

# Psychiatrie - Fallseminar -



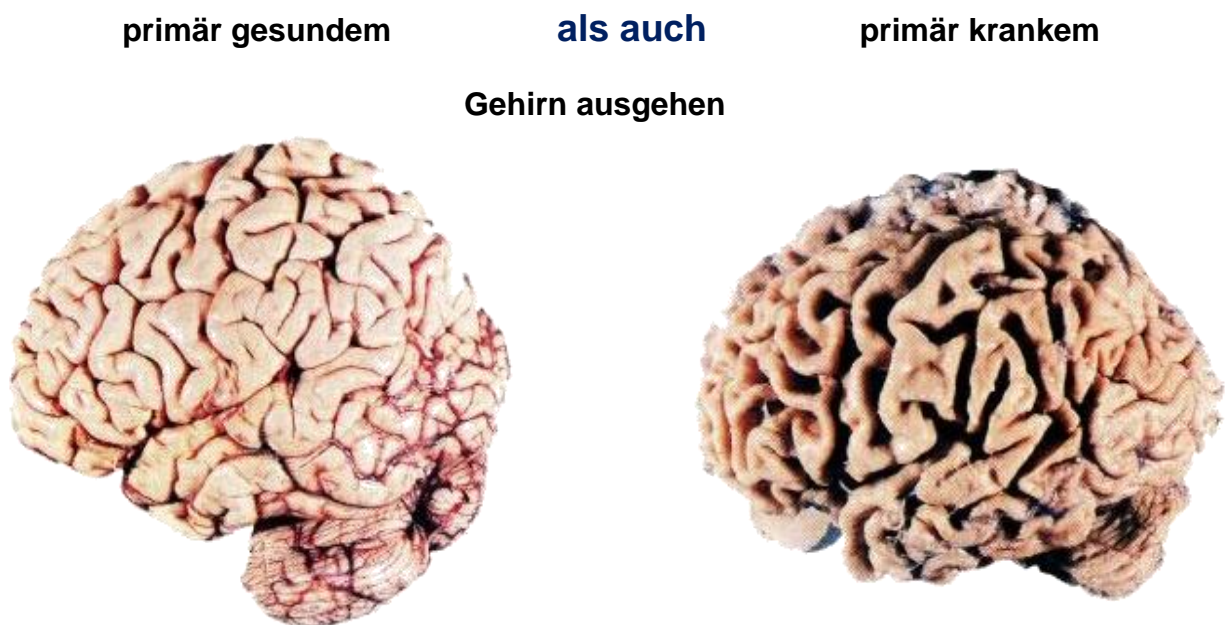
**Abb. 1** Der Psychiater auf der Suche nach der Diagnose:

## Ursache psychischer Krankheiten:

**Ursachen** seelisch - geistiger Erkrankungen können unterschiedliche Faktoren sein. Prinzipiell können die Gründe einer psychiatrischen Erkrankung aus folgenden **drei** Bereichen stammen:



**Psychische Krankheiten können sowohl von einem organisch**



**Abb. 2.      Gesundes Gehirnpräparat -      Gehirn eines Alzheimer Patienten**

## 1. Fall:

Frau Ursula M., 44-jährig, verwitwet, lebt derzeit mit Lebensgefährten in einem kleinen Dorf in Schwaben.

- **Sie leidet seit ca. 6 Monaten unter zunehmender Übelkeit mit Erbrechen.**
- **Schließlich wird sie vom Hausarzt in ein neurologisches Krankenhaus eingewiesen.**
- **Die 14-tägige neurologische Abklärung erbrachte keinen organisch-fassbaren Befund.**
- **Ein Computertomogramm des Gehirns wurde nicht durchgeführt.**

Frau M. wurde mit dem dringenden Verdacht auf eine psychische Störung (psychogenes Erbrechen) in das Bezirksklinikum Haar bei München verlegt.

*Die Verlegungsdiagnose nach ICD 10 könnte heute lauten:*

***Erbrechen bei psychischen Störungen (ICD-10: F50.5)***

*aus der Gruppe der Essstörungen, oder aber auch:*

***Somatoforme Störung des oberen Gastrointestinaltraktes***

*aus der Gruppe der somatoformen Störungen (ICD-10: F45.31)*

Bei der Aufnahmeuntersuchung in Haar zeigte sich folgende persönliche Vorgeschichte:

- **Heirat mit 20 Jahren, der Ehemann betrieb eine kleine Nebenerwerbslandwirtschaft.**
- **Geburt einer Tochter 2 Jahre nach der Heirat.**
- **Zunächst war sie tätig als Hausfrau und in der Landwirtschaft.**
- **Im Alter von 3 Jahren wurde ihre einzige Tochter versehentlich vom Vater mit dem Traktor beim rückwärts rangieren überrollt und tödlich verletzt.**
- **10 Jahre später, sie war 35 Jahre alt, verstarb ihr Ehemann am plötzlichen Herztod.**
- **Aus wirtschaftlicher Not vermietete sie in Ihrem Anwesen eine kleine Wohnung im Dachgeschoss.**
- **Wenige Jahre später kam es in dieser Wohnung zu einem Zimmerbrand, bei dem der Mieter starb.**
- **Ein neuer Partner zog bei ihr ein, die Beziehung sei immer sehr problematisch gewesen.**
- **So hätte ihr Lebensgefährte nach Streitigkeiten jedes mal das Sterbekreuz ihrer Mutter auf ihr Kopfkissen im Schlafzimmer gelegt.**
- **Sie könne sich sein Verhalten selbst nicht erklären.**

Welche Auffälligkeiten und Belastungen lassen sich aus der Anamnese von Frau M. herausfinden?

*Unfalltod der 3-jährigen Tochter im Alter von 25 Jahren*

*Plötzlicher Tod des Ehemannes im Alter von 35 Jahren*

*Wirtschaftliche Not durch Tod des Ehemannes*

*Tod des Mieters durch Verbrennen wenige Jahre später*

*Belastende Partnerschaft mit skurrilem Verhalten*

Die Aufnahmesituation kann folgendermaßen beschrieben werden:

- **Eine geordnete Exploration der Betroffenen war kaum möglich, sie wirkte unkonzentriert, häufig auch abwesend.**
- **Frau M. sprang gedanklich stark hin- und her, brachte dabei die einzelnen Ereignisse ohne von außen erkennbaren Zusammenhang vor.**
- **Oft unterbrach sie ihre Rede und starrte den Referenten minutenlang nur an.**
- **Über Übelkeit klagte sie bei der Untersuchung nicht.**

Die Betroffene selbst kann folgendermaßen beschrieben werden:

- **Deutlich vorgealtert, etwa 10 Jahre älter wirkend.**
- **In ihrem Äußeren verbraucht aussehend, Zähne bereits durch zwei Vollprothesen ersetzt.**
- **In ihrem sprachlichen Ausdrucksvermögen einfach, undifferenziert, spricht mundart.**
- **In ihrer Mimik und Gestik wirkte sie übertrieben und maniert.**

Welche Auffälligkeiten lassen sich aus dem psychischen Befund von Frau M. herausfinden?

*Unkonzentriertheit, abwesend wirkend*

*gedankliche Sprünge, keine chronologische Ordnung*

*mutistisches Schweigen und vor sich hinstarren*

*vorgealtert und verbraucht aussehend*

*einfaches, undifferenziertes Ausdrucksvermögen*

*Psychomotorik wirkte auffällig übertrieben, maniert*

Welchen diagnostischen Verdacht haben Sie ?

????????????????????????????????

Nimmt man die Vorgeschichte der Betroffenen als diagnostischen Hinweis, könnte man verstehen, wenn die Betroffenen denkt und fühlt,

*„ das Leben kotzt mich an !“*

Nach durchgeführter apparativer diagnostischer Abklärung am nächsten Tag, stellte sich heraus, Frau M. leidet an einem

*Tumor im Kleinhirn*

**Merke:**

**Auch eine noch so schöne, „psychiatrisch anmutende“ Vorgeschichte muss zu keiner psychiatrischen Krankheit geführt haben. Die organische Abklärung steht immer im Vordergrund !**

Welche Diagnose liegt auf psychiatrischem Fachgebiet Ihrer Meinung nach auch vor ?

*Psychische Störung aufgrund einer Hirnschädigung (ICD-10: F06.8)*

Oft werden diese Symptome zusammengefasst bezeichnet als:

*Organisches Psychosyndrom*

Natürlich steht in diesem Fall behandlungsmäßig die neurologische Diagnose im Vordergrund, rehabilitativ steht die psychiatrische Diagnose allerdings oft an 1. Stelle.

**Krankheitsgruppen nach ICD 10 verschlüsselt:**

(ICD = International Classification of Diseases)

**F0 Organische und symptomatische psychische Störungen**

- F00** Demenz bei Alzheimer`schen Erkrankung
  - F00.0** Alzheimer`sche Demenz mit frühem Beginn (Typ2)
  - F00.1** Alzheimer`sche Demenz mit spätem Beginn (Typ1)
- F01** vaskuläre Demenz
  - F01.0** vaskuläre Demenz mit akutem Beginn
  - F01.1** Multiinfarktdemenz (vorwiegend kortikal)
- F02** Demenz bei andernorts klassifizierten Erkrankungen
  - F02.0** Demenz bei Pick`scher Erkrankung
  - F02.1** Demenz bei Creutzfeldt-Jakob`scher Erkrankung
  - F02.2** Demenz bei Huntigton`scher Erkrankung
  - F02.3** Demenz bei Parkinson`scher Erkrankung
  - F02.4** Demenz bei HIV-Erkrankung

- F04** organisches amnestisches Syndrom (nicht durch Alkohol)
- F05** Delir, nicht durch psychotrope Substanzen verursacht
- F06** andere psychische Störung, durch organische Schäden verursacht
  - F06.0** organische Halluzinose
  - F06.1** organische katatone Störung
  - F06.2** organische wahnhaftige Störung (schizophreniforme Störung)
  - F06.3** organische affektive Störung
    - F06.30** organische manische Störung
    - F06.31** organische bipolare Störung
    - F06.32** organische depressive Störung
- F07** Persönlichkeits- und Verhaltensstörung, durch organische Schädigung

## 2. Fall:

Frau Hildegard W., 35 jährig, verheiratet, lebt mit Ehemann und den 2 Kindern in einem Dorf im bayerischen Wald.

- **Seit ca. 10 Jahren würde Frau W. einen vermehrten Alkoholgenuss betreiben.**
- **Familiäre und soziale Konflikte sind bereits deutlich vorhanden.**
- **Frau W. hat bereits mehrmals die Arbeitsstelle verloren, Ehemann droht bereits mit Scheidung.**
- **Jetzt würde sie nur noch trinken, kaum mehr essen, habe schon deutlich an Gewicht verloren.**

Frau Hildegard W., 35 jährig, verheiratet, allgemeine psychiatrische Anamnese:

- **Sie habe auch Selbstmordabsichten geäußert, insbesondere für den Fall einer Scheidung.**
- **Frau W. bagatellisiert ihren Alkoholkonsum, gibt familiäre Spannungen als Grund für ihr trinken an.**
- **Frau W. hat bereits mehrere stationäre Entgiftungen hinter sich, zuletzt etwa vor 2 Monaten.**
- **Eine Entwöhnungsbehandlung vor etwa 6 Monaten wurde von ihr nach 3 Monaten selbst „verkürzt“.**
- **Bereits vor 2 Jahren wurde vom Ehemann ein erster Betreuungsantrag gestellt, vor 1 Jahr auch vom Schwiegervater der Betroffenen.**
- **Die Notwendigkeit einer Betreuung gegen den Willen von Frau W. wurde dabei jeweils nicht festgestellt.**
- **Vom Ehemann wurde jetzt erneut ein Antrag auf Betreuung gestellt.**
- **Begründet wurde dieser mit der Selbstgefährdung durch mangelnde Nahrungsaufnahme.**

Welche Auffälligkeiten und Belastungen lassen sich aus der Anamnese von Frau W. herausfinden?

*Seit dem 25. Lebensjahr vermehrter Alkoholgenuss*

*Familiäre und soziale Probleme bereits vorhanden*

*Körperliche und psychische Auffälligkeiten erkennbar*

*Tendenz zum Bagatellisieren und Schuldzuweisen*

*Hilfen von außen werden vom Umfeld bereits gesucht*

Frau Hildegard W., 35 jährig, verheiratet, allgemeiner psychiatrischer Befund:

- **Eine hirnorganische Störung lässt sich bei Frau W. auch diesmal nicht nachweisen.**
- **Ihr Denken ist geordnet, ohne grobe Gedächtnis- und Merkfähigkeitsstörungen.**
- **Auch körperlicherseits waren keine Auffälligkeiten feststellbar, keine neurologischen Ausfälle.**
- **Der Alkoholkonsum wurde bagatellisiert, ebenso die sozialen und familiären Probleme, die Schuld am trinken wurde nach außen gerichtet.**
- **Eine gewisse Einsicht in die Notwendigkeit einer Verhaltensänderung und Therapie ist vorhanden.**
- **Frau W. erklärt sich aber jetzt freiwillig bereit, eine Betreuung errichten zu lassen.**
- **Sie wünscht allerdings eine neutrale dritte Person als Betreuer für die Organisation einer erneuten Entwöhnungstherapie.**
- **Als Aufgabenkreise werden die Gesundheitsfürsorge und die Aufenthaltsbestimmung festgelegt.**

Frau Hildegard W., 35 jährig, verheiratet, Verlaufsanamnese:

- **Bereits 4 Monate später beantragte die Betroffene und ihr Ehemann die Aufhebung der Betreuung.**
- **Frau W. erklärte, dass ihr Ehemann sich sowieso um alles kümmere.**
- **Auch die Betreuungsstelle des Landratsamtes gab an, dass eine Betreuung nicht notwendig sei.**
- **Am 29.04. 2003 wurde deshalb die Betreuung durch das zuständige Amtsgericht wieder aufgehoben.**

Welche Auffälligkeiten lassen sich aus dem Verlauf und der Untersuchung von Frau W. herausfinden?

*Noch keine hirnorganischen Beeinträchtigungen*

*Auch körperlicherseits keine Störungen feststellbar*

*Eine gewisse Krankheitseinsicht ist vorhanden*

*Hilfen von Außen werden freiwillig angenommen*

*Weglassen der Hilfen später auch durch Ehemann*

*Alter Zustand wird wieder hergestellt*

Frau Hildegard W., 40 jährig, verheiratet, Verlaufsanamnese:

- **Etwa 3 Jahre später beantragte die Hausärztin der Betroffenen deren stationäre Unterbringung.**
- **Frau W. betreibe seit 3 Monaten einen starken Alkoholkonsum, gefährde sich dadurch selbst und verwerlose zusehens.**
- **Auch sei die Versorgung ihrer minderjährigen Kinder dadurch nicht mehr gewährleistet.**
- **Der Ehemann gab an, bereits die Scheidung eingereicht zu haben, seine Frau sei zu keiner Therapie bereit.**

Frau Hildegard W., 40 jährig, verheiratet, Betreuungsuntersuchung:

- **Frau W. gab erneut an, kaum etwas zu trinken, trinke nur ab und zu aus Kummer über ihre Ehe.**
- **Ehemann gibt an, dass seine Frau seit 2 Jahren wieder trinkt, kurz nach der Entlassung aus einer Therapieeinrichtung.**
- **Zunächst wirklich nur wenig getrunken, dann kontinuierlich die Trinkmenge gesteigert.**
- **Er lasse sich jetzt scheiden, Ehefrau müsse das Haus verlassen, sei aber aufgrund ihrer Trunksucht nicht in der Lage, sich eine Wohnung zu suchen.**
- **Die beiden Kinder werden seit geraumer Zeit von den Großeltern versorgt.**
- **Ehefrau vernachlässige die Kinder und sich selbst.**
- **Letzte Arbeitsstelle vor einem Jahr schon in der Probezeit wegen des Alkoholproblems verloren.**
- **Anwesende Kinder laut anklagend gegen die Mutter, gaben an, froh zu sein, wenn endlich die „neue Mutter“ im Haus sei.**

Frau Hildegard W., 40 jährig, verheiratet, psychiatrischer Befund:

- **Ausgeprägte Tendenz zur Bagatellisierung.**
- **Deutliche Kritikstörung und Verlust des Realitätssinns.**
- **Gedankliche Unflexibilität und Verlangsamung.**
- **Unfähigkeit, ihre Angelegenheiten zu selbst lösen.**
- **Zustand nach häufigen körperlichen Verletzungen durch alkoholtoxisch bedingte Stürze.**

Frau Hildegard W., 40 jährig, verheiratet, Maßnahmen:

- **Keinerlei Einsicht in die Notwendigkeit einer Verhaltensänderung und Therapie vorhanden.**
- **Sie habe zwei Therapien hinter sich, werde eine Dritte nicht mehr machen.**
- **Sie möchte keine Betreuung errichte haben.**
- **Es wird eine Betreuung gegen ihren Willen errichtet.**
- **Aufgabenkreise sind die Gesundheitsfürsorge, die Aufenthaltsbestimmung, Hilfe in der Ehescheidung und der Wohnungssuche, sowie Umgang mit Ämtern, Versicherungen und Sozialleistungsträgern.**

Welche Veränderungen im Verlauf der letzten 5 Jahre sind nun erkennbar ?

*Trinkphase begann kurz nach Entwöhnungstherapie*

*Familiäre Probleme steigerten sich erneut*

*Kinder distanzieren sich von der Mutter*

*Scheidung wird eingereicht*

*Betroffene beschönt, bagatellisiert*

*Betreuung gegen ihren Willen wird errichtet*

Frau Hildegard W., 45 jährig, verheiratet, Verlaufsanamnese:

- **Zur Betreuungsverlängerung in ihrer neuen Wohnung im Jahre 2009 aufgesucht.**
- **Trinke seit Monaten nicht mehr, war die letzten 6 Monate fast nur in Krankenhauser.**
- **Schwere Leberzirrhose mit Ascites und Blutgerinnungsstörungen, Oesophagusvarizenblutung, eine Gangstörung aufgrund einer Polyneuropathie und einer Teilquerschnittssymptomatik, .....**

- **Habe noch eine Therapie gehabt, wenige Monate danach einen Rückfall erlitten.**
- **Sei seit 2007 geschieden, habe ab und zu Kontakt zu ihren Kindern.**
- **Wisse, dass ihre körperlichen Symptome durch den Alkohol verursacht seien.**
- **Weiterhin ihre Probleme und ihren jetzigen Zustand bagatellisierend, schwer kritikgemindert, Verlust des Realitätssinnes.**
- **Ist allerdings mit ihrer Betreuerin sehr zufrieden, mit der Verlängerung der Betreuung auch einverstanden.**

Welche Veränderungen im Verlauf der letzten 5 Jahre sind nun erkennbar ?

*Scheidung vollzogen, wohnt alleine*

*Hat unkontrolliert weiter getrunken*

*Schwerste körperliche Folgeerkrankungen*

*Dritte Entwöhnungstherapie führt wieder zum Rückfall*

*Schon deutliche hirnorganische Beeinträchtigung*

*Betroffene ist körperlich und sozial am Ende*

## **Abhängigkeitsforschung:**

### **Alkoholsucht: Frauen genetisch anfälliger**

Eine **Genvariante** macht Frauen möglicherweise anfälliger für eine Alkoholabhängigkeit. Demnach weist ein Gen des **Endorphin-Stoffwechsels** bei Alkoholikerinnen häufiger Veränderungen auf als bei gesunden Frauen. Endorphine gelten als "Glückshormone": Sie aktivieren das so genannte **Belohnungssystem** im Gehirn und sorgen so für gute Stimmung. Die Untersuchungen an genetisch veränderten Mäusen zeigten, welche Auswirkung ein Ausfall der Endorphin-Produktion auf eine Alkoholabhängigkeit hat. Die Versuchstiere hatten die Wahl, ihren Durst mit reinem Wasser oder einer Alkohol zu stillen. "Allgemein tranken Mäuse ohne Endorphine weniger Alkohol als die mit Glückshormonen". Besonders ausgeprägt war der Endorphin-Effekt bei **weiblichen Mäusen**. Normalerweise greifen diese exzessiver zur Flasche als Männchen, ohne Endorphine verging ihnen die Lust auf Alkohol jedoch besonders drastisch. Die Erbanlagen von knapp 500 Alkoholikerinnen und Alkoholikern zeigten, dass zwei **genetische Veränderungen** bei Alkoholikerinnen signifikant häufiger auftraten als bei gesunden Frauen. Frauen mit einer bestimmten genetischen Konstellation im Endorphin-Stoffwechsel könnten dadurch gefährdeter sein, von Alkohol abhängig zu werden.

## **F1 Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen**

- F10** Störungen durch Alkohol
- F11** Störungen durch Opioide
- F12** Störungen durch Cannabinoide
- F13** Störungen durch Sedativa oder Hypnotika
- F14** Störungen durch Kokain
- F17** Störungen durch Tabak

- F1X.0** akute Intoxikation
- F1X.1** schädlicher Gebrauch
- F1X.2** Abhängigkeitssyndrom
- F1X.3** Entzugssyndrom
- F1X.4** Entzugssyndrom mit Delir
- F1X.5** psychotische Störung

- F1X.00** ohne Komplikationen
- F1X.06** mit Krampfanfällen

## **Betreuungsbedürftigkeit bei psychiatrischen Erkrankungen** **und** **Zwangsbearbeitung**

### **Rechtliche Entwicklung – Psychiatrie:**

Im Zuge der rechtlichen Weiterentwicklung wurde am **01. Januar 1992** das neue **Betreuungsrecht** eingeführt. Die bisherigen Bestimmungen über Vormundschaft und Pflegschaft für Volljährige wurden damit aufgehoben.

Ziel der Rechtsreform war im wesentlichen, eine möglichst individuelle, den konkreten Erfordernissen angepasste Gestaltung der Personensorge zu erreichen und gleichzeitig den betroffenen Personen ein höchstmögliches Maß an Autonomie zu belassen.

