hinweis: Stets nicht einschätzbare Interferenz mit der Grunderkrankung!

Klinik

- **Psychopathologisch:** Merkmale des depressiven Syndroms (S. 106).

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung**. Näheres s. Klinik (S. 147).
- **Anamnese:** Allgemeine, Fremd- und Medikamentenanamnese (zeitlicher Zusammenhang, Dosierung?).
- **Körperliche Untersuchung:** Internistischer und neurologischer Status.
- **Apparative Untersuchungen** abhängig von zugrunde liegender Grunderkrankung (Symptomatik, Progredienz, Therapieform).

Differenzialdiagnose

- Chronischer Medikamentenmissbrauch (insbesondere Hypnotika, Benzodiazepine, Analgetika): Anamnese, Screening.
- Drogen- und/oder Alkoholabusus (S. 159): Anamnese, Screening.
- Symptomatische Depression (S. 144): Anamnese, körperliche Diagnostik.

- Postpsychotische Depression bzw. postremissives Erschöpfungssyndrom (S. 192): Anamnese, Fremdanamnese.

Therapie

- **Allgemein-psychiatrisch:** Beratung, stützende Gespräche.
- **Medikamentös:**
  - Wechsel der Medikation.
  - *Alternativ:* Kombination mit Antidepressivum im Sinne einer Zwei-Zügel-Therapie.

Verlauf und Prognose

- Abhängig von der Verträglichkeit der weiteren Medikation und vom Verlauf der Grunderkrankung.

5.22 Organische Angststörung

- **ICD-10: F 06.4**

Grundlagen

- **Synonym:** Somatogenes Angstsyndrom, symptomatisches Angstsyndrom.
- **Definition:** Angstsymptomatik aufgrund einer körperlichen Erkrankung.
- **Ätiologie und Pathogenese:** Siehe Tab. 5.5.

Klinik

- Psychopathologisch allgemeine Angstsymptomatik: Unruhe, Unbehagen, Besorgnis, Körpermissempfindungen und vegetative Symptome.
- Bild generalisierter Angsterkrankung (S. 223), aber auch anfallsartige Angst bzw. Panikattacken möglich.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung**. Näheres s. Klinik (S. 148).
- **Anamnese:** Grunderkrankung (Beginn, Symptome, bisheriger Verlauf, bisherige Therapie), Angstsymptome seit wann, welcher Art? Fehlender anamnestischer Hinweis auf andersartige psychische Störungen.
- **Körperliche Untersuchung:** Internistischer und neurologischer Status.
- **Apparative Diagnostik:** Abhängig von der zugrunde liegenden Erkrankung (vgl. Tab. 5.4).

Differenzialdiagnose

- Authochthone Angsterkrankung (S. 223): Häufiger mit Phobien und Panikattacken verbunden.
- Persönlichkeitsstörung (S. 268) mit Angstsymptomatik: Einförmig ängstlich-vorsichtige Grundhaltung.
- Belastungsreaktion oder Anpassungsstörung infolge der Organerkrankung: Genaue psychopathologische Befunderhebung! Anamnese!

Therapie

- **Vorrangig** Behandlung der Grunderkrankung!
- **Medikamentös:**
  - *Kurzfristig:* Benzodiazepine (S. 328), z. B. Lorazepam, Oxazepam oder Diazepam.
  - *Mittel- oder langfristig:* Anxiolytische Phytotherapeutika (z. B. Hopfen/Baldrian-Johanniskraut-Kombinationspräparate) oder Buspiron oder Opipramol oder Hydroxyzin oder Pregabalin (S. 328).

- Postpsychotische Depression bzw. postremissives Erschöpfungssyndrom (S. 192): Anamnese, Fremdanamnese.

Therapie

- **Allgemein-psychiatrisch:** Beratung, stützende Gespräche.
- **Medikamentös:**
  - Wechsel der Medikation.
  - *Alternativ:* Kombination mit Antidepressivum im Sinne einer Zwei-Zügel-Therapie.

Verlauf und Prognose

- Abhängig von der Verträglichkeit der weiteren Medikation und vom Verlauf der Grunderkrankung.

5.22 Organische Angststörung

- **ICD-10: F 06.4**

Grundlagen

- **Synonym:** Somatogenes Angstsyndrom, symptomatisches Angstsyndrom.
- **Definition:** Angstsymptomatik aufgrund einer körperlichen Erkrankung.
- **Ätiologie und Pathogenese:** Siehe Tab. 5.5.

Klinik

- Psychopathologisch allgemeine Angstsymptomatik: Unruhe, Unbehagen, Besorgnis, Körpermissempfindungen und vegetative Symptome.
- Bild generalisierter Angsterkrankung (S. 223), aber auch anfallsartige Angst bzw. Panikattacken möglich.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung**. Näheres s. Klinik (S. 148).
- **Anamnese:** Grunderkrankung (Beginn, Symptome, bisheriger Verlauf, bisherige Therapie), Angstsymptome seit wann, welcher Art? Fehlender anamnestischer Hinweis auf andersartige psychische Störungen.
- **Körperliche Untersuchung:** Internistischer und neurologischer Status.
- **Apparative Diagnostik:** Abhängig von der zugrunde liegenden Erkrankung (vgl. Tab. 5.4).

Differenzialdiagnose

- Authochthone Angsterkrankung (S. 223): Häufiger mit Phobien und Panikattacken verbunden.
- Persönlichkeitsstörung (S. 268) mit Angstsymptomatik: Einförmig ängstlich-vorsichtige Grundhaltung.
- Belastungsreaktion oder Anpassungsstörung infolge der Organerkrankung: Genaue psychopathologische Befunderhebung! Anamnese!

Therapie

- **Vorrangig** Behandlung der Grunderkrankung!
- **Medikamentös:**
  - *Kurzfristig:* Benzodiazepine (S. 328), z. B. Lorazepam, Oxazepam oder Diazepam.
  - *Mittel- oder langfristig:* Anxiolytische Phytotherapeutika (z. B. Hopfen/Baldrian-Johanniskraut-Kombinationspräparate) oder Buspiron oder Opipramol oder Hydroxyzin oder Pregabalin (S. 328).

- Bei körperlich betonter Symptomatik Betarezeptorenblocker (*cave* Reizleitungsstörungen, Hypotonie!).

▶ **Psychiatrisch:** Begleitende, stützende Psychotherapie (S. 350).

Verlauf und Prognose

▶ Weitgehend abhängig von: Entwicklung der Grunderkrankung, Aufbau von Coping-Strategien, Qualität der begleitenden Psychotherapie.

Hinweis: Möglicherweise sekundäre Belastung der Prognose durch Gewöhnung an Analgetika (S. 177) oder Benzodiazepine (S. 175).

Tab. 5.5 • **Krankheiten und Substanzen, die eine Angstsymptomatik hervorrufen können**

Stoffgruppen, Organsysteme	einzelne Erkrankungen, Ursachen	mögliche diagnostische Schritte
Drogen, Pharmaka	• Halluzinogene • Amphetamine • Kokain • andere Drogen • Schilddrüsenhormone • Sympathomimetika • Antipsychotika	Drogenanamnese, Drogen- und Medikamentenscreening
neurologische Erkrankungen	Enzephalitis	Neurostatus, Liquor, neurol. Konsil
	Hirntumor	CCT, MRT, neurol. Konsil
	Multiple Sklerose	Neurostatus, MRT, Liquor, neurol. Konsil
	Morbus Parkinson	neurol. Konsil (S. 130)
	Petit-mal-Anfälle Abortive epileptische Anfälle	epileptische Psychose (S. 137), neurol. Konsil
internistische Erkrankungen	Hyperthyreose	s. Tab. 5.4, internist. Konsil
	Hypoglykämie	internist. Konsil
	Hyperparathyreoidismus	Labor (Ca^{2+}, Phosphat, PTH), internist. Konsil
	Porphyrie	Urin (Inspektion, Porphobilinogen), internist. Konsil
	Hyperkortisolismus	Labor (Dexamethasontest, ACTH, Cortisol i. U.), internist. Konsil
	Morbus Ménière	HNO-Konsil
	Karzinoid	5-Hydroxyindolessigsäure im 24-h-Urin, Sono, internist. Konsil
	Phäochromozytom	Katecholamine im 24-h-Urin, internist. Konsil
	koronare Herzerkrankung	internistische Abklärung: EKG, Echokardiografie, Rö-Thorax, Lungenfunktion
	pulmonale Grunderkrankung	internist. Konsil
	paroxysmale Tachykardie	EKG, intern.-kardiol. Konsil
	Mitralklappenprolaps	EKG, Echokardiografie, kardiol. Konsil

5.23 Leichte kognitive Störung

- **ICD 10: F 06.7**

Grundlagen

- **Synonym:** Mild cognitive impairment (MCI).
- **Definition:** Oft nur subjektiv wahrnehmbare Störungen des Gedächtnisses, der Konzentration und der Aufmerksamkeit, weniger der Orientierung, ohne wesentliche Einschränkung alltagsrelevanter Funktionen.
- **Ätiologie und Pathogenese:** Beeinträchtigung der Hirnfunktionen bzw. Hirnleistung aufgrund einer Vielzahl zerebraler und systemischer Erkrankungen.

Klinik

- Vor allem subjektive Beeinträchtigung der Gedächtnisleistung, Vergesslichkeit, Leistungsverlust.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung**. Näheres s. Klinik (S. 150).
- **Anamnese bzw. Fremdanamnese:** Möglichst genaue Erfassung des kognitiven Ausgangsniveaus, fremdanamnestische Angaben zu Leistungseinbußen.
- **Testdiagnostik:** Leistungsdiagnostik, vor allem auch zur Verlaufsbeurteilung.
- **Körperliche Untersuchung:** Internistischer und neurologischer Befund.
- **Labor:**
  - Routinelabor (S. 34). Endokrinologische Ursachen ausschließen!
  - Ggf. Medikamenten- und Drogenscreening.
  - Evtl. Liquordiagnostik mit Bestimmung von TAU Proteinen.

Differenzialdiagnose

- Postenzephalitisches Syndrom
- Psychosyndrom nach Schädel-Hirn-Trauma
- Chronic Fatigue Syndrom; Burnout. Hypothyreose.

Therapie

- Aufklärung, Psychoedukation!
- Verlaufsbeobachtung, bei Progredienz ggf. frühzeitiger Einsatz von Cholinesteraseinhibitoren.

Verlauf und Prognose

- 15 % der Patienten mit MCI entwickeln im Verlauf eines Jahres eine Demenz (zumeist vom Alzheimer-Typ). Im Übrigen abhängig von der Grunderkrankung.

5.24 Medikamenteninduzierte psychische Störung

- **ICD-10: F 06.8**

Grundlagen

- **Definition:** Psychische Veränderungen nach Applikation von Medikamenten mit sekundärer psychotroper Wirkung.
- **Ätiologie und Pathogenese:** Beeinträchtigung der Hirnfunktionen bzw. Hirnleistung aufgrund unerwünschter Begleitwirkungen verschiedener Medikamente ohne psychotrope Intention.

- **Auslöser medikamenteninduzierter Psychosen:**
  - Antibiotika (v. a. Sulfonamide, Tuberkulo- u. Zytostatika)
  - Anticholinergika
  - Dopaminergika
  - Antihistaminika
  - Antikonvulsiva
  - Appetitzügler
  - Betarezeptorenblocker
  - Analgetika
  - Immunstimulantien u. -suppressiva
  - Antirheumatika
  - Steroide
  - Kontrazeptiva
  - Spasmolytika

Klinik

- Bei entsprechender Disposition, vorgeschädigtem Gehirn sowie vor allem älteren Patienten können sich innerhalb von Stunden bis Tagen nach Einnahme oben genannter Pharmaka ein delirantes Syndrom (S. 87) oder reversible Durchgangssyndrome (S. 142) aller Spielarten entwickeln.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung**. Näheres s. Klinik (S. 151).
- **Anamnese bzw. Fremdanamnese:** Genaue Auflistung aller eingenommenen Medikamente, Krankheitsanamnese.
- **Körperliche Untersuchung:** Internistischer und neurologischer Befund.
- **Labor:**
  - Routinelabor (S. 34): Auffälligkeiten, medikamenteninduzierte Laborveränderungen (Nebenwirkungen)?
  - Serumspiegelbestimmung bzw. Medikamenten- und Drogenscreening (S. 36).

Differenzialdiagnose

- Missbrauch von Analgetika, Hypnotika oder Halluzinogenen, Drogen- und/oder Alkohol: Anamnese, Fremdanamnese, Serum-/Urinspiegel bestimmen.
- Stets neurologische Systemerkrankung ausschließen, z. B. beginnende Demenz.

Therapie

- Aufklärung, Psychoedukation (S. 363)!
- Indikation der Medikation überprüfen! Eventuell Dosisanpassung, soweit vertretbar Absetzen aller Medikamente und Wechsel auf ein anderes Präparat bzw. Umstellung der therapeutischen Maßnahmen.

Verlauf und Prognose

- Abhängig von weiterer Medikation bzw. von der Grunderkrankung.

5.25 Psychotische Störung durch Vitamin-B_{12}-Mangel

- **ICD-10: F 06, E 53.8, F 02.8**

Grundlagen

- **Definition:** Psychopathologisches Krankheitsbild aufgrund eines anhaltenden Defizits an Vitamin B_{12} (Cobalamin).
- **Neurologische Manifestationsform:** Funikuläre Myelose (Degeneration der Hinter- und Vorderseitenstränge).

- **Auslöser medikamenteninduzierter Psychosen:**
  - Antibiotika (v. a. Sulfonamide, Tuberkulo- u. Zytostatika)
  - Anticholinergika
  - Dopaminergika
  - Antihistaminika
  - Antikonvulsiva
  - Appetitzügler
  - Betarezeptorenblocker
  - Analgetika
  - Immunstimulantien u. -suppressiva
  - Antirheumatika
  - Steroide
  - Kontrazeptiva
  - Spasmolytika

Klinik

- Bei entsprechender Disposition, vorgeschädigtem Gehirn sowie vor allem älteren Patienten können sich innerhalb von Stunden bis Tagen nach Einnahme oben genannter Pharmaka ein delirantes Syndrom (S. 87) oder reversible Durchgangssyndrome (S. 142) aller Spielarten entwickeln.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung**. Näheres s. Klinik (S. 151).
- **Anamnese bzw. Fremdanamnese:** Genaue Auflistung aller eingenommenen Medikamente, Krankheitsanamnese.
- **Körperliche Untersuchung:** Internistischer und neurologischer Befund.
- **Labor:**
  - Routinelabor (S. 34): Auffälligkeiten, medikamenteninduzierte Laborveränderungen (Nebenwirkungen)?
  - Serumspiegelbestimmung bzw. Medikamenten- und Drogenscreening (S. 36).

Differenzialdiagnose

- Missbrauch von Analgetika, Hypnotika oder Halluzinogenen, Drogen- und/oder Alkohol: Anamnese, Fremdanamnese, Serum-/Urinspiegel bestimmen.
- Stets neurologische Systemerkrankung ausschließen, z. B. beginnende Demenz.

Therapie

- Aufklärung, Psychoedukation (S. 363)!
- Indikation der Medikation überprüfen! Eventuell Dosisanpassung, soweit vertretbar Absetzen aller Medikamente und Wechsel auf ein anderes Präparat bzw. Umstellung der therapeutischen Maßnahmen.

Verlauf und Prognose

- Abhängig von weiterer Medikation bzw. von der Grunderkrankung.

5.25 Psychotische Störung durch Vitamin-B_{12}-Mangel

- **ICD-10: F 06, E 53.8, F 02.8**

Grundlagen

- **Definition:** Psychopathologisches Krankheitsbild aufgrund eines anhaltenden Defizits an Vitamin B_{12} (Cobalamin).
- **Neurologische Manifestationsform:** Funikuläre Myelose (Degeneration der Hinter- und Vorderseitenstränge).

5.25 Psychotische Störung durch Vitamin-B_{12}-Mangel

- **Ätiologie:**
  - Am häufigsten ungenügende Resorption von Vitamin B_{12}:
    - Mangel an intrinsic-factor (durch atrophische Gastritis, Magenresektion).
    - Malabsorption (z. B. Erkrankungen des Ileum, Pankreasinsuffizienz).
  - Erschöpfung der Vitaminspeicher: Kachexie, Schwangerschaft, Magersucht, extremes Fasten, chronischer Alkoholismus.
  - Medikamente: z. B. Phenytoin, Phenobarbital, Phenylbutazon, Primidon, Zytostatika, Biguanide.
  - Ungenügende Zufuhr (selten)
- **Pathogenese:** Markscheidenschwund im Bereich des zentralen Nervensystems mit schließlich irreversiblem Axonzerfall und gliöser Vernarbung. Perivaskuläre Demyelinisationen (s. Lehrbücher der Neurologie).

Klinik

- **Psychopathologisch:**
  - Depressive und/oder paranoide Symptome.
  - Delirant anmutende, schizophreniforme Bilder mit und ohne Bewusstseins- und Orientierungsstörungen (S. 84).
  - Demenzielles Syndrom bei fortgeschrittener Erkrankung.
- **Körperlich** (Symptome der Anämie bzw. des Vitamin-B_{12}-Mangels):
  - *Allgemein (Anämie):* Blässe, Schwäche, Dyspnoe, Subikterus.
  - *Gastrointestinal:* Atrophische (Hunter-)Glossitis (glatte, gerötete, brennende Zunge), Diarrhoe, Gewichtsverlust.
  - *Neurologisch:* Sensibilitätsstörungen (Oberflächen- und Tiefensensibilität), spinale Ataxie, Paresen, Pyramidenbahnzeichen, Schmerzen.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung** (s. Klinik).
- **Körperliche Untersuchung:** Allgemeinzustand, Hautfarbe, Skleren, Neurostatus, internistisches Konsil.
- **Anamnese:** Gastrektomie, andere Vorerkrankungen oder -operationen, Medikamente (s. o.), Alkoholabusus?
- **Labor:**
  - Blutbild, Differenzialblutbild (makrozytäre, hyperchrome Anämie, häufig Thrombo- und Leukopenie).
  - Bestimmung des Vitamin-B_{12}-Spiegels im Serum: < 150 pg/ml (normal > 150–180 pg/ml).
  - Bestimmung des Folsäure-Spiegels im Serum (normal 4–20 ng/ml).
  - Hämolyseparameter (LDH, Serum-Eisen, indirektes Bilirubin).

Differenzialdiagnose

- Hepatische Porphyrie (ICD-10: F 05): Fluktuierende psychotische Symptomatik. Klinisch-neurologisch Anfälle, Fokalzeichen. Rezidivierende Koliken, typische Auslöser, Urinbefund.
- Enzephalomyelitis disseminata: Typischerweise keine Anämie. Im MRT des Gehirns Entzündungsherde, Liquor chronisch-entzündlich verändert, evozierte Potenziale (v. a. VEP, SEP): Latenzverzögerungen, Amplitudenreduktion, Potenzialdispersion.
- AIDS: Klinisches Gesamtbild, positive HIV-Serologie.
- Zönästhetische Form (S. 88) der Schizophrenie (S. 184): Unauffälliger neurologischer und Laborbefund.
- Somatisierte Depression (S. 208): Unauffälliger Neurostatus, normale Laborbefunde.
- Somatoforme Störung: Unauffälliger Neurostatus und Laborbefund.

Therapie

- **Therapie der Grunderkrankung**, allgemein-roborierende Maßnahmen.
- **Medikamentös:** s. Tab. 5.6.
- **Psychiatrisch, psychotherapeutisch:** Stets stützende therapeutische Gespräche (S. 350). Aufklärung und Beratung.

Verlauf und Prognose

- Abhängig von Behandlung der Grunderkrankung. Bei adäquater Therapie und einer Symptomdauer < 3 Monaten ist eine Restitutio ad integrum möglich.

Tab. 5.6 • **Medikamentöse Therapie der funikulären Myelose**

	zeitlicher Ablauf	Dosierung
Vitamin-B_{12}- Substitution	5 Tage	1 000 µg/Tag i. m.
	bis zur Normalisierung der Anämie	500 µg/Woche i. m.
	Dauersubstitution	500 µg alle 3 Monate i. m.
additiv: Folsäure	bis zur Beschwerdefreiheit	10–15 mg/Tag p. o.

5.26 Psychische Störungen in der Schwangerschaft

- **ICD-10: F 099.3**

Grundlagen

- **Synonym:** Gestationspsychose. Generationspsychose.
- **Definition:** Während der Schwangerschaft auftretende Psychose.
- **Epidemiologie:** Steigendes Risiko mit der Schwangerschaftsdauer.
- **Ätiologie/Pathogenese:**
  - Allmähliche, jedoch tiefgreifende hormonelle Umstellung des Organismus.
  - Psychologische bzw. psychosoziale Faktoren (z.B Einstellung auf die neue Lebenssituation).
  - Dispositionelle (genetische?) Einflüsse.

Hinweis: Im Allgemeinen hat die Schwangerschaft eher eine psychoprotektive Wirkung. Im Wochenbett (S. 262) treten dagegen 10-mal häufiger Psychosen auf.

Klinik

- Psychopathologisch vielgestaltige depressive und schizophreniforme Krankheitsbilder:
  - Erregtheit und Unruhe, Depressivität, latente oder manifeste Suizidalität.
  - Bisweilen Halluzinationen und Wahnsymptome.

  Hinweis: Häufig existieren schizoaffektive Mischformen.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung:** Querschnittssymptomatik in zeitlicher Relation zur Schwangerschaft (s. Klinik).
- **Körperliche Untersuchung, gynäkologisches Konsil** (Präeklampsie ausschließen): RR-Kontrolle (Hypertonie in der Schwangerschaft > 140/90 mm Hg), Urinkontrolle (Proteinurie?, Infektion?), Kontrolle einer möglichen Vasokonstriktion (Augenhintergrund!). Zustand des Fetus (CTG, Ultraschall).
- **Labor:** Blutbild (Hb, Thrombozyten, Eiweiß, Transaminasen).

Therapie

- **Therapie der Grunderkrankung**, allgemein-roborierende Maßnahmen.
- **Medikamentös:** s. Tab. 5.6.
- **Psychiatrisch, psychotherapeutisch:** Stets stützende therapeutische Gespräche (S. 350). Aufklärung und Beratung.

Verlauf und Prognose

- Abhängig von Behandlung der Grunderkrankung. Bei adäquater Therapie und einer Symptomdauer < 3 Monaten ist eine Restitutio ad integrum möglich.

Tab. 5.6 • **Medikamentöse Therapie der funikulären Myelose**

	zeitlicher Ablauf	Dosierung
Vitamin-B_{12}- Substitution	5 Tage	1 000 µg/Tag i. m.
	bis zur Normalisierung der Anämie	500 µg/Woche i. m.
	Dauersubstitution	500 µg alle 3 Monate i. m.
additiv: Folsäure	bis zur Beschwerdefreiheit	10–15 mg/Tag p. o.

5.26 Psychische Störungen in der Schwangerschaft

- **ICD-10: F 099.3**

Grundlagen

- **Synonym:** Gestationspsychose. Generationspsychose.
- **Definition:** Während der Schwangerschaft auftretende Psychose.
- **Epidemiologie:** Steigendes Risiko mit der Schwangerschaftsdauer.
- **Ätiologie/Pathogenese:**
  - Allmähliche, jedoch tiefgreifende hormonelle Umstellung des Organismus.
  - Psychologische bzw. psychosoziale Faktoren (z.B Einstellung auf die neue Lebenssituation).
  - Dispositionelle (genetische?) Einflüsse.

Hinweis: Im Allgemeinen hat die Schwangerschaft eher eine psychoprotektive Wirkung. Im Wochenbett (S. 262) treten dagegen 10-mal häufiger Psychosen auf.

Klinik

- Psychopathologisch vielgestaltige depressive und schizophreniforme Krankheitsbilder:
  - Erregtheit und Unruhe, Depressivität, latente oder manifeste Suizidalität.
  - Bisweilen Halluzinationen und Wahnsymptome.

  Hinweis: Häufig existieren schizoaffektive Mischformen.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung:** Querschnittssymptomatik in zeitlicher Relation zur Schwangerschaft (s. Klinik).
- **Körperliche Untersuchung, gynäkologisches Konsil** (Präeklampsie ausschließen): RR-Kontrolle (Hypertonie in der Schwangerschaft > 140/90 mm Hg), Urinkontrolle (Proteinurie?, Infektion?), Kontrolle einer möglichen Vasokonstriktion (Augenhintergrund!). Zustand des Fetus (CTG, Ultraschall).
- **Labor:** Blutbild (Hb, Thrombozyten, Eiweiß, Transaminasen).

Differenzialdiagnose

- Reaktivierung einer latenten Psychose: Anamnese!
- Angst vor Schwangerschaft und Geburt: Explorative Abklärung.
- Anpassungsstörung: Psychopathologische Diagnostik, Testpsychologie.

Therapie

- **Psychiatrisch, psychotherapeutisch:** Stützende (supportive) Psychotherapie (S. 350), Ablenkung, Ergotherapie, Soziotherapie (S. 392).
- Eine medikamentöse Behandlung ist schwangerschaftsbedingt nur sehr eingeschränkt möglich.
  - Während des 1. Trimenons sollten möglichst keine Psychopharmaka und Phasenprophylaktika eingesetzt werden. In Notfällen am ehesten bis 5 mg Haloperidol täglich verabreichen.
  - Nach dem 1. Trimenon ist auch eine Therapie mit Antipsychotika (z. B. Haloperidol) und/oder Antidepressiva (z. B. Fluoxetin) und/oder Benzodiazepinen (z. B. Lorazepam, Oxazepam) erlaubt.

Verlauf und Prognose

- Häufig wellenartiger Ablauf mit rezidivierender Depressivität und Komplikationen durch unberechenbare Suizidalität.
- Gelegentlich Einmünden in affektive Psychose (S. 203), die dann nach der Geburt mit einem typischem Verlauf fortbesteht.

5.27 Commotio cerebri (Gehirnerschütterung)

- **ICD-10: F 07.2, S 06.0**

Grundlagen

- **Definition:** Leichteste Form eines Schädelhirntraumas, das passager zu psychischen Beeinträchtigungen führen kann (Schädelhirntrauma Grad I, s. Lehrbücher der Neurologie).
- **Ätiologie und Pathogenese:** Infolge mechanischer Gewalteinwirkung vorübergehende Störung der Hirnfunktionen aufgrund kolloidchemischer Veränderungen in den Parenchymzellen.

Klinik

- **Psychopathologisch (reversible Störungen):**
  - Bewusstlosigkeit bis zu einer Stunde mit retrograder und/oder anterograder Amnesie.
  - Kopfschmerzen, Schwindel, Übelkeit und Erbrechen.
- **Mögliche postkommotionelle Beschwerden** („postkommotionelles Syndrom", häufig über Monate):
  - Vergesslichkeit, Konzentrationsstörungen.
  - Erschöpfungsgefühl, Schlafstörungen, Reizbarkeit und Affektlabilität.

  Hinweis: Keine neurologischen Ausfälle!

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung:** Unmittelbarer zeitlicher Zusammenhang zwischen Trauma und Folgeerscheinungen. Näheres s. Klinik (S. 154).
- **Neurostatus:** Fehlende neurologische Komplikationen.

Differenzialdiagnose

- Reaktivierung einer latenten Psychose: Anamnese!
- Angst vor Schwangerschaft und Geburt: Explorative Abklärung.
- Anpassungsstörung: Psychopathologische Diagnostik, Testpsychologie.

Therapie

- **Psychiatrisch, psychotherapeutisch:** Stützende (supportive) Psychotherapie (S. 350), Ablenkung, Ergotherapie, Soziotherapie (S. 392).
- Eine medikamentöse Behandlung ist schwangerschaftsbedingt nur sehr eingeschränkt möglich.
  - Während des 1. Trimenons sollten möglichst keine Psychopharmaka und Phasenprophylaktika eingesetzt werden. In Notfällen am ehesten bis 5 mg Haloperidol täglich verabreichen.
  - Nach dem 1. Trimenon ist auch eine Therapie mit Antipsychotika (z. B. Haloperidol) und/oder Antidepressiva (z. B. Fluoxetin) und/oder Benzodiazepinen (z. B. Lorazepam, Oxazepam) erlaubt.

Verlauf und Prognose

- Häufig wellenartiger Ablauf mit rezidivierender Depressivität und Komplikationen durch unberechenbare Suizidalität.
- Gelegentlich Einmünden in affektive Psychose (S. 203), die dann nach der Geburt mit einem typischem Verlauf fortbesteht.

5.27 Commotio cerebri (Gehirnerschütterung)

- **ICD-10: F 07.2, S 06.0**

Grundlagen

- **Definition:** Leichteste Form eines Schädelhirntraumas, das passager zu psychischen Beeinträchtigungen führen kann (Schädelhirntrauma Grad I, s. Lehrbücher der Neurologie).
- **Ätiologie und Pathogenese:** Infolge mechanischer Gewalteinwirkung vorübergehende Störung der Hirnfunktionen aufgrund kolloidchemischer Veränderungen in den Parenchymzellen.

Klinik

- **Psychopathologisch (reversible Störungen):**
  - Bewusstlosigkeit bis zu einer Stunde mit retrograder und/oder anterograder Amnesie.
  - Kopfschmerzen, Schwindel, Übelkeit und Erbrechen.
- **Mögliche postkommotionelle Beschwerden** („postkommotionelles Syndrom", häufig über Monate):
  - Vergesslichkeit, Konzentrationsstörungen.
  - Erschöpfungsgefühl, Schlafstörungen, Reizbarkeit und Affektlabilität.

  Hinweis: Keine neurologischen Ausfälle!

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung:** Unmittelbarer zeitlicher Zusammenhang zwischen Trauma und Folgeerscheinungen. Näheres s. Klinik (S. 154).
- **Neurostatus:** Fehlende neurologische Komplikationen.

- **Apparative Diagnostik:**
  - *CCT:* Epidurales, subdurales Hämatom ausschließen!
  - *EEG:* Allenfalls passagere Allgemeinveränderungen (Abflachung oder Frequenzminderung).

Differenzialdiagnose

- **Als mögliche Schädigungsursache sind auszuschließen:**
  - Kollaps mit anderweitigen Bagatellverletzungen: Körperliche Untersuchung, Anamnese.
  - Vertebrobasiläre Insuffizienz: Klinik (Schwindel, Hirnstammsymptome, evtl. auch Pyramidenbahnzeichen), Dopplersonografie (Vertebralishypoplasie?).
  - Abortiver Grand-mal-Anfall: EEG, Fremdanamnese, Klinik (Zungenbiss, Urinabgang?).
  - Synkope: Kardiologisch-internistische Abklärung, Dopplersonografie der hirnversorgenden Arterien, EEG.

Therapie

- **Allgemein:** Falls erforderlich, wenige Tage Bettruhe bis zur Stabilisierung der Kreislaufregulation.

Hinweis: Vermeiden einer übertriebenen Schonung, so bald wie möglich körperliches Training!

- **Medikamentöse Therapie der Begleitsymptomatik:**
  - Kopfschmerz: Acetylsalicylsäure oder Paracetamol.
  - Übelkeit: Metoclopramid.
  - Bei Bedarf Antihypotonika (z. B. Midodrin, Dihydroergotamin) und/oder Antivertiginosa (Dimenhydrinat, Betahistin).

Verlauf und Prognose

- In der Regel nach wenigen Wochen folgenloses Abklingen der Symptome. Gelegentlich Akzentuierung der Beschwerden durch übergroße Besorgnis, hypochondrische Ängste und Analgetikamissbrauch. Seltener erlebnisreaktive Fixation mit Entschädigungsbegehren bzw. Rententendenz, sog. Rentenneurose (S. 293).

5.28 Contusio cerebri.

- **ICD-10: F 06, F 07.2, S 06.0**

Grundlagen

- **Definition:** Substanzielle Hirnschädigung in Form einer Hirnprellung oder Hirnquetschung mit längeren quantitativen und/oder qualitativen Bewusstseinsstörungen sowie neurologischen Begleitsymptomen (Schädelhirntrauma Grad II und III, Einzelheiten siehe Lehrbücher der Neurologie und Neurochirurgie).
- **Ätiologie und Pathogenese:** Unter mechanotraumatischer Einwirkung Zerstörung von Hirngewebe durch abrupte Änderung der Zirkulation und der intrakraniellen Druckverhältnisse. Stets begleitendes Hirnödem.

Klinik

- **Psychopathologisch:**
  - Über Tage bis Wochen anhaltende Bewusstlosigkeit bzw. Bewusstseinsstörung mit ausgedehnter retrograder und/oder anterograder Amnesie. Nur im Ausnahmefall bestehen keine Bewusstseinsstörungen, z. B. bei ungewöhnlichen Schussverletzungen.
  - Anschließend meist aspontanes, affektives oder andersartiges Durchgangssyndrom und fließender Übergang zu einem reversiblen oder irreversiblen hirnorga-

- **Apparative Diagnostik:**
  - *CCT:* Epidurales, subdurales Hämatom ausschließen!
  - *EEG:* Allenfalls passagere Allgemeinveränderungen (Abflachung oder Frequenzminderung).

Differenzialdiagnose

- **Als mögliche Schädigungsursache sind auszuschließen:**
  - Kollaps mit anderweitigen Bagatellverletzungen: Körperliche Untersuchung, Anamnese.
  - Vertebrobasiläre Insuffizienz: Klinik (Schwindel, Hirnstammsymptome, evtl. auch Pyramidenbahnzeichen), Dopplersonografie (Vertebralishypoplasie?).
  - Abortiver Grand-mal-Anfall: EEG, Fremdanamnese, Klinik (Zungenbiss, Urinabgang?).
  - Synkope: Kardiologisch-internistische Abklärung, Dopplersonografie der hirnversorgenden Arterien, EEG.

Therapie

- **Allgemein:** Falls erforderlich, wenige Tage Bettruhe bis zur Stabilisierung der Kreislaufregulation.

Hinweis: Vermeiden einer übertriebenen Schonung, so bald wie möglich körperliches Training!

- **Medikamentöse Therapie der Begleitsymptomatik:**
  - Kopfschmerz: Acetylsalicylsäure oder Paracetamol.
  - Übelkeit: Metoclopramid.
  - Bei Bedarf Antihypotonika (z. B. Midodrin, Dihydroergotamin) und/oder Antivertiginosa (Dimenhydrinat, Betahistin).

Verlauf und Prognose

- In der Regel nach wenigen Wochen folgenloses Abklingen der Symptome. Gelegentlich Akzentuierung der Beschwerden durch übergroße Besorgnis, hypochondrische Ängste und Analgetikamissbrauch. Seltener erlebnisreaktive Fixation mit Entschädigungsbegehren bzw. Rententendenz, sog. Rentenneurose (S. 293).

5.28 Contusio cerebri.

- **ICD-10: F 06, F 07.2, S 06.0**

Grundlagen

- **Definition:** Substanzielle Hirnschädigung in Form einer Hirnprellung oder Hirnquetschung mit längeren quantitativen und/oder qualitativen Bewusstseinsstörungen sowie neurologischen Begleitsymptomen (Schädelhirntrauma Grad II und III, Einzelheiten siehe Lehrbücher der Neurologie und Neurochirurgie).
- **Ätiologie und Pathogenese:** Unter mechanotraumatischer Einwirkung Zerstörung von Hirngewebe durch abrupte Änderung der Zirkulation und der intrakraniellen Druckverhältnisse. Stets begleitendes Hirnödem.

Klinik

- **Psychopathologisch:**
  - Über Tage bis Wochen anhaltende Bewusstlosigkeit bzw. Bewusstseinsstörung mit ausgedehnter retrograder und/oder anterograder Amnesie. Nur im Ausnahmefall bestehen keine Bewusstseinsstörungen, z. B. bei ungewöhnlichen Schussverletzungen.
  - Anschließend meist aspontanes, affektives oder andersartiges Durchgangssyndrom und fließender Übergang zu einem reversiblen oder irreversiblen hirnorga-

nischen Psychosyndrom mit Hirnleistungsschwäche und/oder Wesensänderung (pseudoneurasthenisches Syndrom).
- **Neurologisch:** Herdzeichen, Paresen, epileptische Anfälle, vegetative Regulationsstörungen.

Diagnostik

- **Psychopathologische und neurologische Untersuchung**. Näheres s. Klinik (S. 155).
- **Psychometrische Testverfahren:** Zur Objektivierung einer konsekutiven Hirnleistungsschwäche, z. B. DCS, Benton-Test (s. Tab. 2.1).
- **Anamnese bzw. Fremdanamnese:** Adäquates Trauma, klinischer Verlauf, vorbestehende psychische Auffälligkeiten.
- **Labor (Liquordiagnostik):** Blutige Verfärbung?
- **Apparative Diagnostik:**
  - *CCT und/oder kranielles MRT:* Hinweise auf intrazerebrales Ödem und Blutungen.
  - *EEG:* Stets pathologische Veränderungen im Sinne von Allgemeinveränderungen und Kontusionsherden.

Differenzialdiagnose

- Durchgangssyndrome anderer Genese.
- Spontane Hirnblutung: Hypertonie, Subarachnoidalblutung, Sinusvenenthrombose?: Anamnese, evtl. atypischer CCT-Befund, Angiografie.
- Schock bei schwerer kardialer oder zirkulatorischer Akuterkrankung: Internistische, intensivmedizinische Betreuung und Diagnostik, Vorerkrankungen: Anamnese!
- Massive Intoxikation: Fremdanamnese, Haut-, Schleimhautbefund, Drogen- und Medikamentenscreening.

Therapie

- **Allgemein, medikamentös:**
  - Evtl. Reanimationsmaßnahmen unmittelbar nach dem Trauma.
  - Hirnödemprophylaxe, ggf. Hypothermie-Behandlung (Einzelheiten s. Lehrbücher der Neurologie).
  - Sorgfältige Intensivüberwachung während der Akutphase einschließlich aller notwendigen allgemeinpflegerischen Maßnahmen. Dokumentation!
  - Verlaufsbeobachtung der Bewusstseinslage, vor allem der Erweckbarkeit bzw. motorischer und verbaler Reaktionen (Glasgow-Coma-Scale, s. Tab. 5.7).
  - Kontinuierliche Registrierung des Neurostatus, regelmäßige elektroenzephalografische und computertomografische (kernspintomografische) Kontrolluntersuchungen.
  - Bei stärkerer Unruhe medikamentöse Dämpfung mit Clomethiazol oder schwachpotenten, dämpfenden Antipsychotika (z. B. Pipamperon 80–120 mg oder Melperon 75–100 mg täglich).

Tab. 5.7 • **Glasgow-Coma-Scale**

Reaktion	Befund	Punkte
Augenöffnen	spontan	4
	auf akustischen Reiz	3
	auf Schmerzreiz	2
	fehlende Reaktion	1
motorisch	gezielt auf Aufforderungen	6
	gezielt auf Schmerzreiz	5

Tab. 5.7 • **Fortsetzung**

Reaktion	Befund	Punkte
	ungezielt auf Schmerzreiz	4
	Beugemechanismen	3
	Streckmechanismen	2
	fehlende Reaktion	1
verbal	orientiert	5
	verwirrt	4
	inadäquat, einzelne Worte	3
	unverständlich, einzelne Laute	2
	fehlende Reaktion	1

Verlauf und Prognose

- Bei schwerem Hirntrauma: Mortalität um 30 % oder Übergang in apallisches Syndrom (S. 303) bzw. in „Wachkoma" = „coma vigile (S. 84)", „persistant vegetative state".
- Anfänglich längere Bewusstseinstrübung.
- Durchgangssyndrome (S. 116) sind begleitend oder im Anschluss daran möglich (u. U. von wochen- bis monatelanger Dauer).
- Bleibende neurologische Ausfälle, z. B. Paresen, Hirnnervenschädigungen, Aphasien und andere Herdsymptome. Über lange Zeit Kopfschmerzen, Schwindel, Gleichgewichtsstörungen.
- Im Übrigen weitere Prognose abhängig von:
  - Schwere und Lokalisation der Hirnschädigung.
  - Früher durchgemachten oder aktuellen Hirnerkrankungen.
  - Alter des Patienten.

Hinweis: So früh wie möglich Beginn mit neurologischen bzw. neuropsychologischen Rehabilitationsmaßnahmen! Diagnose eines irreversiblen Psychosyndroms ist erst nach einer längeren Katamnese (ca. ½–1 Jahr.) möglich.

5.29 Weitere neurologische Differenzialdiagnosen

Weitere neurologische Differenzialdiagnosen bei hirnorganischem Psychosyndrom

- **Klinik:** Merkmale des (hirn-)organischen Psychosyndroms (S. 295).
- **Diagnostik:** Tab. 5.8 zeigt typische Untersuchungsbefunde und notwendige Zusatzdiagnostik für einige weitere neurologische Differenzialdiagnosen.
- **Therapie:** s. Lehrbücher der Neurologie und/oder Neurochirurgie.

Tab. 5.8 • **Neurologische Differenzialdiagnostik**

Grundkrankheit	Internistisch-neurologische Untersuchung	Zusatzdiagnostik
Enzephalomyelitis disseminata (Multiple Sklerose) (ICD-10: F 02.8, G 35)	Sehstörungen, Ataxie, Intentionstremor, Paresen, Miktionsstörungen	kranielles MRT, Liquoruntersuchung (oligoklonale Banden), VEP

Tab. 5.7 • **Fortsetzung**

Reaktion	Befund	Punkte
	ungezielt auf Schmerzreiz	4
	Beugemechanismen	3
	Streckmechanismen	2
	fehlende Reaktion	1
verbal	orientiert	5
	verwirrt	4
	inadäquat, einzelne Worte	3
	unverständlich, einzelne Laute	2
	fehlende Reaktion	1

Verlauf und Prognose

- Bei schwerem Hirntrauma: Mortalität um 30 % oder Übergang in apallisches Syndrom (S. 303) bzw. in „Wachkoma" = „coma vigile (S. 84)", „persistant vegetative state".
- Anfänglich längere Bewusstseinstrübung.
- Durchgangssyndrome (S. 116) sind begleitend oder im Anschluss daran möglich (u. U. von wochen- bis monatelanger Dauer).
- Bleibende neurologische Ausfälle, z. B. Paresen, Hirnnervenschädigungen, Aphasien und andere Herdsymptome. Über lange Zeit Kopfschmerzen, Schwindel, Gleichgewichtsstörungen.
- Im Übrigen weitere Prognose abhängig von:
  - Schwere und Lokalisation der Hirnschädigung.
  - Früher durchgemachten oder aktuellen Hirnerkrankungen.
  - Alter des Patienten.

Hinweis: So früh wie möglich Beginn mit neurologischen bzw. neuropsychologischen Rehabilitationsmaßnahmen! Diagnose eines irreversiblen Psychosyndroms ist erst nach einer längeren Katamnese (ca. ½–1 Jahr.) möglich.

5.29 Weitere neurologische Differenzialdiagnosen

Weitere neurologische Differenzialdiagnosen bei hirnorganischem Psychosyndrom

- **Klinik:** Merkmale des (hirn-)organischen Psychosyndroms (S. 295).
- **Diagnostik:** Tab. 5.8 zeigt typische Untersuchungsbefunde und notwendige Zusatzdiagnostik für einige weitere neurologische Differenzialdiagnosen.
- **Therapie:** s. Lehrbücher der Neurologie und/oder Neurochirurgie.

Tab. 5.8 • **Neurologische Differenzialdiagnostik**

Grundkrankheit	Internistisch-neurologische Untersuchung	Zusatzdiagnostik
Enzephalomyelitis disseminata (Multiple Sklerose) (ICD-10: F 02.8, G 35)	Sehstörungen, Ataxie, Intentionstremor, Paresen, Miktionsstörungen	kranielles MRT, Liquoruntersuchung (oligoklonale Banden), VEP

Tab. 5.8 • **Fortsetzung**

Grundkrankkeit	Internistisch-neurologische Untersuchung	Zusatzdiagnostik
Psychosyndrom bei Hirntumor bzw. -metastasen (ICD-10: F 02.3, C 70, C 72)	Ataxie, Herdstörungen, Stauungspapille, Hirndruckzeichen (Übelkeit, Erbrechen, Kopfschmerzen)	CCT bzw. kranielles MRT
Herpes-simplex-Enzephalitis (ICD-10: F 07.1)	Fieber, Kopfschmerz, Meningismus, Bewusstseinsstörung, Ataxie, Fokalzeichen	Liquordiagnostik, Herpes-simplex-PCR, EEG, SPECT
Hepatolentikuläre Degeneration (Morbus Wilson) (ICD-10: F 02.8, E 83.0)	grobschlägiger Händetremor, Rigor, Dysarthrie, Kayser-Fleischer-Kornealring.	Labor (Serumkupfer erhöht)
Zerebrale Lipidose (Morbus Gaucher) (ICD-10: E 75)	Myoklonien, generalisierte Anfälle, Spastik, Bulbärsymptome	

6 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

6.1 Vorbemerkungen

Missbrauch, Abhängigkeit und Sucht kennzeichnen ein breites Krankheitsspektrum, das durch einen gesundheitsschädigenden Konsum psychotroper Substanzen gekennzeichnet ist. Laut WHO ist zu unterscheiden zwischen unerlaubtem, gefährlichem, dysfunktionalem und schädlichem Gebrauch. Drang und Verlangen, die betreffende Substanz immer wieder einzunehmen (craving), kennzeichnen die *psychische*, körperliche Entzugserscheinungen bei Absetzen die *physische* Abhängigkeit. Eine Toleranzentwicklung liegt vor, wenn die Dosis gesteigert werden muss, um den erwünschten Effekt weiterhin zu erreichen. Sie spielt bei zentral dämpfenden Mitteln (Alkohol, Benzodiazepine, Barbiturate und Opiate) eine größere Rolle als bei zentral stimulierenden (Amphetamine, Cannabis, Kokain, Halluzinogene).

Abhängigkeit und Sucht entwickeln sich aus einem Zusammenwirken von **Persönlichkeit, äußeren wie auch genetischen Einflüssen** und **substanzimmanenten Effekten,** d h. aus süchtiger Fehlhaltung, Milieufaktoren einschließlich Auslösern und der pharmakologischen Wirkung auf Erleben und Verhalten (s. Abb. 6.1). Hinsichtlich des Abhängigkeitspotenzials sind die „Belohnungssysteme" des Gehirns von Bedeutung, vor allem das stimulierende Dopaminsystem (respondierend auf Amphetamin, Kokain) zur Aktivierung und Vigilanzerhöhung (Vorbereitungsphase) und das dämpfende Opiatsystem (respondierend auf Morphin, Heroin, Opioide) zur Vermittlung von Wohlbefinden und Euphorie (konsumatorische Phase). GABA, Serotonin und Cannabinoide sind diesbezüglich weitere körpereigene Transmitter. Bei Polytoxikomanie werden verschiedene Suchtmittel kombiniert.

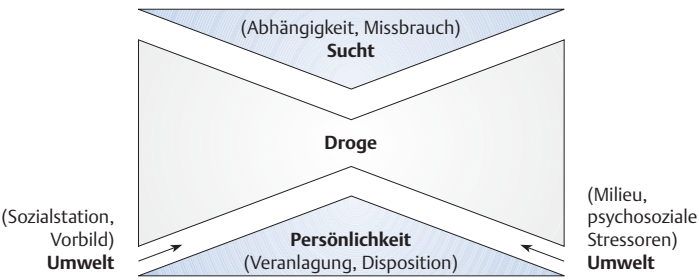


Abb. 6.1 • Entstehungsmechanismen bei Suchterkrankungen

Der Grad der Abhängigkeit scheint durch einen physiologischen Sensitivierungsprozess der dopaminergen Neurone im Tegmentum und deren Projektionsgebiet im Nucleus accumbens des Frontalhirns bestimmt zu werden. Auslösefunktionen (v. a. bei Alkoholismus und Abhängigkeit von Medikamenten) haben Stress- und Konfliktsituationen, Schmerzzustände und Schlafstörungen.

Die WHO unterscheidet als **Prägnanztypen der Abhängigkeit** (dependence):

- *Morphin-Typ* (Opiate, Betäubungsmittel, Opioide),
- *Barbiturat-/Alkohol-Typ* (Barbiturate, Clomethiazol, Benzodiazepine, Alkohol, Lösungsmittel),
- *Amphetamine-/Khat-Typ* (Stimulanzien, Designer-Drogen),
- *Kokain-Typ* (Kokain),

- *Cannabis-Typ* (Cannabis) und
- *Halluzinogen-Typ* (Halluzinogene).

Trotz häufig parallelen Missbrauchs verschiedener Suchtstoffe (**Polytoxikomanie**) dominieren bei Weitem Nikotinabhängigkeit und Alkoholismus (um 40–60 %), gefolgt von der Medikamentenabhängigkeit (um 20–25 %) und der Drogensucht (um 15–20 % der Abhängigen) bei insgesamt hoher Dunkelziffer. 6–8 % der deutschen Bevölkerung leiden wahrscheinlich an einer Abhängigkeitserkrankung. Die Suchterkrankungen stellen daher samt Begleiterkrankungen und Folgen ein großes gesundheitspolitisches und soziales Problem dar.

Die **Therapie** von Abhängigkeits- und Suchterkrankungen ist gekennzeichnet durch ein schrittweises Vorgehen – idealiter mit dem Ziel der völligen Abstinenz. In vielen Fällen ist jedoch eine kontrollierte Eingrenzung des Suchtverhaltens bereits als Erfolg zu werten. Die verlaufsorientierten Behandlungsschritte innerhalb eines multiprofessionellen Teams umfassen in der Regel die Phasen Motivation, Entgiftung bzw. Entzug, Entwöhnung, Rehabilitation und Nachsorge (s. Abb. 6.2). Wegen teils schwerster **Entzugserscheinungen** erlauben nicht alle Missbrauchssubstanzen ein sofortiges Absetzen, vor allem nicht solche, bei denen Dosissteigerung und Toleranzerhöhung eine besondere Rolle spielten (s. oben, vgl. Tab. 6.1). Bei Polytoxikomanie ist mit einem mehrgipfeligen Entzugsverlauf zu rechnen.

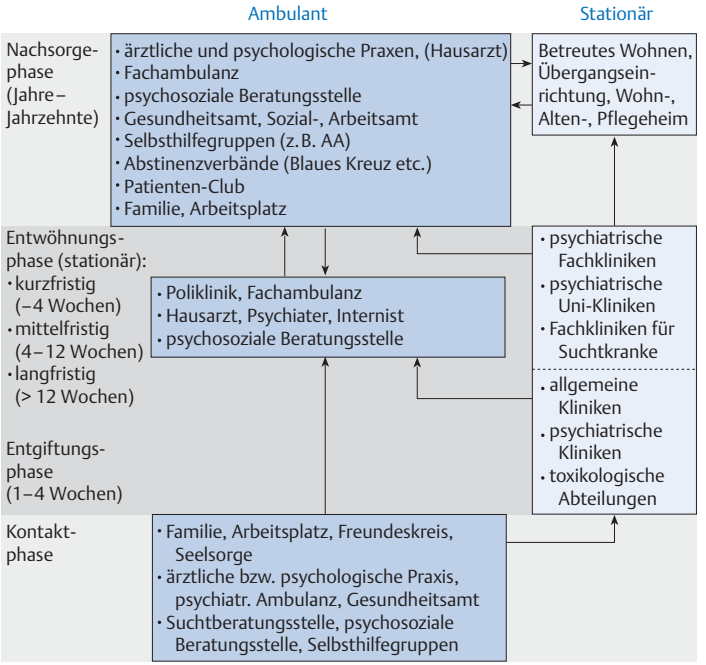


Abb. 6.2 • Therapiekonzept bei Suchterkrankungen. Nach Frank. Psychiatrie. 13. Auflage. Stuttgart: Gustav Fischer; 1997.

Tab. 6.1 • **Abhängigkeit und Akuttherapie bei verschiedenen Arten der Sucht**

Typ	Art der Abhängigkeit	Akuttherapie bei Intoxikation	Art des Entzugs, der Entwöhnung	Entzugssymptome	Akuttherapie bei Entzugssymptomen
Alkohol	physisch + psychisch	dämpfend, antikonvulsiv: Antipsychotikum o. Benzodiazepin	abrupt	Angst, Unruhe, Schlafstörungen, Tremor, veg. Symptome, Krampfanfall, Delir	Antipsychotika o. Clomethiazol, Clonidin (Antidepressivum, Carbamazepin)
Cannabis	psychisch (physisch?)	Talking down	abrupt	Angst, Depressivität, Schlafstörungen	Antipsychotika
Opiate	physisch + psychisch	Naloxon	abrupt	Unruhe, Craving, Übelkeit, Schwitzen, Gliederschmerzen, Gähnen, Fieber	Clonidin, Antidepressiva, Antipsychotika
Kokain	psychisch	Benzodiazepin	abrupt	Reizbarkeit, Angst, Depressivität, Schlafstörungen	Antidepressiva
Halluzinogene	psychisch	Benzodiazepin, Antipsychotikum	abrupt	Dysphorie, Depressivität	Antipsychotika
Stimulanzien	psychisch	Antipsychotikum, Benzodiazepin, Betablocker	abrupt	Dysphorie, Depressivität, Schlafstörungen	Antidepressiva
Barbiturate	psychisch + physisch	Antipsychotikum + Benzodiazepin	langsam ausschleichen	s. Alkohol	Antipsychotika, Clomethiazol
Benzodiazepine	physisch + psychisch	Flumazenil	langsam ausschleichen	s. Alkohol	Carbamazepin, Antipsychotika
Schnüffelsucht	psychisch	Antipsychotika	abrupt	Dysphorie	
Analgetika	psychisch + physisch	Antipsychotika	abrupt	Unruhe, Dysphorie	Antipsychotika, Carbamazepin
Nikotin	psychisch + physisch	Betablocker	abrupt (Substitution mit Nikotinpflaster)	Reizbarkeit, Unruhe	evtl. leichtes Antidepressivum

In der ICD-10, die sich an der obenbeschriebenen WHO-Typologie orientiert, sind unter der Hauptgruppe F 1 die „psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen" subsumiert, wobei zwischen Intoxikation, Abhängigkeit, Entzugssyndrom und anderen Begleiterscheinungen unterschieden wird. Süchtiges Verhalten (z. B. pathologisches Spielen oder exzessive Internetnutzung) wird in der ICD-10 hiervon abgetrennt und teils den „abnormen Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle" (F 63), teils den „Essstörungen" (F 50) oder den „Sexualstörungen" (F 64 – F 66) zugeordnet.

6.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol

▶ **ICD-10: F 10**

Grundlagen

▶ **Synonym:** Alkoholkrankheit, Alkoholabhängigkeit, Alkoholmissbrauch, Trunksucht. Potomanie.

▶ **Definition:**
- Andauernder, suchtmäßiger Konsum von Alkohol.
- WHO-Definition: Chronische Verhaltensstörung, die bestimmt wird durch exzessives Trinken von Alkohol über das sozial übliche Maß hinaus, unter anderem mit der Folge körperlicher und psychischer Abhängigkeit.

▶ **Ätiologie und Pathogenese:** Multikonditionale Entstehungsweise (S. 159) aus dem Zusammenwirken von genetischer Disposition, Persönlichkeitsstruktur und sozialem Umfeld:
- *Psychodynamische Leithypothesen:* Ich- und Identitätsstörungen infolge mangelhafter Objektbeziehung und oraler Frustration in der Kindheit mit Fixation auf oraler Stufe bzw. Regression.
- *Lerntheoretische Leithypothesen:* Verstärkung von angenehm erlebter Befindlichkeit bzw. Abbau von Angst- und Unlustgefühl, Nachahmung (Elternverhalten, Gruppendruck), Kontakterleichterung.
- *Persönlichkeit:* Hohes Anspruchsniveau bei gleichzeitig erhöhter eigener Empfindlichkeit, Geltungsbedürfnis, Kontaktschwierigkeiten und Befindlichkeitsstörungen.
- *Sozial:* Negative Vorbilder, „Broken home".
- *Neurobiologisch:* Verstärkung der GABAergen Hemmung und Verringerung der L-Glutamat-vermittelten Erregung. Langfristig kommt es damit zu einer Abnahme der GABA-Rezeptoren und Vermehrung der Dopamin- und L-Glutamat-Rezeptoren im ZNS. („Biologisches Suchtgedächtnis".)
- *Genetik:* Hinweise auf enzymatische Besonderheiten bzw. andere Trait-marker (Veränderungen der Neuromodulatoren Beta-Carbolin und der Monoaminooxidase? Genetisch bedingter Mangel der Endopeptidase Neprilysin?).

▶ **Epidemiologie:**
- Prävalenz: Etwa 3–5 % der Bevölkerung (bei Männern 6– bis 7–mal häufiger als bei Frauen). Hohe Dunkelziffer! In Deutschland ca. 3–4 Millionen Alkoholgeschädigte.
- Hereditäre Belastung mit familiärer Häufung bei 40–60 % der Patienten. Verwandte 1. Grades 3- bis 4-mal häufiger süchtig.
- Vorkommen in allen sozialen Schichten, zunehmender Jugendalkoholismus.

▶ **Gefährdungsgrenze (orientierende Werte):**
- Frauen: max. 20 g Alkohol/Tag.
- Männer: max. 40 g Alkohol/Tag.

▶ **Phasen der Alkoholkrankheit:** siehe Tab. 6.3.

▶ **Typen der Alkoholabhängigkeit:** siehe Tab. 6.4.

In der ICD-10, die sich an der obenbeschriebenen WHO-Typologie orientiert, sind unter der Hauptgruppe F 1 die „psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen" subsumiert, wobei zwischen Intoxikation, Abhängigkeit, Entzugssyndrom und anderen Begleiterscheinungen unterschieden wird. Süchtiges Verhalten (z. B. pathologisches Spielen oder exzessive Internetnutzung) wird in der ICD-10 hiervon abgetrennt und teils den „abnormen Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle" (F 63), teils den „Essstörungen" (F 50) oder den „Sexualstörungen" (F 64 – F 66) zugeordnet.

6.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol

▶ **ICD-10: F 10**

Grundlagen

▶ **Synonym:** Alkoholkrankheit, Alkoholabhängigkeit, Alkoholmissbrauch, Trunksucht. Potomanie.

▶ **Definition:**
- Andauernder, suchtmäßiger Konsum von Alkohol.
- WHO-Definition: Chronische Verhaltensstörung, die bestimmt wird durch exzessives Trinken von Alkohol über das sozial übliche Maß hinaus, unter anderem mit der Folge körperlicher und psychischer Abhängigkeit.

▶ **Ätiologie und Pathogenese:** Multikonditionale Entstehungsweise (S. 159) aus dem Zusammenwirken von genetischer Disposition, Persönlichkeitsstruktur und sozialem Umfeld:
- *Psychodynamische Leithypothesen:* Ich- und Identitätsstörungen infolge mangelhafter Objektbeziehung und oraler Frustration in der Kindheit mit Fixation auf oraler Stufe bzw. Regression.
- *Lerntheoretische Leithypothesen:* Verstärkung von angenehm erlebter Befindlichkeit bzw. Abbau von Angst- und Unlustgefühl, Nachahmung (Elternverhalten, Gruppendruck), Kontakterleichterung.
- *Persönlichkeit:* Hohes Anspruchsniveau bei gleichzeitig erhöhter eigener Empfindlichkeit, Geltungsbedürfnis, Kontaktschwierigkeiten und Befindlichkeitsstörungen.
- *Sozial:* Negative Vorbilder, „Broken home".
- *Neurobiologisch:* Verstärkung der GABAergen Hemmung und Verringerung der L-Glutamat-vermittelten Erregung. Langfristig kommt es damit zu einer Abnahme der GABA-Rezeptoren und Vermehrung der Dopamin- und L-Glutamat-Rezeptoren im ZNS. („Biologisches Suchtgedächtnis".)
- *Genetik:* Hinweise auf enzymatische Besonderheiten bzw. andere Trait-marker (Veränderungen der Neuromodulatoren Beta-Carbolin und der Monoaminooxidase? Genetisch bedingter Mangel der Endopeptidase Neprilysin?).

▶ **Epidemiologie:**
- Prävalenz: Etwa 3–5 % der Bevölkerung (bei Männern 6– bis 7–mal häufiger als bei Frauen). Hohe Dunkelziffer! In Deutschland ca. 3–4 Millionen Alkoholgeschädigte.
- Hereditäre Belastung mit familiärer Häufung bei 40–60 % der Patienten. Verwandte 1. Grades 3- bis 4-mal häufiger süchtig.
- Vorkommen in allen sozialen Schichten, zunehmender Jugendalkoholismus.

▶ **Gefährdungsgrenze (orientierende Werte):**
- Frauen: max. 20 g Alkohol/Tag.
- Männer: max. 40 g Alkohol/Tag.

▶ **Phasen der Alkoholkrankheit:** siehe Tab. 6.3.

▶ **Typen der Alkoholabhängigkeit:** siehe Tab. 6.4.

Tab. 6.2 • Alkoholgehalt bei üblichen Trinkmengen

Stoffklasse	Vol. % (ca.)	Menge (l)	Gramm Alkohol (ca.)
Bier	4	0,5	20
Wein	10–14	0,2	13–16
Sekt	10	0,1	8–10
Cognac, Whisky	40–50	0,02	5–7
Liköre	30	0,02	4–5

▶ Berechnung des Blutalkohols nach der „Widmark-Formel“:

$$\text{Männer: Blutalkohol (‰)} = \frac{\text{Alkoholkonsum (g)}}{\text{Körpergewicht (kg)} \times 0{,}7}$$

$$\text{Frauen: Blutalkohol (‰)} = \frac{\text{Alkoholkonsum (g)}}{\text{Körpergewicht (kg)} \times 0{,}6}$$

Tab. 6.3 • Entwicklung der Alkoholabhängigkeit

Phase	Symptomatik + Kennzeichen	Alkohol – Toleranz
voralkoholische Phase	Spannungsminderung, Erleichterungstrinken	leichte Toleranzsteigerung
Prodromalphase	heimliches Trinken, bereits morgens, Schuldgefühl, Gedächtnislücken, Verleugnung	weiterhin Toleranzsteigerung
kritische Phase	Kontrollverlust nach Trinkbeginn, Schuldgefühl, Interesseneinengung, Verlust an Kritikfähigkeit, soziale Probleme, Libido- und Potenzverlust	Toleranzminderung
chronische Phase	zwanghaftes Trinken, verlängerte Räusche, Angstzustände, Tremor, Persönlichkeitsabbau	Toleranzverlust, Abhängigkeit

Tab. 6.4 • Alkoholabhängigkeits-Typen nach Jellinek

Typus	Merkmale	Trinkverhalten	Abhängigkeit	Häufigkeit
α- Trinker	*kein* Kontrollverlust, Fähigkeit zur Abstinenz	*Konflikttrinker* Undisziplin. Trinkverhalten	nur psychisch	≈ 5 %
β- Trinker	*kein* Kontrollverlust, Fähigkeit zur Abstinenz	*Gelegenheitstrinker* Übermäßiger Alkoholkonsum bei sozialen Anlässen	keine	≈ 5 %
γ- Trinker	Kontrollverlust, zeitweilig Fähigkeit zur Abstinenz	*süchtiger Trinker* bis zum Rausch	zu Beginn psychisch, später auch physisch	≈ 65 %
δ- Trinker	*kein* Kontrollverlust, jedoch Unfähigkeit zur Abstinenz	*Spiegeltrinker, Gewohnheitstrinker* Kontinuierlicher Alkoholkonsum	physisch	≈ 20 %
ε- Trinker	Kontrollverlust im Rahmen von Alkoholexzessen	*Quartalstrinker, episodischer Trinker* Alkoholexzesse	psychisch	≈ 5 %

Klinik

- **Zu Beginn:**
  - Erkrankung anfangs nur schwer erkennbar: Nervosität, Schwitzen, Gesichtsrötung, Konzentrationsstörungen, Unruhe, Ängstlichkeit, Bedrücktheit (Verleugnung, Bagatellisierung, heimliches Trinken!).
  - Unspezifische internistische Erkrankungen: Magen-Darm-Beschwerden, Schlafstörungen, vegetative Symptome.
- **Organische Folgekrankheiten** bei chronischem Alkoholismus: Siehe Darstellung in Tab. 6.5.
- **Einfacher Rausch** (F 10.0): Passagere Alkoholintoxikation:
  - *Erste Anzeichen:* (ab 0,3 ‰): Wärmegefühl, Euphorisierung, Rededrang.
  - *Angetrunkenheit:* (0,8–1,2 ‰): Leichte motorische und Gleichgewichtsstörungen, Konzentrationsschwierigkeiten.
  - *Leichter Rausch:* (1,2–1,6 ‰): Enthemmung, Verkennungen, Geh- und Sprechunsicherheit.
  - *Mittlerer Rausch:* (1,5–2 ‰): Weitere Zunahme der genannten Symptome.
  - *Schwerer Rausch:* (> 2 ‰): Ataxie, Schwerbesinnlichkeit, deutliche Verlangsamung, Betrunkenheit, Bewusstseinsstörung.
- **Pathologischer Rausch** (F 10.07): Dämmerzustand mit Erregtheit, Angst, Sinnestäuschungen und Aggressivität mit anschließender Amnesie.
- **Entzugserscheinungen** (F 10.3):
  - *Psychisch:* Schlafstörungen, Nervosität, Angst, Depressivität, Unruhe, Konzentrationsstörungen, Verwirrtheit.
  - *Körperlich:* Schwitzen, Tremor, Tachykardie, Übelkeit, Erbrechen, Krampfanfälle, Hyper- oder Hypotonie.
- **Alkoholisches Delir** (bei ca. 15 % aller Alkoholiker als Entzugs- oder Kontinuitätsdelir, F 10.4): Unruhe, ausgeprägte vegetative Symptome, Schlafstörungen, Desorientiertheit, gesteigerte Suggestibilität, Konfabulationen, optische und szenische Halluzinationen (S. 88), bei Kontinuitätsdelir protrahiert.
- **Alkoholhalluzinose** (F 10.5): Akustische Halluzinationen (Stimmenhören) über Stunden bis Wochen, Angst- und Verfolgungsgefühl. Dabei keine Bewusstseinsstörung, keine Desorientiertheit (S. 85). Die Symptomatik kann über Monate und Jahre andauern, ist aber grundsätzlich reversibel.
- **Korsakow-Syndrom** (F 10.6): Hirnorganisches Psychosyndrom mit Merkfähigkeitsstörungen, Konfabulationen, Desorientiertheit. Meist chronifizierter Verlauf.
- **Persönlichkeitsveränderung:** Stimmungslabilität, Unpünktlichkeit, Distanzlosigkeit, affektive Nivellierung, Rücksichtslosigkeit, Reizbarkeit, vermehrte Erregbarkeit, Eifersucht, zunehmende Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen bis zum Korsakow-Syndrom (S. 183) – bei 3–5 % aller Alkoholiker.
- **Wernicke-Enzephalopathie** (G 31.2): Lebensbedrohlicher Zustand infolge Gefäßläsionen mit Blutungen im Gehirn (Nystagmus, Okulomotorikstörungen, zerebelläre Ataxie, Gedächtnisstörungen, Desorientiertheit und Bewusstseinstrübung. Oft Übergang in Korsakow-Psychose).

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung**. Näheres s. Klinik (S. 164).
- **Anamnese:** Umfassende Fremd- (Objektivierung der Trinkmenge), Eigen-, biografische Anamnese, Suchtanamnese (Frage nach Rausch- und Suchtsymptomen).
- **Testpsychologische Persönlichkeitsdiagnostik,** z. B. MALT, TAI, FFT (Befund s. Tab. 2.5).
- **Körperliche Untersuchung:** Sorgfältig erhobener psychiatrischer (v. a. auch querschnittsmäßig Auffälligkeiten im Benehmen und Verhalten) sowie internistischer (z. B. Gesichtsrötung, Foetor, Konjunktivitis, Tremor, Teleangiektasien, Palmarerythem) und Neurostatus (z. B. Polyneuropathie, Nystagmus, Ataxie, Dysarthrie).

- **Labor:**
  - Bei akuter Intoxikation (akuter Rausch) Blutalkoholuntersuchung oder Alko-Test durchführen.
  - Erhöhte Leberenzyme (GOT, GPT, γ-GT), Bilirubin ↑, evtl. Lebersynthesestörung mit CHE ↓, Quick ↓, Blutbild (MCV ↑), Vit. B_{12} ↓, Folsäure ↓, CDT ↑ (Carbohydratdefizientes Transferrin, zur Verlaufskontrolle bei chronischem Alkoholismus), Kreatinin ↑, Harnsäure ↑, Triglyzeride ↑.
- **Apparative Untersuchungen** (immer zum Ausschluss anderer Erkrankungen):
  - *CCT:* Bei chronischem Missbrauch möglicherweise frontal betonte Hirnatrophie, Kleinhirnatrophie mit Erweiterungen der inneren und äußeren Liquorräume. Ausschluss traumatischer Läsionen (Sub- bzw. Epiduralhämatome).
  - *EEG:* Leichte bis mittelgradig ausgeprägte Allgemeinveränderung, eventuell mit β-Überlagerung.
  - Weitere symptombezogene, spezifische Diagnostik siehe Tab. 6.5.

Tab. 6.5 • **Alkoholfolgekrankheiten**

Organsystem	Manifestation	Klinik	spezielle Diagnostik
Ösophagus	Refluxösophagitis, Karzinom, Mallory-Weiss-Läsion, Varizen	Oberbauchschmerzen, Dysphagie, Übelkeit, Erbrechen, Hämatemesis	Gastroskopie, Biopsie, CT
Magen, Duodenum, Dünndarm	Gastritis, Duodenitis, Ulzera, Resorptionsstörungen	Oberbauchschmerzen, Übelkeit, Völlegefühl	Gastroduodenoskopie, Biopsie
Leber	Fettleber, Hepatitis, Zirrhose, Zieve-Syndrom (Hämolyse + Hyperlipidämie + alkoholtox. Hepatopathie	geringe Symptomatik wie Oberbauch-Druckschmerz bis zu Ikterus, Erbrechen, Diarrhoe, Aszites, Caput medusae	Laborparameter (s. u.), Sonografie, ggf. CT-Abdomen
Pankreas	akute, chronische Pankreatitis	Oberbauchschmerz (evtl. gürtelförmig), Fieber, Subileus, Übelkeit, Erbrechen	pankreasspezifische Amylase, Lipase, AP, γ-GT, Ca^{2+}, Sonografie, Rö-Thorax, -Abdomen, CT- Abdomen
Stoffwechsel	Hyperlipidämie, Hyperurikämie, hepatische Porphyrie	Arteriosklerose, Gicht, bei Porphyrie Hyperpigmentierung, Blasenbildungen	Labor, Urininspektion (bei Porphyrie evtl. nachdunkelnd)
Endokrinum	Hypogonadismus, Hyperkortisolismus, sekundärer Diabetes mellitus	diabet. Stoffwechsellage, Libido-, Potenzverlust, Oligomenorrhoe, Verlust sekundärer Geschlechtsmerkmale	entsprechend der Klinik
Herz	dilatative Kardiomyopathie	Rhythmusstörungen, Herzinsuffizienz, Angina pectoris, Synkopen	EKG, Echokardiografie, Rö-Thorax

Tab. 6.5 • **Fortsetzung**

Organsystem	Manifestation	Klinik	spezielle Diagnostik
Nervensystem	Wernicke-Enzephalopathie, Korsakow-Syndrom, Epilepsie, Hirnatrophie, Polyneuropathie, Myopathie, Retrobulbärneuropathie, pontine Myelinolyse	Augenmuskelparesen, Gedächtnis- u. Orientierungsstörungen s. u., Gelegenheitsanfälle, Sensibilitätsstörungen, Paresen, Ataxie, Nystagmus, Sehstörungen	Neurostatus, CCT/kranielles MRT, EEG, EMG, NLG, Funduskopie

Differenzialdiagnose

- Intoxikationspsychose oder Enzephalopathie anderer Genese, z. B. drogen- (S. 181) oder medikamenteninduzierte Psychose (S. 150).
- Drogenabhängigkeit: Drogenscreening (S. 36), körperliche Untersuchung (z. B. Injektionsstellen, Miosis).
- Andersartiger demenzieller Prozess (S. 116).
- Internistische Grunderkrankung: Körperliche Untersuchung, Zusatzdiagnostik s. Tab. 5.4.
- Neurologische Grunderkrankung: Neurologischer Status (z. B. Reflexdifferenzen, Paresen, Dysästhesien, Nackensteifigkeit, andere Herdsymptome), CCT (S. 165).

Therapie

- **Kontakt- und Motivationsphase:** Entwicklung von Krankheitseinsicht, Sicherung der Diagnose und Klärung der Lebensverhältnisse, Abschätzung der Therapiemotivation. Behandlungskostenzusage? Hierfür Antrag an Leistungsträger (LVA, BfA) mit ausführlichem Bericht.
- **Entgiftungs- bzw. Entzugsphase**:
  - *Stationäre (qualifizierte) Entzugsbehandlung* unter besonderer Überwachung.
  - *Therapie von Entzugserscheinungen (Beginn 1–3 Tage nach Abstinenz):*
    - Dämpfende Antipsychotika (z. B. Promazin 100–200 mg/d p. o. oder Promethazin 100–150 mg/d p. o. oder Chlorprothixen 50–100 mg/d p. o. oder Melperon 200–350 mg/d p. o.) oder maximal eine Woche lang Clomethiazol, bei ausgeprägter vegetativer Symptomatik (z. B. Hypertonie) alternativ Clonidin. Versuchsweise auch Gammahydroxybuttersäure (noch im Erprobungsstadium).
    - Bei milderem Verlauf: Antidepressivum (z. B. Doxepin 100–200 mg/d p. o.) oder Carbamazepin 400–600 mg/d p. o. oder Tiaprid 600–1200 mg/d p. o. (Durchschnittliche Dauer einer Entgiftungsphase ca. 10–14 Tage.)
  - *Wernicke-Enzephalopathie:* Stets Verabreichung von Vitamin B_1 (Thiamin) initial 300–400 mg/d i. v., dann 50–100 mg/d p. o., Folsäure 1–5 mg/d i. m. oder i. v. und Magnesiumpräparaten!
    Cave: Anaphylaktische Reaktion!
  - *Delir:* (S. 307) Ein nicht adäquat behandeltes Alkoholentzugsdelir endet in bis zu 20 % der Fälle tödlich (Herz-Kreislauf-Komplikationen), Letalität unter Behandlung < 5 %.
  - *Alkoholhalluzinose:* Antipsychotika (z. B. Risperidon 2–4 mg/d p. o. oder Olanzapin 10 (– 15) mg/d p. o. oder Clopenthixol 50–100 mg/d p. o.
- **Entwöhnungsphase:**
  - Spezifische Behandlung in entsprechender Fachklinik mit differenziertem psycho-, physio- und soziotherapeutischem Angebot. Strikte Abstinenz! Durchschnittliche Dauer ca. 8–12 Wochen.
  - In Einzelfällen bei hoher Motivation ambulante Entwöhnungslangzeitbehandlung mit hochfrequenten Gesprächskontakten.
- **Nachsorgephase:**

- Ambulante Nachbehandlung mit Einbindung in Selbsthilfegruppen (S. 431), z. B. Anonyme Alkoholiker, Blaues Kreuz, Kreuzbund, Guttempler.
- Rehabilitationsmaßnahmen, gegebenenfalls teilstationäre Behandlung in Tagesklinik oder Tagesstätte.

▶ **Bei therapierefraktärem Verlauf mit häufigen Rückfällen:** Anticravingsubstanz (Acamprosat, Naltrexon) oder alternativ Aversivbehandlung mit Disulfiram (genaue Anwendung Tab. 14.18). Evtl. wegen häufiger Depressivität Antidepressivum vom SSRI-Typ oder Mirtazapin (S. 320). Keine Benzodiazepine!

❑ ***Hinweis:*** Sog. kontrolliertes Trinken angesichts der hohen Rückfallquote zunehmend in Diskussion!

❑ ***Hinweis:*** In klinischer Erprobung Baclofen und Nalmefen.

Verlauf und Prognose

▶ Unter adäquater Behandlung Heilungsrate von bis zu 50–60 % (Dauerabstinenz) nach vier Jahren. Ein Rückfallrisiko besteht lebenslang, ist jedoch im ersten Jahr am höchsten.

▶ In etwa 10 % der Fälle Spontanheilung.

▶ **Schlechte Prognose:**

- Übliche „Alkoholikerkarriere" mit sozialem Abstieg und erheblichen psychischen und körperlichen Schädigungen, Invalidität, Verlust sozialer Bindungen, allgemeine Depravation. Häufig zusätzlicher Konsum von Drogen oder psychotropen Medikamenten. Nikotin!
- Beträchtliche Verkürzung der Lebenserwartung um ca. 12 Jahre (3-fach erhöhte Mortalität im Vergleich zum Bevölkerungsdurchschnitt) durch typische Folgekrankheiten (s. o.). Hohe Letalität bei Wernicke-Enzephalopathie!
- 12-fach erhöhte Suizidalität gegenüber der Normalbevölkerung sowie durch Delinquenz in Form von Verkehrs- und Eigentumsdelikten, Sach- und Personenbeschädigungen (20–30 % aller Arbeits-und Verkehrsunfälle sind alkoholbedingt!

❑ ***Hinweis:*** Schuldfähigkeit forensisch in der Regel ab 2‰ Blutalkohol erheblich gemindert, ab 3‰ aufgehoben! Vgl. forensische Psychiatrie (S. 419).

6.3 Abhängigkeit von Cannabis

▶ **ICD-10: F 12**

Grundlagen

▶ **Synonym** (für Cannabis)**:** „Bar", „Brown", „Dope", „Fu", „Gage", „Gras", „Hanf", „Heu", „Kiff", „Lady", „Pot", „Shit", „Tea", „Was".

▶ **Definition:** Gewohnheitsmäßiger Konsum von Haschisch bzw. Marihuana („kiffen").

❑ ***Hinweis:*** Psychische Abhängigkeit, gewisse physische Abhängigkeit allenfalls nach langjährigem Gebrauch.

▶ **Wirksame Substanz:** Tetrahydrocannabinol (THC).

▶ **Applikationsform:** Rauchen oder oral.

▶ **Ätiologie und Pathogenese:**

- Prinzipiell wie bei allen Abhängigkeitskrankheiten, insbesondere bezüglich Rauschdrogen: Wunsch nach „Selbsterfahrung", „Bewusstseinserweiterung", „Emanzipation". Vermeintliche Anregung geistiger Produktivität und künstlerischer Kreativität, s. Vorbemerkungen (S. 159). Einfluss der Umgebung.
- *Pharmakologisch:* Cannabinoide wirken serotonerg und anticholinerg im ZNS und steigern vermutlich die Durchblutung im frontalen Kortex und Gyrus cinguli.
- Nur geringe Toleranzentwicklung.

▶ **Epidemiologie:** In Deutschland bei ca. 5 % aller 14- bis 25-jährigen Cannabismissbrauch; 10–20 % haben Cannabis probiert.

- Ambulante Nachbehandlung mit Einbindung in Selbsthilfegruppen (S. 431), z. B. Anonyme Alkoholiker, Blaues Kreuz, Kreuzbund, Guttempler.
- Rehabilitationsmaßnahmen, gegebenenfalls teilstationäre Behandlung in Tagesklinik oder Tagesstätte.

▶ **Bei therapierefraktärem Verlauf mit häufigen Rückfällen:** Anticravingsubstanz (Acamprosat, Naltrexon) oder alternativ Aversivbehandlung mit Disulfiram (genaue Anwendung Tab. 14.18). Evtl. wegen häufiger Depressivität Antidepressivum vom SSRI-Typ oder Mirtazapin (S. 320). Keine Benzodiazepine!

❑ ***Hinweis:*** Sog. kontrolliertes Trinken angesichts der hohen Rückfallquote zunehmend in Diskussion!

❑ ***Hinweis:*** In klinischer Erprobung Baclofen und Nalmefen.

Verlauf und Prognose

▶ Unter adäquater Behandlung Heilungsrate von bis zu 50–60 % (Dauerabstinenz) nach vier Jahren. Ein Rückfallrisiko besteht lebenslang, ist jedoch im ersten Jahr am höchsten.

▶ In etwa 10 % der Fälle Spontanheilung.

▶ **Schlechte Prognose:**

- Übliche „Alkoholikerkarriere" mit sozialem Abstieg und erheblichen psychischen und körperlichen Schädigungen, Invalidität, Verlust sozialer Bindungen, allgemeine Depravation. Häufig zusätzlicher Konsum von Drogen oder psychotropen Medikamenten. Nikotin!
- Beträchtliche Verkürzung der Lebenserwartung um ca. 12 Jahre (3-fach erhöhte Mortalität im Vergleich zum Bevölkerungsdurchschnitt) durch typische Folgekrankheiten (s. o.). Hohe Letalität bei Wernicke-Enzephalopathie!
- 12-fach erhöhte Suizidalität gegenüber der Normalbevölkerung sowie durch Delinquenz in Form von Verkehrs- und Eigentumsdelikten, Sach- und Personenbeschädigungen (20–30 % aller Arbeits-und Verkehrsunfälle sind alkoholbedingt!

❑ ***Hinweis:*** Schuldfähigkeit forensisch in der Regel ab 2‰ Blutalkohol erheblich gemindert, ab 3‰ aufgehoben! Vgl. forensische Psychiatrie (S. 419).

6.3 Abhängigkeit von Cannabis

▶ **ICD-10: F 12**

Grundlagen

▶ **Synonym** (für Cannabis)**:** „Bar", „Brown", „Dope", „Fu", „Gage", „Gras", „Hanf", „Heu", „Kiff", „Lady", „Pot", „Shit", „Tea", „Was".

▶ **Definition:** Gewohnheitsmäßiger Konsum von Haschisch bzw. Marihuana („kiffen").

❑ ***Hinweis:*** Psychische Abhängigkeit, gewisse physische Abhängigkeit allenfalls nach langjährigem Gebrauch.

▶ **Wirksame Substanz:** Tetrahydrocannabinol (THC).

▶ **Applikationsform:** Rauchen oder oral.

▶ **Ätiologie und Pathogenese:**

- Prinzipiell wie bei allen Abhängigkeitskrankheiten, insbesondere bezüglich Rauschdrogen: Wunsch nach „Selbsterfahrung", „Bewusstseinserweiterung", „Emanzipation". Vermeintliche Anregung geistiger Produktivität und künstlerischer Kreativität, s. Vorbemerkungen (S. 159). Einfluss der Umgebung.
- *Pharmakologisch:* Cannabinoide wirken serotonerg und anticholinerg im ZNS und steigern vermutlich die Durchblutung im frontalen Kortex und Gyrus cinguli.
- Nur geringe Toleranzentwicklung.

▶ **Epidemiologie:** In Deutschland bei ca. 5 % aller 14- bis 25-jährigen Cannabismissbrauch; 10–20 % haben Cannabis probiert.

Hinweis: Haschisch ist häufig „Einstiegsdroge" für weitergehende Suchterkrankungen (bei ca. 70–80% der Opiatabhängigen). Genuss und Besitz von Haschisch bzw. Marihuana fallen unter das Betäubungsmittelgesetz und werden bislang strafrechtlich verfolgt. Allerdings kommt es zu einer Aussetzung der Strafe nach §35 BtmG, wenn eine kontrollierte Therapie erfolgt und auch nachgewiesen wird.

- Als **rezeptpflichtiges Medikament** ist Cannabis im Einzelfall gegen chronische Schmerzen zugelassen!

Klinik

- **Rausch** (F 12.0):
  - *Psychisch:* Wenige Minuten nach dem Rauchen gehobene Stimmung, Heiterkeit, Euphorie, gleichzeitig Antriebsverminderung mit Passivität und Lethargie, Gefühl der Zeitverlangsamung, abnorme Fokussierung der Wahrnehmung bzw. Sinnestäuschungen und Synästhesien, illusionäre Verkennungen. Dauer: 4–6 Stunden.
  - *Körperlich:* Tachykardie, Blutdruckerhöhung, Durst- und Hungergefühl, Schläfrigkeit, Kopfschmerz, Übelkeit und Brechreiz, Mydriasis, Nystagmus, Mundtrockenheit, gerötete Konjunktiven.
- **Intoxikation:** Psychose mit Verfolgungsideen und Sinnestäuschungen (F 12.1).
- **Chronisch** (F 12.1): Gleichgültigkeit, Interessenverlust, Merkschwäche, Depressivität, Kontaktstörungen, schließlich auch Persönlichkeitsveränderung mit Verwahrlosungstendenz („amotivationales Syndrom"). Hinweis auf Chromosomenveränderungen und Abnahme der Spermiogenese.
- **Komplikationen:**
  - *Horrortrip:* Panikartige Angst infolge abnormer Erlebens- und Wahrnehmungsveränderungen.
  - *Flash back* (Echopsychose, Nachhallphänomene): Nach Tagen bis Wochen erneutes Auftreten der Symptome ohne erneute Einnahme der Substanz.
  - *Psychose mit schizophreniformer Symptomatik* (F 12.5). Siehe drogeninduzierte Psychose (S. 181).
- **Entzug:** Keine körperlichen Entzugssymptome, jedoch Unruhe, Reizbarkeit, Affektlabiliät, Ängstlichkeit, Schwitzen, Schlafstörungen mit Albträumen und erhöhte Reizbarkeit innerhalb von 10 Stunden über 1–3 Wochen, ähnlich dem Nikotinentzug.
- **Mögliche organische Folgeerkrankungen** bei chronischem Cannabismissbrauch: Entzündliche Erkrankungen der Atemwege, Konjunktivitis, endokrine Störungen, Herz-, Kreislauf-Funktionsstörungen. Parästhesien.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung** (s. Klinik); Verhaltensbeobachtung.
- **Anamnese:** Eigen- und Fremdanamnese, biografische und Suchtanamnese.
- **Körperliche Untersuchung:** Internistischer und neurologischer Status.
- **Labor:** Drogenscreening, Substanznachweis im Urin (S. 36), Routinelabor.

Hinweis: Cannabinolnachweis im Urin noch wochenlang nach der Einnahme.

Differenzialdiagnose

- Andere Form einer Intoxikation bzw. Suchterkrankung.
- Schizophrene Psychose (S. 184).
- Hirnorganische Wesensänderung (S. 111).

Therapie

- **Allgemein-psychiatrisch:**
  - Kontaktaufnahme und Entzug: Stationärer Entzug immer dann, wenn längerer und intensiver Missbrauch bzw. Polytoxikomanie vorliegt. Entzugssymptome sind nach einem Intervall von ca. 2–4 Tagen zu erwarten.

- Entspannungsübungen, Bilderleben, psycholoische Beratung und Behandlung, Bewegungstherapie bzw. Sport (S. 343). Selbsthilfegruppe (S. 431).

▶ **Medikamentös:** Bei Unruhezuständen schwachpotente, dämpfende Antipsychotika: Olanzapin 5–10 mg/d p. o. oder Promazin 100–200 mg/d p. o. oder Promethazin 75–150 mg/d p. o. oder Melperon 150–200 mg/d p. o. oder Chlorprothixen 50–100 mg/d p. o. oder Gabapentin 400–600 mg/d p. o. Bei Resistenz Clonazepam 1–2 mg/d p. o. (Rimonabant als Cannabisantagonist?)

Verlauf und Prognose

▶ Insgesamt eher günstig.
▶ Bei Langzeitkonsum kognitive Beeinträchtigungen und Persönlichkeitsnivellierung mit sozialem Abstieg bzw. Depravation (Komorbidität mit dissozialer Persönlichkeit).
▶ Wie beim Tabakrauchen erhöhtes Risiko für Atemwegserkrankungen und Bronchialkarzinom (wahrscheinlich auch für Fertilitätsstörungen).

6.4 Opiatabhängigkeit

▶ **ICD-10: F 11**

Grundlagen

▶ **Synonyme** (für Heroin): „H", „brown sugar", „horse", „Jack", „Pack", „Scat", „Schore", „Cocktail" (Heroin mit Kokain), „Speed ball" (Heroin mit Kokain).
▶ **Definition:** Physische und psychische Abhängigkeit von Opiaten, synthetischen Opioiden oder opioidartigen Analgetika.
▶ **Wirksame Substanzen, Applikation:**
- Alfentanil, Buprenorphin, Codein, Dextromethorphan, Dextroprotoxyphen, Diazetylmorphin bzw. Diamorphin (Heroin), Dehydrocodein, Fentanyl, Hydrocodon, Hydromorphon, Levomethadon(L-Polamidon), Morphin, Nalbuphin, Opium, Pentazocin, Pethidin, Piritramid, Tilidin und Tramadol.
- Applikationsform: Injektion, Rauchen, Schnupfen oder orale Einnahme.

▶ **Ätiologie und Pathogenese:** Wie bei allen Suchterkrankungen (S. 159), zusätzlich:
- Pharmakologische Wirkung auf spezifische Opioidrezeptoren im Nucleus accumbens und caudatus.
- Aktivierung von D 1-Dopaminrezeptoren?

Hinweis: Sehr hohes Abhängigkeitspotenzial! Angehörige 1. Grades 10-fach erhöhtes Risiko. Männer sind 3- bis 4-mal häufiger abhängig!

Klinik

▶ **Rausch** (F 11.0):
- *Psychisch:* Euphorisierung, „Kick", Stimulation oder Sedierung, Steigerung des Selbstgefühls, Verlangsamung, Rückzug.
- *Körperlich:* Miosis, Bradykardie, Darmatonie mit Übelkeit, Ataxie.

▶ **Intoxikation, Überdosierung:** Koma, Atemdepression, ausgeprägte Miosis, Zyanose, Lungenödem und Kreislaufkollaps.
▶ **Chronisch** (F 11.1):
- *Psychisch:* Leistungsabfall, Apathie, Affektlabilität, emotionale Verflachung, Dysphorie, Depressionen, Suizidgedanken und Suizid, Depravation.
- *Körperlich:* Rasche Toleranzentwicklung, ausgeprägte Vagotonie (Hypotonie, Bradykardie, Obstipation), Libidoverlust, Amenorrhoe, Gewichtsabnahme bis zur Kachexie, Ataxie, Haarausfall, Hautblässe.

▶ **(„Kalter") Entzug** (F 11.3): „Cold turkey".
- **(Sympathikotone) Symptome**: Mydriasis, Gänsehaut, graue Gesichtsfarbe, Schnupfen, Niesen, Augentränen, Rückenschmerzen, Muskelzuckungen, Appetit-

- Entspannungsübungen, Bilderleben, psycholoische Beratung und Behandlung, Bewegungstherapie bzw. Sport (S. 343). Selbsthilfegruppe (S. 431).

▶ **Medikamentös:** Bei Unruhezuständen schwachpotente, dämpfende Antipsychotika: Olanzapin 5–10 mg/d p. o. oder Promazin 100–200 mg/d p. o. oder Promethazin 75–150 mg/d p. o. oder Melperon 150–200 mg/d p. o. oder Chlorprothixen 50–100 mg/d p. o. oder Gabapentin 400–600 mg/d p. o. Bei Resistenz Clonazepam 1–2 mg/d p. o. (Rimonabant als Cannabisantagonist?)

Verlauf und Prognose

▶ Insgesamt eher günstig.
▶ Bei Langzeitkonsum kognitive Beeinträchtigungen und Persönlichkeitsnivellierung mit sozialem Abstieg bzw. Depravation (Komorbidität mit dissozialer Persönlichkeit).
▶ Wie beim Tabakrauchen erhöhtes Risiko für Atemwegserkrankungen und Bronchialkarzinom (wahrscheinlich auch für Fertilitätsstörungen).

6.4 Opiatabhängigkeit

▶ **ICD-10: F 11**

Grundlagen

▶ **Synonyme** (für Heroin): „H", „brown sugar", „horse", „Jack", „Pack", „Scat", „Schore", „Cocktail" (Heroin mit Kokain), „Speed ball" (Heroin mit Kokain).
▶ **Definition:** Physische und psychische Abhängigkeit von Opiaten, synthetischen Opioiden oder opioidartigen Analgetika.
▶ **Wirksame Substanzen, Applikation:**
- Alfentanil, Buprenorphin, Codein, Dextromethorphan, Dextroprotoxyphen, Diazetylmorphin bzw. Diamorphin (Heroin), Dehydrocodein, Fentanyl, Hydrocodon, Hydromorphon, Levomethadon(L-Polamidon), Morphin, Nalbuphin, Opium, Pentazocin, Pethidin, Piritramid, Tilidin und Tramadol.
- Applikationsform: Injektion, Rauchen, Schnupfen oder orale Einnahme.

▶ **Ätiologie und Pathogenese:** Wie bei allen Suchterkrankungen (S. 159), zusätzlich:
- Pharmakologische Wirkung auf spezifische Opioidrezeptoren im Nucleus accumbens und caudatus.
- Aktivierung von D 1-Dopaminrezeptoren?

Hinweis: Sehr hohes Abhängigkeitspotenzial! Angehörige 1. Grades 10-fach erhöhtes Risiko. Männer sind 3- bis 4-mal häufiger abhängig!

Klinik

▶ **Rausch** (F 11.0):
- *Psychisch:* Euphorisierung, „Kick", Stimulation oder Sedierung, Steigerung des Selbstgefühls, Verlangsamung, Rückzug.
- *Körperlich:* Miosis, Bradykardie, Darmatonie mit Übelkeit, Ataxie.

▶ **Intoxikation, Überdosierung:** Koma, Atemdepression, ausgeprägte Miosis, Zyanose, Lungenödem und Kreislaufkollaps.
▶ **Chronisch** (F 11.1):
- *Psychisch:* Leistungsabfall, Apathie, Affektlabilität, emotionale Verflachung, Dysphorie, Depressionen, Suizidgedanken und Suizid, Depravation.
- *Körperlich:* Rasche Toleranzentwicklung, ausgeprägte Vagotonie (Hypotonie, Bradykardie, Obstipation), Libidoverlust, Amenorrhoe, Gewichtsabnahme bis zur Kachexie, Ataxie, Haarausfall, Hautblässe.

▶ **(„Kalter") Entzug** (F 11.3): „Cold turkey".
- **(Sympathikotone) Symptome**: Mydriasis, Gänsehaut, graue Gesichtsfarbe, Schnupfen, Niesen, Augentränen, Rückenschmerzen, Muskelzuckungen, Appetit-

störungen, Übelkeit, Brechreiz, Diarrhoe, Tachykardie, Hypertonie, Gliederschmerzen, Muskelkrämpfe, Zittern, Schlafstörungen, Unruhe, Angstgefühl, ausgeprägter Drogenhunger (craving). Evtl. zerebrale Krampfanfälle.
- *Beginn:* 6–10 Stunden nach Abstinenz.
- *Dauer:* 8–10 Tage.

Achtung: In der Szene ist das Heroin meist mit Streckmitteln (z. B. Milchzucker, Ascorbinsäure, Mehl, Talkum, Gips) oder Verschnittmitteln (z. B. Koffein, Chinin, Acetylsalicylsäure, Barbitursäure, Strychnin, Amphetamin) versetzt, was zu gefährlichen, manchmal tödlichen Komplikationen führen kann!

Diagnostik

- **Psychopathologischer Befund** (s. Klinik).
- **Anamnese:** Fremd- und Eigenanamnese bzw. Suchtanamnese.
- **Körperliche Untersuchung:** Einstichstellen, Spritzenabszesse, Miosis? Neurostatus.
- **Labor:** Drogenscreening (Polytoxikomanie?), stets serologische Untersuchung auf Hepatitis (B, C), HIV-Infektion und Lues (TPHA-Suchtest).

Differenzialdiagnose

- Andere Suchterkrankung, Polytoxikomanie: Anamnese, Drogenscreening.
- Affektive Erkrankung: Anamnese, Verlauf.

Therapie

- **Allgemein:** Im Rahmen einer stationären Intensivüberwachung konsequente Entgiftung und Entziehung bei sorgfältiger allgemein-körperlicher Pflege. Vorzüge des sogenannten Turboentzugs („Blitzentgiftung") unter Narkose umstritten.
- **Medikamentös:**
  - Niedrigpotentes Antipsychotikum (z. B. Levomepromazin 150–300 mg/d p. o.) oder Antidepressivum (z. B. Doxepin 150–300 mg/d p. o. oder Carbamazepin 600–1200 mg p. o.), bei vorherrschend vegetativer Symptomatik auch Clonidin 0,5–2 mg/d p. o.
  - Bei lebensbedrohlichen Vergiftungserscheinungen: Einsatz von Buprenorphin 2–4 mg/d p. o. oder Morphinantagonisten (z. B. Nalorphin, Lorfan, Naloxon, Naltrexon oder Daptazil) unter Sicherung der Atmung (ggf. Intubation) und Pneumonie-Prophylaxe (Antibiose).

  Hinweis: Naltrexon (S. 335) kann auch zur Rezidivprophylaxe eingesetzt werden. (Voraussetzungen: Motivation, soziale Integration, Abhängigkeit nicht länger als 5 Jahre!)
- **Substitutionsbehandlung:**
  - *Methadon, L-Polamidon:* Alternativ: Buprenorphin. Genaues Vorgehen (S. 334).
  - *Codein:* Anwendung umstritten, scheint gegenüber Methadon keine Vorteile zu bieten, führt jedoch zu stärkerer Euphorisierung und größerer Abhängigkeit.

  Hinweis: Substitution mit *Diamorphin* (= reines Heroin) unter bestimmten Voraussetzungen erlaubt (S. 334).
- **Psychiatrisch, psychotherapeutisch:** In entsprechender Fachklinik mit konfliktzentrierter Einzel- und Gruppentherapie, Ergo- und Bewegungstherapie, Milieutherapie, weiterführende soziotherapeutische Maßnahmen (S. 392).

Verlauf und Prognose

- Belastung der Prognose (S. 159) durch hohe Rückfallquote und Tendenz zu sozialer Verwahrlosung und Beschaffungskriminalität bei mehr als 20 % der Abhängigen. Erfolgsquote von 50–60 %.

6.5 Kokainabhängigkeit ICD-10: F 14

Grundlagen

- **Synonyme** (für Kokain): „Blanche", „C", „Charley", „CoCo", „Coke", „Koks", „Schnee", „White stuff", „Crack" (Mischung aus Kokain und Backpulver).
- **Definition:** Kontinuierlicher Konsum von Kokain.
- **Wirksame Substanz, Applikation:** Kokain.
- **Applikationsform:** Rauchen, Injizieren oder Schnupfen.
- **Ätiologie und Pathogenese:** Wie bei allen Abhängigkeitserkrankungen (S. 159), zusätzlich pharmakologisch Stimulierung der Dopaminfreisetzung bzw. Wiederaufnahmehemmung von Dopamin, Serotonin und Noradrenalin in mesolimbischen Systemen.

Hinweis: Häufig polytoxikomane Kombination mit anderen Drogen wie Heroin, LSD oder Flunitrazepam („Ro").

Klinik

- **Rausch** (F 14.0):
  - *Psychisch:*
    - Aktivismus, Antriebssteigerung, Euphorie, gehobenes Selbstgefühl, Überwachheit, erhöhte Kontaktfähigkeit mit Rededrang.
    - Im weiteren Verlauf oft Umschlagen in Angstgefühl, Depressivität oder Aggressivität und Reizbarkeit, Selbstvorwürfe und Suizidgedanken, Auftreten von Wahnideen und (haptischen) Sinnestäuschungen, s. drogeninduzierte Psychose (S. 181).
  - *Körperlich:* Tachykardie, Blutdruckerhöhung, Mydriasis, Kopfschmerz, Schwindel, Ataxie, Hyperreflexie.
- **Intoxikation:** Mydriasis, Tachyarrhythmie, Hypertonie, Übelkeit, Hyperthermie, epileptische Anfälle, Ataxie.
- **Chronisch** (F 14.1): Apathie, Dysphorie, Affektlabilität, Depersonalisation, soziale Desintegration bis zur Depravation, drogeninduzierte Psychose (S. 181).

  Hinweis: Bei „Crack" besonders hohes Suchtpotenzial mit rascher körperlicher und sozialer Verelendung!
- **Entzugssymptomatik** (F 14.3): Angstzustände, Dysphorie, Depressivität, Schlafstörungen, Tachykardie, Dyspnoe, Erbrechen und Durchfälle, Schwitzen, Erschöpfung, Intensives Craving!

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung** (s. Klinik).
- **Anamnese:** Eigen- und Fremdanamnese, Suchtanamnese.
- **Körperliche Untersuchung:** Internistischer Status (z. B. Blutdruck, Herzfrequenz, Pupillengröße).
- **Labor:** Drogenscreening (S. 36), Bis zu 3 Tagen ist im Urin der Metabolit Benzoylecgonin nachweisbar. Routinelabor. Polytoxikomanie?

Differenzialdiagnose

- Andere Form einer Intoxikation: Anamnese, Labordiagnostik!
- Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis (S. 184): Anamnese, Verlauf.

Therapie

- **Allgemein-psychiatrisch:**
  - Kontaktaufnahme, Überprüfung der Motivation zur stationären Entgiftungsbehandlung.
  - Begleitende und weiterführende suchttherapeutische Betreuung und Nachsorge. Selbsthilfegruppe (S. 431).

- **Medikamentös** (unterstützend):
  - Benzodiazepin Diazepam 10 mg/d p. o. oder Lorazepam 4–6 mg/d p. o.
  - *Bei Blutdrucksteigerung:* Betablocker.
  - *Bei Depressivität (Suizidalität):* Antidepressivum, z. B. selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer, z. B. Fluoxetin 20 (– 40) mg/d p. o. oder Paroxetin 20 mg/d p. o. oder Citaprolam 20 mg/d p. o. oder Sertralin 100 mg/d p. o., oder Venlafaxin (S. 320) 50–75 mg/d p. o.
  - *Bei Psychose:* Haloperidol 8–12 mg/d p. o. oder Olanzapin 10–15 mg/d p. o.

Verlauf und Prognose

- Vereinzelt Nierenversagen und Leberfunktionsstörungen infolge Rhabdomyolyse.
- Belastung der Prognose durch Persönlichkeitsveränderung mit beruflichem und sozialem Abstieg. Häufig Beschaffungskriminalität (S. 419).

6.6 Abhängigkeit von Halluzinogenen

- **ICD-10: F 16**

Grundlagen

- **Definition:** (Anhaltender) Missbrauch von Halluzinogenen bzw. psychedelischen Drogen („Partydrogen") einschließlich „Designer-drugs".
- **Applikationsform:** Konsum durch Rauchen, Schnupfen oder orale Einnahme.

Hinweis: Keine physische, jedoch starke psychische Abhängigkeit mit Toleranzentwicklung!

- **Wirksame Substanzen:**
  - LSD (Lysergsäurediäthylamid - synthetisch), Meskalin (Peyote-Kaktus), Psilocybin (mexikanischer Pilz), Muskarin (Fliegenpilz), Atropin (Tollkirsche), Harmin (exotische Pflanzen), Skopolamin (Stechapfel), Hyoscyamin (Engelstrompete). Synonyme für LSD: „Acid", „Cube", „Fahrkarte", „Glory", „Mike", „Säure".
  - *Designer-drugs:* Methyl-Fentanyl mit morphinähnlicher Wirkung, Pethidin-Abkömmlinge mit morphinähnlicher Wirkung, Phencyclidin (PCP, „Angel dust", „Monkey", „Peace pill") mit intensiv-euphorisierender Wirkung.
  - Amphetaminabkömmlinge wie „Ecstasy", s. Stimulanzienmissbrauch (S. 173).
- **Ätiologie und Pathogenese:**
  - *Typische Persönlichkeitsstruktur:* Selbstunsicherheit, Frustrationsintoleranz und Stimmungslabilität, Geltungsbedürfnis, problematische Sozialisation.
  - *Suchtauslösend:* Neugierde, Imitationsverhalten, Befindlichkeitsstörungen.
  - *Pharmakologisch:* Serotonerge, dopaminerge und noradrenerge Effekte im ZNS.

Klinik

- **Rausch** (F 16.0):
  - *Psychisch:* Über Stunden anhaltende Steigerung von Wahrnehmung und Empfinden, erhöhte Fantasietätigkeit, unnatürliches Wohlbefinden mit Selbstüberschätzung, Entfremdungserlebnisse, Veränderungen im Raum- und Zeiterleben, illusionäre Verkennungen, optische Halluzinationen und Pseudohalluzinationen, Zönästhesien, abrupt auch Stimmungswechsel, unberechenbare Angst, Verwirrtheit und Aggressivität.
  - *Körperlich:* Tachykardie, Hypertonie, Tremor, Mydriasis, Mundtrockenheit und Schwindel, Ataxie.
- **Chronisch** (F 16.1):
  - *Psychisch:* Interessenverlust, Apathie, Depressivität mit Suizidalität, Halluzinose.
  - *Körperlich:* Mydriasis, Tachykardie, Schwitzen.

- **Medikamentös** (unterstützend):
  - Benzodiazepin Diazepam 10 mg/d p. o. oder Lorazepam 4–6 mg/d p. o.
  - *Bei Blutdrucksteigerung:* Betablocker.
  - *Bei Depressivität (Suizidalität):* Antidepressivum, z. B. selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer, z. B. Fluoxetin 20 (– 40) mg/d p. o. oder Paroxetin 20 mg/d p. o. oder Citaprolam 20 mg/d p. o. oder Sertralin 100 mg/d p. o., oder Venlafaxin (S. 320) 50–75 mg/d p. o.
  - *Bei Psychose:* Haloperidol 8–12 mg/d p. o. oder Olanzapin 10–15 mg/d p. o.

Verlauf und Prognose

- Vereinzelt Nierenversagen und Leberfunktionsstörungen infolge Rhabdomyolyse.
- Belastung der Prognose durch Persönlichkeitsveränderung mit beruflichem und sozialem Abstieg. Häufig Beschaffungskriminalität (S. 419).

6.6 Abhängigkeit von Halluzinogenen

- **ICD-10: F 16**

Grundlagen

- **Definition:** (Anhaltender) Missbrauch von Halluzinogenen bzw. psychedelischen Drogen („Partydrogen") einschließlich „Designer-drugs".
- **Applikationsform:** Konsum durch Rauchen, Schnupfen oder orale Einnahme.

Hinweis: Keine physische, jedoch starke psychische Abhängigkeit mit Toleranzentwicklung!

- **Wirksame Substanzen:**
  - LSD (Lysergsäurediäthylamid - synthetisch), Meskalin (Peyote-Kaktus), Psilocybin (mexikanischer Pilz), Muskarin (Fliegenpilz), Atropin (Tollkirsche), Harmin (exotische Pflanzen), Skopolamin (Stechapfel), Hyoscyamin (Engelstrompete). Synonyme für LSD: „Acid", „Cube", „Fahrkarte", „Glory", „Mike", „Säure".
  - *Designer-drugs:* Methyl-Fentanyl mit morphinähnlicher Wirkung, Pethidin-Abkömmlinge mit morphinähnlicher Wirkung, Phencyclidin (PCP, „Angel dust", „Monkey", „Peace pill") mit intensiv-euphorisierender Wirkung.
  - Amphetaminabkömmlinge wie „Ecstasy", s. Stimulanzienmissbrauch (S. 173).
- **Ätiologie und Pathogenese:**
  - *Typische Persönlichkeitsstruktur:* Selbstunsicherheit, Frustrationsintoleranz und Stimmungslabilität, Geltungsbedürfnis, problematische Sozialisation.
  - *Suchtauslösend:* Neugierde, Imitationsverhalten, Befindlichkeitsstörungen.
  - *Pharmakologisch:* Serotonerge, dopaminerge und noradrenerge Effekte im ZNS.

Klinik

- **Rausch** (F 16.0):
  - *Psychisch:* Über Stunden anhaltende Steigerung von Wahrnehmung und Empfinden, erhöhte Fantasietätigkeit, unnatürliches Wohlbefinden mit Selbstüberschätzung, Entfremdungserlebnisse, Veränderungen im Raum- und Zeiterleben, illusionäre Verkennungen, optische Halluzinationen und Pseudohalluzinationen, Zönästhesien, abrupt auch Stimmungswechsel, unberechenbare Angst, Verwirrtheit und Aggressivität.
  - *Körperlich:* Tachykardie, Hypertonie, Tremor, Mydriasis, Mundtrockenheit und Schwindel, Ataxie.
- **Chronisch** (F 16.1):
  - *Psychisch:* Interessenverlust, Apathie, Depressivität mit Suizidalität, Halluzinose.
  - *Körperlich:* Mydriasis, Tachykardie, Schwitzen.

- **Komplikationen:**
  - *Flash back:* Auch nach längerer Abstinenz (bis zu Monaten) erneutes Auftreten der typischen Halluzinogensymptome.
  - Horrortrip (S. 181).

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung:** Näheres s. Klinik (S. 172).
- **Anamnese:** Eigen- und Fremdanamnese, biografische und Suchtanamnese.
- **Labor:** Drogenscreening (S. 36), Polytoxikomanie?, Routinelabor.
- **Körperliche Untersuchung:** Internistisch, neurologisch (z. B. Blutdruck, Herzfrequenz, Pupillengröße, Gleichgewichtsprüfung).

Differenzialdiagnose

- Andere Form einer Intoxikation: Anamnese, Laborscreening.
- Manifestes Bild bei affektiver Störung oder schizophrener Psychose (S. 107): Anamnese, Verlauf.

Therapie

- **Allgemein-psychiatrisch:**
  - Kontaktaufnahme und Motivierung.
  - Stationäre Entzugsbehandlung, gegebenenfalls psychiatrische Unterbringung (S. 420) oder Unterbringung in Entzugsanstalt (S. 421).
  - Weiterführende psychotherapeutische Entwöhnungsbehandlung. Selbsthilfegruppe (S. 431).
- **Medikamentös:**
  - Bei ausgeprägter Angst oder Erregtheit (Horrortrip): Benzodiazepin, z. B. parenteral Diazepam 5–10 mg i. v. oder Lorazepam (S. 222) 2–4 mg i. v.
  - Psychotische Symptomatik: Benzodiazepin und/oder Antipsychotikum (z. B. Haloperidol 5 mg p. o. oder Clopenthixol 50 mg p. o.).

Verlauf und Prognose

- Gelegentlich rezidivierende psychotische und Angstsymptomatik als „Flash back". Näheres s. Klinik (S. 172).
- Im Rausch können unberechenbare Verhaltensweisen mit forensischen Konsequenzen (S. 419) vorkommen.
- Induktion bzw. Aktivierung einer schizophrenen Psychose mit eigenständigem weiterem Verlauf (S. 181) möglich.

Hinweis: Bei längerer Einnahme bzw. hoher Dosierung resultiert eine ähnliche Funktionsstörung der Neurotransmittersysteme wie bei Schizophrenie.

6.7 Abhängigkeit von Stimulanzien

- **ICD-10: F 15**

Grundlagen

- **Definition:** Missbrauch und Abhängigkeit von Psychostimulanzien (Synonym: Energetika, Weckamine, Psychoanaleptika, Psychotonika).

Hinweis: Keine körperliche, jedoch starke psychische Abhängigkeit!

- **Applikationsform:** Injektion oder oral.
- **Wirksame Substanzen:**
  - U. a. Amphetamin (in der Szene: „Speed", „Bambino", „Bennies", „Black birds", „Dixies", „Pep", „Sweeties", „Uppers"), Amfetaminil, Ephedrin bzw. Norpseudoephedrin, Koffein, Phencamphamin, Fenetylin, Levopropylhexedrin, Methamphetamin („Crystal", „Meth", „Ice", „Yaba"), Mephedron („Badesalz", „Ivory wave",

- **Komplikationen:**
  - *Flash back:* Auch nach längerer Abstinenz (bis zu Monaten) erneutes Auftreten der typischen Halluzinogensymptome.
  - Horrortrip (S. 181).

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung:** Näheres s. Klinik (S. 172).
- **Anamnese:** Eigen- und Fremdanamnese, biografische und Suchtanamnese.
- **Labor:** Drogenscreening (S. 36), Polytoxikomanie?, Routinelabor.
- **Körperliche Untersuchung:** Internistisch, neurologisch (z. B. Blutdruck, Herzfrequenz, Pupillengröße, Gleichgewichtsprüfung).

Differenzialdiagnose

- Andere Form einer Intoxikation: Anamnese, Laborscreening.
- Manifestes Bild bei affektiver Störung oder schizophrener Psychose (S. 107): Anamnese, Verlauf.

Therapie

- **Allgemein-psychiatrisch:**
  - Kontaktaufnahme und Motivierung.
  - Stationäre Entzugsbehandlung, gegebenenfalls psychiatrische Unterbringung (S. 420) oder Unterbringung in Entzugsanstalt (S. 421).
  - Weiterführende psychotherapeutische Entwöhnungsbehandlung. Selbsthilfegruppe (S. 431).
- **Medikamentös:**
  - Bei ausgeprägter Angst oder Erregtheit (Horrortrip): Benzodiazepin, z. B. parenteral Diazepam 5–10 mg i. v. oder Lorazepam (S. 222) 2–4 mg i. v.
  - Psychotische Symptomatik: Benzodiazepin und/oder Antipsychotikum (z. B. Haloperidol 5 mg p. o. oder Clopenthixol 50 mg p. o.).

Verlauf und Prognose

- Gelegentlich rezidivierende psychotische und Angstsymptomatik als „Flash back". Näheres s. Klinik (S. 172).
- Im Rausch können unberechenbare Verhaltensweisen mit forensischen Konsequenzen (S. 419) vorkommen.
- Induktion bzw. Aktivierung einer schizophrenen Psychose mit eigenständigem weiterem Verlauf (S. 181) möglich.

Hinweis: Bei längerer Einnahme bzw. hoher Dosierung resultiert eine ähnliche Funktionsstörung der Neurotransmittersysteme wie bei Schizophrenie.

6.7 Abhängigkeit von Stimulanzien

- **ICD-10: F 15**

Grundlagen

- **Definition:** Missbrauch und Abhängigkeit von Psychostimulanzien (Synonym: Energetika, Weckamine, Psychoanaleptika, Psychotonika).

Hinweis: Keine körperliche, jedoch starke psychische Abhängigkeit!

- **Applikationsform:** Injektion oder oral.
- **Wirksame Substanzen:**
  - U. a. Amphetamin (in der Szene: „Speed", „Bambino", „Bennies", „Black birds", „Dixies", „Pep", „Sweeties", „Uppers"), Amfetaminil, Ephedrin bzw. Norpseudoephedrin, Koffein, Phencamphamin, Fenetylin, Levopropylhexedrin, Methamphetamin („Crystal", „Meth", „Ice", „Yaba"), Mephedron („Badesalz", „Ivory wave",

„Angel dust"), Methylphenidat, Phenmetrazin, Pemolin; Prolintan und Gamma-aminobuttersäure („Fantasy", „Liquid Ecstasy").
- *Besondere Animationsdroge:* Methylendioxymetamphetamin („Ecstasy", „Adam", „E", „Eve", „Cadillac", „Empathy", „XTC") mit Steigerung der Serotoninfreisetzung. ***Hinweis:*** Nicht zu verwechseln mit dem Wachstumshormstimulans „Liquid ecstasy" (Gammahydroxybutyrat), das ebenfalls euphorisierend wirkt!

▶ **Ätiologie und Pathogenese:**
- Multikausale Entwicklung, siehe Vorbemerkungen (S. 159).
- *Mögliche Motivationen:* Minderung von Müdigkeitsgefühl, Leistungssteigerung (z. B. Doping bei Hochleistungssportlern), Appetitreduzierung, z. B. Anorexia nervosa (S. 246), Eigenbehandlung von Depressionen. Reizhunger bei innerer Leere, Kontaktstörungen, Minderwertigkeitsgefühl, Ängstlichkeit.
- *Pharmakologisch:* Dopaminerg und noradrenerg induzierte, zentral stimulierende Wirkung.

Klinik

▶ **Rausch** (F 15.0):
- *Psychisch:* Gefühl von Leistungssteigerung. Euphorie, Überwachheit. Unruhe und Aufgedrehtheit bis zur Enthemmung. Aggressivität..
- *Körperlich:* Tachykardie, Arrhythmie, Hypertonie, Kreislaufdysregulation, Mydriasis, Brechreiz, Mundtrockenheit, Hyperthermie, Tremor, Kopfschmerzen, Nystagmus, Ataxie, Krampfanfälle.

▶ **Chronisch** (F 15.1):
- *Psychisch:* Ideenflüchtigkeit, Aggressivität, verminderte Kritikfähigkeit, Gedächtnisstörungen, Dysphorie, Schlafstörungen, Suizidalität, Stimmungslabilität, Impulskontrolle. Paranoide Psychose mit Sinnestäuschungen, Wahn und Angst, z. B. Weckaminpsychose (S. 181).
- *Körperlich:* Zahnausfall, Gewichtsverlust, Nierenschädigung, Hypertonie, Tremor.

▶ **Entzug** (F 15.3): Über 3–5 Tage Apathie, Dysphorie, Gereiztheit und Depressivität/Suizidalität, Apathie, Schlafstörungen, Heißhunger, Muskelschmerzen, Tenesmen.

Diagnostik

▶ **Psychopathologische Untersuchung** (s. Klinik); Verhaltensbeobachtung.
▶ **Anamnese:** Eigen-, Fremd-, Drogenanamnese.
▶ **Labor:** Drogenscreening (S. 36), Routinelabor.
▶ **Eingehende körperliche Untersuchung.**

Differenzialdiagnose

▶ Neurologische Erkrankung: z. B. Enzephalitis, Gehirntumor, Hirnatrophie.
▶ Andere körperliche Erkrankung: z. B. Hyperthyreose, Hypertonie, Hypoglykämie, Phäochromozytom.
▶ Manifestes Syndrom bei manischer Episode (S. 204) und bipolarer (affektiver) Störung (S. 207) oder beginnender Schizophrenie (S. 194).

Therapie

▶ **Allgemein-psychiatrisch:** Stationäre Entzugsbehandlung (S. 421), ggf. Unterbringung (S. 420). Bei Hyperthermie Kühlung und Flüssigkeitszufuhr.
▶ **Medikamentös:**
- *Akuter Rausch bzw. Intoxikation:* Benzodiazepin (z. B. Diazepam 5–10 mg p. o., Lorazepam 2–4 mg p. o.).
- *Erregtheit, Tachykardie, vegetative Symptomatik:* Betarezeptorenblocker, z. B. Propanolol, Metoprolol s. Somatotherapie (S. 328).
- *Depressivität:* Antidepressivum (z. B. Amitriptylin, Doxepin oder Serotoninwiederaufnahmehemmer).

- *Persistierende psychotische Symptome:* Antipsychotikum (z. B. Haloperidol 8–15 mg/d p. o. oder Olanzapin 10–15 mg/d p. o. oder Quetiapin 200–300 mg/d p. o.).

Verlauf und Prognose

- Bei weiterer Abstinenz gute Prognose.
- Ansonsten chronische Abhängigkeit mit Schlafstörungen und Tendenz zur Polytoxikomanie sowie Persönlichkeitsveränderung.
- Im Einzelfall Aktivierung einer latenten Schizophrenie.

Hinweis: Bei Metamphetaminabhängigkeit Hinweise auf langzeitig reduzierten Glukosemetabolismus in Nucleus caudatus und Thalamus mit motorischen Störungen.

6.8 Abhängigkeit von Sedativa (Tranquilizer)

- **ICD-10: F 13**

Grundlagen

- **Definition:** Missbräuchliche Einnahme (und Abhängigkeit) von Tranquilizern des Benzodiazepintyps.
- **Wirksame Substanzen:** Benzodiazepine stellen die am häufigsten missbräuchlich eingenommenen Medikamente dar. Flunitrazepam („Ro“) ist ein in der Drogenszene beliebtes Mittel bei Polytoxikomanie. Kreuztoleranz mit Alkohol und Barbituraten.
- **Applikationsform:** Orale Einnahme, sehr selten Injektion.

Hinweis: Psychische und physische Abhängigkeit bei längerer Einnahme!

- **Epidemiologie:** Frauen sind deutlich häufiger Konsumenten.
- **Ätiologie und Pathogenese:**
  - Grundsätzlich wie bei allen Abhängigkeitskrankheiten multikausal; s. Vorbemerkungen (S. 159).
  - *Auslöser:* Oft Überlastung oder Überforderung („Stress“, Burnout), chronische Konfliktsituation, aber auch Befindlichkeitsstörungen und Hyposomnie.
  - *Pharmakologisch:* Wie bei Alkohol inhibitorischer GABA-Effekt im limbischen System und im Striatum.

Klinik

- **Akute Intoxikation** (F 13.0):
  - *Psychisch:* Ähnlich wie bei Alkoholmissbrauch (S. 161) Müdigkeit und Benommenheit, Anxiolyse, gleichzeitig gehobene Stimmungslage, Kontakterleichterung bis zur Enthemmung,
  - *Körperlich:* Muskelerschlaffung, verwaschene Sprache, Schwindel, Ataxie, Hypotonie.
- **Chronisch** (F 13.1):
  - *Psychisch:* Verlangsamung, Abstumpfung, Passivität, Gedächtnisstörungen, Fahrigkeit, allgemeine Wesensveränderung.
  - *Körperlich:* Tremor, Nystagmus, Ataxie, Gewichtsverlust, allmähliche Gewöhnung und kontinuierliche Steigerung der Dosis (Toleranzerhöhung) oder Niedrigdosisabhängigkeit ohne Steigerung („Low dose dependency“).
- **Entzug** (F 13.3): Erst nach Stunden bis Tagen protrahiert Unruhe, Tremor, Schwitzen, Tachykardie, Schlafstörungen, Derealisationsempfinden, Erbrechen, Angstzustände, prolongierte psychotische Symptome und Krampfanfälle, die mit tage- bis wochenlanger Verzögerung fluktuierend – nach längerem Konsum auch ohne Dosissteigerung – auftreten können.

- *Persistierende psychotische Symptome:* Antipsychotikum (z. B. Haloperidol 8–15 mg/d p. o. oder Olanzapin 10–15 mg/d p. o. oder Quetiapin 200–300 mg/d p. o.).

Verlauf und Prognose

- Bei weiterer Abstinenz gute Prognose.
- Ansonsten chronische Abhängigkeit mit Schlafstörungen und Tendenz zur Polytoxikomanie sowie Persönlichkeitsveränderung.
- Im Einzelfall Aktivierung einer latenten Schizophrenie.

Hinweis: Bei Metamphetaminabhängigkeit Hinweise auf langzeitig reduzierten Glukosemetabolismus in Nucleus caudatus und Thalamus mit motorischen Störungen.

6.8 Abhängigkeit von Sedativa (Tranquilizer)

- **ICD-10: F 13**

Grundlagen

- **Definition:** Missbräuchliche Einnahme (und Abhängigkeit) von Tranquilizern des Benzodiazepintyps.
- **Wirksame Substanzen:** Benzodiazepine stellen die am häufigsten missbräuchlich eingenommenen Medikamente dar. Flunitrazepam („Ro“) ist ein in der Drogenszene beliebtes Mittel bei Polytoxikomanie. Kreuztoleranz mit Alkohol und Barbituraten.
- **Applikationsform:** Orale Einnahme, sehr selten Injektion.

Hinweis: Psychische und physische Abhängigkeit bei längerer Einnahme!

- **Epidemiologie:** Frauen sind deutlich häufiger Konsumenten.
- **Ätiologie und Pathogenese:**
  - Grundsätzlich wie bei allen Abhängigkeitskrankheiten multikausal; s. Vorbemerkungen (S. 159).
  - *Auslöser:* Oft Überlastung oder Überforderung („Stress“, Burnout), chronische Konfliktsituation, aber auch Befindlichkeitsstörungen und Hyposomnie.
  - *Pharmakologisch:* Wie bei Alkohol inhibitorischer GABA-Effekt im limbischen System und im Striatum.

Klinik

- **Akute Intoxikation** (F 13.0):
  - *Psychisch:* Ähnlich wie bei Alkoholmissbrauch (S. 161) Müdigkeit und Benommenheit, Anxiolyse, gleichzeitig gehobene Stimmungslage, Kontakterleichterung bis zur Enthemmung,
  - *Körperlich:* Muskelerschlaffung, verwaschene Sprache, Schwindel, Ataxie, Hypotonie.
- **Chronisch** (F 13.1):
  - *Psychisch:* Verlangsamung, Abstumpfung, Passivität, Gedächtnisstörungen, Fahrigkeit, allgemeine Wesensveränderung.
  - *Körperlich:* Tremor, Nystagmus, Ataxie, Gewichtsverlust, allmähliche Gewöhnung und kontinuierliche Steigerung der Dosis (Toleranzerhöhung) oder Niedrigdosisabhängigkeit ohne Steigerung („Low dose dependency“).
- **Entzug** (F 13.3): Erst nach Stunden bis Tagen protrahiert Unruhe, Tremor, Schwitzen, Tachykardie, Schlafstörungen, Derealisationsempfinden, Erbrechen, Angstzustände, prolongierte psychotische Symptome und Krampfanfälle, die mit tage- bis wochenlanger Verzögerung fluktuierend – nach längerem Konsum auch ohne Dosissteigerung – auftreten können.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung** (s. Klinik); Verlaufsbeobachtung.
- **Anamnese:** Eigen- und Fremdanamnese.
- **Eingehende körperliche Untersuchung.**
- **Labor:** Drogen- und Medikamentenscreening (Polytoxikomanie?), Routinelabor.
- **Apparative Diagnostik:** EEG (frontale β-Wellen).

Differenzialdiagnose

- Andere Form der Intoxikation: Anamnese, Drogenscreening!
- Hirnorganisches Psychosyndrom (S. 111) bzw. Demenz (S. 101): Anamnese, vorherrschend kognitive Defizite.

Therapie

- **Allgemein-psychiatrisch:**
  - Aufklärung, Motivierung! Psychoedukation (S. 363)!
  - Stationäre Entgiftungsbehandlung mit allmählicher Substanzreduzierung in kleinen Schritten (bei Diazepam über Wochen!).
  - Entspannungsübungen (S. 360), Psychotherapie (S. 345) und kognitive Verhaltenstherapie (S. 365), Bewegungstherapie (S. 344), Ergotherapie, Sport.
- **Medikamentös:**
  - *Bei aktueller, schwerer Intoxikation:* Flumazenil (Benzodiazepinantagonist) im Rahmen der Intensivüberwachung (s. Notfallpsychiatrie Tab. 13.5).
  - *Bei Entzugssymptomatik:* Langsames Abdosieren („Ausschleichen") der Substanz, ggf. in Kombination mit Carbamazepin 300–600 mg/d p. o. oder Valproat 600 mg/d p. o. in Verbindung mit Antipsychotikum (z. B. Haloperidol 8–12 mg/d p. o.).
  - *Entzugsdelir:* Niedrigpotentes Antipsychotikum (z. B. Melperon 100–200 mg/d p. o.). Weiterbehandlung wie bei Alkoholismus (S. 161).

Verlauf und Prognose

- Abhängig von weiterer Abstinenz (Reboundeffekte beachten!).
- Prävention (ärztliche Verschreibungsdisziplin!).

6.9 Abhängigkeit von Hypnotika (Barbiturat-Typ)

- **ICD-10: F 13**

Grundlagen

- **Definition:** Psychische und physische Abhängigkeit von barbiturathaltigen Sedativa, Clomethiazol, Gluthemid, Carbromal und Methaqualon.

Hinweis: Ausgeprägte psychische und physische Abhängigkeit. (Kreuztoleranz besteht mit Alkohol und Benzodiazepinen!)

- **Applikationsform:** Meist orale Einnahme.
- **Epidemiologie:** Häufigeres Vorkommen bei Frauen.
- **Ätiologie und Pathogenese**, vgl. Vorbemerkungen (S. 159):
  - Schlaf- und Befindlichkeitsstörungen wirken in der Regel induzierend.
  - *Pharmakologisch:* Inhibitorischer GABA-Effekt im ZNS.

Hinweis: Intoxikation häufig aus suizidaler Absicht!

Klinik

- **Akute Intoxikation** (F 13.0):
  - *Psychisch:* Verlangsamung, Müdigkeit, Bewusstseinstrübung, Anxiolyse.
  - *Körperlich:* Verwaschene Sprache, Ataxie, Miosis, Hypotonie, Atemdepression.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung** (s. Klinik); Verlaufsbeobachtung.
- **Anamnese:** Eigen- und Fremdanamnese.
- **Eingehende körperliche Untersuchung.**
- **Labor:** Drogen- und Medikamentenscreening (Polytoxikomanie?), Routinelabor.
- **Apparative Diagnostik:** EEG (frontale β-Wellen).

Differenzialdiagnose

- Andere Form der Intoxikation: Anamnese, Drogenscreening!
- Hirnorganisches Psychosyndrom (S. 111) bzw. Demenz (S. 101): Anamnese, vorherrschend kognitive Defizite.

Therapie

- **Allgemein-psychiatrisch:**
  - Aufklärung, Motivierung! Psychoedukation (S. 363)!
  - Stationäre Entgiftungsbehandlung mit allmählicher Substanzreduzierung in kleinen Schritten (bei Diazepam über Wochen!).
  - Entspannungsübungen (S. 360), Psychotherapie (S. 345) und kognitive Verhaltenstherapie (S. 365), Bewegungstherapie (S. 344), Ergotherapie, Sport.
- **Medikamentös:**
  - *Bei aktueller, schwerer Intoxikation:* Flumazenil (Benzodiazepinantagonist) im Rahmen der Intensivüberwachung (s. Notfallpsychiatrie Tab. 13.5).
  - *Bei Entzugssymptomatik:* Langsames Abdosieren („Ausschleichen") der Substanz, ggf. in Kombination mit Carbamazepin 300–600 mg/d p. o. oder Valproat 600 mg/d p. o. in Verbindung mit Antipsychotikum (z. B. Haloperidol 8–12 mg/d p. o.).
  - *Entzugsdelir:* Niedrigpotentes Antipsychotikum (z. B. Melperon 100–200 mg/d p. o.). Weiterbehandlung wie bei Alkoholismus (S. 161).

Verlauf und Prognose

- Abhängig von weiterer Abstinenz (Reboundeffekte beachten!).
- Prävention (ärztliche Verschreibungsdisziplin!).

6.9 Abhängigkeit von Hypnotika (Barbiturat-Typ)

- **ICD-10: F 13**

Grundlagen

- **Definition:** Psychische und physische Abhängigkeit von barbiturathaltigen Sedativa, Clomethiazol, Gluthemid, Carbromal und Methaqualon.

Hinweis: Ausgeprägte psychische und physische Abhängigkeit. (Kreuztoleranz besteht mit Alkohol und Benzodiazepinen!)

- **Applikationsform:** Meist orale Einnahme.
- **Epidemiologie:** Häufigeres Vorkommen bei Frauen.
- **Ätiologie und Pathogenese**, vgl. Vorbemerkungen (S. 159):
  - Schlaf- und Befindlichkeitsstörungen wirken in der Regel induzierend.
  - *Pharmakologisch:* Inhibitorischer GABA-Effekt im ZNS.

Hinweis: Intoxikation häufig aus suizidaler Absicht!

Klinik

- **Akute Intoxikation** (F 13.0):
  - *Psychisch:* Verlangsamung, Müdigkeit, Bewusstseinstrübung, Anxiolyse.
  - *Körperlich:* Verwaschene Sprache, Ataxie, Miosis, Hypotonie, Atemdepression.

- **Chronisch** (F 13.1):
  - *Psychisch:* Stimmungslabilität, Reizbarkeit, Verlangsamung, Gedächtnisstörungen, kognitive Defizite s. hirnorganisches Psychosyndrom (S. 111).
  - *Körperlich:* Tremor, Nystagmus, Dysarthrie, Schwindel, Ataxie, Gewichtsverlust.
- **Entzugserscheinungen** (F 13.3): Prolongierte (Tage bis Wochen anhaltende) Unruhe, Übelkeit, Erbrechen, Kollapsneigung, Tachykardie, Tremor, Schwitzen, delirante Symptome, Krampfanfälle.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung** (s. Klinik). Verhaltensbeobachtung.
- **Anamnese:** Eigen- und Fremdanamnese, Suchtanamnese.
- **Labor:** Drogenscreening (S. 36), Routinelabor (γ-GT ↑). Polytoxikomanie?
- **Körperliche Untersuchung:** Internistischer, v. a. auch neurologischer Status.
- **Apparative Diagnostik:** EEG (meist frontale β-Wellen).

Differenzialdiagnose

- Andere Form der Intoxikation.
- Hirnorganisches Psychosyndrom (S. 111) bzw. Demenz (S. 101).

Therapie, Verlauf und Prognose

- **Allgemein-psychiatrische Therapie:**
  - Aufklärung, Motivierung!
  - Stationäre Behandlung mit fraktionierter Entgiftung.
  - *Hinweis:* Kein abruptes Absetzen! Schrittweiser Entzug mit Pentobarbital (täglich 10 mg Dosisreduktion).
  - Entspannungsübungen (S. 360), Bewegungstherapie und Sport (S. 344).
  - Psychotherapie (S. 345), soziotherapeutische Nachsorge (S. 392).
- **Medikamentöse Therapie:** Bei Entzugssymptomatik mittelpotentes Antipsychotikum (z. B. Clopenthixol).
- **Verlauf und Prognose:** Abhängig von weiterer Abstinenz und ärztlicher Verschreibungsdisziplin! Reboundeffekte beachten; s. Schlafstörungen (S. 250).

6.10 Abhängigkeit von Analgetika

- **ICD-10: F 19, F 55**

Grundlagen

- **Definition:** Missbräuchliche Einnahme von Schmerzmitteln.
- *Hinweis:* Psychische und physische Abhängigkeit!
- **Wirksame Substanzen** (meist Mischpräparate): Koffein, Barbiturat, Ergotamin, Mefenamin, Metamizol, Phenazon, Pyrazolon. Siehe Opiate und Opioide (S. 159).
- **Epidemiologie:** Bei Frauen deutlich häufiger.
- **Ätiologie und Pathogenese:** Chronische Schmerzzustände (S. 240).

Klinik

- **Zu Beginn:** Euphorisierung bzw. Stimulierung, Betriebsamkeit und Angeregtheit.
- **Später:**
  - *Psychisch:* Eher Neigung zu Verlangsamung, Gleichgültigkeit, Müdigkeit und Abgestumpftheit.
  - *Körperlich:* Kopfschmerz bei phenacetinhaltigen Mitteln, Nephropathie (chron. interstitielle Nephritis), Gastritis.
- **Entzugssymptome:** Je nach Präparat Tremor, Schlafstörungen, Kollapsneigung, Durchfälle, Unruhe und Ängstlichkeit, Dysphorie, Zunahme der ursprünglichen Schmerzen (Reboundeffekte).

- **Chronisch** (F 13.1):
  - *Psychisch:* Stimmungslabilität, Reizbarkeit, Verlangsamung, Gedächtnisstörungen, kognitive Defizite s. hirnorganisches Psychosyndrom (S. 111).
  - *Körperlich:* Tremor, Nystagmus, Dysarthrie, Schwindel, Ataxie, Gewichtsverlust.
- **Entzugserscheinungen** (F 13.3): Prolongierte (Tage bis Wochen anhaltende) Unruhe, Übelkeit, Erbrechen, Kollapsneigung, Tachykardie, Tremor, Schwitzen, delirante Symptome, Krampfanfälle.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung** (s. Klinik). Verhaltensbeobachtung.
- **Anamnese:** Eigen- und Fremdanamnese, Suchtanamnese.
- **Labor:** Drogenscreening (S. 36), Routinelabor (γ-GT ↑). Polytoxikomanie?
- **Körperliche Untersuchung:** Internistischer, v. a. auch neurologischer Status.
- **Apparative Diagnostik:** EEG (meist frontale β-Wellen).

Differenzialdiagnose

- Andere Form der Intoxikation.
- Hirnorganisches Psychosyndrom (S. 111) bzw. Demenz (S. 101).

Therapie, Verlauf und Prognose

- **Allgemein-psychiatrische Therapie:**
  - Aufklärung, Motivierung!
  - Stationäre Behandlung mit fraktionierter Entgiftung.
  - *Hinweis:* Kein abruptes Absetzen! Schrittweiser Entzug mit Pentobarbital (täglich 10 mg Dosisreduktion).
  - Entspannungsübungen (S. 360), Bewegungstherapie und Sport (S. 344).
  - Psychotherapie (S. 345), soziotherapeutische Nachsorge (S. 392).
- **Medikamentöse Therapie:** Bei Entzugssymptomatik mittelpotentes Antipsychotikum (z. B. Clopenthixol).
- **Verlauf und Prognose:** Abhängig von weiterer Abstinenz und ärztlicher Verschreibungsdisziplin! Reboundeffekte beachten; s. Schlafstörungen (S. 250).

6.10 Abhängigkeit von Analgetika

- **ICD-10: F 19, F 55**

Grundlagen

- **Definition:** Missbräuchliche Einnahme von Schmerzmitteln.
- *Hinweis:* Psychische und physische Abhängigkeit!
- **Wirksame Substanzen** (meist Mischpräparate): Koffein, Barbiturat, Ergotamin, Mefenamin, Metamizol, Phenazon, Pyrazolon. Siehe Opiate und Opioide (S. 159).
- **Epidemiologie:** Bei Frauen deutlich häufiger.
- **Ätiologie und Pathogenese:** Chronische Schmerzzustände (S. 240).

Klinik

- **Zu Beginn:** Euphorisierung bzw. Stimulierung, Betriebsamkeit und Angeregtheit.
- **Später:**
  - *Psychisch:* Eher Neigung zu Verlangsamung, Gleichgültigkeit, Müdigkeit und Abgestumpftheit.
  - *Körperlich:* Kopfschmerz bei phenacetinhaltigen Mitteln, Nephropathie (chron. interstitielle Nephritis), Gastritis.
- **Entzugssymptome:** Je nach Präparat Tremor, Schlafstörungen, Kollapsneigung, Durchfälle, Unruhe und Ängstlichkeit, Dysphorie, Zunahme der ursprünglichen Schmerzen (Reboundeffekte).

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung** (s. Klinik); Verhaltensbeobachtung.
- **Anamnese:** Eigen- und Fremdanamnese, Auslöser.
- **Körperliche Untersuchung:** Ausführlicher internistischer Status, neurologische Konsiliaruntersuchung.
- **Labor:** Drogen- und Medikamentenscreening (S. 36), Routinelabor (einschließlich Kreatinin, Na^+, K^+, Ca^{2+}, Phosphat, Differenzial-Blutbild), Urinstatus (Eiweiß, Leukozyten, Erythrozyten?).
- **Apparative Diagnostik:** Abklärung möglicher schmerzverursachender Erkrankungen, bei V. a. Analgetika-Nephropathie Sonografie, ggf. i. v. Pyelogramm (Papillennekrosen?).

Differenzialdiagnose

- Andere Form einer chronischen Intoxikation: Anamnese, Screening.

Therapie

- **Allgemein-psychiatrisch:**
  - Aufklärung, Motivierung! Psychoedukation (S. 363)!
  - Stationäre Entgiftungs- bzw. Entzugsbehandlung mit begleitender psychotherapeutischer Betreuung.
  - Kontrollierte multiprofessionelle Schmerzbehandlung: (Medikamentös, s. u.), Biofeedback, kognitive Verhaltenstherapie, Entspannung, Suggestion.
- **Medikamentös:**
  - *Bei Enzugssymptomatik:* Tiaprid 300–600 mg/d p. o. oder Carbamazepin 400 mg/d p. o. oder Valproat 300–500 mg/d p. o. (evtl. kombiniert mit Trimipramin 30–75 mg/d p. o.).
  - *Zur Schmerzbehandlung:*
    - Amitriptylin 100–150 mg/d p. o.
    - Alternativ: Duloxetin 60 - 120 mg/d p. o., im Einzelfall evtl. Imipramin 150 mg/d p. o.

Verlauf und Prognose

- Reboundeffekte!

Hinweis: Auf ärztliche Verschreibungsdisziplin achten! Gefahr der Toleranzerhöhung mit allmählicher Dosissteigerung.

6.11 Nikotinabhängigkeit

- **ICD-10: F 17**

Grundlagen

- **Definition:** Weltweit verbreitete Abhängigkeit von Nikotin, überwiegend in Form von (Zigaretten-)Rauchen.
- **Epidemiologie:** Geschlechtsverteilung (USA und Europa): Männer ca. 50–60 %, Frauen ca. 30–40 % der Bevölkerung.
- **Ätiologie und Pathogenese:**
  - *Motivation:* Zu Beginn häufig jugendliche Neugier, Einwirkungen negativer Vorbilder in Familie oder „peer groups".
  - *Psychodynamisch:* Befriedigung oraler Bedürfnisse, Unterdrückung von Unlustgefühlen und Spannungszuständen, Konditionierung der Begleithandlungen, Geselligkeit.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung** (s. Klinik); Verhaltensbeobachtung.
- **Anamnese:** Eigen- und Fremdanamnese, Auslöser.
- **Körperliche Untersuchung:** Ausführlicher internistischer Status, neurologische Konsiliaruntersuchung.
- **Labor:** Drogen- und Medikamentenscreening (S. 36), Routinelabor (einschließlich Kreatinin, Na^+, K^+, Ca^{2+}, Phosphat, Differenzial-Blutbild), Urinstatus (Eiweiß, Leukozyten, Erythrozyten?).
- **Apparative Diagnostik:** Abklärung möglicher schmerzverursachender Erkrankungen, bei V. a. Analgetika-Nephropathie Sonografie, ggf. i. v. Pyelogramm (Papillennekrosen?).

Differenzialdiagnose

- Andere Form einer chronischen Intoxikation: Anamnese, Screening.

Therapie

- **Allgemein-psychiatrisch:**
  - Aufklärung, Motivierung! Psychoedukation (S. 363)!
  - Stationäre Entgiftungs- bzw. Entzugsbehandlung mit begleitender psychotherapeutischer Betreuung.
  - Kontrollierte multiprofessionelle Schmerzbehandlung: (Medikamentös, s. u.), Biofeedback, kognitive Verhaltenstherapie, Entspannung, Suggestion.
- **Medikamentös:**
  - *Bei Enzugssymptomatik:* Tiaprid 300–600 mg/d p. o. oder Carbamazepin 400 mg/d p. o. oder Valproat 300–500 mg/d p. o. (evtl. kombiniert mit Trimipramin 30–75 mg/d p. o.).
  - *Zur Schmerzbehandlung:*
    - Amitriptylin 100–150 mg/d p. o.
    - Alternativ: Duloxetin 60 - 120 mg/d p. o., im Einzelfall evtl. Imipramin 150 mg/d p. o.

Verlauf und Prognose

- Reboundeffekte!

Hinweis: Auf ärztliche Verschreibungsdisziplin achten! Gefahr der Toleranzerhöhung mit allmählicher Dosissteigerung.

6.11 Nikotinabhängigkeit

- **ICD-10: F 17**

Grundlagen

- **Definition:** Weltweit verbreitete Abhängigkeit von Nikotin, überwiegend in Form von (Zigaretten-)Rauchen.
- **Epidemiologie:** Geschlechtsverteilung (USA und Europa): Männer ca. 50–60 %, Frauen ca. 30–40 % der Bevölkerung.
- **Ätiologie und Pathogenese:**
  - *Motivation:* Zu Beginn häufig jugendliche Neugier, Einwirkungen negativer Vorbilder in Familie oder „peer groups".
  - *Psychodynamisch:* Befriedigung oraler Bedürfnisse, Unterdrückung von Unlustgefühlen und Spannungszuständen, Konditionierung der Begleithandlungen, Geselligkeit.

- *Pharmakologisch:* Entspannende Wirkung durch cholinerge Blockade und Freisetzung von Adrenalin, Noradrenalin, Beta-Endorphin, Serotonin und Vasopressin. Steigerung des Dopaminumsatzes im Nucleus accumbens.

Klinik

- Regelmäßiger (zwanghafter) Konsum von täglich mindestens 15–20 Zigaretten, häufig kombiniert mit Alkohol- oder gesteigertem Koffeinkonsum.
- Bei der Inhalation Steigerung von Wachheit und Konzentrationsvermögen (cholinerg-katecholaminerge Aktivierung), emotionsausgleichende Effekte.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung** (s. Klinik).
- **Anamnese:** Eigen- und Fremdangaben (zur Objektivierung der Patientenangaben). Konsumtendenz?
- **Körperliche Untersuchung:** Mögliche klinisch-diagnostische Hilfen sind Raucherhusten, Braunfärbung der Finger, bei längerer Abstinenz innere Unruhe und Unlustgefühle.
- **Apparative Diagnostik:** Routinelabor, Röntgen-Thorax (Zeichen der chron. Bronchitis, Herzkonfiguration, Rundherde?), Dopplersonografie der hirnversorgenden Arterien, EKG.

Therapie

- **Allgemein-psychiatrisch:** Aufklärung und Information, Entspannungsübungen, Suggestivmethoden, Hypnose; Verhaltenstherapeutische Maßnahmen, z. B. Selbstkontrolltraining: Gedankenstopp (S. 370), Symptomverschreibung (S. 373).
- **Medikamentös:** Kontinuierliche Substitution mittels übergangsweiser Verwendung von nikotinhaltigen Pflastern (transdermales Nikotinsystem TNS) oder Kaugummis mit schrittweiser Dosisreduktion. Alternativ: Bupropion 150 mg/d p. o. oder Vareniclin 0,5–1 mg/d p. o.
  (Impfstoff ist in Erprobung.)

Verlauf und Prognose

- Abstinenz: Spontan nur von 10–15 % der Raucher erreicht, bei systematischer Entwöhnungsbehandlung von 30–40 %.
- Körperliche Spätfolgen: Bei fortlaufendem Nikotinmissbrauch ansteigende Wahrscheinlichkeit für Gefäßerkrankungen (Herzinfarkt, Schlaganfall, „Raucherbein"), chronisch-obstruktive Lungenerkrankung und Krebs (Lungen-, Kehlkopf-, Mundhöhlen-, Speiseröhren-, Blasen und Nierenkarzinom).

6.12 Missbrauch von Inhalanzien und anderen kommerziell erwerblichen Substanzen

- **ICD-10: F 18**

Grundlagen

- **Synonym:** Sniffing, Thinner-Sucht.
- **Definition:** Missbräuchliches Inhalieren von organischen Lösungsmitteln.
- **Wirksame Substanzen:** Äther, Aceton, Amylnitrit („Poppers"), Benzol, Butangas, Chloroform, Dichlormethan, Tetrachlorkohlenstoff und Toluol (in Sprays, Lösungsmitteln, Klebstoff- und Lackverdünnern). Gammabutyrolacton (GBL) und Gammahydroxybuttersäure (GHB) finden sich in Nagellackentfernern, Reinigungsmitteln für Autofelgen.

- *Pharmakologisch:* Entspannende Wirkung durch cholinerge Blockade und Freisetzung von Adrenalin, Noradrenalin, Beta-Endorphin, Serotonin und Vasopressin. Steigerung des Dopaminumsatzes im Nucleus accumbens.

Klinik

- Regelmäßiger (zwanghafter) Konsum von täglich mindestens 15–20 Zigaretten, häufig kombiniert mit Alkohol- oder gesteigertem Koffeinkonsum.
- Bei der Inhalation Steigerung von Wachheit und Konzentrationsvermögen (cholinerg-katecholaminerge Aktivierung), emotionsausgleichende Effekte.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung** (s. Klinik).
- **Anamnese:** Eigen- und Fremdangaben (zur Objektivierung der Patientenangaben). Konsumtendenz?
- **Körperliche Untersuchung:** Mögliche klinisch-diagnostische Hilfen sind Raucherhusten, Braunfärbung der Finger, bei längerer Abstinenz innere Unruhe und Unlustgefühle.
- **Apparative Diagnostik:** Routinelabor, Röntgen-Thorax (Zeichen der chron. Bronchitis, Herzkonfiguration, Rundherde?), Dopplersonografie der hirnversorgenden Arterien, EKG.

Therapie

- **Allgemein-psychiatrisch:** Aufklärung und Information, Entspannungsübungen, Suggestivmethoden, Hypnose; Verhaltenstherapeutische Maßnahmen, z. B. Selbstkontrolltraining: Gedankenstopp (S. 370), Symptomverschreibung (S. 373).
- **Medikamentös:** Kontinuierliche Substitution mittels übergangsweiser Verwendung von nikotinhaltigen Pflastern (transdermales Nikotinsystem TNS) oder Kaugummis mit schrittweiser Dosisreduktion. Alternativ: Bupropion 150 mg/d p. o. oder Vareniclin 0,5–1 mg/d p. o.
  (Impfstoff ist in Erprobung.)

Verlauf und Prognose

- Abstinenz: Spontan nur von 10–15 % der Raucher erreicht, bei systematischer Entwöhnungsbehandlung von 30–40 %.
- Körperliche Spätfolgen: Bei fortlaufendem Nikotinmissbrauch ansteigende Wahrscheinlichkeit für Gefäßerkrankungen (Herzinfarkt, Schlaganfall, „Raucherbein"), chronisch-obstruktive Lungenerkrankung und Krebs (Lungen-, Kehlkopf-, Mundhöhlen-, Speiseröhren-, Blasen und Nierenkarzinom).

6.12 Missbrauch von Inhalanzien und anderen kommerziell erwerblichen Substanzen

- **ICD-10: F 18**

Grundlagen

- **Synonym:** Sniffing, Thinner-Sucht.
- **Definition:** Missbräuchliches Inhalieren von organischen Lösungsmitteln.
- **Wirksame Substanzen:** Äther, Aceton, Amylnitrit („Poppers"), Benzol, Butangas, Chloroform, Dichlormethan, Tetrachlorkohlenstoff und Toluol (in Sprays, Lösungsmitteln, Klebstoff- und Lackverdünnern). Gammabutyrolacton (GBL) und Gammahydroxybuttersäure (GHB) finden sich in Nagellackentfernern, Reinigungsmitteln für Autofelgen.

Hinweis: GBL fällt bislang nicht unter das Betäubungsmittelgesetz! Verkauf und Herstellung sind jedoch nach dem Arzneimittelgesetz verboten. GBL und GHB induzieren auch eine körperliche Abhängigkeit.

- **Epidemiologie:** Gehäuft Auftreten bei Jugendlichen in Gruppen.
- **Ätiologie und Pathogenese**, vgl. Vorbemerkungen (S. 159).
  - *Mögliche Motivationen:* Neugier, Reizhunger, Geltungsbedürfnis.
  - *Pharmakologisch:* Serotonerge und adrenerge Wirkung im ZNS, bei GBL und GHB starke GABA-erge Wirkung; in geringerer Dosierung Glutamatfreisetzung und dopaminerge Wirkung.

Klinik

- **Rausch** (F 18.0):
  - *Psychisch:* Unruhe, Erregung, Euphorie, Benommenheit, Verwirrtheit, Entfremdungserlebnisse, illusionäre Verkennungen, Halluzinationen, Aggressivität.
  - *Körperlich:* Übelkeit, Brechreiz, Rötung der Gesichtshaut, Tachyarrhythmie, Nystagmus, Kopfschmerz, Ataxie, Schwindel. Bei GBL und GHB Atemdepression, Bradykardie.
- **Chronisch** (F 18.1): Appetitstörungen, Gewichtsabnahme, Enzephalopathie mit Persönlichkeitsveränderung und epileptischen Anfällen s. hirnorganisches Psychosyndrom (S. 111), Leber- und Nierenschädigung, Polyneuropathie.

Hinweis: Ersticken bei Inhalation aus Plastiktüte möglich (sudden sniffing death)! GBL und GHB sind besonders gefährlich bei Mischintoxikationen mit Alkohol und anderen psychotropen Substanzen.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung** (s. Klinik); Verhaltensbeobachtung.
- **Anamnese:** Eigen- und Fremdanamnese. Anlässe! Milieu!
- **Körperliche Untersuchung:** Internistischer und neurologischer Status.
- **Apparative Diagnostik, Labor:** EEG, EKG, CCT; Routinelabor.

Differenzialdiagnose

- Andersartige Intoxikation: Anamnese, Drogenscreening.
- Drogeninduzierte Psychose (S. 181).

Therapie

- **Allgemein-psychiatrisch:**
  - Beratung und Motivierung. Psychoedukation (S. 363)!
  - Stationäre Entgiftung. Bei GBL und GHB im Entzug ähnliche Symptome wie bei Benzodiazepinabhängigkeit, zumeist jedoch schwächer ausgeprägt.
  - Psychotherapeutische Begleitung (S. 345) und soziotherapeutische Nachsorge (S. 392).
- **Medikamentös:** Bei Unruhe schwachpotentes Antipsychotikum (z. B. Levomepromazin 75–100 mg/d p. o. oder Chlorprotixen 50–100 mg/d p. o.).

Verlauf und Prognose

- Abhängig von der Bereitschaft und Fähigkeit zu konsequenter Abstinenz.

6.13 Intoxikationspsychose

- **ICD-10: F 13**

Grundlagen

- **Definition:** Psychische Veränderungen (S. 181) nach Abusus von Sedativa oder Hypnotika (Drogeninduzierte Psychose, Suchterkrankungen).

Hinweis: GBL fällt bislang nicht unter das Betäubungsmittelgesetz! Verkauf und Herstellung sind jedoch nach dem Arzneimittelgesetz verboten. GBL und GHB induzieren auch eine körperliche Abhängigkeit.

- **Epidemiologie:** Gehäuft Auftreten bei Jugendlichen in Gruppen.
- **Ätiologie und Pathogenese**, vgl. Vorbemerkungen (S. 159).
  - *Mögliche Motivationen:* Neugier, Reizhunger, Geltungsbedürfnis.
  - *Pharmakologisch:* Serotonerge und adrenerge Wirkung im ZNS, bei GBL und GHB starke GABA-erge Wirkung; in geringerer Dosierung Glutamatfreisetzung und dopaminerge Wirkung.

Klinik

- **Rausch** (F 18.0):
  - *Psychisch:* Unruhe, Erregung, Euphorie, Benommenheit, Verwirrtheit, Entfremdungserlebnisse, illusionäre Verkennungen, Halluzinationen, Aggressivität.
  - *Körperlich:* Übelkeit, Brechreiz, Rötung der Gesichtshaut, Tachyarrhythmie, Nystagmus, Kopfschmerz, Ataxie, Schwindel. Bei GBL und GHB Atemdepression, Bradykardie.
- **Chronisch** (F 18.1): Appetitstörungen, Gewichtsabnahme, Enzephalopathie mit Persönlichkeitsveränderung und epileptischen Anfällen s. hirnorganisches Psychosyndrom (S. 111), Leber- und Nierenschädigung, Polyneuropathie.

Hinweis: Ersticken bei Inhalation aus Plastiktüte möglich (sudden sniffing death)! GBL und GHB sind besonders gefährlich bei Mischintoxikationen mit Alkohol und anderen psychotropen Substanzen.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung** (s. Klinik); Verhaltensbeobachtung.
- **Anamnese:** Eigen- und Fremdanamnese. Anlässe! Milieu!
- **Körperliche Untersuchung:** Internistischer und neurologischer Status.
- **Apparative Diagnostik, Labor:** EEG, EKG, CCT; Routinelabor.

Differenzialdiagnose

- Andersartige Intoxikation: Anamnese, Drogenscreening.
- Drogeninduzierte Psychose (S. 181).

Therapie

- **Allgemein-psychiatrisch:**
  - Beratung und Motivierung. Psychoedukation (S. 363)!
  - Stationäre Entgiftung. Bei GBL und GHB im Entzug ähnliche Symptome wie bei Benzodiazepinabhängigkeit, zumeist jedoch schwächer ausgeprägt.
  - Psychotherapeutische Begleitung (S. 345) und soziotherapeutische Nachsorge (S. 392).
- **Medikamentös:** Bei Unruhe schwachpotentes Antipsychotikum (z. B. Levomepromazin 75–100 mg/d p. o. oder Chlorprotixen 50–100 mg/d p. o.).

Verlauf und Prognose

- Abhängig von der Bereitschaft und Fähigkeit zu konsequenter Abstinenz.

6.13 Intoxikationspsychose

- **ICD-10: F 13**

Grundlagen

- **Definition:** Psychische Veränderungen (S. 181) nach Abusus von Sedativa oder Hypnotika (Drogeninduzierte Psychose, Suchterkrankungen).

- **Ätiologie und Pathogenese:** Funktionsstörungen des zentralen Nervensystems, vor allem in Bereichen größerer Zelldichte (Hirnrinde, Thalamus, Hirnstamm), infolge undisziplinierter oder missbräuchlicher Einnahme von Sedativa oder Hypnotika.

Klinik

- **Psychopathologisch:**
  - *Akut:* Konzentrationsstörungen, Bewusstseinstrübung, Verwirrtheit, Gedächtnisschwäche bis zum amnestischen Durchgangssyndrom, Beeinträchtigungen der Steuerungsfähigkeit und Selbstkontrolle, verwaschene Sprache, Sinnestäuschungen bzw. paranoid-halluzinatorisches Durchgangssyndrom (S. 142).
  - *Chronisch:* Reizbarkeit mit Stimmungslabilität, Müdigkeit, Apathie, Gleichgültigkeit, allmähliche Persönlichkeitsveränderung mit Selbstvernachlässigung.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung** (s. Klinik).
- **Körperliche Untersuchung** (internistisch-neurologisch): Auf verdeckte Traumata achten (Schädel-Hirn-Trauma, Hämatome), Pupillenstörungen, Reflexdifferenzen, vegetative Symptomatik.
- **Anamnese und Fremdanamnese:** Art der Substanzen, kurz- bzw. längerfristige Einnahme, Medikamente, frühere Episoden.
- **Apparative Diagnostik:** EEG (Allgemeinveränderung, Herd in Korrelation zum klinischen Befund?), CCT/kranielles MRT (Kontusion? Blut? Ischämie?).
- **Labor:** Routinelabor, u. a. Leberwerte, Gerinnung, Elektrolyte, Glukose), Medikamentenscreening, Alkoholkonzentration, Drogenscreening (S. 36).

Differenzialdiagnose

- Primäre oder sekundäre Hirnfunktionsstörung anderer Art, z. B. symptomatische psychische Störung (S. 116).
- Chronische Psychose bzw. chronisch-depressive Entwicklung, Dysthymia (S. 214).

Therapie

- **Allgemein-psychiatrisch:**
  - Entgiftung, gegebenenfalls langfristige Entwöhnungsbehandlung.
  - Allgemein-körperliche Behandlung, roborierende (stärkende) Maßnahmen.
- **Medikamentös:** Bei Entzugserscheinungen Antidepressiva (z. B. Amitriptylin 3 × 50 mg bis 4 × 50 mg p. o. oder Doxepin 3 × 50–100 mg p. o.) und/oder Antipsychotika (z. B. Melperon 3 × 50 mg p. o. oder Tiaprid 300–600 mg/d p. o.). Vergleiche Notfallpsychiatrie (S. 309).

Verlauf und Prognose

- Abhängig von weiterer Medikamenteneinnahme.

6.14 Drogeninduzierte psychische Störung

- **ICD-10: F 11, F 12, F 14, F 16, F 18 und F 19**

Grundlagen

- **Definition:** Auftreten einer psychotischen Symptomatik nach Einnahme von Drogen bzw. (noch) nach drogenfreiem Intervall wiederkehrende psychische Störungen (Echopsychose, Flashback, Nachhallpsychose), s. Suchterkrankungen (S. 159).
- **Einteilung nach ICD-10-Klassifikation:**
  - F 1 x.0: Akute Intoxikation
  - F 1 x.1: Schädlicher Gebrauch
  - F 1 x.2: Abhängigkeitssyndrom

- **Ätiologie und Pathogenese:** Funktionsstörungen des zentralen Nervensystems, vor allem in Bereichen größerer Zelldichte (Hirnrinde, Thalamus, Hirnstamm), infolge undisziplinierter oder missbräuchlicher Einnahme von Sedativa oder Hypnotika.

Klinik

- **Psychopathologisch:**
  - *Akut:* Konzentrationsstörungen, Bewusstseinstrübung, Verwirrtheit, Gedächtnisschwäche bis zum amnestischen Durchgangssyndrom, Beeinträchtigungen der Steuerungsfähigkeit und Selbstkontrolle, verwaschene Sprache, Sinnestäuschungen bzw. paranoid-halluzinatorisches Durchgangssyndrom (S. 142).
  - *Chronisch:* Reizbarkeit mit Stimmungslabilität, Müdigkeit, Apathie, Gleichgültigkeit, allmähliche Persönlichkeitsveränderung mit Selbstvernachlässigung.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung** (s. Klinik).
- **Körperliche Untersuchung** (internistisch-neurologisch): Auf verdeckte Traumata achten (Schädel-Hirn-Trauma, Hämatome), Pupillenstörungen, Reflexdifferenzen, vegetative Symptomatik.
- **Anamnese und Fremdanamnese:** Art der Substanzen, kurz- bzw. längerfristige Einnahme, Medikamente, frühere Episoden.
- **Apparative Diagnostik:** EEG (Allgemeinveränderung, Herd in Korrelation zum klinischen Befund?), CCT/kranielles MRT (Kontusion? Blut? Ischämie?).
- **Labor:** Routinelabor, u. a. Leberwerte, Gerinnung, Elektrolyte, Glukose), Medikamentenscreening, Alkoholkonzentration, Drogenscreening (S. 36).

Differenzialdiagnose

- Primäre oder sekundäre Hirnfunktionsstörung anderer Art, z. B. symptomatische psychische Störung (S. 116).
- Chronische Psychose bzw. chronisch-depressive Entwicklung, Dysthymia (S. 214).

Therapie

- **Allgemein-psychiatrisch:**
  - Entgiftung, gegebenenfalls langfristige Entwöhnungsbehandlung.
  - Allgemein-körperliche Behandlung, roborierende (stärkende) Maßnahmen.
- **Medikamentös:** Bei Entzugserscheinungen Antidepressiva (z. B. Amitriptylin 3 × 50 mg bis 4 × 50 mg p. o. oder Doxepin 3 × 50–100 mg p. o.) und/oder Antipsychotika (z. B. Melperon 3 × 50 mg p. o. oder Tiaprid 300–600 mg/d p. o.). Vergleiche Notfallpsychiatrie (S. 309).

Verlauf und Prognose

- Abhängig von weiterer Medikamenteneinnahme.

6.14 Drogeninduzierte psychische Störung

- **ICD-10: F 11, F 12, F 14, F 16, F 18 und F 19**

Grundlagen

- **Definition:** Auftreten einer psychotischen Symptomatik nach Einnahme von Drogen bzw. (noch) nach drogenfreiem Intervall wiederkehrende psychische Störungen (Echopsychose, Flashback, Nachhallpsychose), s. Suchterkrankungen (S. 159).
- **Einteilung nach ICD-10-Klassifikation:**
  - F 1 x.0: Akute Intoxikation
  - F 1 x.1: Schädlicher Gebrauch
  - F 1 x.2: Abhängigkeitssyndrom

- F 1 x.3: Entzugssyndrom
- F 1 x.4: Entzugssyndrom mit Delir
- F 1 x.5: Psychotische Störung

Hinweis: Schizophreniepatienten sind viermal häufiger Drogenkonsumenten als der Bevölkerungsdurchschnitt!

- **Ätiologie und Pathogenese:**
  - Einwirkung der Droge auf den Stoffwechsel der zerebralen Neurotransmitter („Modellpsychose").
  - Besondere dispositionelle Empfindlichkeit der betroffenen Person. Auslösend sind insbesondere Halluzinogene wie LSD, Meskalin, Psilocybin und Phencyclidin, aber auch Cannabis, Kokain, Atropin, Amphetamine und sogenannte Schnüffelstoffe wie Azeton, Äther, Benzol, Chloroform und Nitroverdünner.

Klinik

- **Psychopathologisch:**
  - Horrortrip: Starke Angst bis zur Panik, Erregtheit, Unruhe, Ekstase.
  - Delirante Symptome (S. 87); Verworrenheit.
  - Paranoid-halluzinatorische Durchgangssyndrome; vgl. Drogennotfall (S. 309).
  - Vor allem nach Konsum von Cannabis oder Kokain häufiger Leibmissempfindungen und taktile Halluzinosen (S. 88).

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung:** Näheres s. Klinik (S. 182).
- **Anamnese:** Eigen- und fremdanamnestische Angaben.
- **Körperliche Untersuchung:** Internistischer (Einstichstellen, Verletzungen anderer Art?) und neurologischer Status (S. 33).
- **Labor:**
  - Drogen- und Medikamentenscreening (S. 36).
  - Routinelabor (S. 34).

Differenzialdiagnose

- Schizophrenie bzw. andersartige Psychosen mit schizophreniformer Symptomatik (S. 184).
- Psychogener Erregungszustand (S. 228).
- Intoxikationspsychose anderer Ursache, z. B. symptomatische psychische Störungen (S. 116).

Therapie

- **Psychiatrisch:** Aufklärung, Psychoedukation! Entgiftung im Rahmen einer stationären Behandlung. Bei Abhängigkeit konsequente Entwöhnungsbehandlung (S. 159).
- **Medikamentös:**
  - Symptomatische Behandlung, meist durch mittel- bis hochpotente Antipsychotika (z. B. Haloperidol 3 × 2–5 mg p. o. oder Zuclopenthixol 30–60 mg p. o.
  - *Horrortrip:* Parenteral Benzodiazepine (S. 328), Zuwendung und beruhigendes Zureden („Talking down").

Verlauf und Prognose

- Wie bei allen stoffgebundenen Süchten abhängig von weiterem Drogenkonsum.
- Prognose schlechter, wenn infolge Drogeneinnahme eine latent bestehende schizophrene Psychose aktiviert und manifest wurde. Weiterer Verlauf dann meist wie bei autochthonen schizophrenen Psychosen. Forensische Konsequenzen, z. B. Beschaffungskriminalität (S. 419).

6.15 Amnestisches Syndrom (Korsakow)

- **ICD-10: F 11.6** (durch Alkohol: F 10.6)

Grundlagen

- **Definition:** Vitamin-B_1-Mangel bedingtes dementielles Syndrom mit der typ. Symptomtrias Desorientiertheit, Merkfähigkeitsstörungen und Konfabulationen. Kann zusammen mit einer *Wernicke-Enzephalopathie* auftreten, die durch Augenmuskellähmungen (Frühzeichen: vertikale Blickparese), Ataxie, Dysarthrie und kognitive Störungen gekennzeichnet ist.
- **Ätiologie und Pathogenese:** In unseren Breiten zumeist durch chronischen Alkoholkonsum bedingter Vitamin B_1-Mangel, der zu einer Schädigung der Corpora mamillaria führt. Bei entsprechender Mangelernährung kann sich ebenfalls ein Korsakow-Syndrom entwickeln („*Beri-Beri*“).

Klinik

- **Psychopathologisch:**
  - Desorientierheit, extreme Merkfähigkeitsstörungen, Konfabulationen mit „Füllen“ von Gedächtnislücken durch frei erfundenes Material (dem Pat. nicht bewusst).
  - Wenn mit Wernicke-Enzephalopathie vergesellschaftet, klassische *neurologische* Symptome.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung** (s. Klinik).
- **Anamnese:** Eigen- und fremdanamnestische Angaben.
- **Körperliche Untersuchung:** Oft andere Alkoholfolgekrankheiten wie Polyneuropathie, Leberzirrhose feststellbar.
- **Labor:** Nachweis eines Vitamin B_1-Mangels.

Differenzialdiagnose

- Demenzen anderer Ätiologie, vor allem auch Alkoholdemenz.
- Bei Vorliegen einer Wernicke-Enzephalopathie: Zentrale pontine Myelinolyse.

Therapie

- **Medikamentös:** Schon bei Verdacht bzw. prophylaktisch bei Vorliegen eines Delirium tremens parenterale Gabe von Thiamin (Vitamin B_1).

Hinweis: Bei intravenöser Gabe kann es zu allergischen Reaktionen kommen!

- **Allgemein:** Flüssigkeitshaushalt ausgleichen.

Verlauf und Prognose

- Das Vollbild eines Korsakow-Syndroms ist zumeist irreversibel.

7 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störung

7.1 Vorbemerkungen

Die Gruppe der Schizophrenien umfasst verschiedene klinische Subtypen mit vielgestaltiger, auch fluktuierender Symptomatik. Im Vordergrund stehen Störungen des Denkens, des Antriebs, der Wahrnehmung, der Affektivität, des Ich-Erlebens und Verhaltens, überhaupt der gesamten Persönlichkeit. Leitsymptome sind wahnhafte Vorstellungen und Denkabläufe, Sinnestäuschungen, uneinfühlbare Verhaltensweisen, unangemessene Gestimmtheit wie auch abnorme Bewegungsmuster samt parathymer Ausdrucksweisen. Etwa ein Prozent der Bevölkerung – Männer etwas häufiger als Frauen – erkrankt an einer schizophrenen Psychose.

Als Prägnanztypen lassen sich Verlaufsformen mit einer mehr produktiven *Plussymptomatik* (z. B. Halluzinationen, Wahn, formale Denkstörungen, affektive und motorische Störungen) von solchen mit überwiegenden *Minussymptomen* (z. B. Denkverarmung, Affekt- und Antriebsdefizite, Rückzug) und eher ungünstiger Prognose unterscheiden. Dessen ungeachtet kann auch eine floride produktiv-psychotische Symptomatik schließlich in einen Residual- oder Defektzustand einmünden, in dem Minussymptome überwiegen.

Als klinische Sub- und Verlaufstypen gibt es folgende Akzentuierungen: Paranoid-halluzinatorische, katatone, hebephrene und Simplex-Form sowie schizophrenes Residuum.

Episodische psychotische Störungen, bei denen sowohl affektive als auch schizophren-wahnhafte Symptome auftreten, heißen **schizoaffektive Psychosen**. Hinsichtlich ihres Verlaufes stehen sie eher den affektiven Psychosen (S. 203) nahe.

Für die genannten psychotischen Krankheitsbilder, die unter den Begriffen „Schizophrenie“ und „schizoaffektive Störung“ zusammengefasst werden, wird eine komplexe, multifaktorielle Genese angenommen, bei der biologische, psychologische und soziale Einflüsse verursachend, auslösend, pathoplastisch und verlaufsgestaltend zusammenwirken („Vulnerabilitäts-Stress-Modell“ oder „Diathese-Stress-Modell“). Virusinfektionen während der Schwangerschaft sollen das Erkrankungsrisiko erhöhen.

Genetische Risikofaktoren sind Dispositionsgene (sog. Susceptibilitätsgene) wie Dysbindin auf Chromosom 6 und Neuregulin 1 auf Chromosom 8, die an der neuronalen Signalübertragung beteiligt sind. Seit Längerem sind familiäre Häufungen mit Überlappung affektiver, schizoaffektiver und schizophrener Erkrankungen bekannt. Die Erkrankungswahrscheinlichkeit unter monozygoten Zwillingen liegt für Schizophrenie bei über 50 bis 60 %, bei dizygoten Zwillingen bei etwa 10 bis 20 %. Die Krankheitserwartung bei Kindern mit zwei schizophrenen Elternteilen beträgt etwa 40 %, bei einem erkrankten Elternteil um etwa 10 %, bei Geschwistern ebenfalls um 10 %.

Bildgebende und neuropathologische Untersuchungen zeigen subtile Substanzdefizite und Strukturanomalien im Bereich kortikaler Strukturen und im temporolimbischen System (vor allem im Hippokampus, Temporallappen und Mandelkern). Ein signifikanter Mangel an reifungsförderndem Neuroprotein PSA-NCAM besonders im Hippokampus bestätigt diese Hypothese. Hippokampus und Mandelkern stellen besonders wichtige Integrations- und Assoziationsareale zur Reizverarbeitung und Integration kognitiver und emotionaler Prozesse dar. PET und SPECT zeigen Hyperaktivitäten des frontalen Kortex, wahrscheinlich als Ausdruck einer Reizüberflutung aufgrund gestörter thalamischer Filterfunktion; in der funktionellen Magnetresonanztomografie (fMRT) ergeben sich Hinweise auf variierende („dynamische“) Funktionsstörungen. Bei längerem Krankheitsverlauf scheint sich außerdem eine Volumenreduktion der Hemisphären, vor allem des mesiotemporalen Assoziationskortex, zu entwickeln, einhergehend mit Ventrikelerweiterung und vergröberten Sulci im Frontotemporal-

bereich. Der gestörten Zytoarchitektur bei Schizophrenen entspricht eine verminderte D 1-Rezeptordichte im frontalen Kortex. Außerdem ergeben sich Hinweise auf eine vermehrte zerebrale Asymmetrie, vermutlich ebenfalls ein Indiz für eine pränatale Hirnentwicklungsstörung (dysontogenetische Störung im linken Temporallappen?).

In biochemischer Hinsicht spielt die Dopaminhypothese eine zentrale Rolle, der zufolge eine Erhöhung der Dopaminkonzentration in den Synapsen und/oder der Sensitivität postsynaptischer D 2-Rezeptoren bzw. eine Enthemmung der dopaminergen Neurotransmission in subkortikalen Strukturen mit einer schizophrenen Plussymptomatik assoziiert ist. Hiermit verknüpft scheinen Defizite des Glutamat-Systems zu bestehen einschließlich einer Dysfunktion der NMDA-Rezeptoren mit der Folge eines verminderten glutaminergen Übertragungspotenzials in frontalen, temporalen und striären Strukturen. Des Weiteren gibt es anscheinend eine größere Dichte der Serotonin-5-HT- 2-Rezeptoren. Zusätzliche Interaktionen bestehen offenbar mit dem Neuropeptid-System, insbesondere dem Tridekapeptidneurotensin.

Psychosoziale Stressoren wie belastende Lebensereignisse (Life events), anhaltende Konfliktsituationen, insbesondere Ambivalenzkonflikte, Reizüberflutung oder emotionale Überstimulation sind aller Wahrscheinlichkeit nach auf epigenetischer Ebene psychoseauslösend oder zumindest -fördernd, wobei emotionales Überengagement der Familie („High-expressed emotion") eine rezidivbegünstigende Rolle spielen soll. Zu berücksichtigen sind allerdings Belastung und Hilflosigkeit der Angehörigen durch einen Schizophreniekranken in der Familie und die daraus resultierende Überfürsorglichkeit.

Alles in allem scheint das Krankheitsbild einer schizophrenen Psychose Ausdruck einer gemeinsamen Endstrecke biologischer, sozialer und psychologischer Störfaktoren darzustellen, die neben dispositionellen Faktoren und frühen (minimalen) Schädigungen (z. B. während der Schwangerschaft oder unter der Geburt) Beeinträchtigungen der Hirnleistung mit verbleibenden hirnstrukturellen Anomalien nach sich zieht. Hieraus kann sich unter Einwirkung psychosozialer Stressoren das vielgestaltige Bild dysfunktionaler Wahrnehmung und Informationsverarbeitung entwickeln, das für eine schizophrene Symptomatik typisch ist.

Verlauf und **Prognose** schizophrener Erkrankungen sind schwer berechenbar. In der Regel geht eine Prodromalphase der akuten Erkrankung voraus, an die sich entweder eine Vollremission oder Residualphasen anschließen können. Zu unterscheiden sind ein episodisch-schubhafter Verlauf (am häufigsten bei der paranoid-halluzinatorischen Form) und ein eher phasenhaft-wellenförmiger Verlauf (häufiger bei der katatonen Form). Die Prozesspsychosen (Schizophrenia simplex bzw. Hebephrenie) verlaufen hingegen eher einförmig-progredient in Richtung eines Residual- oder Defektsyndroms.

Weniger als ein Drittel der Patienten zeigt eine Vollremission, jedoch werden nur 15 % geheilt. Ein weiteres Drittel zeigt ein mittelschweres, aber doch stabiles Residualsyndrom mit Teilremission bzw. sozialer Remission. Schließlich verbleiben bei einem Drittel schwerere Defektsyndrome mit ausgeprägterer Minus- bzw. Negativsymptomatik. Insgesamt verläuft die Sozialprognose konform zur psychopathologischen Prognose, die sich während der letzten Jahre wegen der deutlich verbesserten Behandlungsmöglichkeiten, insbesondere der medikamentösen Rezidivprophylaxe einerseits wie auch andererseits durch umfassendere sozialpsychiatrische Therapien, verbessert hat. Nach längerer Verlaufsdauer ist etwa die Hälfte der Patienten entweder geheilt oder zumindest nicht mehr produktiv-psychotisch.

Das deutlich erhöhte Suizidrisiko, vor allem zu Beginn der Erkrankung, belastet allerdings die Prognose spürbar. Diese ist umso günstiger, je akuter die Erkrankung einsetzt und je früher mit einer Behandlung begonnen wird. Außerdem verbessern emotional stabile Persönlichkeitsstruktur, gute soziale Einbindung und umschriebene Auslösefaktoren die Prognose. Prognostisch gutartig verlaufen ferner schizoaffektive Psychosen. Eine ungünstige Prognose lassen hingegen prämorbide Persönlichkeitsstörungen, berufliche und soziale Probleme, schleichender Krankheitsbeginn, frühes Erkrankungs-

alter, höhere genetische Belastung und mangelhafte oder verzögerte Behandlung erwarten.

Der Schwerpunkt **der Behandlung** liegt auf der Psychopharmakotherapie; eine antipsychotische Rezidivprophylaxe kann das Wiederauftreten neuer Krankheitsschübe um etwa 50–60 % mindern. Eine begleitende, adaptiv-stützende Psychotherapie im Rahmen der ambulanten psychiatrischen Nachsorge ist immer erforderlich. Stets sind Maßnahmen zur sozialen und beruflichen Rehabilitation in Erwägung zu ziehen und frühzeitig einzuleiten.

Die Verschlüsselung in der ICD-10 umfasst die Gruppen der typischen Schizophrenie (F 20), der schizotypen Störungen (Gruppe F 21), der anhaltenden wahnhaften Störung (Gruppe F 22), der akuten, vorübergehenden psychotischen Störung (Gruppe F 23), der induzierten wahnhaften Störung (F 24) und der schizoaffektiven Störung (F 25). Sie haben unterschiedliche klinische Relevanz. Unter F 28 und F 29 können sonstige psychotische Störungen verschlüsselt werden. Zur Abgrenzung und Diagnose siehe Abb. 7.1.

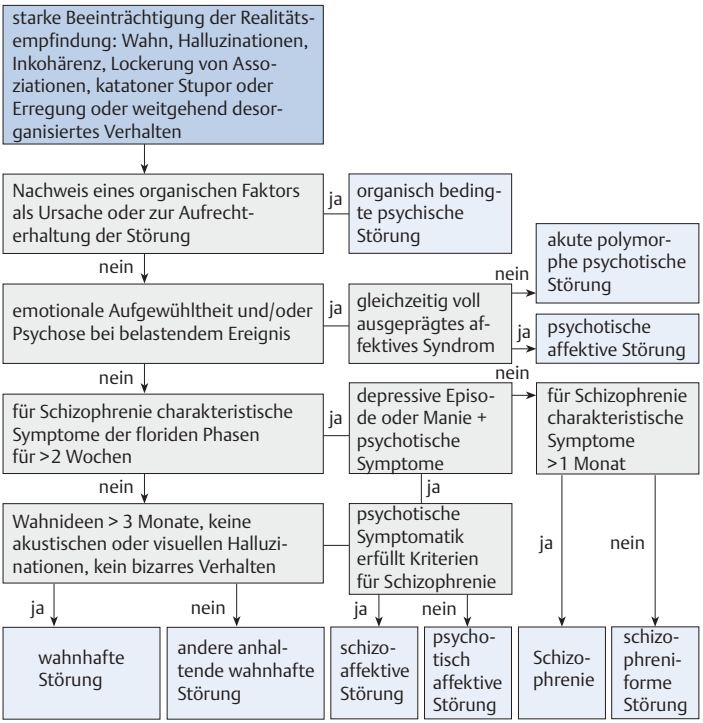


Abb. 7.1 • Entscheidungsbaum und Differenzialdiagnostik psychotischer Störungen (nach ICD-10).

7.2 Paranoide Schizophrenie

- **ICD-10: F 20.0**

Grundlagen

- **Synonym:** Paraphrenie.
- **Definition:** Krankheitsbild aus der Gruppe der Schizophrenien mit Wahn und Sinnestäuschungen, d. h. Psychosetyp I (S. 184).
- **Epidemiologie:**
  - *Häufigkeit:* Mit ca. 70–80 % die häufigste Schizophrenieform. Morbiditätsrisiko ca. 0,6–0,8 %.
  - *Erkrankungsgipfel:* 3.–4. Lebensjahrzehnt, danach nur noch rund 20 % der Krankheitsfälle als „Spätschizophrenie", die in der 2. Lebenshälfte häufiger bei Frauen auftritt (abnehmender Östrogenschutz?).
- **Ätiologie und Pathogenese, Risikofaktoren:** Gemäß dem „Vulnerabilitäts-Stress-Modell" (S. 184) multifaktorielle Genese mit Interaktion folgender Faktoren:
  - Genetische Disposition (polygene Erbanlagen).
  - Hirnstrukturelle Besonderheiten (diskrete Substanzdefekte), möglicherweise als Residuum embryonaler bzw. perinataler Schädigung und Reifungshemmung.
  - Epigenetisch bedingte (?) Funktionsstörungen im Bereich der Transmission von Dopamin, Serotonin, Noradrenalin, Glutamat und GABA.
  - Psychosoziale Stressoren (emotionale Überlastung, Lebenskrisen, Isolation), die als Auslöser fungieren.
  - Gehäuft Drogenkonsum.

Klinik

- Uncharakteristisches Vorstadium: Antriebs-, Affekt- und kognitive Störungen (vgl. Leitsyndrome).
- Spätere Manifestationsformen:
  - Auftreten von Wahnsymptomen bis hin zum systematischen Wahn; meist Verfolgungswahn (S. 96).
  - Halluzinationen (S. 88): Akustisch, zönästhetisch, kinästhetisch, gustatorisch, olfaktorisch.
  - Ich-Störungen (S. 110), andere inhaltliche Denkstörungen (S. 96).
  - Störungen im Ausdrucksverhalten (Mimik, Gestik, Psychomotorik).
  - Affektstörungen (S. 102).
  - Formale Denkstörungen (S. 94).
  - Wahrnehmungsstörungen (S. 88).

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung:** Näheres s. Klinik (S. 187).
- **Diagnose** wahrscheinlich bei Vorliegen von Erstrangsymptomen nach K. Schneider (siehe Tab. 7.1).
- **Anamnese, Fremdanamnese:** Beginn (Alter!), vorherrschend Wahn und Sinnestäuschungen; Verlaufsbeobachtung.
- **Testverfahren:** SCL 90-R, BPRS, PMSS (s. Tab. 2.5).
- **Internistische, neurologische Untersuchung:** Unauffälliger Befund.
- **Apparative Diagnostik** einschließlich bildgebender Verfahren: Im Wesentlichen unauffällig, vgl. Schizophrenia simplex (S. 194).
- **Labor:** Drogenscreening ohne pathologischen Befund.

Tab. 7.1 • **Symptome 1. und 2. Ranges nach K. Schneider**

Symptome	klinische Bedeutung
Symptome 1. Ranges:	
• Stimmenhören in Rede und Gegenrede • kommentierende Stimmen • Wahnwahrnehmung • Gedankenlautwerden • Gedankeneingebung • Gedankenausbreitung • Gedankenentzug • Willensmanipulation • leibliche Beeinflussungserlebnisse	Bestätigung der Diagnose nach Ausschluss organischer Ursachen
Symptome 2. Ranges:	
• Affektstörungen • Wahneinfall, Wahngedanken • sonstige Halluzinationen • Ratlosigkeit	Diagnose wahrscheinlich, jedoch nicht gesichert. Wichtig ist der klinische Gesamtzusammenhang

Differenzialdiagnose

- Hirnorganisch begründbare Psychose (S. 295).
- Symptomatische Psychose (S. 116).
- Drogen- oder Stimulanzienmissbrauch, z. B. Halluzinogene (S. 172), Amphetamine (S. 173).
- Schizotype Störung (S. 196), psychogene paranoide Psychose.
- Schizoaffektive Psychose (S. 201): Verlauf phasisch-remittierend mit guter Prognose.
- Zykloide Psychose (S. 199): Wie bei schizoaffektiver Psychose (S. 201).
- Paranoide Persönlichkeit (S. 271): Monoforme, misstrauische Persönlichkeitsstruktur ohne zusätzliche psychotische Symptome.
- Borderline-Persönlichkeitsstörung (S. 275): Chronifiziert-polymorphe Mischsymptomatik mit neurotischen Anteilen.

Therapie

- **Allgemein:** In den meisten Fällen bei Erstmanifestation stationäre Behandlung angezeigt. Bei Eigen- oder Fremdgefährdung kann eine Unterbringung (S. 420) notwendig werden. Kontinuierliche klinische Überwachung je nach Akuität!
- **Verhalten gegenüber dem Patienten:**
  - Klare, sachlich-empathische Sprache; bezüglich der produktiven Symptomatik nicht hartnäckig und disputierend darauf eingehen, sondern akzeptieren.
  - Die geplanten therapeutischen Schritte einfach und verständlich besprechen. Möglichst konstante Bezugspersonen.

  Hinweis: Fixierung im Erregungszustand ausnahmsweise nur dann, wenn „Talking down" und Medikation nicht ausreichend wirksam sind bzw. der Patient körperlich aggressiv mit Selbst- bzw. Fremdverletzungsgefahr reagiert.
- **Psychiatrisch, psychotherapeutisch** (stufenweise Eingliederung in das Therapieprogramm): Stützende Psychotherapie (S. 350), Psychoedukation, Tagesstrukturierung (S. 394), Ergo- (S. 394) und Bewegungstherapie (S. 344), Familienberatung (S. 388), Angehörigengruppe (S. 436). Ambulante psychiatrische Begleitung!

Hinweis: Frühzeitig soziale und berufliche Rehabilitation betreiben, gegebenenfalls im Rahmen einer teilstationären Nachbehandlung (S. 397)!

