



Unterrichtsfach: Psychopathologie
Referent: Dr. med. Tobias Baur

AKADEMIE

FÜR INDIVIDUALPSYCHOLOGIE



AKADEMIE

FÜR INDIVIDUALPSYCHOLOGIE

Psychopathologie

Übersicht

1. Begriffserklärungen
2. Modelle zur Entstehung psychischer Krankheiten
3. Psychiatrische Anamnese
4. Psychopathologischer Befund - orientiert am AMDP
5. Psychiatrische Krankheitsbilder nach ICD-10
 - 5.1. Organische psychische Störungen F0
 - 5.2. Psychische Störungen durch psychotrope Substanzen F1
 - 5.3. Schizophrene Störungen F2
 - 5.4. Affektive Störungen F3
 - 5.5. Angst und Panikstörung F40/41
 - 5.6. Zwangsstörungen F42
 - 5.7. Traumafolgestörungen F43
 - 5.8. Somatoforme Störungen F45
 - 5.9. Essstörungen F50
 - 5.10. Schlafstörungen F51
 - 5.11. Persönlichkeitsstörungen F60
 - 5.12. ADHS im Erwachsenenalter F90
6. Behandlung
 - 6.1. Psychotherapie – ein kurzer Überblick
 - 6.2. Psychopharmakotherapie – ein Überblick
7. Ergänzende Themen
 - 7.1. Umgang mit Selbst- und Fremdgefährdung
 - 7.2. Suizidalität
 - 7.3. Krise und psychiatrischer Notfall
 - 7.4. Psychosomatik – die Sprache des Körpers



AKADEMIE

FÜR INDIVIDUALPSYCHOLOGIE

1. Begriffserklärungen

Psychopathologie ist die Wissenschaft und Lehre von den krankhaften Veränderungen des Seelenlebens (Duden online) und von der Beschreibung psychischer Störungen.

- **Psycho** – Psyche Gesamtheit des menschlichen Fühlens, Empfindens und Denkens; Seele. Griechisch psūchḗ = Hauch, Atem; Seele
- **Patho** – Bestimmungswort in Zusammensetzungen mit der Bedeutung Leiden, Krankheit
- **Logie** – Wortbildungselement mit der Bedeutung „Lehre, Kunde, ...“

Aufgaben der Psychopathologie sind

1. Beobachtung, Erkennung, Beschreibung, Benennung und Dokumentation von Symptomen psychischer Auffälligkeiten/Störungen (abweichenden Erlebens und Verhaltens)
1. Ordnung der Symptome nach Syndromen (Muster typischer Symptomkonstellationen)
2. Symptome und Syndrome Diagnosen zuzuordnen (Übergang zur nosologischen Diagnostik).

Psychologie - Wissenschaft von den bewussten und unbewussten psychischen Vorgängen, vom Erleben und Verhalten des Menschen.

Pathologie - Lehre von den Krankheiten, besonders von ihrer Entstehung und den durch sie hervorgerufenen Veränderungen.

Psychiatrie - Teilgebiet der Medizin, das sich mit der Erkennung und Behandlung von geistigen und psychischen Störungen befasst.

Psychotherapie - Gesamtheit der psychologischen Verfahren zur Heilung oder Linderung von Störungen im psychischen Bereich, in den sozialen Beziehungen, im Verhalten oder auch in bestimmten Körperfunktionen.



2. Modelle zur Entstehung psychischer Krankheiten

Jeder Betrachtung von Gesundheit und Krankheit liegt ein bestimmtes Menschenbild/Modell zugrunde.

Die Säftelehre

Die Säftelehre/Humoralpathologie nach Hippokrates/Galen und die Temperamentenlehre nach Galen (Choleriker, Sanguiniker, Phlegmatiker und Melancholiker) waren über Jahrhunderte das wissenschaftlich vorherrschende Modell für die Entstehung, Einteilung und Behandlung von Krankheiten. Grundsätzlich geht es um das Gleichgewicht der Körpersäfte und dessen Wiederherstellung.

Das biomechanische Modell

Mit der Aufklärung und der Industrialisierung vorherrschendes Modell des Menschen als Maschine. Krankheit wird entsprechend als Defekt, den es zu beheben gilt, gesehen. Mit diesem biomechanischen Konzept war die Medizin sehr erfolgreich. Es bringt jedoch gerade in der Psychiatrie mit seinem psychophysischen Dualismus grosse Schwierigkeiten mit sich.

Das triadische Modell

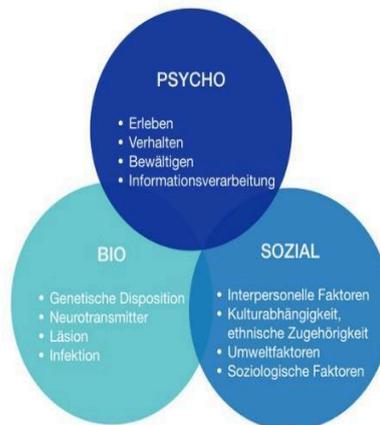
Systematik psychischer Störungen in der traditionellen Psychiatrie. Unterscheidet nach Ursachen. Kann für Einteilung hilfreich sein, entspricht jedoch klar nicht mehr dem heutigen Wissensstand.

Es werden drei Störungskategorien unterschieden:

- **Exogene/organische Störungen** – körperlich begründbare psychische Störungen
- **Endogene Störungen** – genetische Faktoren von innen heraus
- **Psychogene Störungen** – psychische Störungen als Reaktion auf äussere Ereignisse oder Folgen eines inneren Konfliktes

Das bio-psycho-soziale Modell

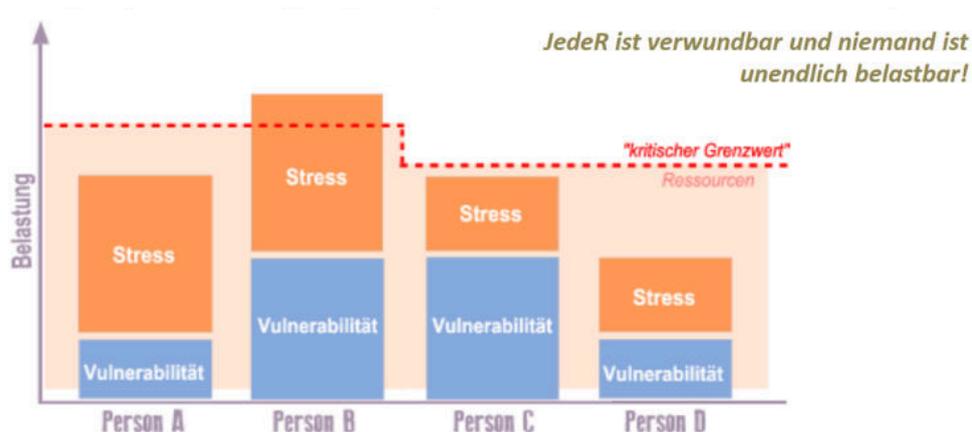
Heute vorherrschendes Modell zur Einteilung und zum Verständnis psychischer Krankheiten. 1977 definiert durch den amerikanischen Medizinteoretiker Georg L. Engel: 'Bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von psychischen Krankheiten sind immer biologische, psychologische, soziale und kulturelle Faktoren zu berücksichtigen.' Ursachen und Auslöser für psychische Krankheiten können in allen drei Bereichen liegen und sind immer ein multifaktorielles Geschehen. Die Beziehung und Interaktion zwischen den drei Bereichen steht im Vordergrund.



Das bio-psycho-soziale Modell

Das Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Modell

Das Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Modell ist eines der bekanntesten mehrdimensionalen Modelle zur Entwicklung psychischer Störungen. (Zubin und Spring 1977, Nuechterlein und Dawson 1984)



Vulnerabilität: Verletzlichkeit bezüglich einer psychischen Erkrankung.

Kritischer Grenzwert: Schwelle für die Entstehung einer psychischen Erkrankung.

Gesundheit: Vulnerabilität und aktueller Stress werden durch persönliche Ressourcen ausgeglichen.



Das Energiekonto

Eine vereinfachte Darstellung des Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Modells:
Vulnerabilität + Stress – Ressourcen = Persönlicher Zustand

Vulnerabilität	Stress	Ressourcen	Persönlicher Zustand
Grundvermögen	Abbuchung	Einzahlung	Kontostand
Was bringe ich mit an Veranlagungen und Lebensgeschichte?	Welche Stressfaktoren habe ich im Moment?	Was tut mir gut? Wo tanke ich Energie?	Wie schnell sind meine Batterien leer? Habe ich noch Reserven?
Erbfaktoren Organische Faktoren Persönlichkeitsentwicklung Prägungen Lebensgeschichte	Krisen Alltagsbelastung Arbeit Beziehungen Glaube Krankheit Destruktive Gedanken	Stärken Familie Freunde Glaube Sport Hobby Konstruktive Gedanken	gestresst oder gelassen gesund oder krank

Heute forscht man in der positiven Psychologie im Zusammenhang mit Vulnerabilität und Stress auch stark im Bereich der **Resilienz**, mit der Frage was eine Person widerstandsfähig gegenüber psychischen Erkrankungen macht.

Resilienz (von lateinisch resilire – ‚zurückspringen‘, ‚abprallen‘ – Spannkraft, Prallkraft) oder psychische Widerstandsfähigkeit ist die Fähigkeit, Krisen zu bewältigen und sie durch Rückgriff auf persönliche und sozial vermittelte Ressourcen als Anlass für Entwicklung zu nutzen.

Resilienzfaktoren: Verlässliche Bezugsperson in der Kindheit, Geschwister, Freunde, Sport, Musik, Glaube, Bildung, ...

Fünf Lebensregeln (Resilienzfaktoren) vom Jesuitenpater Franz Jalics:

1. Genügend Schlaf, 2. Gesundes Essen und ausreichend Bewegung - liebevolle Sorge um den eigenen Körper, 3. Gebet – Beziehung zu Gott, zum Leben, 4. Beziehungen zu Mitmenschen beachten, 5. tätig sein.

3. Psychiatrische Anamnese

Skript erstellt durch Dr. med. Tobias Baur



AKADEMIE

FÜR INDIVIDUALPSYCHOLOGIE

Als **Anamnese** wird die lebensgeschichtliche Betrachtung von psychopathologischen Phänomenen auch über das aktuelle Störungsbild hinaus bezeichnet. Im **Erstgespräch** immer vorrangig jetzige Erkrankung und frühere Erkrankungen explorieren.

- **Jetzige Erkrankung/Leiden** (immer damit beginnen)
Art der Symptome, Beginn, Heftigkeit, Auslöser, Verlauf, Veränderungen, Folgen/Auswirkungen – vorausgegangene Beurteilung und Behandlung
- **Frühere Erkrankungen**
 - Psychiatrische Vorgeschichte: Symptome in der Vorgeschichte und deren Behandlung – Klinikaufenthalte, Medikamentenanamnese
 - Biographischer Zusammenhang verstehen und verstehen wie sich Patient seine Problematik erklärt
 - Körperliche Vorgeschichte: Symptome in der Vorgeschichte und deren Behandlung
- **Suchtmittelanamnese**
- **Soziobiographische Anamnese**
Kindheit, Eltern, Geschwister, Schule, Pubertät, beruflicher Werdegang, Freundschaften, Partnerschaften, jetzige soziale Situation
- **Familienanamnese**
hilfreich mit Genogramm ab Grosseltern, Erkrankungen in der Familie, Sucht, Suizid
- **Primärpersönlichkeit**
Wie war der Patient vor der Erkrankung
- **Fremdanamnese** (bei Bedarf)
- **Positive Lebensgeschichte** – Ressourcen des Klienten
 - Was können Sie besonders gut?
 - Was schätzen andere an Ihnen?
 - Was gefällt Ihnen an sich selbst?
 - Was macht/machte Ihnen Freude?
 - Wo und wann fühlen Sie sich rundum wohl?
 - Was haben Sie geschafft, erreicht?
 - In welchen Situationen fühlen Sie sich ganz akzeptiert?

4. Psychopathologischer Befund – orientiert am AMDP-System

Skript erstellt durch Dr. med. Tobias Baur



AKADEMIE

FÜR INDIVIDUALPSYCHOLOGIE

Die Erfassung des **psychopathologischen Befundes** ist unverzichtbare Voraussetzung jeder psychiatrischen und psychotherapeutischen Arbeit. Ohne einen sorgfältig erstellten psychopathologischen Befund sind weder eine zuverlässige Diagnose noch eine wirksame Behandlung möglich. Mit dem **AMDP-System** steht ein weit akzeptiertes und klinisch breit angewandtes Dokumentations-Instrument zur Verfügung, mit dem psychopathologische Phänomene/Symptome zuverlässig erfasst werden können. Das AMDP-System ist ein internationaler Standard der **Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP)** zur methodischen Dokumentation psychiatrischer Befunde.