### **Prinzipien des Betreuungsrechtes:**

- **Respektierung der Autonomie des Betreuten.**
- **Rechtsgültige Vorsorgevollmachten haben Vorrang vor einer Betreuung.**
- **Zwangsbetreuungen sind nur bei bestimmten psychischen Krankheiten oder Behinderungen möglich.**
- **Voraussetzung für eine Zwangsbetreuung ist, dass der Betroffene aufgrund seiner Krankheit oder Behinderung seinen Willen nicht frei bestimmen kann, dabei z.B. krankheitsbedingt nicht die Notwendigkeit einer ärztlichen Behandlung erkennen kann (Einwilligungsfähigkeit).**

## **Betreuungsvoraussetzungen:**

- **Voraussetzung für die Errichtung einer Betreuung ist eine**
  - „psychische Krankheit“,
  - „seelische Behinderung“,
  - „geistige Behinderung“ oder
  - „körperliche Behinderung“.
- **Gleichzeitig muss vorliegen, dass der Betroffenen dadurch seine Angelegenheiten „ganz oder teilweise nicht besorgen kann“.**
  
- **Betreuungsrelevante psychische Krankheiten sind z.B.**
  - „endogene Psychosen“,
  - „organische Psychosen“,
  - „Abhängigkeitserkrankungen“ oder
  - „Neurosen und Persönlichkeitsstörungen“.
- **Durch den Altersabbau hervorgerufene Defizite werden dabei teils zu den seelischen Behinderungen, teils zu den organischen Psychosen gerechnet.**
  
- **Zu den seelische Behinderungen zählen die**
  - „bleibenden psychische Beeinträchtigungen“,
  - „als Folge von psychischen Krankheiten“,
- **Soziale Behinderungen, wie z.B. Unangepasstheit, Neigung zu Straftaten usw. rechtfertigen dagegen für sich alleine keine Betreuung.**
  
- **Geistige Behinderungen sind**
  - „angeborene oder frühzeitig erworbene“,
  - „messbare Intelligenzdefekte“,
  - „verschiedener Schweregrade“.
- **Eine Grenze zur bloßen Lernbehinderung ist dabei fließend.**
- **Nicht der gemessene IQ ist dabei zu verwenden, sondern die Gesamtschau der Fähigkeiten des Betroffenen.**
  
- **Alkoholismus und Drogenabhängigkeit sind**
  - „sind keine geistigen Gebrechen“,
  - „rechtfertigen für sich noch keine Betreuung“,
- **Etwas anderes gilt erst, wenn ein Zustand erreicht wird,**
  - „der als psychische Krankheit“ oder
  - „geistiges Gebrechen“ gewertet werden kann.
- **So kann z.B. bei hirnrorganischen Schäden mit Krampfleiden als Folge einer Suchterkrankung eine Betreuung errichtet werden.**

## Zwangsbehandlung in der Psychiatrie:

- **Zwangsbehandlung ist die medizinische Behandlung ohne Einwilligung oder gegen den Willen des Betroffenen.**
- **Bei der Zwangsbehandlung geht es meist um die Verabreichung eines Medikaments. Dies ist sowohl in einer Klinik, als auch in einem Heim denkbar.**
- **In der Klinik und im Heim gilt zunächst einmal der gleiche Grundsatz wie für jede andere ärztliche Behandlung: Nichts darf ohne ausdrückliche Einwilligung des Patienten geschehen.**
- **Außerdem muss der Behandlung immer eine Aufklärung über alle Wirkungen und Nebenwirkungen der Behandlung vorausgehen.**
  
- **Eine Behandlung gegen Willen des Patienten ist normalerweise nicht zulässig.**
- **Sie stellt einen Eingriff in das Recht auf körperliche Unversehrtheit dar, welches strafrechtlich gesehen eine Körperverletzung darstellt.**
- **Dies gilt nicht nur für eine Verletzung im wörtlichen Sinne bzw. einen direkten Eingriff in den Körper, sondern auch für die Verabreichung von Medikamenten.**
- **Deshalb darf eine Zwangsbehandlung nur in Ausnahmefällen erfolgen, die in den einschlägigen Gesetzen ausdrücklich genannt sind.**



**Abb. 3. Zwang in der psychiatrischen Behandlung:**

### **Zwangsbehandlung nach dem Betreuungsrecht:**

- **Zwangsbehandlung nach dem Betreuungsrechts:**
- **Entweder hat der Betroffene einen Betreuer mit dem Aufgabenkreis Heilbehandlung. Oder er hat jemanden bevollmächtigt, in medizinische Maßnahmen einzuwilligen.**

**Man darf ihn nur mit ausdrücklicher Zustimmung des Betreuers bzw. Bevollmächtigten zwangsbehandeln.**

- **Ferner ist Voraussetzung für eine Zwangsbehandlung, dass er nicht einwilligungsfähig ist.**
- 
- **Ist er jedoch einwilligungsfähig, darf man ihn nicht gegen seinen Willen behandeln – gleichgültig, ob er einen Betreuer bzw. Bevollmächtigten hat oder nicht.**
- **Bei einer gefährlichen medizinischen Maßnahme muss zusätzlich die Genehmigung des Gerichtes eingeholt werden – dies gilt sowohl für den Betreuer als auch für den Bevollmächtigten.**
- **Der Betroffene kann in einer Patientenverfügung im voraus Wünsche äußern, auf diese Wünsche muss nach Möglichkeit Rücksicht genommen werden.**

### **Zwangsbehandlung nach dem Unterbringungsrecht:**

- **Bei öffentlich-rechtlich untergebrachten Personen richtet sich eine Zwangsbehandlung nach dem Gesetz des jeweiligen Bundeslandes.**
- **Viele Unterbringungsgesetze erlauben eine Zwangsbehandlung, falls sie "notwendig" ist.**
- **In Bayern, ist die Zwangsbehandlung nur erlaubt, wenn sie unaufschiebbar ist.**
- **Damit ist eine Behandlungsmaßnahme gemeint, deren Aufschub eine Gefahr für die Gesundheit oder das Leben des Betroffenen oder anderer bedeuten würde.**
- 
- **Allerdings müssen sich die behandelnden Ärzte in gewisser Weise nach einer Patientenverfügung richten.**
- **Nach dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit ist die am wenigsten eingreifende Maßnahme anzuwenden.**
- **Bei den Untergebrachten sind bestimmte gefährliche Maßnahmen, z. B. Elektrokrampf oder Behandlungen mit der Gefahr von Dauerschäden, ohne Einwilligung des Betroffenen nicht zulässig!**
- **Es ist dann zusätzlich ein Betreuer zu bestellen, der diesen gefährlichen Maßnahmen zustimmt. Er muss dazu die Genehmigung des Gerichts einholen.**

### **Notstand:**

- **Liegt ein Notstand vor, d. h. muss eine schwerwiegende Gefahr für den Betroffenen oder andere Personen dringend abgewendet werden, kann eine Zwangsbehandlung im Ausnahmefall auch ohne vorherige gerichtliche Genehmigung bzw. ohne gesetzliche Grundlage erlaubt sein (§ 34 StGB).**

**Wohlgermerkt: dies stellt den Ausnahmefall dar !!**

## Allgemein:

- **Unabhängig von der Art der Unterbringung sind folgende Maßnahmen auf jeden Fall unzulässig:**
- **Nicht erprobte Heilmethoden und Arzneimittel-Tests sind bei Untergebrachten gesetzlich verboten.**
- **Nur bei einem freiwilligen Patienten, der ausdrücklich zustimmt, sind solche Versuche überhaupt zulässig. Zudem muss man ihn vorher genau über das Experiment aufklären, und es muss zusätzlich das Einverständnis des Betreuers eingeholt werden, falls es einen gibt.**
- 
- **Verboten ist auch eine Zwangsbehandlung mit zu hoher Dosis. Dabei dienen die Dosierungsempfehlungen im Beipackzettel als grobe Richtschnur.**
- **Eine Zwangsbehandlung zu Strafzwecken ist ebenfalls auf keinen Fall statthaft.**

**Wichtig: Falls sich jemand *freiwillig* in einer Einrichtung aufhält, ist eine Zwangsbehandlung unzulässig.**

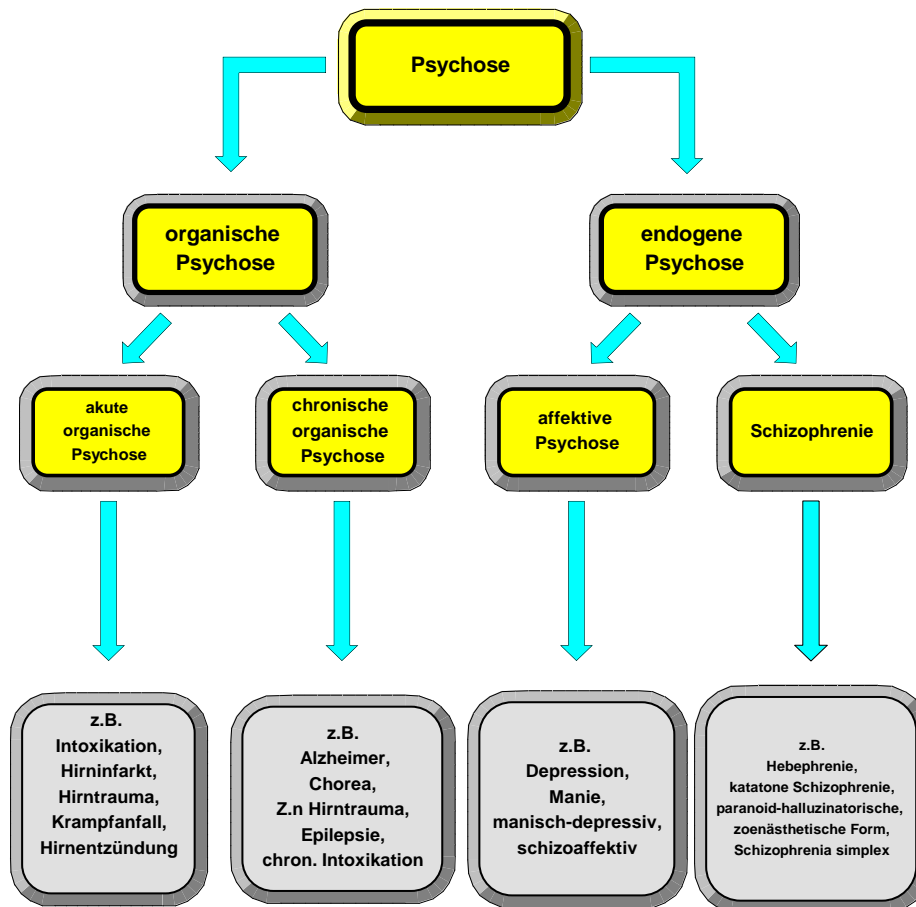
**Auch eine *ambulante* Zwangsbehandlung ist unter keinen Umständen zulässig.**

## Gerichtsurteile:

- **Eine Zwangsbehandlung im Rahmen einer geschlossenen Unterbringung nach BGB § 1906 Abs 1 ist nicht generell unzulässig. Vielmehr ist eine Unterbringung des Betroffenen zum Zwecke der Heilbehandlung gemäß BGB § 1906 zulässig, wenn der Betroffene einwilligungsunfähig und seine Zwangsbehandlung im Rahmen einer Unterbringung erforderlich und im Hinblick auf drohende gewichtige Gesundheitsschäden (hier: Magersucht) verhältnismäßig ist.**
- **Schleswig-Holsteinisches OLG 2. Zivilsenat, 25.01.2002 - 2 W 17/02  
Quelle: OLGR Schleswig 2002, 171-172  
(red. Leitsatz und Gründe)**
- 
- **Eine Unterbringung ist unzulässig, wenn dadurch - und durch entsprechende Medikation - Krankheits- und Behandlungseinsicht erzwungen werden sollen.**
- **Unzulässig ist die Unterbringung auch dann, wenn zur Behandlung Maßnahmen ergriffen werden müssten, die wegen Lebens- oder schwerer Gesundheitsgefährdung nach § 1904 BGB genehmigungspflichtig aber im konkreten Fall nicht genehmigungsfähig wären.**
- 
- **Soll während der Unterbringung die psychische Krankheit behandelt werden, die Grund für die Betreuung ist (sog. Anlasskrankheit), ist dies nur zulässig, wenn der Freiheitsentzug gegenüber den gesundheitlichen Nachteilen für den Betreuten, die dieser ohne stationäre Behandlung erleiden würde, weniger ins Gewicht fällt.**

**Psychose:**

Was ist eigentlich eine Psychose



**Abb. 4** Übersicht über den Begriff „Psychose“

**Endogene Psychosen** sind psychiatrische Erkrankungen aus dem schizophrenen oder zyklotyphen (=manisch-depressivem) Formenkreis, wobei die manisch-depressiven Erkrankungen die **affektiven endogenen Psychosen** darstellen.

**Endogene Psychosen** sind nicht auf

» **körperlich begründbare**

Ursachen zurückzuführen und es kann auch

» **keine rein psychogene Genese**

(=Erlebnisreaktion) angenommen werden.

Mit dem Begriff "endogene Psychose" kommt auch zum Ausdruck, dass ein gesichertes Wissen über die ursächliche Entstehung der Erkrankung bis jetzt noch fehlt.

**Psychosen** sind allgemein gesagt,

» **vorübergehende oder dauernde**  
» **Störungen der seelisch-geistigen Funktionen**

Sie werden durch eine **krankhafte Veränderung** der Gehirnfunktion hervorgerufen und nicht durch einen Erlebnisprozess.

Die Diagnosestellung erfolgt nach Ausschluss anderer Ursachen durch den psychopathologischen Befund, andere Untersuchungsmethoden oder Bestimmungsparameter gibt es zurzeit noch nicht.

Für die Entstehung von endogenen Psychosen, dies deuten Familien- und Zwillingsuntersuchungen an, scheint eine **genetische Prädisposition** mitverantwortlich zu sein, ohne dass in der Mehrzahl der Fälle diese alleine ausreichend ist.

Für das Auftreten und den Verlauf der Erkrankung scheinen auch **Umweltfaktoren** und die Ausgangspersönlichkeit mitverantwortlich zu sein.

Insbesondere in **biologischen Krisenzeiten**, wie Pubertät, Gravidität, Wochenbett und Klimakterium, werden diese Störungen bevorzugt ausgelöst.

In ihrem Erscheinungsbild sind sie vielgestaltig und es ist bis heute ungeklärt, ob alle dazugerechneten Krankheitsbilder wirklich eine Krankheitseinheit darstellen.

Das Wort Schizophren kommt aus dem Griechischen und bedeutet wörtlich übersetzt, **gespalten** oder zerrissen im **Bewusstsein**.

### 3. Fall:

Frau Edeltraud Sch., 58-jährig, verh., 1 Kind. Lebt mit Ehemann in einer Kleinstadt in Niederbayern.

- Zweitälteste von 4 Kindern, 1951 geboren.
- Besuch der Volksschule, dabei sehr gute Schülerin.
- Als sie 13 Jahre alt ist, verstirbt der Vater 47-jährig an einem Magenkarzinom.
- Nach der Volksschule Tätigkeit als Verwaltungsangestellte im Forstamt bis zum 26. Lebensjahr.
- Als sie 20 Jahre alt ist, verstirbt die Mutter, ebenfalls 47-jährig, an einer postoperativ auftretenden Embolie.
- Sie übernimmt dann die Erziehung ihrer beiden jüngeren Geschwister und heiratet im gleichen Jahr (1971).
- Ebenfalls 1971 Geburt einer Tochter.

## **Prodromalstadium:**

- Seit 1975 / 76 zunehmende familiäre Probleme und Überlastungssituationen.
- Auftreten von Schlafstörungen, Kreislaufproblemen, Herzsensationen und anderer vegetativer Stigmata.
- Langsam zunehmender Gebrauch von Tranquilizern (Tavor).
- Steigerung der Tranquilizer Dosierung bis auf 4,5 mg (1986).
- Stationäre Einweisung durch den Hausarzt.

## **1. Stationärer Aufenthalt:**

- Psychosomatik Neustadt an der Saale.
- Vom 02.04.1986 bis zum 25.06.1986.

## **Diagnosen:**

*Psychovegetatives Erschöpfungssyndrom.*

*Hyperventilationssyndrom.*

*Hyperkinetisches Herzsyndrom.*

## **Vorstadium:**

- In der Klinik erfolgte zunächst der Tavor Entzug.
- Danach psychotherapeutische Intervention um familiären Konflikt zu bearbeiten.
- Zunehmende Belastungsgefühle treten besonders in der Psychodrama Gruppe auf.
- Auftreten von Gefühlen der Veränderung, fühlte sich dabei wie „lahmgelegt“.
- Veränderung des Verhaltens wurde von den Therapeuten bemerkt.
- „Gegen Ende der Therapie zog sich die Patientin abrupt von der Gruppe zurück“

## **Ihre Interpretation war:**

- Sie versucht nunmehr aus ihre Abhängigkeit in eine „extreme Position der Unabhängigkeit und Stärke zu gelangen“ .

Welche Auffälligkeiten und Verhaltensweisen lassen sich jetzt bei Frau Sch. beschreiben?

*Benzodiazepin Abhängigkeit wird behandelt*

*Familiäre Konflikte werden bearbeitet*

*Psychodramagruppe wird als belastend gefühlt*

*Fühlt sich wie lahmgelegt*

*Rückzug von der Gruppe (fällt Therapeuten auf)*

### **Akutstadium:**

**Die Veränderungen blieben, ab August 1986 auftreten von:**

- kommentierenden Stimmen.
- imperativen Stimmen.
- Veränderungen des Körperschemas.
- Gefühl, durch „Strahlen“ geschädigt zu sein.
- Gefühl der Erschöpfung und Apathie

**Während des folgenden Jahres (1987) traten fortwährend auf:**

- Akustische Halluzinationen.
- Optische Halluzinationen.
- Veränderungen des Körperschemas.
- Angstgefühle.
- Selbstmordgedanken

### **2. Stationärer Aufenthalt:**

- Bezirkskrankenhaus Mainkofen.
- vom 07.10.1987 bis zum 04.12.1987.

### **Diagnose:**

*Paranoid-halluzinatorische Schizophrenie.*

## Behandlung:

Frau Sch. fühlte sich am wohlsten, wenn sie sich mit anderen Menschen unterhielt, z.B. im Tagsaal, da sie dann keine Stimmen hört .

## Entlassungsmedikation:

Haloperidol	10	-	0	-	0	-	10	mg
Akineton ret.	4	-	0	-	0	-	0	mg
Taractan	0	-	0	-	0	-	100	mg

## F20. Die Schizophrene Psychose:

Die **schizophrenen Psychosen** bilden eine der großen Hauptgruppen der **endogenen Psychosen**.

**Endogene Psychosen** sind psychiatrische Erkrankungen aus dem schizophrenen oder zyklotymen (=manisch-depressivem) Formenkreis.

Die zyklotymen Erkrankungen stellen die **affektiven Psychosen** dar.

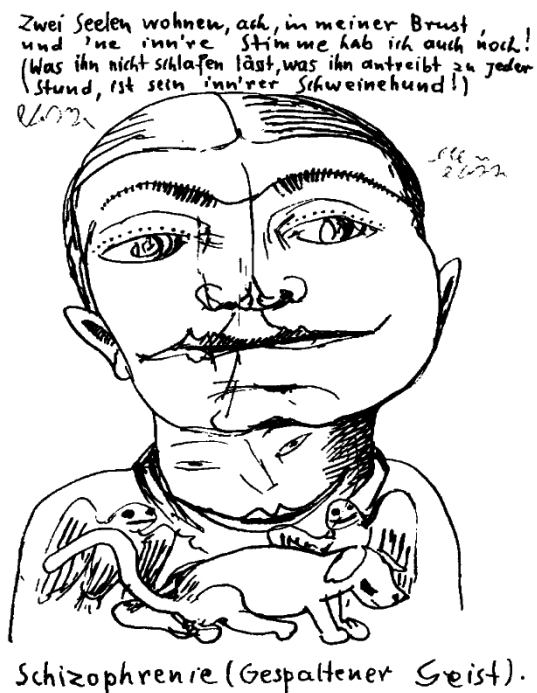


Abb. 5 Selbstbildnis einer Psychotikerin.

### **Der Begriff:**

Das Wort Schizophren kommt aus dem griechischen und bedeutet wörtlich übersetzt, gespalten oder zerrissen im Bewusstsein.

**schizein** = spalten, zerreißen  
**phren** = Zwerchfell, Verstand

Im Zwerchfell vermuteten die alten Griechen den Sitz der Seele, des Bewusstseins.

Schizophrenie bedeutet also die Spaltung des Bewusstseins, oder Spaltungsirresein (Bleuler).

Damit soll ausgesagt werden, dass sich Betroffene häufig in ihrer Persönlichkeit "gespalten" fühlen.

So können sie sich z.B. gleichzeitig als Messias (Fremd) und Herr Mayer (Ich) fühlen, ohne dass dieser Gegensatz störend für sie ist.

Bei den endogenen Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis kommt es vorwiegend zu **Denkstörungen** (formal und inhaltlich).

Die Krankheit äußert sich aber auch in Störungen des **Antriebs**, der **Stimmung**, der **Wahrnehmung** und der **Ich-Identität**.

### **ICD 10 Bezeichnungen:**

#### **F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen**

##### **F20 Schizophrenien**

**F20.0** paranoide Schizophrenie

**F20.1** hebephrene Schizophrenie

**F20.2** katatone Schizophrenie

**F20.4** postschizophrene Depression

**F20.5** schizophrenes Residuum

##### **F21 schizotype Störung**

##### **F22 anhaltend wahnhafte Störung**

##### **F23 vorübergehende akute psychotische Störungen**

##### **F24 induzierte wahnhafte Störung**

##### **F25 schizoaffektive Störungen**

## **Ambulante Weiterbehandlung:**

### **1. Ambulanztermin (12.01.1988):**

- Weiterhin akustische Halluzinationen,
- Stimmen werden mehr, wenn sie alleine ist.
- Medikamente wie bisher weiter.

### **2. Ambulanztermin (17.02.1988):**

- Unverändert schlecht,
- Zunehmende Nebenwirkungen.
- Medikamente wie bisher weiter.

### **3. Ambulanztermin 12.04.1988):**

- Zustand unverändert,
- Schlafstörungen unverändert,
- Taractan auf 50 mg reduziert.

### **4. Ambulanztermin (31.05.1988):**

- Zustand unverändert,
- Besonders die Schlafstörungen sehr quälend
- Umstellversuch von Taractan auf Melleril.

### **5. Ambulanztermin (11.08.1988):**

- Schlaf unter Melleril noch schlechter,
- Rücknahme der Umstellung.
- Stimmen weiterhin vorhanden.

### **6. Ambulanztermin (12.10.1988):**

- Zustand unverändert schlecht,
- Umstellungsvorschlag Haldol - Fluanxol
- Geplant 2 mal 5 mg Fluanxol.

## **Verzweiflungstat:**

*Suicidversuch mit 50 Tabletten Taractan.*

## Suizidalität:

**Ein Problem stellt die hohe Suizidrate dar, sie liegt bei Schizophrenen bei ca. 12 – 14 % und ist damit nur etwas niedriger als bei schweren Depressionen.**

**Etwa 50 % aller Schizophrenen Patienten führen einen ernstgemeinten Suizidversuch durch.**

**Plötzliche, unerwartete Suizide kommen bei akuten und chronischen Krankheitsverläufen genauso vor, wie bei depressiv getönten Residualsyndromen.**

## 3. Stationärer Aufenthalt:

- Bezirkskrankenhaus Mainkofen.
- vom 26.10.1988 bis zum 09.12.1988.