- **Medikamentös:**
  - Primär hochpotente typische (klassische) oder atypische Antipsychotika (S. 314): z. B. Haloperidol, Olanzapin, Risperidon.
  - *Bei begleitender starker Angst oder Unruhe:*
    - Kombination mit schwachpotentem Antipsychotikum (z. B. Chlorprothixen, Levomepromazin, Pipamperon, Promethazin oder Melneurin.)
    - Oder: Kombination mit Benzodiazepin (z. B. Lorazepam, Diazepam, Oxazepam).
  - *Nach Entaktualisierung des Krankheitsbildes* (Abklingen der produktiv-psychotischen Symptomatik) zur Remissionsstabilisierung:
    - Weiterbehandlung mit atypischem Antipsychotikum (S. 314), z. B. Amisulprid, Aripiprazol, Quetiapin, Olanzapin oder Ziprasidon.
    - Bei eingeschränkt kooperativen Patienten Langzeitmedikation mit Depot-Antipsychotikum (S. 320) zur Rezidivprophylaxe über 1–2 Jahre.
  - ***Hinweis:*** Vor allem unter Ziprasidon, Quetiapin, Risperidon und Sertindol wiederholt EKG-Kontrollen zum Ausschluss von Arrhythmien aufgrund QT-Verlängerung. Zu Besonderheiten der Clozapin-Medikation (S. 319).
  - *Elektrokrampftherapie:* Bei Therapieresistenz, d. h. nach Dosissteigerung oder Wechsel des Medikaments, vgl. Therapie mit Antipsychotika (S. 314), sollte eine Elektrokrampfbehandlung (S. 340) in Erwägung gezogen werden.

Verlauf und Prognose

- Nach Abklingen der akuten Symptomatik meist postremissive Erschöpfungsphase (Antriebsverlust und Verstimmtheit). Der weitere Verlauf ist nicht vorhersehbar.
- Bei mehr als ⅔ der Betroffenen sind Rezidive zu erwarten.
- Nach mehreren Krankheitsschüben zunehmend Residualsymptome (S. 192) mit Denk- und Antriebsstörungen, affektiver Verflachung, Leistungsinsuffizienz und Befindlichkeitsstörungen, Zönästhesien und Vitalstörungen, in ausgeprägter Form als Defektsyndrom (bei ca. ⅓ aller Erkrankungen aus dem Formenkreis der Schizophrenie).

7.3 Hebephrene Schizophrenie

- **ICD-10: F 20.1**

Grundlagen

- **Synonym:** Desorganisierte Schizophrenie.
- **Definition:** Krankheitsbild aus der Gruppe der Schizophrenien, bei dem Affektstörungen und formale Denkstörungen im Vordergrund stehen.
- **Epidemiologie:**
  - *Häufigkeit:* Mit ca. 20 – 30 % seltener als die paranoide Schizophrenie.
  - *Erkrankungsgipfel:* 2. – 3. Lebensjahrzehnt, oft schon Vorpostensyndrome präpubertär.
- **Ätiologie und Pathogenese, Risikofaktoren** wie bei der paranoiden Form.

Klinik

- Affektverflachung häufig schon zu Beginn, Abnahme des psychosozialen Funktionsniveaus.
- Affektstörungen: Läppischer Affekt, Verschrobenheit, aber auch pseudo-depressive Zustandsbilder.
- Psychomotorische Störungen, v. a. Manieriertheit, Faxen, Grimassieren, z. T. Stereotypien und Verbigerationen.
- Ausgeprägte formale Denkstörungen, floskelhafte Ausdrucksweise.

- **Medikamentös:**
  - Primär hochpotente typische (klassische) oder atypische Antipsychotika (S. 314): z. B. Haloperidol, Olanzapin, Risperidon.
  - *Bei begleitender starker Angst oder Unruhe:*
    - Kombination mit schwachpotentem Antipsychotikum (z. B. Chlorprothixen, Levomepromazin, Pipamperon, Promethazin oder Melneurin.)
    - Oder: Kombination mit Benzodiazepin (z. B. Lorazepam, Diazepam, Oxazepam).
  - *Nach Entaktualisierung des Krankheitsbildes* (Abklingen der produktiv-psychotischen Symptomatik) zur Remissionsstabilisierung:
    - Weiterbehandlung mit atypischem Antipsychotikum (S. 314), z. B. Amisulprid, Aripiprazol, Quetiapin, Olanzapin oder Ziprasidon.
    - Bei eingeschränkt kooperativen Patienten Langzeitmedikation mit Depot-Antipsychotikum (S. 320) zur Rezidivprophylaxe über 1–2 Jahre.
  - ***Hinweis:*** Vor allem unter Ziprasidon, Quetiapin, Risperidon und Sertindol wiederholt EKG-Kontrollen zum Ausschluss von Arrhythmien aufgrund QT-Verlängerung. Zu Besonderheiten der Clozapin-Medikation (S. 319).
  - *Elektrokrampftherapie:* Bei Therapieresistenz, d. h. nach Dosissteigerung oder Wechsel des Medikaments, vgl. Therapie mit Antipsychotika (S. 314), sollte eine Elektrokrampfbehandlung (S. 340) in Erwägung gezogen werden.

Verlauf und Prognose

- Nach Abklingen der akuten Symptomatik meist postremissive Erschöpfungsphase (Antriebsverlust und Verstimmtheit). Der weitere Verlauf ist nicht vorhersehbar.
- Bei mehr als ⅔ der Betroffenen sind Rezidive zu erwarten.
- Nach mehreren Krankheitsschüben zunehmend Residualsymptome (S. 192) mit Denk- und Antriebsstörungen, affektiver Verflachung, Leistungsinsuffizienz und Befindlichkeitsstörungen, Zönästhesien und Vitalstörungen, in ausgeprägter Form als Defektsyndrom (bei ca. ⅓ aller Erkrankungen aus dem Formenkreis der Schizophrenie).

7.3 Hebephrene Schizophrenie

- **ICD-10: F 20.1**

Grundlagen

- **Synonym:** Desorganisierte Schizophrenie.
- **Definition:** Krankheitsbild aus der Gruppe der Schizophrenien, bei dem Affektstörungen und formale Denkstörungen im Vordergrund stehen.
- **Epidemiologie:**
  - *Häufigkeit:* Mit ca. 20 – 30 % seltener als die paranoide Schizophrenie.
  - *Erkrankungsgipfel:* 2. – 3. Lebensjahrzehnt, oft schon Vorpostensyndrome präpubertär.
- **Ätiologie und Pathogenese, Risikofaktoren** wie bei der paranoiden Form.

Klinik

- Affektverflachung häufig schon zu Beginn, Abnahme des psychosozialen Funktionsniveaus.
- Affektstörungen: Läppischer Affekt, Verschrobenheit, aber auch pseudo-depressive Zustandsbilder.
- Psychomotorische Störungen, v. a. Manieriertheit, Faxen, Grimassieren, z. T. Stereotypien und Verbigerationen.
- Ausgeprägte formale Denkstörungen, floskelhafte Ausdrucksweise.

- Früh einsetzende Verhaltensstörungen, flegelhaftes oder unsoziales Verhalten, Verlust der Zielstrebigkeit, Delinquenz.
- Wahnsymptome flüchtig und wechselhaft, nicht systematisiert wie bei der paranoiden Form. Manchmal Zönästhesien und Hypochondrie.
- Halluzinationen treten eher selten auf.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung** (s. Klinik): Typisches Bild mit frühem Beginn in oder kurz nach der Pubertät und rasche Entwicklung von Negativsymptomen.
- **Anamnese, Fremdanamnese:** Beginn (Alter!), Auffälligkeiten im Sozialverhalten.
- **Testverfahren:** SCL 90-R, BPRS, SANS und SAPS (s. Tab. 2.5).
- **Internistische, neurologische Untersuchung:** Unauffälliger Befund.
- **Apparative Diagnostik** einschließlich bildgebender Verfahren: Oft Zeichen einer diskreten Hirnatrophie.

Differenzialdiagnose

- Hirnorganisch begründbare Psychose (S. 295).
- Drogen- oder Stimulanzienmissbrauch, z. B. Cannabis (S. 167), Halluzinogene (S. 173), Amphetamine (S. 173).
- Schizoaffektive Psychose (S. 201): vor allem bei Vorliegen eines pseudo-depressiven Affekts.
- Adoleszentenkrise.

Therapie

- **Allgemein:** wie bei paranoider Schizophrenie. Psychiatrische Überwachung!
- **Medikamentös:**
  - *Primär atypische Antipsychotika*, die jedoch meist weniger wirksam sind als bei anderen Formen der Schizophrenie.
  - Weitere Medikation wie bei paranoider Schizophrenie.
  - *Nach Entaktualisierung des Krankheitsbildes* (Abklingen der produktiv-psychotischen Symptomatik) zur Remissionsstabilisierung:
  - Wegen meist fehlender oder eingeschränkter Krankheitseinsicht ist oft eine Behandlung mit Depot-Antipsychotika (S. 320) angezeigt (z. B. Risperidon, Paliperidon, Olanzapin, Haloperidol oder Zuclopenthixol).
  - Bei Therapieresistenz auch Clozapin.
- **Elektrokrampftherapie**: eher unwirksam.

Verlauf und Prognose

- Prognostisch ungünstigste Form der Schizophrenien wegen frühzeitig einsetzender Negativsymptomatik, chronischem Verlauf ohne Remissionen und medikamentöser Therapieresistenz. Meist Langzeit- bzw. Daueraufenthalt in betreutem Wohnheim erforderlich.

7.4 Katatone Schizophrenie

- **ICD-10: F 20.2**

Grundlagen

- **Definition:** Krankheitsbild aus der Gruppe der Schizophrenien mit vorrangig motorischen Störungen (Psychosetyp I).
- **Epidemiologie:** Morbiditätsrisiko: 0,2–0,4 %; Häufigkeit: 5–10 % aller Schizophrenien. (Frauen bis zur Menopause seltener betroffen, Östrogenschutz?).
- **Ätiologie und Pathogenese, Risikofaktoren:** Wie bei den übrigen Schizophrenieformen (S. 184) multifaktorielle Genese.

- Früh einsetzende Verhaltensstörungen, flegelhaftes oder unsoziales Verhalten, Verlust der Zielstrebigkeit, Delinquenz.
- Wahnsymptome flüchtig und wechselhaft, nicht systematisiert wie bei der paranoiden Form. Manchmal Zönästhesien und Hypochondrie.
- Halluzinationen treten eher selten auf.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung** (s. Klinik): Typisches Bild mit frühem Beginn in oder kurz nach der Pubertät und rasche Entwicklung von Negativsymptomen.
- **Anamnese, Fremdanamnese:** Beginn (Alter!), Auffälligkeiten im Sozialverhalten.
- **Testverfahren:** SCL 90-R, BPRS, SANS und SAPS (s. Tab. 2.5).
- **Internistische, neurologische Untersuchung:** Unauffälliger Befund.
- **Apparative Diagnostik** einschließlich bildgebender Verfahren: Oft Zeichen einer diskreten Hirnatrophie.

Differenzialdiagnose

- Hirnorganisch begründbare Psychose (S. 295).
- Drogen- oder Stimulanzienmissbrauch, z. B. Cannabis (S. 167), Halluzinogene (S. 173), Amphetamine (S. 173).
- Schizoaffektive Psychose (S. 201): vor allem bei Vorliegen eines pseudo-depressiven Affekts.
- Adoleszentenkrise.

Therapie

- **Allgemein:** wie bei paranoider Schizophrenie. Psychiatrische Überwachung!
- **Medikamentös:**
  - *Primär atypische Antipsychotika*, die jedoch meist weniger wirksam sind als bei anderen Formen der Schizophrenie.
  - Weitere Medikation wie bei paranoider Schizophrenie.
  - *Nach Entaktualisierung des Krankheitsbildes* (Abklingen der produktiv-psychotischen Symptomatik) zur Remissionsstabilisierung:
  - Wegen meist fehlender oder eingeschränkter Krankheitseinsicht ist oft eine Behandlung mit Depot-Antipsychotika (S. 320) angezeigt (z. B. Risperidon, Paliperidon, Olanzapin, Haloperidol oder Zuclopenthixol).
  - Bei Therapieresistenz auch Clozapin.
- **Elektrokrampftherapie**: eher unwirksam.

Verlauf und Prognose

- Prognostisch ungünstigste Form der Schizophrenien wegen frühzeitig einsetzender Negativsymptomatik, chronischem Verlauf ohne Remissionen und medikamentöser Therapieresistenz. Meist Langzeit- bzw. Daueraufenthalt in betreutem Wohnheim erforderlich.

7.4 Katatone Schizophrenie

- **ICD-10: F 20.2**

Grundlagen

- **Definition:** Krankheitsbild aus der Gruppe der Schizophrenien mit vorrangig motorischen Störungen (Psychosetyp I).
- **Epidemiologie:** Morbiditätsrisiko: 0,2–0,4 %; Häufigkeit: 5–10 % aller Schizophrenien. (Frauen bis zur Menopause seltener betroffen, Östrogenschutz?).
- **Ätiologie und Pathogenese, Risikofaktoren:** Wie bei den übrigen Schizophrenieformen (S. 184) multifaktorielle Genese.

Klinik

- **Vorherrschendakute bis subakute motorische Symptomatik:**
  - Erregtheit, Bewegungsstereotypien und Automatismen (S. 91).
  - *Alternativ:* Erstarrung, z. B. katatoner Stupor (S. 310).
  - Verharren in bizarrer Körperhaltung (Katalepsie), Rigidität.
- **Weitere katatone Symptome:** Psychomotorische Erregung mit gelegentlich abruptem Wechsel zu Negativismus und Mutismus., Manierismen, Proskinese, Befehlsautomatismen, Echolalie, Echomimie und Echopraxie, Stereotypien der Haltung, der Bewegung, der Sprache (Verbigerationen), Katalepsie, wächserne Biegsamkeit (Flexibilitas cerea). Vgl. Vorbemerkungen zur Symptomatik, Leitsymptome, Syndromalogie der Psychopathologie (S. 82).

Hinweis: Die perniziöse (febrile) Katatonie (S. 310) ist ein stets lebensbedrohlicher Notfall mit Akinese, Rigor, Hyperthermie, Exsikkose, Elektrolytentgleisung und vegetativer Dysregulation.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung:** Typische Querschnittssymptomatik bei Fehlen entsprechender organischer Befunde. Siehe auch Klinik (S. 191).
- **Fremdanamnese:** Verhaltensauffälligkeiten, motorische Störungen?
- **Klinische und apparative Untersuchungen** zum Ausschluss einer somatischen Erkrankung.

Differenzialdiagnose

- Malignes neuroleptisches Syndrom (S. 311).
- Hirnorganisch begründbare oder symptomatische Psychose:
  - *Enzephalitis:* Liquorbefund (S. 38), z. B. Zellzahl- und Eiweißerhöhung sowie Zellbild, CCT bzw. kranielles MRT.
  - *Hirnblutung:* CCT, Hypertonie, neurologische Herdsymptome.
  - Intoxikation (S. 309): Fremdanamnese, Klinik, Medikamenten- und Drogenscreening (S. 36).
  - Wernicke-Enzephalopathie (S. 164): Bewusstseinslage, zerebelläre Ataxie, Nystagmus, Augenmuskelparesen.
- Morbus Huntington (S. 128): Familienanamnese, Verlauf!
- Gilles-de-la-Tourette-Syndrom (S. 225): Keine sonstigen psychotischen Symptome, jedoch Tics, Verbigerationen und Koprolalie.
- Stupor bei schwerer Depression (S. 144).
- Psychogener Erregungszustand bzw. akute Belastungsreaktion (S. 227): Entsprechende Auslöser!
- Zwangsstörung (S. 225): Keine ausgeprägten motorischen Störungen, keine sonstigen psychotischen Symptome!

Therapie

- **Allgemein:**
  - *Stets stationäre Behandlung*, notfalls Unterbringung (S. 420) bei Selbst- oder Fremdgefährdung.
  - *Intensivüberwachung je nach Akuität:* Sitzwache, vorsichtige Ansprache, Blutbild-, Leberenzym- (GOT, GPT, γ-GT), Elektrolyt- und EKG-Kontrollen (s. Tab. 14.5), gegebenenfalls Sondenernährung. Bei perniziöser Katatonie (S. 310) zusätzliche Maßnahmen notwendig.
- **Medikamentös:**
  - *Akutphase:* Lorazepam 2 – 5 mg mehrmals täglich parenteral sowie hochpotentes Antipsychotikum: z. B. Haloperidol 10 – 15 mg oder Zuclopenthixol 50 – 100 mg täglich. *Cave:* Antipsychotika kontraindiziert beim malignen neuroleptischen Syndrom (S. 311)!

Hinweis: Abhängig von Intensität und Schwere der Erkrankung tritt der medikamentöse Effekt möglicherweise erst nach Tagen bis Wochen ein!

- Bei Therapieresistenz Elektrokrampfbehandlung (S. 340) in Erwägung ziehen!
- **Nach Abklingen der akuten Symptomatik:** Medikamentöse Umstellung auf Langzeitbehandlung (S. 318) zur Remissionsstabilisierung und Rezidivprophylaxe über ca. 1 – 2 Jahre, gegebenenfalls mit Depot-Antipsychotikum (S. 320).
- **Psychiatrisch:**
  - Psychiatrische Begleitung: Stützende Psychotherapie (S. 350) mit allmählicher Aufarbeitung des Krankheitserlebens und Entwicklung von Coping-Strategien, Psychoedukation (S. 363), Bewältigung der Erkrankung durch Erklären und Verstehen, Früherkennung und Rückfallvermeidung.
  - Ergo- (S. 394) und Bewegungstherapie (S. 344). Soziotherapie (S. 392) mit sozialer und beruflicher Rehabilitation. Betreutes Wohnen und Arbeiten?
  - Aufklärung der Angehörigen und Familienberatung: Verhalten gegenüber dem Patienten, evtl. Familienplanung, mögliche Prognose (vgl. hierzu Tab. 7.2).

Verlauf und Prognose

- Wichtige Prognosefaktoren Tab. 7.2.
- Schubartig-rezidivierende Verlaufsform mit eher kurzer aktueller Symptomatik.
- Im Vergleich zu anderen Schizophrenieformen häufiger Vollremissionen bzw. weniger Residualsymptome.

Tab. 7.2 • **Prognosefaktoren bei der katatonen Schizophrenie**

prognostisch günstig	prognostisch ungünstig
• syntone Primärpersönlichkeit • später Erkrankungsbeginn • stützende berufliche und Milieufaktoren	• schizoide Primärpersönlichkeit (S. 272) • kindliche Verhaltensstörungen • früher Erkrankungsbeginn • belastende Lebensumstände (S. 184)

7.5 Schizophrenes Residuum (Defektsyndrom)

- **ICD-10: F 20.5**

Grundlagen

- **Definition:** Im Verlauf einer schizophrenen Psychose auftretendes Residualsyndrom. Mögliche Formen sind:
  - Einfaches Residuum: Nur Negativsymptome.
  - Gemischtes Residuum: Negativ- *und* Positivsymptome.
- **Ätiologie und Pathogenese, Risikofaktoren:** Begleit- bzw. Folgeerscheinung bei häufigeren Krankheitsschüben.

Klinik

- Subjektive und objektivierbare Beschwerden siehe Tab. 7.3.

Hinweis: Abhängig von Intensität und Schwere der Erkrankung tritt der medikamentöse Effekt möglicherweise erst nach Tagen bis Wochen ein!

- Bei Therapieresistenz Elektrokrampfbehandlung (S. 340) in Erwägung ziehen!
- **Nach Abklingen der akuten Symptomatik:** Medikamentöse Umstellung auf Langzeitbehandlung (S. 318) zur Remissionsstabilisierung und Rezidivprophylaxe über ca. 1 – 2 Jahre, gegebenenfalls mit Depot-Antipsychotikum (S. 320).
- **Psychiatrisch:**
  - Psychiatrische Begleitung: Stützende Psychotherapie (S. 350) mit allmählicher Aufarbeitung des Krankheitserlebens und Entwicklung von Coping-Strategien, Psychoedukation (S. 363), Bewältigung der Erkrankung durch Erklären und Verstehen, Früherkennung und Rückfallvermeidung.
  - Ergo- (S. 394) und Bewegungstherapie (S. 344). Soziotherapie (S. 392) mit sozialer und beruflicher Rehabilitation. Betreutes Wohnen und Arbeiten?
  - Aufklärung der Angehörigen und Familienberatung: Verhalten gegenüber dem Patienten, evtl. Familienplanung, mögliche Prognose (vgl. hierzu Tab. 7.2).

Verlauf und Prognose

- Wichtige Prognosefaktoren Tab. 7.2.
- Schubartig-rezidivierende Verlaufsform mit eher kurzer aktueller Symptomatik.
- Im Vergleich zu anderen Schizophrenieformen häufiger Vollremissionen bzw. weniger Residualsymptome.

Tab. 7.2 • **Prognosefaktoren bei der katatonen Schizophrenie**

prognostisch günstig	prognostisch ungünstig
• syntone Primärpersönlichkeit • später Erkrankungsbeginn • stützende berufliche und Milieufaktoren	• schizoide Primärpersönlichkeit (S. 272) • kindliche Verhaltensstörungen • früher Erkrankungsbeginn • belastende Lebensumstände (S. 184)

7.5 Schizophrenes Residuum (Defektsyndrom)

- **ICD-10: F 20.5**

Grundlagen

- **Definition:** Im Verlauf einer schizophrenen Psychose auftretendes Residualsyndrom. Mögliche Formen sind:
  - Einfaches Residuum: Nur Negativsymptome.
  - Gemischtes Residuum: Negativ- *und* Positivsymptome.
- **Ätiologie und Pathogenese, Risikofaktoren:** Begleit- bzw. Folgeerscheinung bei häufigeren Krankheitsschüben.

Klinik

- Subjektive und objektivierbare Beschwerden siehe Tab. 7.3.

Tab. 7.3 • **Symptomatik des schizophrenen Residuums bzw. Defektsyndroms**

subjektive Beschwerden	objektivierbare Symptome
• vermehrte Ermüdbarkeit und Erschöpfbarkeit • Reizbarkeit und Überempfindlichkeit • Ambivalenz, Entschlusslosigkeit, Anhedonie • Wahnfragmente	• kognitive Leistungseinbußen • Antriebsschwäche, Interessen- einengung, sozialer Rückzug • Affektverarmung und Parathymie • Denkstörungen bis zur Inkohärenz und Zerfahrenheit • oft bizarres manieriertes Gesamtverhalten mit mimischen und gestikulatorischen Auffälligkeiten • Hypochondrie • Neigung zu Depressivität, Suizidalität

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung:** Verlaufsbeobachtung, Querschnittssymptomatik wie oben beschrieben.
- **Testpsychologie:** SANS (Tab. 2.5).
- **Anamnese** (ausführlich): Bisheriger Krankheitsverlauf, Medikation?

Differenzialdiagnose

- Postremissives Erschöpfungssyndrom: Vorherrschend Depressivität, mangelnde Belastbarkeit und Ausdauer, Neurasthenie.
- Frühkindliche Hirnschädigung (S. 295): (Fremd)-Anamnese.
- Hirnorganisch bedingte Wesensänderung (S. 111): (Fremd-)Anamnese, Trauma?
- Demenz (S. 116): Alter, Beginn? Überwiegend progrediente kognitive Defizite.
- Chronischer Drogen- und Medikamentenmissbrauch (S. 159): Anamnese, Screening, selten psychotische Symptome.
- Schwere Anpassungs- bzw. Persönlichkeitsstörung: Keine psychotischen Symptome, Anamnese, Verlauf!
- Hospitalisierungseffekte: Anamnese. Keine produktiv-psychotischen Symptome.

Therapie

- **Psychiatrisch:**
  - Soziotherapie (S. 392):
    - Psychiatrische Nachsorge: Psychoedukation. Beratung (S. 363).
    - Milieutherapie, Arbeitstraining und Ergotherapie, Bewegung, Freizeitgestaltung.
    - Tagesklinische Behandlung oder Aufenthalt in (Übergangs-)Wohnheim bzw. betreuter Wohngruppe bei ausgeprägterer Residualsymptomatik.
    - Selbsthilfegruppen (S. 431).
  - Verhaltenstherapie (S. 365): Training psychosozialer Kompetenz und kognitiver Funktionen.
- **Medikamentös (Langzeitbehandlung):**
  - Atypische Antipsychotika (S. 314): z. B. Aripiprazol, Clozapin, Olanzapin, Paliperidon, Risperidon, Quetiapin, Amisulprid, Ziprasidon. EKG-Kontrollen!
  - Kombination mit Antidepressivum (S. 320) bei Vorliegen deutlicherer Antriebs- und Stimmungseinbußen, z. B. mit SSRI.
    (Erythropoietin [EPO] in Erprobung.)

  Hinweis: Bei mangelhafter Compliance Versuch mit Risperidon-Microsphere i. m. oder anderem Depot-Antipsychotikum.

Verlauf und Prognose

- Abhängig von Intensität und Verlaufsform der Krankheit einerseits und der Realisierung therapeutischer Angebote andererseits. Auch nach Jahren noch Teilremissionen möglich.
- Unterstimulation und Schonhaltung fördern die Entstehung von Defektsyndromen.
- Die erhöhte Suizidalität bei Psychosekranken kann die Langzeitprognose zusätzlich unberechenbar werden lassen.

7.6 Schizophrenia simplex

- **ICD-10: F 20.6**

Grundlagen

- **Synonym:** Dementia simplex; bei frühem Beginn (15.–25. Lebensjahr): Hebephrenie (ICD-10: F 20.1).
- **Definition:** Symptomarme Form der Schizophrenie, schizophrene Prozesspsychose (schleichend sich entwickelndes, sich ausweitendes und chronifiziertes Krankheitsbild).
- **Epidemiologie:**
  - *Häufigkeit:* Etwa 10 % der Schizophrenien insgesamt; Lebenszeitprävalenz: ca. 0,1 % der Bevölkerung.
  - *Beginn:* Meist zwischen Pubertät und 30. Lebensjahr. Erkrankungsrisiko (S. 184): Gesteigert bei familiärer Belastung.
- **Ätiologie und Pathogenese,** Risikofaktoren (S. 184)**:** Mit großer Wahrscheinlichkeit multifaktorielle Verursachung. Zusätzlicher Risikofaktor: Geburt im Sommer? Epigenetische Faktoren?

Klinik

- **Unspezifischer Beginn:**
  - Allmählicher intellektueller Leistungsabfall, Denk- (S. 94) und Konzentrationsstörungen, Gedächtnisschwäche (S. 99).
  - Initiativeverlust und Einbußen an Vitalität, Schwunglosigkeit, Desinteresse.
  - Ich-Störungen (S. 110).
- Im affektiven Bereich Verflachung oder inadäquate Gestimmtheit, gekünstelt wirkendes Verhalten, Parathymie, Zwangssymptome.
- **Allmähliche Persönlichkeitsveränderung (Psychosetyp II):**
  - Zerfahrenheit, Manieriertheit, Sprecheigentümlichkeiten.
  - Stereotypien (S. 93) und Echopraxie (S. 439), Echolalie, Zwangssymptome.
  - Verschrobenheit, soziale Isolierung, Rückzug.
  - Oberflächliche, oft absonderliche Interessen und bizarre Gewohnheiten.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung:**
  - *Sorgfältige Anamnese, vor allem Fremdanamnese:* Beginn mit welchen Auffälligkeiten? Verhaltensänderung? Leistungsfähigkeit, Belastbarkeit? Emotionalität? „Knick“ in der Lebenslinie?
  - *Verlaufsbeobachtung* und exakte psychopathologische Querschnittsdiagnostik: Verhaltensbeobachtung, insbesondere Ausdrucksverhalten, Gedankengänge (Abstruse „Theorien“?), Sprechweise.
- **Testverfahren:** BPRS, FMSS (s. Tab. 2.5).
- **Ausschluss einer organischen Erkrankung:**
  - *Körperliche Untersuchung:* Ausführlicher internistischer und neurologischer Status.

Verlauf und Prognose

- Abhängig von Intensität und Verlaufsform der Krankheit einerseits und der Realisierung therapeutischer Angebote andererseits. Auch nach Jahren noch Teilremissionen möglich.
- Unterstimulation und Schonhaltung fördern die Entstehung von Defektsyndromen.
- Die erhöhte Suizidalität bei Psychosekranken kann die Langzeitprognose zusätzlich unberechenbar werden lassen.

7.6 Schizophrenia simplex

- **ICD-10: F 20.6**

Grundlagen

- **Synonym:** Dementia simplex; bei frühem Beginn (15.–25. Lebensjahr): Hebephrenie (ICD-10: F 20.1).
- **Definition:** Symptomarme Form der Schizophrenie, schizophrene Prozesspsychose (schleichend sich entwickelndes, sich ausweitendes und chronifiziertes Krankheitsbild).
- **Epidemiologie:**
  - *Häufigkeit:* Etwa 10 % der Schizophrenien insgesamt; Lebenszeitprävalenz: ca. 0,1 % der Bevölkerung.
  - *Beginn:* Meist zwischen Pubertät und 30. Lebensjahr. Erkrankungsrisiko (S. 184): Gesteigert bei familiärer Belastung.
- **Ätiologie und Pathogenese,** Risikofaktoren (S. 184)**:** Mit großer Wahrscheinlichkeit multifaktorielle Verursachung. Zusätzlicher Risikofaktor: Geburt im Sommer? Epigenetische Faktoren?

Klinik

- **Unspezifischer Beginn:**
  - Allmählicher intellektueller Leistungsabfall, Denk- (S. 94) und Konzentrationsstörungen, Gedächtnisschwäche (S. 99).
  - Initiativeverlust und Einbußen an Vitalität, Schwunglosigkeit, Desinteresse.
  - Ich-Störungen (S. 110).
- Im affektiven Bereich Verflachung oder inadäquate Gestimmtheit, gekünstelt wirkendes Verhalten, Parathymie, Zwangssymptome.
- **Allmähliche Persönlichkeitsveränderung (Psychosetyp II):**
  - Zerfahrenheit, Manieriertheit, Sprecheigentümlichkeiten.
  - Stereotypien (S. 93) und Echopraxie (S. 439), Echolalie, Zwangssymptome.
  - Verschrobenheit, soziale Isolierung, Rückzug.
  - Oberflächliche, oft absonderliche Interessen und bizarre Gewohnheiten.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung:**
  - *Sorgfältige Anamnese, vor allem Fremdanamnese:* Beginn mit welchen Auffälligkeiten? Verhaltensänderung? Leistungsfähigkeit, Belastbarkeit? Emotionalität? „Knick“ in der Lebenslinie?
  - *Verlaufsbeobachtung* und exakte psychopathologische Querschnittsdiagnostik: Verhaltensbeobachtung, insbesondere Ausdrucksverhalten, Gedankengänge (Abstruse „Theorien“?), Sprechweise.
- **Testverfahren:** BPRS, FMSS (s. Tab. 2.5).
- **Ausschluss einer organischen Erkrankung:**
  - *Körperliche Untersuchung:* Ausführlicher internistischer und neurologischer Status.

- *Labor:* Routineparameter (S. 34), Drogenscreening (S. 36).
- *Apparative Diagnostik (mit der Diagnose vereinbare Befunde):*
  - CCT (kranielles MRT): Evtl. Asymmetrien bzw. Atrophien.
    EEG: Unspezifische leichte Allgemeinveränderungen.
  - Gehirn-SPECT: Eventuell frontal verminderte Aktivität nachweisbar.

Hinweis: Schwierige Diagnostik, insgesamt Ausschluss-Diagnose!

Differenzialdiagnose

- Hirnorganisch bedingte Psychose (S. 295): Hier fassbare Ätiologie. Verlauf!
- Symptomatische Psychose (S. 116): Ursache erkennbar!
- Schizophrenes Defektsyndrom (S. 192): Verlauf, Anamnese.
- Maligne Zwangserkrankung (S. 225): Zwangsymptomatik dominiert weitgehend, andere Symptome bestehen eher sekundär.
- Juvenile Verhaltensstörungen: z. B. pubertäre „Übertriebenheiten", unreife Überzeugungen, aus dem Rahmen fallendes „Mode"-Bewusstsein in der Peer-Gruppe.
- Schizotype Störung (S. 196): Schwierig abgrenzbar! Wirkt eher wie eine Persönlichkeitsstörung, keine typische Schizophrenie-Symptomatik!

Therapie

- **Medikamentös:**
  - Hochpotente, nicht dämpfende Antipsychotika (s. Tab. 7.4), gegebenenfalls (z. B. bei Verstimmtheit, Passivität) in Kombination mit aktivierenden Antidepressiva (s. Tab. 14.8) im Sinne einer Zwei-Zügel-Therapie.
  - Bei Unverträglichkeit (s. Tab. 14.4) atypisches Antipsychotikum (z. B. Amisulprid, Aripiprazol, Clozapin, Olanzapin, Risperidon, Ziprasidon).
  - Langzeitbehandlung mit Depotantipsychotikum (S. 320).

  Hinweis: Wiederholte EKG-Kontrollen zum Ausschluss von Arrhythmien aufgrund von QT-Verlängerungen (vor allem unter Sertindol, Ziprasidon und Risperidon). Blutbildkontrollen. Besonderheiten unter Clozapin-Medikation (S. 319).

Tab. 7.4 • **Antipsychotikatherapie bei Schizophrenia simplex bzw. Hebephrenie (Beispiele)**

Wirkstoff	Dosierungsvorschlag (p. o. mg/Tag)	Wirkstoff	Dosierungsvorschlag (p. o. mg/Tag)
Flupentixol	3 × 2	Amisulprid	2 × 300
Haloperidol	3 × 5	Risperidon	2 × 2
Fluphenazin	3 × 5	Quetiapin	2 × 200
Benperidol	3 × 0,5	Aripiprazol	2 × 10
Pimozide	2 × 2	Sertindol	2 × 6

- **Psychiatrisch, psychotherapeutisch:**
  - Psychiatrische Begleitung: Stützend-adaptive Psychotherapie (S. 350), auch in Gruppenform, Psychoedukation (S. 363).
  - Verhaltenstherapeutische Maßnahmen, z. B. Verstärkungssysteme (S. 378), übende Verfahren:
    - Aktivierung und Tagesstrukturierung. Cog Pack-Training (S. 438).
    - Verbesserung von Selbstständigkeit und Kontrollverhalten.
    - Systematisches, abgestuftes Arbeitstraining, Arbeitstherapie (S. 392).
  - Soziotherapeutische Maßnahmen (S. 392):
    - Berufliche Ausbildung oder Umschulung, gegebenenfalls in Verbindung mit betreutem Wohnen, Einbindung in gemeindepsychiatrische Aktivitäten, Kontakt-

club (Ziele: Tagesstrukturierung, Förderung von Selbständigkeit und sozialer Kompetenz).
– Einbeziehung der Angehörigen bzw. Familienberatung. Psychoedukation (S. 363).

Hinweis: Frühzeitig Hospitalisierungseffekte vermeiden! Daher keine langfristige stationäre Behandlung, kein Dauer-(Pflege-)Heimaufenthalt; stattdessen betreute Wohngruppe.

Verlauf und Prognose

- **Meist ungünstiger Langzeitverlauf:** In der Regel fortschreitend mit Einmündung in ein ausgeprägtes Residual- bzw. Defektsyndrom (S. 192).
- **Belastend wirken:**
  - Schizoide Primärpersönlichkeit (S. 272).
  - Früher Erkrankungsbeginn, fehlender Ausbildungsabschluss.
  - Arbeitslosigkeit, soziale Unterstimulation, Isolation.
  - Zusätzlicher Alkohol- und Drogenkonsum.

7.7 Schizotype Störung

- **ICD-10: F 21**

Grundlagen

- **Synonym:** Grenzpsychose, Borderline-Psychose, schizotype Persönlichkeitsstörung, pseudoneurotische Schizophrenie, latente Schizophrenie. Hier sind auch die Vorpostensyndrome (Prodromalstadien) bzw. klinisch uncharakteristische Syndrome, die mit einem erhöhten Psychoserisiko einhergehen, zu kodieren.
- **Definition:** Krankheitsbild mit uncharakteristischer und vieldeutiger schizophreniformer Symptomatik. Unspezifische Prodromalsymptome.
- **Epidemiologie:** Beginn häufig in der Adoleszenz; erhöhtes Risiko bei familiärer Belastung mit Erkrankungen aus dem Formenkreis der Schizophrenie.
- **Ätiologie und Pathogenese, Risikofaktoren:** Multifaktorielle Genese (S. 184). „Forme fruste" der Schizophrenie? Persönlichkeitsstörung? Prodromalstadien von Schizophrenien.

Klinik

- Formale Denkstörungen (S. 94): Denkverlangsamung, Denkhemmung, Denksperre, Haften, Perseveration, Inkohärenz/Zerfahrenheit, Logorrhö.
- Inhaltliche Denkstörungen (S. 96): Verkennungen, Wahrnehmungsverfälschungen, Entfremdungserleben (Depersonalisation, Derealisation), Autismus, Misstrauen bis zu wahnhaften Ideen, Angstgefühl, Hypochondrie.
- Affektstörungen (S. 203): Depressivität, oft mit Suizidalität, Parathymie, Mangel an affektiver Resonanz, Rückzug, bizarres, gekünsteltes, exzentrisches Gesamtverhalten (Psychosetyp II).
- Im psychosenahen Prodromalstadium eher untypische, blande psychotische Symptome oder sog. „Brief Limited and Intermittend Symptoms (BLIPS)", d. h. kurzdauernde psychotische Erlebnisstörungen, die das Zeitkriterium für Schizophrenie nicht erfüllen. Im psychosefernen Prodromalstadium *Basissymptome* wie Denkstörungen (etwa Gedankeninterferenz, Gedankendrängen, Bedeutungsverlust des Gesprochenen, Konkretismus, Subjektzentrismus) und andere, selbst bemerkte neuropsychologische Defizite (Aufmerksamkeits- und Konzentrationseinbußen).

club (Ziele: Tagesstrukturierung, Förderung von Selbständigkeit und sozialer Kompetenz).
– Einbeziehung der Angehörigen bzw. Familienberatung. Psychoedukation (S. 363).

Hinweis: Frühzeitig Hospitalisierungseffekte vermeiden! Daher keine langfristige stationäre Behandlung, kein Dauer-(Pflege-)Heimaufenthalt; stattdessen betreute Wohngruppe.

Verlauf und Prognose

- **Meist ungünstiger Langzeitverlauf:** In der Regel fortschreitend mit Einmündung in ein ausgeprägtes Residual- bzw. Defektsyndrom (S. 192).
- **Belastend wirken:**
  - Schizoide Primärpersönlichkeit (S. 272).
  - Früher Erkrankungsbeginn, fehlender Ausbildungsabschluss.
  - Arbeitslosigkeit, soziale Unterstimulation, Isolation.
  - Zusätzlicher Alkohol- und Drogenkonsum.

7.7 Schizotype Störung

- **ICD-10: F 21**

Grundlagen

- **Synonym:** Grenzpsychose, Borderline-Psychose, schizotype Persönlichkeitsstörung, pseudoneurotische Schizophrenie, latente Schizophrenie. Hier sind auch die Vorpostensyndrome (Prodromalstadien) bzw. klinisch uncharakteristische Syndrome, die mit einem erhöhten Psychoserisiko einhergehen, zu kodieren.
- **Definition:** Krankheitsbild mit uncharakteristischer und vieldeutiger schizophreniformer Symptomatik. Unspezifische Prodromalsymptome.
- **Epidemiologie:** Beginn häufig in der Adoleszenz; erhöhtes Risiko bei familiärer Belastung mit Erkrankungen aus dem Formenkreis der Schizophrenie.
- **Ätiologie und Pathogenese, Risikofaktoren:** Multifaktorielle Genese (S. 184). „Forme fruste" der Schizophrenie? Persönlichkeitsstörung? Prodromalstadien von Schizophrenien.

Klinik

- Formale Denkstörungen (S. 94): Denkverlangsamung, Denkhemmung, Denksperre, Haften, Perseveration, Inkohärenz/Zerfahrenheit, Logorrhö.
- Inhaltliche Denkstörungen (S. 96): Verkennungen, Wahrnehmungsverfälschungen, Entfremdungserleben (Depersonalisation, Derealisation), Autismus, Misstrauen bis zu wahnhaften Ideen, Angstgefühl, Hypochondrie.
- Affektstörungen (S. 203): Depressivität, oft mit Suizidalität, Parathymie, Mangel an affektiver Resonanz, Rückzug, bizarres, gekünsteltes, exzentrisches Gesamtverhalten (Psychosetyp II).
- Im psychosenahen Prodromalstadium eher untypische, blande psychotische Symptome oder sog. „Brief Limited and Intermittend Symptoms (BLIPS)", d. h. kurzdauernde psychotische Erlebnisstörungen, die das Zeitkriterium für Schizophrenie nicht erfüllen. Im psychosefernen Prodromalstadium *Basissymptome* wie Denkstörungen (etwa Gedankeninterferenz, Gedankendrängen, Bedeutungsverlust des Gesprochenen, Konkretismus, Subjektzentrismus) und andere, selbst bemerkte neuropsychologische Defizite (Aufmerksamkeits- und Konzentrationseinbußen).

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung** (s. Klinik).
- **Anamnese:** Schleichender Beginn mit exzentrischem Verhalten, Rückzug, emotionaler Verflachung? Bei Prodromalstadien Nachweis subklinischer Positivsymptome und neuropsychologischer Defizite.
- **Testpsychologie:** BPRS (Tab. 2.5); zur Erfassung eines Prodroms stehen das Strukturierte Interview für Prodromalsyndrome (SIPS) und die Bonner Skala zur Erfassung von Basissymptomen (BSABS) zur Verfügung.
- **Körperliche Untersuchung, organische Diagnostik** zum Ausschluss einer organischen Ursache (s. Tab. 5.4).

Differenzialdiagnose

- Schizophrenia simplex, Hebephrenie (S. 194): Prognose bzw. Verlauf hier insgesamt ungünstiger, eher Persönlichkeitsdefekt.
- Borderline- (S. 275) oder schizoide Persönlichkeit (S. 272): Vielfarbiges, dynamisches klinisches Bild (Testpsychologie).
- Zykloide Psychose: Phasisch-remittierender Verlauf!
- Juvenile Verhaltensstörungen: Passagere pubertäre Marotten.

Therapie

- **Psychiatrisch, psychotherapeutisch:** Psychiatrische Nachsorge: Gesprächstherapeutische Einzel- und Gruppenbehandlung; langfristig orientierte Soziotherapie (S. 392). Für Prodromalstadien wird die Wirksamkeit von Frühinterventionen (medikamentös und psychotherapeutisch) erprobt.
- **Medikamentös:** Ggf. Antipsychotikum (S. 314): z. B. Aripiprazol, Quetiapin, Olanzapin, Risperidon, Paliperidon.

Verlauf und Prognose

- Langwieriger, chronifizierter Verlauf mit geringer Fluktuation der Symptome.

7.8 Anhaltende wahnhafte Störung, Paranoia

- **ICD-10: F 22**

Grundlagen

- **Synonym:** Wahnhafte Störung, paranoide Psychose, späte Paraphrenie.
- **Definition:** Psychose mit umschriebenem, chronifiziertem Wahnsystem ohne darüber hinausgehende affektive oder schizophrene Symptome.
- **Epidemiologie:** Morbiditätsrisiko ≤ 0,5 % mit Beginn im Erwachsenenalter. (Frauen sind etwas häufiger betroffen als Männer.)
- **Ätiologie und Pathogenese:**
  - Multifaktorielle Verursachung (S. 184).
  - Im Vordergrund steht die besondere Interaktion von Persönlichkeitsstruktur, Umwelt und Konfliktverarbeitung. Beim sensitiven Beziehungswahn (s. u.) besonders deutliche Psychogenese.
  - Meist Schlüsselereignis im Zusammenhang mit der Lebenssituation (S. 184)!
- **Risikofaktoren:** Begünstigend wirken Kontaktmangel, Schwerhörigkeit, Verfolgung, Dauerkonflikt, Kränkungen.

Klinik

- Mögliche Manifestationsformen des Wahns mit zugehöriger klinischer Symptomatik siehe Tab. 7.5.
- Begleitsymptomatik: Depressive, ängstliche oder euphorische Stimmungslage.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung** (s. Klinik).
- **Anamnese:** Schleichender Beginn mit exzentrischem Verhalten, Rückzug, emotionaler Verflachung? Bei Prodromalstadien Nachweis subklinischer Positivsymptome und neuropsychologischer Defizite.
- **Testpsychologie:** BPRS (Tab. 2.5); zur Erfassung eines Prodroms stehen das Strukturierte Interview für Prodromalsyndrome (SIPS) und die Bonner Skala zur Erfassung von Basissymptomen (BSABS) zur Verfügung.
- **Körperliche Untersuchung, organische Diagnostik** zum Ausschluss einer organischen Ursache (s. Tab. 5.4).

Differenzialdiagnose

- Schizophrenia simplex, Hebephrenie (S. 194): Prognose bzw. Verlauf hier insgesamt ungünstiger, eher Persönlichkeitsdefekt.
- Borderline- (S. 275) oder schizoide Persönlichkeit (S. 272): Vielfarbiges, dynamisches klinisches Bild (Testpsychologie).
- Zykloide Psychose: Phasisch-remittierender Verlauf!
- Juvenile Verhaltensstörungen: Passagere pubertäre Marotten.

Therapie

- **Psychiatrisch, psychotherapeutisch:** Psychiatrische Nachsorge: Gesprächstherapeutische Einzel- und Gruppenbehandlung; langfristig orientierte Soziotherapie (S. 392). Für Prodromalstadien wird die Wirksamkeit von Frühinterventionen (medikamentös und psychotherapeutisch) erprobt.
- **Medikamentös:** Ggf. Antipsychotikum (S. 314): z. B. Aripiprazol, Quetiapin, Olanzapin, Risperidon, Paliperidon.

Verlauf und Prognose

- Langwieriger, chronifizierter Verlauf mit geringer Fluktuation der Symptome.

7.8 Anhaltende wahnhafte Störung, Paranoia

- **ICD-10: F 22**

Grundlagen

- **Synonym:** Wahnhafte Störung, paranoide Psychose, späte Paraphrenie.
- **Definition:** Psychose mit umschriebenem, chronifiziertem Wahnsystem ohne darüber hinausgehende affektive oder schizophrene Symptome.
- **Epidemiologie:** Morbiditätsrisiko ≤ 0,5 % mit Beginn im Erwachsenenalter. (Frauen sind etwas häufiger betroffen als Männer.)
- **Ätiologie und Pathogenese:**
  - Multifaktorielle Verursachung (S. 184).
  - Im Vordergrund steht die besondere Interaktion von Persönlichkeitsstruktur, Umwelt und Konfliktverarbeitung. Beim sensitiven Beziehungswahn (s. u.) besonders deutliche Psychogenese.
  - Meist Schlüsselereignis im Zusammenhang mit der Lebenssituation (S. 184)!
- **Risikofaktoren:** Begünstigend wirken Kontaktmangel, Schwerhörigkeit, Verfolgung, Dauerkonflikt, Kränkungen.

Klinik

- Mögliche Manifestationsformen des Wahns mit zugehöriger klinischer Symptomatik siehe Tab. 7.5.
- Begleitsymptomatik: Depressive, ängstliche oder euphorische Stimmungslage.

Tab. 7.5 • **Manifestationsformen von Wahn bei Paranoia**

Form	ICD-10	Merkmale
sensitiver Beziehungswahn, Wahn in sprachfremder Umgebung	F 22.0	wahnhafte Gefühle von Beeinträchtigung oder Missachtung, einhergehend mit Beschämung, Schuldgefühl, Minderwertigkeitsgefühl, Soziophobie und Depression
Liebeswahn (de Clérambeault-Syndrom)	F 22.0	feste Überzeugung – entgegen aller Realität –, von einer anderen Person geliebt zu werden, bis zu (erotischen) Beziehungsfantasien
Schwangerschaftswahn (bei Männern Couvade-Syndrom)	F 22.0	feste Überzeugung, schwanger zu sein. Teils äußere Graviditätsmerkmale
Querulantenwahn	F 22.8	sthenisch-kämpferische Haltung gegen (tatsächliche oder vermeintliche) Zurücksetzung, Benachteiligung oder Ungerechtigkeit mit expansiver Ausweitung, Uneinsichtigkeit und Unterstellungen („Michael Kohlhaas“)
Hypochondrischer Wahn	F 22.0	Vorstellung, an einer schweren (tödlichen) Krankheit zu leiden (trotz gegensinniger Untersuchungsbefunde)
Verfolgungswahn, Wahn bei Schwerhörigkeit	F 22.0	Gefühl von Bedrohung und Verfolgung ohne realistische Begründung
wahnhafte Dysmorphophobie	F 22.8	Überzeugung, einen missgestalteten Körper zu besitzen und/oder abstoßend zu wirken. Eigengeruchswahn
Eifersuchtswahn (Othello-Syndrom)	F 22.0	feste Überzeugung, vom Partner betrogen zu werden; vgl. Alkoholismus (S. 161)
symbiontischer Wahn (Folie à deux), konformer Wahn	F 24	induzierter Wahn im Rahmen einer engen, nach außen abgeschirmten Lebensgemeinschaft mit einem Wahnkranken, dessen Ideen übernommen und verinnerlicht werden
Dermatozoenwahn	F 06.0	s. Dermatozoenwahn (S. 140)
Größenwahn	F 30	s. Wahn (S. 96)

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung:**
  - Gründliche biografische Anamnese (S. 23) unter psychodynamischen Gesichtspunkten: Lebenskrisen, Isolation, Verlusterlebnisse? Suchtanamnese?
  - Verlaufsbeobachtung (mindestens über 3 Monate, siehe Tab. 2.5).
- **Testdiagnostik:** BPRS, FMSS, IMPS, PD-S (s. Tab. 2.5).
- **Körperliche Untersuchung**, organische Diagnostik. Wegweisende diagnostische Kriterien nach ICD-10 siehe Tab. 7.6.

Tab. 7.6 • **Wegweisende diagnostische Kriterien der Wahnkrankheit (nach ICD-10)**

- Dauer der wahnhaften Symptomatik > 3 Monate
- eindeutiger Bezug des Wahns zur eigenen Person
- depressive Episoden sind möglich, wenn der Wahn überdauert

auszuschließen:

- hirnorganische bzw. körperliche Erkrankung
- schizophrene Symptome in der Anamnese

Differenzialdiagnose

- Schizophrenie: Meist zusätzlich produktiv-psychotische Symptome anderer Art.
- Paranoide, querulatorische Persönlichkeit (S. 271): Schwierige Abgrenzung, allenfalls einförmig-chronischer Verlauf mit milderer Ausprägung.
- Borderline-Persönlichkeitsstörung (S. 275): Vielgestaltigeres und wechselhafteres klinisches Bild.
- Chronischer Alkoholismus oder andere Suchterkrankung (S. 159): Nachvollziehbare Ursachen, Anamnese!
- Demenz: Kognitive Defizite im Vordergrund. Fremdanamnese!

Therapie

- **Psychiatrisch, psychotherapeutisch:**
  - Erstkontakte zur Vertrauensbildung. Adaptive Psychotherapie. Psychoedukation (S. 363).
  - Personenzentrierte Gesprächstherapie (S. 358) mit Übergang – je nach Belastbarkeit – in aufdeckende Psychotherapie (S. 351) .
- **Medikamentös:** Versuchsweise begleitend Antipsychotikum: z. B. Quetiapin, Amisulprid, Olanzapin; bei Depressivität oder Hypochondrie zusätzlich Antidepressivum im Sinne einer Zwei-Zügel-Therapie (S. 455).

Hinweis: Bei induziertem Wahn (S. 198), sog. symbiontischer Wahn, ist eine Trennung vom primär Erkrankten notwendig.

Verlauf und Prognose

- Lang anhaltender, manchmal lebenslanger Verlauf mit erheblicher Therapieresistenz (v. a. auch aufgrund mangelnder Therapiemotivation, infolge fehlender Krankheitseinsicht). Unberechenbare suizidale oder fremdgefährdende Reaktionen können vorkommen. Evtl. psychiatrische Überwachung.

7.9 Vorübergehende akute psychotische Störung

- **ICD-10: F 23, F 28**

Grundlagen

- **Definition:** Psychotische Störung mit fluktuierender, rasch rezidivierender produktiver Symptomatik.
- **Ätiologie und Pathogenese, Risikofaktoren:**
  - Multifaktorielle Genese mit familiärer Belastung.
  - Frauen weitaus häufiger betroffen.
  - Manchmal psychosoziale Auslöser (S. 184), insbesondere bei schizophreniformer Reaktion.

Klinik (nach ICD-10)

- **Akute polymorphe psychotische Störung ohne Symptome einer Schizophrenie (F 23.0):** Rasch fluktuierender Verlauf psychotischer und affektiver Symptome (Angst, Ekstase, Gereiztheit).
- **Akute polymorphe Störung mit Symptomen einer Schizophrenie (F 23.1):** Zusätzlich Schizophreniemerkmale.
- **Akute schizophreniforme Störung (F 23.2):** Akute, eine Krankheitsdauer von 4 Wochen nicht überschreitende, vollständig abklingende psychotische Symptomatik mit Angst, Unruhe, Wahn, Verkennungen, Affektlabilität.
- **Akute vorwiegend wahnhafte Störung (F 23.3):** Symptome einer kurz dauernden Wahnkrankheit (S. 96).
- **Zykloide Psychose (länger als drei Monate: F 28):**

Differenzialdiagnose

- Schizophrenie: Meist zusätzlich produktiv-psychotische Symptome anderer Art.
- Paranoide, querulatorische Persönlichkeit (S. 271): Schwierige Abgrenzung, allenfalls einförmig-chronischer Verlauf mit milderer Ausprägung.
- Borderline-Persönlichkeitsstörung (S. 275): Vielgestaltigeres und wechselhafteres klinisches Bild.
- Chronischer Alkoholismus oder andere Suchterkrankung (S. 159): Nachvollziehbare Ursachen, Anamnese!
- Demenz: Kognitive Defizite im Vordergrund. Fremdanamnese!

Therapie

- **Psychiatrisch, psychotherapeutisch:**
  - Erstkontakte zur Vertrauensbildung. Adaptive Psychotherapie. Psychoedukation (S. 363).
  - Personenzentrierte Gesprächstherapie (S. 358) mit Übergang – je nach Belastbarkeit – in aufdeckende Psychotherapie (S. 351) .
- **Medikamentös:** Versuchsweise begleitend Antipsychotikum: z. B. Quetiapin, Amisulprid, Olanzapin; bei Depressivität oder Hypochondrie zusätzlich Antidepressivum im Sinne einer Zwei-Zügel-Therapie (S. 455).

Hinweis: Bei induziertem Wahn (S. 198), sog. symbiontischer Wahn, ist eine Trennung vom primär Erkrankten notwendig.

Verlauf und Prognose

- Lang anhaltender, manchmal lebenslanger Verlauf mit erheblicher Therapieresistenz (v. a. auch aufgrund mangelnder Therapiemotivation, infolge fehlender Krankheitseinsicht). Unberechenbare suizidale oder fremdgefährdende Reaktionen können vorkommen. Evtl. psychiatrische Überwachung.

7.9 Vorübergehende akute psychotische Störung

- **ICD-10: F 23, F 28**

Grundlagen

- **Definition:** Psychotische Störung mit fluktuierender, rasch rezidivierender produktiver Symptomatik.
- **Ätiologie und Pathogenese, Risikofaktoren:**
  - Multifaktorielle Genese mit familiärer Belastung.
  - Frauen weitaus häufiger betroffen.
  - Manchmal psychosoziale Auslöser (S. 184), insbesondere bei schizophreniformer Reaktion.

Klinik (nach ICD-10)

- **Akute polymorphe psychotische Störung ohne Symptome einer Schizophrenie (F 23.0):** Rasch fluktuierender Verlauf psychotischer und affektiver Symptome (Angst, Ekstase, Gereiztheit).
- **Akute polymorphe Störung mit Symptomen einer Schizophrenie (F 23.1):** Zusätzlich Schizophreniemerkmale.
- **Akute schizophreniforme Störung (F 23.2):** Akute, eine Krankheitsdauer von 4 Wochen nicht überschreitende, vollständig abklingende psychotische Symptomatik mit Angst, Unruhe, Wahn, Verkennungen, Affektlabilität.
- **Akute vorwiegend wahnhafte Störung (F 23.3):** Symptome einer kurz dauernden Wahnkrankheit (S. 96).
- **Zykloide Psychose (länger als drei Monate: F 28):**

- *Angst-Glücks-Psychose:* Wechsel zwischen intensiver Angst mit Unruhe, Verfolgungsideen und Halluzinationen einerseits und ekstatischem Glücksgefühl, Euphorie (auch Größenwahn) und Halluzinationen andererseits.
- *Hyperkinetisch-akinetische Motilitätspsychose:* Akuter Beginn mit Wechsel zwischen Erregtheit und Stupor mit episodenhaftem Verlauf, vgl. katatone Schizophrenie (S. 190).
- *Erregt-gehemmte Verwirrtheitspsychose:* Akuter Beginn mit Denkstörungen bis zur Verworrenheit und Zerfahrenheit, Ideenflucht, Verkennungen, Halluzinationen oder andererseits Depressivität, Denkhemmung, Beziehungswahn, Antriebsschwäche und Apathie.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung** (s. Klinik).
- **Anamnese:** Auslöser, Vorerkrankungen, abrupter Beginn? Längere Verlaufsbeobachtung über einige Wochen (im Verlauf polymorphes Bild mit rasch wechselnder Symptomatik und rascher, vollständiger Remission).
- **Körperliche Untersuchung, apparative Diagnostik** zum Ausschluss organischer Ursachen.

Differenzialdiagnose

- Manische oder depressive Begleitsymptomatik hirnorganischer oder symptomatischer Psychosen: Apparative und klinische Diagnostik (S. 194), Anamnese.
- Drogeninduzierte Psychose (insbesondere durch Halluzinogene oder Amphetamin): Anamnese, klinischer Befund, Drogenscreening (S. 36).
- Akute katatone Schizophrenie (S. 190): (Fremd-)Anamnese, Befund (S. 310).
- Psychogene Psychose: Identisch mit schizophreniformer Reaktion.
- Paranoide Persönlichkeitsstörung (S. 271): Dauerhaft misstrauisch-wahnhafte Grundhaltung ohne wesentliche Fluktuation.

Therapie

- **Medikamentös:**
  - Auf die jeweilige Leitsymptomatik ausgerichtete Psychopharmakotherapie wie bei akuter schizophrener bzw. schizoaffektiver Psychose (S. 201).

  Hinweis: Zurückhaltung bei klassischen Antipsychotika wegen erhöhter Gefahr tardiver Dyskinesien!
  (Eine antipsychotische Langzeittherapie ist meist nicht erforderlich.)
  - Bei Rezidiven (auch bei akuter schizophreniformer Störung möglich) sollte eine Rückfallprophylaxe (S. 324) mit Lithium, Carbamazepin oder Valproat durchgeführt werden (anzustrebende Serumspiegel s. Tab. 1.9).
- **Psychiatrisch, psychotherapeutisch:** Stützende (adaptive), evtl. konfliktzentrierte therapeutische Gespräche (S. 348), Angehörigenberatung.

Verlauf und Prognose

- Nach abruptem Beginn meist rasche Rückbildung und Vollremission, jedoch Rezidivneigung.

7.10 Schizoaffektive Störung

- **ICD-10: F 25**

Grundlagen

- **Synonym:** Schizoaffektive Mischpsychose, Legierungspsychose, Emotionspsychose, atypische endogene Psychose, Schizomanie, zyklische Schizophrenie.
- **Definition:**
  - Phasenhaft verlaufende Psychose mit manischer bzw. depressiver und gleichzeitig schizophrener Symptomatik.
  - Vermutlich heterogene Erkrankungsgruppe mit Überschneidung schizophrener und affektiver Kerngruppen; vgl. zykloide Psychose (S. 199).
- **Epidemiologie:**
  - Familiäre Belastung mit psychischen Störungen (in der nahen Verwandtschaft höhere Zahl von affektiv oder schizophren Erkrankten).
  - Morbiditätsrisiko: 0,1–0,2 %. Erstmanifestation im frühen Erwachsenenalter. (Frauen erkranken häufiger als Männer).
- **Ätiologie und Pathogenese, Risikofaktoren:** Wie bei allen Psychosen multifaktorielle Entstehungsweise (S. 184).

Klinik

- **In der Regel Beginn mit affektiven Symptomen:**
  - *Schizomanisch (F 25.0):* Floride Psychose mit Unruhe, Erregtheit, Logorrhö, Ideenflucht, Hochgestimmtheit, Größen- oder Beziehungswahn, Halluzinationen, Denkstörungen, Ich-Störungen, Verworrenheit.
  - *Schizodepressiv (F 25.1):* Depressivität, Angst, Antriebsminderung bzw. Stupor, Denkhemmung, stimmungsinkongruenter oder depressiver Wahn, Ich-Störungen, Halluzinationen.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung:** Querschnittssymptomatik, s. Klinik (S. 201), Verlaufsbeobachtung!
- **Testdiagnostik:** IMPS, MINI, BPRS (Tab. 2.5).
- **Anamnese:** Eigen- und Fremdanamnese.
- **Körperliche Untersuchung, apparative Diagnostik zum** Ausschluss einer organischen Ursache.

Differenzialdiagnose

- Agitierte Depression (S. 208): Keine Schizophrenie-Symptome, höheres Alter.
- Drogen- (S. 181) oder medikamenteninduzierte Psychose (S. 150): Anamnese, Screening.
- Gestationspsychose (S. 153): Anamnese, Umfeld.
- Borderline-Persönlichkeitsstörung (S. 275): Kein phasischer Verlauf.
- Hirnorganisch bedingte oder symptomatische Psychose: Kein phasischer Verlauf, bekannte Ursache.

Therapie

- **Stationäre Überwachung.**
- **Medikamentös (Akuttherapie):**
  - *Schizodepression:* Kombination von Antidepressivum (z. B. SSRI) und konventionellem (z. B. Haloperidol) bzw. atypischem Antipsychotikum (z. B. Clozapin, Olanzapin, Risperidon). Bei Therapieresistenz Elektrokrampftherapie (S. 340).

- *Schizomanie:* Monotherapie mit einem mittel- bis hochpotenten konventionellen (z. B. Haloperidol, Zuclopenthixol, Levomepromazin) oder atypischen Antipsychotikum in Kombination mit Lithium oder Carbamazepin oder Valproat.

▶ **Medikamentöse Rezidivprophylaxe:** (S. 324) Lithium und/oder Carbamazepin bzw. Valproat (anzustrebende Serumspiegel: Lithium 0,6–0,8 mmol/l, Carbamazepin 8–10 mg/l, Valproat 50–100 mg/l).

▶ **Psychiatrisch, psychotherapeutisch:**
- Ambulante psychiatrische Nachsorge: Supportive Psychotherapie (S. 350), anknüpfend an aktuelle Symptomatik und ausgerichtet auf die Bewältigung der Erkrankung. Psychoedukation (S. 363).
- Ergotherapie (S. 394), Bewegungstherapie (S. 344), Milieutherapie.

Verlauf und Prognose

▶ Insgesamt gute Gesamtprognose.

▶ Wie bei den affektiven Psychosen besteht eher ein phasenhafter Verlauf mit Vollremission, insbesondere bei akutem Krankheitsbeginn und Vorherrschen affektiver Symptome.

▶ Weniger Residual- oder Defektsymptomatik als bei den Schizophrenien zu erwarten, allerdings hohe Rezidivneigung.

8 Affektive Störungen

8.1 Vorbemerkungen

Affektive Störungen sind Erkrankungen, die vorrangig durch Veränderungen der Gestimmtheit, des Antriebs und der Denkinhalte gekennzeichnet sind. Fast stets sind begleitend vegetative und Vitalstörungen vorzufinden. Bei schweren Formen können psychotische Symptome auftreten.

Die affektiven Störungen verlaufen meistens phasisch sich wiederholend mit zwischenzeitlich vollständiger oder weitgehender Remission, wobei sich bei bipolaren Verläufen in unterschiedlicher Frequenz und Häufigkeit depressive und/oder manische Episoden abwechseln können. Diesbezüglich sind folgende **Verlaufsformen** zu unterscheiden:

Unipolare Depression: Auftreten nur depressiver Phasen bei etwa 65 % der Erkrankten.

Unipolare Manie: Auftreten nur manischer Phasen bei höchstens rund 5 % aller Erkrankten.

Bipolare affektive Störungen (Typ I und II): Wechsel zwischen depressiven und manischen Phasen bei rund 30 % aller Erkrankten (s. Abb. 8.1).

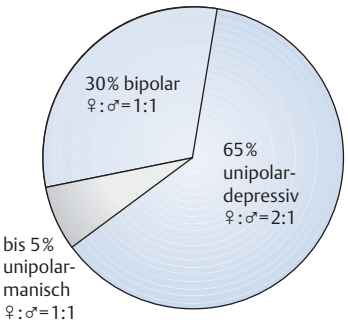


Abb. 8.1 • Häufigkeitsverteilung affektiver Erkrankungen

Die Dauer einer depressiven Phase umfasst Wochen bis Monate. Manische Phasen sind eher kürzer. Rasch wechselnde Verläufe mit mehrfachem Wechsel innerhalb eines Monats sind Kennzeichen sogenannter „rapid cycler"; betroffen sind etwa 10 % der Erkrankten.

Das Risiko, an einer affektiven Störung zu erkranken, liegt um 10–20 % bei einer durchschnittlichen Erstmanifestation für unipolare Psychosen im 3.–4., für bipolare Psychosen im 2.–3. Lebensjahrzehnt. Frauen erkranken mehr als doppelt so häufig an unipolarer Depression. Die selteneren Erstmanifestationen in der zweiten Lebenshälfte treten als Spätdepression und – seltener – Spätmanie in Erscheinung.

Bei Verwandten ersten Grades bipolar Erkrankter liegt das Morbiditätsrisiko für eine affektive Störung bei 15–20 %, bei Kindern bipolar kranker Eltern bei 50–60 %. Kinder von unipolar-depressiven Müttern oder Vätern erkranken in mehr als 10 % der Fälle.

Wie bei der Gruppe der Schizophrenien ist von einer **multifaktoriellen Genese** auszugehen, jedoch stehen hier im Mittelpunkt der Neurotransmissionsstörung eine Instabilität der Aminsysteme Noradrenalin und Serotonin bzw. ihrer Präkursoren, möglicherweise auch GABAerg-cholinerg-katecholaminerge Balance-Störungen. Des Weiteren gibt es Hinweise auf Defizite der postsynaptischen Rezeptorempfindlichkeit für Serotonin. Eine noch unklare Rolle spielt offenbar hier das Lipid Ceramid.

Neurobiologisch belegt sind eine erhöhte Kortisolausschüttung während der depressiven Phase, ebenso ein verminderter Tiefschlaf und REM-Veränderungen als Hinweis auf Regulationsstörungen der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse. Eine neuroendokrinologische Schlüsselfunktion kommt diesbezüglich offensichtlich den Glukokortikoid-Rezeptoren zu, zumindest für die unipolare Depression. Die depressive Herabgestimmtheit erklärt sich aus einer Dysregulation des Serotoninsystems bzw. des 5-Hydroxytryptamins (5-HT).
Neuroanatomisch ergaben sich Hinweise auf eine Volumenreduktion im präfrontalen Kortex und im Hippokampus, in der funktionellen Bildgebung gleichsinnig eine präfrontale Hypoaktivität.
Belastende Lebensereignisse haben bisweilen **Auslöserfunktion**, insbesondere Trennungserlebnisse, anhaltende Konfliktsituationen und sonstige soziale Stressoren, aber auch biologisch-hormonelle Krisen. Der weitere Verlauf erscheint jedoch davon weitgehend unabhängig. Das lernpsychologische Konzept der „gelernten Hilflosigkeit" dürfte eher auf die Dysthymia bzw. neurotische Depression (S. 214) zutreffen. Psychodynamisch wird eine Störung der Mutterbeziehung auf oraler Entwicklungsstufe diskutiert.
Therapeutisch werden vorrangig je nach Zielsymptomatik Medikamente eingesetzt, an zusätzlichen Maßnahmen bei Depressionen Schlafentzug und gegebenenfalls Lichtapplikation. Unerlässlich ist eine begleitende Psychotherapie, ggf. unter Einbeziehung der Angehörigen. Soziotherapeutische Maßnahmen können bei längerem Verlauf mit anhaltender Arbeitsunfähigkeit notwendig werden. Therapieresistente, schwere Depressionen stellen eine Indikation für eine Elektrokrampfbehandlung dar. Angesichts der zu erwartenden Rezidive spielt die medikamentöse Langzeitprophylaxe eine zentrale Rolle.
Die an sich günstige **Prognose** der affektiven Störungen kann belastet werden durch Alkohol- oder Medikamentenmissbrauch im Rahmen einer Eigenbehandlung. Außerdem sind viele depressive Patienten suizidgefährdet; Suizid begehen über 10 %.
In der ICD-10 wird eine Aufteilung der affektiven Störungen unter phänomenologischen Gesichtspunkten getroffen, wobei die entsprechende Hauptgruppe F 3 sowohl gegliedert ist nach jeweiliger Symptomatik als auch nach Dauer und Schwere der Störungen. Die unter F 34.0 aufgeführte „Zyklothymia" wird in der Checkliste als „hyperthyme Persönlichkeit" (S. 214) oder als „emotional instabile Persönlichkeit" (S. 275) beschrieben (F 60.3), die „Dysthymia" (F 34.1) teils als „depressive Persönlichkeit", teils als „depressive Neurose" (S. 214). Zur Diagnostik und Differenzialdiagnostik siehe Abb. 8.2.

8.2 Manische Episode

- **ICD-10: F 30**

Grundlagen

- **Synonym:** Monopolare Manie, endogene Manie. Zur rezidivierenden (periodischen) Manie (S. 207).
- **Definition:** Affektive Psychose mit aktuell manischer Symptomatik.
- **Epidemiologie:** Häufigkeit max. 5 % aller affektiven Störungen. Lebenszeitprävalenz ca. 0,2–0,3 %.
- **Ätiologie und Pathogenese:**
  - Wie bei allen affektiven Störungen (S. 203) multikausale Entstehung, wobei peristatische (umweltbedingte) Faktoren eine eher untergeordnete Rolle spielen.
  - Während der manischen Phase gesteigerter Katecholaminstoffwechsel sowie GABA-Reduktion.

Neurobiologisch belegt sind eine erhöhte Kortisolausschüttung während der depressiven Phase, ebenso ein verminderter Tiefschlaf und REM-Veränderungen als Hinweis auf Regulationsstörungen der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse. Eine neuroendokrinologische Schlüsselfunktion kommt diesbezüglich offensichtlich den Glukokortikoid-Rezeptoren zu, zumindest für die unipolare Depression. Die depressive Herabgestimmtheit erklärt sich aus einer Dysregulation des Serotoninsystems bzw. des 5-Hydroxytryptamins (5-HT).
Neuroanatomisch ergaben sich Hinweise auf eine Volumenreduktion im präfrontalen Kortex und im Hippokampus, in der funktionellen Bildgebung gleichsinnig eine präfrontale Hypoaktivität.
Belastende Lebensereignisse haben bisweilen **Auslöserfunktion**, insbesondere Trennungserlebnisse, anhaltende Konfliktsituationen und sonstige soziale Stressoren, aber auch biologisch-hormonelle Krisen. Der weitere Verlauf erscheint jedoch davon weitgehend unabhängig. Das lernpsychologische Konzept der „gelernten Hilflosigkeit" dürfte eher auf die Dysthymia bzw. neurotische Depression (S. 214) zutreffen. Psychodynamisch wird eine Störung der Mutterbeziehung auf oraler Entwicklungsstufe diskutiert.
Therapeutisch werden vorrangig je nach Zielsymptomatik Medikamente eingesetzt, an zusätzlichen Maßnahmen bei Depressionen Schlafentzug und gegebenenfalls Lichtapplikation. Unerlässlich ist eine begleitende Psychotherapie, ggf. unter Einbeziehung der Angehörigen. Soziotherapeutische Maßnahmen können bei längerem Verlauf mit anhaltender Arbeitsunfähigkeit notwendig werden. Therapieresistente, schwere Depressionen stellen eine Indikation für eine Elektrokrampfbehandlung dar. Angesichts der zu erwartenden Rezidive spielt die medikamentöse Langzeitprophylaxe eine zentrale Rolle.
Die an sich günstige **Prognose** der affektiven Störungen kann belastet werden durch Alkohol- oder Medikamentenmissbrauch im Rahmen einer Eigenbehandlung. Außerdem sind viele depressive Patienten suizidgefährdet; Suizid begehen über 10 %.
In der ICD-10 wird eine Aufteilung der affektiven Störungen unter phänomenologischen Gesichtspunkten getroffen, wobei die entsprechende Hauptgruppe F 3 sowohl gegliedert ist nach jeweiliger Symptomatik als auch nach Dauer und Schwere der Störungen. Die unter F 34.0 aufgeführte „Zyklothymia" wird in der Checkliste als „hyperthyme Persönlichkeit" (S. 214) oder als „emotional instabile Persönlichkeit" (S. 275) beschrieben (F 60.3), die „Dysthymia" (F 34.1) teils als „depressive Persönlichkeit", teils als „depressive Neurose" (S. 214). Zur Diagnostik und Differenzialdiagnostik siehe Abb. 8.2.

8.2 Manische Episode

- **ICD-10: F 30**

Grundlagen

- **Synonym:** Monopolare Manie, endogene Manie. Zur rezidivierenden (periodischen) Manie (S. 207).
- **Definition:** Affektive Psychose mit aktuell manischer Symptomatik.
- **Epidemiologie:** Häufigkeit max. 5 % aller affektiven Störungen. Lebenszeitprävalenz ca. 0,2–0,3 %.
- **Ätiologie und Pathogenese:**
  - Wie bei allen affektiven Störungen (S. 203) multikausale Entstehung, wobei peristatische (umweltbedingte) Faktoren eine eher untergeordnete Rolle spielen.
  - Während der manischen Phase gesteigerter Katecholaminstoffwechsel sowie GABA-Reduktion.

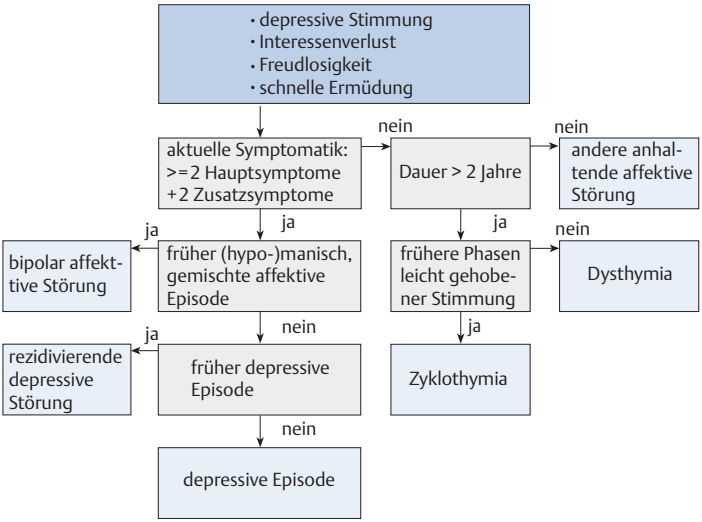


Abb. 8.2 • Entscheidungsbaum und Differenzialdiagnostik affektiver Erkrankungen (nach ICD-10)

Klinik

- **Erscheinungsbild** des maniformen Syndroms (S. 107):
  - Logorrhö, Ideenflüchtigkeit bis zur manischen Verworrenheit, erhöhte Ablenkbarkeit und Sprunghaftigkeit.
  - Psychomotorische Erregtheit und Enthemmung bis zur Distanzlosigkeit.
  - Grundlose Heiterkeit, manchmal mit gereizt-aggressivem Unterton.
  - Omnipotenzgefühl, Selbstüberschätzung bis zum Größenwahn.
  - Steigerung der Vitalgefühle mit vermehrter Libido und vermindertem Schlafbedürfnis. Tagesschwankungen mit morgens ausgeprägterer Symptomatik.
- In **ICD-10** Unterscheidung zwischen:
  - Hypomanie (F 30.0).
  - Manie ohne psychotische Symptome (F 30.1).
  - Manie mit psychotischen Symptomen (F 30.2).

Tab. 8.1 • **Klinische Prägnanztypen der endogenen Manie**

Manifestationsform	vorherrschende klinische Symptomatik
gereizte Manie	Gereiztheit, Aggressivität, Streitsucht (verstärkt durch Wechselwirkungen mit der Umgebung)
stille Manie	ekstatische Erstarrung mit Euphorie
wahnhafte Manie	Größenwahn, Abstammungswahn
verworrene Manie	Desorganisation, Orientierungsstörungen, kognitive Defizite
Spätmanie	s. Involutionsmanie (S. 211)

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung:** Querschnittssymptomatik s. Klinik (S. 205).
- **Testdiagnostik:** MSS, BRMAS, YMRS (s. Tab. 2.5).
- **Anamnese:** v. a. Fremdanamnese (Wesensänderung, Verhaltensauffälligkeiten, riskante Unternehmungen, unrealistische Pläne, Familienanamnese, Biografie).
- **Körperliche Untersuchung, apparative Diagnostik** zum Ausschluss organischer Ursachen!

Differenzialdiagnose

- Maniformes Syndrom bei Hirnerkrankung (z. B. Gefäßprozess, frontotemporale Demenz, Frontalhirntumor, Progressive Paralyse): Bildgebende Verfahren, Luesserologie (TPHA-Test), Laboruntersuchungen.
- Symptomatische Manie (z. B. bei Hyperthyreose, Hypertonie): Somatische Diagnostik (s. Tab. 5.2), internistischer Befund.
- Maniforme Symptome bei Schizophrenie: Meist im Prodromalstadium oder als läppische Heiterkeit bei Hebephrenie (S. 194).
- Stimulanzienmissbrauch bzw. Drogenintoxikation: Anamnese, Fremdanamnese, körperliche Untersuchung, Drogen- und Medikamentenscreening (S. 36).
- Hyperthyme bzw. stimmungslabile Persönlichkeit, Zyklothymia (S. 214): Kein phasischer bzw. episodischer Verlauf, wenig fluktuierend.

Therapie

- **Allgemein:** Stationäre Aufnahme meist unumgänglich, notfalls über Zwangseinweisung (S. 414) bei akuten Gefährdungsaspekten. Absprachen mit dem Patienten sind meist nicht verlässlich!
- **Nicht-medikamentös:**
  - Abschirmung von Außenreizen, „Talking down".
  - Angehörigenberatung. Psychoedukation (S. 363).
  - Soziotherapeutische Hilfe, z. B. Regelung der finanziellen und beruflichen Verhältnisse des Patienten (ggf. Geschäftsfähigkeit klären!).
  - Nach der akuten Phase stützende Psychotherapie als Coping-Hilfe. Ambulante psychiatrische Nachsorge!
- **Medikamentös:**
  - Antipsychotikum der zweiten Generation (z. B. Risperidon, Olanzapin, Quetiapin), bei starker Erregtheit im Einzelfall auch Haloperidol in Kombination mit einem Benzodiazepin parenteral.
  - Alternativ auch rasche parenterale Aufsättigung von Valproat möglich.
  - Bei rezidivierender Manie medikamentöse Prophylaxe; Vorgehen wie bei bipolarer affektiver Störung (S. 324).

Verlauf und Prognose

- Meist folgenloses Abklingen der akuten Phase, gelegentlich Umkippen in depressive Nachschwankung (dann evtl. antidepressive Therapie).
- Der weitere Verlauf ist unbestimmt: Wie bei allen Formen affektiver Störungen ist mit erneuten Krankheitsphasen zu rechnen, wobei Phasenlänge und Krankheitsintervalle unvorhersehbar und unberechenbar sind. Die mittlere Phasendauer ist kürzer als bei unipolarer Depression, d. h. etwa 1–2 Monate. Siehe bipolare affektive Störung (S. 207).

Hinweis: Häufig entstehen finanzielle, berufliche und partnerschaftliche Probleme durch Aktivitäten, insbesondere Rechtsgeschäfte oder Straftaten, die aus manischer Hochstimmung, Selbstüberschätzung und fehlender Krankheitseinsicht (S. 418) heraus getätigt wurden.

8.3 Bipolare (affektive) Störung

- **ICD-10: F 31**

Grundlagen

- **Synonym:** Bipolare affektive Störung, manisch-depressive Erkrankung, manische Depression, Zyklothymie.
- **Definition:** Form der affektiven Störung mit rezidivierendem Auftreten depressiver und manischer Phasen.
  - Typ Bipolar I: Manische und depressive Phasen.
  - Typ Bipolar II: Depressive und hypomane Phasen.
- **Epidemiologie:**
  - Erkrankungsrisiko mit 1–3 % (für Männer und Frauen) niedriger als bei unipolarer affektiver Störung (Bipolar I: 1 %, Bipolar II: 1–3 %). Ca. 30 % aller affektiven Störungen.
  - Häufigste Erstmanifestation im 3.–4. Lebensjahrzehnt; für Blutsverwandte ist das Erkrankungsalter niedriger.
- **Ätiologie und Pathogenese:**
  - Wie bei allen affektiven Störungen (S. 203) offenbar multifaktorielle Genese bei untergeordnetem Einfluss peristatischer (umweltbedingter) Faktoren.
  - Genetisch-familiäre Belastung mit affektiven Erkrankungen: Anomalien auf Chromosom 8 und 10?

Klinik

- Wechsel von depressiver und manischer Symptomatik im durchschnittlichen Verhältnis von etwa 2 bis 3. Chronifizierungsrate von ca. 20–30 %. Anzahl der Krankheitsphasen fast doppelt so hoch wie bei unipolar-depressiven Verläufen.
- Zur Phasendauer siehe Tab. 8.2.

Tab. 8.2 • **Phasendauer bei bipolar-affektiver Psychose**

Manifestationstyp	Phasendauer
normaler Krankheitsverlauf	4–6 Monate; das symptomfreie Intervall ist kürzer als bei unipolar-depressiven Verläufen (S. 208)
„rapid cycling“	>4 Phasen pro Jahr (häufiger bei Bipolar II)
„ultra rapid cycling“	wöchentlicher und rascherer Phasenwechsel

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung:** Im Querschnitt typische Merkmale eines depressiven oder manischen Syndroms.
- **Testpsychologisch:** CGI, SKID, IMPS (s. Tab. 2.5).
- **Anamnese:** Fremdanamnese! In der Regel fehlen greifbare Auslöser. Verlauf!
- **Evtl. Persönlichkeitsdiagnostik** mit MSS, ISS (s. Tab. 2.5).
- **Körperliche Untersuchung:** Internistischer und neurologischer Status.
- **Labor-** (S. 34) **und apparative Diagnostik**.

Hinweis: Endgültige Diagnosestellung erst nach längerer Verlaufsbeobachtung möglich! Es besteht eine hohe Komorbidität mit Angst- und Essstörungen.

Differenzialdiagnose

- Hirnorganische Erkrankung mit Neigung zu Affektinkontinenz und Stimmungslabilität: Somatische Diagnostik, Ätiologie, Fremdanamnese!

- Stimmungslabile Persönlichkeit (S. 274) bzw. Zyklothymia: Kein episodisch-rezidivierender Verlauf, Fremdanamnese!
- Suchterkrankung, Medikamentenmissbrauch, Alkoholismus: Medikamenten- und Drogenanamnese sowie -screening (S. 36), Fremdanamnese, körperl. Untersuchung.

Therapie

- **Medikamentös:**
  - Je nach Ausprägung ambulante oder stationäre Behandlung mit medikamentöser Therapie der vorliegenden Zielsymptomatik: unipolare Depression (S. 208), unipolare Manie (S. 204).
  - Bei mehr als zwei Krankheitsphasen innerhalb von 2 Jahren medikamentöse Rezidivprophylaxe.
    - Lithium (S. 325): Plasmaspiegel: 0,5–0,8 mmol/l.
    - Alternativ Carbamazepin (S. 326) oder Valproat (S. 327) oder Lamotrigin (Aufdosieren bis 100–200 mg/d) oder Topiramat (off-label, Aufdosieren bis 100–200 mg/d) oder Olanzapin 10–15 mg/d.
    - Evtl. als Therapieversuch Gabe von L-Thyroxin oder Kalziumantagonisten.
  - Rasch aufeinanderfolgende Phasen (rapid cycling) sind am ehesten mit Valproat 1000-3 000 mg/d p. o. beherrschbar. *Cave:* Bei HIV-positiven Patienten u. U. retrovirale Aktivierung beachten.
- **Psychiatrisch:**
  - Ambulante psychiatrische Nachsorge: Begleitend stützende Psychotherapie (S. 363), Psychoedukation (S. 363) und Angehörigenberatung.
  - Soziotherapeutische Maßnahmen (S. 392).

Verlauf und Prognose

- Nach Abklingen der jeweiligen Phase in der Regel weitgehende Remission, Phasen- und Intervalldauer jedoch nicht vorhersehbar (Phasendauer zwischen 2 und 12 Monaten). Unter medikamentöser Prävention Abschwächung bzw. ein Ausbleiben erneuter Krankheitsphasen bei 60–70 % der Patienten zu erwarten.
- Bei längeren, therapieresistenten Verläufen gelegentlich Persönlichkeitsveränderung in Richtung einer allgemeinen Nivellierung („zyklothymes Residuum").

➲ ***Hinweis:*** Belastung der Prognose durch erhöhte Suizidmortalität (15–20 %)!

8.4 Depressive Episode. Rezidivierende depressive Störung

- **ICD-10: F 32, F 33**

Grundlagen

- **Synonym:** Monopolare Depression, Major depression, endogene Depression, periodische Depression, phasische Depression, Melancholie.
- **Definition:** Affektive Störung mit (rezidivierender) depressiver Krankheitsphase.
- **Epidemiologie**: Häufigkeit um 0,5–1 % der männlichen, 1–2 % der weiblichen Bevölkerung. Mit einem Anteil von ca. 65 % häufigste aller affektiven Störungen. Erstmanifestation bimodal im 3.–4. und 5.–6. Lebensjahrzehnt.
- **Ätiologie und Pathogenese:** Wie bei allen affektiven Störungen (S. 203) multifaktorielle Genese.

Klinik

- In **ICD-10** werden – abhängig von Symptomatik und Verlauf – unterschieden:
  - Leichte depressive Episode (F 32.1).
  - Mittelgradige depressive Episode (F 32.2).

- Stimmungslabile Persönlichkeit (S. 274) bzw. Zyklothymia: Kein episodisch-rezidivierender Verlauf, Fremdanamnese!
- Suchterkrankung, Medikamentenmissbrauch, Alkoholismus: Medikamenten- und Drogenanamnese sowie -screening (S. 36), Fremdanamnese, körperl. Untersuchung.

Therapie

- **Medikamentös:**
  - Je nach Ausprägung ambulante oder stationäre Behandlung mit medikamentöser Therapie der vorliegenden Zielsymptomatik: unipolare Depression (S. 208), unipolare Manie (S. 204).
  - Bei mehr als zwei Krankheitsphasen innerhalb von 2 Jahren medikamentöse Rezidivprophylaxe.
    - Lithium (S. 325): Plasmaspiegel: 0,5–0,8 mmol/l.
    - Alternativ Carbamazepin (S. 326) oder Valproat (S. 327) oder Lamotrigin (Aufdosieren bis 100–200 mg/d) oder Topiramat (off-label, Aufdosieren bis 100–200 mg/d) oder Olanzapin 10–15 mg/d.
    - Evtl. als Therapieversuch Gabe von L-Thyroxin oder Kalziumantagonisten.
  - Rasch aufeinanderfolgende Phasen (rapid cycling) sind am ehesten mit Valproat 1000-3 000 mg/d p. o. beherrschbar. *Cave:* Bei HIV-positiven Patienten u. U. retrovirale Aktivierung beachten.
- **Psychiatrisch:**
  - Ambulante psychiatrische Nachsorge: Begleitend stützende Psychotherapie (S. 363), Psychoedukation (S. 363) und Angehörigenberatung.
  - Soziotherapeutische Maßnahmen (S. 392).

Verlauf und Prognose

- Nach Abklingen der jeweiligen Phase in der Regel weitgehende Remission, Phasen- und Intervalldauer jedoch nicht vorhersehbar (Phasendauer zwischen 2 und 12 Monaten). Unter medikamentöser Prävention Abschwächung bzw. ein Ausbleiben erneuter Krankheitsphasen bei 60–70 % der Patienten zu erwarten.
- Bei längeren, therapieresistenten Verläufen gelegentlich Persönlichkeitsveränderung in Richtung einer allgemeinen Nivellierung („zyklothymes Residuum").

➲ ***Hinweis:*** Belastung der Prognose durch erhöhte Suizidmortalität (15–20 %)!

8.4 Depressive Episode. Rezidivierende depressive Störung

- **ICD-10: F 32, F 33**

Grundlagen

- **Synonym:** Monopolare Depression, Major depression, endogene Depression, periodische Depression, phasische Depression, Melancholie.
- **Definition:** Affektive Störung mit (rezidivierender) depressiver Krankheitsphase.
- **Epidemiologie**: Häufigkeit um 0,5–1 % der männlichen, 1–2 % der weiblichen Bevölkerung. Mit einem Anteil von ca. 65 % häufigste aller affektiven Störungen. Erstmanifestation bimodal im 3.–4. und 5.–6. Lebensjahrzehnt.
- **Ätiologie und Pathogenese:** Wie bei allen affektiven Störungen (S. 203) multifaktorielle Genese.

Klinik

- In **ICD-10** werden – abhängig von Symptomatik und Verlauf – unterschieden:
  - Leichte depressive Episode (F 32.1).
  - Mittelgradige depressive Episode (F 32.2).

- Schwere depressive Episode (F. 32.3).
- Rezidivierende depressive Störung (F 33).
- Zyklothymia (F 34).
- Dysthymia (F 34.1).

▶ **Erscheinungsbild des depressiven Syndroms** (S. 106):
- *Allgemein:* Niedergeschlagenheit, Bedrücktheit, Leeregefühl („Gefühl der Gefühllosigkeit"), Hoffnungslosigkeit, Nihilismus, Anhedonie, Angst, Verzweiflung, Suizidalität, Antriebsverarmung bis zum Stupor.
- *Denkstörungen:* Denkhemmung, Grübelzwang, kognitive Beeinträchtigungen (Pseudodemenz), Störungen des Zeiterlebens, Selbstvorwürfe.
- *Wahnsymptome:* Verarmungs- und Schuldwahn, hypochondrischer Wahn, nihilistischer Wahn.
- *Vitalstörungen:* Leibliche Missempfindungen, Erschöpfungsgefühl und Müdigkeit, Oppressions- und Globusgefühl, Kopfdruck.
- *Vegetative Symptome:* Durchschlafstörungen mit Früherwachen und Morgentief („positive Tagesschwankung"), lnappetenz und Gewichtsverlust, Amenorrhoe, Obstipation, Hypotonie, Übelkeit, Schwindel, Haarausfall.

▶ Besondere Spielarten (Prägnanztypen) und Verlaufsformen der Depression siehe Tab. 8.3 bzw. Tab. 8.4.

Hinweis: Hohe Komorbidität mit Angsterkrankung, Sucht und Essstörungen!

Tab. 8.3 • **Klinische Prägnanztypen der depressiven Störung**

Manifestationsform	vorherrschende klinische Symptomatik
agitierte Depression	Getriebenheit, ängstliche Unruhe
larvierte (maskierte) Depression („depressio sine depressione")	vielfältige Körpermissempfindungen, Leibgefühlsstörungen, Schmerzen
wahnhafte Depression	Wahngedanken, psychotische Symptome
anankastische Depression	Zwangsgedanken, -impulse
phobische Depression	phobische Ängste
hysteriforme Depression („Jammerdepression")	demonstrativ anmutende, gebärdenreiche Klagsamkeit
zirkumskripte Hypochondrie	umschriebene Körpermissempfindungen und Schmerzen, oft als Glossodynie
Erschöpfungsdepression	Müdigkeit, Erschöpfungs- und Schwächegefühl (Merkmale des „chronic fatigue syndrome")

Tab. 8.4 • **Besondere Verlaufsformen**

Verlaufsform (ICD-10)	klinische Kennzeichen
rezidivierende kurze Depression (F 38.10)	kurzzeitige, Tage bis höchstens 2 Wochen dauernde depressive Episode
saisonale Depression („seasonal affective disorder" – SAD, „Winterdepression", F 32)	bevorzugt im Herbst, Winter und Frühjahr auftretende Depressivität mit Hypersomnie und Hyperphagie bzw. Gewichtszunahme
Spätdepression (F 31)	s. Involutionsdepression (S. 211)

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung** (s. Klinik, äußeres Erscheinungsbild: Depressive Mimik, Phonik und Pantomimik als Ausdruck entsprechender Erlebnisinhalte).
- **Testpsychologische Persönlichkeitsdiagnostik:** z. B. HAMD, DSN, BDI, DSI (Tab. 2.5).
- **Anamnese:** Eigen- und Fremdanamnese (Stimmung, Schlaf, Körpergewicht, Konzentrationsfähigkeit, Suizidgedanken, Selbstwertgefühl), Familienanamnese (affektive Erkrankungen?). ***Hinweis:*** Stets Suizidgefährdung (S. 306) abschätzen!
- **Körperliche Untersuchung:** Internistischer und neurologischer Status.
- **Labor:** Routinelabor, TSH (ggf. T_3, T_4,, TRH-Stimulationstest), Vit. B_{12}, TPHA-Test.
- **Apparative Diagnostik:** EEG, ggf. CCT (oder kranielles MRT), SPECT.

Differenzialdiagnose

- Hirnorganische Depression (z. B. bei vaskulärer und degenerativer Demenz, M. Parkinson.
- Depression bei Körperkrankheit (z. B. bei Herz-Kreislauferkrankung, Endokrinopathie, Infektionserkrankung): Siehe symptomatische bzw. organische (S. 116) und pharmakogene Depression (S. 147).
- Depression bei Schizophrenie bzw. als Residuum.
- Suchterkrankung, v. a. Alkoholismus, Medikamentenmissbrauch (S. 159).
- Neurotische Depression bzw. depressive Persönlichkeit, s. Dysthymia (S. 214): Weniger fluktuierend, Pathogenese!
- Angststörung: Kein phasischer Verlauf, Angstsymptomatik anhaltend.
- Magersucht (S. 246), Bulimie (S. 248): Somatostatus. Anamnese.

Therapie

- **Allgemein:**
  - Entlastung von Verpflichtungen (z. B. Krankschreibung, Beurlaubung).
  - Obligat stationäre Behandlung bei stärker ausgeprägter Symptomatik und Suizidgedanken.
- **Medikamentös:**
  - Antidepressiva (S. 320), Sicherheitsüberhang über das Abklingen der depressiven Phase hinaus: Initial auch als Infusionsbehandlung. Evtl. Augmentation mit Schilddrüsenhormon.
  - Mittel- bis hochpotente Antipsychotika (S. 314)*:* Zusätzlich bei psychotischen Symptomen.
  - *Bei ausgeprägter Angst:* Nicht-Benzodiazepin-Tranquilizer (z. B. Buspiron, Opipramol) oder (passager) Benzodiazepin (z. B. Lorazepam oder Oxazepam) oder (bei stärkerer vegetativer Symptomatik) β-Rezeptorenblocker (z. B. Propanolol, Metoprolol).
  - *Bei Schlafstörungen:* Amitriptylin 50–100 mg oder Trimipramin 25–50 mg oder Mirtazapin 30 mg und/oder Hypnotikum wie Zolpidem, Zopiclon, Zaleplon oder Rozerem zur Nacht.
  - Mehr als 2 Krankheitsphasen innerhalb von 5 Jahren oder insgesamt 4 Phasen erfordern eine langfristige Rezidivprophylaxe (S. 324); bei Unverträglichkeit oder mangelnder Effizienz der Therapie mit Lithium oder Carbamazepin bzw. Valproat sollte eine Langzeitbehandlung mit einem Antidepressivum erfolgen.
- **Psychiatrisch, psychotherapeutisch:**
  - Begleitende stützende Psychotherapie (S. 350); Schlafentzug (S. 339).
  - Lichttherapie (S. 340), vorrangig bei SAD und gehemmter Depression.
  - Transkranielle Magnetstimulation (S. 342): eher bei gehemmter Depression.
  - Beratung der Angehörigen (Umgang mit dem Patienten, zu erwartender Verlauf). Psychoedukation (S. 363).

- Soziotherapie (S. 392), Ergo- und Bewegungstherapie (vorsichtig-behutsam) mit Rücksichtnahme auf verstärktes Insuffizienzgefühl des Patienten (S. 344).
- Elektrokrampftherapie (S. 340) bei Therapieresistenz bzw. anhaltend schwerem Verlauf. In Erprobung: Tiefe (elektrische) Hirnstimulation des N. accumbens bzw. des medialen Hirnstammbündels. Stets ambulante psychiatrische Nachsorge!

Verlauf und Prognose

- Mit und ohne Behandlung kann in der Regel ein Abklingen der einzelnen Phase mit völliger Remission erreicht werden. Im Anschluss daran kommt es bei ca. 10 % der Patienten zu einer hypomanischen Nachschwankung, ein Umkippen in eine manische Phase ist ebenso möglich. Siehe bipolare affektive Störung (S. 207).
- Unter medikamentöser Prävention kann eine Abschwächung und/oder ein Ausbleiben erneuter Rezidive bei rund 60 % der Patienten erreicht werden.
- Die mittlere Phasendauer beträgt etwa 4–5 Monate; 10–15 % neigen zur Chronifizierung. Im höherem Lebensalter ist mit längeren Phasen zu rechnen.

Hinweis: Suizidmortalität 10–15 %!

8.5 Involutionsdepression, Spätdepression

- **ICD-10: F 31, F 32.8**

Grundlagen

- **Synonym:** Involutionsmelancholie. Altersdepression.
- **Definition:** Erstmals im Involutionsalter (ab dem 45.–50. Lebensjahr) auftretende depressive Episode.
- **Epidemiologie:** Anzunehmen bei 10–15 % der affektiven Störungen. Frauen erkranken deutlich häufiger!
- **Ätiologie und Pathogenese:**
  - Grundsätzlich wie bei allen affektiven Störungen (S. 203) multifaktorielle Genese.
  - Wahrscheinlich zusätzliche Einflüsse durch zerebrovaskuläre und/oder degenerative Hirnfunktionsstörungen (bildgebend vermehrt Ventrikelerweiterungen und zerebrale Hypodensitäten).
  - Oft Auslösesituation durch peristatische Faktoren (z. B. Pensionierung, körperliche Erkrankung, Verlusterlebnisse und Vereinsamung infolge Verwitwung, Wohnungswechsel, Isolation).

Klinik

- **Häufige Manifestationsformen:**
  - Überwiegend agitierte Depression: Ängstliche Erregtheit, Unruhe. Pseudodemenz mit mnestischen Defiziten.
  - Seltener: „Jammerdepression" mit hypochondrischer Klagsamkeit und hysteriformer Ausgestaltung. Hier sehr häufig (latente) Suizidalität.
  - Ausgeprägte vegetative und Vitalstörungen (Hyposomnie, Herz-Kreislauf-Regulationsstörungen, Obstipation, Gewichtsverlust), Befindlichkeitsstörungen wie auch monoforme Leibmissempfindungen.
  - Häufiger Wahnsymptome (Schuldwahn, Verarmungswahn, hypochondrischer und nihilistischer Wahn).

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung:** Überwiegend ängstlich-agitierte, depressive Symptomatik (S. 106) mit monotoner Klagsamkeit. Suizidalität (S. 306) ansprechen mit Risikoabschätzung.
- **Testpsychologisch:** BDI, SDS, DSN, HAMD (s. Tab. 2.5).
- **Anamnese:** Eigen- und Fremdanamnese: Biografie, Auslöser?

- Soziotherapie (S. 392), Ergo- und Bewegungstherapie (vorsichtig-behutsam) mit Rücksichtnahme auf verstärktes Insuffizienzgefühl des Patienten (S. 344).
- Elektrokrampftherapie (S. 340) bei Therapieresistenz bzw. anhaltend schwerem Verlauf. In Erprobung: Tiefe (elektrische) Hirnstimulation des N. accumbens bzw. des medialen Hirnstammbündels. Stets ambulante psychiatrische Nachsorge!

Verlauf und Prognose

- Mit und ohne Behandlung kann in der Regel ein Abklingen der einzelnen Phase mit völliger Remission erreicht werden. Im Anschluss daran kommt es bei ca. 10 % der Patienten zu einer hypomanischen Nachschwankung, ein Umkippen in eine manische Phase ist ebenso möglich. Siehe bipolare affektive Störung (S. 207).
- Unter medikamentöser Prävention kann eine Abschwächung und/oder ein Ausbleiben erneuter Rezidive bei rund 60 % der Patienten erreicht werden.
- Die mittlere Phasendauer beträgt etwa 4–5 Monate; 10–15 % neigen zur Chronifizierung. Im höherem Lebensalter ist mit längeren Phasen zu rechnen.

Hinweis: Suizidmortalität 10–15 %!

8.5 Involutionsdepression, Spätdepression

- **ICD-10: F 31, F 32.8**

Grundlagen

- **Synonym:** Involutionsmelancholie. Altersdepression.
- **Definition:** Erstmals im Involutionsalter (ab dem 45.–50. Lebensjahr) auftretende depressive Episode.
- **Epidemiologie:** Anzunehmen bei 10–15 % der affektiven Störungen. Frauen erkranken deutlich häufiger!
- **Ätiologie und Pathogenese:**
  - Grundsätzlich wie bei allen affektiven Störungen (S. 203) multifaktorielle Genese.
  - Wahrscheinlich zusätzliche Einflüsse durch zerebrovaskuläre und/oder degenerative Hirnfunktionsstörungen (bildgebend vermehrt Ventrikelerweiterungen und zerebrale Hypodensitäten).
  - Oft Auslösesituation durch peristatische Faktoren (z. B. Pensionierung, körperliche Erkrankung, Verlusterlebnisse und Vereinsamung infolge Verwitwung, Wohnungswechsel, Isolation).

Klinik

- **Häufige Manifestationsformen:**
  - Überwiegend agitierte Depression: Ängstliche Erregtheit, Unruhe. Pseudodemenz mit mnestischen Defiziten.
  - Seltener: „Jammerdepression" mit hypochondrischer Klagsamkeit und hysteriformer Ausgestaltung. Hier sehr häufig (latente) Suizidalität.
  - Ausgeprägte vegetative und Vitalstörungen (Hyposomnie, Herz-Kreislauf-Regulationsstörungen, Obstipation, Gewichtsverlust), Befindlichkeitsstörungen wie auch monoforme Leibmissempfindungen.
  - Häufiger Wahnsymptome (Schuldwahn, Verarmungswahn, hypochondrischer und nihilistischer Wahn).

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung:** Überwiegend ängstlich-agitierte, depressive Symptomatik (S. 106) mit monotoner Klagsamkeit. Suizidalität (S. 306) ansprechen mit Risikoabschätzung.
- **Testpsychologisch:** BDI, SDS, DSN, HAMD (s. Tab. 2.5).
- **Anamnese:** Eigen- und Fremdanamnese: Biografie, Auslöser?

- **Körperliche Untersuchung,** Labor- (S. 34) **und apparative Diagnostik** zum Ausschluss einer Hirnerkrankung (z. B. vaskuläre Demenz, M. Binswanger, Alzheimer-Demenz) oder einer anderweitigen körperlichen Erkrankung (z. B. Hypothyreose, Hypertonie, Herzinsuffizienz, Diabetes mellitus und Malignom). Hormonstatus!

Differenzialdiagnose

- Hirnorganisch begründbare Depression bei Demenz bzw. hirnatrophischem Prozess: Bildgebende Verfahren (Atrophie, Ischämieareale?), weitere Diagnostik siehe kardiovaskuläre Risikofaktoren?
- Symptomatische bzw. organische oder pharmakogene Depression (S. 147): Medikamentenanamnese!
- Erneute Phase einer rezidivierenden Depression (S. 207): Anamnese mit bekannter affektiver Erkrankung, Fremdanamnese, Verlauf.
- Altersbedingte Akzentuierung depressiver Persönlichkeit bzw. Dysthymia (S. 214): Zunahme bereits früher durchgehend bestehender Neigung zu Bedrücktheit und Schwermütigkeit.

Therapie

- **Allgemein:**
  - Stationäre Behandlung immer bei schwerer und/oder wahnhafter Symptomatik. Vergleiche auch Suizidalität (S. 306).
  - Allgemein-roborierende und pflegerische Maßnahmen.
  - Körperliche Basistherapie. Bei körperlichen Grunderkrankungen gegebenenfalls spezielle internistische konsiliarische Mitbetreuung.
- **Psychiatrisch:**
  - Stützende therapeutische Gespräche, kognitive Trainings und Ergotherapie, Gruppenaktivitäten, Gymnastik, fürsorgerische und sozialtherapeutische Maßnahmen, Einsatz ambulanter Besuchsdienste nach der Entlassung. Nachsorge.
  - Bei ausgeprägten, therapieresistenten Verläufen (mit anhaltender Suizidalität) Elektrokrampftherapie (S. 340). Bei älteren Patienten meist wenig Bereitschaft zum Schlafentzug!
- **Medikamentös:**
  - *Symptomorientierte antidepressive Therapie:*
    - Antidepressiva.
    - z. B. Fluoxetin, Citaprolam, Escitalopram, Moclobemid, Mirtazapin, Venlafaxin.
  - *Therapie begleitender Schlafstörungen:*
    - Dämpfendes Antidepressivum (S. 320), z. B. Mirtazapin, Trazodon, Trimipramin, nach Beachtung der Grunderkrankungen und Kontraindikationen.
    - Alternativ: Schwachpotentes Antipsychotikum (z. B. Chlorprothixen, Levomepromazin, Melperon).
    - Alternativ bei Erfolglosigkeit: Versuch mit Chloralhydrat, Zolpidem, Zopiclon, Zaleplon oder schlafanstoßendem Benzodiazepin (z. B. Temazepam, Diazepam).
  - *Unterstützend:* Eventuell Hormonsubstitution (Östrogen bzw. Testosteron).

Hinweis: Wegen oft mangelhafter Compliance muss die Überwachung der Einnahme sichergestellt werden!

Verlauf und Prognose

- Insgesamt günstig, langgestreckte Phasen mit einer Dauer von bis zu einem Jahr möglich. Rezidive eher selten, daher in der Regel keine Sekundärprophylaxe notwendig.

Hinweis: Belastung der Prognose durch latente Suizidalität!

8.6 Involutionsmanie, Spätmanie

- **ICD-10: F 30, F 30.9**

Grundlagen

- **Definition:** Im Involutionsalter erstmals auftretende manische Symptomatik.
- **Epidemiologie:** Im Vergleich zur Involutionsdepression wesentlich seltener. (ca. 2–3 % der affektiven Spätpsychosen).
- **Ätiologie und Pathogenese:** Entstehungsursachen grundsätzlich wie bei unipolarer (endogener) Manie (S. 204) bzw. affektiver Störung (S. 203), möglicherweise mit einer zusätzlichen, vaskulär-hirnorganischen Komponente.

Klinik

- **Typisch maniforme Symptomatik** (S. 107):
  - Grundlose-inadäquate Heiterkeit, Euphorie, nicht selten aber auch gereizte Stimmung, Ideenflucht, Logorrhö, Distanzlosigkeit.
  - Selbstüberschätzung, Größenideen, fehlende Krankheitseinsicht.
  - Bewegungsdrang, Umtriebigkeit, Hektik, vermindertes Schlafbedürfnis.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung** (s. Klinik).
- **Anamnese:** Allgemein, Fremdanamnese (Beginn, frühere Auffälligkeiten, Biografie).
- **Testpsychologisch:** YMRS, ISS, BRMAS (s. Tab. 2.5).
- **Körperliche Untersuchung:** Internistischer und neurologischer Status zum Ausschluss einer organischen Erkrankung.
- **Apparative und bildgebende Verfahren:** Ausschluss organischer Erkrankung, durchzuführende Untersuchungen (S. 34).

Differenzialdiagnose

- Hirnorganische Erkrankung (z. B. Vaskuläre Demenz, Morbus Pick, Frontotemporale Demenz, Tumor, progressive Paralyse): Bildgebende Verfahren, Luesserologie, Labordiagnostik.
- Andere körperliche Funktionsstörungen (z. B. Hyperthyreose): Somatisch orientierte Diagnostik s. o.; Anamnese!
- Delirante Syndrome (bei Gefäßprozessen oder Medikamentenunverträglichkeit bzw. Intoxikation, Stimulanzien- bzw. Drogenmissbrauch): Medikamenten- und Drogenanamnese sowie labortechnische Screeninguntersuchungen (S. 36).
- Altersbedingte Akzentuierung: Hyperthyme Persönlichkeit (S. 214): Fremdanamnese, Verlauf.

Therapie

- **Allgemein:** Stationäre Aufnahme meist erforderlich, notfalls über Zwangseinweisung (S. 414) oder gesetzliche Betreuung.
- **Medikamentös:**
  - Dämpfung mittels Antipsychotikum (z. B. Olanzapin, Risperidon, Melperon, Dipiperon, Levomepromazin, Quetiapin) unter Beachtung extrapyramidaler Begleitwirkungen, da es im Alter vermehrt zu Spätdyskinesien kommen kann.
  - Bei Therapieresistenz alternativ oder additiv Lithium oder Carbamazepin.
- **Psychiatrisch:** Nachsorge mit Beratung der Angehörigen, evtl. rechtliche Konsequenzen beachten (Geschäftsfähigkeit?).

Verlauf und Prognose

- Günstige Prognose mit im Allgemeinen kürzerer Phasendauer als bei der Involutionsdepression.
  (Extrem selten Rezidive, daher keine Indikation zur medikamentösen Rezidivprophylaxe.)

8.7 Zyklothymia

- **ICD-10: F 34**

Grundlagen

- **Definition:** Emotionale Instabilität mit häufigerem Stimmungswechsel zwischen Subdepressiviät und Hypomanie. Subtyp der bipolaren Störung?
- **Epidemiologie:** Keine sicheren Geschlechtsunterschiede.
- **Ätiologie und Pathogenese:** Auslöser unbekannt. Ansonsten weitgehend konstitutionell bestimmt.

Klinik

- Unberechenbarer Wechsel zwischen hypomanischer Umtriebigkeit und subdepressiver Passivität.
- Häufig begleitet von einer Neigung zu durchgehendem Pessimismus.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung** (s. Klinik); Verlaufs- und Verhaltensbeobachtung.
- **Testpsychologische Persönlichkeitsdiagnostik,** z. B. MMPI, GT, YMRS, BRMAS.
- **Anamnese:** Fremd- und biografische Anamnese.
- **Körperliche Untersuchung, apparative Diagnostik:** Ausschluss einer körperlichen Grunderkrankung (s. o.).

Differenzialdiagnose

- Symptomatische zykloide Störung (S. 142). Somatische Diagnostik.
- Emotionale Labilität bei hirnorganischer Wesensänderung (S. 111).
- Alkohol- oder Rauschmittelkonsum (S. 309). Anamnese. Labor.

Therapie, Verlauf und Prognose

- **Therapie:** Spezifische Therapieformen sind nicht bekannt und in der Regel auch nicht erforderlich.
- **Verlauf und Prognose:** Mit dem Älterwerden stellt sich meist eine gewisse Ausgeglichenheit ein.

8.8 Dysthymia

- **ICD-10: F 34.1**

Grundlagen

- **Synonym:** Depressive Neurose. Minor Depression, depressive Persönlichkeitsstörung.
- **Definition:** Chronifizierte, kaum fluktuierende Form von Depressivität, die über mindestens 2 Jahre andauert.
- **Epidemiologie:** Vorkommen bei etwa 3–5 % der Bevölkerung. Beginn meist im frühen Erwachsenenalter. Frauen sind häufiger betroffen.

Verlauf und Prognose

- Günstige Prognose mit im Allgemeinen kürzerer Phasendauer als bei der Involutionsdepression.
  (Extrem selten Rezidive, daher keine Indikation zur medikamentösen Rezidivprophylaxe.)

8.7 Zyklothymia

- **ICD-10: F 34**

Grundlagen

- **Definition:** Emotionale Instabilität mit häufigerem Stimmungswechsel zwischen Subdepressiviät und Hypomanie. Subtyp der bipolaren Störung?
- **Epidemiologie:** Keine sicheren Geschlechtsunterschiede.
- **Ätiologie und Pathogenese:** Auslöser unbekannt. Ansonsten weitgehend konstitutionell bestimmt.

Klinik

- Unberechenbarer Wechsel zwischen hypomanischer Umtriebigkeit und subdepressiver Passivität.
- Häufig begleitet von einer Neigung zu durchgehendem Pessimismus.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung** (s. Klinik); Verlaufs- und Verhaltensbeobachtung.
- **Testpsychologische Persönlichkeitsdiagnostik,** z. B. MMPI, GT, YMRS, BRMAS.
- **Anamnese:** Fremd- und biografische Anamnese.
- **Körperliche Untersuchung, apparative Diagnostik:** Ausschluss einer körperlichen Grunderkrankung (s. o.).

Differenzialdiagnose

- Symptomatische zykloide Störung (S. 142). Somatische Diagnostik.
- Emotionale Labilität bei hirnorganischer Wesensänderung (S. 111).
- Alkohol- oder Rauschmittelkonsum (S. 309). Anamnese. Labor.

Therapie, Verlauf und Prognose

- **Therapie:** Spezifische Therapieformen sind nicht bekannt und in der Regel auch nicht erforderlich.
- **Verlauf und Prognose:** Mit dem Älterwerden stellt sich meist eine gewisse Ausgeglichenheit ein.

8.8 Dysthymia

- **ICD-10: F 34.1**

Grundlagen

- **Synonym:** Depressive Neurose. Minor Depression, depressive Persönlichkeitsstörung.
- **Definition:** Chronifizierte, kaum fluktuierende Form von Depressivität, die über mindestens 2 Jahre andauert.
- **Epidemiologie:** Vorkommen bei etwa 3–5 % der Bevölkerung. Beginn meist im frühen Erwachsenenalter. Frauen sind häufiger betroffen.

- **Ätiologie und Pathogenese:** Zusammenwirken psychosozialer und lernpsychologischer Ursachen; die Rolle konstitutioneller Faktoren ist nicht geklärt.
  - *Psychodynamische Leithypothese:* Aus Ambivalenz zwischen Anlehnungsbedürfnis und unbewusster Aggressivität Umwandlung fremdaggressiver Impulse in Autoaggressivität und Depressivität. (Je bewusstseinsferner dieser Vorgang abläuft, desto eher findet der Begriff „Neurose" Verwendung.)
  - *Lernpsychologische Leithypothese:* Zunehmende Hilflosigkeit und Unselbstständigkeit mit Selbstabwertung nach mangelhafter Entwicklung zur Eigenständigkeit aufgrund Überfürsorge. Sich wiederholende Verstärkungen mit negativen Auswirkungen auf das Selbstbild („gelernte Hilflosigkeit").
  - In charakterlicher Hinsicht oftmals hohe Zuverlässigkeit, Gewissenhaftigkeit und Genauigkeit („Typus melancholicus").

Klinik

- **Merkmale des depressiven Syndroms** (S. 106):
  - Bedrücktheit und innere Leere, Anhedonie. Empfindlichkeit, Ängstlichkeit.
  - Leistungsschwäche, Versagens- und Insuffizienzgefühl mit Selbstwertproblematik, mangelnder Antrieb. Rückzug.
  - Intermittierend auch latente oder manifeste Suizidalität.
- **Begleitende Vitalstörungen:**
  - (Ein-)Schlafstörungen, chronische Müdigkeit; diffuse Körperbeschwerden.
  - Ungewöhnliche Ab- oder Zunahme von Appetenz und Gewicht; Libidoverlust.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung** (s. Klinik); neurosenpsychol. Diagnostik (S. 31).
- **Umfassende spezielle und** biografische Anamnese (S. 23) unter psychodynamischen Gesichtspunkten, OPD, gegebenenfalls Fremdanamnese (Missbrauchshinweise?); Suizidalität?
- **Testpsychologische Persönlichkeitsdiagnostik,** z. B. BDI, SDS, HAMD, MADRS (s. Tab. 2.5), MMPI, FPI, GT, TAT.
- **Körperliche Untersuchung, Labor- u. apparative Diagnostik:** Ausschluss organischer Ursachen.

Differenzialdiagnose

- Unipolare Depression, syn. Major Depression (S. 208): Hier fehlende Psychodynamik, phasischer Verlauf mit Remission, eher Vitalstörungen.
- Postremissives Erschöpfungssyndrom bei Schizophrenie (S. 192): Anamnese, Katamnese.
- Burnoutsyndrom: Anamnese, Katamnese. Risikofaktoren? Auslöser?
- Chronischer Medikamenten- und Drogenmissbrauch (S. 159): Anamnese, Drogenscreening, Abhängigkeitsmerkmale.
- Alkoholismus (S. 161): Längere Alkoholanamnese, Begleitsymptome!
- Depressivität bei hirnorganischer Erkrankung: Symptomatische Depression (S. 144), Anamnese, Organdiagnostik. Verlauf.
- Somatoforme Störung (S. 219).
- Hypochondrie (S. 237).

Therapie

- **Psychiatrisch, psychotherapeutisch:**
  - *Psychotherapie:*
    - Längerfristige, aufdeckende Psychotherapie (S. 345), gegebenenfalls in Kombination mit Bilderleben (S. 354), Psychodrama (S. 385) oder Gestalttherapie (S. 359): Bearbeitung einer möglicherweise zugrunde liegenden Trennungs- oder Vernachlässigungsproblematik.

  - Alternativ kognitive Verhaltenstherapie (S. 369): Löschung dysfunktionaler Kognitionen). Selbstbehauptungstraining. Genusstraining.
  - Dialektisch-behaviorale Therapie (S. 374). Schematherapie (S. 374).
  - Interpersonale (S. 372) oder personenzentrierte Therapie (S. 358).
- Vermeiden einschneidender, abrupter sozialer Belastungen sowie Stabilisierung enger persönlicher Beziehungen.
- Unterstützend Bewegungs- (S. 344) und Musiktherapie (S. 395), Physiotherapie, Sport!
- Versuch mit Transkranieller Magnetstimulation (S. 342).

▶ **Medikamentös** (vor allem initial oder zur Überbrückung von Krisensituationen in Erwägung zu ziehen): Antidepressivum:
- Serotoninwiederaufnahmehemmer (z. B. Fluoxetin 20 mg/d p. o. oder Paroxetin 20 mg/d p. o. oder Citaprolam 10 mg/d p. o. oder Escitalopram 10–20 mg/d p. o. oder Sertralin 50–100 mg/d p. o. oder Mirtazapin 15 mg/d p. o. oder Venlafaxin 75–150 mg/d p. o.).
- Alternativ: Sulpirid 100–150 mg/d p. o. oder Opipramol 100 mg/d p. o. oder Johanniskraut.

Verlauf und Prognose

▶ Unter adäquater Therapie längerfristig nicht ungünstig.
▶ Bei Nichtbehandlung Verfestigung in Richtung chronischer Depressivität mit erheblichen Einbußen an Lebensfreude und Leistungsfähigkeit.
❒ ***Hinweis:*** Über lange Zeit erhöhtes Suizid- und Suchtrisiko!

9 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

9.1 Vorbemerkungen

Neurotische Störungen

Neurotische Störungen repräsentieren seelische Fehlentwicklungen, die sich in Veränderungen des Wahrnehmens, Empfindens und Erlebens und damit verbundenen verzerrten Vorstellungen und Verhaltensweisen manifestieren. Im Gegensatz zu den akuteren Belastungs- (S. 218) und Anpassungsstörungen (S. 231) sind als Ursachen häufig bis in die frühe Kindheit zurückzuverfolgende, chronische emotionale Belastungen bzw. anhaltend- rezidivierende Psychotraumatisierungen zu eruieren. Auch nach deren Beendigung persistiert die Symptomatik mit Tendenz zur Habituation. Manifestiert sich die neurotische Störung im Bereich einer körperlichen Erkrankung oder Störung, wird von psychosomatischer Erkrankung, sog. somatoforme Störung (S. 219), oder dissoziativer Störung (S. 232), syn. auch Konversionsstörung, gesprochen. Letztere sind den ICD-10-Gruppen F 44, F 45 sowie F 50, F 51, F 52, die akuten Belastungs- bzw. Erlebnisreaktionen der Gruppe F 43 zugeordnet.

Aus **psychodynamischer Sicht** beruhen neurotische Störungen auf abgewehrten Konfliktkonstellationen. Nach psychoanalytischer Lehrmeinung wird die Symptomatik abgeleitet aus ins Unbewusste verdrängten aggressiven Impulsen und Triebwünschen. Form und Ausmaß der Symptome, die oft Symbolcharakter haben, werden erklärt aus ihrer Entstehungsgeschichte während unterschiedlicher Entwicklungsphasen in der Kindheit. Nach **lerntheoretischer Auffassung** ist die neurotische Symptomatik Folge dysfunktionaler Kognitionen bzw. erlernter „Fehlgewohnheiten"; Angst- und Zwangspatienten haben z. B. häufiger hyperprotektive Eltern.

Beide Ansätze vermögen nach heutigem Stand nicht alle Symptome befriedigend zu erklären. Wahrscheinlich sind auch konstitutionelle Mängel an Belastbarkeit und Kompensationsfähigkeiten mitverursachend wirksam, d. h., die Neurose resultiert aus einem Zusammenspiel peristatischer, dispositioneller und konstitutioneller sowie epigenetischer Faktoren. Hierfür spricht die hohe Konkordanz von 40–50 % bei monozygoten Zwillingen. Mit zunehmendem Alter verlieren jedoch genetische Faktoren gegenüber lebensgeschichtlichen an Bedeutung. Nachgewiesen sind ebenfalls Veränderungen im Bereich der zerebralen chemischen Neurotransmission bzw. des Hirnstoffwechsels.

Die Erkrankungswahrscheinlichkeit liegt zwischen 5 und 10 %, die Prävalenz ist bei Frauen doppelt so hoch. Es besteht ein hohes Maß an Komorbidität mit Alkohol- und Medikamentenmissbrauch. Außerdem ist die Prognose belastet durch Suizide und Parasuizide, insbesondere bei den Angst- und Essstörungen sowie chronischen Depressionen.

Unbehandelte Neurosen tendieren zur Chronifizierung, vor allem bei emotional instabiler Persönlichkeit, schleichendem Beginn und kognitiven Defiziten bzw niedriger Intelligenz. Die **Therapie** orientiert sich – schulgebunden – einerseits an dem jeweils zugrunde gelegten Krankheitsmodell, andererseits an den empirischen Erfahrungen mit dem Einsatz wirksamer Behandlungsmethoden. Den therapeutischen Rahmen liefern die globalen Kriterien Reflexion, Klärung, Reaktualisierung bzw. Katharsis, Ressourcenaktivierung und Hilfe zur Bewältigung.

Im Folgenden werden Phobien und andere Angststörungen (Gruppen F 40 und F 41), Zwangsstörungen (Gruppe F 42) und die depressive Neurose besprochen (in der ICD-10 als Dysthymia unter F 34.1). Die Konversionsneurose (S. 232) wird in den Gruppen F 44.4 bis F 44.7 abgehandelt.

Belastungsstörungen

Vitale Bedrohungen und Katastrophensituationen, aber auch schwere individuelle Kränkungen, Beängstigungen und Verlusterlebnisse können zu Erlebens- und/oder Verhaltensauffälligkeiten führen, die als Folge einer **Psychotraumatisierung** anzusehen sind.

Die **aktuelle Symptomatik** (z. B. nach Unfall, Gewalttat, Naturkatastrophe = Typ-I-Trauma) ist meist gekennzeichnet durch heftige Angst, Unruhe, Regression, Erregtheit, Verzweiflung oder Apathie („Katastrophenreaktion"). Sie klingt zwar im günstigen Fall während der folgenden Tage ab, kann allerdings in Form von Schreckhaftigkeit, Bedrücktheit, Gereiztheit und Schlafstörungen persistieren. Wiederholte Angsterlebnisse bzw. anhaltende schwere Belastungen (z. B. fortgesetzter Missbrauch, Lagerhaft, Terrorismus, Geiselnahme, Folter = Typ-II-Trauma) können eine Entwicklung in Gang setzen, die durch über lange Zeit oder gänzlich verbleibende **Persönlichkeitsveränderungen** mit chronischer Depressivität, Anhedonie, Ängstlichkeit, Leistungsverlust, verminderter Belastbarkeit und vegetativen Störungen gekennzeichnet ist („erlebnisbedingter Persönlichkeitswandel"). Es handelt sich dabei um eine tief greifende Änderung der gesamten Person („Überlebenden-Syndrom", „KZ-Syndrom").

Wie weit genetische bzw. epigenetische Faktoren sowie frühere Erfahrungen, „Stressimpfung" und dispositionelle Faktoren pathogenetisch und pathoplastisch kurz- und langfristig wirksam sind, ist im Einzelfall schwer einschätzbar; ab einem gewissen Ausmaß an psychischer Belastung wird allerdings früher oder später vermutlich jeder Mensch die Grenze seiner Kompensationsfähigkeit überschreiten und mit – ihm bis dahin selbst unbekannten – abnormen Erlebens- und Verhaltensweisen reagieren.

Insgesamt hängen **Ausmaß** und **weiterer Verlauf** der psychopathologischen Auffälligkeiten einerseits ab von Intensität und Dauer des Psychotraumas, andererseits von der individuellen Belastbarkeit (Resilienz) sowie verfügbaren Coping-Ressourcen. Prädisponierende Vulnerabilitätsfaktoren können emotionale Instabilität, geringes Selbstvertrauen, Sensitivität und Psychasthenie sein.

Therapeutische Hilfe sollte möglichst rasch und unmittelbar im Rahmen einer Krisenintervention erfolgen und Ausgangspunkt für eine weiterführende individuelle Psychotherapie werden. Anxiolytische oder dämpfende Medikamente sind anfangs meist erforderlich.

In der ICD-10 gehören die Belastungs- und Anpassungsstörungen (Gruppe F 43) wie auch die dissoziativen oder Konversionsstörungen (Gruppe F 44) zur Hauptgruppe F 4 (neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen). Letztere werden aus Gründen besserer Übersichtlichkeit im Kapitel „Psychosomatische Erkrankungen, Somatoforme Störungen" abgehandelt.

Tab. 9.1 • **Klassifikation nach ICD-10**

Manifestationsform	ICD-10	diagnostische Kriterien	Zeitkriterien
akute Belastungsreaktion (S. 227), psychogener Erregungszustand (S. 228)	F 43.0	vorübergehende Störung nach außergewöhnlicher Belastung (Angst, Depression, Verzweiflung, Überaktivität, sozialer Rückzug, ggf. Amnesie)	**Latenz**: Minuten – Stunden **Dauer**: Stunden – Tage
posttraumatische Belastungsstörung (S. 229)	F 43.1	wiederholtes Erleben des Traumas (Erinnerungen, Albträume mit Gleichgültigkeit, Teilnahmslosigkeit, Anhedonie, vegetative Übererregtheit, Angst, Depression, Suizidgedanken)	**Latenz**: Wochen – Monate **Dauer**: > 1 Monat

Tab. 9.1 • **Fortsetzung**

Manifestationsform	ICD-10	diagnostische Kriterien	Zeitkriterien
depressive Reaktion (S. 231), Trauerreaktion	F 43.20	Verarbeitung von emotionalem Stress, depressive Verstimmung, Angst, Besorgnis, Einschränkung in Alltag und Sozialverhalten	**Latenz**: ≤ 1 Monat nach dem Ereignis **Dauer**: Meist < 6 Monate
Zweck- (S. 236), Wunschreaktion	F 43.25	Unterformen: Kurz: < 1 Monat Lang: < 2 Jahre	
andauernde Persönlichkeitsstörung nach Extrembelastung	F 62.0	z. B. nach KZ- o. Lagerhaft, Geiselnahme (verbleibende Ängste, Hoffnungslosigkeit, Rückzug, Misstrauen, Erschöpfungsgefühl, Schlafstörungen)	**Dauer:** > 2 Jahre

Somatoforme Störungen

Der Begriff **„somatoform bzw. psychosomatisch"** (Synonyme: „Organneurosen", „funktionelle Störungen") beinhaltet die komplexen Einwirkungen psychischer Einflüsse auf Entstehung und Ablauf von Erkrankungen, die sich als körperliche Funktionsstörungen mit oder ohne Organbefund manifestieren.

Dies bedeutet, dass bestimmte Körpersymptome durch psychische bzw. psychosoziale Ursachen mitbedingt oder zumindest mitgeformt werden können. Meist handelt es sich dabei um aus der Biografie des Patienten ableitbare, chronische Belastungs- und Konfliktsituationen, deren Einflüsse sich möglicherweise bis in die Kindheit zurückverfolgen lassen.

Die somatoforme Störung stellt nach **psychodynamischer Auffassung** eine körperliche Konfliktlösung unter Verdrängung von Unlustgefühlen und Ängsten dar. Aus **lernpsychologischer Sicht** werden im Sinne eines operanten Konditionierens physiologische Reaktionen an bestimmte Reize oder Situationen gekoppelt, die krankhafte Auswirkungen haben. Im Kontrast hierzu wird bei den dissoziativen und Konversionsstörungen (S. 232) von fehlgeleiteten Versuchen ausgegangen, ein aktuelles Lebensproblem zu lösen.

Betrachtungen zur Psychogenese dürfen allerdings nicht dazu verleiten, die individuelle **körperliche Disposition** als Hauptbedingung für das Entstehen der psychosomatischen Erkrankung infrage zu stellen, d. h. Besonderheiten der Konstitution und der damit zusammenhängenden somatischen Situation (z. B. Stoffwechsel, zentrales, vegetatives und peripheres Nervensystem, Endokrinum, Immunsystem). Am Beispiel der Ulkuserkrankung des Magens zeigt sich, wie unzähligen Patienten langjährige, frustrane Psychotherapien aufgrund spekulativer Monokonstrukte zugemutet wurden.

Das somatoforme Krankheitsbild entsteht mithin aus dem Zusammenspiel von Konstitution, (evtl. epigenetisch mitausgestalteter) Disposition und Adaptation. Dabei ist stets kritisch zu hinterfragen, welchen Einfluss die körperliche Erkrankung ihrerseits rückwirkend auf den Betroffenen hat (Somatopsychik), um voreilige Thesen zu einer vermeintlich pathogenen Persönlichkeitsstruktur zu vermeiden.

Als Schaltstelle zwischen biologischen Abläufen einerseits und psychischen Begleiterscheinungen andererseits gilt das substanzielle wie funktionelle Ineinandergreifen vegetativer, zentralnervöser und endokriner Funktionskreise. Entsprechend diesem biopsychosozialen Integrationsmodell sind diagnostischer Zugang und **therapeutische Strategien** mehrgleisig – sie umfassen sowohl körperliche als auch psychologische Methoden.

Hinsichtlich der Häufigkeit psychosomatischer Erkrankungen schwanken die Angaben zwischen 20 und 30 % der Bevölkerung, von denen 10–15 % als dringend behandlungsbedürftig anzusehen sind. Frauen sind insgesamt häufiger vertreten. Hierbei handelt es sich meist um Personen mit internistischen Erkrankungen. Einzelheiten zu Diagnostik und Therapie sind den entsprechenden Lehrbüchern der Psychosomatik und Inneren Medizin zu entnehmen.

In der ICD-10 werden „somatoforme Störungen" (F 45) differenziert als Somatisierungsstörung (F 45.0), undifferenzierte Somatisierungsstörung (F 45.1), hypochondrische Störung (F 45.2), somatoforme autonome Funktionsstörung (F 45.3) und somatoforme Schmerzstörung. Im Folgenden werden nur die klinisch bedeutsamsten Krankheitsbilder abgehandelt. Sie werden von „Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen" (F 50 – F 52) unterschieden. Letztere umfassen Essstörungen (F 50), Schlafstörungen (F 51) und sexuelle Funktionsstörungen (F 52). Andere Störungsbilder sind unter F 54 zusammengefasst. Die „hypochondrische Störung" (F 45.2) wird hier als hypochondrische Neurose (S. 237) abgehandelt.

9.2 Phobische Störung, Phobie

- **ICD-10: F 40**

Grundlagen

- **Definition:** Krankhafte Angst vor bestimmten Objekten oder Situationen; s. Leitsymptome (S. 82).
- **Epidemiologie:**
  - Behandlungsbedürftige Phobien sollen bei 5–10 % der Bevölkerung vorliegen, wobei manchmal Kombinationen verschiedener Subtypen auftreten (s. u.).
  - Oft liegt eine familiäre Belastung vor. Frauen sind häufiger betroffen als Männer.
- **Ätiologie und Pathogenese:**
  - *Genetisch bedingte Disposition bzw. epigenetische Einflüsse* wahrscheinlich. Siehe auch „Generalisierte Angst" (S. 223). Dysfunktionen in Amygdala und Hippokampus? Rechts-präfrontale Kontrollschwäche bei Angstattacken?
  - *Psychodynamische Leithypothese:* Angsterregende Gegenstände (die Symbolcharakter haben können) induzieren gleichzeitig verdrängte (aggressive und/oder libidinöse) Impulse und gegenläufige Abwehrmechanismen (Ambivalenzkonflikt).
  - *Lernpsychologische Leithypothese:* Symptomgenese aus Koppelung eines angsterzeugenden Stimulus mit neutralem Reiz im Sinne einer verstärkenden Konditionierung.
  - *Häufige Erstauslöser:* Panikattacken (S. 222).

  Hinweis: Hohe Komorbidität mit Depression und Abhängigkeitserkrankung!

Klinik

- **Agoraphobie** („Platzangst" F 40.0): Zwanghafte Befürchtung, in großen, weiten Räumen oder auf Plätzen und Höhen, bei Bahn- oder Flugzeugreisen, aber auch in engen Räumen wie Fahrstühlen, Kaufhäusern (Klaustrophobie) ohnmächtig zu werden oder die Kontrolle zu verlieren bzw. nicht schnell genug Hilfe zu erhalten.
  - Zunehmendes Vermeidungsverhalten, Entwicklung von Erwartungsangst (Phobophobie).
  - Panikattacken (S. 222): F.40.01.
  - Depressivität, Insuffizienzgefühle; Isolation. Vorkommen bei 5–8 % der Bevölkerung. Frauen sind doppelt so häufig betroffen. Beginn im Jugendalter bis 3. Lebensjahrzehnt.

Hinsichtlich der Häufigkeit psychosomatischer Erkrankungen schwanken die Angaben zwischen 20 und 30 % der Bevölkerung, von denen 10–15 % als dringend behandlungsbedürftig anzusehen sind. Frauen sind insgesamt häufiger vertreten. Hierbei handelt es sich meist um Personen mit internistischen Erkrankungen. Einzelheiten zu Diagnostik und Therapie sind den entsprechenden Lehrbüchern der Psychosomatik und Inneren Medizin zu entnehmen.

In der ICD-10 werden „somatoforme Störungen" (F 45) differenziert als Somatisierungsstörung (F 45.0), undifferenzierte Somatisierungsstörung (F 45.1), hypochondrische Störung (F 45.2), somatoforme autonome Funktionsstörung (F 45.3) und somatoforme Schmerzstörung. Im Folgenden werden nur die klinisch bedeutsamsten Krankheitsbilder abgehandelt. Sie werden von „Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen" (F 50 – F 52) unterschieden. Letztere umfassen Essstörungen (F 50), Schlafstörungen (F 51) und sexuelle Funktionsstörungen (F 52). Andere Störungsbilder sind unter F 54 zusammengefasst. Die „hypochondrische Störung" (F 45.2) wird hier als hypochondrische Neurose (S. 237) abgehandelt.

9.2 Phobische Störung, Phobie

- **ICD-10: F 40**

Grundlagen

- **Definition:** Krankhafte Angst vor bestimmten Objekten oder Situationen; s. Leitsymptome (S. 82).
- **Epidemiologie:**
  - Behandlungsbedürftige Phobien sollen bei 5–10 % der Bevölkerung vorliegen, wobei manchmal Kombinationen verschiedener Subtypen auftreten (s. u.).
  - Oft liegt eine familiäre Belastung vor. Frauen sind häufiger betroffen als Männer.
- **Ätiologie und Pathogenese:**
  - *Genetisch bedingte Disposition bzw. epigenetische Einflüsse* wahrscheinlich. Siehe auch „Generalisierte Angst" (S. 223). Dysfunktionen in Amygdala und Hippokampus? Rechts-präfrontale Kontrollschwäche bei Angstattacken?
  - *Psychodynamische Leithypothese:* Angsterregende Gegenstände (die Symbolcharakter haben können) induzieren gleichzeitig verdrängte (aggressive und/oder libidinöse) Impulse und gegenläufige Abwehrmechanismen (Ambivalenzkonflikt).
  - *Lernpsychologische Leithypothese:* Symptomgenese aus Koppelung eines angsterzeugenden Stimulus mit neutralem Reiz im Sinne einer verstärkenden Konditionierung.
  - *Häufige Erstauslöser:* Panikattacken (S. 222).

  Hinweis: Hohe Komorbidität mit Depression und Abhängigkeitserkrankung!

Klinik

- **Agoraphobie** („Platzangst" F 40.0): Zwanghafte Befürchtung, in großen, weiten Räumen oder auf Plätzen und Höhen, bei Bahn- oder Flugzeugreisen, aber auch in engen Räumen wie Fahrstühlen, Kaufhäusern (Klaustrophobie) ohnmächtig zu werden oder die Kontrolle zu verlieren bzw. nicht schnell genug Hilfe zu erhalten.
  - Zunehmendes Vermeidungsverhalten, Entwicklung von Erwartungsangst (Phobophobie).
  - Panikattacken (S. 222): F.40.01.
  - Depressivität, Insuffizienzgefühle; Isolation. Vorkommen bei 5–8 % der Bevölkerung. Frauen sind doppelt so häufig betroffen. Beginn im Jugendalter bis 3. Lebensjahrzehnt.

- **Soziale Phobie** (F 40.1):
  - Angst vor anderen Menschen, insbesondere in Gruppen oder in der Öffentlichkeit (z. B. öffentlich sprechen, Treffen mit fremden Personen).
  - Angst vor dem anderem Geschlecht.
  - Ausgeprägtes Vermeidungsverhalten mit Tendenz zur Isolation, Selbstunsicherheit, Erythrophobie (Angst vor Erröten).
  - Einsicht, dass die Symptome übertrieben und unvernünftig sind. Vorkommen bei 5–10 % der Bevölkerung, Beginn meist in der Jugend.
- **Spezifische (isolierte) Phobie** (F 40.2):
  - Angst vor umschriebenen Situationen oder Objekten (Beispiele):
    - Tierphobie (Zoophobie), z. B. Spinnen, Schlangen, Hunden.
    - Karzinophobie, AIDS-Phobie, Blutphobie, Herzphobie (S. 239), Herzneurose, Hypochondrische Neurose (S. 237).
    - Vorkommen bei etwa 10 % der Bevölkerung, oft Beginn schon während der Kindheit. Bei Frauen häufiger.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung:** Näheres s. Klinik (S. 220); Verhaltensanalyse (S. 31); evtl. neurosenpsychologische Diagnostik (S. 31), OPD .
- **Testpsychologische Diagnostik:** SAS, P&A, HAMA (s. Tab. 2.5), MMPI, GT.
- **Eigen- und Fremdanamnese** (Fragen zu oben beschriebener Symptomatik), Alkohol- und Medikamentenanamnese, Biografie.
- **Körperliche Untersuchung, Labor- u. apparative Diagnostik:** Ausschluss organischer Ursachen (Tab. 5.4).

Differenzialdiagnose

- Andersartige Angsterkrankung: Fehlen umschriebener Angstobjekte.
- Persönlichkeitsstörung (S. 268): Anhaltend-diffuse Ängstlichkeit ohne objektbezogene Angst.
- Beginnende Psychose (S. 184): Selten isoliert typisch phobische Symptome.
- Depression: Phasischer Verlauf mit weitgehender Remission (s. Tab. 8.3).

Therapie

- **Psychotherapeutisch:**
  - *Aufklärung und Beratung:* Keine gefährliche „Geistesstörung", gute Behandlungsaussichten mit günstiger Prognose.
  - *Psychoedukation* (S. 363). *Bewegungstherapie bzw. Sport* (S. 344).
  - *Verhaltenstherapie:* Abhängig von Compliance und emotionaler Belastbarkeit Konfrontation bzw. Flooding oder systematische Desensibilisierung (S. 367).
  - *Alternativ:* Aufdeckende Psychotherapie (S. 351).
- **Soziotherapeutisch:** Selbsthilfegruppe „Emotions Anonymous" (S. 432).
- **Medikamentös:**
  - *Bei schwerer Ausprägung:* Antidepressive Langzeitbehandlung (mindestens 6 Monate, je nach Chronifizierung bis über mehrere Jahre), z. B. Fluoxetin 20(–40) mg/d p. o. oder Sertralin 100 mg p. o. oder Citaprolam 20 mg/d p. o. oder Moclobemid 300–450 mg/d p.o (bevorzugt bei sozialer Phobie).

  Hinweis: Benzodiazepine wegen Abhängigkeitsgefahr nur passager bzw. therapieeinleitend einsetzen!

Verlauf und Prognose

- Mit suffizienter Therapie günstig bis sehr günstig, vor allem bei frühzeitiger Diagnose und Behandlung.
- Ansonsten Tendenz zur Chronifizierung und Ausweitung durch zunehmendes Vermeidungsverhalten, v. a. bei sozialer und Agoraphobie.

Hinweis: Belastung der Prognose durch Alkohol- und/oder Benzodiazepinmissbrauch.

9.3 Panikstörung

- **ICD-10: F 41.0**

Grundlagen

- **Definition:** Anfallsartiger intensiver Angstzustand, s. Leitsymptomatik (S. 82), häufig mit phobischer Begleit- oder Folgesymptomatik (S. 220).
- **Synonym:** Panikattacke, paroxymale Angst.
- **Epidemiologie:** Vorkommen bei 2 % der Bevölkerung (Verwandte 1. Grades 20 %).
- **Ätiologie und Pathogenese:**
  - *Neurobiologisch:*
    - Konstitutionell oder dispositionell erhöhtes Vigilanz- und Aufmerksamkeitsniveau mit vermehrter Reagibilität.
    - Störungen der Neurotransmission von Serotonin und GABA im Mandelkern (Amygdala), Temporal- und Frontalhirn, Hirnstamm und im Locus coeruleus. Spiegel von Noradrenalin und Stresshormonen erhöht.
  - *Lerntheoretisch:*
    - Infolge ausgeprägter Erwartungsangst zunehmende Rückkoppelung mit Verstärkung und Zunahme der Angstanfälle.
    - In der Kindheit vermehrter psychosozialer Stress?

Hinweis: Hohe Komorbidität mit Depression und (latenter) Suizidalität!

Klinik

- **Psychopathologisch:**
  - Intensive, panikartige, minutenlang anhaltende Angstzustände, spontan oder ausgelöst durch die Vorstellung, z. B. plötzlich zu sterben, ohnmächtig oder wahnsinnig zu werden; s. auch Leitsymptome (S. 82).
  - Häufig vorlaufend Befürchtung, im Falle eines Angstanfalls bzw. einer akut bedrohlichen Gesundheitsstörung nicht rasch genug Hilfe zu erhalten. Beispiel: Herzphobie (S. 239) mit Angst vor plötzlichem Herztod.
  - Nach den ersten Angstattacken entwickelt sich meist ein zunehmendes phobisches Vermeidungsverhalten mit Erwartungsangst („Angst vor der Angst", „Phobophobie") und Agoraphobie.
- **Begleitsymptomatik:**
  - Innere Gespanntheit, Unruhe, Entfremdungserleben (Depersonalisation, Derealisation (S. 110)).
  - *Intensive vegetative Beschwerden:*
    - Palpitationen, Tachykardie, Tachypnoe, Schweißausbrüche, Hautblässe, Mydriasis, Erstickungsgefühl.
    - Mundtrockenheit, Harndrang.
    - Übelkeit, Diarrhoe, Obstipation, Schmerzen, Tremor, Schwindel, Gefühllosigkeit/Kribbelgefühl.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung** (s. Klinik); Verhaltenanalyse (S. 31); evtl. neurosenpsychol. Diagnostik (S. 31), OPD.
- **Testpsychologische Persönlichkeitsdiagnostik**, z. B. HAMA, ASI, P & A, SAS (s. Tab. 2.5).
- **Eigen- und Fremdanamnese** (plötzliche Attacken mit körperl. Begleitsymptomatik?), Sozialanamnese, Biografie.

Hinweis: Belastung der Prognose durch Alkohol- und/oder Benzodiazepinmissbrauch.

9.3 Panikstörung

- **ICD-10: F 41.0**

Grundlagen

- **Definition:** Anfallsartiger intensiver Angstzustand, s. Leitsymptomatik (S. 82), häufig mit phobischer Begleit- oder Folgesymptomatik (S. 220).
- **Synonym:** Panikattacke, paroxymale Angst.
- **Epidemiologie:** Vorkommen bei 2 % der Bevölkerung (Verwandte 1. Grades 20 %).
- **Ätiologie und Pathogenese:**
  - *Neurobiologisch:*
    - Konstitutionell oder dispositionell erhöhtes Vigilanz- und Aufmerksamkeitsniveau mit vermehrter Reagibilität.
    - Störungen der Neurotransmission von Serotonin und GABA im Mandelkern (Amygdala), Temporal- und Frontalhirn, Hirnstamm und im Locus coeruleus. Spiegel von Noradrenalin und Stresshormonen erhöht.
  - *Lerntheoretisch:*
    - Infolge ausgeprägter Erwartungsangst zunehmende Rückkoppelung mit Verstärkung und Zunahme der Angstanfälle.
    - In der Kindheit vermehrter psychosozialer Stress?

Hinweis: Hohe Komorbidität mit Depression und (latenter) Suizidalität!

Klinik

- **Psychopathologisch:**
  - Intensive, panikartige, minutenlang anhaltende Angstzustände, spontan oder ausgelöst durch die Vorstellung, z. B. plötzlich zu sterben, ohnmächtig oder wahnsinnig zu werden; s. auch Leitsymptome (S. 82).
  - Häufig vorlaufend Befürchtung, im Falle eines Angstanfalls bzw. einer akut bedrohlichen Gesundheitsstörung nicht rasch genug Hilfe zu erhalten. Beispiel: Herzphobie (S. 239) mit Angst vor plötzlichem Herztod.
  - Nach den ersten Angstattacken entwickelt sich meist ein zunehmendes phobisches Vermeidungsverhalten mit Erwartungsangst („Angst vor der Angst", „Phobophobie") und Agoraphobie.
- **Begleitsymptomatik:**
  - Innere Gespanntheit, Unruhe, Entfremdungserleben (Depersonalisation, Derealisation (S. 110)).
  - *Intensive vegetative Beschwerden:*
    - Palpitationen, Tachykardie, Tachypnoe, Schweißausbrüche, Hautblässe, Mydriasis, Erstickungsgefühl.
    - Mundtrockenheit, Harndrang.
    - Übelkeit, Diarrhoe, Obstipation, Schmerzen, Tremor, Schwindel, Gefühllosigkeit/Kribbelgefühl.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung** (s. Klinik); Verhaltenanalyse (S. 31); evtl. neurosenpsychol. Diagnostik (S. 31), OPD.
- **Testpsychologische Persönlichkeitsdiagnostik**, z. B. HAMA, ASI, P & A, SAS (s. Tab. 2.5).
- **Eigen- und Fremdanamnese** (plötzliche Attacken mit körperl. Begleitsymptomatik?), Sozialanamnese, Biografie.

- **Körperliche Untersuchung:** Internistischer und neurologischer Status. Bezüglich einzelner Erkrankungen und diagnostischer Schritte siehe Tab. 5.4.

Differenzialdiagnose

- Symptomatisches Angstsyndrom, organische Angststörung.
- Körperliche Erkrankung (z. B. Hyperthyreose, Hypertonie, Phäochromozytom, Herzrhythmusstörungen, Mitralklappenprolaps): Somatische Ausschlussdiagnostik s. o., Angst weniger intensiv!
- Horrortrip nach Drogenkonsum (S. 181), z. B. Cannabis (S. 167): Drogenanamnese, Fremdanamnese, Drogenscreening (S. 36), keine begleitenden Phobien!
- Stimulanzienmissbrauch (S. 173): Anamnese, oft ausgeprägte vegetative Symptome, Drogenscreening.
- Drogeninduzierte Psychose (S. 181): Anamnese, zusätzliche psychotische Symptome, Drogenscreening.
- Prodromalstadium einer Schizophrenie (S. 184): Angst nicht so intensiv wie bei Panikattacke, keine phobische Begleitsymptomatik, Anamnese.

Therapie

- **Psychiatrisch, psychotherapeutisch:**
  - Aufklärung und Beratung über Art der Störung. Psychoedukation (S. 363), Selbsthilfegruppe (S. 431).
  - Bevorzugt kognitive Verhaltenstherapie (S. 369) und Exposition/Konfrontation (S. 368). Zusätzlich Entspannungsübungen, autogenes Training (S. 360), Atemkontrolle, Sport.
  - Im akuten Anfall „Talking down", (parenteral) Benzodiazepin (z. B. Lorazepam, Diazepam) *oder* bei betont körperlich-vegetativer Symptomatik β-Rezeptorenblocker (z. B. Propanolol, Metoprolol p. o.).
- **Medikamentös** (zur Vermeidung von Habituation mit sekundärer Agoraphobie):
  - Serotoninwiederaufnahmehemmer, z. B. Fluoxetin 20 (–40)mg/d p. o. oder Citalopram 20(–40) mg/d p. o. oder Escitalopram 20–40 mg/d p. o. oder Sertralin 50(-100) mg/d p. o. *oder* (bei Unwirksamkeit) trizyklische Antidepressiva, z. B. Imipramin 50–100 mg/d p. o. *oder* Moclobemid 300–450 mg/d p. o. *Dauer:* Bei frühem Therapiebeginn zunächst etwa 6 Monate, ansonsten Monate bis Jahre.

  Hinweis: In der 1. Woche Kombination mit Lorazepam 1–3 mg/d p. o. oder Oxazepam 10 – 20 mg/d p. o., dann ausschleichen.

Verlauf und Prognose

- Tendenz zur Chronifizierung bei fehlender oder unzulänglicher Behandlung (analog zu den phobischen Störungen). Hartnäckiger Verlauf oft episodenhaft. Neigung zu Alkohol- und/oder Medikamentenmissbrauch in > 50 % der Fälle!

9.4 Generalisierte Angststörung

- **ICD-10: F 41.1**

Grundlagen

- **Synonym:** Angstneurose, Angstkrankheit. Habituelle Angst. Ängstlichkeit.
- **Definition:** Anhaltende, diffus-gegenstandslose Angst. Diagnosekriterium nach ICD-10: Mindestdauer 6 Monate.
- **Epidemiologie:** Vorkommen bei 5 % der Bevölkerung. Erstmanifestation etwa im 2.–3. Lebensjahrzehnt. (Frauen häufiger als Männer betroffen.)

- **Körperliche Untersuchung:** Internistischer und neurologischer Status. Bezüglich einzelner Erkrankungen und diagnostischer Schritte siehe Tab. 5.4.

Differenzialdiagnose

- Symptomatisches Angstsyndrom, organische Angststörung.
- Körperliche Erkrankung (z. B. Hyperthyreose, Hypertonie, Phäochromozytom, Herzrhythmusstörungen, Mitralklappenprolaps): Somatische Ausschlussdiagnostik s. o., Angst weniger intensiv!
- Horrortrip nach Drogenkonsum (S. 181), z. B. Cannabis (S. 167): Drogenanamnese, Fremdanamnese, Drogenscreening (S. 36), keine begleitenden Phobien!
- Stimulanzienmissbrauch (S. 173): Anamnese, oft ausgeprägte vegetative Symptome, Drogenscreening.
- Drogeninduzierte Psychose (S. 181): Anamnese, zusätzliche psychotische Symptome, Drogenscreening.
- Prodromalstadium einer Schizophrenie (S. 184): Angst nicht so intensiv wie bei Panikattacke, keine phobische Begleitsymptomatik, Anamnese.

Therapie

- **Psychiatrisch, psychotherapeutisch:**
  - Aufklärung und Beratung über Art der Störung. Psychoedukation (S. 363), Selbsthilfegruppe (S. 431).
  - Bevorzugt kognitive Verhaltenstherapie (S. 369) und Exposition/Konfrontation (S. 368). Zusätzlich Entspannungsübungen, autogenes Training (S. 360), Atemkontrolle, Sport.
  - Im akuten Anfall „Talking down", (parenteral) Benzodiazepin (z. B. Lorazepam, Diazepam) *oder* bei betont körperlich-vegetativer Symptomatik β-Rezeptorenblocker (z. B. Propanolol, Metoprolol p. o.).
- **Medikamentös** (zur Vermeidung von Habituation mit sekundärer Agoraphobie):
  - Serotoninwiederaufnahmehemmer, z. B. Fluoxetin 20 (–40)mg/d p. o. oder Citalopram 20(–40) mg/d p. o. oder Escitalopram 20–40 mg/d p. o. oder Sertralin 50(-100) mg/d p. o. *oder* (bei Unwirksamkeit) trizyklische Antidepressiva, z. B. Imipramin 50–100 mg/d p. o. *oder* Moclobemid 300–450 mg/d p. o. *Dauer:* Bei frühem Therapiebeginn zunächst etwa 6 Monate, ansonsten Monate bis Jahre.

  Hinweis: In der 1. Woche Kombination mit Lorazepam 1–3 mg/d p. o. oder Oxazepam 10 – 20 mg/d p. o., dann ausschleichen.

Verlauf und Prognose

- Tendenz zur Chronifizierung bei fehlender oder unzulänglicher Behandlung (analog zu den phobischen Störungen). Hartnäckiger Verlauf oft episodenhaft. Neigung zu Alkohol- und/oder Medikamentenmissbrauch in > 50 % der Fälle!

9.4 Generalisierte Angststörung

- **ICD-10: F 41.1**

Grundlagen

- **Synonym:** Angstneurose, Angstkrankheit. Habituelle Angst. Ängstlichkeit.
- **Definition:** Anhaltende, diffus-gegenstandslose Angst. Diagnosekriterium nach ICD-10: Mindestdauer 6 Monate.
- **Epidemiologie:** Vorkommen bei 5 % der Bevölkerung. Erstmanifestation etwa im 2.–3. Lebensjahrzehnt. (Frauen häufiger als Männer betroffen.)

- **Ätiologie und Pathogenese:** Genetische bzw. epigenetische Einfüsse vermutet.
  - *Neurobiologisch/neurochemisch:* Bei allen Angststörungen Hyperaktivität in Amygdala und Hippokampus. Dysbalance zwischen GABA- und Noradrenalinsystem.
  - *Neuropsychologisch:* Gesteigerte selektive Wahrnehmung angstauslösender Reize. Hyperarousal.
  - *Tiefenpsychologisch:*
    - Trennungsangst bei Klammerverhalten der Mutter.
    - Angsterzeugender Konflikt aus Aggressionsstreben oder libidinös-sexuellen Impulsen und deren Hemmung durch das Über-Ich. Mangelhafte Entwicklung von Urvertrauen.
    - Furcht vor Verlust des narzisstischen Gleichgewichts.
  - *Lernpsychologisch:*
    - Früh erfahrene Lebensunsicherheit durch mangelhafte oder übertriebene Fürsorge.
    - Verstärkung ehemals erfahrener Ängste über entsprechend konditionierende Lernvorgänge.
    - Irrationale Überzeugung der eigenen Hilflosigkeit bei der Bewältigung von Anforderungen.
    - Vermeidungs- und Rückversicherungsverhalten.

Klinik

- Allgemeine Symptomatik einer Angststörung (S. 103):
  - Beklemmungsgefühl, übertriebene Besorgnis, Unsicherheit, Schreckhaftigkeit, Muskelverspannung, diffuse Schmerzen, Kopfdruck, Übelkeit, Schwindel. Innere Angespanntheit, Unruhe, Nervosität. Unfähigkeit zur Entspannung, Schlafstörungen.
  - Entfremdungserleben (z. B. Derealisations-, Depersonalisationsgefühl).
  - Depressivität (S. 106) mit fluktuierender Intensität, manchmal Suizidalität.
  - (Parasympathikotone) vegetative Begleitsymptomatik: z. B. Schwitzen, Diarrhoe, Atemnot, Zittern.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung:** Näheres s. Klinik (S. 224); Neurosenpsychologische Diagnostik (S. 31), OPD. Verhaltensanalyse (S. 19).
- **Testpsychologische Persönlichkeitsdiagnostik**, z. B. HAMA, ASI, MMPI, SKID (s. Tab. 2.5), SAS, P & A.
- **Eigen- und Fremdanamnese** (monate- bis jahrelange psychische und physische Beschwerden?), biografische Anamnese (s. Klinik).
- **Körperliche Untersuchung, Labor- und apparative Diagnostik:** Ausschluss organischer Erkrankungen (s. Tab. 5.4).

Differenzialdiagnose

- Symptomatische Angsterkrankung (S. 148): Organdiagnostik, Medikamente?
- Depressive oder schizophrene Psychose (S. 184) mit Angstsymptomatik: Vorrangig depressive oder psychotische Symptome (S. 203); Verlauf!
- Suchterkrankung (S. 159): Anamnese, Drogenscreening (S. 36)!
- Ängstlich (vermeidende) Persönlichkeit (S. 278).

Hinweis: Hohe Komorbidität mit Depression und Phobie!

Therapie

- **Psychotherapeutisch:**
  - Aufklärung. Psychoedukation (S. 363).
  - Verhaltenstherapie: Kognitive Therapie (S. 369), Entspannung (S. 360), Sport. Alternativ:
  - Personenzentrierte oder aufdeckende Psychotherapie (S. 345).

- **Soziotherapeutisch:** Selbsthilfegruppe „Emotions Anonymous“ (S. 432).
- **Medikamentös** (evtl. unterstützend):
  - Phytotherapeutika (z. B. Passionsblume, Melisse, Hopfen, Baldrian).
  - *Oder:* Anxiolytika (S. 328), z. B. Buspiron 10 mg/d p. o., Opipramol 100 mg/d p. o., Hydroxyzin 50 mg/d.
  - *Oder:* Antidepressivum, z. B. Sertralin 50–100 mg p. o. oder Escitalopram 10 mg/d p. o. oder Venlafaxin ret. 75 mg/d p. o. Evtl. Versuch mit Pregabalin 300 mg/d p. o.

Verlauf und Prognose

- Trotz Fluktuation Tendenz zur Chronifizierung. Bisweilen latente Suizidalität.

Hinweis: Belastung der Prognose durch Alkohol- oder Benzodiazepinmissbrauch.

9.5 Zwangsstörung, Zwangsneurose

- **ICD-10: F 42**

Grundlagen

- **Synonym:** Anankastische Neurose, Zwangskrankheit.
- **Definition:** Psychische Störung in Form von Zwangsgedanken, Zwangshandlungen- oder Zwangsimpulsen. (Gilles-de-la-Tourette-Syndrom: Zwanghafte motorische bzw. vokale Tics und Automatismen). Laut ICD-10 muss zur Diagnosestellung die Symptomatik mindestens zwei Wochen bestanden haben!
- **Epidemiologie:**
  - Vorkommen: 1–3 % der Bevölkerung. Familiäre Häufung (8 % bei Verwandten 1. Grades).
  - Beginn häufig schon in der Pubertät (Maximum im 2. Lebensjahrzehnt). (Männer und Frauen sind wahrscheinlich gleich häufig betroffen.)
- **Ätiologie und Pathogenese:**
  - *Hirnorganische Ursachen?* Hinweise auf Dysfunktion der ventromedialen Anteile des präfrontalen Kortex. Dysfunktion des Nucleus caudatus bzw. frontostriatalen Systems.
  - *Genetische Ursachen:* Erhöhte Konkordanzrate bei monozygoten Zwillingen.
  - *Psychodynamische Leithypothese:* Fixierung verdrängter sexueller und aggressiver Regungen infolge übertriebener Reinlichkeitserziehung während analer Phase. Durch Zwangshandlungen magische Abwehr von Bedrohung und Gefahr.
  - *Lernpsychologische Leithypothese:* Erlernte Reizkonstellation mit dem Ziel, durch bestimmte Handlungen die mit dem Zwang verbundene Angst zu mindern bzw. zu verhindern.

Klinik

- **Merkmale des Zwangs bzw. des anankastischen Syndroms** (S. 98):
  - *Zwangsgedanken* (F 42.0): Zwanghaft und beharrlich sich aufdrängende Vorstellungen und Befürchtungen aggressiven, blasphemischen oder sexuellen Inhalts.
  - *Zwangshandlungen* (F 42.1): Gegen den Willen des Patienten durchgeführte Handlungen (z. B. Waschzwang, Zählzwang, Kontrollzwang), deren Unterlassung mit erheblicher Angst verbunden ist – trotz Einsicht in die Unsinnigkeit der Inhalte und Rituale.
  - *Zwangsimpulse* (F 42.8): Handlungsimpulse obszönen, blasphemischen oder aggressiven Charakters (z. B. andere Person zu verletzen, sich in sexueller Absicht zu nähern).
- **Begleitsymptome:** Furcht, Angst, Vermeidungsverhalten, Depressivität.

- **Soziotherapeutisch:** Selbsthilfegruppe „Emotions Anonymous“ (S. 432).
- **Medikamentös** (evtl. unterstützend):
  - Phytotherapeutika (z. B. Passionsblume, Melisse, Hopfen, Baldrian).
  - *Oder:* Anxiolytika (S. 328), z. B. Buspiron 10 mg/d p. o., Opipramol 100 mg/d p. o., Hydroxyzin 50 mg/d.
  - *Oder:* Antidepressivum, z. B. Sertralin 50–100 mg p. o. oder Escitalopram 10 mg/d p. o. oder Venlafaxin ret. 75 mg/d p. o. Evtl. Versuch mit Pregabalin 300 mg/d p. o.

Verlauf und Prognose

- Trotz Fluktuation Tendenz zur Chronifizierung. Bisweilen latente Suizidalität.

Hinweis: Belastung der Prognose durch Alkohol- oder Benzodiazepinmissbrauch.

9.5 Zwangsstörung, Zwangsneurose

- **ICD-10: F 42**

Grundlagen

- **Synonym:** Anankastische Neurose, Zwangskrankheit.
- **Definition:** Psychische Störung in Form von Zwangsgedanken, Zwangshandlungen- oder Zwangsimpulsen. (Gilles-de-la-Tourette-Syndrom: Zwanghafte motorische bzw. vokale Tics und Automatismen). Laut ICD-10 muss zur Diagnosestellung die Symptomatik mindestens zwei Wochen bestanden haben!
- **Epidemiologie:**
  - Vorkommen: 1–3 % der Bevölkerung. Familiäre Häufung (8 % bei Verwandten 1. Grades).
  - Beginn häufig schon in der Pubertät (Maximum im 2. Lebensjahrzehnt). (Männer und Frauen sind wahrscheinlich gleich häufig betroffen.)
- **Ätiologie und Pathogenese:**
  - *Hirnorganische Ursachen?* Hinweise auf Dysfunktion der ventromedialen Anteile des präfrontalen Kortex. Dysfunktion des Nucleus caudatus bzw. frontostriatalen Systems.
  - *Genetische Ursachen:* Erhöhte Konkordanzrate bei monozygoten Zwillingen.
  - *Psychodynamische Leithypothese:* Fixierung verdrängter sexueller und aggressiver Regungen infolge übertriebener Reinlichkeitserziehung während analer Phase. Durch Zwangshandlungen magische Abwehr von Bedrohung und Gefahr.
  - *Lernpsychologische Leithypothese:* Erlernte Reizkonstellation mit dem Ziel, durch bestimmte Handlungen die mit dem Zwang verbundene Angst zu mindern bzw. zu verhindern.

Klinik

- **Merkmale des Zwangs bzw. des anankastischen Syndroms** (S. 98):
  - *Zwangsgedanken* (F 42.0): Zwanghaft und beharrlich sich aufdrängende Vorstellungen und Befürchtungen aggressiven, blasphemischen oder sexuellen Inhalts.
  - *Zwangshandlungen* (F 42.1): Gegen den Willen des Patienten durchgeführte Handlungen (z. B. Waschzwang, Zählzwang, Kontrollzwang), deren Unterlassung mit erheblicher Angst verbunden ist – trotz Einsicht in die Unsinnigkeit der Inhalte und Rituale.
  - *Zwangsimpulse* (F 42.8): Handlungsimpulse obszönen, blasphemischen oder aggressiven Charakters (z. B. andere Person zu verletzen, sich in sexueller Absicht zu nähern).
- **Begleitsymptome:** Furcht, Angst, Vermeidungsverhalten, Depressivität.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung:** Näheres s. Klinik (S. 225); Verhaltensbeobachtung; Verhaltensanalyse (S. 31).
- **Testpsychologische Persönlichkeitsdiagnostik:** z. B. HZI, Y-BOCS, MOCI (s. Tab. 2.5).
- **Ausführliche** Anamneseerhebung (S. 22).
- **Ausschluss einer körperlichen Erkrankung:** Körperliche Untersuchung, Labor/Routinelabor (S. 34), CCT/kranielles MRT (Auffälligkeiten der Basalganglien), EEG (häufiger Dysrhythmien).

Differenzialdiagnose

- Anankastische Form einer unipolaren Depression bzw. einer depressiven Episode (S. 208): Phasischer Verlauf mit Remission, Anamnese.
- Anankastische Persönlichkeitsstörung (S. 277): Lebenslang einförmiger Verlauf, Symptomatik erheblich schwächer ausgeprägt, kein Leidensdruck! (Eher Pedanterie, Übergenauigkeit), Fremdanamnese.
- Schizophrenie (S. 184): Vorherrschend psychotische Symptome.
- Hirnorganische Erkrankung mit Zwangssymptomen (z. B. als Zwangsmimik): Enzephalitis, Multiple Sklerose, Morbus Parkinson, Thalamusschäden, Bulbärparalyse. Keine affektive Beteiligung, kaum Leidensdruck!
- Gilles-de-la-Tourette-Syndrom (S. 225): Keine affektive Beteiligung, kaum Leidensdruck!

Hinweis: Hohe Komorbidität mit primär depressiven und Angststörungen!

Therapie

- **Psychiatrisch, psychotherapeutisch:**
  - Stützende (supportive), adaptive Psychotherapie (S. 350).
  - Kognitive Verhaltenstherapie, Gedankenstopp (S. 370) bzw. systematische Desensibilisierung (S. 367), gestufte Exposition oder Konfrontation, Logotherapie s. paradoxe Intention (S. 358).
- **Soziotherapeutisch:** Selbsthilfegruppe (S. 431).
- **Medikamentös:**
  - *Serotoninwiederaufnahmehemmer*: z. B. Fluoxetin 30–40 mg/d p. o. oder Citalopram 40–60 mg/d p. o. oder Sertralin 100 (–200) mg/d p. o.
  - Oder *Trizyklisches Antidepressivum:* z. B. Clomipramin 100–150 mg/d oder Imipramin 100–150 mg/d p. o.
  - Alternativ *MAO-Hemmer*: z. B. Moclobemid 300–450 mg/d p. o.
    (*Dauer:* Mindestens 10–12 Wochen. Allerdings spürbarer Erfolg meist erst nach mehreren Monaten.)
  - *Bei Therapieresistenz:*
    - Kombination von Clomipramin und Serotoninwiederaufnahmehemmer (cave: Krampfbereitschaft erhöht, Risiko eines toxischen Serotoninsyndroms).
    - Oder Augmentation mit atypischem Antipsychotikum (z. B. Risperidon 2 mg/d p. o. oder Olanzapin 5 mg/d p. o. oder Quetiapin 300 mg/d p. o.).
    - Oder Versuch mit Sumatriptan 100 mg/d p. o.
- **In Erprobung:** Elektrische Tiefenstimulation des Nucleus accumbens bzw. hypothalamischer Kerngebiete als Ultima Ratio.

Verlauf und Prognose

- Trotz Neigung zur Chronifizierung ist eine Linderung möglich, eine völlige Heilung jedoch eher selten (nur bei ca. 10–15 % der Betroffenen). Im Einzelfall kann es zu einer weitgehenden Einengung des persönlichen Lebensraumes mit einschneidenden sozialen Konsequenzen (malignes Zwangssyndrom bzw. Zwangskrankheit) kommen.

- Verlauf ungünstiger bei zusätzlicher Depression, Angst- oder Persönlichkeitsstörung.

9.6 Akute Belastungsreaktion

- **ICD-10: F 43.0**

Grundlagen

- **Synonym:** Akute Krisenreaktion, Schreckreaktion, Katastrophenreaktion. Erlebnisreaktion, „Nervenzusammenbruch".
- **Definition:** Heftige psychische Reaktion auf Erlebnis massiver Bedrohung.
- **Ätiologie und Pathogenese:**
  - Unerwartet und intensiv erlebte (vitale) körperliche und/oder seelische Bedrohung (z. B. durch Naturkatastrophe, Verkehrsunfall, Verbrechen, Vergewaltigung, schwere Kränkung, Entwürdigung, Freiheitsberaubung, Inhaftierung).
  - Prädisponierend erhöhte Vulnerabilität, protektiv individuelle Resilienz.

Klinik

- Schockartig auftretender psychischer Ausnahmezustand, gekennzeichnet durch:
  - Motorische Erstarrung („Betäubung") bis zum Stupor („Totstellreflex").
  - *Oder:* Unruhe mit Umherirren, Desorientiertheit, Derealisation, („Fluchtreaktion"), panische Angst, regressives Verhalten (z. B. Babysprache).
  - Psychogene Körperstörungen (z. B. Lähmungen, Aphonie, Sehstörungen.)
- Zusatzsymptome im weiteren Verlauf: Angst, Verzweiflung, Niedergeschlagenheit, Suizidalität, Überaktivität oder Rückzug. Angstträume und Flash backs (zwanghaft sich aufdrängende Erinnerung).
- Vegetative Begleitsymptomatik: Tachykardie, Schwitzen, Zittern, Erröten oder Blässe, Erbrechen, Harn- und Stuhldrang mit Einnässen.
  (Dauer: Stunden bis Tage, eine Amnesie für diesen Zeitraum ist möglich infolge intensiver „Verdrängung".)

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung:** Typische Symptomatik (s. Klinik).
- **Anamnese:** Allgemein, Fremdanamnese (Art und Dauer des Traumas, Schwere, Zeitpunkt). Alkohol- und/oder Drogenkonsum. Zeitlicher Zusammenhang zwischen Symptomatik und außergewöhnlicher körperlicher und/oder seelischer Belastung [siehe Tab. 9.1]).
- **Testpsychologisch:** PSE (s. Tab. 2.5).
- **Körperliche Untersuchung, Labor, apparative Diagnostik** zum Ausschluss einer zusätzlichen organischen Störung.

Differenzialdiagnose

- Akute Psychose (S. 199), katatoner Stupor (S. 310): Intensives Angsterleben hier ohne äußeren Anlass.
- Panikattacke (S. 222), Angststörung (S. 223). Kein Flash back.
- Horrortrip nach Drogeneinnahme: Anamnese! Drogenscreening (S. 36).
- Dissoziative bzw. psychogene Körperstörung (S. 232): Dominierende körperliche Symptomatik.

Therapie

- **Psychiatrisch, psychotherapeutisch:**
  - Behutsame, geduldige Kontaktaufnahme bei gleichzeitiger Abschirmung gegenüber äußeren Reizen („Talking down"). Einfaches, einfühlendes Gespräch. Evtl. stationäre Aufnahme mit Krisenintervention.

- Verlauf ungünstiger bei zusätzlicher Depression, Angst- oder Persönlichkeitsstörung.

9.6 Akute Belastungsreaktion

- **ICD-10: F 43.0**

Grundlagen

- **Synonym:** Akute Krisenreaktion, Schreckreaktion, Katastrophenreaktion. Erlebnisreaktion, „Nervenzusammenbruch".
- **Definition:** Heftige psychische Reaktion auf Erlebnis massiver Bedrohung.
- **Ätiologie und Pathogenese:**
  - Unerwartet und intensiv erlebte (vitale) körperliche und/oder seelische Bedrohung (z. B. durch Naturkatastrophe, Verkehrsunfall, Verbrechen, Vergewaltigung, schwere Kränkung, Entwürdigung, Freiheitsberaubung, Inhaftierung).
  - Prädisponierend erhöhte Vulnerabilität, protektiv individuelle Resilienz.

Klinik

- Schockartig auftretender psychischer Ausnahmezustand, gekennzeichnet durch:
  - Motorische Erstarrung („Betäubung") bis zum Stupor („Totstellreflex").
  - *Oder:* Unruhe mit Umherirren, Desorientiertheit, Derealisation, („Fluchtreaktion"), panische Angst, regressives Verhalten (z. B. Babysprache).
  - Psychogene Körperstörungen (z. B. Lähmungen, Aphonie, Sehstörungen.)
- Zusatzsymptome im weiteren Verlauf: Angst, Verzweiflung, Niedergeschlagenheit, Suizidalität, Überaktivität oder Rückzug. Angstträume und Flash backs (zwanghaft sich aufdrängende Erinnerung).
- Vegetative Begleitsymptomatik: Tachykardie, Schwitzen, Zittern, Erröten oder Blässe, Erbrechen, Harn- und Stuhldrang mit Einnässen.
  (Dauer: Stunden bis Tage, eine Amnesie für diesen Zeitraum ist möglich infolge intensiver „Verdrängung".)

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung:** Typische Symptomatik (s. Klinik).
- **Anamnese:** Allgemein, Fremdanamnese (Art und Dauer des Traumas, Schwere, Zeitpunkt). Alkohol- und/oder Drogenkonsum. Zeitlicher Zusammenhang zwischen Symptomatik und außergewöhnlicher körperlicher und/oder seelischer Belastung [siehe Tab. 9.1]).
- **Testpsychologisch:** PSE (s. Tab. 2.5).
- **Körperliche Untersuchung, Labor, apparative Diagnostik** zum Ausschluss einer zusätzlichen organischen Störung.

Differenzialdiagnose

- Akute Psychose (S. 199), katatoner Stupor (S. 310): Intensives Angsterleben hier ohne äußeren Anlass.
- Panikattacke (S. 222), Angststörung (S. 223). Kein Flash back.
- Horrortrip nach Drogeneinnahme: Anamnese! Drogenscreening (S. 36).
- Dissoziative bzw. psychogene Körperstörung (S. 232): Dominierende körperliche Symptomatik.

Therapie

- **Psychiatrisch, psychotherapeutisch:**
  - Behutsame, geduldige Kontaktaufnahme bei gleichzeitiger Abschirmung gegenüber äußeren Reizen („Talking down"). Einfaches, einfühlendes Gespräch. Evtl. stationäre Aufnahme mit Krisenintervention.

- Längerfristig psychotherapeutische und gruppentherapeutische Intervention, z. B. kathartische Affektentlastung, stützende Gespräche, Gruppentherapie (S. 382), Rollenspiel (S. 382), Traumabearbeitung, Psychodrama (S. 385), Gestalttherapie (S. 359). Bei ausgeprägtem Vermeidungsverhalten sind verhaltenstherapeutische Maßnahmen angezeigt.

▸ **Medikamentös:** Rasche und kurzfristige medikamentöse Entlastung durch (parenteral) Benzodiazepin (z. B. Lorazepam, Diazepam) über mehrere Tage, vgl. Therapie mit Tranquilizern und Anxiolytika (S. 328); evtl. Schlafmedikation (S. 331), z. B. Zaleplon, Zopiclon, Zolpidem.

Verlauf und Prognose

▸ Nach Abklingen der aktuellen Symptomatik häufig über längere Zeit noch ängstliche Unruhe, Angespanntheit und Schlafstörungen bzw. Flash backs zu beobachten.
▸ In manchen Fällen Übergang in hartnäckige hypochondrische (S. 237), depressive (S. 214) oder dissoziative Störungen (S. 232) mit Alkohol- oder Medikamentenmissbrauch. Daher ist stets eine frühzeitige, schrittweise Belastung des Betroffenen bei gleichzeitiger Bearbeitung von Vermeidungsverhalten anzustreben (Verhaltenstherapie, s. o.)!

9.7 Psychogener Erregungszustand

▸ **ICD-10: F 30.8, F 43.23–F 43.25**

Grundlagen

▸ **Definition:** Zustand abnorm starker Erregtheit unter psychischem Stress.
▸ **Ätiologie und Pathogenese:**
- Anlass kann eine für die betroffene Person außergewöhnlich heftige psychische Erschütterung sein (z. B. massive Bedrohung, Provokation, Streit, unerwartet schwere Demütigung, Enttäuschung).
- Begünstigend wirken konstitutionell oder passager verminderte psychische Belastbarkeit, Sensibilisierung durch vorausgegangene Konfliktsituationen.

Klinik

▸ Sich rasch steigernde motorische Unruhe mit Schreien, Umherlaufen, Umsichschlagen bis zum allgemeinen Bewegungssturm, starke Anspannung mit oder ohne Angstgefühl. Beim Amoklauf wahllos aggressive bzw. Tötungshandlungen, oft finaler Suizid.
▸ Trugwahrnehmungen in Form von illusionären Verkennungen (S. 88).
▸ Meist begleitende vegetative Reaktionen wie Tachykardie, Zittern, Schwitzen, Erröten oder Erblassen.
▸ Anschließend psychogene Amnesie möglich (Verdrängung der unangenehmen Erlebnisse).

Diagnostik

▸ **Psychopathologische Untersuchung** (s. Klinik), fehlende Hinweise auf eine echte psychotische Symptomatik!
▸ **Anamnese:** Spezielle Anamnese, Fremdanamnese: Drogen, Alkohol, Medikamente, auslösende Situation, frühere Verhaltensauffälligkeiten?
❒ *Hinweis:* Bei zusätzlicher Alkohol- oder Medikamenteneinnahme (S. 159) an pathologischen Rausch denken!
▸ **Körperliche Untersuchung** zum Ausschluss einer somatischen Erkrankung.
▸ **Drogenscreening.**

- Längerfristig psychotherapeutische und gruppentherapeutische Intervention, z. B. kathartische Affektentlastung, stützende Gespräche, Gruppentherapie (S. 382), Rollenspiel (S. 382), Traumabearbeitung, Psychodrama (S. 385), Gestalttherapie (S. 359). Bei ausgeprägtem Vermeidungsverhalten sind verhaltenstherapeutische Maßnahmen angezeigt.

▸ **Medikamentös:** Rasche und kurzfristige medikamentöse Entlastung durch (parenteral) Benzodiazepin (z. B. Lorazepam, Diazepam) über mehrere Tage, vgl. Therapie mit Tranquilizern und Anxiolytika (S. 328); evtl. Schlafmedikation (S. 331), z. B. Zaleplon, Zopiclon, Zolpidem.

Verlauf und Prognose

▸ Nach Abklingen der aktuellen Symptomatik häufig über längere Zeit noch ängstliche Unruhe, Angespanntheit und Schlafstörungen bzw. Flash backs zu beobachten.
▸ In manchen Fällen Übergang in hartnäckige hypochondrische (S. 237), depressive (S. 214) oder dissoziative Störungen (S. 232) mit Alkohol- oder Medikamentenmissbrauch. Daher ist stets eine frühzeitige, schrittweise Belastung des Betroffenen bei gleichzeitiger Bearbeitung von Vermeidungsverhalten anzustreben (Verhaltenstherapie, s. o.)!

9.7 Psychogener Erregungszustand

▸ **ICD-10: F 30.8, F 43.23–F 43.25**

Grundlagen

▸ **Definition:** Zustand abnorm starker Erregtheit unter psychischem Stress.
▸ **Ätiologie und Pathogenese:**
- Anlass kann eine für die betroffene Person außergewöhnlich heftige psychische Erschütterung sein (z. B. massive Bedrohung, Provokation, Streit, unerwartet schwere Demütigung, Enttäuschung).
- Begünstigend wirken konstitutionell oder passager verminderte psychische Belastbarkeit, Sensibilisierung durch vorausgegangene Konfliktsituationen.

Klinik

▸ Sich rasch steigernde motorische Unruhe mit Schreien, Umherlaufen, Umsichschlagen bis zum allgemeinen Bewegungssturm, starke Anspannung mit oder ohne Angstgefühl. Beim Amoklauf wahllos aggressive bzw. Tötungshandlungen, oft finaler Suizid.
▸ Trugwahrnehmungen in Form von illusionären Verkennungen (S. 88).
▸ Meist begleitende vegetative Reaktionen wie Tachykardie, Zittern, Schwitzen, Erröten oder Erblassen.
▸ Anschließend psychogene Amnesie möglich (Verdrängung der unangenehmen Erlebnisse).

Diagnostik

▸ **Psychopathologische Untersuchung** (s. Klinik), fehlende Hinweise auf eine echte psychotische Symptomatik!
▸ **Anamnese:** Spezielle Anamnese, Fremdanamnese: Drogen, Alkohol, Medikamente, auslösende Situation, frühere Verhaltensauffälligkeiten?
❒ *Hinweis:* Bei zusätzlicher Alkohol- oder Medikamenteneinnahme (S. 159) an pathologischen Rausch denken!
▸ **Körperliche Untersuchung** zum Ausschluss einer somatischen Erkrankung.
▸ **Drogenscreening.**

Differenzialdiagnose

- Akute schizophrene Psychose (S. 199): Hier psychotische Symptome (Wahn, Sinnestäuschungen), Anamnese!
- Akute Manie (S. 204) oder maniformes Syndrom (S. 107) anderer Genese: Zusätzlich Euphorie oder andere Maniesymptome, Anamnese.
- Intoxikation mit Alkohol oder Rauschmitteln: Anamnese, Drogenscreening (S. 36)!
- Epileptischer Dämmerzustand (S. 137) : Anamnese, EEG.
- Übererregbare Persönlichkeit: Hier meist diesbezüglich bekannte Primärpersönlichkeit: Fremdanamnese!
- Histrionische Persönlichkeitsstörung (S. 276): Bekannte Neigung zu entsprechendem Verhalten (Fremdanamnese!).

Therapie

- **Psychiatrisch, psychotherapeutisch:**
  - Allmähliche Kontaktaufnahme, beruhigendes Zureden („Talking down"). Bei schwerwiegender Symptomatik und bei Selbst- und Fremdgefährdung ist eine stationäre Aufnahme notwendig; evtl. Unterbringung (S. 414).
- So früh wie möglich vertieftes, detailliertes Gespräch über die auslösende Konfliktsituation: Erarbeitung von Coping-Strategien. Aufbau einer systematisierten Psychotherapie bei ausgeprägtem Leidensdruck, ausreichender Motivation und Einsichtsfähigkeit.
- **Medikamentös:** Zur Unterstützung von Beruhigung und Entspannung ist die (parenterale) Verabreichung eines Benzodiazepins (S. 328), z. B. Lorazepam, Oxazepam, Diazepam, empfehlenswert.

Verlauf und Prognose

- Dauer Minuten bis Stunden. Günstige Prognose mit Abklingen der akuten Symptomatik und meist rascher Normalisierung.

Hinweis: Plötzliche Suizidhandlungen möglich!

- Rezidivneigung besteht bei einer konstitutionell vorhandenen Psycholabilität bzw. Persönlichkeitsstörung, einer anhaltenden Konfliktsituation bzw. anderen peristatischen, pathogenen Reizkonstellationen.

9.8 Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

- **ICD-10: F 43.1**

Grundlagen

- **Synonym:** Traumatische Neurose.
- **Definition:** (Verzögerte) Reaktion auf außergewöhnliche (existenzielle) Bedrohung. Prävalenz ca. 1–3 % der Bevölkerung.
- **Ätiologie:** Ungewöhnlich belastendes Ereignis (Naturkatastrophe, Verbrechen, Geiselnahme, Folter, Vergewaltigung, Terroranschlag). Prädisponierend wirken:
  - Asthenische Störung (S. 279) oder Dysthymia (S. 214).
  - Geschlecht (Frauen doppelt so häufig betroffen wie Männer).
  - Niedriger sozioökonomischer Status. Fehlendes soziales Netzwerk. Selbstunsicherheit.
  - Jüngeres Alter.
- **Pathogenese:** Neurobiologisch sehr zeitstabile Engramme infolge Überaktivierung der Amygdala und des Hippokampus. Erniedrigte Kortisolspiegel im Blut bei erhöhten Katecholaminen.

Differenzialdiagnose

- Akute schizophrene Psychose (S. 199): Hier psychotische Symptome (Wahn, Sinnestäuschungen), Anamnese!
- Akute Manie (S. 204) oder maniformes Syndrom (S. 107) anderer Genese: Zusätzlich Euphorie oder andere Maniesymptome, Anamnese.
- Intoxikation mit Alkohol oder Rauschmitteln: Anamnese, Drogenscreening (S. 36)!
- Epileptischer Dämmerzustand (S. 137) : Anamnese, EEG.
- Übererregbare Persönlichkeit: Hier meist diesbezüglich bekannte Primärpersönlichkeit: Fremdanamnese!
- Histrionische Persönlichkeitsstörung (S. 276): Bekannte Neigung zu entsprechendem Verhalten (Fremdanamnese!).

Therapie

- **Psychiatrisch, psychotherapeutisch:**
  - Allmähliche Kontaktaufnahme, beruhigendes Zureden („Talking down"). Bei schwerwiegender Symptomatik und bei Selbst- und Fremdgefährdung ist eine stationäre Aufnahme notwendig; evtl. Unterbringung (S. 414).
- So früh wie möglich vertieftes, detailliertes Gespräch über die auslösende Konfliktsituation: Erarbeitung von Coping-Strategien. Aufbau einer systematisierten Psychotherapie bei ausgeprägtem Leidensdruck, ausreichender Motivation und Einsichtsfähigkeit.
- **Medikamentös:** Zur Unterstützung von Beruhigung und Entspannung ist die (parenterale) Verabreichung eines Benzodiazepins (S. 328), z. B. Lorazepam, Oxazepam, Diazepam, empfehlenswert.