AMDP- System - Übersicht

1. Erscheinungsbild, Kontakt, Krankheitsverhalten
2. Bewusstseinsstörungen
3. Orientierungsstörung
4. Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen
5. Formale Denkstörungen
6. Befürchtungen und Zwänge
7. Inhaltliche Denkstörungen
8. Sinnestäuschungen
9. Ich-Störungen
10. Störungen der Affektivität
11. Antriebs- und psychomotorische Störungen
12. Andere Störungen (Eigen- und Fremdgefährdendes Verhalten, Umgang mit Krankheit)
13. Vegetative Störungen

1. Erscheinungsbild, Kontakt, Krankheitsverhalten

- **Erscheinungsbild:** Kleidung, Hygiene, Haltung, Gang, Frisur, Gesichtsausdruck, auffällige Bewegungen, Mimik, Sprache
- **Kontakt:** Offen, freundlich, vorsichtig, misstrauisch, scheu, zurückhaltend, ...
- **Krankheitsverhalten:** Krankheitsgefühl, Krankheits- und Behandlungseinsicht

2. Bewusstseinsstörungen

Bewusstsein meint das Wissen um sich selbst und seine Welt.

- Quantitativ, **Wachheit:** Benommen, schläfrig, komatös
- Qualitativ, **Klarheit:** getrübt/verwirrt, eingeengt, gesteigert

3. Orientierungsstörung

Skript erstellt durch Dr. med. Tobias Baur



AKADEMIE

FÜR INDIVIDUALPSYCHOLOGIE

- Zeit, Ort, Situation, zur eigenen Person

4. Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen

- Auffassungsstörung – Situation in Bedeutungszusammenhang erfassen
- Aufmerksamkeit – Konzentration – Fähigkeit, sich auf einen Gegenstand auszurichten
- Gedächtnis – Merkfähigkeit (Minuten), Kurzzeitgedächtnis (bis eine Stunde), Langzeitgedächtnis
- Gedächtnisstörung – umschriebene Erinnerungslücke
- Konfabulation – Lücken füllen, Paramnesie – Erinnerungstäuschung

Fragen dazu: Ist der Klient im Gespräch bei der Sache? Nimmt er den Sinn des Gesprächs wahr? Kann er sich Inhalte merken? Kann er sich an zurückliegende Ereignisse erinnern? Gibt es Gedächtnislücken?

5. Formale Denkstörungen

Denken entspricht einem Ordnen von Begebenheiten, die uns selbst und die Welt betreffen. Bei den formalen Denkstörungen handelt es sich um Veränderungen des Gedankenablaufs:

- Gehemmt (Eigenwahrnehmung), Verlangsamt (Fremdwahrnehmung)
- Umständlich (wesentliches verloren), weitschweifig (vom 100 ins 1000)
- Eingeengt, perseverierend
- Perseverierend (Gedankenkreisen), Grübeln (viel und nichts richtig)
- Gedankendrängen, Ideenflüchtig
- Vorbeireden, gesperrt, inkohärent/zerfahren (unzusammenhängend)
- Neologismen (Wortneubildungen)

6. Befürchtungen und Zwänge

- Misstrauen (alles auf sich bezogen), Hypochondrie (übermässige Bedeutung von normalen Körpervorgängen), Phobien (Angst vor bestimmten Objekten oder Situationen)
- Zwang drängt sich auf, wird als unsinnig und übertrieben erlebt: Zwangsgedanken, Zwangsimpulse, Zwangshandlungen

7. Inhaltliche Denkstörungen

Skript erstellt durch Dr. med. Tobias Baur



Der Inhalt des Denkens ist wahnhaft verändert. Wahn entsteht auf dem Boden einer allgemeinen Veränderung des Erlebens und imponiert als **unkorrigierbare Fehlbeurteilung** der Realität (erfahrungsunabhängige/subjektive Gewissheit)

- **Wahnform:** Wahnstimmung (etwas in der Luft), Wahnwahrnehmung (Umdeutung), Wahneinfall (plötzliche Idee), Wahngedanken (Überzeugung), systematisierter Wahn (Wahngebäude), Wahndynamik (Gefühlsbeteiligung)
- **Wahnhalt:** Beziehungswahn, Verfolgungswahn, Eifersuchtswahn, Schuldwahn, Verarmungswahn, hypochondrischer Wahn, Grössenwahn, ...

8. Sinnestäuschungen

Illusion (Verkennung – reale Reizquelle)

Halluzination (Sinnestäuschung – keine reale Reizquelle), kann alle Sinne betreffen:

- Akustische Halluzinationen wie Stimmenhören und andere
- Optische Halluzinationen – Menschen, Licht, Tiere
- Körperhalluzinationen – kaltes Wasser, Hand
- Geruchs-/Geschmackshalluzinationen – Gras, Blumen, faulig

9. Ich-Störungen

Störungen der Ich-Umwelt-Grenze

- Derealisation (Umwelt fremd), Depersonalisation (eigener Körper fremd)
- Gedankenausbreitung (im Raum), Gedankenentzug/Gedankeneingebung (durch andere)
- Anderes Fremdbeeinflussungserleben (äussere Kräfte)

10. Störungen der Affektivität

Störungen der Gefühle, Stimmung, Emotionalität und Befindlichkeit

- Ratlos, Gefühl der Gefühlslosigkeit (leer)
- Störung der Vitalgefühle (keine Energie)
- Deprimiert, hoffnungslos, ängstlich,
- Euphorisch (übersteigertes Wohlbefinden), dysphorisch (missmutig)
- Gereizt, klagsam, ambivalent (widersprüchlich), parathym (Affekt passt nicht)
- Insuffizienzgefühle, gesteigertes Selbstwertgefühl, Schuldgefühle, Verarmungsgefühle
- Affektarm (wenige Affekte), affektlabil (Schwankungen), affektinkontinent (rascher Ausdruck), affektstarr (keine Affekte)



11. Antriebs- und psychomotorische Störungen, Tagesrhythmus

- Antriebsarm (wenig Antrieb), Antriebsgehemmt (möchte - kann nicht)
- Antriebsgesteigert (mehr Antrieb)
- Motorisch unruhig
- Parakinese (abnorme Bewegungen), maniert/bizarr (übertriebene Alltagsbewegungen), theatralisch (übertriebene Darstellung)
- Mutistisch (wortkarg, stumm), logorrhöisch (verstärkter Redefluss)
- Morgens besser/schlechter, abends besser/schlechter

12. Andere Störungen (Eigen- und Fremdgefährdendes Verhalten)

- Sozialer Rückzug, soziale Umtriebigkeit
- Aggressivität
- Suizidalität
- Selbstbeschädigung
- Mangel an Krankheitsgefühl, Mangel an Krankheitseinsicht, Ablehnung von Behandlung
- Pflegebedürftigkeit

13. Vegetative Störungen

- **Schlaf und Wachheit:** Einschlaf-, Durchschlaf-, Aufwachstörungen, Tagesmüdigkeit
- **Appetenz/Lust:** Veränderung von Appetit (Gewicht), Durst, sexueller Lust
- **Magen-Darm:** Übelkeit, Erbrechen, Verstopfung, Durchfall, Sodbrennen
- **Herz-Lunge:** Atembeschwerden, Schwindel, Herzdruck, Herzklopfen
- **Neurologisch:** Zittern (Tremor), Veränderungen Muskeltonus
- **Andere:** Hitzegefühl, Frösteln, Schwitzen, Schmerzen, Menstruationsstörungen



5. Psychiatrische Krankheitsbilder nach ICD-10

Diagnostischer Prozess

1. **Symptomale Diagnostik** (Einzelsymptome), z.B. Antriebsverlust
2. **Syndromale Diagnostik** (Muster von Symptomen), z.B. depressives Syndrom
3. **Klassifikatorische (nosologische) Diagnostik**, z.B. manisch-depressive Krankheit
4. **Operationalisierte Diagnostik** z.B. Kriterien für Depressive Episode
 - bei uns seit 1980er Jahren ICD-10
 - nach Symptom-, Zeit-, Verlaufs-, Schweregrad-Kriterien

ICD-10

- ICD-10: International Classification of Diseases: 10. Version (WHO)
- Durch diesen Diagnoseschlüssel können Diagnosen international eindeutig zuordnet werden.
- Beschreibt objektive Sachverhalte und Symptome, Grenze von „noch gesund“ zu „krank“ wird nur anhand des Schweregrades und der Dauer der Symptome gezogen.
- Kapitel I-XXI (A-Z): Sämtliche heute gültigen Diagnosen der Medizin
- Kapitel V (F00-99): Alle psychischen und Verhaltensstörungen
- Beispiel: F33.1:
 - F psychische Störung
 - F 3 affektive Störung
 - F 33 rezidivierende depressive Störung
 - F 33.1 rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode

Kapitel F: Psychische und Verhaltensstörungen

- F0 Organische psychische Störungen
- F1 Psychische Störungen durch psychotrope Substanzen
- F2 Schizophrenie und wahnhaftige Störungen
- F3 Affektive Störungen
- F4 Neurotische -, Belastungs -, somatoforme Störung
- F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen
- F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- F7 Intelligenzminderung
- F8 Entwicklungsstörungen
- F9 Verhaltensstörungen mit Beginn in der Kindheit

Skript erstellt durch Dr. med. Tobias Baur



AKADEMIE

FÜR INDIVIDUALPSYCHOLOGIE

Ausgewählte psychiatrische Krankheitsbilder

F0 Demenz und Delir

F1 Sucht/Abhängigkeitssyndrome

F2 Schizophrenie

F3 Depression, manisch-depressive Erkrankung, Erschöpfung/Burnout

F4 Phobien, Panikstörung, generalisierte Angststörung, Zwang, Traumafolgestörungen, Somatisierungsstörung

F5 Essstörungen (Anorexie & Bulimie), Schlafstörungen

F6 Persönlichkeitsstörungen

F9 ADHS

5.1 Organische psychische Störungen F0

Definition: Psychische Störung aufgrund einer Hirnerkrankung

- Primäre Erkrankung des Gehirns:
Schädel-Hirn-Trauma, Hirntumor, Morbus Alzheimer, ...
- Sekundäre Beteiligung des Gehirns:
Intoxikation, Gefäßschädigungen, Epilepsie, Multiple Sklerose

Verlauf: Delir (reversibel) oder Demenz (chronisch progredient)

Betrifft meist ältere Menschen

Typische Symptome – je nach betroffenem Hirnareal:

- Verlust kognitiver Fähigkeiten:
- Gedächtnisstörung: Vergesslichkeit bis hin zu Verlust des Langzeitgedächtnisses und Ausfall der Erinnerung.
- Denkstörung: Verarmung des Denkens, Perseveration, vermindertes Abstraktionsvermögen
- Antriebsstörung: Antrieb und Psychomotorik meist verlangsamt, rasch erschöpfbar
- Affektlabilität: erhöhte Reizbarkeit, starke Affektschwankungen (euphorisch bis depressiv)
- Orientierungsstörung: bezüglich Ort, Zeit und Person



AKADEMIE

FÜR INDIVIDUALPSYCHOLOGIE

Demenz F0-3

Symptome > 6 Monate, chronisches hirnormales Psychosyndrom

Häufigkeit

Im Alter von 65-70 Jahren: 2-6%

Im Alter über 85 Jahren: 20-30%

Ursachen

Demenz bei Alzheimer-Krankheit: 65%

Multiinfarktdemenz: 15-25%

Delir F05

Akutes hirnormales Psychosyndrom: reversibel

Unterschiedliche **Ursachen**

- **Medikamente:** Trizyklische Antidepressiva, Neuroleptika, Säureblocker, Betablocker, Kortison, Parkinson-Mittel
- **Erkrankungen, Traumata:** Nieren- und Lebererkrankungen, Tumoren, Meningitis, Pneumonien, Hypoglykämie, Fieber, Dehydratation bei Brechdurchfall oder Verbrennungen, größere Operationen, Schädel-Hirntrauma, psychosozialer Stress
- Delirium durch psychotrope Substanzen werden unter F1 codiert – typisch bei Alkoholentzug

Zusätzliche **typische Symptome** bei deliranten Zuständen:

Optische Halluzinationen, vegetative Störungen (Zittern, Schwitzen, Tachykardie), Sprachstörungen (verwaschen, Wortfindungsstörungen), Alpträume.

Verlauf: Starke Schwankungen im Tagesverlauf, reversibel (Tage – Wochen – selten Monate)

5.2. Psychische Störungen durch psychotrope Substanzen F1

Schädlicher Gebrauch F1x.1

Ein Konsummuster potenziell abhängigkeiterzeugender psychotroper Substanzen das zu einer Gesundheitsschädigung führt. Mehr als ein Missbrauch, potenziell Vorstufe von Abhängigkeit.

Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen F55:

Eine grosse Zahl von Medikamenten wie auch von pflanzlichen und Naturheilmitteln werden missbräuchlich konsumiert. Die drei wichtigsten Gruppen sind: 1. Psychotrope,



AKADEMIE

FÜR INDIVIDUALPSYCHOLOGIE

nicht abhängigkeiterzeugende Substanzen wie Antidepressiva, 2. Laxantien (Abführmittel), 3. Analgetika (Schmerzmittel).

Nicht stoffgebundene Süchte wie Spielsucht, Internetsucht und Arbeitssucht werden unter abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle unter F63 zusammengefasst.