## Diagnosen:

*Paranoid-halluzinatorische Schizophrenie.*

*SMV durch Tablettenintoxikation*

**Auch diesmal Angabe von Symptommfreiheit, damit sie schneller entlassen wird .**

## Entlassungsmedikation:

Impromen	0	-	0	-	0	-	10	mg
Atosil	25	-	25	-	0	-	25	mg
Chloraldurat	0	-	0	-	0	-	2	Kps.

## **7. Ambulanztermin (09.02.1989):**

- Weiterhin Stimmen, Zustand sehr schlecht
- Mimik starr, Stimmung gedrückt, EPMS
- Impromen auf 20 mg, Atosil auf 100 mg.

**8. Ambulanztermin (26.04.1989):**

- Fühlt sich jetzt besser (Akineton),
- „Bester Zustand seit Krankheitsbeginn“.
- Stimmen weiterhin da, aber weniger.

**9. Ambulanztermin (28.06.1989):**

- Zustand stabil, Stimmen weniger,
- kann sich gut ablenken, selbstsicherer
- Möchte keine Medikamentenreduktion.

**10. Ambulanztermin (29.08.1989):**

- Keine Stimmen mehr, gute Konzentration
- Auftreten von Milchfluss und Sehstörungen
- Reduktion von Impromen auf 15 mg.

**11. Ambulanztermin (31.10.1989):**

- Leichtes Stimmenhören, nicht bedrohlich,
- Stimmen raten Medikamente abzusetzen.
- Nebenwirkungen wie zuvor.

**12. Ambulanztermin (18.01.1990):**

- Stimmen wieder verschwunden,
- Auftreten einer zunehmenden Akathisie
- Reduktion von Impromen auf 10 mg.

**13. Ambulanztermin (29.03.1990):**

- Stimmen nur noch selten, gute Konzentration
- Weniger Unruhe, fühlt sich leistungsstark
- Ist direkt „aufgelebt“.

**14. Ambulanztermin (05.06.1990):**

- Stimmen nur noch, wenn sie über die
- Krankheit nachdenkt.
- Fühle sich aber gut.

**15. Ambulanztermin (06.09.1990):**

- Stimmen wieder verschwunden,
- Lediglich der Schlaf ist noch schlecht
- Reduktion von Impromen auf 5 mg.

**17. Ambulanztermin (19.03.1991):**

- Weihnachten 5 Tage lang Stimmen gehört
- Reduktion der Begleitmedikation nicht
- Möglich, da gleich Verschlechterung.

**18. Ambulanztermin (27.06.1990):**

- Zeitweise Stimmenhören, habe dann mit
- Jemanden gesprochen, darauf Besserung.
- Keine Angst mehr vor den Stimmen.

**19. Ambulanztermin (01.10.1991):**

- Stimmen nur noch wenig aufgetreten,
- Schlaf ist noch schlecht
- Fühlt sich gesund und leistungsfähig.

**20. bis 23. Ambulanztermin (192):**

- Keine Stimmen mehr, fühle sich gut,
- Besser als vor dem Krankheitsbeginn,
- Halte größere Belastungen aus (2 Haushalte).

**Derzeitige Medikation:**

<b>Impromen</b>	<b>0</b>	-	<b>0</b>	-	<b>0</b>	-	<b>5</b>	<b>mg</b>
<b>Akineton ret.</b>	<b>4</b>	-	<b>0</b>	-	<b>0</b>	-	<b>0</b>	<b>mg</b>
<b>Atosil</b>	<b>25</b>	-	<b>25</b>	-	<b>0</b>	-	<b>25</b>	<b>mg</b>
<b>Chloraldurat</b>	<b>0</b>	-	<b>0</b>	-	<b>0</b>	-	<b>2</b>	<b>Kps.</b>

**24. Ambulanztermin (24.02.1993):**

- Gesundheitsreform, Promethazin statt Atosil
- Spürt Wirkungsverlust, wieder mehr Unruhe
- Reduktion von Impromen auf 4 mg.

**25. Ambulanztermin (08.07.1993):**

- Zahlt Differenzbetrag zu Atosil selbst,
- Umstellung, Melleril 2 x 50 mg dazu.
- Reduktion von Impromen auf 2,5 mg.

**26. Ambulanztermin (26.10.1993):**

- Starker Schwindel und mehr EPMS,
- Erhöhung von Melleril auf 150 mg
- Reduktion von Impromen auf 1,5 mg.

**27. bis 29. Ambulanztermin (1994):**

- Keine Stimmen mehr, fühle sich gut,
- Völliges Absetzen von Impromen und Atosil,
- Zuletzt auch vom Schlafmittel.

**Derzeitige Medikation:**

<b>Melleril ret.</b>	<b>100</b>	-	<b>0</b>	-	<b>0</b>	-	<b>0</b>	<b>mg</b>
<b>Melleril einf.</b>	<b>0</b>	-	<b>0</b>	-	<b>0</b>	-	<b>100</b>	<b>mg</b>

**30. bis 31. Ambulanztermin (1995):**

- Fühlt sich agil und leistungsfähig,
- Schlaf normalisiert,
- Nebenwirkung nur noch Mundtrockenheit.

**Derzeitige Medikation:**

<b>Melleril ret.</b>	<b>50</b>	-	<b>0</b>	-	<b>0</b>	-	<b>0</b>	<b>mg</b>
<b>Melleril einf.</b>	<b>0</b>	-	<b>0</b>	-	<b>0</b>	-	<b>100</b>	<b>mg</b>

**32. bis 33. Ambulanztermin (1996):**

- Beginnt mit Teilzeitbeschäftigung,
- Keinerlei Probleme,
- Fühlt sich gut wie 10 Jahre vor Krankheitsbeginn

**Derzeitige Medikation:**

<b>Melleril ret.</b>	<b>50</b>	-	<b>0</b>	-	<b>0</b>	-	<b>0</b>	<b>mg</b>
<b>Melleril einf.</b>	<b>0</b>	-	<b>0</b>	-	<b>0</b>	-	<b>50</b>	<b>mg</b>

**34. Ambulanztermin (1997):**

- Arbeitet fast Vollzeit bei Teilzeitbezahlung,
- Keinerlei Probleme,
- Fühlt sich gut

**Derzeitige Medikation:**

Melleril ret.	50	-	0	-	0	-	0	mg
Melleril einf.	0	-	0	-	0	-	50	mg

**35. bis 37. Ambulanztermin (1998):**

- Im Februar Absetzversuch aller Medikamente,
- Nach 3 Wochen massives Stimmenhören,
- Nahm selbständig Medikamente wieder ein

**Derzeitige Medikation:**

Melleril ret.	50	-	0	-	0	-	0	mg
Melleril einf.	0	-	0	-	0	-	100	mg

**38. bis 39. Ambulanztermin (1999):**

- Anhaltende Symptomfreiheit,
- Hadert etwas mit Schicksal,
- Melleril wieder etwas reduziert

**Derzeitige Medikation:**

Melleril ret.	50	-	0	-	0	-	0	mg
Melleril einf.	0	-	0	-	0	-	50	mg

**40. bis 41. Ambulanztermin (2000):**

- Anhaltende Symptomfreiheit bis Weihnachten,
- Erneutes Stimmenhören, erhöhte Dosis selbst
- Abklingen der Symptome kurz danach

**Derzeitige Medikation:**

Melleril ret.	100	-	0	-	0	-	0	mg
Melleril einf.	0	-	0	-	0	-	100	mg

**42. bis 43. Ambulanztermin (2001):**

- Anhaltende Symptomfreiheit bei 150 mg,
- Erneutes Stimmenhören bei 100 mg
- Regelt Medikation selbständig

**Derzeitige Medikation:**

Melleril ret.	50	-	0	-	0	-	0	mg
Melleril einf.	0	-	0	-	0	-	100	mg

**44. bis 45. Ambulanztermin (2002):**

- Umstellungsversuch auf Solian nach längerer,
- Schlaflosigkeit (10 Tage)
- Auftreten einer Allergie, Rückumstellung

**Derzeitige Medikation:**

Melleril ret.	50	-	0	-	0	-	50	mg
---------------	----	---	---	---	---	---	----	----

**In den Jahren 2003 bis 2004:**

**Anhaltende Besserung**

**Derzeitige Medikation:**

Melleril ret.	50	-	0	-	0	-	50	mg
---------------	----	---	---	---	---	---	----	----

**Im Jahr 2005:**

**Akute Erkrankung bahnt sich an,  
Stress mit der Agentur für Arbeit**

**Derzeitige Medikation:**

Risperdal	4	-	0	-	0	-	4	mg
-----------	---	---	---	---	---	---	---	----

**Im Jahr 2006:**

**Mehrmonatiger stationäre Aufenthalt,  
kaum zu bessern, erst unter:**

**der Medikation von:**

Seroquel      400      -      400      -      0      -      400      mg

**wird sie entlassungsfähig.**

**Weiterführung der ambulanten Therapie (2006):**

**Derzeitige Medikation:**

Seroquel      400      -      400      -      0      -      400      mg

**(Sie hört weiterhin täglich Stimmen !)**

**Im Jahr 2007:**

**Erneute stationäre Behandlung wegen massiver paranoider Symptomatik:**

**Umstellung, neue Medikation:**

Clozapin      100      -      50      -      0      -      150      mg

**(Stimmenhören verschwindet wieder)**

**Weiterführung der ambulanten Therapie (2007):**

**Krankheitssymptomatik bessert sich, soziale Situation entspannt sich, EU-Rente wird gewährt, obwohl Frau Sch. zuletzt 1976 angemeldet gearbeitet hat. Es wird der gutachtlichen Äußerung geglaubt, dass die krankheitsbedingte AU schon seit dieser Zeit besteht.**

**Derzeitige Medikation:**

Clozapin      100      -      0      -      0      -      100      mg

## **Häufigkeit der Schizophrenie:**

Etwa **1 %** der Bevölkerung wird wenigstens ein mal im Leben an einer schizophrenen Psychose erkranken, die ohne oder mit Residuum (s. dort) abklingt oder chronisch persistiert.

Etwa **0,3 %** der Bevölkerung ist im Durchschnitt jeweils wegen einer Schizophrenie in Behandlung (in der jetzigen BRD sind das demnach etwa **240.000** manifest Erkrankte, **800.000** Menschen werden im Laufe ihres Lebens insgesamt daran erkranken).

Beide Geschlechter sind etwa gleich häufig von der Erkrankung betroffen, Männer erkranken jedoch tendenziell früher (Gipfel zwischen 20. und 30. Lebensjahr) als Frauen (Gipfel zwischen 30. und 40. Lebensjahr).

Die schizophrenen Erkrankungen bieten ein sehr buntes, heterogenes Erscheinungsbild.

Die Diagnose einer Schizophrenie gründet sich auch heute noch fast ausschließlich auf psychopathologische Symptome und den Ausschluss von organisch nachweisbaren Ursachen.

Ausschlaggebend für eine genaue Diagnose und Prognose ist der psychopathologische Längsschnitt (Verlauf der Krankheit und der Symptome).

Im Verlaufe der Krankheit kann sich das psychopathologische Bild (Krankheitssymptome) völlig verändern.

Eine anfänglich als Depression oder Manie verlaufende Krankheit kann sich später als Schizophrenie erweisen.

## **Kennzeichen nach dem Diagnoseschema von ICD-10 sind:**

- Eine grundlegende Persönlichkeitsstörung.
- Charakteristische Verzerrungen von Denken und Wahrnehmen.
- Unpassender oder abgeflachter Affekt.
- Die Klarheit des Bewusstseins und intellektuelle Fähigkeiten sind in der Regel nicht beeinträchtigt.
- Wohl aber kann es im Verlaufe der Erkrankung zu gewissen kognitiven Defiziten kommen.
- In der deutschsprachigen Psychiatrie dominiert für die diagnostische Einteilung die Lehre von Kurt Schneider.

## Diagnostische Merkmale nach K. Schneider

### Symptome 1. Ranges

- ☑ **Hören von Stimmen (akustische Halluzinationen)**  
in Form von Rede und Gegenrede, bzw. kommentierend oder befehlend.
- ☑ **Gedankenlautwerden**  
Echoartiges Hören der eigenen Gedanken, dadurch die Überzeugung, dass andere diese ebenfalls hören.
- ☑ **Leibliche Beeinflussungserlebnisse**  
Elektrisierende, erwärmende, erregende usw. Leibgefühle, werden durch Außenstehende gemacht.
- ☑ **Gedankenbeeinflussungen**  
Überzeugung, dass eigene Gedanken von außen manipuliert werden
- ☑ **Gedankenausbreitungen**  
Überzeugung, dass eigene Gedanken von anderen mitgedacht werden können.
- ☑ **Wahnwahrnehmung**  
Umdeuten von realen Wahrnehmungen bei gleichzeitiger Lockerung des Zusammenhangs
- ☑ **Alles von anderen Gemachte und Beeinflusste**  
auf dem Gebiet des Fühlens, Strebens und Wollens

### Symptome 2. Ranges

- ☑ **Übrige Sinnestäuschungen**  
Alle anderen akustischen, optischen, olfaktorischen, oder gustatorischen Halluzinationen.
- ☑ **Wahneinfall**  
Plötzlicher Einfall mit wahnhaftem Charakter (Liebeswahn, religiöser Wahn, Verfolgungswahn)
- ☑ **Beziehungsideen**  
Gedanken oder Erlebnisse werden wahnhaft auf die eigene Person bezogen.
- ☑ **Ratlosigkeit**  
Innere Verwirrtheit, der Versuch die psychotischen Erlebnisse zu enträtseln (kommt vor dem Wahn).
- ☑ **depressive und frohe Verstimmungen**  
Störungen des Affektes im Sinne von depressiver oder maniformer Stimmungslage.
- ☑ **erlebte Gefühlsverarmung**  
Verlust an seelischen Gefühlserlebnissen, Verflachung des Affektes.

Prinzipiell können bei Schizophrenen Patienten alle Arten von **Sinnesstörungen** auftreten.

**Akustische Halluzinationen**

(meist Stimmen, die kommentieren, befehlen oder Rede und Gegenrede).

**Zoenästhetische Halluzinationen**

(leibliche Halluzinationen).

**Gustatorische Halluzinationen**

(Geschmackshalluzinationen)

**Olfaktorische Halluzinationen**

(Geruchshalluzinationen).

**Optische Halluzinationen**

(optische Veränderungen werden Halluziniert z.B. Makropsie, Mikropsie).

Störungen der **persönlichen Wahrnehmung** können auch bei anderen Erkrankungen auftreten, nur die „**Ich-Störung**“ ist typisch für die Schizophrenie.

**Depersonalisation**

(Entfremdung vom eigenen Körper und Seelenleben, wird als fremd empfunden).

**Ichstörung**

(Eigene seelische Vorgänge werden als von anderen gemacht empfunden).

**Wesensveränderung**

(Wesen kann sich in Richtung Verschrobenheit, Verödung, Verflachung ändern).

Auch verschiedene **Antriebs-** und **Bewegungsstörungen** kommen bei der Erkrankung vor:

**Antriebslosigkeit**

(Verlust von Spontaneität und Initiative).

**Impulshandlungen**

(Suicidimpulse und Erregungszustände)

**Motorische- und sprachliche Stereotypien**

(automatisierte, sinnlose Verhaltensabläufe).

Die häufigsten Formen des **schizophrenen Wahns** sind der:

**Beeinflussungswahn**

(Patient fühlt sich von außen manipuliert, beeinflusst, etc.)

**Verfolgungswahn**

(Patient fühlt sich von allen möglichen Mächten verfolgt und bedroht).

**Vergiftungswahn**

(Patient fühlt sich vergiftet, z.B. Gift in der Nahrung).

Grundsymptom ist jedoch die **Störung des Denkens**, formales- und inhaltliches Denken:

**Formale Denkstörungen:**

**Zerfahrenheit** (Zerfall der Denkbzusammenhänge)

**Gedankenjagen**

**Gedankenabreißen.**

**Inhaltliche Denkstörungen:**

**Wahnstimmung**

**Wahneinfälle**

**Wahnvorstellungen.**

## Unterformen der Schizophrenie:

Diese Unterformen stellen nach heutiger Auffassung mehr eine **typologische Querschnittsbeschreibung aus einer fließenden Vielfältigkeit** dar.

Die verschiedenen Syndrome können ineinander übergehen, sich kombinieren und nacheinander in wiederholtem Wechsel in Erscheinung treten.

Längsschnittbeobachtungen ermöglichen oft eine Zuordnung nach dem überwiegenden Verlauf.

### ▶ **Hebephrenie (hebephrene Form):**

Kennzeichnend ist ein früher Beginn, meist in oder nach der Pubertät, sowie die Trias mit **Affekt-, Denk- und Aktivitätsstörungen** in Verbindung mit einer heiteren, läppischen Gestimmtheit und Ausdrucksstörungen sowie einem insgesamt **unberechenbaren, flapsigen, oft enthemmten Sozialverhalten**.

Das Denken ist eher ungeordnet, Die Sprache weitschweifig, oft zerfahren. Der Kranke neigt dazu, sich zu isolieren, ist im Verhalten ziellos und mit wenig Empfindungen.

Die Prognose ist ungünstiger als bei den anderen Formen, meist führt die Erkrankung zu einem schweren Persönlichkeitsabbau.

### ▶ **Schizophrenia simplex:**

Stellt eine **symptomarme Form** dar, bei der vor allem die produktiven Symptome wie Halluzinose und Wahn fehlen.

Im Sinne eines schleichenden Krankheitsprozesses kommt es fast unmerklich zum Nachlassen von Initiative, Schwung, Zielstrebigkeit und sozialem Engagement.

Es scheint, als ob sich ein ausgeprägtes schizophreses Residuum von Anfang an, ohne vorherige floride psychotische Symptome entwickelt.

### ▶ **Paranoide Schizophrenie:**

Hier herrschen **wahnhaft** und **halluzinatorische** Erlebnisweisen vor.

Sie stellt die bei weitem häufigste Form der schizophrenen Erkrankung dar. Sie kann episodisch mit teilweiser oder vollständiger Remission oder chronisch verlaufen.

Diese Form tritt eher spät auf, die Persönlichkeit bleibt meist weitgehend erhalten. Prognose bei Behandlung meist günstig.

### ▶ **Katatone Schizophrenie:**

Im Vordergrund stehen **Antriebs- und Bewegungsstörungen**, während Wahnideen, Halluzinationen, Denk- und Affektstörungen zwar vorhanden sind, aber eher im Hintergrund bleiben.

Es gibt zwei Formen, die Hyperkinese (Erregung) oder die Hypokinese (Stupor).

### ▶ **Coenästhetische Schizophrenie:**

Wesentliche Symptombilder sind qualitativ eigenartige **Leibgefühlsstörungen**. Es handelt sich hierbei um leibliche (sensible) Wahrnehmungsstörungen.

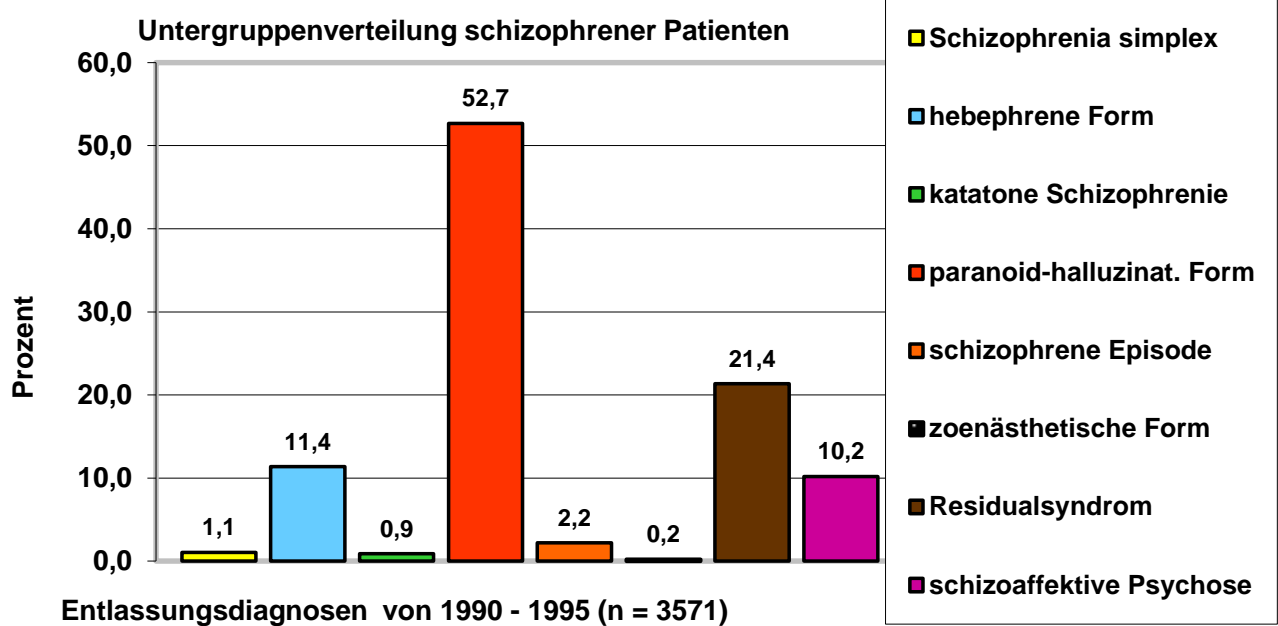
## Verlaufsformen der Schizophrenie:

Jede schizophrene Erkrankung (keine eigene Untergruppe) kann in ein sogenanntes

### ☞ **schizophrenes Residualsyndrom**

einmünden. Die kann bereits nach der ersten Krankheitsphase eintreten, im Verlaufe von vielen Krankheitsphasen oder aber auch nie auftreten.

Ein schizophrenes Residualsyndrom bezeichnet eine uncharakteristische durch eine Schizophrenie bedingte Persönlichkeitsveränderung mit **chronifizierten und unspezifischen Symptomen** wie Leistungsschwäche, Kontaktstörung, affektive Nivellierung, Antriebslosigkeit, Interessenverlust, Mattigkeit, ....



**Abb. 6** Untergruppenverteilung der Schizophreniepatienten

## Ätiologie der Schizophrenie:

Heute geht man am ehesten von einer komplexen, **multifaktoriellen** Entstehung der Schizophrenie aus.