Verlauf und Prognose

- Dauer Minuten bis Stunden. Günstige Prognose mit Abklingen der akuten Symptomatik und meist rascher Normalisierung.

Hinweis: Plötzliche Suizidhandlungen möglich!

- Rezidivneigung besteht bei einer konstitutionell vorhandenen Psycholabilität bzw. Persönlichkeitsstörung, einer anhaltenden Konfliktsituation bzw. anderen peristatischen, pathogenen Reizkonstellationen.

9.8 Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

- **ICD-10: F 43.1**

Grundlagen

- **Synonym:** Traumatische Neurose.
- **Definition:** (Verzögerte) Reaktion auf außergewöhnliche (existenzielle) Bedrohung. Prävalenz ca. 1–3 % der Bevölkerung.
- **Ätiologie:** Ungewöhnlich belastendes Ereignis (Naturkatastrophe, Verbrechen, Geiselnahme, Folter, Vergewaltigung, Terroranschlag). Prädisponierend wirken:
  - Asthenische Störung (S. 279) oder Dysthymia (S. 214).
  - Geschlecht (Frauen doppelt so häufig betroffen wie Männer).
  - Niedriger sozioökonomischer Status. Fehlendes soziales Netzwerk. Selbstunsicherheit.
  - Jüngeres Alter.
- **Pathogenese:** Neurobiologisch sehr zeitstabile Engramme infolge Überaktivierung der Amygdala und des Hippokampus. Erniedrigte Kortisolspiegel im Blut bei erhöhten Katecholaminen.

Klinik

- Mit einer Latenz von Wochen bis Monaten (Dauer: > 1 Monat):
  - Gleichgültigkeit, Apathie, Anhedonie oder Passivität, Konzentrationsstörungen.
  - Diffuses Angstgefühl, Reizbarkeit, Dysphorie.
  - Suizidgedanken, über Wochen bis Monate sich aufdrängende Erinnerungen (Intrusionen), eindringliches Wiedererleben („Flash back"), Albträume. Vermeiden von Situationen, Handlungen oder Gedanken, die an das traumatisierende Ereignis erinnern.
  - Sympathikotonie mit Schreckhaftigkeit, Vigilanzsteigerung und Schlafstörungen.
  - Müdigkeit, Erschöpfungsgefühl, Insuffizienzgefühl.
  - Dissoziative Symptome, Neigung zu Somatisierung.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung:** Typische Symptomatik (s. Klinik).
- **Anamnese:** Eigene und Fremdanamnese (Angaben zu adäquaten belastenden Ereignissen, Latenz?. Biografie).
- **Testpsychologisch:** SKID (s. Tab. 2.5).
- **Körperliche Untersuchung, apparative und Labordiagnostik:** Ausschluss einer körperlichen Grunderkrankung.

Differenzialdiagnose

- Depressive Neurose bzw. Dysthymia (S. 214): Biografische Anamnese!
- Burnout, Erschöpfungssyndrom bei asthenischer Persönlichkeit (S. 279) bzw. Neurasthenia: Fremdanamnese!
- Chronischer Drogen- oder Medikamentenmissbrauch (S. 159): Anamnese, Screening!

Therapie

- **Psychiatrisch, psychotherapeutisch:**
  - Zunächst kathartisch-stützende Gespräche mit Übergang in andere Therapieformen: Konfliktzentrierte Einzel- oder Gruppentherapie, Hypnotherapie, Bilderleben (S. 354). Entspannungsübungen (S. 360), kreative und Musiktherapie (S. 395). Verhaltenstherapie (S. 365) mit Angstmanagementtraining, Bewegungstherapie, Sport. Evtl. vorsichtige schrittweise Exposition und Konfrontation. Augenbewegungsdesensibilisierung (S. 375), sog. EMDR. Beachte: Kommunikative Schwierigkeiten bei traumatisierten Flüchtlingen/Migranten.
  - Spezielle Therapieeinrichtungen bzw. Selbsthilfegruppe (S. 431).
- **Medikamentös**:
  - Bei anhaltender Störung: Antidepressiva (S. 320), z. B. Mirtazapin, Venlafaxin, Sertralin, Escitalopram.
  - Zur Schlafregulierung: Trimipramin, Amitryptilin oder Promethazin.

Verlauf und Prognose

- Häufig chronifizierter Verlauf mit Depressivität, Befindlichkeitsstörungen und Asthenie („erlebnisbedingter Persönlichkeitswandel") mit fluktuierendem Leidensdruck. Tendenz zu Alkohol- oder Medikamentenmissbrauch.

9.9 Anpassungsstörung. Depressive Reaktion. Reaktive Depression

- **ICD-10: F 43.2**

Grundlagen

- **Definition:** Zustand von Depressivität nach anhaltender psychischer Belastung.
- **Ätiologie und Pathogenese:** Folge einer für die betroffene Person anhaltend belastenden, konfliktreichen psychosozialen Belastung (z. B. Trennungs- oder Verlusterlebnis, Flucht, Wohnungswechsel, schwere Enttäuschung). Begünstigend wirken eine konstitutionell verminderte Belastbarkeit und/oder ähnliche Vorerfahrungen.

Klinik

- Depressives (S. 106) und Erschöpfungssyndrom in engem zeitlichem Zusammenhang mit dem Ereignis:
  - Niedergeschlagenheit oder Leeregefühl, Resignation und Verzweiflung. Häufig besteht akute Suizidalität (S. 306). Ängstlichkeit, Hoffnungslosigkeit.
  - Antriebsverarmung bis zur Apathie bzw. zum depressiven Stupor.
  - *Körperliche Begleiterscheinungen:* Erschöpfungsgefühl und Müdigkeit, Schlafstörungen, Inappetenz, Kopfdruck, Schwindel, Globusgefühl.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung:** Näheres s. Klinik (S. 231).
- **Anamnese:** Fremdanamnese (belastende Lebenssituation, zeitl. Zusammenhang mit Symptomatik, Burnout (S. 109)? Biografie, sonstige Stimmungslage, Suizidgedanken?).
- **Testpsychologisch:** MDBF, SDS, DSN (s. Tab. 2.5).
- **Körperliche Untersuchung:** Ausschluss somatischer Grunderkrankung.

Differenzialdiagnose

- Depressive Psychose/unipolare Depression: Hier meist keine „ungewöhnlichen" auslösenden Faktoren (S. 207).
- Körperlich begründbare bzw. organische (S. 116) und pharmakogene Depression (S. 147): Körperliche Grunderkrankung (Ausschlussdiagnostik s. o.), Medikamente) (Medikamenten- und Drogenscreening).
- Depressive Neurose/Dysthymia (S. 214): Kein spez. Auslöser, chronifizierter Verlauf!

Therapie

- **Psychiatrisch, psychotherapeutisch:** Einfühlende Kontaktaufnahme (entlastende Gesprächstherapie), Übergang zu konfliktzentrierter interpersonaler Psychotherapie bei anhaltender Symptomatik bzw. Leidensdruck und ausreichender Compliance. Änderung der Lebenssituation unter Entwicklung neuer Perspektiven.
- **Medikamentös:**
  - Vorübergehend nach Bedarf Antidepressivum (z. B. Sertralin, Citalopram, Paroxetin, Venlafaxin oder Johanniskraut-Extrakt).
  - Bei Schlafstörungen Substanz mit dämpfender Wirkung (z. B. Trazodon oder Trimipramin) bzw. vorübergehend Kombination mit Benzodiazepin oder Zolpidem oder Zopiclon oder Zaleplon.

Verlauf und Prognose

- Zunächst meist Abklingen der aktuellen Symptomatik; abhängig vom Ausmaß der Belastung jedoch Neigung zur Chronifizierung in Richtung einer erlebnisreaktiven Entwicklung bzw. posttraumatischen Belastungsstörung oder einer Persönlichkeitsänderung (Extremform: „KZ-Syndrom").

9.10 Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)

▶ **ICD-10: F 44**

Grundlagen

▶ **Synonym:** Hysterische Neurose, Konversionshysterie, psychogene Körperstörung.
▶ **Definition:** Erlebnisbedingte, akute psychische oder körperliche Funktionsstörung.
▶ **Epidemiologie:** Vorkommen bei < 1 % der Bevölkerung. Bei Frauen 5–10-mal häufiger.
▶ **Ätiologie und Pathogenese:**
- *Psychodynamische Leithypothese:* Unbewusste Abwehr psychotraumatisierender Erlebnisse oder unerfüllter Fantasien bzw. Triebimpulse durch Umwandlung in funktionelle Störungen, die mehr oder weniger bewusst ausgestaltet werden.
- *Lernpsychologische Leithypothese:* Habituation und Verstärkung von Symptomen infolge konditionierter Aufmerksamkeit und Zuwendung („Krankheitsgewinn").
- *Begünstigend:*
  – Dispositionelle Faktoren? Sexueller Missbrauch?
  – Unreife Primärpersönlichkeit.
- In Gruppen (z. B. Schulklassen, Sekten) bisweilen „kollektive Hysterie" durch Modell-Lernen.

Klinik

▶ Die unterschiedlichen klinischen Manifestationsformen sind in Tab. 9.2 zusammengestellt.

Tab. 9.2 • **Formen der dissoziativen Störung**

Störung	ICD-10	klinische Symptomatik	Abgrenzungs-, diagnostische Kriterien
dissoziative (psychogene) Amnesie	F 44.0	Erinnerungslücke für zurückliegende traumatische Ereignisse (z. B. Unfall, Trauerfall)	unvollständige, wechselnde Angaben, nur einzelne Gedächtnisinhalte betroffen
dissoziative (psychogene) Fugue	F 44.1	abruptes Fortlaufen von Zuhause oder vom Arbeitsplatz bei nach außen geordnetem Verhalten, s. Poriomanie (S. 234)	DD epileptische Fugue: Nicht geplant, meist kürzer, keine psychosozialen Motive, Epilepsieanamnese
dissoziativer (psychogener) Stupor	F 44.2	bewegungsloses Verharren im Anschluss an Schockerleben, „Totstellreflex"	normaler Muskeltonus, aber keine objektive Bewegungseinschränkung
Trance oder Besessenheit	F 44.3	Verlust der persönlichen Identität, Eindruck von Fremdgesteuertheit, Bewusstseinseinengung	Symptomatik nicht auf rituelle Handlungen beschränkt
dissoziative (psychogene) Bewegungsstörung	F 44.4 F 44.7	Bewegungs- und Motorikstörung ohne organische Ursache (z. B. Ataxie, Astasie, Abasie, Aphonie, Paresen)	unwillkürliche Mitbewegungen, Anspannung der Antagonisten, normaler Reflexstatus

Tab. 9.2 • **Fortsetzung**

Störung	ICD-10	klinische Symptomatik	Abgrenzungs-, diagnostische Kriterien
dissoziativer (psychogener) Krampfanfall	F 44.5	Pseudoanfälle (S. 235)	meist fehlend: Bewusstseinsverlust, Zungenbiss, Urin-/Stuhlabgang, epilepsietypische EEG-Potenziale Prolaktinerhöhung (*Cave:* Auch bei echten epilept. Anfällen nicht immer erhöht; intermittierend echte Anfälle möglich)
dissoziative (psychogene) Wahrnehmungs- und Empfindungsstörung	F 44.6	Empfindungs- und Wahrnehmungsstörung ohne somat. Ursache (z. B. Taubheit, Blindheit, Anosmie, Sensibilitätsstörung)	pathologisch-anatomisch unwahrscheinlich (z. B. streng median begrenzt, nicht an Dermatomen orientiert, alle Qualitäten betroffen)
Ganser-Syndrom	F 44.80	„Vorbeiantworten", nichtorganisch bedingte Verwirrtheit, s. Zweckreaktion (S. 236)	nur in „nützlichen" Situationen, schlichte Simulation
dissoziative Identitätsstörung („multiple Persönlichkeit")	F 44.81	wechselnde „Persönlichkeiten"	Artefakt (Erscheinungsbild eher auto- oder heterosuggestiv hervorgerufen)

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung:** Näheres s. Klinik (S. 232); neurosenpsychol. Diagnostik (S. 31), OPD. Verhaltensbeobachtung.
- **Testpsychologische Persönlichkeitsdiagnostik,** z. B. FDS, HDI, MMPI, FPI, GT, TAT (s. Tab. 2.5).
- **Anamnese, Fremdanamnese, Sexualanamnese:** Anlass? Psychogene Auslöser, sexueller Missbrauch? Verlauf.
- **Körperliche Untersuchung, allgemeine Labor- und bildgebende Diagnostik**, erweitert entsprechend der speziellen Fragestellung (z. B. EEG bei Krampfanfällen, elektrophysiologische Untersuchung bei angeblichen Sensibilitätsstörungen, Paresen).

Differenzialdiagnose

- Körperliche, insbesondere neurologische Erkrankung (Beispiele):
  - *Multiple Sklerose (v. a. Bewegungsstörung, Wahrnehmungs- und Empfindungsstörung):* Neurostatus, kranielles MRT, Liquordiagnostik, evozierte Potenziale.
  - *Polyneuropathie (Bewegungs- und Empfindungsstörung):* Neurologisch-internistische Untersuchung, elektrophysiologische Diagnostik.
- Histrionische (S. 276) bzw. Borderline-Persönlichkeit: Symptomatik weniger ausgeprägt, eher selten körperliche Funktionsstörungen.
- Rauschmittelintoxikation, Delir (S. 307): Anamnese, Drogenscreening.
- Dämmerzustand bei hirnorganischer Erkrankung, s. Leitsymptome (S. 82): Organdiagnostik, somatischer Befund.
- Posttraumatische Belastungsstörung: Ursache, Auslöser! Verlauf.

Therapie

- **Psychiatrisch, psychotherapeutisch:**
  - *Allgemein:* Zügiger Therapiebeginn, tragfähigen Kontakt herstellen. Beschwerden nicht bagatellisieren oder ausreden! Aufklärung, Psychoedukation (S. 363).
  - *Speziell:*
    - Psychotherapie mit Suggestivmaßnahmen. Bei Therapieresistenz konfliktzentriertes Gespräch (S. 348) bzw. Interpersonale Psychotherapie (S. 355).
    - Unterstützend Bewegungs- (S. 344), Physio-, Musiktherapie (S. 395), Sport, Entspannungsverfahren (S. 360).

  Hinweis: Bei theatralisch ausgestalteten Konversionssymptomen ist ein Aufmerksamkeitsentzug meist therapeutisch hilfreich!
- **Medikamentös:** Eher zurückhaltendes Vorgehen! Bei stärkerer Angst oder Erregtheit zeitlich limitiert Benzodiazepin (z. B. Lorazepam 1–2 mg/d p. o. oder Oxazepam 10–30 mg/d p. o).

Verlauf und Prognose

- Bei ausdrucksstark hysterischen Reaktionen meist schnelle Remission.
- Allerdings sind auch maligne Verläufe mit therapieresistenter Symptomatik und Invalidisierung möglich, z. B. bei sekundärem Krankheitsgewinn (vgl. Rentenneurose s. unten).

9.11 Dissoziative Fugue

- **ICD10: F 44.1**

Grundlagen

- **Synonym:** Poriomanie, Dromomanie, Wanderlust, Wandertrieb.
- **Definition:** Plötzliches, dranghaftes Fortlaufen oder Wegfahren vom Wohnort.
- **Epidemiologie:** Gehäuftes Vorkommen im Jugendalter.
- **Ätiologie und Pathogenese:**
  - *Psychodynamische Leithypothesen:* Ausweichversuch vor aktuell sich zuspitzenden Konfliktsituationen, Angst vor Sanktionen, Entladung aufgestauter Affekte, Fernweh, Dissoziation (Entkoppelung von körperlichen und seelischen Funktionen); vgl. dissoziative Störung (S. 232).
  - *Persönlichkeit:* Stimmungslabil, impulsiv, reizbar, empfindlich bis sensitiv, vermindert belastbar.

Klinik

- **Psychopathologisch:**
  - Plötzliches Verlassen von Wohnung, Schule oder Arbeitsplatz ohne erkennbare Vorbereitung, häufig ohne bestimmtes Ziel.
  - Ratloses Umherirren am Zielort, zum Teil mit Tendenz zur Verwahrlosung. Bisweilen tatsächliche oder vermeintliche Verwirrtheit mit Falschangaben.
  - Nach mehreren Tagen oder Wochen in der Regel Rückkehr zu den gewohnten Lebensverhältnissen („Aufwachen"). Anschließend oft psychogene Amnesie.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung:** Näheres s. Klinik (S. 234). Umfeld?
- **Testpsychol. Persönlichkeitsdiagnostik,** z. B. SKID, Sceno-Test, TAT, DIB.
- **Anamnese:** Biografische Anamnese, OPD, Fremdanamnese (Drogen? Alkohol?).
- **Körperliche Untersuchung, apparat. Diagnostik:** Neurostatus, EEG, CCT.

Therapie

- **Psychiatrisch, psychotherapeutisch:**
  - *Allgemein:* Zügiger Therapiebeginn, tragfähigen Kontakt herstellen. Beschwerden nicht bagatellisieren oder ausreden! Aufklärung, Psychoedukation (S. 363).
  - *Speziell:*
    - Psychotherapie mit Suggestivmaßnahmen. Bei Therapieresistenz konfliktzentriertes Gespräch (S. 348) bzw. Interpersonale Psychotherapie (S. 355).
    - Unterstützend Bewegungs- (S. 344), Physio-, Musiktherapie (S. 395), Sport, Entspannungsverfahren (S. 360).

  Hinweis: Bei theatralisch ausgestalteten Konversionssymptomen ist ein Aufmerksamkeitsentzug meist therapeutisch hilfreich!
- **Medikamentös:** Eher zurückhaltendes Vorgehen! Bei stärkerer Angst oder Erregtheit zeitlich limitiert Benzodiazepin (z. B. Lorazepam 1–2 mg/d p. o. oder Oxazepam 10–30 mg/d p. o).

Verlauf und Prognose

- Bei ausdrucksstark hysterischen Reaktionen meist schnelle Remission.
- Allerdings sind auch maligne Verläufe mit therapieresistenter Symptomatik und Invalidisierung möglich, z. B. bei sekundärem Krankheitsgewinn (vgl. Rentenneurose s. unten).

9.11 Dissoziative Fugue

- **ICD10: F 44.1**

Grundlagen

- **Synonym:** Poriomanie, Dromomanie, Wanderlust, Wandertrieb.
- **Definition:** Plötzliches, dranghaftes Fortlaufen oder Wegfahren vom Wohnort.
- **Epidemiologie:** Gehäuftes Vorkommen im Jugendalter.
- **Ätiologie und Pathogenese:**
  - *Psychodynamische Leithypothesen:* Ausweichversuch vor aktuell sich zuspitzenden Konfliktsituationen, Angst vor Sanktionen, Entladung aufgestauter Affekte, Fernweh, Dissoziation (Entkoppelung von körperlichen und seelischen Funktionen); vgl. dissoziative Störung (S. 232).
  - *Persönlichkeit:* Stimmungslabil, impulsiv, reizbar, empfindlich bis sensitiv, vermindert belastbar.

Klinik

- **Psychopathologisch:**
  - Plötzliches Verlassen von Wohnung, Schule oder Arbeitsplatz ohne erkennbare Vorbereitung, häufig ohne bestimmtes Ziel.
  - Ratloses Umherirren am Zielort, zum Teil mit Tendenz zur Verwahrlosung. Bisweilen tatsächliche oder vermeintliche Verwirrtheit mit Falschangaben.
  - Nach mehreren Tagen oder Wochen in der Regel Rückkehr zu den gewohnten Lebensverhältnissen („Aufwachen"). Anschließend oft psychogene Amnesie.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung:** Näheres s. Klinik (S. 234). Umfeld?
- **Testpsychol. Persönlichkeitsdiagnostik,** z. B. SKID, Sceno-Test, TAT, DIB.
- **Anamnese:** Biografische Anamnese, OPD, Fremdanamnese (Drogen? Alkohol?).
- **Körperliche Untersuchung, apparat. Diagnostik:** Neurostatus, EEG, CCT.

Differenzialdiagnose

- Dissoziative Störung (S. 232).
- Minderbegabung oder Demenz mit Verhaltensstörungen.
- Maniforme Syndrome (S. 107).
- Beginnende Schizophrenie (S. 184).
- Epileptische Dämmerzustände (S. 86): Anfälle in der Anamnese, Fremdanamnese.
- Rauschzustände.
- Simulation?, Ganser-Syndrom (S. 236).

Therapie, Verlauf und Prognose

- **Therapie (allgemein-psychiatrisch):** Stützende (supportive) (S. 350) und konfliktzentrierte Psychotherapie (S. 348), Rollenspiel (S. 382). Körpertherapie (S. 313), kreative Therapien. Gegebenenfalls Familientherapie (S. 388), Milieuwechsel.
- **Verlauf und Prognose:** Mit zunehmendem Alter ist eher mit einer Abschwächung zu rechnen, andererseits kann es zu einer Verschiebung in andere dranghafte Handlungsweisen oder Sublimierung in Form anderer spannungsmindernder Aktivitäten kommen.

9.12 Dissoziative Krampfanfälle

- **ICD-10: F 44.5**

Grundlagen

- **Synonym:** Psychogene Anfälle, Pseudoanfälle, hysterische Anfälle (s. Tab. 9.2).
- **Definition:** Epileptiforme Anfälle nichtorganischer Ursache.
- **Ätiologie und Pathogenese:** Im Anschluss an Psychotraumatisierung (z. B. Kränkung, Bedrohung, Beschämung) oder als Simulation.

Klinik

- **Phänomenologisch** (Symptomatik wie beim echten Grand-mal-Anfall): Abruptes Hinfallen oder Hinstürzen, krampfartiges Schütteln des Rumpfes und der Gliedmaßen, keine Reaktion auf Außenreize. Manchmal extreme Beugung des Körpers (Opisthotonus) wie beim „arc de cercle". Insgesamt deutlich appellativer Charakter des Anfallgeschehens.
- **Abgrenzungskriterien zum epileptischen Anfall:**
  - Fast nie Zungenbiss (wenn, dann Zungenspitze) oder Inkontinenz für Urin und/oder Stuhl.
  - Kaum Verletzungen.
  - Augen meist fest geschlossen; keine Mydriasis (*cave:* Mydriatika!).
  - Keine Pyramidenbahnzeichen.
  - Keine Zyanose, keine Hypersalivation.
  - EEG meist unauffällig.

  Hinweis: Auftreten häufig in Kombination mit Epilepsie; bei ⅓ der Epilepsie-Patienten treten zusätzlich psychogene Anfälle auf.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung;** Verhaltensbeobachtung. Klinik.
- **Testpsychologische Persönlichkeitsdiagnostik,** z. B. MMPI, FPI, FDS.
- **Anamnese:** Ausführliche und vertiefte Exploration.
- **Körperliche und apparative Diagnostik:** Neurostatus; CCT bzw. kranielles MRT, EEG (S. 39), auch Provokations-EEG.
- **Labor:** Routinelabor, postiktal Prolaktinbestimmung i. S. (bei echten Anfällen in bis zu 80 % der Fälle erhöht, aber auch bei Synkopen).

Differenzialdiagnose

- Dissoziative Störung (S. 232).
- Minderbegabung oder Demenz mit Verhaltensstörungen.
- Maniforme Syndrome (S. 107).
- Beginnende Schizophrenie (S. 184).
- Epileptische Dämmerzustände (S. 86): Anfälle in der Anamnese, Fremdanamnese.
- Rauschzustände.
- Simulation?, Ganser-Syndrom (S. 236).

Therapie, Verlauf und Prognose

- **Therapie (allgemein-psychiatrisch):** Stützende (supportive) (S. 350) und konfliktzentrierte Psychotherapie (S. 348), Rollenspiel (S. 382). Körpertherapie (S. 313), kreative Therapien. Gegebenenfalls Familientherapie (S. 388), Milieuwechsel.
- **Verlauf und Prognose:** Mit zunehmendem Alter ist eher mit einer Abschwächung zu rechnen, andererseits kann es zu einer Verschiebung in andere dranghafte Handlungsweisen oder Sublimierung in Form anderer spannungsmindernder Aktivitäten kommen.

9.12 Dissoziative Krampfanfälle

- **ICD-10: F 44.5**

Grundlagen

- **Synonym:** Psychogene Anfälle, Pseudoanfälle, hysterische Anfälle (s. Tab. 9.2).
- **Definition:** Epileptiforme Anfälle nichtorganischer Ursache.
- **Ätiologie und Pathogenese:** Im Anschluss an Psychotraumatisierung (z. B. Kränkung, Bedrohung, Beschämung) oder als Simulation.

Klinik

- **Phänomenologisch** (Symptomatik wie beim echten Grand-mal-Anfall): Abruptes Hinfallen oder Hinstürzen, krampfartiges Schütteln des Rumpfes und der Gliedmaßen, keine Reaktion auf Außenreize. Manchmal extreme Beugung des Körpers (Opisthotonus) wie beim „arc de cercle". Insgesamt deutlich appellativer Charakter des Anfallgeschehens.
- **Abgrenzungskriterien zum epileptischen Anfall:**
  - Fast nie Zungenbiss (wenn, dann Zungenspitze) oder Inkontinenz für Urin und/oder Stuhl.
  - Kaum Verletzungen.
  - Augen meist fest geschlossen; keine Mydriasis (*cave:* Mydriatika!).
  - Keine Pyramidenbahnzeichen.
  - Keine Zyanose, keine Hypersalivation.
  - EEG meist unauffällig.

  Hinweis: Auftreten häufig in Kombination mit Epilepsie; bei ⅓ der Epilepsie-Patienten treten zusätzlich psychogene Anfälle auf.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung;** Verhaltensbeobachtung. Klinik.
- **Testpsychologische Persönlichkeitsdiagnostik,** z. B. MMPI, FPI, FDS.
- **Anamnese:** Ausführliche und vertiefte Exploration.
- **Körperliche und apparative Diagnostik:** Neurostatus; CCT bzw. kranielles MRT, EEG (S. 39), auch Provokations-EEG.
- **Labor:** Routinelabor, postiktal Prolaktinbestimmung i. S. (bei echten Anfällen in bis zu 80 % der Fälle erhöht, aber auch bei Synkopen).

Differenzialdiagnose

- Körperliche Erkrankungen: z. B. hypoglykämische und hypokalzämische Krisen, Hyperventilationssyndrom, Herzrhythmusstörungen, Drop-attacks bei vertebrobasilärer Insuffizienz: Anamnese, körperliche Untersuchung, Labor, EKG, Dopplersonografie.
- Rentenneurose (S. 293): Hier eher einförmig-querulierendes Bild.
- Zweckreaktion (S. 236): Absicht? Intention?
- Histrionische Persönlichkeitsstörung (S. 276): Gesamtpersönlichkeit!

Therapie

- **Psychiatrisch, psychotherapeutisch:**
  - Aufklärung und Beratung mit sicherer therapeutischer Haltung unter Verzicht auf besondere Zuwendung zum Patienten während des aktuellen Anfalls.
  - Stützende (supportive) Psychotherapie (S. 350), Körpertherapie (S. 313).
  - Suggestivmaßnahmen, Hypnose (S. 362), kognitive Verhaltenstherapie (S. 369).
  - Konfliktzentrierte Gesprächspsychotherapie (S. 351).

Verlauf und Prognose

- Eher günstig. Bei histrionischer Persönlichkeit oft überdauernde Neigung zu wechselnden Konversionssymptomen, die unterschiedlich bewusstseinsnah „eingesetzt" werden.

9.13 Ganser-Syndrom

- **ICD-10: F 43.25**

Grundlagen

- **Synonym:** Tendenzreaktion, Wunschreaktion, s. a. dissoziative Störung (S. 232), Zweckreaktion.
- **Definition:** Verhaltensweisen, mit denen mehr oder weniger bewusst eine bestimmte Absicht verbunden ist.
- **Ätiologie und Pathogenese:** Hintergrund der zweckgebundenen Verhaltensweisen stellen teils bewusstseinsnähere, teils bewusstseinsfernere Motive dar. Übergänge zur Aggravation und Simulation sind fließend. Prädisponierend ist eine einfach strukturierte, infantile Persönlichkeit.

Klinik

- Ausdrucksstarkes, demonstratives Verhalten:
  - Hyperexpressive Mimik und Gestik.
  - Grobe psychogene Körperstörungen (z. B. Abasie, Astasie), groteske Fehlhandlungen (z. B. demonstratives Danebengreifen, Versprechen, „sinnlose Handlungen").
  - Pseudodemenzielles Verhalten (Ganser-Syndrom), psychogene Dämmerzustände.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung:** Aktuelle Symptomatik mit demonstrativem Verhalten (s. Klinik).
- **Anamnese:** Allgemein, Fremdangaben (aktuelle Lebensbedingungen, soziales Umfeld. Alkohol-, Drogen-, Medikamentenanamnese).
- **Testpsychologisch:** MMPI, GT, SKID (s. Tab. 2.5).
- **Körperliche Untersuchung:** Ausschluss körperlicher Erkrankung.

Differenzialdiagnose

- Körperliche Erkrankungen: z. B. hypoglykämische und hypokalzämische Krisen, Hyperventilationssyndrom, Herzrhythmusstörungen, Drop-attacks bei vertebrobasilärer Insuffizienz: Anamnese, körperliche Untersuchung, Labor, EKG, Dopplersonografie.
- Rentenneurose (S. 293): Hier eher einförmig-querulierendes Bild.
- Zweckreaktion (S. 236): Absicht? Intention?
- Histrionische Persönlichkeitsstörung (S. 276): Gesamtpersönlichkeit!

Therapie

- **Psychiatrisch, psychotherapeutisch:**
  - Aufklärung und Beratung mit sicherer therapeutischer Haltung unter Verzicht auf besondere Zuwendung zum Patienten während des aktuellen Anfalls.
  - Stützende (supportive) Psychotherapie (S. 350), Körpertherapie (S. 313).
  - Suggestivmaßnahmen, Hypnose (S. 362), kognitive Verhaltenstherapie (S. 369).
  - Konfliktzentrierte Gesprächspsychotherapie (S. 351).

Verlauf und Prognose

- Eher günstig. Bei histrionischer Persönlichkeit oft überdauernde Neigung zu wechselnden Konversionssymptomen, die unterschiedlich bewusstseinsnah „eingesetzt" werden.

9.13 Ganser-Syndrom

- **ICD-10: F 43.25**

Grundlagen

- **Synonym:** Tendenzreaktion, Wunschreaktion, s. a. dissoziative Störung (S. 232), Zweckreaktion.
- **Definition:** Verhaltensweisen, mit denen mehr oder weniger bewusst eine bestimmte Absicht verbunden ist.
- **Ätiologie und Pathogenese:** Hintergrund der zweckgebundenen Verhaltensweisen stellen teils bewusstseinsnähere, teils bewusstseinsfernere Motive dar. Übergänge zur Aggravation und Simulation sind fließend. Prädisponierend ist eine einfach strukturierte, infantile Persönlichkeit.

Klinik

- Ausdrucksstarkes, demonstratives Verhalten:
  - Hyperexpressive Mimik und Gestik.
  - Grobe psychogene Körperstörungen (z. B. Abasie, Astasie), groteske Fehlhandlungen (z. B. demonstratives Danebengreifen, Versprechen, „sinnlose Handlungen").
  - Pseudodemenzielles Verhalten (Ganser-Syndrom), psychogene Dämmerzustände.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung:** Aktuelle Symptomatik mit demonstrativem Verhalten (s. Klinik).
- **Anamnese:** Allgemein, Fremdangaben (aktuelle Lebensbedingungen, soziales Umfeld. Alkohol-, Drogen-, Medikamentenanamnese).
- **Testpsychologisch:** MMPI, GT, SKID (s. Tab. 2.5).
- **Körperliche Untersuchung:** Ausschluss körperlicher Erkrankung.

Differenzialdiagnose

- Hirnorganische Erkrankung: Körperl. Untersuchung, app. Diagnostik.
- Hysteriforme Symptomatik bei Schizophrenie (S. 184) oder Involutionspsychose (S. 213): Grunderkrankung, Anamnese!
- Drogenintoxikation (S. 309): Drogenscreening (S. 36), Anamnese!
- Somatoforme Störung (S. 219): Körperl. Untersuchung.
- Dissoziative Störung (S. 232): Anamnese, Katamnese.

Therapie

- **Psychiatrisch, psychotherapeutisch:**
  - Gründliche diagnostische Abklärung zur Schaffung einer klaren Ausgangslage. Offene und eindeutige Besprechung der Situation einschließlich erklärender und weiterführender, beratender Hinweise.
  - Gelegenheit zum „Rückzug" ohne Kränkung bieten, Perspektive vermitteln.
  - Zusätzlich gegebenenfalls Angebot von soziotherapeutischer Hilfe und Ratschlägen zur Lebensplanung.

Verlauf und Prognose

- Bei unzulänglicher Abklärung, diagnostischer Unsicherheit oder überprotektiver Behandlung Gefahr der Verfestigung und Verselbstständigung in Richtung einer Konversions- bzw. Rentenneurose (S. 293).

9.14 Hypochondrische Störung

- **ICD-10: F 45.2**

Grundlagen

- **Synonym:** Hypochondrische Neurose. Hypochondrie. Nosophobie.
- **Definition:** Anhaltend ängstliche, aber unbegründete körperbezogene Selbstbeobachtung aufgrund der Befürchtung, an einer ernsten Körperkrankheit zu leiden. Überschneidung mit spezifischer Phobie (S. 220).
- **Epidemiologie:** Vorkommen bei ca. 0,5–5 % der Bevölkerung mit familiärer Häufung.
- **Ätiologie und Pathogenese:**
  - *Allgemein:* Prädisposition zur Angsterkrankung (S. 223).
  - *Psychodynamische Leithypothese:*
    - Narzisstische Fixation von Kastrationsangst.
    - Schuldängste durch Abwehr diffuser Angst.
  - *Lernpsychologische Leithypothese:* Konditionierung von Verunsicherung und Ängstlichkeit nach Erleben schwerer Krankheiten in der Umgebung mit sich daraus entwickelnder Überbesorgnis und Schonhaltung.

Klinik

- **Psychopathologisch** (S. 105):
  - Krankheitsfurcht (häufig iatrogen oder aus der Umgebung induziert), allgemeine Klagsamkeit.
  - Ängstliche Selbstbeobachtung, Unruhe. Überbesorgtheit um die eigene Gesundheit.
  - Fehldeutung bzw. Überbewertung harmloser Befindlichkeits- und Funktionsstörungen. Verlust der Unbefangenheit gegenüber der Verlässlichkeit von Körperfunktionen mit multiplen Beschwerden.
- **Spezielle Formen:** siehe Tab. 9.3 und auch spezifische Phobie (S. 220).

Differenzialdiagnose

- Hirnorganische Erkrankung: Körperl. Untersuchung, app. Diagnostik.
- Hysteriforme Symptomatik bei Schizophrenie (S. 184) oder Involutionspsychose (S. 213): Grunderkrankung, Anamnese!
- Drogenintoxikation (S. 309): Drogenscreening (S. 36), Anamnese!
- Somatoforme Störung (S. 219): Körperl. Untersuchung.
- Dissoziative Störung (S. 232): Anamnese, Katamnese.

Therapie

- **Psychiatrisch, psychotherapeutisch:**
  - Gründliche diagnostische Abklärung zur Schaffung einer klaren Ausgangslage. Offene und eindeutige Besprechung der Situation einschließlich erklärender und weiterführender, beratender Hinweise.
  - Gelegenheit zum „Rückzug" ohne Kränkung bieten, Perspektive vermitteln.
  - Zusätzlich gegebenenfalls Angebot von soziotherapeutischer Hilfe und Ratschlägen zur Lebensplanung.

Verlauf und Prognose

- Bei unzulänglicher Abklärung, diagnostischer Unsicherheit oder überprotektiver Behandlung Gefahr der Verfestigung und Verselbstständigung in Richtung einer Konversions- bzw. Rentenneurose (S. 293).

9.14 Hypochondrische Störung

- **ICD-10: F 45.2**

Grundlagen

- **Synonym:** Hypochondrische Neurose. Hypochondrie. Nosophobie.
- **Definition:** Anhaltend ängstliche, aber unbegründete körperbezogene Selbstbeobachtung aufgrund der Befürchtung, an einer ernsten Körperkrankheit zu leiden. Überschneidung mit spezifischer Phobie (S. 220).
- **Epidemiologie:** Vorkommen bei ca. 0,5–5 % der Bevölkerung mit familiärer Häufung.
- **Ätiologie und Pathogenese:**
  - *Allgemein:* Prädisposition zur Angsterkrankung (S. 223).
  - *Psychodynamische Leithypothese:*
    - Narzisstische Fixation von Kastrationsangst.
    - Schuldängste durch Abwehr diffuser Angst.
  - *Lernpsychologische Leithypothese:* Konditionierung von Verunsicherung und Ängstlichkeit nach Erleben schwerer Krankheiten in der Umgebung mit sich daraus entwickelnder Überbesorgnis und Schonhaltung.

Klinik

- **Psychopathologisch** (S. 105):
  - Krankheitsfurcht (häufig iatrogen oder aus der Umgebung induziert), allgemeine Klagsamkeit.
  - Ängstliche Selbstbeobachtung, Unruhe. Überbesorgtheit um die eigene Gesundheit.
  - Fehldeutung bzw. Überbewertung harmloser Befindlichkeits- und Funktionsstörungen. Verlust der Unbefangenheit gegenüber der Verlässlichkeit von Körperfunktionen mit multiplen Beschwerden.
- **Spezielle Formen:** siehe Tab. 9.3 und auch spezifische Phobie (S. 220).

Hinweis: Die Befürchtungsinhalte entsprechen häufig Modekrankheiten wie z. B. dem „Sick-building-Syndrom", einer „Amalgamvergiftung", dem nichtorganischen „Chronic-fatigue-Syndrom" (S. 109) oder Einflüssen des „Elektro-Smogs".

Tab. 9.3 • **Spezielle Formen der hypochondrischen Störung (Beispiele)**

Manifestationsform	Leitsymptome
AIDS-Phobie	Befürchtung, HIV-infiziert zu sein
Karzinophobie	Befürchtung, an Krebs erkrankt zu sein
Dysmorphophobie	Befürchtung, missgestaltet zu sein
Herzphobie/Kardiophobie	Angst vor plötzlichem Herztod (S. 239)

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung** (s. Klinik); neurosenpsychol. Diagnostik (S. 31), OPD.
- **Umfassende Anamneseerhebung:** Biografie, Persönlichkeitsentwicklung, Familie, frühere Erkrankungen.
- **Testpsychologische Persönlichkeitsdiagnostik**, z. B. MDBF, SKID, MMPI, FPI, GT, Rorschach, TAT.
- **Körperliche Untersuchung, Labor- und apparative Diagnostik:** Ausschluss organischer Ursachen.

Differenzialdiagnose

- Hypochondrische Form der Depression major (S. 208): Hier phasischer Verlauf mit Remission.
- Hypochondrischer Wahn bei Involutionsdepression (S. 211) oder Schizophrenie (S. 184): Wahnhafte Ausgestaltung und Fixierung!
- Somatoforme Störung (S. 219): Körperbeschwerden. Organdiagnostik.
- Hypochondrische Persönlichkeitsstörung (S. 280): Einförmig-durchgängiger Persönlichkeitszug, Hypochondrie weniger intensiv ausgeprägt. Schwierige DD!
- Stimulanzienmissbrauch (S. 173) mit Körpermissempfindungen: Anamnese, Drogenscreening!

Therapie

- **Allgemein, psychotherapeutisch:**
  - Konfliktzentrierte Psychotherapie (S. 353), gegebenenfalls in Kombination mit kognitiver Verhaltenstherapie (S. 369). Psychoedukation (S. 363).
  - Evtl. Entspannungsübungen, Suggestivmaßnahmen, Biofeedback (S. 376).
  - Ergotherapie (S. 394), Bewegung (S. 344), Sport, Physiotherapie.
- **Medikamentös** (bei ausgeprägtem Leidensdruck!):
  - ggf. Anxiolytikum (z. B. Opipramol 100 mg/d p. o., auch in Verbindung mit Serotoninwiederaufnahmehemmern (z. B. Sertralin 50–100 mg/d p. o., Citalopram 10 (–20) mg/d p. o. Fluoxetin 20 (– 40) mg/d p. o.).

  Hinweis: In vielen Fällen ist eine Langzeitbehandlung erforderlich.

Verlauf und Prognose

- Insgesamt eher unberechenbarer Verlauf.
- Bei unzureichender oder fehlender Behandlung meist Chronifizierung. Schonhaltung mit teils bizarren Verhaltensweisen einer übertrieben „gesunden" Lebensführung und „doctor shopping".

Hinweis: Wiederholte Organuntersuchungen bzw. Krankenhausaufenthalte („Arztnomaden") tragen zur Verfestigung der Erkrankung bei!

9.15 Somatoforme autonome Funktionsstörung: Kardiophobie

▶ **ICD-10: F 45.2, F 45.3**

Grundlagen

▶ **Synonym:** Herzneurose, Herzhypochondrie, Herzangstsyndrom, Herzphobie.
▶ **Definition:** Sonderform der Hypochondrie (S. 237) mit auf das Herz fokussierten, unbegründeten Befürchtungen, einen Herzinfarkt oder plötzlichen Herztod zu erleiden.
▶ **Epidemiologie:**
- *Vorkommen:* 0,5–1 % der Bevölkerung – oft familiäre Häufung von Angststörungen.
- *Manifestationsalter:* Ab Jugendalter. Erkrankungsgipfel etwa im 3. Lebensjahrzehnt. (Männer häufiger betroffen als Frauen.)

▶ **Ätiologie und Pathogenese:**
- *Allgemein:* s. Phobie (S. 220) bzw. generalisierte Angst (S. 223).
- *Psychodynamische Leithypothese:* Latente Ambivalenzkonflikte zwischen Abhängigkeitsgefühlen und Trennungsängsten.
- *Prädisponierend:*
  - Überforderung, Stress.
  - Nikotin- und Koffeingenuss. Konsum von Stimulanzien.
- *Auslöser:*
  - Meist Ereignisse wie Verlusterlebnis oder andere, erhebliche Veränderungen der Lebenssituation (z. B. Umzug, Trennung).
  - Unmittelbar induzierend sind häufig plötzliche Todesfälle im Bekanntenkreis oder ähnlich schwerwiegende Ereignisse.

▶ ***Hinweis:*** Hohe Komorbidität mit Panikerkrankung und Depression!

Klinik

▶ Anfallsartig auftretende, unbegründete, panikartige Vernichtungs- und Todesangst, Angst vor dem Aussetzen der Herztätigkeit.
▶ Als Begleitsymptomatik verschiedene Herzsensationen wie Druckgefühl, „Stiche", Tachykardie, Herzklopfen und Engegefühl, was zu einer Verstärkung der Herztodbefürchtung führt, s. Panikstörung (S. 222).
▶ Im Verlauf gesteigerte, herzfokussierte Wahrnehmung, verknüpft mit Spekulationen über die eigene Herzgesundheit.
▶ Häufige Inanspruchnahme ärztlicher Notdienste bzw. Aufsuchen des nächstgelegenen Krankenhauses. Zunehmendes Vermeidungsverhalten mit sich ausweitender Raum- und Platzangst (S. 220) , sog. Agora- und Klaustrophobie.

Diagnostik

▶ **Psychopathologische Untersuchung** (s. Klinik); neurosenpsychol. Diagnostik (S. 31), OPD.
▶ **Umfassende Anamneseerhebung:** Beginn (Auslöser?), familiäre Atmosphäre, Vorbilder, Hypochondrie?
▶ **Testpsychologische Persönlichkeitsdiagnostik:** MMPI, ASI (s. Tab. 2.5).
▶ **Ausschluss körperlicher Erkrankung** (Herzerkrankung oder andere Körperstörung wie z. B. Hyperthyreose, Hypertonie) – mögliches diagnostisches Vorgehen:
- *Allgemein-körperliche Untersuchung:* Internistischer Status, Blutdruck, Pulsfrequenz, Rhythmusstörungen? Auskultation, orthopädisch-neurologische Ursache?
- *Labor:* Routinelabor, TSH (ggf. T_3, T_4), ggf. CK-MB.
- *Evtl. kardiologisch:* (Langzeit-, Belastungs-)EKG, Echokardiografie, Langzeit-RR.

▶ ***Hinweis:*** Auslösung durch Mitralklappenprolaps nicht erwiesen.

Differenzialdiagnose

- Angst bei agitiert-hypochondrischer Depression (S. 208): Keine spezifische herzphobische Symptomatik, zusätzliche Symptome!
- Angst bei akuter Psychose (S. 199): Nicht spezifisch herzfokussiert, psychot. Symptome, Anamnese!
- Angstattacken bei Drogenmissbrauch (Horrortrip): Nicht spezifisch herzfokussiert, eher wie bei Panikattacken (S. 222), Drogenanamnese.

Therapie

- **Psychiatrisch, psychotherapeutisch:**
  - Beruhigendes Zureden („Talking down"). Psychoedukation (S. 363).
  - So früh wie möglich kognitive Verhaltenstherapie (S. 369) oder konfliktzentrierte Psychotherapie (S. 353).
- **Medikamentöse Akuttherapie:** Parenteral Benzodiazepin (z. B. Lorazepam 1–3 mg *oder* Alprazolam 1 mg *oder* Diazepam 5 mg) *oder* β-Rezeptorenblocker (z. B. Propanolol, Metoprolol).
- **Medikamentöse Langzeitbehandlung:** Serotoninwiederaufnahmehemmer, z. B. Fluoxetin 20 (–40) mg/d p. o. oder Sertralin 50–100 mg p. o. oder Citalopram 20 (–40) mg/d p. o. *oder* trizyklische Antidepressiva, z. B. Imipramin 50–100 mg/d p. o. (Nebenwirkungen erläutern wie z. B. Herzklopfen oder Schwitzen!).

☐ *Wichtig:* Körperliches Training (Sport, Physiotherapie)!

Verlauf und Prognose

- Neigung zur Chronifizierung, vor allem bei diagnostischer Unsicherheit mit wiederholten körperlichen und apparativen Untersuchungen („doctor shopping"). Erhebliche soziale Einschränkungen.
- Die Prognose wird belastet durch begleitende Depressivität wie auch durch die häufige Entwicklung einer Alkohol- und/oder Medikamentenabhängigkeit.

9.16 Anhaltende somatoforme Schmerzstörung

- **ICD-10: F 45.4 bzw. F 62.8**

Grundlagen

- **Synonym:** Psychalgie, psychogenes Schmerzsyndrom.
- **Definition:** Schmerzerleben, für dessen Intensität und Ausgestaltung psychische Einflüsse ausschließlich oder wesentlich mitbestimmend sind.
- **Epidemiologie:** 5–10 % der Bevölkerung betroffen, Frauen doppelt so häufig.
- **Ätiologie und Pathogenese:** Das individuelle Schmerzerleben wird durch vielfältige emotionale, intentionale und motivationale Faktoren verursacht und geprägt.
  - *Psychodynamische Leithypothesen:* Konversionsneurotisches Geschehen zur Abwehr verpönter Impulse, unbewusste Selbstbestrafung, emotionelle Konflikte.
  - *Situative Verstärker*: Angst und Besorgnis, Ungewissheit, Vorerfahrungen „Krankheitsgewinn".

Klinik

- **Psychopathologisch:**
  - Diffuser, schwer lokalisierbarer, chronifizierter Schmerz mit gelegentlich symbolischer „Organwahl" (Schmerzbereich als Projektionsfeld für unbewusstes Konfliktgeschehen). Hyperexpressive Schmerzschilderung.
  - Begleitend dysphorische Grundgestimmtheit (algogenes Psychosyndrom (S. 113)), Unruhe, Erschöpfungsgefühl, Schlafstörungen.

Differenzialdiagnose

- Angst bei agitiert-hypochondrischer Depression (S. 208): Keine spezifische herzphobische Symptomatik, zusätzliche Symptome!
- Angst bei akuter Psychose (S. 199): Nicht spezifisch herzfokussiert, psychot. Symptome, Anamnese!
- Angstattacken bei Drogenmissbrauch (Horrortrip): Nicht spezifisch herzfokussiert, eher wie bei Panikattacken (S. 222), Drogenanamnese.

Therapie

- **Psychiatrisch, psychotherapeutisch:**
  - Beruhigendes Zureden („Talking down"). Psychoedukation (S. 363).
  - So früh wie möglich kognitive Verhaltenstherapie (S. 369) oder konfliktzentrierte Psychotherapie (S. 353).
- **Medikamentöse Akuttherapie:** Parenteral Benzodiazepin (z. B. Lorazepam 1–3 mg *oder* Alprazolam 1 mg *oder* Diazepam 5 mg) *oder* β-Rezeptorenblocker (z. B. Propanolol, Metoprolol).
- **Medikamentöse Langzeitbehandlung:** Serotoninwiederaufnahmehemmer, z. B. Fluoxetin 20 (–40) mg/d p. o. oder Sertralin 50–100 mg p. o. oder Citalopram 20 (–40) mg/d p. o. *oder* trizyklische Antidepressiva, z. B. Imipramin 50–100 mg/d p. o. (Nebenwirkungen erläutern wie z. B. Herzklopfen oder Schwitzen!).

☐ *Wichtig:* Körperliches Training (Sport, Physiotherapie)!

Verlauf und Prognose

- Neigung zur Chronifizierung, vor allem bei diagnostischer Unsicherheit mit wiederholten körperlichen und apparativen Untersuchungen („doctor shopping"). Erhebliche soziale Einschränkungen.
- Die Prognose wird belastet durch begleitende Depressivität wie auch durch die häufige Entwicklung einer Alkohol- und/oder Medikamentenabhängigkeit.

9.16 Anhaltende somatoforme Schmerzstörung

- **ICD-10: F 45.4 bzw. F 62.8**

Grundlagen

- **Synonym:** Psychalgie, psychogenes Schmerzsyndrom.
- **Definition:** Schmerzerleben, für dessen Intensität und Ausgestaltung psychische Einflüsse ausschließlich oder wesentlich mitbestimmend sind.
- **Epidemiologie:** 5–10 % der Bevölkerung betroffen, Frauen doppelt so häufig.
- **Ätiologie und Pathogenese:** Das individuelle Schmerzerleben wird durch vielfältige emotionale, intentionale und motivationale Faktoren verursacht und geprägt.
  - *Psychodynamische Leithypothesen:* Konversionsneurotisches Geschehen zur Abwehr verpönter Impulse, unbewusste Selbstbestrafung, emotionelle Konflikte.
  - *Situative Verstärker*: Angst und Besorgnis, Ungewissheit, Vorerfahrungen „Krankheitsgewinn".

Klinik

- **Psychopathologisch:**
  - Diffuser, schwer lokalisierbarer, chronifizierter Schmerz mit gelegentlich symbolischer „Organwahl" (Schmerzbereich als Projektionsfeld für unbewusstes Konfliktgeschehen). Hyperexpressive Schmerzschilderung.
  - Begleitend dysphorische Grundgestimmtheit (algogenes Psychosyndrom (S. 113)), Unruhe, Erschöpfungsgefühl, Schlafstörungen.

- **Begleitend:** Häufige Arztbesuche bzw. Krankenhausaufenthalte; Analgetikaabusus, Alkoholmissbrauch.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung:** Näheres s. Klinik (S. 240).
- **Testpsychologische Persönlichkeitsdiagnostik,** z. B. MDBF, MMPI, Schmerzskalen.
- **Anamnese:**
  - Gründliche Exploration der Persönlichkeit und Erkundung des psychosozialen Umfeldes, biografische Anamnese, OPD.
  - Genaue Schmerzanalyse: Erfassung von Art, Auslöser, Ausmaß, Dauer, Intensität und Tagesprofil des Schmerzes. Schmerztagebuch
- **Körperliche und apparative Diagnostik:** Internistische und neurologische Abklärung.

Differenzialdiagnose

- Chronischer Schmerz bei Körpererkrankung.
- Somatisierte Form der unipolaren Depression (S. 208): Eher phasischer Verlauf.
- Zönästhesien bei Schizophrenie (S. 187): Anamnese! Psychotische Symptomatik. Fluktuierender Verlauf.
- Rentenneurose (S. 293), Zweckreaktion: Funktion des Schmerzes! Auslöser?
- Dissoziative Störung (S. 232) bzw. Konversionsneurose: Zusätzliche Begleitsymptomatik. Verlauf.
- Münchhausen-Syndrom (Vortäuschung von Beschwerden und Erkrankungen, um eine stationäre Aufnahme zu erreichen): „Fachsprache", Zweckgebundenheit.

Hinweis: Stets etwaigen Schmerzmittelgebrauch genau eruieren!

Therapie

- **Allgemein-psychiatrisch:**
  - Aufklärung und Beratung. Psychoedukation.
  - Bewegungstherapie (S. 344), Physiotherapie (S. 343).
  - Entspannungsübungen (S. 360) und Suggestionsmethoden, katathymes Bilderleben (S. 354).
  - Gegebenenfalls konfliktzentrierte Psychotherapie, s. tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (S. 352) und Fokaltherapie, Kurztherapie (S. 353).
  - Verhaltenstherapie: Schmerztagebuch, Biofeedback, kognitive Therapie (S. 369), interpersonale Therapie (S. 372).

  Hinweis: Konsequenter Entzug von Analgetika v. a. bei chronischem Missbrauch!
- **Medikamentös:**
  - Bei stärkeren Beschwerden Behandlungsversuch mit Antidepressiva, z. B. Duloxetin 60–120 mg p. o.
  - Alternativ: Gabapentin 1200–2400 mg/d p. o.
  - Bei (therapierefraktärem) Phantomschmerz über Monate Versuch mit Levomethadon 4–8 mg/d p. o.
- **Alternativ:** Angesichts der häufigen Therapieresistenz ist durchaus auch ein Behandlungsversuch mit Akupunktur in Erwägung zu ziehen.

Verlauf und Prognose

- Ohne adäquate Therapie Neigung zur Chronifizierung mit Gefahr der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit und schließlich Pflegebedürftigkeit.
- Bei entsprechender Behandlung Prognose nicht ungünstig, vor allem bei greifbar konfliktgebundenen Schmerzzuständen.
- Gelegentlich situationsunabhängige Spontanremissionen.

9.17 Spannungskopfschmerz

- **ICD-10: G 44.2**

Grundlagen

- **Synonym:** Funktioneller Kopfschmerz.
- **Definition:** Diffuser, chronisch-rezidivierender Kopfschmerz und Kopfdruck.
- **Manifestationsformen:**
  - Episodischer Typ.
  - Chronischer Typ.
- **Epidemiologie:**
  - Häufigkeit: Episodischer Typ etwa 35 % (keine bestimmte Altersverteilung), chronischer Typ etwa 3 % der Bevölkerung (mit dem Alter zunehmend). Beide Geschlechter etwa gleich häufig betroffen.
- **Ätiologie und Pathogenese:**
  - Anhaltende Muskelverspannungen im Bereich der Nacken-, Gesichts- und Kaumuskulatur sowie vaskuläre Faktoren.
  - *Psychodynamische Hypothese:* Konflikte mit dem Versuch einer Bewältigung („Kopfzerbrechen"), dadurch auch Abwehr von Angst oder Depression. Oft ehrgeizige, erfolgsorientierte Primärpersönlichkeit.
  - *Lerntheoretische Hypothese:* Chronifizierung der Beschwerden infolge operanter Verstärkung des Schmerzverhaltens. Krankheitsgewinn durch Zuwendung.

Klinik

Tab. 9.4 • **Symptomatik, diagnostische Kriterien des Spannungskopfschmerzes**

	episodischer Typ	chronischer Typ
charakteristische Merkmale	drückend, ziehend („Ring um den Kopf", „Schraubstock", „Helm"), bilateral, fehlende Verstärkung durch physische Belastung, Tagesaktivität meist nicht betroffen	anhaltend-dumpfes Schmerz- oder Druckgefühl im Hinterkopf- und Scheitelbereich oder pulsierender und klopfender Schmerz. Hartspann im Bereich der Nacken- und Schultermuskulatur
mögliche Begleitsymptome	Licht- und Lärmempfindlichkeit, Schwindel, *ohne* Übelkeit oder Erbrechen	Licht- und Lärmempfindlichkeit, Schwindel *und* Übelkeit
Dauer	ohne Therapie: 30 Minuten bis mehrere Tage	
Frequenz	< 15 Tage/Monat	≥ 15 Tage/Monat

Verlauf und Prognose

- Ohne adäquate Therapie Neigung zur Chronifizierung mit Gefahr der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit und schließlich Pflegebedürftigkeit.
- Bei entsprechender Behandlung Prognose nicht ungünstig, vor allem bei greifbar konfliktgebundenen Schmerzzuständen.
- Gelegentlich situationsunabhängige Spontanremissionen.

9.17 Spannungskopfschmerz

- **ICD-10: G 44.2**

Grundlagen

- **Synonym:** Funktioneller Kopfschmerz.
- **Definition:** Diffuser, chronisch-rezidivierender Kopfschmerz und Kopfdruck.
- **Manifestationsformen:**
  - Episodischer Typ.
  - Chronischer Typ.
- **Epidemiologie:**
  - Häufigkeit: Episodischer Typ etwa 35 % (keine bestimmte Altersverteilung), chronischer Typ etwa 3 % der Bevölkerung (mit dem Alter zunehmend). Beide Geschlechter etwa gleich häufig betroffen.
- **Ätiologie und Pathogenese:**
  - Anhaltende Muskelverspannungen im Bereich der Nacken-, Gesichts- und Kaumuskulatur sowie vaskuläre Faktoren.
  - *Psychodynamische Hypothese:* Konflikte mit dem Versuch einer Bewältigung („Kopfzerbrechen"), dadurch auch Abwehr von Angst oder Depression. Oft ehrgeizige, erfolgsorientierte Primärpersönlichkeit.
  - *Lerntheoretische Hypothese:* Chronifizierung der Beschwerden infolge operanter Verstärkung des Schmerzverhaltens. Krankheitsgewinn durch Zuwendung.

Klinik

Tab. 9.4 • **Symptomatik, diagnostische Kriterien des Spannungskopfschmerzes**

	episodischer Typ	chronischer Typ
charakteristische Merkmale	drückend, ziehend („Ring um den Kopf", „Schraubstock", „Helm"), bilateral, fehlende Verstärkung durch physische Belastung, Tagesaktivität meist nicht betroffen	anhaltend-dumpfes Schmerz- oder Druckgefühl im Hinterkopf- und Scheitelbereich oder pulsierender und klopfender Schmerz. Hartspann im Bereich der Nacken- und Schultermuskulatur
mögliche Begleitsymptome	Licht- und Lärmempfindlichkeit, Schwindel, *ohne* Übelkeit oder Erbrechen	Licht- und Lärmempfindlichkeit, Schwindel *und* Übelkeit
Dauer	ohne Therapie: 30 Minuten bis mehrere Tage	
Frequenz	< 15 Tage/Monat	≥ 15 Tage/Monat

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung.** Neurosenpsychologische Diagnostik, OPD.
- **Testpsychologische Persönlichkeitsdiagnostik,** z. B. MDBP, MMPI, FPI.
- **Anamnese:** Ausführliche und vertiefte Exploration mit Kopfschmerzanamnese: Beginn (Latenz), Art, Dauer, Lokalisation, Begleitsymptome sowie umfassende Erhebung der biografischen Anamnese.
- **Körperliche Untersuchung, apparative Diagnostik** zum Ausschluss einer körperlichen Erkrankung: Internistische (z. B. Hypertonie), neurologische, ophthalmologische, Hals-Nasen-Ohren-ärztliche und zahnmedizinische Untersuchung.

Hinweis: Stets Analgetikamissbrauch eruieren.

Differenzialdiagnose

- **Organische Grunderkrankungen:**
  - *Vasomotorischer Kopfschmerz:*
    - Migräne: Einseitig, pulsierend, Ruhebedürfnis, Sehstörungen, Übelkeit.
    - Bing-Horton-Syndrom bzw. Cluster-headache: Schmerzmaximum im Gesicht (meist im Bereich der Orbita), unilateral, lokale autonome Störungen (z. B. Rötung des Auges, Tränenfluss).
  - *Trigeminusneuralgie:* Sekunden andauernde, heftige Schmerzattacken im Innervationsbereich des 2./3. Trigeminusastes.
  - *Arteriitis temporalis:* Höheres Alter, temporale Schmerzen, verdickt tastbare A. temporalis (beschleunigte BKS, evtl. Temporalisbiopsie).
  - *ZNS-Erkrankung:* Schwindel, Übelkeit, intrakranielle Raumforderung (neurologischer Befund, CCT, kranielles MRT, EEG), Entzündung (Labor, CCT, Liquor).
  - *HWS-Syndrom bzw. spondylogener Kopfschmerz:* Ggf. radikuläre Symptomatik, HWS-Beschwerden (orthopäd. Konsil, Röntgen-HWS).
  - *Chronische Sinusitis:* Wangen- und Stirnkopfschmerz, behinderte Nasenatmung, Entzündungszeichen.
  - *Augenerkrankung:* z. B. Fehlsichtigkeit, Glaukom (ophthalmolog. Konsil).
  - *Zahnerkrankung:* z. B. Costen-Syndrom (zahnärztliche bzw. kieferorthopädische Untersuchung).
  - *Kardiovaskuläre Erkrankung:* z. B. arterielle Hypertonie (internistische Abklärung).
- **Psychiatrische Erkrankungen:**
  - Dissoziative Störung (S. 232).
  - *Zönästhetische Form der* Schizophrenie (S. 184).
  - Somatisierte Depression (S. 208), *somatoforme Störung.*
  - Chronischer Medikamentenmissbrauch (S. 177).
  - Rentenneurose (S. 293).

Therapie

- **Allgemein-psychiatrisch:**
  - Psychoedukation (S. 363): Aufklärung und Beratung des Patienten, auch hinsichtlich seiner Lebensführung (Arbeit, Freizeit, Bewegung, Schlaf).
  - Unterstützende Allgemeinmaßnahmen wie Physio- und Bewegungstherapie, Gymnastik, Sport, Schwimmen.
  - Entspannungsübungen, z. B. autogenes Training (S. 360), Hypnose (S. 362), evtl. in Verbindung mit Biofeedback (S. 376).
  - Personenzentrierte Gesprächstherapie (S. 358), kognitive Verhaltenstherapie (S. 369).
- **Medikamentös** (nach Möglichkeit zu vermeiden):
  - *Episodischer Typ:* Im Ausnahmefall Acetylsalicylsäure oder Paracetamol je (500 –) 1000 mg/d p. o. an maximal 10 Tagen pro Monat.

- *Chronischer Typ:* Prophylaxe mit Amitriptylin 50 mg/d p. o., bei mangelndem Therapieerfolg oder Kontraindikation Doxepin 30–50 mg/d p. o. *oder* Imipramin 50–75 mg/d p. o.oder Duloxetin.

Verlauf und Prognose

- Meist hartnäckiger Verlauf mit häufigen Rezidiven.
- Darüber hinaus Belastung der Prognose durch Analgetikamissbrauch (S. 177) mit Fixierung des Kopfschmerzes.

10 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren

10.1 Vorbemerkungen

Essstörungen

Wie der Schlaf gehört die Nahrungsaufnahme zu den lebenserhaltenen Funktionen, deren Irritationen über kurz oder lang zu körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen führen. Soweit Störungen des Essens (und Trinkens) auf abnormen Einstellungen oder Impulsen beruhen, sind sie Gegenstand von Psychiatrie und Psychotherapie. Da sich im Essverhalten und dem daraus resultierenden Körperselbstbild stets Kultur und Zeitgeist widerspiegeln, gehören Essstörungen zu den psychiatrischen Erkrankungen, die – induziert vom Schönheitsideal einer schlanken Figur – während der letzten Jahrzehnte erheblich zugenommen haben. 90–95 % der Essgestörten sind Frauen, wobei allerdings bei der Bulimie eine hohe Dunkelziffer besteht.

Die **psychiatrische Kernproblematik** besteht meist in einer verzerrten subjektiven Wahrnehmung des eigenen Körperbilds, mitgeprägt von psychosozialen Faktoren, die sich aus familiendynamischen und Beziehungskonstellationen zur näheren Umgebung ergeben. Andererseits haben genetische bzw. Zwillingsstudien gezeigt, dass oft eine familiäre Belastung vorliegt. Neurobiologisch gilt als gesichert, dass Serotonin, Neuropeptide und Leptin an der Appetitregulierung beteiligt sind.

Therapeutisch ist stets eine Langzeitbehandlung notwendig, wobei sowohl verhaltenstherapeutische als auch systemische Methoden infrage kommen oder auch Vorgehensweisen zur Aufdeckung und Bearbeitung möglicher Konflikte. Die hohe Komorbidität mit depressiven Störungen erfordert häufig eine zusätzliche Behandlung mit Antidepressiva. Bei lebensbedrohlicher Begleitsymptomatik sind internistische Interventionen im stationären Rahmen notwendig.

Nach ICD-10 werden folgende Formen von Essstörungen unterschieden: F 50.0 Anorexia nervosa (S. 246), F 50.0 – 50.4 Bulimia nervosa (S. 248) sowie andere Formen von Essstörungen, die hier nicht weiter besprochen werden.

Schlafstörungen

Störungen des Schlafes zeigen sich als Beeinträchtigungen der Schlaftiefe und/oder der Schlafdauer. Sie signalisieren einen unphysiologischen Ablauf der allnächtlichen, periodischen physiologischen Bewusstseinsänderung mit ihren vielfältigen körperlichen Begleitvorgängen und mindern die Regeneration und Erholung des Organismus.

Während des üblichen Nachtschlafes wechseln verschiedene **Schlafphasen** einander ab, zu registrieren an Modulationen der gehirnelektrischen Aktivität und Tonusänderungen der Muskulatur. Die Erfassung des sogenannten Schlafprofils erfolgt polysomografisch in einem Schlaflabor (s. Abb. 10.2).

Sexuelle Funktionsstörungen

Im Gegensatz zu den Abnormitäten hinsichtlich der Geschlechtsidentität und der Sexualpräferenz (S. 270) handelt es sich bei den sexuellen Funktionsstörungen um Beeinträchtigungen im **Sexualverkehr** einschließlich mangelnder Appetenz, Erregbarkeit und Orgasmusfähigkeit. Trotz kulturgebundener sexueller Normen besteht bezüglich der Sexualität eine große individuelle Streubreite, sodass eine Abgrenzung zu Störungen von psychiatrisch-psychotherapeutischer Relevanz kaum möglich ist. Zudem gibt es eine Fülle von körperlichen und seelischen Einzelfaktoren, die sich hemmend oder fördernd auf das Sexualleben auswirken.

Auf der anderen Seite werden aufgrund soziokultureller und gesundheitspolitischer Einflüsse Störungen im sexuellen Bereich öfter thematisiert und damit Gegenstand von Untersuchung und Behandlung. Dabei bedingen sich offenbar öffentlich idealisierter „Leistungsdruck" und (persönlich als solches empfundenes) sexuelles Versagen gegenseitig. Die hieraus resultierenden epidemiologischen Daten zeigen dementsprechend eine große Streubreite zwischen 5 und 35 % der Bevölkerung, wobei Frauen am ehesten vermindertes sexuelles Verlangen und Orgasmusstörungen, Männer Potenzprobleme beklagen.

Sexuelle Funktionsstörungen sind überwiegend **nichtorganisch** bedingt, sodass in erster Linie therapeutisch-psychologisch begründete Behandlungen infrage kommen; am ehesten solche aus dem verhaltenstherapeutischen Spektrum (bisweilen unter Einbeziehung des Sexualpartners). Zur Verbesserung der erektilen Dysfunktion sind auch Medikamente verfügbar.

Von den in ICD-10 unter F52 aufgeführten sexuellen Funktionsstörungen werden im Folgenden die Erektionsstörungen (F52.2), die Frigidität bzw. Anorgasmie (52.3), die Ejaculatio praecox (F52.4), der Vaginismus (F52.5) und Dyspareunie (F52.6) besprochen.

10.2 Anorexia nervosa

- **ICD-10: F 50.0**

Grundlagen

- **Synonym:** Magersucht.
- **Definition:** Schwere Störung des Essverhaltens mit z. T. lebensbedrohlicher Abmagerung bis zur Kachexie.
- **Epidemiologie:**
  - Bei etwa 1–2 % der weiblichen bzw. 0,1 % der männlichen Bevölkerung während der Adoleszenz (Beginn etwa 1.–3. Lebensjahrzehnt.)
- **Ätiologie und Pathogenese:** Offenbar Zusammenwirken biologischer, psychischer und psychosozialer Faktoren:
  - *Genetisch:* Konkordanzrate von 50 % bei monozygoten Zwillingen.
  - *Neurobiologisch:* Erhöhte Serotoninaktivität. Hypothalamische Regulationsstörung? Schwangerschaftskomplikationen bei der Mutter?
  - *Psychodynamisch:* Verleugnung eigener Bedürfnisse, Leistungsorientiertheit und Ehrgeiz, Narzissmus, Introvertiertheit, Neigung zur Askese, unbewusste Ablehnung der Reifung und Verschiebung sexueller Impulse auf die Essregulation.
  - *Psychosozial:* Konflikt zwischen enger Familienbindung und Ablösung, mütterliche Dominanz. In der Familie Überfürsorglichkeit, Unflexibilität und mangelhaftes Konfliktlösungsvermögen.
  - *Kulturelle-gesellschaftliche Einflüsse:* z. B. „Schlankheitsideal". Vorbildfunktion weiblicher Models.

Klinik

- **Erheblicher Gewichtsverlust:** Körpergewicht mindestens 15 % unter dem zu erwartenden Körpergewicht: z. B. Quetelets-Index/„Body-Mass-Index" ≤ 17,5 (berechnet nach der folgenden Formel: Körpergewicht in kg/[Körpergröße in m]^2), s. Abb. 10.1.
- **Psychopathologisch:**
  - Exzessives Fasten, Vermeiden hochkalorischer Nahrungsmittel.
  - Intermittierend Essdrang bzw. Demonstration von normalem Essen mit folgendem, selbstinduziertem Erbrechen oder Abführen. Dissimulation.
  - Abusus von Laxanzien- und/oder Diuretika bzw. Appetitzüglern.

Auf der anderen Seite werden aufgrund soziokultureller und gesundheitspolitischer Einflüsse Störungen im sexuellen Bereich öfter thematisiert und damit Gegenstand von Untersuchung und Behandlung. Dabei bedingen sich offenbar öffentlich idealisierter „Leistungsdruck" und (persönlich als solches empfundenes) sexuelles Versagen gegenseitig. Die hieraus resultierenden epidemiologischen Daten zeigen dementsprechend eine große Streubreite zwischen 5 und 35 % der Bevölkerung, wobei Frauen am ehesten vermindertes sexuelles Verlangen und Orgasmusstörungen, Männer Potenzprobleme beklagen.

Sexuelle Funktionsstörungen sind überwiegend **nichtorganisch** bedingt, sodass in erster Linie therapeutisch-psychologisch begründete Behandlungen infrage kommen; am ehesten solche aus dem verhaltenstherapeutischen Spektrum (bisweilen unter Einbeziehung des Sexualpartners). Zur Verbesserung der erektilen Dysfunktion sind auch Medikamente verfügbar.

Von den in ICD-10 unter F52 aufgeführten sexuellen Funktionsstörungen werden im Folgenden die Erektionsstörungen (F52.2), die Frigidität bzw. Anorgasmie (52.3), die Ejaculatio praecox (F52.4), der Vaginismus (F52.5) und Dyspareunie (F52.6) besprochen.

10.2 Anorexia nervosa

- **ICD-10: F 50.0**

Grundlagen

- **Synonym:** Magersucht.
- **Definition:** Schwere Störung des Essverhaltens mit z. T. lebensbedrohlicher Abmagerung bis zur Kachexie.
- **Epidemiologie:**
  - Bei etwa 1–2 % der weiblichen bzw. 0,1 % der männlichen Bevölkerung während der Adoleszenz (Beginn etwa 1.–3. Lebensjahrzehnt.)
- **Ätiologie und Pathogenese:** Offenbar Zusammenwirken biologischer, psychischer und psychosozialer Faktoren:
  - *Genetisch:* Konkordanzrate von 50 % bei monozygoten Zwillingen.
  - *Neurobiologisch:* Erhöhte Serotoninaktivität. Hypothalamische Regulationsstörung? Schwangerschaftskomplikationen bei der Mutter?
  - *Psychodynamisch:* Verleugnung eigener Bedürfnisse, Leistungsorientiertheit und Ehrgeiz, Narzissmus, Introvertiertheit, Neigung zur Askese, unbewusste Ablehnung der Reifung und Verschiebung sexueller Impulse auf die Essregulation.
  - *Psychosozial:* Konflikt zwischen enger Familienbindung und Ablösung, mütterliche Dominanz. In der Familie Überfürsorglichkeit, Unflexibilität und mangelhaftes Konfliktlösungsvermögen.
  - *Kulturelle-gesellschaftliche Einflüsse:* z. B. „Schlankheitsideal". Vorbildfunktion weiblicher Models.

Klinik

- **Erheblicher Gewichtsverlust:** Körpergewicht mindestens 15 % unter dem zu erwartenden Körpergewicht: z. B. Quetelets-Index/„Body-Mass-Index" ≤ 17,5 (berechnet nach der folgenden Formel: Körpergewicht in kg/[Körpergröße in m]^2), s. Abb. 10.1.
- **Psychopathologisch:**
  - Exzessives Fasten, Vermeiden hochkalorischer Nahrungsmittel.
  - Intermittierend Essdrang bzw. Demonstration von normalem Essen mit folgendem, selbstinduziertem Erbrechen oder Abführen. Dissimulation.
  - Abusus von Laxanzien- und/oder Diuretika bzw. Appetitzüglern.

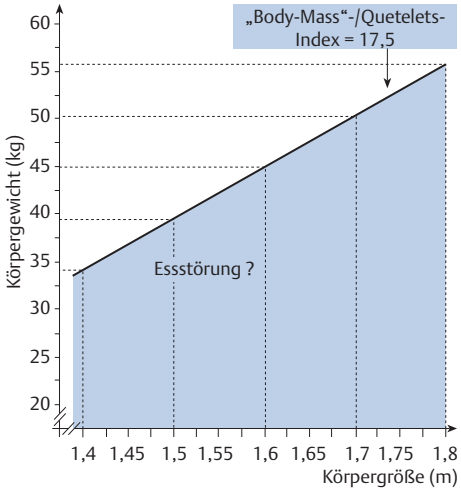


Abb. 10.1 • Orientierung bei Essstörungen, Quetelets-Index = 17,5 als Grenze

- Auffallender Tätigkeitsdrang und übertriebene körperliche bzw. sportliche Aktivität. Ehrgeiz. Häufig Phobien. Bei Bulimarexie ausgeprägte Symptome der Bulimie (S. 248).

▶ **Körperliche Begleitsymptome:**
- Endokrine Störungen: Amenorrhö, Hypoglykämie.
- Elektrolytstörungen.
- Fettstoffwechselstörungen mit Cholesterinerhöhung.
- Bradykardie, Hypotonie.
- Ödeme.
- Allgemeine körperliche Schwäche und trophische Störungen, Osteoporose.

Diagnostik

▶ **Psychopathologischer Befund:** Näheres s. Klinik (S. 246).

❑ ***Hinweis:*** Bei der Untersuchung fällt stets eine Tendenz zu Dissimulation und Verleugnung der Beschwerden wie auch der teils extremen Gewichtsabnahme auf.

▶ **Testpsychologische Persönlichkeitsdiagnostik,** z. B. SKID, SCL-90-R, FPI, MMPI, Rorschach-Test, GT.

▶ **Anamnese:** Ausführliche Anamneseerhebung einschließlich Fremdanamnese (Familie!) und Sexualanamnese. OPD. Umfeld?

▶ **Körperliche Untersuchung, apparative Diagnostik, Labor:** Abklärung der körperlichen Begleitsymptomatik bzw. -erkrankungen (S. 246). Hormonstatus.

Differenzialdiagnose

▶ Schwere konsumierende körperliche Erkrankung: Körperliche Untersuchung, organische Abklärung.

▶ Hormonelle Störung (z. B. M. Addison, Sheehan-Syndrom): Internistisch-gynäkologische Abklärung.

▶ Exzessives Fasten im Rahmen einer psychotischen Störung, z. B. bei Vergiftungswahn oder bei induzierter Psychose bzw. Indoktrinationssyndrom (S. 109).

Therapie

- **Allgemein:** Hochkalorische – gegebenenfalls parenterale – Ernährung im Rahmen einer stationären Überwachung (evtl. in psychosomatischer Fachklinik). Kriterien für die stationäre Behandlung sind: < 70 % des Normalgewichts, Kreislaufstörungen, Elektrolytstörungen. Ungünstige familiäre Situation, Depression, Isolation.
- **Psychiatrisch, psychotherapeutisch:**
  - Aufklärung. Psychoedukation (S. 363).
  - Systematisierte, aufdeckende Psychotherapie (S. 351) oder personenzentrierte Gesprächstherapie (S. 358) mit Familientherapie (S. 388) .
  - Kombination mit verhaltenstherapeutischen Maßnahmen, z. B. Selbstkontrollmethoden, Münzverstärkung, kognitive Verhaltenstherapie (S. 369). Selbsthilfegruppe (S. 431).
- **Medikamentös:** Versuch mit Olanzapin 5 mg/d p. o. abends.

Verlauf und Prognose

- Bei fehlender oder unzureichender Behandlung ungünstiger Verlauf bis hin zum Tod als Folge der Kachexie möglich. Aufgrund von Längsschnitterhebungen Mortalitätsrate zwischen 10 und 15 %.
- Chronifizierter Verlauf bei 30–40 % der Patientinnen, ebenso häufig spontane Remission. Prognostisch belastend wirken präpubertärer Krankheitsbeginn und pathologische Familienstrukturen.

Hinweis: Die Prognose bei Essstörungen ist insgesamt ungünstiger, wenn zusätzlich Zwangssymptome bestehen.

10.3 Bulimia nervosa

- **ICD-10: F 50.2 – 50.4**

Grundlagen

- **Synonym:** Hyperorexia nervosa, Essbrechsucht.
- **Definition:** Übermäßiges Essen aufgrund von Heißhungerattacken. Bei der Variante „Binge-Eating" Essanfälle ohne Erbrechen.
- **Epidemiologie:** Morbiditätsrisiko: ca. 1–3 % der weiblichen, 0,3 % der männlichen Bevölkerung. Überwiegend Personen aus mittleren und höheren sozialen Schichten. Beginn in der späten Adoleszenz.

  Ätiologie und Pathogenese: Unterschiedliche Erklärungshypothesen (S. 245):
  - *Psychodynamisch:*
    - Primär Selbstunsicherheit, Impulsivität und verminderte Frustrationstoleranz.
    - Selbstbestrafung zugelassener Impulsdurchbrüche?
    - Verleugnung eigener Wünsche und Bedürfnisse, andererseits Selbstbelohnung durch orale Kalorienzufuhr, besonders in Stresssituationen. Ausgleich emotionaler Defizite. Psychotrope Wirkung von Glukose, Theobromin und Koffein in Schokolade!
    - Ambivalenz zwischen Symbiose und Separation. Störungen des Körperschemas und Körperselbstbilds.
  - *Neurobiologisch:* Erniedrigte Serotonintransmission.

Klinik

Hinweis: Im Gegensatz zur Anorexie (S. 246) meist deutlicher Leidensdruck!

- **Gestörtes Essverhalten:**
  - Mehrmals täglich (gehäuft nachmittags und abends) Heißhungeranfälle, gefolgt von „Essattacken" mit unkontrollierter Einverleibung größerer Mengen an (hochkalorischen) Nahrungsmitteln (oft Süßspeisen).

Therapie

- **Allgemein:** Hochkalorische – gegebenenfalls parenterale – Ernährung im Rahmen einer stationären Überwachung (evtl. in psychosomatischer Fachklinik). Kriterien für die stationäre Behandlung sind: < 70 % des Normalgewichts, Kreislaufstörungen, Elektrolytstörungen. Ungünstige familiäre Situation, Depression, Isolation.
- **Psychiatrisch, psychotherapeutisch:**
  - Aufklärung. Psychoedukation (S. 363).
  - Systematisierte, aufdeckende Psychotherapie (S. 351) oder personenzentrierte Gesprächstherapie (S. 358) mit Familientherapie (S. 388) .
  - Kombination mit verhaltenstherapeutischen Maßnahmen, z. B. Selbstkontrollmethoden, Münzverstärkung, kognitive Verhaltenstherapie (S. 369). Selbsthilfegruppe (S. 431).
- **Medikamentös:** Versuch mit Olanzapin 5 mg/d p. o. abends.

Verlauf und Prognose

- Bei fehlender oder unzureichender Behandlung ungünstiger Verlauf bis hin zum Tod als Folge der Kachexie möglich. Aufgrund von Längsschnitterhebungen Mortalitätsrate zwischen 10 und 15 %.
- Chronifizierter Verlauf bei 30–40 % der Patientinnen, ebenso häufig spontane Remission. Prognostisch belastend wirken präpubertärer Krankheitsbeginn und pathologische Familienstrukturen.

Hinweis: Die Prognose bei Essstörungen ist insgesamt ungünstiger, wenn zusätzlich Zwangssymptome bestehen.

10.3 Bulimia nervosa

- **ICD-10: F 50.2 – 50.4**

Grundlagen

- **Synonym:** Hyperorexia nervosa, Essbrechsucht.
- **Definition:** Übermäßiges Essen aufgrund von Heißhungerattacken. Bei der Variante „Binge-Eating" Essanfälle ohne Erbrechen.
- **Epidemiologie:** Morbiditätsrisiko: ca. 1–3 % der weiblichen, 0,3 % der männlichen Bevölkerung. Überwiegend Personen aus mittleren und höheren sozialen Schichten. Beginn in der späten Adoleszenz.

  Ätiologie und Pathogenese: Unterschiedliche Erklärungshypothesen (S. 245):
  - *Psychodynamisch:*
    - Primär Selbstunsicherheit, Impulsivität und verminderte Frustrationstoleranz.
    - Selbstbestrafung zugelassener Impulsdurchbrüche?
    - Verleugnung eigener Wünsche und Bedürfnisse, andererseits Selbstbelohnung durch orale Kalorienzufuhr, besonders in Stresssituationen. Ausgleich emotionaler Defizite. Psychotrope Wirkung von Glukose, Theobromin und Koffein in Schokolade!
    - Ambivalenz zwischen Symbiose und Separation. Störungen des Körperschemas und Körperselbstbilds.
  - *Neurobiologisch:* Erniedrigte Serotonintransmission.

Klinik

Hinweis: Im Gegensatz zur Anorexie (S. 246) meist deutlicher Leidensdruck!

- **Gestörtes Essverhalten:**
  - Mehrmals täglich (gehäuft nachmittags und abends) Heißhungeranfälle, gefolgt von „Essattacken" mit unkontrollierter Einverleibung größerer Mengen an (hochkalorischen) Nahrungsmitteln (oft Süßspeisen).

- Erhaltung des Normalgewichts infolge suchtartigen Erbrechens, darüber hinaus durch Gewichtskontrolle, Fasten, Laxanzienabusus, Einnahme von Appetitzüglern und/oder Schilddrüsenhormonen.

▶ **Psychopathologisch:**
- Selbstvorwürfe und Schuldgefühle, Scham, Ekel, Selbstverachtung und Depressivität bis zur Suizidalität, Stimmungsschwankungen, selbstverletzendes Verhalten, Krankheitsverleugnung.
- Vermehrte Reizbarkeit, Unruhe, Schlafstörungen, Apathie, Neigung zu Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch, Isolation.

▶ **Körperliche Begleitsymptome (-befunde)** aufgrund des chronischen Säurerefluxes und des Verlustes saurer Valenzen:
- Elektrolytstörungen: $K^+\downarrow$, $Mg^{2+}\downarrow$, hypochlorämische Alkalose mit folgenden Nierenschäden, Dehydratation, Herzrhythmusstörungen.
- Zahnschäden (ausgeprägte Karies).
- Hautschäden an den Händen durch häufiges Auslösen des Würgreflexes.
- Schmerzhafte Ösophagitis (bis zur Perforation), Dysphagie.
- Laryngitis mit Heiserkeit.
- Amenorrhoe, Libidoverlust.

Diagnostik

▶ **Psychopathologische Untersuchung** (s. Klinik). Auslöser?
▶ **Testpsychologische Persönlichkeitsdiagnostik,** z. B. SCL-90-R, SKID, DIB, Rorschach-Test, TAT, FPI.
▶ **Anamnese:** Eingehende Eigen- und Fremdanamnese (im Verlauf oft erhebliche, kurzfristige Schwankungen des Körpergewichts), OPD.
▶ **Körperliche Untersuchung, apparative Diagnostik:** Abklärung der körperlichen Sekundärschäden (S. 249).
▶ **Labor:** Ausschluss einer endokrinen oder Stoffwechselerkrankung.

Differenzialdiagnose

▶ Psychogene Polydipsie.
▶ Konversionsneurose bzw. dissoziative Störung („Brechneurose"); vgl. dissoziative Störung (S. 232).
▶ Hyperphagie mit Übergewichtigkeit als Folge einer Hirnerkrankung (z. B. nach Enzephalitis): Anamnese, Neurostatus.
▶ Kleine-Levin-Syndrom (S. 113).
▶ Saisonale Depression (S. 208): Jahreszeit, Begleitsymptome.
▶ Chronische Schizophrenie (S. 194) bzw. psychotisches Residual- oder Defektsyndrom (S. 192).
▶ Borderline-Persönlichkeit (S. 275).

❐ *Hinweis:* Hohe Komorbidität zu Persönlichkeitsstörungen vom emotional-instabilen bzw. Borderline-Typ.

Therapie

▶ **Allgemein:** Ausreichende körperliche Belastung, Sport, Bewegungstherapie. Bei Essucht ohne Erbrechen (einfacher Hyperphagie) kalorienarme Diät.
▶ **Psychiatrisch, psychotherapeutisch:**
- Aufklärung. Beratung.
- Aufdeckende, konfliktzentrierte Psychotherapie (S. 351) bzw. personenzentrierte Gesprächstherapie (S. 358).
- Verhaltenstherapie (S. 365): z. B. Kontrolle des Essverhaltens, Aversionstherapie, Münzverstärkung, Veränderung des (körperlichen) Selbstkonzeptes.
- Einbindung in eine Selbsthilfegruppe (S. 431), z. B. ANAD; Overeater Anonymus, Cinderella. Psychoedukation (S. 363).

- Versuchsweise Antidepressivum (z. B. Fluoxetin 20–40 mg/d p. o. oder Venlafaxin 50–100 mg/d p. o. oder Escitalopram 10–20 mg/d p. o.

Verlauf und Prognose

- Hartnäckige Rezidivneigung mit begleitenden depressiven Einbrüchen, Selbstvorwürfen und Entmutigung.
- Unter Behandlung Heilung in 20–30 %, Besserung in 30 % der Fälle; ansonsten ungünstiger Verlauf.

Hinweis: Belastung der Prognose durch Alkohol- und Drogenmissbrauch sowie Suizidalität.

10.4 Nicht-organische Schlafstörungen

Physiologie des Schlafes

- Anhand des Elektroenzephalogramms (S. 39) lassen sich folgende **Schlafstadien** unterscheiden:
  - *Wachzustand* (bei geschlossenen Augen): Alpha-Aktivität.
  - *Einschlafstadium:* Zerfall der Alpha-Aktivität mit Frequenzinstabilität.
  - *Leichtschlafstadium:* Theta-Aktivität mit Schlaf-Spindeln.
  - *Mitteltiefes Schlafstadium:* Hohe Delta-Wellen mit K-Komplexen und Spindeln.
  - *Tiefschlafstadium:* Hochamplitudige Delta-Wellen.
  - *Paradoxer (REM-)Schlaf:* Wie Einschlafstadium (s. o.).
- Diese verschiedenen Schlafstadien werden pro Nacht 3- bis 5-mal durchlaufen. Im Laufe der Nacht nehmen die Tiefschlafphasen ab, die REM-Phasen hingegen an Dauer und Stärke zu. Charakteristisch für den REM-Schlaf ist eine lebhafte Traumtätigkeit.
- Abb. 10.2 zeigt das übliche Schlafprofil.

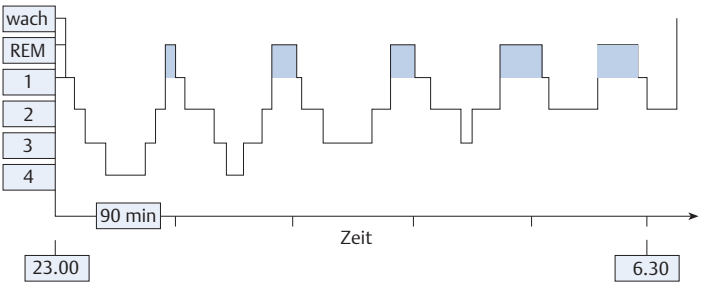


Abb. 10.2 • Schlafprofil: Darstellung einer Schlafperiode mit 5 Schlafzyklen. 1, 2, 3, 4 = Non-REM-Schlafstadien. Aus Sturm, Clarenbach. Checkliste Schlafstörungen. 1. Auflage. Stuttgart: Georg Thieme; 1997.

Klassifikation der Schlafstörungen

- Schlafstörungen sind weit verbreitet; fast alle psychische Erkrankungen gehen damit einher. Unterschieden wird zwischen F 51.0 Insomnie (S. 251), F 51.1 Hypersomnie (S. 254), F 51.2 Störung der Schlaf- Wach-Rhythmik (S. 255) und F 51 Parasomnie (S. 256).

- Versuchsweise Antidepressivum (z. B. Fluoxetin 20–40 mg/d p. o. oder Venlafaxin 50–100 mg/d p. o. oder Escitalopram 10–20 mg/d p. o.

Verlauf und Prognose

- Hartnäckige Rezidivneigung mit begleitenden depressiven Einbrüchen, Selbstvorwürfen und Entmutigung.
- Unter Behandlung Heilung in 20–30 %, Besserung in 30 % der Fälle; ansonsten ungünstiger Verlauf.

Hinweis: Belastung der Prognose durch Alkohol- und Drogenmissbrauch sowie Suizidalität.

10.4 Nicht-organische Schlafstörungen

Physiologie des Schlafes

- Anhand des Elektroenzephalogramms (S. 39) lassen sich folgende **Schlafstadien** unterscheiden:
  - *Wachzustand* (bei geschlossenen Augen): Alpha-Aktivität.
  - *Einschlafstadium:* Zerfall der Alpha-Aktivität mit Frequenzinstabilität.
  - *Leichtschlafstadium:* Theta-Aktivität mit Schlaf-Spindeln.
  - *Mitteltiefes Schlafstadium:* Hohe Delta-Wellen mit K-Komplexen und Spindeln.
  - *Tiefschlafstadium:* Hochamplitudige Delta-Wellen.
  - *Paradoxer (REM-)Schlaf:* Wie Einschlafstadium (s. o.).
- Diese verschiedenen Schlafstadien werden pro Nacht 3- bis 5-mal durchlaufen. Im Laufe der Nacht nehmen die Tiefschlafphasen ab, die REM-Phasen hingegen an Dauer und Stärke zu. Charakteristisch für den REM-Schlaf ist eine lebhafte Traumtätigkeit.
- Abb. 10.2 zeigt das übliche Schlafprofil.

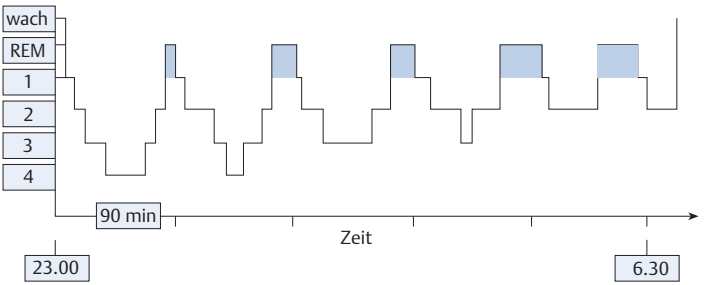


Abb. 10.2 • Schlafprofil: Darstellung einer Schlafperiode mit 5 Schlafzyklen. 1, 2, 3, 4 = Non-REM-Schlafstadien. Aus Sturm, Clarenbach. Checkliste Schlafstörungen. 1. Auflage. Stuttgart: Georg Thieme; 1997.

Klassifikation der Schlafstörungen

- Schlafstörungen sind weit verbreitet; fast alle psychische Erkrankungen gehen damit einher. Unterschieden wird zwischen F 51.0 Insomnie (S. 251), F 51.1 Hypersomnie (S. 254), F 51.2 Störung der Schlaf- Wach-Rhythmik (S. 255) und F 51 Parasomnie (S. 256).

▶ Tab. 10.1 gibt einen Überblick über die Klassifikation von Schlafstörungen:

Tab. 10.1 • **Schlafstörungen**

Dyssomnien	Parasomnien	Schlafstörungen bei organischen Erkrankungen
• intrinsisch • extrinsisch • Störungen des zirkadianen Schlafrhythmus (z. B. Jet-lag, bei Schichtarbeit)	• Aufwachstörungen (z. B. Schlaftrunkenheit, Schlafwandeln, Pavor nocturnus) • Schlaf-Wach-Übergangsstörungen (z. B. rhythmische Bewegungen, Einschlafmyoklonien) • REM-Schlafgebundene (z. B. Albträume, Schlaflähmung) • andere (z. B. Bruxismus, schlafgebundenes Verschlucken)	• psychiatrische Erkrankungen • neurologische Erkrankungen • internistische Erkrankungen

10.5 Insomnie

▶ **ICD-10: F 51.0 bzw. G 47.0**

Grundlagen

▶ **Synonym:** Hyposomnie. Schlafmangel.

▶ **Definition:** Störungen der Schlafdauer und Schlaftiefe (S. 113) aus nichtorganischen Gründen oder als Begleiterscheinung körperlicher Krankheit.

▶ **Epidemiologie:** Schlafstörungen sind verbreitet, in passagerer Form sehr häufig. 15–20 % der Bevölkerung leiden unter schwereren, behandlungsbedürftigen Schlafproblemen.

▶ **Ätiologie und Pathogenese:**
- Körpererkrankungen mit Schmerz, Fieber und Organfunktionsstörungen (vgl. Tab. 10.2).
- (Major) Depression (S. 208) mit Früherwachen und „Morgentief".
- Angststörung (S. 223), Phobien (S. 220), insbesondere Herzphobie, Schlafangst.
- Belastungsreaktion (S. 227), posttraumatische Belastungsstörung (S. 229).
- Demenz bzw. Hirnfunktionsstörungen im Rahmen zerebraler Durchblutungsstörungen (S. 122) mit nächtlicher Unruhe und Verwirrtheit.
- Maniforme Syndrome (S. 107) bei affektiven Störungen.
- Überstimulation bzw. Stimulanzieneinnahme (Koffein!); psychischer Stress; Nikotin-, Alkohol- oder Medikamentenmissbrauch.
- Entzug von Suchtmitteln.

☐ ***Hinweis:*** Hohe Komorbidität zu allen affektiven Erkrankungen!

Klinik

▶ **Insomnien/Dyssomnien:**
- *Einschlafstörungen* (verbunden mit innerer Unruhe, Grübeleien oder Angstgefühl).
- *Durchschlafstörungen* (mit unruhigem, zerhacktem Schlaf und leichter Erweckbarkeit).
- *Begleitsymptomatik:* Zunehmende Angespanntheit vor dem erneuten Schlafversuch bzw. Angst vor Schlaflosigkeit. Tagsüber Müdigkeit, Gereiztheit, Subdepressivität, zum Teil ausgeprägter Leidensdruck.
- Verstärkte Neigung zur Selbstbehandlung mit Alkohol oder Medikamenten.

☐ ***Hinweis:*** Die Schlafmenge als Qualitätsparameter ergibt sich aus dem Produkt von Schlafdauer und -tiefe.

▶ Tab. 10.1 gibt einen Überblick über die Klassifikation von Schlafstörungen:

Tab. 10.1 • **Schlafstörungen**

Dyssomnien	Parasomnien	Schlafstörungen bei organischen Erkrankungen
• intrinsisch • extrinsisch • Störungen des zirkadianen Schlafrhythmus (z. B. Jet-lag, bei Schichtarbeit)	• Aufwachstörungen (z. B. Schlaftrunkenheit, Schlafwandeln, Pavor nocturnus) • Schlaf-Wach-Übergangsstörungen (z. B. rhythmische Bewegungen, Einschlafmyoklonien) • REM-Schlafgebundene (z. B. Albträume, Schlaflähmung) • andere (z. B. Bruxismus, schlafgebundenes Verschlucken)	• psychiatrische Erkrankungen • neurologische Erkrankungen • internistische Erkrankungen

10.5 Insomnie

▶ **ICD-10: F 51.0 bzw. G 47.0**

Grundlagen

▶ **Synonym:** Hyposomnie. Schlafmangel.

▶ **Definition:** Störungen der Schlafdauer und Schlaftiefe (S. 113) aus nichtorganischen Gründen oder als Begleiterscheinung körperlicher Krankheit.

▶ **Epidemiologie:** Schlafstörungen sind verbreitet, in passagerer Form sehr häufig. 15–20 % der Bevölkerung leiden unter schwereren, behandlungsbedürftigen Schlafproblemen.

▶ **Ätiologie und Pathogenese:**
- Körpererkrankungen mit Schmerz, Fieber und Organfunktionsstörungen (vgl. Tab. 10.2).
- (Major) Depression (S. 208) mit Früherwachen und „Morgentief".
- Angststörung (S. 223), Phobien (S. 220), insbesondere Herzphobie, Schlafangst.
- Belastungsreaktion (S. 227), posttraumatische Belastungsstörung (S. 229).
- Demenz bzw. Hirnfunktionsstörungen im Rahmen zerebraler Durchblutungsstörungen (S. 122) mit nächtlicher Unruhe und Verwirrtheit.
- Maniforme Syndrome (S. 107) bei affektiven Störungen.
- Überstimulation bzw. Stimulanzieneinnahme (Koffein!); psychischer Stress; Nikotin-, Alkohol- oder Medikamentenmissbrauch.
- Entzug von Suchtmitteln.

☐ ***Hinweis:*** Hohe Komorbidität zu allen affektiven Erkrankungen!

Klinik

▶ **Insomnien/Dyssomnien:**
- *Einschlafstörungen* (verbunden mit innerer Unruhe, Grübeleien oder Angstgefühl).
- *Durchschlafstörungen* (mit unruhigem, zerhacktem Schlaf und leichter Erweckbarkeit).
- *Begleitsymptomatik:* Zunehmende Angespanntheit vor dem erneuten Schlafversuch bzw. Angst vor Schlaflosigkeit. Tagsüber Müdigkeit, Gereiztheit, Subdepressivität, zum Teil ausgeprägter Leidensdruck.
- Verstärkte Neigung zur Selbstbehandlung mit Alkohol oder Medikamenten.

☐ ***Hinweis:*** Die Schlafmenge als Qualitätsparameter ergibt sich aus dem Produkt von Schlafdauer und -tiefe.

Tab. 10.2 • **Untersuchungen bei Schlafstörungen, Schlafanamnese**

Themenkomplex	mögliche Krankheiten, Fragen
körperliche Erkrankung	• *allgemein:* chronische Schmerzen, Neoplasien • *internistisch:* Herz-Kreislauf (KHK, Rhythmusstörungen, Hypertonie, Gefäßstenosen), Lunge (COPD, Asthma bronchiale, Fibrose), Magen-Darm (Ulkus, Reflux), Nieren und Harnwege, endokrines System (z. B. Diabetes mellitus, Hypo-, Hyperthyreose, Akromegalie), Hämatologie, Onkologie • *neurologisch:* Residualsyndrome (nach Blutung, Infarkt, Entzündung, Tumor), Epilepsie, Demenz, extrapyramidale Syndrome, Schädel-Hirn-Trauma, Polyneuropathie • *dermatologisch:* juckende, brennende Hautkrankheiten
Alkohol, Medikamente, Drogen	• weiche Drogen (z. B. Cannabis) • harte Drogen (z. B. LSD, Heroin, Kokain) • Aufputschmittel, Stimulanzien, Schnüffelstoffe • andere Medikamente (s. Tab. 10.3)
psychische Störungen, psychiatrische Erkrankung	• psychische Erkrankungen bzw. psychiatrische Behandlung in der Anamnese (z. B. Depression, Burnoutsyndrom, Angsterkrankung, Phobie, Psychose, Manie)
Schlaf-Wach-Rhythmus	• Zeitpunkt des Zu-Bett-Gehens • Zeitpunkt des Aufstehens • durchschnittliche Schlafdauer • Mittagsschlaf • Schlafverhalten an Wochenden
Schlafverhalten	• Tagesmüdigkeit • spontanes Einschlafen tagsüber • Konzentrationsschwierigkeiten, Veränderungen der Leistungsfähigkeit • Einschlafschwierigkeiten • Früherwachen • nächtliche körperliche Symptome (z. B. Herzrasen, Atemnot, Husten, unruhige Beine) • Nykturie • Ödeme • Schnarchen • morgendliche Kopfschmerzen
mögliche andere Auslöser, Ursachen	• Nikotin, Kaffee, Tee, Alkohol • spätes Essen evtl. schwer verdaulicher Lebensmittel • Schlafraum: Lärm, Helligkeit, Temperatur • Grübeln, Stress, Schichtarbeit, Schmerzen

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung** (s. Klinik). Auslöser?
- **Anamnese:** Schlafanamnese(s. Tab. 10.2), Biografie und aktuelle psychosoziale Situation, Fremdanamnese. Schlaftagebuch.
- **Körperliche Untersuchung:** Ausführlicher internistischer Status (inkl. Größe, Gewicht, Bewegungsapparat).
- **Labor:** Primär Routineparameter (S. 34).
- **Apparative Diagnostik:** EKG, Röntgen-Thorax; Polysomnografie im Schlaflabor (S. 250). Aktometrie (Aufzeichnung der Aktivitäten mittels Gerät am Handgelenk).

Differenzialdiagnose

- Körperliche Erkrankung: s. o., z. B. Restless-legs-Syndrom, Schlafapnoesyndrom: Ausführliche Diagnostik.
- Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit bzw. Suchterkrankung: Anamnese, mögliche Substanzen s. Tab. 10.2, Tab. 10.3, Drogenscreening (S. 36).
- Angsterkrankung (S. 223) bzw. Angstneurose (Einschlafangst).
- Depressive Störung (S. 106).
- Manie (S. 204) bzw. andersartiges maniformes Syndrom (S. 107).

Tab. 10.3 • **Medikamente als mögliche Ursache von Schlafstörungen**

Wirkstoffgruppe	mögliche Wirkstoffe
antriebssteigernde Antidepressiva	SSRI; SNRI; MAO-A-Inhibitoren
Stimulanzien	Methylphenidat, Modafinil
nach Absetzen (Reboundeffekte)	Sedativa und Hypnotika
Nootropika	Piracetam
Rheologika	Buflomedil, Dihydroergotoxin
Antibiotika	Gyrasehemmer
Migränemittel	Methysergid
Antihypertensiva	Betablocker, Clonidin
Broncholytika	Theophyllin, Clenbuterol
Hormonpräparate	Glukokortikoide, Thyroxin, Kontrazeptiva
Antiparkinsonmittel	L-Dopa
Antikonvulsiva	Phenytoin, Barbexaclon

Therapie

- **Allgemein-psychiatrisch:**
  - Beratung und Aufklärung bezüglich Schlafhygiene (s. Tab. 10.4). Evtl. Schlafrestriktion.
  - Entspannungsübungen; Paradoxe Intention bzw. kognitive Verhaltenstherapie (S. 369).
- **Medikamentös:**
  - *Phytopharmaka:* (z. B. Baldrian, Hopfen, Melisse, Passionsblume.)
  - *Oder:* Sedierende Antidepressiva (z. B. Trimipramin 25 mg/d p. o. oder Trazodon 100 mg/d p. o. oder Mirtazapin 30 mg/d p. o.) oder L-Tryptophan oder schwachpotente Antipsychotika (z. B. Melperon 50 mg/d p. o. oder Promethazin 50 mg/d p. o.) oder Chloralhydrat 500 mg/d p. o. oder Antihistaminikum (S. 332).
  - *Passager zur Schlafeinleitung:*
    - Benzodiazepine über 2 bis maximal 4 Wochen.
    - Zaleplon 5 mg p. o. oder Zopiclon 7,5 mg p. o. oder Zolpidem (S. 332) 10 mg p. o. oder Melatoninagonist Rozerem 8 mg zur Nacht.

Verlauf und Prognose

- Bei Angst- oder hypochondrischer Störung und Suchterkrankung Tendenz zur Chronifizierung, sonst recht wechselhafter Verlauf.

Tab. 10.4 • **Grundregeln der Schlafhygiene**

Therapieempfehlungen
• Einhaltung eines regelmäßigen Tag-/Nachtrhythmus • Befolgen regelmäßiger Schlafzeiten • Verzicht auf Mittagsschlaf bzw. „Tagesnickerchen im Sessel“ • nicht länger schlafen als nötig • kein Radiohören oder Fernsehen im Schlafzimmer • Koffein- und Nikotinabstinenz • Alkohol nur in geringen Mengen • evtl. Vollbad vor dem Schlafengehen • kühles, gut gelüftetes und ausreichend abgedunkeltes Schlafzimmer • Entspannungsübungen • Vermeiden von Medikamenten, die den Schlaf stören • sorgfältige Beachtung der Therapiemaßnahmen bei Begleiterkrankungen, die den ruhigen Schlaf stören können • regelmäßiges körperliches Training (nicht kurz vor dem Schlafengehen!) • ausgeglichene Ernährung und Flüssigkeitsmenge am Abend • entspannende Abendgestaltung

aus Sturm, Clarenbach. Checkliste Schlafstörungen. 1. Auflage. Stuttgart: Georg Thieme; 1997

Tab. 10.5 • **Entspannungstechniken**

Formen
Autogenes Training (S. 360)
Progressive Muskelrelaxation (S. 361)
Biofeedback (S. 376)
Yoga, Meditation, Hypnose (S. 362)

10.6 Hypersomnie

- **ICD-10: F 51.1, bzw. G 47.1**

Grundlagen

- **Definition:** Zustände erheblicher Schläfrigkeit während des Tages (intrische Dyssomnie).
- **Epidemiologie:** Betroffen sind 2–4 % der Bevölkerung.
- **Ätiologie und Pathogenese:** Unzureichende Schlafmenge z. B. infolge Schlafapnoe-Syndroms, Narkolepsie, schlafbezogenen Myoklonien oder Restless-legs-Syndroms. Einnahme dämpfender psychotroper Substanzen (Medikamente, Drogen).

Klinik

- Ausgeprägte Schläfrigkeit mit häufigem Einnicken, Schlaftrunkenheit.
- Morgendliche Müdigkeit mit verlängerter Umschaltphase.
- Bei Narkolepsie hypnagoge Halluzinationen, Schlaflähmungen und imperative Schlafattacken.

Verlauf und Prognose

- Bei Angst- oder hypochondrischer Störung und Suchterkrankung Tendenz zur Chronifizierung, sonst recht wechselhafter Verlauf.

Tab. 10.4 • **Grundregeln der Schlafhygiene**

Therapieempfehlungen
• Einhaltung eines regelmäßigen Tag-/Nachtrhythmus • Befolgen regelmäßiger Schlafzeiten • Verzicht auf Mittagsschlaf bzw. „Tagesnickerchen im Sessel“ • nicht länger schlafen als nötig • kein Radiohören oder Fernsehen im Schlafzimmer • Koffein- und Nikotinabstinenz • Alkohol nur in geringen Mengen • evtl. Vollbad vor dem Schlafengehen • kühles, gut gelüftetes und ausreichend abgedunkeltes Schlafzimmer • Entspannungsübungen • Vermeiden von Medikamenten, die den Schlaf stören • sorgfältige Beachtung der Therapiemaßnahmen bei Begleiterkrankungen, die den ruhigen Schlaf stören können • regelmäßiges körperliches Training (nicht kurz vor dem Schlafengehen!) • ausgeglichene Ernährung und Flüssigkeitsmenge am Abend • entspannende Abendgestaltung

aus Sturm, Clarenbach. Checkliste Schlafstörungen. 1. Auflage. Stuttgart: Georg Thieme; 1997

Tab. 10.5 • **Entspannungstechniken**

Formen
Autogenes Training (S. 360)
Progressive Muskelrelaxation (S. 361)
Biofeedback (S. 376)
Yoga, Meditation, Hypnose (S. 362)

10.6 Hypersomnie

- **ICD-10: F 51.1, bzw. G 47.1**

Grundlagen

- **Definition:** Zustände erheblicher Schläfrigkeit während des Tages (intrische Dyssomnie).
- **Epidemiologie:** Betroffen sind 2–4 % der Bevölkerung.
- **Ätiologie und Pathogenese:** Unzureichende Schlafmenge z. B. infolge Schlafapnoe-Syndroms, Narkolepsie, schlafbezogenen Myoklonien oder Restless-legs-Syndroms. Einnahme dämpfender psychotroper Substanzen (Medikamente, Drogen).

Klinik

- Ausgeprägte Schläfrigkeit mit häufigem Einnicken, Schlaftrunkenheit.
- Morgendliche Müdigkeit mit verlängerter Umschaltphase.
- Bei Narkolepsie hypnagoge Halluzinationen, Schlaflähmungen und imperative Schlafattacken.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung.**
- **Anamnese:** Aktuelle, Schlaf- (s. Tab. 10.2) und Fremdanamnese.
- **Körperliche Untersuchung, apparative Diagnostik**, vgl. Schlafstörungen (S. 250): Polysomnografie im Schlaflabor, Vigilanzmessung über Tag mittels mobilem EEG.
- **Labor:** Routinelabor, bei Verdacht auf Narkolepsie zusätzlich genetische Untersuchung (HLA-DR 2, HLA-DQ 1w).

Differenzialdiagnose

- Psychomotorische epileptische Anfälle: Epilepsietypische Potenziale im Rahmen einer mobilen Langzeit-EEG-Ableitung.
- Pickwick-Syndrom (obstruktives Schlafapnoe-Syndrom): Hochgradige Adipositas, Hypoxämie, Hyperkapnie („Autonarkose").
- Medikamenten- oder Drogenmissbrauch (S. 159).
- Depressives Syndrom (S. 106), depressive Episode (S. 208).
- Kleine-Levin-Syndrom (Hypersomnie-Bulimie-Syndrom).

Therapie

- **Allgemein-psychiatrisch:** Beratung zur Schlafhygiene (Entzug von Alkohol, Nikotin und Sedativa, vgl. Tab. 10.4). Soziales Umfeld aufklären!
- **Medikamentös:** Versuch mit Psychostimulanzien (z. B. Modafinil [Vigil] – Btm-verschreibungspflichtig!) morgens und mittags je 200 mg p. o. *oder* Moclobemid morgens und mittags je 150 mg p. o. *oder* morgens Fluoxetin 20–40 mg p. o. oder Venlafaxin 50 mg/d oder Atomoxetin 30 mg). Bei Kataplexie Versuch mit GHB (Xyrem – Btm-Rezept-pflichtig: 6–9 mg zur Nacht!

Verlauf und Prognose

- Abhängig von der Grunderkrankung. Begleitende Depressionen und soziale Beeinträchtigungen wirken belastend.

10.7 Störung der Schlaf-Wach-Rhythmik

- **ICD-10: F 51.2 bzw. G 47.2**

Grundlagen

- **Definition:** Desynchronisation zwischen zirkadianer biologischer Rhythmik und äußeren Zeitgebern mit Verschiebungen der Schlaf-Wach-Periodik (intrische Dyssomnie).
- **Ätiologie und Pathogenese:** Prädisponierend ist ein Lebensstil mit wechselnden Aktivitäts- und Ruhephasen (z. B. Schichtarbeit, Flugreisen).

Klinik

Tab. 10.6 • **Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus**

Manifestation	Charakteristika	Begleitsymptomatik
vorverlagerter Typ	Früherwachen mit Vorverlagerung abendlicher Aktivitäten (häufig bei älteren Menschen)	Depressivität und Müdigkeit am Abend
verzögerter Typ	verspätete Aktivitätsphase am Morgen und Vormittag mit spätem Zubettgehen (gehäuft bei jungen Menschen oder Psychosekranken mit fehlender Tagesstrukturierung)	soziale Integrationsprobleme

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung.**
- **Anamnese:** Aktuelle, Schlaf- (s. Tab. 10.2) und Fremdanamnese.
- **Körperliche Untersuchung, apparative Diagnostik**, vgl. Schlafstörungen (S. 250): Polysomnografie im Schlaflabor, Vigilanzmessung über Tag mittels mobilem EEG.
- **Labor:** Routinelabor, bei Verdacht auf Narkolepsie zusätzlich genetische Untersuchung (HLA-DR 2, HLA-DQ 1w).

Differenzialdiagnose

- Psychomotorische epileptische Anfälle: Epilepsietypische Potenziale im Rahmen einer mobilen Langzeit-EEG-Ableitung.
- Pickwick-Syndrom (obstruktives Schlafapnoe-Syndrom): Hochgradige Adipositas, Hypoxämie, Hyperkapnie („Autonarkose").
- Medikamenten- oder Drogenmissbrauch (S. 159).
- Depressives Syndrom (S. 106), depressive Episode (S. 208).
- Kleine-Levin-Syndrom (Hypersomnie-Bulimie-Syndrom).

Therapie

- **Allgemein-psychiatrisch:** Beratung zur Schlafhygiene (Entzug von Alkohol, Nikotin und Sedativa, vgl. Tab. 10.4). Soziales Umfeld aufklären!
- **Medikamentös:** Versuch mit Psychostimulanzien (z. B. Modafinil [Vigil] – Btm-verschreibungspflichtig!) morgens und mittags je 200 mg p. o. *oder* Moclobemid morgens und mittags je 150 mg p. o. *oder* morgens Fluoxetin 20–40 mg p. o. oder Venlafaxin 50 mg/d oder Atomoxetin 30 mg). Bei Kataplexie Versuch mit GHB (Xyrem – Btm-Rezept-pflichtig: 6–9 mg zur Nacht!

Verlauf und Prognose

- Abhängig von der Grunderkrankung. Begleitende Depressionen und soziale Beeinträchtigungen wirken belastend.

10.7 Störung der Schlaf-Wach-Rhythmik

- **ICD-10: F 51.2 bzw. G 47.2**

Grundlagen

- **Definition:** Desynchronisation zwischen zirkadianer biologischer Rhythmik und äußeren Zeitgebern mit Verschiebungen der Schlaf-Wach-Periodik (intrische Dyssomnie).
- **Ätiologie und Pathogenese:** Prädisponierend ist ein Lebensstil mit wechselnden Aktivitäts- und Ruhephasen (z. B. Schichtarbeit, Flugreisen).

Klinik

Tab. 10.6 • **Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus**

Manifestation	Charakteristika	Begleitsymptomatik
vorverlagerter Typ	Früherwachen mit Vorverlagerung abendlicher Aktivitäten (häufig bei älteren Menschen)	Depressivität und Müdigkeit am Abend
verzögerter Typ	verspätete Aktivitätsphase am Morgen und Vormittag mit spätem Zubettgehen (gehäuft bei jungen Menschen oder Psychosekranken mit fehlender Tagesstrukturierung)	soziale Integrationsprobleme

Tab. 10.6 • **Fortsetzung**

Manifestation	Charakteristika	Begleitsymptomatik
desorganisierter Typ	Fehlen einer täglichen Hauptschlafperiode (meistens bei älteren oder bettlägrigen Menschen)	Müdigkeit und verminderte Leistungsfähigkeit tagsüber
häufig wechselnder Typ	mehrperiodisches Schlafverhalten über Tag durch äußere Einflüsse (Schichtarbeit, Transmeridianflüge)	verminderte Leistungsfähigkeit und Stressempfindlichkeit

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung:** Siehe auch Klinik (S. 255).
- **Anamnese:** Insbesondere Schlafanamnese (s. Tab. 10.2).
- **Organische und apparative Diagnostik,** Polysomnografie im Schlaflabor (S. 250).

Differenzialdiagnose

- Psychotische Störung, insbesondere chronische Schizophrenie (S. 184).
- Persönlichkeitsstörung (S. 268).

Therapie

- **Allgemein-psychiatrisch:**
  - Beratung zur Schlafhygiene (Tab. 10.4).
  - Verschiebung der Schlaf- und Wachzeiten (nach hinten beim verzögerten Typ, nach vorn beim vorverlagerten Typ).
  - Versuch mit Lichttherapie (S. 340) oder Melatonineinnahme am Abend (z. B. Rozerem 8 mg), vor allem beim Jetlag.

Verlauf und Prognose

- Bei Ausschöpfung des Behandlungsspektrums gute Prognose.

10.8 Parasomnie

- **ICD-10: F 51 bzw. G 47.8**

Grundlagen und Klinik

- **Definition:** Den physiologischen Schlafablauf unterbrechende Störungen mit meist vegetativer Begleitsymptomatik.

Tab. 10.7 • **Kennzeichen der verschiedenen Formen der Parasomnie**

Typ	Grundlagen	Epidemiologie	Klinik
Schlafwandeln (Somnambulismus, F 51.3)	Aufwachstörung mit Dämmerzustand. *Ätiologie:* emotionale Instabilität	oft familiäre Häufung	mehrmaliges Aufsitzen oder Umhergehen meist im ersten Schlafdrittel ohne Reaktion auf Ansprache, danach spontanes Erwachen mit kurzzeitiger Orientierungsstörung. Amnesie

Tab. 10.6 • **Fortsetzung**

Manifestation	Charakteristika	Begleitsymptomatik
desorganisierter Typ	Fehlen einer täglichen Hauptschlafperiode (meistens bei älteren oder bettlägrigen Menschen)	Müdigkeit und verminderte Leistungsfähigkeit tagsüber
häufig wechselnder Typ	mehrperiodisches Schlafverhalten über Tag durch äußere Einflüsse (Schichtarbeit, Transmeridianflüge)	verminderte Leistungsfähigkeit und Stressempfindlichkeit

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung:** Siehe auch Klinik (S. 255).
- **Anamnese:** Insbesondere Schlafanamnese (s. Tab. 10.2).
- **Organische und apparative Diagnostik,** Polysomnografie im Schlaflabor (S. 250).

Differenzialdiagnose

- Psychotische Störung, insbesondere chronische Schizophrenie (S. 184).
- Persönlichkeitsstörung (S. 268).

Therapie

- **Allgemein-psychiatrisch:**
  - Beratung zur Schlafhygiene (Tab. 10.4).
  - Verschiebung der Schlaf- und Wachzeiten (nach hinten beim verzögerten Typ, nach vorn beim vorverlagerten Typ).
  - Versuch mit Lichttherapie (S. 340) oder Melatonineinnahme am Abend (z. B. Rozerem 8 mg), vor allem beim Jetlag.

Verlauf und Prognose

- Bei Ausschöpfung des Behandlungsspektrums gute Prognose.

10.8 Parasomnie

- **ICD-10: F 51 bzw. G 47.8**

Grundlagen und Klinik

- **Definition:** Den physiologischen Schlafablauf unterbrechende Störungen mit meist vegetativer Begleitsymptomatik.

Tab. 10.7 • **Kennzeichen der verschiedenen Formen der Parasomnie**

Typ	Grundlagen	Epidemiologie	Klinik
Schlafwandeln (Somnambulismus, F 51.3)	Aufwachstörung mit Dämmerzustand. *Ätiologie:* emotionale Instabilität	oft familiäre Häufung	mehrmaliges Aufsitzen oder Umhergehen meist im ersten Schlafdrittel ohne Reaktion auf Ansprache, danach spontanes Erwachen mit kurzzeitiger Orientierungsstörung. Amnesie

Tab. 10.7 • **Fortsetzung**

Typ	Grundlagen	Epidemiologie	Klinik
Pavor nocturnus (F 51.4)	Aufwachstörung meistens bei Kindern mit Schreien und Erregung, dranghaftem Aufstehen und Angstgefühl. *Ätiologie:* nicht eindeutig, häufig psychische Auslösung	Vorkommen bei 2–3 % aller Kinder, häufiger bei Knaben als bei Mädchen	im ersten Nachtdrittel plötzliches Erwachen mit Zeichen von Angst und Erregtheit, Aufspringen und Herumlaufen. Keine Reaktionen auf Ansprache bzw. Verwirrtheit. Anschließend Amnesie
Albträume (F51.5) Intensives Träumen meist gegen morgen	*Ätiologie:* häufig belastende Lebensereignisse, auch Einnahme von trizyklischen Antidepressiva, Benzodiazepinen und Hypnotika	Vorkommen bei 5 % der Bevölkerung, häufiger bei Frauen	im letzten Nachtdrittel auftretende angsterregende Traumerlebnisse mit detallierter Erinnerung, verzögertes erneutes Einschlafen

Tab. 10.8 • **Typische Befunde bei verschiedenen Formen der Parasomnie**

Typ	EEG	Dauer
Schlafwandeln	Mischung von Non-REM-Phasen und Aktivitäten niedriger Amplitude (Schlafstadien III und IV)	Minuten bis zu einer halben Stunde
Pavor nocturnus	im Non-REM-Schlaf mit δ-Aktivität (Schlafphase III und IV)	1–2 Minuten
Albträume	abruptes Aufwachen aus einer REM-Schlafphase	

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung:** Siehe auch Klinik (S. 255).
- **Testpsychologische Persönlichkeitsdiagnostik,** z. B. Rorschach-Test, TAT, GT.
- **Anamnese:** Schlafanamnese, biografische Anamnese, OPD. Auslöser?
- **Körperl. Untersuchung, apparative Diagnostik:** Einschließlich Polysomnografie im Schlaflabor.

Differenzialdiagnose

- Komplex-fokale bzw. psychomotorische epileptische Anfälle: Epilepsietypische Potenziale in der EEG-Ableitung.
- Medikamenten- und Drogenkonsum: Anamnese, Untersuchung, ggf. Laborscreening (S. 36).
- Dissoziative Störung (S. 232); Durchgangssyndrom (S. 138).
- Epileptischer Dämmerzustand: Bekannte Epilepsie, EEG-Befund (S. 39).

Therapie

- **Allgemein-psychiatrisch:** Beratung zur Schlafhygiene (Medikamenten- u. Drogenabstinenz, vgl. Tab. 10.4); aufdeckende Psychotherapie (S. 351).
- **Medikamentös**: Versuch mit Trimipramin 25–50 mg/p. o. zur Nacht.

Verlauf und Prognose

- Schlafwandeln und Pavor nocturnus sistieren meistens nach der Pubertät.

10.9 Erektionsstörung

▶ **ICD-10: F 52.2**

Grundlagen

▶ **Synonym:** Erektile Dysfunktion. Impotenz.
▶ **Definition:** Unfähigkeitdes Mannes zum Sexualverkehr aufgrund Erektionsschwäche.
▶ **Epidemiologie:** Vorkommen bei ca. 10–20 % der Bevölkerung.
▶ **Ätiologie und Pathogenese:**
- Sexueller Leistungsdruck bzw. Versagensangst, Erwartungsspannung, Selbstunsicherheit, Schamgefühl.
- Partnerschaftskonflikt bzw. unbewusste Ablehnung der Sexualpartnerin.

Klinik

▶ **Körperlich:** Unfähigkeit zum befriedigenden Sexualverkehr bei vorhandener Libido.
▶ **Psychopathologisch:** Depressivität, Selbstvorwürfe und Selbstwertkrisen, Hypochondrie. Gereiztheit.

Diagnostik

▶ **Psychopathologische Untersuchung:** s. Klinik (S. 258). Auslöser?
▶ **Anamnese:** Sexualanamnese, biografische Anamnese, OPD. Partnerschaft.
▶ **Testpsychologische Persönlichkeitsdiagnostik,** z. B. MMPi, TAT.
▶ **Körperliche Untersuchung, apparative Diagnostik,** insbesondere urologische bzw. gynäkologische Untersuchungen.
- Chronischer Alkoholismus bzw. Medikamentenmissbrauch, auch Gebrauch von z. B. β-Rezeptorenblockern und Antipsychotika. Nikotinsucht.
- Arterielle Hypertonie.
- Neurologische Erkrankungen: Myelopathie, Conus-/Cauda-Syndrom, Plexus-sacralis-Läsion, Neuropathie (Diabetes mellitus!). Schlafapnoe.
- Endokrinologische Störungen: Diabetes mellitus.

Therapie

▶ **Allgemein-psychiatrisch:**
- Gegebenenfalls Aufklärung und sexuelle Beratung, Empfehlung vorläufiger sexueller Abstinenz.
- Spezielle Sexualtherapie als Kombination von Psychotherapie, spezifischer Verhaltenstherapie und Partnertherapie. (Einzelheiten s. Lehrbücher der Sexualtherapie).

▶ **Medikamentös:** Versuch mit Antidepressivum Trazodon oder Enzymhemmern Sildenafil oder Tadalafil oder Vardenafil.

Verlauf und Prognose

▶ Bei sachgemäßer Behandlung gute Prognose bei über 80 % der Patienten.

10.10 Frigidität, Anorgasmie

▶ **ICD-10: F 52.0 bzw. F 52.3**

Grundlagen

▶ **Definition:**
- *Orgasmusstörung:* Nichterreichen des lustvollen Höhepunktes beim Sexualverkehr (Synonym: Anorgasmie).

- *Frigidität:* Libidoverlust mit Abnahme sexueller Aktivität (Synonym: sexuelle Hypoaktivität).

- **Epidemiologie:** Häufiger bei Frauen (bis zu 30 % der Bevölkerung).
- **Ätiologie und Pathogenese:** Psychosexuelle Fehlentwicklung, Unreife, Angst vor Schwangerschaft oder Infektion, Ekel, Schamgefühl, Partnerschaftskonflikte bzw. Ablehnung des Partners.

Klinik

- **Körperlich:** Ausbleiben des Orgasmus, häufig kombiniert mit Libidostörungen oder Vaginismus; fehlende sexuelle Appetenz.
- **Psychopathologisch:** Gereiztheit, Depressivität und Selbstwertkrisen, Spannungen in der Partnerschaft.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung** (s. Klinik).
- **Anamnese:** V. a. biografische Anamnese, OPD. Sexualanamnese, Partnerschaftskonflikte?
- **Testpsychologische Persönlichkeitsdiagnostik,** z. B. TAT, FPI.
- **Körperliche Untersuchung, apparative Diagnostik:** Urologische, gynäkologische, endokrinologische und neurologische Untersuchungen.

Differenzialdiagnose

- Dysthymia oder (Major) Depression (S. 208).
- Anpassungsstörung (S. 231).
- Hypochondrie (S. 237).
- Alkoholismus bzw. Suchterkrankung (S. 159).

Therapie, Verlauf und Prognose

- **Therapie (allgemein-psychiatrisch):** Sexuelle Aufklärung und Beratung; im Übrigen Kombination von Psycho- und Verhaltenstherapie im Rahmen partner- und familientherapeutischer Maßnahmen. (Einzelheiten s. Lehrbücher der Sexualtherapie.)
- **Verlauf und Prognose:** Bei fachgerechter spezifischer Behandlung günstige Prognose mit relativ hoher Erfolgsquote; ansonsten ist der weitere Verlauf abhängig von interpersonellen bzw. psychosozialen Einflüssen.

10.11 Ejaculatio praecox

- **ICD-10: F 52.4**

Grundlagen

- **Definition:** Vorzeitiger Samenerguss aus nichtorganischen Gründen.
- **Ätiologie und Pathogenese:** „Leistungsdruck", Erwartungsangst mit gesteigertem Ejakulationsreflex, z. B. bei sexueller Unerfahrenheit und/oder Selbstunsicherheit, mangelnde Vertrautheit mit der Partnerin. Vaginalsekret als Auslöser?

Klinik

- Samenerguss vor sexueller Befriedigung der Partnerin bzw. vor oder bereits kurz nach der Penetration.

➲ *Hinweis:* Bei Masturbation meist ausreichende Kontrolle über die Ejakulation.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung.** Auslöser?
- **Anamnese:** V. a. auch Medikamenten- und Drogenanamnese, biografische Anamnese.

- *Frigidität:* Libidoverlust mit Abnahme sexueller Aktivität (Synonym: sexuelle Hypoaktivität).

- **Epidemiologie:** Häufiger bei Frauen (bis zu 30 % der Bevölkerung).
- **Ätiologie und Pathogenese:** Psychosexuelle Fehlentwicklung, Unreife, Angst vor Schwangerschaft oder Infektion, Ekel, Schamgefühl, Partnerschaftskonflikte bzw. Ablehnung des Partners.

Klinik

- **Körperlich:** Ausbleiben des Orgasmus, häufig kombiniert mit Libidostörungen oder Vaginismus; fehlende sexuelle Appetenz.
- **Psychopathologisch:** Gereiztheit, Depressivität und Selbstwertkrisen, Spannungen in der Partnerschaft.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung** (s. Klinik).
- **Anamnese:** V. a. biografische Anamnese, OPD. Sexualanamnese, Partnerschaftskonflikte?
- **Testpsychologische Persönlichkeitsdiagnostik,** z. B. TAT, FPI.
- **Körperliche Untersuchung, apparative Diagnostik:** Urologische, gynäkologische, endokrinologische und neurologische Untersuchungen.

Differenzialdiagnose

- Dysthymia oder (Major) Depression (S. 208).
- Anpassungsstörung (S. 231).
- Hypochondrie (S. 237).
- Alkoholismus bzw. Suchterkrankung (S. 159).

Therapie, Verlauf und Prognose

- **Therapie (allgemein-psychiatrisch):** Sexuelle Aufklärung und Beratung; im Übrigen Kombination von Psycho- und Verhaltenstherapie im Rahmen partner- und familientherapeutischer Maßnahmen. (Einzelheiten s. Lehrbücher der Sexualtherapie.)
- **Verlauf und Prognose:** Bei fachgerechter spezifischer Behandlung günstige Prognose mit relativ hoher Erfolgsquote; ansonsten ist der weitere Verlauf abhängig von interpersonellen bzw. psychosozialen Einflüssen.

10.11 Ejaculatio praecox

- **ICD-10: F 52.4**

Grundlagen

- **Definition:** Vorzeitiger Samenerguss aus nichtorganischen Gründen.
- **Ätiologie und Pathogenese:** „Leistungsdruck", Erwartungsangst mit gesteigertem Ejakulationsreflex, z. B. bei sexueller Unerfahrenheit und/oder Selbstunsicherheit, mangelnde Vertrautheit mit der Partnerin. Vaginalsekret als Auslöser?

Klinik

- Samenerguss vor sexueller Befriedigung der Partnerin bzw. vor oder bereits kurz nach der Penetration.

➲ *Hinweis:* Bei Masturbation meist ausreichende Kontrolle über die Ejakulation.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung.** Auslöser?
- **Anamnese:** V. a. auch Medikamenten- und Drogenanamnese, biografische Anamnese.

- **Körperliche Untersuchung, apparative Diagnostik** zum Ausschluss organischer Ursachen (sehr selten!): V. a. urologische Untersuchung. Hormonstatus.

Differenzialdiagnose

- Schmerzhafte Erektion.

Therapie, Verlauf und Prognose

- **Therapie (allgemein-psychiatrisch):**
  - Sexuelle Aufklärung und Beratung, Entspannungsübungen bzw. verhaltenstherapeutisch-kognitive Maßnahmen. (Einzelheiten s. Lehrbücher der Sexualtherapie.)
  - Ggf. Behandlung mit SSRI.
- **Verlauf und Prognose:** Mit zunehmender sexueller Erfahrung meist Abnahme der Beeinträchtigung.

10.12 Vaginismus

- **ICD-10: F 52.5**

Grundlagen

- **Definition:** Reflexartiger Spasmus der vaginalen Muskulatur.
- **Ätiologie und Pathogenese:**
  - Meist (unbewusste) sexuelle Ängste (z. B. vor einer Schwangerschaft) oder (unbewusste) Ablehnung des Partners.
  - Ängstliche Fantasien vor Penetration nach psychotraumatischen Erfahrungen: Erleben eines schmerzhaften oder erzwungenen Koitus z. B. bei mangelhafter Lubrikation, nach sexuellem Missbrauch, Vergewaltigung, Dyspareunie (S. 261).

Klinik

- Reflektorische Verkrampfung der Scheiden- und Beckenbodenmuskulatur (Abwehrreflex) bei Penetrationsversuch.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung.**
- **Testpsychologische Persönlichkeitsdiagnostik,** z. B. MMPI, FPI, Rorschach).
- **Anamnese:** Biografische und Sexualanamnese. OPD.
- **Körperliche** bzw. gynäkologische Untersuchung (Östrogenspiegel!).

Differenzialdiagnose

- Organische Ursachen, z. B. Vaginitis oder vaginale Atrophie, Vernarbungen.

Therapie, Verlauf und Prognose

- **Therapie (allgemein-psychiatrisch):**
  - Sexuelle Beratung und Aufklärung. Entspannungsübungen (S. 360) und verhaltens- bzw. sexualtherapeutische Maßnahmen.
  - Gegebenenfalls – je nach Leidensdruck – weitergehende (aufdeckende) Psychotherapie (S. 351). Einzelheiten s. Lehrbücher der Sexualtherapie.
- **Therapie (medikamentös):** Versuch mit Anxiolytika (z. B. Lorazepam 0,5 mg p. o. 1 Std. präkoital).
- **Verlauf und Prognose:** Gut bei therapeutischer Intervention, ansonsten eher hartnäckige Störung.

- **Körperliche Untersuchung, apparative Diagnostik** zum Ausschluss organischer Ursachen (sehr selten!): V. a. urologische Untersuchung. Hormonstatus.

Differenzialdiagnose

- Schmerzhafte Erektion.

Therapie, Verlauf und Prognose

- **Therapie (allgemein-psychiatrisch):**
  - Sexuelle Aufklärung und Beratung, Entspannungsübungen bzw. verhaltenstherapeutisch-kognitive Maßnahmen. (Einzelheiten s. Lehrbücher der Sexualtherapie.)
  - Ggf. Behandlung mit SSRI.
- **Verlauf und Prognose:** Mit zunehmender sexueller Erfahrung meist Abnahme der Beeinträchtigung.

10.12 Vaginismus

- **ICD-10: F 52.5**

Grundlagen

- **Definition:** Reflexartiger Spasmus der vaginalen Muskulatur.
- **Ätiologie und Pathogenese:**
  - Meist (unbewusste) sexuelle Ängste (z. B. vor einer Schwangerschaft) oder (unbewusste) Ablehnung des Partners.
  - Ängstliche Fantasien vor Penetration nach psychotraumatischen Erfahrungen: Erleben eines schmerzhaften oder erzwungenen Koitus z. B. bei mangelhafter Lubrikation, nach sexuellem Missbrauch, Vergewaltigung, Dyspareunie (S. 261).

Klinik

- Reflektorische Verkrampfung der Scheiden- und Beckenbodenmuskulatur (Abwehrreflex) bei Penetrationsversuch.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung.**
- **Testpsychologische Persönlichkeitsdiagnostik,** z. B. MMPI, FPI, Rorschach).
- **Anamnese:** Biografische und Sexualanamnese. OPD.
- **Körperliche** bzw. gynäkologische Untersuchung (Östrogenspiegel!).

Differenzialdiagnose

- Organische Ursachen, z. B. Vaginitis oder vaginale Atrophie, Vernarbungen.

Therapie, Verlauf und Prognose

- **Therapie (allgemein-psychiatrisch):**
  - Sexuelle Beratung und Aufklärung. Entspannungsübungen (S. 360) und verhaltens- bzw. sexualtherapeutische Maßnahmen.
  - Gegebenenfalls – je nach Leidensdruck – weitergehende (aufdeckende) Psychotherapie (S. 351). Einzelheiten s. Lehrbücher der Sexualtherapie.
- **Therapie (medikamentös):** Versuch mit Anxiolytika (z. B. Lorazepam 0,5 mg p. o. 1 Std. präkoital).
- **Verlauf und Prognose:** Gut bei therapeutischer Intervention, ansonsten eher hartnäckige Störung.

10.13 Dyspareunie

- **ICD-10: F 52.6**

Grundlagen

- **Definition:** Schmerzhafter Sexualverkehr. Algopareunie.
- **Ätiologie und Pathogenese** (bei fehlenden lokalen organischen Ursachen):
  - *Fehlgeleitete Sexualerziehung bzw. mangelhafte Aufklärung:* Unkenntnis über Anatomie und Physiologie der Sexualorgane, Angst vor Schwangerschaft, unbewusste Ablehnung des Partners, unbewusste homosexuelle Neigungen.
  - *Situativ:* Widerstände gegen Kohabitation mangels vorhergehender erotischer Stimulation oder aus ungünstigen momentanen Bedingungen (z. B. Zeitdruck, Angespanntheit, Unruhe).
  - Frühere unangenehme oder traumatisierende sexuelle Erfahrungen, sexueller Missbrauch; Angst vor ansteckenden Infektionskrankheiten.

Klinik

- **Körperlich:**
  - Vaginismus (S. 260) vor oder während des Sexualverkehrs.
  - Schmerzen während oder nach der Kohabitation, mangelhafte vaginale Lubrikation.
  - Dysmenorrhö oder Amenorrhö, Menorrhagien.
- **Psychopathologisch:** Begleiterscheinungen in Form von Gereiztheit, Depressivität, Stimmungslabilität, Verlust an Selbstvertrauen und Selbstsicherheit.

Diagnostik, Differenzialdiagnose

- **Psychopathologische Untersuchung** s. Klinik.
- **Anamnese:** Partnerschaftliche Beziehungen, Sexualanamnese. OPD. Umfeld?
- **Körperliche Untersuchung, apparative Diagnostik:**
  - Gynäkologische bzw. urologische Untersuchung zum Ausschluss organischer Erkrankungen.
  - Hormonstatus.

Differenzialdiagnose

- Erkrankungen auf urologischem und/oder gynäkologischem Gebiet sowie Medikamentenmissbrauch.

Therapie, Verlauf und Prognose

- **Therapie (allgemein-psychiatrisch):**
  - Empfehlung zu (vorübergehender) sexueller Abstinenz; falls notwendig sexuelle Aufklärung und Beratung.
  - Entspannungsübungen wie autogenes Training, katathymes Bilderleben (S. 354).
  - Kombination von Psychotherapie mit verhaltenstherapeutischen Maßnahmen (S. 365) im Rahmen einer Partnertherapie.
- **Therapie (medikamentös):** Evtl. Vaginalcreme.
- **Verlauf und Prognose:** Unter sachgemäßer Behandlung ohne Zeitdruck günstige Prognose mit allmählicher Rückbildung der genannten Beschwerden.

10.14 Psychische und Verhaltensstörungen im Wochenbett

▶ **ICD-10: F 53.1**

Grundlagen

▶ **Synonym:** Wochenbettpsychose, Wochenbettdepression, Puerperalpsychose. Postpartum-Psychose.
▶ **Definition:** Im Anschluss an eine Geburt auftretende psychotische Symptomatik (meist in den ersten beiden Wochen nach der Geburt). *Laktationspsychose:* Psychische Störungen innerhalb des 1. Quartals nach der Geburt.
▶ **Epidemiologie:** Häufiger bei Erstgebärenden.
▶ **Ätiologie und Pathogenese:**
- Hormonelle Einflüsse.
- Verwandtschaft zu bipolarer Störung (S. 207)?
- Psychische Einwirkungen (z. B. Einstellung zu Kind und Partner).
- Allgemeine emotionale Stabilität, soziale Verhältnisse.

Klinik

▶ **Psychopathologisch:**
- Im Vordergrund: Depressivität bis hin zur Suizidalität. Meist assoziiert mit Erregtheit und Unruhe, Angstgefühl, Ratlosigkeit, Stimmungslabilität.
- Zusätzlich gelegentlich Verworrenheit und Sinnestäuschungen.

▶ *Hinweis:* Eine passagere Stimmungslabilität unmittelbar nach der Geburt („Maternity blues", „Heultage") ist kein psychopathologisches Symptom im engeren Sinn. Für die Diagnose entscheidend sind die Dauer und Intensität der Symptomatik sowie der Leidensdruck.

Diagnostik

▶ **Psychopathologische Untersuchung:** Querschnittssymptomatik in zeitlicher Relation zur Beendigung der Schwangerschaft bzw. Niederkunft, s. Klinik (S. 262).

Differenzialdiagnose

▶ Aktivierung einer latenten Psychose: Anamnese.
▶ Anpassungsstörung (S. 231): Genauere psychopathologische Diagnostik.

Therapie

▶ **Medikamentös:** Eine syndromorientierte psychopharmakologische Behandlung kann erfolgen, sofern abgestillt wird, mit:
- Antipsychotika der 2. Generation
- SSRI (z. B. Fluoxetin, Citaprolam, Sertralin) oder Mirtazapin.

▶ *Hinweis:* Bei Wochenbettdepressionen im Einzelfall additiver Versuch mit Östrogen.

▶ **Psychiatrisch, psychotherapeutisch:** Engmaschige stützende (supportive) psychotherapeutische Begleitung (S. 350). Gegebenenfalls soziotherapeutische Hilfen (S. 392) bei häuslicher Überforderung oder sozialen Problemen.

Verlauf und Prognose

▶ Meist gutartiger Verlauf mit Vollremission.

10.15 Asthma bronchiale

- **ICD-10: F 54, J 45**

Grundlagen

- **Definition:** Anfallsartig auftretende Dyspnoe aufgrund einer Atemwegsobstruktion durch hyperreagibles Bronchialsystem mit Kontraktion der Bronchialmuskulatur und sekundärer Schleimansammlung.
- **Epidemiologie:** Morbiditätsrisiko um 0,5–2 % der Bevölkerung.
- **Ätiologie und Pathogenese:**
  - Angeborene allergisch-dispositionelle Faktoren bzw. immunologische Einflüsse; 3-fach erhöhtes Erkrankungsrisiko bei einem Elternteil mit Asthma (wahrscheinlich autosomal-kodominanter Erbgang).
  - *Psychodynamische Hypothesen:* Fraglich Störung der symbiotischen Mutter-Kind-Einheit. Konflikt zwischen Anklammerungs- und Unabhängigkeitsbestrebungen. Nähe-Distanz-Konflikt.
  - *Uneinheitliches Persönlichkeitsprofil:* Hinweise auf Neigung zu Misstrauen und Kontaktscheu.

Klinik

- **Körperlich (Asthmaanfall):** (Lebensbedrohliche) Atemnot mit Angstgefühl und Unruhe, Husten mit zähem, glasigem Sekret, Orthopnoe, exspiratorischer Stridor, auskultatorisch Giemen und Brummen, eventuell Zyanose.
- **Psychopathologisch:** Außerhalb der akuten Symptomatik Neigung zu Depressivität, aber auch zu Bagatellisierung der Erkrankung.

Diagnostik, Differenzialdiagnose

- **Psychopathologische Untersuchung** (s. Klinik). Auslöser?
- **Testpsychologische Persönlichkeitsdiagnostik,** z. B. FPI, TAT, Rorschach-Test.
- **Anamnese:** Verlauf, Allergieauslöser, Familienanamnese (häufig allergische Diathese), zur Ermittlung psychogener Faktoren biografische + Fremdanamnese. OPD.
- **Körperliche Untersuchung, apparative Diagnostik:** Röntgen-Thorax, Allergietest, Lungenfunktion, immunologische Bestimmungen (IgE), Routinelabor.

Differenzialdiagnose

- Andere internistische Erkrankungen mit Leitsymptomen Dyspnoe und Obstruktion (Lungenembolie, chronisch obstruktive Bronchitis, Lungenödem).

Therapie, Verlauf und Prognose

- **Allgemeine Therapie:** Gezielte medikamentöse Therapie nach internistischer Maßgabe; unterstützend (soweit möglich) Entspannungsübungen, autogenes Training.
- **Psychotherapie:**
  - Atemtherapie, Biofeedback (S. 376), Psychoedukation (S. 363). Sport.
  - Verhaltenstherapie (S. 365): Wahrnehmungsschulung zur Erkennung von Auslösern, Training adäquater Verhaltensmuster („Selbstmanagement“).
  - Bei pathologischen familiären Einflüssen systemische Therapie, d. h. Familientherapie bzw. Mitbehandlung der Bezugspersonen (S. 388).
- **Verlauf und Prognose:** Unter kompetenter Behandlung eher gute Prognose bei etwa ⅔ der Asthmatiker. Bei früher Erstmanifestation bessere Remissionsquoten. Lebensbedrohliche Belastung der Prognose durch Status asthmaticus (bei rund 1 % der Asthmatiker maligner Verlauf).

10.16 Essenzielle Hypertonie

- **ICD-10: F 54, I 10**

Grundlagen

- **Definition:** Anhaltende Blutdruckerhöhung als Folge eines gesteigerten Sympathikotonus ohne bekannte körperliche Ursache.
- **Epidemiologie:** Häufigkeit: Etwa 70–90 % aller Patienten mit Hypertonie. Morbiditätsrisiko von etwa 10 %. (Einzelheiten s. Lehrbücher der Inneren Medizin.)
- **Ätiologie und Pathogenese:**
  - Genetische bzw. dispositionelle Faktoren, Ernährungsbedingungen sowie emotionale und soziale Stressoren mit begleitender und daraus folgender Sympathikotonie.
  - Persönlichkeitsstruktur: Eher zwanghaft bis perfektionistisch, leistungsorientiert und ehrgeizig, andererseits empfindsam bis empfindlich.

Klinik

- Typische Symptome der Hypertonie wie Kopfdruck, Schwindelgefühl, Augenflimmern, Müdigkeit.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung** (s. Klinik). Auslöser?
- **Testpsychologische Persönlichkeitsdiagnostik,** z. B. FPI, GT, MMPI, TAT.
- **Anamnese:** Vertiefte Exploration bzw. biografische Anamnese. OPD. Umfeld?
- **Körperl. Untersuchung, apparative Diagnostik:** Ausschluss sekundärer Hypertonie-Ursachen (renal, endokrin, Aortenisthmusstenose, medikamentös).

Differenzialdiagnose

- Sekundäre Ursachen einer Hypertonie (s. o.).
- Labile Hypertonie: Situativ bedingte, passagere Blutdruckerhöhung bei entsprechenden Erlebnisreizen, z. B. Prüfungsangst, Belastungsreaktion, psychotische Erregtheit.

Therapie

- **Allgemein** (in leichteren Fällen): Salzrestriktion, Gewichtsreduktion, Nikotin- und Koffeinabstinenz, Alkoholreduktion, Sport. (Im Übrigen s. Lehrbücher der Inneren Medizin.)
- **Psychiatrisch, psychotherapeutisch:** Beratung zur Regelung der Lebensweise einschließlich Psychohygiene, Autogenes Training oder andere Entspannungsübungen, Biofeedback (S. 376), konfliktzentrierte Psychotherapie, Bilderleben (S. 354).

Verlauf und Prognose

- Günstig bei ausreichender Behandlung; eher ungünstig bei allmählicher Fixierung zunächst situativer Blutdruckerhöhungen in Richtung stabiler Hypertonie mit begleitender, vorzeitiger Arteriosklerose und anderen Folgeerkrankungen.

10.17 Colitis ulcerosa

- **ICD-10: F 54, K 51**

Grundlagen

- **Definition:** Chronisch-entzündliche Erkrankung des Dickdarms, die histologisch Mukosa und Submukosa betrifft.

- **Epidemiologie:** Morbiditätsrisiko < 0,2 % der Bevölkerung (Vergleich: Bei Reizkolon ca. 10 %).
- **Ätiologie und Pathogenese:**
  - Unklare Genese, offenbar genetische Disposition zu umschriebenen hyperergischen Reaktionen bzw. immunologischer Instabilität. Einflüsse der Ernährung werden diskutiert (Einzelheiten s. Lehrbücher der Inneren Medizin).
  - *Persönlichkeit:* Eher passiv-abhängig, depressiv-zwanghaft und ich-schwach mit Neigung zur Anklammerung und Bedürfnis nach Zuwendung.
  - *Psychosoziale Auslöser:* z. B. Konfliktsituationen, Verlusterlebnisse, schwere Kränkungen haben offenbar schubauslösenden Einfluss.

Klinik

- **Körperlich:**
  - Reduzierter Allgemeinzustand (Gewichtsabnahme) infolge der rezidivierenden schleimig-blutigen Diarrhöen, krampfartige Bauchschmerzen (Tenesmen) und subfebrile Temperaturen.
  - Mögliche Komplikationen: Toxisches Megakolon mit Perforations- und Peritonitisgefahr, Darmblutung, Karzinom, extraintestinale Organmanifestationen (Haut, Gelenke, Lunge, Nieren, Herz, Augen, Blut, Leber).
- **Psychopathologisch:** Damit einhergehend depressive Episoden.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung** s. Klinik (S. 265).
- **Testpsychologische Persönlichkeitsdiagnostik,** z. B. FPI, Rorschach-Test, GT.
- **Anamnese:** Vertiefte Exploration zur Aufhellung möglicher psychodynamischer Einflüsse. OPD. Auslöser?
- **Körperliche Untersuchung, apparative Diagnostik:** Umfassende klinisch-internistische Abklärung (körperliche Untersuchung, Labor: BSG ↑, Dysproteinämie, Eisenmangelanämie) einschließlich endoskopischer und röntgenologischer Diagnostik.

Differenzialdiagnose

- Andere – entzündliche oder tumoröse – Erkrankungen des Darms (z. B. infektöse Enterokolitiden, Divertikulitis, Darmtuberkulose, Dickdarmkarzinom, ischämische Kolitis): Internistisch-somatische Abklärung.
- Alimentäre Intoxikation als Durchfallursache: Anamnese, somatische Abklärung, Labor.

Therapie

- **Allgemein, internistisch:**
  - *Medikamentös:* Salazosulfapyridin bzw. Mesalazin (5-Aminosalizylsäure) und/oder Glucocorticoide bzw. Immunsuppressiva (Einzelheiten s. Lehrbücher der Inneren Medizin).
  - *Diät:* Schlackenarme, kalorienreiche Kost, bei Unverträglichkeit aufgrund Laktoseintoleranz keine Milchprodukte; ggf. Wasser- und Elektrolytausgleich.
  - *Chirurgisch (Proktokolektomie):* Zur Karzinomprophylaxe bei Schleimhautdysplasien, akut bei Komplikationen (s. o.).
- **Psychiatrisch, psychotherapeutisch:** Entspannungsübungen, Autogenes Training (S. 360), Hypnose, katathymes Bilderleben (S. 354), kreative und Musiktherapie (S. 394).

Verlauf und Prognose

- Vor allem bei Schweregrad II und III (Stuhlfrequenz > 4/d, Entzündungszeichen, ausgeprägtere allgemeine Krankheitszeichen) unberechenbarer, körperlich und psychisch sehr belastender Krankheitsverlauf mit nicht vorhersehbaren Komplikationen (S. 265).

- Offenbar jahreszeitliche Schwankungen mit Frühjahrs- und Herbstgipfel.
- Bei Kindern im Allgemeinen ungünstigere Prognose.
- Gefahr der malignen Entartung umso größer, je jünger der Patient ist bzw. je länger die Erkrankung besteht.

10.18 Endogenes Ekzem

- **ICD-10: F 54, L 23–25**

Grundlagen

- **Synonym:** Neurodermitis, atopische Dermatitis.
- **Definition:** Chronisch-rezidivierendes Ekzem unbekannter Ursache.
- **Ätiologie und Pathogenese:** Offenbar Zusammenwirken genetisch-allergologischer und immunologischer Faktoren wie auch psychischer Einflüsse (Einzelheiten siehe Lehrbücher der Dermatologie):
  - *Psychodynamische Hypothesen* (fragwürdig): Mangel an emotionaler Wärme und Zuwendung während der Kindheit bei gleichzeitiger äußerer Überprotektivität und Fürsorglichkeit, aggressiv getönte Ambivalenzproblematik.
  - *Häufige Persönlichkeitszüge:* Empfindlichkeit bis zur Sensitivität, Gehemmtheit mit Kontaktstörungen, schizoide Charakterstruktur.
  - *Mögliche Auslöser:* Trennungssituationen und Reifungskrisen.

Klinik

- Rezidivierend pruriginös-juckendes Krankheitsbild mit Kratzartefakten und eventuell sekundärer Infektion.
- Bevorzugte Lokalisation: Kniekehlen, Armbeugen, Hand- und Fußgelenke, Hals (s. dermatologische Lehrbücher).
- Häufig tagesrhythmische Zunahme der Beschwerden gegen Abend.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung.** Neurosenpsychologische Diagnostik. OPD.
- **Anamnese:** Beginn, Verlauf, Auslöser.
- **Testpsychologische Persönlichkeitsdiagnostik** zur Abklärung der Lebensgeschichte sowie möglicher psychosozialer Auslöser, z. B. MMPI, FPI, GT, TAT.
- **Dermatologische Untersuchung:** Vor allem auch hinsichtlich allergologischer Ursachen (in der Familienanamnese häufig Neigung zu Allergien).

Differenzialdiagnose

- Ekzeme anderer Art, z. B. Kontaktekzem, seborrhoisches Ekzem, Stauungsekzem, Arzneimittelekzem.
- Neigung zu Selbstbeschädigung infolge Autoaggressivität bei Borderline-Störung (S. 275).
- Taktile Halluzinose (S. 90) bzw. Dermatozoenwahn (S. 140).

Therapie

- **Allgemein, dermatologisch:** Umgebungs- bzw. Klimawechsel haben häufig einen günstigen Einfluss; (spezielle Therapie s. Lehrbücher der Dermatologie).
- **Psychiatrisch, psychotherapeutisch:**
  - Therapeutische Gespräche (S. 348) bzw. Gesprächspsychotherapie (S. 358).
  - Entspannungsübungen, insbesondere Autogenes Training (S. 360).
  - Psychoedukation (S. 363).
  - Katathymes Bilderleben (S. 354).
  - Selbstbehauptungstraining (S. 383), Rollenspiel (S. 382), Psychodrama (S. 385).

- Offenbar jahreszeitliche Schwankungen mit Frühjahrs- und Herbstgipfel.
- Bei Kindern im Allgemeinen ungünstigere Prognose.
- Gefahr der malignen Entartung umso größer, je jünger der Patient ist bzw. je länger die Erkrankung besteht.

10.18 Endogenes Ekzem

- **ICD-10: F 54, L 23–25**

Grundlagen

- **Synonym:** Neurodermitis, atopische Dermatitis.
- **Definition:** Chronisch-rezidivierendes Ekzem unbekannter Ursache.
- **Ätiologie und Pathogenese:** Offenbar Zusammenwirken genetisch-allergologischer und immunologischer Faktoren wie auch psychischer Einflüsse (Einzelheiten siehe Lehrbücher der Dermatologie):
  - *Psychodynamische Hypothesen* (fragwürdig): Mangel an emotionaler Wärme und Zuwendung während der Kindheit bei gleichzeitiger äußerer Überprotektivität und Fürsorglichkeit, aggressiv getönte Ambivalenzproblematik.
  - *Häufige Persönlichkeitszüge:* Empfindlichkeit bis zur Sensitivität, Gehemmtheit mit Kontaktstörungen, schizoide Charakterstruktur.
  - *Mögliche Auslöser:* Trennungssituationen und Reifungskrisen.

Klinik

- Rezidivierend pruriginös-juckendes Krankheitsbild mit Kratzartefakten und eventuell sekundärer Infektion.
- Bevorzugte Lokalisation: Kniekehlen, Armbeugen, Hand- und Fußgelenke, Hals (s. dermatologische Lehrbücher).
- Häufig tagesrhythmische Zunahme der Beschwerden gegen Abend.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung.** Neurosenpsychologische Diagnostik. OPD.
- **Anamnese:** Beginn, Verlauf, Auslöser.
- **Testpsychologische Persönlichkeitsdiagnostik** zur Abklärung der Lebensgeschichte sowie möglicher psychosozialer Auslöser, z. B. MMPI, FPI, GT, TAT.
- **Dermatologische Untersuchung:** Vor allem auch hinsichtlich allergologischer Ursachen (in der Familienanamnese häufig Neigung zu Allergien).

Differenzialdiagnose

- Ekzeme anderer Art, z. B. Kontaktekzem, seborrhoisches Ekzem, Stauungsekzem, Arzneimittelekzem.
- Neigung zu Selbstbeschädigung infolge Autoaggressivität bei Borderline-Störung (S. 275).
- Taktile Halluzinose (S. 90) bzw. Dermatozoenwahn (S. 140).

Therapie

- **Allgemein, dermatologisch:** Umgebungs- bzw. Klimawechsel haben häufig einen günstigen Einfluss; (spezielle Therapie s. Lehrbücher der Dermatologie).
- **Psychiatrisch, psychotherapeutisch:**
  - Therapeutische Gespräche (S. 348) bzw. Gesprächspsychotherapie (S. 358).
  - Entspannungsübungen, insbesondere Autogenes Training (S. 360).
  - Psychoedukation (S. 363).
  - Katathymes Bilderleben (S. 354).
  - Selbstbehauptungstraining (S. 383), Rollenspiel (S. 382), Psychodrama (S. 385).

- **Medikamentös:** Bei zusätzlich vorliegender ausgeprägter Nervosität und Unruhe Verordnung von schwachpotenten Antipsychotika (z. B. Promethazin) oder nichtkardioselektiven β-Rezeptorenblockern (z. B. Propanolol).

Verlauf und Prognose

- Der weitere Verlauf ist in der Regel gekennzeichnet durch deutliche, von der psychischen Verfassung abhängige Schwankungen mit Perioden der Exazerbation und erneuten Remission.
- Nach längerer Erkrankungsdauer ist eine zunehmende Lichenifizierung der Haut möglich.

11 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

11.1 Vorbemerkungen

Persönlichkeitsstörungen

Der Begriff „Persönlichkeitsstörung" ist teils an die Stelle der früher üblichen Bezeichnung „abnorme" oder „akzentuierte Persönlichkeit" bzw. „Psychopathie" getreten, teils findet er Verwendung bei Vorliegen sog. Charakter- oder Kernneurosen mit Prägnanzsymptomatik.

Unter Persönlichkeitsstörungen werden überdauernde, tief verwurzelte abnorme Verhaltens- und Erlebensweisen verstanden, die mit subjektivem Leidensdruck und/oder Beeinträchtigungen der beruflichen und sozialen Leistungsfähigkeit einhergehen, wobei die Problematik des Gesundheitsbegriffes bzw. der „Normalität" stets zu reflektieren ist. Eine „akzentuierte" Persönlichkeit stellt per se noch keinen „Krankheitsfall" dar.

Die Chronizität dieser „extremen Varianten seelischer Wesensarten", die häufig bereits während der Jugend oder frühen Erwachsenenalters als Verhaltensstörung in Erscheinung treten, impliziert hinsichtlich der **Ätiologie** nicht nur einen erheblichen konstitutionellen Anteil, sondern auch große Schwierigkeiten einer wirksamen Behandlung, erst recht hinsichtlich einer Heilung. Die Verlaufsprognose wird zudem oft durch begleitenden Substanzmissbrauch, Suizidversuche und sich rückkoppelnde soziale Schwierigkeiten bei Dissozialität belastet.

Wie bei den anderen psychiatrischen Krankheitsbildern ist auch bei diesen Störungen von einer multifaktoriellen Pathogenese auszugehen. Es gibt zudem Hinweise auf eine genetische Veranlagung, insbesondere die dissozialen und Borderline-Störungen betreffend. In **neurobiologischer** Hinsicht finden sich vermehrt Dysregulationen im Serotonintransmittersystem, etwa bei Impulskontrollproblemen, Angsterkrankungen und Zwängen, des noradrenergen Systems bei Übererregbarkeit und des dopaminergen bei Suchterkrankungen. Im EEG sind vermehrt Dysrhythmien zu registrieren. Die dem vermutlich zugrunde liegenden morphologischen Auffälligkeiten sind wahrscheinlich Ausdruck diskreter Hirnschädigungen, die auch durch frühe, epigenetische Einwirkungen von Stresshormonen wie Kortisol während der mütterlichen Schwangerschaft sowie psychosoziale postpartale Stressoren (z. B. emotionale Deprivation, Missbrauch, Verwahrlosung) entstehen können.

Soziales Milieu, Erziehung und Enkulturation sind somit wichtige pathoplastische Einflussgrößen, die sich verfestigende, persönlichkeitsprägende Verhaltensmuster entstehen lassen. Aus psychoanalytischer Sicht führen Störungen in unterschiedlichen frühkindlichen Entwicklungsstufen (orale, anale, phallische Phase) zu spezifischen Charakterbildungen. In lerntheoretischer Hinsicht spielen Vorbildfunktionen bzw. die Übernahme externer Denk- und Verhaltensweisen eine hauptsächlich prägende Rolle (Modell-Lernen).

Aus den oft störenden Verhaltensweisen können konflikthafte Interferenzen mit der Umwelt resultieren, sodass bisweilen Übergänge zu Belastungsreaktionen (S. 218) und Anpassungsstörungen fließend werden; die differenzialdiagnostische Abgrenzung zu letzteren Störungen ist oft sehr schwierig. Eine nosologische Verwandtschaft zu den Psychosen ist nicht bestätigt; es besteht jedoch ein hohes Maß an Komorbidität mit depressiven, Angst- und Zwangsstörungen.

Etwa 10–15 % der Bevölkerung sollen von Persönlichkeitsstörungen betroffen sein (Frauen häufiger als Männer außer bei Dissozialität), nicht eingerechnet die Personen mit Veranlagungen zu Impulskontrollstörungen (S. 269), Süchten (S. 159) und Sexualstörungen (S. 245).

Therapeutisch werden sowohl aufdeckende Langzeitbehandlungen empfohlen als auch Trainings zur Verhaltensmodifikation, flankiert von einer affektstabilisierenden Medikation mit MAO-Hemmern, SSRI (S. 320) oder Phasenprophylaktika (S. 324). Bei

krisenhaften Zuspitzungen sind meist stützende, aktuelle Interventionen wie auch der passagere Einsatz von Psychopharmaka erforderlich.
Die im Folgenden beschriebenen Persönlichkeits- und Verhaltensvarianten stellen die häufigsten Prägnanztypen dar; sie folgen weitgehend der Klassifikationshauptgruppe F 6 der ICD-10, eingeschlossen Störungen der Impulskontrolle bzw. süchtiges Verhalten und Sexualstörungen bzw. sexuelle Deviationen.

Tab. 11.1 • **Allgemeine Leitlinien für Persönlichkeitsstörungen (nach ICD-10 GM (2017))**

- deutliche Unausgeglichenheit in Einstellung und Verhalten in mehreren Funktionsbereichen (Affektivität, Antrieb, Impulskontrolle, Wahrnehmung und Denken, Beziehungen zu anderen)
- das Verhaltensmuster ist andauernd und nicht auf Episoden psychischer Krankheiten begrenzt
- die Störung ist nicht auf umschriebene, greifbare Hirnschädigungen, Hirnerkrankungen oder andere psychische Störungen zurückzuführen
- das Verhaltensmuster ist tief greifend gestört und in vielen persönlichen und sozialen Situationen eindeutig unpassend
- Beginn in der Kindheit und Jugend, dauerhafte Manifestation im Erwachsenenalter
- deutliches subjektives Leiden, deutliche Einschränkung der beruflichen und sozialen Leistungsfähigkeit
- die Behandlung ist oft unbefriedigend

Tab. 11.2 • **Kurze Charakterisierung der Persönlichkeitsstörungen (nach ICD-10 GM (2017))**

Persönlichkeit	Charakteristika
Sonderbar-exzentrisch	
Paranoid	misstrauisch, streitsüchtig, eifersüchtig, nachtragend, feindselig
Schizoid	Misstrauen, Argwohn, Anhedonie, emotionale Kühle, sozialer Rückzug, paranoide Ideen, Grübelzwang, Schrullenhaftigkeit
Dramatisch-emotional	
Dissozial	egozentrisch, labil, Missachtung von Normen, Delinquenz
Emotional instabil	wechselhafte Stimmung, impulsiv, ohne Berücksichtigung der Konsequenzen, unzuverlässig
Narzisstisch	selbstverliebt, Bedürfnis nach Bewunderung, kränkbar
Ängstlich-vermeidend	
Vermeidend-selbstunsicher	angespannt, unsicher, besorgt, mutlos, rasch erschöpfbar, wenig belastbar, Schonhaltung
Dependent	unselbstständig, ich-schwach, anlehnungs- u. hilfebedürftig, nachgiebig, anspruchslos
Zwanghaft	pedantisch, rigide, übergewissenhaft, perfektionistisch

Verhaltensstörungen

Störungen der Impulskontrolle bzw. **suchtartiges Verhalten** äußern sich in einem **zwanghaften Drang** zu Aktivitäten, die vorübergehend Befriedigung verschaffen, jedoch den Betreffenden völlig an eine bestimmte Tätigkeit oder Verhaltensweise binden können. Als bekannteste solcher Fehlverhaltensweisen sind etwa Spielsüchtigkeit oder pathologisches Stehlen zu nennen. Die Grenze zwischen abnormen Gewohnheiten, Leidenschaft und obsessionalem Handeln ist allerdings fließend, wie dies das exzessive Internet-Surfen („Cybersucht“) zeigt.

Süchtiges Verhalten setzt eine persönliche Fehlhaltung voraus, die für die einzelnen Verhaltensabnormitäten unterschiedlich ausgeprägt ist. Allen diesen gemeinsam sind jedoch Merkmale der Flucht aus einer frustrierenden Realität, der Entlastung durch Betäubung und Regression und dem trügerischen Ausgleich emotionaler Defizite und innerer Lehre bis zur Selbstzerstörung. Die Handlungsweisen erscheinen oft planlos, unsinnig und unmotiviert; manchmal scheint der Betroffene ihnen gar hilflos ausgeliefert. Allerdings schafft das zwanghafte Verhalten meist vorübergehend Befriedigung oder zumindest Erleichterung nach vorlaufender Angespanntheit und Erregung.
Die süchtigen Verhaltensweisen nötigen hinsichtlich der therapeutischen Strategie, der Prognose und der forensischen Aspekte zu einer Differenzierung zwischen „Sucht Sucht" und „Süchtigkeit" (S. 159) . Letztere geht im Kontrast zu den stoffgebundenen Abhängigkeiten nicht oder nur gering mit körperlichen Entzugssymptomen einher, es werden allerdings Zustände von Unruhe, Bedrücktheit, Gereiztheit und Überstimulation beobachtet. Dennoch sollten – auch aus therapeutischen Gründen – die neurobiologischen Grundlagen der echten Sucht als Unterscheidungsmerkmal nicht aus dem Auge verloren werden.
Die krankhaften Impulskontrollschwächen werfen des Weiteren oft **forensische Fragen** nach Defiziten bezüglich Steuerungs- und Selbstkontrollvermögen auf. Siehe forensische Psychiatrie (S. 405).
Schwerpunkte der **Therapie** liegen auf dem konsequenten Entzug des Stimulus („Abstinenz") und dem begleitenden psychotherapeutisch-verhaltenstherapeutischen Programm einschließlich der Erarbeitung sinnvoller Betätigungsalternativen (Hobby, Sport, Selbsthilfegruppe) als Ersatz für die destruktive bis zerstörerische Süchtigkeit.
Die heterogene Gruppe dieser psychischen Störungen ist in der ICD-10 unter der Rubrik F 63 („Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle") subsumiert. Die sexuellen Triebkontrollstörungen sind unter dem Kapitel „Sexualstörungen" (ICD-10: F 64 – F 66) beschrieben. Ess- und Magersucht werden unter „Essstörungen" (ICD-10: F 50) abgehandelt. Sie alle haben den Charakter des Dranghaften wie auch des einförmig sich Wiederholenden trotz negativer Reaktionen und sogar rechtlicher Sanktionen.
Sexualstörungen sind Beeinträchtigungen und/oder Varianten sexuellen Erlebens und Verhaltens. Zum einen gehören hierzu die sexuellen Dysfunktionen, d. h. Störungen oder Schwierigkeiten beim Sexualverkehr (S. 245). Falls hierfür keine organischen Ursachen vorliegen, zählen sie zu den somatoformen Erkrankungen (S. 219), die in der ICD-10 unter F 52 abgehandelt werden. Zum anderen zählen hierzu Störungen der **Geschlechtsidentität** und der **Sexualpräferenz**, die im Folgenden dargestellt werden. Homosexualität stellt keine psychische Erkrankung dar.
Hauptmerkmale sind in diesem Fall eine fehlende, ambivalente oder inverse Akzeptanz der eigenen, körperlich manifestierten sexuellen Identität und daraus resultierender Erlebens- und Verhaltensweisen, die sich bereits frühzeitig manifestieren und nicht korrigierbar sind. Merkmal sexueller Triebabweichung ist die „abnorme" zur Befriedigung führende Sexualpraktik, die oft zwanghaft-rituellen Charakter zeigt. Die Art der Triebbefriedigung (Sexualpräferenz) verleiht der entsprechenden sexuellen Verhaltensweise ihre besondere Prägung.
In Anbetracht der zahlreichen Spielarten sexuellen Verhaltens gibt es zwar keine scharfe Grenze zwischen „normal" und „deviant" – Sexualität ist individuell und wird von den jeweiligen gegenseitigen Vorlieben und Gewohnheiten der Sexualpartner bestimmt. Sie wird dann psychiatrisch-psychotherapeutisch relevant, wenn ihre Ausübung mit Leidensdruck, zwischenmenschlichen und sozialen Problemen einschließlich forensischer Komplikationen verbunden ist.
Wie bei den meisten psychischen Störungen muss hinsichtlich der **Entstehungsursachen** von einer multifaktoriellen Genese ausgegangen werden, bei der neben genetischen sowie pränatalen epigenetischen Determinanten und biochemisch-hormonellen, embryonalen Prägungen (v. a. bei Transsexualität) psychodynamische, lernpsychologische und soziale Faktoren wirksam sind. Letztere implizieren frühe Sozialisationsstörungen bei Fehlen stabiler Bezugspersonen und einer negativ besetzten

Vaterfigur mit zugleich überprotektiv einengender Mutter. Gefühle einer Beschädigung der sexuellen Identität, Abwehr von Angst, Ausleben von aggressiven Impulsen bei gleichzeitigem Wunsch nach Bewunderung und Geborgenheit entsprechen einer Aufrechterhaltung und Verstärkung pubertärer devianter Fantasien. Die parasexuelle bzw. deviante Entwicklung verfestigt sich von einzelnen Impulsen zu einem monoformen Orientierungsnetz in Verknüpfung mit entsprechenden, abnormen Verhaltensmustern, sodass sie progredient zu einer stabilen Lebensform wird mit – wie bereits erwähnt – auch Zeichen süchtigen Verhaltens. **Therapeutische Hilfe** ist nur dort angebracht, wo ein erkennbarer Leidensdruck vorliegt und der Betroffene motiviert ist, meistens bei Partnerkonflikten, depressiven Selbstwertkrisen oder im Rahmen strafrechtlicher Sanktionen. Infrage kommen dann psychodynamische bzw. konfliktaufdeckende Psychotherapie wie auch verhaltenstherapeutische Maßnahmen, notfalls in Kombination mit triebdämpfenden Medikamenten.
Störungen der Geschlechtsidentität (Transsexualismus) werden in der ICD-10 im Unterkapitel F 64 beschrieben, Störungen der Sexualpräferenz (sexuelle Deviation) im folgenden Kapitel F 65.

11.2 Paranoide Persönlichkeitsstörung

- **ICD-10 GM (2017): F 60.0**

Grundlagen

- **Synonym:** Fanatische oder querulatorische Persönlichkeit. „Michael-Kohlhaas-Syndrom".
- **Definition:** Person mit krankhaft gesteigerter Empfindlichkeit und/oder – bei fanatischer Persönlichkeit – auffallend kämpferischem Einsatz für (überwertige) Ideen und Vorstellungen.
- **Epidemiologie:** Vorkommen bei ca. 1 % der Bevölkerung? Beginn im frühen Erwachsenenalter. Häufiger bei Männern.
- **Ätiologie und Pathogenese:**
  - Konstitutionelle Faktoren, s. Vorbemerkungen (S. 268).
  - Möglicherweise unbewältigte Aggressionsproblematik, unbearbeitete Frustrationen und Versagungen aufgrund mangelhafter Coping-Strategien (insbesondere bei querulatorischer Persönlichkeit).

Klinik

- **Psychopathologisch:**
  - Empfindlich-sensitive, misstrauische und/oder unbelehrbar rechthaberische Haltung, Fanatismus, Einengung auf fixe Ideen.
  - Ich-Bezogenheit, Unduldsamkeit, Eifersucht oder Feindseligkeit.
  - Tendenz zu überhöhtem Selbstwertgefühl, Selbstbezogenheit.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung**, s. Klinik; Verlaufsbeoachtung.
- **Testpsychologische Persönlichkeitsdiagnostik,** z. B. SKID, IMPS, Rorschach-Test, TAT, FPI.
- **Anamnese:** Fremd- und biografische Anamnese. OPD.
- **Körperliche und apparative Untersuchung** zum Ausschluss organischer Störungen.

Differenzialdiagnose

- Schizophrenie bzw. Residualsyndrom (S. 192). Langzeitverlauf!
- Wahnhafte Störung bzw. Paranoia (S. 96).
- Rentenneurose (S. 293): Anamnese. Biografie.
- Schizoide Persönlichkeit (S. 272): Große Überschneidung, kaum Unterschiede.

Vaterfigur mit zugleich überprotektiv einengender Mutter. Gefühle einer Beschädigung der sexuellen Identität, Abwehr von Angst, Ausleben von aggressiven Impulsen bei gleichzeitigem Wunsch nach Bewunderung und Geborgenheit entsprechen einer Aufrechterhaltung und Verstärkung pubertärer devianter Fantasien. Die parasexuelle bzw. deviante Entwicklung verfestigt sich von einzelnen Impulsen zu einem monoformen Orientierungsnetz in Verknüpfung mit entsprechenden, abnormen Verhaltensmustern, sodass sie progredient zu einer stabilen Lebensform wird mit – wie bereits erwähnt – auch Zeichen süchtigen Verhaltens. **Therapeutische Hilfe** ist nur dort angebracht, wo ein erkennbarer Leidensdruck vorliegt und der Betroffene motiviert ist, meistens bei Partnerkonflikten, depressiven Selbstwertkrisen oder im Rahmen strafrechtlicher Sanktionen. Infrage kommen dann psychodynamische bzw. konfliktaufdeckende Psychotherapie wie auch verhaltenstherapeutische Maßnahmen, notfalls in Kombination mit triebdämpfenden Medikamenten.
Störungen der Geschlechtsidentität (Transsexualismus) werden in der ICD-10 im Unterkapitel F 64 beschrieben, Störungen der Sexualpräferenz (sexuelle Deviation) im folgenden Kapitel F 65.

11.2 Paranoide Persönlichkeitsstörung

- **ICD-10 GM (2017): F 60.0**

Grundlagen

- **Synonym:** Fanatische oder querulatorische Persönlichkeit. „Michael-Kohlhaas-Syndrom".
- **Definition:** Person mit krankhaft gesteigerter Empfindlichkeit und/oder – bei fanatischer Persönlichkeit – auffallend kämpferischem Einsatz für (überwertige) Ideen und Vorstellungen.
- **Epidemiologie:** Vorkommen bei ca. 1 % der Bevölkerung? Beginn im frühen Erwachsenenalter. Häufiger bei Männern.
- **Ätiologie und Pathogenese:**
  - Konstitutionelle Faktoren, s. Vorbemerkungen (S. 268).
  - Möglicherweise unbewältigte Aggressionsproblematik, unbearbeitete Frustrationen und Versagungen aufgrund mangelhafter Coping-Strategien (insbesondere bei querulatorischer Persönlichkeit).

Klinik

- **Psychopathologisch:**
  - Empfindlich-sensitive, misstrauische und/oder unbelehrbar rechthaberische Haltung, Fanatismus, Einengung auf fixe Ideen.
  - Ich-Bezogenheit, Unduldsamkeit, Eifersucht oder Feindseligkeit.
  - Tendenz zu überhöhtem Selbstwertgefühl, Selbstbezogenheit.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung**, s. Klinik; Verlaufsbeoachtung.
- **Testpsychologische Persönlichkeitsdiagnostik,** z. B. SKID, IMPS, Rorschach-Test, TAT, FPI.
- **Anamnese:** Fremd- und biografische Anamnese. OPD.
- **Körperliche und apparative Untersuchung** zum Ausschluss organischer Störungen.

Differenzialdiagnose

- Schizophrenie bzw. Residualsyndrom (S. 192). Langzeitverlauf!
- Wahnhafte Störung bzw. Paranoia (S. 96).
- Rentenneurose (S. 293): Anamnese. Biografie.
- Schizoide Persönlichkeit (S. 272): Große Überschneidung, kaum Unterschiede.

Therapie

- **Allgemein-psychiatrisch:**
  - Affektentlastende, stützende Gesprächstherapie (S. 351).
  - Entspannungsmaßnahmen (S. 360).
  - Personenzentrierte (klientenzentrierte) Therapie (S. 358).
  - Kognitive Verhaltenstherapie in Gruppenform (S. 369).
- **Medikamentös:** Versuch mit Carbamazepin (S. 326) oder Valproat (S. 327) als Langzeitbehandlung. Alternativ atypisches Antipsychotikum (z. B. Amisulprid, Aripiprazol, Quetiapin, Sertindol, Olanzapin in niedriger Dosierung).

Verlauf und Prognose

- Insgesamt wenig fluktuierender Verlauf mit konstantem Leidensdruck infolge persönlicher, beruflicher und sozialer Einschränkungen.
- Abmilderung der sthenisch-querulatorischen Haltung und damit einhergehender Aktivitäten im höheren Lebensalter.

11.3 Schizoide Persönlichkeitsstörung

- **ICD-10 GM (2017): F 60.1**

Grundlagen

- **Definition:** Person mit Neigung zu Kontaktscheu, Überempfindlichkeit und geringer emotionaler Anteilnahme.
- **Epidemiologie:** Überwiegend bei Männern vorkommende Störung (ca. 2–4 % der Bevölkerung).
- **Ätiologie und Pathogenese:**
  - Bestimmend sind konstitutionelle Faktoren, s. Vorbemerkungen (S. 268).
  - *Biografie:* In der Familie gehäuft psychische Störungen mit oft spannungsreichen, schwierigen Verhältnissen und fehlender emotionaler Wärme.

Hinweis: Hohe Komorbität mit selbstunsicherer und paranoider Persönlichkeit. Genetische Verwandtschaft zur Schizophrenie wahrscheinlich.

Klinik

- **Psychopathologisch:**
  - Anhedonie (Unvermögen zum Erleben von Freude), Misstrauen und Zwiespältigkeit.
  - Distanziertheit, Introvertiertheit und Verschlossenheit; emotionale Kühle, exzentrisches Verhalten.
  - Neigung zu Isolation und Vereinsamung infolge mangelhafter sozialer Anpassungsfähigkeit. Rückzug.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung,** s. Klinik (S. 272), Verlaufs- und Verhaltensbeobachtung.
- **Testpsychologische Persönlichkeitsdiagnostik,** z. B. SKID, MMPI, Rorschach-Test, PSE, TAT.
- **Anamnese:** Eingehende Fremd- und Eigenanamnese.

Differenzialdiagnose

- Schizophrenie vom Simplextyp (S. 194): Verlauf! Ausprägung!
- Schizotype Störung (S. 196): Verlauf, Zusatzsymptome.
- Wahnhafte Störung (S. 96), Paranoia (S. 197): Verlauf, Zusatzsymptome.
- Schizophrenes Residual- oder Defektsyndrom (S. 192): Anamnese.

Therapie

- **Allgemein-psychiatrisch:**
  - Affektentlastende, stützende Gesprächstherapie (S. 351).
  - Entspannungsmaßnahmen (S. 360).
  - Personenzentrierte (klientenzentrierte) Therapie (S. 358).
  - Kognitive Verhaltenstherapie in Gruppenform (S. 369).
- **Medikamentös:** Versuch mit Carbamazepin (S. 326) oder Valproat (S. 327) als Langzeitbehandlung. Alternativ atypisches Antipsychotikum (z. B. Amisulprid, Aripiprazol, Quetiapin, Sertindol, Olanzapin in niedriger Dosierung).

Verlauf und Prognose

- Insgesamt wenig fluktuierender Verlauf mit konstantem Leidensdruck infolge persönlicher, beruflicher und sozialer Einschränkungen.
- Abmilderung der sthenisch-querulatorischen Haltung und damit einhergehender Aktivitäten im höheren Lebensalter.

11.3 Schizoide Persönlichkeitsstörung

- **ICD-10 GM (2017): F 60.1**

Grundlagen

- **Definition:** Person mit Neigung zu Kontaktscheu, Überempfindlichkeit und geringer emotionaler Anteilnahme.
- **Epidemiologie:** Überwiegend bei Männern vorkommende Störung (ca. 2–4 % der Bevölkerung).
- **Ätiologie und Pathogenese:**
  - Bestimmend sind konstitutionelle Faktoren, s. Vorbemerkungen (S. 268).
  - *Biografie:* In der Familie gehäuft psychische Störungen mit oft spannungsreichen, schwierigen Verhältnissen und fehlender emotionaler Wärme.

Hinweis: Hohe Komorbität mit selbstunsicherer und paranoider Persönlichkeit. Genetische Verwandtschaft zur Schizophrenie wahrscheinlich.

Klinik

- **Psychopathologisch:**
  - Anhedonie (Unvermögen zum Erleben von Freude), Misstrauen und Zwiespältigkeit.
  - Distanziertheit, Introvertiertheit und Verschlossenheit; emotionale Kühle, exzentrisches Verhalten.
  - Neigung zu Isolation und Vereinsamung infolge mangelhafter sozialer Anpassungsfähigkeit. Rückzug.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung,** s. Klinik (S. 272), Verlaufs- und Verhaltensbeobachtung.
- **Testpsychologische Persönlichkeitsdiagnostik,** z. B. SKID, MMPI, Rorschach-Test, PSE, TAT.
- **Anamnese:** Eingehende Fremd- und Eigenanamnese.

Differenzialdiagnose

- Schizophrenie vom Simplextyp (S. 194): Verlauf! Ausprägung!
- Schizotype Störung (S. 196): Verlauf, Zusatzsymptome.
- Wahnhafte Störung (S. 96), Paranoia (S. 197): Verlauf, Zusatzsymptome.
- Schizophrenes Residual- oder Defektsyndrom (S. 192): Anamnese.

- Borderline-Persönlichkeitsstörung (S. 275): Begleitsymptomatik.
- Frühkindlicher Autismus (S. 296): Weitere Symptome.

Therapie, Verlauf und Prognose

- **Allgemein-psychiatrische Therapie:**
  - Soweit möglich Einbindung in Lebensgemeinschaft mit festen Bezugspersonen und stabilen Interaktionen.
  - Stützende (supportive) Psychotherapie (S. 350), Musik- (S. 395) und Ergotherapie (S. 394), Gruppenaktivitäten, Training sozialer Kompetenz (S. 384).
- **Medikamentöse Therapie:** Versuch mit Atypikum (z. B. Aripiprazol, Amisulprid, Quetiapin, Olanzapin, Ziprasidon) in geringerer Dosierung als bei Psychose-Langzeitbehandlung.
- **Verlauf und Prognose:** Im Laufe des Lebens ist eine Verfestigung bis hin zur Verschrobenheit mit bizarren Lebensgewohnheiten möglich (sog. „Sonderling").

11.4 Dissoziale Persönlichkeitsstörung

- **ICD-10 GM (2017): F 60.2**

Grundlagen

- **Synonym:** Soziopathische Persönlichkeit, antisoziale Persönlichkeit, Soziopathie.
- **Definition:** Person mit Neigung zu dissozialem Verhalten und Delinquenz.
- **Epidemiologie:** Bei ca. 4–5 % der Männer und ca. 1 % der Frauen (höhere Konkordanz bei eineiigen Zwilligen).
- **Ätiologie und Pathogenese,** s. Vorbemerkungen (S. 268):
  - Hereditäre bzw. epigenetische Einwirkungen sind schwer zu trennen von ungünstigen Sozialisationseinflüssen: Auffallend häufig sind früher Elternverlust bzw. fehlender Vater, „Broken home"-Milieu, mangelhafte Fürsorge, elterliches Delinquenzverhalten, häusliche Gewalt, Heimerziehung.
  - Neurobiologisch Hinweise auf verlangsamte EEG-Grundaktivität. Neurotransmitterdysregulationen im präfrontalen Kortex und Temporalbereich? Serotoninmangel?

Klinik

- **Psychopathologisch:**
  - Missachtung sozialer Normen und Regeln (bereits während der Kindheit Lügen, Schuleschwänzen, Vandalismus, Weglaufen und Eigentumsdelikte), Verantwortungslosigkeit, geringe Frustrationstoleranz mit Neigung zu aggressivem, auch gewalttätigem Verhalten, Tendenz zur Verwahrlosung.
  - Unfähigkeit zum Erleben von Schuldbewusstsein, emotionale Defizite, Haltschwäche, Egoismus, fehlendes Mitempfinden.
- **Begleitend:** Tendenz zu Alkohol- und Drogenmissbrauch, häufige Partnerwechsel, Promiskuität. Deliquenz.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung,** s. Klinik (S. 273); Verhaltensbeoachtung.
- **Testpsychol. Persönlichkeitsdiagnostik,** z. B. SKID, MMPI, Rorschach-Test, DIB.
- **Anamnese:** Biografie, Fremdanamnese. OPD.
- **Körperl. und apparative Untersuchungen:** Kranielles MRT, fMRT, EEG.