Abhängigkeitssyndrom F1x.2

Psychische: Übermächtiges Verlangen eine psychotrope Substanz zu konsumieren, verminderte Kontrollfähigkeit des Konsums bestimmter Substanz, Vernachlässigung anderer Interessen zugunsten des Substanzkonsums, Konsum trotz Nachweis eindeutiger schädlicher Folgen.

Körperliche: Toleranzentwicklung (Dosissteigerung für gleiche Wirkung) und körperliche Entzugserscheinungen.

Suchtmittel

Alkohol, Opioide, Cannabis, Kokain Benzodiazepine, Stimulantien inkl. Koffein, Halluzinogene, Nikotin, Lösungsmittel, ...

Modell zur Abhängigkeitsentwicklung - Vier Bedingungsfaktoren der Sucht

1. **Individuum**
2. Genetische Faktoren, erlerntes Fehlverhalten, „Broken Home“, elterliches Vorbild
3. **Soziales Umfeld**
4. Risikoberufe, Verfügbarkeit, Konsumsitten, Gruppenzwänge, Image von Abstinenz, Freizeitvakuum
5. **Suchtmittel**
6. Verfügbarkeit, Angstlösung, Enthemmung, Euphorisierung, Kontaktförderung
7. **Aktuelle Situation**
8. Konflikte am Arbeitsplatz, Beziehungsprobleme, ...

Folgen der Abhängigkeit

- **Psychische Symptome:** Interesseverlust, Stimmungsschwankungen, Gleichgültigkeit, Störung des Kritikvermögens
- **Körperliche Symptome:** Vegetative Störungen, Gewichtsverlust, Schlafstörungen, neurologische Ausfälle
- **Soziale Auswirkungen:** Beruflicher Abstieg, Dissozialität/Kriminalität, Suizidgefährdung (10-15% begehen Suizid)



AKADEMIE

FÜR INDIVIDUALPSYCHOLOGIE

Therapie

Motivationsaufbau, Abstinenz/alternativ kontrollierter Konsum, Nachreifung und Stabilisierung der Persönlichkeit, psychosoziale Stabilisierung und Rehabilitation

Behandlungsablauf

Kontakt- und Motivationsphase, Entgiftung (körperlicher Entzug), Entwöhnungsbehandlung, Nachsorge und Rückfallprophylaxe

Gut zu wissen

- Suchtmittelkonsum immer ansprechen. Ruhig und klar Nachfragen, nicht mit Bagatellisierung mitschwingen. Fragebogen abgeben.
- Thema ist oft Einstieg in hilfreiche Beziehungsarbeit. Lebensphase berücksichtigen, nicht als Entschuldigung nehmen.

Red flags

- Psychische und körperliche Folgeschäden offensichtlich oder nebenbei erwähnt – Abklärung durch Hausarzt/Fachperson.
- Eigene Vermeidungstendenz des Abhängigkeitsthemas – unbedingt mit Patienten oder in Supervision ansprechen.
- Patient erscheint oder meldet sich alkoholisiert - keine Beratung/Therapie in alkoholisiertem Zustand, mit Entzugssymptomen oder nach anderem Suchtmittelkonsum. Motivation für Behandlung bei Fachperson, klare Regeln für Beratungssitzung.

5.3. Schizophrene Störungen F2

Lebenszeitrisiko: 1%, Männer und Frauen gleich häufig betroffen, Auftreten in jedem Lebensalter, meist zwischen 18 und 35, mittleres Alter für erste Episode 21 Jahre Männer, 26 Jahre Frauen. Bei Frauen 2. Erkrankungsgipfel in der Postmenopause. Frauen haben einen insgesamt günstigeren Verlauf.

Ursache

Starker genetischer Faktor (Wahrscheinlichkeit zu erkranken 10-20%, wenn ein Elternteil betroffen) und neurobiologische Hirnveränderungen. Psychosoziale Faktoren vor allem für den Verlauf der Krankheit wichtig (Konflikte, Belastungen, Stress)

Schizophrenie ist also eine komplex vererbte (polygenetisch) und durch risikoe erhöhende Umweltfaktoren mitbedingte Erkrankung. Nicht die Krankheit Schizophrenie ist genetisch determiniert, sondern der Mensch in seiner Fähigkeit, psychotisch zu werden.



AKADEMIE

FÜR INDIVIDUALPSYCHOLOGIE

Symptome

1. Formale Denkstörung und kognitive Störungen

Gedankenabreißen, Vorbeireden, zerfahrenes Denken, Neologismen und Konzentrationsstörungen, Gedächtnisstörungen

2. Gefühlsstörung

misstrauisch, depressiv, euphorisch, gereizt, ängstlich, Ambivalenz, Affektverflachung

3. Ich-Störungen

Derealisation, Gedankenausbreiten, Gedankenentzug, ...

Zusätzliche Merkmale

- **Wahn:** Größen- und Verfolgungswahn, Beeinflussungswahn, religiöser Wahn, ...
- **Halluzinationen:** Stimmenhören, optische Halluzinationen
- **Antrieb und Psychomotorik:** apathisch bis agitiert

Erste Anzeichen (Prodromi) treten bereits zwei Jahre vor Ausbruch der Erkrankung auf

- Anspannung, Angst, Unruhe
- Gefühlsverstimmung, Depression
- Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen, Antriebsmangel und Reizbarkeit
- Eigenartiges Verhalten, Sozialer Rückzug
- Eindruck, beeinflusst zu werden, manchmal extreme Beschäftigung mit Religion und Esoterik

Verlauf

Unterschiedliche Verläufe mit Exazerbationen, es gilt grob die **Drittelsregel:**

1/3 Heilung oder leichte uncharakteristische Residuen (mit gelegentlichen Exazerbationen)

1/3 mittelschwere uncharakteristische Residuen (mit gelegentlichen Exazerbationen)

1/3 schwere charakteristische Residuen (mit dauernden typischen schizophrenen Symptomen)

Unterscheidung zwischen vorherrschender Plus- und Minussymptomatik:

Plussymptomatik

Wahn, Halluzination, Denkstörungen, chaotisches Verhalten, eher ausgelöst durch Überstimulation und Stress. Spricht auf Medikamente meist gut an.

Minussymptomatik

Skript erstellt durch Dr. med. Tobias Baur



AKADEMIE

FÜR INDIVIDUALPSYCHOLOGIE

im Vergleich zum Gesunden Defizite im Verhalten: still, apathisch, antriebsarm, zeigen wenig Gefühle, eher ausgelöst durch Unterstimulation. Hohes Suizidrisiko: 50% machen im Verlauf einen Suizidversuch, 10-20 % begehen Suizid.

Faktoren, die einen **günstigen Verlauf** wahrscheinlicher machen:

Später Krankheitsbeginn, viel Lebenserfahrung vor der Erkrankung, plötzlicher Beginn (nicht schleichend), vielfältige Bewältigungsstrategien (Flexibilität), affektive Ausdrucksfähigkeit, soziale Ressourcen (wie stabiles Familienumfeld), materielle Sicherheit, frühzeitige, wenig stigmatisierende und etikettierende Behandlung.

Therapie

Grundsätzliche Therapieprinzipien: Rasch und konsequente Behandlung wichtig da schwere Erkrankung und Ambivalenz auch in der Therapie, Vorbeugung einer Chronifizierung, Rückzugsverhalten senken und konsequente Medikation. Beeinflussung der Vulnerabilität, Vermeiden von akuten oder chronischen Stressoren, Bewältigungsstrategien stärken, Beratung des sozialen Umfeldes

Medikamentöse Therapie: Neuroleptika (Rückfallgefahr von 75% auf 15% reduziert)

Psychotherapie: Informieren, ermutigen, unterstützen, Über- und Unterstimulation vermeiden

Soziotherapie / Rehabilitation: Selbständiges Wohnen, Selbstversorgung, beruflicher Wiedereinstieg

Umgang mit psychotischen Patienten

- Den Patienten mit seinem Wahn akzeptieren, aber nicht so tun, als ob man die Wahninhalte für Realität hielte
- Halluzinatorisches Verhalten kann angesprochen werden
- Ruhiges Gespräch, „Deeskalation“
- Geplantes Vorgehen immer klar ansprechen und erklären

Wichtig zu wissen

- Bei den meisten an Schizophrenie erkrankten Personen, denen wir begegnen, ist die Diagnose gestellt und sie sind oder waren in psychiatrischer Behandlung.
- Menschen mit Psychosen sind hochsensibel für die Art und Weise, wie ein (professioneller) Helfer ihnen gegenübertritt. Sie registrieren genau, ob die Grundvoraussetzungen einer hilfreichen Beziehung, ob Respekt und wirkliches Interesse vorliegen.



AKADEMIE

FÜR INDIVIDUALPSYCHOLOGIE

- Menschen um sie herum haben nur dann eine Chance das „Abwehrfeuer“ zu durchdringen, wenn sie selbst als Personen spürbar sind und aus einer inneren Überzeugung heraus handeln. Wer sich hinter formalen Rollen, hinter stereotypen Standards und Techniken versteckt, hat keine Chance.
- Letztlich ist keine Psychose/Schizophrenie gleich einer anderen und immer in ihrer individuellen Besonderheit, im sozialen Zusammenhang und mit all ihren subjektiven, biographischen Bedeutungen zu betrachten.

Red flags

- Stoppen der regelmässigen psychiatrischen Behandlung, Absetzen der Medikation
- Erste Anzeichen (Prodromi), vor allem bei jüngeren Personen bis 30 Jahren darauf achten, Früherkennung zentral
- Positive Familienanamnese

5.4. Affektive Störungen F3

Als affektive Störungen wird eine Gruppe von Erkrankungen bezeichnet, bei der die Störung der Stimmung gemeinsam mit Störungen des Antriebes und der Psychomotorik als charakteristisch angesehen wird. Typisch ist ein phasenhafter Krankheitsverlauf.

- **Depressive Erkrankungen** – unipolare Depression
Einmalige depressive Episode F32
Wiederkehrende/rezidivierende depressive Störung F33
Dysthymie – dauernd leichte depressive Symptomatik
- **Manische Erkrankungen n F30**
Manische Episode
Hypomanie
- **Bipolar affektive Störung F31** - Manisch-depressive Erkrankung
Bipolar I – Depressive und manische Episoden
Bipolar II – Depressive und hypomane Episoden

Zahlen

Lebenszeitprävalenz für unipolare Depression 17%, für bipolare Störung 1%

Unipolare Depression: Erkrankung in jedem Lebensalter, 50% vor 30, Ersterkrankung im Alter selten, über 65 sind 10% von Altersdepression betroffen. Bei Frauen zweimal so häufig. Bei Verwandten 1.Grades 5x erhöhtes Erkrankungsrisiko.



AKADEMIE

FÜR INDIVIDUALPSYCHOLOGIE

Bipolare Störung: Frauen und Männer gleich häufig betroffen. Ersterkrankungsalter um 20. Bei Verwandten 1.Grades 10x erhöhtes Erkrankungsrisiko.

Ursachen

Körperliche Faktoren: Genetische Faktoren, körperliche Erkrankungen, Neurobiologie, Medikamente, Suchtmittel, hormonelle Störungen

Psychosoziale Risikofaktoren: Biographie mit Traumata, Verlust, Vernachlässigung in der Kindheit, akute Belastungssituationen, Lebensübergänge

Interpersonelle Faktoren: Verluste, Konflikte, Rollenwechsel, Defizite in Beziehungsgestaltung

Bei manischen Phasen hoher genetischer Faktor.

Spezielle Formen

Saisonale Depression, Psychotische Depression, Erschöpfungsdepression, Postpartale Depression, Larvierte Depression: vielgestaltige somatische Symptome ohne typische depressive Verstimmung

Symptome depressive Phasen

Störung von Denken, Fühlen, Handeln und des Körpers - Mindestdauer 2 Wochen

Hauptsymptome: 1. Gedrückte Stimmung, 2. Interessen- /Freudlosigkeit, 3. Antriebsstörung

Andere häufige Symptome: 1. Konzentrationsverminderung, 2. Selbstwertgefühlsverminderung, 3. Schuldgefühle, 4. Negative Zukunftsperspektiven, 5. Selbstschädigung, 6. Schlafstörung, 7. Appetitminderung

- **Gefühle:** traurig, innere Leere, Gefühl der Gefühllosigkeit, ängstlich, hoffnungslos,
- **Denken:** verlangsamt, Konzentrationsstörung, Grübeln, Gedankenkreisen, Schuldgefühle, Ängste, selten Wahnideen
- **Vegetative Störungen:** Schlafstörung, Appetitminderung, Verdauungsstörungen, Schwitzen, gestörte Sexualfunktion
- **Antrieb:** vermindert, Müdigkeit, teilweise agitiert
- Symptome am Morgen meist verstärkt, abends eher besser
- Suizidalität
- Typisch ist die Trias von negativer Sicht: von sich, von der Umwelt, von der Zukunft
- Depression ist die Krankheit der 'Losigkeiten', insbesondere der Hoffnungslosigkeit



Symptome manische Phase

- **Stimmung:** euphorisch, oft auch gereizt, aggressiv, streitsüchtig
- **Antrieb:** gesteigert, unruhig, Tatendrang, Rededrang
- **Ideenflucht:** ständig neue Ideen
- **Schlafbedürfnis:** stark reduziert, typisch ungefähr zwei Stunden
- **Selbstgefährdung:** Selbstüberschätzung, Distanzlosigkeit, Enthemmung oft mit fatalen Folgen (Alkohol, Drogen, Sexualität, Autofahren, Geld ausgeben, ...) aber auch Suizidalität
- Fehlende Krankheitseinsicht - Zwangseinweisung zum Schutz des Patienten oft unumgänglich

Hypomanie: weniger ausgeprägte Symptome, oft noch Krankheitseinsicht

Verlauf

Phasenhafter Verlauf: **Depressive Phasen** dauern mehrere Monate bis zwei Jahre (individuell sehr unterschiedlich) und klingen unter Schwankungen meist vollständig ab. Rückfallrate nach 1. Episode: 50% (nach schwerer Episode: 80%), nach 2. Episode: 70%, nach 3. Episode: 90%. 25% der Depressionen verlaufen chronisch (>2Jahre), meist früher Beginn.