Es handelt sich wahrscheinlich um ein Zusammenspiel von

- ▶ **Erbfaktoren,**
- ▶ **Neurobiologische Faktoren**
- ▶ **Veränderung der Neurotransmitter,**
- ▶ **funktionelle Ursachen**
- ▶ **psychosoziale Faktoren.**

und

### 1. Genetische Faktoren

Das Erkrankungsrisiko steigt mit dem Verwandtschaftsgrad:

<b>Allgemeines Krankheitsrisiko</b>	<b>1%</b>
<b>Großvater oder Großmutter erkrankt</b>	<b>4%</b>
<b>Ein Elternteil erkrankt</b>	<b>10%</b>
<b>Bruder oder Schwester erkrankt</b>	<b>12%</b>
<b>Zweieiiger Zwillingsbruder oder -schwester erkrankt</b>	<b>12%</b>
<b>Eineiiger Zwillingsbruder oder -schwester erkrankt</b>	<b>50%</b>
<b>Beide Eltern erkrankt</b>	<b>50%</b>

Vererbt wird aber nicht die Erkrankung, sondern die Disposition zur Erkrankung

### 2. Neurobiologische Faktoren

#### **Strukturelle Abnormitäten des Gehirns:**

Ventrikelvergrößerung und Asymmetrien

Zellverminderungen im limbischen System (Hinweise auf Reifungsstörung)

#### **Funktionelle Abnormitäten des Gehirns:**

#### **Verminderte frontale Aktivität in PET und SPECT**

Alle diese Veränderungen finden sich aber nur bei einem Teil der Kranken

### 3. Veränderungen von Neurotransmittern

**Überfunktion von Dopamin**

**Unterfunktion von Glutamat**

**Störungen im Serotonin- und GABA-Systemen werden diskutiert**

#### **4. Funktionelle Störungen**

Bei Schizophrenen besteht eine gestörte Informationsverarbeitung, die sich äußert als

- erhöhte Ablenkbarkeit**
- gestörte Aufmerksamkeit**
- gestörte intellektuelle Leistungsfähigkeit**

Die Störung der Aufmerksamkeit und der intellektuellen Leistungsfähigkeit sind Folge der erhöhten Ablenkbarkeit und deshalb nicht permanent vorhanden, sondern durch vermehrte Reize im Umfeld provozierbar.

#### **5. Psychosoziale Stressoren**

Vor Ausbruch einer Schizophrenie bestehen oft vermehrt belastende Veränderungen des alltäglichen Lebens

**Schizophrene zeigen eine erhöhte Empfindlichkeit gegenüber sozialem Stress, insbesondere gesteigerter Emotionalität innerhalb der Familie (High-expressed-emotions)**

Die letztendliche Ursache der Schizophrenie ist nicht bekannt, doch ist die Hypothese gut begründbar, dass eine oder verschiedene organische Störungen eine wesentliche Rolle spielen.

Dabei ist auch auffällig, dass der Krankheitsausbruch häufig in Zeiten biologischer Umstellungen fällt (Pubertät, Gravidität, Wochenbett, Klimakterium).

Zusätzlich zu einer ererbten Störung werden **soziale und psychische** Faktoren als Auslöser angenommen, die je nach Stärke der Erbfaktoren dann selbst schwach oder stark sein können.

Aus biochemischer Sicht wird als wichtiges Korrelat akuter schizophrener Psychosen eine **Überaktivität** zentralnervöser **dopaminerg** Strukturen (D2- bzw. D3-Rezeptoren) im **mesolimbischen** System diskutiert.

Unklar ist jedoch, ob diese dopaminerge Überaktivität Ausgangspunkt oder nur Zwischenschritt einer pathologischen Kausalkette darstellt.

Auffällig ist, dass der Krankheitsausbruch häufig in die Zeit biologischer Umstellungen fällt (Pubertät, Gravidität. ...).

Neben einer ererbten Störung werden soziale und psychische Faktoren als Auslöser angenommen.

Biochemisch ist eine Überaktivität vom Transmitterstoff Dopamin im mesolimbischen System vorhanden (Nur bei akuten schizophrenen Psychosen an den D2- bzw. D3-Rezeptoren).

Unklar ist jedoch, ob diese dopaminerge Überaktivität Ausgangspunkt oder nur Zwischenschritt eines krankhaften Prozesses ist.

## 4. Fall:

Frau Gertraud G., bei der ersten Aufnahme im Jahr 1985 43-jährig, verheiratet, keine Kinder, lebt zusammen mit ihrem Ehemann in einer Kleinstadt.

- **Älteste von 4 Kindern ihrer Eltern, 1942 geboren.**
- **Besuch der Volksschule, sehr gute Schülerin.**
- **Arbeiterin in einer Glasfabrik, bis zur Eheschließung.**
- **Mit 20 Jahren heiratete sie ihren Ehemann.**
- **Ehe sei sehr harmonisch, blieb aber ungewollt kinderlos, trotz Kinderwunsch.**
- **Ehe sei aber seit 2 Jahren durch die psychischen Veränderungen der Frau belastet.**
- **Als sie 24 Jahre alt war, beging der Vater Selbstmord.**
- **Der Vater wurde vorher im BKH Mainkofen behandelt.**
- **Er habe an Depressionen gelitten.**
- **1982 erkrankte ihre Schwiegermutter schwer und wurde Pflegebedürftig.**
- **Ihre Schwiegermutter war an Krebs erkrankt und wurde bis zuletzt von ihr zu Hause gepflegt.**
- **Kurz vor dem Tode der Schwiegermutter überredete sie diese dazu, ein Testament zu Gunsten ihres Ehemannes zu machen, der allerdings auch ihr einziges Kind war.**

## Der Vater:

Herr Paul S., geb. am 23.01.1912, bei der ersten Aufnahme im Jahr 1962 noch 40-jährig, verheiratet, 4 Kinder, lebt zusammen mit seiner Ehefrau.

- **Aufnahme in die „Heil- und Pflegeanstalt am 14.12.1962.**
- **Sei erst seit einigen Wochen psychisch auffällig.**
- **Habe eigenartige Verfolgungs- und Beeinträchtigungsideen.**
- **Die 44-jährige Ehefrau ist jetzt nach 10 Jahren wieder schwanger.**
- **Durch „Anfechtung“ eines Teufels sei die Frau wieder schwanger geworden.**

## **1. Stationärer Aufenthalt des Vaters:**

### **Aufnahmebefund:**

- Geschlechts- und Körperkräfte hätten schon seit 1-2 Jahren nachgelassen.
- Zuletzt habe er etwa 15-mal Verkehr mit der Ehefrau pro Jahr gehabt, früher sei dies alle paar Tage gewesen.
- Er sei „berufen“ worden, nur wenige seien dazu auserwählt.
- Spricht dann weiter in Bibelzitate.

### **Psychischer Befund:**

- Deutlich vorgealtert,
- Im Verhalten deutlich gehemmt, erstarrt wirkend.
- Depressive Stimmungslage.
- Gesichtsausdruck erstarrt, motorisch erlahmt.
- Muss wiederholt zur Handlungsveränderung während der Untersuchung aufgefordert werden.
- Umständlich, lässt sich jedes Wort „herausziehen“

### **Verlauf:**

- Stationäre Behandlung vom 14.12.1962 bis zum 15.02.1963.
- Behandlung erfolgte mit einem Antidepressivum (Saroten) und einem mittelpotenten Neuroleptikum (Truxal) sowie einem Hormon-Präparat (Testoviron-Depot).
- Nach eingetretener Besserung wurde Ehefrau schriftlich um Abholung des Ehemannes gebeten.
- Die Ehefrau unterschreibt bei Abholung einen Reversbogen.

### **Entlassdiagnose 1963:**

*Involutionsmelancholie.*

### **Reversbogen:**

- Bereiterklärung zur Aufnahme des Patienten bei sich.
- Information, dass Patient nicht geheilt ist.
- Verpflichtung hinsichtlich einer ausreichenden Beaufsichtigung.
- Verpflichtung der Herbeiziehung eines Arztes beim Wiederauftreten von Krankheitszeichen.
- In dringenden Fällen Das Gesundheitsamt oder die Polizei zwecks Wiedereinweisung zu informieren.

## **2. Stationärer Aufenthalt:**

- Am 25.07.1963 wurde er von seiner Frau nach Hause geholt.
- Am 29.07.1963 wurde er wieder zurück gebracht.
- Es sei mit ihm nicht auszuhalten gewesen, er höre jetzt Stimmen.
- Diese hätten andauernd auf ihn eingeredet.
- Er habe seine Gedanken nicht mehr ordnen können.
- Die Stimmen reden über einen frühen Prozess gegen seinen Bruder wegen eines Brunnens.
- Ihm sei es egal, ob er sterbe, nur seine Familie erbarme ihn.
- Am 02.09.1963 erneut nach Hause entlassen.
- Die Behandlung erfolgte sowohl Antidepressiv, als auch Neuroleptisch.
- Bei der Entlassung unterschrieb die Ehefrau erneut den Reversbogen.

## **Entlassdiagnose 1963:**

*Involutionspsychose.*

## **Verlauf der Erkrankung des Vaters:**

- Laut Angaben seiner Tochter habe er sich dann 1966 erhängt.

## **Weiter mit seiner Tochter, Frau G.:**

- Nach dem Tod der Schwiegermutter am 30.12.1982 veränderte sich die Patientin psychisch, fühlte sich schuldig.
- Sie grübelte viel über den Tod und das Leiden der Schwiegermutter.
- Nach ambulanter antidepressiver Therapie kam es im März 1985 zu einem Suizidversuch mit 5g Ludiomil und 1g Melleril und 2g Tavor.
- Komatös und ateminsuffizient wurde sie auf der Intensivstation des Grafenauer Krankenhaus beatmet und stabilisiert und dann in das BKH Mainkofen verlegt.

Welche Auffälligkeiten und Verhaltensweisen lassen sich jetzt bei Frau G. beschreiben?

*Mit 41 J. auftreten von psychischen Veränderungen*

*Vater suizidiert sich, hat an Depressionen gelitten*

*Schwiegermutter wird schwer krank - Testament*

*Schwiegermutter stirbt, Frau G. grübelt viel*

*Selbstmordversuch mit Tabletten*

## **1. Stationärer Aufenthalt:**

- **Psychiatrie Bezirksklinikum Mainkofen.**
- **Vom 05.03.1985 bis zum 17.05.1985.**

## **Umstände:**

- **Wurde von der Klinik Grafenau verlegt.**
- **Sie war ängstlich und unruhig, stark wahnhaft.**
- **Fühlt sich nicht krank, befürchtet getötet zu werden.**

## **Eigene Aussagen bei Aufnahme:**

- **Jeder Tag ist so schlimm, was muss ich büßen.**
- **Was habe ich nur gemacht, meine Leut` mögen mich nicht mehr.**
- **Ich muss ihnen helfen, ich muss sterben, damit die Anderen leben können.**
- **Ich bin Schuld am Tode der Schwiegermutter, muss ständig daran denken.**
- **Ich habe Angst hier umgebracht zu werden.**

## **Symptome:**

- **Im Denken auf die wahnhaftige Symptomatik eingeengt.**
- **Sehr agitiert, ängstlich.**
- **Stimmung deutlich gedrückt, verzweifelt weinerlich.**
- **Motorisch unruhig.**
- **Flüchtige akustische Halluzinationen, Verfolgungs- oder Beeinträchtigungsideen.**
- **Bei Zustand nach Suizidversuch nicht mehr offen suizidal.**

Welche psychopathologischen Symptome lassen sich jetzt bei Frau G. finden?

*Im Denken auf die wahnhaftige Symptomatik eingeengt*

*Im Verhalten agitiert, ängstlich, motorisch unruhig*

*Stimmung gedrückt, verzweifelt*

*Halluzinationen, Verfolgungs- u. Beeinträchtigungsgefühl*

*Nicht mehr offen suizidal*

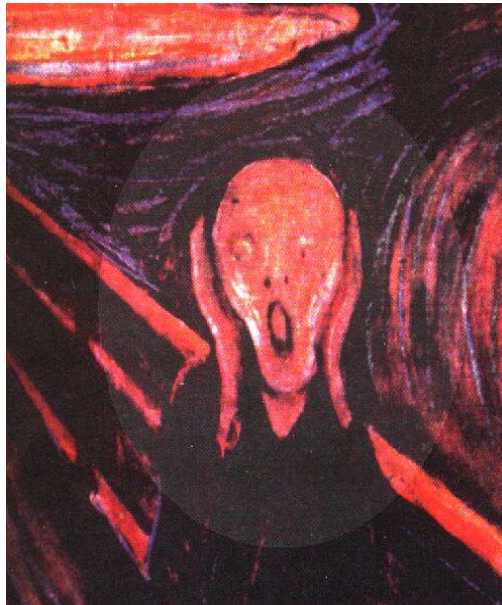
## Welchen diagnostischen Verdacht haben Sie ?

Die Erkrankung ist erstmals aufgetreten, im Vordergrund stehen psychotische Wahngedanken mit deutlich gestörtem Affekt und Antrieb .....

*Depressive Episode mit psychotischen Symptomen*

*ICD 10: F32.3*

## Depressionen:



**Abb. 7** Der Schrei !

## Was ist eine Depression:

Bei diesen Störungen bestehen die Hauptsymptome in einer **Veränderung** der Stimmung oder des **Affekts** (Emotionen u. Gefühle), meist zur Depression oder gehobenen Stimmungslage hin.

Affektive Störungen sind ein Teil der endogenen Psychosen. Endogene Psychosen sind nicht auf:

**körperlich begründbare** (organische) Ursachen zurückzuführen und es kann auch keine reine

**psychogene Genese** als Ursache angenommen werden.

### F3 Affektive Störungen

- F30 manische Episode
- F31 bipolare affektive Störung
  - F31.1 bipolare Störung, gegenwärtig manische Episode
  - F31.4 bipolare Störung, gegenwärtig depressive Episode
- F32 depressive Episode
  - F32.0 leichte depressive Episode
  - F32.1 mittelgradige depressive Episode
  - F32.2 schwere depressive Episode ohne psychotische Symptomen
  - F32.3 schwere depressive Episode mit psychotische Symptomen
- F33 rezidivierende depressive Störung
- F34 anhaltende affektive Störung
  - F34.0 Zykllothymia
  - F34.1 Dysthymia

### Prävalenz der depressive Störungen

- **Gesamt ca: 15 %**
  - **Männer ca.: 10 % ???**
  - **Frauen ca.: 20 %**
- **Depressive Phasen**
  - **Gesamt ca: 10 %**
- **Dysthymia**
  - **Gesamt ca: 5 %**



Abb. 8 Depression

### Punktprävalenz depressiver Erkrankungen

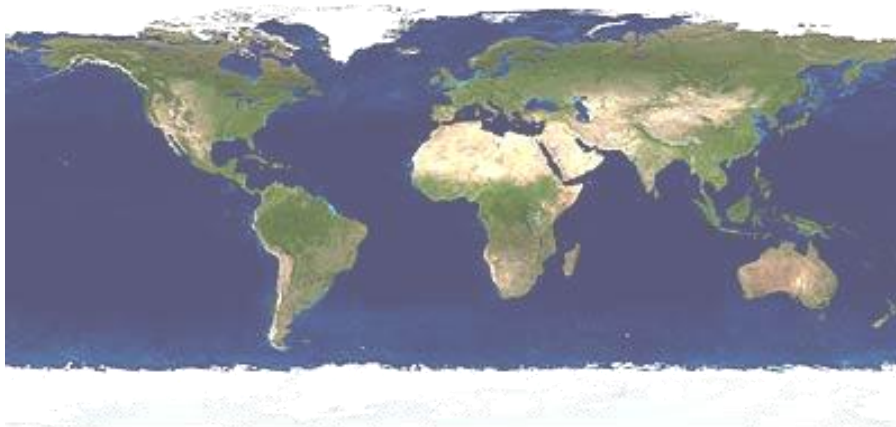


Abb. 9 Der Die Erde

**ca. 5 % der Bevölkerung der Erde leiden gerade an einer Depression**

**davon 3 % der Männer (wohl eher mehr), und 7 % der Frauen**

**Anzahl der Entlassungen aus dem Bezirksklinikum Mainkofen  
in den Jahren 1990 bis 2001 mit der Diagnose "Depression"**

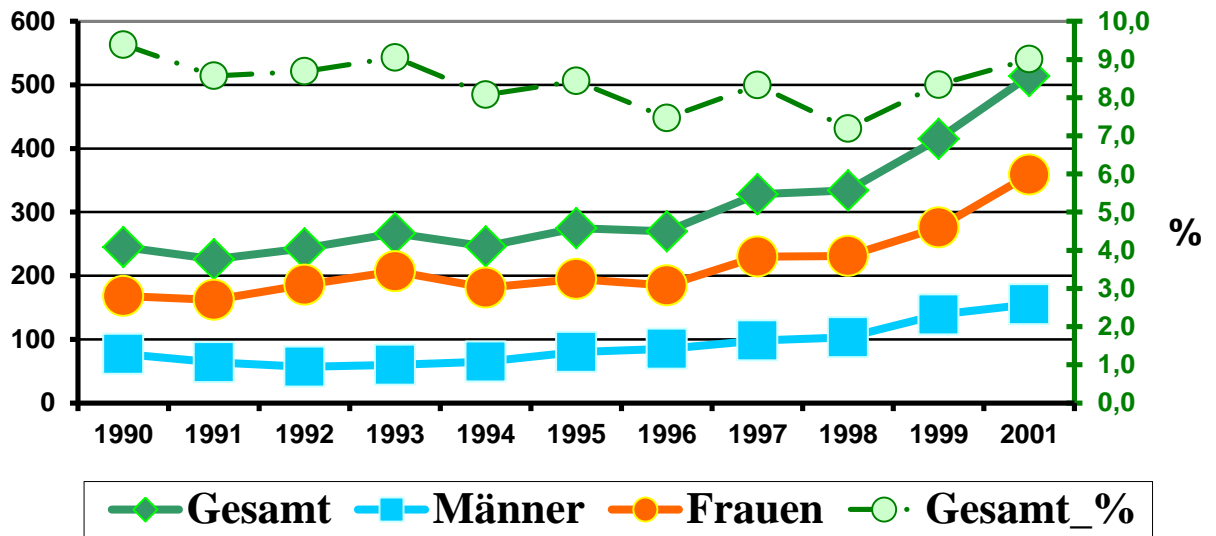


Abb. 10 Entlasskurve depressiver Patienten.

**Die Depression ...**

- Verläuft in der Regel phasenhaft, wobei die Frequenz und die Zahl der Krankheitsphasen variieren.
- In der Regel dauert eine Krankheitsphase unbehandelt zwischen 6 und 12 Monate.
- Etwa 5 % der Erkrankten erweisen sich als therapieresistent.
- Etwa 10 – 15 % der Erkrankten sterben letztendlich durch einen Suizid.

**Weiter mit der Tochter, Frau G.:**

Frau G. besserte sich nur zögernd innerhalb von 10 Wochen unter der Gabe von Antidepressiva und Neuroleptika.

**Entlassmedikation:**

Anafranil	50	-	50	-	0	-	50	mg
Ludiomil	0	-	25	-	0	-	75	mg
Haloperidol	10	-	0	-	0	-	0	mg

**2. Stationärer Aufenthalt:**

- Psychiatrie Bezirksklinikum Mainkofen.
- Vom 05.01.1987 bis zum 02.07.1987.

## Umstände:

- Wurde vom Ehemann in die Klinik gebracht.
- Wollte selbst nicht kommen.
- Fühlt sich selbst nicht krank.

## Eigene Angaben und Verhalten:

- Sie sei nicht krank, sei nur eine gemeine Verbrecherin.
- Sie habe ihre Schwiegermutter getötet, man dürfe kein Mitleid mit ihr haben, müsse die Polizei verständigen.
- Man sei hier viel zu gut mit ihr, sie müsse in ein Gefängnis gebracht werden.
- Frau G. wartete die ersten Tage ständig mit gepackter Reisetasche vor der Stationstüre um von der Polizei abgeholt zu werden.
- Habe zu Hause auch selbst bei der Polizei angerufen.

## Symptome:

- Im Denken auf die wahnhaftige Symptomatik eingeengt.
- Im Affekt starr, ängstlich und gespannt wirkend.
- Stimmung deutlich gedrückt, tief verzweifelt, weinerlich.
- Im Antrieb gehemmt, psychomotorisch unruhig.
- Keine Hinweise auf Halluzinationen, aber deutliche Beziehungs-, Schuld- und Versündigungsideen.
- Verzweifelt wirkend, latend suizidal.

## **Welchen diagnostischen Verdacht haben Sie ?**

Die Erkrankung ist erneut aufgetreten, im Vordergrund stehen psychotische Wahngedanken mit deutlich gestörtem Affekt und Antrieb .....

***Rezidivierende depressive Episode mit psychotischen Symptomen.***

***ICD 10: F33.3***

## Wie entstehen Depressionen ?

### Entstehungsmodell einer depressiven Erkrankung:

Das Vorhandensein verschiedener Faktoren, wie z.B.

- **Genetische Prädisposition**
- **Persönlichkeitsfaktoren**
- **Psychosoziale Belastung**
- **Körperliche Erkrankung**

führen zu

» **neurobiologischen Veränderungen**

dadurch kommt es zur

» **depressiven Symptomatik**



Abb. 11 „gedrückte Gestalt“

### Depressive Episode (ICD10: F32):

Beim Diagnosebegriff „**depressive Episode**“ (nach ICD 10) wird zwischen den Ursachen nicht mehr unterschieden.

Die bisherigen diagnostischen Zuordnungen in **endogene** -, **reaktive** - oder **neurotische** Depressionen werden zunächst nur nach dem Schweregrad (leichte -, mittelgradige - oder schwere depressive Episode) eingeteilt.

Bei leichten - und mittelgradigen Depressionen werden zusätzlich vorhandene **somatische** Störungen mitverschlüsselt, bei einer schweren depressiven Episode das Vorhandensein von **psychotischen** Symptomen angegeben.

### **Rezidivierende depressive Störung (ICD10: F33):**

Es handelt sich hierbei um eine Störung, die durch **wiederholte** depressive Episoden charakterisiert ist.

Dabei dürfen sich in der Vorgeschichte aber **keine Phasen manischer** Stimmungslagen befinden.

Die Einteilung in Schweregrade erfolgt wie bei der einzelnen Episode.

Die bisher am häufigsten gebrauchte Diagnose dieser Störung lautet:

### **monopolare endogene Depression**

### **Dysthymia / Zykllothymia (ICD10: F34):**

Nicht alle Patienten mit depressiven und/oder manischen Symptomen lassen sich in die oben dargestellten Krankheitssymptomatiken einordnen.

Entweder reichen die Symptome nicht aus, lassen sich zeitlich nicht phasenhaft abgrenzen, oder die Symptome sind derart untypisch und schwer fassbar.