Differenzialdiagnose

- Frühkindl. Hirnschädigung mit/ohne Intelligenzminderung (S. 295).
- Beginnende Demenz oder andere Hirnerkrankung (S. 116).
- Chronischer Drogen- o. Medikamentenmissbrauch, Alkoholismus (S. 161).

- Borderline-Persönlichkeitsstörung (S. 275): Begleitsymptomatik.
- Frühkindlicher Autismus (S. 296): Weitere Symptome.

Therapie, Verlauf und Prognose

- **Allgemein-psychiatrische Therapie:**
  - Soweit möglich Einbindung in Lebensgemeinschaft mit festen Bezugspersonen und stabilen Interaktionen.
  - Stützende (supportive) Psychotherapie (S. 350), Musik- (S. 395) und Ergotherapie (S. 394), Gruppenaktivitäten, Training sozialer Kompetenz (S. 384).
- **Medikamentöse Therapie:** Versuch mit Atypikum (z. B. Aripiprazol, Amisulprid, Quetiapin, Olanzapin, Ziprasidon) in geringerer Dosierung als bei Psychose-Langzeitbehandlung.
- **Verlauf und Prognose:** Im Laufe des Lebens ist eine Verfestigung bis hin zur Verschrobenheit mit bizarren Lebensgewohnheiten möglich (sog. „Sonderling").

11.4 Dissoziale Persönlichkeitsstörung

- **ICD-10 GM (2017): F 60.2**

Grundlagen

- **Synonym:** Soziopathische Persönlichkeit, antisoziale Persönlichkeit, Soziopathie.
- **Definition:** Person mit Neigung zu dissozialem Verhalten und Delinquenz.
- **Epidemiologie:** Bei ca. 4–5 % der Männer und ca. 1 % der Frauen (höhere Konkordanz bei eineiigen Zwilligen).
- **Ätiologie und Pathogenese,** s. Vorbemerkungen (S. 268):
  - Hereditäre bzw. epigenetische Einwirkungen sind schwer zu trennen von ungünstigen Sozialisationseinflüssen: Auffallend häufig sind früher Elternverlust bzw. fehlender Vater, „Broken home"-Milieu, mangelhafte Fürsorge, elterliches Delinquenzverhalten, häusliche Gewalt, Heimerziehung.
  - Neurobiologisch Hinweise auf verlangsamte EEG-Grundaktivität. Neurotransmitterdysregulationen im präfrontalen Kortex und Temporalbereich? Serotoninmangel?

Klinik

- **Psychopathologisch:**
  - Missachtung sozialer Normen und Regeln (bereits während der Kindheit Lügen, Schuleschwänzen, Vandalismus, Weglaufen und Eigentumsdelikte), Verantwortungslosigkeit, geringe Frustrationstoleranz mit Neigung zu aggressivem, auch gewalttätigem Verhalten, Tendenz zur Verwahrlosung.
  - Unfähigkeit zum Erleben von Schuldbewusstsein, emotionale Defizite, Haltschwäche, Egoismus, fehlendes Mitempfinden.
- **Begleitend:** Tendenz zu Alkohol- und Drogenmissbrauch, häufige Partnerwechsel, Promiskuität. Deliquenz.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung,** s. Klinik (S. 273); Verhaltensbeoachtung.
- **Testpsychol. Persönlichkeitsdiagnostik,** z. B. SKID, MMPI, Rorschach-Test, DIB.
- **Anamnese:** Biografie, Fremdanamnese. OPD.
- **Körperl. und apparative Untersuchungen:** Kranielles MRT, fMRT, EEG.

Differenzialdiagnose

- Frühkindl. Hirnschädigung mit/ohne Intelligenzminderung (S. 295).
- Beginnende Demenz oder andere Hirnerkrankung (S. 116).
- Chronischer Drogen- o. Medikamentenmissbrauch, Alkoholismus (S. 161).

- Borderline-Persönlichkeit (S. 275).
- Emotional-instabile Persönlichkeit (S. 274).
- Psychotisches Defektsyndrom (S. 192).

Therapie

- **Allgemein-psychiatrisch:**
  - Vorrangig konsequente soziotherapeutische und edukative Maßnahmen mit Arbeitstherapie (S. 392) und Sozialtraining.
  - Adaptive Einzel- und Gruppenpsychotherapie.
- **Medikamentös:** Versuch mit Phasenprophylaktika (S. 324) oder SSRI (S. 320).

Verlauf und Prognose

- Belastung der Prognose durch Kriminalität mit hoher Rückfallquote (S. 273); vgl. Forensische Psychiatrie (S. 405).

Hinweis: Hohe Komorbidität mit Alkohol- und Drogenabhängigkeit oder anderer Suchterkrankung. In der zweiten Lebenshälfte meist Tendenz zur Resozialisierung.

11.5 Emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typ

- **ICD-10 GM (2017): F 60.30**

Grundlagen

- **Synonyme:** Explosible Persönlichkeit, aggressive Persönlichkeit. Borderline.
- **Definition:** Person mit Neigung zu heftigen Affektausbrüchen und impulsiven Reaktionen.
- **Epidemiologie:** Überwiegend bei Männern.
- **Ätiologie und Pathogenese:**
  - Konstitutionelle bzw. pränatal (epigenetisch?) erworbene Überreagibilität und Unausgeglichenheit hinsichtlich der emotionalen Belastbarkeit, s. Vorbemerkungen (S. 268).
  - *Psychodynamische Hypothese:* Inadäquate Abfuhr unbewusster Triebimpulse oder verdrängter aggressiver Regungen.

Klinik

- **Psychopathologisch:** Impulshafte, unangemessene Trotz- und Wutreaktionen bis zum Jähzorn, auch gewalttätige Handlungen, Streitlust. Latente Reizbarkeit und Launenhaftigkeit, verminderte Frustrationstoleranz; s. Leitsymptome (S. 108).

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung,** s. Klinik (S. 274); Verhaltensbeobachtung.
- **Anamnese:** Umfassende Fremdanamnese.
- **Körperliche, apparative Diagnostik:** Ausschluss hirnorganisch bedingter Störungen (Epilepsie!) oder anderweitiger körperlicher Erkrankungen (im EEG oftmals Dysrhythmien!).

Differenzialdiagnose

- Frühkindliche Hirnschädigung (S. 295) mit erethischen (vermehrt erreg- und reizbar) Verhaltensstörungen: Anamnese.
- Beginnende degenerative Erkrankung, z. B. Morbus Pick (S. 124), Frontotemporale Demenz (S. 126), Morbus Huntington (S. 128).
- Schizophrenia simplex bzw. Hebephrenie (S. 194): Verlauf.
- Medikamenten- oder Drogenmissbrauch, Alkoholismus (S. 161): Fremdanamnese.

- Borderline-Persönlichkeit (S. 275).
- Emotional-instabile Persönlichkeit (S. 274).
- Psychotisches Defektsyndrom (S. 192).

Therapie

- **Allgemein-psychiatrisch:**
  - Vorrangig konsequente soziotherapeutische und edukative Maßnahmen mit Arbeitstherapie (S. 392) und Sozialtraining.
  - Adaptive Einzel- und Gruppenpsychotherapie.
- **Medikamentös:** Versuch mit Phasenprophylaktika (S. 324) oder SSRI (S. 320).

Verlauf und Prognose

- Belastung der Prognose durch Kriminalität mit hoher Rückfallquote (S. 273); vgl. Forensische Psychiatrie (S. 405).

Hinweis: Hohe Komorbidität mit Alkohol- und Drogenabhängigkeit oder anderer Suchterkrankung. In der zweiten Lebenshälfte meist Tendenz zur Resozialisierung.

11.5 Emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typ

- **ICD-10 GM (2017): F 60.30**

Grundlagen

- **Synonyme:** Explosible Persönlichkeit, aggressive Persönlichkeit. Borderline.
- **Definition:** Person mit Neigung zu heftigen Affektausbrüchen und impulsiven Reaktionen.
- **Epidemiologie:** Überwiegend bei Männern.
- **Ätiologie und Pathogenese:**
  - Konstitutionelle bzw. pränatal (epigenetisch?) erworbene Überreagibilität und Unausgeglichenheit hinsichtlich der emotionalen Belastbarkeit, s. Vorbemerkungen (S. 268).
  - *Psychodynamische Hypothese:* Inadäquate Abfuhr unbewusster Triebimpulse oder verdrängter aggressiver Regungen.

Klinik

- **Psychopathologisch:** Impulshafte, unangemessene Trotz- und Wutreaktionen bis zum Jähzorn, auch gewalttätige Handlungen, Streitlust. Latente Reizbarkeit und Launenhaftigkeit, verminderte Frustrationstoleranz; s. Leitsymptome (S. 108).

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung,** s. Klinik (S. 274); Verhaltensbeobachtung.
- **Anamnese:** Umfassende Fremdanamnese.
- **Körperliche, apparative Diagnostik:** Ausschluss hirnorganisch bedingter Störungen (Epilepsie!) oder anderweitiger körperlicher Erkrankungen (im EEG oftmals Dysrhythmien!).

Differenzialdiagnose

- Frühkindliche Hirnschädigung (S. 295) mit erethischen (vermehrt erreg- und reizbar) Verhaltensstörungen: Anamnese.
- Beginnende degenerative Erkrankung, z. B. Morbus Pick (S. 124), Frontotemporale Demenz (S. 126), Morbus Huntington (S. 128).
- Schizophrenia simplex bzw. Hebephrenie (S. 194): Verlauf.
- Medikamenten- oder Drogenmissbrauch, Alkoholismus (S. 161): Fremdanamnese.

- Dissoziale Persönlichkeit (S. 273): Verlauf.
- Borderline-Störung (S. 275): Symptomatik.
- Impulskontrollstörung (S. 269).

Therapie, Verlauf und Prognose

- **Therapie (allgemein, medikamentös):** Im akuten Erregungszustand beruhigendes Zureden („Talking down"), zur Unterstützung Verabreichung von Benzodiazepin (z. B. Lorazepam) oder dämpfendem Antipsychotikum (z. B. Levomepromazin). Grundsätzlich Abstinenz von Alkohol und Stimulanzien.
- **Verlauf und Prognose:**
  - Mit dem Älterwerden kommt es einerseits zu einer Abmilderung der Erregbarkeit, andererseits jedoch auch zu einer möglichen Interferenz mit demenziellen Beeinträchtigungen bzw. daraus resultierender Persönlichkeitszuspitzung.
  - Der Verlauf wird belastet durch überdurchschnittlich häufige Strafverfahren wegen Sachbeschädigung oder Körperverletzung; s. forensische Psychiatrie (S. 405).

11.6 Emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ (BPS)

- **ICD-10 GM (2017): F 60.30, F 60.31**

Grundlagen

- **Synonym:** Borderline-Störung. Charakterneurose. Kernneurose.
- **Definition:** Multiple Erlebens- und Verhaltensstörungen mit besonderer Stimmungslabilität und Impulsivität.
- **Epidemiologie:** Je nach Schulmeinung 2–5 % der Bevölkerung betroffen. Vorkommen bei Frauen deutlich häufiger.
- **Ätiologie und Pathogenese:**
  - Zusammenspiel konstitutioneller und Entwicklungsfaktoren mit dem Resultat spezifischer Ich-Störungen.
  - In der (frühen) Kindheit oftmals sexueller bzw. körperlicher Missbrauch und soziale Vernachlässigung.
  - Neurobiologisch Hinweise auf Transmitterdysregulationen in Hirnstamm und limbischem System. Vereinzelt diffuse subkortikale Läsionen.

Klinik

- **Psychopathologisch (DD):**
  - Beim *impulsiven Typus* (ICD-10: F 60.30) vorrangig emotionale Instabilität und mangelnde Impulskontrolle. Reizbarkeit, Aggressivität und Neigung zu Gewalttätigkeit.
  - Beim *Borderline-Typus* (F 60.31): Instabilität im zwischenmenschlichen Bereich mit emotionalen Krisen, Suizidalität und Suiziddrohungen, Depressivität, Identitätsunsicherheit. Chronische diffuse Ängste. Hypochondrie. Selbstverletzendes und Suchtverhalten. Tendenz zu Dissozialität und Promiskuität.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung;** s. Klinik (S. 275); Verlaufsbeobachtung.
- **Testpsychologische Persönlichkeitsdiagnostik,** z. B. SKID, MMPI, DIB, BPi, SCL- 90-R, Rorschach-Test, AMDP.
- **Anamnese:** Ausführliche spezielle, biografische, Fremdanamnese. OPD.

Hinweis: Insgesamt schwierige Diagnostik, da vielfältige Überschneidungen mit anderen Persönlichkeitsstörungen wie auch Verwandtschaft zu affektiven Psychosen.

- Dissoziale Persönlichkeit (S. 273): Verlauf.
- Borderline-Störung (S. 275): Symptomatik.
- Impulskontrollstörung (S. 269).

Therapie, Verlauf und Prognose

- **Therapie (allgemein, medikamentös):** Im akuten Erregungszustand beruhigendes Zureden („Talking down"), zur Unterstützung Verabreichung von Benzodiazepin (z. B. Lorazepam) oder dämpfendem Antipsychotikum (z. B. Levomepromazin). Grundsätzlich Abstinenz von Alkohol und Stimulanzien.
- **Verlauf und Prognose:**
  - Mit dem Älterwerden kommt es einerseits zu einer Abmilderung der Erregbarkeit, andererseits jedoch auch zu einer möglichen Interferenz mit demenziellen Beeinträchtigungen bzw. daraus resultierender Persönlichkeitszuspitzung.
  - Der Verlauf wird belastet durch überdurchschnittlich häufige Strafverfahren wegen Sachbeschädigung oder Körperverletzung; s. forensische Psychiatrie (S. 405).

11.6 Emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ (BPS)

- **ICD-10 GM (2017): F 60.30, F 60.31**

Grundlagen

- **Synonym:** Borderline-Störung. Charakterneurose. Kernneurose.
- **Definition:** Multiple Erlebens- und Verhaltensstörungen mit besonderer Stimmungslabilität und Impulsivität.
- **Epidemiologie:** Je nach Schulmeinung 2–5 % der Bevölkerung betroffen. Vorkommen bei Frauen deutlich häufiger.
- **Ätiologie und Pathogenese:**
  - Zusammenspiel konstitutioneller und Entwicklungsfaktoren mit dem Resultat spezifischer Ich-Störungen.
  - In der (frühen) Kindheit oftmals sexueller bzw. körperlicher Missbrauch und soziale Vernachlässigung.
  - Neurobiologisch Hinweise auf Transmitterdysregulationen in Hirnstamm und limbischem System. Vereinzelt diffuse subkortikale Läsionen.

Klinik

- **Psychopathologisch (DD):**
  - Beim *impulsiven Typus* (ICD-10: F 60.30) vorrangig emotionale Instabilität und mangelnde Impulskontrolle. Reizbarkeit, Aggressivität und Neigung zu Gewalttätigkeit.
  - Beim *Borderline-Typus* (F 60.31): Instabilität im zwischenmenschlichen Bereich mit emotionalen Krisen, Suizidalität und Suiziddrohungen, Depressivität, Identitätsunsicherheit. Chronische diffuse Ängste. Hypochondrie. Selbstverletzendes und Suchtverhalten. Tendenz zu Dissozialität und Promiskuität.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung;** s. Klinik (S. 275); Verlaufsbeobachtung.
- **Testpsychologische Persönlichkeitsdiagnostik,** z. B. SKID, MMPI, DIB, BPi, SCL- 90-R, Rorschach-Test, AMDP.
- **Anamnese:** Ausführliche spezielle, biografische, Fremdanamnese. OPD.

Hinweis: Insgesamt schwierige Diagnostik, da vielfältige Überschneidungen mit anderen Persönlichkeitsstörungen wie auch Verwandtschaft zu affektiven Psychosen.

Differenzialdiagnose

- Frühkindliche Hirnschädigung (S. 295) bzw. frühkindlich exogenes Psychosyndrom mit Verhaltensstörungen.
- Schizophrenie vom Simplextyp (S. 194) bzw. schizophrenes Residual- oder Defektsyndrom (S. 192).
- Posttraumatische Belastungsstörung (S. 229).
- Schizotype Störung (S. 196).
- Zyklothymia (S. 214).
- Schizoide Persönlichkeit (S. 272).
- Alkoholismus oder Suchterkrankung (S. 159).
- Dissoziative Störung (S. 232).

Therapie

- **Therapie (allgemein-psychiatrisch):**
  - Adaptive, kognitive oder stützende Einzel- (S. 345) und Gruppentherapie (S. 380), langzeitig interaktionelle (Objekt-)Psychotherapie (S. 351).
  - Kognitive bzw. dialektisch-behaviorale Verhaltenstherapie (S. 369), Schema-Therapie (S. 374).
  - Musik- (S. 395), Spiel- und Bewegungstherapie (S. 344), Körpertherapie, kreative Therapien.
- **Medikamentös:** Versuch mit SSRI, MAO-Hemmern oder Atypika (S. 320) wie z. B. Olanzapin oder Amisulprid.

Verlauf und Prognose

- Bisher nicht eindeutig bestimmbar, gelegentlich katamnestisch krisenhafte psychotische Episoden.
- Insgesamt meist chronifizierter Krankheitsverlauf mit häufigen Kriseninterventionen wegen (auto-)aggressiver Durchbrüche.

11.7 Histrionische Persönlichkeitsstörung

- **ICD-10 GM (2017): F 60.4**

Grundlagen

- **Synonym:** Infantile Persönlichkeit, Hysterie, hysterische Persönlichkeit.
- **Definition:** Geltungsbedürftige Person, welche gern die öffentliche Aufmerksamkeit auf sich zieht.
- **Epidemiologie:** Vorkommen bei ca. 2–3 % der Bevölkerung. Bei Frauen häufiger. Verbreitet im Showgeschäft.
- **Ätiologie und Pathogenese:**
  - Konstitutionelle Faktoren, s. Vorbemerkungen (S. 268). Familiäre Belastung.
  - *Psychodynamisch:* Frühe Störung aufgrund mangelhafter Auseinandersetzung mit der Realität und Verharren in infantilem Wunschdenken. Ausweichmöglichkeit von der Realität mit mangelhafter Entwicklung stabiler Selbstrepräsentanz. Überdurchschnittlich lange Fixierung an Eltern und Geschwister.

Klinik

- **Psychopathologisch:**
  - Meist lebhafte, auf Selbstdarstellung bedachte Personen mit Tendenz zur Dramatik bzw. zu demonstrativen, theatralischen Verhaltensweisen, „Hochstapelei“. Renommieren bis zur Pseudologie. Eloquenz.
  - Starkes Kontaktbedürfnis mit Neigung zu Distanzlosigkeit bei gleichzeitiger Bindungsschwäche und Unstetigkeit; oberflächliche Affektivität, Reizhunger.

Differenzialdiagnose

- Frühkindliche Hirnschädigung (S. 295) bzw. frühkindlich exogenes Psychosyndrom mit Verhaltensstörungen.
- Schizophrenie vom Simplextyp (S. 194) bzw. schizophrenes Residual- oder Defektsyndrom (S. 192).
- Posttraumatische Belastungsstörung (S. 229).
- Schizotype Störung (S. 196).
- Zyklothymia (S. 214).
- Schizoide Persönlichkeit (S. 272).
- Alkoholismus oder Suchterkrankung (S. 159).
- Dissoziative Störung (S. 232).

Therapie

- **Therapie (allgemein-psychiatrisch):**
  - Adaptive, kognitive oder stützende Einzel- (S. 345) und Gruppentherapie (S. 380), langzeitig interaktionelle (Objekt-)Psychotherapie (S. 351).
  - Kognitive bzw. dialektisch-behaviorale Verhaltenstherapie (S. 369), Schema-Therapie (S. 374).
  - Musik- (S. 395), Spiel- und Bewegungstherapie (S. 344), Körpertherapie, kreative Therapien.
- **Medikamentös:** Versuch mit SSRI, MAO-Hemmern oder Atypika (S. 320) wie z. B. Olanzapin oder Amisulprid.

Verlauf und Prognose

- Bisher nicht eindeutig bestimmbar, gelegentlich katamnestisch krisenhafte psychotische Episoden.
- Insgesamt meist chronifizierter Krankheitsverlauf mit häufigen Kriseninterventionen wegen (auto-)aggressiver Durchbrüche.

11.7 Histrionische Persönlichkeitsstörung

- **ICD-10 GM (2017): F 60.4**

Grundlagen

- **Synonym:** Infantile Persönlichkeit, Hysterie, hysterische Persönlichkeit.
- **Definition:** Geltungsbedürftige Person, welche gern die öffentliche Aufmerksamkeit auf sich zieht.
- **Epidemiologie:** Vorkommen bei ca. 2–3 % der Bevölkerung. Bei Frauen häufiger. Verbreitet im Showgeschäft.
- **Ätiologie und Pathogenese:**
  - Konstitutionelle Faktoren, s. Vorbemerkungen (S. 268). Familiäre Belastung.
  - *Psychodynamisch:* Frühe Störung aufgrund mangelhafter Auseinandersetzung mit der Realität und Verharren in infantilem Wunschdenken. Ausweichmöglichkeit von der Realität mit mangelhafter Entwicklung stabiler Selbstrepräsentanz. Überdurchschnittlich lange Fixierung an Eltern und Geschwister.

Klinik

- **Psychopathologisch:**
  - Meist lebhafte, auf Selbstdarstellung bedachte Personen mit Tendenz zur Dramatik bzw. zu demonstrativen, theatralischen Verhaltensweisen, „Hochstapelei“. Renommieren bis zur Pseudologie. Eloquenz.
  - Starkes Kontaktbedürfnis mit Neigung zu Distanzlosigkeit bei gleichzeitiger Bindungsschwäche und Unstetigkeit; oberflächliche Affektivität, Reizhunger.

- Selbstbezogenheit und Egozentrik, Anspruchshaltung gegenüber Mitmenschen bei geringer sozialer Anteilnahme; erhöhte Kränkbarkeit, leichte Beeinflussbarkeit.
- Krisenhafte Zuspitzungen mit depressiven Einbrüchen und/oder Konversionssymptomen (psychogene bzw. funktionelle Körperstörungen, z. B. Schmerzen, Lähmungen).

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung,** s. Klinik (S. 276); Verlaufsbeobachtung.
- **Testpsychologische Persönlichkeitsdiagnostik,** z. B. MMPI.
- **Anamnese:** Vertiefte fremd- und biografische Anamnese. OPD.

Differenzialdiagnose

- Maniformes Syndrom (S. 107).
- Demenzielles Syndrom (S. 101).
- Drogen-, Medikamenten- oder Alkoholmissbrauch (S. 159).
- Narzisstische Persönlichkeit (S. 281).
- Dissoziative Störung (S. 232).

Hinweis: Hohe Komorbidität mit Borderline- (S. 275) und dissozialer Persönlichkeit (S. 273).

Therapie, Verlauf und Prognose

- **Allgemein-psychiatrische Therapie:** Versuch mit konfrontativer oder adaptiver Verhaltenstherapie in Gruppenform (S. 365), darüber hinaus im Umgang mit dem Betroffenen eher wohlwollende, aber gleichbleibende Distanz mit Verdeutlichung der Grenzen des persönlichen Spielraums.
- **Medikamentöse Therapie:** Bei depressiven Episoden Antidepressiva vom SSRI-Typ (S. 320).
- **Verlauf und Prognose:** Mit dem Älterwerden meist Minderung der Persönlichkeitsauffälligkeiten, gleichzeitig nicht selten Neigung zu Depressivität.

11.8 Anankastische Persönlichkeitsstörung

- **ICD-10 GM (2017): F 60.5**

Grundlagen

- **Synonym:** Zwanghafte Persönlichkeit. Anankasmus.
- **Definition:** Person mit übertriebener Ordnungsliebe und Pedanterie.
- **Epidemiologie:** Ca. 2–3 % der Bevölkerung betroffen. Bei Männern häufiger.
- **Ätiologie und Pathogenese:**
  - *Psychodynamische Leithypothese:*
    - Anankasmus als Kompensationsvorgang zur Abwehr innerer Desorganisationsimpulse.
    - Nach psychoanalytischer Auffassung „anal-retentiver Charakter" infolge missglücker Sauberkeitserziehung.
  - **Lerntheoretische Leithypothese:** Dysfunktionale Kognition als Resultat einer ichstützenden Absicherung gegen Anforderungen und Risiken.

  Hinweis: Offenbar wirken konstitutionelle Ursachen an der Entstehung mit.

Klinik

- **Psychopathologisch:**
  - Auffallende Genauigkeit, Gewissenhaftigkeit und Strenge; nur wenig Spielraum zu Kompromissbereitschaft. Disziplin. Pünktlichkeit.
  - Risikoarme Lebensführung, Streben nach allseits geordneten Verhältnissen.

- Selbstbezogenheit und Egozentrik, Anspruchshaltung gegenüber Mitmenschen bei geringer sozialer Anteilnahme; erhöhte Kränkbarkeit, leichte Beeinflussbarkeit.
- Krisenhafte Zuspitzungen mit depressiven Einbrüchen und/oder Konversionssymptomen (psychogene bzw. funktionelle Körperstörungen, z. B. Schmerzen, Lähmungen).

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung,** s. Klinik (S. 276); Verlaufsbeobachtung.
- **Testpsychologische Persönlichkeitsdiagnostik,** z. B. MMPI.
- **Anamnese:** Vertiefte fremd- und biografische Anamnese. OPD.

Differenzialdiagnose

- Maniformes Syndrom (S. 107).
- Demenzielles Syndrom (S. 101).
- Drogen-, Medikamenten- oder Alkoholmissbrauch (S. 159).
- Narzisstische Persönlichkeit (S. 281).
- Dissoziative Störung (S. 232).

Hinweis: Hohe Komorbidität mit Borderline- (S. 275) und dissozialer Persönlichkeit (S. 273).

Therapie, Verlauf und Prognose

- **Allgemein-psychiatrische Therapie:** Versuch mit konfrontativer oder adaptiver Verhaltenstherapie in Gruppenform (S. 365), darüber hinaus im Umgang mit dem Betroffenen eher wohlwollende, aber gleichbleibende Distanz mit Verdeutlichung der Grenzen des persönlichen Spielraums.
- **Medikamentöse Therapie:** Bei depressiven Episoden Antidepressiva vom SSRI-Typ (S. 320).
- **Verlauf und Prognose:** Mit dem Älterwerden meist Minderung der Persönlichkeitsauffälligkeiten, gleichzeitig nicht selten Neigung zu Depressivität.

11.8 Anankastische Persönlichkeitsstörung

- **ICD-10 GM (2017): F 60.5**

Grundlagen

- **Synonym:** Zwanghafte Persönlichkeit. Anankasmus.
- **Definition:** Person mit übertriebener Ordnungsliebe und Pedanterie.
- **Epidemiologie:** Ca. 2–3 % der Bevölkerung betroffen. Bei Männern häufiger.
- **Ätiologie und Pathogenese:**
  - *Psychodynamische Leithypothese:*
    - Anankasmus als Kompensationsvorgang zur Abwehr innerer Desorganisationsimpulse.
    - Nach psychoanalytischer Auffassung „anal-retentiver Charakter" infolge missglücker Sauberkeitserziehung.
  - **Lerntheoretische Leithypothese:** Dysfunktionale Kognition als Resultat einer ichstützenden Absicherung gegen Anforderungen und Risiken.

  Hinweis: Offenbar wirken konstitutionelle Ursachen an der Entstehung mit.

Klinik

- **Psychopathologisch:**
  - Auffallende Genauigkeit, Gewissenhaftigkeit und Strenge; nur wenig Spielraum zu Kompromissbereitschaft. Disziplin. Pünktlichkeit.
  - Risikoarme Lebensführung, Streben nach allseits geordneten Verhältnissen.

- Perfektionismus mit Kontrollneigung, Rigidität. Kleinkariertheit. Mangelhafte Flexibilität.
- Sparsamkeit und Zuverlässigkeit, aber auch Eigensinn mit querulatorischer Note; Ängstlichkeit, Zweifel, Misstrauen, Vorsicht; s. auch Wahn, paranoides Syndrom (S. 96).

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung,** s. Klinik (S. 277); Verlaufsbeobachtung.
- **Testpsychologische Persönlichkeitsdiagnostik,** z. B. SKID, SCL-90-R, HZI, MOCI, FPI, GT, HZI.
- **Anamnese:** Umfassende Eigen- und Fremdanamnese.

Differenzialdiagnose

- Zwangsstörung, Zwangsneurose (S. 225).
- Depression, anankastische Form (S. 208).
- Zwangssyndrom bei Schizophrenie (S. 184).

Hinweis: Hohe Komorbidität mit affektiven Störungen (Angst, Phobien, Depression, Hypochondrie).

Therapie, Verlauf und Prognose

- **Allgemein-psychiatrische Therapie:**
  - Aufklärung, Beratung.
  - Langzeitbehandlung in Form regelmäßiger Gesprächskontakte und Aufarbeitung situativ belastender Faktoren.
  - Autosuggestive Entspannungsübungen (S. 360) und Hypnose (S. 362).
  - Kognitive Verhaltenstherapie (S. 369). Reizreaktionsverhinderung. Im Übrigen sollte die Konfrontation mit (beruflichen) Situationen vermieden werden, die rasche Entscheidungen oder größere Kompromissbereitschaft erfordern.
- **Medikamentöse Therapie:** Versuch mit SSRI (S. 320).
- **Verlauf und Prognose:** Tendenz zur Verfestigung und Chronifizierung.

11.9 Ängstlich (vermeidende) Persönlichkeitsstörung

- **ICD-10 GM (2017): F 60.6**

Grundlagen

- **Synonym:** Selbstunsichere Persönlichkeit.
- **Definition:** Übermäßig besorgte Person mit Mangel an Selbstvertrauen und Selbstsicherheit.
- **Epidemiologie:** Bei Frauen häufiger, ca. 1–3 % der Bevölkerung betroffen.
- **Ätiologie und Pathogenese:**
  - *Psychodynamische Hypothese:*
    - Starke Mutterbindung und Überfürsorglichkeit bei schwachen bzw. fehlenden Vätern.
    - Entwicklung aus Konflikten zwischen Wollen („Ich-Ideal“) und Können („Ich“) mit begleitenden Selbstwertkrisen und Negativerfahrungen bei Misserfolg.
  - *Lerntheoretisch:* Schutzreaktion aufgrund mangelnder Autonomieentwicklung. Entwicklung zu „gelernter Hilflosigkeit“.
  - Darüber hinaus konstitutionelle Faktoren wahrscheinlich.

Klinik

- **Psychopathologisch:**
  - Selbstunsicherheit, Gehemmtheit und Schüchternheit, mangelndes Durchsetzungsvermögen, Angst vor Ablehnung.

- Perfektionismus mit Kontrollneigung, Rigidität. Kleinkariertheit. Mangelhafte Flexibilität.
- Sparsamkeit und Zuverlässigkeit, aber auch Eigensinn mit querulatorischer Note; Ängstlichkeit, Zweifel, Misstrauen, Vorsicht; s. auch Wahn, paranoides Syndrom (S. 96).

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung,** s. Klinik (S. 277); Verlaufsbeobachtung.
- **Testpsychologische Persönlichkeitsdiagnostik,** z. B. SKID, SCL-90-R, HZI, MOCI, FPI, GT, HZI.
- **Anamnese:** Umfassende Eigen- und Fremdanamnese.

Differenzialdiagnose

- Zwangsstörung, Zwangsneurose (S. 225).
- Depression, anankastische Form (S. 208).
- Zwangssyndrom bei Schizophrenie (S. 184).

Hinweis: Hohe Komorbidität mit affektiven Störungen (Angst, Phobien, Depression, Hypochondrie).

Therapie, Verlauf und Prognose

- **Allgemein-psychiatrische Therapie:**
  - Aufklärung, Beratung.
  - Langzeitbehandlung in Form regelmäßiger Gesprächskontakte und Aufarbeitung situativ belastender Faktoren.
  - Autosuggestive Entspannungsübungen (S. 360) und Hypnose (S. 362).
  - Kognitive Verhaltenstherapie (S. 369). Reizreaktionsverhinderung. Im Übrigen sollte die Konfrontation mit (beruflichen) Situationen vermieden werden, die rasche Entscheidungen oder größere Kompromissbereitschaft erfordern.
- **Medikamentöse Therapie:** Versuch mit SSRI (S. 320).
- **Verlauf und Prognose:** Tendenz zur Verfestigung und Chronifizierung.

11.9 Ängstlich (vermeidende) Persönlichkeitsstörung

- **ICD-10 GM (2017): F 60.6**

Grundlagen

- **Synonym:** Selbstunsichere Persönlichkeit.
- **Definition:** Übermäßig besorgte Person mit Mangel an Selbstvertrauen und Selbstsicherheit.
- **Epidemiologie:** Bei Frauen häufiger, ca. 1–3 % der Bevölkerung betroffen.
- **Ätiologie und Pathogenese:**
  - *Psychodynamische Hypothese:*
    - Starke Mutterbindung und Überfürsorglichkeit bei schwachen bzw. fehlenden Vätern.
    - Entwicklung aus Konflikten zwischen Wollen („Ich-Ideal“) und Können („Ich“) mit begleitenden Selbstwertkrisen und Negativerfahrungen bei Misserfolg.
  - *Lerntheoretisch:* Schutzreaktion aufgrund mangelnder Autonomieentwicklung. Entwicklung zu „gelernter Hilflosigkeit“.
  - Darüber hinaus konstitutionelle Faktoren wahrscheinlich.

Klinik

- **Psychopathologisch:**
  - Selbstunsicherheit, Gehemmtheit und Schüchternheit, mangelndes Durchsetzungsvermögen, Angst vor Ablehnung.

- Anspannung und Besorgtheit, Unsicherheit und Minderwertigkeitsgefühl; Bedürfnis nach Gewissheit und Sicherheit. Unentschlossenheit.
- Vermehrte Empfindlichkeit, Kränkbarkeit und Verletzbarkeit.
- Neigung zu Affektstau und Aggressionshemmung; häufig Selbstvorwürfe.

Diagnostik

- **Psychopathol. Untersuchung,** s. Klinik (S. 278); Verlaufs-, Verhaltensbeobachtung.
- **Testpsychologische Persönlichkeitsdiagnostik,** z. B. SCL-90-R, MDBF, SKID, MMPI, Rorschach-Test, TAT, FPI.
- **Anamnese:** Umfassende Fremd- und Eigenanamnese. OPD.

Differenzialdiagnose

- (Major) Depression (S. 208): gehemmte Form.
- Depressive Persönlichkeit bzw. depressive Neurose, Dysthymia (S. 214).
- Angststörung (S. 223).

Therapie, Verlauf und Prognose

- **Allgemein-psychiatrische Therapie:**
  - Aufklärung, Beratung.
  - Verhaltenstherapeutischer Schwerpunkt: Selbstbehauptungs- und Selbstsicherheitstraining (S. 383), Supportive Therapie (S. 350), Rollenspiel (S. 382), Psychodrama (S. 385).
  - Ergo- und Musiktherapie (S. 395), Kunsttherapie (S. 394).
- **Medikamentöse Therapie:** Bei schwerer Ausprägung zusätzlich Antidepressivum vom SSRI-Typ (S. 321) oder Moclobemid (S. 321).
- **Verlauf und Prognose:** Gute Prognose bei zufriedenstellender schulischer und beruflicher Ausbildung sowie gelungener Partnerwahl bzw. stabilen sozialen Beziehungen.

11.10 Abhängige (asthenische) Persönlichkeitsstörung

- **ICD-10 GM (2017): F 60.7**

Grundlagen

- **Synonym:** Passive Persönlichkeit, dependente Persönlichkeit.
- **Definition:** Person mit übermäßiger Unselbstständigkeit und Abhängigkeit von anderen, mangelhafter allgemeiner Belastbarkeit, geringer Ausdauer und anhaltendem Gefühl von rascher Erschöpfbarkeit.
- **Ätiologie und Pathogenese:**
  - Konstitutionelle Faktoren, s. Vorbemerkungen (S. 268).
  - Überfürsorgliche Erziehung mit mangelhafter Förderung eigener Fähigkeiten („gelernte Hilflosigkeit“).
  - Psychodynamisch: Orale Charakterstruktur. Unzulängliche Autonomieentwicklung.

Klinik

- **Psychopathologisch:**
  - Mangel an Ausdauer und Leistungsfähigkeit bei gleichzeitiger Empfindlichkeit, Ängstlichkeit.
  - Vielfältige Klagsamkeit, vermehrte Selbstbeobachtung, Versagens- und Erschöpfungsgefühl, mangelhaftes Durchsetzungsvermögen, generelle Ich-Schwäche, Bedrücktheit.
  - Mangelhaftes Selbstvertrauen, Abhängigkeit von anderen Personen bis zur Hörigkeit. Entscheidungsschwäche; Gefühl der Hilflosigkeit.

- Anspannung und Besorgtheit, Unsicherheit und Minderwertigkeitsgefühl; Bedürfnis nach Gewissheit und Sicherheit. Unentschlossenheit.
- Vermehrte Empfindlichkeit, Kränkbarkeit und Verletzbarkeit.
- Neigung zu Affektstau und Aggressionshemmung; häufig Selbstvorwürfe.

Diagnostik

- **Psychopathol. Untersuchung,** s. Klinik (S. 278); Verlaufs-, Verhaltensbeobachtung.
- **Testpsychologische Persönlichkeitsdiagnostik,** z. B. SCL-90-R, MDBF, SKID, MMPI, Rorschach-Test, TAT, FPI.
- **Anamnese:** Umfassende Fremd- und Eigenanamnese. OPD.

Differenzialdiagnose

- (Major) Depression (S. 208): gehemmte Form.
- Depressive Persönlichkeit bzw. depressive Neurose, Dysthymia (S. 214).
- Angststörung (S. 223).

Therapie, Verlauf und Prognose

- **Allgemein-psychiatrische Therapie:**
  - Aufklärung, Beratung.
  - Verhaltenstherapeutischer Schwerpunkt: Selbstbehauptungs- und Selbstsicherheitstraining (S. 383), Supportive Therapie (S. 350), Rollenspiel (S. 382), Psychodrama (S. 385).
  - Ergo- und Musiktherapie (S. 395), Kunsttherapie (S. 394).
- **Medikamentöse Therapie:** Bei schwerer Ausprägung zusätzlich Antidepressivum vom SSRI-Typ (S. 321) oder Moclobemid (S. 321).
- **Verlauf und Prognose:** Gute Prognose bei zufriedenstellender schulischer und beruflicher Ausbildung sowie gelungener Partnerwahl bzw. stabilen sozialen Beziehungen.

11.10 Abhängige (asthenische) Persönlichkeitsstörung

- **ICD-10 GM (2017): F 60.7**

Grundlagen

- **Synonym:** Passive Persönlichkeit, dependente Persönlichkeit.
- **Definition:** Person mit übermäßiger Unselbstständigkeit und Abhängigkeit von anderen, mangelhafter allgemeiner Belastbarkeit, geringer Ausdauer und anhaltendem Gefühl von rascher Erschöpfbarkeit.
- **Ätiologie und Pathogenese:**
  - Konstitutionelle Faktoren, s. Vorbemerkungen (S. 268).
  - Überfürsorgliche Erziehung mit mangelhafter Förderung eigener Fähigkeiten („gelernte Hilflosigkeit“).
  - Psychodynamisch: Orale Charakterstruktur. Unzulängliche Autonomieentwicklung.

Klinik

- **Psychopathologisch:**
  - Mangel an Ausdauer und Leistungsfähigkeit bei gleichzeitiger Empfindlichkeit, Ängstlichkeit.
  - Vielfältige Klagsamkeit, vermehrte Selbstbeobachtung, Versagens- und Erschöpfungsgefühl, mangelhaftes Durchsetzungsvermögen, generelle Ich-Schwäche, Bedrücktheit.
  - Mangelhaftes Selbstvertrauen, Abhängigkeit von anderen Personen bis zur Hörigkeit. Entscheidungsschwäche; Gefühl der Hilflosigkeit.

- Angst vor Verlassenwerden und Alleinsein. Anklammern.
- Bedürfnis nach Bestätigung durch andere bei eigenem Gefühl der Inkompetenz und Leistungsunfähigkeit.
- Begleitsymptomatik: Oft chronische Müdigkeit und Leistungsschwäche, diffuse Missempfindungen, vegetative Labilität, Schlafstörungen, Kopfschmerz.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung,** s. Klinik (S. 279); Verhaltens- und Verlaufsbeobachtung.
- **Testpsychologische Persönlichkeitsdiagnostik,** z. B. SKID, TAT, Rorschach-Test, FPI, NEO-FFI, TCI, GT.
- **Anamnese:** Eingehende Fremd- und Eigenanamnese, Biografie. OPD.
- **Körperliche Untersuchung, apparative Diagnostik** zum Ausschluss einer körperlichen Erkrankung!

Differenzialdiagnose

- Angststörung (S. 223).
- Burnout-Syndrom (S. 109): Anamnese, Auslöser.
- Larvierte Form der Depression (S. 208): Phasischer Verlauf.
- Chronischer Drogen- oder Medikamentenmissbrauch (S. 159): Anamnese, Drogenscreening.
- Depressive (S. 214) oder hypochondrische Neurose (S. 237): Symptomatik ausgeprägter, schwierige DD!
- Postremissives Erschöpfungssyndrom nach akuter Psychose (S. 199): Anamnese, Verlauf.
- Somatoforme Störung (S. 219): Körperliche Symptomatik im Vordergrund, weniger diffus.
- Rekonvaleszenz nach körperlicher Erkrankung: Anamnese, Verlauf.

Therapie, Verlauf und Prognose

- **Allgemein-psychiatrische Therapie:**
  - (Gruppen-)verhaltenstherapeutische Maßnahmen mit systematischen Trainings in sozialer Kompetenz (S. 384), Rollenspiel (S. 382), Selbstbehauptungstraining. Psychoedukation (S. 363), Ergotherapie (S. 394).
- **Medikamentös:** Bei zusätzlicher Ängstlichkeit Antidepressivum vom SSRI-Typ (S. 321).
- **Verlauf und Prognose:**
  - Befriedigende Sozialprognose.
  - Belastung der allgemeinen Prognose durch Tendenz zu Medikamenten- oder Alkoholmissbrauch.

11.11 Hypochondrische Persönlichkeitsstörung

- **ICD-10 GM (2017): F 45.2, F 60.8**

Grundlagen

- **Definition:** Person mit Neigung zu übertriebener ängstlicher Selbstbeobachtung bezüglich ihrer gesundheitlichen Verfassung; s. hypochondrische Störung (S. 237).
- **Ätiologie und Pathogenese:** Weitgehend konstitutionell bestimmt; s. Vorbemerkungen (S. 268).

- Angst vor Verlassenwerden und Alleinsein. Anklammern.
- Bedürfnis nach Bestätigung durch andere bei eigenem Gefühl der Inkompetenz und Leistungsunfähigkeit.
- Begleitsymptomatik: Oft chronische Müdigkeit und Leistungsschwäche, diffuse Missempfindungen, vegetative Labilität, Schlafstörungen, Kopfschmerz.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung,** s. Klinik (S. 279); Verhaltens- und Verlaufsbeobachtung.
- **Testpsychologische Persönlichkeitsdiagnostik,** z. B. SKID, TAT, Rorschach-Test, FPI, NEO-FFI, TCI, GT.
- **Anamnese:** Eingehende Fremd- und Eigenanamnese, Biografie. OPD.
- **Körperliche Untersuchung, apparative Diagnostik** zum Ausschluss einer körperlichen Erkrankung!

Differenzialdiagnose

- Angststörung (S. 223).
- Burnout-Syndrom (S. 109): Anamnese, Auslöser.
- Larvierte Form der Depression (S. 208): Phasischer Verlauf.
- Chronischer Drogen- oder Medikamentenmissbrauch (S. 159): Anamnese, Drogenscreening.
- Depressive (S. 214) oder hypochondrische Neurose (S. 237): Symptomatik ausgeprägter, schwierige DD!
- Postremissives Erschöpfungssyndrom nach akuter Psychose (S. 199): Anamnese, Verlauf.
- Somatoforme Störung (S. 219): Körperliche Symptomatik im Vordergrund, weniger diffus.
- Rekonvaleszenz nach körperlicher Erkrankung: Anamnese, Verlauf.

Therapie, Verlauf und Prognose

- **Allgemein-psychiatrische Therapie:**
  - (Gruppen-)verhaltenstherapeutische Maßnahmen mit systematischen Trainings in sozialer Kompetenz (S. 384), Rollenspiel (S. 382), Selbstbehauptungstraining. Psychoedukation (S. 363), Ergotherapie (S. 394).
- **Medikamentös:** Bei zusätzlicher Ängstlichkeit Antidepressivum vom SSRI-Typ (S. 321).
- **Verlauf und Prognose:**
  - Befriedigende Sozialprognose.
  - Belastung der allgemeinen Prognose durch Tendenz zu Medikamenten- oder Alkoholmissbrauch.

11.11 Hypochondrische Persönlichkeitsstörung

- **ICD-10 GM (2017): F 45.2, F 60.8**

Grundlagen

- **Definition:** Person mit Neigung zu übertriebener ängstlicher Selbstbeobachtung bezüglich ihrer gesundheitlichen Verfassung; s. hypochondrische Störung (S. 237).
- **Ätiologie und Pathogenese:** Weitgehend konstitutionell bestimmt; s. Vorbemerkungen (S. 268).

Klinik

- **Psychopathologisch:**
  - Vorherrschend fortlaufende ängstliche Selbstbeobachtung, einhergehend mit multiplen Befürchtungen hinsichtlich der eigenen Gesundheit und häufigen Arztbesuchen bzw. Untersuchungen (doctor shopping).
  - Vermeidung von gesundheitlich belastenden Situationen, ausgeprägte Schonhaltung und betont „gesunde" Lebensführung mit vielerlei Vorsichtsmaßnahmen; s. Leitsymptome (S. 105).

Hinweis: Thematik der hypochondrischen Befürchtungen oft Lifestyle-abhängig (z. B. Angst vor Amalgamvergiftung, Fibromyalgie, Elektrosmog, Sick-building-Syndrom, Nahrungsmittelallergien).

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung,** s. Klinik (S. 282); Verlaufsbeobachtung.
- **Testpsychologische Persönlichkeitsdiagnostik,** z. B. MMPI, TAT, Rorschach-Test, ASl.
- **Anamnese:** Fremd-, Eigen-, biografische Anamnese. OPD.
- **Körperliche Untersuchung, apparative Diagnostik** zum Ausschluss körperlicher Erkrankungen!

Differenzialdiagnose

- Asthenische Persönlichkeit (S. 279).
- Hypochondrische Neurose bzw. hypochondrische Störung (S. 237).
- Depression, hypochondrische Form (S. 106).
- Leibgefühlsstörungen bei Schizophrenie (S. 187).

Therapie, Verlauf und Prognose

- **Therapie (allgemein-psychiatrisch):**
  - Geduldige Aufklärung und Beruhigung, stützende Gespräche. Psychoedukation.
  - Abbau der körperlichen Schonhaltung bzw. kontinuierliche körperliche Belastung durch Arbeit und Bewegung, Physiotherapie, Sport.
  - Kognitive Gruppentherapie, Selbsthilfegruppe (S. 431).
- **Verlauf und Prognose:** Einförmiger Verlauf mit situativen Schwankungen bei guter Lebensbewältigung und Leistungsfähigkeit.

11.12 Narzisstische Persönlichkeitsstörung

- **ICD-10 GM (2017): F 60.8**

Grundlagen

- **Synonym:** Narzisstische Neurose. Unreife Persönlichkeit.
- **Definition:** Person mit Neigung zu Selbstüberschätzung und dem gesteigerten Wunsch nach Bewundert- und Begehrtwerden.
- **Epidemiologie:** 4–5 % der Bevölkerung betroffen.
- **Ätiologie und Pathogenese:** Psychodynamische Leithypothese:
  - Libidinöse Ichbesetzung als Folge einer pathologischen Fehlentwicklung nach frustrierenden Kindheitserfahrungen.
  - Fehlende Geborgenheit und grundlegende Mängel an Zuwendung. Fehlende „Spiegelung" durch Bezugsperson.
  - Nichtentwicklung von Urvertrauen und fehlende Reifung zu einem konsistenten Selbst.

Klinik

- **Psychopathologisch:**
  - Vorherrschend fortlaufende ängstliche Selbstbeobachtung, einhergehend mit multiplen Befürchtungen hinsichtlich der eigenen Gesundheit und häufigen Arztbesuchen bzw. Untersuchungen (doctor shopping).
  - Vermeidung von gesundheitlich belastenden Situationen, ausgeprägte Schonhaltung und betont „gesunde" Lebensführung mit vielerlei Vorsichtsmaßnahmen; s. Leitsymptome (S. 105).

Hinweis: Thematik der hypochondrischen Befürchtungen oft Lifestyle-abhängig (z. B. Angst vor Amalgamvergiftung, Fibromyalgie, Elektrosmog, Sick-building-Syndrom, Nahrungsmittelallergien).

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung,** s. Klinik (S. 282); Verlaufsbeobachtung.
- **Testpsychologische Persönlichkeitsdiagnostik,** z. B. MMPI, TAT, Rorschach-Test, ASl.
- **Anamnese:** Fremd-, Eigen-, biografische Anamnese. OPD.
- **Körperliche Untersuchung, apparative Diagnostik** zum Ausschluss körperlicher Erkrankungen!

Differenzialdiagnose

- Asthenische Persönlichkeit (S. 279).
- Hypochondrische Neurose bzw. hypochondrische Störung (S. 237).
- Depression, hypochondrische Form (S. 106).
- Leibgefühlsstörungen bei Schizophrenie (S. 187).

Therapie, Verlauf und Prognose

- **Therapie (allgemein-psychiatrisch):**
  - Geduldige Aufklärung und Beruhigung, stützende Gespräche. Psychoedukation.
  - Abbau der körperlichen Schonhaltung bzw. kontinuierliche körperliche Belastung durch Arbeit und Bewegung, Physiotherapie, Sport.
  - Kognitive Gruppentherapie, Selbsthilfegruppe (S. 431).
- **Verlauf und Prognose:** Einförmiger Verlauf mit situativen Schwankungen bei guter Lebensbewältigung und Leistungsfähigkeit.

11.12 Narzisstische Persönlichkeitsstörung

- **ICD-10 GM (2017): F 60.8**

Grundlagen

- **Synonym:** Narzisstische Neurose. Unreife Persönlichkeit.
- **Definition:** Person mit Neigung zu Selbstüberschätzung und dem gesteigerten Wunsch nach Bewundert- und Begehrtwerden.
- **Epidemiologie:** 4–5 % der Bevölkerung betroffen.
- **Ätiologie und Pathogenese:** Psychodynamische Leithypothese:
  - Libidinöse Ichbesetzung als Folge einer pathologischen Fehlentwicklung nach frustrierenden Kindheitserfahrungen.
  - Fehlende Geborgenheit und grundlegende Mängel an Zuwendung. Fehlende „Spiegelung" durch Bezugsperson.
  - Nichtentwicklung von Urvertrauen und fehlende Reifung zu einem konsistenten Selbst.

Klinik

- **Psychopathologisch:**
  - Omnipotenz- und unrealistische Größenfantasien bei gleichzeitigen Minderwertigkeitsgefühlen. Eitelkeit. Oberflächlichkeit. Tendenz zu theatralischem Gehabe. Infantilismus.
  - Ehrgeiz, aber auch Neidgefühl, Wunsch nach Anerkennung und Bewunderung.
  - Anspruchshaltung; Langeweile, innere Leere, Reizhunger, Mangel an Einfühlungsvermögen gegenüber den Belangen anderer.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung,** s. Klinik (S. 282), Verhaltensbeobachtung.
- **Testpsychologische Persönlichkeitsdiagnostik,** z. B. TAT, FPI, GT.
- **Anamnese:** Biografische Anamnese bzw. Erstinterview, Fremdanamnese. OPD.

Differenzialdiagnose

- Schizoide Persönlichkeit (S. 272).
- Histrionische Persönlichkeit (S. 276).
- Maniformes Bild bei Zyklothymia (S. 214).
- Hebephrenie bzw. beginnende Schizophrenie (S. 194).

Therapie, Verlauf und Prognose

- **Therapie (allgemein-psychiatrisch):**
  - *Psychotherapie:* Aufdeckende Psychotherapie (S. 351) oder personenzentrierte Gesprächstherapie (S. 358) in Form von Einzelsitzungen; Gestalttherapie (S. 359).
  - *Verhaltenstherapie:* Rational-emotive (S. 371) bzw. kognitive Therapie (S. 369). Interpersonelle Therapie (S. 372).
- **Verlauf und Prognose:** Schleppender Verlauf mit zweifelhafter Prognose, im günstigsten Fall berufliche Karriere in Medienbranchen bzw. Showgeschäft.

11.13 Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung

- **ICD-10 GM (2017): F 62**

Grundlagen

- **Definition:** Persönlichkeitsänderung infolge Extrembelastung (Folter, Geiselhaft, Konzentrationslager, Katastrophen) mit anhaltender Veränderung von Wahrnehmung, Denken und Verhalten („KZ-Syndrom“).
- **Epidemiologie:** selten.

Ätiologie und Pathogenese:

- Schwerste Traumatisierung mit Gefühl des absoluten Ausgeliefertseins (bei unauffälliger Primärpersönlichkeit).

Klinik

- **Psychopathologisch:**
  - Misstrauen, sozialer Rückzug, Nervosität, Gefühl ständigen Bedrohtseins.
  - Affektarmut, Entfremdung. Gefühl der Leere, Hoffnungslosigkeit.
  - Bei Überlebenden von Konzentrationslagern auch „Überlebensschuldgefühle“.

Klinik

- **Psychopathologisch:**
  - Omnipotenz- und unrealistische Größenfantasien bei gleichzeitigen Minderwertigkeitsgefühlen. Eitelkeit. Oberflächlichkeit. Tendenz zu theatralischem Gehabe. Infantilismus.
  - Ehrgeiz, aber auch Neidgefühl, Wunsch nach Anerkennung und Bewunderung.
  - Anspruchshaltung; Langeweile, innere Leere, Reizhunger, Mangel an Einfühlungsvermögen gegenüber den Belangen anderer.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung,** s. Klinik (S. 282), Verhaltensbeobachtung.
- **Testpsychologische Persönlichkeitsdiagnostik,** z. B. TAT, FPI, GT.
- **Anamnese:** Biografische Anamnese bzw. Erstinterview, Fremdanamnese. OPD.

Differenzialdiagnose

- Schizoide Persönlichkeit (S. 272).
- Histrionische Persönlichkeit (S. 276).
- Maniformes Bild bei Zyklothymia (S. 214).
- Hebephrenie bzw. beginnende Schizophrenie (S. 194).

Therapie, Verlauf und Prognose

- **Therapie (allgemein-psychiatrisch):**
  - *Psychotherapie:* Aufdeckende Psychotherapie (S. 351) oder personenzentrierte Gesprächstherapie (S. 358) in Form von Einzelsitzungen; Gestalttherapie (S. 359).
  - *Verhaltenstherapie:* Rational-emotive (S. 371) bzw. kognitive Therapie (S. 369). Interpersonelle Therapie (S. 372).
- **Verlauf und Prognose:** Schleppender Verlauf mit zweifelhafter Prognose, im günstigsten Fall berufliche Karriere in Medienbranchen bzw. Showgeschäft.

11.13 Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung

- **ICD-10 GM (2017): F 62**

Grundlagen

- **Definition:** Persönlichkeitsänderung infolge Extrembelastung (Folter, Geiselhaft, Konzentrationslager, Katastrophen) mit anhaltender Veränderung von Wahrnehmung, Denken und Verhalten („KZ-Syndrom“).
- **Epidemiologie:** selten.

Ätiologie und Pathogenese:

- Schwerste Traumatisierung mit Gefühl des absoluten Ausgeliefertseins (bei unauffälliger Primärpersönlichkeit).

Klinik

- **Psychopathologisch:**
  - Misstrauen, sozialer Rückzug, Nervosität, Gefühl ständigen Bedrohtseins.
  - Affektarmut, Entfremdung. Gefühl der Leere, Hoffnungslosigkeit.
  - Bei Überlebenden von Konzentrationslagern auch „Überlebensschuldgefühle“.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung** (s. Klinik), Verhaltensbeobachtung. Testpsychologische Persönlichkeitsdiagnostik.
- **Anamnese:** Biografische Anamnese bzw. Erstinterview, Fremdanamnese wichtig!

Differenzialdiagnose

- Schizoide oder schizoptype Persönlichkeit (S. 272).

Therapie, Verlauf und Prognose

- **Allgemein-psychiatrisch/psychotherapeutisch:** Traumatherapieverfahren, supportive Verfahren.
- **Medikamentös**: Ggf. Regulierung von Schlafstörungen, Versuch mit Antidepressiva.
- **Verlauf und Prognose:** Meist irreversibel.

11.14 Pathologisches Spielen

- **ICD-10 GM (2017): F 63.0**

Grundlagen

- **Synonym:** Zwanghaftes Spielen, Glücksspielabhängigkeit, Spielsüchtigkeit.
- **Definition:** Zwanghaftes Spielen an Automaten oder bei anderen Glücksspielen.
- **Epidemiologie:** Etwa 1–2 % der Bevölkerung soll zu pathologischem Spielen neigen, Männer erheblich häufiger als Frauen. Variante: Exzessives Spielen am Computer oder Internetsurfen („Cybersucht").
- **Ätiologie und Pathogenese:**
  - *Psychodynamische Leithypothesen:* Nicht erfüllte, prägenitale Befriedigungswünsche, narzisstische Ausschaltung der Über-Ich-Kontrolle. Passagere Ich-Entlastung durch Regression.
  - *Lerntheoretisch:* Verstärkung des zwanghaften Spielens durch passageres Gewinnerlebnis. Selbstwertsteigerung.
  - *Persönlichkeit:* Züge von Selbstunsicherheit und Stimmungslabilität, Depressivität, Unausgeglichenheit, Reizhunger, verminderte Frustrationstoleranz. Größenfantasien und Narzissmus.
  - *Psychosoziale Faktoren:*
    - Automaten- und Computerspieler sind eher jünger und aus unteren sozialen Schichten. Häufig negatives Vatervorbild und „Broken-home"-Milieu. Integration in dissoziale Cliquen.
    - Roulettespieler sind eher mittleren Alters und stammen aus der sozialen Mittelschicht.
  - *Neurobiologisch:* Defizitärer Dopaminstoffwechsel im limbischen System. Serotonindefizit? Evozierte Potenziale teils wie bei Drogensüchtigen.

Klinik

- **Psychopathologisch:**
  - Intensives, hochaufmerksames Spielen, wobei Denken und Wahrnehmung weitgehend auf Spielgerät bzw. Spielmittel fixiert sind.
  - Innere Angespanntheit, Unruhe.
  - Intermittierend Passivität, Apathie und Depressivität bis zur Suizidalität.
  - Allmähliche soziale Desintegration mit Zerfall persönlicher Bindungen und Isolation.
- Häufig assoziiert mit vermehrtem Alkoholkonsum.

Hinweis: Obgleich keine stoffgebundene Abhängigkeit vorliegt, sind Abstinenzerscheinungen in Form von Reizbarkeit, Dysphorie, Unruhe und Umtriebigkeit, Zittern und Schlafstörungen zu beobachten (S. 159).

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung** (s. Klinik), Verhaltensbeobachtung. Testpsychologische Persönlichkeitsdiagnostik.
- **Anamnese:** Biografische Anamnese bzw. Erstinterview, Fremdanamnese wichtig!

Differenzialdiagnose

- Schizoide oder schizoptype Persönlichkeit (S. 272).

Therapie, Verlauf und Prognose

- **Allgemein-psychiatrisch/psychotherapeutisch:** Traumatherapieverfahren, supportive Verfahren.
- **Medikamentös**: Ggf. Regulierung von Schlafstörungen, Versuch mit Antidepressiva.
- **Verlauf und Prognose:** Meist irreversibel.

11.14 Pathologisches Spielen

- **ICD-10 GM (2017): F 63.0**

Grundlagen

- **Synonym:** Zwanghaftes Spielen, Glücksspielabhängigkeit, Spielsüchtigkeit.
- **Definition:** Zwanghaftes Spielen an Automaten oder bei anderen Glücksspielen.
- **Epidemiologie:** Etwa 1–2 % der Bevölkerung soll zu pathologischem Spielen neigen, Männer erheblich häufiger als Frauen. Variante: Exzessives Spielen am Computer oder Internetsurfen („Cybersucht").
- **Ätiologie und Pathogenese:**
  - *Psychodynamische Leithypothesen:* Nicht erfüllte, prägenitale Befriedigungswünsche, narzisstische Ausschaltung der Über-Ich-Kontrolle. Passagere Ich-Entlastung durch Regression.
  - *Lerntheoretisch:* Verstärkung des zwanghaften Spielens durch passageres Gewinnerlebnis. Selbstwertsteigerung.
  - *Persönlichkeit:* Züge von Selbstunsicherheit und Stimmungslabilität, Depressivität, Unausgeglichenheit, Reizhunger, verminderte Frustrationstoleranz. Größenfantasien und Narzissmus.
  - *Psychosoziale Faktoren:*
    - Automaten- und Computerspieler sind eher jünger und aus unteren sozialen Schichten. Häufig negatives Vatervorbild und „Broken-home"-Milieu. Integration in dissoziale Cliquen.
    - Roulettespieler sind eher mittleren Alters und stammen aus der sozialen Mittelschicht.
  - *Neurobiologisch:* Defizitärer Dopaminstoffwechsel im limbischen System. Serotonindefizit? Evozierte Potenziale teils wie bei Drogensüchtigen.

Klinik

- **Psychopathologisch:**
  - Intensives, hochaufmerksames Spielen, wobei Denken und Wahrnehmung weitgehend auf Spielgerät bzw. Spielmittel fixiert sind.
  - Innere Angespanntheit, Unruhe.
  - Intermittierend Passivität, Apathie und Depressivität bis zur Suizidalität.
  - Allmähliche soziale Desintegration mit Zerfall persönlicher Bindungen und Isolation.
- Häufig assoziiert mit vermehrtem Alkoholkonsum.

Hinweis: Obgleich keine stoffgebundene Abhängigkeit vorliegt, sind Abstinenzerscheinungen in Form von Reizbarkeit, Dysphorie, Unruhe und Umtriebigkeit, Zittern und Schlafstörungen zu beobachten (S. 159).

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung,** s. Klinik; Verlaufsbeobachtung.
- **Anamnese:** Fremd- und Eigenanamnese, Auslösesituationen?
- **Körperliche Untersuchung:** Psychiatrischer, internistischer und neurologischer Befund.

Differenzialdiagnose

- Enthemmung bei beginnender Demenz (S. 116).
- Maniformes Syndrom (S. 107) bei affektiver Störung.
- Dissoziale Persönlichkeit (S. 273) .

Therapie

- **Allgemein-psychiatrisch:**
  - *Psychotherapie:*
    - Aufklärung. Beratung.
    - Aufdeckende bzw. konfliktzentrierte Psychotherapie (S. 351), personenzentrierte Gesprächstherapie (S. 358).
    - Bilderleben (S. 354), Rollenspiel (S. 382) und Psychodrama (S. 385).
    - Gestalttherapie (S. 359).
  - Verhaltenstherapie (S. 365)*:* Selbstkontrolle, Verhaltensverschreibung, Münzverstärkung (S. 378) oder Aversionstherapie (S. 377).
  - *Soziotherapie:* Gegebenenfalls bei beruflichen und finanziellen Schwierigkeiten, beratende Sozialarbeit. Einbindung in eine Selbsthilfegruppe, z. B. „Anonyme Spieler" (S. 432).
  - Konsequentes Meiden von Spielkasinos, Gaststätten mit Automaten oder Spielotheken.
- **Medikamentös:**
  - Bei Abstinenzerscheinungen bzw. begleitender Depressivität (s. o.): Antidepressivum (z. B. Amitryptilin 50 mg/d p. o., Mirtazapin 15–30 mg/d p. o. oder Trazodon 100–150 mg/d p. o.) Ansonsten SSRI in höherer Dosierung.
  - Zur Rezidivprophylaxe: Langzeitversuch mit Lithium (Plasmaspiegel bis < 1,0 mmol/l) oder Valproat (Plasmaspiegel 50–100 µg/ml).

Verlauf und Prognose

- Günstig, falls eine Umstellung von Interessenlage und Motivation und eine Bearbeitung spezieller Konfliktsituationen gelingt. Im Übrigen Belastung der Prognose durch Ausstieg aus sozialen Pflichten und familiären Bindungen, vor allem durch anwachsende Schulden bzw. daraus resultierender Beschaffungskriminalität.
- Gegebenenfalls muss die Einrichtung einer Vermögensbetreuung in Erwägung gezogen werden. Eine Beurteilung der strafrechtlichen Verantwortlichkeit (S. 419) kann sehr schwierig sein.

11.15 Pathologisches Brandstiften

- **ICD-10 GM (2017): F 63.1**

Grundlagen

- **Synonym:** Triebhaftes Brandstiften. Pyromanie.
- **Definition:** Zwanghaftes, vorsätzliches Feuerlegen, verbunden mit Faszination und Erregung.
- **Epidemiologie:** Männer sind weitaus häufiger pyroman.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung,** s. Klinik; Verlaufsbeobachtung.
- **Anamnese:** Fremd- und Eigenanamnese, Auslösesituationen?
- **Körperliche Untersuchung:** Psychiatrischer, internistischer und neurologischer Befund.

Differenzialdiagnose

- Enthemmung bei beginnender Demenz (S. 116).
- Maniformes Syndrom (S. 107) bei affektiver Störung.
- Dissoziale Persönlichkeit (S. 273) .

Therapie

- **Allgemein-psychiatrisch:**
  - *Psychotherapie:*
    - Aufklärung. Beratung.
    - Aufdeckende bzw. konfliktzentrierte Psychotherapie (S. 351), personenzentrierte Gesprächstherapie (S. 358).
    - Bilderleben (S. 354), Rollenspiel (S. 382) und Psychodrama (S. 385).
    - Gestalttherapie (S. 359).
  - Verhaltenstherapie (S. 365)*:* Selbstkontrolle, Verhaltensverschreibung, Münzverstärkung (S. 378) oder Aversionstherapie (S. 377).
  - *Soziotherapie:* Gegebenenfalls bei beruflichen und finanziellen Schwierigkeiten, beratende Sozialarbeit. Einbindung in eine Selbsthilfegruppe, z. B. „Anonyme Spieler" (S. 432).
  - Konsequentes Meiden von Spielkasinos, Gaststätten mit Automaten oder Spielotheken.
- **Medikamentös:**
  - Bei Abstinenzerscheinungen bzw. begleitender Depressivität (s. o.): Antidepressivum (z. B. Amitryptilin 50 mg/d p. o., Mirtazapin 15–30 mg/d p. o. oder Trazodon 100–150 mg/d p. o.) Ansonsten SSRI in höherer Dosierung.
  - Zur Rezidivprophylaxe: Langzeitversuch mit Lithium (Plasmaspiegel bis < 1,0 mmol/l) oder Valproat (Plasmaspiegel 50–100 µg/ml).

Verlauf und Prognose

- Günstig, falls eine Umstellung von Interessenlage und Motivation und eine Bearbeitung spezieller Konfliktsituationen gelingt. Im Übrigen Belastung der Prognose durch Ausstieg aus sozialen Pflichten und familiären Bindungen, vor allem durch anwachsende Schulden bzw. daraus resultierender Beschaffungskriminalität.
- Gegebenenfalls muss die Einrichtung einer Vermögensbetreuung in Erwägung gezogen werden. Eine Beurteilung der strafrechtlichen Verantwortlichkeit (S. 419) kann sehr schwierig sein.

11.15 Pathologisches Brandstiften

- **ICD-10 GM (2017): F 63.1**

Grundlagen

- **Synonym:** Triebhaftes Brandstiften. Pyromanie.
- **Definition:** Zwanghaftes, vorsätzliches Feuerlegen, verbunden mit Faszination und Erregung.
- **Epidemiologie:** Männer sind weitaus häufiger pyroman.

- **Ätiologie und Pathogenese:** Triebhafte Impulsdurchbrüche bei stimmungslabilen, selbstunsicheren und schüchternen, aber auch minderbegabten und/oder alkoholisierten Personen. Auslöser sind häufig private oder berufliche Konfliktsituationen.

Klinik

- Wiederholte, oft geschickt angelegte Brandstiftungen mit zuvor anwachsender Spannung, häufig unter Alkoholeinfluss.
- Beobachtung des Feuers unter starker Erregtheit und Faszination.
- Besonderes Engagement bei Löschaktionen.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung,** s. Klinik.
- **Testpsychologische Persönlichkeitsdiagnostik,** z. B. Rorschach-Test, TAT. SKID.
- **Anamnese:** Eigen- und Fremdanamnese. OPD. Auslöser?
- **Körperliche Untersuchung, apparative Diagnostik:** Psychiatrischer, neurologischer und internistischer Status; EEG, CCT.

Differenzialdiagnose

- Geistige Behinderung, demenzielle Wesensänderung (S. 101): Anamnese, Verlauf.

Therapie, Verlauf und Prognose

- **Therapie (allgemein-psychiatrisch):** Schwerpunktmäßig erzieherische bzw. verhaltenstherapeutische Maßnahmen (S. 365); Gruppentherapie (S. 380).
- **Verlauf und Prognose:** Belastung durch Wiederholungstendenz. In Verbindung mit strafrechtlichen Konsequenzen oft Frage nach der Schuldfähigkeit (S. 419).

11.16 Pathologisches Stehlen

- **ICD-10 GM (2017): F 63.2**

Grundlagen

- **Synonym:** Stehllust, triebhaftes Stehlen, Stehlsüchtigkeit. (*Obsolet:* Kleptomanie.)
- **Definition:** Zwanghaftes Stehlen ohne Bereicherungstendenz, ohne erkennbares Motiv. Abgrenzung zum „Kaufrausch" bisweilen fließend.
- **Epidemiologie:** Frauen sind vermutlich häufiger auffällig (ca. 5 % der Ladendiebstahlsdelikte).
- **Ätiologie und Pathogenese:**
  - *Psychodynamische Leithypothesen:* Latente Selbstbestrafung, Überwindung des „Kastrationskomplexes", mangelhafte Steuerung oraler Impulse, Affektentladung aus emotionaler Frustration und Unbefriedigtheit, „Nervenkitzel" (Stehllust).
  - *Persönlichkeit:* Eher weich und willensschwach mit konstitutionell verminderter Hemmschwelle gegenüber Reizen mit individuellem Aufforderungscharakter.

Klinik

- Wiederholtes (einzelgängerisches) Entwenden (in Supermärkten bzw. Selbstbedienungsläden) von unbrauchbaren Gegenständen oder solchen ohne größeren materiellen Wert, aber mit durchaus symbolischer Bedeutung für den Dieb (z. B. Spielzeug, Süßigkeiten, Geschenkartikel, Kosmetika). Die gestohlenen Gegenstände werden häufig weggeworfen oder verschenkt.
- Vor dem Diebstahl ansteigendes Spannungsgefühl, anschließend Gefühl der Befriedigung.
- Intermittierend Dysphorie, Depressivität und Schuldgefühl, Ratlosigkeit.

- **Ätiologie und Pathogenese:** Triebhafte Impulsdurchbrüche bei stimmungslabilen, selbstunsicheren und schüchternen, aber auch minderbegabten und/oder alkoholisierten Personen. Auslöser sind häufig private oder berufliche Konfliktsituationen.

Klinik

- Wiederholte, oft geschickt angelegte Brandstiftungen mit zuvor anwachsender Spannung, häufig unter Alkoholeinfluss.
- Beobachtung des Feuers unter starker Erregtheit und Faszination.
- Besonderes Engagement bei Löschaktionen.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung,** s. Klinik.
- **Testpsychologische Persönlichkeitsdiagnostik,** z. B. Rorschach-Test, TAT. SKID.
- **Anamnese:** Eigen- und Fremdanamnese. OPD. Auslöser?
- **Körperliche Untersuchung, apparative Diagnostik:** Psychiatrischer, neurologischer und internistischer Status; EEG, CCT.

Differenzialdiagnose

- Geistige Behinderung, demenzielle Wesensänderung (S. 101): Anamnese, Verlauf.

Therapie, Verlauf und Prognose

- **Therapie (allgemein-psychiatrisch):** Schwerpunktmäßig erzieherische bzw. verhaltenstherapeutische Maßnahmen (S. 365); Gruppentherapie (S. 380).
- **Verlauf und Prognose:** Belastung durch Wiederholungstendenz. In Verbindung mit strafrechtlichen Konsequenzen oft Frage nach der Schuldfähigkeit (S. 419).

11.16 Pathologisches Stehlen

- **ICD-10 GM (2017): F 63.2**

Grundlagen

- **Synonym:** Stehllust, triebhaftes Stehlen, Stehlsüchtigkeit. (*Obsolet:* Kleptomanie.)
- **Definition:** Zwanghaftes Stehlen ohne Bereicherungstendenz, ohne erkennbares Motiv. Abgrenzung zum „Kaufrausch" bisweilen fließend.
- **Epidemiologie:** Frauen sind vermutlich häufiger auffällig (ca. 5 % der Ladendiebstahlsdelikte).
- **Ätiologie und Pathogenese:**
  - *Psychodynamische Leithypothesen:* Latente Selbstbestrafung, Überwindung des „Kastrationskomplexes", mangelhafte Steuerung oraler Impulse, Affektentladung aus emotionaler Frustration und Unbefriedigtheit, „Nervenkitzel" (Stehllust).
  - *Persönlichkeit:* Eher weich und willensschwach mit konstitutionell verminderter Hemmschwelle gegenüber Reizen mit individuellem Aufforderungscharakter.

Klinik

- Wiederholtes (einzelgängerisches) Entwenden (in Supermärkten bzw. Selbstbedienungsläden) von unbrauchbaren Gegenständen oder solchen ohne größeren materiellen Wert, aber mit durchaus symbolischer Bedeutung für den Dieb (z. B. Spielzeug, Süßigkeiten, Geschenkartikel, Kosmetika). Die gestohlenen Gegenstände werden häufig weggeworfen oder verschenkt.
- Vor dem Diebstahl ansteigendes Spannungsgefühl, anschließend Gefühl der Befriedigung.
- Intermittierend Dysphorie, Depressivität und Schuldgefühl, Ratlosigkeit.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung,** s. Klinik.
- **Testpsychologische Persönlichkeitsdiagnostik,** z. B. SKID. Rorschach-Test, TAT, FPI, DIB.
- **Anamnese:** Eigen- und fremdanamnestische Angaben, eingehende biografische Anamnese, OPD. Suchtanamnese (Drogen, Alkohol?). Auslösesituation?
- **Körperliche Untersuchung,** insbesondere Neurostatus.

Differenzialdiagnose

- Beginnende Demenz (S. 101) mit Verhaltensstörungen: (Fremd-)Anamnese.
- Dysthymia (S. 214) bzw. (neurotische) Depression: (Fremd-)Anamnese, psychopathologischer Befund.
- Alkoholrausch bzw. Drogenabhängigkeit mit Beschaffungsdelinquenz: Anamnese, Laborscreening.
- Fetischismus (S. 289) als Form der sexuellen Devianz.

Hinweis: Hohe Komorbidität mit Depression (S. 214).

Therapie

- **Allgemein-psychiatrisch:** (Grundvoraussetzungen sind der Abschluss eventuell laufender Ermittlungs- bzw. Strafverfahren sowie ausreichende Motivation):
  - *Psychotherapie:* Kathartische Psychotherapie (S. 348), Bilderleben (S. 354), Gestalttherapie (S. 359) , stützende, d. h. supportive (S. 350) und konfliktzentrierte Psychotherapie (S. 351).
  - *Verhaltenstherapie:* Selbstkontrolle, Verhaltensverschreibungen (S. 373), aversive Konditionierung (S. 377).
  - Gegebenenfalls Familientherapie (S. 388).

Hinweis: Einkäufe nur in Begleitung von Angehörigen oder anderen vertrauten Personen!

Verlauf und Prognose

- Die Prognose wird belastet durch häufige Verurteilungen mit zunehmendem Strafmaß wegen der hohen Rückfallquote.
- Die Anerkennung einer verminderten Schuldfähigkeit (S. 419) nach § 21 StGB ist eher die Ausnahme, falls Delikte nicht unter Drogen- oder Alkoholeinfluss begangen wurden.

11.17 Arbeitswut, Arbeitssüchtigkeit

- **ICD-10 GM (2017): F 63.8**

Grundlagen

- **Synonym:** Workoholic. „Managersyndrom".
- **Definition:** Anhaltend intensives Arbeiten unter Ausblendung aller Dinge, die damit nicht im Zusammenhang stehen.
- **Ätiologie und Pathogenese:** Psychodynamisch Wunsch nach Anerkennung, Ehrgeiz, Überkompensation von Selbstunsicherheit, Flucht aus unbefriedigender Lebenssituation, Ablenkung von innerer Leere.

Klinik

- **Psychopathologisch:**
  - *Primärsymptomatik:* Ohne zwingende Gründe tägliches Arbeiten von 12 Stunden Dauer und mehr bei nur kurzen Pausen; auch nach Erledigung einer Aufgabe alsbald Beginn neuer Projekte.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung,** s. Klinik.
- **Testpsychologische Persönlichkeitsdiagnostik,** z. B. SKID. Rorschach-Test, TAT, FPI, DIB.
- **Anamnese:** Eigen- und fremdanamnestische Angaben, eingehende biografische Anamnese, OPD. Suchtanamnese (Drogen, Alkohol?). Auslösesituation?
- **Körperliche Untersuchung,** insbesondere Neurostatus.

Differenzialdiagnose

- Beginnende Demenz (S. 101) mit Verhaltensstörungen: (Fremd-)Anamnese.
- Dysthymia (S. 214) bzw. (neurotische) Depression: (Fremd-)Anamnese, psychopathologischer Befund.
- Alkoholrausch bzw. Drogenabhängigkeit mit Beschaffungsdelinquenz: Anamnese, Laborscreening.
- Fetischismus (S. 289) als Form der sexuellen Devianz.

Hinweis: Hohe Komorbidität mit Depression (S. 214).

Therapie

- **Allgemein-psychiatrisch:** (Grundvoraussetzungen sind der Abschluss eventuell laufender Ermittlungs- bzw. Strafverfahren sowie ausreichende Motivation):
  - *Psychotherapie:* Kathartische Psychotherapie (S. 348), Bilderleben (S. 354), Gestalttherapie (S. 359) , stützende, d. h. supportive (S. 350) und konfliktzentrierte Psychotherapie (S. 351).
  - *Verhaltenstherapie:* Selbstkontrolle, Verhaltensverschreibungen (S. 373), aversive Konditionierung (S. 377).
  - Gegebenenfalls Familientherapie (S. 388).

Hinweis: Einkäufe nur in Begleitung von Angehörigen oder anderen vertrauten Personen!

Verlauf und Prognose

- Die Prognose wird belastet durch häufige Verurteilungen mit zunehmendem Strafmaß wegen der hohen Rückfallquote.
- Die Anerkennung einer verminderten Schuldfähigkeit (S. 419) nach § 21 StGB ist eher die Ausnahme, falls Delikte nicht unter Drogen- oder Alkoholeinfluss begangen wurden.

11.17 Arbeitswut, Arbeitssüchtigkeit

- **ICD-10 GM (2017): F 63.8**

Grundlagen

- **Synonym:** Workoholic. „Managersyndrom".
- **Definition:** Anhaltend intensives Arbeiten unter Ausblendung aller Dinge, die damit nicht im Zusammenhang stehen.
- **Ätiologie und Pathogenese:** Psychodynamisch Wunsch nach Anerkennung, Ehrgeiz, Überkompensation von Selbstunsicherheit, Flucht aus unbefriedigender Lebenssituation, Ablenkung von innerer Leere.

Klinik

- **Psychopathologisch:**
  - *Primärsymptomatik:* Ohne zwingende Gründe tägliches Arbeiten von 12 Stunden Dauer und mehr bei nur kurzen Pausen; auch nach Erledigung einer Aufgabe alsbald Beginn neuer Projekte.

- *Mögliche sekundäre Folgen:*
  - Wechsel zwischen innerer Angespanntheit und Erschlaffung mit geistiger Abwesenheit. Burnout.
  - Vernachlässigung anderer Interessen, fehlender Freizeitausgleich.
  - Familiäre Spannungen, partnerschaftliche Konflikte, Kontaktstörungen, Isolation.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung,** s. Klinik.
- **Testpsychologische Persönlichkeitsdiagnostik,** z. B. MMPI, FPI, TAT.
- **Anamnese:** Eigen- und fremdanamnestische Angaben, Aufklärung der psychodynamischen Hintergründe. OPD. Umfeld?

Differenzialdiagnose

- Zyklothymia (S. 214), hyperthyme Persönlichkeit.
- Maniformes Syndrom (S. 107) bei affektiver Störung.
- Mobbingfolge?

Therapie, Verlauf und Prognose

- **Therapie (allgemein-psychiatrisch):**
  - Beratung. Psychoedukation (S. 363).
  - Psychohygiene: Aufbau alternativer Tätigkeiten (Hobbys u. Ä.).
  - Verhaltenstherapie: Verhaltensverschreibungen (S. 373).
  - Gruppenpsychotherapie (S. 380).
  - Urlaub bzw. Milieuwechsel.
- **Verlauf und Prognose:** Nicht bekannt (letaler Ausgang beim sogenannten Karoshi-Syndrom [Erschöpfungstod durch Überarbeitung/Japan]).

11.18 Transsexualität

- **ICD-10 GM (2017): F 64.0**

Grundlagen

- **Synonym:** Transsexualismus.
- **Definition:** Überzeugung, dem anderen Geschlecht anzugehören (Störung der Geschlechtsidentität).
- Epidemiologie: Geschätzte Prävalenz um 1 : 20 000 bis 1 : 100 000. Mann-zu-Frau-Transsexualität doppelt so häufig wie umgekehrt.
- **Ätiologie und Pathogenese:**
  - *Soziobiologische Fehlentwicklung* unbekannter Ursache.
  - *Selten:* Klinefelter-Syndrom mit meist 47, XXY-Chromosomsatz.
  - *Psychodynamisch:* Symbiotische Mutterbeziehung bei schwacher Vaterfigur. Vermehrt partnerschaftliche Probleme bei den Eltern? (Neuroendokrinopathie während der hypothalamischen Differenzierungsphase im Embryonalstadium?).

Klinik

- **Psychopathologisch:**
  - Von Kindheit an zunehmendes Unbehagen und Inakzeptanz bezüglich der eigenen primären Geschlechtsmerkmale.
  - Empfindungen und Verhaltensweisen, die typisch sind für das andere Geschlecht.
  - Gelegentlich Tragen von Kleidern des anderen Geschlechts („cross-dressing").
  - Sekundär Tendenz zur Isolation oder Asexualität; Identitätskrise mit Depressivität. Suizidalität.
  - Schließlich Wunsch nach (hormoneller und chirurgischer) Umwandlung.

- *Mögliche sekundäre Folgen:*
  - Wechsel zwischen innerer Angespanntheit und Erschlaffung mit geistiger Abwesenheit. Burnout.
  - Vernachlässigung anderer Interessen, fehlender Freizeitausgleich.
  - Familiäre Spannungen, partnerschaftliche Konflikte, Kontaktstörungen, Isolation.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung,** s. Klinik.
- **Testpsychologische Persönlichkeitsdiagnostik,** z. B. MMPI, FPI, TAT.
- **Anamnese:** Eigen- und fremdanamnestische Angaben, Aufklärung der psychodynamischen Hintergründe. OPD. Umfeld?

Differenzialdiagnose

- Zyklothymia (S. 214), hyperthyme Persönlichkeit.
- Maniformes Syndrom (S. 107) bei affektiver Störung.
- Mobbingfolge?

Therapie, Verlauf und Prognose

- **Therapie (allgemein-psychiatrisch):**
  - Beratung. Psychoedukation (S. 363).
  - Psychohygiene: Aufbau alternativer Tätigkeiten (Hobbys u. Ä.).
  - Verhaltenstherapie: Verhaltensverschreibungen (S. 373).
  - Gruppenpsychotherapie (S. 380).
  - Urlaub bzw. Milieuwechsel.
- **Verlauf und Prognose:** Nicht bekannt (letaler Ausgang beim sogenannten Karoshi-Syndrom [Erschöpfungstod durch Überarbeitung/Japan]).

11.18 Transsexualität

- **ICD-10 GM (2017): F 64.0**

Grundlagen

- **Synonym:** Transsexualismus.
- **Definition:** Überzeugung, dem anderen Geschlecht anzugehören (Störung der Geschlechtsidentität).
- Epidemiologie: Geschätzte Prävalenz um 1 : 20 000 bis 1 : 100 000. Mann-zu-Frau-Transsexualität doppelt so häufig wie umgekehrt.
- **Ätiologie und Pathogenese:**
  - *Soziobiologische Fehlentwicklung* unbekannter Ursache.
  - *Selten:* Klinefelter-Syndrom mit meist 47, XXY-Chromosomsatz.
  - *Psychodynamisch:* Symbiotische Mutterbeziehung bei schwacher Vaterfigur. Vermehrt partnerschaftliche Probleme bei den Eltern? (Neuroendokrinopathie während der hypothalamischen Differenzierungsphase im Embryonalstadium?).

Klinik

- **Psychopathologisch:**
  - Von Kindheit an zunehmendes Unbehagen und Inakzeptanz bezüglich der eigenen primären Geschlechtsmerkmale.
  - Empfindungen und Verhaltensweisen, die typisch sind für das andere Geschlecht.
  - Gelegentlich Tragen von Kleidern des anderen Geschlechts („cross-dressing").
  - Sekundär Tendenz zur Isolation oder Asexualität; Identitätskrise mit Depressivität. Suizidalität.
  - Schließlich Wunsch nach (hormoneller und chirurgischer) Umwandlung.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung,** s. Klinik.
- **Testpsychologische Persönlichkeitsdiagnostik,** z. B. TAT, FPI, GT. Multiphasic Sex Inventory (siehe Lehrbücher der Psychologie).
- **Anamnese:** Sexualanamnese: Geschlechtsreife, Masturbationspraktiken; Familienstruktur, Elternrolle; biografische Anamnese: eindeutiger Wunsch, dem anderen Geschlecht anzugehören, Wahl der Spielsachen, Spielkameraden, Kleidung, vgl. Anamneseeerhebung (S. 22); Fremdangaben.
- **Körperliche Untersuchung:** Internistische, urologische bzw. gynäkologische Abklärung.
- **Labor:** Routinelaborparameter, hormonelle Abklärung (Progesteron, Östradiol, LH, FSH, Testosteron, Prolaktin, ggf. ACTH-Test, Dexamethasonhemmtest).
- **Apparative Diagnostik:** CCT (kranielles MRT): Hypophysentumor?
- **Genetische Untersuchung:** z. B. Klinefelter-Syndrom?

Differenzialdiagnose

- Schizophrenie (S. 184): Hier vorherrschend psychotische Symptomatik.
- Borderline-Persönlichkeit (S. 275): Sexualität spielt eher eine untergeordnete Rolle.
- Schizoide Persönlichkeit (S. 272): Sexuelle Devianz allenfalls sekundär.

Therapie

- **Allgemein:**
  - Aufklärung. Beratung.
  - Bei dezidiertem Wunsch nach einer operativen Geschlechtsumwandlung prä- (6 Monate) und postoperative gegengeschlechtliche Hormonbehandlung.
  - Voraussetzungen für kosmetische Anpassungsoperation: Alter über 21 Jahre, ein- bis zweijährige präoperative Beobachtung mit begleitender Psychotherapie, Indikationsstellung von zwei unabhängigen psychiatrischen Spezialisten.
- **Psychiatrisch, psychotherapeutisch:** Psychotherapeutische Interventionen (bei den häufigen Identitätskrisen und sozialen Konflikten), jedoch nicht mit dem Ziel einer Umstimmung; psychotherapeutische Nachbetreuung nach der Operation meist unumgänglich.
- **Behandlungsschritte bei der Geschlechtsumwandlung:**
  - *Orientierung:* Abklärung, Diagnostik.
  - *Beobachtung:* Weitere Diagnostik, Verlaufsbeobachtung, psychiatrische Begutachtung.
  - *Hormontherapie:* Behandlung mit gegengeschlechtlichen Hormonen über 1–2 Jahre.
  - *Plastisch-chirurgische Körperkorrektur:* Aufklärung, Risikoabschätzung, Klärung der Kostenübernahme, verwaltungsrechtliche Angleichung.
    - ***Hinweis:*** Seit dem Transsexuellengesetz (1980) ist eine Änderung des Vornamens nach mindestens 3-jähriger Transsexualität möglich.
  - *Nachsorge:* Weiterführung der psychotherapeutischen Begleitung, dauerhafte Hormontherapie.

Verlauf und Prognose

- Gemischte Prognose, auch bei guter sozialer Integration.

11.19 Transvestismus (Tranvestitismus)

- **ICD-10 GM (2017): F 64.1**

Grundlagen

- **Definition:** Tragen gegengeschlechtlicher Kleidung (cross-dressing). Störung der Geschlechtsidentität.
- **Epidemiologie:** Überwiegend bei Männern, Beginn in der Adoleszenz (Einzelheiten siehe Lehrbücher der Sexualpathologie).
- **Ätiologie und Pathogenese:** Aus psychodynamischer Sicht Verkleidung als Erleben der Illusion von Doppelsexualität, verbliebene Trennungsangst aus der Individuationsphase.

Klinik

- **Psychopathologisch:** Lustgewinn aus dem Anziehen weiblicher Kleidung oder Benutzung weiblicher Toilettenartikel und Kosmetika.
- **Begleitend:** In Verkleidung Betrachten vor dem Spiegel, gelegentlich verbunden mit Masturbation.

Hinweis: Eine operative Geschlechtsumwandlung wird *nicht* angestrebt, im Gegensatz zur Transsexualität (S. 287).

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung,** s. Klinik; Verlaufsbeobachtung.
- **Testpsychologische Persönlichkeitsdiagnostik,** z. B. MMPI, FPI, TAT.
- **Anamnese:** Eigen-, Fremd- und Sexualanamnese. Umfeld?
- **Körperliche Diagnostik:** Ausführliche sexualmedizinische einschließlich genetischer Untersuchung, s. unter Transsexualität (S. 287).

Differenzialdiagnose

- Transsexualität (S. 287): Hier Wunsch nach operativer Geschlechtsumwandlung.
- Geistige Behinderung: Defizite der Intelligenz.
- Psychotisches Defektsyndrom (S. 192): Anamnese, Persönlichkeitsveränderung.

Therapie, Verlauf und Prognose

- **Therapie (allgemein-psychiatrisch):** Versuch einer aufdeckenden Psychotherapie (S. 351), gegebenenfalls auch in Form einer Partnertherapie (v. a. bei interaktionellen Konflikten), ansonsten stützende Therapie (S. 350).

Hinweis: Antiandrogene medikamentöse Behandlung erfolglos!

- **Verlauf und Prognose:** Neigung zur Chronifizierung.

11.20 Fetischismus

- **ICD-10: F 65.0**

Grundlagen

- **Definition:**
  - *Fetischismus:* Sexuelle Befriedigung durch Anblick oder Berührung von Gegenständen, insbesondere Kleidungsstücken des anderen Geschlechts.
  - *Fetischistischer Transvestismus* (F 65.1): Sexuelle Erregung durch Anlegen weiblicher Kleidung, s. Transvestismus (S. 289).
- **Epidemiologie** (s. Lehrbücher der Sexualpathologie): Vorkommen nur bei Männern (Beginn meist während der Adoleszenz).

- **Ätiologie und Pathogenese:**
  - Überwiegend selbstunsichere, scheue Personen, die teilweise auch andersartig deviantes Verhalten zeigen.
  - *Psychodynamisch:* Fixation früherer Sexualerlebnisse an Umstände, die jene begleiteten. Ersatz des Sexualpartners durch das fetischistische Symbol, der Fetisch dient als Surrogat des ersehnten primären Liebesobjekts.

Klinik

- Sammeln (insbesondere durch Stehlen) und Gebrauch von Kleidungs- und Wäschestücken (häufig Schuhen!) andersgeschlechtlicher Personen zur sexuellen Erregung und Masturbation.
- Beim Sexualverkehr Erregung durch Präsenz des Fetischs.

Diagnostik, Differenzialdiagnose

- **Psychopathologische Untersuchung** (s. Klinik).
- **Anamnese:** Ausführliche biografische und Fremdanamnese, Sexualanamnese (Geschlechtsreife, Sexual- und Masturbationspraktiken).

Differenzialdiagnose

- Geistige Behinderung: Defizite der Intelligenz.
- Psychotisches Defektsyndrom (S. 192): Anamnese, heterogene Persönlichkeitsveränderung.

Therapie, Verlauf und Prognose

- **Therapie:**
  - *Psychiatrisch, psychotherapeutisch:* Bei Leidensdruck aufdeckende Psychotherapie (S. 351), gegebenenfalls in Kombination mit verhaltenstherapeutischen Maßnahmen, z. B. zur aversiven Konditionierung (S. 377).
  - *Medikamentös*: Dämpfung der sexuellen Appetenz durch Antiandrogenbehandlung (S. 337) mit Cyproteronacetat 100 mg täglich p. o.
- **Verlauf und Prognose:** Bei konsequenter Behandlung trotz Rezidiven insgesamt nicht ungünstig.

11.21 Exhibitionismus

- **ICD-10 GM (2017): F 65.2**

Grundlagen

- **Definition:** Sexuelle Befriedigung durch Entblößung und demonstratives Vorzeigen der (männlichen) Genitalien vor Frauen oder Kindern.
- **Epidemiologie:** Sehr selten bei Frauen (z. B. als Entblößen der Brüste).
- **Ätiologie und Pathogenese:**
  - Überwiegend scheue, selbstunsichere und kontaktschwache Männer. Die Entblößung ist Ausdruck eines dranghaften „Sichzeigenmüssens".
  - *Psychodynamisch:* Verselbstständigung eines sexuellen Partialtriebes. Ableitung aus in der Kindheit erfahrener Ohnmacht und Unsicherheit und/oder sexueller Demütigung mit nachfolgenden aggressiven Kompensationsversuchen (Einzelheiten s. Lehrbücher der Sexualpathologie).

Klinik

- Überraschendes Entblößen des (erigierten) männlichen Genitales durch Öffnen der Kleidung.
- Gelegentlich mit Masturbation verbunden, jedoch ohne Zudringlichkeit oder sexuelle Aggressivität.
- Körperkontakt mit anderen Personen wird nicht angestrebt.

- **Ätiologie und Pathogenese:**
  - Überwiegend selbstunsichere, scheue Personen, die teilweise auch andersartig deviantes Verhalten zeigen.
  - *Psychodynamisch:* Fixation früherer Sexualerlebnisse an Umstände, die jene begleiteten. Ersatz des Sexualpartners durch das fetischistische Symbol, der Fetisch dient als Surrogat des ersehnten primären Liebesobjekts.

Klinik

- Sammeln (insbesondere durch Stehlen) und Gebrauch von Kleidungs- und Wäschestücken (häufig Schuhen!) andersgeschlechtlicher Personen zur sexuellen Erregung und Masturbation.
- Beim Sexualverkehr Erregung durch Präsenz des Fetischs.

Diagnostik, Differenzialdiagnose

- **Psychopathologische Untersuchung** (s. Klinik).
- **Anamnese:** Ausführliche biografische und Fremdanamnese, Sexualanamnese (Geschlechtsreife, Sexual- und Masturbationspraktiken).

Differenzialdiagnose

- Geistige Behinderung: Defizite der Intelligenz.
- Psychotisches Defektsyndrom (S. 192): Anamnese, heterogene Persönlichkeitsveränderung.

Therapie, Verlauf und Prognose

- **Therapie:**
  - *Psychiatrisch, psychotherapeutisch:* Bei Leidensdruck aufdeckende Psychotherapie (S. 351), gegebenenfalls in Kombination mit verhaltenstherapeutischen Maßnahmen, z. B. zur aversiven Konditionierung (S. 377).
  - *Medikamentös*: Dämpfung der sexuellen Appetenz durch Antiandrogenbehandlung (S. 337) mit Cyproteronacetat 100 mg täglich p. o.
- **Verlauf und Prognose:** Bei konsequenter Behandlung trotz Rezidiven insgesamt nicht ungünstig.

11.21 Exhibitionismus

- **ICD-10 GM (2017): F 65.2**

Grundlagen

- **Definition:** Sexuelle Befriedigung durch Entblößung und demonstratives Vorzeigen der (männlichen) Genitalien vor Frauen oder Kindern.
- **Epidemiologie:** Sehr selten bei Frauen (z. B. als Entblößen der Brüste).
- **Ätiologie und Pathogenese:**
  - Überwiegend scheue, selbstunsichere und kontaktschwache Männer. Die Entblößung ist Ausdruck eines dranghaften „Sichzeigenmüssens".
  - *Psychodynamisch:* Verselbstständigung eines sexuellen Partialtriebes. Ableitung aus in der Kindheit erfahrener Ohnmacht und Unsicherheit und/oder sexueller Demütigung mit nachfolgenden aggressiven Kompensationsversuchen (Einzelheiten s. Lehrbücher der Sexualpathologie).

Klinik

- Überraschendes Entblößen des (erigierten) männlichen Genitales durch Öffnen der Kleidung.
- Gelegentlich mit Masturbation verbunden, jedoch ohne Zudringlichkeit oder sexuelle Aggressivität.
- Körperkontakt mit anderen Personen wird nicht angestrebt.

Diagnostik, Differenzialdiagnose

- **Psychopathologische Untersuchung,** s. Klinik.
- **Testpsychologische Persönlichkeitsdiagnostik,** z. B. Rorschach-Test. TAT.
- **Anamnese:** Eigen- und Fremdanamnese, Sexualanamnese, Biografie.

Differenzialdiagnose

- Geistige Behinderung: Defizite der Intelligenz.
- Verhaltensstörungen bei Demenz: Alter! Kognitive Defizite (S. 101).
- Depravation bei chronischem Alkoholismus oder anderer Suchterkrankung: Anamnese, Drogenscreening (S. 36).
- Psychose (S. 184): Anamnese, vorrangig psychotische Symptome, Verlauf.

Therapie, Verlauf und Prognose

- **Therapie:**
  - *Psychiatrisch, psychotherapeutisch:* Bei entsprechender Motivation Versuch mit Fokaltherapie (S. 353) bzw. analytischer Kurztherapie, gegebenenfalls in Kombination mit verhaltenstherapeutischen Maßnahmen, z. B. Selbstkontrollmethoden, Aversionsbehandlung (S. 377).
  - *Medikamentös:* Bei stärkerer Ausprägung, Leidensdruck, häufigen Rückfällen trotz Strafverfahren ist auch eine Antiandrogenbehandlung (S. 337) mit Cyproteronacetat 100 mg/d p. o. in Erwägung zu ziehen.
- **Verlauf und Prognose:**
  - Unter adäquater Behandlung in 80 % der Fälle keine Rückfälle.
  - Im Übrigen Komplikationen im Verlauf durch Strafverfolgung (nur auf Antrag von Personen, die sich geschädigt fühlen) mit depressiven Krisen. (Bei Intelligenzminderung bzw. hirnorganischen Störungen forensische Abklärung der Schuldfähigkeit bzw. verminderten Schuldfähigkeit.)

11.22 Pädophilie

- **ICD-10 GM (2017): F 65.4**

Grundlagen

- **Definition:** Neigung zu sexueller Betätigung mit Kindern. Laut § 176 StGB liegt die Schutzaltersgrenze bei 14 Jahren. Päderastie: Homosexuelle Beziehung zwischen Männern und Knaben.
- **Epidemiologie:** Vorkommen fast ausschließlich bei (ca. 1% ?) Männern.
- **Ätiologie und Pathogenese:** Triebfeder ist meist die mangelhafte Fähigkeit zu adäquaten sexuellen Beziehungen aufgrund Selbstunsicherheit und Minderwertigkeitsgefühl. Psychodynamisch dient die situationsbedingte Ausweichhandlung der Abwehr von Ängsten bei besonderem Triebdruck („Gelegenheitshandlung"). Hiervon unabhängig gibt es alterspädophile Handlungen mangels Gelegenheit zu anderer sexueller Betätigung, denen häufiger mentale Defizite zugrunde liegen. Genetische Disposition? (Einzelheiten s. Lehrbücher der Sexualpathologie.)

Klinik

- **Psychopathologisch:** In der Regel scheue, selbstunsichere, kontaktschwache Menschen aus „Broken-home"-Milieu, nicht selten mit leichter geistiger Behinderung. Die Annäherung an Kinder beiderlei Geschlechts erfolgt eher zaghaft, selten in aggressiver Art. Oft Leidensdruck.
- **Begleitend:** Gelegentlich Tendenz zur Promiskuität.

Diagnostik, Differenzialdiagnose

- **Psychopathologische Untersuchung,** s. Klinik.
- **Testpsychologische Persönlichkeitsdiagnostik,** z. B. Rorschach-Test. TAT.
- **Anamnese:** Eigen- und Fremdanamnese, Sexualanamnese, Biografie.

Differenzialdiagnose

- Geistige Behinderung: Defizite der Intelligenz.
- Verhaltensstörungen bei Demenz: Alter! Kognitive Defizite (S. 101).
- Depravation bei chronischem Alkoholismus oder anderer Suchterkrankung: Anamnese, Drogenscreening (S. 36).
- Psychose (S. 184): Anamnese, vorrangig psychotische Symptome, Verlauf.

Therapie, Verlauf und Prognose

- **Therapie:**
  - *Psychiatrisch, psychotherapeutisch:* Bei entsprechender Motivation Versuch mit Fokaltherapie (S. 353) bzw. analytischer Kurztherapie, gegebenenfalls in Kombination mit verhaltenstherapeutischen Maßnahmen, z. B. Selbstkontrollmethoden, Aversionsbehandlung (S. 377).
  - *Medikamentös:* Bei stärkerer Ausprägung, Leidensdruck, häufigen Rückfällen trotz Strafverfahren ist auch eine Antiandrogenbehandlung (S. 337) mit Cyproteronacetat 100 mg/d p. o. in Erwägung zu ziehen.
- **Verlauf und Prognose:**
  - Unter adäquater Behandlung in 80 % der Fälle keine Rückfälle.
  - Im Übrigen Komplikationen im Verlauf durch Strafverfolgung (nur auf Antrag von Personen, die sich geschädigt fühlen) mit depressiven Krisen. (Bei Intelligenzminderung bzw. hirnorganischen Störungen forensische Abklärung der Schuldfähigkeit bzw. verminderten Schuldfähigkeit.)

11.22 Pädophilie

- **ICD-10 GM (2017): F 65.4**

Grundlagen

- **Definition:** Neigung zu sexueller Betätigung mit Kindern. Laut § 176 StGB liegt die Schutzaltersgrenze bei 14 Jahren. Päderastie: Homosexuelle Beziehung zwischen Männern und Knaben.
- **Epidemiologie:** Vorkommen fast ausschließlich bei (ca. 1% ?) Männern.
- **Ätiologie und Pathogenese:** Triebfeder ist meist die mangelhafte Fähigkeit zu adäquaten sexuellen Beziehungen aufgrund Selbstunsicherheit und Minderwertigkeitsgefühl. Psychodynamisch dient die situationsbedingte Ausweichhandlung der Abwehr von Ängsten bei besonderem Triebdruck („Gelegenheitshandlung"). Hiervon unabhängig gibt es alterspädophile Handlungen mangels Gelegenheit zu anderer sexueller Betätigung, denen häufiger mentale Defizite zugrunde liegen. Genetische Disposition? (Einzelheiten s. Lehrbücher der Sexualpathologie.)

Klinik

- **Psychopathologisch:** In der Regel scheue, selbstunsichere, kontaktschwache Menschen aus „Broken-home"-Milieu, nicht selten mit leichter geistiger Behinderung. Die Annäherung an Kinder beiderlei Geschlechts erfolgt eher zaghaft, selten in aggressiver Art. Oft Leidensdruck.
- **Begleitend:** Gelegentlich Tendenz zur Promiskuität.

Diagnostik, Differenzialdiagnose

- **Psychopathologische Untersuchung,** s. Klinik.
- **Testpsychol. Persönlichkeitsdiagnostik,** z. B. Rorschach-Test, TAT, FPI. Multiphasic Sex Inventory (s. Lehrbücher der Psychologie).
- **Anamnese:** Biografie, Sexualanamnese.

Differenzialdiagnose

- Geistige Behinderung: Anamnese, Intelligenzdefizit.
- Demenz (S. 101): Anamnese, kognitive Defizite, Alter.

Therapie, Verlauf und Prognose

- **Therapie** (bei echter Motivation):
  - *Psychiatrisch, psychotherapeutisch:* Verhaltenstherapeutische Maßnahmen zur Selbstkontrolle, z. B. rational-emotive Therapie (S. 371) und Biofeedback (S. 376). Gruppentherapie (S. 380) zur Stärkung von Selbstsicherheit und Kontaktverhalten.
  - *Medikamentös:* Im Einzelfall (z. B. bei stärkerer Triebausprägung mit Kontrollschwäche) ist zusätzlich die medikamentöse Triebhemmung durch Einsatz des Antiandrogens (S. 337) Cyproteronacetat 100 mg/d p. o. in Erwägung zu ziehen.
- **Verlauf und Prognose:**
  - Die Prognose ist unsicher, Erfolgsquote von 30–70 % bei kombinierter Behandlung. Die Entwicklung zu einer manifesten Homosexualität ist möglich.
  - Hiervon unabhängig sind Komplikationen durch Strafverfolgung, z. B. wegen Kinderpornografie oder sex. Missbrauchs (Pädokriminalität). Bei geistiger Behinderung oder Demenz Vorliegen verminderter Schuldfähigkeit (S. 419) abklären!

11.23 Sadomasochismus

- **ICD-10 GM (2017): F 65.5**

Grundlagen

- **Definition:** Sexualverhalten, in dem Befriedigung durch Zufügen oder Erleiden von Schmerzen erreicht wird (Störung der Sexualpräferenz).
- **Ätiologie und Pathogenese:**
  - *Sadismus:* In psychodynamischer Hinsicht Abwehr von Kastrationsängsten.
  - *Masochismus:* Nach psychodynamischer Auffassung gegen sich selbst gekehrte Form von Sadismus. Bedürfnis nach Bestrafung. (Habituierung der Verhaltensweisen in entsprechenden Partnerbeziehungen bzw. Subkulturen.)

Klinik

- **Sadismus:** Sexuelle Erregung durch (verbale) Demütigung oder körperliche Züchtigung des Partners. Sexuelle sadistische Fantasien sind meist bis in die Kindheit zurückzuverfolgen.
- **Masochismus:** Sexuelle Erregung dadurch hervorgerufen, dass die Person gefesselt, geschlagen oder auf andere Weise gequält wird.
- **Sadomasochismus:** Ambivalenz von gleichzeitigem Wunsch nach Beherrschung und Unterwerfung (Lust am Quälen und am Erdulden von Schmerz).

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung,** s. Klinik.
- **Testpsychologische Persönlichkeitsdiagnostik,** z. B. Rorschach-Test, TAT, FPI. Multiphasic Sex Inventory (s. Lehrbücher der Psychologie).
- **Anamnese,** v. a. Sexualanamnese.

Diagnostik, Differenzialdiagnose

- **Psychopathologische Untersuchung,** s. Klinik.
- **Testpsychol. Persönlichkeitsdiagnostik,** z. B. Rorschach-Test, TAT, FPI. Multiphasic Sex Inventory (s. Lehrbücher der Psychologie).
- **Anamnese:** Biografie, Sexualanamnese.

Differenzialdiagnose

- Geistige Behinderung: Anamnese, Intelligenzdefizit.
- Demenz (S. 101): Anamnese, kognitive Defizite, Alter.

Therapie, Verlauf und Prognose

- **Therapie** (bei echter Motivation):
  - *Psychiatrisch, psychotherapeutisch:* Verhaltenstherapeutische Maßnahmen zur Selbstkontrolle, z. B. rational-emotive Therapie (S. 371) und Biofeedback (S. 376). Gruppentherapie (S. 380) zur Stärkung von Selbstsicherheit und Kontaktverhalten.
  - *Medikamentös:* Im Einzelfall (z. B. bei stärkerer Triebausprägung mit Kontrollschwäche) ist zusätzlich die medikamentöse Triebhemmung durch Einsatz des Antiandrogens (S. 337) Cyproteronacetat 100 mg/d p. o. in Erwägung zu ziehen.
- **Verlauf und Prognose:**
  - Die Prognose ist unsicher, Erfolgsquote von 30–70 % bei kombinierter Behandlung. Die Entwicklung zu einer manifesten Homosexualität ist möglich.
  - Hiervon unabhängig sind Komplikationen durch Strafverfolgung, z. B. wegen Kinderpornografie oder sex. Missbrauchs (Pädokriminalität). Bei geistiger Behinderung oder Demenz Vorliegen verminderter Schuldfähigkeit (S. 419) abklären!

11.23 Sadomasochismus

- **ICD-10 GM (2017): F 65.5**

Grundlagen

- **Definition:** Sexualverhalten, in dem Befriedigung durch Zufügen oder Erleiden von Schmerzen erreicht wird (Störung der Sexualpräferenz).
- **Ätiologie und Pathogenese:**
  - *Sadismus:* In psychodynamischer Hinsicht Abwehr von Kastrationsängsten.
  - *Masochismus:* Nach psychodynamischer Auffassung gegen sich selbst gekehrte Form von Sadismus. Bedürfnis nach Bestrafung. (Habituierung der Verhaltensweisen in entsprechenden Partnerbeziehungen bzw. Subkulturen.)

Klinik

- **Sadismus:** Sexuelle Erregung durch (verbale) Demütigung oder körperliche Züchtigung des Partners. Sexuelle sadistische Fantasien sind meist bis in die Kindheit zurückzuverfolgen.
- **Masochismus:** Sexuelle Erregung dadurch hervorgerufen, dass die Person gefesselt, geschlagen oder auf andere Weise gequält wird.
- **Sadomasochismus:** Ambivalenz von gleichzeitigem Wunsch nach Beherrschung und Unterwerfung (Lust am Quälen und am Erdulden von Schmerz).

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung,** s. Klinik.
- **Testpsychologische Persönlichkeitsdiagnostik,** z. B. Rorschach-Test, TAT, FPI. Multiphasic Sex Inventory (s. Lehrbücher der Psychologie).
- **Anamnese,** v. a. Sexualanamnese.

Differenzialdiagnose

- Der Einfluss von Alkohol oder Drogen ist zu berücksichtigen, sonst kaum mit anderen Störungen zu verwechseln.

Therapie, Verlauf und Prognose

- **Therapie (psychiatrisch):** Bei überzeugender Motivation stützende (S. 350) oder konfliktzentrierte Psychotherapie (S. 351).
- **Verlauf und Prognose:** Chronifizierter Verlauf; bei sexuellem Sadismus wird die Prognose durch strafrechtliche Konsequenzen (S. 419) belastet.

11.24 Rentenneurose

- **ICD-10 GM (2017): F 68**

Grundlagen

- **Synonym:** Entschädigungsneurose, Begehrensneurose, Unfallneurose.
- **Definition:** Gesundheits- bzw. Befundlichkeitsstörungen als Ausdruck von Rentenbegehren oder Entschädigungswünschen.
- **Ätiologie und Pathogenese:**
  - Aus Kränkungsgefühl, Enttäuschung, Frustration oder Sicherungswünschen entstandene und sich verstärkende Symptomentwicklung mit Neigung zu Aggravation, z. B. nach Bagatellverletzung.
  - *Verstärker:* Subjektiv als ungerecht empfundene Bewertung eines unfallbedingten Körperschadens (insbesondere im Kopfbereich). Unbefriedigende soziale Situation, Versorgungs- und Entschädigungswünsche.

Klinik

- Deutlich demonstrative, oft grobe funktionelle Körperstörungen mit vielfältigen subjektiven Beschwerden, die einförmig querulatorisch auf eine bestimmte schädigende Ursache bezogen werden (z. B. Unfallereignis).
- Begleitende psychische Auffälligkeiten mit subdepressiv-dysphorischer Grundstimmung, Reizbarkeit bzw. hypochondrischer Klagsamkeit und Querulanz, weitschweifiger Beschwerdeschilderung, sozialem Rückzug, Isolation.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung,** s. Klinik; Verhaltensbeobachtung.
- **Eingehende Anamneseerhebung:** Auslöser, Verstärker? OPD. Verlauf.
- **Testpsychol. Persönlichkeitsdiagnostik,** z. B. TAT, Rorschach, MMPI.
- **Somatische Diagnostik** entsprechend der geschilderten Symptomatik zum Ausschluss bzw. zur einwandfreien Definition eventueller körperlicher Schädigungsfolgen.

Differenzialdiagnose

- Hypochondrische Form der (Major) Depression (S. 208).
- Dissoziative Störung (S. 232).
- Hypochondrische Persönlichkeit (S. 280).

Therapie, Verlauf und Prognose

- **Psychiatrisch, psychotherapeutisch:**
  - Im Anschluss an eine Körperschädigung – so früh und umfassend wie möglich – gründliche Abklärung mit eindeutiger Diagnosestellung. Stets: Reha vor Rente!

Differenzialdiagnose

- Der Einfluss von Alkohol oder Drogen ist zu berücksichtigen, sonst kaum mit anderen Störungen zu verwechseln.

Therapie, Verlauf und Prognose

- **Therapie (psychiatrisch):** Bei überzeugender Motivation stützende (S. 350) oder konfliktzentrierte Psychotherapie (S. 351).
- **Verlauf und Prognose:** Chronifizierter Verlauf; bei sexuellem Sadismus wird die Prognose durch strafrechtliche Konsequenzen (S. 419) belastet.

11.24 Rentenneurose

- **ICD-10 GM (2017): F 68**

Grundlagen

- **Synonym:** Entschädigungsneurose, Begehrensneurose, Unfallneurose.
- **Definition:** Gesundheits- bzw. Befundlichkeitsstörungen als Ausdruck von Rentenbegehren oder Entschädigungswünschen.
- **Ätiologie und Pathogenese:**
  - Aus Kränkungsgefühl, Enttäuschung, Frustration oder Sicherungswünschen entstandene und sich verstärkende Symptomentwicklung mit Neigung zu Aggravation, z. B. nach Bagatellverletzung.
  - *Verstärker:* Subjektiv als ungerecht empfundene Bewertung eines unfallbedingten Körperschadens (insbesondere im Kopfbereich). Unbefriedigende soziale Situation, Versorgungs- und Entschädigungswünsche.

Klinik

- Deutlich demonstrative, oft grobe funktionelle Körperstörungen mit vielfältigen subjektiven Beschwerden, die einförmig querulatorisch auf eine bestimmte schädigende Ursache bezogen werden (z. B. Unfallereignis).
- Begleitende psychische Auffälligkeiten mit subdepressiv-dysphorischer Grundstimmung, Reizbarkeit bzw. hypochondrischer Klagsamkeit und Querulanz, weitschweifiger Beschwerdeschilderung, sozialem Rückzug, Isolation.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung,** s. Klinik; Verhaltensbeobachtung.
- **Eingehende Anamneseerhebung:** Auslöser, Verstärker? OPD. Verlauf.
- **Testpsychol. Persönlichkeitsdiagnostik,** z. B. TAT, Rorschach, MMPI.
- **Somatische Diagnostik** entsprechend der geschilderten Symptomatik zum Ausschluss bzw. zur einwandfreien Definition eventueller körperlicher Schädigungsfolgen.

Differenzialdiagnose

- Hypochondrische Form der (Major) Depression (S. 208).
- Dissoziative Störung (S. 232).
- Hypochondrische Persönlichkeit (S. 280).

Therapie, Verlauf und Prognose

- **Psychiatrisch, psychotherapeutisch:**
  - Im Anschluss an eine Körperschädigung – so früh und umfassend wie möglich – gründliche Abklärung mit eindeutiger Diagnosestellung. Stets: Reha vor Rente!

- Sachliche und verständliche Aufklärung und Besprechung der Situation ohne Vorwurfshaltung; Limitierung von Krankschreibung, Kurwünschen, Rentenbegehren u. Ä. unter Darlegung der therapeutischen Kontraindikation.
- Angebote stützender (supportiver) Psychotherapie (S. 350) und soziotherapeutischer Hilfen (S. 392) mit dem Ziel der beruflichen Rehabilitation nach Abschluss eines eventuellen Entschädigungsverfahrens.

▶ **Verlauf und Prognose:** Nicht selten unkorrigierbar schlecht: Chronifizierung bzw. Progredienz der Symptomatik mit allmählicher Fixation. Begleitet von kontinuierlicher Rentenquerulanz („Rentenkampf"). Schließlich tatsächliche Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit, sodass z. B. eine Berentung mehr oder weniger „erzwungen" wird.

11.25 Artifizielle Störung

▶ **ICD-10 GM (2017): F 68.1**

Grundlagen

▶ **Synonym:** Hospital-hopper-Syndrom, doctor shopping, Münchhausen-Syndrom, „wandernder Patient".
▶ **Definition:** Vortäuschen einer Krankheit oder Behinderung bzw. Erzeugung von Symptomen durch manipulatives, selbstschädigendes/selbstverletzendes Verhalten.
▶ **Ätiologie und Pathogenese**: Unklar; narzisstische Kränkung im Vorfeld der Störung? Abnorme Persönlichkeitsentwicklung, oft unreife Persönlichkeitszüge.

Klinik

▶ Vortäuschen einer Erkrankung oder künstliches Hervorrufen von Symptomen, etwa durch Injektionen toxischer Substanzen, Erzeugung von Blutungen, Hypoglykämie durch Insulin-Injektion.
▶ Wiederholtes Drängen auf diagnostische Abklärung; manchmal bis hin zu explorativen (oder gar kurativ intendierten) chirurgischen Eingriffen. Häufiges Wechseln der Behandler („Koryphäen-Killer") bzw. der behandelnden Institutionen.
▶ Kann mit dissoziativen Symptomen einhergehen.

Diagnostik

▶ Psychopathologische Untersuchung, s. Klinik; Verhaltensbeobachtung.
▶ Eingehende Anamneseerhebung: Auslöser, Verstärker? Verlauf.
▶ Testpsychol. Persönlichkeitsdiagnostik, z. B. TAT, Rorschach, MMPI.
▶ Initial gründliche somatische Diagnostik zum Ausschluss organischer Ursachen bzw. Diagnostik von Sekundärschäden durch die Manipulation.

Differenzialdiagnose

▶ Hypochondrische Störung (S. 237).
▶ Dissoziative Störung (S. 232).
▶ Histrionische Persönlichkeitsstörung (S. 276).

Therapie, Verlauf und Prognose

▶ **Psychiatrisch, psychotherapeutisch:** zu Beginn Versuch eines Beziehungsaufbaus mit dem Ziel einer Psychotherapie.
❐ ***Beachte:*** Medikamentöse Behandlung *nicht* indiziert.
▶ Oft chronifizierte Verläufe.
▶ **Sonderform:** *Münchhausen-by-proxy-Syndrom*: Kindesmisshandlung durch Zufügen von Verletzungen oder Erzeugen von Symptomen bei Kindern durch Erziehungsberechtigte. Trauma-Vorgeschichte bei den Tätern nicht selten.

- Sachliche und verständliche Aufklärung und Besprechung der Situation ohne Vorwurfshaltung; Limitierung von Krankschreibung, Kurwünschen, Rentenbegehren u. Ä. unter Darlegung der therapeutischen Kontraindikation.
- Angebote stützender (supportiver) Psychotherapie (S. 350) und soziotherapeutischer Hilfen (S. 392) mit dem Ziel der beruflichen Rehabilitation nach Abschluss eines eventuellen Entschädigungsverfahrens.

▶ **Verlauf und Prognose:** Nicht selten unkorrigierbar schlecht: Chronifizierung bzw. Progredienz der Symptomatik mit allmählicher Fixation. Begleitet von kontinuierlicher Rentenquerulanz („Rentenkampf"). Schließlich tatsächliche Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit, sodass z. B. eine Berentung mehr oder weniger „erzwungen" wird.

11.25 Artifizielle Störung

▶ **ICD-10 GM (2017): F 68.1**

Grundlagen

▶ **Synonym:** Hospital-hopper-Syndrom, doctor shopping, Münchhausen-Syndrom, „wandernder Patient".
▶ **Definition:** Vortäuschen einer Krankheit oder Behinderung bzw. Erzeugung von Symptomen durch manipulatives, selbstschädigendes/selbstverletzendes Verhalten.
▶ **Ätiologie und Pathogenese**: Unklar; narzisstische Kränkung im Vorfeld der Störung? Abnorme Persönlichkeitsentwicklung, oft unreife Persönlichkeitszüge.

Klinik

▶ Vortäuschen einer Erkrankung oder künstliches Hervorrufen von Symptomen, etwa durch Injektionen toxischer Substanzen, Erzeugung von Blutungen, Hypoglykämie durch Insulin-Injektion.
▶ Wiederholtes Drängen auf diagnostische Abklärung; manchmal bis hin zu explorativen (oder gar kurativ intendierten) chirurgischen Eingriffen. Häufiges Wechseln der Behandler („Koryphäen-Killer") bzw. der behandelnden Institutionen.
▶ Kann mit dissoziativen Symptomen einhergehen.

Diagnostik

▶ Psychopathologische Untersuchung, s. Klinik; Verhaltensbeobachtung.
▶ Eingehende Anamneseerhebung: Auslöser, Verstärker? Verlauf.
▶ Testpsychol. Persönlichkeitsdiagnostik, z. B. TAT, Rorschach, MMPI.
▶ Initial gründliche somatische Diagnostik zum Ausschluss organischer Ursachen bzw. Diagnostik von Sekundärschäden durch die Manipulation.

Differenzialdiagnose

▶ Hypochondrische Störung (S. 237).
▶ Dissoziative Störung (S. 232).
▶ Histrionische Persönlichkeitsstörung (S. 276).

Therapie, Verlauf und Prognose

▶ **Psychiatrisch, psychotherapeutisch:** zu Beginn Versuch eines Beziehungsaufbaus mit dem Ziel einer Psychotherapie.
❐ ***Beachte:*** Medikamentöse Behandlung *nicht* indiziert.
▶ Oft chronifizierte Verläufe.
▶ **Sonderform:** *Münchhausen-by-proxy-Syndrom*: Kindesmisshandlung durch Zufügen von Verletzungen oder Erzeugen von Symptomen bei Kindern durch Erziehungsberechtigte. Trauma-Vorgeschichte bei den Tätern nicht selten.

11.26 Intelligenzminderung. Frühkindliche Hirnschädigung

- **ICD-10 GM (2017): F 80–89, F 90–98, G 93.8**

Grundlagen

- **Synonyme:** „Minimale cerebrale Dysfunktion" (MCD) oder „minimal brain dysfunction" (MBD). Frühkindlich exogenes Psychosyndrom.
- **Definition:** Krankheitsbild aufgrund einer Hirnschädigung bis Ende des 1. Lebensjahres.
- **Epidemiologie:** Morbiditätsrisiko von bis zu 10 % der Bevölkerung.
- **Ätiologie und Pathogenese:** Mögliche Schädigungsursachen (verschiedene prä-, peri- und postnatale Noxen):
  - *Chromosomenanomalien:* z. B. Down-, Turner-, Klinefelter-, Cri-du-chat-Syndrom.
  - *Genetisch bedingte Enzymdefekte:* z. B. Phenylketonurie, Galaktosämie, Ahornsirupkrankheit, Homozystinurie, Morbus Wilson.
  - *Traumata:* z. B. Zangengeburt, Blutungen.
  - *Hypoxie:* z. B. infolge Asphyxie infolge Nabelschnurumschlingung oder längerer Geburt.
  - *Infektionserkrankung der Mutter:* z. B. HIV-Infektion, Röteln, Zytomegalie, Toxoplasmose, Zika-Virus.
  - *Chronische Intoxikation der Mutter:* z. B. Suchterkrankung, Nikotin- oder Alkoholmissbrauch (häufigste teratrogene Noxen!).
  - Icterus neonatorum (im Rahmen einer Rhesus-Inkompatibilität).
  - Diabetes mellitus.
  - EPH-Gestose.

  Hinweis: 30–40 % der Ursachen unbekannt!

Klinik

- **Psychopathologisch:** Überempfindlichkeit und Reizbarkeit, Hyperaktivität und Impulsivität, Konzentrationsschwäche bzw. Lernbehinderung, Teilleistungsstörungen, geistige Behinderung (S. 101), Kommunikationsstörungen und dissoziales Verhalten.
- **Neurologisch:** Fakultativ diskrete spastische Paresen, Reflexdifferenzen, Koordinationsstörungen, Sprechstörungen, Hypermotorik, Apraxien und Werkzeugstörungen, epileptische Anfälle.
- **Allgemein-körperlich:** Entwicklungs- und Wachstumsverzögerung, motorische Unbeholfenheit, Krankheitsanfälligkeit. Evtl. Mikrozephalie.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung:** Bewegungsabläufe, Motorik, Koordination, Apperzeption, Aufmerksamkeit, Belastbarkeit, Affektstabilität, Schlaf, Sozialverhalten?
- **Neurostatus:** Tonusdifferenzen, pathologische Reflexe, extrapyramidale Symptome, Krampfanfälle?
- **Körperliche Untersuchung:** Missbildungen? (z. B. Lidspalten, Augenabstand, Gliedmaßen, Herz, Lunge), Geschlechtsentwicklung, sekundäre Geschlechtsmerkmale.
- **Fremdanamnestische Angaben:** Motorische und Sprachentwicklung, schulische Leistungen, Sozialverhalten, Steuerungsvermögen, Hinweise auf schädigende Ursachen, Familienanamnese.
- **Psychometrische Untersuchungen:** (S. 47) HAWIK, Reifungs- und Entwicklungstests, Motoriktests.
- **Apparative Diagnostik:** Bildgebende Verfahren meist nicht ergiebig: Vorrang hat die klinische Diagnostik.

Differenzialdiagnose

- Psychosyndrom späterer Genese (S. 116): Anamnese, Verlauf, häufiger Demenz-Symptome bzw. organisches Psychosyndrom.
- Juvenile Form der Schizophrenie (S. 194) bzw. Hebephrenie: Anamnese, Verlauf, eher Verhaltensauffälligkeiten in bizarrer Form, Beginn im Jugendalter.
- Milieubedingte Verhaltensstörungen bzw. Pseudodebilität, Hospitalismus: Anamnese (rasche Besserung bei Milieuwechsel), Testdiagnostik.
- Umschriebene Störungen: Legasthenie, Dyskalkulie, Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom, kurz ADHS (S. 298).

Therapie

- **Allgemein-psychiatrisch:** Elternberatung, frühzeitige gezielte heilpädagogische Förderung und Behandlung, gegebenenfalls in speziellen Kindergärten, Sonderschulen, Internaten, beschützten Werkstätten und anderen Einrichtungen. Möglichst weitgehende Integration in Familie und Gesellschaft. Gezielter Nachhilfeunterricht.
- **Speziell:**
  - Abschirmung vor Reizüberflutung und Vermeidung von Überforderungen.
  - Abgestuftes Belastungsprogramm im Rahmen einer sonderpädagogischen Förderung.
  - Logopädie als spezielle Therapie bei Sprech- und Sprachstörungen.
  - Gezielte Krankengymnastik und motopädische Übungen.
  - Sozialfürsorgerische Maßnahmen bzw. Heimaufenthalt oder Dauerhospitalisierung bei schwererer geistiger Behinderung. Evtl. Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung.
- **Medikamentös:**
  - Bei ausgeprägter motorischer Unruhe Dämpfung mit schwachpotenten Antipsychotika. Behandlung von ADHS (S. 100) mit Methylphenidat (Ritalin) 5–10 mg p. o. oder Concerta 15 mg p. o. täglich.
  - *Alternativ:*
    - Atomotexin (Strattera) 60–80 mg/d.
    - Lisdexamphetamin (Elvanse) 30–50 mg/d.

    Hinweis: Methylphenidat und Lisdexamphetamin sind Btm-verschreibungspflichtig!
  - Bei Antriebsschwäche Versuch mit Nootropika (S. 313).

Verlauf und Prognose

- Umso günstiger, je früher die Schädigungsfolgen erkannt und behandelt werden. Ansonsten Gefahr der sekundären Neurotisierung.
- Unabhängig hiervon können intellektuelle und motorische Ausfälle teilweise allmählich kompensiert, Verhaltensstörungen im Rahmen einer Nachreifung ausgeglichen werden.
- Bei schweren Verhaltensstörungen Belastung der Prognose durch begleitende Dissozialität und Delinquenz.

11.27 Asperger-Syndrom

- **ICD-10 GM (2017): F 84.5**

Grundlagen

- **Synonym:** Asperger-Autismus. Autismus-Spektrum-Störung.
- **Definition:** Angeborene Form des Autismus mit Beeinträchtigungen des Kommunikatios- und sozialen Interaktionsvermögens. Fixierung auf Einhaltung rigider Routinen, gelegentlich mit ausgestanzten Begabungen vergesellschaftet.
- **Epidemiologie:**

Differenzialdiagnose

- Psychosyndrom späterer Genese (S. 116): Anamnese, Verlauf, häufiger Demenz-Symptome bzw. organisches Psychosyndrom.
- Juvenile Form der Schizophrenie (S. 194) bzw. Hebephrenie: Anamnese, Verlauf, eher Verhaltensauffälligkeiten in bizarrer Form, Beginn im Jugendalter.
- Milieubedingte Verhaltensstörungen bzw. Pseudodebilität, Hospitalismus: Anamnese (rasche Besserung bei Milieuwechsel), Testdiagnostik.
- Umschriebene Störungen: Legasthenie, Dyskalkulie, Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom, kurz ADHS (S. 298).

Therapie

- **Allgemein-psychiatrisch:** Elternberatung, frühzeitige gezielte heilpädagogische Förderung und Behandlung, gegebenenfalls in speziellen Kindergärten, Sonderschulen, Internaten, beschützten Werkstätten und anderen Einrichtungen. Möglichst weitgehende Integration in Familie und Gesellschaft. Gezielter Nachhilfeunterricht.
- **Speziell:**
  - Abschirmung vor Reizüberflutung und Vermeidung von Überforderungen.
  - Abgestuftes Belastungsprogramm im Rahmen einer sonderpädagogischen Förderung.
  - Logopädie als spezielle Therapie bei Sprech- und Sprachstörungen.
  - Gezielte Krankengymnastik und motopädische Übungen.
  - Sozialfürsorgerische Maßnahmen bzw. Heimaufenthalt oder Dauerhospitalisierung bei schwererer geistiger Behinderung. Evtl. Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung.
- **Medikamentös:**
  - Bei ausgeprägter motorischer Unruhe Dämpfung mit schwachpotenten Antipsychotika. Behandlung von ADHS (S. 100) mit Methylphenidat (Ritalin) 5–10 mg p. o. oder Concerta 15 mg p. o. täglich.
  - *Alternativ:*
    - Atomotexin (Strattera) 60–80 mg/d.
    - Lisdexamphetamin (Elvanse) 30–50 mg/d.

    Hinweis: Methylphenidat und Lisdexamphetamin sind Btm-verschreibungspflichtig!
  - Bei Antriebsschwäche Versuch mit Nootropika (S. 313).

Verlauf und Prognose

- Umso günstiger, je früher die Schädigungsfolgen erkannt und behandelt werden. Ansonsten Gefahr der sekundären Neurotisierung.
- Unabhängig hiervon können intellektuelle und motorische Ausfälle teilweise allmählich kompensiert, Verhaltensstörungen im Rahmen einer Nachreifung ausgeglichen werden.
- Bei schweren Verhaltensstörungen Belastung der Prognose durch begleitende Dissozialität und Delinquenz.

11.27 Asperger-Syndrom

- **ICD-10 GM (2017): F 84.5**

Grundlagen

- **Synonym:** Asperger-Autismus. Autismus-Spektrum-Störung.
- **Definition:** Angeborene Form des Autismus mit Beeinträchtigungen des Kommunikatios- und sozialen Interaktionsvermögens. Fixierung auf Einhaltung rigider Routinen, gelegentlich mit ausgestanzten Begabungen vergesellschaftet.
- **Epidemiologie:**

- Eher seltene Erkrankung mit einer Prävalenz < 0,05 %.
- Geschlechtsverhältnis von ca. 8:1 zugunsten des männlichen Geschlechts.

▶ **Ätiologie und Pathogenese, Risikofaktoren:** weitgehend unbekannt. Genetische Disposition wahrscheinlich.

Klinik

▶ Störungen der sozialen Interaktion einschl. der nonverbalen Kommunikation: Vermeidung von Blickkontakt und Berührungen, Fehlen von Beziehungen zu Gleichaltrigen (im Kindesalter), Partnerschaften.
▶ Empathiedefizite, Mangel an Einfühlungsvermögen, Schwierigkeiten in der Perspektivübernahme.
▶ Oft Festhalten an starren Abläufen und Routinen, Fixierung auf einige wenige Interessen (meist technisches Detailwissen), in ca. 15 % außergewöhnliche Begabungen („**savant**") im Bereich Gedächtnis, Wahrnehmung oder auch Mathematik.
▶ Motorische Ungeschicklichkeit, Manierismen im sprachlichen Ausdruck (gestelzte, geschraubte Ausdrucksweise).
▶ Aggressives Verhalten möglich bis hin zur Delinquenz.
▶ Meist normale Intelligenz (im Gegensatz zum frühkindlichen **Kanner-Autismus**), gel. Hochbegabung.

Diagnostik

▶ **Klinisch-psychopathologische Untersuchung:** Querschnittssymptomatik, Verhaltensbeobachtung!
▶ **Testdiagnostik:** Marburger Beobachtungsskala zum Asperger-Syndrom.
▶ **Anamnese:** Eigen- und vor allem Fremdanamnese unter bes. Berücksichtigung der frühkindlichen Entwicklung.
▶ Körperliche Untersuchung, apparative Diagnostik zum Ausschluss einer organischen Ursache.

Differenzialdiagnose

▶ Schizoide (S. 272) und schizotype Persönlichkeitsstörung. (S. 196)
▶ Zwangsstörung. (S. 225)
▶ Schizophrenia simplex. (S. 194)

Therapie

▶ **Psychiatrisch, psychotherapeutisch:**
- Heilpädagogische Frühförderung, Verhaltenstherapie.
- Ergotherapie, Bewegungstherapie.

▶ **Medikamentös:** Behandlung *komorbider* Störungen, wenn zugleich eine ADHS oder Zwänge und Stereotypien im Vordergrund stehen.

Verlauf und Prognose

▶ Unterschiedlich in Abhängigkeit von der Schwere der Symptomatik.

12 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

12.1 Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)

- **ICD-10 GM (2017): F 90**

Grundlagen

- **Synonym:** Hyperkinetische Störung (S. 100).
- **Definition:** Gruppe von Störungen mit obligatem Beginn in der Kindheit. Typische Symptomtrias: Aufmerksamkeitsstörung, Hyperaktivität und Impulsivität.
- **Epidemiologie:**
  - Häufige Störung des Kinder- und Jugendalters mit Prävalenzen um 2–3 %.
  - Geschlechtsverhältnis von ca. 3:1 zugunsten des männlichen Geschlechts beim hyperaktiven Typus; der vorwiegend Aufmerksamkeitsstörungs-Typus ist möglicherweise häufiger bei Mädchen. Persistenz der Störung bis in das Erwachsenenalter in bis zu 50 % der Fälle.
- **Ätiologie und Pathogenese, Risikofaktoren:** weitgehend unbekannt. Genetische Disposition. Pränatale epigenetische Auslöser?

Klinik

- Unaufmerksamkeit, Konzentrationsschwäche, „Vergesslichkeit", Zerstreutheut. Schulversagen.
- Hyperaktivität, motorische Unruhe, „Zappelphilipp",
- Impulsivität, Verletzung sozialer Regeln, Risikoverhalten.
- Motorische Ungeschicklichkeit, Manierismen im sprachlichen Ausdruck (geschraubte Ausdrucksweise).
- Oft Teilleistungsstörungen.
- Im Erwachsenenalter eher Nachlassen der typ. Hyperaktivität, jedoch oft Konzentrationsschwierigkeiten, Stimmungsschwankungen, Probleme im Berufs- und Privatleben, häufiger Wechsel der Tätigkeiten, Partnerwechsel. Dissozialität möglich.
- **Unterschieden werden:**
  - Hyperaktiv-impulsiver Typ.
  - Unaufmerksamer Typ.
  - Mischtyp.

Hinweis: Im Kindesalter häufige Komorbidität mit Tics, Tourette-Syndrom und autistischen Störungen.

Diagnostik

- **Klinisch-psychopathologische Untersuchung:** Querschnittssymptomatik, Verhaltensbeobachtung!
- **Testdiagnostik:** Homburger Skalen zur ADHS Diagnostik.
- **Anamnese:** Für die Diagnose einer ADHS im Erwachsenenalter ist letztere im Kindesalter Voraussetzung – keine „de novo" Erkrankung!
- Körperliche Untersuchung, apparative Diagnostik zum Ausschluss einer organischen Ursache.

Differenzialdiagnose

- Angst- und Zwangsstörungen.
- Affektive Störungen.

- Emotional-instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline-Störung.
- Endokrinologische Erkrankungen (vor allem Hyperthyreose).

Therapie

- **Psychiatrisch, psychotherapeutisch:**
  - Kognitive Verhaltenstherapie, Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartung und Verbesserung der Selbstregulation.
  - Sport, Bewegungstherapie, Psychoedukation (Elterntraining!).
- **Medikamentös:** Behandlung mit Methylphenidat oder Atomoxetin bzw. Lisdexamphetamin; Behandlung komorbider Störungen, wenn zugleich eine ADHS oder Zwänge und Stereotypien im Vordergrund stehen (S. 296).

Verlauf und Prognose

- Bei frühzeitiger Diagnose nicht ungünstig. Bei Erstdiagnose im Erwachsenenalter abhängig von Komorbidität (wie Abhängigkeitserkrankungen, Persönlichkeitsstörungen, Depression, Angsterkrankungen).

13 Psychiatrische Notfälle

13.1 Allgemeines zur Krisenintervention

Vorbemerkungen

Psychiatrische Notfälle, d. h. sich rasch zuspitzende, hochproblematische Lebenssituationen, psychotische Krisen, emotionale Ausnahmezustände u. ä. („Nervenzusammenbrüche"), bedürfen sofortiger (wenn auch oft nur vorläufiger) Abklärung und umgehender therapeutischer Intervention. Voraussetzungen hierfür sind konzentrierte Wahrnehmung, mentale Flexibilität, koordiniertes Handeln und berufliche Erfahrung mit der Fähigkeit zu ebenso besonnener wie zügiger Entscheidung. Die organisatorischen und logistischen Rahmenbedingungen müssen übersichtlich, leicht verfügbar und stets funktionstüchtig sein.

Die **häufigsten psychiatrischen Notfälle** sind Erregungszustände, akute Verwirrtheit, Bewusstseinsstörungen, Rauschzustände, Panikattacken, Suizidversuche bzw. aktuelle Suizidalität, akute stuporöse oder katatone Syndrome sowie pharmakogen bedingte Notfallsituationen. Diese Krankheitsbilder finden sich statistisch am häufigsten bei persönlichkeitsgestörten und Suchtpatienten; allein Letztere betragen über 10 % aller Notaufnahmen in Krankenhäusern. Ferner können psychotische Störungen ein krisenhaftes Ausmaß annehmen, gefolgt von organisch bedingten psychischen Störungen bei älteren Patienten oder aufgrund einer internistischen Erkrankung.

Am Anfang der **Notfallbehandlung** stehen Kontaktaufnahme und beruhigendes Zusprechen („Talking down") bei knapper Anamneseerhebung. Soweit wie möglich sollten zumindest orientierende körperliche Untersuchungen durchgeführt werden (körperlicher Gesamteindruck, Vital- und neurologische Funktionen, mögliche Verletzungen, Injektionsstellen). Bisweilen lässt erst eine sedierende (nicht schlafinduzierende!) Medikation eine genauere Untersuchung zu, sie ist vor allem bei Angst- und Erregungszuständen meist nicht zu umgehen.

Fremdanamnestische Angaben werden besonders wichtig bei verwirrten, mutistischen oder stuporösen Patienten; auch bezüglich evtl. vorgelaufener (medikamentöser) Therapiemaßnahmen. Stets ist vorrangig das Ausmaß einer möglichen Selbstgefährdung zu erkunden.

Ansonsten gilt als allgemeine Regeln der Krisenintervention Deeskalation! Ruhe und Besonnenheit ausstrahlen, sich Zeit nehmen, Unterbrechung der Kontaktaufnahme zum Patienten vermeiden, auch bei erregt-aggressiven Patienten nicht empfindlich reagieren, längere Diskussionen umgehen, diagnostische und therapeutische Maßnahmen verständlich und knapp erklären. Kein Moralisieren! Bei akuter Eigen- und/oder Fremdgefährdung sind rechtliche Schritte zur stationären Unterbringung mittels Psych KG oder BfG (S. 414) im Falle fehlender Freiwilligkeitserklärung aufgrund mangelnder Krankheitseinsicht einzuleiten.

Die Behandlungsmaßnahmen sind zunächst auf die aktuelle Leitsymptomatik auszurichten, ehe weiterführende diagnostische bzw. differenzialdiagnostische Strategien umgesetzt werden.

13.2 Erregungszustand

Grundlagen

- **Definition**: Deutliche bis ausgeprägte Antriebssteigerung mit affektiver und motorischer Enthemmung bis hin zum Kontrollverlust.
- **Ätiologie und Pathogenese:**
  - Alkohol- und/oder Drogenkonsum (S. 159) mit pathologischem Rausch.
  - Akute schizophrene Psychose (S. 199).

- Manische Exazerbation im Rahmen einer affektiven Erkrankung (S. 204).
- Panikattacke (S. 222).
- Akute, traumatische Belastungsreaktion (S. 227) bzw. psychogener Erregungszustand.
- Postiktaler Dämmerzustand (S. 86).
- Beginnendes Delir (S. 87), Entzugserscheinungen (S. 159).
- Endokrine oder Stoffwechselentgleisung.

Klinik

- Starke Unruhe, vermehrter Bewegungsdrang. Lautstarke Entäußerungen
- Anzeichen von Angst und Panik bzw. Euphorie.
- Bisweilen Sinnestäuschungen und/oder Wahnerleben.
- Fremd- oder Eigenaggressivität. Evtl. selbstverletzendes Verhalten.

Diagnostik

- **Psychopathologischer Befund.**
- **Fremdanamnese**.
- **Körperliche Untersuchung** (eventuell hierzu notwendig – falls keine Bewusstseinstrübung vorliegt – Sedierung mit Diazepam, Lorazepam oder Haloperidol).
- **Notfalllabor:** Drogen- und Medikamentenscreening (Teststreifen zur Urinkontrolle auf Drogen und Sedativa), Alco-Test, Blutbild, Blutzucker, Leberwerte, Kreatinin.

Differenzialdiagnose

- Internistisch-neurologische Grunderkrankung (z. B. Hyperthyreose, Hypertonie, Angina pectoris, Herzinfarkt, Hypoglykämie) ausschließen.

Therapie

- **Allgemein:**
  - Deeskalation: Ruhiges und sicheres, freundliches Auftreten. Suggestives Zureden („Talking down"), Grunderkrankung bzw. Ursache bekämpfen. Kurze, klare Hinweise!
  - Überwachung sicherstellen, ggfs. Fixierung (mit Sitzwache!).
  - Dokumentation!
- **Medikamentöse Soforttherapie (parenteral):**
  - Bei *Psychosen* oder im *Alkoholrausch* bzw. *Delir* mittel- bis höherpotente Antipsychotika (S. 314) i. v. oder, zum Beispiel:
    - Haloperidol 5–15 mg i. v. oder i. m.
    - *Oder:* Zuclopenthixol 100–200 mg i. m.
    - *Oder:* Levomepromazin 50 mg i. v. oder i. m.
    - Alternativ (nicht parenteral): Olanzapin 5–20 mg oder Risperdon 2–4 mg (jeweils als Schmelztablette).
    - Versuch mit Inhalation von Loxapin (9,1 mg Pulver als Einzeldosis).
  - *Bei nichtpsychotischer Erregtheit* (Panikattacke, akute Belastungsreaktion bzw. posttraumatische Belastungsstörung, Horrortrip) sind Benzodiazepine meist ausreichend, zum Beispiel:
    - Lorazepam 2–4 mg i. v. oder i. m. oder p. o. als Lorazepam Expidet (Schmelztablette).
    - *Oder:* Diazepam 5–10 mg i. v. oder i. m.
  - *Bei (ängstlich-)agitierter Depression:* Doxepin 25–50 mg i. m., evtl. kombiniert mit Lorazepam 2,5 mg Expidet.
  - Wenn keine ausreichende Wirkung erzielt werden konnte, nach 30–60 Minuten gleiche Menge nachapplizieren bis zur erlaubten Tageshöchstdosis der Substanz (siehe Tab. 13.1).

  Hinweis: Bei oraler Applikation Einzeldosis etwa 50 % höher, gleiche Tageshöchstdosis!

Tab. 13.1 • **Mögliche Tageshöchstdosierungen**

Medikament	Tageshöchstdosis (mg)	Applikationsform
Haloperidol	10 – 20	i. v./i. m.
Zuclopenthixol	50 – 100	i. m.
Levomepromazin	100	i. v./i. m.
Diazepam	10 – 20	i. v./i. m.
Lorazepam	2 – 5	i. v./i. m.

13.3 Bewusstseinsstörung

Grundlagen

- **Definition:** Beeinträchtigung der Wachheit (Vigilität) mit oder ohne qualitativer Bewusstseinsstörung (S. 84).
- **Ätiologie und Pathogenese:**
  - Intoxikation (Drogen, Medikamente). Alkoholentzug.
  - Zentralnervöse Ursachen, s. auch hirnorganisch begründbare psychische Störungen (S. 116): Schädelhirntrauma, Raumforderung (Tumor, Blutung, Abszess), Entzündung (Enzephalitis, Meningitis, Meningiosis), Gefäßprozess (Infarkt, Blutung), Z. n. epileptischem Anfall, epileptischer Dämmerzustand.
  - Internistisch-systemische Erkrankungen, d. h. symptomatische psychische Störungen: z. B. metabolische Störungen (z. B. Hyperglykämie, Nierenversagen), endokrine Entgleisung, hohes Fieber.

Klinik

- **Einordnung der Bewusstseinslage:**
  - *Somnolenz:* Durch äußere Reize erweckbar, Augen geöffnet, häufig Verwirrtheit, Verlangsamung, Ratlosigkeit.
  - *Sopor:* Reaktionen auf Schmerzreize, Augen geschlossen.
  - *Koma:* Keine Reaktion auf Schmerzreize, Augen geschlossen.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung.**
- **Anamnese:** sowie (soweit möglich) **Fremdanamnese**: Vorerkrankungen (frühere Anfälle, Diabetes mellitus, Herzerkrankungen, Hypertonus, Nierenerkrankung, Alkohol, Medikamente, psychische Auffälligkeiten), Trauma, Verlauf der Bewusstseinstrübung.
- **Körperliche Untersuchung,** insbesondere Neurostatus (S. 33): Einnässen, Zungenbiss, Injektionsspuren, Herzrhythmus, Blutdruck, Fötor (hepaticus, urämicus), Ikterus.
- **Labor:**
  - Notfalllabor: BZ, Elektrolyte, CK, Kreatinin, Harnstoff-N, GOT, GPT, γ-GT, evtl. Ammoniak, Urin, Drogen- und Medikamentenscreening (S. 36).
  - Differenziertere Laboruntersuchungen (z. B. Hormonbestimmungen) bei Verdacht auf spezielle internistische Ursache.
  - Liquordiagnostik (S. 38) bei klinischem Verdacht (Nackensteifigkeit, Fieber, Leukozytose) zum Ausschluss einer entzündlichen/immunologischen Ursache (Enzephalitis, Meningitis, Meningiosis).
- Stationäre Beobachtung mit fortlaufender, gegebenenfalls intensivmedizinisch-apparativer Überwachung.

Hinweis: Im Zweifel stets internistisches und/oder neurologisches Konsil!

Tab. 13.1 • **Mögliche Tageshöchstdosierungen**

Medikament	Tageshöchstdosis (mg)	Applikationsform
Haloperidol	10 – 20	i. v./i. m.
Zuclopenthixol	50 – 100	i. m.
Levomepromazin	100	i. v./i. m.
Diazepam	10 – 20	i. v./i. m.
Lorazepam	2 – 5	i. v./i. m.

13.3 Bewusstseinsstörung

Grundlagen

- **Definition:** Beeinträchtigung der Wachheit (Vigilität) mit oder ohne qualitativer Bewusstseinsstörung (S. 84).
- **Ätiologie und Pathogenese:**
  - Intoxikation (Drogen, Medikamente). Alkoholentzug.
  - Zentralnervöse Ursachen, s. auch hirnorganisch begründbare psychische Störungen (S. 116): Schädelhirntrauma, Raumforderung (Tumor, Blutung, Abszess), Entzündung (Enzephalitis, Meningitis, Meningiosis), Gefäßprozess (Infarkt, Blutung), Z. n. epileptischem Anfall, epileptischer Dämmerzustand.
  - Internistisch-systemische Erkrankungen, d. h. symptomatische psychische Störungen: z. B. metabolische Störungen (z. B. Hyperglykämie, Nierenversagen), endokrine Entgleisung, hohes Fieber.

Klinik

- **Einordnung der Bewusstseinslage:**
  - *Somnolenz:* Durch äußere Reize erweckbar, Augen geöffnet, häufig Verwirrtheit, Verlangsamung, Ratlosigkeit.
  - *Sopor:* Reaktionen auf Schmerzreize, Augen geschlossen.
  - *Koma:* Keine Reaktion auf Schmerzreize, Augen geschlossen.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung.**
- **Anamnese:** sowie (soweit möglich) **Fremdanamnese**: Vorerkrankungen (frühere Anfälle, Diabetes mellitus, Herzerkrankungen, Hypertonus, Nierenerkrankung, Alkohol, Medikamente, psychische Auffälligkeiten), Trauma, Verlauf der Bewusstseinstrübung.
- **Körperliche Untersuchung,** insbesondere Neurostatus (S. 33): Einnässen, Zungenbiss, Injektionsspuren, Herzrhythmus, Blutdruck, Fötor (hepaticus, urämicus), Ikterus.
- **Labor:**
  - Notfalllabor: BZ, Elektrolyte, CK, Kreatinin, Harnstoff-N, GOT, GPT, γ-GT, evtl. Ammoniak, Urin, Drogen- und Medikamentenscreening (S. 36).
  - Differenziertere Laboruntersuchungen (z. B. Hormonbestimmungen) bei Verdacht auf spezielle internistische Ursache.
  - Liquordiagnostik (S. 38) bei klinischem Verdacht (Nackensteifigkeit, Fieber, Leukozytose) zum Ausschluss einer entzündlichen/immunologischen Ursache (Enzephalitis, Meningitis, Meningiosis).
- Stationäre Beobachtung mit fortlaufender, gegebenenfalls intensivmedizinisch-apparativer Überwachung.

Hinweis: Im Zweifel stets internistisches und/oder neurologisches Konsil!

- **Apparative Diagnostik:**
  - Bildgebende Verfahren:
    - CCT, kranielles MRT, evtl. SPECT: Zum Ausschluss einer zentralnervösen, organischen Ursache (Blutung, Hirnödem, Trauma, Infarkt).
    - Rö-Thorax: V. a. pulmonale (z. B. Pneumonie), kardiale Grunderkrankung.
  - EEG: Epilepsietypische Potenziale, Zeichen einer Intoxikation? (Normalbefund bei psychogener Genese).
  - Dopplersonografie der hirnversorgenden Arterien: Stenose, Verschluss?
  - EKG, Echokardiografie: Rhythmusstörung, Infarktzeichen, Klappenerkrankung?

Differenzialdiagnose

- Jederart **Intoxikation** durch psychotrope Substanzen.
- **Delir bzw. Prädelir** (S. 138)**.**
- **Akinetischer Mutismus** bei diffuser Hirnschädigung: Fehlende Spontanbewegungen, fehlende Äußerungen, keine Abwehr auf Schmerzreize. Die Augen sind geöffnet, fixieren jedoch nicht, sog. Wachkoma (S. 157).
- Depressiver Stupor oder psychotische Katatonie (S. 310): Regloses Verharren, keine Reaktion auf Ansprache bzw. Außenreize, Augen meist geöffnet, normale Vitalfunktionen und Reflexantworten, Katalepsie, Mutismus.
- **Psychogener Stupor:** Aktiver Lidschluss nach passivem Öffnen, passiv angehobene Extremitäten werden beim Fallenlassen aktiv abgebremst, Fixation bei Auslösung des vestibulookulären Reflexes (S. 232).
- **Apallisches Syndrom, Wachkoma** (S. 157)**:** Augen geöffnet, keine Fixation, erhöhter Muskeltonus, orale Automatismen.
- **Locked-in-Syndrom:** Patient wach, reglos. Tetraparese mit Einbeziehung der Gesichts- und Sprechmuskulatur, Verständigung über vertikale Augenbewegungen.

Therapie

- **Unterbringung** in geschützter Umgebung (Intensivstation) und Beobachtung (Ggfs. Sitzwache). Konsiliarische Mitbetreuung.
- **Symptomatische intensivmedizinische Behandlung** mit Sicherung der Vitalfunktionen, ggf. Flüssigkeitssubstitution, Überwachung der Kreislauf- und Atmungsparameter. Dokumentation.

Hinweis: Keine Psychopharmaka, außer bei zusätzlicher starker Unruhe, vgl. Delir (S. 87)!

13.4 Akute Verwirrtheit

Grundlagen

- **Definition:** Beeinträchtigung der Orientiertheit (Zeit, Ort, Person, Situation)
- **Ätiologie und Pathogenese:**
  - *Akute oder chronische Intoxikation* durch Alkohol, Drogen oder Medikamente.
  - *Zerebrale Durchblutungsstörungen* bzw. transitorische ischämische Attacke (TIA) (v. a. nächtliche Orientierungsstörung älterer Patienten) bei Exsikkose, Hypotonie.
  - *Andere zentralnervöse Prozesse:* Enzephalitis, Tumor, Infarkt, Blutung (SAB, chronisches Subduralhämatom), Trauma.
  - *Symptomatische Psychose aufgrund internistischer Erkrankung:* z. B. Hyperthyreose, Hyperparathyreoidismus, Hyperglykämie, Hypoglykämie, Herz-, Nieren- und Leberinsuffizienz, Anämie, paraneoplastisch.
  - Folgezustand einer schweren, akuten seelischen Traumatisierung . Siehe Belastungsreaktion (S. 227).

- **Apparative Diagnostik:**
  - Bildgebende Verfahren:
    - CCT, kranielles MRT, evtl. SPECT: Zum Ausschluss einer zentralnervösen, organischen Ursache (Blutung, Hirnödem, Trauma, Infarkt).
    - Rö-Thorax: V. a. pulmonale (z. B. Pneumonie), kardiale Grunderkrankung.
  - EEG: Epilepsietypische Potenziale, Zeichen einer Intoxikation? (Normalbefund bei psychogener Genese).
  - Dopplersonografie der hirnversorgenden Arterien: Stenose, Verschluss?
  - EKG, Echokardiografie: Rhythmusstörung, Infarktzeichen, Klappenerkrankung?

Differenzialdiagnose

- Jederart **Intoxikation** durch psychotrope Substanzen.
- **Delir bzw. Prädelir** (S. 138)**.**
- **Akinetischer Mutismus** bei diffuser Hirnschädigung: Fehlende Spontanbewegungen, fehlende Äußerungen, keine Abwehr auf Schmerzreize. Die Augen sind geöffnet, fixieren jedoch nicht, sog. Wachkoma (S. 157).
- Depressiver Stupor oder psychotische Katatonie (S. 310): Regloses Verharren, keine Reaktion auf Ansprache bzw. Außenreize, Augen meist geöffnet, normale Vitalfunktionen und Reflexantworten, Katalepsie, Mutismus.
- **Psychogener Stupor:** Aktiver Lidschluss nach passivem Öffnen, passiv angehobene Extremitäten werden beim Fallenlassen aktiv abgebremst, Fixation bei Auslösung des vestibulookulären Reflexes (S. 232).
- **Apallisches Syndrom, Wachkoma** (S. 157)**:** Augen geöffnet, keine Fixation, erhöhter Muskeltonus, orale Automatismen.
- **Locked-in-Syndrom:** Patient wach, reglos. Tetraparese mit Einbeziehung der Gesichts- und Sprechmuskulatur, Verständigung über vertikale Augenbewegungen.

Therapie

- **Unterbringung** in geschützter Umgebung (Intensivstation) und Beobachtung (Ggfs. Sitzwache). Konsiliarische Mitbetreuung.
- **Symptomatische intensivmedizinische Behandlung** mit Sicherung der Vitalfunktionen, ggf. Flüssigkeitssubstitution, Überwachung der Kreislauf- und Atmungsparameter. Dokumentation.

Hinweis: Keine Psychopharmaka, außer bei zusätzlicher starker Unruhe, vgl. Delir (S. 87)!

13.4 Akute Verwirrtheit

Grundlagen

- **Definition:** Beeinträchtigung der Orientiertheit (Zeit, Ort, Person, Situation)
- **Ätiologie und Pathogenese:**
  - *Akute oder chronische Intoxikation* durch Alkohol, Drogen oder Medikamente.
  - *Zerebrale Durchblutungsstörungen* bzw. transitorische ischämische Attacke (TIA) (v. a. nächtliche Orientierungsstörung älterer Patienten) bei Exsikkose, Hypotonie.
  - *Andere zentralnervöse Prozesse:* Enzephalitis, Tumor, Infarkt, Blutung (SAB, chronisches Subduralhämatom), Trauma.
  - *Symptomatische Psychose aufgrund internistischer Erkrankung:* z. B. Hyperthyreose, Hyperparathyreoidismus, Hyperglykämie, Hypoglykämie, Herz-, Nieren- und Leberinsuffizienz, Anämie, paraneoplastisch.
  - Folgezustand einer schweren, akuten seelischen Traumatisierung . Siehe Belastungsreaktion (S. 227).

Klinik

- Ratlosigkeit, Verlangsamung oder dranghafte Unruhe, Angstgefühl, Fremdaggressivität, Denkstörungen, Gedächtnisstörungen. Siehe Allgemeine Psychopathologie (S. 26).

Hinweis: Nicht zu verwechseln mit der *Verworrenheit* bei schizophrenen und manischen Psychosen als Folge desorganisierten Denkens. Die Symptomatik ist auf den ersten Blick sehr ähnlich, bei Verworrenheit treten jedoch zusätzlich formale Denkstörungen, Sprunghaftigkeit, Ambivalenz, Inkohärenz u. a. psychotische Symptome auf.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung** (s. Klinik).
- **Anamnese** (vor allem **Fremdanamnese**):
  - Beginn: akut, subakut, chronisch?
  - Bewusstseinsstörung?
  - Veränderungen des Sprechens bzw. der Sprache?
  - Progredienz?
  - Grunderkrankungen?
  - Medikamente, Alkohol, Drogen?
- **Körperliche Untersuchung. Neurostatus.**
- **Labor:**
  - Notfalllabor (S. 300).
  - Liquordiagnostik (S. 38) bei Verdacht auf Meningitis mit Fieber, Nackensteifigkeit, Bewusstseinstrübung, starken Kopfschmerzen, Subarachnoidalblutung.
- **Stationäre Überwachung** mit regelmäßigen Bewusstseinskontrollen, gegebenenfalls intensivmedizinische Betreuung. Neurol. Konsil.
- **Apparative Diagnostik**:
  - Kranielles MRT (S. 43) bei fokalen neurologischen Ausfällen (z. B. Paresen, Sensibilitätsstörungen, Reflexdifferenzen) mit Verdacht auf Hirninfarkt, -blutung, -ödem, -tumor.
  - SPECT (S. 45): Hyperperfusion bei Entzündung (vor Nekrosestadium), Hypoperfusion bei Ischämieareal.
  - EEG (S. 39) bei klinischen Hinweisen auf ein Anfallsgeschehen (Anamnese, wiederholtes Auftreten, motorische Entäußerungen) und/oder Enzephalitis?
  - Doppler-Sonografie der hirnversorgenden Arterien (S. 46): Gefäßstenose, -verschluss?

Differenzialdiagnose

- **Delir** (S. 138): Alkohol-, Drogenanamnese, Bewusstseinsstörung, Tremor, motorische Unruhe, Ataxie, vegetative Dysregulation.
- **Demenzielles Syndrom:** (S. 101) intellektueller Abbau mit chronischem Verlauf, Persönlichkeitsveränderung, evtl. Tagesperiodik.
- **Dämmerzustände bei Epilepsie** (S. 111)**:** Komplex-partielle Anfälle, Status komplex-partieller Anfälle, Grand-mal-Anfall (iktal bzw. postiktal).
- **Aphasische Sprachstörung:** Hirninfarkt, Hirnblutung, Tumor, Entzündung.
- **Wernicke-Enzephalopathie** (S. 164)**:** Alkoholanamnese, Nystagmus, Augenmuskelparesen, zerebelläre Ataxie, vegetative Dysregulation.
- **Korsakow-Syndrom** (S. 183)**:** Merkfähigkeitsstörung, Konfabulationen, Desorientiertheit.
- **Transitorisch-globale Amnesie (TGA):** Vorübergehende, ausgeprägte Störung vor allem des Kurzzeitgedächtnisses mit Ratlosigkeit, Perseverationen unklarer Ätiologie. Routinehandlungen sind möglich, danach besteht eine Amnesie für diesen Zeitraum.

Therapie

- **Unterbringung** in geschützter Umgebung und Überwachung. Verlaufskontrolle.
- **Behandlung der Grunderkrankung.**
- **Möglichst keine Psychopharmaka** (außer bei zusätzlicher starker Unruhe oder Angst oder psychotischer Verworrenheit).

13.5 Panikattacke, Angstanfall, Massenpanik

Grundlagen

- **Definition:** Intensives Gefühl von Bedrohung (Vernichtungsgefühl).
- **Ätiologie und Pathogenese:**
  - Im Rahmen einer Angsterkrankung (S. 223).
  - Als Reaktion auf ein bedrohliches Ereignis, s. akute Belastungsreaktion (S. 227).
  - Nach Genuss von Rauschdrogen bzw. Amphetaminen, Horrortrip, s. drogeninduzierte Psychose (S. 181).
  - Bei Massenpanik: Rasche, induktive Ausweitung individueller Angstzustände in kollektiven Gefahrensituationen (Naturkatastrophen, Explosionen, Terroranschlägen, Attentaten u. Ä.) auf größere Gruppen.

Klinik

- Bewegungsdrang, starke Unruhe, Schreien, situationsinadäquate Handlungen oder – seltener – Stupor.
- Globus- und Oppressionsgefühl, Schwebegefühl, Schwindel, Depersonalisation und Derealisation (S. 110).
- Heftige vegetativ-sympathikotone Reaktionen: Tachykardie, Dyspnoe, Mydriasis, Zittern, Schwitzen, Blässe. Einnässen.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung**.
- **Anamnese, Fremdanamnese** (Situation ? Drogen- bzw. Alkoholkonsum)?
- **Orientierende körperliche Untersuchung.**

Differenzialdiagnose

- **Psychotische Angst** (mit Wahn).
- **Agitierte Depression** (mit Wahn).
- **Internistische Erkrankung**, z. B. Angina pectoris, Herzinfarkt, Hypertonie, Hypoglykämie, Hyper-, Hypothyreose, Phäochromozytom.
- **Hyperventilationstetanie**.

Therapie

- **Allgemein:**
  - Deeskalation: Kontaktaufnahme und beruhigendes Gespräch („Talking down").
  - Aufklärung über Art und Verlauf des Angstanfalls bzw. der angsterzeugenden Umstände.
  - Gegebenenfalls Planung weiterer Therapie, z. B. Verhaltens- (S. 365) oder Psychotherapie (S. 345).
- **Medikamentös:**
  - Lorazepam 2 mg i. v./i. m. oder p. o. als Schmelztablette.
  - *Oder*: Diazepam 5 mg i. v./i. m. oder p. o.
  - *Oder*: Oxazepam 10–20 mg i. v. oder i. m.

  Hinweis: Blutdruckabfall möglich, deshalb *langsame* i. v. Gabe!
  - *Bei psychotischer Angst* zusätzlich Trimipramin 25 mg oder Haloperidol 1–2 mg p. o.

Therapie

- **Unterbringung** in geschützter Umgebung und Überwachung. Verlaufskontrolle.
- **Behandlung der Grunderkrankung.**
- **Möglichst keine Psychopharmaka** (außer bei zusätzlicher starker Unruhe oder Angst oder psychotischer Verworrenheit).

13.5 Panikattacke, Angstanfall, Massenpanik

Grundlagen

- **Definition:** Intensives Gefühl von Bedrohung (Vernichtungsgefühl).
- **Ätiologie und Pathogenese:**
  - Im Rahmen einer Angsterkrankung (S. 223).
  - Als Reaktion auf ein bedrohliches Ereignis, s. akute Belastungsreaktion (S. 227).
  - Nach Genuss von Rauschdrogen bzw. Amphetaminen, Horrortrip, s. drogeninduzierte Psychose (S. 181).
  - Bei Massenpanik: Rasche, induktive Ausweitung individueller Angstzustände in kollektiven Gefahrensituationen (Naturkatastrophen, Explosionen, Terroranschlägen, Attentaten u. Ä.) auf größere Gruppen.

Klinik

- Bewegungsdrang, starke Unruhe, Schreien, situationsinadäquate Handlungen oder – seltener – Stupor.
- Globus- und Oppressionsgefühl, Schwebegefühl, Schwindel, Depersonalisation und Derealisation (S. 110).
- Heftige vegetativ-sympathikotone Reaktionen: Tachykardie, Dyspnoe, Mydriasis, Zittern, Schwitzen, Blässe. Einnässen.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung**.
- **Anamnese, Fremdanamnese** (Situation ? Drogen- bzw. Alkoholkonsum)?
- **Orientierende körperliche Untersuchung.**

Differenzialdiagnose

- **Psychotische Angst** (mit Wahn).
- **Agitierte Depression** (mit Wahn).
- **Internistische Erkrankung**, z. B. Angina pectoris, Herzinfarkt, Hypertonie, Hypoglykämie, Hyper-, Hypothyreose, Phäochromozytom.
- **Hyperventilationstetanie**.

Therapie

- **Allgemein:**
  - Deeskalation: Kontaktaufnahme und beruhigendes Gespräch („Talking down").
  - Aufklärung über Art und Verlauf des Angstanfalls bzw. der angsterzeugenden Umstände.
  - Gegebenenfalls Planung weiterer Therapie, z. B. Verhaltens- (S. 365) oder Psychotherapie (S. 345).
- **Medikamentös:**
  - Lorazepam 2 mg i. v./i. m. oder p. o. als Schmelztablette.
  - *Oder*: Diazepam 5 mg i. v./i. m. oder p. o.
  - *Oder*: Oxazepam 10–20 mg i. v. oder i. m.

  Hinweis: Blutdruckabfall möglich, deshalb *langsame* i. v. Gabe!
  - *Bei psychotischer Angst* zusätzlich Trimipramin 25 mg oder Haloperidol 1–2 mg p. o.

- *Bei vorherrschend körperlichen Angstsymptomen* Betarezeptorenblocker (z. B. Propanolol 10–20 mg p. o. oder Oxprenolol 40–80 mg p. o. oder Atenolol 25 mg p. o.).
- Bei *Massenpanik* Einsatz von Ordnungskräften mit suggestiver Überzeugungskraft und Durchsetzungsvermögen unumgänglich. Megaphon! Isolierung einzelner, angstinduzierender Personen.

13.6 Suizidalität. Selbstbeschädigung

Grundlagen

- **Definition:** Drang und vorbereitende Handlungen zur absichtlichen Selbstbeschädigung mit tödlichem *(Suizid)* oder ohne tödlichen Ausgang (*Parasuizid*) bzw. selbstverletzendes Verhalten, siehe auch Suizidalität (S. 107). Bisweilen raptusartig-impulshafte, ungeplante Selbsttötung bzw. -beschädigung.
- **Ätiologie und Pathogenese:**
  - *In 90 % der Fälle psychiatrische Erkrankung:* Depressionen (40–60 %), Suchterkrankungen (hier Alkoholismus mit 20–30 %), Borderlinestörungen und Psychosen (10–20 %), insbesondere solche mit Schuldwahn.
  - *Schwere, insbesondere unheilbare körperliche Erkrankung.*
  - *Krisensituationen, akute Belastungsreaktion* (z. B. Partnerverlust, berufliche Probleme, Wohnungs- bzw. Arbeitslosigkeit, Isolierung, Vereinsamung, Verlust sozialer Bindungen.
  - *Risikofaktoren:* frühere Suizidversuche, Suizidankündigung oder -drohung, Suizidversuche in Bekanntschaft oder Verwandtschaft. Häufung bei labilisierten Jugendlichen und älteren, alleinstehenden Männern.

Hinweis: 20–30 % aller Suizidanten wiederholen den Suizidversuch!

Klinik

- Zeichen von Lebensüberdruss, auch in Form zwanghaft sich wiederholenden Todesgedanken (präsuizidales Syndrom). Mutismus.
- Schwere Depressivität (S. 106).
- Vorausgegangene Suizidversuche.

Hinweis: Etwa drei Viertel der Suizidhandlungen werden vorher angekündigt.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung,** s. Klinik (S. 306).
- **Anamnese! Fremdanamnese!** (Psychiatrische Grunderkrankung?)
- **Suizidrisiko einschätzen.**
  - *Mögliche Fragen sind:*
    - Besteht ein Todeswunsch?
    - Bestehen Selbstvernichtungsfantasien und -träume?
    - Haben Sie konkrete Vorstellungen über Art des geplanten Suizids oder bereits vorbereitende Handlungen unternommen?
    - Haben Sie früher bereits Suizidversuche unternommen?
    - Sind Suizidversuche in der Umgebung unternommen worden?
  - *Folgende Bereiche sind zu beurteilen:*
    - Besteht eine aktuelle Krisensituation? Psychotrauma?
    - Wie ist die soziale Situation, wie die allgemeine Lebenssituation des Patienten?
    - Steht der Patient unter dem Einfluss von Alkohol oder Drogen?

Therapie

- **Allgemein:**
  - Krisenintervention: Kontaktgespräch. Taktvoll, aber klar nach Todesgedanken fragen!

- *Bei vorherrschend körperlichen Angstsymptomen* Betarezeptorenblocker (z. B. Propanolol 10–20 mg p. o. oder Oxprenolol 40–80 mg p. o. oder Atenolol 25 mg p. o.).
- Bei *Massenpanik* Einsatz von Ordnungskräften mit suggestiver Überzeugungskraft und Durchsetzungsvermögen unumgänglich. Megaphon! Isolierung einzelner, angstinduzierender Personen.

13.6 Suizidalität. Selbstbeschädigung

Grundlagen

- **Definition:** Drang und vorbereitende Handlungen zur absichtlichen Selbstbeschädigung mit tödlichem *(Suizid)* oder ohne tödlichen Ausgang (*Parasuizid*) bzw. selbstverletzendes Verhalten, siehe auch Suizidalität (S. 107). Bisweilen raptusartig-impulshafte, ungeplante Selbsttötung bzw. -beschädigung.
- **Ätiologie und Pathogenese:**
  - *In 90 % der Fälle psychiatrische Erkrankung:* Depressionen (40–60 %), Suchterkrankungen (hier Alkoholismus mit 20–30 %), Borderlinestörungen und Psychosen (10–20 %), insbesondere solche mit Schuldwahn.
  - *Schwere, insbesondere unheilbare körperliche Erkrankung.*
  - *Krisensituationen, akute Belastungsreaktion* (z. B. Partnerverlust, berufliche Probleme, Wohnungs- bzw. Arbeitslosigkeit, Isolierung, Vereinsamung, Verlust sozialer Bindungen.
  - *Risikofaktoren:* frühere Suizidversuche, Suizidankündigung oder -drohung, Suizidversuche in Bekanntschaft oder Verwandtschaft. Häufung bei labilisierten Jugendlichen und älteren, alleinstehenden Männern.

Hinweis: 20–30 % aller Suizidanten wiederholen den Suizidversuch!

Klinik

- Zeichen von Lebensüberdruss, auch in Form zwanghaft sich wiederholenden Todesgedanken (präsuizidales Syndrom). Mutismus.
- Schwere Depressivität (S. 106).
- Vorausgegangene Suizidversuche.

Hinweis: Etwa drei Viertel der Suizidhandlungen werden vorher angekündigt.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung,** s. Klinik (S. 306).
- **Anamnese! Fremdanamnese!** (Psychiatrische Grunderkrankung?)
- **Suizidrisiko einschätzen.**
  - *Mögliche Fragen sind:*
    - Besteht ein Todeswunsch?
    - Bestehen Selbstvernichtungsfantasien und -träume?
    - Haben Sie konkrete Vorstellungen über Art des geplanten Suizids oder bereits vorbereitende Handlungen unternommen?
    - Haben Sie früher bereits Suizidversuche unternommen?
    - Sind Suizidversuche in der Umgebung unternommen worden?
  - *Folgende Bereiche sind zu beurteilen:*
    - Besteht eine aktuelle Krisensituation? Psychotrauma?
    - Wie ist die soziale Situation, wie die allgemeine Lebenssituation des Patienten?
    - Steht der Patient unter dem Einfluss von Alkohol oder Drogen?

Therapie

- **Allgemein:**
  - Krisenintervention: Kontaktgespräch. Taktvoll, aber klar nach Todesgedanken fragen!

- Herstellen einer tragfähigen therapeutischen Beziehung ohne inquisitorisch-moralisierende Vorhaltungen.
- Stationäre Aufnahme, notfalls auch gegen den Willen des Betroffenen (S. 414). Sorgfältige, enge Überwachung! Fenstersicherung!

▶ **Medikamentös:**
- *Dämpfendes Antidepressivum:* z. B. Amitriptylin 50 mg p. o. oder Doxepin 50–75 mg i. v./i. m. oder Mirtazapin 15–30 mg p. o./i. v./i. m. (auch als Kurzinfusion in 250–500 ml Infusionslösung).
- *Ggf. Kombination mit Benzodiazepin:* Oxazepam 10–20 mg i. v./i. m. oder Lorazepam 2 mg i. v./i. m.
- *Zusätzlich mittelpotentes Antipsychotikum* bei psychotischer Erregtheit: z. B. Promazin 50 mg i. v. oder Chlorprothixen 50 mg i. v. oder Haloperidol 2 (– 5) mg i. v./i. m. oder Promethazin 25 mg i. v. oder Fluphenazin 10 mg i. v. oder Olanzapin 5–10 mg/d p. o. oder Quetiapin 100–150 mg/d p. o.

Hinweis: Immer ausreichend lange und konsequent behandeln, da Stimmungsschwankungen den Eindruck einer scheinbaren Besserung vermitteln können.

13.7 Prädelir, Delir

Grundlagen

▶ **Definition**: Akute organische Psychose mit quantitativer (S. 84) und qualitativer Bewusstseinsstörung (S. 86), Orientierungsstörungen, Halluzinationen und vegetativer Dysregulation.

▶ **Ätiologie und Pathogenese:**
- *Alkoholentzug* bei chronischem Alkoholabusus (ca. 10 % der Alkoholentzüge!).
- *Psychopharmakologische Medikation* (v. a. bei älteren Menschen).
- *Entzug* von Benzodiazepinen, Barbituraten, Drogen (Amphetamine, Kokain, Halluzinogene).

Klinik

▶ Allgemeine Symptomatik sowie der Schwerpunkt der Symptome bei einzelnen Delirformen sind in Tab. 13.2 und Tab. 13.3 zusammengestellt.

Tab. 13.2 • **Allgemeine Symptomatik bei Prädelir, Delir**

Symptom	Mögliche Ausprägung
Bewusstseinsstörung (quantitativ)	Somnolenz, Sopor bis zum Koma
Bewusstseinsstörung (qualitativ) mit Sinnestäuschungen Wahrnehmungstäuschungen Denkstörungen Affektstörungen	Desorientiertheit zu Zeit, Ort, Person, Situation, verminderte Konzentrations- und Merkfähigkeit, Wahngedanken, optische und haptische Halluzinationen, illusionäre Verkennungen, Angst
Unruhe	Nesteln, Zupfen, Umherlaufen
vegetative Entgleisung	Schwitzen, Fieber, Zittern, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Tachykardie, Hypertonie, Schlafstörungen
gesteigerte Krampfbereitschaft bis hin zum Krampfanfall	Gelegenheitsanfall

- Herstellen einer tragfähigen therapeutischen Beziehung ohne inquisitorisch-moralisierende Vorhaltungen.
- Stationäre Aufnahme, notfalls auch gegen den Willen des Betroffenen (S. 414). Sorgfältige, enge Überwachung! Fenstersicherung!

▶ **Medikamentös:**
- *Dämpfendes Antidepressivum:* z. B. Amitriptylin 50 mg p. o. oder Doxepin 50–75 mg i. v./i. m. oder Mirtazapin 15–30 mg p. o./i. v./i. m. (auch als Kurzinfusion in 250–500 ml Infusionslösung).
- *Ggf. Kombination mit Benzodiazepin:* Oxazepam 10–20 mg i. v./i. m. oder Lorazepam 2 mg i. v./i. m.
- *Zusätzlich mittelpotentes Antipsychotikum* bei psychotischer Erregtheit: z. B. Promazin 50 mg i. v. oder Chlorprothixen 50 mg i. v. oder Haloperidol 2 (– 5) mg i. v./i. m. oder Promethazin 25 mg i. v. oder Fluphenazin 10 mg i. v. oder Olanzapin 5–10 mg/d p. o. oder Quetiapin 100–150 mg/d p. o.

Hinweis: Immer ausreichend lange und konsequent behandeln, da Stimmungsschwankungen den Eindruck einer scheinbaren Besserung vermitteln können.

13.7 Prädelir, Delir

Grundlagen

▶ **Definition**: Akute organische Psychose mit quantitativer (S. 84) und qualitativer Bewusstseinsstörung (S. 86), Orientierungsstörungen, Halluzinationen und vegetativer Dysregulation.

▶ **Ätiologie und Pathogenese:**
- *Alkoholentzug* bei chronischem Alkoholabusus (ca. 10 % der Alkoholentzüge!).
- *Psychopharmakologische Medikation* (v. a. bei älteren Menschen).
- *Entzug* von Benzodiazepinen, Barbituraten, Drogen (Amphetamine, Kokain, Halluzinogene).

Klinik

▶ Allgemeine Symptomatik sowie der Schwerpunkt der Symptome bei einzelnen Delirformen sind in Tab. 13.2 und Tab. 13.3 zusammengestellt.

Tab. 13.2 • **Allgemeine Symptomatik bei Prädelir, Delir**

Symptom	Mögliche Ausprägung
Bewusstseinsstörung (quantitativ)	Somnolenz, Sopor bis zum Koma
Bewusstseinsstörung (qualitativ) mit Sinnestäuschungen Wahrnehmungstäuschungen Denkstörungen Affektstörungen	Desorientiertheit zu Zeit, Ort, Person, Situation, verminderte Konzentrations- und Merkfähigkeit, Wahngedanken, optische und haptische Halluzinationen, illusionäre Verkennungen, Angst
Unruhe	Nesteln, Zupfen, Umherlaufen
vegetative Entgleisung	Schwitzen, Fieber, Zittern, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Tachykardie, Hypertonie, Schlafstörungen
gesteigerte Krampfbereitschaft bis hin zum Krampfanfall	Gelegenheitsanfall

Tab. 13.3 • **Schwerpunkt-Symptomatik spezifischer Delirformen**

Delirform	Symptomatik
Alkohol	erhebliche vegetative Begleitsymptome, erhöhte Suggestibilität, Unruhe, Angst
Medikamente	Verwirrtheit, Unruhe, Verkennungen
Drogen	schwere vegetative Störungen (Schwitzen, Fieber, Tremor), Angst, Ataxie

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung** (s. Klinik).
- **Orientierende körperliche Untersuchung.**
- **Fremdanamnese** (insbesondere zur Alkohol- und Medikamentenanamnese).
- Notfalllabor (S. 300).
- **CCT bzw. kranielles MRT** (S. 43) bei Verdacht auf akuten Hirnprozess.

Allgemeine Therapie

- **Stationäre Aufnahme,** umgehend Grunderkrankung behandeln.
- **Intensive medizinische Betreuung** mit Sicherung der Vitalfunktionen und fortlaufender Überwachung. Evtl. internistisches Konsil. Verlaufskontrolle.
- **Flüssigkeits-, Elektrolytsubstitution**: 2500 – 4500 ml Elektrolytlösung tägl. i. v. ***Cave:*** Hyponatriämie mit Serum-Natrium < 110 mmol/l; langsam ausgleichen, sonst Gefahr einer pontinen Myelinolyse.

Hinweis: Glukoseinfusion bei Alkoholikern kann zur Wernicke-Enzephalopathie führen! Daher stets zeitgleich Thiamin (50 mg i. m.) und Magnesiumsubstitution!

- **Bei Krampfanfall:** Clonazepam 2 mg i. v. *oder* Diazepam 10 mg i. v.; Anfallsprophylaxe mit Carbamazepin 400 mg p. o.

Spezielle Therapie bei Entzugsdelir

- **Clomethiazol** (KI: Ventilationsstörung, Bronchial- oder Lungenerkrankungen, Leber- und Niereninsuffizienz, portokavaler Shunt):
  - *Oral:* Initial 2 – 4 Kapseln p. o. oder 10 – 20 ml Mixtur p. o., dann alle 2 Stunden weitere 2 Kapseln oder 10 ml Mixtur (Tageshöchstdosis von 24 Kapseln [12 × 2 Kps.] kaum notwendig).

    Cave: Atemdepression, RR-Abfall, bronchiale Hypersekretion!
  - *Intravenös* (schweres Delir, orale Therapie nicht ausreichend – nur auf Intensivstation mit Intubationsbereitschaft und Monitoring):
    - 0.8 %ige Clomethiazollösung (500 ml Infusionslösung): Initial 60 – 120 ml in den ersten 10 Minuten bis zu leichter Sedierung, dann 10 – 20 Tropfen/Minute.
    - Maximal 2000 ml Infusionslösung pro Tag. Vorteil: Anfallsschutz.
    - Bronchiale Hypersekretion: Ggf. Atropinsulfat (3 × 0,5 mg/d s. c.).

    Beachte: Clomethiazol hat hohes Suchtpotenzial, daher möglichst schnell ausschleichen (innerhalb von 8–14 Tagen).
- **Alternativ** (z. B. bei Grunderkrankungen, die eine Therapie mit Clomethiazol verbieten, s. Kontraindikationen):
  - Doxepin (100–200 mg/d i. v. oder i. m.).
  - Eventuell in Kombination mit Haloperidol (10–20 mg/d i. v. oder i. m.).
  - Clonidin (0,6–0,9 mg p. o. oder 0,15 mg langsam s. c. oder i. m.).
  - Tiaprid (300–600 mg/d i. v.).

Spezielle Therapie bei anderen Ursachen

- Anticholinerg wirkende Medikamente absetzen, symptomat. Therapie (S. 308).
- Bei anderen Ursachen nach Möglichkeit stets simultane Behandlung der Grunderkrankung!

13.8 Intoxikation, Drogennotfall

Grundlagen

- **Definition**: Klinische Folgen von Drogenkonsum oder missbräuchlicher Medikamenteneinnahme, vgl. Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (S. 159).

Klinik

- Siehe Tab. 13.4.

Tab. 13.4 • **Symptome bei Intoxikationen bzw. Drogennotfällen**

Substanz	Klinische Manifestation
Opiate	Atemdepression, Bewusstseinstrübung, Pupillenverengung
Opiat*entzug*	Unruhe, Frösteln, Zittern, Gliederschmerzen, Gereiztheit, Mydriasis, Übelkeit, Durchfall
Cannabis	Tachykardie, Mydriasis, Hypertonie und Hyperglykämie, evtl. Hyperthermie, gerötete Bindehäute
Halluzinogene	Verkennung, Angstgefühl, besonders intensiv beim Horrortrip, „Flashback“
Psychostimulanzien. Amphetamin	Unruhe, Angst, Erregtheit, Halluzinationen, Wahnideen, haptische Halluzinationen
Sedativa (Benzodiazepine, Barbiturate)	Bewusstseinstrübung, Atemdepression, Hypertonie
Benzodiazepin*entzug*	Unruhe, Angstgefühl, Verkennung, psychotische Symptome, Entzugskrampfanfälle, Delir
Schnüffelstoffe (Lösungs- und Verdünnungsmittel)	Bewusstseinstrübung, delirante Symptomatik, Ataxie, Mydriasis, Dysarthrie
Antipsychotika	Harnverhalt, Parkinsonoid, Akathisie, malignes neuroleptisches Syndrom
Antidepressiva	delirante Symptomatik, zerebrale Krampfanfälle
(nonreversible) MAO-Hemmer	hypertensive Krisen (Hyperthermie)
Lithium	Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Ataxie, Reflexsteigerung. Krampfanfälle, Tremor, Bewusstseinsstörungen (> 1.6 mmol/l). Letal ab 3 mmol/l
Alkohol	Suchterkrankungen

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung,** s. Klinik (S. 309).
- **Drogenanamnese!** Fremdangaben und -beobachtungen.