25% aller Depressiven gehen nie zum Arzt, mehr als 50% sind ungenügend behandelt, 10-15% aller Depressiven sterben an Suizid.

Manische Phasen meist Wochen, gehen oft in depressive Phasen über.

Therapie depressive Phasen

Die Therapie muss auf den einzelnen Patienten „massgeschneidert“ sein. Suizidalität stets im Auge behalten.

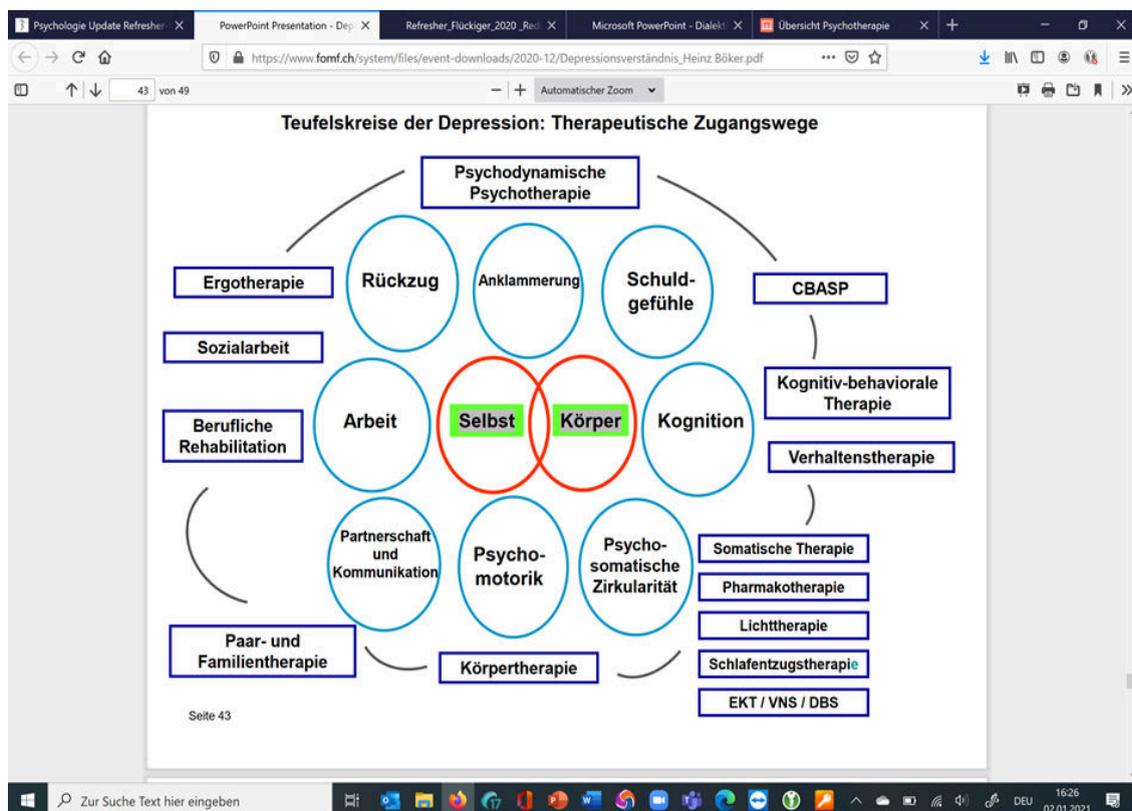
Biologische Verfahren: Medikamente, Wachtherapie/Schlafentzug, Lichttherapie, Elektrokrampftherapie (EKT), Magnetresonanztherapie (TMS), Bewegung und Sport

Psychotherapie: Beziehung zentral, regelmässige und unterstützende Gespräche bei einer Fachperson während einer Phase und prophylaktisch, Psychoedukation, anerkannte Psychotherapieverfahren und allenfalls depressionsspezifische Verfahren.

Ergänzende Therapieformen: Körpertherapie, Entspannungstraining, Kunsttherapie, Musiktherapie



Sozialtherapeutische Massnahmen: Materielle Grundversorgung, tagesstrukturierende Massnahmen, Arbeit, Wohnung, Finanzen, Versorgung der Kinder, Freizeitgestaltung



Therapie manische Phasen

Meist Klinikeinweisung, Medikation: Neuroleptika, stützende Psychotherapie und Tagesstruktur soweit möglich.

Medikation – in den akuten Phasen und prophylaktisch. Antidepressive 6 Monate und oft jahrelang, Benzodiazepine oder niederpotente Neuroleptika bei Unruhe oder Schlafproblemen, bei bipolaren Störungen Phasenprophylaxe mit Lithium oder anderen Stimmungsstabilisatoren.

Burnout-Syndrom und psychophysische Erschöpfung

Es sind beides keine ICD-10 Diagnosen. In ausgeprägterem Mass führen beide in eine depressive Symptomatik. Burnout ist ein subjektives Krankheitskonzept und kann als Skript erstellt durch Dr. med. Tobias Baur



AKADEMIE

FÜR INDIVIDUALPSYCHOLOGIE

solches hilfreich sein. Erschöpfung ist als Konzept im Kontrast zur depressiven Symptomatik oft hilfreich: Erschöpfung nimmt bei anhaltender übermässiger Belastung immer weiter zu und man kann sich im Extremfall zu Tode erschöpfen. Erschöpfung braucht vor allem Erholung, sprich weniger Belastung. Depression ist in sich selbstlimitierend und verläuft in der Regel phasenhaft. Bei Depression ist 'Zuwendung zum Leben' und eine angepasste Aktivierung und Belastung hilfreich.

Gut zu wissen

Patienten können manische Symptome in kurzen Gesprächen oft erstaunlich unterdrücken.

Bei der Manie ist die Schlafdauer das zentrale Mass für die Ausprägung, je kürzer desto alarmierender.

Red flags

Fehlende Tagesstruktur, Vernachlässigung Körperhygiene, Alleinsein, Suizidalität

5.5. Angst und Panikstörung F40/41

Hoher erblicher Anteil von 20-50%. Bei Frauen doppelt so häufig. Drei Formen:

Phobische Störungen – F40

13% Lebenszeitprävalenz

Angst wird ausschliesslich durch eindeutig definierte und ungefährliche Situationen oder Objekte hervorgerufen. Diese werden gemieden oder voller Angst ertragen.

- Agoraphobie: Angst vor ungewohnten Situationen wie Menschenmengen, öffentliche Plätze und Reisen
- Soziale Phobie: Angst davor im Mittelpunkt zu stehen, sich zu exponieren, sich den Blicken anderer auszusetzen.
- Spezifische Phobien: Flugangst, Höhenangst, Angst vor Tieren,

Panikstörung F41.0

6% Lebenszeitprävalenz

Kennzeichen sind wiederkehrende schwere Angstattacken ohne ersichtlichen Anlass.

Typisch ist der plötzliche Beginn mit Anfluten und Abklingen innerhalb von Minuten oder auch länger.

Meist mit intensiven vegetativen Symptomen (Herzklopfen, Brustschmerzen, Erstickungsgefühlen, Schwindel durch Hyperventilation) und Todesangst.

Generalisierte Angststörung – F41.1

Skript erstellt durch Dr. med. Tobias Baur



AKADEMIE

FÜR INDIVIDUALPSYCHOLOGIE

6% Lebenszeitprävalenz

Hauptsymptom ist das übertriebene Sorgen im Sinne einer generalisierten, übertriebenen und langanhaltenden Angst, die nicht auf bestimmte Situationen beschränkt ist und frei flottiert.

Symptome der Angst

Körperlich

- Herzrasen, Zittern, Schwitzen, Kribbeln
- Atemnot, Beklemmung in der Brust
- Übelkeit, Durchfall, Schwindel, Schwächegefühl
- Wattegefühl und Gefühl leicht zu schweben
- Bei Hyperventilation oberflächliche Atmung, Kribbeln in Lippen, Armen und Beinen, Wahrnehmungstunnel

Psychisch - nur bei starken Anfällen

- Ohnmachtsgefühl, Angst zu sterben
- Derealisation (Gefühl der Unwirklichkeit)
- Depersonalisation

Sozial und gesundheitlich - längerfristige Folgen

- Vermeidung und Verkleinerung des Lebensradius, Unfähigkeit, bestimmte Dinge zu tun
- Abhängigkeit von anderen Personen
- Depression und Substanzmissbrauch (Beruhigungsmittel, Alkohol)
- Berufliche Schwierigkeiten bis zur Berufsunfähigkeit

Erklärungsmodell der Angst

Multifaktorielles Geschehen, zu Beginn durch Stress ausgelöst. Im Verlauf zunehmend Angst vor der Angst und gegenseitige Verstärkung von körperlichen und seelischen Symptomen.

Therapie

Eine wichtige Basisbehandlung bei allen Angsterkrankungen sind psychoedukative Massnahmen mit viel Information über die Symptomatologie, Ätiologie und Behandlung der Angststörungen. Die Erfolgsaussichten einer medikamentösen Behandlung sind gut (Antidepressive, Pregabalin). Weiter sind allgemeine Entspannungsverfahren und Stressabbau durch z.B. Bewegung hilfreich.

Gute Erfolge zeigt auch die Psychotherapie, gut untersucht sind sie in der kognitiven Verhaltenstherapie: Bei generalisierter Angststörung kognitiv arbeiten und destruktive Denkabläufe aufdecken, Angst zu Ende denken ('worst case'), über Angstkreislauf

Skript erstellt durch Dr. med. Tobias Baur

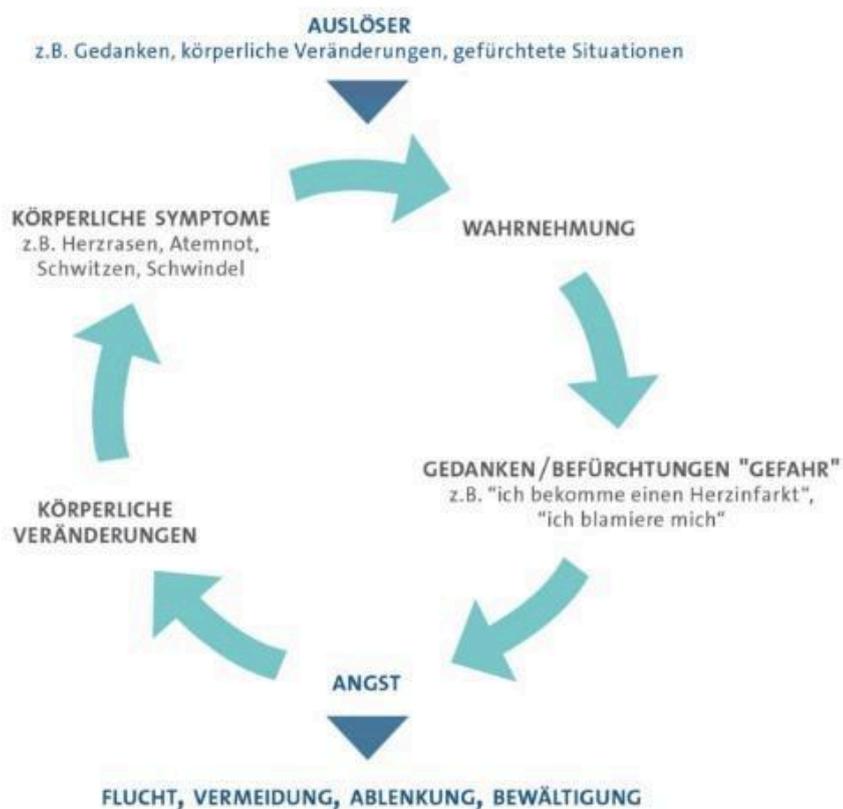


AKADEMIE

FÜR INDIVIDUALPSYCHOLOGIE

aufklären – gut geeignet als Gruppentherapie. Bei Angst und Panik mit Auslöser eine Angsthierarchie erstellen und stufenweise desensibilisieren oder 'Flooding', paradoxe Intervention und Reaktionsexposition mit Entwicklung von Symptomakzeptanz und -toleranz.