Bisher wurden diese depressiven Patienten vorwiegend mit der Diagnose „neurotische Depression“ bedacht, die manischen als „Persönlichkeitsstörung“ (hyperthyme- bzw. zykllothyme Persönlichkeit) betrachtet.

Wesentliches Kennzeichen dieser Diagnosegruppe sind also

» **ein chronischer Verlauf**

der Erkrankung mit meist

» **leichteren Symptomen**

als bei Depressionen und Manien.

### **Symptome der Dysthymie:**

- **Langdauernde Verstimmung**
  - **beginnt oft früh im Erwachsenenleben**
  - **dauert mindestens mehrere Jahre**
  - **gute Perioden von Tagen oder Wochen**
  - **Zustand erreicht selten oder nie den Schweregrad einer Depression**
  
- **Erschöpfungsgefühl**
  - **alles ist eine Anstrengung**
  - **nichts kann genossen werden**
  - **Anforderungen des täglichen Lebens können aber erfüllt werden, häufig aber mit Mühe.**

## **Weiter mit dem Fall der Frau G.:**

Frau G. besserte sich zunächst überhaupt nicht, nach mehrmaligem Medikamentenwechsel besserte sich ihr Zustand unter Antidepressiva und niedrig dosiert Neuroleptika.

### **Entlassmedikation:**

Fevarin 100 - 0 - 100 - 0 mg

## **3. Stationärer Aufenthalt:**

- Psychiatrie Bezirksklinikum Mainkofen.
- Vom 19.03.1988 bis zum 11.05.1988.

### **Umstände:**

- Wurde vom Ehemann in die Klinik gebracht.
- Wollte selbst nicht kommen.
- Fühlt sich selbst nicht krank.

### **Eigene Angaben und Verhalten:**

- Sie sei nicht krank, sei nur ein schlechter Mensch.
- Sie habe ihren Ehemann verraten, dieser sei nämlich verschwunden.
- Ihr Ehemann sei am 25. Januar 1988 morgens zur Arbeit gegangen und nicht mehr wiedergekommen.
- Abends zur gewöhnlichen Rückkehrzeit ihres Mannes kam ein anderer Mann und zog bei ihr ein.
- Dieser Mann sah exakt so aus wie ihr Ehemann, war aber anders, war ein Anderer.
- Sie hätte zur Polizei gehen müssen um Anzeige zu machen, war aber hilflos.
- Sie habe keine Anzeige gemacht, da der fremde Mann sie versorgt habe und sie ansonsten alleine gewesen wäre.
- Außerdem habe sie ihre Schwiegermutter getötet, müsse deswegen in das Gefängnis gebracht werden.

Die Patientin wurde von der Aufnahme-Station auf die weiterführende Station verlegt mit der vorläufigen Diagnose einer ...

➔ *Paranoide Schizophrenie.*

*ICD 10: F20.0*

Die Erkrankung ist also erneut aufgetreten, im Vordergrund steht psychotisches Wahnerleben deutlich gestört ist auch der Affekt.....

### **Eigene Angaben und Verhalten:**

- Auf Station erklärte sie auf Befragen, dass der ihr bekannte Stationsarzt noch der selbe sei, auch das übrige, ihr bekannte Personal sei nicht „ausgetauscht“ sondern das selbe, wie immer.
- Lediglich ihr Ehemann sei „ausgetauscht“ worden, und auch ihre nahen Angehörigen (Mutter, Geschwister).
- Diesbezüglich sei sie sich auch ganz sicher.

### **Symptome:**

- Im Denken auf die wahnhaftige Symptomatik eingengt.
- Im Affekt starr wirkend.
- Stimmung deutlich gedrückt, nicht schwingungsfähig.
- Im Antrieb gehemmt, psychomotorisch gehemmt.
- Keine Hinweise auf Halluzinationen, Verfolgungs- oder Beeinträchtigungsideen.
- Verzweifelt wirkend, latend suizidal.

### **Welchen diagnostischen Verdacht haben Sie ?**

Die Erkrankung ist erneut aufgetreten, im Vordergrund stehen psychotische Wahngedanken mit deutlich gestörtem Affekt und Antrieb .....

- *Rezidivierende depressive Episode mit psychotischen Symptomen*
- *ICD 10: F33.3*

## Symptome einer depressiven Erkrankung:

Die depressive Stimmungslage ist nicht einfach mit einer Bedrücktheit und Traurigkeit vergleichbar, hier steht im Mittelpunkt das

### » **"Gefühl der Gefühllosigkeit"**

Der Patient kann häufig nicht einmal mehr weinen und leidet unter seiner Gefühllosigkeit weit mehr, als man unter bloßer Traurigkeit leiden würde.

Depressionen werden auch unter dem Begriff "affektive Psychose" geführt. Die Störung des Affektes, hier z.B. die depressive Verstimmung steht meist ganz im Vordergrund der Erkrankung. Es besteht eine

### » **Gedrückte Stimmungslage**

Die Stimmung ändert sich wenig von Tag zu Tag, es besteht kaum eine Reaktion auf allgemeine Lebensumstände. Die sogenannte **Schwingungsfähigkeit** ist nicht mehr vorhanden.

Hinzu kommt eine vollkommene

### » **Energielosigkeit**

Mit einem ständigen **Erschöpfungsgefühl** und einer vorzeitigen abnormen Ermüdbarkeit.

Meist sind auch relevante

### » **Antriebsstörungen**

vorhanden, es besteht zudem eine psychomotorische Hemmung oder Agitiertheit, sowie eine Verminderung der gerichteten Energie.

Diese Antriebsstörungen können bis zum

### » **Depressiver Stupor**

reichen. Der Patient kann lange **bewegungslos** verharren, kein Wort hervorbringen, dabei rat- und hilflos wirken.

Typisch ist eine

### » **Psychomotorische Hemmung.**

Der allgemeine **Bewegungsablauf** kann verlangsamt sein, der **Antrieb** ist gestört. Es fällt dem Erkrankten schwer, eine Entscheidung zu fällen.

Manchmal kommt es auch zu einer starken

### » **Innere Unruhe.**

Sie kann den Patienten **umhertreiben**, er kann dabei auch jammernd, klagend und ratlos wirken.

Ein Hauptsymptom ist auch eine

» **Hemmung und Einengung des Denkens.**

Das Denken verläuft **verlangsamt**, die Inhalte sind **Inhaltsarm** und meist auf die Erkrankung eingengt, man spricht von sogenannten **Grübelzwängen**. Durch die Denkhemmung kann das Bild einer **Pseudodemenz** (wirkt wie dement) entstehen.

Mit zum Bild der Pseudodemenz trägt auch eine

» **Verminderte Konzentrationsfähigkeit**

Bei. Beklagt wird ein **Gedächtnisverlust** und verminderte **Aufmerksamkeit**.

Nicht selten kommt es auch zu

» **Körperlichen Missempfindungen.**

Häufig werden **Druckgefühle** oder ein **Brennen** hinterm Sternum oder im Magenbereich angegeben, aber auch **Schmerzsyndrome** wie Rückenbeschwerden können somatischer Ausdruck einer Depression sein.

Vegetative Symptome wie

» **Appetitlosigkeit**

Bestehn. Häufig kommt es dadurch zu einer starken **Gewichtsabnahme**. Bei atypischen Depressionen kommt es auch zu einer Gewichtszunahme, besonders oft durch starken Appetit nach Schokolade.

Auch

» **Schlaflosigkeit**

mit **frühmorgentlichem** Erwachen, Stunden vor der gewohnten Zeit tritt auf. **Grübelneigung** besteht besonders in der Zeit der Schlaflosigkeit. Bei atypischer Depression **vermehrter Schlaf** bei ständiger Müdigkeit.

Typisch sind auch

» **Tagesschwankungen.**

Häufig wird ein **Morgentief** beschrieben, dabei kommt es abendlich dann zur Besserung der Symptomatik.

Es kommt zu

» **Interesselosigkeit**

mit Aufgabe von Hobbies und Beenden von angenehmen Aktivitäten,

und zum

» **Sozialen Rückzug**

mit Verlust des Interesses an seiner Umgebung, zunehmende Isolierung.

Weitere Symptome sind

» **Schuldgefühle.**

Betroffener glaubt, seine Schwierigkeiten **selbst verschuldet** zu haben, das Schulerleben ist immer auf sich selbst gerichtet.

Im Rahmen einer Depression können auch richtige **Wahnsymptome** vorkommen, häufig als

» **Schuld- oder Versündigungswahn.**

So kann es für eine 60-jährige Patientin durchaus ein großes Problem sein, dass sie in ihrer Kindheit ihrer Mutter einmal 20 Pfennige aus dem Geldbeutel gestohlen hat („ich bin ein schlechter, von Grund auf verdorbener Mensch“).

Fast immer besteht ein

» **vermindertes Selbstwertgefühl.**

Der Betroffene fühlt sich nutzlos und wertlos.

Es kommt auch zum

» **Libidoverlust**

Das Interesse an **Sexualität** geht verloren, es besteht eine **Potenzminderung**.

Für ihn ergibt sich insgesamt eine

» **negative Zukunftsperspektive.**

Er hat keine Vorstellungskraft mehr, wie es ist gesund zu sein.

Das führt naturgemäß zur weiteren

» **Suizidalität**

Gedanken, Planungen oder Suizidhandlungen sind vorhanden.

## Weiter mit dem Fall der Frau G.:

Frau G. besserte sich diesmal rascher innerhalb von wenigen Wochen unter der Gabe von Antidepressiva und niedrig dosiert Neuroleptika.

### Entlassmedikation:

<b>Equilibrin</b>	<b>60</b>	-	<b>0</b>	-	<b>90</b>	-	<b>0</b>	<b>mg</b>
<b>Haloperidol</b>	<b>2</b>	-	<b>0</b>	-	<b>0</b>	-	<b>2</b>	<b>mg</b>

#### **4. Stationärer Aufenthalt:**

- **Psychiatrie Bezirksklinikum Mainkofen.**
- **Vom 01.07.1989 bis zum 24.08.1989.**

#### **Umstände:**

- **Wurde vom Ehemann in die Klinik gebracht.**
- **Wollte diesmal auch selbst kommen.**
- **Fühlt sich selbst aber nicht krank, nur hilflos.**

#### **Eigene Angaben und Verhalten:**

- **Sie sei nicht krank, sei nur ein schlechter Mensch.**
- **Sie habe ihre Schwiegermutter unnötig leiden lassen, sie verdursten lassen, man hätte sie ins Krankenhaus bringen müssen.**
- **Sie habe dann auch noch ein Erbe bekommen, habe dies nicht verdient gehabt.**
- **Sie sei eine Mörderin, müsse eingesperrt werden.**
- **Sei auch gestern Nacht von zu Hause weggelaufen.**

#### **Symptome:**

- **Im Denken auf die wahnhaftige Symptomatik eingeengt.**
- **Im Affekt versteinert wirkend.**
- **Stimmung deutlich gedrückt, möchte sterben.**
- **Im Antrieb gehemmt, psychomotorisch unruhig.**
- **Keine Hinweise auf Halluzinationen, Verfolgungs- oder Beeinträchtigungsideen.**
- **Verzweifelt wirkend, offen suizidal.**

Welchen diagnostischen Verdacht haben Sie ?

Die Erkrankung ist erneut aufgetreten, im Vordergrund stehen psychotische Wahngedanken mit deutlich gestörtem Affekt und Antrieb .....

- *Rezidivierende depressive Episode mit psychotischen Symptomen*
- *ICD 10: F33.3*

### Therapeutische Konzepte:

- Anwendung finden sogenannte Antidepressiva, das sind Medikamente, die in den Stoffwechsel der Neurotransmitter im Gehirn eingreifen und speziell gegen Depressionen wirken.
- Zusätzlich sind psychotherapeutische Verfahren, insbesondere stützende Gesprächstherapie, angezeigt.
- Andere Verfahren, wie Lichttherapie und Schlafentzug wirken nur bei manchen Depressionsformen bzw. nur vorübergehend oder werden bei uns seltener praktiziert (Elektrokrampf).

Als medikamentöse Phasenprophylaxe kann eine niedrigdosierte Dauergabe von Antidepressive wirken

### Antidepressiva:

Wirken über eine Erhöhung der Serotonin- und/oder Noradrenalin-Konzentration an den Übertragungsstellen der Nervenzellen.

Der Wirkungseintritt kommt verzögert zustande, gewöhnlich kommt tritt er nach etwa 2 – 3 Wochen ein.

Antriebssteigerung und Stimmungsaufhellung verbessern sich oft nicht parallel.

Nach dem jeweiligen Wirkmechanismus werden die Antidepressiva in verschiedene Gruppen eingeteilt.

### Weiter mit dem Fall der Frau G.:

Frau G. besserte sich erneut relativ rasch innerhalb von wenigen Wochen unter der Gabe von Antidepressiva und einem niedrig dosiertem Neuroleptika.

### Entlassmedikation:

Equibrin	60	-	0	-	0	-	60	mg
Haldol	0	-	0	-	0	-	3	mg

Seit dem 24.08.1989 keine stationäre Aufnahme mehr registriert !

Welche Gründe könnte es dafür geben ?

## 5. Fall:

Frau Inge D., 26-jährig, ledig, lebt in eigener Wohnung in einer Kleinstadt in Nordrheinwestfalen.

- **Seit heute morgen unter einer Fallhand rechts leidend (Eine Fallhand wird durch eine Parese des N. radialis hervorgerufen).**
- **Bemerkt wurde die Fallhand von ihr am Morgen nach dem aufwachen.**
- **Die Betroffene begab sich daraufhin sofort zum Hausarzt, der sie in die neurologische Klinik schickte.**

Bei Aufnahmeuntersuchung in der neurologischen Klinik erhob man folgende Vorgeschichte:

- **Tätig als gelernte Sekretärin seit mehreren Jahren.**
- **Keine feste Beziehung.**
- **Seit mehreren Jahren in eigener Wohnung lebend.**
- **Keine Geschwister.**
- **Psychiatrische Anamnese leer.**
- **Am Vorabend noch keine Symptome.**
- **Sei mit Freunden aus dem Betrieb beim Kegeln gewesen.**
- **Keine besonderen Vorkommnisse an diesem Abend.**
- **Sei gegen 1 Uhr morgens (alleine) zu Bett gegangen.**
- **Habe tief und fest geschlafen.**

Bei der weiteren Anamneseerhebung konnte zusätzlich erhoben werden:

- **Beim Kegelabend sei auch Alkohol konsumiert worden.**
- **Sie sei an diesem Abend etwas angetrunken gewesen.**
- **Sie sei zu Hause sofort eingeschlafen.**
- **Sie habe in dieser Nacht keine Erinnerung an Träume usw.**

Die Betroffene selbst kann folgendermaßen beschrieben werden:

- **Differenziert wirkend.**
- **In ihrem Äußeren gepflegt und sorgfältig**
- **In ihrem sprachlichen Ausdrucksvermögen gewählt und passend.**
- **Mimik und Gestik wirkten ratlos.**

Welche Auffälligkeiten und Verhaltensweisen lassen sich jetzt bei Frau D. beschreiben?

*Lähmung der rechten Hand beim Aufwachen bemerkt*

*War am Abend vorher auf Betriebsfeier*

*Auf Betriebsfeier keine besonderen Vorkommnisse*

*Habe auf der Feier natürlich auch etwas getrunken*

*Habe traumlos und tief geschlafen*

**Welchen diagnostischen Verdacht haben Sie ?**

*Radialisparese durch Druckschädigung*

**Ursache war eine Druckschädigung des n. radialis durch eine alkoholbedingte toxische Schädigung des zentralen Nervensystems mit intoxikiertem Schlafverhalten (bewegungsarmer Schlaf).**

## 6. Fall:

Frau Susanne O., 20 jährig, ledig, lebt noch bei den Eltern in einer Kleinstadt in Nordrheinwestfalen.

- **Seit ca. 3 Wochen unter einer Fallhand rechts leidend (Eine Fallhand wird durch eine Parese des N. radialis hervorgerufen).**
- **Aufgetreten ist die Fallhand nach einem Unfall mit Trauma im Bereich des linken Ellbogens.**
- **Die hausärztliche Untersuchung erbrachte klinisch eine Fallhand mit einer nicht zur Radialisläsion passender Sensibilitätsstörung (handschuhförmig).**

Bei Aufnahmeuntersuchung in der neurologischen Klinik erhob man folgende Vorgeschichte:

- **Tätig als gelernte Verkäuferin seit 2 Jahren.**
- **Befreundet mit einem 21-jährigem jungen Mann.**
- **Noch bei den Eltern lebend.**
- **Ein älterer Bruder, eine jüngere Schwester.**
- **Psychiatrische Anamnese leer.**
- **Psychiatrische Familienanamnese leer.**
- **Unfall geschah auf dem Weg zu einem Badesee.**
- **Freund fuhr mit dem Auto, sie war Beifahrerin.**
- **Aus dem geöffneten Fenster ragen ihr rechter Ellbogen heraus.**
- **Mit diesem Ellbogen rammte sie einen Radfahrer, der daraufhin stürzte und sich leicht verletzte.**
- **Unfallaufnahme durch die Polizei.**
- **Beim Freund wurde Alkoholeinfluss festgestellt.**
- **Seit dem Unfall habe sie die rechte Hand nicht mehr anheben können.**
- **Sie habe im Bereich der rechten Hand auch kein Gefühl mehr.**
- **Ihr Freund hat durch den Unfall seinen Führerschein verloren, Eine Gerichtsverhandlung stünde in Kürze an.**
- **Ihr Freund mache sich Sorgen wegen ihrer Hand.**

Bei späteren Anamneseerhebungen konnte zusätzlich erhoben werden:

- **Vor dem Unfall sei sie zusammen mit ihrem Freund und ihrer Clique in ihrer Stammkneipe gewesen.**
- **Die Clique habe zum Badesee gewollt, auch sie fand diese Idee gut.**
- **Ihr Freund wollte zunächst wegen seines Alkoholkonsums nicht fahren..**
- **Sie überredete ihren Freund zu der Fahrt.**

Die Betroffene selbst kann folgendermaßen beschrieben werden:

- **Deutlich einfach strukturiert wirkend.**
- **In ihrem Äußeren eher unscheinbar**
- **In ihrem sprachlichen Ausdrucksvermögen einfach, undifferenziert.**
- **Mimik und Gestik wirkten hilflos.**

Welche psychopathologischen Symptome lassen sich jetzt bei Frau O. finden?

*Seit 3 Wochen Fallhand nach einem Trauma*

*Lähmung und sensible Ausfälle passen nicht*

*Unfall geschah auf dem Weg zum Badesee*

*Habe Freund überredet, obwohl er betrunken war*

*Freund hat den Führerschein verloren*

**Welchen diagnostischen Verdacht haben Sie ?**

*Dissoziative Bewegungsstörung (ICD 10: F44.4)*

*Konversionsneurose*

**Verlust oder Veränderung von Bewegungsfunktionen, ohne dass eine körperliche Ursache vorhanden ist.**

**Die Symptome folgen häufig den laienhaften Vorstellungen des Patienten von einer körperlichen Erkrankung.**

**Die Symptome helfen dem Betroffenen dabei, einen für ihn unangenehmen Konflikt zu entgehen**

Welche „Motivation“ könnte hinter der Lähmung stehen ?

**Nimmt man die Vorgeschichte der Betroffenen als diagnostischen Hinweis, könnte man verstehen, wenn die Betroffenen denkt und fühlt,**

***„Ich möchte auch bestraft sein !“***

**Fazit: Auch hinter einer zunächst rein körperlich anmutenden Symptomatik kann sich eine psychische Erkrankung verbergen.**

**Nach der ergebnislosen organische Abklärung ist hier an die psychogene Ursache zu denken !**

## 7. Fall:

Frau Helga K., 54-jährige Frau, verheiratet, 5 Kinder, lebt in niederbayerischer Kleinstadt.

- **Frau K. wurde nach einem Suizidversuch mit Pulsadereröffnung in die psychiatrische Klinik Mainkofen eingewiesen.**
- **Sie war leicht agitiert, in ihrer Stimmungslage deutlich gedrückt, in ihrem Affekt war sie nur wenig schwingungsfähig.**
- **Ihre Psychomotorik war sichtlich reduziert, (Mimik und Gestik waren verarmt).**
- **Sie sprach leise, monoton, wirkte verzweifelt.**
- **Sie schämte sich bezüglich des Suizidversuches.**
- **Aus ihrer Vorgeschichte ergab sich eine langjährige Schmerzsymptomatik.**
- **Aufgrund dieser Schmerzsymptomatik, die wie gesagt bereits viele Jahre bestand, suchte sie ambulant einen Nervenarzt auf.**
- **Dieser begann dann eine Behandlung mit einem Neuroleptikum.**
- **Im Verlaufe dieser Behandlung trat die depressive Symptomatik auf und mit dieser kam es zum Suizidversuch .**
- **Nach Behandlungsbeginn des depressiven Syndroms mit einem Antidepressiva und nach dem Absetzen des Neuroleptikums trat eine deutliche Besserung des Beschwerdebildes auf.**

- In der Besserungsphase erfolgte die Aufarbeitung des Suizidversuches und die genaue Erhebung der Vorgeschichte.
- Nachdem die streng gläubige Katholikin ihre vier Kinder relativ kurz hintereinander bekommen hatte, kam es erneut zu einer Schwangerschaft.
- Sie zog daraufhin einen Schwangerschaftsabbruch in Erwägung.
- Ihr Ehemann, ebenfalls streng gläubig, übernahm dabei keine Verantwortung, sondern bezeichnete den Abbruch als „Ihre Sache“.
- Sie ließ den Abbruch durchführen.
- Einige Jahre später wurde sie erneut schwanger.
- Dieses (5.) Kind trug sie aus, kam jedoch von dem Gedanken nicht mehr los, das vorherige Kind getötet zu haben.
- Seither litt sie auch unter „Unterleibsschmerzen“.
- Sexualität sei für sie damit auch eher eine „Qual“ geworden.
- Nach dem Aufsuchen diverser Gynäkologen wurde einige Jahre später eine Hysterektomie durchgeführt.
- Die Unterleibsschmerzen verschwanden, es traten aber zeitgleich chronische lumbale Schmerzen auf.

Welche Auffälligkeiten und Verhaltensweisen lassen sich jetzt bei Frau K. beschreiben?

*Suizidversuch bei Depression mit Klinikeinweisung*

*„Unterleibsschmerzen“ nach Abtreibung bekommen*

*Nach Hysterektomie „Rückenschmerzen“ bekommen,*

*Habe keine sexuellen Handlungen mehr gewollt*

*Habe sich als „Mörderin“ gefühlt*

Welchen diagnostischen Verdacht haben Sie ?

*Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD 10: F45.4)*

Ursache ist ein schwerwiegender psychosozialer Konflikt, der als nicht auflösbar empfunden wird.