Spezielle Therapie bei anderen Ursachen

- Anticholinerg wirkende Medikamente absetzen, symptomat. Therapie (S. 308).
- Bei anderen Ursachen nach Möglichkeit stets simultane Behandlung der Grunderkrankung!

13.8 Intoxikation, Drogennotfall

Grundlagen

- **Definition**: Klinische Folgen von Drogenkonsum oder missbräuchlicher Medikamenteneinnahme, vgl. Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (S. 159).

Klinik

- Siehe Tab. 13.4.

Tab. 13.4 • **Symptome bei Intoxikationen bzw. Drogennotfällen**

Substanz	Klinische Manifestation
Opiate	Atemdepression, Bewusstseinstrübung, Pupillenverengung
Opiat*entzug*	Unruhe, Frösteln, Zittern, Gliederschmerzen, Gereiztheit, Mydriasis, Übelkeit, Durchfall
Cannabis	Tachykardie, Mydriasis, Hypertonie und Hyperglykämie, evtl. Hyperthermie, gerötete Bindehäute
Halluzinogene	Verkennung, Angstgefühl, besonders intensiv beim Horrortrip, „Flashback“
Psychostimulanzien. Amphetamin	Unruhe, Angst, Erregtheit, Halluzinationen, Wahnideen, haptische Halluzinationen
Sedativa (Benzodiazepine, Barbiturate)	Bewusstseinstrübung, Atemdepression, Hypertonie
Benzodiazepin*entzug*	Unruhe, Angstgefühl, Verkennung, psychotische Symptome, Entzugskrampfanfälle, Delir
Schnüffelstoffe (Lösungs- und Verdünnungsmittel)	Bewusstseinstrübung, delirante Symptomatik, Ataxie, Mydriasis, Dysarthrie
Antipsychotika	Harnverhalt, Parkinsonoid, Akathisie, malignes neuroleptisches Syndrom
Antidepressiva	delirante Symptomatik, zerebrale Krampfanfälle
(nonreversible) MAO-Hemmer	hypertensive Krisen (Hyperthermie)
Lithium	Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Ataxie, Reflexsteigerung. Krampfanfälle, Tremor, Bewusstseinsstörungen (> 1.6 mmol/l). Letal ab 3 mmol/l
Alkohol	Suchterkrankungen

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung,** s. Klinik (S. 309).
- **Drogenanamnese!** Fremdangaben und -beobachtungen.

- **Notfalllabor** mit Drogen- und Medikamentenscreening (S. 36).
- **Körperliche Untersuchung**: Internistischer und neurologischer Status. Merkmale von Drogenmissbrauch wie Hautverletzungen, Punktionsstellen (S. 32)?

Differenzialdiagnose

- Internistische Erkrankungen mit metabolischen oder endokrinen Entgleisungen.

Therapie

- **Allgemein**: Stets stationäre Aufnahme und Überwachung. Verlaufskontrolle. Dokumentation!
- **Medikamentös:** s. Tab. 13.5.

Tab. 13.5 • **Therapiestrategien bei Drogennotfällen**

Drogennotfall	Therapie
Horrortrip durch Rauschdrogen	Diazepam 5–10 mg i. v. *Alternativ*: 0,075–0,15 mg Clonidin i. v. oder s. c.
Opiatintoxikation	Naloxon 0,4–2 mg i. v. oder i. m. Notfalls forcierte Diurese im Rahmen der Intensivbehandlung und Gabe von Kortikosteroiden
Halluzinogen-Cannabis-Intoxikation	5–10 (–20) mg Diazepam i. v.
Kokainintoxikation	5–10 (–20) mg Diazepam i. v., ggf. zusätzlich 2–5 mg Haloperidol i. m.
Benzodiazepin-Intoxikation	0,1–0,5 mg Flumazenil i. v., Flüssigkeitszufuhr
Delir durch Antipsychotika	1- bis 4-mal täglich 200 mg Clomethiazol
Parkinsonsyndrom durch Antipsychotika	5 mg Biperiden i. v. Bei Harnverhalt 0,25 mg Carbachol s. c. oder i. m.
Lithiumintoxikation	Flüssigkeitszufuhr, ggf. Hämodialyse (ab Lithiumspiegel von 1,5 mmol/l)

13.9 Katatonie, Stupor

Grundlagen

- **Definition:** Motorische Erstarrung („Versteinerung"), Reglosigkeit mit Amimie (S. 91), Stummheit.
- **Ätiologie und Pathogenese:**
  - Akut-katatone Schizophrenie (S. 190).
  - Schwere affektive Störung (depressiver oder manischer Stupor).
  - Schwere Belastungsreaktion aufgrund von Traumatisierung, Schockerlebnis, Panikanfall (S. 222), Katastrophenreaktion (S. 227).

Klinik

- **Katatonie:** Innerliche Angespanntheit, Haltungsverharren, Fehlen körperlicher Aktivitäten bei Bewusstseinsklarheit, keine erkennbare Reaktion auf Kontakt- bzw. Kommunikationsversuche (Mutismus), Rigor, Katalepsie.
- **Stupor**: Eher lockerer Tonus, bisweilen verlangsamte, verzögerte Reaktion, ansonsten ähnliche Symptomatik.
- Febrile (perniziöse) Katatonie (S. 310): Zusätzlich Hyperthermie, Exsikkose, Elektrolytverschiebung, Tachykardie, Hypertonie.

- **Notfalllabor** mit Drogen- und Medikamentenscreening (S. 36).
- **Körperliche Untersuchung**: Internistischer und neurologischer Status. Merkmale von Drogenmissbrauch wie Hautverletzungen, Punktionsstellen (S. 32)?

Differenzialdiagnose

- Internistische Erkrankungen mit metabolischen oder endokrinen Entgleisungen.

Therapie

- **Allgemein**: Stets stationäre Aufnahme und Überwachung. Verlaufskontrolle. Dokumentation!
- **Medikamentös:** s. Tab. 13.5.

Tab. 13.5 • **Therapiestrategien bei Drogennotfällen**

Drogennotfall	Therapie
Horrortrip durch Rauschdrogen	Diazepam 5–10 mg i. v. *Alternativ*: 0,075–0,15 mg Clonidin i. v. oder s. c.
Opiatintoxikation	Naloxon 0,4–2 mg i. v. oder i. m. Notfalls forcierte Diurese im Rahmen der Intensivbehandlung und Gabe von Kortikosteroiden
Halluzinogen-Cannabis-Intoxikation	5–10 (–20) mg Diazepam i. v.
Kokainintoxikation	5–10 (–20) mg Diazepam i. v., ggf. zusätzlich 2–5 mg Haloperidol i. m.
Benzodiazepin-Intoxikation	0,1–0,5 mg Flumazenil i. v., Flüssigkeitszufuhr
Delir durch Antipsychotika	1- bis 4-mal täglich 200 mg Clomethiazol
Parkinsonsyndrom durch Antipsychotika	5 mg Biperiden i. v. Bei Harnverhalt 0,25 mg Carbachol s. c. oder i. m.
Lithiumintoxikation	Flüssigkeitszufuhr, ggf. Hämodialyse (ab Lithiumspiegel von 1,5 mmol/l)

13.9 Katatonie, Stupor

Grundlagen

- **Definition:** Motorische Erstarrung („Versteinerung"), Reglosigkeit mit Amimie (S. 91), Stummheit.
- **Ätiologie und Pathogenese:**
  - Akut-katatone Schizophrenie (S. 190).
  - Schwere affektive Störung (depressiver oder manischer Stupor).
  - Schwere Belastungsreaktion aufgrund von Traumatisierung, Schockerlebnis, Panikanfall (S. 222), Katastrophenreaktion (S. 227).

Klinik

- **Katatonie:** Innerliche Angespanntheit, Haltungsverharren, Fehlen körperlicher Aktivitäten bei Bewusstseinsklarheit, keine erkennbare Reaktion auf Kontakt- bzw. Kommunikationsversuche (Mutismus), Rigor, Katalepsie.
- **Stupor**: Eher lockerer Tonus, bisweilen verlangsamte, verzögerte Reaktion, ansonsten ähnliche Symptomatik.
- Febrile (perniziöse) Katatonie (S. 310): Zusätzlich Hyperthermie, Exsikkose, Elektrolytverschiebung, Tachykardie, Hypertonie.

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung,** s. Klinik.
- **Fremdanamnese:** Dauer der Symptomatik, psychiatrische Vorerkrankungen, beginnendes Leberversagen, internistische oder neurologische Grunderkrankungen.
- **Orientierende internistische u. neurologische Untersuchung.**
- **Notfalllabor** (S. 302).
- **Ausschluss anderer somatischer Erkrankungen:** z. B. Urämie, Hyperthyreose, beginnendes Leberversagen. Ausschluss einer Intoxikation durch Drogen oder Psychopharmaka (S. 309)!
- **Apparativ:**
  - *Kranielles MRT, CCT mit KM:* Ausschluss eines erhöhten Hirndrucks (z. B. Tumor, Ödem).
  - *EEG*: Ausschluss eines Status komplex-partieller Anfälle.

Differenzialdiagnose

- Schwere Intoxikation.
- Enzephalitis.
- Hirnblutung oder -trauma.
- Andere Komaursachen.

Therapie

- **Allgemein:** Stationäre Einweisung und intensive medizinische Betreuung, fortlaufende Überwachung (Sitzwache), Sicherung der Vitalfunktionen, Thrombose- und Dekubitusprophylaxe. Verlaufskontrolle.
- **Medikamentös:**
  - *Bei depressivem Stupor*: Amitriptylin (25–50 mg p. o.) oder Clomipramin (25 – 50 mg p. o.) oder (Doxepin 50 mg p. o.) jeweils mit Lorazepam (2–4 mg i. m.).
  - *Bei schizophrener Katatonie:* Haloperidol (5–10 mg i. m.) oder Fluphenazin (10 mg i. m.) oder Zuclopenthixol (40 mg i. m.) jeweils mit Lorazepam (4 mg i. v. oder i. m., jeweils bedarfsweise mehrmals täglich!).

13.10 Malignes neuroleptisches Syndrom

Grundlagen

- **Definition**: Lebensbedrohliche Komplikation unter Behandlung mit konventionellen Antipsychotika (Neuroleptika). Auftreten meist während der ersten Behandlungswochen oder nach Dosissteigerung.
- **Ätiologie und Pathogenese:** Vermutlich Störung des intrazellulären Kalzium- und cAMP-Stoffwechsels infolge einer Blockade von Dopaminrezeptoren in den Basalganglien und im Hypothalamus.
- **Epidemiologie:** Inzidenz von 0,07–0,5 % aller mit klassischen Antipsychotika medizierten Patienten.

Klinik

- Rigor, Stupor, Bewusstseinsstörungen, schwere Akinese.
- Hohes Fieber (> 40 °C).
- Vegetative Begleitsymptomatik: Tachykardie, Dyspnoe, Blutdruckerhöhung.
- Häufig Sekundärkomplikationen: Nierenversagen, Atemdepression, Kollaps.

Diagnostik

- **Anamneseerhebung:** Medikation, Depot-Antipsychotikum?
- **Körperliche Untersuchung:** Orientierender internistischer und neurologischer Status.
- **Notfalllabor** (S. 302)**:** CK-Erhöhung, Elektrolytentgleisung?

Diagnostik

- **Psychopathologische Untersuchung,** s. Klinik.
- **Fremdanamnese:** Dauer der Symptomatik, psychiatrische Vorerkrankungen, beginnendes Leberversagen, internistische oder neurologische Grunderkrankungen.
- **Orientierende internistische u. neurologische Untersuchung.**
- **Notfalllabor** (S. 302).
- **Ausschluss anderer somatischer Erkrankungen:** z. B. Urämie, Hyperthyreose, beginnendes Leberversagen. Ausschluss einer Intoxikation durch Drogen oder Psychopharmaka (S. 309)!
- **Apparativ:**
  - *Kranielles MRT, CCT mit KM:* Ausschluss eines erhöhten Hirndrucks (z. B. Tumor, Ödem).
  - *EEG*: Ausschluss eines Status komplex-partieller Anfälle.

Differenzialdiagnose

- Schwere Intoxikation.
- Enzephalitis.
- Hirnblutung oder -trauma.
- Andere Komaursachen.

Therapie

- **Allgemein:** Stationäre Einweisung und intensive medizinische Betreuung, fortlaufende Überwachung (Sitzwache), Sicherung der Vitalfunktionen, Thrombose- und Dekubitusprophylaxe. Verlaufskontrolle.
- **Medikamentös:**
  - *Bei depressivem Stupor*: Amitriptylin (25–50 mg p. o.) oder Clomipramin (25 – 50 mg p. o.) oder (Doxepin 50 mg p. o.) jeweils mit Lorazepam (2–4 mg i. m.).
  - *Bei schizophrener Katatonie:* Haloperidol (5–10 mg i. m.) oder Fluphenazin (10 mg i. m.) oder Zuclopenthixol (40 mg i. m.) jeweils mit Lorazepam (4 mg i. v. oder i. m., jeweils bedarfsweise mehrmals täglich!).

13.10 Malignes neuroleptisches Syndrom

Grundlagen

- **Definition**: Lebensbedrohliche Komplikation unter Behandlung mit konventionellen Antipsychotika (Neuroleptika). Auftreten meist während der ersten Behandlungswochen oder nach Dosissteigerung.
- **Ätiologie und Pathogenese:** Vermutlich Störung des intrazellulären Kalzium- und cAMP-Stoffwechsels infolge einer Blockade von Dopaminrezeptoren in den Basalganglien und im Hypothalamus.
- **Epidemiologie:** Inzidenz von 0,07–0,5 % aller mit klassischen Antipsychotika medizierten Patienten.

Klinik

- Rigor, Stupor, Bewusstseinsstörungen, schwere Akinese.
- Hohes Fieber (> 40 °C).
- Vegetative Begleitsymptomatik: Tachykardie, Dyspnoe, Blutdruckerhöhung.
- Häufig Sekundärkomplikationen: Nierenversagen, Atemdepression, Kollaps.

Diagnostik

- **Anamneseerhebung:** Medikation, Depot-Antipsychotikum?
- **Körperliche Untersuchung:** Orientierender internistischer und neurologischer Status.
- **Notfalllabor** (S. 302)**:** CK-Erhöhung, Elektrolytentgleisung?

Differenzialdiagnose

- *Hinweis:* Schwierige Abgrenzung zur akuten febrilen Katatonie (S. 310) wegen nahezu identischer Symptomatik!
- Akinetische Krise bei M. Parkinson.
- Maligne Hyperthermie bei Anästhesie mit Inhalationsnarkotika oder unter depolarisierenden Relaxanzien (Anamnese, Prädisposition bekannt?).

Tab. 13.6 • **Differenzialdiagnose „malignes neuroleptisches Syndrom" (MNS) – „febrile Katatonie" (FK)**

MNS	FK
Beginn mit Rigor, Akinese meist 1–2 Wochen nach Beginn einer Antipsychotikatherapie und meist nach Abklingen der akuten psychotischen Symptome	Beginn meist mit schizophrenen Symptomen, ohne Rigor bei nicht oder nicht ausreichend antipsychotisch behandelten Schizophrenien
gemeinsame klinische Symptome	
Hyperthermie, Bewusstseinsstörungen bis zum Koma, autonome Dysregulation, Akinese	

Therapie

- **Allgemein:**
  - Sofortiges Absetzen aller Antipsychotika.
  - Stationäre Überwachung (Sitzwache), Flüssigkeits- und Kalorienzufuhr.
  - Symptomatisch Kühlung (feuchte Tücher, Ventilator) und Volumengabe zum Ausgleich des Elektrolyt- und Säure-Basen-Haushalts, Thrombose- und Dekubitusprophylaxe. Genaue Dokumentation!
- **Medikamentös:** Dantrolen (50 mg p. o. oder initial 2,5 mg/kg KG i. v. über 15 Minuten mit folgender Erhaltungsdosis: 7,5 mg/kg KG i. v. täglich [maximal 10 mg/kg KG i. v. täglich]). *Hinweis:* Strenge i. v. Gabe wegen Gewebetoxizität mit Nekrosegefahr!
- Elektrokrampftherapie, EKT (S. 340), als Ultima-Ratio-Maßnahme.

14 Therapieverfahren

14.1 Biologische Therapie (Somatotherapie)

Vorbemerkungen

Gemäß dem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell stellen die somatisch fundierten Therapiemethoden einen Eckpfeiler der Behandlung psychischer Krankheiten dar. Zu ihnen zählen alle in der Psychiatrie gebräuchlichen Verfahren, die mittelbar oder unmittelbar auf das **zentrale Nervensystem** psychotrop einwirken. Die Annahme, dass Funktionsstörungen im Bereich neurotransmissionsvermittelter Informationsaufnahme und -verarbeitung in den zerebralen Netzwerken Ursache oder zumindest Bedingung für viele psychische Erkrankungen sind, wurde durch die Wirksamkeit biologisch begründeter Therapieverfahren eindrucksvoll bestätigt. Vorrangig gehören hierzu die seit einigen Jahrzehnten verfügbaren modernen **Psychopharmaka**, von denen als Hauptgruppen die antipsychotisch und antidepressiv wirkenden Substanzen einschließlich der Rezidivprophylaktika wie auch die als Tranquilizer, Hypnotika und Nootropika eingesetzten Medikamente zu nennen sind. Sie bedeuten einen großen Fortschritt in der Behandlung besonders der schizophrenen und affektiven Psychosen, aber auch der Angst- und Zwangskrankheiten und ermöglichen darüber hinaus häufig überhaupt erst den psychotherapeutischen Zugang bei vielen neurotischen und Anpassungsstörungen. Fortschritte gab es ebenfalls bezüglich der Beeinflussung degenerativ-demenzieller Erkrankungen, generell hinsichtlich einer weiteren Verbesserung der Relation von Effizienz zu Verträglichkeit.

Der Einsatz von Psychopharmaka setzt eingehende Kenntnisse über deren Indikationen und Wirkprinzipien einschließlich Begleitwirkungen voraus. Praktische Erfahrungen führen zu einer ebenso souveränen wie patientenbezogenen Handhabung des mittlerweile großen Spektrums zur Verfügung stehender Medikamente.

Mit dem radikalen Wandel des pharmakologischen Spektrums seit den 1960er Jahren war ein drastischer Rückgang der bis dahin hohen Hospitalisierungsrate (chronisch) psychisch Kranker in den psychiatrischen Großkrankenhäusern und Anstalten zu verzeichnen. Ebenfalls Errungenschaften neuerer Zeit sind die **Schlafentzugsbehandlung** (Wachtherapie), die **Lichttherapie** und die **Transkranielle Magnetstimulation.** Die **Elektrokrampftherapie** zählt nach wie vor zum Standardprogramm der Behandlung (therapieresistenter) schwerer Depressionen. Erprobt wird die tiefe elektrische Hirnstimulation.

Da der **Gesamtbehandlungsplan** einer psychischen Erkrankung immer das Abbild einer Integration biologischer, psychotherapeutischer, sozialpsychiatrischer und ergänzender Therapien darstellt, wird das therapeutische Management ergänzt durch zusätzliche Angebote an **Körpertherapien** im weiteren Sinne, zu denen z. B. Physiotherapie, Ergotherapie, Musiktherapie, Kunsttherapie, Arbeitstraining, Bewegungstherapie und Sport ebenso wie allgemein-pflegerische Maßnahmen gehören. Sie vermögen nicht nur Allgemeinbefinden und Leistungsfähigkeit zu verbessern, sondern können gezielt zur Verbesserung von Einzelfunktionen, wie z. B. Koordination, Motorik, Wahrnehmung, Konzentration und Ausdauer eingesetzt werden. Darüberhinaus fördern sie die Kommunikation und das Sozialverhalten, wirken antriebsfördernd und stimmungsaufhellend.

14.2 Therapie mit Antidementiva (Nootropika)

Grundlagen und Indikationen

- **Definition:** Antidementiva sind Substanzen zur Verbesserung der Hirnleistung. Sie sind vasoaktiv, stoffwechselaktiv oder cholinomimetisch wirksam (s. Tab. 14.1).

Tab. 14.1 • **Antidementiva**

Hauptgruppe	Wirkprinzip	Indikation
Cholinesterasehemmer: Galantamin, Donezepil, Rivastigmin	über Hemmung der Azetylcholinesterase Verbesserung der cholinergen Neurotransmission	Demenz vom Alzheimer-Typ im Frühstadium
Substanz zur Aktivierung des Gehirnstoffwechsels: Memantin	Steigerung der neuronalen Impulsfrequenz, Stabilisierung der intrazellulären Kalziumhomöostase	Demenz vom Alzheimer-Typ (mittelgradige und schwere Symptomatik)

Dosierungen

- Zu Dosierungen und Handelsnamen s. Tab. 20.1.
- Praktische Tips s. unter „Vorgehen" (S. 314).

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

- Nebenwirkungen und Kontraindikationen der einzelnen Wirkstoffe siehe Tab. 14.2.

Tab. 14.2 • **Nebenwirkungen und Kontraindikationen der Antidementiva/Nootropika**

Substanz	Nebenwirkungen	Kontraindikationen
Vasoaktive und stoffwechselaktive Substanzen		
Memantin	Schwindel, Kopfdruck, Unruhe, Müdigkeit, Übelkeit	schwere Verwirrtheit, Nierenfunktionsstörungen, Epilepsie
Cholinesterasehemmer		
Donezepil	Durchfall, Muskelkrämpfe, Übelkeit, Erbrechen, Schlafstörungen, Unruhe	Leberinsuffizienz, schwere Niereninsuffizienz, Reizleitungsstörungen
Galantamin	Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Schwindel, Kopfschmerz, Schlafstörungen	Leberinsuffizienz, schwere Niereninsuffizienz, Reizleitungsstörungen
Rivastigmin	Schwindel, Übelkeit, Erbrechen, Kopfschmerz, Schlafstörungen	Leberinsuffizienz, schwere Niereninsuffizienz, Reizleitungsstörungen

Vorgehen

- Indikationsstellung und Aufklärung des Patienten über Haupt- und Nebenwirkungen sowie Risiken des Medikamentes.
- Symptomorientierter, möglichst frühzeitiger Einsatz (Tab. 14.1).
- ***Hinweis:*** Interaktionen mit anderen Medikamenten beachten (z. B. Theophyllin-Clearance ↓, unter Cholinesterasehemmer cholinerge Wirkung ↑!).
- Blocktherapie über mindestens drei Monate, bei therapeutischem Effekt (klinischer Besserung) Langzeitbehandlung.
- ***Hinweis:*** Therapeutischer Nihilismus unangebracht! Stets begleitend kognitive Leistungstrainings, Ergo- und Bewegungstherapie!

14.3 Therapie mit Antipsychotika (Neuroleptika)

Grundlagen

- **Definition:** Antipsychotika sind zentral dämpfende und antipsychotisch wirksame Substanzen zur Behandlung akuter und chronischer psychotischer Symptome sowie

Tab. 14.1 • **Antidementiva**

Hauptgruppe	Wirkprinzip	Indikation
Cholinesterasehemmer: Galantamin, Donezepil, Rivastigmin	über Hemmung der Azetylcholinesterase Verbesserung der cholinergen Neurotransmission	Demenz vom Alzheimer-Typ im Frühstadium
Substanz zur Aktivierung des Gehirnstoffwechsels: Memantin	Steigerung der neuronalen Impulsfrequenz, Stabilisierung der intrazellulären Kalziumhomöostase	Demenz vom Alzheimer-Typ (mittelgradige und schwere Symptomatik)

Dosierungen

- Zu Dosierungen und Handelsnamen s. Tab. 20.1.
- Praktische Tips s. unter „Vorgehen" (S. 314).

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

- Nebenwirkungen und Kontraindikationen der einzelnen Wirkstoffe siehe Tab. 14.2.

Tab. 14.2 • **Nebenwirkungen und Kontraindikationen der Antidementiva/Nootropika**

Substanz	Nebenwirkungen	Kontraindikationen
Vasoaktive und stoffwechselaktive Substanzen		
Memantin	Schwindel, Kopfdruck, Unruhe, Müdigkeit, Übelkeit	schwere Verwirrtheit, Nierenfunktionsstörungen, Epilepsie
Cholinesterasehemmer		
Donezepil	Durchfall, Muskelkrämpfe, Übelkeit, Erbrechen, Schlafstörungen, Unruhe	Leberinsuffizienz, schwere Niereninsuffizienz, Reizleitungsstörungen
Galantamin	Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Schwindel, Kopfschmerz, Schlafstörungen	Leberinsuffizienz, schwere Niereninsuffizienz, Reizleitungsstörungen
Rivastigmin	Schwindel, Übelkeit, Erbrechen, Kopfschmerz, Schlafstörungen	Leberinsuffizienz, schwere Niereninsuffizienz, Reizleitungsstörungen

Vorgehen

- Indikationsstellung und Aufklärung des Patienten über Haupt- und Nebenwirkungen sowie Risiken des Medikamentes.
- Symptomorientierter, möglichst frühzeitiger Einsatz (Tab. 14.1).
- ***Hinweis:*** Interaktionen mit anderen Medikamenten beachten (z. B. Theophyllin-Clearance ↓, unter Cholinesterasehemmer cholinerge Wirkung ↑!).
- Blocktherapie über mindestens drei Monate, bei therapeutischem Effekt (klinischer Besserung) Langzeitbehandlung.
- ***Hinweis:*** Therapeutischer Nihilismus unangebracht! Stets begleitend kognitive Leistungstrainings, Ergo- und Bewegungstherapie!

14.3 Therapie mit Antipsychotika (Neuroleptika)

Grundlagen

- **Definition:** Antipsychotika sind zentral dämpfende und antipsychotisch wirksame Substanzen zur Behandlung akuter und chronischer psychotischer Symptome sowie

psychomotorischer Erregtheit (s. Tab. 14.3). Sie wirken außerdem antiemetisch, antiadrenerg und antihistaminerg.

Tab. 14.3 • Antipsychotika – Hauptgruppen entsprechend ihrer chemischen Struktur

Hauptgruppe	Wirkstoffe
klassische (konventionelle) Antipsychotika	
Phenothiazine	Fluphenazin, Levomepromazin, Perazin, Perphenazin, Promazin, Promethazin, Prothipendyl, Thioridazin
Thioxanthene	Chlorprothixen, Clopenthixol, Flupentixol, Zuclopenthixol
Butyrophenone	Benperidol, Bromperidol, Haloperidol, Melperon, Pipamperon
Buthylpiperidine	Fluspirilen, Pimozid
atypische Antipsychotika	
Dibenzodiazepin	Clozapin
Benzamide	Amisulprid
Benzisoxazol	Risperidon, Paliperidon
Thienobenzodiazepin	Olanzapin
Dibenzothiazepin	Quetiapin
Phenylindol	Sertindol
Benzisothiazylpiperazin	Ziprasidon
Piperazinchinolin	Aripiprazol
Tetrazyklisches Antipsychotikum	Asenapin*

** zugelassen nur zur Behandlung mittelschwerer und schwerer Manien, nicht aber zur Behandlung von Schizophrenien*

- **Wirkung auf die psychotische Positivsymptomatik:**
  - *Hochpotente Antipsychotika:* Benperidol, Bromperidol, Clozapin, Flupentixol, Fluphenazin, Fluspirilen, Haloperidol, Perphenazin, Pimozid, Risperidon.
  - *Mittelpotente Antipsychotika:* Amisulprid, Aripiprazol, Clopenthixol, Olanzapin, Quetiapin, Paliperidon, Perazin, Ziprasidon, Zuclopenthixol.
  - *Niedrigpotente Antipsychotika: (Basis- oder Breitbandantipsychotika mit deutlich sedierender Wirkung):* Chlorprothixen, Levomepromazin, Melperon, Pipamperon, Promazin, Promethazin, Prothipendyl, Thioridazin, Trifluperazin.
- **Wirkprinzipien:**
  - *Klassische (konventionelle) Antipsychotika:* Reduktion des zu psychotischen Symptomen führenden (?) Dopaminüberschusses durch eine Blockade der verschiedenen Dopamin-Rezeptoren (D_1–D_4) in mesolimbischen, nigrostriären und retikulären Hirnabschnitten. Korrelation der antipsychotischen Wirksamkeit mit der Einwirkung auf D_2-Rezeptoren.
  - *Atypika* wirken stabilisierend auf die Dopamin-Serotonin-Balance, da sie zusätzlich an 5-HT-Rezepturen binden und selektive D_4-Rezeptoren blockieren. Sie sind besser verträglich (deutlich weniger extrapyramidale Nebenwirkungen) und haben zudem antidepressiv-antriebsfördernde Effekte.

- *Beide:* Darüber hinaus Blockade der Acetyl-, Muskarin-, Noradrenalin- und Histamin-Rezeptoren.

Dosierungen

- Zu Dosierungen und Handelsnamen s. Tab. 20.2.
- Praktische Tipps (S. 318).

Indikationen

- **Psychiatrische Syndrome:**
  - Wahn, Sinnestäuschungen, Denkstörungen.
  - Psychomotorische Unruhe, Erregungszustände.
  - Maniforme Syndrome mit Erregtheit.
  - Entzugserscheinungen bei Abhängigkeitserkrankungen.
  - Schwere Schlafstörungen. Indikationen für Therapie mit Clozapin (S. 319).
- **Andere Erkrankungen:**
  - Neurologische Erkrankungen (z. B. Morbus Huntington, Dystonie, chron. Schmerzsyndrome).
  - Im Rahmen der Anästhesie (z. B. Neuroleptanalgesie).
  - Symptomatisch (Singultus, Erbrechen, Übelkeit).

Begleitwirkungen, Komplikationen

- Insbesondere bei den stärker antipsychotisch wirksamen (hochpotenten) Substanzen können unerwünschte Nebenwirkungen auftreten (Tab. 14.4).

Tab. 14.4 • **Antipsychotika-Nebenwirkungenund mögliche Gegenmaßnahmen**

Nebenwirkung	Klinik	Therapievorschlag
anticholinerge Wirkung (v. a. bei schwächer antipsychotischen Substanzen)	Mundtrockenheit	Lutschbonbons, Kaugummi
	Tachykardie	Beta-Rezeptorenblocker (z. B. Propanolol, Metoprolol)
	Hypotonie, Orthostase	Dihydroergotamin
	Obstipation, Schwitzen (paralyt. Ileus)	Carbachol, (Laxans)
	Blasenstörung (bis zum Harnverhalt)	Carbachol
	Akkommodationsschwäche, Glaukom	Pilokarpin-Augentropfen
Frühdyskinesien: Bereits nach Stunden bis Tagen	Zungen-, Schlund- oder Blickkrämpfe	Biperiden 1 Amp. (5 mg) langsam i. v., anschließend 3 × 1 Tbl. p. o. täglich
Parkinsonoid: Auftreten nach ein bis zwei Wochen	Akinese, Rigor, Tremor, Speichelfluss und Salbengesicht	Biperiden (s. o.), Dosisreduktion, Substanzwechsel
Akathisie, Tasikinesie: Nach Tagen bis Wochen	Sitz- und Bewegungsunruhe, innere Gespanntheit	Dosisreduktion o. Absetzen, Versuch mit Biperiden (s. o.) und Diazepam. Alternativ Beta-Rezeptorenblocker (z. B. Propanolol), Bewegung, Sport

Tab. 14.4 • **Fortsetzung**

Nebenwirkung	Klinik	Therapievorschlag
Spätdyskinesien (tardive Dyskinesien): Auftreten nach Langzeitbehandlung über Monate oder Jahre, vor allem bei älteren Patienten	Tics, mimischen Stereotypien, Schaukelbewegungen und Extremitätenhyperkinesien, choreatiforme Bewegungen	langsame Dosisreduktion, Umstellung auf Tiaprid und/oder Olanzapin oder Clozapin, Versuch mit Vitamin E. (Akineton ist wirkungslos!)
weitere Nebenwirkungen	*Hämatopoese:* Leukopenie, Agranulozytose	bei Leukozyten < 3 000/µl Absetzen, internistische Therapie
	Herz: Reizleitungsstörungen, QT- Verlängerung, maligne Arrhythmien (hohes Risiko bei Haloperidol, Chlorpromazin, Pimozid, Sertindol, erhöhtes Risiko bei Quetiapin, Risperidon u. Ziprasidon)	engmaschige EKG-Kontrollen, ggfs. Wechsel auf Atypikum
	Leber, Gallengänge: Transaminasenanstieg	beobachten, ggf. Umstellung auf anderes Präparat
	Endokrinum: Prolaktin ↑, Gynäkomastie, Galaktorrhoe, Amenorrhoe, Libidoverlust, Gewichtszunahme	Ggf. Dosisreduktion
	Insulinresistenz, Dyslipoproteinämie (bei Atypika)	Kontrolle!
	Neurologisch: Zerebrale Krampfanfälle (Krampfschwelle ↓)	Reduktion o. Absetzen bzw. zusätzlich Antiepileptikum
	Psychiatrisch: delirante Symptome	Reduktion bzw. Absetzen von stark anticholinergen Antipsychotika
	Depressivität, s. pharmakogene Depression (S. 147)	ggf. Antidepressiva
	Kognitive Leistungseinbußen bei älteren bzw. Demenzpatienten	Reduktion, evtl. Umsetzen auf andersartiges Medikament
	Dermatologisch: Photosensibilität, Exanthem	nach Möglichkeit Absetzen, dermatologische Therapie
	Ophthalmologisch: Linsen-, Hornhauttrübung, Pigmenteinlagerungen in die Retina	Umstellung auf Butyrophenone
Sehr selten: maligner neuroleptischer Syndrom (Auftreten meist innerhalb der ersten bis zweiten Behandlungswoche)	schwere Akinese, Rigor, Hyperthermie, Tachykardie und CK-Erhöhung	Antipsychotika sofort absetzen! Intensivmedizinische Betreuung. Siehe Notfallpsychiatrie (S. 311)

Beachte: *Interaktionen mit Antihistaminika und anderen psychotropen Substanzen; Interaktionen mit ACE-Hemmern, Clonidin und Diuretika (Blutdruckabfall!); Interaktionen mit Insulin bzw. Orphenadrin (Hypoglykämiegefahr!). Einfluss von Cytochrom 2D6!*

Kontraindikationen

- Glaukom, Pylorusstenose, Prostatahyperplasie (anticholinerge Wirkung v. a. der schwächer antipsychotisch wirkenden Substanzen).
- Anfallsleiden (mögliche Absenkung der Krampfschwelle).
- Morbus Parkinson (pharmakogenes Parkinsonoid).
- Kombination mit Barbituraten, Alkohol, Opiaten, anderen Analgetika (mögliche Wirkungsverstärkung).
- Schwere Leberfunktionsstörungen (Cholestase, Transaminasenerhöhung).
- Hämatologische Grunderkrankungen (Gefahr der Agranulozytose, Leukopenie).
- Allergische Diathese (mögliche hämatopoetische und dermatologische Reaktionen).

Hinweis: Bei den Antipsychotika der zweiten Generation (Atypika) ist die Entwicklung eines metabolischen Syndroms häufig, v. a. bei Olanzapin, Clozapin und Quetiapin.

Vorgehen

- **Indikationsstellung und Aufklärung des Patienten** (Haupt- und Nebenwirkungen, Risiken des Medikamentes): Strikte Alkoholabstinenz, Einschränkung der Fahrtüchtigkeit (Tab. 19.2 und Tab. 19.3)!
- **Akuttherapie** je nach vorherrschender Zielsymptomatik:
  - *Akute psychotische Symptome mit florider Symptomatik:* Hochpotentes Antipsychotikum (evtl. auch parenteral).
  - *Psychotische Angespanntheit, wahnhafte Angst, Unruhe und entaktualisierter Wahn:* Mittelpotentes (atypisches) Antipsychotikum,
  - *Ängstliche Unruhe, Umtriebigkeit und Einschlafstörungen:* Atypikum oder konventionelles niedrigpotentes Antipsychotikum.
- **Daran anschließend:**
  - Feinregulierung in Abhängigkeit von therapeutischer Effizienz einerseits und Verträglichkeit andererseits.
  - Bei mangelhafter Besserung wöchentliche Steigerung der Dosis bis zur zulässigen Tageshöchstdosis.
  - Erhaltungsdosis nach Remission noch etwa ein halbes Jahr beibehalten.
  - Abschluss der Behandlung nach allmählicher Dosisreduktion.
- **Bei Therapieresistenz** (kein wesentlicher klinischer Effekt): Wechsel des Medikaments (andere chemische Struktur!) frühestens nach 8–10 Tagen, spätestens nach 3–6 Wochen.
- **Langzeittherapie**:
  - *Indikationen:* Rezidivprophylaxe nach zwei psychotischen Episoden. Schwerer Krankheitsschub mit ungünstigem Verlauf. Erhöhtes genetisches Risiko (familiäre Belastung!)
  - *Richtlinien:* Möglichst geringe Dosierung mit täglich ein- bis zweimaliger Gabe (Retard- Wirkung nutzen oder Depotpräparat wählen).
- **Kontrolluntersuchungen** bei jeder Antipsychotikatherapie: Routinemäßig durchzuführende Untersuchungen sind in Tab. 14.5 zusammengestellt. Siehe auch Clozapin-Therapie (S. 319).

Tab. 14.5 • **Routine-Kontrolluntersuchungen unter Antipsychotikamedikation**

Untersuchung	Kontroll–Intervalle
Blutbild	• Ausgangsbefund • 3 Monate wöchentlich • 3–4 Monate 14-täglich • dann ¼-jährlich

Tab. 14.5 • **Fortsetzung**

Untersuchung	Kontroll–Intervalle
Blutdruck, Herzfrequenz	• Ausgangsbefund • 1–2 Monate wöchentlich • 3–4 Monate 14-täglich • 3 Monate monatlich • dann ¼jährlich
S-Transaminasen (GOT, GPT, γ-GT)	• Ausgangsbefund • 3 Monate 14-täglich • dann ¼-jährlich
Harnstoff, Kreatinin	• Ausgangsbefund • dann ¼-jährlich
EKG	• Ausgangsbefund • nach 2–4 Wochen • dann ¼-jährlich
EEG	• Ausgangsbefund • dann ¼-jährlich
Gewicht, Body-Mass-Index	• Ausgangsbefund • dann ¼-jährlich

Therapie mit Clozapin

- **Indikation:** Schwere akute und chronische schizophrene Psychosen mit mangelndem Ansprechen auf andere Antipsychotika bzw. intolerablen Nebenwirkungen dieser Therapie.
- **Dosierung:** 1. Tag: 1 – 2 × 12,5 mg p. o. oder i. m., dann tägliche Erhöhung um 25 – 50 mg (nach Verträglichkeit). Tägliche Maximaldosis: 600 – 900 mg in mehreren Einzeldosen. Empfohlener Serumspiegel: > 0,35 mg/l.
- **Spezielle Kontraindikationen,** andere Kontraindikationen (S. 317):
  - Kombination mit trizyklischen Antipsychotika oder mit Benzodiazepinen.
  - Gravidität, Stillzeit.
- **Nebenwirkungen:** Bei Kombination mit einem trizyklischen Antipsychotikum erhöhte Agranulozytosegefahr (Risiko ca. 1 %. Granulozytopenie bei ca. 3 %). Zu Beginn gelegentlich passager Orthostase, Tachykardie, Temperaturerhöhung und Leukozytose (hier ggf. vorübergehende Dosisreduktion!), Hypersalivation. Myopathie, Erniedrigung der Krampfschwelle, Gewichtszunahme, Hyperglykämie.
- **Spezielles Vorgehen:**
  - Schriftliche Einwilligung des Patienten nach entsprechender Aufklärung (gesetzliche Betreuung?)
  - Der verordnende Arzt muss einen sog. Revers unterzeichnet haben (Anerkennung der Bedingungen für die Anwendung).
  - Überprüfung von Thrombozytenzahl und Differenzialblutbild (Behandlung nur bei Leukozytenzahl > 3 500/µl).

  Hinweis: Erhöhung des Serumspiegels bei Kombination mit Serotoninwiederaufnahmehemmer (S. 320) bis zum 10fachen möglich!
- **Kontrolluntersuchungen:**
  - Blutbild: 18 Wochen wöchentlich, drei Monate 14-täglich, dann monatlich.
  - Andere Kontrolluntersuchungen siehe Tab. 14.5.
- **Absetzkriterien:**
  - *Absolut:* Leukozyten < 3 000/µl, Granulozyten < 1500/µl.
  - *Empfohlen:* Eosinophile Granulozyten > 3 000/µl, Thrombozyten < 50.000/µl.

- **Therapiebeendigung:**
  - Schrittweise Dosisreduktion über ein bis zwei Wochen.
  - Bei abruptem Absetzen den Patienten sorgfältig überwachen. Bei Unverträglichkeit Umsetzen auf anderes Atypikum.
  - Leukozyten über einen Zeitraum von vier Wochen kontrollieren.

  Hinweis: Tägliche Blutbildkontrollen bis zur Normalisierung! Auf mögliche klinische Symptome achten: Hals- und Gaumenschmerzen, unklares Fieber? Erhöhtes Risiko einer Myokarditis! Bei Rhythmusstörungen kardiologische Kontrolle!

Therapie mit Depot-Antipsychotika

- **Indikation:** Mangelnde Compliance in der Einnahme oraler Antipsychotika.
- **Dosierungen:** s. Tab. 14.6 und Tab. 20.3.
- **Vorteile:**
  - Bessere Überwachung der Therapie.
  - Parenterale Zufuhr gewährleistet konstante Dosis unabhängig von möglichen enteralen Absorptionsproblemen.
  - Überdosierung vermeidbar.
  - Regelmäßiger Kontakt von Arzt und Patient.
- **Vorgehen:**
  - Langsamer Übergang von oraler Medikation zu parenteraler Zufuhr („überlappende Medikation"). Cave: Fahrtüchtigkeit!
  - Bei Olanzapin-Depot Überwachung für 3 Stunden nach i. m. Gabe wegen möglicher Kollapsneigung. Steady-state oft erst nach Monaten.

  Hinweis: Notwendige Dosisanpassungen müssen sehr langsam durchgeführt werden!
  - Möglichst niedrige Dosierung anstreben (notwendige Kontrolluntersuchungen siehe Tab. 14.5).

Tab. 14.6 • **Hinweise zur Depotmedikation**

Wirkstoff	Dosierung
Fluphenazin-Decanoat	25 mg i. m. alle 2–4 Wochen
Perphenazin-Enantat, Perphenazin-Decanoat	50–200 mg i. m. alle 2–4 Wochen
Flupentixol-Decanoat	40 mg i. m. alle 2 Wochen
Haloperidol-Decanoat	50–150 mg i. m. alle 4 Wochen
Risperidon-Microsphere	(25-)50 mg i. m. alle 2 Wochen
Fluspirilen	3–6 mg i. m. wöchentlich
Zuclopenthixol-Decanoat	100–300 mg i. m. alle 2–3 Wochen
Zuclopenthixol-Azetat	50–150 mg i. m. alle 2–3 Tage (!)

14.4 Therapie mit Antidepressiva (Thymoleptika)

Grundlagen

- **Definition:** Antidepressiva sind Medikamente mit stimmungsaufhellend-antriebssteigernder und/oder dämpfend-anxiolytischer Wirkung. Einige sind zur Behandlung von Zwangskrankheiten und Panikstörungen zugelassen.
- **Hauptgruppen:** siehe Tab. 14.7.

- **Therapiebeendigung:**
  - Schrittweise Dosisreduktion über ein bis zwei Wochen.
  - Bei abruptem Absetzen den Patienten sorgfältig überwachen. Bei Unverträglichkeit Umsetzen auf anderes Atypikum.
  - Leukozyten über einen Zeitraum von vier Wochen kontrollieren.

  Hinweis: Tägliche Blutbildkontrollen bis zur Normalisierung! Auf mögliche klinische Symptome achten: Hals- und Gaumenschmerzen, unklares Fieber? Erhöhtes Risiko einer Myokarditis! Bei Rhythmusstörungen kardiologische Kontrolle!

Therapie mit Depot-Antipsychotika

- **Indikation:** Mangelnde Compliance in der Einnahme oraler Antipsychotika.
- **Dosierungen:** s. Tab. 14.6 und Tab. 20.3.
- **Vorteile:**
  - Bessere Überwachung der Therapie.
  - Parenterale Zufuhr gewährleistet konstante Dosis unabhängig von möglichen enteralen Absorptionsproblemen.
  - Überdosierung vermeidbar.
  - Regelmäßiger Kontakt von Arzt und Patient.
- **Vorgehen:**
  - Langsamer Übergang von oraler Medikation zu parenteraler Zufuhr („überlappende Medikation"). Cave: Fahrtüchtigkeit!
  - Bei Olanzapin-Depot Überwachung für 3 Stunden nach i. m. Gabe wegen möglicher Kollapsneigung. Steady-state oft erst nach Monaten.

  Hinweis: Notwendige Dosisanpassungen müssen sehr langsam durchgeführt werden!
  - Möglichst niedrige Dosierung anstreben (notwendige Kontrolluntersuchungen siehe Tab. 14.5).

Tab. 14.6 • **Hinweise zur Depotmedikation**

Wirkstoff	Dosierung
Fluphenazin-Decanoat	25 mg i. m. alle 2–4 Wochen
Perphenazin-Enantat, Perphenazin-Decanoat	50–200 mg i. m. alle 2–4 Wochen
Flupentixol-Decanoat	40 mg i. m. alle 2 Wochen
Haloperidol-Decanoat	50–150 mg i. m. alle 4 Wochen
Risperidon-Microsphere	(25-)50 mg i. m. alle 2 Wochen
Fluspirilen	3–6 mg i. m. wöchentlich
Zuclopenthixol-Decanoat	100–300 mg i. m. alle 2–3 Wochen
Zuclopenthixol-Azetat	50–150 mg i. m. alle 2–3 Tage (!)

14.4 Therapie mit Antidepressiva (Thymoleptika)

Grundlagen

- **Definition:** Antidepressiva sind Medikamente mit stimmungsaufhellend-antriebssteigernder und/oder dämpfend-anxiolytischer Wirkung. Einige sind zur Behandlung von Zwangskrankheiten und Panikstörungen zugelassen.
- **Hauptgruppen:** siehe Tab. 14.7.

- **Allgemeine Wirkprinzipien** (s. auch Tab. 14.7):
  - ErhöhtesNeurotransmitterangebot im synaptischen Spalt.
  - Blockierung der Neurotransmission zum postsynaptischen Neuron.
  - Erhöhung des präsynaptischen Angebotes an (Aminpräkursor) Oxitriptan.
  - Steigerung der Empfindlichkeit der postsynaptischen Rezeptoren?
- **Präparatewahl**: Abhängig von der *Zielsymptomatik*, siehe Tab. 14.8.

Tab. 14.7 • **Antidepressiva – Hauptgruppen entsprechend ihrer chemischen Struktur bzw. Wirkmechanismus (s. a. Tab. 14.8, Tab. 14.9)**

Hauptgruppe	Wirkstoffe (Beispiele)	Wirkprinzipien
tri- und heterozyklische Substanzen	Amitriptylin und Amitriptylinoxid, Clomipramin, Dibenzepin, Dosulepin, Doxepin, Imipramin, Maprotilin, Melitracen, Mianserin, Nortriptylin, Trimipramin	unspezifisch noradrenerge und serotonerge Wiederaufnahmehemmung in das präsynaptische Neuron
Monoaminooxidase- Hemmer (MAO-H)	Moclobemid, Tranylcypromin	Hemmung des Abbau-Enzyms Monoaminooxidase B
spezifische Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI)	Citalopram, Escitalopram, Fluoxetin, Fluvoxamin, Paroxetin, Sertralin	selektive Blockade des Rücktransportes von Serotonin
spezifische Noradrenalinwiederaufnahmehemmer (NARI)	Atomoxetin	
spezifische Serotonin- *und* Noradrenalin(wieder)aufnahmehemmer (SNRI)	Duloxetin, Venlafaxin, Mirtazapin, Milnacipran	selektive Blockade des Rücktransportes von Serotonin und Noradrenalin
Noradrenalin- u. Dopaminwiederaufnahmehemmer (NDRI)	Bupropion	Selektive Blockade der Noradrenalin und Dopaminwiederaufnahme
Melatonerge Wirkung	Agomelatin	Agonistische Wirkung auf melatonerge MT_1- und MT_2-Rezeptoren und antagonistisch auf serotonergen $5HT_{2C}$-Rezeptoren
sonstige	Sulpirid, Trazodon	vorwiegend dopaminerg bzw. serotonerg wirkende Substanzen
Johanniskraut	Hyperforin, Hypericin (Hypericum-Extrakt)	Hemmung der Noradrenalin-, Serotonin-, GABA- und Glutamatwiederaufnahme (?)
Aminpräkursor Oxitriptan	Tryptophan	Anreicherung von Serotoninvorläufern im präsynaptischen Neuron

Tab. 14.8 • Klinisches Wirkungsprofil verschiedener Antidepressiva

Indikation	Erwünschte Wirkung	Wirkstoffe (Beispiele)
gehemmt-ängstliche Symptomatik	stimmungsaufhellend-aktivierend	*„Desipramin-Typ":* Bupropion, Desipramin, Dibenzepin, Fluoxetin, Fluvoxamin, Moclobemid, Nortriptylin, Duloxetin, Paroxetin, Tranylcypromin, Venlafaxin, Viloxazin
Agitiertheit und Unruhe	dämpfend	*„Amitriptylin-Typ":* Amitriptylin und Amitriptylinoxid, Doxepin, Trimipramin, Trazodon
ausgeprägte Vitalstörungen bzw. larvierte Depression	aufhellend-stabilisierend	*„Imipramin-Typ":* Agomelatin, Clomipramin, Duloxetin, Imipramin, Melitracen, Mirtazapin

Dosierungen

- Zu Dosierungen und Handelsnamen s. Tab. 20.2.
- Praktische Tipps zum Vorgehen s. unter „Vorgehen" (S. 323).

Indikationen

- Unipolare und bipolare Depression. Depressive Episode (Major depression).
- (Chronische) Schizophrenie bzw. postpsychotisches Residuum.
- Ausgeprägtere neurotische Depression bzw. Dysthymia.
- Symptomatische Depression.
- Angst- und Panikerkrankung.
- Generalisierte Angsterkrankung.
- Zwangsstörung.
- Chronischer Schmerz.
- Bulimie. Somatoforme Störungen.

Begleitwirkungen, Komplikationen

- **Tri- und tetrazyklische Antidepressiva:** Siehe Tab. 14.9.
- **Nichttrizyklische Antidepressiva:** Nausea, Schwindel, Unruhe, Schlafstörungen, vermehrtes Schwitzen, Kopfschmerzen, unter Sulpirid Galaktorrhö. Bei Behandlung mit SSRI mögliches Absetzsyndrom und sexuelle Dysfunktion beachten.

Tab. 14.9 • Tri- und tetrazyklische Antidepressiva – Nebenwirkungen und mögliche Gegenmaßnahmen

Nebenwirkung	Klinik	Therapiemöglichkeit
allgemein		
anticholinerg	Akkommodationsschwäche, Glaukomanfall	Pilokarpin-Augentropfen
	Tremor, Tachykardie	Beta-Rezeptorenblocker (z. B. Propanolol oder Metolol)
	Obstipation, Miktionsstörungen, Schwitzen	Carbachol, Prostigmin
	Orthostase, Schwindel	Dihydroergotamin
	Mundtrockenheit	Lutschbonbons, Kaugummi

Tab. 14.9 • **Fortsetzung**

Nebenwirkung	Klinik	Therapiemöglichkeit
psychisch	Unruhe, Erregtheit, Schlafstörungen. Delirien, Ängstlichkeit	Benzodiazepin, Zolpidem o. Zopliconoder schwachpotentes Antipsychotikum
neurologisch	Tonusverlust der Beine, selten Krampfanfälle	symptomatisch, ggf. antikonvulsiv
endokrinologisch	Hypothyreose, Amenorrhoe, Galaktorrhoe	evtl. Thyroxinsubstitution
kardiologisch	Rhythmusstörungen	Kontrolle!
hämatologisch	Eosinophilie Thrombozyten ↓ Leukozyten ↓	Dosisreduktion, ggf. Absetzen
dermatologisch	Ödeme, Photodermatosen	
speziell		
toxisches Serotoninsyndrom (vor allem bei Kombination von MAO-Hemmer mit Tryptophan oder SSRI)	starke Unruhe, Akathisie, Übelkeit und Erbrechen, Schwindel, Schlafstörungen, Tachykardie, delirante Verwirrtheit und Bewusstseinstrübung, Koma, Tremor, Rigor	sofortiges Absetzen der Medikation, Intensivüberwachung, ggf. Hämoperfusion, Relaxierung, Beta-Rezeptorenblocker

Kontraindikationen

- **Absolute Kontraindikationen:**
  - Schwangerschaft (vor allem im 1. Trimenon).
  - Schwere Herzerkrankungen (internistisches Konsil!).
  - Akute Intoxikation.
  - Harnverhalt.
  - Unzureichend eingestellte Epilepsie (bei SSRI).
  - Elektrokrampftherapie in den letzten 8 Wochen (bei SSRI).
  - Kombinationstherapie von MAO-Hemmern mit trizyklischen Antidepressiva und/oder Serotoninwiederaufnahmehemmern (*cave:* Blutdruckkrisen, toxisches Serotoninsyndrom s. Tab. 14.9). Karenzfristen (S. 324).
- **Relative Kontraindikationen:**
  - Herzrhythmusstörungen bzw. Reizleitungsveränderungen.
  - Leber-Nieren-Erkrankungen.
  - Bei trizyklischen (und heterozyklischen) Wirkstoffen: Glaukom, Prostatahyperplasie, Pylorusstenose.

Hinweis: Deutliche Wirkungspotenzierung bei gleichzeitiger Einnahme anderer psychotroper Substanzen einschließlich Alkohol! Stets Interaktionen beachten infolge Einfluss von Cytochrom-p 450!

Vorgehen

- Aufklärung über Haupt- und Nebenwirkungen bzw. Risiken der Medikation.
  Hinweis: Fahruntüchtigkeit während der ersten Behandlungsphase!
- Körperliche Untersuchung: Internistischer und neurologischer Status (bestehende Kontraindikationen?).
- Trizyklika vorzugsweise bei ausgeprägterem Krankheitsbild einsetzen (auch parenterale Behandlung möglich – hier über mindestens 6–8 Infusionen).

- **Hinweis:** Einschleichend dosieren! Klassische Antidepressiva über 2 Wochen, bei neueren, atypischen Substanzen über maximal 1 Woche! Bei älteren Menschen muss die Dosis um etwa 50 % reduziert werden!
- Wirkungslatenz: 1 –3 Wochen – zu Beginn meist antriebssteigernder Effekt
- **Hinweis:** Bei Suizidalität deshalb anfangs nur psychomotorisch dämpfend wirksame Substanzen verwenden (s. o.) bzw. mit Benzodiazepin kombinieren (S. 306)! Keine Benzodiazepine nur wegen Schlafstörungen!
- Nach Erreichen der Vollremission Erhaltungsdosis sechs Monate beibehalten, dann Dosisreduktion in sehr kleinen Schritten.
- **Hinweis:** Herkömmliche MAO-Hemmer *nicht* in Kombination mit anderen Antidepressiva, insbesondere Serotoninwiederaufnahmehemmern verwenden!
- Karenzfristen bei Wechsel/Umstellung der Therapie:
  - *Klassischer* MAO-Hemmer (MAO-A), z. B. Tranylcypromin:
    - Trizyklisches Antidepressivum → MAO-A: Mind. 1 Woche wash-out.
    - MAO-A → Trizyklisches Antidepressivum: 1 Woche.
    - MAO-A → SSRI: 2 Wochen.
  - *Reversibler* MAO-A, z.B Moclobemid: *Keine* Karenz beim Wechsel von/zu andersartigem Antidepressivum.
- **Vorgehen bei Therapieresistenz** (nach 3 Wochen erfolgloser Therapie):
  - Indikation überprüfen.
  - Compliance überprüfen.
  - Dosierung (Höhe, Therapiedauer, Serumspiegelkontrollen) überprüfen.
  - Substanzwahl überprüfen.
  - Wechsel auf ein Präparat mit anderem Wirkmechanismus.
  - Kombination mit einem anderen Antidepressivum.
  - Augmentation mit Lithium.
  - Kombination mit Schlafentzug.
  - Hochdosierte Gabe von MAO-Hemmern.
  - Kombination mit EKT (S. 340).
- **Regelmäßige Kontrolluntersuchungen:** Siehe Tab. 14.10.

Tab. 14.10 • **Routine-Kontrolluntersuchungen bei Antidepressiva-Therapie**

Untersuchung	Kontroll-Intervalle
Blutbild	• Ausgangsbefund • 3–4 Monate 14-täglich • dann ¼-jährlich
Blutdruck, Herzfrequenz	• zu Beginn täglich • dann in größeren Abständen
S-Transaminasen (GOT, GPT, γ-GT)	• Ausgangsbefund • 3 Monate 14-täglich • dann ¼-jährlich
Harnstoff, Kreatinin	• Ausgangsbefund • dann ¼-jährlich
EKG	• Ausgangsbefund • nach 2–4 Wochen • dann ¼-jährlich
EEG	• Ausgangsbefund • dann ¼-jährlich
Gewicht, Body-Mass-Index	• ¼-jährlich

14.5 Phasenprophylaxe affektiver Störungen

Grundlagen

- **Definition:** Medikamentöse Rezidivprophylaxe mit Lithiumsalzen oder Antikonvulsiva (mood stabilizers) bei rezidivierenden affektiven und schizoaffektiven Psychosen.
- **Wirkprinzipien:**
  - *Lithium:* Vermutlich Stabilisierung der Neurotransmission im „second messenger"-System. Über Hemmung der Inositolphosphatase vermehrte Noradrenalinfreisetzung? Phasenverschiebung biologischer zirkadianer Rhythmen.
  - *Carbamazepin und Topiramat:* Indirekte Hemmung von Glutamat? Einfluss auf transzellulären K^+- und Ca^{2+}-Transport?
  - *Valproat:* Erhöhung der GABA-Freisetzung, Verminderung des Dopaminumsatzes.
- **Indikationen:**
  - *Bipolare affektive Störung:* 2 Phasen innerhalb von 4 Jahren oder insgesamt 3 Phasen.
  - *Unipolare affektive Störung* (Depression oder Manie): 2 Phasen innerhalb von 5 Jahren oder insgesamt 4 Phasen.
- **Vorgehen:**
  - Lithium Mittel der ersten Wahl bei bipolar-affektiven Störungen.
  - Bei akuter manischer Psychose Lithium ausdosieren bis zu einem Serumspiegel von 1 mmol/l oder Valproat bis 120 µg/ml Plasmaspiegel oder Risperidon 3–4 mg/d p. o.

Lithium

- **Indikationen:**
  - Akute manische Phase.
  - Phasenprophylaxe bipolarer affektiver Störungen.
  - Augmentation bei therapieresistenter Depression.
  - Evtl. bei (auto-)aggressiver Persönlichkeitsstörung.
- **Dosierung:** s. Tab. 20.5.
- **Begleitwirkungen, Komplikationen** siehe Tab. 14.11.

Tab. 14.11 • **Nebenwirkungeneiner Phasenprophylaxe mit Lithium und Gegenmaßnahmen**

Nebenwirkung, Komplikation	Therapievorschlag
Übelkeit, Brechreiz, Durchfall, Appetitverlust	symptomatisch
Müdigkeit, Schwindelgefühl, Verwirrtheit	symptomatisch
feinschlägiger Tremor	Beta-Rezeptorenblocker
euthyreote Struma	L-Thyroxin (wenn TSH ↑)
Ödeme, Gewichtszunahme, Polydipsie, Polyurie	kalorienarme Diät. Normale Kochsalzzufuhr! Keine Diuretika!
selten: EKG-, EEG-Veränderungen, Leukozytose, Akne	Verlaufskontrolle, bei persistierenden EKG-Veränderungen ggf. Absetzen

Tab. 14.11 • **Fortsetzung**

Nebenwirkung, Komplikation	Therapievorschlag
Intoxikation (mittlere toxische Grenze ab 1,6–1,8 mmol/l i. S.): Durchfall, Erbrechen, Tremor, verwaschene Sprache, Ataxie, Müdigkeit, Benommenheit, Rigor, Reflexsteigerung, Myoklonien, Krampfanfälle, fortschreitende Bewusstseinstrübung bis zum Koma, Nierenfunktionsstörungen bis zur Anurie, Schock, Herzstillstand	• sofortiges Absetzen! • Ausgleich des Wasser- und Elektrolythaushalts (ggf. Natriumsubstitution) • forcierte Diurese • ab Serumspiegel 3 mmol/l Hämodialyse

- **Kontraindikationen:**
  - *Absolut:* Schwangerschaft (1. Trimenon), schwere Herz/Kreislauferkrankung, Morbus Addison, schwere Nierenfunktionsstörung (akutes Nierenversagen).
  - *Relativ:* Arterielle Hypertonie, Herzinsuffizienz, zerebelläre Störungen, Myasthenia gravis, Morbus Parkinson, hypothyreose bzw. hyperthyreote Struma, Diuretika-Therapie, Na^+-arme Diät. Therapie mit SSRI (cave: Serotoninsysndrom).
  - *Vorsicht bei:* Schwangerschaft im 2. u. 3. Trimenon, Entbindung, Stillzeit, Epilepsie, Diarrhoe, Erbrechen, Fieber, Medikamenten (z. B. Antipsychotika, Tetrazykline, Antikonvulsiva, Methyldopa, Herzglykoside, Indometazin).

Hinweis: Bei neu eingetretener Schwangerschaft muss Lithium wegen möglicher teratogener Wirkung sofort abgesetzt werden (vorlaufend zeitig kontrazeptive Maßnahmen einleiten!).

- **Praktisches Vorgehen:**
  - Bei überlappender Therapie mit anderem Antidepressivum im Verlauf einer Woche ein- bzw. ausschleichen!.
  - Indikationsstellung und Aufklärung des Patienten über Haupt- und Begleitwirkungen der Medikation (s. Tab. 14.11).
  - Eingehende körperliche Untersuchung einschließlich Messung von Gewicht und Halsumfang.
  - Laboruntersuchungen: Ausgangsbefunde für Kreatinin (evtl. Kreatininclearance), Harnstoff, Glukose, Elektrolyte, Blutbild und Schilddrüsenfunktionsparameter (T_3, T_4, TSH basal), Urinstatus.
  - Apparative Diagnostik: EKG, EEG.
  - Kontrolluntersuchungen siehe Tab. 14.12 (Immer durchzuführen bei interkurrenten Erkrankungen)!
- **Behandlungsdauer:** Mindestens 4 Jahre, dann schrittweises Absetzen, wenn über 2 Jahre keine affektiven Störungen mehr aufgetreten sind.
- **Therapiebeendigung:** Langsames Ausschleichen über ca. 3 Monate.

Tab. 14.12 • **Kontrolluntersuchungen bei Lithiumprophylaxe**

Untersuchung	Kontrollintervalle
Serumspiegelkontrollen (+ Kreatinin): Anzustrebender Serumspiegel 0,6–0,8 mmol/l	• Ausgangsbefund • 1 Monat wöchentlich • ½ Jahr monatlich • dann ¼jährlich
Körpergewicht und Halsumfang	• ¼jährlich
Schilddrüsenfunktion	• jährlich
Routinelabor (Elektrolyte, Blutbild, Kreatinin)	• halbjährlich – jährlich
EKG	• jährlich
EEG	• jährlich

Carbamazepin

- **Indikationen:**
  - Phasenprophylaxe bipolarer Störungen bei Lithium-Unverträglichkeit, Therapieresistenz oder rapid cycling (≥ 4 Phasen/Jahr), Kontraindikationen gegen Lithium (S. 325).
  - Anfallsprophylaxe, z. B. bei Entzugsbehandlung (S. 307).
- **Dosierung:** s. Tab. 20.5.
- **Mögliche Nebenwirkungen:**
  - *Gastrointestinal:* Übelkeit, Diarrhoe, Schmerzen, Anstieg der Leberenzyme.
  - *Neurologisch:* Schwindel, Ataxie, Müdigkeit, Doppelbilder, Kopfschmerzen, Dyskinesien.
  - *Herz/Kreislauf:* Rhythmusstörungen, Hypotonie.
  - *Andere:* Selten Allergien, Leukozytopenie, Vaskulitis, Hyponatriämie, Hautreaktionen (Urtikaria, Pruritus).
- **Kontraindikationen:**
  - Überempfindlichkeit gegenüber trizyklischen Antidepressiva.
  - Schwere Leberfunktionsstörungen.
  - Höhergradige AV-Blockierungen.
  - Akute intermittierende Porphyrie.
  - Knochenmarksschädigung.
  - Kombination mit MAO-Hemmer (Dosierungen und Handelsnamen Tab. 20.5).
- **Praktisches Vorgehen:**
  - Indikationsstellung und Aufklärung des Patienten über Haupt- und Begleitwirkungen der Medikation.
  - *Angestrebter Serumspiegel*: 8–10 µg/ml (entsprechend täglich 800–1200 mg Carbamazepin). Serotoninwiederaufnahmehemmer können Carbamazepin-Serumspiegel erhöhen! Langsam aufdosieren!
  - *Kontrolluntersuchungen:*
    - Serumspiegelkontrollen: Erster Monat wöchentlich, ½ Jahr lang monatlich, dann ¼ jährlich.
    - Blutbild, Transaminasen: Zu Beginn monatlich, später ¼ jährlich.

Valproat

- **Indikationen:**
  - Phasenprophylaxe affektiver Störungen. Rapid cycling („off-label").
  - Maniforme Syndrome. (Bei Lithium-Unverträglichkeit oder Therapieresistenz).
- **Dosierung:** s. Tab. 20.5.
- **Mögliche Nebenwirkungen:**
  - *Gastrointestinal:*
    - Übelkeit, Erbrechen.
    - Anstieg der Leberenzyme.
    - Appetitsteigerung.
    - Gewichtzunahme.
  - *Neurologisch:*
    - Parästhesien, Tremor.
    - Bewusstseinstörungen.
  - *Hämatologisch:* Leukopenie, Thrombozytopenie.
- **Kontraindikationen:**
  - Überempfindlichkeit gegen Valproat.
  - Porphyrie.
  - Leber- und Pankreasfunktionsstörungen.
  - Gerinnungsstörungen, Niereninsuffizienz.
  - Knochenmarkschädigung.
  - Lupus erythematodes.

- **Vorgehen:**
  - Indikationsstellung und Aufklärung des Patienten über Haupt- und Begleitwirkungen der Medikation.
  - *Angestrebter Serumspiegel:* 50–100 µg/ml (entsprechend täglich 750–1500 mg Valproat). Zügig aufdosieren!
  - *Kontrolluntersuchungen:* s. Carbamazepin (S. 326).

Hinweis: Andere Antikonvulsiva wie Gabapentin oder Topiramat sind für die Behandlung akuter Manie bzw. zur Phasenprophylaxe affektiver Störungen (insbesondere bei „rapid cycling") bislang nicht zugelassen. Asenapin ist seit Kurzem zur Behandlung mäßig bis schwerer manischer Episoden verfügbar.

14.6 Therapie mit Tranquilizern und Anxiolytika

Grundlagen

- **Definition:** Tranquilizer sind Medikamente mit spannungs- und angstlösender, muskelrelaxierender und dämpfender Wirkung, die in höherer Dosierung auch einen schlafinduzierenden und antikonvulsiven Effekt haben.
- **Hauptgruppen und Wirkprinzipien** s. Tab. 14.13, vgl. auch Tab. 20.6.

Tab. 14.13 • **Tranquilizer – Hauptgruppen und Wirkprinzipien**

Hauptgruppe	Wirkstoffe	Wirkprinzip
Benzodiazepine	Alprazolam, Bromazepam, Camazepam, Chlordiazepoxid, Clobazam, Clotiazepam, Diazepam, Dikaliumclorazepat, Ketazolam, Lorazepam, Metadazepam, Nordazepam, Oxazepam, Prazepam	Verstärkung der hemmenden Funktion GABA-erger Neuronen, wodurch die prä- und postsynaptische exzitatorische Neurotransmission vermindert wird
atypische Substanzen	Buspiron, Benzoctamen, Hydroxyzin, Opipramol, Pregabalin	• Buspiron dämpft die serotonerge und D_2-Neurotransmission. • Hydroxyzin hat antihistaminische, anticholinerge, antiemetische und spasmolytische Eigenschaften • Opipramol wirkt antihistaminerg, adrenolytisch, anticholinerg • Pregabalin hat antikonvulsive und analgetische Eigenschaften infolge Hemmung stimmulierender Neurotransmitter
Antipsychotikum	Fluspirilen	Neuroleptanxiolyse: obsolet und wegen der Gefahr irreversibler Spätdyskinesien nicht sinnvoll
Beta-Rezeptorenblocker	Durapindol, Metoprolol, Oxaprenolol, Propranolol, Sotalol, Pindolol	Dämpfung von beta-adrenerg vermittelten vegetativen Stresssymptomen
zentrale Sympathikolytikase	Clonidin	Hemmung der Aktivität noradrenerger Neuronen im Locus coeruleus
Phytotherapeutika	Hopfen, Melisse, Passionsblume, Baldrian	zentral-vegetativ dämpfend

- **Vorgehen:**
  - Indikationsstellung und Aufklärung des Patienten über Haupt- und Begleitwirkungen der Medikation.
  - *Angestrebter Serumspiegel:* 50–100 µg/ml (entsprechend täglich 750–1500 mg Valproat). Zügig aufdosieren!
  - *Kontrolluntersuchungen:* s. Carbamazepin (S. 326).

Hinweis: Andere Antikonvulsiva wie Gabapentin oder Topiramat sind für die Behandlung akuter Manie bzw. zur Phasenprophylaxe affektiver Störungen (insbesondere bei „rapid cycling") bislang nicht zugelassen. Asenapin ist seit Kurzem zur Behandlung mäßig bis schwerer manischer Episoden verfügbar.

14.6 Therapie mit Tranquilizern und Anxiolytika

Grundlagen

- **Definition:** Tranquilizer sind Medikamente mit spannungs- und angstlösender, muskelrelaxierender und dämpfender Wirkung, die in höherer Dosierung auch einen schlafinduzierenden und antikonvulsiven Effekt haben.
- **Hauptgruppen und Wirkprinzipien** s. Tab. 14.13, vgl. auch Tab. 20.6.

Tab. 14.13 • **Tranquilizer – Hauptgruppen und Wirkprinzipien**

Hauptgruppe	Wirkstoffe	Wirkprinzip
Benzodiazepine	Alprazolam, Bromazepam, Camazepam, Chlordiazepoxid, Clobazam, Clotiazepam, Diazepam, Dikaliumclorazepat, Ketazolam, Lorazepam, Metadazepam, Nordazepam, Oxazepam, Prazepam	Verstärkung der hemmenden Funktion GABA-erger Neuronen, wodurch die prä- und postsynaptische exzitatorische Neurotransmission vermindert wird
atypische Substanzen	Buspiron, Benzoctamen, Hydroxyzin, Opipramol, Pregabalin	• Buspiron dämpft die serotonerge und D_2-Neurotransmission. • Hydroxyzin hat antihistaminische, anticholinerge, antiemetische und spasmolytische Eigenschaften • Opipramol wirkt antihistaminerg, adrenolytisch, anticholinerg • Pregabalin hat antikonvulsive und analgetische Eigenschaften infolge Hemmung stimmulierender Neurotransmitter
Antipsychotikum	Fluspirilen	Neuroleptanxiolyse: obsolet und wegen der Gefahr irreversibler Spätdyskinesien nicht sinnvoll
Beta-Rezeptorenblocker	Durapindol, Metoprolol, Oxaprenolol, Propranolol, Sotalol, Pindolol	Dämpfung von beta-adrenerg vermittelten vegetativen Stresssymptomen
zentrale Sympathikolytikase	Clonidin	Hemmung der Aktivität noradrenerger Neuronen im Locus coeruleus
Phytotherapeutika	Hopfen, Melisse, Passionsblume, Baldrian	zentral-vegetativ dämpfend

Dosierung

- Zu Dosierungen und Handelsnamen s. Tab. 20.6.
- Praktische Tipps zum Vorgehen (S. 331).

Indikationen

Tab. 14.14 • **Wirkprofil gängiger Tranquilizer**

Hauptwirkung, Anwendung	Wirkstoff
Anxiolyse, weniger dämpfend	Alprazolam, Buspiron, Clobazam, Clonazepam, Clotiazepam, Lorazepam, Medazepam, Nordazepam, Opipramol, Oxazepam, Prazepam
dämpfend, schlafanstoßend und antikonvulsiv	Diazepam und Temazepam sowie Benzodiazepinhypnotika (S. 331)
Reduktion von vegetativen Unruhe- und Angstäquivalenten	Clonidin, Beta-Rezeptorenblocker (Tab. 14.13)

- **Generalisierte Angst:** Pregabalin 150–300 mg/d.
- **Angstzustände bzw. Panikattacken, Unruhe und** Erregtheit (S. 300): z. B. Lorazepam 2–5 mg, Diazepam 5–10 mg.
- Horror-Trip, Flash back (S. 309): z. B. Diazepam 5–10 mg, Lorazepam 2–5 mg.
- Katatone Form der Schizophrenie (S. 190): z. B. Lorazepam 5 mg i. v. o. i. m.
- **Angst als Begleitsymptomatik bei schizophrenen und affektiven Psychosen:** Buspiron 15–20 mg/d.
- **Angst- und Spannungszustände bei Anpassungs- und Persönlichkeitsstörungen:** z. B. Baldrian oder andere Phytotherapeutika, Opipramol.
- **Einschlafstörungen** (S. 113)**:** Eher Indikation für dämpfende Antidepressiva (z. B. Trimipramin 20 mg/z.N. p. o. oder Amitriptylin 25 mg/z.N. p. o. oder Trazodon 100 mg/z.N. p. o.).

Hinweis: Tranquilizer grundsätzlich nicht zur Bekämpfung von Befindlichkeitsstörungen oder „Alltagsstress" einsetzen. Sie sind niemals Ersatz für therapeutische Gespräche bzw. psychotherapeutische Behandlung!

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

Tab. 14.15 • **Nebenwirkungen und Kontraindikationen der verschiedenen Tranquilizer**

Wirkstoffgruppe	Nebenwirkungen	Kontraindikationen
Benzodiazepine		
allgemein	Müdigkeit, Schläfrigkeit, Schwindel, Ataxie, Verlangsamung, Aufmerksamkeitsschwäche, Verlängerung der Reaktionszeit	• Myasthenia gravis • chron. respiratorische Insuffizienz • akutes Glaukom • schwere Leber- und Nierenschäden • hypotone Muskelerkrankungen • Schlafapnoesyndrom • akute Intoxikationen • Suchtanamnese • Schwangerschaft 1. Trimenon, Stillzeit

Tab. 14.15 • **Fortsetzung**

Wirkstoffgruppe	Nebenwirkungen	Kontraindikationen
bei (zu schneller) parenteraler Applikation	Blutdruckabfall, Atemdepression	
bei Überdosierung	Apathie, allgemeine Verlangsamung, Muskelschwäche, Doppelbilder, verwaschene Sprache, Kopfschmerz	
bei Langzeiteinnahme	Vergesslichkeit, Konzentrationsschwäche, allgemeine kognitive Leistungsminderung, Muskelschwäche, Gleichgültigkeit, Dysphorie, Schlafstörungen	
paradoxe Reaktionen (selten, am ehesten bei älteren Menschen)	Erregtheit, Euphorie, Schlafstörungen	
Entzugserscheinungen (auch bei Niedrigdosisabhängigkeit!)	20–25 % der Patienten: Angst, Unruhe, Schlafstörungen, Reizbarkeit, Dysphorie, Schwitzen, Tachykardie, Zittern, psychotische Symptome, protrahierte Entzugssymptome können über Wochen anhalten mit immer neuen Rezidiven	
bei abruptem Absetzen	Rebound-Symptome	
atypische Substanzen		
Buspiron	Schwindel, Kopfschmerz, Übelkeit, Durchfall, Unruhe, Schlafstörungen	• Schwangerschaft, Stillzeit • schwere Leber- und Nierenfunktionsstörungen • Myasthenia gravis • akutes Glaukom • Alter < 18 Jahre
Hydroxyzin	Müdigkeit, Mundtrockenheit, Sehstörungen	• Glaukom • Hypertonie
Opipramol	Müdigkeit, Ataxie, Übelkeit	• Glaukom • AV-Block • Leberschäden
Pregabalin	Benommenheit, Müdigkeit, Schwindel, Potenzstörungen	• Schwangerschaft • Überempfindlichkeit
Beta-Rezeptorenblocker		
allgemein	Blutdruckabfall, Bradykardie, Dyspnoe bei obstruktiver Lungenerkrankung	• Schwangerschaft, Stillzeit • Herzinsuffizienz NYHA III + IV • AV-Überleitungsstörung, Sinusknotensyndrom, SA-Block • COPD, Asthma bronchiale • insulinpflichtiger Diabetes mellitus

Tab. 14.15 • **Fortsetzung**

Wirkstoffgruppe	Nebenwirkungen	Kontraindikationen
zentrale Sympathikolyse		
Clonidin	Müdigkeit, Kopfschmerzen, Schwindel, Übelkeit, Obstipation, Orthostase, Mundtrockenheit	• Schwangerschaft, Stillzeit • KHK, AV-Block II. + III. Grades, Sinusknotensyndrom, Bradykardie • Niereninsuffizienz

Vorgehen

- Indikationsstellung und Aufklärung des Patienten über Haupt- und Nebenwirkungen: Gleichzeitige Einnahme anderer Sedativa mit Kreuztoleranz (z. B. Opiate, Barbiturate) oder von Alkohol nicht erlaubt – Suchtanamnese! Aufklärung über eingeschränkte Fahrtüchtigkeit!
- **Wichtige Therapiegrundsätze:**
  - Immer mit geringer Dosierung beginnen (außer bei Katatonie).
  - Die Wirksamkeit wird bestimmt durch Dosishöhe, Halbwertszeit und Verteilung im Gewebe. Kumulationsgefahr besteht bei langsam verstoffwechselten Benzodiazepinen (z. B. Diazepam, Dikaliumclorazepat, Chlordiazepoxid, Metadazepam, Prazepam und Clobazam!)

  Hinweis: Buspiron, Opipramol und Hydroxyzin wirken nicht ausreichend gegen Panikattacken.
- **Kontrolluntersuchungen:** Gute Verträglichkeit, daher sind üblicherweise keine regelmäßigen Labor-, EKG- oder EEG-Untersuchungen notwendig.

Cave: Abhängigkeitsrisiko. Gefährdet sind vor allem Patienten mit Suchtanamnese, chronischen Schmerzen und/oder Schlafstörungen sowie ängstlich-depressiver Persönlichkeitsstruktur – vorbeugende Strategien:
- Möglichst niedrige Dosierung!
- Verordnung von Benzodiazepinen nicht länger als 4 bis max. 6 Wochen. Dann schrittweise Ausschleichen (*cave:* Abruptes Absetzen!).
- Bei Benzodiazepinen grundsätzlich Verschreibung der kleinsten Packungsgröße.

14.7 Therapie mit Hypnotika

Grundlagen

- **Definition:** Hypnotika sind Substanzen mit schlafanstoßender und -fördernder Wirkung (Tab. 14.16).
- **Wirkprinzipien:**
  - Hypnotika vom Benzodiazepintyp sowie Zopiclon und Zolpidem verstärken die GABA-erge Neurotransmission und hemmen dadurch die neuronale Erregbarkeit.
  - Chloralhydrat ist ein Alkoholabkömmling.
  - Clomethiazol s. Entwöhnungsbehandlung (S. 335).
  - Rozerem ist ein Melatoninagonist.
- **Hauptgruppen:**
  - Benzodiazepine, außer den unter den Tranquilizern (S. 328) – mit stark dämpfender, schlafanstoßender Wirkung – bereits genannten: Brotizolam, Flunitrazepam, Flurazepam, Lormetazepam, Midazolam, Nitrazepam, Temazepam, Triazolam.
  - Zyklopyrrolon: Zopiclon.

Tab. 14.15 • **Fortsetzung**

Wirkstoffgruppe	Nebenwirkungen	Kontraindikationen
zentrale Sympathikolyse		
Clonidin	Müdigkeit, Kopfschmerzen, Schwindel, Übelkeit, Obstipation, Orthostase, Mundtrockenheit	• Schwangerschaft, Stillzeit • KHK, AV-Block II. + III. Grades, Sinusknotensyndrom, Bradykardie • Niereninsuffizienz

Vorgehen

- Indikationsstellung und Aufklärung des Patienten über Haupt- und Nebenwirkungen: Gleichzeitige Einnahme anderer Sedativa mit Kreuztoleranz (z. B. Opiate, Barbiturate) oder von Alkohol nicht erlaubt – Suchtanamnese! Aufklärung über eingeschränkte Fahrtüchtigkeit!
- **Wichtige Therapiegrundsätze:**
  - Immer mit geringer Dosierung beginnen (außer bei Katatonie).
  - Die Wirksamkeit wird bestimmt durch Dosishöhe, Halbwertszeit und Verteilung im Gewebe. Kumulationsgefahr besteht bei langsam verstoffwechselten Benzodiazepinen (z. B. Diazepam, Dikaliumclorazepat, Chlordiazepoxid, Metadazepam, Prazepam und Clobazam!)

  Hinweis: Buspiron, Opipramol und Hydroxyzin wirken nicht ausreichend gegen Panikattacken.
- **Kontrolluntersuchungen:** Gute Verträglichkeit, daher sind üblicherweise keine regelmäßigen Labor-, EKG- oder EEG-Untersuchungen notwendig.

Cave: Abhängigkeitsrisiko. Gefährdet sind vor allem Patienten mit Suchtanamnese, chronischen Schmerzen und/oder Schlafstörungen sowie ängstlich-depressiver Persönlichkeitsstruktur – vorbeugende Strategien:
- Möglichst niedrige Dosierung!
- Verordnung von Benzodiazepinen nicht länger als 4 bis max. 6 Wochen. Dann schrittweise Ausschleichen (*cave:* Abruptes Absetzen!).
- Bei Benzodiazepinen grundsätzlich Verschreibung der kleinsten Packungsgröße.

14.7 Therapie mit Hypnotika

Grundlagen

- **Definition:** Hypnotika sind Substanzen mit schlafanstoßender und -fördernder Wirkung (Tab. 14.16).
- **Wirkprinzipien:**
  - Hypnotika vom Benzodiazepintyp sowie Zopiclon und Zolpidem verstärken die GABA-erge Neurotransmission und hemmen dadurch die neuronale Erregbarkeit.
  - Chloralhydrat ist ein Alkoholabkömmling.
  - Clomethiazol s. Entwöhnungsbehandlung (S. 335).
  - Rozerem ist ein Melatoninagonist.
- **Hauptgruppen:**
  - Benzodiazepine, außer den unter den Tranquilizern (S. 328) – mit stark dämpfender, schlafanstoßender Wirkung – bereits genannten: Brotizolam, Flunitrazepam, Flurazepam, Lormetazepam, Midazolam, Nitrazepam, Temazepam, Triazolam.
  - Zyklopyrrolon: Zopiclon.

- Imidazopyridin: Zolpidem (Saripidem gegen Panikerkrankung noch in Erprobung).
- Pyrazolopyrimidin: Zaleplon.
- Chloralhydrat.
- Antihistaminika: Diphenhydramin, Doxylamin, Promethazin.
- Clomethiazol.
- Phytotherapeutika: Baldrian, Hopfen, Melisse, auch in Kombination.
- Melatonin (Epiphysenhormon). Barbiturate obsolet.

Tab. 14.16 • **Charakteristika verschiedener Schlafmittel**

	„ideales Schlafmittel"	Barbiturate	Antihistaminika	Chloralhydrat	Benzodiazepine	Zopiclon/ Zolpidem
Beeinflussung des physiologischen Schlafs:						
REM-Schlaf	0	+++	++	0	+	0
Tiefschlaf	0	+++	++	++	++	+
Abhängigkeitspotenzial	0	+++	++	+	+	(+)
Toxizität (Suizidpotenzial)	0	+++	++	++	0	0
Wirkungsverlust	0	+++	++	++	+	+
Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten	0	+++	++	+	0/+	0/+

0 = unbedeutend, + = leicht, ++ = mittel, +++ = stark

Dosierung

- Zu Dosierungen und Handelsnamen s. Tab. 20.7.
- Praktische Tipps zum Vorgehen s. unter „Vorgehen" (S. 333).

Indikationen

- Ein- und Durchschlafstörungen unterschiedlicher Genese.

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

Tab. 14.17 • **Nebenwirkungen und Kontraindikationen der verschiedenen Hypnotika**

Wirkstoffgruppe	Nebenwirkungen	Kontraindikationen
Benzodiazepinhypnotika	*Vor allem bei älteren Patienten Überhangeffekte (hang over):* morgendliche Müdigkeit, Verlangsamung, Benommenheit, Ataxie, Koordinationsstörungen, Schwindel. *Nach längerem Gebrauch:* Dysarthrie, muskuläre Hypotonie, Kollapsneigung, Risiko der Abhängigkeit, Rebound-Effekte	s. Tab. 14.15

Tab. 14.17 • **Fortsetzung**

Wirkstoffgruppe	Nebenwirkungen	Kontraindikationen
Zopiclon und Zolpidem	• Tagesmüdigkeit, Benommenheit • Übelkeit • Schwindelgefühl • Einschränkung des Reaktionsvermögens	• Schwangerschaft, Stillzeit • Myasthenia gravis • resp. Insuffizienz • schwere Leberinsuffizienz
Zaleplon	• Kopfschmerz • Schwindel • Tagesmüdigkeit	• Schwangerschaft • Myasthenia gravis • Schlaf-Apnoe • schwere Leberschädigung • Alkoholmissbrauch
Chloralhydrat	• Übelkeit • Verwirrtheit • Leberfunktionsstörungen	• schwere Leber-, Niereninsuffizienz • Herzinsuffizienz NYHA III + IV
Antihistaminika	• Tagesmüdigkeit • Mundtrockenheit • Harnverhaltung • erhöhte Unfallgefahr!	• Engwinkelglaukom • Blasenstörung mit Restharn
Clomethiazol	• rasche Abhängigkeitsentwicklung, vgl. Entwöhnungsbehandlung (S. 335)	• Schwangerschaft, Stillzeit
Phytotherapeutika	• nicht bekannt	• nicht bekannt
Melatonin (Rozerem)	• Mundtrockenheit • Schläfrigkeit • Übelkeit • Libidominderung	• Psychose • Schwangerschaft

Hinweis: Hypnotika werden oft bei Suizidversuchen verwendet!

Vorgehen

- Indikationsstellung und Aufklärung des Patienten über Haupt- und Nebenwirkungen; Schlafhygiene (S. 250) stets vorrangig beachten!
- Wichtige Therapiegrundsätze:
  - Auswahl des Medikamentes mit niedrigster Komplikationsrate, z. B. primär Therapieversuch mit einem Phytotherapeutikum. Beginn mit möglichst niedriger Dosierung.
  - Keine Verordnung über längere Zeiträume, vor allem nicht von Benzodiazepinhypnotika und Clomethiazol. Frühzeitig Absetzversuche!
  - Bei Therapieresistenz bzw. Gefahr der Abhängigkeit Umstellung auf dämpfendes Antidepressivum (S. 320), z. B. Amitryptilin, Trimipramin, Mirtazapin oder Antipsychotikum, z. B. Melperon, Pipamperon, Chlorprothixen (S. 319).

14.8 Substitutionsbehandlung

Grundlagen

- **Definition:** Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger mit RL-Methadon, Buprenorphin oder Diamorphin.
- **Wirkprinzip:** RL-Methadon (Razemat aus Levomethadon und rechtsdrehendem D-Methadon) ist strukturchemisch von Morphin ableitbar, daher Blockade der Opiatrezeptoren im ZNS mit Unterdrückung von Entzugssymptomen.

Hinweis: Die Substitution mit Codein oder Dihydrocodein ist medizinisch umstritten. Nach der 10. BtmÄndV vom 01.02.98 (s. u.) dürfen diese Substanzen nicht mehr angewandt werden (Ausnahme: „Unmöglichkeit" einer anderen Behandlung!). Andere Substanzen sind noch in Erprobung (S. 159). Behandlung Opiatabhängiger mit Diamorphin (S. 335) (Heroin) unter bestimmten Voraussetzungen legalisiert und kassenfinanziert.

Indikationen

- **Eine Substitutionsbehandlung von i. v.-Opiatabhängigen kann unter folgenden Bedingungen durchgeführt werden** (geregelt durch die 10. Novelle der BtMVV vom 01.02.1998 bzw. Ergänzung am 01.07.2002 und Änderung am 25.03.2009 sowie entsprechende BUB- Richtlinien der Kassenärztlichen Vereinigungen vom 28.10.2002
  - *Von Seiten des Patienten:*
    - Drogenabhängigkeit über 2 Jahre bei erfolgloser Vorbehandlung.
    - Körperliche Erkrankung (z. B. AIDS!).
    - Schwangerschaft, Geburt und 6 Wochen danach.
    - Therapieresistente Schmerzzustände.
    - Zuverlässigkeit (kein Beigebrauch!).

    Hinweis: Bei Verabreichung von *Diamorphin (Heroin*): Alter mindestens 23 Jahre. Fünfjährige Opiatabhängigkeit. Zwei erfolglose Substitutionstherapien! Mindestens sechsmonatige psychosoziale Begleitung.
  - *Von Seiten des Arztes:* Der substituierende Arzt muss die Zusatzqualifikation „Suchtmedizinische Grundversorgung" besitzen.

Hinweise:

- *Schweiz:* Methadonabgabe durch Kantonsärzte, keine spezifischen Voraussetzungen bzw. gesetzlichen Auflagen!
- *Österreich* (Erlass vom 25.09.1987): Substitution (Amtsarzt, Fachärzte für Neurologie, Psychiatrie, nach speziellen Fortbildungen) als ultima ratio zur Abstinenz von schweren Suchtgiften nach genauer Prüfung des Einzelfalles bei folgenden Indikationen: Personen > 20 Jahre, mehrjährige (> ein Jahr) Opiatabhängigkeit, mehrere gescheiterte Entzugsbehandlungen, gleichzeitig bestehende HIV-Infektion, opiatabhängiger Ehe- oder Lebenspartner von substituierten Personen. (Substitution unter 20 Jahre: Zusätzlich andere Erkrankungen, mangelnde Bereitschaft zur Abstinenz + HIV-Infektion, AIDS-Erkrankung).

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

- **Nebenwirkungen:** Schwitzen, Übelkeit, Obstipation, Harnverhalt, Schlafstörungen, Libidoverlust, Mundtrockenheit, Miosis, Bronchospasmus.

  Hinweis: Bei Methadonüberdosierung Arrhythmien möglich!
- **Kontraindikationen:** Intoxikation, Darmerkrankung, Phäochromozytom, Beigebrauch (Einnahme zusätzlicher Drogen oder Medikamente, vor allem von Cannabis, Benzodiazepin und Barbiturat): Mögliche Bewusstseinstrübung, Atemdepression, Hypotonie, psychotische Symptome.

Vorgehen

- Aufklärung über Haupt- und Nebenwirkungen (Drogenanamnese!).
- Entgiftung von anderen Drogen.
- Erstellen eines umfassenden individuellen Behandlungsplans.
- **Dosierungen:**
  - *Methadon-Razemat:*
    - Aufdosieren: Beginn mit 10–20 mg/d Razemat; durch Dosiserhöhungen von 5 mg bzw. 10 mg an die Erhaltungsdosis herantasten.
    - Durchschnittliche Erhaltungsdosis : 80 (–120) mg Methadon (zu Beginn 2 Einnahmen pro Tag, später 1).
  - *Buprenorphin:* Bis zur einer Dosis von maximal 24 mg/d aufdosieren. Alternativ Gabe von 34 mg jeden 2. Tag.
  - *Diamorphin*: Vergabe und Kontrolle nur an speziellen Einrichtungen. Einstieg mit ca. 150 mg Reinsubstanz/d, Einstellung etwa auf die Hälfte
- **Wichtige Therapiegrundsätze:**
  - Am besten die Einzeldosis direkt und damit kontrolliert an den Patienten verabreichen (überwachte Einnahme).
  - *Ziel:* Abstinenz über allmähliche Herunterdosierung in 5–10 mg-Schritten.
  - Flankierender Einsatz von Clonidin oder Doxepin möglich. SSRI erhöhen Plasmaspiegel um 20 %!
  - Engmaschige Urinkontrollen: Kontrolle eines evtl. Beigebrauchs.
  - Stringente Dokumentation! Meldepflicht an Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (anonymisiert).

Hinweis (Deutschland): Rezepte (Stempel, Arztunterschrift und Telefonnummer) mit Buchstaben „S" kennzeichnen! Die Verschreibung von monatlich maximal 1500 mg Levomethadon bzw. 3 000 mg Methadon ist erlaubt. Dabei muss der verschreibende Arzt suchtmedizinisch qualifiziert sein!

- Begleitend stets sozialtherapeutische (S. 392) und rehabilitative Maßnahmen!
- Erfolgsaussichten: Häufiger Beigebrauch und ausbleibender „Kick" führen bei ca. 20 % der Methadon-Patienten zu einem Abbruch der Behandlung.

14.9 Medikamentöse Entwöhnungsbehandlung und Rezidivprophylaxe

Grundlagen

- **Definition:** Medikamentengestützte Behandlung von Abhängigkeit und Sucht (S. 172) einschließlich Rückfallverhütung
- **Verfügbare Substanzen, Indikation, Wirkprinzip:** siehe Tab. 14.18.

Vorgehen, Nebenwirkungen, Kontraindikationen

- Indikationsstellung und Aufklärung des Patienten über Haupt- und Nebenwirkungen, Klärung der Therapiemotivation. Begleitende Psychotherapie stets unerläßlich!
- **Disulfiram:** Erfordert hohe Motivation, Compliance und Verlässlichkeit – Einsatz nur in Ausnahmefällen.
  - *Kontraindikationen:* Diabetes mellitus, Herz-, Leber- und Nierenerkrankung, Schilddrüsenüberfunktion, zerebrale Durchblutungsstörungen, fortgeschrittene Arteriosklerose, Ösophagusvarizen.
  - *Dosierung:* an den ersten drei Tagen 0,5 – 1 g/d, ab dem 4. Tag 0,2 – 0,4 mg/d.
  - *Nebenwirkungen:* Müdigkeit, Schwindel, Kopfschmerz, Übelkeit.
  - *Mögliche Symptome bei gleichzeitigem Alkoholabusus:* Schwindel, Übelkeit, Erbrechen, Tachypnoe, Herzrasen, Flush, Hypotonie, Kopfschmerzen, Schweißausbrü-

Vorgehen

- Aufklärung über Haupt- und Nebenwirkungen (Drogenanamnese!).
- Entgiftung von anderen Drogen.
- Erstellen eines umfassenden individuellen Behandlungsplans.
- **Dosierungen:**
  - *Methadon-Razemat:*
    - Aufdosieren: Beginn mit 10–20 mg/d Razemat; durch Dosiserhöhungen von 5 mg bzw. 10 mg an die Erhaltungsdosis herantasten.
    - Durchschnittliche Erhaltungsdosis : 80 (–120) mg Methadon (zu Beginn 2 Einnahmen pro Tag, später 1).
  - *Buprenorphin:* Bis zur einer Dosis von maximal 24 mg/d aufdosieren. Alternativ Gabe von 34 mg jeden 2. Tag.
  - *Diamorphin*: Vergabe und Kontrolle nur an speziellen Einrichtungen. Einstieg mit ca. 150 mg Reinsubstanz/d, Einstellung etwa auf die Hälfte
- **Wichtige Therapiegrundsätze:**
  - Am besten die Einzeldosis direkt und damit kontrolliert an den Patienten verabreichen (überwachte Einnahme).
  - *Ziel:* Abstinenz über allmähliche Herunterdosierung in 5–10 mg-Schritten.
  - Flankierender Einsatz von Clonidin oder Doxepin möglich. SSRI erhöhen Plasmaspiegel um 20 %!
  - Engmaschige Urinkontrollen: Kontrolle eines evtl. Beigebrauchs.
  - Stringente Dokumentation! Meldepflicht an Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (anonymisiert).

Hinweis (Deutschland): Rezepte (Stempel, Arztunterschrift und Telefonnummer) mit Buchstaben „S" kennzeichnen! Die Verschreibung von monatlich maximal 1500 mg Levomethadon bzw. 3 000 mg Methadon ist erlaubt. Dabei muss der verschreibende Arzt suchtmedizinisch qualifiziert sein!

- Begleitend stets sozialtherapeutische (S. 392) und rehabilitative Maßnahmen!
- Erfolgsaussichten: Häufiger Beigebrauch und ausbleibender „Kick" führen bei ca. 20 % der Methadon-Patienten zu einem Abbruch der Behandlung.

14.9 Medikamentöse Entwöhnungsbehandlung und Rezidivprophylaxe

Grundlagen

- **Definition:** Medikamentengestützte Behandlung von Abhängigkeit und Sucht (S. 172) einschließlich Rückfallverhütung
- **Verfügbare Substanzen, Indikation, Wirkprinzip:** siehe Tab. 14.18.

Vorgehen, Nebenwirkungen, Kontraindikationen

- Indikationsstellung und Aufklärung des Patienten über Haupt- und Nebenwirkungen, Klärung der Therapiemotivation. Begleitende Psychotherapie stets unerläßlich!
- **Disulfiram:** Erfordert hohe Motivation, Compliance und Verlässlichkeit – Einsatz nur in Ausnahmefällen.
  - *Kontraindikationen:* Diabetes mellitus, Herz-, Leber- und Nierenerkrankung, Schilddrüsenüberfunktion, zerebrale Durchblutungsstörungen, fortgeschrittene Arteriosklerose, Ösophagusvarizen.
  - *Dosierung:* an den ersten drei Tagen 0,5 – 1 g/d, ab dem 4. Tag 0,2 – 0,4 mg/d.
  - *Nebenwirkungen:* Müdigkeit, Schwindel, Kopfschmerz, Übelkeit.
  - *Mögliche Symptome bei gleichzeitigem Alkoholabusus:* Schwindel, Übelkeit, Erbrechen, Tachypnoe, Herzrasen, Flush, Hypotonie, Kopfschmerzen, Schweißausbrü-

che, Schwäche. In schweren Fällen Bewusstseinsstörung, epileptische Anfälle, Herz-/Kreislaufversagen bis zu letalem Ausgang.

Tab. 14.18 • **Medikamentöse Entwöhnungsbehandlung**

Generic (Handelsname)	Wirkprinzip	Indikation
Disulfiram (Antabus)	Hemmung des Acetaldehydabbaus nach Genuss von Alkohol	Aversionsbehandlung bei Alkoholismus
Acamprosat (Campral, Aotal)	Hemmung der exzitatorischen Glutamat-Neurotransmission	Anticraving-Substanz bei Alkoholismus
Clomethiazol (Distraneurin)	vermutlich Interaktion mit inhibitorischen GABA-ergen Neuronen	Alkoholentzugsdelir
Clonidin (Paracefan)	Hemmung der Aktivität noradrenerger Neurone im Locus coerulus	Alkohol- und Opiatentzugssyndrom
Methadon, Buprenorphin	Blockade der Opiatrezeptoren im ZNS	Substitution u. Entwöhnung Opiatabhängiger
Naltrexon (Nemixin)	kompetitiver Opiatantagonismus	Entwöhnungsbehandlung Opiatabhängiger, (Rückfallprophylaxe bei Alkoholismus)
Nikotin (Nicorette, Nikotin-Pflaster)	cholinerge Blockade und Freisetzung von ACTH und Beta- Endorphin	Unterstützung der Nikotinentwöhnung
Bupropion (Zyban)	Hemmung der Wiederaufnahme von Dopamin und Noradrenalin	Nikotinentwöhnung
Vareniclin (Champix)	partieller Nikotinagonist und -antagonist	Nikotinentwöhnung

- **Acamprosat:** Anti-Craving-Substanz.
  - *Kontraindikationen:* Niereninsuffizienz mit S-Kreatinin > 120 µmol/l, Leberfunktionsstörung, Alter > 65 Jahre.
  - *Dosierung:* Körpergewicht > 60 kg: 2–2–2 Tabletten/d, Körpergewicht < 60 kg: 2–1–1 Tabletten/d (à 333 mg).
  - *Nebenwirkungen:* Durchfall, Übelkeit, Bauchschmerzen, Libidominderung, Pruritus.
- **Clomethiazol:** Gut und zuverlässig wirksam, auch antikonvulsiv. Bisher unersetzlich bei alkoholischem Delir und Prädelir.
  - *Kontraindikationen:* Lungenerkrankung, Intoxikation mit anderen Sedativa (Suchtanamnese)!
  - *Dosierung:* Während der ersten Woche je nach Symptomatik 2 – 4 g/d, anschließend über eine Woche schrittweise Dosisreduktion; vgl. spezielle Therapie bei Entzugsdelir (S. 308).
  - *Nebenwirkungen:*
    Oral: Selten Hypotonie, Magenbeschwerden.

- **Clonidin:** Gut wirksam bei körperlicher (Opiat-)Entzugssymptomatik mit vegetativer Dysregulation.
  - *Kontraindikationen:* Reizleitungsstörungen (v. a. AV-Block), zerebrale Durchblutungsstörungen.
  - *Dosierung:* 0,3–0,8 mg/d in mehreren Einzeldosen.
  - *Nebenwirkungen:* Hypotonie, Bradykardie, Mundtrockenheit, Obstipation.
- **Naltrexon:** Wirksamstes Mittel zur Opiatentwöhnung mit guter Verträglichkeit (zur Rückfallprophylaxe bei Alkoholismus Zulassung beantragt).
  - *Kontraindikationen:* Leberfunktionsstörung, gleichzeitiger Opiatkonsum.
  - *Dosierung:* 50 mg/d.
  - *Nebenwirkungen:* Übelkeit, Kopfschmerzen, Schwindel, Müdigkeit, Gelenk- und Muskelschmerzen, Libidodämpfung, Transaminasenanstieg.
- **Nikotinpflaster:** Problemlos zu handhabende Unterstützung zur schrittweisen Nikotinentwöhnung.
  - *Kontraindikationen:* Frischer Myokardinfarkt, instabile Angina pectoris, vorlaufend Hirninfarkt, hochgradige Hypertonie.
  - *Dosierung:* Pflaster setzen 5–23 mg Nikotin in 24 h frei. Täglicher Pflasterwechsel. Je nach Ausmaß der Abhängigkeit wöchentliche Dosisreduktion über die Pflastergröße.
  - *Nebenwirkungen:* Hautreaktionen, Kopfschmerz, Schwindel, Übelkeit, Schlafstörungen, Tachykardie.
- **Bupropion:** Wirksam zur Nikotinentwöhnung.
  - *Kontraindikationen:* Affektive Psychose, Epilepsie, Bulimie, Schwangerschaft.
  - *Dosierung:* 150–300 mg/d.
  - *Nebenwirkungen:* Fieber, Mundtrockenheit, Übelkeit, Obstipation, Schlafstörungen, Zittern, Kopfschmerz, Unruhe, Schwitzen.
- **Rimonabant:** Nikotinentwöhnung.
  - *Dosierung:* 20 mg/d.
  - *Nebenwirkungen:* Katarrh, Übelkeit, Schwindel, Reizbarkeit, Müdigkeit.
- **Vareniclin:** Nikotinentwöhnung.
  - *Dosierung:* 0,5–1,0 mg/d.
  - *Nebenwirkungen:* Übelkeit, Schlafstörungen, Kopfschmerzen.

14.10 Antiandrogenbehandlung

Grundlagen

- **Definition:** In der Psychiatrie Einsatz synthetischer Antiandrogene zur Dämpfung sexueller Übererregbarkeit („reversible chemische Kastration").
- **Wirkprinzip:** Cyproteronacetat verdrängt die Keimdrüsenhormone von dienzephalen Erregungszentren, dadurch Reduktion der androgenen, gonadotropen und antigestionalen Wirkung der betreffenden Hormone und somit sexuelle Triebdämpfung bzw. Verringerung der sexuellen Stimulierbarkeit.

Indikationen

- **Indikation:** Sexuelle Devianz, insbesondere Exhibitionismus, Pädophilie und Fetischismus. Einsatz bei Sexualstraftätern.

Dosierung und Vorgehen

- Medikation ergänzend zu Psycho- und Verhaltenstherapie, sowie nach ausführlicher Aufklärung und Beratung.

  Hinweis: Durch die Medikation gelingt eine zuverlässige Dämpfung der Triebstärke. Sie erfordert jedoch von Seiten des Patienten eine hohe Motivation und Compliance.

- **Clonidin:** Gut wirksam bei körperlicher (Opiat-)Entzugssymptomatik mit vegetativer Dysregulation.
  - *Kontraindikationen:* Reizleitungsstörungen (v. a. AV-Block), zerebrale Durchblutungsstörungen.
  - *Dosierung:* 0,3–0,8 mg/d in mehreren Einzeldosen.
  - *Nebenwirkungen:* Hypotonie, Bradykardie, Mundtrockenheit, Obstipation.
- **Naltrexon:** Wirksamstes Mittel zur Opiatentwöhnung mit guter Verträglichkeit (zur Rückfallprophylaxe bei Alkoholismus Zulassung beantragt).
  - *Kontraindikationen:* Leberfunktionsstörung, gleichzeitiger Opiatkonsum.
  - *Dosierung:* 50 mg/d.
  - *Nebenwirkungen:* Übelkeit, Kopfschmerzen, Schwindel, Müdigkeit, Gelenk- und Muskelschmerzen, Libidodämpfung, Transaminasenanstieg.
- **Nikotinpflaster:** Problemlos zu handhabende Unterstützung zur schrittweisen Nikotinentwöhnung.
  - *Kontraindikationen:* Frischer Myokardinfarkt, instabile Angina pectoris, vorlaufend Hirninfarkt, hochgradige Hypertonie.
  - *Dosierung:* Pflaster setzen 5–23 mg Nikotin in 24 h frei. Täglicher Pflasterwechsel. Je nach Ausmaß der Abhängigkeit wöchentliche Dosisreduktion über die Pflastergröße.
  - *Nebenwirkungen:* Hautreaktionen, Kopfschmerz, Schwindel, Übelkeit, Schlafstörungen, Tachykardie.
- **Bupropion:** Wirksam zur Nikotinentwöhnung.
  - *Kontraindikationen:* Affektive Psychose, Epilepsie, Bulimie, Schwangerschaft.
  - *Dosierung:* 150–300 mg/d.
  - *Nebenwirkungen:* Fieber, Mundtrockenheit, Übelkeit, Obstipation, Schlafstörungen, Zittern, Kopfschmerz, Unruhe, Schwitzen.
- **Rimonabant:** Nikotinentwöhnung.
  - *Dosierung:* 20 mg/d.
  - *Nebenwirkungen:* Katarrh, Übelkeit, Schwindel, Reizbarkeit, Müdigkeit.
- **Vareniclin:** Nikotinentwöhnung.
  - *Dosierung:* 0,5–1,0 mg/d.
  - *Nebenwirkungen:* Übelkeit, Schlafstörungen, Kopfschmerzen.

14.10 Antiandrogenbehandlung

Grundlagen

- **Definition:** In der Psychiatrie Einsatz synthetischer Antiandrogene zur Dämpfung sexueller Übererregbarkeit („reversible chemische Kastration").
- **Wirkprinzip:** Cyproteronacetat verdrängt die Keimdrüsenhormone von dienzephalen Erregungszentren, dadurch Reduktion der androgenen, gonadotropen und antigestionalen Wirkung der betreffenden Hormone und somit sexuelle Triebdämpfung bzw. Verringerung der sexuellen Stimulierbarkeit.

Indikationen

- **Indikation:** Sexuelle Devianz, insbesondere Exhibitionismus, Pädophilie und Fetischismus. Einsatz bei Sexualstraftätern.

Dosierung und Vorgehen

- Medikation ergänzend zu Psycho- und Verhaltenstherapie, sowie nach ausführlicher Aufklärung und Beratung.

  Hinweis: Durch die Medikation gelingt eine zuverlässige Dämpfung der Triebstärke. Sie erfordert jedoch von Seiten des Patienten eine hohe Motivation und Compliance.

- **Dosierung:** Cyproteronacetat (Androcur) 100 mg/d p. o. (2 × 50 mg) *oder* Depotform (14-täglich 3–5 ml i. m.)

Nebenwirkungen,Komplikationen, Kontraindikationen

- **Nebenwirkungen, Komplikationen:**
  - Azoospermie mit (reversibler) Zeugungsunfähigkeit.
  - Appetit- und Gewichtszunahme.
  - Gynäkomastie.
  - Müdigkeit, Depressivität.
  - Veränderung der Glukosetoleranz.

  Hinweis: Die Wirkung von Alkohol kann verstärkt werden!
- **Kontraindikationen:** Lebererkrankungen, Neigung zu Thrombosen, Sichelzellanämie, schwerer Diabetes mellitus mit Gefäßveränderungen, schwere Depression.

14.11 Medikamentöse Behandlung erektiler Dysfunktion

Grundlagen

- **Definition:** Einsatz potenzsteigernder Mittel in der Psychiatrie.
- **Wirkprinzip:** Infolge einer Inhibition von Phosphodiesterase vermehrter Bluteinstrom in die Corpora cavernosa des Penis.

Indikation

- Erektile Dysfunktion (Impotenz).

Vorgehen, Dosierung

- Nach ausführlicher Sexualanamnese und Aufklärung (ergänzend zur Psycho- und Verhaltenstherapie).
- **Dosierung:** Im Bedarfsfall (präkoital) Sildenafil 25 mg p. o. oder Tadalafil 10 mg p. o. oder Vardenafil 10 mg p. o.

Nebenwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

- **Nebenwirkungen:** Kopfschmerz, Schwindel, Flush, Rhinitis.
- **Kontraindikationen:** Angina pectoris, Myokardinfarkt, Hypotonie.

Medikamente während der Schwangerschaft und Stillzeit

- Die meisten Psychopharmaka sind in der Schwangeschaft und Stillzeit kontraindiziert. Im Einzelfall muss bei bestehender Psychopharmakotherapie das Risiko einer teratogenen Wirkung gegen das Risiko eines Erkrankungsrezidivs abgewogen werden. Gleichfalls gehen viele Psychopharmaka wegen ihrer lipophilen Eigenschaften in die Muttermilch über, so dass in der Regel zum Abstillen zu raten ist.
- Insgesamt gibt es nur eine unzulängliche Datenlage zu Teratogenität bzw. Nebenwirkungen in der Stillzeit.
- Tab. 14.19 gibt eine Übersicht über die wichtigsten Substanzgruppen.

Tab. 14.19 • **Übersicht über Verwendung der wichtigsten Substanzgruppen in Schwangerschaft und Stillzeit**

Substanzgruppe	Schwangerschaft	Stillzeit
Tri- und tetrazyklische Antidepressiva	Relativ sicher	Die meisten TZA gehen in relativ geringer Konzentration in die Muttermilch über

- **Dosierung:** Cyproteronacetat (Androcur) 100 mg/d p. o. (2 × 50 mg) *oder* Depotform (14-täglich 3–5 ml i. m.)

Nebenwirkungen,Komplikationen, Kontraindikationen

- **Nebenwirkungen, Komplikationen:**
  - Azoospermie mit (reversibler) Zeugungsunfähigkeit.
  - Appetit- und Gewichtszunahme.
  - Gynäkomastie.
  - Müdigkeit, Depressivität.
  - Veränderung der Glukosetoleranz.

  Hinweis: Die Wirkung von Alkohol kann verstärkt werden!
- **Kontraindikationen:** Lebererkrankungen, Neigung zu Thrombosen, Sichelzellanämie, schwerer Diabetes mellitus mit Gefäßveränderungen, schwere Depression.

14.11 Medikamentöse Behandlung erektiler Dysfunktion

Grundlagen

- **Definition:** Einsatz potenzsteigernder Mittel in der Psychiatrie.
- **Wirkprinzip:** Infolge einer Inhibition von Phosphodiesterase vermehrter Bluteinstrom in die Corpora cavernosa des Penis.

Indikation

- Erektile Dysfunktion (Impotenz).

Vorgehen, Dosierung

- Nach ausführlicher Sexualanamnese und Aufklärung (ergänzend zur Psycho- und Verhaltenstherapie).
- **Dosierung:** Im Bedarfsfall (präkoital) Sildenafil 25 mg p. o. oder Tadalafil 10 mg p. o. oder Vardenafil 10 mg p. o.

Nebenwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

- **Nebenwirkungen:** Kopfschmerz, Schwindel, Flush, Rhinitis.
- **Kontraindikationen:** Angina pectoris, Myokardinfarkt, Hypotonie.

Medikamente während der Schwangerschaft und Stillzeit

- Die meisten Psychopharmaka sind in der Schwangeschaft und Stillzeit kontraindiziert. Im Einzelfall muss bei bestehender Psychopharmakotherapie das Risiko einer teratogenen Wirkung gegen das Risiko eines Erkrankungsrezidivs abgewogen werden. Gleichfalls gehen viele Psychopharmaka wegen ihrer lipophilen Eigenschaften in die Muttermilch über, so dass in der Regel zum Abstillen zu raten ist.
- Insgesamt gibt es nur eine unzulängliche Datenlage zu Teratogenität bzw. Nebenwirkungen in der Stillzeit.
- Tab. 14.19 gibt eine Übersicht über die wichtigsten Substanzgruppen.

Tab. 14.19 • **Übersicht über Verwendung der wichtigsten Substanzgruppen in Schwangerschaft und Stillzeit**

Substanzgruppe	Schwangerschaft	Stillzeit
Tri- und tetrazyklische Antidepressiva	Relativ sicher	Die meisten TZA gehen in relativ geringer Konzentration in die Muttermilch über

Tab. 14.19 • **Fortsetzung**

Substanzgruppe	Schwangerschaft	Stillzeit
SSRI	Relativ sicher	Mittleres bis höheres Risiko
MAO-Hemmer	Nicht empfohlen	Nicht empfohlen
Antipsychotika der ersten Generation	Haloperidol relativ sicher	Mittleres Risiko
Antipsychotika der zweiten Generation	Mittleres Risiko	Nicht empfohlen bis auf Sulpirid
Benzodiazepine	Nicht im 1.Trimenon und kurz vor der Entbindung (floppy infant Syndrom)	Nicht empfohlen, auch Zopiclon und Buspiron nicht empfehlenswert
Phasenprophylaktika	Nicht empfohlen, nach dem 1. Trimenon möglich	Nicht empfohlen

14.12 Schlafentzugstherapie

Grundlagen

- **Synonym:** Wachtherapie.
- **Definition:** Iatrogener Schlafmangel zur Behandlung einer major Depression wie auch (therapieresistenter) neurotischer Depressivität (Dysthymia).
- **Varianten:**
  - *Totaler Schlafentzug:* Gesamte Nacht.
  - *REM-Entzug:* Jeweils Aufwecken des Patienten bei Beginn einer Traumschlafphase.
  - *Partieller Schlafentzug:* Nur 2. Nachthälfte ab 01.00 Uhr morgens.
- **Wirkhypothese:** Chronobiologische Grundannahme:
  - Durch Schlafentzug Resynchronisation der möglicherweise gestörten zirkadianen Rhythmik bei bestimmten Formen der Depression.
  - Normalisierung der in der Depression gestörten Schlafmuster.
- **Einfluss auf die klinische Symptomatik:**
  - *Vermindert werden:* Depressivität, Interessenlosigkeit, Gehemmtheit, Angst und Unruhe.
  - Erfolgsquote bei bis zu 60 % der Patienten. Die Besserung hält allerdings meist nur 1–2 Tage an.

Indikation, Vorgehen

- **Indikation:** Als Begleittherapie zur medikamentösen Behandlung bei allen Formen ausgeprägterer Depression; auch bei schizoaffektiver Psychose und bei Dysthymia.
- **Vorgehen:**
  - Aufklärung und Information.
  - Der Patient wird angehalten, nachts unter Aufsicht wach zu bleiben (Gesellschaftsspiele, kleine Mahlzeiten, Fernsehen, Radiohören, Spazierengehen).
  - Durchführung etwa zweimal pro Woche mit mehreren Wiederholungen.

  Hinweis: Der Patient sollte den fehlenden Schlaf nicht tagsüber nachholen! Psychopharmakamedikation fortsetzen, am Abend vor dem geplanten Schlafentzug keine Sedativa!

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

- **Begleitwirkungen, Komplikationen:** Nicht bekannt außer (nicht seltener) hypomanischer Reaktion.
- **Kontraindikation:** Epilepsie (Erniedrigung der Krampfschwelle!).

Tab. 14.19 • **Fortsetzung**

Substanzgruppe	Schwangerschaft	Stillzeit
SSRI	Relativ sicher	Mittleres bis höheres Risiko
MAO-Hemmer	Nicht empfohlen	Nicht empfohlen
Antipsychotika der ersten Generation	Haloperidol relativ sicher	Mittleres Risiko
Antipsychotika der zweiten Generation	Mittleres Risiko	Nicht empfohlen bis auf Sulpirid
Benzodiazepine	Nicht im 1.Trimenon und kurz vor der Entbindung (floppy infant Syndrom)	Nicht empfohlen, auch Zopiclon und Buspiron nicht empfehlenswert
Phasenprophylaktika	Nicht empfohlen, nach dem 1. Trimenon möglich	Nicht empfohlen

14.12 Schlafentzugstherapie

Grundlagen

- **Synonym:** Wachtherapie.
- **Definition:** Iatrogener Schlafmangel zur Behandlung einer major Depression wie auch (therapieresistenter) neurotischer Depressivität (Dysthymia).
- **Varianten:**
  - *Totaler Schlafentzug:* Gesamte Nacht.
  - *REM-Entzug:* Jeweils Aufwecken des Patienten bei Beginn einer Traumschlafphase.
  - *Partieller Schlafentzug:* Nur 2. Nachthälfte ab 01.00 Uhr morgens.
- **Wirkhypothese:** Chronobiologische Grundannahme:
  - Durch Schlafentzug Resynchronisation der möglicherweise gestörten zirkadianen Rhythmik bei bestimmten Formen der Depression.
  - Normalisierung der in der Depression gestörten Schlafmuster.
- **Einfluss auf die klinische Symptomatik:**
  - *Vermindert werden:* Depressivität, Interessenlosigkeit, Gehemmtheit, Angst und Unruhe.
  - Erfolgsquote bei bis zu 60 % der Patienten. Die Besserung hält allerdings meist nur 1–2 Tage an.

Indikation, Vorgehen

- **Indikation:** Als Begleittherapie zur medikamentösen Behandlung bei allen Formen ausgeprägterer Depression; auch bei schizoaffektiver Psychose und bei Dysthymia.
- **Vorgehen:**
  - Aufklärung und Information.
  - Der Patient wird angehalten, nachts unter Aufsicht wach zu bleiben (Gesellschaftsspiele, kleine Mahlzeiten, Fernsehen, Radiohören, Spazierengehen).
  - Durchführung etwa zweimal pro Woche mit mehreren Wiederholungen.

  Hinweis: Der Patient sollte den fehlenden Schlaf nicht tagsüber nachholen! Psychopharmakamedikation fortsetzen, am Abend vor dem geplanten Schlafentzug keine Sedativa!

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

- **Begleitwirkungen, Komplikationen:** Nicht bekannt außer (nicht seltener) hypomanischer Reaktion.
- **Kontraindikation:** Epilepsie (Erniedrigung der Krampfschwelle!).

14.13 Lichttherapie

Grundlagen

- **Synonym:** Phototherapie.
- **Definition:** Behandlung der „Winterdepression" („Seasonal Affective Disorder"; SAD) mit Licht.
- **Wirkhypothese:** Einflussnahme des über die retinalen Photorezeptoren aufgenommenen Lichtes auf die möglicherweise gestörte zirkadiane Rhythmik via Epiphyse bzw. über eine Hemmung der Melatoninproduktion (Erfolgsquote bei bis zu 60 %).

Indikationen

- Saisonale Depression, kurz SAD (S. 208).
- Jetlag.
- Versuch bei Durchschlafstörungen und Früherwachen.
- Versuch bei Bulimia nervosa (S. 248).

Hinweis: Vereinzelt wird eine additive Wirkung bei gleichzeitiger Medikation mit Antidepressiva beobachtet.

Vorgehen

- **Standardtherapie:** Täglich – am besten morgens bzw. vormittags – mindestens 30-minütige Bestrahlung des Gesichtes mit weißem Licht (sogenanntes „True- lite" aus tageslichtähnlichen Fluoreszenzröhren mit ausgefiltertem UV-Anteil).
  - Beleuchtungsstärke: Etwa 10.000 Lux (bei Lampen mit 5 000 Lux beträgt die Behandlungsdauer mindestens eine Stunde pro Tag).
  - Der Abstand zur Lichtquelle sollte unter einem Meter liegen; der Patient sollte häufiger direkt in das Licht sehen.
  - Die Standardtherapie sollte mindestens eine Woche durchgeführt werden.
- **Alternativ:** Dämmerungssimulation (Dawn simulation): Computergesteuerte Lichtbestrahlung des noch schlafenden Patienten mit steigender Lichtintensität bis zu 1000 Lux (ähnliche Therapieansprechrate wie oben).

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

- Müdigkeit, Reizbarkeit, Kopfschmerzen, Übelkeit, Augenbrennen.
- Fraglich Minderung der Effizienz einer zeitgleichen Lithiummedikation.
- Photosensibilität bei Kombination von Lichttherapie mit anderen Medikamenten.

Hinweis: Vorsicht bei erhöhter Lichtempfindlichkeit!

14.14 Elektrokrampftherapie (EKT)

Grundlagen

- **Synonym:** Elektrokonvulsionsbehandlung (EKT), elektrische Durchflutung. Heilkrampfbehandlung.
- **Definition:** Iatrogene Auslösung eines zerebralen Krampfäquivalents durch Rechteckimpulsstrom (Kurzpulstechnik) mit einer Frequenz von 30–70 Hz.
- **Wirkhypothese:** Beeinflussung der adrenergen, cholinergen, serotonergen und dopaminergen Transmittersysteme bzw. Steigerung der postsynaptischen Rezeptorensensibilität für Serotonin, Dopamin und Noradrenalin.

Indikationen

- Lebensbedrohliche perniziöse (febrile) Katatonie.
- Wahnhafte Depression mit anhaltender Suizidalität, Stupor, körperlicher Erschöpfung und Nahrungsverweigerung.
- Schwere (therapierefraktäre) schizoaffektive Psychose oder Manie.

- Therapierefraktäre Wochenbett- und Schwangerschaftspsychose.
- Unverträglichkeit einer Psychopharmakatherapie (z. B. Nebenwirkungen, Schwangerschaft).
- Notwendigkeit eines raschen Therapieerfolges.

Kontraindikationen

- **Absolut:** Frischer Herzinfarkt, zerebrales/aortales Aneurysma, erhöhter Hirndruck, frischer Hirninfarkt.
- **Relativ:** Koronare Herzerkrankung, arterielle Hypertonie, Zustand nach Hirnschädigung, zerebrales Angiom, Lungenerkrankung, Glaukom.

Begleitwirkungen, Komplikationen

- Unmittelbar nach der Behandlung häufiger amnestisches Durchgangssyndrom mit Gedächtnisstörungen und Reaktionsverlangsamung (selten retrograde oder anterograde Amnesie für Stunden), über 1–3 Stunden Anstieg von Blutdruck und Herzfrequenz möglich.
- Gelegentlich Kopfschmerzen mit Flush-Syndrom.
- Im EEG sind manchmal über Wochen anhaltende Allgemeinveränderungen zu registrieren. (Bisher keine Hinweise auf irreversible neuronale Schädigungen!)

Vorgehen

- **Allgemeine Voraussetzungen:**
  - Aufklärung des Patienten bzw. Betreuers über Haupt- und Begleitwirkungen sowie Risiken der Behandlung, schriftliche Einwilligung!
  - *Hinweis:* Bei nicht einwilligungsfähigen Patienten Eilbetreuung bzw. Zustimmung beim Vormundschaftsgericht veranlassen!
  - Antikonvulsiv wirkende Psychopharmaka absetzen.
  - Nahrungskarenz – der Patient muss nüchtern sein!
- **Voruntersuchungen:**
  - Körperliche Untersuchung mit eingehendem internistischem und neurologischem Status. Anästhesiologisches Konsil.
  - Routinelabor.
  - EKG, Röntgenthorax und EEG.
- **Ablauf:**
  - Anästhesiologische Intensivüberwachung mit EKG- und EEG-Monitoring.
  - Prämedikation mit 0,5 mg Atropin i. v.
  - Kurznarkose in Intubationsbereitschaft, Gummikeil (zur Vermeidung von Zungenbissverletzungen).
  - Muskelrelaxation mit 30–50 mg Succinylcholin (Suxamethoniumchlorid), Maskenbeatmung mit reinem Sauerstoff.
  - Mittels beider Elektroden über der *nichtdominanten Hemisphäre (unilateral)* Applikation eines bipolaren Impulsstromes (800–900 mA, 60–130 V, 2 –5 s Dauer) und Auslösung eines tonisch-klonischen generalisierten Anfalls von mindestens 25–30 s Dauer. Bei ausbleibendem Erfolg bilaterale Elektrodenplazierung!
  - Danach Überwachung des Patienten bis zur völligen Reorientierung (Herzfrequenz, RR, Aufforderungen: Augenöffnen, Zunge herausstrecken).
  - *Hinweis:* Nach der Behandlung stets Fortführung der medikamentösen Behandlung, da in der Regel mit Rezidiven innerhalb der folgenden Tage zu rechnen ist! Stets exakte Dokumentation!
- **Therapiefrequenz:** Blockmethode mit 2–3 Behandlungen pro Woche, insgesamt bis zu 6–12 Anwendungen.

14.15 (Repetitive) transkranielle Magnetstimulation (rTMS)

Grundlagen

- **Definition:** Die *transkranielle Magnetstimulation* (TMS) ist eine nichtinvasive neurophysiologische Untersuchungsmethode in der neurologischen Diagnostik (S. 45); die *repetitive transkranielle Magnetstimulation* (rTMS) hingegen eine neurophysiologische Behandlungsmethode bei Depressionen.
- **Formen:** Niederfrequente rTMS: 1 Hz; hochfrequente rTMS: 5–20 Hz.
- **Wirkhypothese:** Einflussnahme auf die zerebrale Durchblutung und den zerbralen Glukosemetabolismus (durch SPECT belegt) mit Auswirkungen auf die Stimmungslage. Über die gepulste Induktion eines Magnetfeldes kommt es zu einer lokalen Depolarisation oberflächlicher Neuronenverbände im dorsolateralen präfrontalen Kortex. In Hippokampus, Striatum und Nucleus accumbens wird Dopamin freigesetzt.
- Transkranielle Gleichstromstimulation noch in Erprobung.

Indikationen

- (Therapieresistente) Depressionen (hochfrequente rTMS des linken Frontalhirns, Erfolgsquote: ca. 30–50 %).
- Der Einsatz bei folgenden Erkrankungen gelingt bislang nicht überzeugend:
  - *Manie* (hochfrequente rTMS des rechten Frontalhirns),
  - *Posttraumatische Belastungsstörung* (niederfrequente rTMS des rechten Frontalhirns),
  - *Zwangsstörung* (hochfrequente rTMS des linken und rechten Frontalhirns),
  - *Katatonie* (hochfrequente rTMS des linken Frontalhirns) und
  - *Negativsymptomatik bei Schizophrenie* (hochfrequente rTMS des linken Frontalhirns).
  - *Chronischer Schmerz?*

Vorgehen

- **Allgemein:**
  - Aufklärung des Patienten. Einwilligung.
  - Monitoring mittels EEG, EMG und Video-Aufzeichnung.
- **Ablauf:**
  - Induktion eines Magnetfeldes (1–2 Tesla) mit Hilfe einer Magnetspule über dem (linken) Frontalhirn für etwa 30 Sek.
  - Therapiefrequenz: 5–20 Sitzungen.

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

- **Begleitwirkungen, Komplikationen:**
  - Gelegentlich Kopfschmerz, Reizbarkeit, vereinzelt Krampfanfälle.
  - ***Hinweis***: Erhöhtes Risiko bei vorlaufendem Schlafentzug.
  - Selten diskrete, vorübergehende kognitive Gedächtnisstörungen, Tinnitus.
- **Kontraindikationen:**
  - Epilepsie oder Medikation, die zur Erniedrigung der Krampfschwelle führt.
  - Schwerere Herzerkrankung.
  - Herzschrittmacher, Metallimplantate.
  - Schwangerschaft.
  - Anamnestisch Schädel-Hirntrauma oder Hirnoperation.
  - ***Hinweis:*** Die elektrische Stimulation des N. accumbens bzw. medialen Vorderhirnbündels mittels implantierter Elektroden zur Behandlung therapieresistenter Depressionen befindet sich noch in der Erprobungsphase.

14.16 Bioenergetik

Grundlagen

- **Definition:** Körperbezogene Therapieform mit möglichen positiven Auswirkungen.
- **Wirkhypothesen:**
  - Ausgegangen wird von der Einheit psychischer und körperlicher Befindlichkeit. Störungen können sich äußern in Verkrampfungen („muskuläre Blockaden“ und „Muskelpanzer“).
  - Durch Auflockerung der Verspannungen und befreiendes Erleben der eigenen Körperfunktionen soll es zur Lösung blockierter Emotionen und Wiederherstellung des psychischen Wohlbefindens kommen. Plazebo-Anteil dabei nicht einschätzbar.

Indikationen

- Leichtere bis mittelschwere neurotische und Anpassungsstörungen.
- Funktionelle Körperstörungen.
- Suchterkrankungen.
- Verhaltensstörungen.

Vorgehen

- Spezielle körperliche Übungen zur Erfahrung der eigenen Leiblichkeit einschließlich taktiler und Atemübungen. Die damit einhergehenden Wahrnehmungen und Ausdrucksverhaltensweisen werden angesprochen und bearbeitet.

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

- **Begleitwirkungen, Komplikationen:** Überforderung des Patienten, Gefahr der ideologischen Überfrachtung, unrealistische Erwartungen.
- **Kontraindikationen:**
  - Akute und ausgeprägte psychische Erkrankungen.
  - Geistige Behinderung bzw. Demenz.
  - Neigung zu hypochondrischer Selbstbeobachtung.

14.17 Physiotherapie

Grundlagen

- **Definition:** Einsatz physikalischer Behandlungsmethoden im psychiatrischen Bereich in Form von Massage, Elektrotherapie, Wärmeanwendung, Licht- und Hydrotherapie.
- **Wirkhypothesen:**
  - Positive Beeinflussung von Befindlichkeit, Aktivität und Selbstwertgefühl des Patienten.
  - Medikamentöse Begleitwirkungen werden reduziert.

Indikationen, Vorgehen

- **Indikationen:** Sämtliche psychischen Erkrankungen, insbesondere solche, die mit körperlichen bzw. neurologischen Beeinträchtigungen einhergehen.
- **Vorgehen, Ablauf:** In Abhängigkeit von Person und Erkrankungsart Besprechung der Anwendungen mit den Physiotherapeuten.

Hinweis: Wichtig ist die Rückmeldung über Verträglichkeit bzw. Effizienz der Behandlung!

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

- **Begleitwirkungen, Komplikationen:** Überforderung des Patienten durch eine zu forcierte Behandlung.
- **Kontraindikationen:**
  - Schwerere körperliche Begleit- oder Grunderkrankung.
  - Perakute und akute Psychose.

14.18 Bewegungstherapie

Grundlagen

- **Definition:** Sammelbegriff für die verschiedenen Arten krankengymnastischer oder sportlicher Betätigung psychisch Kranker; s. auch Konzentrative Bewegungstherapie, Tanztherapie. (S. 396)
- **Wirkhypothesen:**
  - *Bei Krankengymnastik und Sport:* Schwerpunkt eher auf körperlichem Training mit Steigerung der vegetativen Belastbarkeit und Verbesserung der Herz-Kreislauf-Funktion.
  - *Rhythmisch-tänzerische Übungen:* Abbau von Ängsten und emotionalen Spannungen. Erleben eigener Leiblichkeit und Identität.
  - *Mannschaftsspiele:* Verbesserung von Kommunikation, Integrationsfähigkeit, Selbstsicherheit und Durchsetzungsvermögen.

  Hinweis: Unter Ausdauersport Down-Regulation von 5-HT_2C-Rezeptoren mit angst- und depressionsminderndem Effekt!

Indikationen, Vorgehen

- **Indikationen:**
  - Entaktualisierte psychische Erkrankungen, insbesondere solche mit körperlichen Begleiterscheinungen.
  - Suchterkrankungen.
  - Persönlichkeitsstörungen.
  - Depressionen.
  - Verhaltensstörungen.
  - Psychogene Körperstörungen, Psychosomatische Erkrankungen bzw. somatoforme Störungen.
- **Vorgehen, Ablauf:** Festlegung der ärztlichen Indikation und Besprechung mit den Bewegungstherapeuten. Nachbesprechung, Reflexion.

Hinweis: Auch hier ist eine Rückmeldung über Verträglichkeit und Effizienz wichtig.

- **Begleitwirkungen, Komplikationen:** Überforderung bei untrainierten Patienten. Leistungssport nicht geeignet! Krafttraining an Geräten nur unter Aufsicht!
- **Kontraindikationen:**
  - *Absolut:* Schwerere körperliche Begleit- und Grunderkrankung.
  - *Relativ:* Akute psychotische Störung.

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

- **Begleitwirkungen, Komplikationen:** Überforderung des Patienten durch eine zu forcierte Behandlung.
- **Kontraindikationen:**
  - Schwerere körperliche Begleit- oder Grunderkrankung.
  - Perakute und akute Psychose.

14.18 Bewegungstherapie

Grundlagen

- **Definition:** Sammelbegriff für die verschiedenen Arten krankengymnastischer oder sportlicher Betätigung psychisch Kranker; s. auch Konzentrative Bewegungstherapie, Tanztherapie. (S. 396)
- **Wirkhypothesen:**
  - *Bei Krankengymnastik und Sport:* Schwerpunkt eher auf körperlichem Training mit Steigerung der vegetativen Belastbarkeit und Verbesserung der Herz-Kreislauf-Funktion.
  - *Rhythmisch-tänzerische Übungen:* Abbau von Ängsten und emotionalen Spannungen. Erleben eigener Leiblichkeit und Identität.
  - *Mannschaftsspiele:* Verbesserung von Kommunikation, Integrationsfähigkeit, Selbstsicherheit und Durchsetzungsvermögen.

  Hinweis: Unter Ausdauersport Down-Regulation von 5-HT_2C-Rezeptoren mit angst- und depressionsminderndem Effekt!

Indikationen, Vorgehen

- **Indikationen:**
  - Entaktualisierte psychische Erkrankungen, insbesondere solche mit körperlichen Begleiterscheinungen.
  - Suchterkrankungen.
  - Persönlichkeitsstörungen.
  - Depressionen.
  - Verhaltensstörungen.
  - Psychogene Körperstörungen, Psychosomatische Erkrankungen bzw. somatoforme Störungen.
- **Vorgehen, Ablauf:** Festlegung der ärztlichen Indikation und Besprechung mit den Bewegungstherapeuten. Nachbesprechung, Reflexion.

Hinweis: Auch hier ist eine Rückmeldung über Verträglichkeit und Effizienz wichtig.

- **Begleitwirkungen, Komplikationen:** Überforderung bei untrainierten Patienten. Leistungssport nicht geeignet! Krafttraining an Geräten nur unter Aufsicht!
- **Kontraindikationen:**
  - *Absolut:* Schwerere körperliche Begleit- und Grunderkrankung.
  - *Relativ:* Akute psychotische Störung.

15 Psychologische Verfahren

15.1 Psychotherapie

Vorbemerkungen

Psychotherapie bedeutet die Behandlung von Krankheiten und Leiden mittels wissenschaftlich begründeter und erprobter, psychologischer Methoden, die ein breites Spektrum – vom singulären therapeutischen Gespräch bis zu standardisierten, systematisierten Verfahren – umfassen. Ziele sind Verbesserung bzw. Wiederherstellung von Autonomie, Lebensfähigkeit und -qualität des Betroffenen.

Als Hauptformen sind grundsätzlich **zudeckende, supportiv-komplementär** und verhaltenstherapeutisch ausgerichtete Verfahren von **aufdeckend-klärungsorientierten (analytischen** bzw. **psychodynamischen)** zu unterscheiden, die jeweils etliche Varianten aufweisen. Im Übergangsbereich zur Bewegungstherapie, jedoch mit Wurzeln in der humanistischen bzw. Tiefenpsychologie, finden sich die sogenannten **Erlebnis- und Körpertherapien** wie auch die symptomorientierten, übenden, auto- und heterosuggestiven **Entspannungs- und Hypnoseanwendungen.** Weniger Berührungspunkte gibt es mit den aus der Lernpsychologie entwickelten, problem- bzw. lösungsorientierten verhaltenstherapeutischen Verfahren. (S. 365) Als Weiterentwicklung in multimodaler Richtung verstehen sich Formen einer **„Integrativen Psychotherapie“**, die neben psychologischen und psychosozialen Methoden auch biologische bzw. körper- und bewegungsorientierte Therapiekomponenten einbeziehen. Mit der **„psychosomatischen Grundversorgung“** soll flächendeckend der Bedarf an tiefenpsychologischer Kompetenz in der nichtfachpsychiatrischen Praxis sichergestellt werden.

Einerseits in Abhängigkeit von Art, Ausmaß und Dauer der vorliegenden psychischen Störung oder Erkrankung, andererseits von Belastbarkeit, Motivation, Introspektions- und Reflexionsfähigkeit des Patienten wird die **Indikation** für die entsprechende Therapieform gestellt. Eine ausschließlich medikamentöse Behandlung psychisch Kranker kann nur als kurzfristige Notfallmaßnahme verstanden werden!

Das gegenwärtige therapeutische Angebot erstreckt sich von der Krisenintervention mit dem Nahziel einer aktuellen Entlastung über beratend-stützende Behandlungen zur Verbesserung von Adaptation und Coping-Strategien bis hin zu hochfrequenten bzw. langzeitigen analysierend-aufdeckenden, psychodynamischen Behandlungen mit dem Fernziel von Reifung, Autonomie und Umstrukturierung der Persönlichkeit; s. neurosenpsychologische Diagnostik, OPD (S. 31).

Die **Wirksamkeit** von Psychotherapie ist belegt, allerdings scheinen die Qualität der Therapeut-Patient-Beziehung und die damit verbundene Atmosphäre wesentliche therapeutische Faktoren darzustellen. Wichtigste, diesbezügliche *Therapeuteneigenschaften* (Therapeutenvariablen) sind Echtheit, Wärme und Empathie.

Von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) bzw. den gesetzlichen Krankenkassen akzeptiert werden außer psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachärzten auch Dipl.-Psychologen und Heilpraktiker, die nach erfolgreicher Weiterbildung als Psychotherapeuten approbiert wurden. Die einzelnen kassenärztlichen Vereinigungen entscheiden über die Erlaubnis zur Niederlassung in eigener Praxis aufgrund des jeweiligen regionalen Bedarfs.

Jeder approbierte Arzt kann nach berufsbegleitendem, kodifizierten Erwerb tiefenpsychologisch-psychosomatischer Kenntnisse das Zertifikat „Psychotherapie – fachgebunden“ erhalten, womit die Ausübung von Psychotherapie in Form verbaler, übender und suggestiver Interventionen in der Praxis von den Kassen honoriert wird.

Angesichts der enormen Zahl verschiedener Psychotherapiearten und -formen ist vor dem Hintergrund überprüfter Effizienz wie auch wissenschaftlicher Begründbarkeit eine Auswahl zu treffen, die zudem ökonomische Ressourcen zu berücksichtigen hat. Von dem gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) bzw. den Kassen anerkannt sind der-

zeit – als sogenannte **Richtlinienverfahren** – die analytische Psychotherapie (Psychoanalyse), die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und die Verhaltenstherapie (S. 365) einschließlich übender (Autogenes Training, Progressive Relaxation) und suggestiver (Hypnose) Methoden.
Zur Anzahl der Therapiestunden bei den verschiedenen Therapieverfahren siehe Tab. 15.1.

Hinweis: Hinsichtlich Gruppentherapien sind laut KV erlaubt

- bei Psychoanalytischen Verfahren: 6–9 Teilnehmer.
- bei Verhaltenstherapie: 2–9 Teilnehmer.
- bei übenden/suggestiven Verfahren: 2–10 Teilnehmer.

Tab. 15.1 • **Psychotherapeutische und verhaltenstherapeutische Kassenleistungen (sog. Richtlinien-Psychotherapie gemäß Beschluss des Bundesausschusses (G-BA) – Fassung von 2009 bzw. 2011, s. a. Tab. 109)**

Eine Therapiestunde ≥ 50 min.	Analytische Psychotherapie, Psychoanalyse[1]	tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie[2]	Übende Verfahren Verhaltenstherapie AT, PR, Hypnose
Kurzzeit-Psychotherapie	24 (2x12)	12	25
grundsätzlich („Normaltherapie“)	160	50	45
besonderer Fall	240	80	60
Regelhöchstgrenze	300	100	80

[1] *zusätzlich werden bis zu 8 probatorische Sitzungen genehmigt*
[2] *zusätzlich werden bis zu 5 probatorische Sitzungen genehmigt*

Indikationen für die klärungsorientierte, aufdeckend-analytisch begründete Psychotherapie stellen hauptsächlich *neurotische bzw. Anpassungsstörungen, Persönlichkeitsstörungen* einschließlich *Abhängigkeits- und Suchterkrankungen* sowie *somatoforme bzw. psychosomatische* Störungen dar. Die verbleibenden psychischen Störungsbilder sind entweder Gegenstand supportiv-komplementärer und/oder suggestiver und übender Verfahren oder der Verhaltenstherapie (S. 365). Stets ist zu prüfen, ob die ökonomischere Gruppentherapie (S. 380) eine sinnvolle Alternative darstellen könnte, besonders wenn das Therapieziel soziales Lernen und Interaktionstrainings impliziert.

Hinweis: Psychoanalytische begründetete Verfahren dürfen als Kassenleistung *nicht* mit verhaltenstherapeutischen kombiniert werden!

Der Leistungsumfang der Krankenkassen beträgt derzeit bei analytischer Psychotherapie160 Behandlungsstunden, im besonderen Fall 240 Stunden bei einer Höchstgrenze von 300 Stunden (mit ausführlicher Begründung für die Verlängerung) zuzüglich 8 Probesitzungen. Für die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie umfasst die entsprechende Kostenübernahme 50 bzw. 80 Stunden (max. 100), bei Kurzzeittherapie 25 Stunden (Höchstgrenze: 100 Stunden) zuzüglich 5 Probesitzungen. Tab. 15.1 gibt eine Übersicht bezüglich der Kassenleistungen. Für die Rezidivprophylaxe gelten ab 2017 Sonderregelungen.

Die am häufigsten eingesetzten, nicht verhaltenstherapeutisch ausgerichteten Therapieinterventionen gibt einschließlich der Anzahl genehmigter Therapiestunden die folgende Tab. 15.2 wieder.

Tab. 15.2 • Häufigste Psychotherapieformen

Therapieform	Methode	Indikation	Dauer (Kassenleistung)
therapeutisches Gespräch (S. 347), Krisenintervention, Kurzzeittherapie (KZT)	• intervenierend-klärend,stützend • fokussiert	• akute Erkrankung • Belastungsreaktion, Psychotrauma	einzelne Interventionen (bis 2x12 Sitzungen á 25 Min.)
stützende (supportive,) Interventionen (S. 350)	• zudeckend-adaptiv • pharmakotherapiebegleitend	• chron. Psychose • Anpassungsstörung, • Burnout • Abhängigkeitserkrankung, Sucht	Gesprächskette (n. Bedarf)
tiefenpsychologisch fundierte Therapie (S. 352)	• modifiziert-aufdeckend, klärend • deutend, interpretierend • konfliktverarbeitend	• Anpassungsstörung (depressive u. Angst- neurose) • Persönlichkeitsstörung • Abhängigkeitserkrankung	Standard 25 (– 80) Sitzungen, max. 100 (zuzügl. 5 Probesitzungen)
Psychodynamische (Analytische) Psychotherapie, Psychoanalyse (S. 351)	• aufdeckend, klärend • Bearbeitung von Übertragung und Widerstand	• Persönlichkeitsstörung • Kernneurose	Standard 80 (–160) Sitzungen, max. 240 (–300) (zuzügl. 8 Probesitzungen)
Fokaltherapie, Kurztherapie (S. 353)	• konfliktzentriert-aufdeckend • interpretierend	• Belastungs- und Konfliktreaktion • Anpassungsstörung	bedarfsabhängig ca. 15–20 Sitzungen, max. 25
katathymes Bilderleben (S. 354), KB	• imaginativ-deutend	• Anpassungsstörung • somatoforme (psychosoma- tische) Störung • Schmerz	bedarfsabhängig ca.15–20 Sitzungen
personen-(klientenzentrierte) Gesprächstherapie, GT (S. 358)	• selbstexplorierend, reflektierend	• Anpassungsstörung • chron. Konfliktsituation	bedarfsabhängig ca.10–30 Sitzungen

Tab. 15.2 • **Fortsetzung**

Therapieform	Methode	Indikation	Dauer (Kassenleistung)
autogenes Training, AT (S. 360)	• autosuggestiv-konzentrativ • übend	• psychosomatische (somatoforme) Störung • chron. Schmerz • Stressreaktion, Burnout	Grundkurs: 8 Sitzungen (Doppelstunden)
Progressive Relaxation, PME (S. 361)	• muskelentspannend • übend • körperwahrnehmend	• somatoforme Störung • Angstbereitschaft • Stresssymptome	8 Sitzungen
Hypnose (S. 362)	• fremdsuggestiv • tranceinduzierend	• somatoforme Störung • Schmerz • Sucht • Angst	Grundkurs: 8 Sitzungen (Doppelstunden)

15.2 Therapeutisches (problemorientiertes) Gespräch. Krisenintervention

Grundlagen

- **Definition:** Das therapeutische (problemorientierte) Gespräch ist die am häufigsten praktizierte, unspezifische Form zudeckender psychologischer Intervention; vgl. supportive Psychotherapie (S. 350), personenzentrierte Gesprächstherapie (S. 358).
- **Notwendige Eigenschaften, Kenntnisse und Fähigkeiten des Therapeuten** (s. a. personenzentrierte Gesprächstherapie):
  - Kompetenz zu Diagnostik und Therapie.
  - Kompetenz zu Konzentration und Aufmerksamkeit („full awareness").
  - Geduld und Einfühlungsvermögen, emotionale Wärme, Empathie.
  - Offenheit und Authentizität, Toleranz.
  - Flexibilität (Krisenintervention!).
  - Beherrschung von Kommunikation und Gesprächsführung.
  - Benutzung einer klaren und verständlichen Sprache.
  - Therapeutische Zielvorstellungen.
- **Wirkhypothesen:**
  - Entlastung des Patienten durch Aussprache und Affektabfuhr (Katharsis).
  - Beruhigung durch Erklärung der Störung bzw. der Erkrankung.
  - Eingrenzung des aktuellen Problems vor dem Hintergrund vorhandener Ressourcen, aktive Hilfe zur Problembewältigung durch emotionale Unterstützung und Beratung; Entdeckung neuer Lebensperspektiven.

Indikationen

- „Erste Hilfe" bei aktueller Lebenskrise oder akuter psychiatrischer Erkrankung (Krisenintervention); vgl. Notfallpsychiatrie (S. 300), z. B. bei
  - psychotischer Krise.
  - psychischer Traumatisierung, Panik, Belastungsreaktion, Suizidalität.
  - Emotionaler Dekompensation, affektiver Entgleisung.
  - Abhängigkeitserkrankung.

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

- **Begleitwirkungen, Komplikationen:** Ängstliche oder depressive Reaktionen bei (unbedachten) komplizierten, differenzial-diagnostischen Erörterungen oder belastenden prognostischen Hinweisen.
- **Kontraindikationen:** Nicht bekannt.

Vorgehen

- Zielgerichtete, knappe Anamnese und (vorläufige) Diagnosestellung.
- Ungestörtes (ohne Zeitdruck!), wenig strukturiertes Gespräch vor dem Hintergrund der oben genannten Kriterien mit entlastender, stützender und/oder zukunftsweisender Funktion.
- Kritisches Hinterfragen der Lebensführung ohne Deutungen/Interpretationen.
- Mobilisierung von Zuversicht, Hoffnung und Veränderungsbereitschaft.
- Gegebenenfalls Weichenstellung zu weiterführender (systematischer) Psychotherapie. (Dauer: Bei KZT bis zu 2x12 Sitzungen à 25 Min. Eventuell Wiederholung innerhalb der darauffolgenden Tage.)

15.3 Stützende (supportive) Psychotherapie

Grundlagen

- **Definition:** Methode zudeckender Psychotherapie in Form mehrerer aufeinanderfolgender, therapeutischer Gesprächsinterventionen. Keine spezielle Methodik, wichtige Voraussetzungen sind jedoch eine ausreichende Kommunikationsfähigkeit des Patienten und die oben genannten Eigenschaften des Therapeuten (S. 348).
- **Wirkhypothesen:**
  - Beitrag zur Bewältigung (Coping) der Erkrankung des Patienten. Psychoedukation (S. 363). Einschätzung der Resilienz.
  - Vermittlung einer realistischeren Einstellung des Patienten zu sich selbst und der Umwelt. Die Adaptation des Patienten an die Realität verhilft zu einer Kompensation der Erkrankung.
  - Hilfe bei der weiteren Lebensplanung, Hilfe zur Selbsthilfe. Coping-Strategien!
  - Ggf. Herstellung der Voraussetzungen für eine spezielle Psychotherapie.

Indikationen

- Langzeittherapie bzw. Rezidivprophlaxe bei chronisch Kranken mit ausreichender Auffassungs- und Ausdrucksfähigkeit (Beispiele):
  - Anhaltender Dysstress, Burnout, emotinale Belastung, Anpassungsstörung.
  - Chronische Psychose, auch mit Residualsymptomatik.
  - Somatoforme bzw. psychosomatische Erkrankung.
  - Suchtkrankheit, Abhängigkeit.
  - Chronische körperliche Erkrankung.
- Immer dann, wenn aufdeckende Therapieformen oder verhaltenstherapeutische Maßnahmen nicht möglich, kontraindiziert und/oder wirkungslos sind.

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

- **Begleitwirkungen, Komplikationen:**
  - Bei Fehleinschätzung der psychischen Stabilität des Patienten sind Reaktionen von Depressivität, Angespanntheit und Angst möglich.
  - Intellektuelle Unterforderung des Patienten kann zu Unzufriedenheit, Langeweile und/oder Ungeduld führen.
- **Kontraindikationen:** Relative Kontraindikation bei neurotischer bzw. Anpassungsstörung (hier Anwendung erst dann, wenn eingreifendere Therapieformen wie z. B. analytisch orientierte Psychotherapie erfolglos ausgeschöpft wurden oder nicht möglich sind).

Vorgehen

- Regelmäßige Konsultationen mit themenzentrierten Gesprächen. Jedes Einzelgespräch sollte eine Thematik abschließen. (Dauer jeweils ca. 30–40 min.)
- Üblicherweise freie Aussprache mit Schilderung realer aktueller (Lebens-)Probleme.
- Unter Vermeidung von missbilligenden oder kritischen Äußerung Ermutigung des Patienten, in vorsichtigen Schritten eine realistische Lebensperspektive aufzubauen und ihr nachzugehen. Hierbei Lob und Ermunterung als Rückkoppelung.

Hinweis: Gesprächsttermine nach Möglichkeit schon vor Beginn der Therapie fixieren (Stabilisationsfaktor). Kombination mit medikamentöser Langzeitbehandlung problemlos möglich, jedoch Fernziel einer medikamentösen Abstinenz überprüfen!.

15.4 Analytische Psychotherapie, Psychoanalyse

Grundlagen

- **Beschreibung:** Von S. Freud geschaffene Untersuchungsmethode zur Aufdeckung unbewusster seelischer Inhalte sowie darauf aufbauende Behandlungsmethode neurotischer Störungen auf der Grundlage eines speziellen *Persönlichkeits-* („Es" – „Ich" – „Über-Ich", s. Abb. 15.1) und *Entwicklungsmodells* („orale Phase" – „anale Phase" – „phallisches Stadium" – „Latenzperiode"). Neben der orthodoxen Richtung gibt es inzwischen Entwicklungen, die sich zwar am ursprünglichen Persönlichkeitskonzept orientieren und das Grundprinzip der Analyse bejahen, jedoch hinsichtlich der Neurosenentstehung von zeitgemäßeren Auffassungen ausgehen (z. B. Neopsychoanalyse, dynamische Psychotherapie, analytische Kurztherapie, Fokaltherapie, analytische Psychologie und individualpsychologische Therapie).

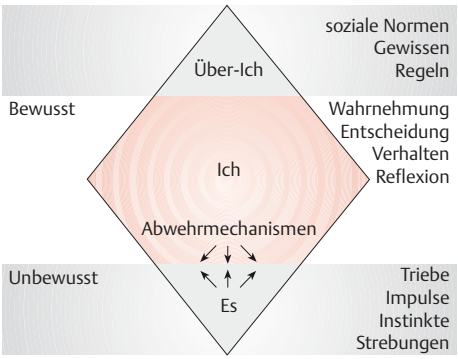


Abb. 15.1 • Psychoanalytisches Persönlichkeitsmodell

- **Sonderform der analytischen Fokal- bzw. Kurztherapie** („*Kurzanalyse*"): Das therapeutische Ziel beschränkt sich hier auf einen abgrenzbaren Konflikt; s. Fokaltherapie (S. 353), Dynamische Psychotherapie (S. 352).
- **Wirkhypothesen:**
  - *Grundannahme:* Wiederbewusstmachung ehemals ins Unbewusste abgedrängter, vergessener Triebkonflikte bzw. konfliktbesetzter Wünsche, Antriebe und Motivationen mit Hilfe spezieller Techniken (siehe unten).
  - *Therapeutisches Medium:* Übertragungsprozess zwischen Arzt und Patient („Übertragungsneurose").
  - *Therapeutisches Ziel:* Nachreifung und Heilung nach Aufdeckung der Widerstandsmechanismen und Bearbeitung der Übertragsdynamik („wo Es war, soll Ich werden"); s. Vorbemerkungen (S. 345). Auch in Gruppenform möglich.

Indikationen

- Neurotische Entwicklung bzw. Anpassungsstörung, insbesondere depressive Neurose (Dysthymia) und generalisierte Angst (Angstneurose, Angststörung).
- Persönlichkeitsstörung.

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

- **Begleitwirkungen, Komplikationen:**
  - Eine längere Analyse kann eine zunehmende Unselbständigkeit des Patienten mit Abhängigkeit vom Therapeuten nach sich ziehen. Cave: „Narzisstischer Missbrauch".

- Im Verlauf der Behandlung oft wechselnde Zustände von Depressivität, Unruhe oder Angstgefühl.
- Infolge mangelhafter Kontrolle der Gegenübertragung kann es zu kontratherapeutischer Identifikation und unerwünschtem Aktivismus von Seiten des Therapeuten kommen.

▶ **Kontraindikationen:**
- Psychosen und psychotisches Residuum.
- Mangelnde Reflexionsfähigkeit, geistige Behinderung.
- Schwere Depression und Zwangserkrankung, Panikstörung.

Vorgehen

▶ **Vorphase** (maximal 8 Probesitzungen): Psychoanalytisches Erstinterview, biografische Anamnese, neurosenpsychologische Diagnostik (S. 31) bzw OPD (S. 31) und Klärung der Psychodynamik. Diagnose? Prognose?

▶ **Eigentliche Behandlung** (entspannt sitzender oder liegender Patient):
- *„Psychoanalytische Grundregel":* Gedanken, Vorstellungen, Empfindungen, Wünsche oder Befürchtungen, die dem Patienten gerade einfallen, sollen spontan mitgeteilt werden – ohne Kontrolle oder Selbstkritik („freies Assoziieren").
- *„Abstinenzregel":* Von Seiten des Therapeuten nur sparsame Interpretationen, ansonsten weitgehende Zurückhaltung. Erfassen des *Sinngehalts* der Äußerungen und Mitteilungen des Patienten über Interpretation und Deutung als Aufdeckung des Unbewussten.
- *„Widerstände"* sind aus der Abwehrhaltung des Patienten (z. B. Schweigen, Ausweichen, Vermeiden, Diskutieren, Langeweile, Ablenken usw), der an seiner kindlichen Konfliktlösung („neurotischer Kompromiss") festhalten will, ableitbar und können als wichtige Therapiemediatoren verwendet werden

▶ **Therapieumfang, -dauer:** Im Normalfall 160 Sitzungen mit 1–2 (max. 3) Sitzungen pro Woche à 50 Minuten unter möglichst genauer Einhaltung des Zeitrahmens. In besonderen Fällen werden 240 Sitzungen von der Krankenkasse getragen (Höchstgrenze: 300 Sitzungen zuzüglich 8 Probesitzungen).

➲ *Hinweis:* Antragstellung und Gutachterverfahren bei Anspruch auf Kassenleistung vor Therapiebeginn. Psychologische Psychotherapeuten benötigen zusätzlich den Konsiliarbefund eines Arztes, der Kontraindikationen ausschließen soll!

15.5 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

Grundlagen

▶ **Synonym:** Psychoanalytisch begründete Psychotherapie. Psychodynamische Therapie

▶ **Definition:** Aus dem analytischen Standardverfahren abgeleitete Modifikationen aufdeckender Psychotherapie (auch als Gruppentherapie geeignet).

▶ **Varianten:**
- *Dynamische Psychotherapie:* Flexibles, dem Verlauf zeitlich angepasstes (dialogisches) therapeutische Arbeiten, das auch direkte Interventionen einschließt.
- *Niederfrequente Therapie:* Zeitlich gestrecktes Arbeiten mit mindestens einer Sitzung pro Monat, evtl. Halbierung der Sitzungsdauer auf 25 Minuten.

▶ **Wirkhypothese:** Ähnlich wie bei der Psychoanalyse (S. 351) Wiederbewusstmachung eines verdrängten Konfliktes und dessen Bearbeitung durch Interpretation, jedoch folgende Unterschiede:
- Regressive Verhaltensweisen und die Entwicklung einer Übertragungsneurose werden nicht angestrebt. Ressourcen spielen eine wichtige Rolle!
- Das Therapieziel wird bereits zu Beginn eingegrenzt: Eine Änderung der Persönlichkeitsstruktur ist nicht intendiert.

- Im Verlauf der Behandlung oft wechselnde Zustände von Depressivität, Unruhe oder Angstgefühl.
- Infolge mangelhafter Kontrolle der Gegenübertragung kann es zu kontratherapeutischer Identifikation und unerwünschtem Aktivismus von Seiten des Therapeuten kommen.

▶ **Kontraindikationen:**
- Psychosen und psychotisches Residuum.
- Mangelnde Reflexionsfähigkeit, geistige Behinderung.
- Schwere Depression und Zwangserkrankung, Panikstörung.

Vorgehen

▶ **Vorphase** (maximal 8 Probesitzungen): Psychoanalytisches Erstinterview, biografische Anamnese, neurosenpsychologische Diagnostik (S. 31) bzw OPD (S. 31) und Klärung der Psychodynamik. Diagnose? Prognose?

▶ **Eigentliche Behandlung** (entspannt sitzender oder liegender Patient):
- *„Psychoanalytische Grundregel":* Gedanken, Vorstellungen, Empfindungen, Wünsche oder Befürchtungen, die dem Patienten gerade einfallen, sollen spontan mitgeteilt werden – ohne Kontrolle oder Selbstkritik („freies Assoziieren").
- *„Abstinenzregel":* Von Seiten des Therapeuten nur sparsame Interpretationen, ansonsten weitgehende Zurückhaltung. Erfassen des *Sinngehalts* der Äußerungen und Mitteilungen des Patienten über Interpretation und Deutung als Aufdeckung des Unbewussten.
- *„Widerstände"* sind aus der Abwehrhaltung des Patienten (z. B. Schweigen, Ausweichen, Vermeiden, Diskutieren, Langeweile, Ablenken usw), der an seiner kindlichen Konfliktlösung („neurotischer Kompromiss") festhalten will, ableitbar und können als wichtige Therapiemediatoren verwendet werden

▶ **Therapieumfang, -dauer:** Im Normalfall 160 Sitzungen mit 1–2 (max. 3) Sitzungen pro Woche à 50 Minuten unter möglichst genauer Einhaltung des Zeitrahmens. In besonderen Fällen werden 240 Sitzungen von der Krankenkasse getragen (Höchstgrenze: 300 Sitzungen zuzüglich 8 Probesitzungen).

➲ *Hinweis:* Antragstellung und Gutachterverfahren bei Anspruch auf Kassenleistung vor Therapiebeginn. Psychologische Psychotherapeuten benötigen zusätzlich den Konsiliarbefund eines Arztes, der Kontraindikationen ausschließen soll!

15.5 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

Grundlagen

▶ **Synonym:** Psychoanalytisch begründete Psychotherapie. Psychodynamische Therapie

▶ **Definition:** Aus dem analytischen Standardverfahren abgeleitete Modifikationen aufdeckender Psychotherapie (auch als Gruppentherapie geeignet).

▶ **Varianten:**
- *Dynamische Psychotherapie:* Flexibles, dem Verlauf zeitlich angepasstes (dialogisches) therapeutische Arbeiten, das auch direkte Interventionen einschließt.
- *Niederfrequente Therapie:* Zeitlich gestrecktes Arbeiten mit mindestens einer Sitzung pro Monat, evtl. Halbierung der Sitzungsdauer auf 25 Minuten.

▶ **Wirkhypothese:** Ähnlich wie bei der Psychoanalyse (S. 351) Wiederbewusstmachung eines verdrängten Konfliktes und dessen Bearbeitung durch Interpretation, jedoch folgende Unterschiede:
- Regressive Verhaltensweisen und die Entwicklung einer Übertragungsneurose werden nicht angestrebt. Ressourcen spielen eine wichtige Rolle!
- Das Therapieziel wird bereits zu Beginn eingegrenzt: Eine Änderung der Persönlichkeitsstruktur ist nicht intendiert.

Indikationen

- Neurotische bzw. Anpassungsstörung, insbesondere Depressivität und generalisierte Angst.
- Persönlichkeitsstörung.
- Abhängigkeitserkrankung.

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

- Im großen und ganzen wie bei analytischer Psychotherapie (S. 351).

Vorgehen

- Biografische Anamnese, neurosenpsychologische Diagnostik (S. 31) bzw OPD (S. 31) und Klärung der Psychodynamik. Anhand der ersten 5 Probesitzungen Bestandsaufnahme der aktuellen Symptomatik. Diagnose?
- Konfliktzentrierte Bearbeitung problembesetzter Themen („Klarifikation").
- Der Therapeut ist weniger abwartend, sondern aktiver und direktiver; der Patient sitzt.
- Übliche Behandlungsfrequenz: 1 Sitzung à 50 Minuten wöchentlich bei insgesamt 50 (bis max. 80) Sitzungen, Höchstgrenze 100 Stunden zuzüglich 6 Probesitzungen, s. Vorbemerkungen (S. 345).

Hinweis: Antragstellung bzw. Gutachterverfahren bei Langzeittherapie über 25 Std. Psychologische Psychotherapeuten benötigen ärztlichen Konsiliarbericht.

15.6 Fokaltherapie, Kurztherapie

Grundlagen

- **Definition:** Analytisches Kurzzeitverfahren. Variante der tiefenpsychologisch fundierten Therapie (S. 352) (auch als Gruppentherapie geeignet).
- **Voraussetzungen von Seiten des Patienten:** Hohe Motivation, Autonomie, Fähigkeit zur „Psychosynthese".
- **Wirkhypothese:** Im wesentlichen wie bei tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie (S. 352) – folgende Unterschiede:
  - Beschränkung auf den (reaktivierten) Hauptkonflikt, der durch Klarifizierung, Interpretation, Übertragung und Gegenübertragung bearbeitet wird.
  - Nicht angestrebt wird eine Korrektur der Persönlichkeitsstruktur.

Indikationen

- Umschriebene Konfliktsituation, Lebenskrise.
- Burnout, Belastungsreaktion.
- Anpassungsstörung mit Depressivität.

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

- **Begleitwirkungen, Komplikationen:** Nicht bekannt.
- **Kontraindikationen:**
  - Akute Psychose.
  - Kognitive Beeinträchtigungen.
  - Chronische Zwangskrankheit, schwere Phobie.
  - Suchtleiden.
  - Suizidalität.

Vorgehen

- Indikationsstellung nach 5 diagnostischen Probesitzungen wie bei tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie (S. 352).

Indikationen

- Neurotische bzw. Anpassungsstörung, insbesondere Depressivität und generalisierte Angst.
- Persönlichkeitsstörung.
- Abhängigkeitserkrankung.

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

- Im großen und ganzen wie bei analytischer Psychotherapie (S. 351).

Vorgehen

- Biografische Anamnese, neurosenpsychologische Diagnostik (S. 31) bzw OPD (S. 31) und Klärung der Psychodynamik. Anhand der ersten 5 Probesitzungen Bestandsaufnahme der aktuellen Symptomatik. Diagnose?
- Konfliktzentrierte Bearbeitung problembesetzter Themen („Klarifikation").
- Der Therapeut ist weniger abwartend, sondern aktiver und direktiver; der Patient sitzt.
- Übliche Behandlungsfrequenz: 1 Sitzung à 50 Minuten wöchentlich bei insgesamt 50 (bis max. 80) Sitzungen, Höchstgrenze 100 Stunden zuzüglich 6 Probesitzungen, s. Vorbemerkungen (S. 345).

Hinweis: Antragstellung bzw. Gutachterverfahren bei Langzeittherapie über 25 Std. Psychologische Psychotherapeuten benötigen ärztlichen Konsiliarbericht.

15.6 Fokaltherapie, Kurztherapie

Grundlagen

- **Definition:** Analytisches Kurzzeitverfahren. Variante der tiefenpsychologisch fundierten Therapie (S. 352) (auch als Gruppentherapie geeignet).
- **Voraussetzungen von Seiten des Patienten:** Hohe Motivation, Autonomie, Fähigkeit zur „Psychosynthese".
- **Wirkhypothese:** Im wesentlichen wie bei tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie (S. 352) – folgende Unterschiede:
  - Beschränkung auf den (reaktivierten) Hauptkonflikt, der durch Klarifizierung, Interpretation, Übertragung und Gegenübertragung bearbeitet wird.
  - Nicht angestrebt wird eine Korrektur der Persönlichkeitsstruktur.

Indikationen

- Umschriebene Konfliktsituation, Lebenskrise.
- Burnout, Belastungsreaktion.
- Anpassungsstörung mit Depressivität.

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

- **Begleitwirkungen, Komplikationen:** Nicht bekannt.
- **Kontraindikationen:**
  - Akute Psychose.
  - Kognitive Beeinträchtigungen.
  - Chronische Zwangskrankheit, schwere Phobie.
  - Suchtleiden.
  - Suizidalität.

Vorgehen

- Indikationsstellung nach 5 diagnostischen Probesitzungen wie bei tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie (S. 352).

- Entstehung, Bedeutung und Auswirkung von eingrenzbaren Konflikten werden vor dem Hintergrund der lebensgeschichtlichen Entwicklung geklärt und bearbeitet.
- Aktives Vorgehen des Therapeuten, Behandlung im Sitzen.
- Behandlungsdauer: Maximal 25 Therapiestunden à 50 Minuten oder 50 Sitzungen à 25 Minuten, s. Vorbemerkungen (S. 345).

15.7 Katathymes Bilderleben

Grundlagen

- **Definition:** Vom „Bildstreifendenken" (visuelles, gezieltes „Phantasieren") abgeleitete Form der imaginativen Psychotherapie, spezielle Methode tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie. Anleitung zum emotionsgeladenen Erleben einer Tagtraumwelt in Form szenischer Bilder (auch in Gruppenform möglich).
- **Wirkhypothese:** Durch Deutung und Besprechung der erlebten Imaginationen kommt es zur Aufdeckung und Bewältigung unbewusster Konfliktsituationen.

Indikationen

- Additiv oder integriert bei tiefenpsychologischer Psychotherapie hinsichtlich folgender Erkrankungen:
  - Chronischer Stress, Burnout.
  - Angst und Zwangszustände.
  - Depressive Störung.
  - Somatoforme bzw. pychosomatische Störung.
  - Chronifizierter Schmerz.
- Darüber hinaus zur allgemeinen Entspannung und Sammlung durch meditative „Innenschau".

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

- **Begleitwirkungen, Komplikationen:**
  - Bei zu forciertem Vorgehen können Unruhezustände und Angstgefühl bis zur Panik auftreten.
  - Wie bei anderen aufdeckenden Psychotherapieformen kann eine latente Psychose aktiviert werden.
- **Kontraindikationen:**
  - Psychose und psychotisches Residuum.
  - Hirnerkrankung bzw. -schädigung.
  - schwerere geistige Behinderung.
  - Schwere Depression, Borderline- und narzisstische Persönlichkeit.
  - Patienten mit Neigung zu verstärkter (hypochondrischer) Selbstbeobachtung.

Vorgehen

- Zunächst Entspannungsübung, dann suggestive Anregung: Der Patient wird aufgefordert, sich bestimmte Situationen vorzustellen und zu beschreiben, zu Beginn sogenannte „Standardmotive" (s. u.), später auch vermehrt konfliktbesetzte Themen.
- **Standardmotive:**
  - *Grundstufe:* z. B. Blume, Bach, Berg, Haus, Waldrand (s. Abb. 15.2).
  - *Mittelstufe:* z. B. Bezugspersonen, Sexualität, Aggressivität, Ich-Ideal.
  - *Oberstufe:* z. B. Höhle, Sumpf, Vulkan, Schriftrolle. Waffe.
- Unter sparsamer Interpretation durch den Therapeuten wird eine Auseinandersetzung mit den Symbolgestalten angestrebt, welche den Patienten zu Selbsterkennung, Einsicht, Aussöhnung mit seinem Schicksal und Annahme befähigen sollen.
- Dauer, Umfang: Ca. 10–20 Sitzungen à 50 Min.

- Entstehung, Bedeutung und Auswirkung von eingrenzbaren Konflikten werden vor dem Hintergrund der lebensgeschichtlichen Entwicklung geklärt und bearbeitet.
- Aktives Vorgehen des Therapeuten, Behandlung im Sitzen.
- Behandlungsdauer: Maximal 25 Therapiestunden à 50 Minuten oder 50 Sitzungen à 25 Minuten, s. Vorbemerkungen (S. 345).

15.7 Katathymes Bilderleben

Grundlagen

- **Definition:** Vom „Bildstreifendenken" (visuelles, gezieltes „Phantasieren") abgeleitete Form der imaginativen Psychotherapie, spezielle Methode tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie. Anleitung zum emotionsgeladenen Erleben einer Tagtraumwelt in Form szenischer Bilder (auch in Gruppenform möglich).
- **Wirkhypothese:** Durch Deutung und Besprechung der erlebten Imaginationen kommt es zur Aufdeckung und Bewältigung unbewusster Konfliktsituationen.

Indikationen

- Additiv oder integriert bei tiefenpsychologischer Psychotherapie hinsichtlich folgender Erkrankungen:
  - Chronischer Stress, Burnout.
  - Angst und Zwangszustände.
  - Depressive Störung.
  - Somatoforme bzw. pychosomatische Störung.
  - Chronifizierter Schmerz.
- Darüber hinaus zur allgemeinen Entspannung und Sammlung durch meditative „Innenschau".

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

- **Begleitwirkungen, Komplikationen:**
  - Bei zu forciertem Vorgehen können Unruhezustände und Angstgefühl bis zur Panik auftreten.
  - Wie bei anderen aufdeckenden Psychotherapieformen kann eine latente Psychose aktiviert werden.
- **Kontraindikationen:**
  - Psychose und psychotisches Residuum.
  - Hirnerkrankung bzw. -schädigung.
  - schwerere geistige Behinderung.
  - Schwere Depression, Borderline- und narzisstische Persönlichkeit.
  - Patienten mit Neigung zu verstärkter (hypochondrischer) Selbstbeobachtung.

Vorgehen

- Zunächst Entspannungsübung, dann suggestive Anregung: Der Patient wird aufgefordert, sich bestimmte Situationen vorzustellen und zu beschreiben, zu Beginn sogenannte „Standardmotive" (s. u.), später auch vermehrt konfliktbesetzte Themen.
- **Standardmotive:**
  - *Grundstufe:* z. B. Blume, Bach, Berg, Haus, Waldrand (s. Abb. 15.2).
  - *Mittelstufe:* z. B. Bezugspersonen, Sexualität, Aggressivität, Ich-Ideal.
  - *Oberstufe:* z. B. Höhle, Sumpf, Vulkan, Schriftrolle. Waffe.
- Unter sparsamer Interpretation durch den Therapeuten wird eine Auseinandersetzung mit den Symbolgestalten angestrebt, welche den Patienten zu Selbsterkennung, Einsicht, Aussöhnung mit seinem Schicksal und Annahme befähigen sollen.
- Dauer, Umfang: Ca. 10–20 Sitzungen à 50 Min.

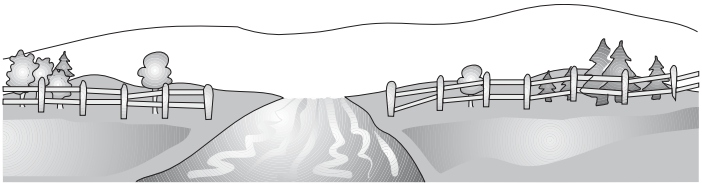


Abb. 15.2 • Katathymes Bilderleben (Standardmotiv/Grundstufe)

15.8 Analytische Psychologie nach Jung

Grundlagen

- **Definition:**
  - Von C. G. Jung entwickelte, analytisch orientierte Form der Psychotherapie. (Zentraler Begriff ist die „Selbstwerdung" („Individuation").)
  - Umfassender Begriff des Unbewussten wirkt als schöpferische Quelle alles Bewussten.
- **Zugrundeliegende Krankheitstheorie:** Folge einer Verdrängung und Vernachlässigung von angeborenen, „religiös-spiritiuellen" Funktionen der Psyche mit nachfolgenden Lebensproblemen.
- **Wirkhypothese:** Wandlung und Heilung des Patienten durch Individuation infolge der Entwicklung eines Nachreifungs- und Entfaltungsprozesses.

Indikationen

- Anpassungsstörung (Neurose).
- Persönlichkeitsstörung.
- Lebensschwierigkeiten.
- Chronische Konfliktsituation.

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

- Im großen und ganzen wie bei psychoanalytischer Psychotherapie (S. 351).

Vorgehen

- Über biografische Anamnese (S. 23) bzw. neurosenpsychologische Diagnostik (S. 31), OPD, innerhalb von maximal acht Probesitzungen : Erhellung der Psychodynamik.
- Bestandsaufnahme und Interpretation ehemals unbewusster Inhalte aus Träumen, freier Assoziation und aktivem Imaginieren.
- Erklärung und Bewusstmachung der symbolverkleideten Inhalte aus dem individuellen und kollektiven Unbewussten als Quelle neurotischen Verhaltens.
- Hiermit einhergehend Phasen der Katharsis, Übertragung und schließlich Veränderung und Gesundung.
- Dauer: Die Leistungspflicht der Krankenkassen beträgt 160 (– 240) Sitzungen zuzüglich 8 Probesitzungen.

15.9 Individualpsychologie nach Adler

Grundlagen

- **Definition:**
  - Von A. Adler entwickelte, analytisch orientierte Therapieform, die auf dessen Konzept der Individualpsychologie beruht.

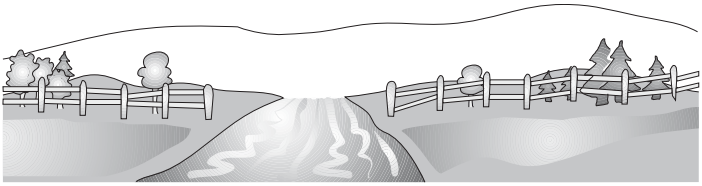


Abb. 15.2 • Katathymes Bilderleben (Standardmotiv/Grundstufe)

15.8 Analytische Psychologie nach Jung

Grundlagen

- **Definition:**
  - Von C. G. Jung entwickelte, analytisch orientierte Form der Psychotherapie. (Zentraler Begriff ist die „Selbstwerdung" („Individuation").)
  - Umfassender Begriff des Unbewussten wirkt als schöpferische Quelle alles Bewussten.
- **Zugrundeliegende Krankheitstheorie:** Folge einer Verdrängung und Vernachlässigung von angeborenen, „religiös-spiritiuellen" Funktionen der Psyche mit nachfolgenden Lebensproblemen.
- **Wirkhypothese:** Wandlung und Heilung des Patienten durch Individuation infolge der Entwicklung eines Nachreifungs- und Entfaltungsprozesses.

Indikationen

- Anpassungsstörung (Neurose).
- Persönlichkeitsstörung.
- Lebensschwierigkeiten.
- Chronische Konfliktsituation.

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

- Im großen und ganzen wie bei psychoanalytischer Psychotherapie (S. 351).

Vorgehen

- Über biografische Anamnese (S. 23) bzw. neurosenpsychologische Diagnostik (S. 31), OPD, innerhalb von maximal acht Probesitzungen : Erhellung der Psychodynamik.
- Bestandsaufnahme und Interpretation ehemals unbewusster Inhalte aus Träumen, freier Assoziation und aktivem Imaginieren.
- Erklärung und Bewusstmachung der symbolverkleideten Inhalte aus dem individuellen und kollektiven Unbewussten als Quelle neurotischen Verhaltens.
- Hiermit einhergehend Phasen der Katharsis, Übertragung und schließlich Veränderung und Gesundung.
- Dauer: Die Leistungspflicht der Krankenkassen beträgt 160 (– 240) Sitzungen zuzüglich 8 Probesitzungen.

15.9 Individualpsychologie nach Adler

Grundlagen

- **Definition:**
  - Von A. Adler entwickelte, analytisch orientierte Therapieform, die auf dessen Konzept der Individualpsychologie beruht.

- Abweichend von klassischer Psychoanalyse zentrale Rolle von *Minderwertigkeits-* und *Mangelerlebnissen* sowie daraus resultierender Überkompensationen. Insgesamt ausgeprägt soziale und pädagogische Akzente. (Einzel- und Gruppenbehandlung, auch als Familien- und Partnertherapie möglich).

▸ **Wirkhypothesen:**
- Durch Bewusstmachung von Motivationen und Zielsetzungen, die das Selbstwerterleben des Patienten bestimmen, werden neue Lebensperspektiven ermittelt. Im Kontrast zur Psychoanalyse wird die Bedeutung *sozialer Bezüge* hervorgehoben.
- Freilegen der Überkompensationsbemühungen, die als neurotische Absicherungsmaßnahmen identifiziert werden.

Indikationen

▸ Allgemeine Lebensschwierigkeiten.
▸ Persönlichkeits- und Anpassungstörung.
▸ Additiv bei psychosomatischer Erkrankung bzw. somatoformer Störung.
▸ Sexuelle Devianz.

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

▸ **Begleitwirkungen, Komplikationen:** Ähnlich wie bei analytischer Psychotherapie (S. 351) Unselbständigkeit und Abhängigkeit vom Therapeuten bei mangelhafter Gegenübertragungskontrolle, Regression, Überforderung des Patienten bei zu hastigem Vorgehen.
▸ **Kontraindikationen:**
- Psychose, psychotisches Residual- und Defektsyndrom.
- Minderbegabung bzw. hirnorganische Schädigung.

Vorgehen

▸ 8 Probesitzungen: Biografische Anamnese (S. 23), neurosenpsychologische Diagnostik (S. 31) bzw. OPD (Psychodynamik? Prognose?).
▸ Eigentliche Behandlung: Analyse des Lebensstiles der frühen Kindheit („Lebensplan“) und – darauf aufbauend – Neubewertung der künftigen Lebensplanung, schrittweise Bearbeitung von Minderwertigkeitsgefühlen und Überkompensation.
▸ Therapeutische Beziehung auf der Ebene von Partnerschaftlichkeit, Gleichberechtigung, gegenseitiger Wertschätzung und Ermutigung.
▸ Dauer, Umfang: Langzeittherapie mit 160 (– 240) Sitzungen.

15.10 Mentalisierungsbasierte Therapie

Grundlagen

▸ **Definition:** Von A. Bateman and P. Fonagy konzipierte Variante der tiefenpsycholgischen Psychotherapie zur Behebung von emotionalen Defiziten. Ziel ist es, sich die eigene psychische Befindlichkeit (Alexithymie) und die anderer Personen zu vergegenwärtigen (Mentalisieren).
▸ **Wirkhypothese:**
- Störungen des Mentalisierens entwickeln sich häufig infolge gestörter frühkindlicher Bindungsmuster, oft im Kontext aversiver früher Erfahrungen wie emotionale Vernachlässigung oder Missbrauch. Patienten befinden sich daher häufiger in „primitiveren“ Mentalisierungsmodi:
  – *Äquivalenzmodus*: Innen ist gleich Außen,
  – *So-tun-als-ob Modus*: Inneres Befinden ist von äußeren Faktoren abgekoppelt,
  – *Teleologischer Modus*: Inneres Befinden wird ausagiert, z. B. selbstverletzendes Verhalten als Ausdruck psychischen Schmerzes.

- Abweichend von klassischer Psychoanalyse zentrale Rolle von *Minderwertigkeits-* und *Mangelerlebnissen* sowie daraus resultierender Überkompensationen. Insgesamt ausgeprägt soziale und pädagogische Akzente. (Einzel- und Gruppenbehandlung, auch als Familien- und Partnertherapie möglich).

▸ **Wirkhypothesen:**
- Durch Bewusstmachung von Motivationen und Zielsetzungen, die das Selbstwerterleben des Patienten bestimmen, werden neue Lebensperspektiven ermittelt. Im Kontrast zur Psychoanalyse wird die Bedeutung *sozialer Bezüge* hervorgehoben.
- Freilegen der Überkompensationsbemühungen, die als neurotische Absicherungsmaßnahmen identifiziert werden.

Indikationen

▸ Allgemeine Lebensschwierigkeiten.
▸ Persönlichkeits- und Anpassungstörung.
▸ Additiv bei psychosomatischer Erkrankung bzw. somatoformer Störung.
▸ Sexuelle Devianz.

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

▸ **Begleitwirkungen, Komplikationen:** Ähnlich wie bei analytischer Psychotherapie (S. 351) Unselbständigkeit und Abhängigkeit vom Therapeuten bei mangelhafter Gegenübertragungskontrolle, Regression, Überforderung des Patienten bei zu hastigem Vorgehen.
▸ **Kontraindikationen:**
- Psychose, psychotisches Residual- und Defektsyndrom.
- Minderbegabung bzw. hirnorganische Schädigung.

Vorgehen

▸ 8 Probesitzungen: Biografische Anamnese (S. 23), neurosenpsychologische Diagnostik (S. 31) bzw. OPD (Psychodynamik? Prognose?).
▸ Eigentliche Behandlung: Analyse des Lebensstiles der frühen Kindheit („Lebensplan“) und – darauf aufbauend – Neubewertung der künftigen Lebensplanung, schrittweise Bearbeitung von Minderwertigkeitsgefühlen und Überkompensation.
▸ Therapeutische Beziehung auf der Ebene von Partnerschaftlichkeit, Gleichberechtigung, gegenseitiger Wertschätzung und Ermutigung.
▸ Dauer, Umfang: Langzeittherapie mit 160 (– 240) Sitzungen.

15.10 Mentalisierungsbasierte Therapie

Grundlagen

▸ **Definition:** Von A. Bateman and P. Fonagy konzipierte Variante der tiefenpsycholgischen Psychotherapie zur Behebung von emotionalen Defiziten. Ziel ist es, sich die eigene psychische Befindlichkeit (Alexithymie) und die anderer Personen zu vergegenwärtigen (Mentalisieren).
▸ **Wirkhypothese:**
- Störungen des Mentalisierens entwickeln sich häufig infolge gestörter frühkindlicher Bindungsmuster, oft im Kontext aversiver früher Erfahrungen wie emotionale Vernachlässigung oder Missbrauch. Patienten befinden sich daher häufiger in „primitiveren“ Mentalisierungsmodi:
  – *Äquivalenzmodus*: Innen ist gleich Außen,
  – *So-tun-als-ob Modus*: Inneres Befinden ist von äußeren Faktoren abgekoppelt,
  – *Teleologischer Modus*: Inneres Befinden wird ausagiert, z. B. selbstverletzendes Verhalten als Ausdruck psychischen Schmerzes.

- Therapeutischer Ansatz ist das Erlernen reiferer Mentalisierungsstufen unter Berücksichtigung bindungsrelevanter Faktoren.

Indikationen

- Schwere Persönlichkeitsstörungen (Borderline-Störung).

Kontraindikationen

- Psychosen, psychotische Residualsymptomatik, geistige Behinderung, hirnorganische Erkrankung, Demenz.

Vorgehen

- Umfassende diagnostische Abklärung einschließlich biografischer Anamnese. OPD
- Therapiephase: Beziehungsgestaltung unter Wahrung professioneller Neutralität. Engagiertes Verhalten des Therapeuten mit flexiblen Kontaktterminen und Sprechzeiten. Dialogisches Setting.
- Dauer: Therapie unter Umständen über Jahre mit durchschnittlich zwei Einzelsitzungen pro Woche (auch als Gruppentherapie möglich).

15.11 Logotherapie

Grundlagen

- **Definition:**
  - Form „ärztlicher Seelsorge", basierend auf der von V. Frankl aus der Individualpsychologie entwickelten „*Existenzanalyse*" (sogenannte 3. Wiener Schule). Angestrebt wird eine analytische Erhellung des Sinnes der personalen Existenz unter Einbeziehung gegenwärtiger Geschehnisse.
  - Weitere therapeutische Faktoren: „Begegnung" und „Engagement".