Angstkreis



Wichtig zu wissen:

- Angststörungen sind die häufigsten psychischen Störungen.
- Oft muss man genau und konkret nachfragen, um die Ängste und das Vermeidungsverhalten zu erkennen. Was könnten sie alleine, jetzt und ohne Hilfe machen? Was würden sie gerne wieder einmal machen? Wo hat sich ihr Alltag verändert?

Red flags:

Skript erstellt durch Dr. med. Tobias Baur



AKADEMIE

FÜR INDIVIDUALPSYCHOLOGIE

- Anhaltende Schwierigkeiten im Alltag auf Grund der Ängste – Abklärung durch Fachperson.

5.6. Zwangsstörungen F42

2-3% Lebenszeitprävalenz

Hauptsymptome sind Zwangsgedanken und Zwangshandlungen, häufig ist die Kombination.

Zwang: Innerer Drang, bestimmte Dinge zu denken oder zu tun, die als Ich-zugehörig aber unsinnig erlebt werden. Sehr unangenehm und quälend erlebt.

Zwangsgedanken: Ideen, Vorstellungen und Impulse, die sich aufdrängen: Häufig sind aggressive Zwangsgedanken und solche die mit Verschmutzung und Sexualität zu tun haben. Zwangsimpulse werden kaum ausgeführt.

Zwangshandlungen: Wiederholte Verhaltensweisen, meist in stereotyper, ritualisierter Art. Kein realistischer Bezug zu dem was sie bewirken sollen. Dienen dazu Unwohlsein, Angst, Anspannung und Ekel zu vermindern oder Gefahren abzuwenden. Am häufigsten Wasch- und Kontrollzwänge, daneben Zähl- und Sammelzwang.

Ursachen: Psychologische und neurobiologische Faktoren

Dynamik: Angstreduktion/Angstbannung durch Zwangshandlungen, daneben ausgeprägtes Vermeidungsverhalten.

Verlauf

Erste Symptome meist vor dem 18 Lebensjahr. Anfangs häufig episodisch mit wechselnder Ausprägung, im Verlauf fluktuierend und meist chronisch, Spontanheilung eher selten.

Lebensqualität meist erheblich beeinträchtigt vor allem bezüglich Selbstwert, soziale Beziehungen und Arbeitsfähigkeit.

Wenige Betroffene begeben sich in Behandlung als bei anderen Störungen, wobei Scham und Verheimlichungstendenz eine grosse Rolle spielen.

Therapie

- Kombination aus Psychotherapie und Medikation.



AKADEMIE

FÜR INDIVIDUALPSYCHOLOGIE

- Kognitive-Verhaltenstherapie: Expositionstraining: Exposition in Begleitung, Reaktionsverhinderung/Zwangshandlung lasse und erfahren, dass Angst abnimmt. Entspannungsverfahren.
- Medikation mit SSRI (Serotonin-Wiederaufnahmehemmer), hochdosiert, über längere Zeit, 60% profitieren.

Wichtig zu wissen

- Bei Verdacht unbedingt behutsam, jedoch klar und konkret nachfragen. Bei Hinweis auf Zwangssymptomen Ausprägung im Alltag erfragen und abschätzen – wieviel Zeit am Tag wird konkret für Zwänge aufgewendet.
- Treten häufig gemeinsam mit anderen Erkrankungen auf (in erster Linie Depressionen bei über 50% und Angststörungen).

Red flags

- Bei Zwangssymptomen unbedingt weitere spezialisierte Abklärung empfehlen und unterstützen.
- Bei schweren Verläufen mit sozialer Isolation, körperlichen Folgen (Waschzwang) und Suizidalität dringend fachärztliche Behandlung.

5.7. Traumafolgestörungen F43

Bezüglich der Diagnostik von Traumafolgestörungen ist derzeit viel in Bewegung und es gibt ganz grundsätzliche Veränderungen der diagnostischen Einteilung im Übergang vom ICD-10 zum ICD-11. Traumafolgen können sich ganz unter unterschiedlich äussern. Sie sind häufig und grundsätzlich bei jeder Symptomatik im Hinterkopf zu haben. Zuerst einige Begriffsdefinitionen. Dann gehe ich auf die beiden Belastungsstörungen nach ICD-10 ein: die akuten Belastungsreaktion und die posttraumatische Belastungsstörung. Danach folgt ein kurzer Ausblick auf die Einteilung von Traumafolgen im ICD-11.

Begriffsdefinitionen

Trauma: Ereignis oder Serie von Ereignissen von aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentartigem Ausmass.

Traumatisierend: Nur wenn posttraumatische Symptome. Abhängig von Schwere, Dauer, psychischen Vulnerabilität, gefühlte Lebensgefahr, erhaltene Hilfe danach und zentral der peritraumatischen Dissoziation.

Skript erstellt durch Dr. med. Tobias Baur



AKADEMIE

FÜR INDIVIDUALPSYCHOLOGIE

Dissoziation: Verlust der bewusst gesteuerten (exekutiven) Kontrolle über das Handeln. Meist verbunden mit fehlender Erinnerung.

Traumatrias: 1. Wiedererleben – Erinnerungen an Trauma 2. Posttraumatische Vermeidung 3. Körperlich-psychische Übererregungszustände.

Traumaformen: Bindungstrauma, Typ I – Monotrauma, Typ II – Mehrfachtrauma, Typ III – organisierte und ritualisierte Gewaltstruktur

Belastungsstörungen F43

Psychische Reaktion auf außergewöhnlich belastende Ereignisse

Akute Belastungsreaktion F43.0

Innerhalb von Wochen nach einem belastenden Ereignis. (Tod des Partners, schwere Erkrankung, ...)

Symptome: Gefühl der Betäubung, panische Angst, Herzklopfen, Zittern, Schwitzen, Rückzug, Unruhe, depressive Symptome. Klingt meist ohne Therapie nach einigen Tagen/Wochen ab!

Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) F43.1

Verzögerte, schwere Reaktion auf extrem traumatische Ereignisse (Kriegstrauma, Vergewaltigung, Entführung, sexueller Missbrauch in Kindheit). Traumatisierung durch Menschen wirkt oft verheerender als Umweltkatastrophen.

Symptome der PTBS:

- **Wiederholtes Erleben des Traumas:** Flashbacks, Alpträume, heftige Reaktion bei Reizen, die an das Trauma erinnern.
- **Emotionaler und sozialer Rückzug:** Teilnahmslosigkeit, Verlust der Lebensfreude, quälende Schuldgefühle, Vermeidungsverhalten gegenüber Situationen, die an das Trauma erinnern.
- **Nervliche und körperliche Übererregtheit:** Schlafstörung, Angst vor Alleinsein, Sicherheitskontrollen, selbstschädigendes Verhalten, Schreckhaftigkeit, ständiges Gefühl des Bedrohtseins.

Verlauf PTBS: Bei ca. 50% klingen die Symptome nach einigen Monaten ab. Ca. 1/3 verlaufen chronisch

Therapie PTBS:

Psychotherapie: oft jahrelange Einzeltherapie nötig. Erfahrene Therapeuten.

Medikamente: Antidepressiva, Angstlösende Medikamente wie Benzodiazepine, Neuroleptika bei Erregungszuständen.

Skript erstellt durch Dr. med. Tobias Baur



Traumafolgestörungen ICD-11 - fünf Trauma- und Dissoziationsachsen

- 1. Persönlichkeitsstörung nach Trauma**
- 2. Spezifische belastungsbezogene Störungen**
PTBS, komplexe PTSD (nach mehrfach Traumatisierung) – hier kommen noch Affektregulationsstörung, Probleme mit dem Selbstbild und Beziehungsprobleme hinzu, anhaltende Trauerstörung (nach Tod eines Menschen), Anpassungsstörung
- 3. Strukturelle Dissoziation der Persönlichkeit**
Dissoziative Identitätsstörung: Mehrere selbstständige Persönlichkeitszustände – abgeschwächte Form mit einem im Alltag dominierenden Persönlichkeitszustand
- 4. Dissoziative Symptome**
Beeinträchtigung von Sehen, Hören, Sprechen, Bewegungen, nicht epileptische Krampfanfälle, Erinnerungslücken, Depersonalisation, Derealisation, Trance-Besessenheitsstörung
- 5. Komorbide Störungen**
Häufig Sucht, Essstörungen, Zwang, Depression, Angst, Schizophrenie, ...

Wichtig zu wissen

Traumatische Erfahrungen sind oft verdrängt und nicht aktiv erinnerbar. Zudem sind sie hoch schambesetzt und werden sehr zurückhaltend berichtet.

Red flags

Bei Hinweis auf unterschiedliche Persönlichkeitsanteile und dissoziative Phänomene unbedingt fachliche Abklärung und Behandlung.

5.8. Somatoforme Störungen F45

Typisch ist die wiederholte Äusserung körperlicher Symptome in Verbindung mit der hartnäckigen Forderung nach medizinischer Untersuchung trotz wiederholter negativer Ergebnisse.



AKADEMIE

FÜR INDIVIDUALPSYCHOLOGIE

Häufige Diagnose in der Hausarztpraxis, viele Untersuchungen, Patienten können oft seelische Ursache nicht akzeptieren.

Somatisierungsstörung F45.0

Häufiger Frauen, viele und häufige wechselnde körperliche Symptome

Hypochondrische Störung F45.1

Beharrliche Beschäftigung mit der Möglichkeit an einer schweren Krankheit zu leiden

Somatoforme autonome Funktionsstörung F45.3

Symptome eines vegetativ innervierten Systems – meist Herz, Magen-Darm und Atmung

Anhaltende Schmerzstörung F45.4

Quälender Schmerz, der durch körperliche Prozesse nicht vollständig erklärt werden kann.

Ursachen

Chronische Überforderung und psychosozialer Stress, 'Organschwäche' – schwächstes Glied in der Kette, Modelllernen bei Angehörigen, Schwierigkeiten eigene Gefühle wahrzunehmen und zu äussern.

Verlauf

Oft chronisch, meist lange Zeit bis zur Diagnosestellung mit vielen Untersuchungen und Therapien, Risiko für unnötige Therapien und Abhängigkeit von Beruhigungs- und Schmerzmitteln

Therapie

Kurzzeitpsychotherapie - nicht über-psychologisieren - und langfristige Begleitung: Gute Beziehung aufbauen, Leiden ernst nehmen, Symptome vollständig explorieren, Vermeiden von unnötigen Untersuchungen und Eingriffen, Psychoedukation, Stressreduktion, somatisches Erklärungsmodell durch bio-psycho-soziales Modell ersetzen, Rückfragen stellen und Patienten Zusammenfassung geben lassen.

5.9. Essstörungen F50

Anorexia nervosa F51

- Selbstverursachtes extremes Untergewicht mit BMI < 17.5
- Körperschemastörung



AKADEMIE

FÜR INDIVIDUALPSYCHOLOGIE

- Hormonstörung (Auswirkungen: ausbleiben der Regelblutung, veränderte Knochendichte)
- Verzögerte oder gehemmte körperliche Entwicklung

90% sind junge Frauen zwischen 15-25 Jahren

Je jünger die Mädchen, desto schlechter die Prognose

Bulimia nervosa F50.2

- Essattacken mit Herunterschlingen großer Nahrungsmengen mindestens zweimal wöchentlich, andauernde Beschäftigung mit Essen
- Absichtlich herbeigeführtes Erbrechen, z.T. Missbrauch von Abführmitteln
- Krankhafte Furcht, dick zu werden

2- 4% aller jungen Frauen betroffen, Beginn etwas später als Anorexie

Ursachen von Essstörungen

Anorexie

- Schlankes Schönheitsideal
- Teilweise gestörte Familienbeziehungen
- Schwierigkeiten mit der weiblichen Geschlechtsrolle
- Hohe Leistungsorientierung in Ursprungsfamilie
- Genetischer Faktor

Bulimie

- Schlankes Schönheitsideal
- Traumatische Kindheitserlebnisse (z.B. sexueller Missbrauch)
- Oft eher emotional instabile Persönlichkeit
- Genetischer Faktor

Symptome von Essstörungen

Anorexie

- Körpergewicht: BMI < 17.5 (Body Mass Index: Gewicht über Grösse im Quadrat (kg/m²))
- Körperschema-Störung: Angst, zu dick zu sein, auch bei extremem Untergewicht! Bezieht sich teilweise nur auf einzelne Körperteile.