Die Symptomatik führt in der Regel dazu, eine beträchtliche persönliche Zuwendung zu erhalten.

Wird das vermeintlich betroffene Organ entfernt, so tritt in der Regel eine Organverschiebung auf.

## 8. Fall:

Frau Susanne M., 20-jährige Frau, verheiratet, keine Kinder, lebt in einer Stadt in NRW.

- **Frau M. wurde aufgrund einer chronisch-lumbalen Schmerzsymptomatik in die neurologische Klinik eingewiesen.**
- **Sie war dabei wenig klagsam, wirkte in ihrer Stimmungslage nur leicht gedrückt, in ihrer affektiven Schwingungsfähigkeit nur leicht eingeschränkt.**
- **In Ihrem Verhalten war die Betroffene bescheiden, nicht fordernd.**
- **Bei der körperlichen Untersuchung fanden sich keine neurologischen Ausfallszeichen.**
- **Die Rückenmuskulatur war weich, nicht verspannt, kein Nervendehnungsschmerz.**
- **Hinsichtlich ihres Gangbildes bestand keine Schonhaltung.**
- **Bei der Untersuchung permanente Angabe lumbaler Schmerzen.**
- **In ihrer Vorgeschichte fiel ein früher Tod ihrer Mutter auf, sie war damals 16 Jahre, ihre jüngere Schwester 13 Jahre alt.**
- **Ihr Vater tröste sich nach dem Tode der Mutter sehr rasch mit diversen Frauen, die er zu sexuellen Handlungen auch regelmäßig in die Wohnung der Familie brachte.**
- **Die Kinder hörten diese Handlungen im ehemaligen Elternschlafzimmer lautstark mit an.**
- **Nach den jeweiligen sexuellen Abenteuern prahlte der Vater vor seinen Töchtern auch noch damit.**
- **Sie selbst flüchtet sich durch eine frühe Heirat mit 18 Jahren aus dem Elternhaus.**
- **In Sorge um ihre jüngere Schwester zwang sie ihren Vater, damit einverstanden zu sein, dass diese zu ihr in das noch leere „Kinderzimmer“ ziehen durfte.**
- **Zu dieser Zeit begannen ihre Rückenschmerzen.**
- **Das Zimmer ihrer Schwester lag genau neben ihrem Schlafzimmer.**
- **Sie hatte ständig Sorge, dass ihre Schwester „Liebesgeräusche“ aus dem Schlafzimmer vernehmen könnte, wie sie es in ihrem Elternhaus vernehmen musste.**
- **Aufgrund ihrer starken Rückenbeschwerden „versiegte“ jedoch ihr Sexualleben.**
- **Ihr Konflikt schien gelöst.**

Welche Auffälligkeiten und Verhaltensweisen lassen sich jetzt bei Frau M. beschreiben?

*Chronische lumbale Schmerzsymptomatik*

*Keine neurologischen Ausfallserscheinungen*

*Früher Tod der Mutter, Sexuelle Abenteuer des Vaters*

*Frühe Heirat und Sorge um die Schwester*

*Angst, Schwester könnte ihr Sexualleben mitbekommen*

**Welchen diagnostischen Verdacht haben Sie ?**

*Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD 10: F45.4)*

**Ursache ist ein schwerwiegender psychosozialer Konflikt, der als nicht auflösbar empfunden wird.**

**Die Symptomatik führt in der Regel dazu, eine beträchtliche persönliche Zuwendung zu erhalten.**

**Die Symptomatik führt auch zu einer deutlichen Reduzierung des Konfliktes.**

#### **F4 Neurotische -, Belastungs-, und somatoforme Störungen**

**F40** phobische Störungen

**F41** andere Angststörungen

**F41.0** Panikstörung

**F41.1** generalisierte Angststörung

**F41.2** Angst und depressive Störung, gemischt

**F42** Zwangsstörung

**F43** Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen

**F43.0** akute Belastungsreaktion

**F43.1** posttraumatische Belastungsstörung

**F43.2** Anpassungsstörung

**F44** dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)

**F45** somatoforme Störungen

## **Psychosomatik:**

Die **psychosomatische Medizin** hat in der Psychiatrie erst in den letzten 50 Jahren eine besondere Stellung eingenommen.

Der Begriff der unmittelbar das **Leib - Seele Problem** berührt, beinhaltet die griechischen Wörter **Psyche** (Seele, Atem) und **Soma** (Körper).

In den amerikanischen Diagnosekriterien (DSM III) werden diese Störungen als „**psychische Faktoren mit Einfluss auf den körperlichen Zustand**“ bezeichnet.

Die neueste internationale Klassifizierung (ICD 10) trennt sie in zwei Gruppen auf. In die

### **somatoformen Störungen,**

das sind Beschwerden bei denen aber keine körperliche Störung nachweisbar sind und in

### **psychologischen Faktoren bei andernorts klassifizierten Erkrankungen,**

bei denen eine Organläsion vorliegt und meist unspezifische und langanhaltende psychische Störungen, wie Stress, Ärger, Sorgen, emotionale Konflikte, in der Ätiologie körperlicher Erkrankungen eine Rolle spielen.

## **Grundtypen somatoformer Störungen :**

### **Somatisierungsstörung**

Organsymptome stehen im Vordergrund der Symptomatik

### **somatoforme autonome Störung**

Beschwerden gehen mit einer erhöhten vegetativen Erregbarkeit einher

### **somatoforme Schmerzstörung**

Schmerzen stehen längere Zeit im Mittelpunkt des klinischen Bildes

## **Somatisierungsstörung:**

Typisch sind multiple, wiederholt auftretende und häufig wechselnde körperliche Symptome, die meist bereits seit einigen Jahren bestanden haben, bevor ein Psychiater aufgesucht wurde.

### **Gruppen:**

**Gastrointestinale Symptome**

**Kardiovaskuläre Symptome**

**Urogenitale Symptome**

**Haut- und Schmerzsymptome**

### **Lebenszeitprävalenz:**

**ca.: 5 % der Bevölkerung**

**Frauen sind häufiger betroffen**

### **Häufige Symptome:**

**Schmerzen (Bauch-, Brust-, Gelenk-); Übelkeit; Blähungen;**

**Atemnot; Blasenstörungen; Mastdarmstörungen;**

**Genitalfunktionsstörungen; Taubheitsgefühle**

## **Psychologische Faktoren bei andernorts klassifizierten Erkrankungen:**

Körperliche Erkrankungen werden ätiologisch von psychologischen Faktoren wie Stress, Ärger, Sorgen, emotionale Konflikte usw., die meist unspezifisch und langanhaltend sind, mitbestimmt.

### **Voraussetzungen:**

Organische Läsionen, bzw. physiologische Organveränderungen sind nachweisbar. Psychische Faktoren beeinflussen als Auslöser oder Verstärker den Verlauf der Erkrankung.

Psychische Faktoren stellen aber nur eine Teilursache der Krankheit dar.

### **Kriterien:**

- positiver Nachweis einer seelischen Fehlentwicklung.
- Fehlen einer schlüssigen somatischen Erklärung reicht nicht.
- Persönlichkeitsstörungen können zusätzlich vorhanden sein.
- Ist bei allen Arten von organischen Erkrankungen möglich.

**Häufige Krankheiten:** Acne vulgaris, Allergien, Asthma, Colitis, Hauterkrankungen, Migräne, Magengeschwüre, Warzen,

## **Neurosenlehre:**

Im Rahmen der **Neurosenlehre** wurde versucht die Ätiologie einer solchen Erkrankung zu ergründen.

Nach der von **S. Freud** begründeten Neurosenlehre liegen die Grundursachen der neurotischen Entwicklung in der frühen Kindheit.

Die frühe **Kindheitsentwicklung** wurde von ihm in drei Hauptphasen eingeteilt, die normal oder gestört verlaufen können.

### **① orale Phase**

Sie stellt die **früheste Entwicklungsphase** der Kindheit dar. Die Bedürfnisse und Wahrnehmungen des Säuglings sind in erster Linie auf Mund, Lippen und Zunge zentriert (Lebenszeitraum ca. 1. bis 18. Lebensmonat).

### **② anale Phase**

Dieses Stadium wird durch die Reifung der **neuromuskulären Kontrolle** über den Schließmuskel, insbesondere den Afterschließmuskel, in Gang gesetzt (Lebenszeitraum ca. vom 1. bis 3. Lebensjahr).

In der analen Phase stehen Streben nach Unabhängigkeit und Ablösung von der elterlichen Kontrolle im Vordergrund.

### **③ phallisch / ödipale Phase**

Die phallische Phase ist dadurch gekennzeichnet, dass sexuelle Interessen, Reize und Erregungen in der **Genitalregion im Mittelpunkt** stehen (Lebenszeitraum ca. 3. bis 6. Lebensjahr). In dieser Phase wird der Grundstock zur geschlechtlichen Identität gelegt.

#### ④ Latenzperiode

Dieses Stadium reicht von der Auflösung des Ödipuskomplexes bis zur Pubertät, hier sind sexuelle Triebe relativ ruhig und inaktiv.

In diesem Zeitraum entwickelt sich der **Ich-Apparat** und bildet sich das **Über-Ich** (Lebenszeitraum ca. 6. bis 13. Lebensjahr).

#### ⑤ genitale Phase

Die **physiologische Reifung** der genitalen Funktionsschemata sowie des dazugehörigen hormonellen Systems bringen eine Intensivierung der Triebe mit sich (Lebenszeitraum ca. 12. Lebensjahr bis zum frühen Erwachsenenalter).

Hauptziel dieser Phase ist es, sich endgültig von der Abhängigkeit der Eltern zu lösen und eine reife heterosexuelle Objektbeziehung herzustellen.

Der **psychische Apparat** des Menschen gliedert sich strukturell in drei Bereiche, das **ES**, das **ICH** und das **ÜBER-ICH**.

#### Das ES

stellt ein völlig ungeordnetes **primitives Energiereservoir** dar, das von den Trieben beherrscht wird. Bereits das Kind besitzt bei seiner Geburt ein „ES“ (das „ES“ ist **angeboren**), hat jedoch zunächst keinerlei Fähigkeit, diese **Triebe** zu kontrollieren, zu modifizieren oder aufzuschieben.

#### Das ICH

stellt ein zusammenhängendes Funktionssystem dar, das zwischen den Trieben und der Außenwelt vermittelt. Ein Neugeborenes besitzt aufgrund fehlender Außenweltkontakte noch kein Ich. Der Säugling kann deshalb noch nicht zwischen Außenwelt und dem eigenen Körper unterscheiden, es fehlt ihm die „ICH-Identität“.

Das „ICH“ gewinnt die **Herrschaft über die Triebansprüche** des „ES“, und entscheidet, ob Triebe zur Befriedigung zugelassen werden, auf später verschoben oder ganz unterdrückt werden.

Um die Triebforderungen des „ES“ mit der Realität der Außenwelt in Einklang zu bringen, verfügt das „ICH“ über eine Reihe von Abwehrmechanismen (Verleugnung, Projektion, Regression, Askese, Humor, Unterdrückung, usw...).

#### Das ÜBER-ICH

entwickelt sich nachdem der **Ödipuskomplex** gelöst ist als letzte strukturelle Komponente des psychischen Apparates. Es stellt die **moralisierende Instanz** dar und basiert auf unbewussten Verhaltensmustern, die in den frühen Entwicklungsphasen erlernt wurden. Bei Konflikten zwischen den „ICH“- und „ES“-Kräften nimmt das „ÜBER-ICH“ teil, indem es die „ICH-Forderungen“ in Form von **Gewissensbissen** oder **Schuldgefühlen** unterstützt.

„ES“, „ICH“ und „ÜBER-ICH“ stehen beim Menschen in einem strukturellen, sich gegenseitig beeinflussenden, **Zusammenhang**. Alle drei Strukturen werden zur Bildung eines reifen, fortpflanzungsfähigen Menschen benötigt.

Eine einseitige Überlegenheit eines Teils des psychischen Apparates führt unweigerlich zu unlösbaren Konflikten und damit zum Krankheitsbild von „neurotischen“ Störungen.

Störungen in der Kindheitsentwicklung führen aber nicht direkt und nicht zwangsläufig zu einer Neurose. Es müssen der Reihe nach folgende Faktoren vorhanden sein.

- » **genetische Disposition**
- » **Störung in der frühen Kindheitsentwicklung**
- » **stabilisierende Faktoren**
- » **auslösende Situation**
- » **chronifizierende Faktoren**

### **Dissoziative Störung:**

Die Fähigkeit **bewusster Kontrolle** über **Körperbewegungen**, **Sinnesorgane** oder **Geistestätigkeit** ist teilweise oder völlig verloren, wobei das Ausmaß der Störung meist von Tag zu Tag oder sogar von Stunde zu Stunde wechselt.

Diese Störungen wurden früher als **Hysterie** oder **Konversionsneurose** bezeichnet. Zu diesen Erkrankungen zählen auch reaktive Haftzustände, die häufig das Bild einer Pseudodemenz oder eines Ganser-Syndroms (=laienhafte Demonstration einer Geisteskrankheit) hervorbringen.

Meist werden **neurologische Symptome** geboten (pseudoneurologische Erkrankung). Organische Störungen sind dabei jedoch **nicht** nachweisbar, psychische Faktoren stellen die alleinige Ursache der Symptome dar.

### **Kriterien:**

- Zeitlicher Zusammenhang zwischen dem Beginn der Erkrankung und den seelischen Belastungen im Sinne einer Konfliktverarbeitung.
- Ausdruckscharakter der Symptome mit Symbolhaftigkeit.
- Körperliche Symptome führen zu einer psychischen Entlastung.

### **Diagnostische Einteilung:**

- dissoziative Amnesie**
- dissoziativer Stupor**
- dissoziative Bewegungsstörung**
- dissoziativer Krampfanfall**
- dissoziative Empfindungsstörung**
- dissoziative Identitätsstörung**
- Ganser Syndrom**

### **Klassische Symptome:**

- psychogene Lähmungen**
- Gangstörungen**
- Psychogene Sensibilitätsstörung**
- Globus hystericus**
- Schmerzzustände (z.B. Unterleib)**
- Scheinschwangerschaft**

## 9. Fall:

Frau Michaela M., geb. am 23.07.1981 in Regensburg, ledig, lebt in einer eigenen Wohnung in Deggendorf.

- **Zweite stationäre Aufnahme im BKH Mainkofen, weitere stationäre Aufenthalte im BKH Regensburg, sowohl in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, als auch in der Erwachsenenpsychiatrie bekannt.**
- **Jetzige stationäre Aufnahme erfolgte aufgrund einer psychischen Destabilisierung mit Selbstmordgedanken.**
- **Zwei Selbstmordversuche in der Vorgeschichte bekannt.**

Biographie:

- **Aufgewachsen mit Mutter und Vater bis zum zweiten Lebensjahr.**
- **Die Mutter ist anschließend allein erziehend bis zu ihrem 5. Lebensjahr.**
- **Ab ihrem 5. Lebensjahr gibt es einen neuen Partner der Mutter, zu dem sie schließlich ziehen.**
- **Geburt eines jüngeren Halbbruders im Alter von neun Jahren.**
- **Im Alter von 15 Jahren erster Aufenthalt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie wegen Drogenmissbrauch (diverse Drogen).**
- **Zwei weitere Aufenthalte in der Psychiatrie vor ihrem 18. Lebensjahr, ebenfalls wegen Drogen.**
- **Erlangung des Hauptschulabschlusses ohne Quali.**
- **Keine Lehre, Gelegenheitsjobs, meist arbeitslos.**
- **Mit 20 Jahren erster Aufenthalt in der Erwachsenen-psychiatrie in Regensburg nach SMV mit Tabletten.**
- **Aufgefallen sind bei diesem Aufenthalt diverse Schnitte (quer), welche meist vernarbt waren, nur einige waren frisch.**
- **Die Schnitte waren vorwiegend am linken Unterarm und an den Oberschenkel.**
- **Sie schneide sich, um ein Spannungsgefühl los zu werden.**
- **Zweiter Aufenthalt in der Erwachsenenpsychiatrie im BKH Mainkofen nach erneutem SMV mit Tabletten im Alter von 23 Jahren.**
- **Aufgefallen sind wieder diverse alte und frische Schnitte quer über Unterarme und Oberschenkel.**

- **Die Patientin drängt rasch nach Hause, möchte keine Rehabilitationsmaßnahmen.**
- **Suizidversuch sei aufgrund privater Konflikte erfolgt.**

Aktuell:

- **Dritter Aufenthalt in der Erwachsenenpsychiatrie, kein SMV vorausgehend.**
- **Aufgefallen sind wieder diverse alte und frische Schnitte quer über Unterarme und Oberschenkel.**
- **Die Patientin gibt eine psychische Dekompensation bei familiären Konflikten mit der Mutter an.**
- **Wegen eines Spannungsgefühles habe sie sich wieder geschnitten.**

Symptome:

- **Inneres Spannungsgefühl mit Schneidedruck.**
- **Nach dem Schneiden lässt die Spannung nach.**
- **Braucht das Gefühl des „Blutfließens“, nicht ein Schmerzgefühl.**
- **Fühlt sich innerlich leer und gefühllos.**
- **Beschreibt häufige Suizidgedanken.**
- **Hörte auch eine Stimme, die sie zum Suizid auffordert.**
- **Nimmt wieder vermehrt Alkohol und Benzos zu sich.**

**Welchen diagnostischen Verdacht haben Sie ?**

***Instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline Typ***

***(ICD 10: F60.31)***

Verlauf:

- **Im therapeutischen Gespräch vage Andeutungen über Übergriffe ihres Stiefvaters ab dem 9. Lebensjahr.**
- **Während des stationären Aufenthaltes kam es mehrfach zu Krisen mit „schneiden“.**

- **Schließlich wird eine wohnliche Rehabilitierung in einer therapeutischen Wohngemeinschaft angestrebt.**
- **Wegen schwerer Tolerierbarkeit des „schneidens“ in einer Wohngemeinschaft kommt es schließlich zum therapeutischen Einzelwohnen.**
- **Auf eine berufliche Rehabilitierung wird zunächst verzichtet.**
- **Vorrangig ist eine psychische Stabilisierung im neuen Wohnumfeld.**
- **Begleitet wird dies durch eine ambulante Psychotherapie.**
- **Während des stationären Aufenthaltes wird das Verhalten des Stiefvaters nicht bearbeitet.**

## **F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen**

### **F60** Persönlichkeitsstörungen

- F60.0** paranoide Persönlichkeitsstörung
- F60.1** schizoide Persönlichkeitsstörung
- F60.2** dissoziale Persönlichkeitsstörung
- F60.3** emotional instabile Persönlichkeitsstörung
  - F60.30** impulsiver Typus
  - F60.31** Borderline Typus
- F60.4** histrionische Persönlichkeitsstörung
- F60.5** anakastische Persönlichkeitsstörung
- F60.6** ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung
- F60.7** abhängige Persönlichkeitsstörung

**F62** Persönlichkeitsänderung nach Trauma oder nach psychischer Erkrankung

**F63** abnorme Gewohnheiten, Störungen der Impulskontrolle  
(z.B. Spielsucht, Pyromanie, Kleptomanie, Trichotillomanie, ...)

**F64** Störungen der Geschlechtsidentität  
(z.B. Transsexualismus, Transvestismus, ...)

**F65** Störungen der Sexualpräferenz  
(z.B. Fetischismus, Exhibitionismus, Voyeurismus, Pädophilie, SM, ...)

**F66** psychische Probleme in Verbindung mit der sexuellen Orientierung u. Entwicklung

### **Gemeinsame Merkmale einer Persönlichkeitsstörung:**

- ✓ Deutliche Unausgeglichenheit in den Einstellungen und im Verhalten in mehreren Funktionsbereichen wie Affektivität, Antrieb, Impulskontrolle, Wahrnehmung und Denken, sowie in den Beziehungen zu anderen.
- ✓ Das abnorme Verhalten ist andauernd und nicht auf Episoden psychischer Krankheiten begrenzt.
- ✓ Das abnorme Verhaltensmuster ist tiefgreifend und in vielen persönlichen und sozialen Situationen eindeutig unpassend.
- ✓ Die Störung beginnt immer in der Kindheit und Jugend und manifestiert sich auf Dauer im Erwachsenenleben.
- ✓ Die Störung führt zu deutlich subjektiven Leiden, manchmal erst im Verlauf.
- ✓ Die Störung ist meist mit deutlichen Einschränkungen der beruflichen und sozialen Leistungsfähigkeit verbunden.

### **Merkmale einer paranoiden Persönlichkeitsstörung:**

- ✓ Übertriebene Empfindlichkeit auf Zurückweisung und Zurücksetzung
- ✓ Langdauerndes Nachtragend bei Kränkungen oder Verletzungen
- ✓ Misstrauen und eine starke Neigung erlebtes zu verdrehen, indem neutrale oder freundliche Haltungen anderer als feindselig gedeutet werden.
- ✓ Streitsüchtiges und beharrliches, situationsunangemessenes Bestehen auf Rechten.
- ✓ Neigung zu pathologischer Eifersucht
- ✓ Tendenz zu überhöhtem Selbstwertgefühl in Verbindung mit Selbstbezogenheit.
- ✓ Inanspruchnahme durch Gedanken an Verschwörungen als Erklärung für Ereignisse in der Umgebung.
- ✓ Auch querulatorische - oder sensitive Persönlichkeitsstörung fällt darunter

### **Merkmale einer schizoiden Persönlichkeitsstörung:**

- ✓ Unvermögen zum Erleben von Freude (Anhedonie).
- ✓ Schwache Reaktion auf Lob oder Kritik.
- ✓ Emotionale Kühle, Absonderung oder flache Affektivität und Unvermögen, warme, zärtliche Gefühle anderen gegenüber oder auch Ärger zu zeigen.
- ✓ Wenig Interesse an sexuellen Erfahrungen mit einer anderen Person (unter Berücksichtigung des Alters).
- ✓ Übermäßige Vorliebe für Phantasie, einzelgängerisches Verhalten.
- ✓ Mangel an engen, vertrauensvollen Beziehungen.
- ✓ Deutlicher Mangel am Erkennen und Befolgen gesellschaftlicher Regeln, mit der Folge von exzentrischem Verhalten.

### **Merkmale einer dissozialen Persönlichkeitsstörung:**

- ✓ Dickfelliges Unbeteiligtsein gegenüber den Gefühlen anderer und Mangel an Empathie.
- ✓ Deutliche und andauernde Verantwortungslosigkeit und Missachtung sozialer Normen, Regeln und Verpflichtungen.
- ✓ Unvermögen zur Beibehaltung längerfristiger Beziehungen.
- ✓ Sehr geringe Frustrationstoleranz und niedrige Schwelle für aggressives, auch gewalttätiges Verhalten.
- ✓ Unfähigkeit zum Erleben von Schuldbewusstsein und zum Lernen aus Erfahrung, besonders aus Bestrafung.
- ✓ Neigung andere zu beschuldigen oder vordergründige Rationalisierungen für das eigene „negative“ Verhalten anzubieten..
- ✓ Andauernde Reizbarkeit.
- ✓ Auch asoziale - oder psychopathische Persönlichkeitsstörung genannt.