Hinweis: Keine „Logik"-Therapie im Sinne einer Behandlung mit „Vernunftargumenten"!

- **Wirkhypothese:** Grundannahme ist die Ermittlung des individuellen Lebenssinnes durch eine Auseinandersetzung mit der Lebensgeschichte, vor allem auch des eigenen Leidens. Kann dieser Lebenssinn akzeptiert werden, vermag der Patient der vermeintlichen Sinnlosigkeit des Lebens („existentielle Frustration") entgegenzutreten. Er wird entscheidungsfähig, reift zum „personalen Werden" und überwindet seine „noogene Neurose".

Indikationen

- Alternativ oder ergänzend zu anderen Psychotherapieformen:
  - Anhaltende Depression und chronische Angst, vor allem dann, wenn sie Ausdruck tiefergreifender Lebenskrisen sind.
  - Unlösbare Konfliktsituation („noogene Neurose").
  - Chronische körperliche Krankheiten oder Behinderung.
- Bei umschriebenen Angst- und Zwangssymptomen gezielte Anwendung von paradoxer Intention und Dereflexion (S. 358).

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

- **Begleitwirkungen, Komplikationen:** Nicht bekannt.
- **Kontraindikationen:** Akute Psychose, psychotisches Residual- und Defektsyndrom, geistige Behinderung bzw. hirnorganische Schädigung, Demenz und schwere Verhaltensstörung.

- Therapeutischer Ansatz ist das Erlernen reiferer Mentalisierungsstufen unter Berücksichtigung bindungsrelevanter Faktoren.

Indikationen

- Schwere Persönlichkeitsstörungen (Borderline-Störung).

Kontraindikationen

- Psychosen, psychotische Residualsymptomatik, geistige Behinderung, hirnorganische Erkrankung, Demenz.

Vorgehen

- Umfassende diagnostische Abklärung einschließlich biografischer Anamnese. OPD
- Therapiephase: Beziehungsgestaltung unter Wahrung professioneller Neutralität. Engagiertes Verhalten des Therapeuten mit flexiblen Kontaktterminen und Sprechzeiten. Dialogisches Setting.
- Dauer: Therapie unter Umständen über Jahre mit durchschnittlich zwei Einzelsitzungen pro Woche (auch als Gruppentherapie möglich).

15.11 Logotherapie

Grundlagen

- **Definition:**
  - Form „ärztlicher Seelsorge", basierend auf der von V. Frankl aus der Individualpsychologie entwickelten „*Existenzanalyse*" (sogenannte 3. Wiener Schule). Angestrebt wird eine analytische Erhellung des Sinnes der personalen Existenz unter Einbeziehung gegenwärtiger Geschehnisse.
  - Weitere therapeutische Faktoren: „Begegnung" und „Engagement".

Hinweis: Keine „Logik"-Therapie im Sinne einer Behandlung mit „Vernunftargumenten"!

- **Wirkhypothese:** Grundannahme ist die Ermittlung des individuellen Lebenssinnes durch eine Auseinandersetzung mit der Lebensgeschichte, vor allem auch des eigenen Leidens. Kann dieser Lebenssinn akzeptiert werden, vermag der Patient der vermeintlichen Sinnlosigkeit des Lebens („existentielle Frustration") entgegenzutreten. Er wird entscheidungsfähig, reift zum „personalen Werden" und überwindet seine „noogene Neurose".

Indikationen

- Alternativ oder ergänzend zu anderen Psychotherapieformen:
  - Anhaltende Depression und chronische Angst, vor allem dann, wenn sie Ausdruck tiefergreifender Lebenskrisen sind.
  - Unlösbare Konfliktsituation („noogene Neurose").
  - Chronische körperliche Krankheiten oder Behinderung.
- Bei umschriebenen Angst- und Zwangssymptomen gezielte Anwendung von paradoxer Intention und Dereflexion (S. 358).

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

- **Begleitwirkungen, Komplikationen:** Nicht bekannt.
- **Kontraindikationen:** Akute Psychose, psychotisches Residual- und Defektsyndrom, geistige Behinderung bzw. hirnorganische Schädigung, Demenz und schwere Verhaltensstörung.

Vorgehen

- **Leitlinie:** Umfassende Analyse der Biografie mit allen wichtigen Ereignissen, Zielsetzungen, Sinnbezogenheiten und Motivationen, teils unter Einsatz analytischer Methoden. Schrittweise Ergründung des dem Patienten verborgenen Sinnes von Schicksal und Krankheit, wobei der Therapeut quasi „seelsorgerische" Aufgaben übernimmt.
- **Praktische Handlungen:**
  - *„Paradoxe Intention":* Der Patient wird aufgefordert, sich vorzustellen und herbeizuwünschen, was er besonders fürchtet; ähnlich der Symptomverschreibung im Rahmem der Verhaltenstherapie (S. 365).
  - *„Dereflexion":* Versuch, krankhafte Symptome durch Ablenkung zu ignorieren bzw. damit zu „vergessen"; ähnlich dem verhaltenstherapeutischen Gedankenstopp (S. 370).
- **Dauer:** Durch eine große individuelle Breite gekennzeichnet.

15.12 Personenzentrierte (klientenzentrierte) Gesprächstherapie (GT)

Grundlagen

- **Definition:**
  - Aus der psychologischen Beratung von C. Rogers u. a. entwickelte Psychotherapieform, die zur *humanistischen Psychologie* gehört. Angestrebt wird eine schrittweise Entfaltung und Autonomisierung der Persönlichkeit zum eigentlichen „Selbst". Auf eine vorausgehende, vertiefte neurosenpsychologische Diagnostik wird verzichtet. (Auch in Gruppenform möglich.)
  - Wichtige Eigenschaften des Therapeuten: Positive Wertschätzung, emotionale Wärme, einfühlendes Verständnis (Empathie), Kongruenz, Echtheit.
- **Wirkhypothese:**
  - *Grundannahme:* Jeder Mensch verfügt über genügend Kräfte und Fähigkeiten, sich selbst zu entdecken, zu bestimmen und zu artikulieren.
  - Unentdecktes Potenzial des Patienten wird ermittelt und ihm auf dem Weg der Selbstexploration bewusst gemacht. Hieraus resultieren Selbstannahme und Ichstärkung, verbunden mit größerer Autonomie wie auch Selbstverantwortung.

Indikationen

- Anpassungsstörung. Neurotische Depression bzw. Dysthymia; Angstneurose.
- Additiv bei somatoformer bzw. psychosomatischer. Störung.
- Versagensgefühl, Selbstunsicherheit; Lebenskrisen.
- Chronische Konfliktsituationen; Partnerschaftsprobleme. Burnout.

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

- **Begleitwirkungen, Komplikationen:** Nicht bekannt, allenfalls Enttäuschung bei überzogenen Erwartungen.
- **Kontraindikationen:** Schizophrene und affektive Störungen, psychotisches Defektsyndrom, Hirnschädigung bzw. Minderbegabung, schwere Neurose und ausgeprägtere Persönlichkeitsstörung.

Vorgehen

- Selbstexploration: Aufforderung an den Patienten („Klienten") zu freier Schilderung und Mitteilung der ihn beeinträchtigenden Beschwerden und damit zusammenhängender Gedanken und Vorstellungen.

Vorgehen

- **Leitlinie:** Umfassende Analyse der Biografie mit allen wichtigen Ereignissen, Zielsetzungen, Sinnbezogenheiten und Motivationen, teils unter Einsatz analytischer Methoden. Schrittweise Ergründung des dem Patienten verborgenen Sinnes von Schicksal und Krankheit, wobei der Therapeut quasi „seelsorgerische" Aufgaben übernimmt.
- **Praktische Handlungen:**
  - *„Paradoxe Intention":* Der Patient wird aufgefordert, sich vorzustellen und herbeizuwünschen, was er besonders fürchtet; ähnlich der Symptomverschreibung im Rahmem der Verhaltenstherapie (S. 365).
  - *„Dereflexion":* Versuch, krankhafte Symptome durch Ablenkung zu ignorieren bzw. damit zu „vergessen"; ähnlich dem verhaltenstherapeutischen Gedankenstopp (S. 370).
- **Dauer:** Durch eine große individuelle Breite gekennzeichnet.

15.12 Personenzentrierte (klientenzentrierte) Gesprächstherapie (GT)

Grundlagen

- **Definition:**
  - Aus der psychologischen Beratung von C. Rogers u. a. entwickelte Psychotherapieform, die zur *humanistischen Psychologie* gehört. Angestrebt wird eine schrittweise Entfaltung und Autonomisierung der Persönlichkeit zum eigentlichen „Selbst". Auf eine vorausgehende, vertiefte neurosenpsychologische Diagnostik wird verzichtet. (Auch in Gruppenform möglich.)
  - Wichtige Eigenschaften des Therapeuten: Positive Wertschätzung, emotionale Wärme, einfühlendes Verständnis (Empathie), Kongruenz, Echtheit.
- **Wirkhypothese:**
  - *Grundannahme:* Jeder Mensch verfügt über genügend Kräfte und Fähigkeiten, sich selbst zu entdecken, zu bestimmen und zu artikulieren.
  - Unentdecktes Potenzial des Patienten wird ermittelt und ihm auf dem Weg der Selbstexploration bewusst gemacht. Hieraus resultieren Selbstannahme und Ichstärkung, verbunden mit größerer Autonomie wie auch Selbstverantwortung.

Indikationen

- Anpassungsstörung. Neurotische Depression bzw. Dysthymia; Angstneurose.
- Additiv bei somatoformer bzw. psychosomatischer. Störung.
- Versagensgefühl, Selbstunsicherheit; Lebenskrisen.
- Chronische Konfliktsituationen; Partnerschaftsprobleme. Burnout.

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

- **Begleitwirkungen, Komplikationen:** Nicht bekannt, allenfalls Enttäuschung bei überzogenen Erwartungen.
- **Kontraindikationen:** Schizophrene und affektive Störungen, psychotisches Defektsyndrom, Hirnschädigung bzw. Minderbegabung, schwere Neurose und ausgeprägtere Persönlichkeitsstörung.

Vorgehen

- Selbstexploration: Aufforderung an den Patienten („Klienten") zu freier Schilderung und Mitteilung der ihn beeinträchtigenden Beschwerden und damit zusammenhängender Gedanken und Vorstellungen.

- Kennzeichnung der pathogenen Lebensbedingungen durch den Therapeuten, der das Verstandene zusammenfasst, hierbei jedoch auf weiterführende Deutungen und analysierendes Hinterfragen verzichtet.
- Widerspiegelung des emotionalen Gehalts der Äußerungen, darüber hinaus werden auch Widersprüchlichkeiten aufgedeckt. Keine Ratschläge!
- Dauer: Ca. 10–30 Sitzungen à 50 Minuten.

15.13 Gestalttherapie

Grundlagen

- **Definition, Komponenten:** Die von F. und L. Perls begründete Gestalttherapie ist eine Form der ganzheitlichen (holistischen), *emotionsfokussierten Psychotherapie,* orientiert am Selbstverständnis der humanistischen Psychologie. Sie entstand aus Gestaltpsychologie, Psychoanalyse, Existentialismus und Lernpsychologie. Besonderes Merkmal ist die *Einbeziehung der Körpersprache* (sogenannte Erlebnistherapie).
- **Krankheitsmodell:** Grundannahme: Körper und Geist bilden eine sich selbst regulierende Einheit. Entstehung neurotischer Störungen aus Desintegration, Abspaltung und unbewusster Vermeidung von (unerledigten) Wünschen, Vorstellungen oder lebensgeschichtlichen Erfahrungen,
- **Voraussetzung von seiten des Patienten:** Bereitschaft zur vollen Selbstwahrnehmung, insbesondere des eigenen Körpers und der mit Hilfe des Therapeuten intensiv und bewusst durchlebten aufsteigenden Phantasien, Gefühle und Vorstellungen. (Einzel- und Gruppenbehandlung möglich.)
- **Wirkhypothese:** Aufgrund der zugrundegelegten Krankheitstheorie (s. o.) wird eine „Reorganisation" der desintegrierten Persönlichkeit angestrebt, indem vermiedene, nicht befriedigte Bedürfnisse und Handlungsansätze aufgedeckt, wahrgenommen und „abgeschlossen" werden.

Indikationen

- Depressionen und Ängste im Rahmen neurotischer und Anpassungstörungen.
- Persönlichkeitsstörung.
- Suchterkrankung.
- Additiv bei somatoformer bzw. psychosomatischer Störung.
- Grundsätzlich Anwendung als Hilfe zur Selbsterkennung und Selbstentfaltung.

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

- **Begleitwirkungen, Komplikationen:** Emotional belastendes Verfahren, daher bei mangelnder Ich-Stärke oder unzureichend trainiertem Therapeuten Unruhe- und Angstzustände, Erregtheit, Aggressivität, Suizidalität, Niedergeschlagenheit, Erschöpfungsgefühl und Schlafstörungen möglich. Im Einzelfall ist die Aktivierung einer latenten psychotischen Störung zu beobachten.
- **Kontraindikationen:**
  - Psychotische Störungen.
  - Geistige oder seelische Behinderung, hirnorganisches Psychosyndrom bzw. Demenz.
  - Konversionsneurotische Störung.
  - Asthenische, hypochondrische und histrionische Persönlichkeitsstörungen.
  - Depression, Zwangskrankheit.

Vorgehen

- In einer Serie von Sitzungen wird zunächst der Einstieg in die Problematik gesucht (*„Initialphase"),* gefolgt von einer vertieften und akzentuierten Wiederholung *(„Aktionsphase").*

- Kennzeichnung der pathogenen Lebensbedingungen durch den Therapeuten, der das Verstandene zusammenfasst, hierbei jedoch auf weiterführende Deutungen und analysierendes Hinterfragen verzichtet.
- Widerspiegelung des emotionalen Gehalts der Äußerungen, darüber hinaus werden auch Widersprüchlichkeiten aufgedeckt. Keine Ratschläge!
- Dauer: Ca. 10–30 Sitzungen à 50 Minuten.

15.13 Gestalttherapie

Grundlagen

- **Definition, Komponenten:** Die von F. und L. Perls begründete Gestalttherapie ist eine Form der ganzheitlichen (holistischen), *emotionsfokussierten Psychotherapie,* orientiert am Selbstverständnis der humanistischen Psychologie. Sie entstand aus Gestaltpsychologie, Psychoanalyse, Existentialismus und Lernpsychologie. Besonderes Merkmal ist die *Einbeziehung der Körpersprache* (sogenannte Erlebnistherapie).
- **Krankheitsmodell:** Grundannahme: Körper und Geist bilden eine sich selbst regulierende Einheit. Entstehung neurotischer Störungen aus Desintegration, Abspaltung und unbewusster Vermeidung von (unerledigten) Wünschen, Vorstellungen oder lebensgeschichtlichen Erfahrungen,
- **Voraussetzung von seiten des Patienten:** Bereitschaft zur vollen Selbstwahrnehmung, insbesondere des eigenen Körpers und der mit Hilfe des Therapeuten intensiv und bewusst durchlebten aufsteigenden Phantasien, Gefühle und Vorstellungen. (Einzel- und Gruppenbehandlung möglich.)
- **Wirkhypothese:** Aufgrund der zugrundegelegten Krankheitstheorie (s. o.) wird eine „Reorganisation" der desintegrierten Persönlichkeit angestrebt, indem vermiedene, nicht befriedigte Bedürfnisse und Handlungsansätze aufgedeckt, wahrgenommen und „abgeschlossen" werden.

Indikationen

- Depressionen und Ängste im Rahmen neurotischer und Anpassungstörungen.
- Persönlichkeitsstörung.
- Suchterkrankung.
- Additiv bei somatoformer bzw. psychosomatischer Störung.
- Grundsätzlich Anwendung als Hilfe zur Selbsterkennung und Selbstentfaltung.

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

- **Begleitwirkungen, Komplikationen:** Emotional belastendes Verfahren, daher bei mangelnder Ich-Stärke oder unzureichend trainiertem Therapeuten Unruhe- und Angstzustände, Erregtheit, Aggressivität, Suizidalität, Niedergeschlagenheit, Erschöpfungsgefühl und Schlafstörungen möglich. Im Einzelfall ist die Aktivierung einer latenten psychotischen Störung zu beobachten.
- **Kontraindikationen:**
  - Psychotische Störungen.
  - Geistige oder seelische Behinderung, hirnorganisches Psychosyndrom bzw. Demenz.
  - Konversionsneurotische Störung.
  - Asthenische, hypochondrische und histrionische Persönlichkeitsstörungen.
  - Depression, Zwangskrankheit.

Vorgehen

- In einer Serie von Sitzungen wird zunächst der Einstieg in die Problematik gesucht (*„Initialphase"),* gefolgt von einer vertieften und akzentuierten Wiederholung *(„Aktionsphase").*

- Während der *„Integrationsphase“* erfolgt die Durcharbeitung der sich einstellenden Empfindungen und Vorstellungen untere besonderer Berücksichtigung der begleitenden Ausdrucksbewegungen in aktiver und direktiver Form (im „Hier und Jetzt“). Unter voller Aufmerksamkeit („awareness“) des Patienten werden dessen spontan auftauchenden Gefühle verbalisiert, geklärt und/oder im Rollenspiel (S. 382) dargestellt. Der Therapeut versteht sich dabei als „Katalysator“ und begleitet die Sitzungen konzentriert und aktiv.
- Daran anschließend wird verhaltensmodifiziertes Erproben *(„Neu-Orientierung“)* erarbeitet (z. B. Aushalten einer unangenehmen bzw. angsterzeugenden Situation).
- Dauer, Umfang: Mehrere Sitzungen über 1–2 Stunden.

15.14 Psychosomatische Grundversorgung

Grundlagen

- **Definition:** Flächendeckende, psychologisch-psychotherapeutische Betreuung und Versorgung psychisch Kranker in der nichtpsychiatrischen ärztlichen Praxis.
- **Wirkhypothese:** Verbesserung der *psychotherapeutischen Versorgung* durch tiefenpsychologisch-psychosomatisch geschulte Ärzte mit der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie – fachgebunden“

Indikationen

- Meist längerfristige, hausärztliche psychotherapeutische Versorgung von Patienten mit (begleitenden) psychosomatischen bzw. funktionellen Störungen.

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

- Infolge mangelhafter Diagnostik möglicherweise Nichterkennen schwerwiegender psychiatrischer Erkrankungen oder nicht ausreichende Frequenz und/oder Qualität der verbalen Interventionen (z. B. bei Psychose-Prodromi, latenter Suizidalität, verleugnetem Suchtleiden).

Vorgehen

- Prinzipiell wie bei allen psychischen Auffälligkeiten bzw. subjektiven Beeinträchtigungen zunächst diagnostische Abklärung, sodann Konzipierung und Besprechung der Behandlungsstrategie.

15.15 Autogenes Training (AT)

Grundlagen

- **Definition:** Das Autogene Training ist nach J. H. Schultz eine *autohypnotische Entspannungsmethode* bzw. autosuggestive Methode zur Beeinflussung autonomer (vegetativer) Funktionen („konzentrative Selbstentspannung“). Es wurde zur am weitesten verbreitete Form systematisierter Entspannungsübungen (als Einzel- und Gruppenbehandlung möglich). Äußere Ähnlichkeit besteht mit der „progressiven Relaxation“ (S. 361).
- **Wirkhypothesen:**
  - Mit Hilfe abgestufter Konzentrationsübungen wird ein Zustand von Ruhe und Entspanntheit hergestellt.
  - Darauf aufbauend Übung einer autosuggestiven Regulierung der unwillkürlichen Körperfunktionen mit einer Tendenz zur Generalisierung und dem positiven Effekt einer stabilisierenden Einflussnahme auf das Vegetativum.

- Während der *„Integrationsphase“* erfolgt die Durcharbeitung der sich einstellenden Empfindungen und Vorstellungen untere besonderer Berücksichtigung der begleitenden Ausdrucksbewegungen in aktiver und direktiver Form (im „Hier und Jetzt“). Unter voller Aufmerksamkeit („awareness“) des Patienten werden dessen spontan auftauchenden Gefühle verbalisiert, geklärt und/oder im Rollenspiel (S. 382) dargestellt. Der Therapeut versteht sich dabei als „Katalysator“ und begleitet die Sitzungen konzentriert und aktiv.
- Daran anschließend wird verhaltensmodifiziertes Erproben *(„Neu-Orientierung“)* erarbeitet (z. B. Aushalten einer unangenehmen bzw. angsterzeugenden Situation).
- Dauer, Umfang: Mehrere Sitzungen über 1–2 Stunden.

15.14 Psychosomatische Grundversorgung

Grundlagen

- **Definition:** Flächendeckende, psychologisch-psychotherapeutische Betreuung und Versorgung psychisch Kranker in der nichtpsychiatrischen ärztlichen Praxis.
- **Wirkhypothese:** Verbesserung der *psychotherapeutischen Versorgung* durch tiefenpsychologisch-psychosomatisch geschulte Ärzte mit der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie – fachgebunden“

Indikationen

- Meist längerfristige, hausärztliche psychotherapeutische Versorgung von Patienten mit (begleitenden) psychosomatischen bzw. funktionellen Störungen.

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

- Infolge mangelhafter Diagnostik möglicherweise Nichterkennen schwerwiegender psychiatrischer Erkrankungen oder nicht ausreichende Frequenz und/oder Qualität der verbalen Interventionen (z. B. bei Psychose-Prodromi, latenter Suizidalität, verleugnetem Suchtleiden).

Vorgehen

- Prinzipiell wie bei allen psychischen Auffälligkeiten bzw. subjektiven Beeinträchtigungen zunächst diagnostische Abklärung, sodann Konzipierung und Besprechung der Behandlungsstrategie.

15.15 Autogenes Training (AT)

Grundlagen

- **Definition:** Das Autogene Training ist nach J. H. Schultz eine *autohypnotische Entspannungsmethode* bzw. autosuggestive Methode zur Beeinflussung autonomer (vegetativer) Funktionen („konzentrative Selbstentspannung“). Es wurde zur am weitesten verbreitete Form systematisierter Entspannungsübungen (als Einzel- und Gruppenbehandlung möglich). Äußere Ähnlichkeit besteht mit der „progressiven Relaxation“ (S. 361).
- **Wirkhypothesen:**
  - Mit Hilfe abgestufter Konzentrationsübungen wird ein Zustand von Ruhe und Entspanntheit hergestellt.
  - Darauf aufbauend Übung einer autosuggestiven Regulierung der unwillkürlichen Körperfunktionen mit einer Tendenz zur Generalisierung und dem positiven Effekt einer stabilisierenden Einflussnahme auf das Vegetativum.

Indikationen

- Körperlich-vegetative Funktionsstörungen, insbesondere sympathikotone Dysfunktionen (z. B. Tachykardie, Hypertonie, Tachypnoe). Schlafstörungen.
- Additiv bei psychosomatischer Erkrankung bzw. somatoformer Störung.
- Unruhezustände, Ängste, Verstimmtheit, Erschöpfungsgefühl und Abgeschlagenheit, Burnout.
- Muskuläre Verspannungen, Spasmen, chronischer Schmerz.
- Als Ergänzung zu anderen Psychotherapieverfahren.

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

- **Begleitwirkungen, Komplikationen:** Bei mangelhafter Desuggestion Körpermissempfindungen, Schweregefühl und Mattigkeit möglich.

Hinweis: Ein Abgleiten in Benommenheit und Tiefschlaf ist zu vermeiden!

- **Kontraindikationen:**
  - Schizophrene und floride affektive Störungen.
  - Geistige Behinderung, Hirnerkrankung bzw. -schädigung.
  - Angstzustände mit Neigung zu hypochondrischer Selbstbeobachtung.
  - Tendenz zu Konversionssymptomen.
  - Schwerere Depressionszustände.

Vorgehen

- **Unterstufe:** Im Liegen oder in „Droschkenkutscherhaltung“ Einüben von Schweregefühl, Wärmeerlebnis, Herzregulation, Atemeinstellung, Regulierung der Bauchorgane („Sonnengeflecht“) und Einstellung des Kopfgebietes („Stirnkühle“).
- **Dauer, Umfang:** Etwa 6–10 Sitzungen à 50 Minuten, die fakultativ zur Oberstufe weitergeführt werden können (s. Tab. 15.3).
- **Oberstufe:** Ausweitung auf meditative Vorstellungen mit Übergang zur jeweils nächsten Übung etwa alle zwei Wochen; Ähnlichkeit mit Bilderleben (S. 354). Fortsetzung zu Hause über längere Zeit, etwa 2–3-mal täglich für jeweils 10–15 Minuten.

Tab. 15.3 • **Autogenes Training – Unterstufe**

Sitzung	Übung	Suggestionsformel
1	Einführung Schwereübung	„Ich bin ganz ruhig“ „Mein re/li Arm ist ganz schwer…“
2	Wärmeübung	„Mein re/li Arm ist ganz warm…“
3	Herzübung	„Mein Herz schlägt ganz ruhig und regelmäßig…“
4	Atemübung	„Atmung ist gleichmäßig…“, „…es atmet“
5	Bauchübung (Leibübung)	„Das Sonnengeflecht ist strömend warm…“
6	Kopfübung	„Meine Stirn ist angenehm kühl…“, „…Kopf ist klar…“
jeweils	Desuggestion	„Rückkehr“ = bewusste Anspannung – „Augen auf“

15.16 Progressive Relaxation (PME)

Grundlagen

- **Synonym:** Progressive Muskelentspannung.
- **Definition:** Systematische Methode der Muskelentspannung nach E. Jacobson mit therapeutischer Auswirkung bzw. zur Einleitung verhaltenstherapeutischer Übungen. (Als Einzel- und Gruppenbehandlung geeignet.)
- **Wirkhypothese:** Durch eine schrittweise muskuläre Entspannung wird über Konditionierung und Autosuggestion auch eine psychische Entspannung bzw. Angstreduktion erreicht, die u. a. als Voraussetzung für bestimmte verhaltenstherapeutische Techniken, z. B. die systematische Desensibilisierung (S. 367), notwendig ist.

Indikationen

- Erschöpfungsgefühl, Burnout, Unruhe, Angst, Schlafstörungen.
- Leichtere funktionelle Körperstörungen, Befindlichkeitsstörungen.
- Begleitend zur Verhaltenstherapie (S. 365).

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

- **Begleitwirkungen, Komplikationen:** Nicht bekannt.
- **Kontraindikationen:** Floride Psychose, geistige Behinderung oder Demenz, schwere Depression, Zwangserkrankung.

Vorgehen

- Jeweils einige Sekunden lang maximale Anspannung und anschließend Entspannung der Gliedmaßen und Rumpfmuskulatur in folgenden Schritten: Arme, Beine, Atem- und Bauchmuskulatur, Gesichtsmuskulatur.
- Anschließend aktive Zurücknahme (erneutes Anspannen und Ausstrecken).
- **Dauer:** 6 Sitzungen im Grundkurs.
- **Abfolge einer Sitzung:**
  - *Vorbereitung:* bequeme Sitzposition
  - *Instruktionen* (Anspannung u. anschließende Entspannung):
    - re Hand, re Unterarm, re Oberarm.
    - li Hand, li Unterarm, li Oberarm.
    - Schultergürtel, Rücken, Brustkorb.
    - Hals und Nacken.
    - Stirn, Augen, Nase.
    - Kiefer, Lippen, Zunge, Wangen.
    - Bauch, Flanken.
    - re Bein, re Fuß.
    - li Bein, li Fuß.
  - *bewusste Rücknahme, Nachbesprechung*

15.17 Hypnose, Hypnoanalyse

Grundlagen

- **Definition:** Durch Fremdsuggestion herbeigeführter, schlafähnlicher Zustand mit Bewusstseinseinengung sowie Schwere- und Wärmegefühl. Über die erhöhte Suggestibilität verbleibt der Rapport zum Hypnotiseur (auch als Gruppenbehandlung möglich).
- **Wirkhypothese:** Fremdsuggestive Einflussnahme auf autonome Körperfunktionen mit vegetativer Stabilisierung, Abnahme der Schmerzempfindlichkeit und Reduzierung von Angst, Unruhe und Angespanntheit.

Indikationen

- Psychovegetative Beschwerden, Stressreaktionen, Befindlichkeitsstörungen.
- Additiv bei psychosomatischer Erkrankung bzw. somatoformer Störung,
- Unruhe- und Spannungszustände, Angstreaktionen, Schlafstörungen.
- (Chronischer) Schmerz, Abhängigkeit bzw. Suchterkrankung, Burnout.
- Hypnokatharsis zur Wiederbewusstmachung verdrängter, emotional belastender Erlebnisse.

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

- **Begleitwirkungen, Komplikationen:** Bei mangelhafter Desuggestion Müdigkeit, Übelkeit, Benommenheit, Kopfschmerz u. Körpermissempfindungen.

Hinweis: Ein sog. „posthypnotischer Auftrag" vermag in gewissem Umfang das auf die Hypnose folgende Verhalten des Patienten zu beeinflussen, jedoch nur so weit, wie dessen eigenes Wertsystem *nicht* tangiert wird.

- **Kontraindikationen:**
  - Psychotische Störung.
  - Geistige Behinderung, Hirnerkrankung bzw. -schädigung.
  - Depression, Zwangskrankheit, Neigung zu intensiverer Selbstbeobachtung.
  - Innerer Widerstand des Patienten.

Vorgehen

- Somatische und psychopathologische Diagnostik, Überprüfung der Suggestibilität des Patienten. Besprechung der Methode bzw. zu erwartender Reaktionen.
- Fixationsmethode: Der Patient wird angehalten, einen kleineren Gegenstand konzentriert anzuschauen. Folgen sind Ermüdung, Mydriasis, Augenbrennen, Augenschließen, allmählicher Zustand der Somnolenz. Sodann knappe, einfache, sich wiederholende verbale Suggestionen, die sich auf die angestrebten therapeutischen Ziele richten (z. B. Angstreduktion, Schmerzdämpfung, Verhaltensregulierung). Beendigung durch Desuggestion mit klarer, deutlicher verbaler Rücknahme der Suggestionen.
- Dauer: Ca. 30–40 Min., 1 bis–3 Sitzungen/Woche. Nach Bedarf bis 8 Doppelstunden.

15.18 Psychoedukation

Grundlagen

- **Definition:** Beratende und erzieherisch-übende Maßnahmen zur Förderung der Compliance und der Mitarbeit des Patienten (und dessen Angehörigen).
- **Wirkhypothesen:** Aufklärende, beratende und edukative Maßnahmen sollen beitragen zur:
  - Informationsvermittlung über die Erkrankung.
  - Förderung von Krankheits- und Behandlungseinsicht.
  - Vermittlung von Selbstmanagement und psychosozialer Kompetenz.
  - (Früh-) Erkennung und Bewältigung von Krisen.
  - Verhinderung von Rückfällen (und erneuten stationären Behandlungen).
  - Verbesserung der Akzeptanz im sozialen Umfeld.
  - Verbesserung der Lebensqualität.
  - Besseren Mitarbeit der Angehörigen bei der Behandlung des Patienten.

Indikationen

- Schizophrenien, affektive Störungen.
- Suchterkrankung
- Angst- und Zwangsstörung.
- Demenzerkrankung.
- Anderweitige geistige Behinderung.

Indikationen

- Psychovegetative Beschwerden, Stressreaktionen, Befindlichkeitsstörungen.
- Additiv bei psychosomatischer Erkrankung bzw. somatoformer Störung,
- Unruhe- und Spannungszustände, Angstreaktionen, Schlafstörungen.
- (Chronischer) Schmerz, Abhängigkeit bzw. Suchterkrankung, Burnout.
- Hypnokatharsis zur Wiederbewusstmachung verdrängter, emotional belastender Erlebnisse.

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

- **Begleitwirkungen, Komplikationen:** Bei mangelhafter Desuggestion Müdigkeit, Übelkeit, Benommenheit, Kopfschmerz u. Körpermissempfindungen.

Hinweis: Ein sog. „posthypnotischer Auftrag" vermag in gewissem Umfang das auf die Hypnose folgende Verhalten des Patienten zu beeinflussen, jedoch nur so weit, wie dessen eigenes Wertsystem *nicht* tangiert wird.

- **Kontraindikationen:**
  - Psychotische Störung.
  - Geistige Behinderung, Hirnerkrankung bzw. -schädigung.
  - Depression, Zwangskrankheit, Neigung zu intensiverer Selbstbeobachtung.
  - Innerer Widerstand des Patienten.

Vorgehen

- Somatische und psychopathologische Diagnostik, Überprüfung der Suggestibilität des Patienten. Besprechung der Methode bzw. zu erwartender Reaktionen.
- Fixationsmethode: Der Patient wird angehalten, einen kleineren Gegenstand konzentriert anzuschauen. Folgen sind Ermüdung, Mydriasis, Augenbrennen, Augenschließen, allmählicher Zustand der Somnolenz. Sodann knappe, einfache, sich wiederholende verbale Suggestionen, die sich auf die angestrebten therapeutischen Ziele richten (z. B. Angstreduktion, Schmerzdämpfung, Verhaltensregulierung). Beendigung durch Desuggestion mit klarer, deutlicher verbaler Rücknahme der Suggestionen.
- Dauer: Ca. 30–40 Min., 1 bis–3 Sitzungen/Woche. Nach Bedarf bis 8 Doppelstunden.

15.18 Psychoedukation

Grundlagen

- **Definition:** Beratende und erzieherisch-übende Maßnahmen zur Förderung der Compliance und der Mitarbeit des Patienten (und dessen Angehörigen).
- **Wirkhypothesen:** Aufklärende, beratende und edukative Maßnahmen sollen beitragen zur:
  - Informationsvermittlung über die Erkrankung.
  - Förderung von Krankheits- und Behandlungseinsicht.
  - Vermittlung von Selbstmanagement und psychosozialer Kompetenz.
  - (Früh-) Erkennung und Bewältigung von Krisen.
  - Verhinderung von Rückfällen (und erneuten stationären Behandlungen).
  - Verbesserung der Akzeptanz im sozialen Umfeld.
  - Verbesserung der Lebensqualität.
  - Besseren Mitarbeit der Angehörigen bei der Behandlung des Patienten.

Indikationen

- Schizophrenien, affektive Störungen.
- Suchterkrankung
- Angst- und Zwangsstörung.
- Demenzerkrankung.
- Anderweitige geistige Behinderung.

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

- **Begleitwirkungen, Komplikationen:** Nicht bekannt.
- **Kontraindikationen:** Akute psychotische Störung, schwere geistige Behinderung oder Demenz.

Vorgehen

- Im ambulanten, tagesklinischen oder stationären Setting durch Arzt, Psychologen, Pflegekraft, Sozialarbeiter und/oder Genesungsbegleiter durchgeführte Einzel- oder Gruppenaufklärung in folgenden Schritten:
  - *Informationsphase:* Informationen über psychische Störungen. Erklärung der Erkrankung, deren Ursachen und Symptome. Erläuterung des Behandlungsplans einschließlich möglicher therapeutischer Alternativen, der Wirkungen und Nebenwirkungen der Behandlung und des voraussichtlichen weiteren Verlaufs.
    - *Hinweis:* Empfehlenswert ist die zusätzliche Bereitstellung von Informationsmaterial in Form von Merkblättern bzw. Patientenratgebern.
  - *Übungsphase:*
    - Training zur Erkennung von Rückfallsymptomen.
    - Erarbeitung von individuellen Krisenplänen und Behandlungseinleitungen.
    - Einüben von Bewältigungsstrategien.
- Dauer und Umfang: Der Umfang variiert zwischen einigen Sitzungen bis hin zu wiederholten systemtherapeutischen Kontakten in regelmäßigen Abständen über einen längeren Zeitraum.

16 Verhaltenstherapie

16.1 Vorbemerkungen

Nach lerntheoretisch-verhaltenstherapeutischer Auffassung werden psychische Störungen als konditionierte, festgefahrene, dysfunktionale Vorstellungen oder Gewohnheiten („Falschgedanken", „Fehlgewohnheiten") begriffen, die mit Hilfe **systematischer Trainings** abgebaut und durch erwünschte Gedanken und/oderVerhaltensweisen ersetzt werden sollen („Reconditioning"). Zu unterscheiden sind Verbesserungen von Grundfertigkeiten und -fähigkeiten, störungsübergreifende und störungsspezifische Verfahren. Im Gegensatz zu den tiefenpsychologisch („klärungsorientiert") begründeten Therapiemethoden (S. 352) stehen das beobachtbare, pathologische Verhalten bzw. die beeinträchtigenden, beherrschenden Kognitionen im Mittelpunkt. Nicht die Ursachen, sondern die Auslöser und Bedingungen für das Krankheitsbild werden genauer untersucht, die individuelle Lebensgeschichte wird allenfalls als „Lerngeschichte" aufgefasst („lösungs- bzw. bewältigungsorientiert").
Krankhaftes, störendes Verhalten entwickelt sich demnach aus dem Einwirken situativer (sozialer) Reize *(S)*, die unter bestimmten (biologischen) Bedingungen *(O)* zu unerwünschten Reaktionen *(R)* führen. Infolge operanter Verstärkungsmechanismen formt sich kontingent aus den Konsequenzen des Verhaltens *(K)* die Symptomatik. Mittels der funktionalen Verhaltensanalyse *(S → O → R → K)* ist herauszufinden, welche Bedingungen für Reizeinwirkung, Verstärkung und Konditionierung verantwortlich sind und welche Kognitionen begleitend oder vorlaufend damit einhergehen. (Beispiel der Entstehungsbedingungen einer sozialen Phobie s. Abb. 16.1).

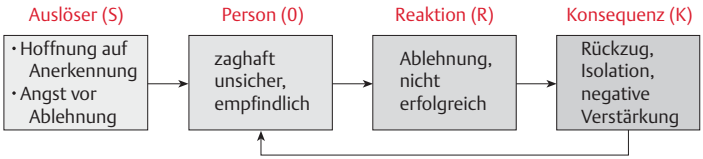


Abb. 16.1 • Entstehungsmodell der sozialen Phobie

Der **verhaltensdiagnostische Prozess** (Problemanalyse, Situationsanalyse, Verhaltensanalyse, Bedingungsanalyse und Funktionsanalyse) bietet neben dem erarbeiteten Störungsmodell (aktuelle Symptomatik, Auslöser, Persönlichkeit und Lerngeschichte) die notwendige Grundlage zur Erstellung einer **therapeutischen Strategie**, die auch eine therapiebegleitende Evaluation einschließt. In der Praxis bedeutet dies: Erhebung der Anamnese (standardisierte Befunderhebung), Diagnosestellung und Indikation zu einer ausgewählten Therapiemethode. Diese kann z. B. auf eine Änderung des Auslösemechanismus, ein Training alternativer Verhaltensweisen und/oder eine Löschung pathologischer Verhaltensmuster abzielen. Hiermit einhergehend werden Reaktionen positiv verstärkt, die „erwünschtes Verhalten" repräsentieren, s. Verhaltensdiagnostik (S. 31).
Das Spektrum verhaltenstherapeutischer und -modifizierender Methoden umfasst sowohl einfachere Techniken des klassischen und operanten Konditionierens als auch übende, desensibilisierende, konfrontierende und aversive Verfahren, wobei verschiedene Techniken miteinander kombiniert werden können.
Pathologisch deformierte, unerwünschte Gedanken und Vorstellungen sind vor allem Gegenstand der kognitiven Variante, die ursprünglich zur Behandlung neurotischer Depressivität entwickelt wurde. Hierzu gehören z. B. die **kognitive Therapie** und die **rational-emotive Therapie** samt ihrer Variationen. An dem ihr zugrundeliegenden

Konzept wird besonders deutlich, welch hohe Bedeutung – im Gegensatz zu tiefenpsychologisch begründeten Psychotherapiemethoden – kognitiven Einflüssen (Gedanken, Fantasien, Einstellungen, Intentionen) beigemessen wird, Die Entwicklung der Verhaltenstherapie tendiert allerdings dahin, auch biografische und motivationspsychologische Faktoren mehr als bisher zu berücksichtigen.
Hauptindikationen für Verhaltenstherapie und Verhaltensmodifikation mit den Vorzügen einer strukturierten, ökonomischen Vorgehensweise und eines guten Zugangs empirischer wissenschaftlicher Untersuchungen sind vorzugsweise *Mono-und Multiphobien, Zwangsstörungen, neurotische Depressionen (Dysthymia), Anpassungsstörungen und Verhaltensabnormitäten.*
Gemäß **Psychotherapie-Richtlinien** des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) beträgt der Leistungsumfang der Krankenkassen derzeit für eine verhaltenstherapeutische Kurzzeitbehandlung 25, für eine Normalbehandlung 45 Sitzungen zuzüglich 5 probatorischer Sitzungen, in besonderem Fall 60 Sitzungen (Rezidivprophylaxe u. Krieseninterventionen (S. 348), (S. 349)).
Tab. 16.1 gibt einen Überblick über die häufigsten verhaltenstherapeutischen Methoden (vgl. auch Tab. 15.1).

Tab. 16.1 **• Häufigste verhaltenstherapeutische Methoden**

Therapieform	Methode	Indikation	Dauer
Systematische Desensibilisierung	• Anxiolyse durch Entspannung, Gewöhnung bzw. Habituation	• Phobie • Zwänge	Standard: 25–45 Sitzungen zuzüglich 5 Probesitzungen
Reizüberflutung, Konfrontation	• (intensive) Reizkonfrontation mit Reaktionsverhinderung • Löschung	• Angsterkrankung • spez. Phobie • Zwänge	Standard: 25–45 Behandlungen zuzüglich 5 Probesitzungen
Neuropsychotherapie	• systematisches Training kognitiver Funktionen	• alle Formen der Hirnleistungsschwäche • chron. Psychosen	ca. 20–40 Stunden
Kognitive Therapie, Rational-emotive Therapie (RET)	• kognitive Umstrukturierung • Einsicht	• Depression • Phobie, Ängste	Standard: 25–45 Sitzungen zuzüglich 5 Probesitzungen
Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) Schema-Therapie	• kognitive Umstrukturierung • kognitive Umstrukturierung, Lebensgestaltung • Fokussierung	• Borderline-Persönlichkeitsstörung • Persönlichkeitsstörung,	ca. 120–160 Stunden
Biofeedback	• operante Konditionierung, übend autosuggestiv	• Schmerz • Spasmen • veget. Störungen	ca. 10–20 Sitzungen
Aktivitätsplanung Edukation, Trainings	• strukturierend, planend	• Depression • chron. Psychose	ca. 10–20 Sitzungen

16.2 Systematische Desensibilisierung

Grundlagen

- **Definition:** Von J. Wolpe entwickelte klassische, noch gebräuchliche verhaltenstherapeutische Methode mit dem Ziel eines systematisierten, schrittweisen Abbaus von Angstsymptomen.
- **Wirkhypothese:** Aufgrund reziproker Hemmung wirken Angst und angsthemmende Reaktionen einander entgegengerichtet. Wird der Patient im entspannten, angstfreien Zustand allmählich an angstauslösende Gegenstände oder Situationen herangeführt, kann hierdurch der eingefahrene, reflexhafte Automatismus „Vorstellung – Symptom" gelockert und schließlich aufgelöst werden. Die Verhaltenskette „Angst – Fluchtreaktion – Vermeidung" wird damit durch Re-Konditionierung unterbrochen und entschärft (Habituation durch Gewöhnung).

Indikationen

- Isolierte Phobien bzw. situativ gebundene Ängste, Zwänge.

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

- **Begleitwirkungen, Komplikationen:** Ein zu forciertes Vorgehen ist zu vermeiden, da der betreffende, ursprünglich angstauslösende Reiz nicht erneut als unangenehm belastend oder angstauslösend empfunden werden sollte.
- **Kontraindikationen:**
  - Akute und subakute psychotische Störung, psychotische Residual- und Defektsymptomatik.
  - Geistige Behinderung bzw. hirnorganische Schädigung einschließlich Demenz.

Vorgehen

- Zunächst *Klärung* der Vorgeschichte und *Bestandsaufnahme* der aktuellen Symptomatik (Störungsmodell) mittels Verhaltensanalyse (S. 31). Erklärung des therapeutischen Prinzips und der einzelnen Behandlungsschritte, s. Vorbemerkungen (S. 365).
- Aufstellung einer *Hierarchie* angstauslösender Reize und Einübung von Entspannungstechniken, z. B. als progressive Relaxation (S. 361).
- *Konfrontation* des tief entspannten Patienten mit zunächst sehr schwachen Angstreizen in sensu oder in vivo. Sobald diese angstfrei erlebt werden, Übergang zu jeweils intensiveren Stufen der Angsthierarchie, bis die zuvor anxiogenen Reize nicht mehr die früheren Reaktionen auslösen.

Hinweis: Immer ist zu überprüfen, in welcher Form durch eigene Übungen bzw. Selbstkontrollmethoden Unabhängigkeit des Patienten vom Therapeuten erreicht werden kann!

- Dauer, Umfang: In der Regel bis zu 20–30 Sitzungen über 10–20 Wochen, bei Kurzzeittherapie 10–20 Sitzungen à 50 Min. (zuzüglich 5 probatorischer Sitzungen). Auch nach Abschluss der eigentlichen Behandlung sind in mehr oder weniger größeren zeitlichen Abständen Auffrischungsübungen empfehlenswert.

Hinweis: Antragstellung bzw. Gutachterverfahren bei Langzeittherapie über 25 Std. Psychologische Psychotherapeuten benötigen außerdem ärztlichen Konsiliarbericht.

16.3 Reizüberflutung, Reizkonfrontation

Grundlagen

- **Synonym:** Expositionsbehandlung, Implosion (= imaginative Konfrontation), Flooding (= rasche, intensive Konfrontation mit gefürchtetem Angstauslöser).
- **Definition:** Konfrontative Methode der Verhaltenstherapie zur Behandlung situationsgebundener Ängste.
- **Wirkhypothese:** Infolge physiologisch bedingter Habituation kommt es zur Erschöpfung des Angstpotenzials bei längerer Konfrontation mit der spezifischen, angstauslösenden Situation in voller Intensität. Therapeutisch nutzbar, weil die vom Patienten befürchteten Konsequenzen (z. B. Kollaps, Ohnmacht) nicht eintreten. Zusätzlich ermutigendes Vorbild des Therapeuten („Modell-Lernen").

Indikationen

- (Chronifizierte) situationsgebundene Angstzustände (z. B. Agora- und Klaustrophobie oder andere Monophobien).
- Zwangsgedanken und Zwangshandlungen (in Form von Reaktionsverhinderung).

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

- **Begleitwirkungen, Komplikationen:** Körperlich-vegetative Begleitreaktionen von Angst, s. Leitsymptome (S. 102), kathartische Reaktionen, Entmutigung und Depressivität bei vermeintlichem „Versagen".
- **Kontraindikationen:**
  - Akute und latente Psychose, psychotisches Residual- und Defektsyndrom.
  - Geistige Behinderung, Minderbegabung, hirnorganische Schädigung bzw. Demenz.
  - Psychosomatische Erkrankung bzw. somatoforme Störung.
  - Herz-Kreislauf-Erkrankung oder andere, gravierendere Körpererkrankung.

Vorgehen

- Erhebung der Lerngeschichte und Entwicklung des Störungsmodells. Verhaltensanalyse (S. 31), Festlegung der Behandlungsstrategie, Instruktion. (Voraussetzungen von seiten des Patienten: Körperliche Gesundheit und hohe Motivation, keine Einnahme von Beruhigungsmitteln, von seiten des Therapeuten: Erfahrung, gute Belastbarkeit und Verläßlichkeit, begleitende Motivationsarbeit.)
- **Ablauf:** Der Patient wird der angsterzeugenden Situation ausgesetzt und angehalten, aufkommendes Angstgefühl solange auszuhalten, bis es abklingt (Exposition in vivo). Ablenkung, Vermeidung oder Flucht sind unerwünscht (Reaktionsverhinderung). Nach meist fluktuierendem Anstieg des Angsterlebens schließlich Überschreitung des Kulminationspunktes und allmähliche Abnahme (Habituation) der Angstsymptomatik. Alternativ virtuelle Konfrontation mit Videobrille.
- **Dauer:** 4–6 mehrstündige Behandlungen, d. h., der Leistungsumfang der Krankenkasse, s. Vorbemerkungen (S. 365), ist meist ausreichend. In der Regel bereits nach wenigen Übungen drastische Besserung, bisweilen jedoch in größeren zeitlichen Abständen Auffrischungsübungen notwendig.

Hinweis: Antragstellung bzw. Gutachterverfahren bei Langzeittherapie über 25 Std. Psychologische Psychotherapeuten benötigen ärztlichen Konsiliarbericht.

16.4 Klinische Neuropsychologie

Grundlagen

- **Definition:** Systematisches Training mentaler Funktionen.
- **Wirkhypothese:** Infolge regelmäßigen, systematischen und abgestuften Trainings kommt es zu einer Aktivierung bzw. Re-Aktivierung beeinträchtigter kognitiver Funktionen (Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Konzentration, Schlussfolgern u. ä.). Zugrunde liegendes Modell ist das des systematischen psychomotorischen (Ergotherapie, Arbeitstraining) und motorischen (Bewegungstherapie, Tanz, Sportübung) Trainings bei Schädigungen des zentralen Nervensystems.

Indikationen

- Alle Formen von Hirnleistungsschwäche (z. B. infolge umschriebener oder diffuser Hirnatrophie) oder anderweitiger (z. B. toxischer, traumatischer) Hirnschädigungen (S. 116). Hier vom G-BA als Kassenleistung anerkannt.
- Chronische, nur teilremittierte psychotische Störungen.
- Chronische Depressionen, insbesondere mit pseudodementer Symptomatik.
- Suchterkrankungen (insbesondere chronischer Alkoholismus).

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikaionen

- **Begleitwirkungen, Komplikationen:** Überforderung mit Zeichen von Unlust, Reizbarkeit und Aversion.
- **Kontraindikationen:** Psychotische Störung, schwere geistige Behinderung und schwere Demenz.

Vorgehen

- **Diagnostik:** Psychometrische Bestandsaufnahme der kognitiven Defizite durch umfassende Leistungsdiagnostik (Tab. 2.1).
- **Information und Instruktion:** Erläuterung der Zielsetzung und der einzelnen Trainingsschritte mit exemplarischen Übungen.
- **Therapiepraxis:** Einsatz imaginativer und/oder audiovisueller (computergestützter) Übungsprogramme mit ansteigendem, gestuftem Schwierigkeitsgrad.
- **Feedback:** Rückmeldung und Besprechung der erzielten Ergebnisse, Fehlerfokussierung; evtl. Korrektur des Übungsprogramms.
- **Dauer und Umfang:** Mindestumfang 10 Trainingseinheiten. Empfehlenswert sind 20–40 Stunden mit Wiederholungen nach etwa ¼-jähriger Pause.

16.5 Kognitive Therapie

Grundlagen

- **Synonym:** Kognitives Neubenennen, kognitive Umstrukturierung.
- **Definition:** (Von A. T. Beck ursprünglich zur Depressionsbehandlung entwickelte) Variante der Verhaltenstherapie, die auf eine Modifikation störender Kognitionen abzielt.
- **Wirkhypothesen:** Psychische Störungen sind Ausdruck verzerrter Gedanken, Vorstellungen und Schlussfolgerungen („dysfunktionale Annahmen"), die durch langjährige Erfahrungen entstehen. „Falschbewertungen" können beispielsweise auftreten in Form von Generalisierung, Selektion, Kausalitätsphantasien, Katastrophenerwartung, Personifizierung und Schwarz-Weiß-Denken. Behandlungsziel ist die Identifizierung dieser negativen Denkstereotypien („automatische Gedanken") durch Selbstbeobachtung und Ersatz durch alternative (gesunde) Denk- und Vorstellungsmuster („kognitive Umstrukturierung").

Indikationen

- Depressive und Angststörung (Dysthymia, Phobie).
- Abhängigkeit, Suchterkrankung.
- Somatoforme bzw. funktionelle Körperstörung.
- Chronische Konfliktsituation. Burnout

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

- **Begleitwirkungen, Komplikationen:** Nicht bekannt.
- **Kontraindikationen:**
  - Akute psychotische Störung.
  - Geistige Behinderung, Demenz.
  - Psychotrauma mit Belastungsreaktion.

Vorgehen

- Analyse der pathologischen Kognitionen, Entwicklung des Störungsmodells und einer Therapiestrategie, s. Vorbemerkungen (S. 365).
- Verbale Intervention („Sokratischer Dialog"), Selbstinstruktion und positive Umdeutung, wobei der Patient z. B. ein Tagebuch zu führen und andere Hausaufgaben zu machen hat.
- **Ablauf:**
  - *Realitätstesten:* Beschreibung der Realität und der eigenen Erfahrungen (der Patient wird angehalten, seine „Falschauffassung" quasi zu belegen).
  - *Reattributierung:* Der Therapeut fasst alle Fakten bezüglich der konkreten Erfahrung zusammen und unterzieht sie zusammen mit dem Patienten einer logischen Analyse.
  - *Alternative Erklärung:* Suchen und Erforschung alternativer Sichtweisen und logischer Schlussfolgerungen als Aspekt des Problemlösens („Kognitives Neubenennen").
  - *Entkatastrophisieren:* Der Patient befasst sich differenzierter mit seinen „Katastrophengedanken", wodurch diese eingegrenzt u. entschärft werden.
- **Dauer:** 25 (Kurzzeittherapie) bis 45 Sitzungen (in besonderer Fällen 60 Sitzungen) zuzüglich 5 probatorischer Sitzungen, s. Vorbemerkungen (S. 365).

Hinweis: Antragstellung bzw. Gutachterverfahren bei Langzeittherapie über 25 Std. Psychologische Psychotherapeuten benötigen ärztlichen Konsiliarbericht.

16.6 Gedankenstopp

Grundlagen

- **Definition:** Verhaltenstherapeutisch-kognitive Selbstkontrolltechnik mit dem Ziel, störende bzw. krankhafte Gedanken und Vorstellungen abzubauen bzw. zu verhindern.
- **Wirkhypothese:** Unterbrechung störender Gedanken durch zeitliche Verknüpfung mit Schreckreaktion, daraus Steuerung des Gedankenablaufs nach Einüben damit verbundener Körperbewegungen.

Indikationen

- Zwangsgedanken, Zwangsvorstellungen, Zwangshandlungen.
- Perseverationen.
- Phobien.

Indikationen

- Depressive und Angststörung (Dysthymia, Phobie).
- Abhängigkeit, Suchterkrankung.
- Somatoforme bzw. funktionelle Körperstörung.
- Chronische Konfliktsituation. Burnout

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

- **Begleitwirkungen, Komplikationen:** Nicht bekannt.
- **Kontraindikationen:**
  - Akute psychotische Störung.
  - Geistige Behinderung, Demenz.
  - Psychotrauma mit Belastungsreaktion.

Vorgehen

- Analyse der pathologischen Kognitionen, Entwicklung des Störungsmodells und einer Therapiestrategie, s. Vorbemerkungen (S. 365).
- Verbale Intervention („Sokratischer Dialog"), Selbstinstruktion und positive Umdeutung, wobei der Patient z. B. ein Tagebuch zu führen und andere Hausaufgaben zu machen hat.
- **Ablauf:**
  - *Realitätstesten:* Beschreibung der Realität und der eigenen Erfahrungen (der Patient wird angehalten, seine „Falschauffassung" quasi zu belegen).
  - *Reattributierung:* Der Therapeut fasst alle Fakten bezüglich der konkreten Erfahrung zusammen und unterzieht sie zusammen mit dem Patienten einer logischen Analyse.
  - *Alternative Erklärung:* Suchen und Erforschung alternativer Sichtweisen und logischer Schlussfolgerungen als Aspekt des Problemlösens („Kognitives Neubenennen").
  - *Entkatastrophisieren:* Der Patient befasst sich differenzierter mit seinen „Katastrophengedanken", wodurch diese eingegrenzt u. entschärft werden.
- **Dauer:** 25 (Kurzzeittherapie) bis 45 Sitzungen (in besonderer Fällen 60 Sitzungen) zuzüglich 5 probatorischer Sitzungen, s. Vorbemerkungen (S. 365).

Hinweis: Antragstellung bzw. Gutachterverfahren bei Langzeittherapie über 25 Std. Psychologische Psychotherapeuten benötigen ärztlichen Konsiliarbericht.

16.6 Gedankenstopp

Grundlagen

- **Definition:** Verhaltenstherapeutisch-kognitive Selbstkontrolltechnik mit dem Ziel, störende bzw. krankhafte Gedanken und Vorstellungen abzubauen bzw. zu verhindern.
- **Wirkhypothese:** Unterbrechung störender Gedanken durch zeitliche Verknüpfung mit Schreckreaktion, daraus Steuerung des Gedankenablaufs nach Einüben damit verbundener Körperbewegungen.

Indikationen

- Zwangsgedanken, Zwangsvorstellungen, Zwangshandlungen.
- Perseverationen.
- Phobien.

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

- **Begleitwirkungen, Komplikationen:** Bei mangelhafter Verhaltensanalyse Gefahr der Verstärkung statt Löschung.
- **Kontraindikationen:**
  - Psychotische Störung.
  - Depression.
  - Demenz.
  - Trauma. Belastungsreaktion.

Vorgehen

- Nach Kognitions- und Verhaltensanalyse (S. 31) sowie Therapieplanung, s. Vorbemerkungen (S. 365):
  - Auswahl der zu kontrollierenden Gedanken und Identifizierung des unerwünschten Zielgedankens, Einüben von Entspannungstechniken.
  - Im entspannten Zustand innerliches Reproduzieren des betreffenden Gedankens, dabei Unterbrechung des Gedankenflusses durch den Therapeuten, z. B. durch lautes „Stopp" – Rufen).
  - Nach mehrmaliger Wiederholung Kombination mit einer Körperbewegung (z. B. Fingerbewegung), durch weiteres Üben Stabilisierung der Verknüpfung mit dem Ziel einer immer längeren Unterbrechung der unerwünschten Gedankenkette.
- **Dauer, Umfang:** Nach Einübung regelmäßige Wiederholung, mindestens 2-mal täglich für eine Dauer von 5–10 Minuten (meist in Verbindung mit anderen Verfahren).

16.7 Rational-emotive Therapie (RET)

Grundlagen

- **Definition:** Form der gesprächsbezogenen Verhaltensmodifikation. Rational-emotive Variante der kognitiven Therapie (S. 369), entwickelt von A. Ellis.
- **Wirkhypothese:** Emotionen werden als Resultate von Denkvorgängen angesehen. Demzufolge basieren emotionale Störungen auf irrationalen und fehlgeleiteten Überzeugungen und Vorstellungen („Kognitionen"). Diese krankheitsverursachenden Verzerrungen der Wahrnehmung und Denkmuster werden aufgedeckt und dem Patienten dialogisch verdeutlicht – mit den Zielen der Umorientierung, Einstellungsänderung und Aufgabe der Falschbewertungen (und pathologischen Emotionen). Einsatz auch als Gruppentherapie (S. 380) möglich.

Indikationen

- Neurotische Depression (Dysthymia), Anpassungsstörung.
- Angsterkrankung.
- Persönlichkeitsstörung.
- Suchterkrankung und Dissozialität.

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

- **Begleitwirkungen, Komplikationen:** Nicht bekannt.
- **Kontraindikationen:**
  - Psychotische Störung.
  - Belastungs- und Erlebnisreaktionen.
  - Geistige Behinderung.
  - Demenz.

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

- **Begleitwirkungen, Komplikationen:** Bei mangelhafter Verhaltensanalyse Gefahr der Verstärkung statt Löschung.
- **Kontraindikationen:**
  - Psychotische Störung.
  - Depression.
  - Demenz.
  - Trauma. Belastungsreaktion.

Vorgehen

- Nach Kognitions- und Verhaltensanalyse (S. 31) sowie Therapieplanung, s. Vorbemerkungen (S. 365):
  - Auswahl der zu kontrollierenden Gedanken und Identifizierung des unerwünschten Zielgedankens, Einüben von Entspannungstechniken.
  - Im entspannten Zustand innerliches Reproduzieren des betreffenden Gedankens, dabei Unterbrechung des Gedankenflusses durch den Therapeuten, z. B. durch lautes „Stopp" – Rufen).
  - Nach mehrmaliger Wiederholung Kombination mit einer Körperbewegung (z. B. Fingerbewegung), durch weiteres Üben Stabilisierung der Verknüpfung mit dem Ziel einer immer längeren Unterbrechung der unerwünschten Gedankenkette.
- **Dauer, Umfang:** Nach Einübung regelmäßige Wiederholung, mindestens 2-mal täglich für eine Dauer von 5–10 Minuten (meist in Verbindung mit anderen Verfahren).

16.7 Rational-emotive Therapie (RET)

Grundlagen

- **Definition:** Form der gesprächsbezogenen Verhaltensmodifikation. Rational-emotive Variante der kognitiven Therapie (S. 369), entwickelt von A. Ellis.
- **Wirkhypothese:** Emotionen werden als Resultate von Denkvorgängen angesehen. Demzufolge basieren emotionale Störungen auf irrationalen und fehlgeleiteten Überzeugungen und Vorstellungen („Kognitionen"). Diese krankheitsverursachenden Verzerrungen der Wahrnehmung und Denkmuster werden aufgedeckt und dem Patienten dialogisch verdeutlicht – mit den Zielen der Umorientierung, Einstellungsänderung und Aufgabe der Falschbewertungen (und pathologischen Emotionen). Einsatz auch als Gruppentherapie (S. 380) möglich.

Indikationen

- Neurotische Depression (Dysthymia), Anpassungsstörung.
- Angsterkrankung.
- Persönlichkeitsstörung.
- Suchterkrankung und Dissozialität.

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

- **Begleitwirkungen, Komplikationen:** Nicht bekannt.
- **Kontraindikationen:**
  - Psychotische Störung.
  - Belastungs- und Erlebnisreaktionen.
  - Geistige Behinderung.
  - Demenz.

Vorgehen

- Kognitionsanalyse, Entwicklung von Störungsmodell und Therapiestrategie, s. Vorbemerkungen (S. 365).
- **Behandlungsstrategien** (innerhalb der direktiven und aktiv-didaktisch akzentuierten Therapieform):
  - Zunächst systematische *Analyse* („rationale Selbstanalyse") des Verhaltens und der begleitenden Denkstereotypien und Emotionen, um irrationale Bewertungen aufzudecken.
  - Entwickeln *neuer Bewertungsmuster:* Der Patient wird mit den dysfunktionalen Annahmen konfrontiert und angehalten, rationale Alternativen zu erarbeiten („sokratischer Dialog"). Er soll sich problematische Situationen vorstellen und versuchen, so zu denken und zu fühlen, wie er es gern möchte.
  - Als zusätzliche Hilfen kann der Therapeut *Übungsaufgaben* erteilen und durch den systematischen Einsatz therapiebegleitender Lektüre den Heilungsprozess intensivieren („Bibliotherapie").
  - Der Patient erhält konkrete Strategien zur Selbstkontrolle und Selbsthilfe.
- **Dauer:** Üblicherweise 25–45 Sitzungen zuzüglich 5 Probesitzungen, s. Vorbemerkungen (S. 365).

Hinweis: Als integrativer Bestandteil der VT Kassenleistung (S. 345)!

16.8 Interpersonale Psychotherapie (IPT)

Grundlagen

- **Definition:** Von G.L. Klerman u. a. ausgebaute, fokalzentrierte Kurzzeittherapie bei depressiven Störungen mit eklektisch-schulenübergreifender Integration verwandter Therapieverfahren vor kognitiv-verhaltenstherapeutischem Hintergrund.
- **Wirkhypothese:** Die Depression wird als eine multifaktorielle Störung innerhalb eines interpersonalen Kontextes aufgefasst, die durch kognitive Reattribution und Verhaltensmodifikation behoben werden kann. Therapeutisch wirksam sind außerdem die aus der personenzentrierten Gesprächstherapie (S. 358) übernommenen Einflussfaktoren wie Empathie, Selbstexploration und Reflexion. Vorrangig bearbeitet werden folgende als dysfunktional aufgefasste Dimensionen:
  - Verlust (abnorme Trauer).
  - Gestörte Beziehungen (Beziehungskonflikte).
  - Beeinträchtigtes Rollenverhalten (z. B. durch private oder berufliche Veränderungen).
  - Soziale Defizite (z. B. Vereinsamung).

Indikationen

- Belastungs- und Anpassungsstörungen mit Depressivität (S. 217).
- Dysthymia. Depressive Persönlichkeit. (S. 214)
- Einzelne psychosomatische Erkrankungen, z. B. Essstörungen (S. 245).
- Depressive Begleitsymptomatik bei anderen Erkrankungen.

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

- **Begleitwirkungen, Komplikationen:** Nicht bekannt.
- **Kontraindikationen:**
  - Akute psychotische Störung.
  - Minderbegabung. Demenz.
  - Schwere Suchterkrankung.

Vorgehen

- Kognitionsanalyse, Entwicklung von Störungsmodell und Therapiestrategie, s. Vorbemerkungen (S. 365).
- **Behandlungsstrategien** (innerhalb der direktiven und aktiv-didaktisch akzentuierten Therapieform):
  - Zunächst systematische *Analyse* („rationale Selbstanalyse") des Verhaltens und der begleitenden Denkstereotypien und Emotionen, um irrationale Bewertungen aufzudecken.
  - Entwickeln *neuer Bewertungsmuster:* Der Patient wird mit den dysfunktionalen Annahmen konfrontiert und angehalten, rationale Alternativen zu erarbeiten („sokratischer Dialog"). Er soll sich problematische Situationen vorstellen und versuchen, so zu denken und zu fühlen, wie er es gern möchte.
  - Als zusätzliche Hilfen kann der Therapeut *Übungsaufgaben* erteilen und durch den systematischen Einsatz therapiebegleitender Lektüre den Heilungsprozess intensivieren („Bibliotherapie").
  - Der Patient erhält konkrete Strategien zur Selbstkontrolle und Selbsthilfe.
- **Dauer:** Üblicherweise 25–45 Sitzungen zuzüglich 5 Probesitzungen, s. Vorbemerkungen (S. 365).

Hinweis: Als integrativer Bestandteil der VT Kassenleistung (S. 345)!

16.8 Interpersonale Psychotherapie (IPT)

Grundlagen

- **Definition:** Von G.L. Klerman u. a. ausgebaute, fokalzentrierte Kurzzeittherapie bei depressiven Störungen mit eklektisch-schulenübergreifender Integration verwandter Therapieverfahren vor kognitiv-verhaltenstherapeutischem Hintergrund.
- **Wirkhypothese:** Die Depression wird als eine multifaktorielle Störung innerhalb eines interpersonalen Kontextes aufgefasst, die durch kognitive Reattribution und Verhaltensmodifikation behoben werden kann. Therapeutisch wirksam sind außerdem die aus der personenzentrierten Gesprächstherapie (S. 358) übernommenen Einflussfaktoren wie Empathie, Selbstexploration und Reflexion. Vorrangig bearbeitet werden folgende als dysfunktional aufgefasste Dimensionen:
  - Verlust (abnorme Trauer).
  - Gestörte Beziehungen (Beziehungskonflikte).
  - Beeinträchtigtes Rollenverhalten (z. B. durch private oder berufliche Veränderungen).
  - Soziale Defizite (z. B. Vereinsamung).

Indikationen

- Belastungs- und Anpassungsstörungen mit Depressivität (S. 217).
- Dysthymia. Depressive Persönlichkeit. (S. 214)
- Einzelne psychosomatische Erkrankungen, z. B. Essstörungen (S. 245).
- Depressive Begleitsymptomatik bei anderen Erkrankungen.

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

- **Begleitwirkungen, Komplikationen:** Nicht bekannt.
- **Kontraindikationen:**
  - Akute psychotische Störung.
  - Minderbegabung. Demenz.
  - Schwere Suchterkrankung.

Vorgehen

- **Therapie in drei Phasen:**
  - *Initiale Phase* (1.–3. Sitzung): Anamneseerhebung (S. 22), Erheben des Psychostatus (S. 26), Indikationsstellung. Information und Aufklärung. Problemanalyse (S. 31).
  - *Therapiephase* (4.– 13. Sitzung): Exploration und Bearbeitung der Problematik. Fokussierung von Erwartungen, Wahrnehmungen und Reaktionen. Erarbeitung alternativer Bewältigungsmöglichkeiten. Aufbau neuer Verhaltensweisen.
  - *Schlussphase* (14.– 16. Sitzung): Zusammenfassung des Behandlungserfolges, Reflexion und Rückblick. Klärung weiterführender Hilfen. Zukunftsplanung.
- **Dauer und Umfang:** Kurz- bis mittelfristige Therapie in Einzel- und Gruppenform mit maximal 20 Sitzungen (innerhalb 12–20 Wochen).

16.9 Symptomverschreibung

Grundlagen

- **Synonym:** Paradoxe Intention, negative Übung, vgl. Logotherapie (S. 357).
- **Definition:** Methode der Verhaltensmodifikation in Form paradoxer Verordnungen.
- **Wirkhypothesen:** Durch eine therapeutisch induzierte Angstreaktion oder eines anderen unerwünschten Verhaltens kommt es zu deren Reduktion durch Habituation, ähnlich der Reizüberflutung (S. 368), und damit zur Auflockerung festgefahrener Verhaltensstereotypien sowie Auflösung von Motivationsblockaden.

Indikationen

- Phobie, Zwangsstörung.
- Motorische Störungen (wie z. B. Tics und Stereotypien).
- Somatoforme Störungen.
- Sexuelle Funktionsstörung.
- Schlafstörungen.

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

- **Begleitwirkungen, Komplikationen:**
  - Angst oder Depressivität durch Eskalation unerwünschter Symptome.
  - Ethische Probleme durch (scheinbar) „untherapeutische“ Paradoxie (Symptom wird „herbeigerufen“ – z. B. Verordnung von „Schlaflosigkeit“ bei Schlafstörungen, Koitusverbot bei Impotenz).
- **Kontraindikationen:** Im großen und ganzen wie bei Reizüberflutung (S. 368).

Vorgehen

- Nach Verhaltensdiagnostik (S. 31) und Therapieplanung:
  - Aufforderung an den Patienten, die symptomauslösende Situation bzw. unerwünschte Kognition und/oder Motivation „herbeizuwünschen“ bzw. gezielt aufzusuchen.
  - Entlastung von stresserzeugenden Defiziten im psychophysischen Leistungsbereich durch therapeutisch verordnete paradoxe Verhaltensweise bei Schlafstörung.
- Dauer: Im Prinzip wie bei anderen VT-Verfahren.

Vorgehen

- **Therapie in drei Phasen:**
  - *Initiale Phase* (1.–3. Sitzung): Anamneseerhebung (S. 22), Erheben des Psychostatus (S. 26), Indikationsstellung. Information und Aufklärung. Problemanalyse (S. 31).
  - *Therapiephase* (4.– 13. Sitzung): Exploration und Bearbeitung der Problematik. Fokussierung von Erwartungen, Wahrnehmungen und Reaktionen. Erarbeitung alternativer Bewältigungsmöglichkeiten. Aufbau neuer Verhaltensweisen.
  - *Schlussphase* (14.– 16. Sitzung): Zusammenfassung des Behandlungserfolges, Reflexion und Rückblick. Klärung weiterführender Hilfen. Zukunftsplanung.
- **Dauer und Umfang:** Kurz- bis mittelfristige Therapie in Einzel- und Gruppenform mit maximal 20 Sitzungen (innerhalb 12–20 Wochen).

16.9 Symptomverschreibung

Grundlagen

- **Synonym:** Paradoxe Intention, negative Übung, vgl. Logotherapie (S. 357).
- **Definition:** Methode der Verhaltensmodifikation in Form paradoxer Verordnungen.
- **Wirkhypothesen:** Durch eine therapeutisch induzierte Angstreaktion oder eines anderen unerwünschten Verhaltens kommt es zu deren Reduktion durch Habituation, ähnlich der Reizüberflutung (S. 368), und damit zur Auflockerung festgefahrener Verhaltensstereotypien sowie Auflösung von Motivationsblockaden.

Indikationen

- Phobie, Zwangsstörung.
- Motorische Störungen (wie z. B. Tics und Stereotypien).
- Somatoforme Störungen.
- Sexuelle Funktionsstörung.
- Schlafstörungen.

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

- **Begleitwirkungen, Komplikationen:**
  - Angst oder Depressivität durch Eskalation unerwünschter Symptome.
  - Ethische Probleme durch (scheinbar) „untherapeutische“ Paradoxie (Symptom wird „herbeigerufen“ – z. B. Verordnung von „Schlaflosigkeit“ bei Schlafstörungen, Koitusverbot bei Impotenz).
- **Kontraindikationen:** Im großen und ganzen wie bei Reizüberflutung (S. 368).

Vorgehen

- Nach Verhaltensdiagnostik (S. 31) und Therapieplanung:
  - Aufforderung an den Patienten, die symptomauslösende Situation bzw. unerwünschte Kognition und/oder Motivation „herbeizuwünschen“ bzw. gezielt aufzusuchen.
  - Entlastung von stresserzeugenden Defiziten im psychophysischen Leistungsbereich durch therapeutisch verordnete paradoxe Verhaltensweise bei Schlafstörung.
- Dauer: Im Prinzip wie bei anderen VT-Verfahren.

16.10 Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)

Grundlagen

- **Definition:** Die von M. M. Linehan kompilierte Dialektisch-Behaviorale Therapie ist eine multimodale Variante der kognitiven Verhaltenstherapie zur Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen. Es handelt sich um eine Kombination von Fertigkeitentrainings („Skills Training"), kognitiver Umstrukturierung, psychodynamischen Ansätzen, spirituellen Elementen und meditativen Techniken aus dem Zen-Buddhismus.
- **Wirkhypothesen:** Borderline-Verhaltensmuster werden als Ausdruck gestörter Emotionsregulation angesehen. Den daraus resultierenden Spannungszuständen (S. 275) wird unangemessen-dysfunktional begegnet. Kernstück der Therapie ist daher eine „dialektische" therapeutische Grundhaltung, die ihre Dynamik aus Widersprüchen bezieht. Vor lerntheoretischem Hintergrund wird zudem versucht, dysfunktionale Verhaltensmuster zu analysieren, von Auslösern abzukoppeln und Alternativen zu erarbeiten.

Hinweis: Als DBT-F-Variante bei *dissozialen Suchtpatienten* eingesetzt.

Indikation

- Borderline-Persönlichkeitsstörung (insbesondere mit chronischer Suizidalität).

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

- **Begleitwirkungen, Komplikationen:** Nicht bekannt.
- **Kontraindikationen:** Akute psychotische Störung, geistige Behinderung, Demenzerkrankung.

Vorgehen

- **Vorbereitungsphase:** Diagnostik (S. 15), Aufklärung und Information. Motivations- und Zielanalyse.
- **Erste Therapiephase:** Bearbeitung von suizidalen, parasuizidalen und autoaggressiven Verhaltensimpulsen. Übungen in „Achtsamkeit", Meditation, bewusste Wahrnehmung von Emotionen. Training sozialer Kompetenz. Erhöhung der Streßtoleranz und Verbesserung des Selbstmanagements.
- **Zweite Therapiephase:** Bearbeitung traumatischer Erfahrungen bzw. imaginative Reaktivierung traumatischer Ereignisse (Exposition). Aktivierung der dysfunktionalen Bewältigungsstrategien und Ersatz durch adäquate Verhaltensmuster. Kognitive Umstrukturierung.
- **Dritte Therapiephase:** Feedback. Integration der neuen Erfahrungen in das veränderte Selbstkonzept. Ich-Stärkung. Erneutes Feedback. Entwicklung und Realisierung angemessener Lebensziele. Supervision.
- **Dauer und Umfang:** Die DBT ist eine Langzeittherapie mit zwei Sitzungen pro Woche im Rahmen der ambulanten Einzeltherapie. In Gruppenform (S. 380) lässt sich im stationären oder teilstationären Setting – zumindest anfangs – eine quantitativ und qualitativ höhere Effizienz erreichen. Siehe Leistungsumfang der Kassen (S. 345).

16.11 Schematherapie

Grundlagen

- **Definition:** Von J. E. Young konzipierte Variante bzw. Weiterentwicklung der kognitiven Therapie (S. 369), die emotionale und psychosoziale bzw. biografische Aspekte der Persönlichkeit stärker als die klassische VT berücksichtigt.

- **Wirkhypothese:** Anhaltende, chronifizierte Lebensprobleme werden im Zusammenhang mit hartnäckigen dysfunktionalen negativen Schemata („Lebensfallen") gesehen. Solche Schemata sind z. B. Charakterzüge von Ängstlichkeit und Misstrauen, Unzulänglichkeit und Abhängigkeit, Versagen und Gehemmtheit. Sie betreffen sowohl kognitive wie auch emotionale und Wahrnehmungsbereiche; ihre Ursachen liegen in negativen bzw. traumatischen frühen Prägungen, die zur Entstehung und Aufrechterhaltung solcher gestörter Denk-, Erlebens- und Verhaltensmuster führten.
- Therapeutischer Ansatz ist eine Abklärung und Reflexion der schemaprägenden Bedingungen mit verhaltens-, insbesondere gestalttherapeutischen Methoden.

Indikationen

- Persönlichkeitsstörungen (Borderline-Störung, narzisstische Persönlichkeit).
- Chronifizierte Depression.
- Essstörungen. Abhängigkeit.
- Festgefahrene Lebensprobleme.

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

- **Begleitwirkungen:** Verstimmungen. Krisen.
- **Kontraindikationen:** Psychotische Störungen, geistige Behinderung, hirnorganische Erkrankung, Demenz.

Vorgehen

- Umfassende diagnostische Abklärung einschließlich biografischer Anamnese.
- Therapieeinleitung: Fürsorgliche *Beziehungsgestaltung* unter Wahrung professioneller Neutralität. Engagiertes, warmherziges Verhalten des Therapeuten mit flexiblen Kontaktterminen und Sprechzeiten. Dialogisches Setting.
- *Emotionsfokussierte Techniken* wie Imaginationsübungen zur Bearbeitung negativer Kindheitserfahrungen. Rollenspiel.
- Einsatz *verhaltenstherapeutischer Techniken* wie Selbstsicherheitstraining und Exposition. Transaktionsanalyse.
- *Kognitive Umstrukturierung.* Vermittlung alternativer Konzepte zur Bedürfnisbefriedigung, Lebensgestaltung und persönlichen Zielsetzung.
- *Psychoedukation.*
- Dauer: Therapie unter Umständen über Jahre mit durchschnittlich zwei Einzelsitzungen pro Woche (Vergleichende Gestalttherapie Kap. 21.12 sowie Methoden der Gruppentherapie ab Kap. 23.2).

16.12 Augenbewegungsdesensibilisierung und -verarbeitung

Grundlagen

- **Synonym:** Eye Movement Desensitization and Reprocessing – EMDR
- **Definition:** Spezielle Form der Verhaltenstherapie zur Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung nach F. Shapiro.
- **Wirkhypothese:** Traumatische Erlebnisse können zu einer Überforderung der psychischen Bewältigungs- und Verarbeitungsmechanismen führen, insbesondere, wenn deren Integration in das semantische Gedächtnis misslingt. Durch wiederholte, kontrollierte imaginäre Expositionen des auslösenden Traumas in Verbindung mit sakkadischen Augenbewegungen und nachfolgender Bearbeitung der traumabezogenen Vorstellungen und Gefühle sollen die traumatischen Erinnerungen wie auch damit verbundenen dysfunktionalen Kognitionen dekonditioniert werden.

- **Wirkhypothese:** Anhaltende, chronifizierte Lebensprobleme werden im Zusammenhang mit hartnäckigen dysfunktionalen negativen Schemata („Lebensfallen") gesehen. Solche Schemata sind z. B. Charakterzüge von Ängstlichkeit und Misstrauen, Unzulänglichkeit und Abhängigkeit, Versagen und Gehemmtheit. Sie betreffen sowohl kognitive wie auch emotionale und Wahrnehmungsbereiche; ihre Ursachen liegen in negativen bzw. traumatischen frühen Prägungen, die zur Entstehung und Aufrechterhaltung solcher gestörter Denk-, Erlebens- und Verhaltensmuster führten.
- Therapeutischer Ansatz ist eine Abklärung und Reflexion der schemaprägenden Bedingungen mit verhaltens-, insbesondere gestalttherapeutischen Methoden.

Indikationen

- Persönlichkeitsstörungen (Borderline-Störung, narzisstische Persönlichkeit).
- Chronifizierte Depression.
- Essstörungen. Abhängigkeit.
- Festgefahrene Lebensprobleme.

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

- **Begleitwirkungen:** Verstimmungen. Krisen.
- **Kontraindikationen:** Psychotische Störungen, geistige Behinderung, hirnorganische Erkrankung, Demenz.

Vorgehen

- Umfassende diagnostische Abklärung einschließlich biografischer Anamnese.
- Therapieeinleitung: Fürsorgliche *Beziehungsgestaltung* unter Wahrung professioneller Neutralität. Engagiertes, warmherziges Verhalten des Therapeuten mit flexiblen Kontaktterminen und Sprechzeiten. Dialogisches Setting.
- *Emotionsfokussierte Techniken* wie Imaginationsübungen zur Bearbeitung negativer Kindheitserfahrungen. Rollenspiel.
- Einsatz *verhaltenstherapeutischer Techniken* wie Selbstsicherheitstraining und Exposition. Transaktionsanalyse.
- *Kognitive Umstrukturierung.* Vermittlung alternativer Konzepte zur Bedürfnisbefriedigung, Lebensgestaltung und persönlichen Zielsetzung.
- *Psychoedukation.*
- Dauer: Therapie unter Umständen über Jahre mit durchschnittlich zwei Einzelsitzungen pro Woche (Vergleichende Gestalttherapie Kap. 21.12 sowie Methoden der Gruppentherapie ab Kap. 23.2).

16.12 Augenbewegungsdesensibilisierung und -verarbeitung

Grundlagen

- **Synonym:** Eye Movement Desensitization and Reprocessing – EMDR
- **Definition:** Spezielle Form der Verhaltenstherapie zur Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung nach F. Shapiro.
- **Wirkhypothese:** Traumatische Erlebnisse können zu einer Überforderung der psychischen Bewältigungs- und Verarbeitungsmechanismen führen, insbesondere, wenn deren Integration in das semantische Gedächtnis misslingt. Durch wiederholte, kontrollierte imaginäre Expositionen des auslösenden Traumas in Verbindung mit sakkadischen Augenbewegungen und nachfolgender Bearbeitung der traumabezogenen Vorstellungen und Gefühle sollen die traumatischen Erinnerungen wie auch damit verbundenen dysfunktionalen Kognitionen dekonditioniert werden.

Indikationen

- Posttraumatische Belastungsstörung.

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

- **Begleitwirkungen, Komplikationen:** Nicht bekannt.
- **Kontraindikationen:**
  - Psychotische Störungen, schwere Depression.
  - Geistige Behinderung.
  - Suchterkrankung, Demenz.

Vorgehen

- **Anamnese und Befunderhebung:** Störungsspezifische Diagnostik in Richtung einer PTBS. Prozessdiagnostik (Überprüfung körperlicher und psychischer Stabiliät, Übertragungsmuster? Konfliktlösungsstrategie?).
- **Therapiephase:** Entspannungsübungen mit anschließender bilateraler spezifischer Stimulation durch raschen, horizontalen Blickrichtungswechsel (vom Therapeuten durch Fingerbewegungen induzierte, sakkadische Hin- und Herbewegungen der Augen). Währenddessen Konzentration des Patienten auf traumatische Erinnerungen.
- **Dauer:** Mehrere Sitzungen.

16.13 Biofeedback

Grundlagen

- **Definition:** Verhaltensmodifizierende Methode der operanten Konditionierung zur Beeinflussung autonomer Körperfunktionen. Im Unterschied zu Suggestivverfahren (S. 360) wahrnehmbare Rückmeldung biologischer Signale (z. B. Blutdruck, Herzfrequenz, Hauttemperatur, Muskelanspannung.).
- **Wirkhypothese:** Intensivere Wahrnehmung von Körpersignalen und erlernte Selbstkontrolle autonomer Körperfunktionen durch Registrierung der entsprechenden Biosignale und deren Rückmeldung mittels akustischer und/oder optischer Anzeige. Infolge dieser Rückkopplung ist eine mehr oder weniger intensive, willkürliche Beeinflussung zentralnervös gesteuerter, physiologischer Funktionskreise möglich.

Indikationen

- Spannungskopfschmerz. Chron. Rückenschmerz.
- Muskelspasmen bzw. Spastik, Dystonie, Tics, Tremor (meist in Kombination mit anderen verhaltenstherapeutischen Methoden), chronische Schmerzzustände.
- Hypertonie. Arrthymien, Tachykardie. Asthma bronchiale.
- Schlafstörungen.
- Erniedrigte Krampfschwelle bei Epilepsie.

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

- **Begleitwirkungen, Komplikationen:** Selten Übersteuerung in Richtung gegenläufiger Reaktionen (z. B. Atemnot, Hypotonie, Bradykardie).
- **Kontraindikationen:**
  - Akute und subakute psychotische Störung, psychotische Residualsymptomatik.
  - Hypochondrie, insbesondere Herzphobie.
  - Psychogene Körperstörung bzw. Konversionssymptome.
  - Geistige Behinderung, Intelligenzmängel, Demenz.

Indikationen

- Posttraumatische Belastungsstörung.

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

- **Begleitwirkungen, Komplikationen:** Nicht bekannt.
- **Kontraindikationen:**
  - Psychotische Störungen, schwere Depression.
  - Geistige Behinderung.
  - Suchterkrankung, Demenz.

Vorgehen

- **Anamnese und Befunderhebung:** Störungsspezifische Diagnostik in Richtung einer PTBS. Prozessdiagnostik (Überprüfung körperlicher und psychischer Stabiliät, Übertragungsmuster? Konfliktlösungsstrategie?).
- **Therapiephase:** Entspannungsübungen mit anschließender bilateraler spezifischer Stimulation durch raschen, horizontalen Blickrichtungswechsel (vom Therapeuten durch Fingerbewegungen induzierte, sakkadische Hin- und Herbewegungen der Augen). Währenddessen Konzentration des Patienten auf traumatische Erinnerungen.
- **Dauer:** Mehrere Sitzungen.

16.13 Biofeedback

Grundlagen

- **Definition:** Verhaltensmodifizierende Methode der operanten Konditionierung zur Beeinflussung autonomer Körperfunktionen. Im Unterschied zu Suggestivverfahren (S. 360) wahrnehmbare Rückmeldung biologischer Signale (z. B. Blutdruck, Herzfrequenz, Hauttemperatur, Muskelanspannung.).
- **Wirkhypothese:** Intensivere Wahrnehmung von Körpersignalen und erlernte Selbstkontrolle autonomer Körperfunktionen durch Registrierung der entsprechenden Biosignale und deren Rückmeldung mittels akustischer und/oder optischer Anzeige. Infolge dieser Rückkopplung ist eine mehr oder weniger intensive, willkürliche Beeinflussung zentralnervös gesteuerter, physiologischer Funktionskreise möglich.

Indikationen

- Spannungskopfschmerz. Chron. Rückenschmerz.
- Muskelspasmen bzw. Spastik, Dystonie, Tics, Tremor (meist in Kombination mit anderen verhaltenstherapeutischen Methoden), chronische Schmerzzustände.
- Hypertonie. Arrthymien, Tachykardie. Asthma bronchiale.
- Schlafstörungen.
- Erniedrigte Krampfschwelle bei Epilepsie.

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

- **Begleitwirkungen, Komplikationen:** Selten Übersteuerung in Richtung gegenläufiger Reaktionen (z. B. Atemnot, Hypotonie, Bradykardie).
- **Kontraindikationen:**
  - Akute und subakute psychotische Störung, psychotische Residualsymptomatik.
  - Hypochondrie, insbesondere Herzphobie.
  - Psychogene Körperstörung bzw. Konversionssymptome.
  - Geistige Behinderung, Intelligenzmängel, Demenz.

Vorgehen

- Analyse der aktuellen Symptomatik und Erstellen eines Therapieplans. Instruktion des Patienten.
- Applikation entsprechender Sensoren (z. B. Elektroden, Temperaturfühler) und Vorgabe der anzustrebenden Messwertveränderung, evtl. mit Vorgabe zusätzlicher Strategien (z. B. Entspannungstechniken).
- Mehrere Durchgänge (auch in Abwesenheit des Therapeuten) mit Aufzeichnung des Ergebnisses.
- Dauer, Umfang: in Abhängigkeit von Erkrankung ca. 10–20 Sitzungen à 50 Minuten.

16.14 Aversionstherapie

Grundlagen

- **Definition:** Form der Verhaltensmodifikation, bei der unerwünschte, störende Handlungen oder Vorstellungen durch Sanktionen („Bestrafung") unterbunden werden sollen, s. a. Entwöhnungsbehandlung (S. 335).
- **Wirkhypothese:** Nach dem Prinzip der negativen Verstärkung kommt es zur Löschung eines unerwünschten, störenden Verhaltens, wenn dessen Auftreten obligat und unmittelbar mit unangenehmen Reizen verknüpft wird (klassisches oder operantes Konditionieren). Der Patient muss dabei Handlung und Reaktion als kontingent erleben, d. h. beides als zusammengehörig empfinden. Bei der „einfachen Löschung" wird unerwünschtes Verhalten lediglich ignoriert.

Indikationen

- Nur noch selten verwendete Methode zur Behandlung von Alkoholismus oder anderen Suchterkrankungen.
- Sexuelle Deviation (Fetischismus und Exhibitionismus).
- Selbstverletzendes Verhalten.

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

- **Begleitwirkungen, Komplikationen:** Angstgefühl, Depressivität.
- **Kontraindikationen:**
  - Fehlende Motivation und Compliance.
  - Akute und subakute psychotische Störungen.
  - Intelligenzschwäche, geistige Behinderung, hirnorganische Schädigungen und Demenz.
  - Neigung zu Hypochondrie und Selbstbeobachtung.
  - Angst und Depressivität.

Vorgehen

- Bestandsaufnahme der aktuellen Symptomatik und Verhaltensanalyse (S. 31).
- Anwendung von Aversivreizen bei oder unmittelbar nach Auftreten des unerwünschten Verhaltens, z. B. Verabreichung von Disulfiram bei Alkoholtrinken (S. 335). Hierdurch kommt es zu Übelkeit, Brechreiz und anderen vegetativen Symptomen. Andere Aversivreize sind z. B. unangenehme elektrische Schläge.
- Dauer: Bedarfsabhängig.

Hinweis: Aus ethischen Gründen wie auch wegen unbefriedigender Katamnesen im klinisch-therapeutischen Bereich obsolet.

Vorgehen

- Analyse der aktuellen Symptomatik und Erstellen eines Therapieplans. Instruktion des Patienten.
- Applikation entsprechender Sensoren (z. B. Elektroden, Temperaturfühler) und Vorgabe der anzustrebenden Messwertveränderung, evtl. mit Vorgabe zusätzlicher Strategien (z. B. Entspannungstechniken).
- Mehrere Durchgänge (auch in Abwesenheit des Therapeuten) mit Aufzeichnung des Ergebnisses.
- Dauer, Umfang: in Abhängigkeit von Erkrankung ca. 10–20 Sitzungen à 50 Minuten.

16.14 Aversionstherapie

Grundlagen

- **Definition:** Form der Verhaltensmodifikation, bei der unerwünschte, störende Handlungen oder Vorstellungen durch Sanktionen („Bestrafung") unterbunden werden sollen, s. a. Entwöhnungsbehandlung (S. 335).
- **Wirkhypothese:** Nach dem Prinzip der negativen Verstärkung kommt es zur Löschung eines unerwünschten, störenden Verhaltens, wenn dessen Auftreten obligat und unmittelbar mit unangenehmen Reizen verknüpft wird (klassisches oder operantes Konditionieren). Der Patient muss dabei Handlung und Reaktion als kontingent erleben, d. h. beides als zusammengehörig empfinden. Bei der „einfachen Löschung" wird unerwünschtes Verhalten lediglich ignoriert.

Indikationen

- Nur noch selten verwendete Methode zur Behandlung von Alkoholismus oder anderen Suchterkrankungen.
- Sexuelle Deviation (Fetischismus und Exhibitionismus).
- Selbstverletzendes Verhalten.

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

- **Begleitwirkungen, Komplikationen:** Angstgefühl, Depressivität.
- **Kontraindikationen:**
  - Fehlende Motivation und Compliance.
  - Akute und subakute psychotische Störungen.
  - Intelligenzschwäche, geistige Behinderung, hirnorganische Schädigungen und Demenz.
  - Neigung zu Hypochondrie und Selbstbeobachtung.
  - Angst und Depressivität.

Vorgehen

- Bestandsaufnahme der aktuellen Symptomatik und Verhaltensanalyse (S. 31).
- Anwendung von Aversivreizen bei oder unmittelbar nach Auftreten des unerwünschten Verhaltens, z. B. Verabreichung von Disulfiram bei Alkoholtrinken (S. 335). Hierdurch kommt es zu Übelkeit, Brechreiz und anderen vegetativen Symptomen. Andere Aversivreize sind z. B. unangenehme elektrische Schläge.
- Dauer: Bedarfsabhängig.

Hinweis: Aus ethischen Gründen wie auch wegen unbefriedigender Katamnesen im klinisch-therapeutischen Bereich obsolet.

16.15 Aktivitätsplanung, Aktivitätsaufbau

Grundlagen

- **Synonym:** Pleasant activities, scheduling activities.
- **Definition:** Verhaltenstherapeutische Methode in Form gestaffelter Trainings zum allmählichen Erreichen eines bestimmten Stimmungs- und Leistungsniveaus.
- **Wirkhypothese:** Durch positive Verstärkung mit Hilfe eines regelmäßigen Einübens festgelegter, struktureller Aktivitäten wird eine Verbesserung der psychischen Allgemeinverfassung (vor allem von Antrieb, Stimmungslage und Leistungsfähigkeit) erreicht.

Indikation

- Vorrangig bei chronifizierter Depression oder psychotischem Residuum als Hilfsmittel innerhalb anderer verhaltenstherapeutischer Methoden.
- Zur Verbesserung des Schmerzmanagements.
- Bei somatoformen bzw. psychosomatischen Leistungsdefiziten.

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

- **Begleitwirkungen, Komplikationen:** Überforderung des Patienten ist zu vermeiden.
- **Kontraindikationen:**
  - Akute psychotische Störung.
  - Schwere geistige Behinderung und Demenz.
  - Belastungsreaktion.

Vorgehen

- Verhaltensanalyse (S. 31) und Erstellen eines Aktivitätsprogramms mit ansteigendem Schwierigkeitsgrad.
- Der Patient wird angehalten, die festgelegten Handlungs- und Verhaltensweisen unter gezielter Selbstbeobachtung zu trainieren und diese durch Wiederholungen zu stabilisieren. Die Ergebnisse werden schriftlich in einem Aktivitätstagebuch fixiert. Die jeweiligen Fortschritte werden festgehalten und besprochen; die einzelnen Schwierigkeitsgrade werden zusammen mit dem Patienten ermittelt.
- Dauer: Bedarfsabhängig.

16.16 Münzverstärkung

Grundlagen

- **Synonym:** Token Economy.
- **Definition:** Methode der Verhaltensmodifikation, bei der erwünschte Verhaltensweisen systematisch und kontingent mit Gutscheinen oder Wertmarken („Token“) oder anderen Vergünstigungen belohnt werden. Umgekehrt können auch störende, unerwünschte Verhaltensweisen durch Entzug der Belohnungen „bestraft“ und dadurch gemindert werden.
- **Wirkhypothese:** Durch positive (operante) Verstärkung Aufbau und Stabilisierung des erwünschten Verhaltens unter der Voraussetzung, dass die angestrebten Ziele bekannt und definiert sind und dass Verhalten und Belohnung kontingent aufeinanderfolgen.

Indikation

- Verhaltensstörungen im Rahmen geistiger Behinderung oder chronischer psychotischer Störungen.
- Abhängigkeitserkrankung.

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

- **Begleitwirkungen, Komplikationen:** Nicht bekannt.
- **Kontraindikationen:** Weniger geeignet sowohl bei differenzierten als auch schwerer geistig behinderten Patienten sowie allen akuten Erkrankungen.

Vorgehen

- Abklärung der Lerngeschichte, Verhaltensanalyse (S. 31), Therapieziel ? Erklärung des therapeutischen Prinzips.
- Aufstellung eines Therapieprogramms mit Festlegung und Definition des Behandlungsziels.
- Sodann regelmäßige (kontingente) Verstärkung durch Belohnung mit Wertmarken, Bons, Chips, Pluspunkten u. ä., die gegen gewünschte Gegenstände oder bestimmte Privilegien eingetauscht werden können. Ergänzend: Genusstraining.
- Dauer: Bedarfsabhängig.

17 Gruppentherapien

17.1 Vorbemerkungen

Unter dem Begriff „Gruppentherapie“ werden global alle Methoden der Psychotherapie zusammengefasst, die in einer Gruppe von 6–9 Teilnehmern angewendet werden. Diese Behandlungsform stellt insofern mehr dar als eine Summe von Einzelbehandlungen, als kommunikative *gruppen- und soziodynamische Gesetzmäßigkeiten* zusätzliche therapeutische Wirkungen entfalten, die der Einzeltherapie verschlossen bleiben (s. Abb. 17.1).

Während zudeckend-direktiv arbeitende Gruppen schwerpunktmäßig wie in der Einzeltherapie supportiv-adaptive Zielsetzungen haben und hierzu über Interaktionsprozesse, Rollenspiel, freie Aussprache und Modell-Lernen Elemente einer „gegenseitigen Therapie“ beinhalten, stellt bei **aufdeckend-analytisch arbeitenden Gruppen** die Sichtbarmachung unbewusster Konflikte über eine Bearbeitung von Abwehrmanövern das therapeutische Medium dar. In der analytischen Gruppenpsychotherapie kommt es zusätzlich auch zu tiefergreifenden regressiven Prozessen.

Bei den **verhaltenstherapeutischen Gruppen** handelt es sich in der Regel um problem- und zielorientierte Trainings- und Arbeitsgruppen, bei denen Patienten mit ähnlichen Störungen zusammengefasst werden. Diese werden auf der Grundlage lerntheoretischer Erkenntnisse nach multimodaler Verhaltensanalyse einer gemeinsamen Bearbeitung unterzogen. Hilfsmittel sind hier nicht Katharsis, Selbsterfahrung, Regression oder Übertragungsphänomene, sondern Realitätserfahrung, Konfrontation, Übungen und kognitive Umorientierung.

Nicht therapeutisch im engeren Sinn arbeiten sogenannte **Erlebnisgruppen** aus der „Encounter-Bewegung“ und den „Sensitivity-Trainings“ der *humanistischen Psychologie*. Sie dienen der Selbsterfahrung und dem persönlichen Wachstum („growth movement“).

Paar- und Familientherapien bzw. **systemische Therapien** haben die „Beziehung“ bzw. das „System“ als einen einheitlichen Organismus zum Gegenstand („Patient Familie“), der sowohl auf der Grundlage aufdeckender als auch lernpsychologischer Konzepte therapeutisch bearbeitet werden kann. Die bereits beschriebenen suggestiven und übenden Verfahren wie autogenes Training, Relaxation und Hypnose (s. o.) sind ebenfalls in Gruppenform anwendbar.

Die Zusammenstellung einer Gruppe bedarf großer Sorgfalt – bei der Auswahl der Teilnehmer ist auf Motivation, Verläßlichkeit, Introspektionsfähigkeit, Verbalisierungsvermögen und Belastbarkeit zu achten. (Zur Gruppendynamik/Gruppenstruktur s. Abb. 17.1.)

Die Leistungspflicht der Krankenkassen ist bei tiefenpsychologisch fundierter Therapie bei 6–9 Patienten auf 25 (Kurzzeittherapie) bzw. 40 (Normaltherapie) Doppelstunden beschränkt, im besonderen Fall auf 60 Doppelstunden (bei einer Höchstgrenze von 80 Doppelstunden). Analytische Gruppenpsychotherapie wird im Normalfall von den Krankenkassen bis zu 80 Doppelstunden bewilligt, im besonderen Fall bis zu 120 Doppelstunden (bei einer Höchstgrenze von insgesamt 150 Doppelstunden). Für die Kurzzeitverhaltenstherapie in Gruppen umfasst der Leistungsumfang 25 Doppelstunden, für die Regelgruppentherapie 45 Doppelstunden, im besonderen Fall 60 Doppelstunden (bei einer Höchstgrenze von 80 Doppelstunden). Verhaltenstherapeutische Gruppen können in Kombination mit Einzeltherapie 2–9 Patienten umfassen. Bei den Richtlinientherapien gelten im Übrigen die Bedingungen der Einzeltherapie (S. 345).

Tab. 17.1 gibt einem Überblick über die am häufigsten praktizierten Gruppentherapien.

Tab. 17.1 • **Häufigste Gruppentherapieformen**

Gruppenform	Methode	Indikation	Dauer
psychiatrische Gruppe	interaktionell, beratend-supportiv, klärend (offene Gruppe)	• aktuellere psychot. Störung • Sucht • Persönlichkeitsstörung	bedarfsabhängig (ca. 15–30 Stunden)
Rollenspiel	übend, trainierend (offene Gruppe)	• Belastungsreaktion, Anpassungsstörung • soz. Ängste	bedarfsabhängig (ca. 10–20 Stunden)
Psychodrama	aufdeckend, kathartisch, konfliktzentriert (geschlossene Gruppe)	• neurot. Störung • Ängste, Depression • Persönlichkeitsstörung	bedarfsabhängig (ca. 15–30 Stunden)
tiefenpsychologisch orientierte Gruppe	aufdeckend unter Nutzung v. Widerstand und Übertragung (geschlossene Gruppe)	• neurot. Störung • Ängste • Depression • Persönlichkeitsstörung	Standard: 40–80 Stunden
dialektisch-Behaviorale Gruppentherapie (DBG)	Verhaltenstherapeutisch-meditativ	• Borderline-Persönlichkeitsstörung	ca. 80–120 Stunden
systemische Therapie	aufdeckend-konfliktzentriert (geschlossene Gruppe)	• Familien- und Partnerschaftskrise	ca. 15–30 Stunden
themenzentrierte Interaktion (TZI)	lernend-reflektierend (geschlossene bis halboffene Gruppe)	• Kommunikations- und Interaktionsdefizite • soziales Lernen	ca. 30–40 Stunden

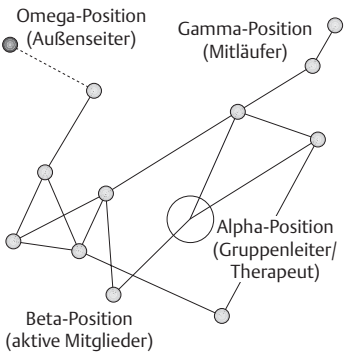


Abb. 17.1 • Kommunikationsstruktur innerhalb einer Gruppe (Soziodynamik)

17.2 Psychiatrische Gruppenarbeit

Grundlagen

- **Synonym:** Psychiatrische Gesprächsgruppe. Interaktionelle Gruppe.
- **Definition:** Gruppenarbeit mit psychisch Kranken, die auf Erkenntnissen der Gruppendynamik, Kommunikationstheorie und Soziometrie aufbaut. Ziel ist die gemeinsame Besprechung und Bearbeitung von Problemen innerhalb einer therapeutischen Gemeinschaft in Form offener Gruppen.
- **Wirkhypothese:** Zudeckend-direktive bzw. supportiv-pädagogische therapeutische Nutzung gruppendynamischer Einwirkungen wie soziale Wahrnehmung, Solidaritätsgefühl, Gemeinschaftserleben, Übernahme vorbildhafter interaktioneller Verhaltensmuster („Modell-Lernen").

Indikationen

- Allgemeine institutionelle Gruppenarbeit bei Patienten mit nach Art und Dauer unterschiedlichen Erkrankungen (z. B. psychotische Störungen, Suchterkrankungen, Anpassungsstörungen).

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

- **Begleitwirkungen, Komplikationen:** Vermeidung von Überforderung einzelner Patienten infolge Gruppendrucks („Sündenbock"-Omegaposition), hier gegebenenfalls Eingreifen des Gruppenleiters (attackiert werden häufig ängstliche, ich-schwache oder gehemmte Patienten wie auch unbequeme, unkonventionelle und individualistische Personen).
- **Kontraindikationen:**
  - Akute psychotische Störung.
  - Ausgeprägtes hirnorganisches Psychosyndrom.
  - Fortgeschrittene Demenz.
  - Schwere Verhaltensstörung.

Vorgehen

- Primär festzulegen sind die therapeutischen Leitlinien, der äußere Rahmen, die Gruppengröße sowie die Dauer und der Zeitpunkt der regelmäßigen Zusammenkünfte.
- Besprechung und Bearbeitung individueller und kollektiver aktueller Probleme.
- Rollenspiel (s. unten) oder Einsatz anderer verhaltenstherapeutischer Gruppentrainings.

Hinweis: Kein Teilnahmezwang um jeden Preis. Bei beharrlichem Fernbleiben einzelner Patienten sind die Beweggründe jedoch abzuklären.

- Dauer: Bedarfsabhängig.

17.3 Rollenspiel

Grundlagen

- **Definition:** In der Verhaltenstherapie (S. 365) verwendetes übendes Gruppenverfahren, das im Unterschied zum Psychodrama (S. 385) keine aufdeckende Funktion hat. In der Kinderpsychiatrie als Spieltherapie praktiziert.
- **Wirkhypothese:** Geleitete Übungen mit „Probehandlungen" und Rückmeldungen führen zum Erlernen und Trainieren erwünschter sozialer Verhaltensweisen, insbesondere zur Selbstbehauptung und zu sozialer Kompetenz.

Indikationen

- **Indikationen für sozialtherapeutisches Training:**
  - Postpsychotisches Residuum.
  - Milieubedingte psychische Schäden.
  - Leichtere intellektuelle Einbußen und Sozialisationsdefizite.
- Allgemein Stärkung von Selbstsicherheit und kontrolliertem Durchsetzungsvermögen.

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

- **Begleitwirkungen, Komplikationen:** Bei überängstlichen und scheuen Patienten allmähliches Heranführen an das Spiel bzw. zunächst Zuweisung unverfänglicherer, einfacherer Rollen.
- **Kontraindikationen:**
  - Akute Psychose.
  - Schwere Depression und Zwangserkrankung.
  - (Fortgeschrittene) Demenz.
  - Schwere geistige Behinderung.

Vorgehen

- In einer Gruppe von 8–12 Personen werden unter Anleitung des Gruppenleiters und des Ko-Therapeuten Rollen aus dem Alltagsleben gespielt (z. B. Einkäufe, Stellensuche, Behördengespräch, Prüfungen).
- Die Darstellungen werden anschließend in der Gruppe besprochen, wobei der Hauptdarsteller vorrangig seine Erlebnisse aus den gespielten Szenen mitteilen soll. Die übrigen Patienten korrigieren oder ergänzen den Ablauf. (Zur Selbstkontrolle Videoaufnahmen zu empfehlen.)
- Dauer: Zwischen 20 und 40 Minuten.

17.4 Selbstsicherheitstraining, Selbstbehauptungstraining

Grundlagen

- **Synonym:** Self assertive Training. Assertiveness Training.
- **Definition:** Verhaltensmodifizierendes Trainingsprogramm zum Aufbau sozialer Kompetenz und adäquatem Sozialverhalten.
- **Wirkhypothesen:** Schrittweises Einüben bestimmter Verhaltensweisen unter kontrollierten Bedingungen führt zu Aufbau und Ausweitung von Ich-Stärke und Durchsetzungsvermögen. Durch Wiederholung Stabilisierung und Verfestigung erwünschter sozialer Verhaltensweisen.

Indikationen

- Soziale Ängste, Soziophobie.
- Defizite im Sozialverhalten bei folgenden Erkrankungen: Anpassungs- und Persönlichkeitsstörung (Ausnahmen siehe Kontraindikationen), chronische psychotische Störung, psychotisches Residuum, Abhängigkeit bzw. Suchterkrankung, leichtere Behinderung.

Indikationen

- **Indikationen für sozialtherapeutisches Training:**
  - Postpsychotisches Residuum.
  - Milieubedingte psychische Schäden.
  - Leichtere intellektuelle Einbußen und Sozialisationsdefizite.
- Allgemein Stärkung von Selbstsicherheit und kontrolliertem Durchsetzungsvermögen.

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

- **Begleitwirkungen, Komplikationen:** Bei überängstlichen und scheuen Patienten allmähliches Heranführen an das Spiel bzw. zunächst Zuweisung unverfänglicherer, einfacherer Rollen.
- **Kontraindikationen:**
  - Akute Psychose.
  - Schwere Depression und Zwangserkrankung.
  - (Fortgeschrittene) Demenz.
  - Schwere geistige Behinderung.

Vorgehen

- In einer Gruppe von 8–12 Personen werden unter Anleitung des Gruppenleiters und des Ko-Therapeuten Rollen aus dem Alltagsleben gespielt (z. B. Einkäufe, Stellensuche, Behördengespräch, Prüfungen).
- Die Darstellungen werden anschließend in der Gruppe besprochen, wobei der Hauptdarsteller vorrangig seine Erlebnisse aus den gespielten Szenen mitteilen soll. Die übrigen Patienten korrigieren oder ergänzen den Ablauf. (Zur Selbstkontrolle Videoaufnahmen zu empfehlen.)
- Dauer: Zwischen 20 und 40 Minuten.

17.4 Selbstsicherheitstraining, Selbstbehauptungstraining

Grundlagen

- **Synonym:** Self assertive Training. Assertiveness Training.
- **Definition:** Verhaltensmodifizierendes Trainingsprogramm zum Aufbau sozialer Kompetenz und adäquatem Sozialverhalten.
- **Wirkhypothesen:** Schrittweises Einüben bestimmter Verhaltensweisen unter kontrollierten Bedingungen führt zu Aufbau und Ausweitung von Ich-Stärke und Durchsetzungsvermögen. Durch Wiederholung Stabilisierung und Verfestigung erwünschter sozialer Verhaltensweisen.

Indikationen

- Soziale Ängste, Soziophobie.
- Defizite im Sozialverhalten bei folgenden Erkrankungen: Anpassungs- und Persönlichkeitsstörung (Ausnahmen siehe Kontraindikationen), chronische psychotische Störung, psychotisches Residuum, Abhängigkeit bzw. Suchterkrankung, leichtere Behinderung.

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

- **Begleitwirkungen, Komplikationen:** Überforderungsreaktion in Form von Frustration und Depressivität.
- **Kontraindikationen:** Akute und subakute Psychose, deutliches psychotisches Residuum, ausgeprägte Minderbegabung bzw. Demenz, Persönlichkeitsstörung mit Neigung zu narzisstischen oder histrionischen Verhaltensweisen.

Vorgehen

- Verhaltensanalyse (S. 31), Beschreibung des Störungsmodells, Therapieplanung, Instruktion des Patienten. Entwicklung eines standardisierten Trainingsprogramms mit ansteigendem Schwierigkeitsgrad bezüglich der problematischen sozialen Situation, die eingeübt werden soll.
- **Rollenspiel:** Anwendung bei schon größerer Selbständigkeit. Training der erwünschten interaktionellen Verhaltensmuster mit anschließender Besprechung in der Gruppe (S. 382).
- **Modell-Lernen:** Nachspielen der vom Therapeuten demonstrierten beispielhaften Verhaltensweisen.
- Wichtig (positive und negative) Rückmeldungen (Feedback, Motivation und Ermutigung) durch Therapeuten und Gruppenmitglieder und Unterstützung durch Verhaltensanweisungen.
- **Therapieziele:** Sich spontan verhalten, eigene Wünsche vortragen, Wünsche anderer abschlagen, Forderungen stellen, widersprechen und angreifen, Fehler und Kritik ertragen.
- **Dauer:** Von den Krankenkassen werden – in Verbindung mit Einzeltherapie – für die Kurzzeitbehandlung 25, für den Normalfall 45 und den besonderen Fall 60 Doppelstunden (max. 80) akzeptiert.

17.5 Training sozialer Kompetenz

Grundlagen

- **Definition:** Übungen zur Verbesserung psychosozialer Fertigkeiten mit Hilfe standardisierter Trainingsprogramme (z. B. STEPPS-Training).
- **Wirkhypothesen:** Auf der Grundlage eines verhaltenstherapeutischen Konzeptes werden unerwünschte soziale Verhaltensweisen abgebaut und mangelhaft ausgebildete soziale Fertigkeiten verstärkt. Angestrebt werden:
  - Eine Verbesserung von Selbstbehauptung, Durchsetzungsfähigkeit und Selbstsicherheit (S. 383).
  - Eine Verbesserung der Kommunikations- und Beziehungsfähigkeit.
  - Eine Verstärkung von Kreativität und Flexibilität im Problemlöseverhalten.

Indikationen

- Soziale Ängste, Persönlichkeitsstörungen mit Borderline-Symptomatik.
- Depressionen, Abhängigkeitserkrankungen.
- Chronisch-psychotische Erkrankungen bzw. Residualsyndrome.
- Geistige Behinderung und Demenz.

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

- **Begleitwirkungen, Komplikationen:** Allenfalls Überforderungsreaktion bei Überstimulation.
- **Kontraindikationen:** Akute psychotische Störung, schwerere kognitive Leistungsmängel, schwere Persönlichkeitsstörung.

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

- **Begleitwirkungen, Komplikationen:** Überforderungsreaktion in Form von Frustration und Depressivität.
- **Kontraindikationen:** Akute und subakute Psychose, deutliches psychotisches Residuum, ausgeprägte Minderbegabung bzw. Demenz, Persönlichkeitsstörung mit Neigung zu narzisstischen oder histrionischen Verhaltensweisen.

Vorgehen

- Verhaltensanalyse (S. 31), Beschreibung des Störungsmodells, Therapieplanung, Instruktion des Patienten. Entwicklung eines standardisierten Trainingsprogramms mit ansteigendem Schwierigkeitsgrad bezüglich der problematischen sozialen Situation, die eingeübt werden soll.
- **Rollenspiel:** Anwendung bei schon größerer Selbständigkeit. Training der erwünschten interaktionellen Verhaltensmuster mit anschließender Besprechung in der Gruppe (S. 382).
- **Modell-Lernen:** Nachspielen der vom Therapeuten demonstrierten beispielhaften Verhaltensweisen.
- Wichtig (positive und negative) Rückmeldungen (Feedback, Motivation und Ermutigung) durch Therapeuten und Gruppenmitglieder und Unterstützung durch Verhaltensanweisungen.
- **Therapieziele:** Sich spontan verhalten, eigene Wünsche vortragen, Wünsche anderer abschlagen, Forderungen stellen, widersprechen und angreifen, Fehler und Kritik ertragen.
- **Dauer:** Von den Krankenkassen werden – in Verbindung mit Einzeltherapie – für die Kurzzeitbehandlung 25, für den Normalfall 45 und den besonderen Fall 60 Doppelstunden (max. 80) akzeptiert.

17.5 Training sozialer Kompetenz

Grundlagen

- **Definition:** Übungen zur Verbesserung psychosozialer Fertigkeiten mit Hilfe standardisierter Trainingsprogramme (z. B. STEPPS-Training).
- **Wirkhypothesen:** Auf der Grundlage eines verhaltenstherapeutischen Konzeptes werden unerwünschte soziale Verhaltensweisen abgebaut und mangelhaft ausgebildete soziale Fertigkeiten verstärkt. Angestrebt werden:
  - Eine Verbesserung von Selbstbehauptung, Durchsetzungsfähigkeit und Selbstsicherheit (S. 383).
  - Eine Verbesserung der Kommunikations- und Beziehungsfähigkeit.
  - Eine Verstärkung von Kreativität und Flexibilität im Problemlöseverhalten.

Indikationen

- Soziale Ängste, Persönlichkeitsstörungen mit Borderline-Symptomatik.
- Depressionen, Abhängigkeitserkrankungen.
- Chronisch-psychotische Erkrankungen bzw. Residualsyndrome.
- Geistige Behinderung und Demenz.

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

- **Begleitwirkungen, Komplikationen:** Allenfalls Überforderungsreaktion bei Überstimulation.
- **Kontraindikationen:** Akute psychotische Störung, schwerere kognitive Leistungsmängel, schwere Persönlichkeitsstörung.

Vorgehen

- In Form von Rollenspielen (S. 382), Selbstsicherheitstraining (S. 383), Hausaufgaben und Einzeltraining wird mithilfe von Sprechübungen, mimischen und pantomimischen Übungen wird Folgendes geübt:
  - Kritik aussprechen und annehmen, auf Kritik reagieren.
  - Deutliche Ablehnung äußern.
  - Gefühle verbalisieren.
  - Komplimente annehmen und zurückgeben.
  - Sich entschuldigen.
  - Wünsche und Forderungen äußern und formulieren.
  - Sich der Öffentlichkeit aussetzen.
- Durchführung in Gruppenform unter ärztlicher, psychologischer Leitung oder unter der Leitung eines Sozialarbeiters.

Hinweis: Ein zusätzliches Angebot schriftlicher Informationen und Instruktionen ist empfehlenswert.

17.6 Sozial-kognitives/metakognitives Training

Grundlagen

- **Definition:** Von S. Moritz und T. Woodward entwickeltes, manualisiertes Training sozialer Kompetenz und sozial-kognitiver Fähigkeiten.
- **Wirkhypothese:** Patienten mit psychotischen und anderen Störungen haben oft Schwierigkeiten, sich in andere Personen hineinzuversetzen und eigene psychische Befindlichkeiten zu reflektieren (*Metakognition*). Sie missverstehen häufig soziale Interaktionen, neigen dazu, voreilige Schlüsse zu ziehen (jumping to conclusions) und schreiben negative Ereignisse vorschnell anderen Personen zu (negative attributional bias).
- Therapeutischer Ansatz ist ein Training sozial-kognitiver Fähigkeiten wie das Erkennen von Emotionen in Mimik und Gestik einschließlich deren Attribution und Interpretation.

Indikationen

- Schizophrenien, Persönlichkeitsstörungen, Zwangsstörungen.

Kontraindikationen

- Hirnorganische Erkrankung, Demenz.

Vorgehen

- Manualisieres Gruppentherapieprogramm zur Behandlung sozial-kognitiver Störungen.
- Dauer: Wöchentliche Therapiesitzungen für etwa 20 Wochen.

17.7 Psychodrama

Grundlagen

- **Definition:** Von J.L. Moreno aus dem *Stegreiftheater* entwickelte Methode der Gruppenpsychotherapie aus psychoanalytischen, sozialpsychologischen und gruppendynamischen Erkenntnissen: Nachspielen bestimmter vorgegebener oder frei gewählter, konfliktbesetzter Rollen.
- **Wirkhypothesen:** Aufdeckung (und Intensivierung) verdrängter Gefühle und intrapsychischer Konflikte mit dem Ziel der therapeutischen Entlastung durch Selbst-

Vorgehen

- In Form von Rollenspielen (S. 382), Selbstsicherheitstraining (S. 383), Hausaufgaben und Einzeltraining wird mithilfe von Sprechübungen, mimischen und pantomimischen Übungen wird Folgendes geübt:
  - Kritik aussprechen und annehmen, auf Kritik reagieren.
  - Deutliche Ablehnung äußern.
  - Gefühle verbalisieren.
  - Komplimente annehmen und zurückgeben.
  - Sich entschuldigen.
  - Wünsche und Forderungen äußern und formulieren.
  - Sich der Öffentlichkeit aussetzen.
- Durchführung in Gruppenform unter ärztlicher, psychologischer Leitung oder unter der Leitung eines Sozialarbeiters.

Hinweis: Ein zusätzliches Angebot schriftlicher Informationen und Instruktionen ist empfehlenswert.

17.6 Sozial-kognitives/metakognitives Training

Grundlagen

- **Definition:** Von S. Moritz und T. Woodward entwickeltes, manualisiertes Training sozialer Kompetenz und sozial-kognitiver Fähigkeiten.
- **Wirkhypothese:** Patienten mit psychotischen und anderen Störungen haben oft Schwierigkeiten, sich in andere Personen hineinzuversetzen und eigene psychische Befindlichkeiten zu reflektieren (*Metakognition*). Sie missverstehen häufig soziale Interaktionen, neigen dazu, voreilige Schlüsse zu ziehen (jumping to conclusions) und schreiben negative Ereignisse vorschnell anderen Personen zu (negative attributional bias).
- Therapeutischer Ansatz ist ein Training sozial-kognitiver Fähigkeiten wie das Erkennen von Emotionen in Mimik und Gestik einschließlich deren Attribution und Interpretation.

Indikationen

- Schizophrenien, Persönlichkeitsstörungen, Zwangsstörungen.

Kontraindikationen

- Hirnorganische Erkrankung, Demenz.

Vorgehen

- Manualisieres Gruppentherapieprogramm zur Behandlung sozial-kognitiver Störungen.
- Dauer: Wöchentliche Therapiesitzungen für etwa 20 Wochen.

17.7 Psychodrama

Grundlagen

- **Definition:** Von J.L. Moreno aus dem *Stegreiftheater* entwickelte Methode der Gruppenpsychotherapie aus psychoanalytischen, sozialpsychologischen und gruppendynamischen Erkenntnissen: Nachspielen bestimmter vorgegebener oder frei gewählter, konfliktbesetzter Rollen.
- **Wirkhypothesen:** Aufdeckung (und Intensivierung) verdrängter Gefühle und intrapsychischer Konflikte mit dem Ziel der therapeutischen Entlastung durch Selbst-

erkenntnis, Katharsis, Befreiung und Wandlung. Die Gruppengemeinschaft fungiert dabei als Spiegel der realen Umwelt.

Indikationen

- Depressive und Angststörungen.
- Suchterkrankung, Abhängigkeit.
- Persönlichkeitsstörung (Ausnahme: Histrionische Persönlichkeit).
- Interaktionstraining, soziales Lernen, Selbsterfahrungs- und Selbstwahrnehmungstraining.

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

- **Begleitwirkungen, Komplikationen:** Überforderung mit daraus resultierenden depressiven und Angstreaktionen, Aktivierung einer latenten Psychose.
- **Kontraindikationen:** Akute und latente psychotische Störung, psychotisches Residuum, geistige Behinderung, Folgezustand einer Hirnschädigung, Demenz, histrionische Persönlichkeit, schwere Depression.

Vorgehen

- Im Halbkreis der Patienten („Bühne“) werden Situationen des Alltags dargestellt, vor allem Themen der eigenen Lebensgeschichte. Wesentlich sind die gegenwärtigen innerseelischen Abläufe im „Hier und Jetzt“. Dabei werden die „Aufwärmphase“ (Einstimmung), die „Spielphase“ (Darstellung) und die „Abschlussphase“ (Diskussion und Bearbeitung von Übertragungswiderständen) durchlaufen.
- Der jeweilige Akteur („Protagonist“) soll seine Phantasien und Gefühle im Verhalten sichtbar werden lassen. Im abschließenden Gespräch werden die Darstellungen gemeinsam besprochen und analysiert.
- **Mögliche Techniken:**
  - *Rollenwechsel:* Zwei Personen tauschen gegenseitig ihre Rollen.
  - *Spiegeltechnik:* Ein anderer („Hilfs-Ich“) übernimmt die aktive Rolle und imitiert den Protagonisten, der passiv-zuschauend in der Gruppe verbleibt.
  - *Doppelgängertechnik:* Dem Protagonisten wird ein anderes Gruppenmitglied als „Hilfs-Ich“ an die Seite gestellt, das sich in jenen so gut wie möglich hineinversetzen soll.
- **Gruppengröße:** 8–10 Teilnehmer mit regelmäßigen Sitzungen 1–2mal pro Woche. (Im Soziodrama Großgruppen von 20–100 Personen mit verschiedenen Haupt- und Nebenakteuren).

17.8 Tiefenpsychologische Gruppentherapie

Grundlagen

- **Synonym:** Gruppenanalyse.
- **Definition:** Psychotherapie in Gruppenform auf der Grundlage der Psychoanalyse (S. 351) bzw. tiefenpsychologischer Konzepte unter Einbeziehung gruppendynamischer Erkenntnisse. Die tiefenpsychologisch fundierte Variante entspricht bezüglich Psychodynamik, Methode und Therapieziel der im Wesentlichen tiefenpsychologisch fundierten Einzeltherapie (S. 352).
- **Wirkhypothesen:**
  - Zusammenwirken psychoanalytischer und gruppendynamischer Effekte zu kollektiver Affektabfuhr und Übertragung.
  - Aufdeckung und Bearbeitung von Abwehrmechanismen.
  - Training sozialer Wahrnehmung, Rollenverhalten und Modell-Lernen. (Die tiefenpsychologisch fundierte Gruppenpsychotherapie intendiert keine weitergehende Regression der Teilnehmer.)

erkenntnis, Katharsis, Befreiung und Wandlung. Die Gruppengemeinschaft fungiert dabei als Spiegel der realen Umwelt.

Indikationen

- Depressive und Angststörungen.
- Suchterkrankung, Abhängigkeit.
- Persönlichkeitsstörung (Ausnahme: Histrionische Persönlichkeit).
- Interaktionstraining, soziales Lernen, Selbsterfahrungs- und Selbstwahrnehmungstraining.

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

- **Begleitwirkungen, Komplikationen:** Überforderung mit daraus resultierenden depressiven und Angstreaktionen, Aktivierung einer latenten Psychose.
- **Kontraindikationen:** Akute und latente psychotische Störung, psychotisches Residuum, geistige Behinderung, Folgezustand einer Hirnschädigung, Demenz, histrionische Persönlichkeit, schwere Depression.

Vorgehen

- Im Halbkreis der Patienten („Bühne“) werden Situationen des Alltags dargestellt, vor allem Themen der eigenen Lebensgeschichte. Wesentlich sind die gegenwärtigen innerseelischen Abläufe im „Hier und Jetzt“. Dabei werden die „Aufwärmphase“ (Einstimmung), die „Spielphase“ (Darstellung) und die „Abschlussphase“ (Diskussion und Bearbeitung von Übertragungswiderständen) durchlaufen.
- Der jeweilige Akteur („Protagonist“) soll seine Phantasien und Gefühle im Verhalten sichtbar werden lassen. Im abschließenden Gespräch werden die Darstellungen gemeinsam besprochen und analysiert.
- **Mögliche Techniken:**
  - *Rollenwechsel:* Zwei Personen tauschen gegenseitig ihre Rollen.
  - *Spiegeltechnik:* Ein anderer („Hilfs-Ich“) übernimmt die aktive Rolle und imitiert den Protagonisten, der passiv-zuschauend in der Gruppe verbleibt.
  - *Doppelgängertechnik:* Dem Protagonisten wird ein anderes Gruppenmitglied als „Hilfs-Ich“ an die Seite gestellt, das sich in jenen so gut wie möglich hineinversetzen soll.
- **Gruppengröße:** 8–10 Teilnehmer mit regelmäßigen Sitzungen 1–2mal pro Woche. (Im Soziodrama Großgruppen von 20–100 Personen mit verschiedenen Haupt- und Nebenakteuren).

17.8 Tiefenpsychologische Gruppentherapie

Grundlagen

- **Synonym:** Gruppenanalyse.
- **Definition:** Psychotherapie in Gruppenform auf der Grundlage der Psychoanalyse (S. 351) bzw. tiefenpsychologischer Konzepte unter Einbeziehung gruppendynamischer Erkenntnisse. Die tiefenpsychologisch fundierte Variante entspricht bezüglich Psychodynamik, Methode und Therapieziel der im Wesentlichen tiefenpsychologisch fundierten Einzeltherapie (S. 352).
- **Wirkhypothesen:**
  - Zusammenwirken psychoanalytischer und gruppendynamischer Effekte zu kollektiver Affektabfuhr und Übertragung.
  - Aufdeckung und Bearbeitung von Abwehrmechanismen.
  - Training sozialer Wahrnehmung, Rollenverhalten und Modell-Lernen. (Die tiefenpsychologisch fundierte Gruppenpsychotherapie intendiert keine weitergehende Regression der Teilnehmer.)

Indikationen

- Anpassungsstörung. Neurotische Angst und Depressivität (Dysthymia).
- Abhängigkeit und Suchterkrankung.
- Additiv bei somatoformer Störung bzw. psychosomatischer Erkrankung.

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

- **Begleitwirkungen, Komplikationen:**
  - Belastung einzelner Teilnehmer durch Modifikationsdruck der Gruppe mit Frustration und Depressivität.
  - Fixierung auf die Gruppe: Tendenz zu Unselbständigkeit und Abhängigkeit.
  - Auslösung einer bis dahin latenten psychotischen Störung (bei fehlerhafter Indikationsstellung).
- **Kontraindikationen:** Akute und chronische Psychose, psychotisches Residuum, schwerere Depression, Zwangserkrankung, histrionische und asthenische Persönlichkeitsstörung, geistige Behinderung, hirnorganisches Psychosyndrom, Demenz.

Vorgehen

- Klärung von Psychodynamik, Therapieziel und Eignung, s. Vorbemerkungen (S. 380), Zusammenstellung einer geschlossenen Gruppe von 6–9 Patienten.
- Reinszenierung unbewusster intrapsychischer Konflikte durch Deutung und freie Assoziation, Bearbeitung von Widerstand und Übertragung.
- **Analytisches Vorgehen:** Therapeut mehr beobachtend im Hintergrund („Abstinenzregel").
- **Tiefenpsychologisch orientiertes Vorgehen:** Therapeut aktiver und mehr gruppendynamisch integriert.
- **Dauer, Umfang nach Richtlinien:**
  - *Analytische Gruppe:* 1–2 Sitzungen pro Woche bei einem Gesamtumfang von 80, im besonderen Fall 120 Doppelstunden (max. 150 Doppelstunden).
  - *Tiefenpsychologisch fundierte Gruppe:* 40 (– 60) Doppelstunden (max. 80).

17.9 Dialektisch-Behaviorale Gruppentherapie (DBG)

Grundlagen

- **Definition:** Variante der kognitiven Verhaltenstherapie in Gruppenform bei Borderline-Symptomatik (S. 275).
- **Wirkhypothese:** Die Borderline-Symptomatik (S. 275) wird als misslungener Versuch verstanden, innere Spannungen abzubauen und zu regulieren.

Indikation

- Borderline-Persönlichkeitsstörung.

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

- **Begleitwirkungen, Komplikationen:** Nicht bekannt.
- **Kontraindikationen:** Akute Psychose. Geistige Behinderung. Demenzerkrankung.

Vorgehen

- **Vorbereitungsphase:** Diagnostik (S. 15) und Aufklärung. Zielanalyse.
- **Erste Therapiephase:** Erhöhung der emotionalen Belastbarkeit. Bearbeitung manifester Störungsbilder (z. B. Suizidalität, Selbstdestruktion, Therapieabbrüche).
- **Zweite Therapiephase:** Reaktivierung traumatisierender Ereignisse und Bearbeitung der damit verbundenen Emotionen. Aufdeckung dysfunktionaler Verhaltensweisen und kognitiver Fehlschlüsse.

Indikationen

- Anpassungsstörung. Neurotische Angst und Depressivität (Dysthymia).
- Abhängigkeit und Suchterkrankung.
- Additiv bei somatoformer Störung bzw. psychosomatischer Erkrankung.

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

- **Begleitwirkungen, Komplikationen:**
  - Belastung einzelner Teilnehmer durch Modifikationsdruck der Gruppe mit Frustration und Depressivität.
  - Fixierung auf die Gruppe: Tendenz zu Unselbständigkeit und Abhängigkeit.
  - Auslösung einer bis dahin latenten psychotischen Störung (bei fehlerhafter Indikationsstellung).
- **Kontraindikationen:** Akute und chronische Psychose, psychotisches Residuum, schwerere Depression, Zwangserkrankung, histrionische und asthenische Persönlichkeitsstörung, geistige Behinderung, hirnorganisches Psychosyndrom, Demenz.

Vorgehen

- Klärung von Psychodynamik, Therapieziel und Eignung, s. Vorbemerkungen (S. 380), Zusammenstellung einer geschlossenen Gruppe von 6–9 Patienten.
- Reinszenierung unbewusster intrapsychischer Konflikte durch Deutung und freie Assoziation, Bearbeitung von Widerstand und Übertragung.
- **Analytisches Vorgehen:** Therapeut mehr beobachtend im Hintergrund („Abstinenzregel").
- **Tiefenpsychologisch orientiertes Vorgehen:** Therapeut aktiver und mehr gruppendynamisch integriert.
- **Dauer, Umfang nach Richtlinien:**
  - *Analytische Gruppe:* 1–2 Sitzungen pro Woche bei einem Gesamtumfang von 80, im besonderen Fall 120 Doppelstunden (max. 150 Doppelstunden).
  - *Tiefenpsychologisch fundierte Gruppe:* 40 (– 60) Doppelstunden (max. 80).

17.9 Dialektisch-Behaviorale Gruppentherapie (DBG)

Grundlagen

- **Definition:** Variante der kognitiven Verhaltenstherapie in Gruppenform bei Borderline-Symptomatik (S. 275).
- **Wirkhypothese:** Die Borderline-Symptomatik (S. 275) wird als misslungener Versuch verstanden, innere Spannungen abzubauen und zu regulieren.

Indikation

- Borderline-Persönlichkeitsstörung.

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

- **Begleitwirkungen, Komplikationen:** Nicht bekannt.
- **Kontraindikationen:** Akute Psychose. Geistige Behinderung. Demenzerkrankung.

Vorgehen

- **Vorbereitungsphase:** Diagnostik (S. 15) und Aufklärung. Zielanalyse.
- **Erste Therapiephase:** Erhöhung der emotionalen Belastbarkeit. Bearbeitung manifester Störungsbilder (z. B. Suizidalität, Selbstdestruktion, Therapieabbrüche).
- **Zweite Therapiephase:** Reaktivierung traumatisierender Ereignisse und Bearbeitung der damit verbundenen Emotionen. Aufdeckung dysfunktionaler Verhaltensweisen und kognitiver Fehlschlüsse.

- **Dritte Therapiephase:** Integration und Amalgamierung der neuen Erfahrungen. Entwicklung und Umsetzung funktionaler, adäquater Lebensziele.
- **Dauer und Umfang:** Langzeittherapie mit 1–2 Sitzungen pro Woche über Jahre.

17.10 Familientherapie, systemische Therapie

Grundlagen

- **Definition:** Die Familientherapie wurde aus der psychoanalytischen Entwicklungslehre, der Systemtheorie sowie der Lern- und Kommunikationsforschung entwickelt. Ihr Behandlungsgegenstand ist das familiäre Beziehungssystem des Patienten.
- Prinzipiell sind folgende **Konzepte** sind zu unterscheiden:
  - *psychodynamisches Modell:* Bearbeitung von latenten bzw. unbewussten Konflikten in der Familie unter Nutzung lebengeschichtlicher (evtl. traumatisierender) Erfahrungen und aktueller Übertragungs- und Abwehrprozesse.
  - *kognitiv-behaviorales Modell:* Lernpsychologisch-verhaltenstherapeutisch ausgerichtete Übungen zu Konfliktlösungen und Veränderungen bisheriger, pathogener Kommunikationsmuster (kognitive Umstrukturierungen, Psychoedukation, paradoxe Verordnungen).
- **Wirkhypothesen:** Zugrunde liegt die Vorstellung, dass die Familie bzw. Lebensgemeinschaft eine Einheit darstellt, in der die Erkrankung eines Mitgliedes Auswirkungen auf das gesamte Beziehungsgeflecht hat. Umgekehrt kann eine therapeutische Veränderung der erkrankten Person mit einer Destabilisierung des gewohnten (pathologischen) Kommunikations- und Interaktionsstils verbunden sein und erhebliche Irritationen verursachen. Bestandsaufnahme und Bearbeitung der daraus resultierenden Konfliktsituationen sollen zu einer weniger beeinträchtigten Funktionalität der intrafamiliären Beziehungen führen.

Indikationen

- Problemfamilien (Familie mit spannungsreichem Milieu, kindlichen Verhaltensstörungen, Partnerschaftsproblemen, sozialen Belastungen).
- Altersübergreifende Generationskonflikte.

Hinweis: Bei psychischer Erkrankung eines Mitgliedes sollten die Bezugspersonen immer aufklärend und psychoedukativ mit einbezogen werden, wenn pathologische Interaktionsmuster erkennbar sind. Eine notwendige Einzelbehandlung des Patienten sollte gleichzeitig weitergeführt werden.

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

- **Begleitwirkungen, Komplikationen:**
  - Vorübergehende Verschärfung familiärer Spannungen bis zur passageren Trennung einzelner Mitglieder möglich.
  - Depressive und aggressive Reaktionen.
- **Kontraindikationen:**
  - *Relativ:* Nur partielle Motivation einzelner Familienmitglieder.
  - Verfestigte, irreversibel pathologisch-deformierte Familien- und Beziehungsstruktur.

Vorgehen

- Abklärung der pathologischen Ausgangssituation durch Erstinterview (S. 17) und umfassende Anamnese, Überprüfung der notwendigen Motivation der einzelnen Familienmitglieder zur Behandlung.
- Zusammen mit Kotherapeuten Identifizierung und Aufarbeitung der zugrundeliegenden Konfliktkonstellationen unter Einbeziehung von Rollenspiel, Psychodrama,

- **Dritte Therapiephase:** Integration und Amalgamierung der neuen Erfahrungen. Entwicklung und Umsetzung funktionaler, adäquater Lebensziele.
- **Dauer und Umfang:** Langzeittherapie mit 1–2 Sitzungen pro Woche über Jahre.

17.10 Familientherapie, systemische Therapie

Grundlagen

- **Definition:** Die Familientherapie wurde aus der psychoanalytischen Entwicklungslehre, der Systemtheorie sowie der Lern- und Kommunikationsforschung entwickelt. Ihr Behandlungsgegenstand ist das familiäre Beziehungssystem des Patienten.
- Prinzipiell sind folgende **Konzepte** sind zu unterscheiden:
  - *psychodynamisches Modell:* Bearbeitung von latenten bzw. unbewussten Konflikten in der Familie unter Nutzung lebengeschichtlicher (evtl. traumatisierender) Erfahrungen und aktueller Übertragungs- und Abwehrprozesse.
  - *kognitiv-behaviorales Modell:* Lernpsychologisch-verhaltenstherapeutisch ausgerichtete Übungen zu Konfliktlösungen und Veränderungen bisheriger, pathogener Kommunikationsmuster (kognitive Umstrukturierungen, Psychoedukation, paradoxe Verordnungen).
- **Wirkhypothesen:** Zugrunde liegt die Vorstellung, dass die Familie bzw. Lebensgemeinschaft eine Einheit darstellt, in der die Erkrankung eines Mitgliedes Auswirkungen auf das gesamte Beziehungsgeflecht hat. Umgekehrt kann eine therapeutische Veränderung der erkrankten Person mit einer Destabilisierung des gewohnten (pathologischen) Kommunikations- und Interaktionsstils verbunden sein und erhebliche Irritationen verursachen. Bestandsaufnahme und Bearbeitung der daraus resultierenden Konfliktsituationen sollen zu einer weniger beeinträchtigten Funktionalität der intrafamiliären Beziehungen führen.

Indikationen

- Problemfamilien (Familie mit spannungsreichem Milieu, kindlichen Verhaltensstörungen, Partnerschaftsproblemen, sozialen Belastungen).
- Altersübergreifende Generationskonflikte.

Hinweis: Bei psychischer Erkrankung eines Mitgliedes sollten die Bezugspersonen immer aufklärend und psychoedukativ mit einbezogen werden, wenn pathologische Interaktionsmuster erkennbar sind. Eine notwendige Einzelbehandlung des Patienten sollte gleichzeitig weitergeführt werden.

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

- **Begleitwirkungen, Komplikationen:**
  - Vorübergehende Verschärfung familiärer Spannungen bis zur passageren Trennung einzelner Mitglieder möglich.
  - Depressive und aggressive Reaktionen.
- **Kontraindikationen:**
  - *Relativ:* Nur partielle Motivation einzelner Familienmitglieder.
  - Verfestigte, irreversibel pathologisch-deformierte Familien- und Beziehungsstruktur.

Vorgehen

- Abklärung der pathologischen Ausgangssituation durch Erstinterview (S. 17) und umfassende Anamnese, Überprüfung der notwendigen Motivation der einzelnen Familienmitglieder zur Behandlung.
- Zusammen mit Kotherapeuten Identifizierung und Aufarbeitung der zugrundeliegenden Konfliktkonstellationen unter Einbeziehung von Rollenspiel, Psychodrama,

Transaktionsanalyse, Kommunikationstraining und anderen gruppentherapeutischen Übungen.

- **Varianten**:
  - *Familienkonferenz:* Regelmäßiges Zusammentreffen der Familie zum konfliktzentrierten Gespräch mit dem Ziel einer Auflösung von Widersprüchlichkeiten und intrafamiliären Machtkämpfen sowie einer Klärung pathologischer Verklammerungen. (Dauer, Frequenz: 1–4 Sitzungen pro Monat zu festen Zeiten mit nicht festgelegter Dauer.)
  - *Familienberatung:* Mehr beratend und zudeckend-supportiv orientierte Gesprächstherapie (durch einen Familientherapeuten) für Mitglieder einer Lebensgemeinschaft bei schwerer Erkrankung eines Angehörigen (Dauer bedarfsabhängig).
  - *Paar-* bzw. *Partnertherapie*: erlebniszentrierte und/oder verhaltenstherapeutisch ausgerichtete Beratung/Behandlung bei Ehekrisen bzw. Partnerschaftsproblemen, sexuellen Funktionsstörungen, Ziele: Gegenseitige Offenheit, Verständnis, Regulation von Nähe und Distanz, Stressbewältigung, Kompromissfähigkeit, Vermeidung von Schuldzuschreibungen und Kränkungen (Dauer: mehrere Sitzungen, bedarfsabhängig).

17.11 Themenzentrierte Interaktion (TZI)

Grundlagen

- **Definition:** Von R. Cohn weiterentwickeltes Gruppenverfahren, entstanden aus der humanistischen Psychologie auf der Grundlage von Psychoanalyse, Ich-Psychologie, Gruppendynamik, Kommunikationswissenschaft und Feldtheorie zur Verbesserung von Selbstwahrnehmung, sozialer Kompetenz, Verantwortlichkeit und Kommunikationsfähigkeit.
- **Wirkhypothese:** Zuwachs an sozialer Wahrnehmungsfähigkeit, Autonomie, Selbstverantwortlichkeit und Partnerschaftlichkeit durch die sozialtrainierende Funktion der Gruppe unter interaktionellen Bedingungen. Zentraler Wirkmechanismus unter dem Leitsatz *„lebendiges Lernen“* ist die dynamische Balance zwischen dem „Ich“ der einzelnen Person, dem „Wir“ der Gruppe und dem „Es“ – dem Gruppenthema.

Indikation

- Einsatz zumeist als Gruppensupervision beschränkt auf Konfliktbearbeitung in multiprofessionellen therapeutischen Teams, Wohngemeinschaften oder anderen Organisationseinheiten.

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

- **Begleitwirkungen, Komplikationen:** Passager zunehmende Spannungen innerhalb des betroffenen Teams.
- **Kontraindikationen:** Schwerer gestörte Personen, die empfindlich auf Gruppendruck reagieren (z.b. mit mit asthenischer, ich-schwacher und histrionischer Persönlichkeitsstruktur und Psychosegefährdung) sind auszuschließen.

Vorgehen

- Innerhalb einer Gruppe von 8–12 Teilnehmern Konfrontation der einzelnen Mitglieder mit einem aktuellen, realitätsbezogenen Thema, zu dem sich jeder individuell, authentisch und spontan äußern soll. Jedes Gruppenmitglied fungiert als sein eigener „Chairman“.
- Überwachung und Rückspiegelung der Gruppenprozesse vom aktiv-partizipierenden Gruppenleiter.

Transaktionsanalyse, Kommunikationstraining und anderen gruppentherapeutischen Übungen.

- **Varianten**:
  - *Familienkonferenz:* Regelmäßiges Zusammentreffen der Familie zum konfliktzentrierten Gespräch mit dem Ziel einer Auflösung von Widersprüchlichkeiten und intrafamiliären Machtkämpfen sowie einer Klärung pathologischer Verklammerungen. (Dauer, Frequenz: 1–4 Sitzungen pro Monat zu festen Zeiten mit nicht festgelegter Dauer.)
  - *Familienberatung:* Mehr beratend und zudeckend-supportiv orientierte Gesprächstherapie (durch einen Familientherapeuten) für Mitglieder einer Lebensgemeinschaft bei schwerer Erkrankung eines Angehörigen (Dauer bedarfsabhängig).
  - *Paar-* bzw. *Partnertherapie*: erlebniszentrierte und/oder verhaltenstherapeutisch ausgerichtete Beratung/Behandlung bei Ehekrisen bzw. Partnerschaftsproblemen, sexuellen Funktionsstörungen, Ziele: Gegenseitige Offenheit, Verständnis, Regulation von Nähe und Distanz, Stressbewältigung, Kompromissfähigkeit, Vermeidung von Schuldzuschreibungen und Kränkungen (Dauer: mehrere Sitzungen, bedarfsabhängig).

17.11 Themenzentrierte Interaktion (TZI)

Grundlagen

- **Definition:** Von R. Cohn weiterentwickeltes Gruppenverfahren, entstanden aus der humanistischen Psychologie auf der Grundlage von Psychoanalyse, Ich-Psychologie, Gruppendynamik, Kommunikationswissenschaft und Feldtheorie zur Verbesserung von Selbstwahrnehmung, sozialer Kompetenz, Verantwortlichkeit und Kommunikationsfähigkeit.
- **Wirkhypothese:** Zuwachs an sozialer Wahrnehmungsfähigkeit, Autonomie, Selbstverantwortlichkeit und Partnerschaftlichkeit durch die sozialtrainierende Funktion der Gruppe unter interaktionellen Bedingungen. Zentraler Wirkmechanismus unter dem Leitsatz *„lebendiges Lernen“* ist die dynamische Balance zwischen dem „Ich“ der einzelnen Person, dem „Wir“ der Gruppe und dem „Es“ – dem Gruppenthema.

Indikation

- Einsatz zumeist als Gruppensupervision beschränkt auf Konfliktbearbeitung in multiprofessionellen therapeutischen Teams, Wohngemeinschaften oder anderen Organisationseinheiten.

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

- **Begleitwirkungen, Komplikationen:** Passager zunehmende Spannungen innerhalb des betroffenen Teams.
- **Kontraindikationen:** Schwerer gestörte Personen, die empfindlich auf Gruppendruck reagieren (z.b. mit mit asthenischer, ich-schwacher und histrionischer Persönlichkeitsstruktur und Psychosegefährdung) sind auszuschließen.

Vorgehen

- Innerhalb einer Gruppe von 8–12 Teilnehmern Konfrontation der einzelnen Mitglieder mit einem aktuellen, realitätsbezogenen Thema, zu dem sich jeder individuell, authentisch und spontan äußern soll. Jedes Gruppenmitglied fungiert als sein eigener „Chairman“.
- Überwachung und Rückspiegelung der Gruppenprozesse vom aktiv-partizipierenden Gruppenleiter.

- „Störungen“ (z. B. Ärger, Langeweile, Angst) werden vorrangig mitgeteilt und bearbeitet.
- Dauer: Bedarfsabhängig.

17.12 Balint-Gruppe. Interaktionelle Fallarbeit (IFA)

Grundlagen

- **Definition, Komponenten:** Die Balint-Gruppe dient einer psychodynamisch orientierten Bearbeitung des Therapeuten-Patient-Verhältnisses im Rahmen der Selbsterfahrung (*„Sprechstundenpsychotherapie“* nach M. Balint). Die Arbeit ist zentriert auf die klärungsorientierte Therapie eines (schwierigen) Patienten unter Aufsicht eines erfahrenen und geschulten Supervisors. Sie ist obligater Bestandteil der Ausbildung zum ärztlichen Psychotherapeuten.
- **IFA**: Selbsterfahrungsgruppe im Rahmen einer Verhaltenstherapie in Form einer supervidierte Reflexion der (lösungsorientierten) Therapeuten-Patienten-Beziehung durch Fokussierung auf den therapeutischen Interaktionsprozess und dessen Begleiterscheinungen.
- **Wirkhypothese:** Mit Hilfe regelmäßiger und kontinuierlicher Besprechungen lernen die Teilnehmer der Gruppe, den interaktionellen Kontext der vom Patienten gezeigten Beschwerden und Symptome zu erfassen („Beziehungsdiagnostik“). Damit sollen gegebenenfalls eigene Wahrnehmungsverzerrungen und Fehlhaltungen (z. B. in Form einer Gegenübertragung bzw. mangelhafte Beziehungskompetenz) gegenüber dem Patienten korrigiert werden.

Indikationen

- Schulung von psychosozialer Kompetenz und Training in Besonderheiten der Situationsdiagnostik von Ärzten bzw. Angehörigen helfender Berufe.
- Geeignet als patientenzentrierte Selbsterfahrung.
- Kontrolle der Gegenübertragung.

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

- **Begleitwirkungen, Komplikationen:** Fehlinterpretationen möglich, wenn gruppendynamische Prozesse fehlgedeutet oder nicht erkannt werden.
- **Kontraindikationen:** Nicht bekannt.

Vorgehen

- In üblicher Gruppengröße von 6–9 Personen, die therapeutisch tätig sind, werden unter Anleitung Besonderheiten im Umgang mit Problempatienten besprochen, wobei sich der Supervisor interpretierend und verdeutlichend beteiligt.
- Dauer, Umfang: Wöchentlich oder 14-täglich Sitzungen von 1–2 Stunden Dauer über etwa 1 Jahr, auch fraktioniert in Blockform.

17.13 Transaktionsanalyse

Grundlagen

- **Definition:** Aus Tiefenpsychologie, Kommunikationswissenschaft und verhaltenstherapeutischen Elementen von E. Berne abgeleitetes Training mit dem Ziel der Selbstverantwortlichkeit und Autonomie der eigenen Person (Transaktionen bedeuten Regeln sozialer Beziehungen. Diese werden zum Gegenstand entsprechender Analysen).

- „Störungen“ (z. B. Ärger, Langeweile, Angst) werden vorrangig mitgeteilt und bearbeitet.
- Dauer: Bedarfsabhängig.

17.12 Balint-Gruppe. Interaktionelle Fallarbeit (IFA)

Grundlagen

- **Definition, Komponenten:** Die Balint-Gruppe dient einer psychodynamisch orientierten Bearbeitung des Therapeuten-Patient-Verhältnisses im Rahmen der Selbsterfahrung (*„Sprechstundenpsychotherapie“* nach M. Balint). Die Arbeit ist zentriert auf die klärungsorientierte Therapie eines (schwierigen) Patienten unter Aufsicht eines erfahrenen und geschulten Supervisors. Sie ist obligater Bestandteil der Ausbildung zum ärztlichen Psychotherapeuten.
- **IFA**: Selbsterfahrungsgruppe im Rahmen einer Verhaltenstherapie in Form einer supervidierte Reflexion der (lösungsorientierten) Therapeuten-Patienten-Beziehung durch Fokussierung auf den therapeutischen Interaktionsprozess und dessen Begleiterscheinungen.
- **Wirkhypothese:** Mit Hilfe regelmäßiger und kontinuierlicher Besprechungen lernen die Teilnehmer der Gruppe, den interaktionellen Kontext der vom Patienten gezeigten Beschwerden und Symptome zu erfassen („Beziehungsdiagnostik“). Damit sollen gegebenenfalls eigene Wahrnehmungsverzerrungen und Fehlhaltungen (z. B. in Form einer Gegenübertragung bzw. mangelhafte Beziehungskompetenz) gegenüber dem Patienten korrigiert werden.

Indikationen

- Schulung von psychosozialer Kompetenz und Training in Besonderheiten der Situationsdiagnostik von Ärzten bzw. Angehörigen helfender Berufe.
- Geeignet als patientenzentrierte Selbsterfahrung.
- Kontrolle der Gegenübertragung.

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

- **Begleitwirkungen, Komplikationen:** Fehlinterpretationen möglich, wenn gruppendynamische Prozesse fehlgedeutet oder nicht erkannt werden.
- **Kontraindikationen:** Nicht bekannt.

Vorgehen

- In üblicher Gruppengröße von 6–9 Personen, die therapeutisch tätig sind, werden unter Anleitung Besonderheiten im Umgang mit Problempatienten besprochen, wobei sich der Supervisor interpretierend und verdeutlichend beteiligt.
- Dauer, Umfang: Wöchentlich oder 14-täglich Sitzungen von 1–2 Stunden Dauer über etwa 1 Jahr, auch fraktioniert in Blockform.

17.13 Transaktionsanalyse

Grundlagen

- **Definition:** Aus Tiefenpsychologie, Kommunikationswissenschaft und verhaltenstherapeutischen Elementen von E. Berne abgeleitetes Training mit dem Ziel der Selbstverantwortlichkeit und Autonomie der eigenen Person (Transaktionen bedeuten Regeln sozialer Beziehungen. Diese werden zum Gegenstand entsprechender Analysen).

- **Hierzu gehören:**
  - Strukturanalyse: Erhellung der Ich-Zustände.
  - Transaktionsanalyse: Erhellung der Kommunikationsprozesse.
  - Spielanalyse: Erhellung des spezifischen Umgehens mit Gefühlen.
  - Skriptanalyse: Erhellung des individuellen Lebensplanes.
- **Wirkhypothese:** Ziel ist die Aufdeckung krankmachender, unbewusster Lebenspläne *(„Skript")* und daraus resultierender krankmachender Transaktionen *(„Spiel")*. Destruktive „Skripts" werden dabei auf Prägungen in der frühen Kindheit zurückgeführt (z. B. fehlende Zuwendung, Missachtung, Vermeidung oder Enttäuschung).
- Aus Wahrnehmung und Reflexion dieser Vorgänge soll das „Erwachsenen-Ich" resultieren, d. h., der Patient soll zu angemessenen und realistischen Wahrnehmungen und Verhaltensweisen gelangen.

Indikationen

- Innerhalb familientherapeutischer Aktivitäten. Familientherapie (S. 388) . Bestandteil der Schematherapie (S. 374).
- Soziales Lernen und soziales Interaktionstraining in Seelsorge, Erziehung und Heilpädagogik.

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

- **Begleitwirkungen, Komplikationen:**
  - Unter zu großem Gruppendruck Gereiztheit, Depressivität oder Angstgefühl einzelner Teilnehmer.
  - Abhängigkeit von der Gruppe.
- **Kontraindikationen:** Geistige Behinderung, akute und latente Psychose, psychotisches Residuum, schwere Angst-, depressive und Zwangsneurose.

Vorgehen

- Beginn mit erklärendem Vortrag.
- Mittels Struktur- und Spielanalyse werden innerhalb der Gruppe Transaktionen verifiziert, insbesondere Reaktionen wie Hilflosigkeit, Ärger, Schuldgefühl und Abwehr („Gefühlsmaschen"). In Verbindung hiermit wird eine Bestandsaufnahme der Lebenslinien angestrebt.
- Der Therapeut greift aktiv ein und leistet durch Bekräftigung, Verdeutlichung und Ermutigung Hilfestellung.
- Dauer: Bedarfsabhängig.

18 Sozialbezogene Therapie. Soziotherapie

18.1 Vorbemerkungen

Neben biologischer und Psychotherapie stellen sozialtherapeutische Angebote die dritte Säule psychiatrisch-psychologischer Behandlung und Versorgung dar, die ebenso wie jene sowohl für den einzelnen Patienten eine unverzichtbare individuelle Hilfe bedeuten wie auch enorme gesundheitspolitische bzw. sozioökonomische Bedeutung haben. Die Einbeziehung des sozialen Umfeldes und der Lebenswelt des Patienten ist sowohl hinsichtlich therapeutischer und Coping-Strategien wie auch aus rehabilitativer Sicht von größter Relevanz.

Die besonderen Ziele sozialpsychiatrischer Behandlung umfassen Enthospitalisierung bzw. Vermeidung von Hospitalisierung, medizinische **Rehabilitation,** soziale und berufliche **Wiedereingliederung** (Inklusion), nachgehende **Fürsorge**, Sekundär- und Tertiär**prävention**. Theorie und Praxis der Sozialpsychiatrie beruhen auf Erkenntnissen der Psychopathologie, Epidemiologie, Entwicklungspsychologie, Kommunikationsforschung, Pädagogik und Sozialpsychologie.

Soziotherapeutische Maßnahmen erstrecken sich vorrangig auf die ambulante und teilstationäre, psychiatrisch-psychotherapeutische Beratung und Betreuung sowie auf vielfältige Formen gemeindenaher **extramuraler Unterstützung und Hilfe** in beschützten Lebensräumen des Patienten.

Im folgenden Kapitel werden entsprechende Bereiche mit therapeutischen Angeboten beschrieben. Außerdem werden Formen der **Ergotherapien** (Arbeits- und Beschäftigungstherapie, kreative und musische Therapien) erläutert, die bereits definierte psychotherapeutische Elemente wie Trainings, Belastungserprobungen, Emotionsregulierung und Beruhigung enthalten und daher in Einzel- oder Gruppentherapien integriert werden können (Tab. 18.1) oder Teile der Milieutherapie sind. Eine wichtige soziotherapeutische Funktion kommt allen Arten der **Selbsthilfe** und (trialogischen) Laienarbeit zu, die sich allerdings der professionellen Beratung (Supervision bzw. Coaching) versichern sollte.

Psychiatrische Soziotherapie erfordert neben Engagement Erfahrungen und Fachkenntnisse multiprofessionell arbeitender Teams, die bei drohendem Burnout eine externe Supervision in Anspruch nehmen sollten. Im ambulanten sozialpsychiatrischen Netzwerk sind Ärzte, Psychologen, Sozialpädagogen und -arbeiter, Beschäftigungstherapeuten, Pflegepersonal, Seelsorger und Laienhelfer tätig. Die betreuten Patienten sind überwiegend Personen mit chronischer Psychose, Suchterkrankung, seelischer und geistiger Behinderung sowie Demenz. Interdisziplinäres „Home treatment“ in Form mobiler Teams dient der Krisenintervention und Rezidivprophylaxe.

18.2 Ergotherapie: Arbeitstherapie. Arbeitstraining

Grundlagen

- **Definition:** Arbeit als Form der Ergotherapie. Teil des Behandlungsplanes bzw. der Rehabilitation in einer speziellen Einrichtung, der ergebnis- und produktorientiert ist; s. a. beschütztes Arbeiten (S. 401).
- **Wirkhypothesen:**
  - Im Zentrum steht der trainierende Effekt regelmäßiger Arbeit (z. B. leichtere Industriearbeit, Bürotätigkeit oder auch handwerkliche und landwirtschaftliche bzw. gärtnerische Tätigkeiten).
  - Therapeutische Ziele: Motivation, Verbesserung von Anpassungsfähigkeit, Verantwortung, und Pünktlichkeit. Training von Motorik, Konzentration, Belastbarkeit und Ausdauer. Förderung von Kontaktverhalten und Gruppenaktivität. Vor-

bereitung auf die (stufenweise) berufliche und soziale Wiedereingliederung (Inklusion).

Indikationen

- Entaktualisierte psychiatrische Erkrankungen, insbesondere solche mit Mängeln an Ausdauer, Selbständigkeit, Sorgfalt, Durchhaltevermögen und Pünktlichkeit, zum Beispiel:
  - Chronische Psychose, Residualsymptomatik.
  - Hirnorganische Psychosyndrome, Demenz.
  - Geistige und seelische Behinderung.
  - Suchterkrankung.

Hinweis: Bei sozialer Desintegration gleichzeitig Aufenthalt in teilstationärer Einrichtung, betreuter Wohngemeinschaft oder Familienpflege in Erwägung ziehen.

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

- **Begleitwirkungen, Komplikationen:** Überforderung durch ungewohnt anspruchsvolle Tätigkeit mit begleitender Demotivation, Verstimmtheit oder Reizbarkeit.
- **Kontraindikationen:**
  - Akute oder subakute schwere psychische Erkrankung.
  - Fortgeschrittene Demenz.
  - Schlechte körperliche Allgemeinverfassung.

Vorgehen

- *Indikationsstellung und Belastungserprobung*, Festlegung von Umfang und Art des Aktivitätsprogramms in Absprache mit den Arbeitspädagogen. Entwicklung eines längerfristigen beruflichen Rehabilitationsprogramms.
- Grundsätzlich *stufenweise Steigerung* von einfacheren Betätigungen ohne besondere Anforderungen an Selbständigkeit und Aufmerksamkeit bis hin zur „Entlassungsstufe", während der die durchschnittliche Leistungsfähigkeit eines Gesunden (nahezu) erreicht sein sollte.
- Arbeitseinsatz, -umfang und -verteilung wie auch finanzielles Entgelt müssen geregelt sein. Außer finanzieller Entlohnung ist die persönliche Anerkennung für den Patienten wichtig.
- Dokumentation!

Tab. 18.1 • **Häufigste Formen der kreativen und Ergotherapie**

Therapieform	Methode	Indikation	Dauer
Arbeitstraining Arbeitstherapie Beschütztes Arbeiten	elementar erprobend, einfache handwerkliche Hilfsarbeiten	• Rehabilitation nach akuter Psychose o. bei längerer psych. Erkrankung, geistige Behinderung • Demenz	Wochen bis Monate
	syst. Belastungserprobung in handwerklicher oder. Industriearbeit	• chron. Psychose • Suchterkrankung • hirnorg. Psychosyndrom/ Demenz	Monate bis Jahre
Ergotherapie Kunsttherapie	Aktivierung u. Schulung psychomotorischer + sensorischer Fähigkeiten, Kreativitätstraining, Emotionsregulierung	• Entaktualisierte Psychose • Suchterkrankung • Anpassungsstörung/ Neurose • hirnorg. Psychosyndrom/ Demenz	Tage bis Wochen

Tab. 18.1 • **Fortsetzung**

Therapieform	Methode	Indikation	Dauer
Musiktherapie, Tanztherapie KBT	Auflockerung, Entspannung, Katharsis, Emotionsregulierung	• chron. Psychose • Anpassungsstörung/ Neurose • Persönlichkeitsstörung • geistige oder seelische Behinderung,	Tage bis Wochen

18.3 Ergotherapie: Werk- und Beschäftigungstherapie. Kreative Therapien. Kunsttherapie

Grundlagen

- **Definition:** Form der Ergotherapie mit folgenden Unterschieden zur Arbeitstherapie: Weniger produktzentrierte als handlungs- und personenorientierte Tätigkeit mit kreativen und künstlerischen Elementen. Die Betätigung des Patienten erfolgt unter heilpädagogischen und sozialpsychiatrischen Gesichtspunkten.
- Kunsttherapien im engeren Sinne haben ihren Schwerpunkt auf schöpferischen Aktivitäten, die mittels bildnerischen Ausdrucks in Form von Zeichnen, Malen, Formen, Modellieren oder Bildhauern zu Selbstfindung und Ichstärkung beitragen sollen.
- **Wirkhypothesen:**
  - *Therapeutisches Kernelement:* Aktivierung und Schulung psychomotorischer und sensorischer Fertigkeiten des Patienten, darüber hinaus kreativ-musischer und gestaltender Fähigkeiten.
  - *Therapeutische Ziele:* Auflockerung einer erstarrten Motorik (wichtig bei begleitender Pharmakotherapie!), Verbesserung des Antriebsverhaltens, Anhebung der Stimmungslage, Wecken von Phantasie und Kreativität sowie Freude am eigenen Schaffen, Stärkung von Selbstvertrauen, Beruhigung und Affektabfuhr durch Gestalten. Steigerung der kognitiven Grundleistungsfunktionen.
  - *Wirksame gruppendynamische Faktoren:* Kontaktpflege, Förderung von Kommunikation und Solidarität, soziale Wahrnehmung, Verantwortungsgefühl.

Indikationen

- Sämtliche psychische Erkrankungen, insbesondere solche mit Einschränkungen an Antrieb, Belastbarkeit, Selbstwertgefühl, Kontakt- und Kommunikationsfähigkeit (außer in akuter Form).
- Förderung des individuellen, gestalterisch-schöpferischen Potenzials.

Kontraindikationen

- Akute Erregtheit (z. B. im Rahmen schizophrener und affektiver psychotischer Störungen).
- Ausgeprägtere Depression.
- Schwerere geistige oder seelische Behinderung.

Vorgehen

- Indikationsstellung, Besprechung mit Ergotherapeuten, ergotherapeutisches Angebot (auch in Gruppenform mit 10–15 Teilnehmern nach einem festem Stundenplan).

Tab. 18.1 • **Fortsetzung**

Therapieform	Methode	Indikation	Dauer
Musiktherapie, Tanztherapie KBT	Auflockerung, Entspannung, Katharsis, Emotionsregulierung	• chron. Psychose • Anpassungsstörung/ Neurose • Persönlichkeitsstörung • geistige oder seelische Behinderung,	Tage bis Wochen

18.3 Ergotherapie: Werk- und Beschäftigungstherapie. Kreative Therapien. Kunsttherapie

Grundlagen

- **Definition:** Form der Ergotherapie mit folgenden Unterschieden zur Arbeitstherapie: Weniger produktzentrierte als handlungs- und personenorientierte Tätigkeit mit kreativen und künstlerischen Elementen. Die Betätigung des Patienten erfolgt unter heilpädagogischen und sozialpsychiatrischen Gesichtspunkten.
- Kunsttherapien im engeren Sinne haben ihren Schwerpunkt auf schöpferischen Aktivitäten, die mittels bildnerischen Ausdrucks in Form von Zeichnen, Malen, Formen, Modellieren oder Bildhauern zu Selbstfindung und Ichstärkung beitragen sollen.
- **Wirkhypothesen:**
  - *Therapeutisches Kernelement:* Aktivierung und Schulung psychomotorischer und sensorischer Fertigkeiten des Patienten, darüber hinaus kreativ-musischer und gestaltender Fähigkeiten.
  - *Therapeutische Ziele:* Auflockerung einer erstarrten Motorik (wichtig bei begleitender Pharmakotherapie!), Verbesserung des Antriebsverhaltens, Anhebung der Stimmungslage, Wecken von Phantasie und Kreativität sowie Freude am eigenen Schaffen, Stärkung von Selbstvertrauen, Beruhigung und Affektabfuhr durch Gestalten. Steigerung der kognitiven Grundleistungsfunktionen.
  - *Wirksame gruppendynamische Faktoren:* Kontaktpflege, Förderung von Kommunikation und Solidarität, soziale Wahrnehmung, Verantwortungsgefühl.

Indikationen

- Sämtliche psychische Erkrankungen, insbesondere solche mit Einschränkungen an Antrieb, Belastbarkeit, Selbstwertgefühl, Kontakt- und Kommunikationsfähigkeit (außer in akuter Form).
- Förderung des individuellen, gestalterisch-schöpferischen Potenzials.

Kontraindikationen

- Akute Erregtheit (z. B. im Rahmen schizophrener und affektiver psychotischer Störungen).
- Ausgeprägtere Depression.
- Schwerere geistige oder seelische Behinderung.

Vorgehen

- Indikationsstellung, Besprechung mit Ergotherapeuten, ergotherapeutisches Angebot (auch in Gruppenform mit 10–15 Teilnehmern nach einem festem Stundenplan).

- **Methoden:**
  - Einzeltherapie.
  - Offene Werkgruppe.
  - Gruppenarbeit.
  - Projektarbeit.
- **Beschäftigungsschwerpunkt:**
  - *Bei hirnorganischen Defiziten:* Akzent mehr auf Koordinations- und kognitiven Leistungen, Konzentration, Geduld und Genauigkeit (z. B. Draht-, Web- und Flechtarbeiten bzw. Lese- Schreib- und Zeichenübungen, Arbeit am PC).
    Hinweis: Als sehr effizient bei hirnorganischen Störungen und chronischen psychotischen Störungen erweisen sich computergestützte kognitive Trainingsprogramme.
  - *Bei psychotischen Beeinträchtigungen:* Eher Entspannungs- und Auflockerungsübungen, handwerkliches oder bildnerisches Gestalten (z. B. Modellieren, Schneidern, Töpfern, Schnitzen, Zeichnen, Malen).
  - *Bei sozialen, Anpassungs- und Persönlichkeitsstörungen:* Anregung von Kreativität und Fantasie. Emotionsregulierung. Alltagstaugliche, musische und spielerische Betätigungen (z. B. Kochgruppe, Musikhören, kollektives Gestalten, gemeinsame künstlerische Projekte).
- Nach Beendigung der Therapiestunde jeweils Besprechung der Arbeiten in der Gruppe, gegebenenfalls therapeutische Interpretationen.
- Dokumentation!

18.4 Musiktherapie

Grundlagen

- **Definition:** Systematische, praxisorientierte Anwendung von Musik zur Reduzierung psychischer Störungen.
- **Wirkhypothesen:** Nutzung spezifischer musiktherapeutischer Wirkelemente auf non-verbaler, symbolhafter Ebene als Element der Kommunikation, des Erlebens und des Äußerns von Emotionen und von Gemeinsamkeit. Im einzelnen:
  - *Rezeptive Musiktherapie*: Affektive Auflockerung und Entspannung, Anregen von Phantasie und positiven Gefühlen durch Musikhören von Tonträgern oder live.
  - *Aktiv-animative Musiktherapie*: Aktivierung und Ausdrücken von Emotionen. Affektabfuhr. Entschärfung von Konflikten. Förderung von Kreativität und Spontaneität; durch gemeinsames Musizieren bzw. Improvisation mit Instrumenten oder Singen Verbesserung psychomotorischer Fertigkeiten, Förderung von Selbstwertgefühl, Sozialverhalten, Konzentration, Geduld und Ausdauer.

Indikationen

- Persönlichkeitsstörungen. Somatoforme bzw. psychomatische Störungen.
- Chronische psychotische Störungen und Residualsyndrome.
- Geistige Behinderung. Demenz.
- Begleittherapie bei Entspannungsübungen, Bilderleben und bewegungstherapeutischen Maßnahmen.

Hinweis: Musiktherapie besonders geeignet für Patienten mit reduzierter Verbalisationsfähigkeit oder anderweitig erschwerter sprachlicher Kommunikation (z. B. Mutismus, Autismus, Stottern, aphasische Störungen).

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

- **Begleitwirkungen, Komplikationen:** Bei aufpeitschend-rhythmisierender Musik Unruhe und Erregtheit.
- **Kontraindikationen:** Nicht bekannt.

- **Methoden:**
  - Einzeltherapie.
  - Offene Werkgruppe.
  - Gruppenarbeit.
  - Projektarbeit.
- **Beschäftigungsschwerpunkt:**
  - *Bei hirnorganischen Defiziten:* Akzent mehr auf Koordinations- und kognitiven Leistungen, Konzentration, Geduld und Genauigkeit (z. B. Draht-, Web- und Flechtarbeiten bzw. Lese- Schreib- und Zeichenübungen, Arbeit am PC).
    Hinweis: Als sehr effizient bei hirnorganischen Störungen und chronischen psychotischen Störungen erweisen sich computergestützte kognitive Trainingsprogramme.
  - *Bei psychotischen Beeinträchtigungen:* Eher Entspannungs- und Auflockerungsübungen, handwerkliches oder bildnerisches Gestalten (z. B. Modellieren, Schneidern, Töpfern, Schnitzen, Zeichnen, Malen).
  - *Bei sozialen, Anpassungs- und Persönlichkeitsstörungen:* Anregung von Kreativität und Fantasie. Emotionsregulierung. Alltagstaugliche, musische und spielerische Betätigungen (z. B. Kochgruppe, Musikhören, kollektives Gestalten, gemeinsame künstlerische Projekte).
- Nach Beendigung der Therapiestunde jeweils Besprechung der Arbeiten in der Gruppe, gegebenenfalls therapeutische Interpretationen.
- Dokumentation!

18.4 Musiktherapie

Grundlagen

- **Definition:** Systematische, praxisorientierte Anwendung von Musik zur Reduzierung psychischer Störungen.
- **Wirkhypothesen:** Nutzung spezifischer musiktherapeutischer Wirkelemente auf non-verbaler, symbolhafter Ebene als Element der Kommunikation, des Erlebens und des Äußerns von Emotionen und von Gemeinsamkeit. Im einzelnen:
  - *Rezeptive Musiktherapie*: Affektive Auflockerung und Entspannung, Anregen von Phantasie und positiven Gefühlen durch Musikhören von Tonträgern oder live.
  - *Aktiv-animative Musiktherapie*: Aktivierung und Ausdrücken von Emotionen. Affektabfuhr. Entschärfung von Konflikten. Förderung von Kreativität und Spontaneität; durch gemeinsames Musizieren bzw. Improvisation mit Instrumenten oder Singen Verbesserung psychomotorischer Fertigkeiten, Förderung von Selbstwertgefühl, Sozialverhalten, Konzentration, Geduld und Ausdauer.

Indikationen

- Persönlichkeitsstörungen. Somatoforme bzw. psychomatische Störungen.
- Chronische psychotische Störungen und Residualsyndrome.
- Geistige Behinderung. Demenz.
- Begleittherapie bei Entspannungsübungen, Bilderleben und bewegungstherapeutischen Maßnahmen.

Hinweis: Musiktherapie besonders geeignet für Patienten mit reduzierter Verbalisationsfähigkeit oder anderweitig erschwerter sprachlicher Kommunikation (z. B. Mutismus, Autismus, Stottern, aphasische Störungen).

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

- **Begleitwirkungen, Komplikationen:** Bei aufpeitschend-rhythmisierender Musik Unruhe und Erregtheit.
- **Kontraindikationen:** Nicht bekannt.

Vorgehen

- Indikationsstellung mit Zielsetzung. Therapieplanung.
- Bereitstellung von Räumlichkeiten mit geeigneter Akustik und notwendigen Instrumenten bzw. Tonträgern und Lautsprechern.
- Nachbesprechung, Dokumentation.

18.5 Konzentrative Bewegungstherapie. Tanztherapie

Grundlagen

- **Definition:** Einsatz regelmäßiger körperlicher Bewegung unter therapeutischen Gesichtspunkten, s. auch Bewegungstherapie (S. 344).
- **Konzentrative Bewegungstherapie (KBT):** Kombination von Bewegungserleben und tiefenpsychologischer Berarbeitung (körperorientierte Psychotherapie), bei der das gezielte Erleben der Tastwelt, Körperhaltung und Bewegungsabläufe im Mittelpunkt steht. Ziel ist es, alle Sinneserlebnisse mit Achtsamkeit wahrzunehmen und ihre Auswirkungen auf das Befinden vertieft nachzuempfinden. Die körperlichen Erfahrungen werden anschließend in der Gruppen- oder Einzeltherapie reflektiert und bearbeitet.
- **Tanztherapie:** Körperorientierte Psychotherapie. Kreativtherapie in Form einer Integration von musikalisch-auditiven, psychomotorischen, sensorischen und gestalttherapeutisch-kathartischen bzw. tiefenpsychologischen Elementen zur Verbesserung von Beweglichkeit und Koordination, Körperwahrnehmung, Emotionsverarbeitung und Stimmungslage. Förderung von Entspannung und Ausgeglichenheit.
- **Allg. Wirkhypothesen:** Regelmäßige körperliche Bewegung, insbesondere sportliche Betätigungen haben wechselseitigen, positiven Einfluss auf Befinden, körperliche und mentale Gesundheit (Embodiment). Als Einzelübung trainieren sie auf psychischem Gebiet Konzentration und Ausdauer. Über eine Stimulation von Endorphinen werden zudem antidepressive und entängstigende Wirkungen erzielt. In Gruppen- bzw. Mannschaftsform (z. B. Laufgruppen) werden Kommunikation, Sozialverhalten und Gemeinschaftsgefühl gefördert.

Indikationen

- Besonders geeignet bei posttraumatischer Belastungreaktion, somatoformen, hypochondrischen und depressiven Störungen, darüberhinaus grundsätzlich in der Psychiatrie und Psychotherapie einschließlich Rehabilitation (!).

Begleiterscheinungen, Komplikationen, Kontraindikationen

- Allenfalls Überforderung mit der Folge körperlicher Erschöpfung, Muskelkater u. ä. (Einsatz überall dort, wo die körperliche Belastbarkeit dies zulässt).

Vorgehen

- Nach Aufklärung und Instruktion sowie körperlicher Untersuchung Auswahl und regelmäßige Umsetzung der sportlichen bzw. Bewegungsübungen.
- Bei den körperorientierten Psychotherapien jeweils abschließende tiefenpsychologisch-psychodynamische Bearbeitung.

Vorgehen

- Indikationsstellung mit Zielsetzung. Therapieplanung.
- Bereitstellung von Räumlichkeiten mit geeigneter Akustik und notwendigen Instrumenten bzw. Tonträgern und Lautsprechern.
- Nachbesprechung, Dokumentation.

18.5 Konzentrative Bewegungstherapie. Tanztherapie

Grundlagen

- **Definition:** Einsatz regelmäßiger körperlicher Bewegung unter therapeutischen Gesichtspunkten, s. auch Bewegungstherapie (S. 344).
- **Konzentrative Bewegungstherapie (KBT):** Kombination von Bewegungserleben und tiefenpsychologischer Berarbeitung (körperorientierte Psychotherapie), bei der das gezielte Erleben der Tastwelt, Körperhaltung und Bewegungsabläufe im Mittelpunkt steht. Ziel ist es, alle Sinneserlebnisse mit Achtsamkeit wahrzunehmen und ihre Auswirkungen auf das Befinden vertieft nachzuempfinden. Die körperlichen Erfahrungen werden anschließend in der Gruppen- oder Einzeltherapie reflektiert und bearbeitet.
- **Tanztherapie:** Körperorientierte Psychotherapie. Kreativtherapie in Form einer Integration von musikalisch-auditiven, psychomotorischen, sensorischen und gestalttherapeutisch-kathartischen bzw. tiefenpsychologischen Elementen zur Verbesserung von Beweglichkeit und Koordination, Körperwahrnehmung, Emotionsverarbeitung und Stimmungslage. Förderung von Entspannung und Ausgeglichenheit.
- **Allg. Wirkhypothesen:** Regelmäßige körperliche Bewegung, insbesondere sportliche Betätigungen haben wechselseitigen, positiven Einfluss auf Befinden, körperliche und mentale Gesundheit (Embodiment). Als Einzelübung trainieren sie auf psychischem Gebiet Konzentration und Ausdauer. Über eine Stimulation von Endorphinen werden zudem antidepressive und entängstigende Wirkungen erzielt. In Gruppen- bzw. Mannschaftsform (z. B. Laufgruppen) werden Kommunikation, Sozialverhalten und Gemeinschaftsgefühl gefördert.

Indikationen

- Besonders geeignet bei posttraumatischer Belastungreaktion, somatoformen, hypochondrischen und depressiven Störungen, darüberhinaus grundsätzlich in der Psychiatrie und Psychotherapie einschließlich Rehabilitation (!).

Begleiterscheinungen, Komplikationen, Kontraindikationen

- Allenfalls Überforderung mit der Folge körperlicher Erschöpfung, Muskelkater u. ä. (Einsatz überall dort, wo die körperliche Belastbarkeit dies zulässt).

Vorgehen

- Nach Aufklärung und Instruktion sowie körperlicher Untersuchung Auswahl und regelmäßige Umsetzung der sportlichen bzw. Bewegungsübungen.
- Bei den körperorientierten Psychotherapien jeweils abschließende tiefenpsychologisch-psychodynamische Bearbeitung.

18.6 Tagesklinik, Tagesstätte

Grundlagen

- **Definition:**
  - *Tagesklinik:* Teilstationäre Einrichtung für die Übergangsbehandlung von Patienten, bei denen eine ambulante Behandlung nicht mehr ausreicht oder die für die ambulante Nachsorge noch nicht ausreichend stabilisiert sind. Therapeutisches Team grundsätzlich etwa wie bei stationärer Behandlung multiprofessionell. Finanzierung durch die Krankenkassen (s. Abb. 18.1).
  - *Tagesstätte:* Einrichtung zur Beaufsichtigung und sozialpädagogischen Betreuung und sozialen Rehabilitation von geistig oder seelisch behinderten bzw. gerontopsychiatrischen Patienten mit weniger spezialisiertem Therapieangebot.
- **Therapeutischer Ansatz:**
  - Vorbeugung einer stationären Aufnahme und den damit verbundenen Belastungen. Nachsorge im Anschluss an Krankenhausaufenthalt.
  - Soziales Training, Tagesstrukturierung, Vermeidung sozialer Isolation,.
  - Schrittweise Reintegration in das häusliche Umfeld.
  - Vermeiden von Hospitalisierung durch frühestmögliche Entlassung aus der vollstationären Behandlung.

Indikationen

- *Tagessklinik:*
  - Patienten mit weitgehend entaktualisierter psychotischer Störung bzw. leichterem psychotischen Residuum, neurotischer bzw. Anpassungsstörung oder Suchterkrankung.
  - Intervallbehandlung bei chronifizierten Erkrankungen verschiedenster Art.
- *Tagesstätte:* Klientel mit vergleichsweise weniger bzw. einfacheren therapeutischen Angeboten bei dichterer fachlicher Beaufsichtigung.

Hinweis: Finanzierung in der Regel wie bei anderen gemeindepsychiatrischen Einrichtungen im Rahmen der Eingliederungshilfe gem SGB XII und SGB IX!.

Begleiterscheinungen, Komplikationen, Kontraindikationen

- **Begleiterscheinungen, Komplikationen:** Belastung des Patienten bei erheblichen atmosphärischen Unterschieden zwischen Tagesklinik bzw. -stätte und häuslichem Milieu; s. a. Familientherapie (S. 388)? Überforderung durch therapeutische Aktivitäten?
- **Kontraindikationen:**
  - *Tagesklinik:* Akute und subakute psychotische Störung, ausgeprägteres Residuum, geistige Behinderung, Demenz, schwere Persönlichkeitsstörung. Suchtverhalten.
  - *Tagesstätte:* Floride psychotische Störung, ausgeprägtere hirnorganische Störung.

Vorgehen

- Indikationsstellung im therapeutischen Team und Belastungserprobung bzw. Probeurlaub.
- Der Patient verbleibt von frühmorgens bis zum Nachmittag in der Einrichtung. Die restliche Zeit einschließlich der Wochenenden wird im gewohnten häuslichen Milieu verbracht. Eventuell Fahrdienst regeln!

Hinweis: In der Tagesklinik sollte das Behandlungsangebot verpflichtend sein.

- Aufenthaltsdauer: In der Tagesklinik zwischen 4 Wochen bis zu 3 Monaten, in der Tagesstätte bedarfsabhängig.

18.7 Nachtklinik

Grundlagen

- **Definition:** Einrichtung, in der sich die Patienten nachts aufhalten und tagsüber ihrer normalen Tätigkeit nachgehen oder zu Hause sind. Im Gegensatz zur Tagesklinik (S. 397) stellen Nachtkliniken eher eine Ausnahme dar. Sie sind weitgehend durch Übergangswohnheime und beschützte Wohnungen ersetzt worden (Abb. 18.1).

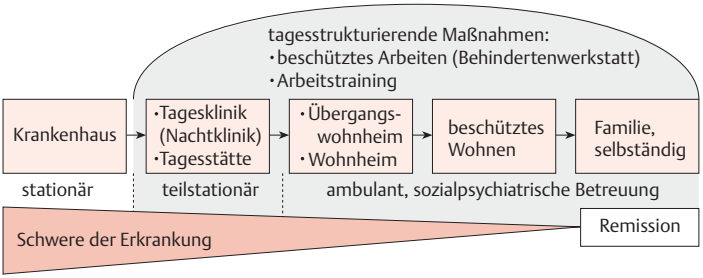


Abb. 18.1 • Psychiatrisches Netzwerk zur Rehabilitation

18.8 Familienpflege

Grundlagen

- **Definition:** Vertraglich geregelte Unterbringung von Patienten in geeigneten Familien gegen Entgelt als Maßnahme der sozialen Rehabilitation. Ersatz für stationäre Langzeitbehandlung oder Heimunterbringung, falls Eignungskriterien positiv (s. unten).
- **Voraussetzungen von seiten der Pflegefamilien:**
  - Angebot handwerklicher, gärtnerischer, landwirtschaftlicher oder anderer Arbeitsmöglichkeiten, in die der Patient ohne größere Belastungen einbezogen werden kann.
  - Die Unterbringungsmöglichkeiten müssen denen eines anderen Familienmitglieds gleichwertig sein.
  - Verständnis, Toleranz, Einfühlungsvermögen und Warmherzigkeit wie auch andererseits Festigkeit gegenüber dem Patienten.
- **Therapeutischer Ansatz:** Durch die Aufnahme und Annahme wie ein Familienmitglied erlebt der Patient eine Umgebung, die vergleichsweise zufriedenstellend Möglichkeiten an Geborgenheit, Kontakt, Freiraum, Selbständigkeit und gleichzeitiger Verantwortlichkeit bieten kann.

Indikationen

- Leichte bis mittelschwere geistige oder seelische Behinderung bzw. chronische psychotische Störungen. Allgemein: Sozial entwurzelte Patienten, die nicht imstande sind, sich selbst zu versorgen, jedoch ohne Pflegebedürftigkeit im engeren Sinne.

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

- **Begleitwirkungen, Komplikationen:** Spannungen innerhalb der Familie, Gefahr einer Ausnutzung oder Überforderung des Patienten.
- **Kontraindikationen:**
  - Akute und subakute psychische Erkrankung, schwerere geistige oder seelische Behinderung oder fortgeschrittene Demenz.
  - Suchtkrankheit. Sexuelle Devianz.