AKADEMIE

FÜR INDIVIDUALPSYCHOLOGIE

- Gewichtsabnahme: selbst verursacht, Abführmittel, Fasten, extreme körperliche Aktivität oft mehrere Stunden täglich
- Ausbleiben der Regelblutung

Bulimie

- „Fressanfälle“ mit großen Mengen hochkalorischer Lebensmittel, danach willentliches Erbrechen und Schuldgefühle
- Missbrauch von Abführmittel und Appetitzügler
- Diäten und Fasten
- Körperschema-Störung
- Sozialer Rückzug: Scham
- Körpergewicht: oft normal

Verlauf von Essstörungen

Anorexie

Nach 10 Jahren: 25% geheilt, 50% stabil mit Symptomen, bis 20% Todesfälle!
Folgen des extremen Untergewichts: Hormonstörungen, tiefer Puls und Blutdruck, Haarausfall, Lanugo- Haare, Veränderung von Laborwerten

Bulimie

Nach 10 Jahren: 50% geheilt oder besser, 20% weiterhin Bulimie, 20% Übergang in andere Essstörung, 3% Todesfälle
Folgen: Oft Normal- oder Übergewichtig, Symptome der Mangelernährung, Schädigung von Speiseröhre und Zähnen durch Magensäure

Therapie von Essstörungen

Anorexie

Multimodal, oft stationäre Behandlung, Körpergewicht erhöhen – Plan, Psychotherapie erst ab bestimmtem Körpergewicht: destruktive Denkmuster korrigieren, bessere Körperwahrnehmung üben, kreative Methoden, Familientherapie bei jungen Patientinnen

Bulimie

Multimodal, meist ambulante Behandlung, negative Denkmuster korrigieren, Sozialkompetenz-Training, Ess-Brechanfälle: Alternative Stress-Bewältigung einüben, Traumata aufarbeiten, Körperwahrnehmung üben, kreative Therapien, Familientherapie bei jungen Patientinnen

Gut zu wissen



- Frage nach Vorstellungen von eigenem Aussehen und dem Ess- und Bewegungsverhalten sind hilfreich und aussagekräftig – nachfragen, nicht abschütteln und konkret beschreiben lassen.

Red flags

- **BMI < 17.5 oder rasche Gewichtsabnahme** – somatische Untersuchung beim Hausarzt und Überweisung an Fachperson
- Induziertes Erbrechen, Konsum von Abführmitteln, übermässige Bewegung

5.10. Schlafstörungen (nichtorganisch) F51

Häufigkeit: Schlafstörungen sind sehr häufig und betreffen in vorübergehender Form mehr als die Hälfte der Bevölkerung. Chronische Schlafstörungen (>6Mt.) bei ca. 10% der Bevölkerung. Frauen häufiger betroffen. Häufigkeit im Alter zunehmend.

Schlafstörungen sind häufig Symptom einer anderen psychischen oder körperlichen Störung.

Drei Formen:

1. **Dyssomnien:** Störung der **Dauer**, der **Qualität** oder des **Zeitpunktes** des Schlafes. Drei Formen: 1. Insomnien – verminderte Schlafdauer oder nicht erholsamer Schlaf (rein subjektiv definiert), 2. Hypersomnien - übersteigertes Schlafbedürfnis und 3. Störung des Schlaf-Wachrhythmus.
2. **Parasomnien: Abnorme Schlafepisoden.** Selten, vor allem bei Kindern und Jugendlichen. Dazu gehören Schlafwandeln, Alpträume und Pavor nocturnus (massive Panik und Erregung in ersten Schlafstunden, Amnesie nach Erwachen)
3. **Organisch bedingte Schlafstörungen: werden unter den somatischen Erkrankungen codiert (G47)**
Narkolepsie, Schlafapnoe und Schnarchen
Herz-Kreislaufkrankungen, Neurologische Erkrankungen
Juckreiz, Schmerzkrankungen, Medikamente, Drogen
Zu langes Arbeiten, Fernseher, Schichtarbeit

Der normale Schlaf

Das durchschnittliche Schlafbedürfnis ändert mit dem Alter:



AKADEMIE

FÜR INDIVIDUALPSYCHOLOGIE

- Neugeborenes: 16 Std.
- Grundschulkind: 10-11 Std.
- Teenager: mindestens 9 Std.
- Erwachsene: 5-10 Std.
- Alter Mensch: 5-6 Std.

Das Schlafbedürfnis ist aber sehr individuell: Jeder sollte für sich herausfinden, wie viel Schlaf er tatsächlich braucht!

Schlafphasen

Nach dem Einschlafen: Phasen von traumlosem Tiefschlaf (körperliche Regeneration und Stärkung des Immunsystems)

Zweite Nachthälfte: Zunehmend oberflächlicherer Schlaf, REM-Phasen mit Träumen (Gehirn sehr aktiv. Zunehmende Ausschüttung von Cortisol zur Gedächtnisbildung und Energie-Bereitstellung)

Biologische Uhr

- Ist eine innere Uhr, die den Schlafrhythmus steuert und die Weckreaktion auslöst
- Zeitgeber: Licht und Dunkelheit, Lärm, Aktivität anderer Menschen
- Bei zunehmender Dunkelheit wird Melatonin ausgeschüttet, sobald Licht auf die Netzhaut trifft, wird dies gestoppt
- Cortisol-Ausschüttung bei Stress bewirkt Weckreaktion

Schlafschuld

- Ist die Differenz zwischen dem individuellen Schlafbedürfnis und dem tatsächlichen Schlaf
- Je höher die Schlafschuld, desto größer die Gefahr des Sekundenschlafs
- Chronische Schlafschuld/Insomnie gehen einher mit kognitiven Einschränkungen, Störungen der psychischen Befindlichkeit, somatischen Beschwerden, verminderter Lebensqualität und vermehrten Depressionen.

Dyssomnien F51.1-3

Arten

Einschlaf-, Durchschlaf- oder Aufwachstörung mit Früherwachen

Auftreten

Psychosozialer Stress, Zeitverschiebung, Hitze, Kälte, Lärm
Depression, Schizophrenie, Manie, Sucht, Ängste, Demenz

Diagnostik

- Ausführliche Schlafanamnese: Dauer, Verlauf, Rhythmus, Tagesbefindlichkeit

Skript erstellt durch Dr. med. Tobias Baur



AKADEMIE

FÜR INDIVIDUALPSYCHOLOGIE

- Medizinische und psychiatrische Anamnese
- Stressoren suchen: privat, beruflich
- Schlaftagebuch führen lassen
- Ev. Schlaflabor

Therapie von Schlafstörungen

- Organische Ursachen abklären und behandeln
- Psychiatrische Grunderkrankung behandeln
- **Schlafhygiene:** gute Aufklärung sehr wichtig!
 - 2 Std. vor Schlaf: keine anregenden Tätigkeiten wie spannender Film, Sport, Arbeit, Krisengespräche und kein Essen
 - Anregende Substanzen reduzieren: Koffein, Nikotin, ...
 - Bett nur zum Schlafen, bei Schlaflosigkeit aufstehen
- Schlaffördernd sind: Temperatur 15-17 Grad, Abdunkelung, warme Füße, regelmäßige Schlafzeiten, Schlafrituale, Bewegung tagsüber
- Regelmäßige Entspannungsübungen
- Negative Kognitionen bezüglich „Schlafen-Müssen“ korrigieren
- Medikamente: Pflanzliche Mittel bevorzugen. Schlafanstossende Antidepressiva. Benzodiazepine nur befristet einsetzen (Suchtgefahr!)

Red flags

- Anhaltender Benzodiazepinkonsum, nicht erholsamer Schlaf

5.11. Persönlichkeitsstörungen F60

Persönlichkeitsstörungen sind tief verwurzelte, anhaltende und weitgehend stabile Verhaltensmuster und gehen oft mit persönlichem Leiden und gestörter sozialer Funktionsfähigkeit einher.

Sie sind eine eigene Krankheitskategorie, von anderen psychischen Störungen abzugrenzen und nicht auf Episoden psychischer Krankheiten begrenzt.

Sie sind eine extreme Ausprägung von bestimmten Persönlichkeitszügen, die Abgrenzung zu noch normalem Verhalten ist oft schwierig.

Sie werden nach dem vorherrschenden Verhaltensmuster klassifiziert.

Betroffene erleben ihre Symptome als Ich-zugehörig

Diagnose



AKADEMIE

FÜR INDIVIDUALPSYCHOLOGIE

Kriterien für die Diagnose sind: Dominanz eines Merkmals; Auswirkungen auf verschiedene Lebensbereiche, insbesondere im sozialen und beruflichen Bereich; Durchgängigkeit der Störung.

Paranoide Persönlichkeitsstörung F60.0

Handlungen anderer werden als absichtlich erniedrigend oder bedrohlich erlebt. Misstrauisch, grollend, streitsüchtig, Beharren auf vermeintlichem Recht, leicht kränkbar, übertrieben eifersüchtig.

Schizoide Persönlichkeitsstörung F60.1

Gleichgültigkeit gegenüber sozialen Beziehungen, eingeschränkte emotionale Erlebnis- und Ausdrucksfähigkeit.

Emotional stark verletzbar, empfindlich, distanziert, kühl, gehemmt, einzelgängerisch, Unfähigkeit Freude zu empfinden, Defizite im Erkennen und Befolgen gesellschaftlicher Regeln.

Dissoziale Persönlichkeitsstörung F60.2

Gross Diskrepanz zwischen Verhalten und den geltenden sozialen Normen. Dadurch durchgängiges Muster von verantwortungslosem, antisozialem Verhalten.

Kaum stabile Beziehungen, rücksichtslos, aggressiv, z.T. kriminell

Emotional instabile Persönlichkeitsstörung F60.3

Impulse werden ohne Rücksicht auf Konsequenzen ausagiert, rascher Stimmungswechsel, oft instabile Beziehungen.

- **Impulsiver Typ:** unangepasste Affektausbrüche, mangelnde Impulskontrolle.
- **Borderline Typ:** instabiles Selbstbild, intensive, aber instabile Beziehungen, selbstverletzendes Verhalten, „chronische Suizidalität“ mit akuten Krisen, anhaltende innere Leere.

Histrionische Persönlichkeitsstörung F60.4

Überdurchschnittliche Emotionalität mit großem Verlangen nach Aufmerksamkeit. Theatralisch, leicht beeinflussbar, egozentrisch, manipulativ.

Anankastische (zwanghafte) Persönlichkeitsstörung F60.5

Durchgängiges Muster von Perfektionismus und Zwanghaftigkeit.

Starrheit im Denken und Handeln, Zweifel, übervorsichtig, unentschlossen, übergewissenhaft, sehr leistungsbezogen, Vergnügen und Beziehungen werden vernachlässigt.

Ängstlich (vermeidende) Persönlichkeitsstörung F60.6



AKADEMIE

FÜR INDIVIDUALPSYCHOLOGIE

Durchgängiges Muster von Anspannung, Besorgtheit, Schüchternheit, Angst vor negativer Beurteilung anderer.

Vermeidung von Kontakten aus Furcht vor Kritik, leicht verletzbar, Minderwertigkeitsgefühle, Sehnsucht nach Zuneigung.

Abhängige Persönlichkeitsstörung F60.7

Nimmt sich selbst als hilflos und inkompetent wahr.

Lässt andere entscheiden, sehr nachgiebig, Angst vor Verlassenwerden, Gefühl von körperlicher Schwäche.

Narzisstische Persönlichkeitsstörung F60.80

Durchgängiges Muster von Großartigkeit in Fantasie und Verhalten.

Bedürfnis nach Bewunderung und bevorzugter Behandlung, Gefühl von Einzigartigkeit bei gleichzeitig instabilem Selbstwert, nutzt andere aus, arrogant, überheblich.

Schizotype (Persönlichkeits)störung F21

Soziale und zwischenmenschliche Defizite mit Unbehagen in engen Beziehungen.

Seltsame magische Denkinhalte, argwöhnisch, unangemessene Gefühlsäußerungen, exzentrisches Verhalten, Mangel an Freunden.

Häufigkeit

5-15 % der allgemeinen Bevölkerung sind betroffen, 30-40% der Patientin in psychiatrischen Kliniken.

Die häufigsten Persönlichkeitsstörungen sind die ängstlich-vermeidende und die Borderline-Persönlichkeitsstörung. Bei Männern häufiger dissoziale und zwanghafte Persönlichkeitsstörung, ansonsten keine Geschlechtsunterschiede.

Verlauf und Folgen von Persönlichkeitsstörungen

Beginn in Kindheit oder Jugend mit dauerhafter Manifestation im Erwachsenenalter. Beeinträchtigung und Ausmaß der Störung nehmen im höheren Lebensalter ab.

Ausgeprägte Störungen im zwischenmenschlichen Bereich: dadurch Leiden und deutliche Leistungseinbußen im privaten, sozialen und beruflichen Bereich

Häufig komorbide Störungen wie Depressionen und Substanzmissbrauch von Alkohol, Drogen und Medikamenten

Langzeitverlauf sehr individuell, insgesamt: 1/3 günstig, 1/3 mittel, 1/3 ungünstig



AKADEMIE

FÜR INDIVIDUALPSYCHOLOGIE

Therapie

Persönlichkeitsstörungen sind im Allgemeinen behandelbar, wenngleich sich die Therapie oft lang andauernd gestaltet und den Betroffenen ein grosses Durchhaltevermögen abverlangt. Ziele sind eine Kompensation der Defizite, auch durch Erlernen neuer Fertigkeiten und eine Umstrukturierung der Einstellungen, des Verhaltens und der Emotionalität. Therapie der ersten Wahl ist die Psychotherapie.