### **Merkmale einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung:**

- ✓ Deutliche Tendenz Impulse auszuagieren, ohne Berücksichtigung von Konsequenzen.
- ✓ Wechselnde, launenhafte Stimmung.
- ✓ Geringe Fähigkeit der Vorausplanung.
- ✓ Ausbrüche intensiven Ärgers zu gewalttätigem oder explosiven Verhaltens.
- ✓ Ausbrüche, wenn impulsive Handlungen von anderen kritisiert oder behindert werden.
- ✓ Zwei Erscheinungsformen dieser Persönlichkeitsstörung können beschrieben werden.
- ✓ Impulsiver Typ.
- ✓ Borderline Typ

### **Merkmale des impulsiven Typs:**

- ✓ Mangelnde Impulskontrolle.
- ✓ Emotionale Instabilität.
- ✓ Ausbrüche von gewalttätigem und bedrohlichem Verhalten.
- ✓ Besonders bei Kritik durch andere.
- ✓ Auch reizbare - oder aggressive Persönlichkeitsstörung

### **Merkmale des borderline Typs:**

- ✓ Kennzeichen der emotionalen Instabilität.
- ✓ Unklares eigenes Selbstbild.
- ✓ Unklarheit der eigenen Ziele, und Präferenzen.
- ✓ Neigung zu intensiven aber unbeständigen Beziehungen.
- ✓ Neigung zu Suiziddrohungen und Selbstbeschädigungen.

### **Merkmale einer histrionischen Persönlichkeitsstörung:**

- ✓ Dramatisierung bezüglich der eigenen Person, theatralisches Verhalten, übertriebener Ausdruck von Gefühlen.
- ✓ Suggestibilität, leichte Beeinflussbarkeit durch andere.
- ✓ Oberflächliche und labile Affektivität.
- ✓ Egozentrik, Selbstbezogenheit und fehlende Bezugnahme auf andere.
- ✓ Dauerndes Verlangen nach Anerkennung und erhöhte Kränkbarkeit.
- ✓ Verlangen nach aufregender Spannung und nach Aktivitäten, in denen die betreffende Person im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit steht.
- ✓ Andauernd manipulatives Verhalten zur Befriedigung eigener Bedürfnisse.
- ✓ Auch infantile - oder hysterische Persönlichkeitsstörung genannt.

### **Merkmale einer anakastischen Persönlichkeitsstörung:**

- ✓ Unentschlossenheit, Zweifel und übermäßige Vorsicht einer tiefen persönlichen Unsicherheit.
- ✓ Perfektionismus, Bedürfnis nach ständiger Kontrolle und peinlich genaue Sorgfalt, was zur Bedeutung der Aufgabe in keinem Verhältnis steht.
- ✓ Übermäßige Gewissenhaftigkeit, Skrupelhaftigkeit unter Vernachlässigung von Vergnügen und zwischenmenschlichen Beziehungen.
- ✓ Pedanterie mit eingeschränkter Fähigkeit zum Ausdruck warmer Gefühle.
- ✓ Rigidität und Eigensinn.
- ✓ Andrängen beharrlicher und unerwünschter Gedanken oder Impulse, die nicht die Schwere einer Zwangsstörung erreichen.
- ✓ Bedürfnis zu frühem, detailliertem und unveränderbarem Vorausplanen.
- ✓ Auch zwanghafte Persönlichkeitsstörung genannt.

### **Merkmale einer ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung:**

- ✓ Andauernde und umfassende Gefühle von Anspannung und Besorgtheit.
- ✓ Gewohnheitsmäßige Befangenheit und Gefühle von Unsicherheit und Minderwertigkeit.
- ✓ Andauernde Sehnsucht nach Zuneigung und Akzeptiert werden.
- ✓ Überempfindlichkeit gegenüber von Zurückweisung und Kritik.
- ✓ Weigerung zur Aufnahme von Beziehungen, solange nicht unkritisches Akzeptiert werden garantiert ist, sehr eingeschränkte persönliche Bindungen.
- ✓ Gewohnheitsmäßige Neigung zur Überbetonung potentieller Gefahren oder Risiken alltäglicher Situationen, bis hin zur Vermeidung dieser.
- ✓ Eingeschränkter Lebensstil wegen des Bedürfnisses nach Gewissheit und Sicherheit.

### **Merkmale einer abhängigen Persönlichkeitsstörung:**

- ✓ Überlassung der Verantwortung für wichtige Bereiche des eigenen Lebens an andere.
- ✓ Unterordnung eigener Bedürfnisse unter die anderer Personen, zu denen eine Abhängigkeit besteht, unverhältnismäßige Nachgiebigkeit.
- ✓ Mangelnde Bereitschaft zur Äußerung angemessener Ansprüche gegenüber Personen, zu denen eine Abhängigkeit besteht.
- ✓ Selbstwahrnehmung als hilflos, inkompetent und schwach.
- ✓ Häufige Ängste vor Verlassen werden und ständiges Bedürfnis, sich des Gegenteils zu versichern; beim Alleinsein sehr unbehagliche Gefühle.
- ✓ Erleben von innerer Zerstörtheit und Hilflosigkeit bei der Beendigung einer engen Beziehung.
- ✓ Bei Missgeschicken wird anderen die Verantwortung dafür zugeschoben.
- ✓ Auch asthenische – oder passive Persönlichkeitsstörung genannt.

### **Die Borderline Störung:**

#### **Anfänge:**

- 1884 wurde die Symptomatik erstmals beschrieben (Borderland von Hugues)
- Es entstanden später zwei Strömungen
  - Einteilung der Krankheit im Bereich der Psychopathien (Persönlichkeitsstörungen)
  - Einteilung der Krankheit im Bereich der Hysterie (Neurosen)

#### **Begriffsentwicklung:**

- 1927 Schilder:
  - Es besteht ein Grenzgebiet zwischen affektiven Psychosen und Neurosen.
- 1938 Stern:
  - Bericht über die psychoanalytische Diagnostik und Therapie der „border line group of neurosis“
- 1947 Schmieberg:
  - Die Mehrzahl meiner Patienten sind weder neurotisch, noch psychotisch, sondern sind Psychopathen oder Borderline-Fälle.

### **Moderne:**

- **1966 Chessik:**
  - Die Gruppe der Borderline Patienten besteht sowohl aus einem Teil mit neurotischen - und aus einem Teil mit psychotischen Symptomen.
- **1967 Kernberg:**
  - Beginnt vermehrt über Borderline-Störungen zu publizieren.
- **1975 Kernberg:**
  - Das Standardwerk über Borderline-Störungen und pathologischem Narzißmus erscheint.

### **Epidemiologie:**

- Häufigkeit liegt zwischen 1,5 und 1,8% (im Vergleich Schizophrenie = 1%)
- Etwa 20% sind bereits stationär behandelt worden (Gesamtbevölkerung = 0,9%)
- Frauen sind unter Borderline-Patienten überdurchschnittlich häufig (3:2)

Problemfeld	Borderline(%)	Durchschnitt(%)
Ehe	50	30
Arbeitsplatz	31	21
Alkohol	57	17
Drogen	48	22
Sexualität	30	4

### **Suizidrisiko:**

- Bis zu 10 % der Betroffenen versterben durch Suizid.
- Zwischen 75 % und 100 % der Borderline – Patienten begehen Suizidversuche.
- Die Suizidgruppe hat einen höheren Bildungsstand und weniger psychotische Symptome als die nicht-Suizidgruppe
- Frühere Suizidversuche sind der stärkste Vorhersagefaktor für ein erhöhtes Suizidrisiko.

### **Diagnosestellung:**

auf eine Borderline-Störung weisen hin:

- Selbstverstümmelnde Verhaltensweisen
- Suizidversuche
- Wiederkehrende Impulshandlungen
- Zwangssymptome
- Wahnbildung (besonders in Krisen)

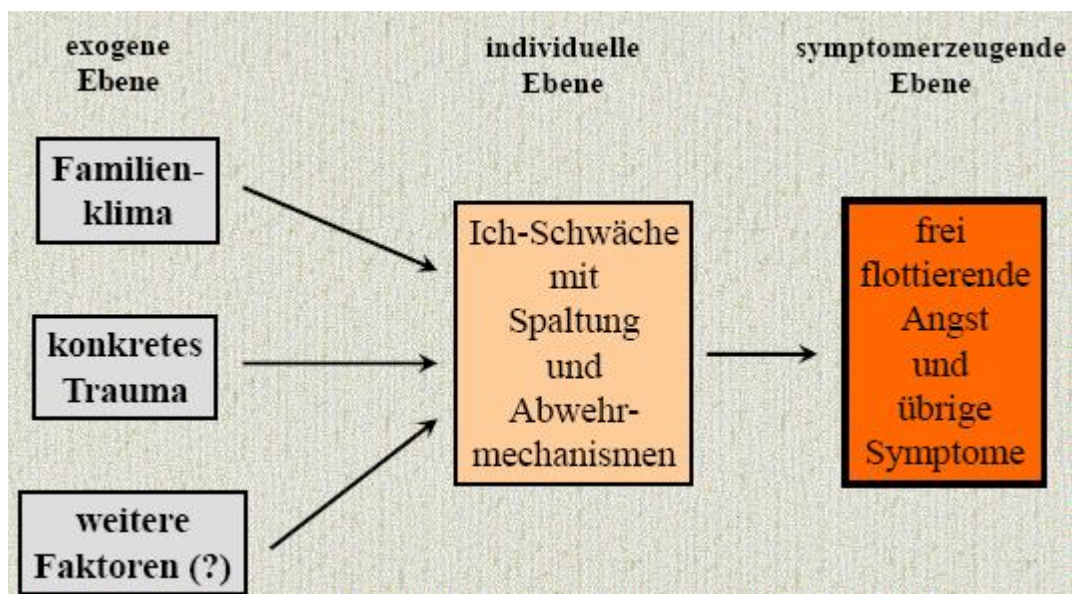
### ICD 10: Emotional instabile Persönlichkeit vom Borderline-Typ

- Persönlichkeitsstörung, mit einer Tendenz, die eigenen Impulse auszuagieren, ohne dabei die Konsequenzen zu bedenken.
- Die Stimmung wirkt wechselnd und von Launen geprägt.
- Es besteht eine mangelnde Fähigkeit zur Vorausschau und Vorausplanung.
- Es kommt zu intensiven Ärgerreaktionen, besonders, wenn impulsive Handlungen von Anderen kritisiert o. behindert werden.
- Das Selbstbild ist unklar und gestört, ebenso die Geschlechtsidentität.
- Objektbeziehungen sind intensiv u. unbeständig.
- Es kommt häufiger zu Suizidhandlungen und Selbstbeschädigungen.

### DSM IV: Borderline - Persönlichkeitsstörung

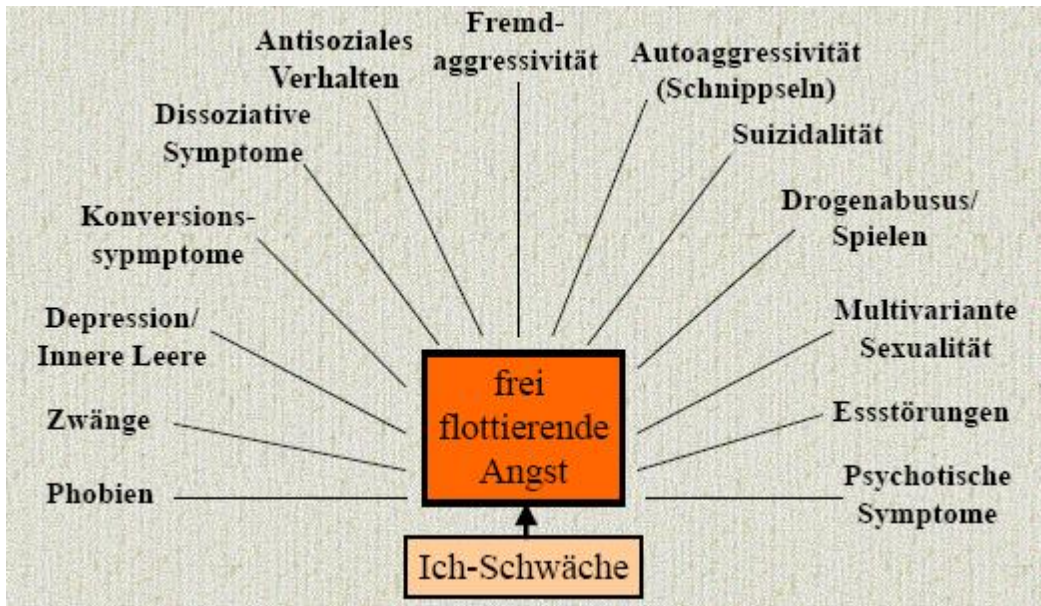
- Ständige Befürchtungen, verlassen zu werden und Kampf dagegen.
- Intensive, aber instabile Zwischenmenschliche Beziehungen, (zwischen Idealisierung und Entwertung).
- Störung des Selbstbildes und der -wahrnehmung.
- Impulsivität in mindestens zwei selbstschädigenden Bereichen (Geld, Sexualität, Sucht, Essen).
- Wiederholte suizidale Handlungen.
- Ausgeprägte reaktive affektive Instabilität von kurzer Dauer.
- Chronisches Gefühl der inneren Leere.
- Unangemessene, unkontrollierbare Wutausbrüche.
- Vorübergehende belastungsabhängige paranoide Vorstellungen od. schwere dissoziative Symptome.

### Borderline – Symptom-Entstehung:



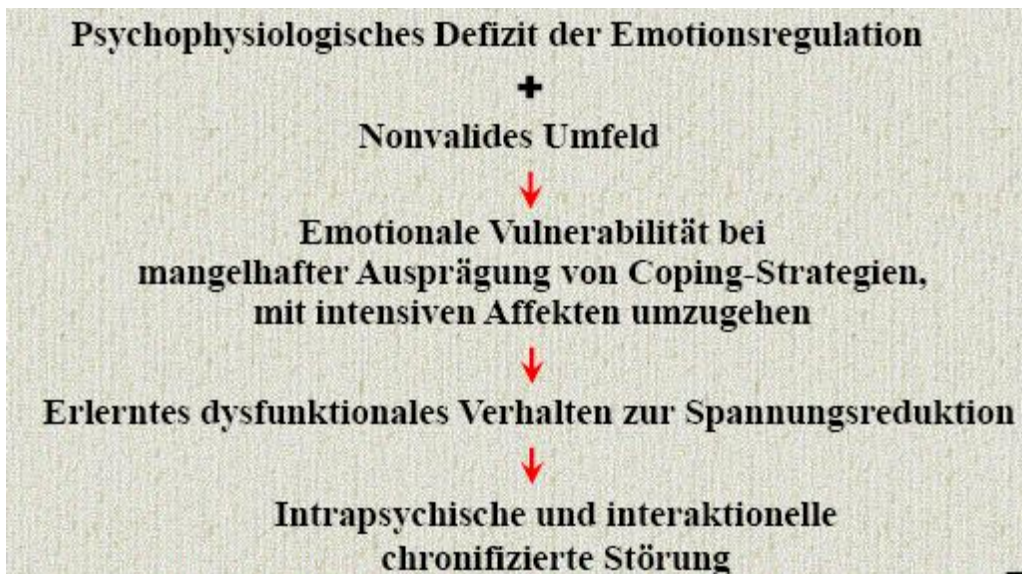
**Abb. 12** Borderline – Symptom Entstehung

**Borderline – Symptom-Erzeugung:**



**Abb. 13** Borderline – Symptom Erzeugung

**Borderline – Pathogenese (Linehan):**



**Abb. 14** Borderline – Pathogenese nach Linehan

## **Reaktionen – vor allem emotionaler Art – und Mitteilungen persönlicher Erfahrungen werden**

- nicht als stimmige Selbstbeschreibung akzeptiert
- nicht als adäquate Reaktion auf Ereignisse registriert
- nicht wahrgenommen, trivialisiert oder zurückgewiesen
- direkt kritisiert oder bestraft
- als sozial unakzeptabel charakterisiert (überreaktiv, paranoid, faul, naiv, ...)
- pathologisiert, wenn normal

## **Das Umfeld lehrt das Individuum nicht**

- die private Erfahrung inklusive Emotionen mit sozial akzeptierten normativen Erfahrungswerten zu vergleichen
- effektive Emotionsregulationsfähigkeit
- Vertrauen in die eigenen emotionalen und kognitiven Erfahrungen als adäquate Antwort auf Ereignisse zu entwickeln

Stattdessen lernt das Individuum, aktiv eigene Erfahrungen zu unterdrücken und Außenbestätigungen oder Außenwahrnehmungen zu übernehmen.

### **Hohe Sensitivität:**

- **Prompte Reaktionen**
- **Niedrige Reizschwelle für emotionale Reaktionen**

### **Hohe Reaktivität:**

- **Extreme Reaktionen**
- **Starke Erregungszustände beeinflussen kognitive Prozesse**

### **Langsame Rückkehr zum Ausgangsniveau:**

- **Langanhaltende Reaktionen**
- **Hohe Sensitivität für nachfolgenden emotionalen Stimulus**

## **Borderline Prägnanztypen:**

- ✓ auf hysterischem Niveau
- ✓ auf phobischem Niveau
- ✓ auf anakastischem Niveau
- ✓ auf depressivem Niveau
- ✓ auf ängstlichem Niveau
- ✓ auf narzistischem Niveau
- ✓ auf somatischem Niveau
- ✓ auf psychotischem Niveau

**auf hysterischem Niveau:**

- Multiple, ausdifferenzierte oder bizarre Konversionssymptome,
  - (körperliche Symptome, wie Globusgefühl, Kopfschmerz, Leibschmerzen, die eher wie gespielt aussehen)
- Dissoziative Reaktionen
  - (Dämmerzustände, Tagträume, bis zur multiplen Persönlichkeit)
- Dramatisierung
- Ausgeprägte Suggestibilität.

**auf phobischem Niveau:**

- Multiple Phobien mit schweren sozialen Beschränkungen
  - Phobien bzgl. des eigenen Körpers und der eigenen Person
- Ausrichtung der Angst darauf

**auf anakastischem Niveau:**

- Zwangssymptome von der Qualität einer überwertigen Idee
- Spannungsreduktion über Zwangshandlungen

**depressivem Niveau:**

- Depressiver Affekt mit ohnmächtiger Wut
- Gefühl der Hilflosigkeit im Anschluß an den Zusammenbruch eines idealisierten Selbstbildes
- Autoaggression
- Abhängigkeitswunsch
- Anhedonie

**auf ängstlichem Niveau:**

- Chronische, frei flottierende und diffuse Angst
- Abhängigkeits – Autonomie - Konflikt
- Phantasie extremer Hilflosigkeit

**auf narzistischem Niveau:**

- Innere Leere
- Episodischer Verlust der Impulskontrolle
  - (im Zusammenhang mit vermeindlichen oder tatsächlichen Kränkungen)
- Suizidalität
- Drogenabusus
- Antisoziales Verhalten

**auf somatischem Niveau:**

- Hauptsächlich Eßstörungen
  - (Konflikte und diffuse Ängste scheinen nicht mehr auf emotionaler Ebene zu existieren)

**auf psychotischem Niveau:**

- Psychotische Symptome
- Häufig optische und akustische (Pseudo)Halluzinationen
- Paranoide Symptome

## Therapeutischer Umgang:

### **Aufbau einer therapeutischen Beziehung:**

- Ziele, Rahmenbedingungen und Dauer der Therapie offen legen
- Konstanz des Therapeuten in seinen Reaktionen, Transparenz

### **Verbesserung der psychosozialen Kompetenzen:**

- Lernen von Abgrenzung, Nähe-Distanz zu regulieren usw.
- Verbesserung von Stresstoleranz und Emotionsregulierung

### **Strukturierung des psychosozialen Umfeldes:**

- Bearbeiten der oft häufigen psychosozialen Problemfelder
- z.B. Arbeitslosigkeit, Abhängigkeit, Misshandlungen durch Partner

## Konzepte:

### **Bearbeitung dysfunktionaler Verhaltensmuster:**

- Zwei unterschiedliche Behandlungskonzepte sind vorhanden
- Psychodynamisch orientierte Psychotherapie nach Kernberg
- Verhaltenstherapeutisch orientierte Therapie nach Linehan

### **Psychodynamische Psychotherapie (Kernberg):**

- Klare Vorgaben bezüglich Rahmenbedingungen, Behandlungsvertrag, Umgang mit Regelüberschreitungen.

### **Dialektisch-Behaviorale Therapie (Linehan):**

- Dynamische Hierarchisierung der jeweiligen Behandlungsziele in Abhängigkeit von den vorherrschenden Verhaltensmuster.
- Langfristig angelegte Verhaltenstherapie (2 Jahre).