Vorgehen

- Ärztliche, sozialdienstliche, administrative Eignungsüberprüfung der Familie.
- Nach Auswahl der Familie bzw. Abklärung der Formalitäten Besprechung der Situation mit dem Patienten und Vorbereitung zur Aufnahme. Mehrtägiges oder -wöchiges Probewohnen.
- Wünschenswert ist eine sinnvolle Beschäftigung des Patienten in Abhängigkeit von dessen verbliebener Leistungsfähigkeit.
- Taschengeld erforderlich!
- Die weitere fachliche Betreuung des Patienten erfolgt entweder innerhalb der ambulanten Sprechstunde oder im Rahmen der Außenfürsorge, anfangs engmaschig, später in größeren Abständen. Regelmäßige Supervision empfehlenswert. Die Möglichkeit zur raschen Krisenintervention sollte jederzeit gegeben sein.

18.9 Therapeutische Gemeinschaft

Grundlagen

- **Definition:** Verbund von Patienten, pflegerischem und therapeutischem Personal als milieutherapeutisches Behandlunggrundlage (innerhalb einer Institution).
- **Therapeutischer Ansatz:**
  - Stärkung von Selbständigkeit, Mitverantwortung durch Integration und Mitbestimmung.
  - Soziales Training und Einarbeiten sozialer Fertigkeiten durch Kommunikation und Mitarbeit. Vorbereitung zur Rehabilitation.

Indikationen

- Rahmen für Interaktions- und Kommunikationstrainings bei sämtlichen Patienten innerhalb einer Institution (z. B. Krankenhausstation, Tagesklinik, Wohnheim).
- **Zielgruppen:**
  - Patienten mit weitgehend remittierter psychotischer Störung und geringem, stabilen Residuum.
  - Suchtkranke. Persönlichkeitsgestörte.
  - Patienten mit leichterer geistiger oder seelischer Behinderung.

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

- **Begleiterscheinungen, Komplikationen:**
  - Rezidivgefahr bei latenter psychotischer Störung.
  - Vermehrt Spannungen und Unruhe.
  - Vermischung von Kompetenz und Verantwortung mit der Folge einer therapeutischen Beliebigkeit (Vernachlässigung einer individuellen Therapie).
- **Kontraindikationen** (relativ):
  - Psychose.
  - Schwere Persönlichkeitsstörung.
  - Schwere Intelligenzminderung und Demenz.

Vorgehen

- Patienten und therapeutisches Team (in der Regel 15–20 Personen) treffen sich regelmäßig zum Erfahrungsaustausch, bei dem allgemeine interne Probleme diskutiert werden einschließlich geplanter therapeutischer Maßnahmen, s. a. Gruppentherapie (S. 380). In größeren Abteilungen werden Patientenvertreter (Sprecher, Patientenrat)] gewählt. Festlegung einer Tagesordnung, Diskussion.

Vorgehen

- Ärztliche, sozialdienstliche, administrative Eignungsüberprüfung der Familie.
- Nach Auswahl der Familie bzw. Abklärung der Formalitäten Besprechung der Situation mit dem Patienten und Vorbereitung zur Aufnahme. Mehrtägiges oder -wöchiges Probewohnen.
- Wünschenswert ist eine sinnvolle Beschäftigung des Patienten in Abhängigkeit von dessen verbliebener Leistungsfähigkeit.
- Taschengeld erforderlich!
- Die weitere fachliche Betreuung des Patienten erfolgt entweder innerhalb der ambulanten Sprechstunde oder im Rahmen der Außenfürsorge, anfangs engmaschig, später in größeren Abständen. Regelmäßige Supervision empfehlenswert. Die Möglichkeit zur raschen Krisenintervention sollte jederzeit gegeben sein.

18.9 Therapeutische Gemeinschaft

Grundlagen

- **Definition:** Verbund von Patienten, pflegerischem und therapeutischem Personal als milieutherapeutisches Behandlunggrundlage (innerhalb einer Institution).
- **Therapeutischer Ansatz:**
  - Stärkung von Selbständigkeit, Mitverantwortung durch Integration und Mitbestimmung.
  - Soziales Training und Einarbeiten sozialer Fertigkeiten durch Kommunikation und Mitarbeit. Vorbereitung zur Rehabilitation.

Indikationen

- Rahmen für Interaktions- und Kommunikationstrainings bei sämtlichen Patienten innerhalb einer Institution (z. B. Krankenhausstation, Tagesklinik, Wohnheim).
- **Zielgruppen:**
  - Patienten mit weitgehend remittierter psychotischer Störung und geringem, stabilen Residuum.
  - Suchtkranke. Persönlichkeitsgestörte.
  - Patienten mit leichterer geistiger oder seelischer Behinderung.

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

- **Begleiterscheinungen, Komplikationen:**
  - Rezidivgefahr bei latenter psychotischer Störung.
  - Vermehrt Spannungen und Unruhe.
  - Vermischung von Kompetenz und Verantwortung mit der Folge einer therapeutischen Beliebigkeit (Vernachlässigung einer individuellen Therapie).
- **Kontraindikationen** (relativ):
  - Psychose.
  - Schwere Persönlichkeitsstörung.
  - Schwere Intelligenzminderung und Demenz.

Vorgehen

- Patienten und therapeutisches Team (in der Regel 15–20 Personen) treffen sich regelmäßig zum Erfahrungsaustausch, bei dem allgemeine interne Probleme diskutiert werden einschließlich geplanter therapeutischer Maßnahmen, s. a. Gruppentherapie (S. 380). In größeren Abteilungen werden Patientenvertreter (Sprecher, Patientenrat)] gewählt. Festlegung einer Tagesordnung, Diskussion.

18.10 Ambulant betreutes Wohnen. Wohnheim

Grundlagen

- **Definition:** Einrichtung im Netzwerk der komplementären, gemeindenahen psychiatrischen Versorgung zum vorübergehenden (Übergangswohnheim) oder langfristigen Aufenthalt (Wohnheim, beschützte Wohngruppe) chronisch psychisch Kranker. Als Einzelfallhilfe („Case management") Versorgung in eigener Wohnung bei häuslichen Problemen oder körperlicher Erkrankung durch aufsuchende ambulante Dienste (z. B. Sozialstation).
- **Vorrausetzung:** Die Patienten sollen lernen, mit Unterstützung der Mitbewohner und unter sozialtherapeutischer/-pädagogischer/-psychologischer Begleitung ihre alltäglichen Aufgaben selbst zu regeln bzw. ihr Leben so weit wie möglich selbst zu gestalten.
- **Therapeutischer Ansatz:** Als Maßnahme der sozialen Rehabilitation lt. BTHG (SGB IX) Vermeidung einer Dauerhospitalisierung in stationären Einrichtungen. Training psychosozialer Kompetenz zur Förderung von Autonomie und Selbständigkeit. Tagesstrukturierung.

Indikationen

- Geeignet sind Patienten mit noch verbliebener geistiger und/oder seelischer Behinderung bei folgenden Erkrankungen:
  - entaktualkisierte psychotische Störung (auch mit Residualsyndrom).
  - (nicht progressive) Hirnerkrankung, Hirntrauma.
  - Sucht (nach Abschluss einer erfolgreichen Entwöhnungsbehandlung).
  - Persönlichkeitsstörung mit sozialer Entwurzelung.

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

- **Begleitwirkungen, Komplikationen:**
  - Soziale Überforderung mit Gefahr einer Dekompensation des Patienten.
  - Bei mangelhafter Aufsicht Tendenz zu Verwahrlosung und sozialer Desintegration sowie möglicherweise Übersehen eines drohenden Rezidivs.
- **Kontraindikationen:**
  - Sämtliche akute Erkrankungen.
  - Schwere geistige Behinderung, fortgeschrittener hirnorganischer Abbau, Demenz.
  - Manifeste Drogenabhängigkeit bzw. Suchterkrankung.
  - Persönlichkeitsstörung mit Soziopathie und Neigung zu Delinquenz.

Vorgehen

- Indikationsstellung und Probewohnen, Zusammenfassung von 3–8 Patienten zu einer Wohngruppe, wobei zentrale Einrichtungen wie Küche, Toilette und Aufenthaltsräume gemeinsam benutzt werden. Erstrebenswert ist die Anbindung an einen (beschützten) Arbeitsplatz (s. unten). Wichtig ist der fortlaufende Kontakt zu den sozialtherapeutischen Bezugspersonen. Zusätzlich Supervision empfehlenswert, gegebenenfalls regelmäßige Sprechstunde. Konfliktberatung! Aufenthaltsdauer im Übergangsheim: 1–2 Jahre.
- Kostenregelung klären! (Eingliederungshilfe nach SBG XII bzw. SGB IX).

➲ *Hinweis:* Betreuungsart nicht identisch mit gesetzlicher Betreuung, s. a. Forensik (S. 416).

18.11 Beschütztes Arbeiten

Grundlagen

- **Definition:** Berufliche Tätigkeit eines Patienten auf einem betriebsintegrierten (beschützten) Arbeitsplatz eines Unternehmens bzw. einer speziellen Einrichtung unter arbeitspädagogischer Aufsicht und Anleitung (z. B. Behindertenwerkstatt).
- **Therapeutischer Ansatz:** Zufriedenstellende Arbeit stellt durch Selbstwertverstärkung und soziale Einbindung einen wichtigen Faktor der Salutogenese dar. Durch niedrigschwelliges, jedoch systematisches Arbeitstraining unter den Bedingungen der gegenwärtigen Industrie- und Arbeitswelt soll daher die Inklusion psychisch erkrankter und behinderter Personen mit dem Ziel der schrittweisen beruflichen Wiedereingliederung gefördert werden; s. a. Arbeitstherapie (S. 392).

Indikation

- Patienten, welche aufgrund ihrer Erkrankung nur eingeschränkt qualitativ oder quantitativ belastbar sind und nicht ohne Aufsicht arbeiten können, andererseits die oben genannte Selbständigkeit aufweisen. Ggfs. Kombination mit betreutem Wohnen.

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

- **Begleitwirkungen, Komplikationen:** Unter- oder Überforderung und Ausnutzung des Patienten möglich.
- **Kontraindikationen:** Akute psychische Erkrankung sowie schwerere geistige oder seelische Behinderung.

Vorgehen

- Zunächst zunächst Erprobung von Ausdauer und Belastbarkeit, insbesondere Abklärung, inwieweit der Patient ein Mindestmaß an wirtschaftlich vertretbarer Arbeitsleistung erbringen kann (Belastungserprobung, ggfs. Leistungstests).
- In Frage kommen zumeist Einsätze in folgenden Bereichen:
  - leichtere Büroarbeit, Dienstleistungen. Raumpflege.
  - Wäscherei.
  - Holz- und Metallverarbeitung.
  - Montage, Verpackung, Versand und Transport.
  - Garten- und Landschaftspflege.

Hinweis: Die stufenweise berufliche Wiedereingliederung wird bereits während der stationären Behandlung vorgeplant (SGB V, SGB IX). Der Entlassungsbericht soll prognostische Hinweise hinsichtlich der zu erwartenden quantitativen und/oder qualitativen Leistungsfähigkeit enthalten („Hamburger Modell"). Die Eingliederungsphase kann bis zu mehreren Monaten dauern, während der Krankengeld (von der Krankenkasse) oder Übergangsgeld (von der Rentenversicherung) gezahlt wird. Ist der frühere Arbeitsplatz nicht mehr vorhanden, stehen die Integrationsfachdienste oder Berufsförderungswerke zur Verfügung.

18.12 Sozialpsychiatrische Dienste, Außenfürsorge

Grundlagen

- **Definition, Komponenten:**
  - Von den Gesundheitsämtern der Städte und Kreise oder halbstaatlichen, gemeinnützigen Trägern betriebene gemeindenahe, extramurale Dienste zur Betreuung und nachgehenden Fürsorge chronisch psychisch Kranker.

- Auch Krisenintervention und – bei fehlender Krankheitseinsicht – notfalls fachärztliche Hilfe durch den sozialpsychiatrischen Dienst zur Unterbringung in einer Fachklinik (s. a. Forensik – Zwangseinweisung).

▶ **Therapeutischer Ansatz:**
- Die Überwachung und Betreuung dient vor allem Patienten mit mangelhafter Compliance bzw. Adhärenz nach stat. Behandlung bei psychischer Erkrankung, insbesondere alleinstehenden Menschen.
- Erstrebt werden insbesondere die Sicherstellung einer Langzeitbetreuung, Rezidivprophylaxe und rasche Intervention bei psychiatrischen Notfällen.

Indikation

▶ Nachsorge von chronisch psychisch Kranken, älteren Patienten und Suchtkranken, sofern es keine ausreichende hausärztliche Betreuung gibt oder eine solche nicht ausreicht.

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

▶ **Begleitwirkungen, Komplikationen:** Gelegentlich erhebliche Widerstände gegen Besuche.

▶ **Kontraindikationen:** Nicht bekannt.

Vorgehen, Organisation

▶ Die betreffenden Problempatienten werden vom sozialpsychiatrischen Dienst erfasst und/oder in Form von Hausbesuchen durch ein mobiles Team (Arzt, Psychologe, Sozialarbeiter, Pflegepersonal) im Sinne eines „Home treatments" betreut.

18.13 Psychiatrische Pflege

Grundlagen

▶ **Definition:** Professionelle (ambulante oder stationäre) fachpflegerische Betreuung psychisch Kranker.

▶ **Wirkhypothesen:**
- *Stationäre Pflege:* Alle innerhalb einer Institution Tätigen sind Bestandteil des therapeutischen Teams, wobei das Pflegepersonal die häufigsten und meist engsten Kontakte zum Patienten hat (Bezugspflege).
- *Ambulante Pflege:* Schaffung eines sozialtherapeutisch-rehabilitativen Milieus durch selbständige, kontinuierliche fachpflegerische (krankenkassenfinanzierte) Begleitung und Betreuung. Laut SGB XI bzw. SGb V Vermeidung und Verkürzung von Krankenhausaufenthalten als Maßnahme der gemeindeorientierten Versorgung. (Verordnung durch den behandelnden Psychiater!).

❐ *Hinweis:* Innerhalb der psychiatrischen Fachweiterbildung bzw. des Studiums der Pflegewissenschaft Weiterentwicklung von Pflegetheorie und Pflegekonzepten im Rahmen der Pflegeforschung.

▶ **Allgemeine therapeutische Ziele:**
- Aufbau und Gestaltung einer empathisch-konstruktiven Beziehung zum Patienten.
- Assistenz bei anderen therapeutischen Aktivitäten (z. B. Gruppenarbeit). Psychoedukation (S. 363). Angehörigenarbeit.
- Einzelarbeit mit Patienten (z. B. stützende Gespräche, Krisenintervention, Psychoedukation).
- Basispflege bei körperlichen Begleiterkrankungen.
- Gemeinsame therapeutische Aktionen (z. B. Außenaktivitäten, Besuche, Begleitungen).

- Auch Krisenintervention und – bei fehlender Krankheitseinsicht – notfalls fachärztliche Hilfe durch den sozialpsychiatrischen Dienst zur Unterbringung in einer Fachklinik (s. a. Forensik – Zwangseinweisung).

▶ **Therapeutischer Ansatz:**
- Die Überwachung und Betreuung dient vor allem Patienten mit mangelhafter Compliance bzw. Adhärenz nach stat. Behandlung bei psychischer Erkrankung, insbesondere alleinstehenden Menschen.
- Erstrebt werden insbesondere die Sicherstellung einer Langzeitbetreuung, Rezidivprophylaxe und rasche Intervention bei psychiatrischen Notfällen.

Indikation

▶ Nachsorge von chronisch psychisch Kranken, älteren Patienten und Suchtkranken, sofern es keine ausreichende hausärztliche Betreuung gibt oder eine solche nicht ausreicht.

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

▶ **Begleitwirkungen, Komplikationen:** Gelegentlich erhebliche Widerstände gegen Besuche.

▶ **Kontraindikationen:** Nicht bekannt.

Vorgehen, Organisation

▶ Die betreffenden Problempatienten werden vom sozialpsychiatrischen Dienst erfasst und/oder in Form von Hausbesuchen durch ein mobiles Team (Arzt, Psychologe, Sozialarbeiter, Pflegepersonal) im Sinne eines „Home treatments" betreut.

18.13 Psychiatrische Pflege

Grundlagen

▶ **Definition:** Professionelle (ambulante oder stationäre) fachpflegerische Betreuung psychisch Kranker.

▶ **Wirkhypothesen:**
- *Stationäre Pflege:* Alle innerhalb einer Institution Tätigen sind Bestandteil des therapeutischen Teams, wobei das Pflegepersonal die häufigsten und meist engsten Kontakte zum Patienten hat (Bezugspflege).
- *Ambulante Pflege:* Schaffung eines sozialtherapeutisch-rehabilitativen Milieus durch selbständige, kontinuierliche fachpflegerische (krankenkassenfinanzierte) Begleitung und Betreuung. Laut SGB XI bzw. SGb V Vermeidung und Verkürzung von Krankenhausaufenthalten als Maßnahme der gemeindeorientierten Versorgung. (Verordnung durch den behandelnden Psychiater!).

❐ *Hinweis:* Innerhalb der psychiatrischen Fachweiterbildung bzw. des Studiums der Pflegewissenschaft Weiterentwicklung von Pflegetheorie und Pflegekonzepten im Rahmen der Pflegeforschung.

▶ **Allgemeine therapeutische Ziele:**
- Aufbau und Gestaltung einer empathisch-konstruktiven Beziehung zum Patienten.
- Assistenz bei anderen therapeutischen Aktivitäten (z. B. Gruppenarbeit). Psychoedukation (S. 363). Angehörigenarbeit.
- Einzelarbeit mit Patienten (z. B. stützende Gespräche, Krisenintervention, Psychoedukation).
- Basispflege bei körperlichen Begleiterkrankungen.
- Gemeinsame therapeutische Aktionen (z. B. Außenaktivitäten, Besuche, Begleitungen).

Indikationen

- (Chronisch) Psychisch Kranke aller Art, die einer institutionellen Behandlung oder ambulanten Nachsorge bedürfen.

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

- In der häuslichen Pflege: Schwere, heimpflichtige geistige oder seelische Behinderung überfordern die ambulanten Pflegekapazitäten.

Vorgehen

- In der **(teil-)stationären Pflege** schwerpunktmäßig nach Fallbesprechung im therapeutischen Team Gestaltung des Pflegeprozesses:
  - Informationssammlung (Patientenbeobachtung).
  - Pflegerische Diagnosestellung (Pflegeziele?). Verlaufsbeobachtung samt Dokumentation.
  - Pflegemaßnahmen umsetzen. Dokumentation!
  - Evaluation und Besprechung im Team, ggfs. Ziel- und/oder Maßnahmenneuformulierung.
  - Mitarbeit bei der Behandlungs- und Entlassungsplanung, Überleitungspflege.
- In der **ambulanten, aufsuchenden Pflege** (Home care) schwerpunktmäßig:
  - Aufbau einer tragfähigen Beziehung.
  - wenn möglich, Angehörige und soziales Umfeld aktiv einbeziehen.
  - Ermittlung des Hilfebedarfs, Unterstützung der ärztlichen Behandlung.
  - Hilfe bei der Bewältigung von Alltagsanforderungen.
  - Psychoedukation, Verantwortlichkeit der Patienten fördern.
  - Coping-Strategien und Compliance fördern.
  - Krisensituationen erkennen (z. B. Suizidalität, familiäre Probleme).
  - frühzeitige Krisenintervention.
  - Koordination und Vermittlung von Hilfen.
  - Wirkung und Nebenwirkungen der Medikamente erkennen.
  - *Umfang:* zwischen mehrmals täglich und monatlich.

➲ *Hinweise:* Kostenfrage klären! Stets Zustimmung des Patienten zum Hausbesuch erforderlich!

18.14 Selbsthilfegruppe. Genesungsbegleitung

Grundlagen

- **Definition:** Lockerer Zusammenschluss von körperlich oder psychisch Kranken zum Zweck gegenseitiger Aussprache, Beratung und Unterstützung (ohne professionelle Leitung).
- **Variante:** In **trialogischer** Form gemeinsame, gleichberechtigte Beratung von Patienten, Angehörigen und professionell Tätigen (z. B. hinsichtlich einer Behandlungsverfügung).
- Unterstützung in Form angeleiteter und systematischer Selbstklärung bei psychischer Erkrankung durch einen ehemaligen bzw. wiederhergestellten („psychiatrieerfahrenen"), speziell hierzu ausgebildeten Patienten als „Genesungsbegleiter". („**Experienced Involvement**" – „EX-IN"-Konzept).
- Allgemeiner **therapeutischer Ansatz:**
  - Prinzip der *wechselseitigen Hilfe* mit den Merkmalen des gegenseitigen (erweiterten) Verständnisses, der Solidarität und Akzeptanz.
  - Hilfsmittel der *Selbstwahrnehmung* und Verarbeitung von Krankheitssymptomen und ihren Folgen. Förderung der Inklusion. Bekannteste Beispiele auf psychiatrischem Gebiet: Anonyme Alkoholiker (AA), Synanon, Emotions anonymous, Depressionsgruppen.

Indikationen

- (Chronisch) Psychisch Kranke aller Art, die einer institutionellen Behandlung oder ambulanten Nachsorge bedürfen.

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

- In der häuslichen Pflege: Schwere, heimpflichtige geistige oder seelische Behinderung überfordern die ambulanten Pflegekapazitäten.

Vorgehen

- In der **(teil-)stationären Pflege** schwerpunktmäßig nach Fallbesprechung im therapeutischen Team Gestaltung des Pflegeprozesses:
  - Informationssammlung (Patientenbeobachtung).
  - Pflegerische Diagnosestellung (Pflegeziele?). Verlaufsbeobachtung samt Dokumentation.
  - Pflegemaßnahmen umsetzen. Dokumentation!
  - Evaluation und Besprechung im Team, ggfs. Ziel- und/oder Maßnahmenneuformulierung.
  - Mitarbeit bei der Behandlungs- und Entlassungsplanung, Überleitungspflege.
- In der **ambulanten, aufsuchenden Pflege** (Home care) schwerpunktmäßig:
  - Aufbau einer tragfähigen Beziehung.
  - wenn möglich, Angehörige und soziales Umfeld aktiv einbeziehen.
  - Ermittlung des Hilfebedarfs, Unterstützung der ärztlichen Behandlung.
  - Hilfe bei der Bewältigung von Alltagsanforderungen.
  - Psychoedukation, Verantwortlichkeit der Patienten fördern.
  - Coping-Strategien und Compliance fördern.
  - Krisensituationen erkennen (z. B. Suizidalität, familiäre Probleme).
  - frühzeitige Krisenintervention.
  - Koordination und Vermittlung von Hilfen.
  - Wirkung und Nebenwirkungen der Medikamente erkennen.
  - *Umfang:* zwischen mehrmals täglich und monatlich.

➲ *Hinweise:* Kostenfrage klären! Stets Zustimmung des Patienten zum Hausbesuch erforderlich!

18.14 Selbsthilfegruppe. Genesungsbegleitung

Grundlagen

- **Definition:** Lockerer Zusammenschluss von körperlich oder psychisch Kranken zum Zweck gegenseitiger Aussprache, Beratung und Unterstützung (ohne professionelle Leitung).
- **Variante:** In **trialogischer** Form gemeinsame, gleichberechtigte Beratung von Patienten, Angehörigen und professionell Tätigen (z. B. hinsichtlich einer Behandlungsverfügung).
- Unterstützung in Form angeleiteter und systematischer Selbstklärung bei psychischer Erkrankung durch einen ehemaligen bzw. wiederhergestellten („psychiatrieerfahrenen"), speziell hierzu ausgebildeten Patienten als „Genesungsbegleiter". („**Experienced Involvement**" – „EX-IN"-Konzept).
- Allgemeiner **therapeutischer Ansatz:**
  - Prinzip der *wechselseitigen Hilfe* mit den Merkmalen des gegenseitigen (erweiterten) Verständnisses, der Solidarität und Akzeptanz.
  - Hilfsmittel der *Selbstwahrnehmung* und Verarbeitung von Krankheitssymptomen und ihren Folgen. Förderung der Inklusion. Bekannteste Beispiele auf psychiatrischem Gebiet: Anonyme Alkoholiker (AA), Synanon, Emotions anonymous, Depressionsgruppen.

Indikationen

- Psychotisches Residuum. Abhängigkeitserkrankung.
- Chronische Belastung mit persönlichen Schwierigkeiten.
- Anpassungsstörung. Suizidprophylaxe.
- Psychoedukation Angehöriger (S. 363).
- Anregung und Begleitung gesundheitspolitischer Aktivitäten.

Begleitwirkungen, Komplikationen, Kontraindikationen

- **Begleitwirkungen, Komplikationen:**
  - Überschätzung der „Selbsttherapie".
  - Nichterkennen möglicher Rückfälle.
  - Unvorhersehbarer Abbruch einer Betreuung durch Rezidiv oder Überforderung des Begleiters.
- **Kontraindikationen:**
  - Akute und subakute psychische Erkrankung.
  - Dissoziale, histrionische und Borderline-Persönlichkeitsstörung.
  - Suchterkrankung.
  - Schwerere geistige und seelische Behinderung.
  - Demenz.

Vorgehen, Organisation

- Kontinuierliche, wöchentliche oder 14-tägliche Zusammenkünfte, die jeweils von einem Gruppenmitglied organisiert werden. Besprechung aktueller Probleme und gegenseitige Beratung, außerhalb der Gruppensitzungen auch durch Einzelkontakte. Externe Supervision empfehlenswert (Adressen im Anhang (S. 431).

19 Forensische Psychiatrie

19.1 Forensische Psychiatrie

Vorbemerkungen

Forensische Themen berühren sowohl Rechte und Zumutbarkeiten für den Patienten und für die Allgemeinheit wie auch Pflichten und Handlungsoptionen des Therapeuten und des Gesetzgebers. Für Psychiatrie und Psychotherapie sind folgende Bereiche von Bedeutung:

Auch gegenüber nahen Angehörigen eines Patienten und über dessen Tod hinaus gilt die **Schweigepflicht**. Sie ist kodifiziert in den einschlägigen Bestimmungen der ärztlichen/psychotherapeutischen Berufsordnung wie auch im Strafgesetzbuch. Im Übrigen gibt es auch ein Schweigerecht der Betroffenen, d. h., der Arzt/Therapeut kann nicht zu Mitteilungen über die Erkrankung seines Patienten gezwungen werden (Ausnahmen s. unten). Das **Einsichtsrecht** eines psychisch Kranken in seine Krankenunterlagen ist nicht unbeschränkt: Belange Dritter und persönliche Anmerkungen zu Verlauf und Prognose sind beispielsweise nicht offenbarungspflichtig.

Psychiatrie und Rechtsprechung haben des Weiteren zahlreiche Schnittstellen im Sozial- und Verwaltungsrecht wie auch im Zivil- und Strafrecht. So können krankheitsuneinsichtige Patienten unter bestimmten Bedingungen auch gegen ihren Willen nach den **Unterbringungsgesetzen** (PsychKG) oder im Rahmen einer rechtlichen **Betreuung** (BtG) einer Behandlung zugeführt werden.

Im Zivilrecht können sich Fragen nach der **Geschäfts- und Testierfähigkeit** (z. B. bei Errichtung eines Testamentes oder Vertragsabschlüssen) ergeben, wenn es Hinweise auf krankheitsbedingte psychische Ausfallserscheinungen gibt. Die Beurteilung der **Fahreignung** wird im Verwaltungsrecht gefordert, falls eine psychische Erkrankung vorliegt oder vermutet wird.

Nicht selten wird ein psychisch Kranker straffällig, kann aber wegen seiner mentalen Beeinträchtigungen nicht wie ein Gesunder verurteilt und bestraft werden. In diesen Fällen ist über eine psychiatrische Begutachtung zu klären, ob und wie weit die betreffende Erkrankung zu Beeinträchtigungen der **Schuldfähigkeit** geführt haben kann. Laut § 75 StPO besteht die Pflicht zur Gutachtenerstattung bei entsprechendem gerichtlichem Auftrag, der gleichzeitig das Schweigerecht außer Kraft setzt. Falls die strafrechtliche Verantwortlichkeit krankheitsbedingt als eingeschränkt beurteilt wird, stellen sich gegebenenfalls Fragen nach weiteren **Maßregeln**.

Im Zusammenhang mit Gerichtsverfahren, insbesondere solchen strafrechtlicher Art, ist gelegentlich psychiatrisch-psychologisch zu überprüfen, ob ein psychisch Kranker **vernehmungs-**, **verhandlungs-** und/oder **prozessfähig** ist. **Haftunfähigkeit** kann vorliegen, wenn der Inhaftierte infolge einer akuten oder schwereren psychischen Erkrankung, insbesondere solche mit Suizidalität, möglicherweise einer erhöhten Lebensgefahr ausgesetzt ist. Kann aufgrund der Straftat die Haft nicht unterbrochen werden, ist eine Verlegung in ein Justizvollzugskrankenhaus in Erwägung zu ziehen.

Eine große Rolle spielt die psychiatrische Sachkunde im Sozialrecht, insbesondere zur Beurteilung von Invalidität, Berufs- und **Erwerbsfähigkeit.** Zu beachten ist, dass Rehabilitationsmaßnahmen voll auszuschöpfen sind.

19.2 Schweigepflicht

Allgemeines

- Nach § 203 StGB macht sich strafbar, wer als Angehöriger einer vom Gesetz ausdrücklich bestimmten Berufsgruppe unbefugt ein zu seinem persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis offenbart. Diese Pflicht zur Verschwiegenheit gilt

u. a. für Ärzte, Psychotherapeuten, Psychologen, Sozialarbeiter, Ergotherapeuten, Apotheker, Pflegepersonal, Hebammen etc. – auch bereits während deren Ausbildungszeit. Das mögliche Strafmaß reicht von einer Geldstrafe bis zu einer einjährigen Freiheitsstrafe.

Anwendung

- Zusätzlich zum StGB legen die ärztliche und psychotherapeutischen Berufsordnungen fest, dass darüber zu schweigen ist, was dem Untersucher und Therapeuten anvertraut wurde. Dazu gehören alle mündlichen und schriftlichen Mitteilungen des Patienten, apparative und Laborbefunde, die mindestens 10 Jahre gesichert aufzubewahren sind.

Folgerungen

- Geheimhaltungspflichtig sind sogar die Identität des Patienten und die Tatsache, dass er sich überhaupt in Behandlung befindet. Nur der Patient selbst kann von der Schweigepflicht entbinden.
- Gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen besteht insoweit eine Auskunftsverpflichtung, als Fragen zur Überprüfung der Leistungspflicht zu beantworten sind (z. B. Diagnose und Daten des Ablaufes einer Erkrankung). Bezüglich privater Krankenversicherungsträger und Lebensversicherungsgesellschaften besteht keine unmittelbare Auskunftspflicht. Im Interesse des Patienten sind jedoch notwendige Angaben zu machen, sofern er dem zugestimmt hat (Pauschale Ermächtigung nicht ausreichend!).
- Offenbarungsbefugnis gegenüber Mitbehandelnden und Mitarbeitern, Kollegen und Supervisoren besteht nur dann, wenn sie in die Behandlung des betreffenden Patienten eingebunden sind. (Ausnahme: Verpflichtung zur Gutachtenerstattung gemäß § 75 StPO). Informationen über Patieten an Dritte (z. B. zu Unterrichts- oder Forschungszwecken) dürfen anonymisiert weitergegben werden.
- Bei „rechtfertigendem Notstand" (§ 34 StGB) ist – nach sorgfältiger Abwägung der jeweiligen Rechtsgüter – ein Bruch der Schweigepflicht erlaubt, wenn dies zum Schutz eines höherwertigen Gutes erforderlich ist (z. B. wenn ein Patient trotz Verbots Auto fährt, obgleich er aufgrund seiner Erkrankung verkehrsuntüchtig ist). Auch in Fällen von Kindesmisshandlung oder sexuellem Missbrauch ist die Schweigepflicht aufgehoben.
- Eine Offenbarungspflicht des Arztes/Therapeuten besteht des Weiteren bei Kenntnis von geplanten schweren Straftaten, zur Aufgabenerfüllung der Vollzugsbehörden und bei meldepflichtigen Krankheiten.

❑ ***Hinweis:*** Den Mitarbeitern einer Krankenhausverwaltung dürfen ärztliche oder andere patientenrelevante Aufzeichnungen nicht zugänglich gemacht werden! Zu Abrechnungszwecken erhalten Krankenbüros, private Abrechnungsbüro oder Krankenversicherungen außer der Diagnose eine Aufstellung über die einzelnen diagnostischen und therapeutischen Leistungen. Zunehmende Probleme bereiten die ausufernden und immer schwerer zu kontrollierenden Möglichkeiten der elektronischen Datenverarbeitung, die den Schutz persönlicher Daten zu unterlaufen drohen („gläserner Patient".)

19.3 Einsichtsrecht

Allgemeines

- Grundsätzlich hat gem § 630g bzw. 810 BGB jeder Patient das Recht, Einsicht in seine Krankenunterlagen zu nehmen, ohne dies näher begründen zu müssen. Bei der Offenlegung sind jedoch Rechte Dritter zu berücksichtigen.

u. a. für Ärzte, Psychotherapeuten, Psychologen, Sozialarbeiter, Ergotherapeuten, Apotheker, Pflegepersonal, Hebammen etc. – auch bereits während deren Ausbildungszeit. Das mögliche Strafmaß reicht von einer Geldstrafe bis zu einer einjährigen Freiheitsstrafe.

Anwendung

- Zusätzlich zum StGB legen die ärztliche und psychotherapeutischen Berufsordnungen fest, dass darüber zu schweigen ist, was dem Untersucher und Therapeuten anvertraut wurde. Dazu gehören alle mündlichen und schriftlichen Mitteilungen des Patienten, apparative und Laborbefunde, die mindestens 10 Jahre gesichert aufzubewahren sind.

Folgerungen

- Geheimhaltungspflichtig sind sogar die Identität des Patienten und die Tatsache, dass er sich überhaupt in Behandlung befindet. Nur der Patient selbst kann von der Schweigepflicht entbinden.
- Gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen besteht insoweit eine Auskunftsverpflichtung, als Fragen zur Überprüfung der Leistungspflicht zu beantworten sind (z. B. Diagnose und Daten des Ablaufes einer Erkrankung). Bezüglich privater Krankenversicherungsträger und Lebensversicherungsgesellschaften besteht keine unmittelbare Auskunftspflicht. Im Interesse des Patienten sind jedoch notwendige Angaben zu machen, sofern er dem zugestimmt hat (Pauschale Ermächtigung nicht ausreichend!).
- Offenbarungsbefugnis gegenüber Mitbehandelnden und Mitarbeitern, Kollegen und Supervisoren besteht nur dann, wenn sie in die Behandlung des betreffenden Patienten eingebunden sind. (Ausnahme: Verpflichtung zur Gutachtenerstattung gemäß § 75 StPO). Informationen über Patieten an Dritte (z. B. zu Unterrichts- oder Forschungszwecken) dürfen anonymisiert weitergegben werden.
- Bei „rechtfertigendem Notstand" (§ 34 StGB) ist – nach sorgfältiger Abwägung der jeweiligen Rechtsgüter – ein Bruch der Schweigepflicht erlaubt, wenn dies zum Schutz eines höherwertigen Gutes erforderlich ist (z. B. wenn ein Patient trotz Verbots Auto fährt, obgleich er aufgrund seiner Erkrankung verkehrsuntüchtig ist). Auch in Fällen von Kindesmisshandlung oder sexuellem Missbrauch ist die Schweigepflicht aufgehoben.
- Eine Offenbarungspflicht des Arztes/Therapeuten besteht des Weiteren bei Kenntnis von geplanten schweren Straftaten, zur Aufgabenerfüllung der Vollzugsbehörden und bei meldepflichtigen Krankheiten.

❑ ***Hinweis:*** Den Mitarbeitern einer Krankenhausverwaltung dürfen ärztliche oder andere patientenrelevante Aufzeichnungen nicht zugänglich gemacht werden! Zu Abrechnungszwecken erhalten Krankenbüros, private Abrechnungsbüro oder Krankenversicherungen außer der Diagnose eine Aufstellung über die einzelnen diagnostischen und therapeutischen Leistungen. Zunehmende Probleme bereiten die ausufernden und immer schwerer zu kontrollierenden Möglichkeiten der elektronischen Datenverarbeitung, die den Schutz persönlicher Daten zu unterlaufen drohen („gläserner Patient".)

19.3 Einsichtsrecht

Allgemeines

- Grundsätzlich hat gem § 630g bzw. 810 BGB jeder Patient das Recht, Einsicht in seine Krankenunterlagen zu nehmen, ohne dies näher begründen zu müssen. Bei der Offenlegung sind jedoch Rechte Dritter zu berücksichtigen.

Anwendung

- Auf psychiatrisch-psychotherapeutischem Gebiet besteht volles Einsichtsrecht hinsichtlich „objektiver", biologischer bzw. apparativer Befunde (Kopien der körperlichen und technischen Untersuchungsergebnisse).
- „Subjektive" Befunde sind in Psychiatrie und Psychotherapie nur eingeschränkt einsehbar. Hierzu gehören z. B.
  - Inhalte von Explorationen, Gesprächsnotizen.
  - Informationen Dritter, fremdanamnestische Angaben.
  - Differenzialdiagnostische Erwägungen.
  - Verlaufsprotokolle.
  - Bewertende, kommentierende oder schlussfolgernde Anmerkungen des Therapeuten.
  - Ebenso kann aus therapeutischen Gründen dem Patienten eine uneingeschränkte Einsichtnahme verweigert werden, die ihm gegenüber zu begründen ist (z. B. wenn dadurch eine emotionale Destabilisierung mit der Gefahr einer psychischen Schädigung oder eines Rückfalls verbunden sein könnte – „therapeutisches Privileg").

Folgerungen

- Den Patienten sollte stets angeboten werden, in einem persönlichen Gespräch die Aufzeichnungen der Krankengeschichte verständlich darzulegen und zu erläutern. Alternativ können einer dritten Person im Auftrag des Patienten die relevanten Befunde übermittelt werden.

Hinweis: Je vertrauenvoller und offener die Therapeuten-Patienten-Beziehung, desto seltener Forderungen nach Einsichtnahme in die Krankengeschichte!

19.4 Gutachtenerstattung

Allgemeines

- Der psychiatrische Sachverständige hat dem Gericht nach bestem Wissen und Gewissen die Kenntnisse zu vermitteln, die eine sachgerechte Beurteilung eines forensischen Problems ermöglichen. Der Ernennung zum Sachverständigen ist grundsätzlich Folge zu leisten (Ablehnungsgründe wie Zeitmangel, Erkrankung, Überforderung, Befangenheit oder mangelnde Kompetenz sind dem Gericht überzeugend darzustellen!).

Anwendung

- Der entsprechende schriftliche Auftrag des Gerichts enthält die spezifischen Fragen, zu denen eine fundierte, nachvollziehbare Antwort erwartet wird.
- Nach – meist ambulanter – umfassender psychopathologischer, psychiatrischer und körperlicher Untersuchung, welche eine ausführliche Exploration und Anamneseerhebung, gegebenenfalls auch apparative und psychometrische Diagnostik einschließt, wird unter Einbeziehung der Aktenlage ein vorläufiges schriftliches Gutachten erstattet. Dieses muss – im Strafrecht fast immer, sonst nicht obligat – in der Hauptverhandlung erläutert werden. Die mündlich vorgetragene Bewertung in der Hauptverhandlung kann vom schriftlichen Gutachten abweichen, wenn zwischenzeitlich neue Gesichtspunkte bekannt wurden.

Hinweis: Nach §81 StPO kann jemand auch gegen seinen Willen zum Zweck der psychiatrischen Begutachtung bis zu maximal sechs Wochen geschlossen untergebracht werden.

Anwendung

- Auf psychiatrisch-psychotherapeutischem Gebiet besteht volles Einsichtsrecht hinsichtlich „objektiver", biologischer bzw. apparativer Befunde (Kopien der körperlichen und technischen Untersuchungsergebnisse).
- „Subjektive" Befunde sind in Psychiatrie und Psychotherapie nur eingeschränkt einsehbar. Hierzu gehören z. B.
  - Inhalte von Explorationen, Gesprächsnotizen.
  - Informationen Dritter, fremdanamnestische Angaben.
  - Differenzialdiagnostische Erwägungen.
  - Verlaufsprotokolle.
  - Bewertende, kommentierende oder schlussfolgernde Anmerkungen des Therapeuten.
  - Ebenso kann aus therapeutischen Gründen dem Patienten eine uneingeschränkte Einsichtnahme verweigert werden, die ihm gegenüber zu begründen ist (z. B. wenn dadurch eine emotionale Destabilisierung mit der Gefahr einer psychischen Schädigung oder eines Rückfalls verbunden sein könnte – „therapeutisches Privileg").

Folgerungen

- Den Patienten sollte stets angeboten werden, in einem persönlichen Gespräch die Aufzeichnungen der Krankengeschichte verständlich darzulegen und zu erläutern. Alternativ können einer dritten Person im Auftrag des Patienten die relevanten Befunde übermittelt werden.

Hinweis: Je vertrauenvoller und offener die Therapeuten-Patienten-Beziehung, desto seltener Forderungen nach Einsichtnahme in die Krankengeschichte!

19.4 Gutachtenerstattung

Allgemeines

- Der psychiatrische Sachverständige hat dem Gericht nach bestem Wissen und Gewissen die Kenntnisse zu vermitteln, die eine sachgerechte Beurteilung eines forensischen Problems ermöglichen. Der Ernennung zum Sachverständigen ist grundsätzlich Folge zu leisten (Ablehnungsgründe wie Zeitmangel, Erkrankung, Überforderung, Befangenheit oder mangelnde Kompetenz sind dem Gericht überzeugend darzustellen!).

Anwendung

- Der entsprechende schriftliche Auftrag des Gerichts enthält die spezifischen Fragen, zu denen eine fundierte, nachvollziehbare Antwort erwartet wird.
- Nach – meist ambulanter – umfassender psychopathologischer, psychiatrischer und körperlicher Untersuchung, welche eine ausführliche Exploration und Anamneseerhebung, gegebenenfalls auch apparative und psychometrische Diagnostik einschließt, wird unter Einbeziehung der Aktenlage ein vorläufiges schriftliches Gutachten erstattet. Dieses muss – im Strafrecht fast immer, sonst nicht obligat – in der Hauptverhandlung erläutert werden. Die mündlich vorgetragene Bewertung in der Hauptverhandlung kann vom schriftlichen Gutachten abweichen, wenn zwischenzeitlich neue Gesichtspunkte bekannt wurden.

Hinweis: Nach §81 StPO kann jemand auch gegen seinen Willen zum Zweck der psychiatrischen Begutachtung bis zu maximal sechs Wochen geschlossen untergebracht werden.

Folgerungen

- **Aufbau und Komponenten eines schriftlichen Gutachtens:**
  - Adressat mit Aktenzeichen.
  - Einleitung mit Fragestellung.
  - Vorgeschichte nach Aktenlage.
  - *Untersuchungsergebnisse:*
    - Anamnese: Angaben des Patienten, Fremdangaben, Biografie.
    - Psychischer, allg.-körperlicher und neurologischer Befund.
    - Eventuell Ergebnisse einer entsprechenden Zusatzdiagnostik (technische Zusatzuntersuchungen, Psychometrie).
  - Diagnose, Differenzialdiagnosen.
  - Schlussfolgerungen.
  - Beurteilung mit Beantwortung der Fragen.
  - Zusammenfassung.
- **Zu vermeiden sind:**
  - Überdehnung des Beweisauftrages (ungefragte Stellungnahmen, überflüssige Kommentare).
  - Kompetenzüberschreitung.
  - Schwer verständliche Fachsprache.
  - „Therapeutische" Intentionen.
  - Nicht ausreichende kritische Distanz zu schulenabhängigen Hypothesen.
  - Fehlender bzw. mangelhafter Abstand zu allen Prozessbeteiligten.

19.5 Rentenverfahren, Sozialrecht

Allgemeines

- In der Sozialgerichtsbarkeit kann eine psychiatrische Beurteilung der Erwerbsminderung notwendig werden (nicht zu verwechseln mit Arbeits- und/oder Dienstfähigkeit!).
- **Kriterien einer Erwerbsminderung:**
  - Eine **teilweise Erwerbsminderung** liegt nach § 43 SGB VI vor, wenn jemand krankheitsbedingt auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt – unabhängig vom erlernten Beruf – nur noch drei bis unter sechs Stunden tätig sein kann.

    Hinweis: Eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit wird grundsätzlich zunächst nur auf Zeit geleistet (Zeitrente). Die Befristung beträgt längstens drei Jahre und kann zweimal verlängert werden. Ist nach neun Jahren keine Besserung eingetreten, wird die Rente nach § 102 SGB VI unbefristet gewährt.
  - **Volle Erwerbsminderung** ist nach § 43 SGV VI gegeben, wenn jemand krankheitsbedingt täglich nur noch weniger als drei Stunden arbeiten kann.

Hinweis: Bis zum Jahrgang 1961 gilt folgende Übergangsregel: Nach 240 SGB VI erhält jemand Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit im Falle von Berufsunfähigkeit, wenn seine Erwerbsfähigkeit im erlernten oder anderen, zumutbaren Beruf krankheitsbedingt auf weniger als sechs Stunden gegenüber einem Gesunden mit ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen abgesunken ist.

- Für Beamte gilt laut § 42 des Bundesbeamtengesetzes (BBG), dass in den Ruhestand zu versetzen ist, wer krankheitsbedingt zur Erfüllung seiner Dienstpflichten dauerhaft nicht in der Lage ist.
- Gemäß sozialem Entschädigungsrecht bzw. Bundesversorgungsgesetz (BVG) wird nach einem Arbeitsunfall oder bei einer Berufserkrankung aufgrund ärztlicher Untersuchung ein evtl. **Grad der Schädigungsfolgen** (GdS) festgelegt (vormals: Minderung der Erwerbsfähigkeit – MdE). Ein Anspruch auf Rente besteht, wenn dieser mindestens 30 % beträgt. Ansonsten werden u. a. Kosten für Heilbehandlungen, Kuren, Hilfsmittel, Psychotherapie und Pflege übernommen.

Folgerungen

- **Aufbau und Komponenten eines schriftlichen Gutachtens:**
  - Adressat mit Aktenzeichen.
  - Einleitung mit Fragestellung.
  - Vorgeschichte nach Aktenlage.
  - *Untersuchungsergebnisse:*
    - Anamnese: Angaben des Patienten, Fremdangaben, Biografie.
    - Psychischer, allg.-körperlicher und neurologischer Befund.
    - Eventuell Ergebnisse einer entsprechenden Zusatzdiagnostik (technische Zusatzuntersuchungen, Psychometrie).
  - Diagnose, Differenzialdiagnosen.
  - Schlussfolgerungen.
  - Beurteilung mit Beantwortung der Fragen.
  - Zusammenfassung.
- **Zu vermeiden sind:**
  - Überdehnung des Beweisauftrages (ungefragte Stellungnahmen, überflüssige Kommentare).
  - Kompetenzüberschreitung.
  - Schwer verständliche Fachsprache.
  - „Therapeutische" Intentionen.
  - Nicht ausreichende kritische Distanz zu schulenabhängigen Hypothesen.
  - Fehlender bzw. mangelhafter Abstand zu allen Prozessbeteiligten.

19.5 Rentenverfahren, Sozialrecht

Allgemeines

- In der Sozialgerichtsbarkeit kann eine psychiatrische Beurteilung der Erwerbsminderung notwendig werden (nicht zu verwechseln mit Arbeits- und/oder Dienstfähigkeit!).
- **Kriterien einer Erwerbsminderung:**
  - Eine **teilweise Erwerbsminderung** liegt nach § 43 SGB VI vor, wenn jemand krankheitsbedingt auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt – unabhängig vom erlernten Beruf – nur noch drei bis unter sechs Stunden tätig sein kann.

    Hinweis: Eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit wird grundsätzlich zunächst nur auf Zeit geleistet (Zeitrente). Die Befristung beträgt längstens drei Jahre und kann zweimal verlängert werden. Ist nach neun Jahren keine Besserung eingetreten, wird die Rente nach § 102 SGB VI unbefristet gewährt.
  - **Volle Erwerbsminderung** ist nach § 43 SGV VI gegeben, wenn jemand krankheitsbedingt täglich nur noch weniger als drei Stunden arbeiten kann.

Hinweis: Bis zum Jahrgang 1961 gilt folgende Übergangsregel: Nach 240 SGB VI erhält jemand Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit im Falle von Berufsunfähigkeit, wenn seine Erwerbsfähigkeit im erlernten oder anderen, zumutbaren Beruf krankheitsbedingt auf weniger als sechs Stunden gegenüber einem Gesunden mit ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen abgesunken ist.

- Für Beamte gilt laut § 42 des Bundesbeamtengesetzes (BBG), dass in den Ruhestand zu versetzen ist, wer krankheitsbedingt zur Erfüllung seiner Dienstpflichten dauerhaft nicht in der Lage ist.
- Gemäß sozialem Entschädigungsrecht bzw. Bundesversorgungsgesetz (BVG) wird nach einem Arbeitsunfall oder bei einer Berufserkrankung aufgrund ärztlicher Untersuchung ein evtl. **Grad der Schädigungsfolgen** (GdS) festgelegt (vormals: Minderung der Erwerbsfähigkeit – MdE). Ein Anspruch auf Rente besteht, wenn dieser mindestens 30 % beträgt. Ansonsten werden u. a. Kosten für Heilbehandlungen, Kuren, Hilfsmittel, Psychotherapie und Pflege übernommen.

- Davon abgesehen wird laut SGB IX von einer Behinderung gesprochen, wenn Auswirkungen einer allgemeinen gesundheitlichen Schädigung überhaupt vorliegen (**Grad der Behinderung**, GdB).
- Behindert sind Personen, deren körperliche oder geistig-seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate vom üblicherweise zu erwartenden Zustand abweicht. Eine Schwerbehinderung liegt vor, wenn der GdB mindestens 50 beträgt.
- **Besondere Kennzeichen von Behinderung** können sein:
  - Hilflosigkeit („H")
  - Beeinträchtigung im Straßenverkehr („G")
  - außergewöhnliche Gehbehinderung („aG")
  - Notwendigkeit ständiger Begleitung („B")
- GdS und GdB sind ein Maß für die körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Auswirkungen einer Funktionsbeeinträchtigung aufgrund eines Gesundheitsschadens. Sie werden nach gleichen Grundsätzen mit Hilfe tabellarischer Auflistungen verschiedener Krankheiten in Zehnerschritten zwischen 0 und 100 bemessen. Bezüglich psychischer Erkrankungen bzw. Behinderungen gelten die GdS/GdB-Sätze in Tab. 19.1.
- Liegen mehrere Behinderungen oder Schädigungsfolgen vor, wird der GdS/GdB gewichtet ermittelt (nicht durch einfache Addition!). Maßgebend sind dabei die Auswirkungen der einzelnen Behinderungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer Beziehungen zueinander.

Hinweis: Aus dem GdS bzw. GdB ist nicht auf das Ausmaß der Leistungsfähigkeit zu schließen!

Tab. 19.1 • **GdS/GdB-Sätze bei psychischen Erkrankungen**

Erkrankung	GdS/GdB in %
Hirnleistungsschwäche, Wesensänderung, Anpassungsstörung bei Hirnschädigung	40–60
vegetative Symptome, Schwindel, Schlafstörungen bei Hirnschädigung	30–60
leichte bis mittelschwere Lern- und geistige Behinderung	30–70
schwerer bis hochgradiger Intelligenzmangel	80–100
floride Psychose	50–100
postpsychotisches Residuum	0–100
bipolare Störung mit häufigen Phasen	30–50
bipolar-affektives Residuum	30–50
Belastungs- bzw. Anpassungs- und Persönlichkeitsstörung (je nach Ausprägung)	0–100
Alkoholkrankheit:	
Abhängigkeit	50
nach Entwöhnungsbehandlung über 2 Jahre	30
Drogenabhängigkeit:	
Abhängigkeit je nach Ausmaß	50–100
nach Entwöhnungsbehandlung über 2 Jahre	30

Anwendung

Hinweis: Stets Rehabilitation vor Rente!

- Eine Erwerbsminderung begründet einen Anspruch auf Berentung.
- Mit dem ärztlichen Attest zum Rentenantrag sollen angegeben werden:
  - Anamnese, Befunde und Diagnosen.
  - Einschränkung der Leistungsfähigkeit im zuletzt ausgeübten Beruf und allgemeinen Erwerbsleben.
  - Verbliebene Leistungsfähigkeit im bisherigen Beruf und auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.
  - Prognose unter Berücksichtigung des bisherigen Krankheitsverlaufes.
  - Erfolgswahrscheinlichkeit von medizinischen und beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen.
- Bei Widerspruchs- bzw. Sozialgerichtsverfahren kann auf Antrag des Betroffenen ein medizinisches (psychiatrisches) Gutachten eingeholt werden.
- **Einbußen der Erwerbsfähigkeit bzw. Behinderungen** sind auf psychiatrischem Gebiet am ehesten bedingt durch:
  - Chronische Psychose (vor allem mit Residuum oder Persönlichkeitsveränderung).
  - Hirnorganische Leistungsminderung nach Schädelhirntrauma oder Krankheit.
  - Demenz.
  - Suchterkrankungen (hier V. a. Schädigung durch Alkoholismus).

Hinweis: Bei Pflegebedürftigkeit Feststellung des Pflegegrades (1–5) gem. PSGII. Eine posttraumatische Belastungsstörung infolge schwerer Gewalteinwirkung oder Bedrohung begründet evtl. Ansprüche nach dem Opferentschädigungsgesetz von 1985 bzw. 2006 (OEG).

19.6 Fahrtüchtigkeit, Fahrtauglichkeit.

Allgemeines

- **Fahr- bzw. Verkehrstüchtigkeit** beziehen sich auf das aktuelle Vermögen, sicher, rücksichtsvoll und vorschriftsmäßig aktiv oder passiv am Straßenverkehr teilzunehmen. Im Bereich psychischer Störungen sind vor allem Beeinträchtigungen der Wachheit, der Wahrnehmung, der Aufmerksamkeit, des Reaktionsvermögens, der Umstellfähigkeit und der vorausschauenden Umsicht von Bedeutung – Fähigkeiten und Leistungen, die (außer durch Erkrankungen) in erster Linie durch Alkohol und andere psychotrope Substanzen beeinträchtigt werden können.
- Nach §§ 315 und 316 StGB macht sich strafbar, wer ein Fahrzeug führt, obwohl er infolge des Genusses alkoholischer Getränke oder anderer berauschender Mittel nicht in der Lage ist, ein Fahrzeug sicher zu steuern.
- Nach § 24 a StVG handelt ordnungswidrig, wer mit mehr als 0,5 ‰ Blutalkohol im Straßenverkehr ein Fahrzeug führt. Bei alkoholbedingten Ausfallserscheinungen liegt die Grenze bei 0,3 ‰. Bei Fahranfängern gilt für die beiden ersten Jahre die 0,0 ‰ – Grenze.
- Über 1,1 ‰ Blutalkohol werden mit „absoluter Fahruntüchtigkeit“ gleichgesetzt und als Straftat geahndet.

Hinweis: Bei 30–40 % der Unfälle ist Alkohol im Spiel, bei etwa 10–15 % besteht der Verdacht auf die Einnahme von Rauschdrogen. Jeder 5. Unfall wird unter dem Einfluss von Medikamenten verursacht, wobei Benzodiazepine mit > 4 % eine wichtige Rolle spielen.

- Zur Fahrtüchtigkeit unter Einnahme **psychotroper Pharmaka** siehe Tab. 19.2 und Tab. 19.3.

Anwendung

Hinweis: Stets Rehabilitation vor Rente!

- Eine Erwerbsminderung begründet einen Anspruch auf Berentung.
- Mit dem ärztlichen Attest zum Rentenantrag sollen angegeben werden:
  - Anamnese, Befunde und Diagnosen.
  - Einschränkung der Leistungsfähigkeit im zuletzt ausgeübten Beruf und allgemeinen Erwerbsleben.
  - Verbliebene Leistungsfähigkeit im bisherigen Beruf und auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.
  - Prognose unter Berücksichtigung des bisherigen Krankheitsverlaufes.
  - Erfolgswahrscheinlichkeit von medizinischen und beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen.
- Bei Widerspruchs- bzw. Sozialgerichtsverfahren kann auf Antrag des Betroffenen ein medizinisches (psychiatrisches) Gutachten eingeholt werden.
- **Einbußen der Erwerbsfähigkeit bzw. Behinderungen** sind auf psychiatrischem Gebiet am ehesten bedingt durch:
  - Chronische Psychose (vor allem mit Residuum oder Persönlichkeitsveränderung).
  - Hirnorganische Leistungsminderung nach Schädelhirntrauma oder Krankheit.
  - Demenz.
  - Suchterkrankungen (hier V. a. Schädigung durch Alkoholismus).

Hinweis: Bei Pflegebedürftigkeit Feststellung des Pflegegrades (1–5) gem. PSGII. Eine posttraumatische Belastungsstörung infolge schwerer Gewalteinwirkung oder Bedrohung begründet evtl. Ansprüche nach dem Opferentschädigungsgesetz von 1985 bzw. 2006 (OEG).

19.6 Fahrtüchtigkeit, Fahrtauglichkeit.

Allgemeines

- **Fahr- bzw. Verkehrstüchtigkeit** beziehen sich auf das aktuelle Vermögen, sicher, rücksichtsvoll und vorschriftsmäßig aktiv oder passiv am Straßenverkehr teilzunehmen. Im Bereich psychischer Störungen sind vor allem Beeinträchtigungen der Wachheit, der Wahrnehmung, der Aufmerksamkeit, des Reaktionsvermögens, der Umstellfähigkeit und der vorausschauenden Umsicht von Bedeutung – Fähigkeiten und Leistungen, die (außer durch Erkrankungen) in erster Linie durch Alkohol und andere psychotrope Substanzen beeinträchtigt werden können.
- Nach §§ 315 und 316 StGB macht sich strafbar, wer ein Fahrzeug führt, obwohl er infolge des Genusses alkoholischer Getränke oder anderer berauschender Mittel nicht in der Lage ist, ein Fahrzeug sicher zu steuern.
- Nach § 24 a StVG handelt ordnungswidrig, wer mit mehr als 0,5 ‰ Blutalkohol im Straßenverkehr ein Fahrzeug führt. Bei alkoholbedingten Ausfallserscheinungen liegt die Grenze bei 0,3 ‰. Bei Fahranfängern gilt für die beiden ersten Jahre die 0,0 ‰ – Grenze.
- Über 1,1 ‰ Blutalkohol werden mit „absoluter Fahruntüchtigkeit“ gleichgesetzt und als Straftat geahndet.

Hinweis: Bei 30–40 % der Unfälle ist Alkohol im Spiel, bei etwa 10–15 % besteht der Verdacht auf die Einnahme von Rauschdrogen. Jeder 5. Unfall wird unter dem Einfluss von Medikamenten verursacht, wobei Benzodiazepine mit > 4 % eine wichtige Rolle spielen.

- Zur Fahrtüchtigkeit unter Einnahme **psychotroper Pharmaka** siehe Tab. 19.2 und Tab. 19.3.

Tab. 19.2 • **Fahrtüchtigkeit bei Einnahme psychotroper Pharmaka**

Substanz	Fahrtüchtigkeit
Opioide	prinzipiell: nein
Carbamazepin o. ä.	erst nach Eingewöhnung: ja
Beta-Blocker	in leichterer bis mittlerer Dosierung: ja
Clonidin	nach Eingewöhnungsphase: ja
Benzodiazepine	bei leichter bis mittlerer Dosierung nach 8 bis 10 Stunden: ja
Antipsychotika	nach Eingewöhnungsphase: ja
Antidepressiva	nach Eingewöhnungsphase: ja

Tab. 19.3 • **Einfluss häufig verwendeter Psychopharmaka auf die Fahrtüchtigkeit (laut TÜV Rheinland)**

Wirkstoff	Dosierung (mg)	Risiko *akut*	*> 8–12 h*
Alprazolam	0,5	+++	*
Amitriptylin	12,5–75	++++	*
Bromazepam	3	+++	*
Clomethiazol	300–600	++++	*
Clomipramin	25	+++	*
Clonazepam	0,5	++++	*
Chloralhydrat	500	++++	+
Chlordiazepoxid	10	+++	*
Chlorprothixen	20	++++	*
Clozapin	100	+++	*
Desipramin	50–75	++++	*
Diazepam	5–20	++++	++–++++
Doxepin	25–50	+++–++++	*
Fluoxetin	20–40	+–++	*
Flupentixol	1	+	*
Fluvoxamin	50	++	*
Haloperidol	1–10	++–+++	*
Imipramin	25–50	+++–++++	*
Levomepromazin	10–25	++++	*
Lorazepam	0,5–5	++++	++++
Maprotilin	25–75	++–+++	*

19.6 Fahrtüchtigkeit, Fahrtauglichkeit.

Tab. 19.3 • **Fortsetzung**

Wirkstoff	Dosierung (mg)	Risiko akut	> 8–12 h
Mianserin	10–20	+++–++++	*
Moclobemid	100–200	+	*
Oxazepam	10–20	+++	+++
Paroxetin	20	+	*
Promethazin	25	++++	++++
Thioridazin	25–100	++++	*
Tiaprid	100	+	*
Trazodon	50–100	+++–++++	*
Triflupromazin	5	+++	*
Zolpidem	10–20	++++	+–+++
Zopiclon	7,5	++++	++
Zuclopenthixol	10	++++	*

*Beeinträchtigung des Leistungsvermögens: + keine/gering; ++ leicht; +++ deutlich; ++++ stark; * wurde nicht untersucht.*
Die psychiatrische Beurteilung der **Fahrtüchtigkeit** *bezieht sich vorrangig auf aktuelle kognitive, voluntative und psychophysische Leistungen wie Vigilität, Wahrnehmung, Reagibilität und Affektivität, emotionale Steuerung sowie Impulskontrolle einschließlich Selbst- und Fremdgefährdungsrisiko.*

- **Fahrtauglichkeit** bzw. **Fahreignung** bedeutet die grundsätzliche Befähigung, ein Kraftfahrzeug sicher zu führen. Laut § 2 (4) StVG ist zum Führen von Kraftfahrzeugen geeignet, wer die notwendigen körperlichen und geistigen Anforderungen erfüllt und nicht erheblich oder nicht wiederholt gegen verkehrsrechtliche Vorschriften oder gegen Strafgesetze verstoßen hat.
- Laut § 4 StVG kann die (Wieder-)Erteilung der Fahrerlaubnis von einer gutachterlichen Beurteilung abhängig gemacht werden. Bei psychischen Erkrankungen erfolgt eine solche einschließlich prognostische Erwägungen von fachpsychiatrischer Seite, ggfs. unter Einbeziehung fachpsychologischer Kompetenz. Allgemein geprüft werden Anforderungen an die mentale Leistungsfähigkeit, Kompensation von Eignungsmängeln, Kumulierte Auffälligkeiten, Intellektuelle Leistungseinschränkungen, Straftaten, Verstöße gegen verkehrsrechtliche Vorschriften, Auffälligkeiten bei der Fahrerlaubnisprüfung, Ausnahmen vom Mindestalter.

Hinweis: Etwa 5 % der Untersuchungsfälle in den medizinisch-psychologischen Abteilungen des TÜV betreffen psychiatrische Fragestellungen, alkoholbedingte Verkehrsdelikte nicht eingerechnet. 50 % aller Verkehrsdelikte und 95 % aller Entziehungen der Fahrerlaubnis beruhen auf Fahren unter Alkoholeinfluss!

- Als **Erkrankungen** kommen in Frage: Zustände nach Hirnverletzungen und Hirnoperationen, angeborene und frühkindlich erworbene Hirnschäden, Organisch-psychische Störungen, Demenz und organische Persönlichkeitsveränderungen durch pathologische Alterungsprozesse, Affektive Psychosen, Schizophrene Psychosen (Tab. 19.4).

Hinweis: Analphabetismus schließt Fahrtauglichkeit grundsätzlich nicht aus, wenn die Verkehrszeichen korrekt erkannt werden!

- Folgende **Zielgruppen** werden unterschieden:
  - **Gruppe 1:** Fahrerlaubnis für Pkw und Krafträder – Kraftfahrzeuge unter 3,5 t (Fahrerlaubnis Klassen A, A1, B, BE, M, S, L und T).
  - **Gruppe 2:** Fahrerlaubnis für Lkw und Fahrgastbeförderung – Kraftfahrzeuge über 3,5 t (Fahrerlaubnis Klassen C, C 1, CE, C 1E, D, D 1, DE, D 1E).

Tab. 19.4 • **Fahrtüchtigkeit und Erkrankung**

Psychische Störung	Gruppe 1	Gruppe 2	Anmerkungen
organisch-psychische Störungen	nein	nein	nach Abklingen ohne relevante Restsymptome: **ja**
Demenz und organische Persönlichkeitsveränderungen in leichter Form	**ja**	nein	regelmäßige Kontrollen
Demenz und organische Persönlichkeitsveränderungen in schwererer Form	nein	nein	
Affektive psychotische Störung (akut)	nein	nein	
Affektive psychotische Störung (nach Remission)	**ja**	nein	regelmäßige Kontrollen
Affektive psychotische Störung (voll remittiert bzw. symptomfrei)	**ja**	**ja**	regelmäßige Kontrollen
Schizophrene Psychosen (akut)	nein	nein	
Schizophrene Psychosen (n. Remission)	**ja**	eher nein	regelmäßige Kontrollen
Alkoholabhängigkeit (aktuell)	nein	nein	
Alkoholabhängigkeit (nach Entwöhnungsbehandlung und mindestens einjähriger Abstinenz)	**ja**	**ja**	regelmäßige Kontrollen
Rauschmittelsucht	nein	nein	
nach Entwöhnung und einjähriger Abstinenz	**ja**	**ja**	regelmäßige Kontrollen
schwere Persönlichkeitsstörungen mit wiederholten Auffälligkeiten wegen unbelehrbar-unkritischer und undisziplinierter-aggressiver Fahrweise	nein	nein	
Intelligenzminderung (bei einem IQ unter 70 und Verhaltensauffälligkeiten)	nein	nein	

Anwendung

- Im Fall einer psychiatrisch-psychologischen Begutachtung sind Akuität und Ausprägung einer evtl. Erkrankung festzustellen wie auch die Gesamtpersönlichkeit (Charakter, Belastbarkeit, Ressourcen, Alter), der vermutlich weitere Krankheitsverlauf und mögliche Therapien einschließlich deren Auswirkungen zu würdigen.

Hinweis: Hohe Dunkelziffer Depressiver, die mit dem Kfz Suizid begehen (schätzungsweise zwischen 0,15 und 3 % aller „unklaren" tödlichen Unfälle).

19.7 Vernehmungs-, Verhandlungs- und Prozessfähigkeit

Allgemeines

- **Vernehmungsfähigkeit** (etwa gleichbedeutend mit Einwilligungsfähigkeit für ärztliche Eingriffe): Die betroffene Person soll in der Lage sein, die ihr gegenüber erhobenen Vorwürfe zu verstehen und sich zu ihnen zu äußern, d. h., sie muss die Bedeutung und Tragweite der Vernehmung begreifen (Freiheit zur Willensbildung und die Fähigkeit zu einer inhaltlich geordneten Kommunikation).
- **Verhandlungsfähigkeit** (Voraussetzung für Prozessfähigkeit): Fähigkeit, einer Verhandlung verständig zu folgen und selbständig Stellung zu nehmen.
- **Prozessfähigkeit:** Laut § 71 SGG ist prozessfähig, wer sich durch Verträge verpflichten kann, s. Geschäftsfähigkeit (S. 418).

➲ ***Hinweis:*** Eine nicht prozessfähige Person kann laut § 57 ZPO durch einen Betreuer oder Prozesspfleger vertreten werden!

Anwendung

- Vernehmungs- und Verhandlungsfähigkeit können bei folgenden Ursachen dauernd oder vorübergehend aufgehoben sein:
  - Schwere körperlicher Erkrankung.
  - Akute psychotische Störung.
  - Schweres postpsychotisches Residuum.
  - Schwere Depression.
  - Intelligenzminderung und Demenz.

➲ ***Hinweis:*** Prozessfähigkeit hiervon nicht eo ipso betroffen!

Folgerungen

- Eine evtl. Vernehmungsunfähigkeit wird durch ein ärztliches Attest aufgrund persönlicher Untersuchung dokumentiert, die Entscheidung liegt beim Richter.
- Verhandlungsunfähigkeit: Feststellung durch eine fachärztliche Begutachtung des Beschuldigten. Liegt sie vor, kann das Verfahren vorläufig (§ 205 StPO) oder endgültig (§ 206 a StPO) eingestellt werden.

➲ ***Hinweis:*** Bei selbstverschuldeter Verhandlungsunfähigkeit eines Angeklagten kann die Hauptverhandlung auch ohne ihn geführt werden!

- Prozessunfähigkeit: Feststellung einer gravierenden Beeinträchtigung der Einsichts-, Urteils- und Willensfähigkeit, die Geschäftsunfähigkeit (S. 418) impliziert.

19.8 Zwangseinweisung, Unterbringung

Allgemeines

- Die (freiheitsentziehende) Unterbringung psychisch Kranker in einem entsprechenden Krankenhaus oder einer Abteilung gegen deren Willen ist nach dem „Psychisch-Kranken-Gesetz“ (PsychKG) geregelt, wobei die entsprechenden Verfügungen der einzelnen Bundesländer teilweise voneinander abweichen.
- Wenn der Patient einerseits nicht von der Notwendigkeit der Behandlung zu überzeugen ist, aufgrund seiner Erkrankung andererseits nicht einsehen kann, dass er sich selbst oder andere erheblich (In Bayern auch die öffentlichge Sicherheit) gefährdet, kann eine stationäre Einweisung nach den Landesunterbringungsgesetzen herbeigeführt werden. (Zur rechtlichen Situation in Österreich und der Schweiz siehe unten.)

Anwendung

- **Voraussetzungen für die Notwendigkeit eines Freiheitsentzuges**:
  - *Allgemein:* Schwerer Erregungszustand oder manifeste Suizidalität, vor allem unter Drogen- oder Alkoholeinfluss bzw. im Rahmen wahnhafter, depressiver oder manischer Episoden, wenn Selbst- oder Fremdgefährdung bzw. eine aktuelle Gefahr für die öffentliche Sicherheit und Ordnung vorliegen.
  - *Allgemeine Voraussetzungen entsprechend den Ländergesetzen:*
    - Psychose oder in ihrer Auswirkung einer Psychose gleichkommende psychische Störung.
    - Ohne fachgerechte Therapie keine Aussicht auf Heilung oder Besserung.

Hinweis: Die bloße Verwahrlosung eines psychisch Kranken ist nicht gleichbedeutend mit einer aktuellen Selbstgefährdung. Eine Alternative besteht dann in der Einrichtung einer rechtlichen Betreuung (S. 416). Liegt eine solche bereits vor, ist der Betreuer miteinzubeziehen, sofern er nicht selbst die Unterbringung betrieben hat.

- **Indikationen zur Unterbringung bzw. Zwangseinweisung,** s. a. „Psychiatrische Notfälle" (S. 300)
  - Suizidalität
  - Erregungszustand
  - Aggressivität
  - delirantes Syndrom
  - Dämmerzustand
  - maniformes Syndrom
  - pathologischer Rausch
  - schwerer Stupor
  - Wahn
- **Ablauf:** In der Regel wird aufgrund einer aktuellen ärztlichen Untersuchung über die zuständige Ordnungsbehörde (Polizei, Amt für öffentliche Ordnung) die Zwangsunterbringung beim Amtsgericht beantragt, wobei bis zum Ablauf des auf die Unterbringung folgenden Tages eine richterliche Entscheidung erfolgen muss.
- **Zu unterscheiden sind:**
  - Die *Sofortige Unterbringung* kann bei entsprechendem ärztlichem Zeugnis (Vollapprobation!) auch ohne vorherige richterliche Entscheidung durch die Ordnungsbehörde herbeigeführt werden. Die richterliche Entscheidung ist jedoch unverzüglich nachträglich einzuholen.
  - Die *vorläufige Unterbringung durch einstweilige Anordnung:*
    - wird vom Gericht bis zu einer Dauer von max. 6 Wochen angeordnet, wenn die Voraussetzungen (S. 415) vorliegen. Der Richter sollte den Patienten persönlich anhören. In den meisten Bundesländern wird ein Rechtsanwalt hinzugezogen bzw. ein Verfahrenspfleger bestellt.
    - Nach Anhörung eines Sachverständigen kann die Unterbringungsdauer auf max. drei Monate ausgedehnt werden.
    - Wird die Unterbringung nach max. einem Jahr (mit besonderer Begründung zwei Jahre) nicht aufgehoben, muss ein entsprechendes fachpsychiatrisches Gutachten vorgelegt werden.

Folgerungen

- Der Patient wird gegen seinen Willen in einer psychiatrischen Einrichtung untergebracht. Stets sollte versucht werden, den Patienten zu einem freiwilligen Verbleiben und zu therapeutischer Mitarbeit zu bewegen (durch schriftliche Erklärung zu bestätigen!).
- Entscheidend für die Notwendigkeit einer Unterbringung ist nicht die medizinisch-psychiatrische Diagnose, sondern Art und Ausmaß der psychopathologischen Auffälligkeiten, aus denen eine Fremd- oder Selbstgefährdung abgeleitet werden kann, s. Anwendung (S. 415). Von ärztlicher Seite ist umgehend beim Gericht eine Auf-

hebung der Unterbringung zu beantragen, wenn aufgrund einer Besserung die rechtlichen Voraussetzungen entfallen. Nach Ablauf der vom Gericht bestimmten Dauer für die einstweilige Unterbringung ist der Patient zu entlassen, falls bei Gericht keine Verlängerung beantragt und verfügt wurde. Die Verlängerungsdauer liegt in der Regel zwischen einigen Wochen und Monaten.

- Während der Unterbringung sind ärztliche Zwangsmaßnahmen zum Schutz des Patienten, zur Heilung und zur anderweitigen Gefahrenabwehr (in NRW: bei erheblicher Gefahr für die eigene Gesundheit oder die anderer) erlaubt. Bei Einwilligungsunfähigkeit oder fehlender Zustimmung entscheidet ein Richter über die Notwendigkeit der (medikamentösen) Behandlung (richterlicher Vorbehalt).
- **Sonstige Unterbringungsmodalitäten:**
  - Eine einstweilige Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus nach § 126 a StPO kann von der Staatsanwaltschaft bei einem psychisch kranken Straftäter verfügt werden, sofern angenommen werden kann, dass die zur Last gelegten rechtswidrigen Taten im Zustand der verminderten Schuldfähigkeit (S. 419) oder Schuldunfähigkeit begangen wurden.
  - Im Zusammenhang mit einem Strafverfahren kann nach §§ 81 StPO und 73 JGG eine Unterbringung (S. 420) zur Vorbereitung eines Gutachtens veranlasst werden.
  - Unterbringungen nach §§ 63 (S. 420) und 64 StGB (S. 421).
- **Verfahrensweise in der Schweiz:**
  - Fürsorgerischer Freiheitsentzug (Zivilgesetzbuch ZGB, Art. 397 a–f). Zuständig sind die Vormundschaftsbehörden.
  - Indikationen: Geisteskrankheiten, Geistesschwäche, Trunksucht, andere Suchterkrankungen, schwere Verwahrlosung (Fürsorge für den Betroffenen steht im Vordergrund, Voraussetzung ist die Einweisung in eine „geeignete Anstalt").
  - Keine Fristen, der Zustand des Patienten ist entscheidend.
  - Der Betroffene hat innerhalb von 10 Tagen ein Widerspruchsrecht.

  Hinweis: Kantonale Gesetze können unterschiedliche Regelungen enthalten!
- **Verfahrensweise in Österreich:**
  - Im Unterbringungsgesetz UbG, BGBI 155/1990 geregelt.
  - Indikationen: Psychische Erkrankung mit Selbst- oder Fremdgefährdung, eine Unterbringung auf Verlangen ist möglich.
  - Beschränkung auf Krankenanstalten und Abteilungen für Psychiatrie.
  - Benachrichtigung des zuständigen Bezirksgerichts, Bestellung eines Patientenanwalts. Das Gericht muss binnen 4 Tagen die Voraussetzungen der Unterbringung prüfen, 14 Tage nach der Anhörung erfolgt eine mündliche Verhandlung.
  - Wenn die Unterbringung bestätigt wird, gilt eine maximale Frist von insgesamt 3 Monaten.

19.9 Rechtliche Betreuung

Allgemeines

- Gesetzliche Regelung zur rechtlichen Vertretung einer erkrankten oder behinderten Person.
- Laut § 1896 BGB kann vom Betreuungsgericht (beim Amtsgericht) ein Betreuer für einen psychisch kranken Volljährigen auf seinen Antrag oder den Dritter hin oder von Amts wegen bestellt werden, wenn dieser aufgrund einer Erkrankung oder anderer Behinderungen nicht in der Lage ist, seine Angelegenheiten ganz oder teilweise zu besorgen. Der Antrag kann auch von einer geschäftsunfähigen Person gestellt werden. Das Gericht holt hierzu ein psychiatrisches Gutachten ein. Ein Richter hat den Betroffenen persönlich anzuhören. Der Betreuer soll zum „Wohl des Betreuten" tätig werden. Er darf nur für Aufgaben bestellt werden, in denen die Betreuung erforderlich ist (anderen, privaten oder öffentlichen Hilfen gegenüber nachrangig).

hebung der Unterbringung zu beantragen, wenn aufgrund einer Besserung die rechtlichen Voraussetzungen entfallen. Nach Ablauf der vom Gericht bestimmten Dauer für die einstweilige Unterbringung ist der Patient zu entlassen, falls bei Gericht keine Verlängerung beantragt und verfügt wurde. Die Verlängerungsdauer liegt in der Regel zwischen einigen Wochen und Monaten.

- Während der Unterbringung sind ärztliche Zwangsmaßnahmen zum Schutz des Patienten, zur Heilung und zur anderweitigen Gefahrenabwehr (in NRW: bei erheblicher Gefahr für die eigene Gesundheit oder die anderer) erlaubt. Bei Einwilligungsunfähigkeit oder fehlender Zustimmung entscheidet ein Richter über die Notwendigkeit der (medikamentösen) Behandlung (richterlicher Vorbehalt).
- **Sonstige Unterbringungsmodalitäten:**
  - Eine einstweilige Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus nach § 126 a StPO kann von der Staatsanwaltschaft bei einem psychisch kranken Straftäter verfügt werden, sofern angenommen werden kann, dass die zur Last gelegten rechtswidrigen Taten im Zustand der verminderten Schuldfähigkeit (S. 419) oder Schuldunfähigkeit begangen wurden.
  - Im Zusammenhang mit einem Strafverfahren kann nach §§ 81 StPO und 73 JGG eine Unterbringung (S. 420) zur Vorbereitung eines Gutachtens veranlasst werden.
  - Unterbringungen nach §§ 63 (S. 420) und 64 StGB (S. 421).
- **Verfahrensweise in der Schweiz:**
  - Fürsorgerischer Freiheitsentzug (Zivilgesetzbuch ZGB, Art. 397 a–f). Zuständig sind die Vormundschaftsbehörden.
  - Indikationen: Geisteskrankheiten, Geistesschwäche, Trunksucht, andere Suchterkrankungen, schwere Verwahrlosung (Fürsorge für den Betroffenen steht im Vordergrund, Voraussetzung ist die Einweisung in eine „geeignete Anstalt").
  - Keine Fristen, der Zustand des Patienten ist entscheidend.
  - Der Betroffene hat innerhalb von 10 Tagen ein Widerspruchsrecht.

  Hinweis: Kantonale Gesetze können unterschiedliche Regelungen enthalten!
- **Verfahrensweise in Österreich:**
  - Im Unterbringungsgesetz UbG, BGBI 155/1990 geregelt.
  - Indikationen: Psychische Erkrankung mit Selbst- oder Fremdgefährdung, eine Unterbringung auf Verlangen ist möglich.
  - Beschränkung auf Krankenanstalten und Abteilungen für Psychiatrie.
  - Benachrichtigung des zuständigen Bezirksgerichts, Bestellung eines Patientenanwalts. Das Gericht muss binnen 4 Tagen die Voraussetzungen der Unterbringung prüfen, 14 Tage nach der Anhörung erfolgt eine mündliche Verhandlung.
  - Wenn die Unterbringung bestätigt wird, gilt eine maximale Frist von insgesamt 3 Monaten.

19.9 Rechtliche Betreuung

Allgemeines

- Gesetzliche Regelung zur rechtlichen Vertretung einer erkrankten oder behinderten Person.
- Laut § 1896 BGB kann vom Betreuungsgericht (beim Amtsgericht) ein Betreuer für einen psychisch kranken Volljährigen auf seinen Antrag oder den Dritter hin oder von Amts wegen bestellt werden, wenn dieser aufgrund einer Erkrankung oder anderer Behinderungen nicht in der Lage ist, seine Angelegenheiten ganz oder teilweise zu besorgen. Der Antrag kann auch von einer geschäftsunfähigen Person gestellt werden. Das Gericht holt hierzu ein psychiatrisches Gutachten ein. Ein Richter hat den Betroffenen persönlich anzuhören. Der Betreuer soll zum „Wohl des Betreuten" tätig werden. Er darf nur für Aufgaben bestellt werden, in denen die Betreuung erforderlich ist (anderen, privaten oder öffentlichen Hilfen gegenüber nachrangig).

Hinweis: Bei drohender Gefahr ist über eine einstweilige richterliche Anordnung die Einsetzung eines vorläufigen Betreuers unter Einwilligungsvorbehalt möglich, allerdings nur für 6 Monate bzw. max. ein Jahr („Eilbetreuung"). Siehe auch Zwangseinweisung, gesetzliche Unterbringung (S. 414).

Anwendung

- Bei Vorliegen einer psychischen Krankheit oder körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung (bzw. wenn die Erforderlichkeit einer Betreuung gegeben ist), werden vom Gericht Betreuer und Aufgabenbereich festgelegt. Wünsche des Betroffenen werden berücksichtigt; der Betreuer soll – sofern möglich und sinnvoll – ein Angehöriger sein.

Hinweis: Betreuung hat keinen Einfluss auf die Geschäfts- oder Einwilligungsfähigkeit des Betreuten! Der Betroffene ist in allen Verfahren, die sich auf die Betreuung beziehen, auch dann verfahrensfähig, wenn er geschäftsunfähig ist!

- Die Dauer der Betreuung darf das erforderliche Maß nicht überschreiten. Sie muss bis zum Ablauf einer Frist von max. 7 Jahren überprüft werden. Soll sie verlängert werden, sind ihre Voraussetzungen in einem entsprechenden Verfahren erneut festzulegen.
- Die (fürsorgliche) Unterbringung (S. 420) in einer geschützten Einrichtung (S. 421) kann laut § 1906 BGB vom Betreuer zusammen mit dem Betreuungsgericht veranlasst werden, wenn eine erhebliche Gesundheitsgefährdung des nicht krankheitseinsichtigen Betreuten besteht.
- Die Unterbringung ist auf maximal 2 Jahre befristet. Eine Verlängerung ist nur über eine erneute Begutachtung möglich. Ihre Aufhebung ist unverzüglich zu beantragen, wenn die Voraussetzungen weggefallen sind.

Hinweis: Eine Unterbringung im Interesse Dritter (z. B. bei Fremdgefährdung) ist nach dem Betreuungsgesetz nicht erlaubt.

- Vorsorglich kann für den Fall einer schweren Erkrankung oder eines Unfalls eine schriftliche Erklärung dahingehend abgegeben werden, wie die Behandlung und weitere Versorgung gestaltet werden soll. Mögliche Formen sind:
- **Vorsorgevollmacht:** Die Einrichtung einer Betreuung kann durch Abfassung einer *Vorsorgevollmacht* vermieden werden. In ihr werden die Aufgaben festgelegt, die im Erkrankungsfall von einer Person des Vertrauens zu erledigen sind. Die Vorsorgevollmacht ist sinnvollerweise mit einer *Patientenverfügung* zu kombinieren.
- **Betreuungsverfügung:** Für den Fall einer möglichen, späteren rechtlichen Betreuung kann eine Person benannt benannt werden, die als Betreuer vom Gericht eingesetzt wird. Auch bestimmte Bereiche und Umfang der künftigen Versorghungsangelegenheiten können vorgeschlagen werden.
- **Patientenverfügung**
  - Laut § 1901 BGB können mittels einer Patientenverfügung – zweckmäßigerweise in Kombination mit einer Vorsorgevollmacht – vorab Art und Umfang einer möglichen, prospektiven ärztlichen Behandlung festgelegt werden (Ausnahme: Tötung auf Verlangen). Die Verfügung muss im Zustand der Einwilligungsfähigkeit abgefasst werden.
  - Bei fehlender Verfügung ist im Zweifelsfall vom „**mutmaßlichen Willen**" des Patienten auszugehen.

Folgerungen

- Nach § 1904 BGB bedarf die Zustimmung des Betreuers zu Untersuchung, (medikamentöser) Heilbehandlung oder ärztlichem Eingriff der richterlichen Genehmigung, wenn Gefahr besteht, dass der Betreute aufgrund der Maßnahme sterben oder einen gesundheitlichen Schaden erleiden könnte (Richtervorbehalt). Ohne eine solche Genehmigung darf nur untersucht oder behandelt werden, wenn mit dem Aufschub eine unmittelbare Gesundheitsgefahr droht.

Hinweis: Therapeutisch wichtige Entscheidungen müssen zwischen Arzt und Betreuer abgesprochen werden!

- Alle ärztlichen Maßnahmen dürfen nur mit Zustimmung des einwilligungsfähigen (!) Betroffenen (Tab. 19.5) vorgenommen werden. Über Risiken und alle anderen Umstände ist dieser aufzuklären.
- **Einwilligungsfähigkeit:** Fähigkeit zur Erfassung von Art, Bedeutung und Tragweite ärztlicher Maßnahmen nach entsprechender Aufklärung. Ohne ausdrückliche Einwilligung wird ein ärztlicher Eingriff gem. § 228 StGB als Körperverletzung geahndet.

Hinweis: Liegt keine Einwilligungsfähigkeit vor, bedarf es der oben angegebenen Verfahrensweise nach § 1904 BGB.

Tab. 19.5 • **Aufklärung eines Patienten vor einer geplanten Behandlung**

- genaues Vorgehen bei Diagnostik und Therapie
- mögliche Folgen einer Behandlung inklusive der Folgen von Behandlungsalternativen
- Risiken einer Behandlung
- Folgen einer Nichtbehandlung
- Überprüfung der Einwilligungsfähigkeit (s. Tab. 19.6)
- schriftliche Dokumentation des Aufklärungsgesprächs mit Unterschrift des Patienten und evtl. Zeugen

19.10 Geschäftsfähigkeit, Testierfähigkeit.

Allgemeines

- **Geschäftsunfähigkeit:** Gemäß § 104 BGB ist geschäftsunfähig, wer sich in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit befindet, sofern nicht der Zustand seiner Natur nach ein vorübergehender ist (ebenfalls geschäftsunfähig sind Minderjährige bis zur Vollendung des 7. Lebensjahres).
- **Unbeschränkte Geschäftsfähigkeit:** Erwachsene nach Vollendung des 18. Lebensjahres.
- **Beschränkte Geschäftsfähigkeit:** Minderjährige zwischen dem 7. und 18. Lebensjahr.
- **Testierunfähigkeit:** Gemäß § 2229 BGB (4) ist die Fähigkeit zur Abfassung eines Testamentes nicht gegeben, wenn der Betreffende wegen einer krankhafter Störung der Geistestätigkeit, Geistesschwäche oder Bewusstseinsstörung nicht in der Lage ist, die Bedeutung einer von ihm abgegebenen Willenserklärung einzusehen und nach dieser Einsicht zu handeln.

Anwendung

- Das Vorliegen einer Geschäfts- oder Testierunfähigkeit muss positiv erwiesen sein, wobei strenge Maßstäbe anzulegen sind. Bloße Zweifel an der Geschäfts- oder Testierfähigkeit oder nur die Wahrscheinlichkeit des Vorliegens reichen nicht aus! Die Gründe sind in einem ausführlichen psychiatrischen Gutachten überzeugend darzulegen. Problematisch ist allerdings, dass oft nur nach Aktenlage (z. B. Krankenblatt) und Zeugenaussagen beurteilt werden kann.
- **Relevante Erkrankungen** (in der Regel):
  - Hirnorganisches Psychosyndrom bzw. Demenz (häufigster Grund für Testamentsanfechtungen!).
  - Schwerere Intelligenzminderung bzw. geistige Behinderung.
  - Ausgeprägtes maniformes Syndrom.
  - Erhebliche Persönlichkeitsveränderung bei chronischer psychotischer Störung.
  - Schwere Suchterkrankung.

Hinweis: Therapeutisch wichtige Entscheidungen müssen zwischen Arzt und Betreuer abgesprochen werden!

- Alle ärztlichen Maßnahmen dürfen nur mit Zustimmung des einwilligungsfähigen (!) Betroffenen (Tab. 19.5) vorgenommen werden. Über Risiken und alle anderen Umstände ist dieser aufzuklären.
- **Einwilligungsfähigkeit:** Fähigkeit zur Erfassung von Art, Bedeutung und Tragweite ärztlicher Maßnahmen nach entsprechender Aufklärung. Ohne ausdrückliche Einwilligung wird ein ärztlicher Eingriff gem. § 228 StGB als Körperverletzung geahndet.

Hinweis: Liegt keine Einwilligungsfähigkeit vor, bedarf es der oben angegebenen Verfahrensweise nach § 1904 BGB.

Tab. 19.5 • **Aufklärung eines Patienten vor einer geplanten Behandlung**

- genaues Vorgehen bei Diagnostik und Therapie
- mögliche Folgen einer Behandlung inklusive der Folgen von Behandlungsalternativen
- Risiken einer Behandlung
- Folgen einer Nichtbehandlung
- Überprüfung der Einwilligungsfähigkeit (s. Tab. 19.6)
- schriftliche Dokumentation des Aufklärungsgesprächs mit Unterschrift des Patienten und evtl. Zeugen

19.10 Geschäftsfähigkeit, Testierfähigkeit.

Allgemeines

- **Geschäftsunfähigkeit:** Gemäß § 104 BGB ist geschäftsunfähig, wer sich in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit befindet, sofern nicht der Zustand seiner Natur nach ein vorübergehender ist (ebenfalls geschäftsunfähig sind Minderjährige bis zur Vollendung des 7. Lebensjahres).
- **Unbeschränkte Geschäftsfähigkeit:** Erwachsene nach Vollendung des 18. Lebensjahres.
- **Beschränkte Geschäftsfähigkeit:** Minderjährige zwischen dem 7. und 18. Lebensjahr.
- **Testierunfähigkeit:** Gemäß § 2229 BGB (4) ist die Fähigkeit zur Abfassung eines Testamentes nicht gegeben, wenn der Betreffende wegen einer krankhafter Störung der Geistestätigkeit, Geistesschwäche oder Bewusstseinsstörung nicht in der Lage ist, die Bedeutung einer von ihm abgegebenen Willenserklärung einzusehen und nach dieser Einsicht zu handeln.

Anwendung

- Das Vorliegen einer Geschäfts- oder Testierunfähigkeit muss positiv erwiesen sein, wobei strenge Maßstäbe anzulegen sind. Bloße Zweifel an der Geschäfts- oder Testierfähigkeit oder nur die Wahrscheinlichkeit des Vorliegens reichen nicht aus! Die Gründe sind in einem ausführlichen psychiatrischen Gutachten überzeugend darzulegen. Problematisch ist allerdings, dass oft nur nach Aktenlage (z. B. Krankenblatt) und Zeugenaussagen beurteilt werden kann.
- **Relevante Erkrankungen** (in der Regel):
  - Hirnorganisches Psychosyndrom bzw. Demenz (häufigster Grund für Testamentsanfechtungen!).
  - Schwerere Intelligenzminderung bzw. geistige Behinderung.
  - Ausgeprägtes maniformes Syndrom.
  - Erhebliche Persönlichkeitsveränderung bei chronischer psychotischer Störung.
  - Schwere Suchterkrankung.

Hinweis: Entscheidend für die Beurteilung ist weniger die Art der Erkrankung als vielmehr deren Schwere, Form und Prognose.

Folgerungen

- Laut § 105 BGB sind Willenserklärungen eines Geschäftsunfähigen ungültig (1), ebenso eine Willenserklärung, die im Zustand der Bewusstseinsstörung oder vorübergehenden Störung der Geistestätigkeit abgegeben wird (2).

19.11 Schuldfähigkeit

Allgemeines

- **Schuldunfähigkeit** nach § 20 StGB bzw. **verminderte Schuldfähigkeit** nach § 21 StGB liegen vor, wenn der Täter wegen einer „krankhaften seelischen Störung, einer tiefgreifenden Bewusstseinsstörung, Schwachsinn oder einer anderen seelischen Abartigkeit" unfähig bzw. in seiner Fähigkeit erheblich eingeschränkt war, das Unrecht der Tat einzusehen und nach dieser Einsicht zu handeln (sogenannte gemischte psychisch-normative Methode). Zu unterscheiden vom zivilrechtlichen Begriff der „Deliktfähigkeit" – §§ 827 und 828 (2) BGB.

Anwendung

- **Eingangsmerkmale** (als psychopathologische Parameter zu erfassen und zu beurteilen):
  - Einsichtsfähigkeit (intellektueller Faktor, s. Tab. 19.6).
  - Steuerungsfähigkeit zur Tatzeit (voluntativer Faktor, s. Tab. 19.7).

Tab. 19.6 • **Ursachen für eine Minderung der Einsichtsfähigkeit (Beispiele)**

- erhebliche Intelligenzmängel
- schwere Demenz
- psychotisches Erleben (Wahn, Halluzination), (psychotische) Verkennung der Situation
- Rausch, Intoxikation
- schwere Belastungsreaktion mit Bewusstseinseinengung

Tab. 19.7 • **Ursachen für eine Minderung der Steuerungsfähigkeit (Beispiele)**

- hochgradige Erregtheit („Affektsturm")
- hochgradige Gereiztheit und Angespanntheit
- erhebliche emotionale Belastung mit Impulskontrollschwäche
- Alkohol-, Drogen- oder Medikamenteneinfluss
- hochgradige Willensschwäche

Hinweis: Entscheidend sind nicht diagnostische Einzelheiten, sondern das Erleben und Verhalten des Täters vor, während und unmittelbar nach der Tat.

- **Zur forensich-psychiatrischen Beurteilung wichtig:**
  - Eingehende Kenntnisse über Persönlichkeit, Biografie und Erkrankung.
  - Psychopathologischer Befund und körperlicher Status.
  - Bedeutung äußerer Einflüsse.
  - Entwicklung zu und Verhalten unmittelbar vor, während und nach der Tat.
  - Sogenannte „Anknüpfungstatsachen" (Ereignisse, Verhalten, Beobachtungen Dritter im Vorlauf; Aktenstudium!).
- Vom psychiatrisch/psychologischen Sachverständigen ist zu klären, welchem der psychischen Merkmale der §§ 20, 21 StGB die vorliegende Erkrankung zuzuordnen ist (s. Tab. 19.8).

Hinweis: Entscheidend für die Beurteilung ist weniger die Art der Erkrankung als vielmehr deren Schwere, Form und Prognose.

Folgerungen

- Laut § 105 BGB sind Willenserklärungen eines Geschäftsunfähigen ungültig (1), ebenso eine Willenserklärung, die im Zustand der Bewusstseinsstörung oder vorübergehenden Störung der Geistestätigkeit abgegeben wird (2).

19.11 Schuldfähigkeit

Allgemeines

- **Schuldunfähigkeit** nach § 20 StGB bzw. **verminderte Schuldfähigkeit** nach § 21 StGB liegen vor, wenn der Täter wegen einer „krankhaften seelischen Störung, einer tiefgreifenden Bewusstseinsstörung, Schwachsinn oder einer anderen seelischen Abartigkeit" unfähig bzw. in seiner Fähigkeit erheblich eingeschränkt war, das Unrecht der Tat einzusehen und nach dieser Einsicht zu handeln (sogenannte gemischte psychisch-normative Methode). Zu unterscheiden vom zivilrechtlichen Begriff der „Deliktfähigkeit" – §§ 827 und 828 (2) BGB.

Anwendung

- **Eingangsmerkmale** (als psychopathologische Parameter zu erfassen und zu beurteilen):
  - Einsichtsfähigkeit (intellektueller Faktor, s. Tab. 19.6).
  - Steuerungsfähigkeit zur Tatzeit (voluntativer Faktor, s. Tab. 19.7).

Tab. 19.6 • **Ursachen für eine Minderung der Einsichtsfähigkeit (Beispiele)**

- erhebliche Intelligenzmängel
- schwere Demenz
- psychotisches Erleben (Wahn, Halluzination), (psychotische) Verkennung der Situation
- Rausch, Intoxikation
- schwere Belastungsreaktion mit Bewusstseinseinengung

Tab. 19.7 • **Ursachen für eine Minderung der Steuerungsfähigkeit (Beispiele)**

- hochgradige Erregtheit („Affektsturm")
- hochgradige Gereiztheit und Angespanntheit
- erhebliche emotionale Belastung mit Impulskontrollschwäche
- Alkohol-, Drogen- oder Medikamenteneinfluss
- hochgradige Willensschwäche

Hinweis: Entscheidend sind nicht diagnostische Einzelheiten, sondern das Erleben und Verhalten des Täters vor, während und unmittelbar nach der Tat.

- **Zur forensich-psychiatrischen Beurteilung wichtig:**
  - Eingehende Kenntnisse über Persönlichkeit, Biografie und Erkrankung.
  - Psychopathologischer Befund und körperlicher Status.
  - Bedeutung äußerer Einflüsse.
  - Entwicklung zu und Verhalten unmittelbar vor, während und nach der Tat.
  - Sogenannte „Anknüpfungstatsachen" (Ereignisse, Verhalten, Beobachtungen Dritter im Vorlauf; Aktenstudium!).
- Vom psychiatrisch/psychologischen Sachverständigen ist zu klären, welchem der psychischen Merkmale der §§ 20, 21 StGB die vorliegende Erkrankung zuzuordnen ist (s. Tab. 19.8).

Tab. 19.8 • **Zuordnung der psychiatrischen Diagnosen zu psychischen Merkmalen nach §§ 20, 21 StGB**

juristische Merkmale	psychiatrisch-psychologisch (Beispiele)
krankhafte seelische Störung	• organische Psychose o. Persönlichkeitsveränderung, Demenz • Schizophrenie, Wahn, affektive Psychose (Depression, Manie) • Alkoholismus + Folgekrankheiten
tiefgreifende Bewusstseinsstörung	• Akute Belastungsreaktion, affektive Erregung, Drogenrausch • Übermüdung, Erschöpfung
Schwachsinn	• Minderbegabung unbekannter Genese, spürbare Intelligenzminderung
schwere andere seelische Abartigkeit	• Persönlichkeitsstörung • Anpassungs- bzw. neurotische Störung • sexuelle Deviation • Suchterkrankung

Folgerungen

- Bei Schuldunfähigkeit aufgrund einer psychiatrischen Erkrankung kann der Täter nicht bestraft werden.
- Bei erheblich geminderter Schuldfähigkeit (nach Ermessen des Gerichtes) möglicherweise Minderung des Strafmaßes.

Hinweis: Wenn zu erwarten ist, dass die vorgefundene psychische Störung längerdauernd bestehen bleiben wird und dadurch weitere Straftaten zu befürchten sind, können Maßregeln der Besserung und Sicherung gemäß § 63 (S. 420) oder § 64 StGB (S. 421) in Erwägung gezogen werden.

Hinweis: Bei beabsichtigten Maßregeln müssen die Voraussetzungen des § 21 StGB sicher festgestellt sein. Die bloße Wahrscheinlichkeit genügt nicht!

19.12 Maßregel: Psychiatrische Unterbringung

Allgemeines

- Nach § 63 StGB kann jemand gegen seinen Willen in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer Abteilung untergebracht werden, wenn er eine rechtswidrige Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit (S. 419) oder gesichert erheblich verminderten Schuldfähigkeit begangen hat, und wenn weitere erhebliche Delikte zu erwarten sind. Lt. § 9 StVollzG bei behandlungsgeeigneten Tätern zur Resozialisierung Unterbringung in einer sozialtherapeutischen Anstalt möglich.

Anwendung

- Freiheitsentziehende Unterbringung am ehesten bei chronischen Psychosen, Persönlichkeitsstörungen und anderen schweren seelischen Abartigkeiten, wenn eine Allgemeingefährlichkeit infolge Delinquenz vorliegt.

Folgerungen

- Der Täter wird auf unbestimmte Zeit in einer geeigneten forensisch-psychiatrischen Einrichtung untergebracht. Nach § 136 StVollzG richtet sich die Behandlung nach ärztlichen Gesichtspunkten.
- Auf Antrag des Untergebrachten, mindestens jedoch jährlich, ist aufgrund eines psychiatrischen Gutachtens eine Entscheidung über die weiteren Unterbringungsvoraussetzungen herbeizuführen.

Tab. 19.8 • **Zuordnung der psychiatrischen Diagnosen zu psychischen Merkmalen nach §§ 20, 21 StGB**

juristische Merkmale	psychiatrisch-psychologisch (Beispiele)
krankhafte seelische Störung	• organische Psychose o. Persönlichkeitsveränderung, Demenz • Schizophrenie, Wahn, affektive Psychose (Depression, Manie) • Alkoholismus + Folgekrankheiten
tiefgreifende Bewusstseinsstörung	• Akute Belastungsreaktion, affektive Erregung, Drogenrausch • Übermüdung, Erschöpfung
Schwachsinn	• Minderbegabung unbekannter Genese, spürbare Intelligenzminderung
schwere andere seelische Abartigkeit	• Persönlichkeitsstörung • Anpassungs- bzw. neurotische Störung • sexuelle Deviation • Suchterkrankung

Folgerungen

- Bei Schuldunfähigkeit aufgrund einer psychiatrischen Erkrankung kann der Täter nicht bestraft werden.
- Bei erheblich geminderter Schuldfähigkeit (nach Ermessen des Gerichtes) möglicherweise Minderung des Strafmaßes.

Hinweis: Wenn zu erwarten ist, dass die vorgefundene psychische Störung längerdauernd bestehen bleiben wird und dadurch weitere Straftaten zu befürchten sind, können Maßregeln der Besserung und Sicherung gemäß § 63 (S. 420) oder § 64 StGB (S. 421) in Erwägung gezogen werden.

Hinweis: Bei beabsichtigten Maßregeln müssen die Voraussetzungen des § 21 StGB sicher festgestellt sein. Die bloße Wahrscheinlichkeit genügt nicht!

19.12 Maßregel: Psychiatrische Unterbringung

Allgemeines

- Nach § 63 StGB kann jemand gegen seinen Willen in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer Abteilung untergebracht werden, wenn er eine rechtswidrige Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit (S. 419) oder gesichert erheblich verminderten Schuldfähigkeit begangen hat, und wenn weitere erhebliche Delikte zu erwarten sind. Lt. § 9 StVollzG bei behandlungsgeeigneten Tätern zur Resozialisierung Unterbringung in einer sozialtherapeutischen Anstalt möglich.

Anwendung

- Freiheitsentziehende Unterbringung am ehesten bei chronischen Psychosen, Persönlichkeitsstörungen und anderen schweren seelischen Abartigkeiten, wenn eine Allgemeingefährlichkeit infolge Delinquenz vorliegt.

Folgerungen

- Der Täter wird auf unbestimmte Zeit in einer geeigneten forensisch-psychiatrischen Einrichtung untergebracht. Nach § 136 StVollzG richtet sich die Behandlung nach ärztlichen Gesichtspunkten.
- Auf Antrag des Untergebrachten, mindestens jedoch jährlich, ist aufgrund eines psychiatrischen Gutachtens eine Entscheidung über die weiteren Unterbringungsvoraussetzungen herbeizuführen.

- Die Entlassung erfolgt, sobald zu erwarten ist, dass außerhalb des Maßregelvollzugs keine weiteren rechtswidrigen Taten laut psychiatrisch-psychologischer Kriminalprognose) mehr zu erwarten sind.

Hinweis: Aus psychiatrischer Sicht ist die Maßregelung nach § 63 StGB wenig erfolgversprechend, wenn keine psychische Erkrankung im engeren Sinne (z. B. psychotische Störung) vorliegt!

19.13 Maßregel: Unterbringung in Entziehungsanstalt

Allgemeines

- Nach § 64 StGB kann jemand in einer Entziehungsanstalt (z. B. Fachklinik) untergebracht werden, der aufgrund seiner Trunk- oder Rauschmittelsucht rechtswidrige Taten begangen hat und wahrscheinlich wegen seiner Suchterkrankung weitere Straftaten begehen wird.

Anwendung

- Freiheitsentziehende Unterbringung von delinquenten, chronisch trunksüchtigen oder rauschmittelabhängigen Tätern. Zwischen Sucht und Straftaten muss ein unmittelbarer Zusammenhang bestehen.
- Die Unterbringung kann bis zu zwei Dritteln der Haftstrafe dauern. Sie unterbleibt, wenn eine Entwöhnungsbehandlung von vornherein aussichtslos erscheint.

Hinweis: Bei fehlender Motivation bzw. Freiheitsstrafe über 2 Jahre sollte diese vorgezogen werden!

Folgerungen

- Die Unterbringung kann maximal für eine Dauer von zwei Jahren bei gleichzeitiger Entziehungs- und Entwöhnungsbehandlung durchgeführt werden. Vor Ablauf der Frist kann das Gericht die Unterbringung zur Bewährung aussetzen.
- Nach Ablauf von mindestens einem Jahr kann das Gericht nachträglich die Beendigung bestimmen, wenn der beabsichtigte Zweck nicht erreicht wurde (§ 67 [d] StGB).

Hinweis: Die Anwendung des § 64 StGB ist unabhängig vom eventuellen Vorliegen einer Einschränkung der Schuldfähigkeit (S. 419).

19.14 Maßregel: Sicherheitsverwahrung

Allgemeines

- Bei „gefährlichen Hang- bzw. Triebtätern“ kann nach § 66 StGB zur Sicherung und Besserung eine zeitlich unbefristete Unterbringung angeordnet werden.

Anwendung

- Durch eine umfangreiche Persönlichkeitsdiagnostik ist zu überprüfen, ob ein unkorrigierbarer Hang zur Delinquenz vorliegt (z. B. in Form von schwerer Körperverletzung, Tötung, sexuellem Missbrauch bei Wiederholungstätern).

Folgerung

- Die potenziell zeitlich unbegrenzte Unterbringung, deren Notwendigkeit alle 2 Jahre zu überprüfen ist, wird in speziellen Gefängnisabteilungen bzw. gesonderten Einrichtungen vollzogen. Bei positiver Kriminalprognose kann die Unterbringhung nach 10 Jahren beendet werden.

- Die Entlassung erfolgt, sobald zu erwarten ist, dass außerhalb des Maßregelvollzugs keine weiteren rechtswidrigen Taten laut psychiatrisch-psychologischer Kriminalprognose) mehr zu erwarten sind.

Hinweis: Aus psychiatrischer Sicht ist die Maßregelung nach § 63 StGB wenig erfolgversprechend, wenn keine psychische Erkrankung im engeren Sinne (z. B. psychotische Störung) vorliegt!

19.13 Maßregel: Unterbringung in Entziehungsanstalt

Allgemeines

- Nach § 64 StGB kann jemand in einer Entziehungsanstalt (z. B. Fachklinik) untergebracht werden, der aufgrund seiner Trunk- oder Rauschmittelsucht rechtswidrige Taten begangen hat und wahrscheinlich wegen seiner Suchterkrankung weitere Straftaten begehen wird.

Anwendung

- Freiheitsentziehende Unterbringung von delinquenten, chronisch trunksüchtigen oder rauschmittelabhängigen Tätern. Zwischen Sucht und Straftaten muss ein unmittelbarer Zusammenhang bestehen.
- Die Unterbringung kann bis zu zwei Dritteln der Haftstrafe dauern. Sie unterbleibt, wenn eine Entwöhnungsbehandlung von vornherein aussichtslos erscheint.

Hinweis: Bei fehlender Motivation bzw. Freiheitsstrafe über 2 Jahre sollte diese vorgezogen werden!

Folgerungen

- Die Unterbringung kann maximal für eine Dauer von zwei Jahren bei gleichzeitiger Entziehungs- und Entwöhnungsbehandlung durchgeführt werden. Vor Ablauf der Frist kann das Gericht die Unterbringung zur Bewährung aussetzen.
- Nach Ablauf von mindestens einem Jahr kann das Gericht nachträglich die Beendigung bestimmen, wenn der beabsichtigte Zweck nicht erreicht wurde (§ 67 [d] StGB).

Hinweis: Die Anwendung des § 64 StGB ist unabhängig vom eventuellen Vorliegen einer Einschränkung der Schuldfähigkeit (S. 419).

19.14 Maßregel: Sicherheitsverwahrung

Allgemeines

- Bei „gefährlichen Hang- bzw. Triebtätern“ kann nach § 66 StGB zur Sicherung und Besserung eine zeitlich unbefristete Unterbringung angeordnet werden.

Anwendung

- Durch eine umfangreiche Persönlichkeitsdiagnostik ist zu überprüfen, ob ein unkorrigierbarer Hang zur Delinquenz vorliegt (z. B. in Form von schwerer Körperverletzung, Tötung, sexuellem Missbrauch bei Wiederholungstätern).

Folgerung

- Die potenziell zeitlich unbegrenzte Unterbringung, deren Notwendigkeit alle 2 Jahre zu überprüfen ist, wird in speziellen Gefängnisabteilungen bzw. gesonderten Einrichtungen vollzogen. Bei positiver Kriminalprognose kann die Unterbringhung nach 10 Jahren beendet werden.

19.15 Sexualdelinquenz

Allgemeines

- Laut § 174 StGB wird sexueller Missbrauch von Schutzbefohlenen (z. B. Auszubildenden, Patienten, Gefangenen u. Ä.) mit Geld- oder Freiheitsstrafe von bis zu 5 Jahren geahndet. Ebenfalls unter Strafe gestellt ist pädophiles Verhalten (S. 291) (§ 176 StGB) mit Geld- oder Haftstrafe bis zu 10 Jahren. Bei Exhibitionismus Strafverfolgung nur bei Belästigungen durch sexuelle Handlungen bzw. auf Antrag (§ 183 StGB) mit Geld- oder Haftstrafe von bis zu einem Jahr.

Anwendung

- Bei sexueller Devianz mit Straftaten, vor allem in Kombination mit geistiger Behinderung oder Demenz, stellt sich meist die Frage nach der Schuldfähigkeit (S. 419).

Folgerungen

- Geld- oder Freiheitsstrafe wie oben oder Einweisung in eine psychiatrische Klinik oder Abteilung.
- (Rückfallgefährdete) Sexualstraftäter mit mindestens zweijähriger Haftstrafe haben lt. § 9 StVollzG Anspruch auf eine Verlegung in eine sozialtherapeutische Anstalt (S. 420).

20 Anhang I: Medikamente

20.1 Antidementiva (Nootropika): Handelsnamen und Dosierungen

Tab. 20.1 • **Antidementiva (Nootropika)**

Wirkstoff mittlere orale Tagesdosis (MTD)	Handelsnamen (Beispiele)
vasoaktive und stoffwechselaktive Substanzen	
Dihydroergotoxin MTD: 4–6 mg	DCCK, Ergohydrin (CH), Ergomed (A), Hydergin, Hydro-Cebral, Orphol
Ginkgo-Extrakte Dosierung von Art des verwendeten Präparats abhängig	Cefavora, Ceremin (A), Demonatur Ginkgo (CH), Duoginkg, Gingosol (CH), Gingiloba, Gingium, Gingobeta, Gingopret, Ginkgo [ISIS, Sandoz, STADA, -ratiopharm], Ginkobil, Ginkopur, Kaveri, Rökan, Tebonin
Memantin MTD: 10–30 mg	Axura, Ebixa
Nicergolin MTD: 30–60 mg	Ergobel, Ergotop (A), Nicergobeta, Nicergolin (CT, -neuraxpharm, -ratiopharm), Nicerium
Nimodipin MTD: 30–90 mg	Nimodipin HEXAL, Nimotrop
Piracetam MTD: 2400–4 800 mg	Cerebryl (A), Cerepar, Nootrop, Nootropil (A, CH), Normabrain, Piracebral, Piracetam (AL, CT, -ELBE -MED, Heumann, -neuraxpharm, -ratiopharm, Sandoz, STADA), Piracetrop
Pyritinol MTD: 400–800 mg	Encephabol
Cholinesterasehemmer	
Donepezil MTD: 5–10 mg	Aricept
Galantamin MTD: 12–16 mg	Reminyl, Reminyl-Pflaster
Rivastigmin MTD: 6–12 mg	Exelon

A: Österreich; CH: Schweiz

20.2 Antipsychotika (Neuroleptika): Handelsnamen und Dosierungen

Tab. 20.2 • **Antipsychotika (Neuroleptika)**

Wirkstoff mittlere orale Tagesdosis (MTD)	Handelsnamen (Beispiele)
konventionelle (niederpotente) Antipsychotika	
Chlorprothixen MTD: 150–300 mg	Chlorprothixen (Holsten, neurax)

Tab. 20.2 • **Fortsetzung**

Wirkstoff mittlere orale Tagesdosis (MTD)	**Handelsnamen (Beispiele)**
Levomepromazin MTD: 100–200 mg	Levium, Levomepromazin-neurax, Minozinan (CH), Neurocil, Nozinan (A, CH)
Melperon MTD: 100–150 mg	Buronil (A), Eunerpan, Harmosin, Melneurin, Melporomerck, Melperon (AL, CT, neurax, -ratiopharm, STADA, Sandoz), MEL-PUREN
Pipamperon MTD: 240–360 mg	Dipiperon, Pipamperon (AA, HEXAL, neurax Sandoz)
Promazin MTD: 100–300 mg	Prazine (CH), Sinophenin
Promethazin MTD: 100–300 mg	Atosil, Closin, Linervidol (CH), Phenergan (CH), Promethazin-neuraxpharm, Proneurin, Prothazin
Prothipendyl MTD: 80–160 mg	Dominal-forte
konventionelle (mittel-hochpotente) Antipsychotika	
Benperidol MTD: 3–8 mg	Benperidol-neurax, Glianimon
Bromperidol MTD: 4–8 mg	Impromen, Tesoprel
Flupentixol MTD: 5–10 mg	Fluanxol, Flupentixol neurax
Fluphenazin MTD: 5–15 mg	Dapotum, Fluphenazin-neurax, Lyogen
Haloperidol MTD: 5–15 mg	Haldol-Janssen, Haloper CT, Haloperidol (HEXAL, Holsten, -ratiopharm, STADA), Sigaperidol
Perazin MTD: 100–300 mg	Perazin-neurax, Taxilan
Perphenazin MTD: 8–16 mg	Decentan, Perphenazin-neurax, Trilafon (CH)
Pimozid MTD: 4–8 mg	Orap (forte)
Zuclopenthixol MTD: 40–80 mg	Ciatyl-Z, Cisordinol (A), Clopixol (CH)
atypische Antipsychotika	
Amisulprid MTD: 200–600 mg	Solian, Amisulid, Amisulprid (AL, Hormosan, Lich, neurax, Sandoz, STADA)
Aripiprazol MTD: 15–20 mg	Abilify
Clozapin MTD: 100–300 mg	Clozapin [beta, neurax, ratiopharm, Sandoz], Elcrit, Leponex
Loxapin: 9.1 mg als Inhalans, einmalige Wiederholung möglich. Bei Unverträglichkeit 4,5 mg.	Adasuve
Olanzapin MTD: 10–15 mg	Zyprexa
Paliperidon MTD: 9–12 mg	Invega
Quetiapin MTD: 200–600 mg	Seroquel

Tab. 20.2 • **Fortsetzung**

Wirkstoff mittlere orale Tagesdosis (MTD)	Handelsnamen (Beispiele)
Risperidon MTD: 4–6 mg	Risperdal, Quicklets[1]
Sertindol MTD: 10–12 mg	Serdolect
Ziprasidon MTD: 80–20 mg	Zeldox

[1] *Lingualtablette; A: Österreich; CH: Schweiz; * in Erprobung*

Tab. 20.3 • **Depot-Antipsychotika**

Wirkstoff i. m. Dosis (D)	Handelsnamen (Beispiele)
Flupentixol-Decanoat D: 20–100 mg alle 2–4 Wochen	Fluanxol-Depot, Flupentixol neurax
Fluphenazin-Decanoat D: 25–50 mg alle 2–3 Wochen	Dapotum-D, Dapotum Depot (A), Fluphenazin-neurax-D, Lyogen-Depot
Fluspirilen D: 4–6 mg jede Woche	Fluspi, Fluspirilen beta, Imap
Haloperidol-Decanoat D: 100–150 mg alle 3–4 Wochen	Haldol-Janssen-Decanoat, Haldol Decanoat (A)
Olanzapin: 150–300 mg alle 2 Wochen oder 300–405 mg alle 4 Wochen	Zypadhera
Palperidon: 25–150 mg alle 4 Wochen	Xeplion
Perphenazin-Enantat D: 100 mg alle 2 Wochen	Decentan-Depot
Risperidon D: 25(– 50) mg alle 2 Wochen	Risperdal CONSTA
Zuclopenthixol-Azetat D: 50–100 mg alle 2–3 Tage	Ciatyl-Z Acuphase, Cisordinol-Acutard (A), Clopixol-Acutard (A)
Zuclopenthixol-Decanoat D: 200–400 mg alle 2–4 Wochen	Ciatyl-Z-Depot, Cisordinol-Depot (A), Clopixol-Depot (CH)

A: Österreich; CH: Schweiz

20.3 Antidepressiva (Thymoleptika): Handelsnamen und Dosierungen

Tab. 20.4 • **Antidepressiva**

Wirkstoff mittlere orale Tagesdosis (MTD)	Handelsnamen (Beispiele)
Tri- und Heterozyklika	
Amitriptylin MTD: 100–150 mg	Amineurin, Amitriptylin (beta, CT, -Desitin, -neurax), Saroten, Syneudon, Tryptizol (A, CH)
Amitriptylinoxid MTD: 90–180 mg	Amioxid -neurax, Equilibrin
Clomipramin MTD: 75–150 mg	Anafranil, Clomipramin (CT, -neurax, -ratiopharm), Sandoz
Desipramin MTD: 75–150 mg	Petyzylyl
Dibenzepin MTD: 240–480 mg	Noveril, Noveril retard (A)
Dosulepin MTD: 75–100 mg	Harmomed (A), Idom, Protiaden (CH), Xerenal (A)
Doxepin MTD: 50–150 mg	Aponal, Doneurin, Doxepin (AL, AZU, beta, biomo, dura, -neurax, -ratiopharm, Sandoz, STADA), Mareen, Sinequan (A)
Imipramin MTD: 50–150 mg	Imipramin-neurax, Pryleugan, Tofranil
Maprotilin MTD: 75–100 mg	Ludiomil, Maprolu, Mapro-Tablinen, Maprotilin (-neurax, -ratiopharm, TEVA, von ct)
Mianserin MTD: 30–60 mg	Miabene (A), Mianeurin, Mianserin (CT, Holsten, -neurax, -ratiopharm), Tolvin, Tolvon (A, CH)
Nortriptylin MTD: 75–150 mg	Notrilen
Trimipramin MTD: 100–200 mg	Herphonal, Stangyl, Surmontil (CH), Trimineurin, Trimipramin (CT, -neurax, ratiopharm, STADA, Sandoz)
Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI)	
Citalopram MTD: 20–40 mg	Cipramil, Citalich, Citalon, Citalopram (CT, Hexal, AL, neurax, ratiopharm, Sandoz, STADA, TAD), Futuril, Serital
Escitalopram MTD: 10–20 mg	Cipralex
Fluoxetin MTD: 20–40 mg	Felicium (A), Fluctin, Fluctine (A, CH), Fluneurin, Fluocim (CH), Fluox, Fluoxemerck, Fluoxetin (AL, beta, biomo, CT, Heumann, -neurax, -PUREN, -ratiopharm, Sandoz, STADA), Fluxet, Mutan (A)
Fluvoxamin MTD: 100–200 mg	Fluvohexal, Fevarin, Fluvoxamin (AL, beta, -neurax, -ratiopharm, -STADA), Floxyfral (A, CH)
Paroxetin MTD: 20–40 mg	Deroxat (CH), Paroxat, Paroxetin (beta, Seroxat, Tagonis, CT, Holsten, ISIS, neurax, Sandoz, STADA)
Sertralin MTD: 50 mg	Gladem, Tresleen (A), Sertralin (AL, CT, beta, Hexal, neurax, Sandoz, STADA, ratiopharm), Zoloft, SERTRA

Tab. 20.4 • **Fortsetzung**

Wirkstoff mittlere orale Tagesdosis (MTD)	Handelsnamen (Beispiele)
Noradrenalinwiederaufnahmehemmer (NARI)	
Atomoxetin MTD: 60–80 mg	Strattera
Serotonin- und Noradrenalinwiederaufnahmehemmer (SNRI)	
Duloxetin MTD: 20–40 mg	Cymbalta
Mirtazapin MTD: 15–60 mg	Remergil
Venlafaxin MTD: 75–150 mg	Trevilor
Monoaminoxidasehemmer (MAOH)	
Moclobemid MTD: 450 mg	Aurorix, Moclobemid (AL, AZU, neurax PUREN, -ratiopharm, Sandoz, STADA)
Tranylcypromin MTD: 15–20 mg	Jatrosom N
Sonstige	
Bupropion MTD: 150 mg	Elontril
Sulpirid MTD: 150–200 mg	Arminol, Dogmatil, Meresa, neogama, Sulpirid (AL, beta, -neurax, -ratiopharm, Sandoz, STADA), Sulpivert
Trazodon MTD: 200–300 mg	Thombran, Trittico (A, CH), Trazodon (Hexal, neurax)
Hypericum, Hyperforat MTD: 500–1000 mg	Avisto, Cesradyston, Esbericum, Felis, Jarsin, Neuroplant, Spilan Tonizin

A: Österreich; CH: Schweiz

Tab. 20.5 • **Phasenprophylaktika**

Wirkstoff Dosierung (D)	Handelsnamen (Beispiele)
Carbamazepin D: nach Blutspiegel (≈ 8–10 µg/ml) ca. 800–1 200 mg/d	carba ct, Carbagamma, Carbamazepin (AL, AZU, Heumann, neurax, -ratiopharm, rivopharm [CH], Sandoz, STADA), Finlepsin, Neurotop (A), Tegretal, Timonil
Lithium-Acetat D: nach Blutspiegel (≈ 0,6–0,8 mmol/l)	Quilonum-Retard, Quilonorm (A, CH)
Lithium-Carbonat D: nach Blutspiegel (≈ 0,6–0,8 mmol/l)	Hypnorex-Retard, Lithium Apogepha, Lithiumeel (A), Neurolepsin (A), Priadel (CH), Quilonorm retard (A, CH)
Lithium-DL-Hydrogenaspartat D: nach Blutspiegel (≈ 0,6–0,8 mmol/l)	Lithium-Aspartat
Lithium-Sulfat D: nach Blutspiegel (≈ 0,6–0,8 mmol/l)	Lithium-Duriles, Lithiofor (CH)

Tab. 20.5 • **Fortsetzung**

Wirkstoff Dosierung (D)	Handelsnamen (Beispiele)
Valproat D: nach Blutspiegel (≈ 50–100 µg/ml) ca. 750–1500 mg/d	Convulex, Convulsofin, Ergenyl, Leptilan, Orfiril, Valproat (AZU, beta, HEXAL, -neurax, Sandoz, STADA), Valproinsäure (CT, -ratiopharm)

A: Österreich; CH: Schweiz

20.4 Tranquilizer und Anxiolytika: Handelsnamen und Dosierungen

Tab. 20.6 • **Tranquilizer**

Wirkstoff mittlere orale Tagesdosis (MTD)	Handelsnamen (Beispiele)
Benzodiazepine	
Alprazolam MTD: 0,5–1,0 mg	Alprazolam (AL, -ratiopharm, Sandoz), Cassadan, Tafil, Xanor (A)
Bromazepam MTD: 3–6 mg	Bromazanil, bromazep ct, Bromazepam (1A, beta, Genericon [A], -neurax, -ratiopharm), Gityl, Lexostad, Lexotanil, neo-OPT, Normoc
Chlordiazepoxid MTD: 10–30 mg	Librax (CH), Librium, Limbitrol (A, CH), Multum, Pantrop (A), Radepur
Clobazam MTD: 20 mg	Frisium, Urbanyl (CH)
Diazepam MTD: 5–10 mg	Diazep ct, Diazepam Desitin, Diazepam (-Lipuro, -ratiopharm, Sandoz, STADA), Faustan, Gewacalm (A), Lamra, Paceum (CH), Psychopax (A, CH), Stesolid, Valiquid, Valium, Valocordin
Dikaliumclorazepat MTD: 10–20 mg	Tranxilium
Lorazepam MTD: 1,5–2,0 mg	duralozam, Laubeel, Lorasifar (CH), Lorazepam, (-neurax, ratiopharm, Merlit (A), Somagerol, Somnium (A), Tavor, Temesta (A, CH), Tolid
Medazepam MTD: 10–30 mg	Rudotel, Rusedal
Oxazepam MTD: 10–30 mg	Adumbran, Anxiolit (A, CH), Oxa CT, Oxahexal (A), Oxa-Puren, Oxazepam (AA, HEXAL, AL, -neurax, -ratiopharm, Sandoz, STADA), Praxiten, Seresta (CH), Sigacalm
Prazepam MTD: 10–20	Demetrin
Sonstige	
Buspiron MTD: 10–30 mg	Anxut, Bespar, Busp, Buspar (A, CH)
Hydroxyzin MTD: 30–60 mg	AH 3 N, Atarax, Diligan (A)
Opipramol MTD: 100–300 mg	Insidon, Opipramol (1A, AL, beta, Holsten, biomo, ratiopharm, HEXAL, Sandoz, Stada, TAD)

Tab. 20.5 • **Fortsetzung**

Wirkstoff Dosierung (D)	Handelsnamen (Beispiele)
Valproat D: nach Blutspiegel (≈ 50–100 µg/ml) ca. 750–1500 mg/d	Convulex, Convulsofin, Ergenyl, Leptilan, Orfiril, Valproat (AZU, beta, HEXAL, -neurax, Sandoz, STADA), Valproinsäure (CT, -ratiopharm)

A: Österreich; CH: Schweiz

20.4 Tranquilizer und Anxiolytika: Handelsnamen und Dosierungen

Tab. 20.6 • **Tranquilizer**

Wirkstoff mittlere orale Tagesdosis (MTD)	Handelsnamen (Beispiele)
Benzodiazepine	
Alprazolam MTD: 0,5–1,0 mg	Alprazolam (AL, -ratiopharm, Sandoz), Cassadan, Tafil, Xanor (A)
Bromazepam MTD: 3–6 mg	Bromazanil, bromazep ct, Bromazepam (1A, beta, Genericon [A], -neurax, -ratiopharm), Gityl, Lexostad, Lexotanil, neo-OPT, Normoc
Chlordiazepoxid MTD: 10–30 mg	Librax (CH), Librium, Limbitrol (A, CH), Multum, Pantrop (A), Radepur
Clobazam MTD: 20 mg	Frisium, Urbanyl (CH)
Diazepam MTD: 5–10 mg	Diazep ct, Diazepam Desitin, Diazepam (-Lipuro, -ratiopharm, Sandoz, STADA), Faustan, Gewacalm (A), Lamra, Paceum (CH), Psychopax (A, CH), Stesolid, Valiquid, Valium, Valocordin
Dikaliumclorazepat MTD: 10–20 mg	Tranxilium
Lorazepam MTD: 1,5–2,0 mg	duralozam, Laubeel, Lorasifar (CH), Lorazepam, (-neurax, ratiopharm, Merlit (A), Somagerol, Somnium (A), Tavor, Temesta (A, CH), Tolid
Medazepam MTD: 10–30 mg	Rudotel, Rusedal
Oxazepam MTD: 10–30 mg	Adumbran, Anxiolit (A, CH), Oxa CT, Oxahexal (A), Oxa-Puren, Oxazepam (AA, HEXAL, AL, -neurax, -ratiopharm, Sandoz, STADA), Praxiten, Seresta (CH), Sigacalm
Prazepam MTD: 10–20	Demetrin
Sonstige	
Buspiron MTD: 10–30 mg	Anxut, Bespar, Busp, Buspar (A, CH)
Hydroxyzin MTD: 30–60 mg	AH 3 N, Atarax, Diligan (A)
Opipramol MTD: 100–300 mg	Insidon, Opipramol (1A, AL, beta, Holsten, biomo, ratiopharm, HEXAL, Sandoz, Stada, TAD)

Tab. 20.6 • **Fortsetzung**

Wirkstoff mittlere orale Tagesdosis (MTD)	Handelsnamen (Beispiele)
Pregabalin MTD: 150–300 mg	LYRICA
Beta-Rezeptorenblocker	
Auswahl des Betablockers und Dosierung abhängig von Grunderkrankung bzw. Zielsymptomatik, Nebenwirkungsprofil, Unverträglichkeit	

A: Österreich; CH Schweiz

20.5 Hypnotika: Handelsnamen und Dosierungen

Tab. 20.7 • **Hypnotika**

Wirkstoff abendliche orale Einzeldosis (ED)	Handelsnamen (Beispiele)
Benzodiazepine	
Brotizolam ED: 0,125–0,25 mg	Lendormin, Lendorm (A)
Flunitrazepam ED: 5–20 mg	Flunibeta, Fluninoc, Flunitrazepam (1A, neurax, -ratiopharm), Rohypnol, Schomnubene (A)
Flurazepam ED: 15–30 mg	Dalmadorm, Staurodorm N
Lormetazepam ED: 0,5–1,0 mg	Ergocalm, Loramet (CH), Loretam, Lormetazepam (AL, -ratiopharm), Noctamid
Nitrazepam ED: 2,5–10,0 mg	Dormo-Puren, imeson, Mogadan, Mogadon (A, CH), Nitrazepam (AL, -neurax), Novanox, Radedorm
Triazolam ED: 0,125–0,25 mg	Halcion (A)
Sonstige	
Zaleplon ED: 5–10 mg	Sonata
Zolpidem ED: 10–20 mg	Bikalm, Ivadal (A), Stilnox, Zolpidem (AL, neurax, ratipharm, STADA, ct), Zolpi-Lich, Zolpinox
Zopiclon ED: 7,5–10,0 mg	Imovane (CH), Optidom, Somnosan, Ximovan, Zop, Zopiclon (AL, -neurax, -ratiopharm, Sandoz, STADA), ZOPI-PUREN
Chloralhydrat ED: 250–500 mg	Chloraldurat, Medianox (CH), Nervifrène (CH)
Diphenhydramin ED: 25–50 mg	Bedorma (CH), Benocten (CH), Betadorm, Dibondrin (A), Dobacen (CH), Dolestan, Emesan, Hevert-Dorm, nervo OPT, Sediat, Sedopretten, Vivinox
Rozerem ED: 8 mg	Ramelteon
Doxylamin ED: 25–50 mg	Gittalun, Hoggar N, Sanalepsi N (CH), SchlafTabs, Sedaplus, Wick (A)

Tab. 20.6 • **Fortsetzung**

Wirkstoff mittlere orale Tagesdosis (MTD)	Handelsnamen (Beispiele)
Pregabalin MTD: 150–300 mg	LYRICA
Beta-Rezeptorenblocker	
Auswahl des Betablockers und Dosierung abhängig von Grunderkrankung bzw. Zielsymptomatik, Nebenwirkungsprofil, Unverträglichkeit	

A: Österreich; CH Schweiz

20.5 Hypnotika: Handelsnamen und Dosierungen

Tab. 20.7 • **Hypnotika**

Wirkstoff abendliche orale Einzeldosis (ED)	Handelsnamen (Beispiele)
Benzodiazepine	
Brotizolam ED: 0,125–0,25 mg	Lendormin, Lendorm (A)
Flunitrazepam ED: 5–20 mg	Flunibeta, Fluninoc, Flunitrazepam (1A, neurax, -ratiopharm), Rohypnol, Schomnubene (A)
Flurazepam ED: 15–30 mg	Dalmadorm, Staurodorm N
Lormetazepam ED: 0,5–1,0 mg	Ergocalm, Loramet (CH), Loretam, Lormetazepam (AL, -ratiopharm), Noctamid
Nitrazepam ED: 2,5–10,0 mg	Dormo-Puren, imeson, Mogadan, Mogadon (A, CH), Nitrazepam (AL, -neurax), Novanox, Radedorm
Triazolam ED: 0,125–0,25 mg	Halcion (A)
Sonstige	
Zaleplon ED: 5–10 mg	Sonata
Zolpidem ED: 10–20 mg	Bikalm, Ivadal (A), Stilnox, Zolpidem (AL, neurax, ratipharm, STADA, ct), Zolpi-Lich, Zolpinox
Zopiclon ED: 7,5–10,0 mg	Imovane (CH), Optidom, Somnosan, Ximovan, Zop, Zopiclon (AL, -neurax, -ratiopharm, Sandoz, STADA), ZOPI-PUREN
Chloralhydrat ED: 250–500 mg	Chloraldurat, Medianox (CH), Nervifrène (CH)
Diphenhydramin ED: 25–50 mg	Bedorma (CH), Benocten (CH), Betadorm, Dibondrin (A), Dobacen (CH), Dolestan, Emesan, Hevert-Dorm, nervo OPT, Sediat, Sedopretten, Vivinox
Rozerem ED: 8 mg	Ramelteon
Doxylamin ED: 25–50 mg	Gittalun, Hoggar N, Sanalepsi N (CH), SchlafTabs, Sedaplus, Wick (A)

Tab. 20.7 • **Fortsetzung**

Wirkstoff abendliche orale Einzeldosis (ED)	Handelsnamen (Beispiele)
Phytotherapeutika	
Extrakte von Baldrian/Hopfen/Melisse/Passionsblume Dosierung von Art des verwendeten Präparates abhängig	

A: Österreich; CH Schweiz

21 Anhang II: Adressen

21.1 Kontakt- und Informationsstellen

Deutschland

NAKOS (Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen)
Otto-Suhr-Allee 115
D – 10585 Berlin-Charlottenburg
Tel. (00 49) (0)30–31 01 89 60
Fax (00 45) (0)30–31 01 89 70
E-Mail: selbsthilfe@nakos.de
Internet: www.nakos.de
Information: Kontaktadressen/Verzeichnisse von Selbsthilfevereinigungen auf Bundesebene sowie von lokalen/regionalen Selbsthilfe-Unterstützungsstellen, gegliedert nach Krankheits-Gruppen. Informationsmaterial, Fortbildungen, Veröffentlichung einer vierteljährlich erscheinenden Zeitschrift.

Österreich

Koordinationsstelle der ÖPGK (Fonds Gesundes Österreich)
Fonds Gesundes Österreich
Aspernbrückengasse 2
1020 Wien
Tel. (00 43)-(0)1/8 95 04 00–25
E-Mail: sigis@fgoe.org
Internet: www.fgoe.org
Information: Dachverbände und Kontaktstellen von Selbsthilfe-Unterstützungseinrichtungen auf Bundesebene sowie lokal/regional zu allen möglichen Krankheitsbildern. Informations- und Arbeitsmaterial, Fachtagungen.

Schweiz

Selbsthilfe Schweiz
Laufenstraße 12
CH-4053 Basel
Tel. (00 41)-(0)61/3 33 86 01
E-Mail: info@selbsthilfeschweiz.ch
Internet: www.selbsthilfeschweiz.ch
Information: Anschriften und Ansprechpartner von Selbsthilfegruppen und deren Dachorganisationen. Unter Umständen wird auf kantonale Organisationen verwiesen, die dann eine konkrete regionale Adresse bieten können.

21.2 Selbsthilfegruppen

Aktion psychisch Kranke e. V. (APK)
Oppelner Str. 130
53119 Bonn
Tel. 02 28/67 67 40
Internet: www.apk-ev.de

Anonyme Alkoholiker (AA) Interessengemeinschaft e. V.
Waldweg 6
84177 Gottfrieding-Unterweilnbach
Tel. 00 49/ (0) 87 31/32 57 30
Internet: www.anonyme-alkoholiker.de

Anonyme Spieler/Gamblers Anonymous (GA)
Bovestr. 41 a
22041 Hamburg
Tel. 0 40/2 09 90 09
Internet: www.anonyme-spieler.org

Bundesverband der Angehörigen Psychisch Kranker e. V. (BApK)
Oppelner Str. 130
53119 Bonn
Tel. 02 28/71 00 24 00
Internet: http://www.psychiatrie.de/bapk/

Deutsche AIDS-Hilfe e. V.
Wilhelmstr. 138
10963 Berlin
Tel. 0 30/69 00 870
Internet: www.aidshilfe.de

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V.
Friedrichstr. 236
10969 Berlin
Tel. 0 30/259 37 95–0
Internet: www.deutsche-alzheimer.de

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V.
Westenwall 4
59065 Hamm
Tel. 0 23 81/901 50
Internet: www.dhs.de

Emotions Anonymous (EA) e. V.
Heinrich-Busold-Str. 33
61169 Friedberg
Tel. 0 60 31/160 41 68
Internet: www.emotionsanonymous.de

Stiftung SYNANON
Dorfstr. 9
13051 Berlin
Tel. 0 30/55 00 00
Internet: www.synanon.de

21.3 Berufsverbände

Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e. V. (BDP)
Am Köllnischen Park 2
10179 Berlin
Tel. 030/209 16 66 00
Internet: www.bdp-verband.org

Berufsverband Deutscher Psychiater e. V. (BVDP)
Berufsverband Deutscher Nervenärzte e. V. (BVDN)
Am Zollhof 2 a
47829 Krefeld
Tel. 0 21 51/45 46 921
Internet: www.bv-psychiater.de

Berufsverband Akademischer Psychotherapeutinnen e. V. (BAPt)
Kasparstr. 20–22
50670 Köln
Tel. 07 00/600 200 20
Internet: www.baptev.de

Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e. V.
Sektion Klinische Psychologische (BDP)
Kirchstraße 3 B
56203 Höhr-Grenzhausen
Tel. 0 26 24/94 277 40
Internet: www.bdp-klinische-psychologie.de

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)
Reinhardtstr. 27 b
10117 Berlin
Tel. 030/240 477 20
Internet: www.dgppn.de

Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DÄVT)
Am Roseneck 6
83209 Prien
Tel. 08 051/68 100 230
Internet: www.daevt.de

Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e. V. (DGBS)
Heinrich-Hoffmann-Str. 10
60528 Frankfurt
Tel. 07 00/333 444 54
Internet: www.dgbs.de

Deutsche Gesellschaft für Biologische Psychiatrie e. V. (DGBP)
Rudolf-Bultmann-Str. 8
35039 Marburg
Tel. 06 421/58 65 200
Internet: www.dgbp.eu

Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e. V. (DGGPP)
Postfach 1366
51675 Wiehl
Tel. 0 22 62/79 76 83
Internet: www.dggpp.de

Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie,
Psychosomatik und Tiefenpsychologie e. V. (DGPT)
Johannisbollwerk 20
20459 Hamburg
Tel. 0 40/75 66 49 90
Internet: www.dgpt.de

Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin
und Ärztliche Psychotherapie e. V. (DGPM)
Jägerstr. 51
10117 Berlin
Tel. 0 30/20 64 82 43
Internet: www.dgpm.de

Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V. (DGSP)
Zeltinger Str. 9
50969 Köln
Tel. 02 21/51 10 02
Internet: http://www.psychiatrie.de/dgsp/

Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V. (dgvt)
Corrensstr. 44–46
72076 Tübingen
Tel. 0 70 71/9 43 40
Internet: www.dgvt.de

Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung e. V. (DPtV)
Am Karlsbad 15
10785 Berlin
Tel. 0 30/235 00 90
Internet: www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de

Gesellschaft für Neuropsychologie e. V. (GNP)
Nikolausstr. 10
36037 Fulda
Tel. 06 61/901 96 65
Internet: www.gnp.de

22 Psychiatrisches Glossar

Abasie: Unfähigkeit zu gehen.
Abreaktion: Entladung aufgestauter Affekte → Affektabfuhr.
Absence: Kurzzeitige Bewusstseinsstörung bei Epilepsie.
Abstinenzregel: Neutral-distanziertes (therapeutisches) Verhalten des Psychoanalytikers.
Abstinenzsyndrom: Entzugssyndrom nach Absetzen von Suchtmitteln.
Abulie: Willensschwäche.
Abwehr: Konstrukt eines Schutzmechanismus des „Ich" gegen vom „Über-Ich" nicht gebilligte Triebregungen(→ Psychoanalyse).
Acid: → LSD (Drogenjargon).
Adaptation: Anpassung
Adhärenz: s. Compliance.
ADHS: Abkürzung für Syndrom aus Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsschwäche.
Affektabfuhr: Intensivere Gefühlsreaktion. Form der → Katharsis.
Affektarmut: Affektverarmung.
Affekt: Kurzdauerndes Gefühl.
Affektinkontinzenz: Verminderte Gefühlskontrolle.
Affektstau: Emotionale Blockierung.
Affektive Psychose: Unipolare, rezidivierende Depression oder bipolare manisch-depressive Erkrankung.
Affektive Resonanz: Gefühlsmäßiges Mitschwingen.
Affektivität: Gesamtheit der → Affekte.
Affektlabilität: Rasch wechselnde → Affekte.
Affektstarre: Nicht erkennbare affektive Regung.
Affektverarmung: Mangel an Gefühlen.
Ageusie: Schmeckstörung.
Aggravation: Intendierte Verstärkung von Krankheitssymptomen.
Aggressivität: Angriffslust → Hostilität.
Agitiertheit: Unruhe, meist verbunden mit gesteigerter Motorik.
Agnosie: Wahrnehmungsstörung aufgrund umschriebener Hirnschädigung.
Agoraphobie: Raumangst, Angst vor freien (großen) Plätzen.
Agrammatismus: Sprachstörung mit Unfähigkeit richtiger Wortwahl. Form der → Aphasie.
Agrafie: Unfähigkeit zu schreiben.
Agrypnie: Schlafstörung.
Aichmophobie: Krankhafte Angst vor spitzen oder scharfen Gegenständen.
AIDS: Erkrankung des Immunsystems durch HIV-Infektion.
AIDS-Demenz: Subkortikale → Demenz infolge HIV-Infektion.
Akalkulie: Unfähigkeit zu rechnen.
Akathisie: Bewegungsdrang, meist als Begleiterscheinung antipsychotischer Behandlung.
Akinese: Bewegungslosigkeit(→ Stupor).
Akoasmen: Unstrukturierte akustische Halluzinationen.
Akrophobie: Höhenangst.
Akustische Halluzinationen: Gehörstäuschung.
Alexie: Unfähigkeit, zu lesen.
Alexithymie: Unfähigkeit, Gefühle wahrzunehmen oder auszudrücken.
Algolagnie: Durch Schmerz hervorgerufenes Lustgefühl.
Alogie: Unfähigkeit, korrekte Sätze zu bilden.
Alternativpsychose: Psychotische Störung im anfallsfreien Intervall bei (medikamentös erfolgreich behandelter) Epilepsie.
Altgedächtnis: Erinnerungsvermögen für länger zurückliegende Ereignisse.
Alzheimer-Demenz: Primär degenerative, auf Hirnabbau beruhende → Demenz.
Ambitendenz: Gleichzeitiges Auftreten gegenläufiger Handlungsimpulse.
Ambivalenz: Gleichzeitiges Auftreten gegenläufiger Wünsche oder Vorstellungen.
Amentia: Obsolete Bezeichnung für Form der schizoaffektiven bzw. polymorphen Psychose.
Amimie: Fehlendes Mienenspiel. Mimische Starre.
Amnesie: Gedächtnislücke, Gedächtnisverlust.
Amok: Erregungszustand mit meist blindwütiger Aggressivität.
Amphetamin: Stimulierende psychotrope Substanz, (→ Weckamin).
Amusie: Unfähigkeit, Töne zu erkennen.
Amygdala: Mandelkern.

Anale Phase: Psychosexuelle Entwicklungsphase zwischen 2. und 4. Lebensjahr.
Analgesie: Schmerzunempfindlichkeit.
Analyse: → Psychoanalyse.
Analytische Psychologie: Von C. G. Jung entwickeltes, aufdeckendes → Psychotherapieverfahren.
Anamnese: Vorgeschichte.
Anankasmus: Zwang bzw. Zwangsstörung, Zwanghaftigkeit.
Anankastische Depression: Depression mit Zwangssymptomatik.
Androgynie: Zwittermerkmale. Männliche u. weibliche Anteile in derselben Person.
Angehörigengruppe: → Selbsthilfegruppe für Angehörige und Bezugspersonen psychisch Kranker.
Angst: Unlustbetonter Gefühlszustand. Gefühl von Bedrohung (→Panik).
Angst-Glücks-Psychose: Psychotische Störung mit sich abwechselnden Angst- und Glückserlebnissen (→ zykloide Psychose).
Angststörung, Angstneurose: Psychische Erkrankung mit Auftreten von → Ängsten und Phobien.
Anhedonie: Unfähigkeit, zu genießen.
Anpassungsstörung: → Neurose.
Antagonist: Gegenspieler.
Antidementiva: Medikamente zur Behandlung kognitiver Leistungsdefizite.
Antidepressiva: Medikamente zur Behandlung von Depressionen (→ Thymoleptika).
Antipsychotika: Medikamente zur Behandlung von Psychosen (→ Neuroleptika).
Antisoziale Persönlichkeit: Person, die sich nicht an gesellschaftliche Normen hält (→ Dissozialität).
Antizipation: Vorstellungsmäßige Vorwegnahme.
Anxiolytika: Medikamente zur Angstbekämpfung.
Alkoholhalluzinose: Halluzinationen bei chronischem Alkoholismus.
Anonyme Alkoholiker (AA): Selbsthilfegruppe Alkoholabhängiger.
Anonyme Spieler: Selbsthilfegruppe bei → pathologischem Spielen.
Anorexia nervosa: Magersucht.
Anorgasmie: Fehlender Orgasmus beim Geschlechtsverkehr.
Anpassungsstörung: Längerzeitige psychische Reaktionen auf anhaltende Belastungen.
Aphasie: Sprachstörung infolge umschriebener Hirnschädigung.
Aphrasie: Unfähigkeit, zusammenhängende Sätze auszusprechen.
Aphonie: Nichtorganisch bedingter Verlust der Stimme.
Appetenz: Verlangen.
Apraxie: Unfähigkeit zu strukturiertem Handeln infolge umschriebener Hirnschädigung.
Arachnophobie: Krankhafte Angst vor Spinnen.
Arbeitstherapie: Einsatz von Beschäftigung und Arbeit als (soziale) Therapie.
Archetyp: In der → analytischen Psychologie instinktive Verhaltensform, teils geknüpft an irrationale mythische Vorstellung.
Arteriosklerotische Demenz: → vaskuläre Demenz.
Assoziation: Verknüpfung von Gedanken und Vorstellungen.
Astasie: Unfähigkeit zu stehen.
Asthenie: Schwäche.
Asthenische Persönlichkeit: Person mit verminderter Belastbarkeit und Neigung zu Befindlichkeitsstörungen.
Asomatognosie: Störung der Körperwahrnehmung.
Assoziation: Verknüpfung von Kognitionen.
Ataxie: Koordinationsstörung (z. B. Gehunsicherheit).
Atrophie: Schwund.
Atypika: atypische → Antipsychotika.
Attribuierung: Zuschreibung von Eigenschaften.
Aufdeckende Psychotherapie: Psychotherapiemethode, bei der unbewusste Konflikte bewusst gemacht werden (→ Psychoanalyse).
Aura: Epileptischem Anfall unmittelbar vorausgehende abnorme Wahrnehmungen und Empfindungen.
Außenfürsorge: Extramurale Betreuung psychisch Kranker als Form der → Soziotherapie.
Autismus: Form schwerer Introversion mit begleitenden Verhaltensstörungen.
Autogenes Training: Entspannungsübung in Form autosuggestiver Behandlung.

Autohypnose: Selbsthypnose.
Automatismen: Vom Willen unabhängige, unbewusst gesteuerte Handlungen.
Automutilation: Selbstverstümmelung.
Autosuggestion: Von der eigenen Person ausgehende (Selbst-) Suggestion.
Aversionstherapie: „Bestrafung" als Technik der → Verhaltenstherapie.

Balint-Gruppe: Patientenbezogene Selbsterfahrungsgruppe als Form der Supervision.
Bazillophobie: Krankhafte Angst vor Bazillen (→ Phobie).
Bedeutungswahn: Vorstellung von unbegründeter Bedeutung.
Beeinträchtigungswahn: Sich fälschlicherweise beeinträchtigt fühlen.
Behaviorismus: Forschungsrichtung der Lernpsychologie, die Grundlage der → Verhaltenstherapie wurde.
Behinderung: Dauerhafte Beeinträchtigungen psychischer und/oder körperlicher Fähigkeiten und Leistungen.
Belastungsreaktion: Psychische Reaktion auf außergewöhnliche körperliche und/oder emotionale Belastung.
Benton-Test: Zeichentest zum Nachweis von Hirnschädigungen.
Beschaffungskriminalität: Delinquentes Verhalten zur Beschaffung von Suchtstoffen.
Beschäftigungstherapie: → Ergotherapie.
Betreutes (beschütztes) Wohnen: Wohnen psychisch Kranker in beschützten, betreuten Einrichtungen (→ Wohnheim).
Beta-Blocker (Betarezeptorenblocker): Pharmaka mit hemmender Wirkung auf Noradrenalin und Adrenalin.
Beta-down-Regulation: Verminderung postsynaptischer Beta-Rezeptoren unter längerer antidepressiver Behandlung.
Betreuung, gesetzliche: Von Amts wegen eingerichtete Betreuung eines psychisch Kranken.
Bewegungsstereotypie: Schablonenhaft anmutender Bewegungsablauf.
Bewusstseinsschwelle: Grenze zwischen bewussten und unbewussten Wahrnehmungen.
Bewusstseinsstörung: Quantitative und/oder qualitative Veränderung des Bewusstseins.
Bewusstseinstrübung: Quantitative Beeinträchtigung der Bewusstseinsklarheit (→ Vigilanz).
Bewusstseinsverschiebung: Qualitative Bewusstseinsveränderung mit veränderten Bewusstseinsinhalten.
Beziehungswahn: Wahnhafte Verknüpfung von äußeren Ereignissen mit der eigenen Person.
Bibliotherapie: Lesen als Therapie.
Bildstreifendenken: Freies Assoziieren imaginativer Bildsequenzen (→ katathymes Bilderleben).
Binaural: Beidhörig.
Binokular: Beidäugig.
Biofeedback: Rückmeldung autonomer Körperfunktionen mit dem Ziel ihrer willkürlichen Beeinflussung (operante Konditionierung). Form der → Verhaltenstherapie.
Biorhythmus: Natürlich-periodische Veränderungen der Körperfunktion.
Bipolar: Zweiseitig ausgerichtet (z. B. manisch-depressiv verlaufende affektive Psychosen).
Bipolare affektive Störung: Affektive Erkrankung mit manischen und depressiven Phasen (→ Psychose, affektive).
Bisexuell: Gleichzeitiges Bestehen homo- und heterosexueller Neigungen.
Blepharospasmus: Krampfartiges Zusammenziehen der Augenmuskulatur.
Blickkrampf: → Blepharospasmus.
Borderline-Persönlichkeitsstörung: Abnorme Persönlichkeitsstruktur mit vermehrter (Auto-)Aggressivität, Abhängigkeit, Suizidalität, dissozialem Verhalten und Beziehungsstörungen.
Boxerdemenz: → Demenz infolge gehäufter Schädeltraumata.
Broken home: Zerrüttete Familienverhältnisse während der Kindheit.
Bruxismus: Zähneknirschen.
Bulimie: Krankhaftes übermäßiges Essen (Hyperphagie). → Eßstörung.
Burnout: Zustand von Resignation, Erschöpftheit und Demotivierung in sozialen Berufen („Ausgebranntsein").

Capgras-Syndrom: Wahnhafte Verkennung einer anderen Person.
Case work: Sozialarbeiterische Einzelbetreuung. Form der → Soziotherapie.
Charakterneurose: → Persönlichkeitsstörung.

Chronic Fatigue Syndrome (CSF): Anhaltendes Empfinden von Müdigkeit, Erschöpfung und verminderter Belastbarkeit.
Cog pack: Computergestütztes Trainingsprogramm zur Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit (Visomotorik, Vigilanz, Wahrnehmung, Aufmerksamkeit, Problemlösung, formales Denken, Gedächtnis).
Cold turkey: Opiatentzug ohne medikamentöse Stütze (Drogenjargon).
Coma vigile: → Wachkoma.
Compliance: Mitarbeit des Patienten.
Coping: Art und Umfang der Bewältigung (und Verarbeitung) einer Erkrankung
Crack: Speziell (mit Natriumbicarbonat) gestrecktes Kokain mit intensiv anflutender Wirkung.
Craving: Dranghaftes Verlangen nach Alkohol oder Drogen („Drogenhunger").
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit: Diffuse infektiöse Hirnerkrankung mit rasch voranschreitender → Demenz.
Cross dressing: Tragen von Kleidung des anderen Geschlechts.
Crystal: Suchterzeugendes Metamphetamin (Drogenjargon).

Dämmerzustand: Qualitative (und quantitative) → Bewusstseinsstörung mit erhaltener Handlungsfähigkeit und anschließender Erinnerungslosigkeit.
DAT: Demenz vom Alzheimer-Typ. → Alzheimer-Demenz.
Dawn Simulation (Dämmerungssimulation): Künstliche Veränderung der umgebenden Helligkeit als Form der Lichttherapie.
Debilität: Veraltete Bezeichnung für leichtere Intelligenzminderung.
Déjà-entendu-Erlebnis: Erinnerungstäuschung im Bereich des Hörens (Paramnesie).
Déjà-vecu-Erlebnis: Erinnerungstäuschung im Bereich des Erlebens (Paramnesie).
Déjà-vu-Erlebnis: Erinnerungstäuschung im Bereich des Sehens (Paramnesie).
Delir: Hirnorganisch begründbare → Psychose mit Desorientiertheit, Wahrnehmungstäuschungen und Unruhe.
Delirium tremens: Frühere Bezeichnung für → Delir nach Alkoholentzug bzw. bei chronischem Alkoholismus.
Dementia simplex: Symptomarme, schleichende Psychose.
Demenz: Abbau kognitiver Leistungen aufgrund von Himfunktionsstörungen.
Denkhemmung: Formale → Denkstörung mit verlangsamtem Denken.
Denksperre: Gedankenabreißen.
Denkstörung (formale): Krankhaft gestörte Art des Denkens.
Denkstörung (inhaltliche): Krankhaft veränderter Denkinhalt.
Dependenz: → Abhängigkeit.
Depersonalisation: Gefühl der Ich-Entfremdung, meist Symptom von → Depression, Angsterkrankung oder Psychose.
Depravation: Verwahrlosung.
Depression: Psychische Störung in Form von Niedergeschlagenheit, Energieverlust und Gehemmtheit.
Depression, major: Depressives Syndrom aufgrund gestörter → Neurotransmission im Gehirn. Form der affektiven Psychose.
Depression, hypochondrische: Depressivität mit vorrangig → hypochondrischen Befürchtungen.
Depression, hysteriforme: Depression mit → histrionischer Symptomatik.
Depression, larvierte: Durch Körpermissempfindungen und Schmerzen gekennzeichnete Depression.
Depression, neurotische: Depressivität aufgrund erlebnisreaktiver Fehlentwicklung (→ Dysthymia).
Depression, pharmakogene: Unter Behandlung mit → Antipsychotika auftretende Depressivität.
Depression, phobische: Depressivität mit vorherrschenden phobischen Symptomen.
Depression, psychotische: Depressivität mit psychotischen Symptomen (z. B. synthymer Wahn).
Depression, reaktive: Belastungs- bzw. Erlebnisreaktion in Form von Depressivität.
Depression, saisonale: Im Herbst und/oder Winter auftretende Depression („Winterdepression").
Depressio sine depressione: → Depression, larvierte.

Deprivation: Wegfall äußerer Sinnesreize.
Derealisation: Gefühl der Entfremdung gegenüber vertrauten Gegenständen und Personen.
Dermatozoenwahn: Wahnhafte Befürchtung, Parasiten in der Haut zu haben.
Designer drugs: Synthetisch hergestellte Aufputschmittel und Halluzinogene („Partydrogen").
Desuggestion: Gezielte Auflösung einer Suggestion durch äußere Anweisung oder eigene Gegenvorstellung.
Desorientiertheit: Verwirrtheit bezüglich Zeit, Ort, Situation und/oder eigener Identität.
Desynchronisation: In der Psychiatrie Entkopplung von biologischer Eigenrhythmik und äußerem Zeitgeber.
Devianz: (Sexuelle) Normabweichung.
Dezerebrations-Syndrom: → Wachkoma.
Diathese: Anlage, Konstitution.
Dipsomanie: Periodische Trinkexzesse bei Alkoholabhängigkeit.
Dissimulation: Vortäuschung von Gesundheit.
Dissozialität: Missachtung sozialer Regeln mit Tendenz zur Verwahrlosung und Kriminalität.
Dissoziation, dissoziative Störung: → Hysterie, → Konversion.
Doctor shopping: Häufiges Aufsuchen von (verschiedenen) Ärzten, meist aus hypochondrischer Befürchtung.
Dopaminhypothese: Erklärung psychotischer Störungen aufgrund gestörter Neurotransmission des biogenen Amins Dopamin im Gehirn.
Doping: Einsatz von Aufputschmitteln.
Drogeninduzierte Psychose: Durch Drogen ausgelöste psychotische Störung.
Drogenscreening: Untersuchung von Blut oder Urin auf psychotrope Substanzen.
Drug monitoring: Blutspiegelkontrollen unter Psychopharmakotherapie.
DSM-IV-TR: Diagnostisches und statistisches Manual Nr. IV der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft. Klassifikationssystem psychischer Störungen → ICD-10.
Durchflutungstherapie: → Elektrokrampftherapie (EKT).
Durchgangssyndrom: Organisch begründbare, reversible Psychose nach primärer oder sekundärer Hirnfunktionsstörung (exogener Reaktionstypus).
Dysästhesie: Schmerzhafte Missempfindungen.
Dyskinesie: Bewegungsstörung.
Dyslexie: Leseschwäche.
Dysmorphie: Körperliche Fehlbildung.
Dysmorphophobie: Zwanghafte Vorstellung, missgestaltet zu sein.
Dyspareunie: Durch Schmerz behinderter Geschlechtsverkehr.
Dysphorie: Missmutig-gereizte Verstimmtheit.
Dyssomnie: Schlafstörung.
Dysthymia: Neurotische → Depression bzw. depressive → Persönlichkeitsstörung.
Dysthymie: Subdepressive Verstimmtheit, leichtere Form von → Depressivität.
Dystonie: Bewegungsstörung (z. B. infolge neuroleptischer Behandlung).

Echolalie: Echohaftes Nachsprechen von Wörtern und Sätzen.
Echopsychose: Wiederaufflackern psychotischer Symptomatik bei → drogeninduzierter Psychose (→ Horror-Trip).
Echopraxie: Mechanisches Nachahmen von Bewegungen.
Ecstasy: Aufputschdroge (2.5-Dimethoxy-4-Methyl-Amphetamin). Halluzinogen (→ designer drugs).
Ego: → Ich.
Eidetisch: Mit Vorstellungsreichtum ausgestattet.
Eifersuchtswahn: Wahnhafte Vorstellung, vom Sexualpartner betrogen zu werden.
Einsichtsfähigkeit: Forensisches Kriterium zur Beurteilung der → Schuldfähigkeit.
Einwilligungsfähigkeit: Nicht (infolge psychischer Störung) beeinträchtigte Zustimmung zu Diagnostik und Therapie (z. B. → Elektrokrampftherapie).
Elektrokrampftherapie (EKT): Behandlung schwerer psychotischer Störungen mittels künstlich herbeigeführtem epileptischem Anfall durch elektrischen Strom.
Emotionspsychose: Zykloide Psychose. Form der → schizoaffektiven Psychose.
Empathie: Sichhineinversetzenkönnen in die Psyche anderer. Mitempfinden.

Endogene Psychose: Frühere Bezeichnung für psychotische Störung ohne nachweisbare körperliche Ursache (z. B. Schizophrenie, affektive Psychose).
Endokrines Psychosyndrom: Durch hormonelle Störung hervorgerufene psychische Veränderungen.
Engramm: Gedächtnisspur.
Enkopresis: Unwillentliches Einkoten.
Enuresis: Unwillentliches Einnässen.
Enterozoenwahn: Wahnhafte Befürchtung, Parasiten im Körper zu haben.
Entfremdungserlebnis: Gefühl von Verfremdung und Unvertrautheit.
Entgiftung: Entzug von Suchtstoffen bei Abhängigkeitserkrankung.
Enthemmung: Absenkung der Hemmschwelle (meist mit Steuerungsschwäche).
Entlastungsdepression: Depressivität nach Beendigung längerer psychischer und/oder physischer Belastung.
Entwöhnung: Im Anschluss an → Entgiftung durchgeführte, längere Behandlung bei Suchterkrankung.
Entziehung: → Entgiftung.
Entzugssymptome: Unter → Entgiftung auftretende körperliche und/oder psychische Störungen.
Enzephalopathie: Diffuses Bild einer allgemeinen Hirnfunktionsstörung.
Epileptische Psychose: In Verbindung mit Epilepsie auftretende psychotische Störungen (→ Alternativpsychose).
Erethisch: Vermehrt erregbar, reizbar.
Ergotherapie: Arbeits- und Beschäftigungstherapie unter fachlicher Anleitung.
Erlebnisreaktion: → Belastungsreaktion.
Erotomanie: → Liebeswahn.
Erregungszustand, Erregtheit: Steigerung von Antrieb und Motorik, häufig mit Kontrollverlust einhergehend.
Erschöpfungsdepression: → Depressivität aufgrund anhaltender psychischer Belastung.
Erstgespräch, Erstinterview: Ausführliches, exploratives diagnostisches Gespräch.
Erwartungsangst: → Phobophobie.
Es: Konstrukt für „Tiefenschichten" der Psyche (unbewusste Wünsche, Impulse und Triebregungen).
Essstörung: → Anorexia nervosa, → Bulimie.
Euphorie: Hochgestimmtheit (z. B. bei → Manie).
euthym: gut gestimmt.
Evidenz: Überzeugender Beweis.
Exhibitionismus: Impulskontrollstörung in Form einer zwanghaften Entblößung der männlichen Geschlechtsteile (→ sexuelle Devianz).
Existenzanalyse: Therapeutische Analyse der Biografie unter Aspekten des Lebenssinnes und der Wertvorstellungen (→ Logotherapie).
Exogener Reaktionstypus: Organisch begründbare Psychose, → Durchangssyndrom.
Exploration: Psychodiagnostisches Gespräch.
Expositions-Reaktions-Verhinderung: Therapeutisch kontrolliertes, gezieltes Unterlassen zwanghaft auftretender Handlungen. Methode der → Verhaltenstherapie.
Expressed emotions: Akzentuierte Affekte in Familien mit einem schizophrenen Mitglied (z. B. Aggressivität, Hyperprotektivität).
Extrapyramidale Störung (EPS): Unter Behandlung mit → konventionellem Antipsychotikum auftretende Nebenwirkungen in Form von Parkinson-Symptomen und → Hyperkinesen.
Extraversion: Kontaktsuchendes, nach außen gerichtetes Verhalten.
Extrinsisch: Von außen beeinflusst.

Fahrkarte: Auf Papier oder Würfelzucker aufgetropftes LSD (Drogenjargon).
Familienpflege: Versorgung psychisch Kranker in einer Pflegefamilie.
Familientherapie: → Systemische Therapie.
Faxensyndrom: Grimassieren und Clownerien bei organisch begründbarer Psychosen oder Schizophrenie.
Fehlleistung: Unbeabsichtigt fehlerhaft ausgeführte Handlung als Ausdruck unbewussten Impulses.
Fetischismus: Sexuelle Befriedigung durch Anblick oder Berührung von Kleidungsstücken (oder Gegenständen) geliebter Person (→ sexuelle Devianz).
Flagellation: Selbstgeißelung (aus sexuellen Motiven).
Flash back: Wiederaufflackernde Drogeneinwirkung (→ Horror-Trip).

Flexibilitas cerea: „Wachsartige Biegsamkeit" der Gliedmaßen bei → Katalepsie.
Flow: Intensives, rauschhaftes Erleben (von Wohlbefinden).
Fixer: Jemand, der sich Drogen intravenös spritzt.
Flooding: → Reizkonfrontation.
Fokaltherapie: Form aufdeckender (Kurzzeit-) psychotherapie.
Folie à deux: → Induzierter Wahn.
Fremdanamnese: Von Bekannten oder Bezugspersonen eines Patienten erhobene Angaben zu dessen Erkrankung.
Fremdbeeinflussung: Wahnhaftes Erleben der Kontrolle eigenen Denkens und Verhaltens von außen (→ Ich-Erlebensstörung).
Frigidität: Fehlen sexueller Erregung beim Geschlechtsverkehr.
Frontalhirnsyndrom: → Stirnhirnsyndrom.
Frotteurismus: Sexuelle Erregung durch reibenden Körperkontakt.
Frühdyskinesien: Bewegungsstörungen nach Behandlungsbeginn mit Antipsychotika.
Frustration: Enttäuschung durch Versagung.
Fugue: Abruptes Verlassen der gewohnten Umgebung mit Reisedrang → Poriomanie.
Funktionelle Körperstörung: Körperliches Symptom ohne organische Ursache.

GABA: Gamma-Amino-Buttersäure (Neurotransmitter).
Ganser-Syndrom: Vortäuschen einer psychischen Störung (→ Pseudodemenz).
Gedankenabreißen: Abriss der kognitiven Assoziationskette, formale Denkstörung (vorzugsweise bei Schizophrenie).
Gedankenausbreitung: Wahnhafte Vorstellung, dass eigene Gedanken von anderen „mitgedacht" werden. Symptom 1. Ranges bei Schizophrenie (→ lch-Erlebensstörung).
Gedankeneingebung: Wahnhafte Vorstellung, dass fremde Gedanken eingegeben werden. Symptom 1. Ranges bei Schizophrenie (→ Ich-Erlebensstörung).
Gedankenentzug: Wahnhaftes Erleben, dass eigene Gedanken entzogen werden. Symptom 1. Ranges bei Schizophrenie (→ Ich-Erlebensstörung).
Gedankenlautwerden: Hören der eigenen Gedanken. Symptom 1. Ranges bei Schizophrenie.
Gedankenstopp: → Verhaltenstherapeutisches Verfahren zur Behandlung von Zwangsdenken.
Gedankenzerfall: Strukturverlust von Denkinhalten (→ formale Denkstörung).
Gefühl der Gefühllosigkeit: Gefühl der inneren Leere bei (endogener) → Depression.
Gefühlsverarmung: Verlust an Emotionalität (z. B. bei Schizophrenie oder Demenz).
Gegenkonditionierung: Therapeutische Methode der Verhaltensänderung (→ Verhaltenstherapie).
Gegenübertragung: Projektion (unbewusster) Einstellungen und Bedürfnisse des Therapeuten auf den Patienten.
Gehirnwäsche: Gezielte, systematische Suggestion erwünschter Vorstellungen.
Geistige Behinderung: Intelligenzschwäche, mentale Retardierung.
Gelernte Hilflosigkeit: → Passivität aufgrund eines allmählichen Verlustes eigener Kräfte und Fähigkeiten.
Generalisierte Angst: Diffuse, nicht objektgebundene Angststörung.
Generika: Medikamente ohne speziellen Warennamen.
Genom: Gesamtheit aller Gene in einem Organismus.
Gereizte Manie: Maniformes Syndrom mit Gereiztheit und Aggressivität.
Gerontopsychiatrie: Diagnostik und Therapie psychischer Störungen älterer Menschen.
Geruchshalluzination: Sinnestäuschung im Bereich des Riechens (olfaktorische Halluzination).
Geschäftsunfähigkeit: Durch Krankheit bedingte Unfähigkeit, rechtsgültig Geschäfte abzuschließen.
Geschmackshalluzination: Sinnestäuschung im Bereich des Schmeckens (gustatorische Halluzination).
Gesprächstherapie: Klientenzentrierte (personenzentrierte) → Psychotherapie.
Gestalttherapie: Humanistisch fundierte, erlebnisorientierte → Psychotherapie.
Gestationspsychose: → Schwangerschaftspsychose.

Gewöhnung: Vorstufe von → Abhängigkeit mit Toleranzerhöhung.
Globusgefühl: Kloßgefühl im Hals (z. B. bei Depression).
Glossolalie: Unverständliches Wortgemisch.
Glückspsychose: → Angst-Glücks-Psychose.
Glutamathypothese: Erklärung psychotischer Störungen aufgrund gestörter Glutamattransmission.
Gilles-de-la-Tourette-Syndrom: → Tourette-Syndrom.
Gras: Marihuana (Drogenjargon).
Größenidee: Vorstellung mit unrealistisch überhöhtem Inhalt.
Größenwahn: Wahnhafte Selbstüberschätzung (z. B. bei Manie).
Grübelzwang: Zwanghaftes Nachdenken (s. a. → Perseveration).
Gruppendynamik: Interaktionsmuster zwischen Gruppenmitgliedern aufgrund soziometrischer Gesetzmäßigkeiten.
Gruppenkohäsion: Zusammengehörigkeitsgefühl von Gruppenmitgliedern
Gruppenpsychotherapie: → Psychotherapie in Gruppenform.

Habituation: Reaktionsabschwächung bei anhaltender Reizkonfronation.
Haften: Krankhaftes Festhalten eines Gedankens als Ausdruck einer → formalen Denkstörung. Klebenbleiben an einem Thema.
Halluzination: Sinnestäuschung.
Halluzinogen: Psychotrope Substanz, die Sinnestäuschungen hervorruft (z. B. Meskalin, LSD, Psylocybin).
Halluzinose: Psychotische Störung, die vorrangig durch kontinuierliche Sinnestäuschungen gekennzeichnet ist.
Haltungsstereotypie: Krankhaftes Beibehalten einer bestimmten Körperhaltung oder -stellung.
Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Erwachsene (HAWIE): Weltweit verbreiteter, standardisierter Test zur Messung verbaler und nonverbaler Intelligenz Erwachsener (s. a. WIE).
Hangtäter: Straftäter mit schwer korrigierbarer Neigung zu bestimmten Straftaten.
Haptisch: Den Tastsinn betreffend.
HAWIK: → Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Kinder.
Hebephrenie: → Schizophrenie im Jugendalter.
Heilpädagogik: Erziehung und Förderung behinderter Kinder.
Herzphobie: Panikanfälle mit der Befürchtung, an einem plötzlichen Herztod zu sterben (Herzangstsyndrom, Herzhypochondrie, Herzneurose).
Hilflosigkeit, gelernte: Verhaltenstherapeutisches Modell für Depressivität.
Hirnleistungsschwäche: Kognitive Leistungsminderung infolge Hirnschädigung.
Hirnorganisches Psychosyndrom: Psychische Veränderungen infolge Hirnschädigung.
Histrionische Persönlichkeit: Person mit Neigung zu demonstrativ-theatralischen Verhaltensweisen (→ Hysterie).
Höhenangst, Akrophobie: Form der → Agoraphobie.
Horror-Trip: Angstanfall infolge Drogeneinwirkung.
Hospitalismus: Folge längerer Heimpflege oder Krankenhausbehandlung.
Hostilität: Feindseligkeit.
Huntington-Krankheit: Dominant-erbliche, degenerative Hirnerkrankung mit schweren Bewegungsstörungen und → Demenz.
Hydrozephalus: Erweiterung der Liquorräume infolge erhöhten Liquordrucks („Wasserkopf").
Hyperaktivität: Zustand von Unruhe und Umtriebigkeit mit erhöhter Ablenkbarkeit.
Hyperkinese: Krankhaft gesteigerte Motorik.
Hypermnesie: Gesteigertes Erinnerungsvermögen.
Hyperphagie: Esssucht.
Hypersomnie: Gesteigertes Schlafbedürfnis.
Hyperthym: Umtriebig, überaktiv.
Hypervigilanz: Gesteigerte Bewusstseinshelligkeit (→ Vigilanz).
Hypnose: Durch Fremdsuggestion herbeigeführter Trancezustand mit Bewusstseinseinengung.
Hypnotika: Schlafmittel.
Hypochondrie: Übertriebene Besorgnis um die eigene Gesundheit.
Hypochondrischer Wahn: Wahnhafte Vorstellung, an schwerer, unheilbarer Krankheit zu leiden.

Hypokinese: Bewegungsarmut.
Hypomanie: Leichtere Form der → Manie.
Hypomimie: Mangel an mimischem Ausdrucksverhalten.
Hysterie: Umwandlung intrapsychischer Konflikte in (ausdrucksstarke) psychogene Körperstörungen (→ histrionisch).

Iatrogen: Durch ärztliches Handeln verursacht.
Ice: Suchterzeugendes Amphetaminderivat (Drogenjargon).
Ich: In der → Psychoanalyse Steuerungssystem bewusster und unbewusster Funktionen mit Vermittlung zwischen → Über-Ich- und → Es-Anforderungen einerseits sowie zur Außenwelt andererseits.
Ich-Erlebensstörung: Störung des Ich-Erlebens in Form wahnhafter Fremdbeeinflussungserlebnisse (Ich-Störung). Symptom 1. Ranges bei Schizophrenie.
IDC-10: Internationale Klassifikation von Krankheiten Nr. 10. Klassifikationssystem körperlicher und psychischer Erkrankungen der WHO.
Idee, fixe: hartnäckige, übermächtige Vorstellung.
Ideenflucht: Beschleunigtes Denken als Ausdruck → formaler Denkstörung.
Identifikation: (Unbewusstes) Bestreben, jemand anderem ähnlich zu sein.
Idiografisch: Das Einmalige, Individuelle beschreibend.
Illusion, illusionäre Verkennung: Wahrnehmungsverfälschung.
Imbezilität: Obsoleter Begriff für mittlere Ausprägung von geistiger Behinderung.
Impotenz: Männliche Unfähigkeit zum Sexualverkehr (erektile Dysfunktion).
Impulskontrollstörung: Kontrollverlust über impulsive Handlungen (z. B. → Exhibitionismus, → Poriomanie, → Pyromanie; s. a. → Enthemmung).
Individualpsychologie: Von Adler entwickelte Form aufdeckender Psychotherapie, die die Überwindung von Minderwertigkeitsgefühlen anstrebt.
Indoktrination: → Gehirnwäsche.
Indoktrinationssyndrom: Psychische Folgen von „Gehirnwäsche".
Induzierter Wahn: Von einer nahestehenden Person übernommener Wahn (Folie à deux).
Infantilismus: Kindliches Verhalten eines Erwachsenen.
Inklusion: Integration kranker bzw. behinderter Menschen in die Gesellschaft.
Inkohärenz: Verlust einer zusammenhängenden Ordnung von Denkabläufen als Ausdruck → formaler Denkstörung.
Insomnie, Hyposomnie: Schlafstörung mit Schlafmangel.
Intelligenz: Gesamtheit der kognitiven Leistungen u. Ressourcen.
Intelligenzalter: Der jeweiligen Altersklasse (eines Kindes) entsprechende Intelligenzleistung.
Intelligenzquotient (IQ): Verhältnis von Intelligenz zu Lebensalter x 100.
Intention: Absicht mit innerer Zielsetzung.
Interdependenz: Gegenseitige Abhängigkeit.
Internalisierung: Verinnerlichung.
Intrusion: Immer wieder sich aufdrängende, eindringliche Erlebnisinhalte nach (Psycho-)Traumatisierung.
Introjektion: Verinnerlichung eines Bildes von einer anderen Person.
Introspektion: Selbstbeobachtung mit selbsterkennender Funktion.
Introversion: Wendung nach innen.
Involutionsdepression: → Depression im Rückbildungsalter (2. Lebenshälfte).
Involutionsmanie: → Spätmanie.
Involutionspsychose: Im Rückbildungsalter auftretende → Psychose.
Inzest: Sexuelle Beziehungen zwischen nahen (Bluts-)Verwandten.
Inzidenz: Neuerkrankungsziffer innerhalb eines bestimmten Zeitraums.
Ischämie: Mangeldurchblutung.
Iteration: Wiederholung derselben Wörter oder Sätze (Verbigeration).

Jammerdepression: Form der agitiert-ängstlichen → Depression.

Kanner-Syndrom: Frühkindlicher → Autismus
Kaspar-Hauser-Syndrom: Zustand infolge langjähriger, frühkindlicher emotionaler Verwahrlosung und sozialer Devapration.

Karzinophobie: Hartnäckige Befürchtung, an Krebs zu leiden.
Katalepsie: Abnorm langes Verharren in bestimmter Körperhaltung.
Kataplexie: Plötzliches Erschlaffen des Muskeltonus („Schrecklähmung").
Katathymer Wahn: Wahnentwicklung in Verbindung mit intensiven Erlebnissen.
Katathymes Bilderleben: Aus dem Bildstreifendenken entwickelte imaginative psychotherapeutische Technik, die auf eine Interpretation induzierter Tagträume abzielt.
Katatonie: → Psychose mit überwiegend motorischen Störungen.
Katecholamine: Neurotransmitter Adrenalin und Noradrenalin.
Katharsis: Abreagieren von Gefühlen (→ Affektabfuhr).
Kernneurose: → Persönlichkeitsstörung.
Kinästhesie: Bewegungssinn.
Kinästhetische Halluzination: Sinnestäuschung auf dem Gebiet der Bewegungsempfindung.
Klaustrophobie: Angst in geschlossenen oder engen Räumen.
Kleine-Levin-Syndrom: Krankheitsbild mit → Hypersomnie und Heißhungerattacken, Verlangsamung und Gedächtnisschwäche.
Kleptomanie: Zwanghaftes Stehlen (→ Impulskontrollstörung).
Kleptophobie: Angst bestohlen zu werden.
Klientenzentrierte (personenzentrierte) Gesprächstherapie: Nichtaufdeckende Form der → Psychotherapie, die auf persönliches Wachstum und Selbstentfaltung zielt.
Kognition: Erkenntnisvorgang (z. B. Wahrnehmung, Gedanke, Vorstellung, Erinnerung).
Kognitive Therapie: Form der → Verhaltenstherapie mit dem Ziel pathologische, störende → Kognitionen („dysfunktionale Annahmen") durch erwünschte zu ersetzen.
Kohärenz: Zusammengehörigkeit.
Kohäsion: Zusammenhalt.
Koks: Kokain (Drogenjargon).
Kollusion: Unbewusstes Zusammenspiel von Partnern oder Familienmitgliedern (→ Familientherapie).
Koma: Tiefe Bewusstlosigkeit, Form der → Bewusstseinstrübung.
Komorbidität: Gemeinsames Auftreten verwandter Krankheitsgruppen.
Kompetenz, soziale: Vermögen, alltägliche Anforderungen zu bewältigen und die eigenen Angelegenheiten selbständig zu regeln.
Konditionierung: Erzeugen bedingter Reflexe.
Konfabulation: Mehr oder weniger sinnvolles sprachliches Auffüllen von Erinnerungslücken (→ Korsakow-Syndrom).
Kontamination: Verschmelzung von mehreren Begriffen.
Kontraphobisch: Eigene Angst überwindende Verhaltensweise.
Kontrollzwang: Zwangsstörung in Form kontrollierender, sich wiederholender Handlungen.
Kontusionpsychose: Psychotische Störung nach Schädelhirntrauma.
Konversion: Umwandlung intrapsychischer Konflikte in körperliche Funktionsstörungen (→ Hysterie).
Konversionsneurose: Neurotische Störung mit → Konversionssymptomen.
Konvulsion: Verkrampfung. Krampfartiges Schütteln.
Koprolalie: Zwanghaftes Aussprechen obszöner oder vulgärer Wörter → Tourette-Syndrom.
Korsakow-Syndrom: Schwere Defizite des Neugedächtnisses mit → Konfabulation.
Krankheitsgewinn: Soziale Vorteile infolge einer Erkrankung.
Kreuztoleranz: Gegenseitige „Vertretung" von Suchtstoffen (z. B. Alkohol, Benzodiazepin und Barbiturate).
Krisenintervention: Notfallbehandlung bei akuter psychischer Störung. Krisengespräch.
Kurzzeitgedächtnis: Erinnerungsvermögen über Sekunden (bis Minuten).

Langzeitgedächtnis: Erinnerungsvermögen für länger zurückliegende Ereignisse.
Larviert: Verdeckt (→ Depression, larvierte).
Latenzperiode: Entwicklungsphase vom 5./6. Lebensjahr bis zur Pubertät.
Lehranalyse: Eigenanalyse als Bestandteil der Ausbildung zum Psychoanalytiker.

Leibhalluzination: Sinnestäuschung auf dem Gebiet der Körperempfindung.
Leidensdruck: Psychische Belastung durch eine Erkrankung.
Leptosom: Schlank – hager.
Libido: Psychische Energie als Quelle von Trieben und Impulsen.
Lichttherapie: Behandlung von (saisonaler) → Depression mit Licht (Phototherapie).
Liebeswahn: Wahnhafte Vorstellung, von jemand anderem geliebt zu werden.
Life event: (Krankheitsauslösendes) bedeutsames Lebensereignis.
Lithiumprophylaxe: Rückfallverhütung affektiver Psychosen durch Einnahme von Lithiumsalzen.
Logopädie: Stimm- und Sprecherziehung.
Logorrhö: Ausufernder, unkontrollierter Redefluss.
Logotherapie: Methode der → Psychotherapie mit → Existenzanalyse und Erarbeitung einer persönlichen Werteskala.
LSD-Psychose: Durch Lysergäurediäthylamid hervorgerufene psychotische Störung.
Lustprinzip: Strebung nach Lustgewinn und Vermeidung von Unlust (→ Realitätsprinzip).

Magersucht: → Anorexia nervosa.
Major depression: → Depression.
Major tranquilizer: In den USA Bezeichnung für → Neuroleptikum.
Makropsie: Wahrnehmungsstörung, bei der Gegenstände größer erscheinen.
Malignes neuroleptisches Syndrom: Schwere Komplikation unter Behandlung mit → Antipsychotikum (Rigor, → Dyskinesien, → Extrapyramidale Störungen, → Bewusstseinstrübung, Tachykardie, Hypertonie).
Manie: Krankhafte Hochgestimmtheit, Antriebssteigerung und Selbstüberschätzung (z. B. bei affektiver Psychose).
Manie, gereizte: Manie mit Gereiztheit und Depressivität.
Manie, verworrene: → Manie mit kognitiver Desorganisation.
Manieriertheit: Gestelztes, verschrobenes Ausdrucksverhalten.
Manisch-depressive Erkrankung: Form der affektiven Psychose mit sich abwechselnden depressiven und manischen Phasen (manisch-depressive Psychose. Zyklothymie).
MAO: Monoaminoxidase: Biogenes Amin.
MAO-Hemmer: Antidepressivum mit hemmender Wirkung auf das Enzym Monoaminoxydase.
Maßregel: Gerichtlich angeordnete, psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung psychisch kranker Straftäter.
MDMA: → Ecstasy.
Megalomanie: → Größenwahn.
Melancholie: → Depression mit tiefer Traurigkeit.
Menarche: Erste Menstruation.
Menopause: Letzte Menstruation. Beginn des Klimakteriums.
Mental: Den Verstand betreffend.
Mentalisierungs-basierte Therapie: Therapieform, die besonders mit der Vergegenwärtigung von Gefühlen, Gedanken, Absichten und Wünschen arbeitet.
Merkfähigkeitsstörung: Minderung der Fähigkeit, sich neue Eindrücke einzuprägen (→ Neugedächtnis).
Messie-Syndrom: Vermüllung durch Sammelzwang.
Meskalin: Rauschdroge mit hallzinogener Wirkung aus mexikanischem Kaktus.
Metakognitives Training (MKT): Kognitives Training, das vor allem auf soziale Wahrnehmung, Attribuierungsstil und vorschnelles Entscheiden zielt.
Methadon-Substitution: Regelmäßige Verabreichung von R-L-Polamidon an Opiatabhängige zur Resozialisierung und Rehabilitation („Methadon-Programm")
Mikropsie: Wahrnehmungsstörung, bei der Gegenstände kleiner erscheinen.
Milieutherapie: Therapeutisches Medium zur Behandlung psychisch Kranker mit milieugestaltenden Mitteln.
Minussymptome: Mangel an Initiative, Schwingungsfähigkeit, Spannkraft mit Durchhaltevermögen infolge chronischer psychischer Erkrankung (z. B. Schizophrenie).
Mischpsychose: → Schizoaffektive Psychose.
Modell-Lernen: Lernen am Vorbild.
Modellpsychose: Künstlich durch Rauschdrogen hervorgerufene Psychose.

Mongolismus: Obsolete Bezeichnung für chromosomal bedingte Entwicklungsstörung mit Minderbegabung (Trisomie 21).
Monophobie: Isolierte → Phobie.
Monopolar: Unipolar ausgerichtet (z. B. nur depressiv oder nur manisch verlaufende → affektive Psychose).
Morbidität: Erkrankungsrate.
Morbus Huntington: Dominant-erbliche, degenerative Hirnerkrankung mit schweren Bewegungsstörungen und → Demenz.
Motilitätspsychose: Psychotische Störung mit vorrangig hyperkinetischer Symptomatik.
Motorik: Gesamtheit der Körperbewegungen.
Motorische Unruhe: Umtriebigkeit, ziellose motorische (Hyper)Aktivität.
Münchhausen-Syndrom: Vorgetäuschte Körperbeschwerden mit häufigen ärztlichen Untersuchungen und Eingriffen (→ Simulation).
Münzverstärkung (Token economy): Methode der → Verhaltenstherapie in Form standardisierter Belohnung (z. B. Münzen, Chips).
Multiinfarkt-Demenz: → Demenz aufgrund zerebraler Arteriosklerose mit vaskulärer Enzephalopathie.
Musiktherapie: Systematische und gezielte Anwendung von Musik in der Behandlung.
Mutismus: Krankhaftes Schweigen.
Myoklonie: Muskelzucken.