Psychotherapie: inklusive Psychoedukation (Verständnis für die Störung fördern und Umgang damit verbessern). Unterschiedliche Methoden entwickelt – hängt auch von der Art der Persönlichkeitsstörung ab – z.B. DBT bei emotional instabiler Persönlichkeitsstörung. Wegen Schwierigkeiten mit Nähe/Distanz und Vertrauen oft Therapieabbrüche, Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung zentral, Vorgehen in kleinen Schritten.

Soziotherapie: Erlernen sozialer Fertigkeiten, Sicherstellung sozialer Grundbedürfnisse, Rehabilitation.

Gruppenpsychotherapie Differenzen zwischen Selbst- und Fremdwahrnehmung sichtbar machen und soziales Miteinander und das Verständnis füreinander fördern.

Medikamente: Je nach Symptomen und Ausprägung (z.B. zur Angstlinderung). Antidepressiva, Stimmungsstabilisatoren und Antipsychotika (z.B. gegen Angst, Impulsdurchbrüche, Wahndenken)

Gut zu wissen

Betroffenen fällt es oft schwer, Hilfe zu suchen. Viele können auch nicht erkennen, dass sie selbst Unterstützung brauchen. Oft suchen zuvor Menschen im sozialen Umfeld nach Beratung oder Therapie, da sie mit dem Verhalten ihrer Nächsten nicht zurechtkommen bzw. in der Folge eigene seelische Probleme entwickeln.

Red flags

Sich wiederholende destruktive Muster in Beziehungen. Betroffene leiden, fühlen sich aber nicht krank

Allgemeine Überlegung

Es ist derzeit viel in Bewegung bezüglich Diagnostik, Ursache und Therapie von Persönlichkeitsstörungen:

Die bisherige kategoriale Einteilung im ICD-10 wird in Zukunft von einer kategorial-dimensionalen Klassifikation im ICD-11 abgelöst. Grundlegend wird die Kodierung von Funktionsbeeinträchtigungen im Hinblick auf Selbstfunktionsniveau und interpersonelles Funktionsniveau sein.

Skript erstellt durch Dr. med. Tobias Baur



AKADEMIE

FÜR INDIVIDUALPSYCHOLOGIE

Man kommt zudem weg von der Vorstellung, dass die Persönlichkeit in der Kindheit geprägt wird und dann unverändert bleibt und geht immer mehr davon aus, dass die Persönlichkeitsreifung ein kontinuierlicher Prozess ist, der das ganze Leben andauert. Bezüglich Ursache steht das Konzept des Vulnerabilitäts-Stress-Modell im Vordergrund: Die Vulnerabilität gründet sich auf Vererbung, Traumata und psychosoziale Belastungen, die durch weiteren Stress zur Entwicklung einer Persönlichkeitsstörung führen.

5.12. ADHS im Erwachsenenalter F90

3% der Erwachsenen sind betroffen, ungefähr 1.5 Mal mehr Männer.
Beginn im Kindesalter und bei der Mehrzahl der Betroffenen Fortsetzung ins Erwachsenenalter.

Zum ADHS gehören 1. Unaufmerksamkeit, 2. Impulsivität und 3. Hyperaktivität. Bei Erwachsenen zusätzlich Desorganisation und emotionale Dysregulation. Häufig sind komorbide Störungen mit je bis 30% - Persönlichkeitsstörungen, Sucht, affektive Störungen und Angststörungen

Behandlung nur bei ausgeprägten Störungen in einem oder mehreren Lebensbereichen.
Multimodale Therapie mit Medikation und Psychotherapie.

5.13. Weitere Störungsbilder im Überblick

Impulskontrollstörungen F63

Dazu gehören pathologisches Glücksspiel, pathologischer Internetkonsum, pathologische Brandstiftung, ...

Sexuelle Störungen

Sexuelle Funktionsstörungen F52, Störungen der Sexualpräferenz F65 und Transgender, Transsexualität und Geschlechtsdysphorie

Intelligenzminderung F7

Intelligenz ist kein einheitliches Phänomen. Eine Intelligenzminderung ist eine unvollständige Entwicklung der geistigen Fähigkeiten wie Kognition, Sprache, motorische und soziale Fähigkeiten.

Entwicklungsstörungen F8

Dazu gehören z.B. Lese-, Rechtschreib- und Rechenstörungen, Autismus-Spektrum-Störungen



6. Behandlung

6.1. Psychotherapie – ein kurzer Überblick

Therapie heißt in Beziehung kommen und Antworten geben, die dem Patienten zeigen, dass die Zeichen, die er auf einer körperlichen, psychischen oder sozialen Ebene sendet, verstanden werden und ihn in die Lage versetzen, seine Wirklichkeit in zunehmendem Maße salutogenetisch zu gestalten.

Gut untersucht ist, dass Psychotherapie wirkt und dass sie in einem professionellen Rahmen stattfinden soll. In randomisierten Studien wird – in Effektstärken ausgedrückt – eine durchschnittliche Wirkung von rund 0,80 belegt, d.h., dass rund 65% der Patienten mit deutlichem Erfolg behandelt werden und 50% nach der Therapie in einem psychopathologisch unauffälligen Bereich liegen (Smith et al. 1980; Caspar et al. 2008).

Welche Faktoren mitwirken ist auch ziemlich klar: Methode, Therapeut, Beziehung, Patient und Interaktion aller Faktoren. In welcher Art und in welcher Stärke die Faktoren bei welchen Patienten und welchen Störungsbildern wirken – da sind noch viele Fragen offen. Auf jeden Fall muss sich vor allem der Patient verändern.

Herausforderung 4: **Wirksamkeit der Patienten**

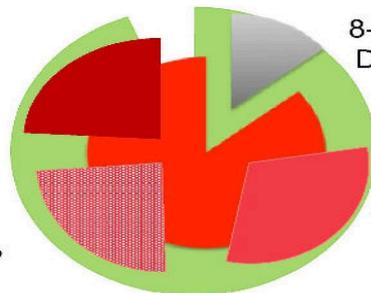
8-15% Therapeut
Diskurs: Person oder Kontext?

8-15% Spezifische Intervention
Diskurs: Eventuell überschätzt?

> 95% Patientenveränderung!
Diskurs: Balance?

8-15% relation
Discours: eHealth?
Variabilité?

10- 30% Patient



Die Geschichte der Psychotherapie in den letzten 120 Jahren lässt sich als eine Ideengeschichte von Abgrenzungs- und Integrationsprozessen darstellen. Die

Skript erstellt durch Dr. med. Tobias Baur



AKADEMIE

FÜR INDIVIDUALPSYCHOLOGIE

psychodynamischen, verhaltenstherapeutischen, systemischen und humanistischen Psychotherapien beeinflussten und beeinflussen sich in ihrer Entstehung und Fortentwicklung maßgeblich. Heute integrieren PsychotherapeutInnen meist mehrere Therapiemethoden in der Behandlung.

Eine hilfreiche Aufstellung und Beschreibung der verschiedenen Therapiemethoden unter:

<https://www.therapie.de/psyche/info/index/therapie/einleitung/>

6.2. Psychopharmakotherapie – ein Überblick

Grundsätzlich:

- **So wenig wie möglich – so viel wie nötig**
- Verordnung durch Hausarzt oder Psychiater
- Möglichkeiten und Startzeitpunkt im Vorfeld gut besprechen, laufende psychische und körperlich Beurteilung während der Einnahme, Absetzten gut planen und begleiten
- Immer mit alternativen Behandlungsmöglichkeiten und prophylaktischen Massnahmen kombinieren
- Nebenwirkungen ernst nehmen, Umgangsmöglichkeiten klären

Antidepressiva

- Verschiedene Stoffgruppen, Auswahl meist gemäss Nebenwirkungsprofil (Schlaf, Gewicht, Antrieb), Nebenwirkungen auch als Wirkung einzusetzen
- Wirkung meist erst nach 2-4 Wochen, Nebenwirkungen vor allem in den ersten 5-7 Tagen
- Mindestens 6 Monate bis teilweise Jahre, keine Abhängigkeitsentwicklung

Neuroleptika (Antipsychotika)

- Hochpotente Neuroleptika: vor allem bei Schizophrenie und Manie
- Niederpotente Neuroleptika: bei Unruhe (langsamerer Wirkungseintritt als Benzodiazepine)

Skript erstellt durch Dr. med. Tobias Baur



AKADEMIE

FÜR INDIVIDUALPSYCHOLOGIE

- keine Abhängigkeitsentwicklung, anhaltende Nebenwirkungen

Benzodiazepine

- Schlafmittel und Beruhigungsmittel
- Wirkt schnell und gut, kurzfristige Anwendung oft hilfreich
- Langzeitmedikation vermeiden da Abhängigkeitsentwicklung nach regelmässiger Einnahme über 3-4 Wochen

Mood stabilizer / Phasenprophylaktika

- Beugen hinsichtlich extremer Stimmungsschwankungen vor
- Typischer Vertreter ist Lithium

Pflanzliche Substanzen

- Johanniskraut: 900-1800 mg Trockensubstanz, gut untersuchte Wirkung bei leichten bis mittelschweren Depressionen - stimmungsaufhellend, beruhigend
- Baldrian, Hopfen und weitere pflanzliche Substanzen: ausprobieren, manche Patienten sprechen sehr gut darauf an.

7. Ergänzende Themen

7.1. Umgang mit Selbst- und Fremdgefährdung

Fremdgefährdung (vom Patienten oder Personen aus dessen Umfeld):

- Entsprechende Drohungen (Aussagen, Handlungen) immer ernst nehmen, Schutz (Eigenschutz, Schutz der Mitmenschen) steht immer im Vordergrund, unbedingt Team bilden und Fachperson zuziehen, mit Polizei und/oder Fachstelle Kontakt aufnehmen.
- Bei nicht einschätzbaren Fremdgefährdungssituationen und akuter Gefahr im Verzug immer Polizei kontaktieren.
- Eine Gefährdungsmeldung an die Behörde ist jederzeit von jedermann möglich.

Selbstgefährdung (vom Patienten oder Personen aus dessen Umfeld):

- Entsprechende selbstschädigende und suizidale Andeutungen, Aussagen, Drohungen, Handlungen immer ernst nehmen, möglichst konkret Nachfragen und Situation weiter klären, Setting und Massnahmen klären und klar kommunizieren, Team bilden und immer Fachperson zuziehen.
- Auch hier gilt bei nicht einschätzbaren Situationen und akuter Gefahr im Verzug immer Polizei kontaktieren.

Allgemeine Handlungsoptionen als BeraterIn:



AKADEMIE

FÜR INDIVIDUALPSYCHOLOGIE

- Mehr Informationen zur konkreten Person, Situation und Geschichte einholen (Patient, Umfeld)
- Sich allgemein und konkret eigenständig informieren (Homepages, Bücher, Fachpersonen)
- Situation allgemein besprechen mit KollegIn, Fachperson
- Konkrete Situation besprechen mit KollegIn, Fachperson, involvierte Fachpersonen (Hausarzt, Psychiater, Sozialarbeit, Seelsorger) – Einverständnis dazu beim Patienten einholen
- Unterstützung anbieten für Patient und Umfeld – Literatur, Selbsthilfegruppen, Hausarzt, Fachperson
- Weiterweisen an Beratungsstelle und Fachpersonen – Empfehlung, Bedingung für Beratung, konkrete Anmeldung
- 'Beratungsstopp' – Problem im Vordergrund, weiteres Vorgehen klären im Gespräch, (Setting, Plan, konkreter Termin bei Fachperson)
- Gefährdungsmeldung an Behörde
- Notfalltermin (Hausarzt, Fachperson, Notfallstelle)
- Beurteilung vor Ort durch Notfallpsychiater
- Ambulanz (144), Polizei (117)

7.2. Suizidalität

Häufigkeit: 8% der Schweizer Bevölkerung gaben 2017 an, mindestens einmal im Verlauf der letzten zwei Wochen **Suizidgedanken** gehabt zu haben. 0,5% haben innerhalb der letzten 12 Monate einen **Suizidversuch** unternommen. 1016 Personen haben sich 2016 in der Schweiz suizidiert.

Begriffsklärungen

- **Suizidale Geste**
- **Suizidideen, Suizidversuchsideen**
- **Suizidversuch** – Selbst herbeigeführte, selbstschädigende Handlung, häufig mit dem Ziel unter Einsatz des eigenen Lebens etwas verändern zu wollen, ohne Todesfolgen
- **Suizid** - Selbst herbeigeführte, selbstschädigende Handlung, mit Todesfolgen

Häufige Irrtümer

- Irrtum 1: Über Suizid zu sprechen, bringt Leute erst recht dazu, sich das Leben zu nehmen.
- Irrtum 2: Wenn sich jemand wirklich das Leben nehmen will, lässt sich das nicht verhindern.
- Irrtum 3: Menschen, die an Suizid denken, wollen keine Hilfe.

Skript erstellt durch Dr. med. Tobias Baur



AKADEMIE

FÜR INDIVIDUALPSYCHOLOGIE

- Irrtum 4: Wer von Suizid spricht, will Aufmerksamkeit. Wer wirklich gefährdet ist, spricht nicht davon.