Nachhallpsychose: → Echopsychose.
Nachtklinik: Teilstationäre Behandlung über den Abend und die Nacht.
Narkolepsie: Schlafattacken am Tag.
Narzißmus: Selbstverliebtheit.
Negativismus: Ablehnendes Verhalten, Verweigerung.
Neglect: Krankheitsbedingter Wahrnehmungsausfall.
Nekrophilie: Befriedigung durch sexuellen Kontakt mit Leichen.
Neologismus: Neubildung oder -benutzung eines Begriffes.
Neopsychoanalyse: Moderne Variante der Psychoanalyse mit dem Entstehungsmodell der Antriebshemmung bezüglich neurotischer Störungen.
Neugedächtnis: Gedächtnisleistungen für frische Eindrücke.
Neurasthenie: Anhaltendes Gefühl körperlicher und psychischer Erschöpfung und Schwäche.
Neuroleptika: Frühere Bezeichnung für Medikamente zur Behandlung von Psychosen.
Neuroleptische Potenz: Wirkungsfaktor eines Antipsychotikums, gemessen an der Standardsubstanz Chlorpromazin (= 1).
Neuropsychologie: Lehre von den Zusammenhängen zwischen (neuro-) biologischen Funktionen und psychischen Leistungen.
Neurose: Lebensgeschichtlich ableitbare, früh entstandene Störung (z. B. Angstneurose, neurotische → Depression) aufgrund eines psychischen Konfliktes.
Neurotizismus: Prädisposition zur → Neurose.
Neurotransmitter, Neurotransmission: Informationsvermittlung durch chemische Substanzen im zentralen Nervensystem.
Niedrigdosisabhängigkeit: Abhängigkeitsentwicklung bei längerem Gebrauch auch niedrigdosierter Suchtstoffe. (Low dose dependence).
Nihilismus: Durchgehend negativ-ablehnende Haltung aufgrund depressiv-pessimistischer Vorstellungen.
Nihilistischer Wahn: Wahnhafte Angst der Nichtexistenz seiner selbst und/oder der Umgebung.
Non-REM-Schlaf: Traumarme Tiefschlafphase, „Orthodoxer Schlaf".
Noogene Neurose: Neurose aufgrund einer Lebenskrise (→ Logotherapie).
Nootropikum: Aktivierendes, die kognitiven Leistungen verbesserndes Medikament.
Nosologie: Krankheitslehre.
Nosophobie: Angst vor Krankheit (→ Hypochondrie).
Nyktophobie: Angst vor Dunkelheit.
Nymphomanie: Weibliche Hypersexualität.

Objektrepäsentanz: Innere Vorstellung von äußeren Objekten (Konstrukt aus der psychoanalytischen Lehre).
Ödipale Phase: → phallisches Stadium.

Ödipus-Komplex: Liebe zum gegengeschlechtlichen bei gleichzeitiger Ablehnung des gleichgeschlechtlichen Elternteils.
Olfaktorische Halluzination → Geruchshalluzination.
Oligophrenie: Veraltete Bezeichnung für Minderbegabung, geistige Behinderung.
Omnipotenzgefühl: Allmachtsgefühl.
Oneiroid: Traumähnlicher Zustand; Trance.
Operantes Konditionieren: Lernen am Erfolg.
Optische Halluzination: Sinnestäuschung im visuellen Bereich.
Orale Phase: (Erste) frühkindliche Entwicklungsphase bis zum 1. Lebensjahr.
Organisches Psychosyndrom: Psychische Veränderungen aufgrund einer organischen Erkrankung (→ hirnorganisches Psychosyndrom).
Organneurose: Psychisch bedingte Körperstörung (→ Psychosomatik).
Orgasmusstörung: → Anorgasmie.
Orientierungsstörung: Mangelhafte oder fehlende Orientierung zu Zeit, Ort, Situation und/oder Person. Desorientiertheit.
Overprotection: Übertriebenes Beschützen mit Einengung.
Oxytocin: Im Hypothalamus gebildetes Bindungshormon („Treuehormon").

Paartherapie: Psychotherapeutische Behandlung von Partnern. Form der → systemischen Therapie.
Päderastie: Erotische Zuneigung zu Knaben (Form der → Pädophilie).
Pädophilie: Erotische Zuneigung zu Kindern.
Palilalie: Stereotypes Wiederholen eigener Worte.
Panik: Zustand intensiver Angst.
Panikattacke: Angstanfall.
Paradoxe Intention: Intendieren von Dingen, die besonders gefürchtet werden, Behandlungstechnik in der → Logotherapie und → Verhaltenstherapie („Symptomverschreibung") → Expositions-Reaktions-Verhinderung.
Parästhesie: Missempfindung.
Paraästhesie: Sensibilitätsstörung.
Parakinese: Gestörte mimische und gestikulatiorische Bewegung.
Paralogisch: Unlogisch.
Paralyse: Vollständige, schlaffe Lähmung.
Paramimie: Ausdrucksstörung im Bereich der Mimik (z. B. bei Schizophrenie oder Hirnschädigung).
Paramnesie: Erinnerungsverfälschung (→ Déjà-vu-, → Déjà-vecu-Erlebnis).
Paranoia: Wahnsystem. Wahnkrankheit.
Paranoid, paranoisch: Wahnhaft.
Paraphasie: Sprachstörung aufgrund einer Hirnschädigung.
Paraphilie: → sexuelle Devianz.
Paraphrenie: Psychische Erkrankung mit Wahnentwicklung.
Parasomnie: Schlafstörung in Form dissoziierten Schlafs (z. B. → Somnambulismus, → Pavor nocturnus).
Parasuizid: Suizidversuch.
Parathymie: Inadäquater, nicht zur jeweiligen Vorstellung passender → Affekt.
Pareidolie: Form der → Sinnestäuschung, bei der Wahrgenommenes halluzinatorisch angereichert wird.
Parese: Lähmung.
Parkinsonoid: Unter Behandlung mit Antipsychotikum auftretende Symptomatik wie bei Parkinsonscher Erkrankung (z. B. Speichelfluss, Salbengesicht, Hypomimie und Rigor).
Parosmie: Wahrnehmungsverfälschung im Bereich des Riechens.
pathisch: miterlebend (→ Empathie).
Pathologisches Spielen: Süchtiges Spielverhalten, Form der → Impulskontrollstörung.
Pavor nocturnus: Schreckhaftes Aufwachen mit Angst, Form der → Parasomnie.
Perseveration: Monoton sich wiederholende Gedanken mit erschwerter Umstellung, Gedankenkreisen → Formale Denkstörung.
Persönlichkeitsstörung: Störende, unerwünschte Veränderung des Charakters, „Abnorme Persönlichkeit", → Charakterneurose.
Persönlichkeitstest: Diagnostisches Verfahren zur Erfassung der → Persönlichkeit, meist in Interview- oder Fragebogenform.
Persönlichkeitsveränderung, Persönlichkeitswandel: Krankheitsbedingte Veränderung der Persönlichkeitsstruktur.

Perversion: Obsolete Bezeichnung für sexuelle Verhaltensstörung.
Perzeption: Wahrnehmung.
Petit mal: Nichtgeneralisierter, epileptischer Anfall (z. B. Absence, psychomotorischer Anfall).
Pfropfschizophrenie: Zusätzliche Schizophrenie bei Minderbegabung.
Phallische Phase: Frühkindliche Entwicklungsperiode im Anschluss an → anale Phase (etwa ab dem 4. Lebensjahr).
Phantastika: Sinnestäuschungen hervorrufende Rauschdrogen.
Phantomschmerz: Schmerzempfindung in einem nicht mehr vorhandenen (amputierten) Körperglied.
Pheromon: Von Lebewesen produzierter Duft- bzw. Lockstoff.
Phobie: → Angst vor bestimmten Objekten oder Situationen.
Phobophobie: Angst vor (erneuten) Angstzuständen.
Phonem: Sinnestäuschung in Form von Stimmenhören.
Phototherapie: → Lichttherapie.
Picksche Krankheit (M. Pick): Primär-degenerative Hirnerkrankung mit raschem Persönlichkeitsverfall und → Demenz.
Pickwick-Syndrom: Erhebliche Übergewichtigkeit mit zwanghaftem Einschlafen und apnoischen Perioden.
Plastizität: Anpassungsfähigkeit.
Platzangst: → Agoraphobie.
Plussymptome: Erregtheit, Unruhe, Angespanntheit, Sinnestäuschungen, Wahn, Angst bei florider Psychose im Gegensatz zu → Minussymptomen.
Polydipsie: Krankhaftes Trinken größerer Wassermengen.
Polyphagie: → Esssucht als Form der Essstörung (→ Hyperphagie).
Polysomnografie: Simultane Ableitung verschiedener autonomer Funktionen (z. B. Puls, Blutdruck, Atmung, elektrischer Hautwiderstand, Hirnströme) zur Diagnose von Schlafstörungen.
Polytoxikomanie: Abhängigkeit von mehreren Drogen (und Alkohol).
Poriomanie (Fugue): Dranghaftes Fortlaufen, „Wandersucht" als Form der → Impulskontrollstörung.
Posttraumatische Belastungsreaktion: Psychische Störungen im Anschluss an überwältigendes bedrohliches Erlebnis.
Posttraumatische Belastungsstörung: Verändertes Erleben und Verhalten im Anschluss an außergewöhnliche Bedrohung.
Prädelir: Symptome eines beginnenden → Delirs.
Prägenitale Phase: Entwicklungsstadium, siehe auch → orale Phase und → anale Phase.
Präsuizidales Syndrom: Allmähliche psychische Veränderungen in der Vorphase eines → Suizids oder → Parasuizids.
Prävalenz: Krankheitshäufigkeit zu einem bestimmten Zeitpunkt.
Prävention: Maßnahmen zur Verhinderung bzw. Wiederauftreten von Krankheiten.
Primärer Krankheitsgewinn: Vorteile und Vergünstigungen durch (psychische) Erkrankung.
Primärpersönlichkeit: Individuelle Persönlichkeit vor Ausbruch oder Entwicklung einer psychischen Krankheit.
Primitivreaktion: Unkontrollierte, impulsive emotionale Reaktion (z. B. Aufschreien. Stupor).
Probetherapie: Probatorisch (vorläufig) durchgeführte therapeutische Sitzungen (Probesitzung) zur weiteren diagnostischen und differenzialdiagnostischen Abklärung bzw. zur Einleitung einer → Psychotherapie.
Prodrom: Unspezifisches Krankheitssymptom vor Ausbruch einer Erkrankung.
Progressive Muskelrelaxation: → Relaxation.
Projektiver Test: Persönlichkeitsdiagnostisches Deutungsverfahren auf der Grundlage der → Projektion.
Projektion: Unbewusstes Hinausverlagern eigener Vorstellungen und Wünsche auf Personen der Umgebung.
Prophylaxe: Vorbeugemaßnahmen.
Prosopagnosie: Unfähigkeit, Gesichter wiederzuerkennen (Form der → Agnosie).
Pseudodemenz: Scheinbarer Verlust intellektueller Fähigkeiten.
Pseudoepilepsie: Wie epileptische Krämpfe aussehende Anfälle ohne hirnorganische Ursache.
Pseudoerinnerung: Objektiv falsche (gelegentlich diagnostisch suggerierte) Erinnerung.

Pseudohalluzination: Sinnestäuschung, die als solche erkannt wird.
Pseudologia phantastica: Lügenhafte Geschwätzigkeit.
Psilocybin: Halluzinogen aus mexikanischem Pilz.
Psychagogik: Seelische Führung psychisch Kranker unter therapeutischen Gesichtspunkten (Form der → Soziotherapie).
Psychalgie: Nichtorganisch bedingter Schmerz.
Psychiatrie: Lehre vom Erkennen und Behandeln psychischer Störungen und Krankheiten.
Psychische Behinderung: dauerhafte, spürbarere mentale und soziale Beeinträchtigungen infolge psychischer Erkrankung
Psychoanalyse: Aufdeckende Form der → Psychotherapie, die auf Bearbeitung unbewusster Konflikte abzielt.
Psychodrama: Form der → Gruppentherapie mit Rollenspiel und szenischen Darstellungen.
Psychodynamik: Entwicklung bzw. Entwicklungsbedingungen einer (neurotischen) psychischen Störung.
Psychoedukation: Beratend-pädagogische Vermittlung psychohygienischer und psychopräventiver Verhaltensregeln.
Psychogene Körperstörung: Psychisch bedingte körperliche Symptome.
Psychologie, analytische: Aus der → Psychoanalyse entwickelte, aufdeckende Therapie, die einen individuellen Reifungs- und Wandlungsprozess intendiert.
Psychologie, humanistische: Therapieansätze, die Selbstentfaltung und persönliches Wachstum intendieren.
Psychometrie: Testpsychologische Erfassung psychischer Leistungen.
Psychomotorik: Psychische Steuerung der Körperbewegungen.
Psychopathologie: Lehre von den psychischen Abnormitäten.
Psychopharmakotherapie: Behandlung psychischer Störungen mit Substanzen, die auf das zentrale Nervensystem einwirken.
Psychose: Schwere psychische Erkrankung (z. B. Schizophrenie), die ursächlich nicht auf äußeren Einflüssen beruht.
Psychose, affektive: → affektive Psychose (→ bipolare Psychose).
Psychose, endogene: Frühere Bezeichnung für eine psychische Störung aufgrund bislang nicht genau bekannter zentralnervöser Ursachen (z. B. Schizophrenie, affektive Psychose).
Psychose, exogene: Psychische Störung aufgrund körperlicher bzw. Hirnerkrankung.
Psychose, paranoide: → Psychose mit Wahnvorstellungen.
Psychose, schizoaffektive (zykloide Psychose): Psychische Störung mit Symptomatik einer → Schizophrenie und Verlauf einer → affektiven Psychose.
Psychose, symbiontische: → Induzierter Wahn.
Psychosomatisch: Durch psychische Einflüsse mitbedingte körperliche Erkrankung (→ somatoform).
Psychosomatische Grundversorgung: Bestandteil der allgemeinärztlichen Basisversorgung zur Identifizierung und vorläufigen Diagnostik psychischer Krankheiten.
Psychosyndrom, endokrines: → Endokrines Psychosyndrom.
Psychosyndrom, hirnorganisches: → Hirnorganisches Psychosyndrom.
Psychotherapie: Krankheitsbehandlung mit psychologischen Methoden.
Psychotherapie, analytische: → Analytische Psychotherapie.
Psychotherapie, individualpsychologische: → Individualpsychologie.
Psychotherapie, supportive: → Supportive Psychotherapie.
Psychotrauma: Schwere emotionale Belastung.
PTBS: Posttraumatische Belastungsstörung.
Puerilismus: Bewusst kindliches Verhalten.
Puerperalpsychose: Psychotische Störung im Wochenbett.
Pyknisch: Gedrungen – fettleibig.
Pyromanie: Zwanghaftes Brandstiften als Form einer → Impulskontrollstörung.

Querschnittsbild: Sich in der Untersuchungssituation darbietender, psychopathologischer Befund.

Querulantenwahn: Fortgesetzter Kampf um vermeintliches Recht aufgrund sich ausweitender, schließlich wahnhafter Überzeugung, Unrecht erlitten zu haben.

Rapid Cycling: Rasch aufeinanderfolgende manische und/oder depressive Phasen bei affektiver Störung.
Raptus melancholicus: Unerwartetes, abruptes Umschlagen schwerer depressiver Gehemmtheit in (oft autoaggressive) Erregtheit.
Rational-emotive Therapie: Form der → kognitiven Psychotherapie mit dem Ziel, irrationale, „verzerrte" Vorstellungen (dysfunktionale Annahmen) durch gesunde zu ersetzen.
Rationalisierung: Unbewusst vorgeschobene, rationale Begründung von Handlungen aus unbewussten Motiven (Konstrukt der psychoanalytischen Lehre).
Rating: Einschätzung.
Reaktionsverhinderung: Form (konfrontativer) → Verhaltenstherapie (→ Expositions-Reaktions-Verhinderung).
Realitätsprinzip: Dem → Lustprinzip entgegengesetzte Orientierung und Anpassung an die Anforderungen des Alltagslebens.
Realitätsprüfung: In der → kognitiven Therapie verwendete Methode zur Identifikation verzerrter Kognitionen.
Rebound: Wiederaufflackern früherer Krankheitssymptome nach Therapiebeendigung (z. B. nach Absetzen von Medikamenten oder nach Medikamentenreduktion).
Rededrang: → Logorrhö.
Regression: Rückfall auf frühere Entwicklungsstufe mit infantilen Verhaltensweisen.
Rehabilitation: Berufliche Wiedereingliederung nach schwererer psychischer Erkrankung (→ Soziotherapie).
Reizkonfrontation, Reizüberflutung: Gezieltes Aufsuchen und Aushalten angsterzeugender Situation als Methode der → Verhaltenstherapie.
Relaxation, progressive: Übendes Entspannungsverfahren.
Reliabilität: Zuverlässigkeit eines Testverfahrens bei Wiederholung.
REM-Schlaf: Schlafphasen mit intensiveren Träumen, desynchronisierter Schlaf.
Rentenneurose: Ausdauerndes, kämpferisches Bemühen um eine Rente (z. B. nach Unfall oder Krankheit).
Residualsyndrom: Verbleibende → Minussymptomatik bzw. → Persönlichkeitsveränderung nach oder bei psychotischer Erkrankung.
Resilienz: (Angeborene?) Widerstandskraft einer Person.
Resonanz, affektive: → Affektive Resonanz.
Retardierung: Entwicklungsverzögerung.
Rezeptor: Informationsempfänger des postsynaptischen Neurons (→ Neurotransmission).
Richtungsprognose: Prognose über den vermutlich weiteren Verlauf einer psychischen Erkrankung.
Rigidität: Psychische Starre.
RLS: Restless Legs Syndrom: Nächtliche Beinunruhe.
Rollenverhalten: Sozial erwartetes Verhalten in bestimmter Funktion.

SAD (Seasonal affective disorder): Vermehrt im Herbst und Winter auftretende Depressivität mit vermehrtem Hungergefühl und Schlafbedürfnis (→ Depression, Saisonale).
Sadismus: In der Psychiatrie sexuelle Befriedigung durch Zufügen von Schmerzen und Erniedrigung.
Saisonale Depression: → Depression, saisonale.
Salutogenese: Entwicklung von Gesundheit.
Schizoaffektive Psychose: → Psychose, schizoaffektive.
Schizoid: Persönlichkeitszüge von Introversion, Kontaktscheu und emotionaler Kühle.
Schizophasie: → Sprachzerfall.
Schizophrenie: Psychotische Erkrankung mit Störungen des Denkens, der Wahrnehmung, der Motorik und des Ich-Erlebens. Unberechenbare Prognose infolge Rezidivhäufigkeit und Residualsymptomatik.
Schizophrenie, halluzinatorische: Krankheitsbild der → Schizophrenie mit überwiegend akustischen Sinnestäuschungen.

Schizophreniforme Psychose: Psychotische Störung mit partieller Symptomatik einer → Schizophrenie.
Schizophreniforme Störung: Kurzzeitiges Auftreten schizophrener Symptome.
Schizophrenie, katatone: Krankheitsbild der → Schizophrenie mit vorrangig motorischen Störungen (z. B. Erregtheit, Stupor, Katalepsie) → Katatonie.
Schizophrenie, paranoide: Krankheitsbild der → Schizophrenie mit vorrangig → Wahnsymptomen.
Schizophrenia simplex: Symptomarme Form der → Schizophrenie mit eher ungünstigem Verlauf (s. a. → Minussymptome).
Schizotype Störung: Psychische Auffälligkeiten mit Denk-, Affekt- und Verhaltensstörungen ohne eindeutige schizophrene → Plussymptome.
Schlaf, orthodoxer: → Non-REM-Schlaf.
Schlaf, desynchronisierter: → REM-Schlaf.
Schlafentzug (therapeutischer): Iatrogene Schlafabstinenz bei Patienten mit → Depression.
Schlafstörung: → Hyposomnie.
Schlafwandeln: → Somnambulismus.
Schnee: Kokain (Drogenjargon).
Schnüffelsucht: Süchtiges Inhalieren von Lösungsmitteln und anderen, berauschenden Dämpfen.
Schreckreaktion: → Belastungsreaktion.
Schreibkrampf: Schreibstörung infolge nichtorganisch bedingter Verkrampfung der Handmuskulatur.
Schub: Rezidiv einer psychotischen Störung, insbesondere Schizophrenie.
Schuldunfähigkeit, verminderte Schuldfähigkeit: Aufgehobene oder eingeschränkte strafrechtliche Verantwortlichkeit infolge psychischer Erkrankung.
Schwangerschaftspsychose: Während der Schwangerschaft auftretende psychotische Störung.
Sedativa: Beruhigungsmittel.
Seelenblindheit: → Agnosie.
Selbst: Konstrukt der → analytischen Psychologie als Beschreibung aller geistigen und seelischen Eigenschaften des Menschen.
Selbstbeschädigung: → Münchhausen-Syndrom.
Selbstexploration: Systematisches introspektives Erforschen der eigenen Befindlichkeit.
Selbsthilfegruppe: Patientengruppe zur gegenseitigen Beratung und Unterstützung ohne spezielle fachliche Leitung (z. B. anonyme Alkoholiker, Emotions anonymous).
Selbstsicherheitstraining: Methode der → Verhaltenstherapie zur Verbesserung von Selbstbehauptung und Durchsetzungsvermögen.
Sensomotorik: Zusammenspiel von sensorischen Reizen und Körperbewegungen (→ Motorik).
Sensorium: Gesamtheit aller Empfindungen.
Serotoninhypothese: Erklärung depressiver Störungen aufgrund gestörter Neurotransmission des biogenen Amins Serotonin im Gehirn.
Sexuelle Devianz: Normabweichendes sexuelles Verhalten.
Sigmatismus: Lispeln.
Simulation: Vortäuschen von Krankheitssymptomen.
Sinnestäuschung: Wahrnehmungsverfälschung.
Sissi-Syndrom: Form der Depression mit Fassade von Aktivität (→ Dysthymia).
Skopolamin: Halluzinogen aus Belladonnaalkaloid.
Skript: Lebensplanung als Konstrukt der → Transaktionsanalyse.
Sniffing: → Schnüffelsucht.
Somatisierung: Umwandlung psychischer Konflikte in Organerkrankung (→ Psychosomatik).
Somatoform: Nichtorganisch bedingt (funktionell).
Somatotherapie: Gesamtheit körperlicher Behandlungsmethoden bei psychischen Erkrankungen.
Somnambulismus: Schlafwandeln als Form der → Parasomnie.
Somnolenz: Leichtester Grad der → Bewusstseinstrübung.
Sopor: Schlafähnliche → Bewusstseinstrübung (Reaktion erst auf Schmerzreize).
Sozialanamnese: → Biografische Anamnese.
Sozialarbeit: Professionelle Hilfe zur Rehabilitation, sozialen Reintegration und Tertiär-Prävention.

Sozialisation: Hineinwachsen in Sozialverbund und Kultur der zugehörigen Gesellschaft.
Soziale Phobie: Angst vor Menschen (Form der → Phobie).
Sozialpsychiatrischer Dienst: Ambulante psychiatrische Beratung, organisierte Vor- und Nachsorge durch kommunale Einrichtungen.
Soziometrie: Ermittlung des emotionalen Beziehungsgeflechtes innerhalb einer Gruppe mit Erstellung eines Soziogramms.
Soziopathie: → antisoziale Persönlichkeit, → Dissozialität.
Soziotherapie: Behandlung psychischer Krankheiten mit den Mitteln von Milieu, Arbeit, Wohnen und Prävention (→ Sozialarbeit).
Spätdepression: Im Alter erstmals auftretende → Depression (Involutionsdepression).
Spätdyskinesie: Nach langzeitiger Behandlung mit → konventionellem Antipsychotikum auftretende Bewegungsstörungen (→ Hyperkinese).
Spätmanie: Im Alter erstmals auftretende → Manie (Involutionsmanie).
Spätschizophrenie: Im Alter erstmals auftretende schizophrene Psychose.
Speed: Amphetamin (Drogenjargon).
Sperrung: Blockade der Denkabläufe. (Formale) → Denkstörung.
Spieler, anonyme: → Anonyme Spieler.
Sprachzerfall: Verlust der Struktur sprachlicher Äußerungen bis zur Verworrenheit (z. B. bei Schizophrenie).
Stalking: Kontinuierliches Nachstellen einer Person (→ Erotomanie).
Stenose: Verengung.
Stereotypie: Sprachliche und/oder psychomotorische, schablonenhafte Wiederholungen.
Sthenisch: Kraftvoll, energisch (Gegensatz zu → Asthenie).
Stehlsüchtigkeit: → Kleptomanie.
Störung der Impulskontrolle: → Impulskontrollstörung.
Störungsmodell: Differenzierte Beschreibung psychopathologischer Symptomatik unter lerntheoretischen Gesichtspunkten zur Einleitung einer → Verhaltenstherapie.
Streckenprognose: Voraussichtlicher Krankheitsverlauf für einen überschaubaren Zeitabschnitt.
Stressimpfung: Form der → kognitiven Therapie mit Einübung von Bewältigungstechniken in Belastungssituationen.
Stupor: Reglosigkeit, motorische Erstarrung.
Subliminal: unterhalb der (Bewusstseins- oder Empfindungs-)Schwelle.
Sublimierung: In der → Psychoanalyse bzw. Tiefenpsychologie Umwandlung libidinöser Energie in sozial allgemein anerkannte Aktivität.
Sucht: Psychische und physische Abhängigkeit von psychotropen Substanzen (z. B. Alkohol, Drogen, Medikamente).
Süchtiges Verhalten: Zwanghaft sich wiederholende, „suchtartig" anmutende Verhaltensweisen (→ Impulskontrollstörung).
Suggestibilität: Vermehrte Empfänglichkeit gegenüber → Suggestion.
Suggestion: Beeinflussung anderer Personen durch Übertragung eigener Vorstellungen und Gefühle (→ Autosuggestion).
Suizid: Selbsttötung.
Suizidalität: Neigung zur Selbsttötung (→ parasuizidales Syndrom).
Suizident: Jemand, der Suizid begangen hat.
Suizidversuch: → Parasuizid.
Supportive Psychotherapie: Beratendstützende Form der → zudeckenden Psychotherapie.
Symbiose: Enges Zusammenleben zum gegenseitigen Nutzen.
Symptom: Krankheitszeichen.
Symptom 1. Ranges: Psychische Störung, die beweisend ist für das Vorliegen einer Schizophrenie (→ Ich-Erlebensstörung).
Symptomverschreibung: Technik der → paradoxen Intention bei → Logotherapie oder → Verhaltenstherapie, iatrogen angeordnete Symptomprovokation.
Synästhesie: Verschmelzen verschiedener Sinneseindrücke.
Syndrom: Zu einer Krankheitseinheit zusammengefasste → Symptome.
Synthym: Der Gestimmtheit entsprechendes Erleben und Verhalten.
Synton: Psychisch ausgeglichen.

Systematische Desensibilisierung: Behandlungsmethode bei → Phobie in der → Verhaltenstherapie über eine allmähliche, schrittweise Annäherung an den Angstreiz.
Systemische Therapie: Form der → Psychotherapie zur Behandlung von Mitgliedern eines sozialen Systems (z. B. Familie), basierend auf Kenntnissen der Kommunikationsforschung und Gruppendynamik.

Tagesklinik: Einrichtung zur Behandlung psychisch Kranker tagsüber, Form der → Soziotherapie.
Tagesschwankung: Befindlichkeitsveränderung in Abhängigkeit von der Tagesrhythmik (z. B. Morgentief bei major Depression).
Tagesstätte: Aufenthaltsmöglichkeit für psychisch Kranke über Tag ohne spezifische Behandlungsangebote im Gegensatz zur → Tagesklinik.
Taktile Halluzination: → Sinnestäuschung im Bereich der Berührungsempfindung. (haptische Halluzination, Tasthalluzination).
Tasikinesie: Bewegungsdrang als Nebenwirkung neuroleptischer Behandlung.
Testierfähigkeit: Fähigkeit, ein rechtswirksames Testament zu errichten (→ Geschäftsfähigkeit).
Therapeutische Gemeinschaft: Zusammenleben und –arbeiten von Patienten und Therapeuten als Form sozialer Therapie (→ Soziotherapie).
Therapie, klientenzentrierte: → Klientenzentrierte Therapie.
Therapie, systemische: → Systemische Therapie.
Thymoleptika: Medikamente zur Behandlung von Depressionen.
Tic: Kurzzeitige, unwillkürliche Bewegung.
Tiefenpsychologie: Psychologie des Un- und Vorbewussten (→ Es).
Token economy: → Münzverstärkung.
Toleranz: Gewöhnung an Suchtstoff.
Tomografie: Untersuchungsverfahren mit schichtweiser Darstellung.
Totstellreflex: Stupor infolge eines Schreckerlebnisses.
Tourette-Syndrom: Psychische Störungen mit Aussprechen vulgärer oder blasphemischer Worte und Bewegungsstereotypien.
Training, autogenes: → Autogenes Training.
Trait marker: Genetisches Merkmal bei bestimmter Erkrankung.
Trance: Benommenheitszustand bei Meditation, Ekstase oder Hypnose.
Tranquilizer: Medikament zur Behandlung von Angst und Unruhe.
Transaktionsanalyse: Der → Psychoanalyse entstammende psychotherapeutische Methode mit Identifizierung und Analyse (→ Skript) zwischenmenschlicher Beziehungen (Transaktionen) mit dem Ziel von Selbstannahme und Selbstkongruenz.
Transitivismus: Wahnhafte Überzeugung von einer Erkrankung anderer bei vermeintlich eigener Gesundheit → Ich-Störung (s. a. → Projektion).
Transsexualität: Gefühl, andersgeschlechtlich zu sein.
Transvestismus (cross dressing): Tragen von Kleidung des anderen Geschlechts (→ sexuelle Devianz).
Trauma: In der Psychiatrie emotional massiv belastendes Erlebnis („Psychotrauma").
Traumdeutung: Erklärung von Traumінhalten.
Trema: Verändertes Erleben vor Ausbruch einer akuten Schizophrenie.
Tremor: Zittern.
Trip: Erlebniswelt unter Drogeneinwirkung (Drogenjargon).
Trotzphase: Frühkindliche Entwicklungsphase vom 2. bis zum 3. Lebensjahr.
Trugwahrnehmung: → Sinnestäuschung.

Über-Ich: In der → Psychoanalyse Repräsentation von Moral und Gesetzen. Gewissen.
Überprotektion: → Overprotection.
Übertragung: → Projektion von Wünschen und Gefühlen auf eine andere Person (z. B. auf den Therapeuten).
Übertragungsneurose: In der → Psychoanalyse iatrogene Neurose mit Wiederbelebung verdrängter bzw. unbewusster Konflikte.
Überwertige Idee: Vorstellung, die das Denken und Erleben weitgehend beherrscht.

Unbewusstes: Psychische Prozesse außerhalb des Bewusstseins. In der → Psychoanalyse verdrängte Erlebnisinhalte.
Unterbewusstes: → Unbewusstes.
Unterbringung (gesetzliche): Stationäre Aufnahme eines psychisch Kranken gegen seinen Willen aufgrund richterlichen Beschlusses.
Unterstützende Psychotherapie: → Supportive Psychotherapie.
Urvertrauen: Während der frühkindlichen Entwicklung sich entwickelndes Grundvertrauen zu sich selbst und gegenüber der Umwelt.
User: Person, die regelmäßig Drogen konsumiert.

Validität: Meßgenauigkeit eines psychologischen Tests.
Vaskuläre Demenz: → Demenz aufgrund von Hirndurchblutungsstörungen (→ Multiinfarkt-Demenz).
Verarmungswahn: Wahnhafte Vorstellung von völliger Verarmung (z. B. bei Depression).
Verbale Intervention: Therapeutisches (konfliktzentriertes) Gespräch, therapeutisches Element der → psychosomatischen Grundversorgung. Form der → Psychotherapie.
Verbigeration: Sprachliche Form der → Stereotypie. (→ Iteration).
Verdrängung: In der → Psychoanalyse Verschiebung nicht eingestandener Triebwünsche ins → Unbewusste, siehe Abwehr.
Verfolgungswahn: → Paranoia.
Vergiftungswahn: Wahnhafte Vorstellung, vergiftet zu werden.
Verhaltensanalyse: Identifikation und genaue Beschreibung unerwünschten Verhaltens bzw. psychischer Störung (→ Störungsmodell). Teil der Verhaltensdiagnostik.
Verhaltensmedizin: Anwendung von → Verhaltenstherapie bei der Behandlung körperlicher Funktionsstörungen.
Verhaltensmodifikation: Behandlung unerwünschten Verhaltens bzw. psychischer Störungen durch → Verhaltenstherapie.
Verhaltenstherapie: Aus der Lernpsychologie entwickelte, übende, verstärkende oder konfrontative Therapieform, Variante: → kognitive Therapie.
Verkennung, illusionäre: → Illusion.
Vermeidungsverhalten: Angst- oder unlustvermeidendes Verhalten, in der → Verhaltenstherapie wesentliches Hindernis einer erfolgreichen Behandlung.
Vermüllungssyndrom: → Messi-Syndrom.
Verstärker: In der → Verhaltenstherapie Reize, die erwünschte Verhaltensweisen bekräftigen oder abbauen.
Verwirrtheit: Informationszerfall oder -konfusion infolge kognitiver Störungen, Desorientiertheit.
Verworrenheit: Zerfahrenes, desorganisiertes Denken.
Vigilanz: Bewusstseinshelligkeit, Wachheit.
Vigilität: Grad von Aufmerksamkeit und Reagibilität.
Vitalgefühl: Diffuses, allgemeines Körpergefühl.
Vitalstörung: Diffuse Befindlichkeitsstörung, aber auch vegetative und andere somatische Funktionsstörungen (z. B. bei Depression).
Vollrausch: Betrunkenheit mit „Black out".
Vorbeireden: Falschantwort auf eine Frage (→ Ganser-Syndrom).
Voyeurismus: Sexuelle Befriedigung durch Beobachtung anderer beim Auskleiden oder bei sexueller Aktivität.
Vulnerabilitätskonzept: Erklärung psychotischer (schizophrener) Störungen aus einem Zusammenwirken von konstitutioneller Sensitivität und psychosozialen (emotionalen) Stressoren (Vulnerabilitäts-Streß-Modell).

Wachkoma: Komatöser Zustand, der nach außen wegen geöffneter Augen und Spontanbewegungen den Eindruck von Wachheit hervorrufen kann („Coma vigile", apallisches Syndrom, vegetative state, Dezerebrations-Syndrom).
Wachtherapie: → Schlafentzug (therapeutischer).
Wahn: Falsche, nicht korrigierbare Überzeugung und Vorstellung (bei psychotischer Störung) mit hohem Grad an Evidenz und Gewissheit.
Wahnarbeit: Verknüpfung von Wahnideen zu einem → Wahnsystem.
Wahneinfall: Einzelne Wahnidee.

Wahnerinnerung: Wahnhaft verfälschte Erinnerung.
Wahngedanken: → Wahn.
Wahngewissheit: Nicht zu korrigierende Überzeugung eines Wahnkranken von der Richtigkeit seiner Auffassung.
Wahnidee: → Wahn.
Wahninhalt: Thema eines Wahns (z. B. Verfolgungswahn, Vergiftungswahn, Schuldwahn).
Wahnstimmung: Besondere Gestimmtheit in Verbindung mit einem Wahn.
Wahnsystem: Sich aus → Wahnideen entwickelndes, in sich stimmiges Netzwerk mit einem zentralen Wahnthema.
Wahnvorstellung: → Wahnidee.
Wandertrieb: → Poriomanie.
Waschzwang: Dranghafte, sich wiederholende Waschhandlungen.
Wechsler (WIE): Intelligenztest für Erwachsene
Weckamin: Stimulierende Substanz (z. B. Amphetamin, Methylphenidat). Abhängigkeitserzeugende Substanz.
Werktherapie: → Ergotherapie.
Wesensänderung: Veränderung der gesamten Persönlichkeit infolge psychischer Erkrankung.
Widerstand: In der → Psychoanalyse Abneigung gegen Bewusstmachung verdrängter Konflikte.
Wiederholungszwang: → Zwang.
Wochenbettpsychose: In den ersten Wochen nach der Niederkunft auftretende psychotische Störungen(→ Puerperalpsychose).
Wohnheim (psychiatrisches): Beschützende Dauer- oder Übergangseinrichtung für psychisch Kranke.
Wortfindungsstörung: Unvermögen oder Schwierigkeit, für eine bestimmte Vorstellung den passenden Begriff zu finden.
Wortblindheit: Alexie.

Zählzwang: Zwanghaft sich wiederholendes Abzählen als Form der → Zwangsstörung.
Zeitgitterstörung: Unfähigkeit, Erinnertes korrekt zeitlich einzuordnen.
Zerfahrenheit: Verlust der logischen Struktur von Gedankengängen, Form der → formalen Denkstörung.
Zielsymptom: (Psychopharmakologisch) zu behandelndes Hauptsymptom.
Zönästhesie: Nichtorganisch bedingte Leibmissempfindung, in halluzinatorischer Form: zönästhetische Halluzination (Leibhalluzination).
Zoophilie: Erotische Hinwendung zu Tieren.
Zoophobie: Angst vor bestimmten Tieren (→ Phobie).
Zudeckende Psychotherapie: Im Gegensatz zur → Psychoanalyse Vermeidung von Aufdeckung und Bewusstmachung verdrängter Konflikte(→ supportive Psychotherapie).
Zurechnungsfähigkeit: → Schuldfähigkeit.
Zwang, Anankasmus: Gegen den Willen des Betroffenen sich aufdrängende Gedanken, Impulse oder Handlungen.
Zwangsbefürchtung: → Phobie.
Zwangseinweisung: → Unterbringung.
Zwangskrankheit: Psychiatrische Störung mit schwererer → Zwangssymptomatik.
Zwangsneurose, Zwangsstörung: Nichtpsychotische psychische Störung mit → Zwangssymptomatik.
Zwangsvorstellung: → Zwang.
Zweckreaktion: Verhalten, mit dem ein bestimmtes Ziel (z. B. Entschädigung) erreicht werden soll.
Zwei-Zügel-Therapie: Gleichzeitige Behandlung psychotischer Störung mit Antipsychotikum und Antidepressivum.
Zykloide Psychose: → Psychose, schizoaffektive.
Zyklothymie: → Manisch-depressive Erkrankung.
Zyklothymia: Stimmungslabilität.

F0	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
F00	Demenz bei Alzheimer-Krankheit
F01	Vaskuläre Demenz
F02	Demenz bei andernorts klassifizierten Erkrankungen
F03	Nicht näher bezeichnete Demenz
F04	Organisches amnestisches Syndrom, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt
F05	Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt
F06	Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit
F07	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns
F09	Nicht näher bezeichnete organische oder symptomatische psychische Störung

F1	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F10	...durch Alkohol
F11	...durch Opioide
F12	...durch Cannabinoide
F13	...durch Sedativa oder Hypnotika
F14	...durch Kokain
F15	...durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein
F16	...durch Halluzinogene
F17	...durch Tabak
F18	...durch flüchtige Lösungsmittel
F19	...durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen

F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen
F20	Schizophrenie
F21	Schizotype Störung
F22	Anhaltende wahnhafte Störungen
F23	Akute vorübergehende psychotische Störungen
F24	Induzierte wahnhafte Störung
F25	Schizoaffektive Störungen
F28	Sonstige nichtorganische psychotische Störungen
F29	Nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose

F3	Affektive Störungen
F30	Manische Episode
F31	Bipolare affektive Störung
F32	Depressive Episode
F33	Rezidivierende depressive Störung
F34	Anhaltende affektive Störungen
F38	Andere affektive Störungen
F39	Nicht näher bezeichnete affektive Störung

F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F40	Phobische Störungen
F41	Andere Angststörungen
F42	Zwangsstörung
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
F44	Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)
F45	Somatoforme Störungen
F48	Andere neurotische Störungen

F5	Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen und Faktoren
F50	Essstörungen
F51	Nichtorganische Schlafstörungen
F52	Sexuelle Funktionsstörungen, nicht verursacht durch eine organische Störung oder Krankheit
F53	Psychische und Verhaltensstörungen im Wochenbett, andernorts nicht klassifiziert
F54	Psychologische Faktoren und Verhaltenseinflüsse bei andernorts klassifizierten Krankheiten
F55	Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen
F59	Nicht näher bezeichnete Verhaltensauffälligkeiten bei körperlichen Störungen und Faktoren

F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F60	Spezifische Persönlichkeitsstörungen
F61	Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen
F62	Andauernde Persönlichkeitsänderungen, nicht Folge einer Schädigung oder Krankheit der Gehirns
F63	Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle
F64	Störungen der Geschlechtsidentität
F65	Störungen der Sexualpräferenz
F66	Psychische und Verhaltensstörungen in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung
F68	Andere Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F69	Nicht näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörung

F7	Intelligenzminderung
F70	Leichte Intelligenzminderung
F71	Mittelgradige Intelligenzminderung
F72	Schwere Intelligenzminderung
F73	Schwerste Intelligenzminderung
F74	Dissoziierte Intelligenz
F78	Andere Intelligenzminderung
F79	Nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung

F8	**Entwicklungsstörungen**
F80	Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache
F81	Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten
F82	Umschriebene Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen
F83	Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen
F84	Tiefgreifende Entwicklungsstörungen
F88	Andere Entwicklungsstörungen
F89	Nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörung
F9	**Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend**
F90	Hyperkinetische Störungen
F91	Störung des Sozialverhaltens
F92	Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen
F93	Emotionale Störungen des Kindesalters
F94	Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
F95	Ticstörungen
F98	Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
F99	**Nicht näher bezeichnete psychische Störungen**

Sachverzeichnis

A

Abasie 435
Abhängigkeit 159, **161-162**
– Auslösefunktion 159
– physische 159
– psychische 159
– Therapie 160
– Verhaltenstherapie, kognitive **370**
Abhängigkeitserkrankung, Elektroenzephalografie 41
Ablösung 246
Abstinenz 160
Abstinenzregel 352, 387
Abwehr 225, 435
– Bearbeitung, bei Gruppentherapie 380
– BPRS 69
– Spannungskopfschmerz 242
Abwehrmechanismen, Phobie 220
Acamprosat **336**
– Kontraindikation 336
– Nebenwirkung 336
Acetylcholinesteraseaktivität 118
Acetylsalicylsäure, bei Spannungskopfschmerz 243
Acquired immune deficiency syndrome 133
ACTH-Überschuß, Psychosyndrom 112
Adaptation 350
Addison, Morbus
– Differenzialdiagnose 91
– Psychosyndrom **112**
Adhärenz 402
ADHS 298
– Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom 100
Affektabfuhr 349
– kollektive 386
Affektausbrüche 274
Affektdruck 86
Affektinkontinenz **103**
– Demenz, vaskuläre 122
– hirnorganisches Psychosyndrom 111
Affektive, Störung, Rezidivprophylaxe 36
Affektkontrolle 103
Affektlabilität **103**
– bei chronischen Schmerzen 113
– Demenz
– – bei Huntington-Krankheit 129
– – vaskuläre 122
– hirnorganisches Psychosyndrom 111
Affektsstörung, Symptomatik 84
Affektstau 279
Affektstörung 103, **103**
– schizoide Störung 196
– Schizophrenie 194
– – paranoid-halluzinatorische 188
Affektverarmung **102**
– schizophrenes Residuum 193
Affektverflachung, SANS 70
Aggravation 293
Aggresivität 112
Aggressionshemmung 279
– abnehmende 92
Aggressivität **108**
– latente 108
Agitiertheit, Antidepressivawirkung 322
Agomelatin 321
Agoraphobie **220**, 239
– Reizüberflutung **368**
Agranulozytose, Clozapinbedingte 319
Ahornsirupkrankheit 295
Aichmophobie 435
AIDS 133
– Differenzierung, von Vitamin-B_{12}-Mangel-Psychose 152
AIDS-Demenz 124, 133
AIDS-Demenz-Komplex **134**
AIDS-Enzephalopathie 133, **134**
– Computertomografie, kraniale 43
AIDS-Phobie 105, 134, **221**, **238**
AIDS-related complex 133
Akathisie 94, 435
– antidepressivabedingte 323
– neuroleptikabedingte 316
Akinese 91
– malignes neuroleptisches Syndrom 311
– Parkinson-Krankheit 131
Akoasmen 89, 435
Aktivitätsniveau, Körperhaltung 21
Aktivitätsplanung 366, 378
Aktometrie 252
akute psychotische Störung 199
Alexie 29
Alexithymie 435
Algogenes Psychosyndrom 113
Alkohlismus, Verlaufskontrolle 165
Alkohol
– Abhängigkeit 162
– Toleranzminderung 163
– Toleranzsteigerung 163
– Toleranzverlust 163
Alkohol-Dauerabstinenz 167
Alkoholabhängigkeit 162
Alkoholabstinenz, bei Antipsychotikatherapie 318
Alkoholabusus 151, 241
– bei Bulimia nervosa 250
– bei Kardiophobie 240
– bei Panikstörung 223
– bei phobischer Neurose 222
– bei posttraumatischer Belastungsstörung 230
– Neurose 217
– Screening 36
– Vitamin-B_{12}-Mangel 152
Alkoholdelir 87, 308
– Differenzierung, von akuter Verwirrtheit 304
Alkoholentzugsdelir **164**, 307
– Differenzialdiagnose 87
– Letalität 166
– Therapie 308, 336
Alkoholentzugssyndrom, Therapie 166, 336
Alkoholexzess 163
Alkoholhalluzinose **164**
– Therapie 166
Alkoholintoxikation 309
– passagere 164
Alkoholismus 116, 159-162, **162**, **164**, 175
– Anamnese 164
– Anti-Craving-Substanz 336
– Anticraving-Substanz 336
– Aversionsbehandlung 336
– Aversionstherapie **377**
– Aversivbehandlung 167
– Computertomografie, kraniale 43
– dementielles Syndrom 102
– Differenzialdiagnose 90
– Differenzierung, von Dysthymia 215
– Entgiftungsphase 166
– Entwicklungsphasen 163

– Entwöhnungsbehandlung **336**
– Entwöhnungsphase 166
– Entzugsdelir, Differenzialdiagnose 87
– Entzugserscheinungen 164
– Entzugsphase 166
– Exhibitionismus 291
– Genetik 162
– Halluzinose, akustische 89
– hereditäre Belastung 162
– hirnorganisches Psychosyndrom 111
– Labordiagnostik 165
– Lebenserwartung 167
– MALT **79**
– mütterlicher 295
– Nachsorgephase 166
– organische Folgekrankheiten 164
– Persönlichkeit 162
– Persönlichkeitsdiagnostik 164
– Persönlichkeitsinventar 61, **79**
– Persönlichkeitsveränderung 164
– Prävalenz 162
– Psychodynamik 162
– Schuldfähigkeit 167
– Suizidalität 107, 306
– TAI **79**
– Therapie **166-167**
– – Kontaktphase 166
– Trait-marker 162
– Typen 163
– Untersuchung
– – apparative 165
– – körperliche 164
– Verleugnung 164
Alkoholkonsum 79
– Anamnese, bei Schlafstörung 252
– Gefährdungsgrenze 162
– Schizophrenia simplex 196
Alkoholkontinuitätsdelir **164**
Alkoholkrankheit 162
Alkoholmissbrauch 162
Allgemeine Depressiosnskala (ADS) 61
Alltagsstress 329
Alogie, SANS 70
α-Rezeptoren-Blocker, Kontraindikation 330
Alprazolam 328
– bei Kardiophobie 240
– Fahrtüchtigkeit 411
Alpträume **257**
Alternativpsychose 137, 435
– Therapie 138
Ambitendenz **92**
Ambivalenz 91, **92**, 193
– Mutismus 93
Ambivalenzkonflikt 220, 239
– Dysthymia 215
– Psychoseauslösung 185
AMDP 59, **65**
Amenorrhö
– Anorexia nervosa 247
– Bulimia nervosa 249
Amenorrhoe, neuroleptikabedingte 317
5-Aminosalizylsäure 265
Aminpräkursor 321
Amisulid 424
Amisulprid 424
Amitriptylin 321
– bei Analgetikaentzug 178
– bei Entzugserscheinungen 181
– bei Spannungskopfschmerz 244
– bei Stupor 311
– bei unipolarer Depression 210
– Fahrtüchtigkeit 411
– Wirkprinzip 321
– Wirkungsprofil 322
Amnesie **99**
– Hirnerschütterung 154
– nach Dämmerzustand 86
– nach Elektrokrampfbehandlung 341
– nach traumhafter Verworrenheit 88
– psychogene 228, **232**, 234
Amnestisches Syndrom 183
amotivationales Syndrom 168
Amphetaminabhängigkeit 159, **174**
– Drogenscreening 174
– Polytoxikomanie 175
Amphetamine
– Abhängigkeit 173
– Angstsyndrom, symptomatisches 149
– Screening 36
Amphetaminentzugserscheinungen, Therapie 174
Amphetaminmissbrauch
– Halluzinose, taktile 140
– Panikattacke 305
Amphetaminrausch **174**
Amphethaminmissbrauch, chronischer, Differenzialdiagnose 90
Amyloidangiopathie, zerebrale 123
Amyloidose, kortikale 118
Anale Phase 436
Analgetika
– Abhängigkeit 177
– Psychose, sekundäre 151
Analgetika-Kopfschmerz 113
Analgetikaabhängigkeit 161
Analgetikaentzug
– bei somatoformer Schmerzstörung 241
– Reboundeffekte 177
– Symptome 177
Analgetikamissbrauch 155, **178**, 241, 243-244
– Entzugsbehandlung 178
Anamnese
– biografische **23**, 31
– spezielle **24**
– – Einwilligung 16
Anamneseerhebung 22
– Familienanamnese **22**
– Katamnese **25**
– Sozialanamnese **23**
Anankasmus **98**, 277
Angehörigengruppe 436
Angst **103-104**
– Depression, unipolare 209
– Desensibilisierung, systematische **367**
– Differenzialätiologie 104
– generalisierte **225**
– – Persönlichkeitsdiagnostik 224
– – tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie 353
– HAMA 72
– Konditionierung 367
– latente 103
– Logotherapie 357
– paroxysmale 222
– SAS 71
– situationsgebundene, Reizüberflutung **368**
– Verstärkung 222, 224
– vor Schwangerschaft 154
Angst Bilderlebenkatathymes 354
Angst-Glücks-Psychose **200**
Angstanfall, akuter s. Panik 104
Angster, krankung, Verhaltenstherapie 366
Angsterkrankung 82, 104-105
– Differenzierung, von symptomatischem Angstsyndrom 148
– Familienanamnese 22
– Hypochondrie 105
– Insomnie 253
– Panikattacke 305
– Positronenemissionstomografie 45
– Schlafstörung 252

– Verhaltenstherapie, rational-emotive **371**
Angsterleben 60
Angsthierarchie 367
Ängstlichkeit 103-104
Angstlust 104
Angstneurose 82, 104, 223
– Psychotherapie, analytische 351
Angstskala 72
Angststörung 220, **221**, 268
– Differenzierung
– – von abhängiger Persönlichkeit 280
– – von selbstunsicherer Persönlichkeit 279
– generalisierte 223
– organische 148
– Panik- und Agoraphobieskala 71
– Persönlichkeitsinventar 60
Angstsyndrom, symptomatisches 148
Angstzustände, Tranquilizertherapie 329
Anhaltende somatoforme Schmerzstörung 240
Anhedonie 106, 112, 193, 209
– Persönlichkeit, schizoide 272
– SANS 70
Annahme, dysfunktionale 369
Anorexia, nervosa **246**-**247**
– Begleitsymptome 247
– Letalität 248
– Persönlichkeitsdiagnostik 247
Anorexia nervosa 246
Anorgasmie 258
Anosognosie 30
Anpassungsstörung 17, 146, 217, **218**, 231, **231**, 268, 346, 436
– Ambivalenz 92
– Bioenergetik 343
– Differenzierung
– – von Gestationspsychose 154
– – von symptomatischem Angstsyndrom 148
– Fokaltherapie 353
– Hypochondrie 105
– Psychologie, analytische 355
– Psychotherapie
– – analytische 351
– – stützende 350
– – tiefenpsychologisch fundierte 353
– Rollenspiel 381
– Selbstsicherheitstraining **383**
– Verhaltenstherapie, rational-emotive **371**
Anpassungstörung
– Gestalttherapie **359**
– Individualtherapie 356
Anti-Craving-Substanz, bei Alkoholismus 336
Antiandrogen, Nebenwirkung 338
Antiandrogenbehandlung **337**
– bei Exhibitionismus 291
– bei Fetischismus 290
– bei Pädophilie 292
Anticraving-Substanz, bei Alkoholismus 336
Anticravingsubstanz 167
Antidementiva 313, 423
Antidepressiva 147, 210, 320, **321**-**322**, 426
– Amitriptylin-Typ 322
– bei Bulimia nervosa 250
– bei depressiver Reaktion 231
– bei Dysthymia 216
– bei Entzugserscheinungen 181
– bei generalisierter Angst 225
– bei Kokainentzug 172
– bei Opiatentzug 170
– bei phobischer Neurose 221
– Desipramin-Typ 322
– Dosierung 324
– heterozyklische **321**
– Imipramin-Typ 322
– Kontraindikation 323
– Nebenwirkung 33
– nichttrizyklische, Nebenwirkung 322
– sedierende, bei Insomnie 253
– tetrazyklische, Nebenwirkung **322**-**323**
– Therapieresistenz 324
– Therapieumstellung, Karenzfrist 324
– trizyklische 210, **321**
– – bei AIDS-Enzephalopathie 134
– – bei Kardiophobie 240
– – bei Panikstörung 223
– – bei Spätdepression 212
– – bei Zwangsneurose 226
– – Nebenwirkung **322**-**323**
– Wirkprinzip 321, **321**
– Wirkung, anticholinerge 322
– Wirkungslatenz 324
Antidepressiva-Therapie
– Compliance 324
– Kontrolluntersuchungen 324
Antidepressivaintoxikation 309
Antihistaminika 332
– Kontraindikation 333
– Nebenwirkung 333
Antikonvulsiva, Psychose, sekundäre 151
Antipsychotika 314, 423
– bei Alkoholentzug 166
– bei Alkoholhalluzinose 166
– bei Alternativpsychose 138
– bei Amphetaminentzug 175
– bei Benzodiazepinentzugsdelir 176
– bei Cannabisentzug 169
– bei Dermatozoenwahn 140
– bei drogeninduzierter Psychose 182
– bei Entzugserscheinungen 181
– bei Halluzinogenmissbrauch 173
– bei Huntington-Krankheit 130
– bei Insomnie 253
– bei katatoner Schizophrenie 191
– bei Opiatentzug 170
– bei paranoid-halluzinatorischer Schizophrenie 189
– bei schizoider Störung 197
– bei Schizophrenia simplex 195
– bei symptomatischer Manie 143
– bei unipolarer Depression 210
– bei unipolarer Manie 206
– bei Wahnkrankheit 199
– Depression, sekundäre 147
– Frühdyskinesien 316
– hochpotente **315**
– Indikation **316**
– Kontraindikation 318
– Langzeittherapie 318
– mittelpotente 315, **315**
– Nebenwirkung 33, **316**-**317**
– niedrigpotente 315
– Spätdyskinesien 317
– Therapieresistenz 318
– Wirkprinzip **315**
– Wirkung, anticholinerge 316
Antipsychotikaintoxikation 309

Antipsychotikatherapie, Kontrolluntersuchungen 318
Antriebsarmut 95
Antriebshemmung **91**, 93, 106
– Differenzialätiologie 91
Antriebsminderung
– hirnorganisches Psychosyndrom 111
– Parkinson-Krankheit 130
– Schizodepression 201
Antriebsschwäche **91**
– Differenzialätiologie 91
– Oligophrenie 101
Antriebssteigerung **92**
– maniformes Syndrom 107
Antriebsstörung 83, 91, **92-93**, 106
– AMDP 65
– Morbus Pick 125
– Psychose, affektive 203
– Psychosyndrom
– – endokrines 112
– – hirnlokales 111
– – hirnorganisches 111
Antriebsverarmung
– Alzheimer-Demenz 118
– Depression, unipolare 209
Antriebsverhalten 394
Anxiolyse **329**
Anxiolytika 428
– bei generalisierter Angst 225
Apallisches, Syndrom 303
Apathie, bei chronischen Schmerzen 113
Aphasie-Test 28
Aphonie 20
Apperzeptionstest, thematischer 80
Appetenzstörung, AMDP 65
Appetitzügler 246, 249
Apraxie 436
– Hirnschädigung, frühkindliche 295
Arachnophobie 436
Arbeiten, beschütztes 401
Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie s. AMDP 59
Arbeitssüchtigkeit 286
Arbeitstherapie **392**, 393
– bei dissozialer Persönlichkeit 274
– bei Schizophrenia simplex 195
Arbeitstraining 313, **392**, 393, 401
– bei schizophrenem Residuum 193
– bei Schizophrenia simplex 195
ARC 133
Archetyp 436
Aripiprazol 315
Arteriitis, temporalis 243
Arteriosklerose, zerebrale **122**, 140
– Symptome 34
Artifizielle Störung 294
Artikulationsstörung, Huntington-Krankheit 129
Arzt-Patient-Verhältnis 390
Asenapin 315
ASI
– Angst, generalisierte 224
– Kardiophobie 239
– Panikstörung 222
Asperger Syndrom 296
Assoziation 355
– freie **387**
Astasie 436
Asthma, bronchiale 263
– Familienanamnese 263
– Persönlichkeitsdiagnostik 263
AT s. Autogenes Training 360
Ataxie
– Barbituratintoxikation 176
– Benzodiazepinbedingte 329, 332
– Beruhigungsmittelmissbrauch 175
– Schnüffelsucht 180
Atemeinstellung 361
Atemübungen 343
Atrophie, olivo-ponto-zerebelläre 131
Aufklärung, vor Behandlung 418
Aufmerksamkeitsbelastungstest d2 s. d2-Test 48
Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung 298
Auftrag, posthypnotischer 363
Aufwachstörung 251
Augenbewegungsdesensibilisierung 230
Augenbewegungsdesensibilisierung und -verarbeitung (Eye Movement Desensitization and Reprocessing – EMDR) 375
Aura 99
Ausdrucksverhalten
– Schizophrenia simplex 194
– Schizophrenie, paranoidhalluzinatorische 187
Außenfürsorge 399, 401, 436
Auskunftspflicht, gegenüber gesetzlichen Krankenkassen 406
Aussprache 350
Autismus 436
– Asperger 296
Autoaggressivität 108, 215
Autogenes, Training 254, 348, **360-361**
– bei Panikstörung 223
– Kontraindikation 361
– Suggestionsformeln 361
Automatenspieler 283
Automatismen 20-21
Automutilation 437
Autosuggestion **360**, 362
Aversionsbehandlung
– bei Alkoholismus 336
– bei Exhibitionismus 291
Aversionstherapie **377**
Aversivbehandlung, bei Alkoholismus 167
Aversivreiz 377

B

Baldrian 328
Balint-Gruppe **390**
Barbituratabhängigkeit 159, 161, 176, **177**
– Reboundeffekte 177
Barbiturate 332
– Kreuztoleranz 176
Barbituratintoxikation **176**, 309
Bazillophobie 437
BDI 61, **73**
BDI-II **73**
Bech Rafaelsen Manie-Skala s. BRMAS 61
Beck Angst-Inventar (BAI) 72
Beck-Angst-Invetar (BAI) 60
Beck-Depressions-Inventar s. BDI 61
Bedeutungswahn **97**
Bedingungsanalyse 365
Beeinflussungserlebnis 89
Beeinträchtigungswahn **97**
Befindlichkeitsstörung 329
– Fehldeutung 237
– progressive Relaxation 362
Befragung
– strukturierte **17**
– unstrukturierte **16**
– – Gegenübertragung 17
Befund
– blutchemischer 34
– körperlicher Somatostatus 32
– neurologischer 33
– psychopathologischer 15
Behaviorismus 437
Behindertenwerkstatt 400

Behinderung
– Logotherapie 357
– psychische 114
– seelische 114
Beigebrauch, bei Methadonsubstitution 334
Belastungserprobung
– Arbeitstherapie 393, **393**
– beschütztes Arbeiten **401**
– Tagesklinik **397**
Belastungsreaktion 268
– akute 227, **227**
– – Intervention 228
– – stützende Gespräche 228
– Differenzialdiagnose 91
– Differenzierung, von symptomatischem Angstsyndrom 148
– Fokaltherapie 353
– Hypertonie 264
– Panikattacke 305
– Stupor 310
– Suizidalität 306
– Therapie 301
– Verwirrtheit 303
Belastungsstörung 86, 217, **218**, 227
– Antriebsstörung 91-92
– Differenzialdiagnose 86, 100
– dissoziative 100
– Mutismus 93
– posttraumatische 218, 229, **230**, 231
– – Therapie 301
– Schlafstörung 113
Benommenheit **84**
Benperidol, bei Schizophrenia simplex 195
Benton-Test 29, 48, **53**
– Kontusionspsychose 156
Benzoctamen 328
Benzodiazepinabhängigkeit 161
Benzodiazepinantagonist 176
Benzodiazepine 221, **328**
– Abhängigkeitsrisiko 331
– bei AIDS-Enzephalopathie 134
– bei akuter Belastungsreaktion 228
– bei Amphetaminrausch 174
– bei Erregungszustand 301
– bei Halluzinogenmissbrauch 173
– bei Halluzinogenrausch 173
– bei Horrortrip 182
– bei Kardiophobie 240
– bei Kokainentzug 172
– bei paranoid-halluzinatorischer Schizophrenie 189
– bei psychogenem Erregungszustand 229
– bei symptomatischem Angstsyndrom 148
– bei unipolarer Depression 210
– Entzugserscheinungen 330
– Kontraindikation 329
– Kreuztoleranz 175
– Kumulation 331
– Nebenwirkung 329
– Niedrigdosisabhängigkeit 175, 330
– paradoxe Reaktion 124
– Reaktion, paradoxe 330
– Rebound-Symptome 330, 332
– Schlafeinleitung 253
– Screening 36
– Überdosierung 330
– Wirkprinzip 328
Benzodiazepinentzug 175, 309
Benzodiazepinentzugsdelir 176
Benzodiazepinhypnotika **331**
– Kontraindikation **332**
– Nebenwirkung **332**
Benzodiazepinintoxikation 309
– Therapie 310
Benzodiazepinmissbrauch **175-176**
– bei phobischer Neurose 222
– Entgiftungsbehandlung 176
Benzoylecgonin 171
Beri-Beri 183
Berufsfähigkeit 405
Berufsordnung 406
Beruhigungsmittelabhängigkeit **175-176**
– Entgiftungsbehandlung 176
Beruhigungsmitteleinfluss, Denkverlangsamung 95
Beschaffungskriminalität
– Differenzierung, von Stehlsüchtigkeit 286
– Kokainsucht 172
– Opiatabhängigkeit 170
– Spielsüchtigkeit 284
Beta-Amyloid 117
β-Blocker **328**
– bei Kardiophobie 240
– bei unipolarer Depression 210
– Nebenwirkungen 330
Beta-down-Regulation 437
Betarezeptorenblocker
– bei symptomatischem Angstsyndrom 149
– Nebenwirkung 33
– Psychose, sekundäre 151
Betäubungsmittelgesetz 168
Betreuung 405, **416-417**
Betreuungsgesetz (BTG) 405, 416
Bewegungsstereotypie 93
Bewegungsstereotypien 19, 21
– Schizophrenie, katatone 191
Bewegungsstörung, dissoziative **232**
Bewegungssturm 92
Bewegungstherapie 313, **344**
– bei Borderline-Persönlichkeit 276
– bei Bulimia nervosa 249
– bei Dysthymia 216
– bei somatoformer Schmerzstörung 241
– bei Spannungskopfschmerz 243
Bewegungsunruhe 94
Beweisauftrag 408
Bewusstlosigkeit, Hirnerschütterung 154
Bewusstseinseinengung 86
Bewusstseinsinhalt, Verzerrung 85, 88
Bewusstseinsstörung 82, **84-85**, 302
– Anamnese 302
– Delir 307
– Differenzialätiologie 85
– Hirnkontusion 155
– malignes neuroleptisches Syndrom 311
– qualitative **85**, 88
– quantitative **84**
– Symptomatik 83, **84**
– tiefgreifende 420
Bewusstseinstrübung 116
– Intoxikationspsychose 181
Bewusstseinsverschiebung 437
Beziehungsdiagnostik 390
Beziehungsmuster, innerfamiliäres 388
Beziehungswahn **97**
– sensitiver **197**
Bibliotherapie 372
Bilanzsuizid 107
Bilderleben 230
– bei Stehlsüchtigkeit 286
– katathymes 347, 354, **354**, 444
– – Standardmotiv 355
Bindungsschwäche 276

Bing-Horton-Syndrom 243
Bioenergetik 343
Biofeedback 178, 254, 366, 376, 437
– bei somatoformer Schmerzstörung 241
– bei Spannungskopfschmerz 243
Biografie **23**
Biologische Therapie 313
Biperiden, bei Parkinson-Syndrom 310
Black out 100
Blitzentgiftung 170
Body-Mass-Index **246**
Borderline-Persönlichkeit 249
– Sexualstörung 288
Borderline-Persönlichkeits-Inventar s. BPI 60
Borderline-Persönlichkeitsstörung 437
– Differenzierung
– – von schizoaffektiver Störung 201
– – von schizoider Störung 197
Borderline-Psychose 196
Borderline-Störung 68
Borderline-Syndrom, Interview, diagnostisches s. DIB 60
BPI 60, **69**
BPRS 60, **69**
Bradyphrenie 131
Brain Mapping 40
Brandstiften 284
Brief Psychiatric Rating Scale s. BPRS 60
BRMAS 61, **76**
Broken home 437
– Alkoholismus 162
Broken-home
– Pädophilie 291
– Spielsüchtigkeit 283
Bronchialsystem, hyperreagibles 263
Bronchitis 179
Bruxismus 437
Bulimarexie 247
Bulimia, nervosa 247-248, **249**
Bundesbeamtengesetz (BBG) 408
Bundesteilhabegesetz (BtG) 405
Bupropion 321, 427
Burnout 109, 392
Buspiron 328
– bei generalisierter Angst 225
– Kontraindikation 330
– Nebenwirkung 330
– Wirkprofil 329
Buthylpiperidine **315**
Butyronophenone, bei AIDS-Enzephalopathie 134
Butyrophenone **315**, 317

C

Camazepam 328
Camberwell Family Interview, Kurzfassung 70
Cannabinolnachweis, im Urin 168
Cannabis
– Abhängigkeit 167
– Toleranzentwicklung 167
Cannabisabhängigkeit 160-161
Cannabisentzug 168
– stationärer 168
Cannabisintoxikation 168, 309
– Therapie 310
Cannabiskonsum, Leibmissempfindungen 182
Cannabismissbrauch 167, **168**
– Folgeerkrankungen 168
– Suchtanamnese 168
Cannabisrausch **168**
Capgras-Syndrom 98
Carbamazepin 210, **327**
– bei Analgetikaentzug 178
– bei schizoaffektiver Störung 202
– bei Spätmanie 213
– Indikation **327**
– Kontraindikation 327
– Nebenwirkung 327
– Serumspiegel 327
– Wirkprinzip 325
Case work 437
CFS = Chronic Fatigue Syndrome 109
CGI **63**
Champix 336
Charakteranalyse 81
Charakterneurose 268
Chloralhydrat 331
– bei Insomnie 253
– Fahrtüchtigkeit 411
– Kontraindikation 333
– Nebenwirkung 333
Chlordiazepoxid 328
– Fahrtüchtigkeit 411
Chlorprothixen
– bei Alkoholentzug 166
– bei Cannabisentzug 169
Chlorprotixen, Fahrtüchtigkeit 411
Cholinesterasehemmer 132, 314
Chorea
– gravidarum 129
– minor 129
Chromosomenanomalie, Hirnschaden 295
Chronic Fatigue Syndrome 109, 146
Chronischer Hypozephalus, Demenz 134
Citalopram 321
Citaprolam
– bei Dysthymia 216
– bei Kokainentzug 172
CJD 127
Clobazam 328
Clomethiazol 331, 333, **336**
– Abhängigkeitsentwicklung 333
– bei Alkoholentzug 166
– bei Alkoholentzugsdelir 336
– bei Entzugsdelir 308
– bei neuroleptischem Delir 310
– Fahrtüchtigkeit 411
– Kontraindikation 333, 336
– Kontraindikationen 308
– Nebenwirkung 333, 336
– Suchtpotenzial 308
– Wirkprinzip 336
Clomethiazolabhängigkeit **176**
Clomipramin 321
– bei Stupor 311
– bei Zwangsneurose 226
– Fahrtüchtigkeit 411
– Wirkungsprofil 322
Clonazepam, Fahrtüchtigkeit 411
Clonidin 328, **337**
– bei Entwöhnungsbehandlung 336
– bei Entzugsdelir 308
– bei Horrortrip 310
– bei Methadonsubstitution 335
– bei Opiatentzug 170
– Kontraindikation 331, 337
– Nebenwirkung 331, 337
– Wirkprinzip 336
– Wirkprofil 329
Clopenthixol
– bei Alkoholhalluzinose 166
– bei Halluzinogenmissbrauch 173
Clotiazepam 328
Clozapin 317, **319**
– Absetzkriterien 319
– bei Huntington-Krankheit 130
– Blutbilduntersuchung 35
– Fahrtüchtigkeit 411

– Nebenwirkungen 319
Cluster-headache 243
Coaching 384
Cobalamin s. Vitamin B_{12} 151
Codein, bei Opiatabhängigkeit 170
Codeinsubstitution 334
Cold turkey **169**
Colitis, ulcerosa 264, **265**
Coma, vigile 157
Commotio, cerebri s. Hirnerschütterung 154
Computertomografie, kraniale **42**
– Einwilligung des Patienten 43
Contusio cerebri 155
Coping 218, 438
Coping-Strategie 147, 149, 271, 345
– bei katatoner Schizophrenie 192
– Soziotherapie 392
Corpus-striatum-Atrophie 119
Cortisonüberschuß, Psychosyndrom 112
Cotard-Syndrom 97
Couvade-Syndrom 198
Crack 171
Craving 159, 170, 438
Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung 127
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit 125
– Differenzierung, von der Alzheimer-Demenz 119
Cross-dressing 287, **289**
Cymbalta 427
Cyproteronacetat **337**
– bei Exhibitionismus 291
– bei Fetischismus 290
– bei Pädophilie 292
– Nebenwirkung 338
Cytochrom 2D 6 317
Cytochrom-p 450 323

D

d2-Test 30, 48, **50**
– Demenz, vaskuläre 123
– Reizmaterial 50
Dämmerzustand **86**, 438
– Differenzialdiagnose 87, 93, 138
– Differenzierung
– – von dissoziativer Störung 233
– – von Poriomanie 235
– epileptischer 137
– – Aggressivität 108
– – Therapie 138
– orientierter 86
– postiktaler 301
– psychogener 86, 236
– Schlafwandeln 256
Dantrolen 312
DAT s. Demenz, Alzheimer-Typ 117
Dauerabstinenz, Alkohol 167
DCS 28, **55**
– Kontusionspsychose 156
de Clérambeault-Syndrom 198
Debilität 101
Defektsyndrom, schizophrenes 136, 185, 189, 192, **193**
– Differenzierung von Schizophrenia simplex 195
– Fetischismus 290
– Schizophrenia simplex 196
– Transvestismus 289
Degeneration
– kortikobasale 131
– strionigrale 131
Déjà-entendu-Erlebnis 438
Déjà-vecu-Erlebnis 438
Déjà-vu-Erlebnis 438
Deliktfähigkeit 419
Delinquenz 273
Delir **87**, 88, 307, **308**
– alkoholisches 164
– – Therapie 336
– Differenzialätiologie 87
– Differenzierung
– – von akuter Verwirrtheit 304
– – von dissoziativer Störung 233
– Elektroenzephalografie 41
– neuroleptisches, Therapie 310
– ohne Demenz 138
– psychopharmakabedingtes 307
Delir bei Demenz 139
Delirantes, Syndrom **87**
Dementia, simplex 194
Dementia paralytica 135
Dementielles, Syndrom **101**
– Differenzialdiagnose 102
– Vitamin-B_{12}-Mangel-Psychose 152
Demenz 99, **101**, 111, 116
– Affektlabilität 103
– Affektverarmung 102
– Alzheimer-Typ 116, **117-119**, 123
– – Computertomografie 43
– – Diagnostik 118
– – Differenzialdiagnose 119
– – Epidemiologie 117
– – frühe 117, 121
– – ICD-10-Klassifikaton 117
– – Positronenemissionstomografie 44
– – Risikofaktoren 118
– – Single-Photonen-Emissions-Computertomografie 45
– – Therapie 120
– Arbeitstherapie **393**
– bei AIDS 133
– bei Epilepsie 124
– bei Huntington-Krankheit 128, **129-130**
– bei normotensivem Hydrozephalus 134
– bei Parkinson-Krankheit 130, **131-132**
– – Epidemiologie 130
– degenerative
– – HIS 57
– – Magnetresonanztomografie 44
– Denkstörung 95-96
– Differenzialdiagnose 100
– Differenzierung, von Stehlsüchtigkeit 286
– Exhibitionismus 291
– Fremdbeurteilungsskala 57
– frontotemporale 126
– – Positronenemissionstomografie 45
– Häufigkeitsverteilung 117
– HAWIE 53
– HIS 57, **58**
– Lewy-Körperchen 121
– Memo-Test 50
– MMST 54
– Morbus Pick 124
– MWT-B 52
– Pädophilie 292
– präsenile 124
– primär-degenerative 117
– SCAG 78
– SIDAM 58
– subkortikale
– – Computertomografie 43
– – Demenz 133
– – Magnetresonanztomografie 44
– vaskläre, neuropsychologische Diagnostik 123
– vaskuläre 122, **123-124**
– – apoplektischer Beginn 122
– – Computertomografie 43
– – HIS 57
– – ICD-10-Klassifikation 122
– – Magnetresonanztomografie 44
– – Risikofaktoren 122

– – Single-Photonen-Emissions-Computertomografie 45
Demenz bei Epilepsie 137
Demenz bei HIV 133
Demenz-Test 30, 48
– Alzheimer-Demenz 118
– Demenz, vaskuläre 123
Demenzerkrankung, Früherkennung 44
DemTect 56
Denkabläufe **27**
Denkhemmung **95**
Denkinhalte **27**
Denkinkohärenz 107
Denksperre **95**
Denkstereotypien 369, 372
Denkstörung 316
– AMDP 65
– BPRS 69
– Depression, unipolare 209
– formale 83, 94, **95**-**96**, 196
– inhaltliche 83, 96, **97**, 196
– schizoide Störung 196
– Schizophrenie 194
– – paranoid-halluzinatorische 187
– YMRS 76
Denkverlangsamung **94**
Denkzerfahrenheit **96**
dependente Persönlichkeit 279
Depersonalisation **111**, 438
– Panik 104
– Panikstörung 222
Depot-Antipsychotika 189, **320**, 425
Depot-Antipsychotikum 195, 311
Depravation 438
– Alkoholismus 167
– Kokainsucht 171
Depressio sine depressione 438
Depression 322
– agitierte **209**, 211
– – Antriebssteigerung 92
– Aktivitätsplanung **378**
– Alzheimer-Demenz 120
– anankastische 98, 209
– Antriebsstörung 106
– Denkstörung 95
– Differenzialdiagnose 92
– endogene 208
– – Differenzialdiagnose 93
– – Positronenemissionstomografie 45
– – Single-Photonen-Emissions-Computertomografie 45
– Gestalttherapie **359**
– Gruppenpsychotherapie, analytische 381, **387**
– hirnorganisch begründbare, Differenzierung von Spätdepression 212
– hirnorganische 106-107
– hysteriforme 209
– iatrogene 147
– Kopfschmerz 243
– larvierte 146, 209
– – Antidepressivawirkung 322
– Logotherapie 357
– MADRS 75
– monopolare 208
– neurotische 204
– periodische 208
– Persönlichkeitsinventar 61, **74**
– pharmakogene 147
– phasische 208
– phobische 209
– postinfektiöse 147
– Psychodrama 381
– psychotische 106
– reaktive 146
– saisonale 209
– Schlafstörung 113
– SDS 74
– sekundäre 144
– somatisierte 113, 241
– somatogene 144
– Suizidalität 306
– symptomatische 106, 144, **145**
– – therapeutische Gespräche 147
– – Ursache 144-146
– unipolare 203, **210**
– – Häufigkeit 208
– – hypomanische Nachschwankung 211
– – Phasendauer 211
– – Prägnanztypen 209
– – Rezidivprophylaxe 210
– Verhaltenstherapie 366
– wahnhafte 209
– – Elektrokrampfbehandlung 340
Depressive
– Erkrankung
– – Denkhemmung 95
– – Denkverlangsamung 95
– Reaktion 219
Depressive Episode 208
Depressive Reaktion 231
depressive Störung, rezidivierende 208
Depressives, Syndrom 146, **209**
– nach Psychotraumatisierung 231
Depressives Syndrom **106**
Depressivität
– Angst, generalisierte 224
– DSN 75
– Fokaltherapie 353
– Psychotherapie, tiefenpsychologisch fundierte 353
Deprivation 439
Derealisation **111**, 439
– Angst, generalisierte 224
– Belastungsreaktion, akute 227
– Panik 104
– Panikstörung 222
Derealisationserleben, schizoide Störung 196
Dereflexion 358
Dermatozoen, wahn 89
Dermatozoenwahn 90, **98**, 140, 198
– dispositionelle Faktoren 140
Desensibilisierung, systematische 366, **367**, 453
– bei phobischer Neurose 221
– bei Zwangsneurose 226
Designer-drugs **172**
Desintegration, soziale, Spielsüchtigkeit 283
Desipramin, Wirkungsprofil 322
Desorientiertheit **85**
Desuggestion 361, 363, 439
Desynchronisation 439
Devianz, sexuelle
– Individualtherapie 356
– mit Straftat 422
Deviation, sexuelle 269
– Aversionstherapie **377**
Dezerebration 128
Diagnostik, neurosenpsychologische 353
Dialektisch-behaviorale Therapie, Schematherapie 216
Dialyse-Enzephalopathie, Differenzierung, von der Alzheimer-Demenz 120
Diamorphin 334
Diathese, allergische 263, 266
Diathese-Stress-Modell 184
Diazepam 328
– bei Amphetaminrausch 174
– bei Cannabisintoxikation 310
– bei Erregungszustand 301
– bei Halluzinogenintoxikation 310
– bei Halluzinogenrausch 173

– bei Horrortrip 310
– bei Kardiophobie 240
– bei Kokainentzug 172
– bei Kokainintoxikation 310
– Fahrtüchtigkeit 411
– Kumulation 331
– Tageshöchstdosierung 302
– Wirkprofil 329
DIB 60, **68**
– Borderline-Persönlichkeit, instabile 275
– Poriomanie 234
– Stehlen, pathologisches 286
Dibenzepin 321
– Wirkungsprofil 322
Dichtewerte, computertomografische 42
Dienst, sozialpsychiatrischer 401
Dihydrocodeinsubstitution 334
Dikaliumclorazepat 328
Dipsomanie 439
Dissimulation 439
Dissozialität 111
– Demenz, bei Huntington-Krankheit 129
– Hirnschädigung, frühkindliche 296
Dissoziation 234
Dissoziative, Störung 217, 219
– Differenzialdiagnose 100
– konfliktzentriertes Gespräch 234
– Modell-Lernen 232
– Suggestivmaßnahmen 234
Dissoziative Krampfanfälle 235
Dissoziative Störung 232
– Persönlichkeitsdiagnostik 233
Disulfiram 167, **336**
– Kontraindikation 335
– Nebenwirkung 335
– Wirkprinzip 336, 338
Doctor shopping 238
Donepezil 132
Donezepil 314
Dopamin-Rezeptoren-Blockade 315
Dopaminhypothese, Schizophrenie 187
Dopaminmangel 130
Dopaminrezeptoren-Blockade 311
Dopaminsystem 159
Dopamintransmissionsstörung 187
Dopaminüberschuss, Reduktion 315
Dope s. Cannabis 167
Doping 174
Doppelgängerwahn 98
Dosulepin 321
– Wirkungsprofil 322
Down, Morbus, Alzheimer-Demenz-Risiko 117
Down-Syndrom 101
Doxepin 321
– bei Entzugsdelir 308
– bei Entzugserscheinungen 181
– bei Methadonsubstitution 335
– bei Spannungskopfschmerz 244
– bei Stupor 311
– Fahrtüchtigkeit 411
– Wirkungsprofil 322
Drogenabhängigkeit 334
– Differenzierung, von Stehlsüchtigkeit 286
Drogenabusus, Psychose 181
Drogenanamnese 309
– Methadonsubstitution 335
Drogendelir 308
Drogeneinfluss
– Antriebsstörung 92
– Dämmerzustand 86
– Delir 87
– Denkverlangsamung 95
Drogeneinwirkung, Aggressivität 108
Drogeninduzierte psychische Störung 181
Drogenintoxikation
– Differenzierung, von unipolarer Manie 206
– hirnorganisches Psychosyndrom 111
Drogenkonsum
– Angstsyndrom, symptomatisches 149
– Manie, sekundäre 142
Drogenmissbrauch
– bei Bulimia nervosa 250
– Differenzierung
– – von Alkoholismus 166
– – von paranoid-halluzinatorischer Schizophrenie 190
– – von übererregbarer Persönlichkeit 274
– Schizophrenia simplex 196
Drogennotfall 309, **310**
Drogenrausch
– Denkstörung 96
– Differenzialdiagnose 99
– Panikattacke 305
Drogenscreening **36**, 168, 182
– bei Erregungszustand 301
– bei Psychose 151
Drogensucht 160
– Substitutionsbehandlung, Kontrolle 36
Dromomanie 234
DSA 42
DSM-IV 439
DSN **75**
Duloxetin 321, 427
– Wirkungsprofil 322
Durchblutungsstörung, zerebrale
– Schlafstörung 113, 251
– Verwirrtheit 303
Durchgangssyndrom 116, 439
– amnestisches
– – Intoxikationspsychose 181
– – nach Elektrokrampfbehandlung 341
– depressives 144, **145**
– – therapeutische Gespräche 147
– halluzinatorisches 182
– Kontusionspsychose 155, 157
– maniformes 142-143
– medikamenteninduziertes 151
– nach Hirnschädigung 143
– paranoid-halluzinatorisches 137
– postoperatives 138
Durchgangssyndrome 99
Durchschlafstörung 251
– Hypnotika 332
Dysbindin 184
Dysfunktion, sexuelle 270
Dyskinesie 94
– neuroleptikabedingte 200
Dyskinesien
– Carbamazepin-bedingte 327
– neuroleptikabedingte 316-317
Dyslexie 439
Dysmorphophobie **238**, 439
– wahnhafte **198**
Dyspareunie 260-261
Dysrhythmie, Elektroenzephalografie 40
Dyssomnie **251**
Dysthymia 106, 181, 204, 214
– depressive, altersbedingte Akzentuierung 212
– Differenzierung, von selbstunsicherer Persönlichkeit 279
– Gruppenpsychotherapie, analytische **387**
– Persönlichkeitsdiagnostik 215

– Psychotherapie, analytische 351
– Schlafentzug **339**
– Verhaltenstherapie **366**
– – kognitive 216, **370**
– – rational-emotive **371**
Dysthymie 439
Dystonie 316

E

Echolalie 191
Echopraxie 191, 194
Echopsychose 168, 181, 439
Ecstasy 172, **174**, 439
EEG 39
Eifersucht, Alkoholismus 164
Eifersuchtswahn **97**, **198**
Eigentumsdelikte 273
Einfühlung 19
Einschlafangst 253
Einschlafstörung 251
– Hypnotika 332
– Tranquilizertherapie 329
Einsichtsfähigkeit, verminderte **419**
Einsichtsrecht 405-406
Einstellungsänderung 371
Einstiegsdroge 168
Einwilligung 418
Einwilligungsfähigkeit 414, 418, 439
Ejaculatio, praecox 259
Ekmnesie **99**
Ekstatischer, Zustand, Denkstörung 96
EKT 340
Ekzem, endogenes 266
– Familienanamnese 266
Elektro-Smog 238
Elektroenzephalografie 34, **39**, 40, **40**
– Alternativpsychose 137
– Frequenznormwerte 41
– Normalisierungspsychose 137
– Ten-Twenty-System 40, **40**
Elektrokrampfbehandlung 341
– bei Depression 204
– bei katatoner Schizophrenie 192
– bei paranoid-halluzinatorischer Schizophrenie 189-190
– bei Spätdepression 212
– Blockmethode 341
– Impulsstrom 341
– Kontraindikation 341
Elektrokrampftherapie 323, 340
Elektrolytsubstitution, bei Delir 308
Elementarfunktionen, Störung 82
Elontril 427
Emotionspsychose 201
Empathie 439
Empfindungsstörung
– dissoziative 233
– Neurose 217
Endokrine Erkrankung, alkoholismusbedingte 165
Endokrinopathie, Psychosyndrom 112
Entfremdungserleben 224
– Panikstörung 222
– schizoide Störung 196
Entfremdungserlebnis
– Halluzinogenrausch 172
– Schnüffelsucht 180
Entfremdungserlebnisse 69
Entgiftung 160, 181-182
Enthemmung **92**
– affektiver 300
– Amphetaminrausch 174
Entkatastrophisieren 370
Entschädigungsneurose 293
Entschädigungswünsche, Körperstörung, psychogene 293
Entspannungsmethode, autohypnotische 360
Entspannungstechnik 254, 371
Entspannungsübung, Bilderleben, katathymes 354
Entspannungsübungen
– bei Asthma bronchiale 263
– bei dissoziativer Störung 234
– bei Dyspareunie 261
– bei Ejaculatio praecox 260
– bei Insomnie 253
– bei Panikstörung 223
– bei posttraumatischer Belastungsstörung 230
– bei Spannungskopfschmerz 243
– bei Vaginismus 260
Entwicklung, frühkindliche, Anamnese 23
Entwöhnung 160
Entwöhnungsbehandlung 181-182, 335, **336**, 421
Entziehungsanstalt 421
Entzug 160
Entzugsdelir 307
– bei Alkoholismus **164**
– – Letalität 166
– bei Benzodiazepinmissbrauch 176
– Therapie 308
Entzugssyndrom 162
– Angst 104
Enzephalitis
– chronische 134
– Differenzialdiagnose 87, 93, 100
– Differenzierung, von katatoner Schizophrenie 191
Enzephalomyelitis, disseminata 136
– chronisch progrediente 116
– Symptome 34
Enzephalopathie 166
– arteriosklerotische 131
– Schnüffelsucht 180
– subkortikale
– – Früherkennung 44
– – Magnetresonanztomografie 44
Enzymdefekt, genetisch, bedingter 295
Epilepsie 339
– Dämmerzustand 86
– Demenz 124
– Differenzialdiagnose 85, 87-88, 100
Epilepsie-Demenz 137, **138**
Episode, manische 204
Erbrechen, selbstinduziertes 246, 249
Erektionsstörung 258
Erethismus 101
Erfinderwahn 97
Ergotherapie 393, **394**
Erlebnis, halluzinatorisches, kollektives 89
Erlebnisgruppe 380
Erlebnisreaktion 217-218
– Gespräch, therapeutisches 349
Erlebnistherapie 345
Erleichterungstrinken 163
Erregtheit
– abnorme 228
– Motilitätspsychose 200
– motorische 94
Erregungszustand 182, 300, **301**
– katatoner 94
– psychogener 218, 228, **229**
– – Rezidivneigung 229
– – talking down 229
– Rausch, pathologischer 94
– Zwangseinweisung **415**
Erschöpfungsdepression 209
Erschöpfungssyndrom 109, 230
– postremissives 91, 106, 193
Erstarrung, motorische 227
Erstinterview **17**, 24, 31
– Familientherapie 388
– Psychodynamik 17
– Übertragung 17

Erwartungsangst
– bei chronischen Schmerzen 113
– Ejaculatio praecox 259
– Panikstörung 222
– Phobie 220
Erweichungsherde, zerebrale, multiple 123
Erwerbsfähigkeit 405
Erwerbsminderung 408
Erwerbsunfähigkeit
– Rentenneurose 294
– Schmerzstörung, somatoforme 242
Erythromycin, bei Lues 136
Erythrophobie 221
Erythropoietin (EPO) 193
Erziehungsstil 24
Es 351, 389, 440
Essdrang 246
Essstörung 162, 220, **246**-**247**, 270
Essverhalten, gestörtes 246
Euphorie
– Schnüffelsucht 180
– Spätmanie 213
Exhibitionismus **290**-**291**
– Schuldfähigkeit 291
– Strafverfolgung 422
Existenzanalyse 357, 440
exogener Reaktionstypus 116
Experience Involvement 403
Exploration 15
– Persönlichkeitsinventar 18
– Psychodynamik 17
– Psychotherapie, tiefenpsychologisch orientierte 17
Explorationsmethoden **16**-**18**
– Befragung
– – strukturierte **17**
– – unstrukturierte **16**
– Erstinterview **17**
– Interview
– – semistandardisiertes **18**
– – standardisiertes **18**-**19**
Expositions-Reaktions-Verhinderung 440
Expositionsbehandlung 368
Expressed Emotion Index 70
Expressed emotions 440
Extrapyramidale, Störung 94, 440

F

Fahr, Morbus 131
Fahreignung 405, 412
Fahrtauglichkeit 410, 412
Fahrtüchtigkeit 410
– Antidepressivatherapie 323
– Antipsychotikatherapie 318
– Tranquilizertherapie 331
Falschgedanken 365
Familienanamnese **22**
Familienberatung 389
– bei katatoner Schizophrenie 192
Familiendynamik 81
Familienkonferenz 389
Familienpflege **398**
Familienstruktur 81
Familientherapie 81, 356, 380, 388, **388**-**389**
– bei Anorexia nervosa 248
– bei Poriomanie 235
– Tranasaktionsanalyse **391**
Farbagnosie 29
Fasten, exzessives 246
Faxensyndrom 440
FDS 68
Fehlgewohnheit 365
Feindseligkeit 271
Fetischismus 289
– Differenzierung, von Stehlsüchtigkeit 286
Fixation, Fetischismus 290
Fixer, Somatostatus 33
Fixierung 416
– bei Erregungszustand 301
Flash back 181, 230
– Halluzinogenmissbrauch 173
Flash-back, Tranquilizertherapie 329
Flashback
– Cannabismissbrauch 168
– Halluzinogenmissbrauch 173
Flooding 368
Flucht 231
Fluchtreaktion 227
Flumazenil 176
– bei Benzodiazepinintoxikation 310
Flunitrazepam 171, **175**
Fluoxetin 321
– bei Bulimia nervosa 250
– bei Dysthymia 216
– bei Hypersomnie 255
– bei hypochondrischer Neurose 238
– bei Kardiophobie 240
– bei Kokainentzug 172
– bei Panikstörung 223
– bei phobischer Neurose 221
– Wirkungsprofil 322
Flupentixol, bei Schizophrenia simplex 195
Fluphenazin
– bei Katatonie 311
– bei Schizophrenia simplex 195
Fluphenazin-Decanoat **320**
Flush
– Disulfiram-bedingter 335
– nach Elektrokrampfbehandlung 341
Fluvoxamin 321
– Wirkungsprofil 322
FMSS 60, **70**
Fokaltherapie 347, 353
– analytische 351
– bei Exhibitionismus 291
– Indikation 353
Folie à deux **98**, 109, 198
Folsäure, bei Alkoholentzug 166
Folsäure-Spiegel, im Serum 152
Folsäuresubstitution 153
Folter 229
Forensische Psychiatrie 405
FPI
– Arbeitssüchtigkeit 287
– dissoziative Störung 233
– Dysthymia 215
– Neurose, hypochondrische 238
– Pseudoepilepsie 235
– Stehlen, pathologisches 286
FPI-R 59, **66**-**67**, **77**
– Komponenten 66
Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS) 59, 68
Fragebogen zum funktionellen Trinken (FFT) 61
Fragebogen zum Schmerzverhalten (FSV) 61
Fregoli-Syndrom 98
Freiburger Persönlichkeitsinventar s. FPI-R 59
Freiheitsentziehung, fürsorgerische 416
Fremdaggressivität 304
Fremdanamnese 23, **25**
– bei Intoxikationspsychose 181
– Einverständnis des Patienten 25
Fremdbeeinflussung 441
Fremdgefährdung **415**-**416**, 417
Fremdsuggestion **362**, 363
Frigidität 258
Frontalhirndegeneration 125
Frontotemporale Demenz 126
Frühdyskinesien, bei Antipsychotikatherapie 316
Früherwachen 252
– Insomnie 251
– Schlaf-Wach-Rhythmus-Störung 255

FSV 77
Fugue **232**
– dissoziative 234
Fünfminuteninterview s. FMSS 60
Funktionalen Trinken (FFT) 80
Funktionspsychose 116
Funktionsstörung, sexuelle 220, **258-259**
– Symptomverschreibung **373**
Furcht 103
FWIT 28, **51**

G

GABA 128
Galaktorrhoe
– antidepressivabedingte 323
– neuroleptikabedingte 317
Galaktosämie 295
Ganglienzellschwund 125
Ganser-Syndrom 100, **233**, 236, 441
Gastrointestinale, Erkrankung, alkoholismusbedingte 165
GdS/GdB-Sätze 409
Gedächtnisleistung, Testverfahren 55
Gedächtnisschwäche, allgemeine 99
Gedächtnisstörung 83, **99**
– AMDP 65
– Differenzialdiagnose 100
Gedankenabreißen **95**
Gedankenausbreitung **110**, 111, 441
Gedankeneingebung **111**
Gedankenentzug 82, **111**, 441
Gedankenlautwerden 441
Gedankenstopp 95
Gegenübertragung 16, 352-353, 390, 441
– Befragung, unstrukturierte 17
Gehirnerkrankung, entzündliche, Symptome 34
Gehirnschädigung, toxische, Symptome 34
Gehirnstoffwechsel, Aktivierung 314
Geistige Behinderung 101
Gelegenheitsanfall 307
Gelegenheitstrinker 163
Geltungsbedürfnis 276
– Alkoholismus 162
Gemeinschaft, therapeutische **399**
Gerontopsychiatrie 441
Gesamteindruck **22**
Geschäftsfähigkeit 414, 418
– bei Betreuung 417
– Manie, unipolare 206
– Spätmanie 213
Geschäftsunfähigkeit 414, 418
Geschlechtsidentitätsstörung 270
Geschlechtsumwandlung 288
Gespräch, therapeutisches 345, 347, 349
Gesprächstherapie
– bei Wahnkrankheit 199
– Familie 389
– personenzentrierte 347, **358-359**
Gestalttherapie **359**
– Aktionsphase 359
– bei Stehlsüchtigkeit 286
– Initialphase 359
– Integrationsphase 360
Gestationspsychose **153**
– schizoaffektive 153
Gestik **20**
Gestimmtheit
– Körperhaltung 21
– Mimik 19
Gewichtszunahme, lithiumbedingte 325
Gewohnheitstrinker 163
Gießen-Test 59, **66**
– Anorexia nervosa 247
– dissoziative Störung 233
– Dysthymia 215
– Neurose, hypochondrische 238
– Persönlichkeit, hyperthyme 214
– Phobie 221
Gilles-de-la-Tourette-Syndrom 93, **225**
– Differenzierung
– – von katatoner Schizophrenie 191
– – von Zwangsneurose 226
Glasgow-Coma-Scale 156
Glaukom 323
Glaukomanfall
– bei Antidepressivatherapie 322
– bei Buspirontherapie 330
Gleichstromstimmulation 342
Gliose
– kortikale 133
– subkortikale 125
Globus-pallidus-Atrophie 130
Glossolalie 442
Glukoseinfusion, beim Alkoholiker 308
Glukosekonzentration, Liquor cerebrospinalis 39
Glukosestoffwechsel, zerebraler, regionaler 44
Glukosestoffwechselstörung, zerebrale 118
Glutamat-Systems 185
Grad der Behinderung (GdB) 409
Grand-mal-Anfall, abortiver 155
Gras s. Cannabis 167
Größenfantasien, Roulettespieler 283
Größenphantasien 282
Größenwahn **97**, 107, 198
– Angst-Glück-Psychose 200
– Manie, unipolare 205
– Paralyse, progressive 136
– Schizomanie 201
– Spätmanie 213
Grundversorgung, psychosomatische 360, 449
Gruppe
– aufdeckend-analytisch arbeitende 380
– tiefenpsychologisch orientierte 381
– verhaltenstherapeutische 380
– zudeckend-direktiv arbeitende 380
Gruppenarbeit, psychiatrische 381, **382**
Gruppendruck 382
– Alkoholismus 162
Gruppendynamik 380, 382, 442
– Interaktion, themenzentrierte 389
Gruppenprozess, interaktioneller 389
Gruppenpsychotherapie
– analytische 380, **386**
– tiefenpsychologisch fundierte **386**
Gruppentherapie 346, 359, **380-381**
– autogenes Training 360
– bei Arbeitssüchtigkeit 287
– Definition 380
– Hypnose 362
– Krankenkassenleistungen 380
– Kurzzeitverfahren 353
– progressive Relaxation 362
– rational-emotive 371
GT s. Gießen-Test 59

Gutachtenerstattung **407**
– Aktenlage 407
Gynäkomastie, antiandrogenbedingte 338

H

Habituation
– bei Reizüberflutung **368**
– durch Symptomverschreibung 373
– durch systematische Desensibilisierung **367**
Habituelle Angst 223
Hachinski-Ischämie-Skala (HIS) 49
HACHINSKI-Skala, Demenz, vaskuläre 123
Haften 95
Haftunfähigkeit 405
Halluzination **88**, 89
– akustische 89
– – Alkoholismus **164**
– Differenzialdiagnose 89
– Gestationspsychose 153
– gustatorische 89
– kinästhetische 89
– Kokainrausch 171
– olfaktorische 89
– optische 89
– Schizodepression 201
– Schizophrenie, paranoidhalluzinatorische 187
– taktile 89
Halluzinationen
– BPRS 69
– optische 87
– PSE 62
Halluzinogen 442
Halluzinogenabhängigkeit 160-161
Halluzinogenabusus, Differenzialdiagnose 88
Halluzinogene 88, 151, **172**, 182
– Abhängigkeit 172
Halluzinogenintoxikation 309
– Therapie 310
Halluzinogenmissbrauch **173**
– Drogenscreening 173
– Entwöhnungsbehandlung 173
– Entzugsbehandlung 173
– Persönlichkeitsstruktur 172
– Polytoxikomanie 173
Halluzinogenrausch **172**, 173
Halluzinose **90**
– akustische 89, **90**
– Halluzinogenmissbrauch 172
– haptische **90**
– optische **90**
– taktile 90, 140, 182
Haloperidol
– bei AIDS-Enzephalopathie 134
– bei Amphetaminentzug 175
– bei Dermatozoenwahn 140
– bei drogeninduzierter Psychose 182
– bei Entzugsdelir 308
– bei Erregungszustand 301
– bei Halluzinogenmissbrauch 173
– bei katatoner Schizophrenie 191
– bei Katatonie 311
– bei Kokainentzug 172
– bei Kokainintoxikation 310
– bei Schizophrenia simplex 195
– Fahrtüchtigkeit 411
– Tageshöchstdosierung 302
Haloperidol-Decanoat **320**
Haltungsstereotypie, komplexe 94
HAMA 60, **72**
– Angst, generalisierte 224
– Panikstörung 222
Hämatologischer, Status **34**, 35
Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Erwachsene s. HAWIE 52
Hamburger Zwangsinventar 72
Hamburger Zwangsinventar s. HZI 60
HAMD 61, **74**
Hamilton-Angstskala (HAMA) 72
Hamilton-Angstskala s. HAMA 60
Hamilton-Depressionsskala s. HAMD 61
Hämodialyse, bei Lithiumintoxikation 310
Handlungsstereotypie, komplexe 94
Hangtäter 442
Haschisch 167
Haschischmissbrauch, Halluzinose, taktile 140
HASE 77
Hausbesuch 402
HAWIE 28-30, 48, **52-53**
– Demenz, vaskuläre 123
HAWIE-R 48, **52-53**
– Altersnormen 53
HDI 68
Hebephrenie 102, 185, **194**, 296
– Antipsychotikatherapie 195
– Differenzierung
– – von schizoider Störung 197
– – von übererregbarer Persönlichkeit 274
Heidelberger Dissoziations-Inventar (HDI) 68
Heidelberger-Dissoziations-Inventar (HDi) 60
Herdzeichen 57
Heroin 169, 171
– Streckmittel 170
– Verschnittmittel 170
Heroinentzug 169
Herxheimer-Reaktion 136
Herz-Kreislauf-Erkrankung, Depression, symptomatische 145
Herzangstsyndrom 239
Herzerkrankung, alkoholismusbedingte 165
Herzinsuffizienz 330, 333
Herzneurose 221, 238-239
– Persönlichkeitsdiagnostik, testpsychologische 239
– Talking down 240
– Vermeidungsverhalten 239
Herzphobie **105**, 251
Herzregulation 361
Hilflosigkeit, gelernte 204, 215, 278, 441
Hippokampus, PSA-NCAM-Mangel 184
Hippokampusatrophie 43, 117
Hirn-Jogging 120, 124
Hirnarteriosklerose s. Arteriosklerose, zerebrale 122
Hirnatrophie
– Alkoholismus 165
– Alzheimer-Demenz 117
– arteriosklerosebedingte 122
– frontale 43
– fronto-temporale 119, 125
– globale 43
– regional-symmetrische 43
– Schizophrenie 195
Hirnblutung, spontane 156
Hirndruck
– Differenzialdiagnose 85
– Symptome 34
Hirndurchblutung
– Positronenemissionstomografie 44
– Single-Photonen-Emissions-Computertomografie 45
Hirndurchblutungsminderung
– frontale 45
– regionale 45

Hirnentwicklungsstörung, pränatale 185
Hirnerkrankung
– beschütztes Wohnen **400**
– Differenzialdiagnose 90
– maniformes Syndrom 206
– manisches Syndrom 108
– organische, Mutismus 93
Hirnerschütterung **155**
Hirnfunktionsstörung
– Schlafstörung 113
– sekundäre 116
– traumatisch bedingte 154
Hirnfunktionsströrung, medikamentenbedingte 150
Hirnleistungsschwäche 101, 156, 442
– Benton-Test 53
– Kontusionspsychose 156
– Psychosyndrom 111
Hirnmetabolismus, Alzheimer-Demenz 119
Hirnnerven 33
Hirnödem, posttraumatisches 155
Hirnödemprophylaxe, nach Schädel-Hirn-Trauma 156
Hirnorganische
– Erkrankung
– – manisches Syndrom 108
– – Symptome 34
– Krankheit, Ergotherapie **395**
– Störung
– – Benton-Test 53
– – Differenzialdiagnose 91
Hirnorganische Erkrankung, Differenzierung, von bipolarer affektiver Psychose 207
Hirnparenchymdegeneration, arteriosklerosebedingte 122
Hirnprellung 155
Hirnquetschung 155
Hirnrindenatrophie
– frontale 117, 128
– temporo-parietale 117
Hirnschaden, frühkindlicher, Differenzialdiagnose 94
Hirnschädigung 27, **116**
– Affektlabilität 103
– Amnesie 99
– DCS 55
– frühkindliche 116, 295
– – Aggressivität 108
– – Hyperkinese 129
– – Oligophrenie 101
– Hyperkinese 94
– lokalisierte, Psychosyndrom 111
– NET 55
– Psychosyndrom 111
– traumatische 155
Hirnstoffwechsel, Positronenemissionstomografie 44
Hirnstoffwechselsstörung, operationsbedingte 138
Hirnstromkurve 40
Hirntrauma 116
– Differenzialdiagnose 87
Hirntumor 125
Hirnverletzung, Memo-Test 50
HIS 29, **57**-**58**
HIV-Infektion 133, 334
– Nachweis 35
HIV-Test
– Aufklärung 36
– Einwilligung des Patienten 36
Hoffnungslosigkeit 209
Homburger ADHS Skalen für Erwachsene (HASE) 61
Homburger ADHS-Skalen für Erwachsene (HASE) 77
Homosexualität 292
Horrortrip 104, 182
– Cannabismissbrauch 168
– Differenzierung
– – von Kardiophobie 240
– – von Panikstörung 223
– halluzinogenbedingter 173
– Therapie 182, 301, **310**
– Tranquilizertherapie 329
Hospital-hopper Syndrom 294
Hospitalismus 296
Hostilität 442
Hostilitätssyndrom 65, **108**
Huntington-Krankheit, Demenz 128
Hydrocephalus, e vacuo, Morbus Pick 125
Hydroxyzin 328
Hydrozephalus, normotensiver 125
Hyperkinese **94**
– Differenzialätiologie 94
– extrapyramidal bedingte 94
– Huntington-Krankheit 129
– Therapie 132
Hyperkinetische Störung 298
Hyperlipidämie 123
Hypermnesie **99**
Hypermotorik 92
– Hirnschädigung, frühkindliche 295
– kindliche, Therapie 296
Hyperphagie 249
Hypersalivation, Clozapinbedingte 319
Hypersexualität 112
Hypersomnie 254, **255**
Hypersomnie-Bulimie-Syndrom 113, 255
Hyperthyreose, Psychosyndrom **112**
Hypertonie
– Biofeedback **376**
– essenzielle 264
– labile 264
Hyperventilationstetanie 305
Hypervigilität **85**, 100
Hypnoanalyse 362, **363**
Hypnose 254, 348, 362, **363**
– bei anankastischer Persönlichkeit 278
– bei Nikotinabhängigkeit 179
– Fixationsmethode 363
Hypnotika **331**, 332, **333**, 429
– Abhängigkeit 176
– Benzodiazepintyp 331
– Kontraindikation 332
– Nebenwirkung 332
– Therapieresistenz 333
Hypnotikaabusus, psychische Störung 180
Hypnotikaentzugserscheinungen, Therapie 181
Hypnotikum, bei unipolarer Depression 210
Hypochondrie **105**
– BDI 73
– Differenzialätiologie 106
– Erektionsstörung 258
– Erwartungsangst 104
– PSE 63
– zirkumskripte 105, 140, 209
Hypochondrische Störung 237
Hypofrontilität 45
Hypomnesie **99**
Hyponatriämie 308
Hypoparathyreoidismus 131
Hypophysenvorderlappeninsuffizienz, Differenzialdiagnose 91
Hyposomnie 251
– Spätdepression 211
Hypothyreose
– Differenzialdiagnose 91
– Psychosyndrom **112**
Hypoxie, perinatale Hirnschädigung 295
Hysterie 443
HZI 60, **72**
– Persönlichkeit, anankastische 278
– Zwangsneurose 226

I

Ich 351, 389, 443
Ich-Erleben **27**
Ich-Erlebnisstörung 443
Ich-Ideal 278
Ich-Schwäche 279
Ich-Störung 110, 275
– AMDP 65
– Schizomanie 201
– Schizophrenie 194
– – paranoid-halluzinatorische 187
– Symptomatik 84
Icherlebensstörung **110**
Icterus, neonatorum, Hirnschädigung 295
Ideenflucht, BRMAS 76
Ideenflüchtigkeit **96**
– Amphetaminabhängigkeit 174
– Antriebssteigerung 92
– Manie
– – symptomatische 143
– – unipolare **205**
– maniformes Syndrom 107
– Schizomanie 201
– Spätmanie 213
Identitätsstörung
– Alkoholismus 162
– dissoziative 233
Illusion **88**
Imagination 354
Imidazopyridin 332
Imipramin 321
– bei Analgetikaentzug 178
– bei Kardiophobie 240
– bei Panikstörung 223
– bei Spannungskopfschmerz 244
– bei Zwangsneurose 226
– Fahrtüchtigkeit 411
– Wirkprinzip 321
– Wirkungsprofil 322
Immunstatus 133
IMPS 59, **63**
Impulsivität, Hirnschädigung, frühkindliche 295
Impulskontrollstörung **234**, 268-269, 443
– Alzheimer-Demenz 118
Individualpsychologie 355, 357
Individuation 355
Indoktrination, systematische, Folgen 110
Indoktrinationssyndrom 84, **109**
– Anorexie 247
Infektion, Differenzialdiagnose 87
Infektionskrankheit, Depression, symptomatische 145
Inhalanzien, Abhängigkeit 179
Inkohärenz **96**, 107
Inpatient Multidimensional Psychiatric Scale s. IMPS 59
Insomnie 251-252, **253**
– Begleitsymptomatik 251
– Selbstbehandlung 251
Insuffizienz, vertebrobasiläre 155
Integrationsmodell 219
Intelligenz **27**
Intelligenzalter 443
Intelligenzaufbaustörung 101
Intelligenzgrad 52
Intelligenzminderung 101, 295
Intelligenzquotient **52-53**
– Oligophrenie 101
– Richtwerte 53
Intelligenzschwäche, Familienanamnese 22
Intelligenzstörung, HAWIE 53
Intelligenztest, sprachfreier 51
Intention, paradoxe 358, 373, 447
Interaktion 380
– themenzentrierte 381, **389**
Interaktionelle Fallarbeit 390
Interaktionstraining 399
Internal State Scale s. ISS 61
Interpretation 352-353
Intervention
– verbale 454
– zudeckende 349
Interview
– diagnostisches, für das Borderline-Syndrom 60
– semistandardisiertes **18**
– standardisiertes **18-19**
– – Persönlichkeitsinventar 18
– strukturiertes, klinisches s. SKID 59
Intoxikation 309, **310**
– Bewusstseinsstörung 302
– chronische, Differenzialdiagnose 102
– Differenzialdiagnose 85, 87, 93, 100
– Differenzierung
– – von katatoner Schizophrenie 191
– – von psychogenem Erregungszustand 229
– Therapie **310**
– Verwirrtheit 303
Intoxikationspsychose 138, 180, 182
– Differenzierung, von Alkoholismus 166
– Entzugserscheinungen, Therapie 181
Introjektion 443
Introvertiertheit 272
Invalidität 405
Invega 424
Involutionsdepression 106, 211
Involutionsmanie 213
Involutionsmelancholie 211
Involutionspsychose 237
IQ **53**
Isolierung, Halluzination 89
ISS 61

J

Jammerdepression 209, **211**
Johanniskraut 216, 321
Jugendsekte 109

K

Kachexie
– Anorexia nervosa 246
– Opiatabhängigkeit 169
Kanner-Autismus 297
Kardiophobie 239
– Physiotherapie 240
– Psychotherapie 240
– Verhaltenstherapie, kognitive 240
Karoshi-Syndrom 287
Karzinophobie 221, **238**
Kassenleistungen, psychotherapeutische 346
Kastration, chemische 337
Kastrationsangst 237
Katalepsie 93, **191**, 310
Katamnese **25**
Katastrophengedanken 370
Katastrophenreaktion 86, 227
– Verwirrtheit 303
Katatone Schizophrenie 190
Katatonie 310
– Elektrokrampfbehandlung 340
– perniziöse 191
Katharsis 349, 355
– Psychodrama 386
Kernneurose 268
Ketazolam 328
KFA 78
Khat-Abhängigkeit 159
Kieler Schmerzinventar (KSI) 61
Kindchenschema 20
Kindesmisshandlung 406
Klarifikation 353

Klaustrophobie **220**, 239, 444
– Reizüberflutung **368**
Klaustrumatrophie 128
Kleine-Levin-Syndrom 113, 249, 255, 444
Kleinhirnatrophie 43
– Alkoholismus 165
Klimakterium 112
Klinefelter-Syndrom 287
Koffein 177
Kognition, Modifikation 369
Kognitionsanalyse 372
Kognitionsstörung, Psychose, affektive 203
kognitive Störung, leichte 150
Kohlenmonoxidvergiftung, hirnorganisches Psychosyndrom 111
Kokain
– Abhängigkeit 171
– intoxikation, Halluzination 89
– Screening 36
Kokainabhängigkeit 159, 161
Kokainentzug 171
Kokainintoxikation, Therapie 310
Kokainkonsum, Leibmissempfindungen 182
Kokainmissbrauch, Halluzinose, taktile 140
Kokainrausch **171**
Kokainsucht **172**
– Drogenscreening 171
– Entgiftungsbehandlung 171
– Polytoxikomanie 171
Koks 171
Kollagenose, Depression, symptomatische 146
Kollusion 444
Koma **85**, **302**
Kommunikation 15
Kommunikationstraining 399
– Familie 389
Kompetenz
– psychosoziale 390
– soziale
– – Rollenspiel **382**
– – Selbstsicherheitstraining **383**
Kompromiss, neurotischer 352
Konditionieren, operantes 219
Konditionierung 109, 365-366
– aversive, bei Fetischismus 290
– Neurose, hypochondrische 237
– operante 376-377
– Phobie 220
Konfliktsituation 219
– Fokaltherapie 353
– Logotherapie 357
Konflikttrinker 163
Konfrontation
– bei phobischer Neurose 221
– bei Zwangsneurose 226
– Gruppentherapie 380
– imaginative 368
Kontraphobisch 444
Kontrollneigung 278
Kontrollverlust 300
– Alkoholismus 163
– Alkoholismusentwicklung 163
Kontrollzwang 98
Kontusionspsychose 155, **156-157**
Konversionshysterie 232
Konversionsneurose 217, 237, 240, 249
– Schmerzen 241
Konversionsstörung 217, 219
Konversionsstörungen 232
Konversionssymptome 236, 277
Konzentrationsleistung, Testverfahren 50
Konzentrationsstörung, Intoxikationspsychose 181
Koordinationsstörung, Hirnschädigung, frühkindliche 295
Kopfschmerz
– funktioneller 242
– spondylogener 243
– vasomotorischer 243
Kopfschmerzanamnese 243
Kopfschmerzen, postpunktionelle 39
Koprolalie 93
Körperbewegung, Verbindung, mit Gedankenstop 371
Körperbild, BDI 73
Körperfunktion, autonome, Selbstkontrolle 376
Körperfunktionenbeeinflussung, fremdsuggestive 362
Körperhaltung **21**
– Aktivitätsniveau 21
– Ausdrucksfunktion 22
Körperliche, Erkrankung, psychische Störung 144
Körperschemastörung 248
Körperselbstbeeinflussung 360
Körpersprache 359
Körperstörung
– funktionelle
– – Bioenergetik 343
– – progressive Relaxation 362
– psychogene 232
– – Zweckreaktion 236
Körpertherapie 313
– bei Borderline-Persönlichkeit 276
Korsakow-Syndrom 86, 99, **164**, 166, 183
– Differenzialdiagnose 86, 102
– Differenzierung, von akuter Verwirrtheit 304
Kortex, frontaler, Stoffwechselminderung 45
Krampfanfall, dissoziativer 233
Krampfanfälle
– Barbituratentzug 177
– dissoziative 235
Krampfschwelle 137-138
Krankengymnastik 344
Krankheitseinsicht 25, 76
Krankheitsfurcht 237
Krankheitsgewinn 232, 234
– Spannungskopfschmerz 242
Krankheitsverleugnung, bei Bulimia nervosa 249
Kreative Therapien 394
Kreuztoleranz
– Barbiturate 176
– Benzodiazepine 175
– Tranquilizer 331
Kriminalprognose 421
Krise, psychotische, therapeutisches Gespräch 349
Krisenintervention 218, 347
– Außenfürsorge 402
– bei Familienpflege 399
– Gespräch, therapeutisches 349
Krisenreaktion, akute 227
Krisenzeit, biologische, affektlabile Phase 103
Kritikschwäche, indoktrinationsbedingte 110
KSI 78
Kurzanalyse 351
Kurzfragebogen f. Alkoholgefährdete (KFA) 61
Kurztest für allgemeine Intelligenz (KAI) 48
Kurzzeit-Psychotherapie 347, 353
– analytische 351
– Indikation 353

– Krankenkassenleistung 346
Kurzzeitgedächtnisstörung **99**
– Alzheimer-Demenz 118
KZ-Syndrom 218, 231

L

L-Tryptophan, bei Insomnie 253
Labeling 82
Laboruntersuchungen **35**
Laktationspsychose 262
Landesunterbringungsgesetz 414
Langzeit-Psychotherapie 350
Langzeitgedächtnisstörung **99**
Langzeitprognose 26
Latenzperiode 444
Laxanzienabusus
– Anorexia nervosa 246
– Bulimia nervosa 249
Lebensfallen 375
Lebenskrise
– Fokaltherapie 353
– Logotherapie 357
Lebenslauf **23**
Lebensplan 391
Lebensplanung, Anamnese 24
Lebensschwierigkeiten
– Individualtherapie 356
– Psychologie, analytische 355
Lebererkrankung, alkoholismusbedingte 165
Legierungspsychose 201
Lehranalyse 444
Leibgefühlsstörung 281
Leibhalluzination 89, **90**
Leibmissempfindungen 182
– Spätdepression 211
Leichte kognitive Störung 150
Leistung, kognitive, Störung 83
Leistungsfähigkeit, kognitive, im höheren Alter 58
Leistungstest 27, 47-48, **49-50**
– Benton-Test 48, **53**
– d2-Test 48, **50**
– DCS 48, **55**
– Demenz-Test 48
– FWIT **51**
– HAWIE 48, **52-53**
– HAWIE-R 48, **52-53**
– HIS **57-58**
– Memo-Test 48
– MMST 48, **54**
– MWT-B **52**
– NAI **58**
– NET 48, **55**
– Raven-Test 48
– SIDAM **58**
– TME **50**
Lernbehinderung 101
– Hirnschädigung, frühkindliche 295
Lernen, soziales 346, 381
Lerngeschichte 365, 379
Leukenzephalopathie 134
Levomepromazin
– be Huntington-Krankheit 130
– bei Erregungszustand 301
– bei Morbus Pick 125
– bei Opiatentzug 170
– bei symptomatischer Manie 143
– Fahrtüchtigkeit 411
– Tageshöchstdosierung 302
Levomethadon 169
Lewy-Körperchen, Demenz 121
Libidoabnahme, depressives Syndrom 106
Libidominderung 112
Libidosteigerung
– Manie, unipolare 205
– manisches Syndrom 107
Libidoverlust 259
– BDI 73
– Bulimia nervosa 249
– Methadon-bedingter 334
– Opiatabhängigkeit 169
Lichtapplikation, bei affektiver Psychose 204
Lichttherapie 313
– bei Schlaf-Wach-Rhythmus-Störung 256
Liebeswahn **97**, **198**
Liebowitz-Skala 60
Life events, Psychoseauslösung 185
Liquor, cerebrospinalis
– Farbe 39
– Gesamtprotein 39
– Glukosekonzentration 39
– oligoklonale Banden 39
– Zellbild 39
– Zellzahl 39
Liquordiagnostik 302
Liquorraumerweiterung 43
– Morbus Pick 125
Liquoruntersuchung **38**
Lisdexamphetamin (Vyvanse) 296
Lithium 210, 326, **326**
– bei schizoaffektiver Störung 202
– bei Spätmanie 213
– Kontraindikation **326**
– Nebenwirkung **325**
– Serumspiegel 326
– Wirkprinzip 325
– Wirkung, teratogene 326
Lithiumintoxikation 309, 326
– Therapie 310
Lithiumtherapie
– Kontrolluntersuchungen 326
– Schwangerschaft 326
Locked-in-Syndrom 303
Locus, coeruleus 222
Lofepramin, Wirkungsprofil 322
Logoklonie 118
Logopädie 445
Logophobie 20
Logorrhö 20, 92, **96**
– Manie, unipolare **205**
Logotherapie 226, **357**
Lorazepam 328
– bei Amphetaminrausch 174
– bei Erregungszustand 301
– bei Halluzinogenrausch 173
– bei Kardiophobie 240
– bei Katatonie 311
– bei Kokainentzug 172
– bei Panikstörung 223
– bei Stupor 311
– Fahrtüchtigkeit 411
– Tageshöchstdosierung 302
– Wirkprofil 329
Lösungsmittelinhalation s. Schnüffelsucht 179
Lösungsmittelkonsum, suchtmäßiger 160
Lower dose dependency, Benzodiazepine 175
Loxapin 424
– Inhalation 301
LSD 171, **172**
LSD-Konsum, Differenzialdiagnose 90
Lues, cerebrospinalis 135
Luesserologie 136
Lumbalpunktion 39
Lustprinzip 445

M

MADRS 61, **75**
Magersucht 246
Magnetresonanztomografie 43
– Einwilligung des Patienten 43
Makroangiopathie, zerebrale 122
Makropsie 445
MALT 61, **79**
– Alkoholismus 164

Mandsley Obsessional Compulsive Checklist s. MOCI 60
Mangelerlebnisse, Überkompensation 356
Manie
– BRMAS 77
– Differenzialdiagnose 94
– endogene 204
– gereizte 107, 205
– ISS 76
– Persönlichkeitsinventar 61, **76**
– sekundäre 142
– somatogene 142
– stille 107, 205
– symptomatische 142, 206
– – Überwachung 143
– unipolare 203-204
– – Geschäftsfähigkeit 206
– – Prägnanztypen 205
– – Rezidivprophylaxe 206
– – Tagesschwankung 205
– – Zwangseinweisung 206
– verworrene 205
– wahnhafte 205
– YMRS 76
Manieriertheit 94, 191
– Schizophrenie 194
Maniformes, Syndrom **107**, 205, 213
– Antriebssteigerung 92, 107
– Denkstörung 96
– Differenzialdiagnose 108
– Insomnie 253
– ISS 76
Manisch-depressive Erkrankung 207
MAO-Hemmer, bei Zwangsneurose 226
MAO-Hemmer s. Monoaminooxidase-B-Hemmer **321**
MAO-Hemmer-Intoxikation 309
Maprotilin 321
– Fahrtüchtigkeit 411
Marihuana 167
Masochismus 292
Maßregeln 405, 420, **421**
Massenhysterie 109
Matritzen, progressive s. Raven-Test 48
MCD s. Minimale zerebrale Dysfunktion 101
Medazepam 328
Medikamente
– Angstsyndrom, symptomatisches 149
– Interaktion 314
– Manie, sekundäre 142
– Nebenwirkung, psychotrope 150
– Psychose, sekundäre 150
– Schlafstörung 253
– Serumspiegelbestimmung 151
Medikamentenabhängigkeit 160
Medikamentenanamnese, bei Schlafstörung 252
Medikamentendelir 308
Medikamentenmissbrauch
– bei Kardiophobie 240
– bei Panikstörung 223
– bei posttraumatischer Belastungsstörung 230
– Bulimia nervosa 249
– chronischer 147
– Differenzierung
– – von asthenischer Persönlichkeit 280
– – von bipolarer affektiver Psychose 208
– – von dissozialer Persönlichkeit 273
– Insomnie 251, 253
– Kopfschmerz 243
– Neurose 217
Medikamentenscreening 182
– bei Erregungszustand 301
– bei Intoxikationspsychose 181
– bei Psychose 151
Meinhaftigkeit 110
Melancholie 208
Melatoninagonist 331
Melitracen 321
– Wirkungsprofil 322
Melperon
– bei Alkoholentzug 166
– bei Benzodiazepinentzugsdelir 176
– bei Cannabisentzug 169
– bei Entzugserscheinungen 181
– bei Huntington-Krankheit 130
– bei Insomnie 253
Memantin 314
– Kontraindikation 314
– Nebenwirkung 314
Memo-Test 30, 48, **49**
Meningoenzephalitis
– Differenzialdiagnose 85
– subchronische, AIDS 133
Mentalisierungsbasierte Therapie 356
Merkfähigkeit, Testverfahren 50, 55
Merkschwäche, Demenz, vaskuläre 122
Metabolisches Syndrom 35
Metadazepam 328
metakognitives Training 385
Methadon 170, **334-335**
– Beigebrauch 334
– Drogenanamnese 335
– Kontraindikationen 334
– Wirkprinzip 334
Methylphenidat 296
Mianserin 321
– Fahrtüchtigkeit 412
Michael-Kohlhaas-Syndrom 271
Mienenspiel **19**
Migräne 243
Migranten 23, 82
Mikroangiopathie, zerebrale 122
Mikropsie 445
Mild cognitive impairment (MCI) 150
Mimik 19, **19**
Minderbegabung 101
Minderung
– der Einsichtsfähigkeit **419**
– der Steuerungsfähigkeit **419**
Minderwertigkeitserlebnisse, Überkompensation 356
Mini-Mental-Status-Test s. MMST 48
Minimale, zerebrale
– Dysfunktion 295
– Funktionsstörung 101
Minnesota Multiphasic Personality Inventory s. MMPI 59
Minor Depression 214
Miosis
– Barbituratintoxikation 176
– Methadon-bedingte 334
– Opiatintoxikation 169
Mirtazapin 427
– Wirkungsprofil 322
Mischpsychose, schizoaffektive 201
Missbrauch 159, **161-162**
– sexueller 260-261, 292
– – von Kindern 406
– – von Schutzbefohlenen 422
MMPI 59, **64**
– Angst, generalisierte 224
– Anorexia nervosa 247
– Arbeitssüchtigkeit 287
– Borderline-Persönlichkeit, instabile 275
– dissoziative Störung 233
– Dysthymia 215
– Kardiophobie 239
– Neurose, hypochondrische 238
– Persönlichkeit
– – hyperthyme 214
– – selbstunsichere 279

– Persönlichkeitsstörung
– – dissoziale 273
– – histrionische 277
– Phobie 221
– Pseudoepilepsie 235
– Spannungskopfschmerz 243
MMST 28-29, 48, **54**, 58
– Alzheimer-Demenz 118
– Demenz, vaskuläre 123
MOCI 60
Moclobemid 321
– bei Hypersomnie 255
– bei Panikstörung 223
– bei Zwangsneurose 226
– Wirkungsprofil 322
Modell-Lernen 368
– dissoziative Störung 232
– Gruppenarbeit, psychiatrische **382**
– Gruppentherapie 380
Modellpsychose 182
Monoaminooxidase-B-Hemmer **321**, 324
Montgomery-Assberg-Depressions-Rating-Skala s. MADRS 61
Morbus, Huntington 116
– Positronenemissionstomografie 45
Morbus Alzheimer 117
Morbus Huntington, Computertomografie 43
Morbus Pick, Computertomografie 43
Morphinantagonisten 170
Motilität 21
Motilitätspsychose **200**
Motorik, Auflockerung 394
Motorikstörung 83, **92-93**
MRT 43
Multiinfarktdemenz 122, **123-124**
– Differenzierung, von der Alzheimer-Demenz 120
Multiple, Sklerose 233
Multisystematrophie, Parkinson-Syndrom 131
Münchhausen Syndrom 294
Münchhausen-by-proxy Syndrom 294
Münchhausen-Syndrom 241, 446
Münchner Alkoholismustest s. MALT 61
Münzverstärkungssystem 378
Musiktherapie 216, 394
Muskelrelaxation 341
– progressive 254, 348, 362
Mutismus 20, 91, **93**, 310
– Differenzialdiagnose 93
– Schizophrenie, katatone 191
Mutismus, akinetischer 303
Mutterbindung 278, 287
MWT-B **52**
Myasthenia gravis 329-330, 333
Mydriasis
– Halluzinogenmissbrauch 172
– Kokainrausch 171
Myelinolyse, pontine, zentrale 308
Myelose, funikuläre 151
– Therapie 153

N

Nachhallpsychose 181
Nachtklinik 398
NAI **58**
NAKOS 431
Naloxon 170, 310
Naltrexon 170, **336-337**
– Kontraindikation 337
– Nebenwirkung 337
NARI 321
Narkolepsie 254
Narzissmus
– Anorexia nervosa 246
– Roulettespieler 283
Nebennierenrindeninsuffizienz, Psychosyndrom **112**
Negativismus 191
Negativsymptomatik, Beurteilung (SANS) 60
Neglect 55
Neglect-Test s. NET 48
NEO-Fünf-Faktoren-Inventar (NEO-FFI) 67
Neologismus 446
Neoplasie, Depression, symptomatische 146
Neostriatum, Glukoseumsatzverminderung 45
Nephropathie, analgetikabedingte 177
Nervensystemerkrankung, alkoholismusbedingte 166
NET 48, **55**
Neurasthenie 109
Neuregulin 184
Neuroleptanalgesie 316
Neuroleptisches, Syndrom, malignes 191, 311, 317
Neuroleptisches Syndrom, malignes 445
Neurologische, Erkrankung, Hyperkinese 94
Neurolues 124
Neuropeptid-System 185
Neuropsychologische, Untersuchung **27**, **29**, 34, 54
Neuropsychologische Untersuchung, Leistungstest 27
Neurose 217
– anankastische 225
– depressive 106, 204, 214
– Gruppenpsychotherapie, analytische 381, **387**
– hypochondrische 105, 220-221, 237, **238**
– – Chronifizierung 238
– – Konditionierung 237
– – Persönlichkeitsdiagnostik 238
– hysterische 232
– Komorbidität 217
– noogene 357
– phobische 105, **221**
– – Diagnostik 221
– – Konfrontation 221
– – Vermeidungsverhalten 220-221
– Psychodrama 381
– traumatische s. Belastungsreaktion, posttraumatische 229
Neurosenpsychologische Untersuchung 24, **31**
Neurosentheorie 355
Neurostatus 29, **33-34**
Neurotische, Störung, Ambivalenz 92
Neurotische Störung 217
Neurotransmission 446
– GABA-erge 331
Neurotransmissionsstörung, Panikstörung 222
Neurotransmitter 159
– verminderte 118
Neurotransmitterstoffwechsel
– Drogeneinwirkung 182
– Medikamenteneinfluss, depressiogener 147
Nihilismus 106, 209, 446
Nikotin
– Abhängigkeit 178
– Raucherentwöhnung 336, **337**
– Wirkprinzip 336
Nikotinabhängigkeit 161, **179**
– Entwöhnungsbehandlung 179
– Spätfolgen 179
Nikotinagonist 336
Nikotinentwöhnung 336-337
Nikotinmissbrauch, Anamnese, bei Schlafstörung 252
Nikotinsystem, transdermales 179, 336, **337**
– Kontraindikation 337
– Nebenwirkung 337
NMDA-Rezeptoren 185

Nootropika 296, 313
– Kontraindikation **314**
– Nebenwirkung **314**
– Schlafstörung 253
Noradrenalin- u. Dopaminwiederaufnahmehemmer (NDRI) 321
Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer, spezifische 321
Nordazepam 328
Normaldruck-Hydrozephalus, Demenz 134
Normalisierungs-Psychose 137
normotensiver Hydrozephalus, Demenz 134
Nortriptylin, Wirkungsprofil 322
Notfall, psychiatrischer 300, **300-301**
– Fremdanamnese 300
– Intervention 300
Notfalllabor 302
Notstand, rechtfertigender, Bruch der Schweigepflicht 406
NPH, Demenz 134
Nucleus, caudatus, Stoffwechselminderung 45
Nürnberger Altersinventar (NAI) 49, 58
Nystagmus
– Amphetaminrausch 174
– Barbituratmissbrauch 177
– Beruhigungsmittelabhängigkeit 175
– Schnüffelsucht 180

O

Olanzapin 317
Oligophrenie 101
Omnipotenzgefühl, Manie, unipolare 205
Oneiroid s. Verworrenheit, traumhafte **88**
OPCA s. Atrophie, olivoponto-zerebelläre 131
Ophthalmoplegie, supranukleäre, progressive s. Steele-Richardson-Olszewski-Syndrom 131
Opiat, Toleranzentwicklung 169
Opiatabhängigkeit 159, 161, **170**, 334
– Entgiftung 170
– Entwöhnungsbehandlung **336-337**
– Polytoxikomanie 170
– Rezidivprophylaxe 170
– Substitutionsbehandlung 170
– Suchtanamnese 170
Opiate 169
– Abhängigkeit 169
– Abhängigkeitspotenzial 169
– Screening 36
Opiatentzug 169, 309
Opiatentzugssyndrom, Therapie 336-337
Opiatintoxikation 169, 309
– Therapie 170, 310
Opiatrausch **169**
Opiatrezeptorenblockade 334
Opiatsystem 159
Opioid
– Abhängigkeitspotenzial 169
– Toleranzentwicklung 169
Opioidabhängigkeit **170**
– Entgiftung 170
– Suchtanamnese 170
Opioide 169
Opioidintoxikation 169
Opioidrausch **169**
Opipramol 328
– bei Dysthymia 216
– bei generalisierter Angst 225
Organisch halluzinatorische Störung 140
Organisch katatone Störung 141
Organisch wahnhafte Störung 141
organische psychische Störung 116
Orientiertheit **26**
Orientierung, Symptomatik 83
Orientierungsstörung **85**, 303
– AMDP 65
– Differenzialdiagnose 86
– Symptomatik **85**
– Vitamin-B_{12}-Mangel-Psychose 152
Östrogenmangel 112
Östrogenüberschuss, Psychosyndrom **112**
Othello-Syndrom 198
Oxazepam 328
– bei Panikstörung 223
– Fahrtüchtigkeit 412
Oxitriptan 321

P

P & A s. Panik- und Agoraphobieskala 60
Paartherapie 380
Päderastie 291
Pädophilie **291**, 422
Paliperidon 315, 424
Panarteriitis, nodosa, Demenz 124
Panik **103**, 104
– Differenzialätiologie 104
– Symptome 104
Panik- und Agoraphobieskala 60, **71**
Panikanfall
– Differenzialdiagnose 93
– talking down 223
Panikattacke 220, 222, 301, 305, 331
– Therapie 301
– Tranquilizertherapie 329
Panikattacken 71
– Positronenemissionstomografie 45
Panikerkrankung 322
Panikstörung 222, **223**, 239
– Chronifizierung 223
– Diagnostik, neurosenpsychologische 222
– Erwartungsangst 222
– Persönlichkeitsdiagnostik, testpsychologische 222
– Verhaltensanalyse 222
– Verhaltenstherapie 223
– Vermeidungsverhalten 222
Pankreaserkrankung, alkoholismusbedingte 165
Pankreatitis 165
Pantomimik **20**
Paracetamol, bei Spannungskopfschmerz 243
Parakinese 447
Paralyse, progressive 135
– manisches Syndrom 108
Paralysis, agitans 130
Paramimie 19
Paramnesie **99**, 447
Paranoia **97**, 197, 447
paranoide Psychose 197
Paranoides, Syndrom **96-97**
Paraphrenie 187, 197
Parasomnie **251**, **257**
– Polysomnografie **257**
Parasuizid 107
Parathymie **102**
– schizoide Störung 196
– schizophrenes Residuum 193
– Schizophrenie 194
Parkinson-Krankheit, Demenz 130
Parkinson-Syndrom 130
– arteriosklerotisch bedingtes 131
– Medikamentenanamnese 131
– metabolisch bedingtes 131
– neuroleptisches 316

– – Therapie 310
– pharmakogenes 131
– postenzephalitisches 131
– posttraumatisches 131
– toxisch bedingtes 131
Parkinsonoid 94, 130
Parosmie 447
Paroxetin 321
– bei Dysthymia 216
– bei Kokainentzug 172
– Wirkungsprofil 322
Partnerschaftskonflikt
– Erektionsstörung 258
– Frigidität 259
Partnerschaftskrise, systemische Therapie 381, **388**
Partnertherapie 356
– bei Dyspareunie 261
– bei Erektionsstörung 258
– bei Transvestismus 289
Passive Persönlichkeit 279
Patientenanwalt 416
Patientenrat 399
Pavor, nocturnus 251
– Polysomnografie 257
Pavor nocturnus **257**
Penicillin, bei Lues 136
Penicillinunverträglichkeit 136
Perphenazin-Decanoat **320**
Perphenazin-Enantat **320**
Perseveration **95**, 447
– Gedankenstop 370
Persönlichkeit
– abhängige, Sozialprognose 280
– asthenische 436
– depressive 204, 269
– – altersbedingte Akzentuierung 212
– dissoziale 269
– emotional instabile 93, 204, 269
– – Neurosenausweitung 217
– emotional-instabile 103
– fanatische 271
– histrionische, Anfälle 236
– hyperthyme 143, 204
– – Persönlichkeitsdiagnostik 214
– hypochondrische 293
– multiple 233
– paranoide 269, 271
– querulatorische 199, 271
– schizoide 269
– selbstunsichere 278
– soziopathische 273
– stimmungslabile 143
Persönlichkeits-Entfaltungstest 47
Persönlichkeitsabbau
– Alkoholismus 163
– Alzheimer-Demenz 121
– Morbus Pick 125
– Paralyse, progressive 136
Persönlichkeitsdiagnostik, testpsychologische
– Anorexia nervosa 247
– Bulimia nervosa 249
– Persönlichkeitsstörung **214**
Persönlichkeitsentfaltungstest 81
Persönlichkeitsinventar 18, 47, 59-61, **62**
– AMDP 59, **65**
– BDI 61, **73**
– BDI-II **73**
– BPI 60, **69**
– BPRS 60, **69**
– BRMAS 61, 76
– CGI 63, **63**
– DIB 60, **68**
– DSN **75**
– FMSS 60, **70**
– FPI-R 59, **66-67**
– FSV 77
– Gießen-Test 59, **66**
– HAMA 60, **72**
– HAMD 61, **74**
– HZI 60, **72**
– IMPS 59, **63**
– ISS 61
– KFA 78
– KSI 78
– MADRS 61, **75**
– MALT 61, **79**
– MMPI 59, **64**
– MOCI 60
– Panik- und Agoraphobieskala 60
– PSE 59, **62**
– QUISS 77
– SANS 60, **70**
– SAS 60, **71**
– SCAG **78**
– SDS 61, **74**
– SIAB 78
– SKID 59, **64**
– TAI 61, **79**
– Y-BOCS 60, **73**
– YMRS 61, **76**
Persönlichkeitsmodell 351
Persönlichkeitsreorganisation 359
Persönlichkeitsstörung 143, **269**, 346
– abhängige 279
– Aggressivität 108
– anankastische 98, 277
– ängstliche 278
– beschütztes Wohnen **400**
– Bewegungstherapie 344
– Charakterisierung 269
– Definition 268
– Delinquenz **420**
– depressive 214
– Differenzierung, von phobischer Neurose 221
– dissoziale 273
– Elektroenzephalografie 41
– emotional instabile, Borderline-Typ 275
– emotional instabile, impulsiver Typ 274
– Ergotherapie **395**
– Erregungszustand, psychogener 229
– Gestalttherapie **359**
– histrionische 276
– hypochondrische **280**
– hysterische 276
– infantile 276
– Komorbidität 268
– nach Extrembelastung 219
– narzisstische 281
– Psychodrama **386**
– Psychologie, analytische 355
– Psychotherapie
– – analytische 351
– – tiefenpsychologisch fundierte 353
– Roulettespieler 283
– schizoide 272
– schizotype 196
– Selbstsicherheitstraining **383**
– Therapie 268
– Verhaltenstherapie, rational-emotive **371**
– zwanghafte 277
Persönlichkeitsstörungen 268
Persönlichkeitsstruktur, Hypertonie, essentielle 264
Persönlichkeitsveränderung
– Alkoholismus 164
– Alzheimer-Demenz 118
– Cannabismissbrauch 168
– indoktrinationsbedingte 110
– organische 116
– Parkinson-Krankheit 130
– Psychose, affektive bipolare 208
– Schizophrenia simplex 194
Persönlichkeitswandel, erlebnisbedingter 230
PET s. Positronenemissionstomografie 44
Petit mal 448
Pflegebedürftigkeit
– Alzheimer-Demenz 118, 120
– Huntington-Krankheit 130

Pflegefamilie **398**
Pflegestärkungsgesetz (PSG) 410
Phallische Phase 448
Phasenprophylaktika 427
Phasenprophylaxe, bei affektiver Psychose **325**-**326**
Phencyclidin **172**
Phenothiazine **315**
Phenylindol 315
Phenylketonurie 295
Phobie 103, **104**, **220**-**221**
– Desensibilisierung, systematische 221, **367**
– Diagnostik 221
– Erwartungsangst 104, 220
– Konditionierung 220
– Konfrontation 221
– soziale **221**
– – Entstehungsmodell 365
– spezifische **221**, 237
– Symptomverschreibung **373**
– Verhaltensanalyse 221, 367
– Verhaltenstherapie 366, **366**
– – kognitive **370**
– Vermeidungsverhalten 220-221
Phobische Störung 220
Phobophobie **104**, **220**
Phonik **20**
Photismen 89
Photosensibilität, neuroleptikabedingte 317
Physiognomie **19**
– Pseudoexpressivität 19
Physiotherapie 343
– bei Kardiophobie 240
Phytopharmaka, bei Insomnie 253
Phytotherapeutika **328**
– bei symptomatischem Angstsyndrom 148
– schlafanstoßende 332-333
Pick, Morbus 116, 124, **125**
– Single-Photonen-Emissions-Computertomografie 45
Pickwick-Syndrom 255, 448
Pindolol 328
Pipamperon
– bei AIDS-Enzephalopathie 134
– bei Alzheimer-Demenz 120
– bei Morbus Pick 125
Platzangst 239
Polydipsie 249, 448
– lithiumbedingte 325
Polyneuropathie 233
Polysomnografie 40
– Hypersomnie 255
– Insomnie 252
– Parasomnie 257
– Schlaf-Wach-Rhythmus 256
Polytoxikomanie 159-160
– Amphetaminabhängigkeit 175
– Benzodiazpinmissbrauch 176
– Cannabismissbrauch 168
– Entzugsverlauf 160
– Flunitrazepam 175
– Halluzinogenmissbrauch 173
– Kokainsucht 171
– Opiatabhängigkeit 170
– Opioidabhängigkeit 170
Poriomanie 232, 234
– Sublimierung 235
Positivsymptomatik, Beurteilung SANS 60
Positronenemissionstomografie **44**
Post-partum-Psychose 262
Potenzverlust, Alkoholismus 165
Potomanie 162
Prädelir 307-308, **308**
– Therapie 336
Prägenitale Phase 448
Präsuizidales Syndrom 107
Präsuizides Syndrom 448
Prazepam 328
Pregabalin 148, 328, 330
Present State Examination s. PSE 59
Primäraffekt, luetischer 135
Problemanalyse 365
Problembewältigung 349
Problemfamilie 388
Progressive Paralyse 135
Projektion **80**
Prolaktinbestimmung, postiktale 235
Prolaktinüberschuss, Psychosyndrom **112**
Promazin
– bei Alkoholentzug 166
– bei Cannabisentzug 169
Promethazin
– bei Alkoholentzug 166
– bei Alzheimer-Demenz 120
– bei Cannabisentzug 169
– bei Insomnie 253
– Fahrtüchtigkeit 412
Propranolol 328
Prosodie 15, 20
Prosopagnosie 30
Prozessfähigkeit **414**
Prozesspsychose, schizophrene 185, 194
PSA-NCAM-Mangel 184
PSE 59, **62**
Pseudo, neurasthenisches, Syndrom 135
Pseudoanfälle 233
Pseudodebilität 101, 296
Pseudodemenz 102, 124
Pseudoepilepsie **236**
– Computertomografie, kranielle 235
– Exploration, vertiefte 235
Pseudoexpressivität 19
Pseudohalluzination **89**
Psilocybin 449
Psychalgie 240
Psychiatrie, forensische 405, **405**-**406**
Psychische
– Erkrankung, altersgebundene 25
– Störung
– – hirnorganisch begründbare 116, **295**
– – organische 84
– – symptomatische **144**-**145**
Psychische Störung
– durch psychotrope Substanzen 181
– medikamenteninduzierte 150
Psychoanalyse 346, 351, **351**
– Abstinenzregel 352
– Grundregel 352
– Gruppenpsychotherapie 386
– Widerstände 352
Psychodrama 228, 279, 381, **385**
– Abschlussphase 386
– Doppelgängertechnik 386
– Erwärmungsphase 386
– Familientherapie 388
– Spiegeltechnik 386
– Spielphase 386
Psychodynamik 17, 387
Psychogenese 219
Psychologie, humanistische 358-359, 389, 449
Psychometrie 47-48, **49**
– Alzheimer-Demenz 118
– Demenz, vaskuläre 123
– Hirnleistungsschwäche 156
– Kontusionspsychose 156
Psychomotorik **21**, **26**
Psychomotorikstörung 91
Psychopharmaka 313, **313**, 314
– Indikation 313
Psychopharmakaeinfluss, Antriebsstörung 92
Psychose
– affektive 203, **204**, **208**

– – Antriebsstörung 203
– – Auslösefaktoren 204
– – bipolare **207**
– – Differenzialdiagnostik 205
– – Elektroenzephalografie 41
– – Häufigkeitsverteilung 203
– – ICD-10-Klassifikation 204
– – Kognitionsstörung 203
– – Langzeitprophylaxe 204
– – nach Gestationspsychose 154
– – Phasenprophylaxe **326**
– – Therapie 204
– affektive bipolare
– – Drogenanamnese 208
– – Phasendauer 207
– – rapid cyclers 207
– akute schizophrene, Differenzialdiagnose 88
– beschütztes Wohnen **400**
– chronische 181
– – Delinquenz **420**
– – Selbstsicherheitstraining **383**
– chronische schizophrene, Computertomografie 43
– depressive, Angst 104
– Differenzialdiagnose 182
– Differenzialdiagnostik 186
– drogeninduzierte 173-174, 180, **182**
– – Panikattacke 305
– epileptische **138**
– – Positronenemissionstomografie 45
– – Schuldfähigkeit 138
– – Suizidrisiko 138
– Ergotherapie **395**
– Familienanamnese 22
– in der Schwangerschaft s. Gestationspsychose 153
– latente, schwangerschaftsbedingte Aktivierung 154
– medikamenteninduzierte **150-151**
– organisch begründbare 116
– paranoide 197
– Rezidivprophylaxe 318
– schizoaffektive 184
– – Prognose 185
– schizophrene
– – Affektverarmung 102
– – akute 300
– – Angst 104
– – beginnende 139, 143
– – Denkstörung 96
– – latente Aktivierung 182
– Suizidalität 306
– symptomatische, Verwirrtheit 303
– Zwangseinweisung 415
– zykloide 200
– – Rückfallprophylaxe 200
Psychosomatische, Erkrankung 146, 217, **220**, **243**-**244**
– autogenes Training **361**
– Bewegungstherapie 344
– Hypnose **363**
– Individualtherapie 356
– körperliche Disposition 219
– stützende Psychotherapie **350**
Psychosomatische Grundversorgung 360
Psychostatus 15, **26**
– Persönlichkeitsinventar 59, **62**
Psychostimulanzien, bei Hypersomnie 255
Psychostimulanzienintoxikation 309
Psychosyndrom
– algogenes 240
– endokrines **112**
– – Affektlabilität 103
– frühkindlich exogenes 295
– hirnlokales 111, 125
– hirnorganisches 86, 99, **111**, 134
– – Affektinkontinenz 103
– – Arbeitstherapie **393**
– – Differenzialdiagnose 86
– – posttraumatisches **156**
– – SCAG 78
– organisches, progressive Paralyse 136
Psychosyndrome 111
Psychotherapie 345, **346**
– analytische 346, 351, **351**, **355**
– aufdeckende 351-352, 354
– bei Anorexia nervosa 248
– bei Borderline-Persönlichkeit 276
– bei Fetischismus 290
– bei narzisstischer Persönlichkeit 282
– bei psychosomatischer Erkrankung 219
– bei Sadomasochismus 293
– bei Stehlsüchtigkeit 286
– bei Transsexualität 288
– bei Transvestismus 289
– bei Wahnkrankheit 199
– dynamische 352
– Formen 347
– imaginative 354
– Indikation 346-348
– Indikationsstellung 345
– individualpsychologische 355
– kognitive 365-366, **369**
– konfliktzentrierte
– – bei Bulimia nervosa 249
– – bei depressiver Reaktion 231
– – bei dissoziativer Störung 234
– – bei hypochondrischer Neurose 238
– – bei Kardiophobie 240
– – bei Poriomanie 235
– – bei posttraumatischer Belastungsstörung 230
– Krankenkassenleistung 346
– nach Psychotraumatisierung 218
– niederfrequente 352
– psychodynamische 352
– rational-emotive 365-366
– stützend-adaptive, bei Schizophrenia simplex 195
– stützende 347, 350, **350**
– – bei katatoner Schizophrenie 192
– – bei Pseudoepilepsie 236
– – bei Rentenneurose 294
– – bei Zwangsneurose 226
– tiefenpsychologisch fundierte 346-347, 352-354
– – Kurzzeitverfahren 353
– – Probesitzungen 353
– tiefenpsychologisch orientierte
– – Erstinterview **17**
– – Indikationsstellung 17
– zudeckende 349-350, 455
Psychotrauma, Differenzialdiagnose 87
Psychotraumatisierung 218, 231
– anhaltend-rezidivierende 217
– dissoziative Störung 232
Puerilismus 449
Puerperalpsychose 262
Pyromanie 284
– Schuldfähigkeit 285

Q

Quantifizierungsinventar für Somatoforme Störungen (QUISS) 62
Quartalstrinker 163
Querulantenwahn **98**, **198**
Quetelets-Index **246**
QUISS 77

R

Ramelteon 429
Rapid cyclers 207
– Therapie 208
Rapid Dementia Screening Test (RDST) 56
Raptus, melancholicus 450
Raumangst 239
Raumerfassen 28
Raumforderung
– intrakranielle, Bewusstseinsstörung 302
– zerebrale, Symptome 34
Rausch
– alkoholbedingter 164
– amphetaminbedingter **174**
– cannabisbedingter **168**
– Denkstörung 96
– Differenzialdiagnose 85, 87, 108
– Differenzierung, von Poriomanie 235
– drogenbedingter 99
– – Differenzialdiagnose 100
– halluzinogenbedingter **172**, 173
– kokainbedingter **171**
– lösungsmittelbedingter 180
– opiatbedingter **169**
– opioidbedingter **169**
– pathologischer 94, **164**, 300
– – Differenzialdiagnose 94
Rauschdroge **167**
Rauschmittelkonsum, Differenzierung, von hyperthymer Persönlichkeit 214
Rauschmittelsucht **173**
– Persönlichkeitstruktur 172
Raven-Test 29, 48, **51**
Reaktion, depressive **231**
Reaktionsverhinderung 368
Reaktive Depression 231
Realitätserfahrung 380
Realitätsprinzip 450
Realitätstesten 370
Reattributierung 370
Reconditioning 365
Regression 450
– Alkoholismus 162
– Spielsüchtigkeit 283
– süchtiges Verhalten 270
Rehabilitation 47, 392, 405, 410
– bestreutes Wohnen 400
– FWIT 51
– Gemeinschaft, therapeutische **399**
– nach Schädel-Hirn-Trauma 157
– Netzwerk, psychiatrisches 398
– Schizophrenie 186
– – paranoid-halluzinatorische 188
– Tagesklinik **397**
Reizbarkeit 274
Reizhunger 276, 282
Reizkonfrontation 366, 368
Reizüberflutung 366, 368
– Verhaltensanalyse 368
Reizverarbeitung 184
Relaxation, progressive 362
– bei Phobie 367
REM-Latenzzeit, verkürzte 41
REM-Schlaf 251, 450
REM-Schlaf-Entzug 339
Remergil 427
Rentenbegehren 294
Rentenneurose 155, 237, 293, **294**
– Anfälle 236
– Kopfschmerz 243
– Persönlichkeitsdiagnostik 293
– Psychotherapie 294
– Schmerzen 241
Rentenquerulanz 294
Rentenverfahren **408**
Reorganisation 359
Residuum
– schizophrenes 192
– zyklothymes 208
Resonanz, affektive **27**
– fehlende 102
Ressourcen 349
Restless-legs-Syndrom 254
Rezeptorensensibilität, postsynaptische 340
Rezidivprophylaxe, Außenfürsorge 402
Rhythmik, zirkadiane, Resynchronisation 339
Richtlinienverfahren 346
Richtungsprognose 450
Rigor, malignes neuroleptisches Syndrom 311
Risperdal CONSTA 425
Rivastigmin 132
RL-Methadon 334
Ro 171, **175**
Rollenspiel 279, 380-382
– bei akuter Belastungsreaktion 228
– bei Poriomanie 235
– Familientherapie 388
Rorschach-Formdeuteversuch 80, **80**
– Gütekriterien 81
Rorschach-Test
– Anorexia nervosa 247
– Borderline-Persönlichkeit, instabile 275
– Bulimia nervosa 249
– Exhibitionismus 291
– Neurose, hypochondrische 238
– Persönlichkeit, selbstunsichere 279
– Stehlsüchtigkeit 286
Roulettespieler 283
Rozerem 210, 331, 429
rTMS 342

S

Sachverständiger, psychiatrischer **407**
Sadismus 292
Sadomasochismus **292**
Salazosulfapyridin 265
SANS 60, **70**
SAS 60, **71**
Sauerstoffumsatz, zerebraler, Positronenemissionstomografie 44
savant 297
SCAG **78**
Sceno-Test 80, **81**
Schädel-Hirn-Trauma 154-155
– Bewusstseinsstörung 302
– Hirnödemprophylaxe 156
Schädelröntgen **42**
Schematherapie 374
Schizoaffektive, Störung 184-185, 201, **202**
– Rezidivprophylaxe 202
Schizodepression **201**
– Therapie 201
Schizoide, Störung, Soziotherapie 197
Schizomanie **201**
– Therapie 202
Schizophasie 96
Schizophrenes Residuum 192
Schizophrenia, simplex 185, 194-196
– Antipsychotikatherapie 195
– apparative Diagnostik 195
– Hospitalisierung 196
– Verlaufsbeobachtung 194
Schizophrenie 82, 184, **184-185**, 249
– Affektstörung 194
– beginnende
– – Suizidalität 107
– – Zwangssymptome 99
– Denkstörung **95**, 194
– desorganisierte 189
– Differenzialdiagnose 91, 94, 100
– Dopaminhypothese 187
– Halluzination 89
– Häufigkeit 194
– Hebephrene 189

– ICD-10-Verschlüsselung 186
– Ich-Störung 110
– juvenile 296
– katatone 190, **191-192**
– – Familienberatung 192
– – Prognosefaktoren 192
– – Rehabilitation 192
– – Stereotypien 94
– – Zwangsunterbringung 191
– Leibhalluzination 89
– Magnetresonanztomografie 44
– maniformes Syndrom 206
– Minussymptomatik 185
– Negativsymptome, SANS 70
– paranoid-halluzinatorische **187**
– – Rehabilitation 188
– – Residualsymptome 189
– – Rezidivprophylaxe 189
– – Therapie 188-189
– – Zwangsunterbringung 188
– paranoide 187
– Parathymie 103
– Persönlichkeitsinventar **69-70**
– Positronenemissionstomografie 45
– Prognose 185
– Rehabilitation 186
– Residualsymptomatik 44
– Residualsyndrom 185, 192, 196
– Rezidivprophylaxe 186
– Simplextyp 125
– Single-Photonen-Emissions-Computertomografie 45
– Symptome
– – ersten Ranges **188**
– – zweiten Ranges **188**
– Verlaufsbeobachtung 194
– Vulnerabilitäts-Streß-Modell 187
– zönästhetische 113
– Zytoarchitekturstörung 185
Schizophrenien, Persönlichkeitsinventar S. BL 60
Schizophreniforme, Störung, akute 199
schizophreniforme Störung 141
Schizotype, Störung 195-196
Schlaf-EEG 41
Schlaf-Wach-Periodik, Verschiebung 255
Schlaf-Wach-Rhythmus 252
Schlaf-Wach-Rhythmus-Störung 255
Schlaf-Wach-Übergangsstörung 251
Schlafanamnese **252**
– Parasomnie 257
– Schlaf-Wach-Rhythmus 256
Schlafangst 251
Schlafapnoe-Syndrom 254
Schlafeinleitung, medikamentöse 253
Schlafentzug
– bei affektiver Psychose 204
– Indikation 339
– partieller 339
Schlafentzugsbehandlung 313
Schlafentzugstherapie **339**
Schlafhygiene 253, **254**, 255, 333
Schlafmenge 251
Schlafmittel 332
Schlafmittelabhängigkeit 176, **177**
Schlafmusternormalisierung 339
Schlafprofil **250**
Schlafrhythmusstörung 251
Schlafstörung 84, 113, **251**
– Alzheimer-Demenz 118, 120
– Amphetaminabhängigkeit 175
– bei depressiver Reaktion 231
– Belastungsstörung, posttraumatische 230
– Benzodiazepinabhängigkeit 331
– Demenz, vaskuläre 122
– Depression, unipolare 209-210
– Dysthymia 215
– Hypnose **363**
– medikamentenbedingte 253
– nach Psychotraumatisierung 218
– Paralyse, progressive 135
– progressive Relaxation 362
– Spätdepression 211-212
Schlafstörungen
– Klassifikation 113
– nicht-organische 250
– Symptomverschreibung **373**
Schlafverhalten 252
– mehrperiodisches 256
Schlafwandeln 251, **256**
– Polysomnografie 257
Schmerzanalyse 241
Schmerzbehandlung, bei Analgetikaentzug 178
Schmerzempfindlichkeit, Hypnoseeinfluss 362
Schmerzen
– chronische
– – autogenes Training **361**
– – Biofeedback **376**
– – Hypnose 363
– – Psychosyndrom 113
– medikamenteninduzierte 113
– psychogene 113
– Verhaltenstherapie 366
Schmerzstörung
– anhaltende somatoforme 240
– somatoforme **241**
– – Anamnese 241
– – Chronifizierung 242
– – Organwahl 240
– – Schmerzanalyse 241
Schmerzsyndrom, psychogenes 240
Schnee 171
Schnüffelstoff 182
Schnüffelstoffintoxikation 309
Schnüffelsucht 161, 179
Schonhaltung 281
Schreckreaktion 227, 370
Schuldfähigkeit 405, 416
– Alkoholismus 167
– Exhibitionismus 291
– Psychose, epileptische 138
– Pyromanie 285
– Stehlsüchtigkeit 286
– verminderte 420, **420**, 421
Schuldgefühl 106
– DSN 75
Schuldunfähigkeit 416, 419-420, **420**
Schuldwahn **97**
– Spätdepression 211
– Suizidalität 306
Schwachsinn 101
Schwangerschaft 329-330, 333, 341
– Eintritt unter Lithiumtherapie 326
– psychische Störungen 153
Schwangerschaftspsychose, Elektrokrampfbehandlung 341
Schwangerschaftswahn 97
Schweigepflicht 405
Schweigerecht 405
Schwerbehinderung 114
Schwindel
– Benzodiazepinbedingter 329, 332

– Carbamazepin-bedingter 327
– Clonidin-bedingter 331
– Disulfiram-bedingter 335
– Zolpidem-bedingter 333
– Zopiclon-bedingter 333
SDS 61, **74**
Sedativa, Abhängigkeit 175
Sedativaabusus, psychische Störung **180**
Sedativaentzugserscheinungen, Therapie 181
Sedativaintoxikation 309
Seelische Störung, krankhafte 420
Seitenventrikelerweiterung 119
Sekundärprävention 392
Selbst 451
Selbstbehauptungstraining 216, 383
Selbstbeobachtung 237, 280
Selbstbeschädigung 33
Selbstbestrafung
– Schmerzstörung, somatoforme 240
– Stehlen, pathologisches 285
Selbstbeurteilungs-Angstskala s. SAS 60
Selbstbeurteilungs-Depressionsskala s. SDS 61
Selbstbild, Persönlichkeitsinventar 59, **66**-**67**
Selbstentspannung, konzentrative 360
Selbsterfahrung 380
– Balint-Gruppe 390
– Cannabismissbrauch 167
Selbstexploration 358
Selbstgefährdung **415**-**416**, 417
Selbsthilfe 350
Selbsthilfegruppe **403**
– Adressen 431
– AIDS-Enzephalopathie 134
– Alkoholiker 167
– Anorexia nervosa 248
– Belastungsstörung, posttraumatische 230
– Bulimia nervosa 249
– Cannabismissbrauch 169
– Huntington-Krankheit 130
– Persönlichkeit, hypochondrische 281
– Spielsüchtigkeit 284
Selbstinstruktion 370
Selbstkontrolle
– Pädophilie 292
– Spielsüchtigkeit 284
– Stehlsüchtigkeit 286
Selbstkontrollfähigkeit, Verlust 92
Selbstkontrolltechnik 370
Selbstkontrolltraining, bei Nikotinabhängigkeit 179
Selbstsicherheitsstärkung, Rollenspiel **383**
Selbstsicherheitstraining 279, 383, 451
Selbsttötungsphantasien 107
Selbstüberschätzung 281
Selbstwahrnehmung 359
Selbstwertkrise, bei Sexualstörung 271
Selbstzerstörung 270
Serdolect 425
Serotonin-und-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer, spezifische 321
Serotonin-Wiederaufnahmehemmer
– bei Dysthymia 216
– bei hypochondrischer Neurose 238
– bei Kardiophobie 240
– bei Panikstörung 223
– bei Zwangsneurose 226
– selektive, bei Kokainentzug 172
– spezifische **321**
Serotoninsyndrom, toxisches 226, 323
Sertindol 315, 425
Sertralin 321
– bei Dysthymia 216
– bei hypochondrischer Neurose 238
– bei Kardiophobie 240
– bei Kokainentzug 172
– bei Panikstörung 223
– bei phobischer Neurose 221
– bei Zwangsneurose 226
Serumspiegelbestimmung **36**
– von Medikamenten 151
Sexualanamnese
– Anorexia nervosa 247
– bei Frigidität 259
– bei Vaginismus 260
– Exhibitionismus 291
– Pädophilie 292
– Sadomasochismus 292
– Transsexualität 288
– Transvestismus 289
Sexualdelinquenz 422
Sexualität, Anamnese 24
Sexualpräferenzstörung 270
Sexualstörung 162, 268-270, 287, **287**-**288**
Sexualtherapie, bei Erektionsstörung 258
SIAB 78
Sicherheitsverwahrung 421
SIDAM **58**
Simulation
– Anfälle 235
– Differenzierung, von Poriomanie 235
Single-Photonen-Emissions-Computertomografie **45**
– Einwilligung des Patienten 45
Sinnesdeprivation 109
Sinnestäuschung 87, 90, 316
Sinnestäuschung s. Halluzination 88
Sitzwache
– bei Bewusstseinsstörung 303
– bei Erregungszustand 301
– bei Katatonie 311
SKID 59, **64**
Skriptanalyse 391
Sniffing s. Schnüffelsucht 179
Somatisierung 451
Somatoforme, Störung 146, 220
– autogenes Training **361**
– Bewegungstherapie 344
– Hypnose **363**
– Symptomverschreibung **373**
Somatoforme autonome Funktionsstörung 239
Somatoforme Störung, Bilderleben, katathymes 354
Somatopsychik 219
Somatostatus **32**
Somatotherapie 313, **313**-**314**
Somnambulismus 256
Somnolenz **84**, **302**
– Hypnose 363
Sopor **85**, **302**, 451
Sotalol 328
Sozial-kognitives Training 385
Sozialanamnese **23**
Sozialarbeit 451
Sozialbezogene Therapie 392
Sozialisation 452
– Anamnese 23
Sozialisationsdefizit 383
Sozialpsychiatrische Dienste 401
Sozialtherapeutische Anstalt 420, 422
Soziodrama 386
Soziotherapie 392
– bei schizoider Störung 197
– bei Spielsüchtigkeit 284
Spannungskopfschmerz 242, **243**-**244**
– Begleitsymptome 242

– Biofeedback **376**
– chronischer 242, 244
– episodischer 242-243
– Exploration 243
– Persönlichkeitsdiagnostik 243
Spätdepression 203, 209, 211, **212**
– therapeutisches Gespräch 212
Spätdyskinesie 452
Spätdyskinesien, bei Antipsychotikatherapie 317
Spätmanie 203, 205, 213, **213**
– Geschäftsfähigkeit 213
– Phasendauer 214
– Zwangseinweisung 213
Spätschizophrenie 187, 452
– zönästhetische 140
SPECT s. Single-Photonen-Emissions-Computertomografie 45
Speed **173**
Spiegelneuronen 19
Spiegeltrinker 163
Spielanalyse 391
Spielen, pathologisches 283
Spielsüchtigkeit 269, 283, **284**
Spieltherapie 382
Spielzeug, Sceno-Test 81
Sprachausdruck 20
Sprachstereotypie **93**
– komplexe 94
Sprachzerfall, Alzheimer-Demenz 118
Sprechantriebsverlust 93
Sprechbeschleunigung 96
Sprechblockade 93
Sprechstörung, Hirnschädigung, frühkindliche 295
Sprechstörungen 93
Sprechstundenpsychotherapie 390
Sprechverhalten 20
Stammeln 20
Status, asthmaticus 263
Steele-Richardson-Olszewski-Syndrom 131
Stehlen, pathologisches 269, 285, **286**
– Schuldfähigkeit 286
Stehllust 285
Stehlsüchtigkeit 285
Stereotypie **93**
– motorische, einfache 94
Stereotypien
– Schizophrenie 194
– Symptomverschreibung **373**
Steuerungsfähigkeit, verminderte **419**
Stimmenhören **188**
Stimmungslabilität **103**
– Alzheimer-Demenz 118
– SCAG 78
Stimulantienabhängigkeit 161
Stimulantieneinnahme, Schlafstörung 113
Stimulantienmissbrauch **174**
– Differenzierung, von Panikstörung 223
Stimulanzien, Abhängigkeit 173
Stimulanzieneinnahme 92
Stimulanzienmissbrauch, Differenzierung
– von paranoid-halluzinatorischer Schizophrenie 190
– von unipolarer Manie 206
Stoffwechselstörung, alkoholismusbedingte 165
Störung
– affektive
– – bipolare 203
– – Phasenprophylaxe 325
– artifizielle 294
– bipolare affektive 207
– organisch katatone 141
– organisch wahnhafte 141
Störungsmodell 368, 370, 372, 452
– verhaltenstheoretisches 32
Stottern 20
Strafverfahren, übererregbare Persönlichkeit 275
Strahlentherapie, Depression, symptomatische 146
Streckenprognose 26, 452
Streß
– oxidativer 117
– psychosozialer, Psychoseauslösung 185
Streßreaktion, Hypnose **363**
Stressbewältigungsvermögen, Testverfahren 51
Striatumatrophie 128
Strukturiertes Interview zur Diagnose von Demenzen (SIDAM) 49
Strukturiertes Inventar f. Essstörungen (SIAB) 62
Strukuranalyse 391
Struma, lithiumbedingte 325
Stupor 91, 310
– Depression, unipolare 209
– dissoziativer **232**
– malignes neuroleptisches Syndrom 311
– mit Mutismus 93
– Motilitätspsychose 200
– Schizophrenie, katatone 191
Stupor, depressiver 303
Stupor, psychogener 303
Sublimierung 452
Substantia-nigra-Atrophie 130
Substanzmissbrauch, Persönlichkeitsstörung 268
Subtraktionsangiografie, digitale **42**
Sucht, beschütztes Wohnen **400**
Suchterkrankung 159, **161**-**162**
– Affektverarmung 102
– Bewegungstherapie 344
– Bioenergetik 343
– Delinquenz **421**
– Differenzierung
– – von bipolarer affektiver Psychose 208
– – von Borderline-Persönlichkeit 276
– Einstiegsdroge 168
– Entstehungsmechanismus 159
– Entwöhnungsbehandlung 421
– Exhibitionismus 291
– Gestalttherapie **359**
– Insomnie 253
– mütterliche 295
– Psychodrama **386**
– Suizidalität 107, 306
– Therapie 160
– Therapiekonzept 160
Süchtigkeit 270
Suchtkrankheit, Psychotherapie, stützende 350
Suggestibilität 87-89, 308
Suggestion 178, 362-363
– bei Nikotinabhängigkeit 179
– bei Pseudoepilepsie 236
– bei somatoformer Schmerzstörung 241
Suggestivformeln, Überflutung 109
Suggestivmaßnahmen, bei dissoziativer Störung 234
Suizid 107, **306**
Suizidalität 106, **107**, 306
– Alkoholismus 167
– Amphetaminentzug 174
– Angst, generalisierte 224
– Antidepressivatherapie 324
– BDI 73
– bei chronischen Schmerzen 113
– Bulimia nervosa 249-250
– Depression 204
– – unipolare 209-210

– Gespräch, therapeutisches 349
– Gestationspsychose 153-154
– Haftunfähigkeit 405
– HAMD 74
– Kokainsucht 172
– Neurose 217
– Psychose, epileptische 137-138
– Risikofaktoren 306
– schizoide Störung 196
– schizophrenes Residuum 194
– Schizophrenie 185
– Spätdepression 211
– Spielsüchtigkeit 283
– Wochenbettpsychose 262
– Zwangseinweisung **415**
Suizidrisiko, erhöhtes 107
Suizidversuch 306
– Familienanamnese 23
– mit Hypnotika 333
– Persönlichkeitsstörung 268
Sulpirid 321
– bei Dysthymia 216
– bei Hyperkinese 132
Supervision 16-17, 390, 392
– Selbsthilfegruppe 404
Sympathikolyse, zentrale **328**
– Kontraindikation 331
– Nebenwirkung 331
Sympathikotonie 264
Symptome
– ersten Ranges 82
– zweiten Ranges 82
Symptomverschreibung 373, 452
Synästhesien, Cannabisrausch 168
Syndromalogie 82, **83**
Synkope 155
Systematrophie 116, 124
– Differenzierung, von der Alzheimer-Demenz 119
– Huntington-Krankheit 128
– Parkinson-Krankheit 130
Systemerkrankung, degenerative, zerebrale Symptome 34
Systemische, Therapie 381, 388, **388-389**, 453

T

Tacrin, Interaktion 314
Tagesklinik 397
Tagesschwankung 453
Tagesstätte 397
Tagesstrukturierung 397
– bei Schizophrenia simplex 195-196
– fehlende, Schlaf-Wach-Rhythmus-Störung 255
TAI 61, **79**
Talking, down
– bei Panikanfall 223
– Kardiophobie 240
Talking down 206
– bei akuter Belastungsreaktion 227
– bei Erregungszustand 301
– – bei übererregbarer Persönlichkeit 275
– bei Panikattacke 305
– bei psychogenem Erregungszustand 229
Tasikinesie 453
TAT 80, **81**
– Arbeitssüchtigkeit 287
– dissoziative Störung 233
– Dysthymia 215
– Persönlichkeit, selbstunsichere 279
– Poriomanie 234
– Stehlen, pathologisches 286
TCI 67
Temperament-Charakter-Inventar (TCI) 67
Temporalhirndegeneration 125
Temporallappen epilepsie, olfaktorische Halluzination 89
Temporallappenepilepsie, epileptische Psychose 137
Tendenzneurose 293
Tendenzreaktion 236
Tertiärprävention 392
Testierfähigkeit **418**
Testierunfähigkeit **418**
Testosteronmangel 112
Testosteronüberschuss 112
Testtheorie 47
Testverfahren
– projektives 80, **80-81**
– – Rorschach-Formdeuteversuch 80, **80**
– – Sceno-Test 80, **81**
– – TAT 80, **81**
– psychologische 47
– psychologisches 18, 48, **49**
– – Reliabilität 47
– – Validität 47
Tetrabenazin, bei Hyperkinese 132
Tetracyclin, bei Lues 136
Tetrahydrocannabinol 167
– Screening 36
Thematischer Apperzeptionstest 80
Theobromin 248
Therapeut-Patient-Beziehung 345
Therapeutenvariable 345
Therapieform, biologische 313
Therapieplan, tiefenpsychologisch fundierter 31
Thiamingabe, bei Glukoseinfusion, beim Alkoholiker 308
Thiaminmangel 183
Thioridazin, Fahrtüchtigkeit 412
Thioxanthene **315**
TIA 99
Tiaprid 317
– bei Hyperkinese 132
Tic 93
Tiefenpsychologie 390
Tierphobie 221
TME **50**
Todesphantasien 107
Token Test (TT) 55
Token-Test (TT) 48
Toleranz 453
Toleranzentwicklun g **159**
Toleranzminderung, Alkohol 163
Toleranzsteigerung 160
– Alkohol 163
– Benzodiazepine 175
Toleranzverlust, Alkohol 163
Totstellreflex 91, 227, 232
Tötung, durch Unterlassen 107
Toxikomanie, Leibhalluzinationen 91
Training 365
– körperliches 344
– soziales 397
Trait marker 453
Trance 99, **232**
Tranquilizer 313, **328**, **330**, 428
– Indikation 329
– Kontraindikation **329**-**331**
– Nebenwirkung 33, **329**-**331**
– Wirkprinzip 328
– Wirkprofil 329
– Wirksamkeit 331
Tranquilizerentzug 175
Tranquilizermissbrauch **175**
– Entgiftungsbehandlung 176
Tranquilizertherapie, Kontrolluntersuchungen 331
Transaktionsanalyse 390, 453
– Familientherapie 389
Transaminasen, im Serum, Alkoholismus 165

Transferrin, carbohydratdefizientes, Alkoholismus 165
Transitivismus **110**, 111, 453
Transitorische, zerebralischämische, Attacke 99
Transitorische zerebralischämische Attacke 100
Transsexualität 270, 287, **288**
Transvestismus 289
– fetischistischer 289
Tranylcypromin 321
– Wirkungsprofil 322
Trauerreaktion 219, **231**
Trazodon 321
– bei Insomnie 253
– Fahrtüchtigkeit 412
– Wirkungsprofil 322
Trema 453
Tremor
– Analgetikaentzug 177
– Barbituratmissbrauch 177
– lithiumbedingter 325
Trennungsangst 224, 289
Trevilor 427
Tridekapeptidneurotensin 185
Triebabweichung, sexuelle 270
Triebdruck 291
Triebimpulse 232, 274
Triebkonflikt 351
Triebkontrollstörung 270
Triebtätern 421
Trierer Alkoholismusinventar s. TAI 61
Triflupromazin, Fahrtüchtigkeit 412
Trigeminusneuralgie 243
Trimipramin
– bei Insomnie 253
– bei unipolarer Depression 210
– Wirkungsprofil 322
Trinker
– episodischer 163
– süchtiger 163
Trinkgewohnheiten 61, 79
Trugwahrnehmung s. Halluzination 88
Trunksucht 162
Tryptophan 321
Tumorerkrankung, zerebrale, Differenzialdiagnose 93
Turboentzug 170
Typus, melancholicus 215

U

Über-Ich 351
Überfürsorglichkeit 246
Übergangswohnheim 193
Überlebenden-Syndrom 218
Überstimulation
– Insomnie 251
– Schlafstörung 113
Übertragsdynamik 351
Übertragung **351**, 353, 453
– Erstinterview 17
– Gruppenpsychotherapie 386
Übertragungsneurose 351-352, 453
Überwachheit 92
Uhrentest 49, 57
Umorientierung 371
– kognitive, Gruppentherapie 380
Umstrukturierung, kognitive 369
Unfallneurose 293
Unfallversicherung (GUV) 408
Unruhe, Antipsychotikatherapie 318
Unruhezustände, autogenes Training **361**
Unterbringung **414**-**416**, 417
– bei Strafverfahren 416
– einstweilige 415
– in Entziehungsanstalt **421**
– in psychiatrischer Anstalt 420
– Indikation 415
– sofortige 415
Unterstimulation 194
Untersuchung
– allgemein-körperliche 32
– körperliche 15
– neuropsychologische 27
– neurosenpsychologische 31
Untersuchungsmethoden 15, **16**-**17**, 18
Urvertrauen 281, 454
– Angststörung 224

V

Vaginismus 259-261
Validität eines Tetverfahrens 47
Valproat, bei schizoaffektiver Störung 202
Vareniclin 336
Vegetative, Symptome
– Panikstörung 222
– Spätdepression 211
Venlafaxin 321, 427
– Wirkungsprofil 322
Ventrikelsystemerweiterung 44
Verarmungswahn **97**
– Spätdepression 211
Verbigeration 93, 95
Verfolgungsideen, Cannabisintoxikation 168
Verfolgungswahn **97**, 187, **198**
Vergiftungswahn, Anorexie 247
Verhalten
– pseudodementielles 236
– Rekonditionierung 365
– selbstverletzendes 249
– süchtiges 162, **234**, **269**
– – Sexualstörung 271
Verhaltensanalyse 32, **365**, 367-368, 371, 454
– bei Panikstörung 222
– bei Phobie 221
– bei Zwangsneurose 226
– Gruppentherapie 380
Verhaltensauffälligkeit, mit körperlicher Störung 220
Verhaltensbeobachtung 15, **19**-**20**
– Gesamteindruck **22**
– Pantomimik **20**
– Psychomotorik **21**
Verhaltensdiagnostik **31**
– Verstärkermechanismen 32
Verhaltensmedizin 454
Verhaltensmodifikation 454
– Aversionstherapie 377
– gesprächsbezogene 371
– Münzverstärkungssystem 378
– rational-emotive Therapie 371
– Symptomverschreibung 373
Verhaltensmuster
– pathologisches, Löschung 365
– Persönlichkeitsstörung 269
Verhaltensstörung 268
– erethische 274
– juvenile 195, 197
– milieubedingte 296
– Sceno-Test 80
Verhaltensstörungen 269
Verhaltenstherapie 365, **365**-**366**
– bei Arbeitssüchtigkeit 287
– bei Bulimia nervosa 249
– bei Frigidität 259
– bei narzisstischer Persönlichkeit 282
– bei phobischer Neurose 221
– bei Schizophrenia simplex 195
– bei somatoformer Schmerzstörung 241
– bei Spielsüchtigkeit 284
– bei Stehlsüchtigkeit 286
– Indikation 366

– kognitive 365-366, 369
– – bei anankastischer Persönlichkeit 278
– – bei Anorexia nervosa 248
– – bei Dysthymia 216
– – bei hypochondrischer Neurose 238
– – bei Insomnie 253
– – bei Kardiophobie 240
– – bei Panikstörung 223
– – bei Spannungskopfschmerz 243
– – bei Zwangsneurose 226
– Krankenkassenleistung 366
– rational-emotive 371
Verhaltensverschreibung
– bei Arbeitssüchtigkeit 287
– bei Spielsüchtigkeit 284
– bei Stehlsüchtigkeit 286
Verhandlungsfähigkeit **414**
Verkehrstüchtigkeit 410
Verkennung
– illusionäre 88, **88**, 228
– indoktrinationsbedingte 110
– Panik 104
– schizoide Störung 196
Verlangsamung
– Analgetikamissbrauch 177
– Barbituratmissbrauch 177
Verleugnung, Alkoholismus 164
Verlusterlebnis 231
– Herzneurose 239
Vermeidungsverhalten 454
– Herzneurose 239
– nach Psychotraumatisierung 228
– Panikstörung 222
– Phobie 220-221
– Zwangsneurose 225
Vernehmungsfähigkeit **414**
Vernichtungsgefühl 305
Versagensangst, Erektionsstörung 258
Verschrobenheit 22, 273
Verstärkermechanismen 32
Verstärkung 365, 378
– durch Belohnung 379
– durch geplante Aktivität 378
Versündigungswahn **97**
Verwahrlosung 22, 400
Verwirrtheit **85**, **304**, 454
– akute 303
– antidepressivabedingte 323
– Chlorahydrat-bedingte 333
– Demenz, vaskuläre 122
– Fremdanamnese 304
– SCAG 78
Verwirrtheitspsychose **200**
Verworrenheit 86, 304, 454
– Schizomanie 201
– traumhafte **88**
– – Differenzialdiagnose 88
– Verwirrtheitspsychose 200
Vigilanz **26**
Vigilanzniveau, erhöhtes 222
Vigilanzsteigerung, Belastungsstörung, posttraumatische 230
Vigilanzstörung 84, 302
– AMDP 65
– Elektroenzephalografie 40
Viloxazin, Wirkungsprofil 322
Vitalfunktionen, Störung
– Ängstlichkeit 104
– depressives Syndrom 106
Vitalgefühlsteigerung, Manie, unipolare 205
Vitalstörung 454
– Antidepressivawirkung 322
– Depression, unipolare 209
– Dysthymia 215
– HAMD 74
– Psychose, affektive 203
– SDS 74
– Spätdepression 211
Vitamin B_1, bei Alkoholentzug 166
Vitamin B_1-Mangel 183
Vitamin-B_{12}-Mangel, Psychotische Störung 151
Vitamin-B_{12}-Mangel-Psychose **152**
Vitamin-B_{12}-Spiegel, im Serum 152
Vitamin-B_{12}-Substitution 153
Vormundschaftsgericht 417
Vulgärausdrücke 93
Vulnerabiliäts-Stress-Modell 184
Vulnerabilität, erhöhte 227
Vulnerabilitäts-Streß-Modell, Schizophrenie 187
Vulnerabilitätskonzept 454

W

Wachheit 84
Wachtherapie 339
Wahn **96**-**97**, 316
– Antipsychotikatherapie 318
– Depression, unipolare 209
– doppelte Buchführung 97
– expansiver **97**
– hypochondrischer **97**, **198**
– konformer **98**, 198
– nihilistischer **97**
– – Spätdepression 211
– PSE 62
– Schizomanie 201
– Schizophrenie, paranoidhalluzinatorische 187
– symbiontischer **98**, **198**
– – Behandlung 199
– systematischer 187
Wahnarbeit 97
Wahndynamik 97
Wahneinfall 97, 188
Wahngedanke 188
Wahngedanken 96
Wahngewissheit 96
Wahnhafte Störung, anhaltende 197
Wahnidee 97
– hypochondrische 105
Wahnkrankheit **197**, **199**
– Begleitsymptomatik 197
– diagnostische Kriterien 198
– Gesprächstherapie 199
Wahnstimmung 96, 455
Wahnsystem 97, **197**
Wahnwahrnehmung 96
Wahrnehmungsstörung 88, **89**-**90**
– dissoziative 233
– Neurose 217
– Symptomatik 83
Wahrnehmungsverfälschung, schizoide Störung 196
Wärmeerlebnis 361
Waschzwang 98
Wechsler Memory Scale – IV (WMS-IV) 56
Weckaminpsychose 174
Werk- und Beschäftigungstherapie 394
Werkzeugstörung 101
– Hirnschädigung, frühkindliche 295
Wernicke-Enzephalopathie **164**, 166
– Differenzierung
– – von akuter Verwirrtheit 304
– – von katatoner Schizophrenie 191
– durch Glukoseinfusion 308
Wernicke-Enzophalopathie, Differenzierung, von der Alzheimer-Demenz 120
Wesensänderung 455
– Kontusionspsychose 156
Wesensveränderung, hirnorganische 111
Widerstand 387, 455
Willenserklärung, ungültige 419
Wilson, Morbus 131

Winterdepression 209
Wochenbettdepression 262
Wochenbettpsychose 88, 153, 262
– Elektrokrampfbehandlung 341
Wohnen, betreutes **400**
Wohngruppe, betreute 193
Workoholic 286
Wortfindungsstörung 455
– Alzheimer-Demenz 118
Wunschreaktion 236

X

Xyrem 255

Y

Y-BOCS 60, **73**
– Zwangsneurose 226
Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale s. Y-BOCS 60
YMRS 61, **76**
Young-Mania-Rating-Scale s. YMRS 61

Z

Zählzwang 98
Zeitgitterstörung 455
Zeitverlangsamung, Cannabisrausch 168
Zerfahrenheit **96**
– Schizophrenie 194
– Verwirrtheitspsychose 200
Zielgedanken 371
Zolpidem 331
– Fahrtüchtigkeit 412
– Kontraindikation 333
– Nebenwirkung 333
– Schlafeinleitung 253
Zönästhesie 89, **91**, 241, 455
Zoophobie 140, 221
Zopiclon 331
– Fahrtüchtigkeit 412
– Kontraindikation 333
– Nebenwirkung 333
– Schlafeinleitung 253
Zotepin, bei Dermatozoenwahn 140
Zuclopenthixol
– bei Erregungszustand 301
– bei katatoner Schizophrenie 191
– bei Katatonie 311
– Fahrtüchtigkeit 412
– Tageshöchstdosierung 302
Zwang **98**
Zwangseinweisung **414**, **416**
– Indikation 415
Zwangserkrankung 105
– maligne 195
Zwangsgedanken **98**, **225**
– Gedankenstop **370**
– HZI 72
– Reizüberflutung **368**
Zwangshandlung **98**, **225**
– Gedankenstop **370**
– Reizüberflutung **368**
Zwangsimpuls **98**
Zwangsimpulse **225**
Zwangskrankheit 225
Zwangslachen 19
Zwangsmaßnahmen, ärztliche 416
Zwangsmimik 226
Zwangsneurose 98, 225, **226**
– Desensibilisierung, systematische 226
– Konfrontation 226
– Persönlichkeitsdiagnostik 226
– Psychotherapie 226
– Therapiedauer 226
– Therapieresistenz 226
– Verhaltensanalyse 226
– Verhaltenstherapie, kognitive 226
– Vermeidungsverhalten 225
Zwangsstörung 98, 225, **226**, 268, 322
– Denkstörung 95
– Differenzierung
– – von anankastischer Persönlichkeit 278
– – von katatoner Schizophrenie 191
– Persönlichkeitsinventar 60, **72**-**73**
– Symptomverschreibung **373**
– Y-BOCS 73
Zwangsstörungen, Verhaltenstherapie **366**
Zwangssyndrom 65
– Differenzialätiologie 99
– Differenzierung, von anankastischer Persönlichkeit 278
Zwangsunterbringung, bei Suizidalität 307
Zwangsweinen 19
Zweckreaktion 100, 236, **237**
Zwei-Zügel-Therapie 148, 455
Zyklopyrrolon 331
Zyklothymia 103, 108, 214
– Differenzierung, von Borderline-Persönlichkeit 276
Zyklothymie 203, **204**, 207, **208**
– ICD-Hauptgruppe 204