Häufige Fehler im Umgang mit Suizidalität

- Signale einer Suizidalität übersehen
- Direkte Fragen nach Suizidalität vermeiden
- Bagatellisierung des Patienten mitmachen
- Zu rasche Suche nach positiver Veränderung
- Keine Unterstützung holen, keine Überweisung an Fachperson

Gefühlswelt des suizidalen Menschen

Unabhängig vom Grundproblem besteht meist die Trias:

- Hilflosigkeit
- Hoffnungslosigkeit
- Verzweiflung

Häufigste Zustandsbilder:

- Ambivalenz (Wunsch zu leben versus Wunsch zu sterben)
- Impulsivität
- Rigidität (Einengung im Denken, Fühlen und Handeln: Entweder-Oder)

Suizidale Zustände

- **Passive Todeswünsche**
Wunsch nach Ruhe, Pause/Unterbrechung im Leben, lieber tot sein wollen
- **Aktive Suizidgedanken**
Erwägung als Möglichkeit, Impuls
- **Zunehmende suizidale Einengung**
Suizidabsicht mit/ohne Plan, mit/ohne Ankündigung
- **Akute Suizidalität**
Vorbereitungshandlungen



SAD PERSONS – Einschätzung der Suizidgefährdung

Sex	Geschlecht
Age	Alter
Depression	Hoffnungslose depressive Stimmung
Previous attempt	Suizidversuch in der Anamnese
Ethanol abuse	Alkoholmissbrauch
Rational thinking loss	Verlust der Urteilsfähigkeit
Sozial support lacking	Fehlendes soziales Netz
Organized plan	Suizidplan
No spouse	Kein Lebenspartner
Sickness	Somatische Erkrankung

W.M. Patterson, H.H. Dohn et al. 1983

Risikogruppen

Es lassen sich im Wesentlichen drei Gruppen von Menschen mit eindeutig erhöhtem Suizidrisiko benennen:

1. **Menschen mit psychischen Erkrankungen.**
2. **Menschen in Krisensituationen, die sich aus situativen, aus lebensgeschichtlich**-biographischen oder auch aus traumatischen Veränderungen ergeben.
3. **Menschen**, die bereits einmal in ihrem Leben suizidal reagiert haben bzw. **Suizidversuche** und suizidale Krisen bereits hinter sich haben.

Ein Suizidversuch in der Anamnese erhöht die Wahrscheinlichkeit einer suizidalen Handlung um ein **50-faches** gegenüber einer Person ohne entsprechende Anamnese.

Präsuizidales Syndrom nach Ringel

Skript erstellt durch Dr. med. Tobias Baur



AKADEMIE

FÜR INDIVIDUALPSYCHOLOGIE

1. Phase der zunehmenden Einengung

Betroffene erleben Situation als hoffnungslos, ziehen sich aus sozialen Kontakten zurück, seelische Kräfte lassen nach.

2. Phase der Aggressionsumkehr

Aggressionen können nicht ausgedrückt werden und richten sich zunehmend gegen die eigene Person.

3. Suizidphantasien

Betroffene denken aktiv über einen Suizid nach oder Suizidgedanken drängen sich passiv auf.

Das präsuizidale Syndrom geht in ein aktives Vorbereitungsstadium über.

Kurz vor dem Suizid wirken viele Betroffene erleichtert und es scheint ihnen besser zu gehen. „Ruhe vor dem Sturm“

Wie frage ich konkret?

- Hatten Sie schon einmal den Wunsch, einfach tot zu sein?
- Haben Sie schon einmal daran gedacht, sich das Leben zu nehmen? Haben Sie es schon einmal versucht? (erhöht das Risiko 50fach)
- Haben Sie darüber nachgedacht, wie Sie es tun würden? (Je konkreter, desto höher das Risiko!)
- Haben Sie bereits Vorbereitungen getroffen? (Lebensversicherung, Abschiedsbrief, Tabletten gesammelt, ...)
- Denken Sie bewusst darüber nach oder drängen sich die Gedanken auch ungewollt auf? (passiv sich aufdrängende Gedanken sind gefährlicher)
- Haben Sie schon mit jemandem darüber gesprochen? (Ankündigungen ernst nehmen)

Umgang mit Selbstmordgefährdeten

Immer Arzt zuziehen – eingeschränkte Schweigepflicht

Im Akutfall Patient zurückhalten, Polizei und Notfallpsychiater alarmieren!

- Aktives Ansprechen hilft Klienten, über innerste Nöte zu sprechen und bringt oft schon eine enorme Erleichterung.
- Hinterfragen der Hoffnungslosigkeit: Selbstmord ist immer der letzte Ausweg. Der kleinste Hoffnungsschimmer kann dem Klienten helfen, den Suizid zumindest aufzuschieben.
- Sicherheit geben: Angebot, jederzeit anrufen zu dürfen.
- Abmachungen treffen: Versprechen, sich bis zum nächsten Treffen nichts anzutun oder sich vorher zu melden.
- Angehörige einbeziehen: Angehörige informieren jedoch nicht verantwortlich machen!

Skript erstellt durch Dr. med. Tobias Baur



AKADEMIE

FÜR INDIVIDUALPSYCHOLOGIE

- Infos bezüglich Vorgehen bei Verschlimmerung. Betroffene möglichst nicht allein lassen.

Behandlung der akuten depressiven Suizidalität in der Psychiatrie

- Psychotherapeutische Krisenintervention / Gespräch unter Einbeziehung des Umfeldes
- Sicherung der Fürsorge und Kommunikation: Regelmässig, eng, nachgehend
- Psychopharmakotherapie: Sedierend, beruhigend, schlafanstossend, antidepressiv
- Entlastung des Umfeldes
- Allenfalls Klinikeinweisung, notfalls zwangsweise per (FU) Fürsorglicher Unterbringung

Gut zu wissen

- Beim geringsten Verdacht auf suizidale Themen nachfragen.
- Immer nach früheren suizidalen Handlungen fragen.
- Bei nicht sicher ausgeschlossenen Verdacht ärztliche Beurteilung
- Eigene Einschätzung, getroffene Massnahmen und Abmachungen schriftlich festhalten.



7.3. Krise – psychiatrischer Notfall

Krise

Krisis“ (gr.) bedeutet ursprünglich eine problematische, mit einem Wendepunkt verknüpfte Entscheidungssituation. krinein (gr.) = trennen, (unter-)scheiden

Gefahr und Chance vom chinesischen Schriftzeichen her

Definition einer psychischen Krise: „Unter einer Krise versteht man den Verlust des seelischen Gleichgewichts infolge akuter Überforderung eines gewohnten Verhaltens-/Bewältigungssystems durch belastende äußere oder innere Ereignisse.“

Merkmale einer psychischen Krise

- Starker psychischer Leidensdruck
- Akute oder zunehmende Verengung des Denkens sowie der Handlungs- und Problemlösefähigkeiten
- Bedrohlich (subjektiv/ev. auch objektiv bedrohlich, z.B. Suizidalität)
- Zeitlich begrenzt

Krisenintervention meist über ein oder mehrere Gespräche:

- Rasche Hilfe, um die Gefahr zu bannen und das Entwicklungspotenzial zu nutzen
- Niederschwelliger Zugang
- Konzentration auf das aktuelle Problem
- Zeitlich begrenzt
- Aktive Haltung des Therapeuten

Psychiatrischer Notfall

Krankheitsbedingter Zustand, der unmittelbaren Handlungszwang mit sich bringt. Er erfordert eine sofortige, an der akuten Symptomatik orientierte, gezielte **Therapie**, Um eine Gefahr für die Gesundheit des Patienten und evtl. anderer Personen abzuwenden.

Vorgehen bei psychiatrischem Notfall:

Sofortige psychiatrische Beurteilung und Therapie, oft mit sofortiger stationärer psychiatrischer oder somatischer Behandlung in einem dafür geeigneten Spital.

Notfallpsychiatrie – Syndrome

Schlüsselsyndrom	Psychische und soziale Funktionsstörung	Laienschilderung
Benommen, verwirrt	Störung des Bewusstseins (quantitativ, qualitativ)	Zunehmend schläfrig Vergisst alles, Dauernd gleiche Fragen
Unruhig – komisch-wahnhaft	Störung des Realitätsbezugs	Verhält sich seltsam/anders als sonst
Verzweifelt, suizidal	Affektive Störung	Pat. will sich umbringen



7.4 Psychosomatik – die Sprache des Körpers

Psychosomatik meint ursprünglich körperliche Symptome/Krankheiten, die ihre Ursache in der Psyche haben. Heute geht man von einer Verschränkung von Körper und Psyche aus und sieht psychosomatische Erkrankungen als multifaktorielle Geschehen.

Störungstypen in der Psychosomatik

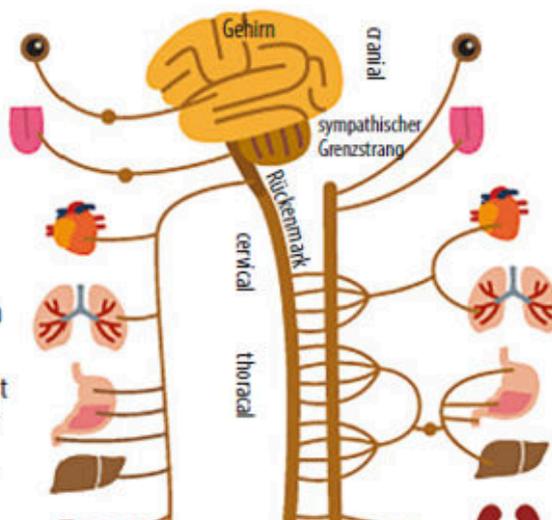
1. **Funktionelle Störungen** im Rahmen einer Stressreaktion:
Reversibel: Durchfall, Muskelverspannungen, Schwindel, Spannungskopfschmerz, Hautreaktionen, funktionelle Herzbeschwerden, ...
2. **Klassische psychosomatische Erkrankungen:**
Ursachen oder Auslöser sind auch psychischer Natur; somatische Veränderungen sind nachweisbar:
Bluthochdruck, Asthma, Magengeschwüre, Morbus Crohn, Colitis Ulcerosa, Fibromyalgie, Rheumatoide Arthritis, Tinnitus; CFS (Chronic Fatigue Syndrome), Neurodermitis
3. **Somatopsychische Störungen:**
Körperliche Krankheiten lösen psychische Symptome aus: Krebs, Diabetes, Herzinfarkt, Lungenentzündung...

Das vegetative Nervensystem – wichtige Verbindung von Psyche und Körper

Keine willentliche Steuerung, steuert alle lebenswichtigen Körperfunktionen, begleitet alle Organe, Gefäße und Drüsen, vier Hauptfunktionen von Rhythmus, Muskeltonus, Sekretion, Durchblutung. Aufbau mit **Sympathikus** – Aktivität (Kampf/Flucht) und **Parasympathikus** – Regeneration (Verdauung und Entspannung).

Parasympathikus

- verengt die Pupillen
- erhöht die Speichelproduktion
- erniedrigt die Herzschlagfrequenz
- verengt die Bronchien
- stimuliert die Aktivität von Magen und Darm
- stimuliert die Bauchspeicheldrüse



Sympathikus

- weitet die Pupillen
- hemmt die Speichelproduktion
- erhöht die Herzschlagfrequenz
- weitet die Bronchien
- hemmt die Aktivität von Magen und Darm
- hemmt die Bauchspeicheldrüse



AKADEMIE

FÜR INDIVIDUALPSYCHOLOGIE

Sympathikus und Parasympathikus funktionieren 'wie eine Waage'. Vegetative Störungen – Aufzählung siehe AMDP Punkt 13 - entstehen durch ein Ungleichgewicht. Wichtig ist immer eine medizinische Abklärung der Symptome, da diese auch Anzeichen einer körperlichen Erkrankung sein können.

Stress und Folgen – zentrale Vorgänge für die Psychosomatik

- **Kurzzeitstress:** Adrenalin wird ausgeschüttet und schnell wieder abgebaut.
- **Langzeitstress:** Stresssituationen zeitlich nahe beieinander, Körper schaltet von Adrenalin- auf Cortisol-Produktion um. Abbau von Cortisol dauert sehr viel länger (Stunden bis Tage).
- **Längerfristig erhöhter Cortisolspiegel begünstigt:** Infektanfälligkeit, Essstörungen, Vergesslichkeit, erhöhter Blutdruck und andere Stresskrankheiten, aber auch eine Hemmung der Serotoninproduktion. Zudem wirkt Cortisol als Aufwachhormon, was Schlafstörungen unter Stress erklärt.
- **Tiefer Serotoninspiegel begünstigt:** Entstehung einer Depression, beeinflusst das Erinnerungs- und Lernvermögen, Stimmung, Appetit, Sexualität, Temperaturregelung, Schmerzempfinden, Blutdruck und Migräneanfälligkeit.

Gut zu wissen

Es lohnt sich, die 'psychosomatische Aussagen' genauer mit den Betroffenen anzuschauen:

Etwas „sitzt mir im Nacken“ - Ich kann „eine Wut im Bauch“ haben - Sorgen können „Bauchweh machen“- „Lasten tragen“ kann Rückenschmerzen auslösen - Etwas kann mich „niederdrücken“

Referent:

Dr. med. Tobias Baur

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

4055 Basel