## Therapeutische Konzepte nach Linehan:

### **Vorbereitungsphase:**

- Aufklärung über die Behandlung
- Zustimmung zu den Behandlungszielen
- Motivations- und Zielanalyse

### **Erste Therapiephase:**

- 1. Suizidales und parasuizidales Verhalten
- 2. Therapiegefährdendes Verhalten
- 3. Verhalten das die Lebensqualität beeinträchtigt
- 4. Verbesserung von Verhaltensfertigkeiten
  - a. Achtsamkeit
  - b. zwischenmenschliche Fähigkeiten
  - c. bewußter Umgang mit Gefühlen
  - d. Streßtoleranz
  - e. Selbstmanagement

### **Zweite Therapiephase:**

- Bearbeitung des posttraumatischen Stresssyndroms

**Dritte Therapiephase:**

- Steigerung der Selbstachtung,
- Entwickeln und Umsetzen individueller Ziele

**Therapiephasen und Hierarchie der jeweiligen Problembereiche**

**Bordeline Verhaltensmuster:**

**Emotionale Verletzbarkeit :**

- Umfassende Schwierigkeiten, negative Gefühle zu verarbeiten mit hoher
- Gefühlsintensität und nur langsamen Rückgang zur Ausgangsstimmung

**Selbstentwertung :**

- Eigene Gefühle, Gedanken, Verhaltensweisen werden entwertet;
- führt zu Scham und Selbsthass

**Ständige Krisen :**

- Häufige negative Ereignisse, verursacht durch dysfunktionale
- Lebensführung, inadäquates soziales Umfeld und Zufall

**Unterdrücktes Trauern :**

- Tendenz negative Gefühlsreaktionen wie Trauer, Wut zu unterdrücken

**Aktive Passivität :**

- Unfähigkeit eigene Lebensprobleme selbst zu lösen,
- mit aktiven Versuchen sie von anderen lösen zu lassen

**Scheinbare Kompetenz :**

- Häufige negative Ereignisse, verursacht durch dysfunktionale
- Lebensführung, inadäquates soziales Umfeld und Zufall

**Borderline: Drei Hauptstrategien:**

**Anspornstrategien :**

- Wir ermutigen und drücken aktiv Hoffnung aus
- Wir sind realistisch in unseren Erwartungen
- Wir schwächen Kritik von außen ab

**Verpflichtungsstrategien :**

- Wir lassen dem Betroffenen Wahlfreiheit und betonen die realistischen Folgen der Wahl
- Wir betonen die Verpflichtungen, die der Betroffene eingegangen ist
- Wir besprechen Pro und Contras jeder Verpflichtung, die der Betroffene eingeht

**Validierungsstrategien :**

- Wir helfen die Gefühle wahrzunehmen und zu benennen
- Wir nehmen die Gefühle des Betroffenen an
- Wir bringen auf wertfreie Art die Gefühle zum Ausdruck, die der Betroffene teilweise äußert

### **Notfallkoffer: Selbsthilfe:**

#### **Effektive Wege der Ablenkung :**

- **Achtsamkeit - Konzentration auf die 5 Sinne**
- **Beschäftige dich mit einem Hobby**

#### **Effektive Wege der Selbstbesänftigung :**

- **Kurzer Urlaub im Bett mit Zeitschrift und Schokolade**
- **Tue etwas schönes für eine andere Person**

#### **Stressreduzierende Phantasien :**

- **Der sichere Ort**
- **Der innere Tresor**

#### **Entspannende Übungen :**

- **Trainieren Sie Muskelentspannung**
- **Nehmen Sie ein heißes Bad mit Entspannungsmusik**

#### **Körperliche Aktivität/Fitness :**

- **Sorgen Sie für ausreichend Schlaf und eine ausgewogene Ernährung**
- **Versuchen Sie täglich 20 Minuten sportlich zu trainieren**

#### **Förderliche Selbst-Aussagen :**

- **Ich habe das Recht auf meine eigene Meinung**
- **Ich bin eine wichtiger Mensch in dieser Welt**

### **Checkliste Krise:**

#### **1. Schätze das Suizid-/Parasuizidrisiko ein :**

#### **2. Fokussiere das aktuelle Problem :**

- **Identifiziere Auslöser des aktuellen emotionalen Reaktion**
- **Formuliere das Problem und fasse es mit Betroffenen zusammen**

#### **3. Fokussiere die Problemlösung :**

- **Achte mehr auf den Affekt als den Inhalt**
- **Fokussiere die Affekttoleranz**
- **Erarbeite Hoffnung und Gründe zu leben**
- **Instruiere B sich nicht umzubringen**
- **Gib direkte Ratschläge und mache Lösungsvorschläge**
- **Verstärke und unterstütze hilfreiche Problemlöseansätze von B**

#### **4. Reduziere Situationsfaktoren mit hohem suizidalem Risiko :**

- **Reduziere die Verfügbarkeit tödlicher Waffen**
- **Verstärke die soziale Unterstützung, bleib in Kontakt mit B., nimm Kontakt zu Bs sozialem Netzwerk auf**
- **Verringere belastende Ereignisse mit aktiver Intervention, um Belastung zu verändern und bringe B aus Umgebung: stationäre Behandlung**

#### **5. Schätze das Suizid-/Parasuizidrisiko ein :**

## 10. Fall:

Frau Ramona L., geb. am 16.08.1968 in Cottbus, ledig, lebt mit ihrer Mutter und deren Partner in einer niederbayerischen Kleinstadt.

- **Ihre Geburt verlief normal, sie kam allerdings vier Wochen nach dem errechneten Zeitpunkt zur Welt.**
- **Sie erhielt wie üblich und in der ehemaligen DDR verpflichtend, als Säugling eine Dreifachimpfung (Diphtherie, Tetanus und Pertussis).**
- **Die ersten beiden Impfungen wurden am 09.09.1968 und am 15.10.1968 durchgeführt und ohne besondere Vorkommnisse vertragen.**
- **Nach der Dritten Dreifachimpfung am 12.11.1968 trat bereits einen Tag später ein zerebraler Krampfanfall auf (Infektkrampf nach Impfung).**
- **Diagnostiziert wurde ein zerebraler Infektkrampf nach Dreifachimpfung.**
- **Ein zweiter zerebraler Krampfanfall trat dann während eines fieberhaften Infektes im Januar 1969 auf.**
- **Im Rahmen eines ärztlichen Gutachtens im Jahre 1972 wurde ein zeitlicher Zusammenhang mit der durchgeführten Dreifachimpfung bestätigt.**
- **Der klinische Verlauf lasse an ein postenzephalitisches Geschehen denken.**
- **Es könne dabei jedoch nicht mit Sicherheit gesagt werden, ob dieses durch die Impfung ausgelöst wurde, oder ob es sich bei der Impfreaktion um eine Aufpfropfung auf eine bereits abgelaufene Enzephalitis handelte.**
- **Der Geschädigten wurde eine MDE von 80 % zuerkannt.**
- **Am 05.06.1972 schrieb die staatliche Versicherung der DDR, dass sie Kenntnis vom Versicherungsfall habe.**
- **Zu diesem Zeitpunkt fiel die Betroffene bereits durch eine deutliche Entwicklungsverzögerung auf.**
- **Sie sei vom normalen Kindergarten in einen Förderkindergarten übergewechselt.**
- **Die Entwicklungsverzögerung blieb, es kam nie zur Schulreife, so dass Ramona im Förderkindergarten verblieb.**
- **Ab dem 08. Lebensjahr trat eine Zunahme des Krampfleidens auf, etwa ein Anfall pro Woche.**
- **Vom 10.08. bis 26.08.1987 erfolgte im Universitäts-klinikum Hamburg Eppendorf eine eingehende Untersuchung und medikamentöse Einstellung des Krampfleidens.**

**Diagnostiziert wurden dort:**

- Ein **zerebrales Anfallsleiden** mit Absencen und Grand mal Anfällen.
- Eine **geistige Retardierung**.
- Mögliche **Hirnschädigung** durch eine angegebene Nabelschnurumschlingung des Halses bei der Geburt.
- Ein Verdacht auf eine genetisch bedingte Form der **Dysostosis cleidocranialis**.

**F7 Intelligenzminderung**

<b>F70</b>	<b>Leichte Intelligenzminderung</b>	<b>IQ = 50 –69</b>
	F70.0 mit keinen Verhaltensstörungen	
	F70.1 mit deutlichen Verhaltensstörungen	
<b>F71</b>	<b>Mittelschwere Intelligenzminderung</b>	<b>IQ = 35 - 49</b>
<b>F72</b>	<b>Schwere Intelligenzminderung</b>	<b>IQ = 20 - 34</b>
<b>F73</b>	<b>Schwerste Intelligenzminderung</b>	<b>IQ = unter 20</b>

**Die Intelligenzminderung:**

- Eine sich in der Entwicklung manifestierende, stehen gebliebene oder unvollständige Ausbildung der geistigen Fähigkeiten, mit besonderer Beeinträchtigung von Fertigkeiten, die zum Intelligenzniveau beitragen, wie
- Kognition, Sprache, motorische und soziale Fähigkeiten
- Alleine auftretend, oder zusammen mit anderen psychischen oder körperlichen Störungen.
- Prävalenz für psychische Störungen ist 3 – 4 mal höher als in der Allgemeinbevölkerung
- Risiko von körperlichen und sexuellem Mißbrauch liegt ebenfalls höher.
- In der Regel ist immer das Anpassungsverhalten beeinträchtigt.
- Intelligenz ist kein einheitliches Phänomen, sondern setzt sich aus vielen unterschiedlichen Fertigkeiten zusammen.
- In einzelnen Bereichen können große Unterschiede bestehen. IQ-Werte können dabei nur als grobe Richtwerte gesehen werden.
- So können in einem bestimmten Bereich schwere Beeinträchtigungen bestehen, in einem Anderen Bereich hingegen auch besondere Geschicklichkeiten festgestellt werden.
- Häufigkeit der geistigen Behinderung liegt zwischen 2% und 3%.
- Leichte geistige Behinderungen sind häufiger, schwere seltener (schwere (IQ < 50) liegen bei 0,3% –0,5%).

- **Das männliche Geschlecht ist häufiger betroffen als das weibliche (höhere biologische Vulnerabilität).**
- **Die unterdurchschnittliche Intelligenz (IQ = 70 – 84) manifestiert sich als Lernbehinderung**

#### **Die leichte Intelligenzminderung IQ = 50 - 69:**

- **Verzögerter Spracherwerb, normale Konversation möglich.**
- **Meist wird volle Unabhängigkeit in der Selbstversorgung erreicht (Essen, Waschen, Anziehen, Ausscheidung).**
- **Hauptschwierigkeiten in der Schulausbildung, mit Problemen beim Lesen und Schreiben.**
- **Profitieren am meisten von Unterstützung und Hilfen.**

#### **Die mittlere Intelligenzminderung IQ = 35 - 49:**

- **Verlangsamte und begrenzte Entwicklung von Sprachverständnis und Sprachgebrauch.**
- **Verzögerter Erwerb von Fähigkeiten in der Selbstversorgung, bis hin zur lebenslangen Beaufsichtigung.**
- **Lernen nur grundlegende Fähigkeiten des Schreibens, Lesens und Zählens.**
- **Sind in der Lage einfache praktische Tätigkeiten auszuüben.**

#### **Die schwere Intelligenzminderung IQ = 20 - 34:**

- **Sprache und Sprachverständnis deutlich beeinträchtigt.**
- **Kein Erwerb von Selbstversorgung möglich.**
- **Keine Fähigkeiten des Schreibens, Lesens oder Zählens.**
- **Tätigkeiten sind auch wegen häufiger motorischer Defizite kaum möglich.**

#### **Die schwerste Intelligenzminderung IQ = unter 20:**

- **Sprache und Sprachverständnis nicht vorhanden.**
- **Kein Erwerb von Selbstversorgung möglich.**
- **Keine Fähigkeiten des Schreibens, Lesens oder Zählens.**
- **Tätigkeiten sind auch wegen meist bestehender Immobilität nicht möglich.**

### **Dysostosis cleidocranialis:**

- **Hierbei handelt es sich um eine autosomal dominant vererbte Dysplasie einiger Knochen, insbesondere der Schlüsselbeine und Schädelknochen. Es besteht außerdem eine partielle oder komplette Aplasie mit Unterentwicklung assoziierter Muskelgruppen**
- **Charakteristisch sind auch Veränderungen im Bereich der Schlüsselbeine, insbesondere im Bereich der Schultergelenke. Auch Veränderungen im Bereich der Hüftgelenke kommen vor, so dass bei diesen Betroffenen eine erhöhte Arthroseneigung besteht**
- **Eine Störung der geistigen Entwicklung bei Dysostosis cleidocranialis kommt in der Regel nicht vor .**
- **Nach heutigem Wissensstand handelt es sich bei der Dysostosis cleidocranialis um eine autosomal dominant vererbte Erkrankung mit vollständiger Penetranz und stark variabler Expressivität**
- **Untersuchungen konnte man beobachten, dass die Eltern der betroffenen Probanden in der Regel gesund waren**
- **Die Erkrankung führt zu einer Störung der knöchernen Entwicklung .**
- **In der Literatur beschrieben sind verschiedene Krankheitsbilder oder Symptome, welche komorbid auftreten können. Darunter zählen auch Spontanfrakturen.**
- **Unter Spontanfrakturen versteht man das Auftreten von Knochenfrakturen bei Bagatelltraumata, welche gewöhnlich nicht zu einer Knochenfraktur führen**
- **Vereinzelt wurden auch Verhaltensstörungen und zerebrale Krampfanfälle begleitend festgestellt**

### **Zurück zu Ramona L:**

#### **Weiter wurde angemerkt:**

- **Ein beidseits positives Babinski-Zeichen weise im Zusammenhang mit dysplastischen Zeichen allerdings auf eine konnatale zerebrale Schädigung hin .**
- **Zerebrale Anfälle seien allerdings erst nach der Dreifachschutzimpfung bekannt geworden.**
- **Das zerebrale Anfallsleiden sei schwer einstellbar.**
- **Geburt eines jüngeren Halbbruders im Alter von neun Jahren.**
- **Im Jahre 1990 sei sie dann zusammen mit ihrer Mutter nach Westdeutschland umgezogen .**

- **Sie kam nach Straubing und besuche dort eine Behindertenwerkstätte .**
- **Aufgrund einer Verschlechterung der Symptomatik sei sie zuletzt aus dem Arbeitsbereich genommen und in den Förderbereich versetzt worden .**
- **Im Juli 1991 wurde die MdE-Bewertung für die geistige Behinderung mit 100 % angegeben.**
- **Der Punktwert für die Schwerstbeschädigten-Zulagestufe ergäbe eine Gesamtpunktzahl von 190 und damit die Zulagestufe III.**
- **In einer versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 01.08.1995 wurde angegeben, dass bei der Betroffenen zusätzlich die Pflegestufe II anerkannt werde.**
- **Aus einem Schreiben der Straubinger Werkstätten vom 18.11.1999 geht hervor, dass bei der Betroffenen seit August 1998 immer häufiger zerebrale Anfälle aufgetreten seien. Mit diesen Anfällen ging ein rapider körperlicher und geistiger Abbau einher .**
- **Sie benötige auch in lebenspraktischen Tätigkeiten, wie Toilettengang, Essen, Umziehen seit einigen Monaten ständige Unterstützung und Hilfestellungen.**

**Seit 1991 traten vermehrt Knochenfrakturen auf:**

- **Am 22.09.1991 erfolgte im Rahmen eines zerebralen Krampfanfalls eine Fraktur des 2. Halswirbelkörpers, die später operativ versorgt werden musste**
- **Am 18.05.1993 zog sich Frau L. nach einer Sturzverletzung ohne Krampfanfall eine Metacarpale V-Fraktur rechts zu.**
- **Am 08.06.2000 stieß sich die Betroffene mit dem linken Knie in der Werkstätte beim Aufstehen an und erlitt dabei eine Tibiakopffraktur links.**
- **Am 28.09.2000 stürzte die Betroffene im Rahmen eines Spaziergangs, geführt von einer Begleitperson, und zog sich dabei eine Unterschenkelfraktur links zu**
- **Im Rahmen einer Osteoporose-Abklärung wurde im Jahre 1998 internistischerseits eine ausgeprägte Osteoporose festgestellt. Eine genaue Ursache wurde nicht gefunden, differentialdiagnostisch wurde auch an eine frühe Menopause gedacht.**
- **In einem gynäkologischen Befundbericht des Jahres 1999 wurde diesbezüglich ein regelmäßiger Monatszyklus beschrieben. Keine Hinweise für eine früh einsetzende Menopause.**
- **Bei der Osteoporose handelt es sich um eine Stoffwechselerkrankung der Knochen, durch den Abbau von Knochenmasse verlieren sie an Stabilität.**
- **Knochen werden ständig neu auf-, um- und abgebaut. Bis zum 40. Lebensjahr überwiegen der Aufbau.**

- **Bei Frauen kommt Osteoporose häufig durch einen Östrogenmangel nach den Wechseljahren zustande. Gewöhnlich kommt es zu den ersten dadurch bedingten Knochenbrüchen ab dem 70. Lebensjahr.**
- **Verschiedene Mangelzustände und andere Risikofaktoren können die Osteoporose auch bereits bei jüngeren Menschen erzeugen .**
- **Barbituraten und von Phenhydan können Störungen des Knochenstoffwechsels verursachen und dadurch eine Osteomalazie herbeiführen.**
- **Beide Medikamente wurden der Betroffenen langjährig und in höherer Dosierung verabreicht**
- **Die Dysostosis cleidicranialis kommt trotz der vorkommenden Komorbidität mit Spontanfrakturen dafür nicht in Betracht.**
- **Da es sich bei dieser Erkrankung um eine Krankheit der verzögerten Knochenbildung handelt, müssten Spontanfrakturen deshalb von Anfang an, also auch in der Kindheit bereits vorkommen.**
- **Bei Frau L. traten diese aber erst im Zusammenhang mit der Osteoporose auf.**
- **Eine Zunahme der Hirnschädigung und damit der geistigen Behinderung ist bei häufigen und schweren generalisierten zerebralen Anfällen aufgrund der dabei immer wieder auftretenden Sauerstoffmangelsituation im Gehirn nicht selten.**
- **Bei Anfallspatienten mit vorausgehender Hirnschädigung tritt dieser zunehmende Abbau eher ein, da durch die vorausgegangene Schädigung bereits „Reserven“ verloren gegangen sind .**
- **Die häufiger auftretenden Frakturen nach Bagateltraumen stellen aus medizinischer Sicht eine Verschlechterung des anerkannte Versorgungsleiden dar.**
- **Durch die vermehrt aufgetretenen Anfälle ist Frau L. auch hirnorganisch stärker beeinträchtigt und hat sich damit in psychischer und physischer Hinsicht dauerhaft verschlechtert.**
- **Die Berechnung der Schwerbeschädigtenzulage ergibt sich aus der Punktzahl, die durch die Summe der Einzel-MdE, falls die über 45 v. H. liegen, ergeben. Für eine Einzel-MdE von weniger als 45 v. H., aber mindestens 25 v. H. halbiert sich dieser Wert.**
- **Die Betroffene hat unstrittig bezüglich ihrer geistigen Behinderung eine Einzel-MdE von 100 %.**
- **Auch hinsichtlich der Häufigkeit der Anfälle ist bei der Betroffenen keine wesentliche Mehrung eingetreten. Die bereits zugestandene Einzel-MdE für häufige zerebrale Anfälle liegt bei 90 %.**

- Die Gesundheitsstörungen Narbe am Hals und am Beckenkamm sowie die Beweglichkeitseinschränkung des Kopfes ergeben dabei jeweils für sich gesehen keine Einzel-MdE von 25 %, so dass diese in der Punktwertberechnung entfallen.
- Eine Osteoporose für sich alleine würde bei geistig und ansonsten körperlich gesunden Personen eine Einzel-MdE von etwa 30 % hervorrufen.
- Aufgrund ihrer medikamentös bedingten Gangataxie, ihrer geistigen Behinderung und ihrer häufigen zerebralen Anfälle ist eine erheblich höhere Gefährdung hinsichtlich Knochenbrüche durch die Osteoporose vorhanden, so dass sich eine Einzel-MdE von 50 v. H. ergibt.
- Dies würde einen Gesamt-Punktwert bezüglich der Schwerstbeschädigtenzulage von 240 Punkten ergeben, so dass die Stufe IV gewährt werden müsste .
- Bei der Pflegezulage hat sich bei der Betroffenen seit 1999 aufgrund der Leidensverschlechterungen eine Erhöhung der Stufe auf Stufe III ergeben. Hier gilt insbesondere, dass bei Beschädigten mit schweren geistigen Störungen, die der ständiger Aufsicht bedürfen, die Voraussetzungen für eine Pflegezulage mindestens nach Stufe III gegeben sind .

**Welche Diagnosen liegen nun vor ?**

*Mittelschwere Intelligenzminderung (ICD 10: F71)*

*Zerebrale Krampfanfälle*

*Dysostosis cleidocranialis (V.a.)*

*Osteoporose (medikamentös bedingt)*

*Gangataxie (medikamentös bedingt)*

**Tätigkeiten der Sozialpädagog(inn)en:**

- Die Aufgaben der einzelnen Berufsgruppen, die an der Therapie und Pflege psychisch Kranker beteiligt sind, werden in einer „Personalverordnung“ aus dem Jahre 1988 geregelt (Rechtsverordnung).
- In dieser so genannten PsychPV werden die Patienten je nach Krankheitsbild und Alter in 4 Hauptgruppen eingeteilt.

- Je nach Schwere der Erkrankung und dem Stande der Behandlung wird jede Hauptgruppe in 6 Untergruppen gegliedert.
- Für jede dieser Untergruppen wurden täglich notwendige Minutenwerte in der Behandlung und Pflege für jeden Patienten bei allen Berufsgruppen ermittelt.
- Die Summe dieser Minutenwerte im Monat bei allen Patienten ergibt dann den Bedarf an Stellen.
- Die Einteilung der anwesenden Patienten in eine Gruppe erfolgt einmal im Vierteljahr zu einem definierten Datum und wird prozentual auf ein ganzes Jahr nach Mittelung hochgerechnet.

#### **Sozialpädagogische Grundversorgung:**

- Mitwirkung bei Anamnese und Befunderhebung. (Sozialanamnese und psychosoziale Diagnostik)
- Mitwirkung bei der Therapieplanung.
- Klärung der Ansprüche gegenüber Leistungsträgern.
- Hilfen zur finanziellen Sicherung des Lebensunterhaltes

#### **Einzelbezogene sozialpädagogische Behandlung:**

- Sozialtherapeutisches Kompetenztraining.
- Hilfe zur Wiedereingliederung im Wohnbereich. (einschließlich Haus- und Nachbarschaftsbesuche)
- Hilfe zur Wiedereingliederung im Arbeitsbereich. (einschließlich der notwendigen Außenaktivitäten)
- Familienberatung und Mitwirkung an Familientherapien.

#### **Gruppenbezogene sozialpädagogische Behandlung:**

- Sozialpädagogische, sozialtherapeutische Gruppen. (lebenspraktische Gruppen zur Erweiterung und Festigung der Kompetenzen, Aktivitätsgruppen)
- Teilnahme an Stationsversammlungen.
- Mitwirkung an Angehörigengruppen.

**Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten:**

- Teilnahme an Therapiekonferenzen und Konzeptbesprechungen im Team.
- Zusammenarbeit mit Diensten außerhalb des Krankenhauses.
- Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen und Supervisionen.

**Minutenwerte der einzelnen Tätigkeitsgruppen:**

Gruppe:	A1	S1	G1	A2	S2	G2	A3	S3	G3	A6	S6	G6
Grundversorgung:	12	29	17	15	47	12	8	30	9	8	15	10
Einzelbehandlung:	30	37	28	28	50	18	30	70	35	28	43	26
Gruppentherapie:	14	19	10	13	25	8	23	40	17	18	28	18
Mittelbare Tätigkeit	20	24	20	18	31	13	18	35	18	13	15	14
Pro Pat./Woche:	76	109	75	74	153	51	79	175	79	67	101	68

Tab. 1: Minutenwerte für Sozialpädagog(inn)en nach PsychPV

**Psychiatrie - Personalverordnung**

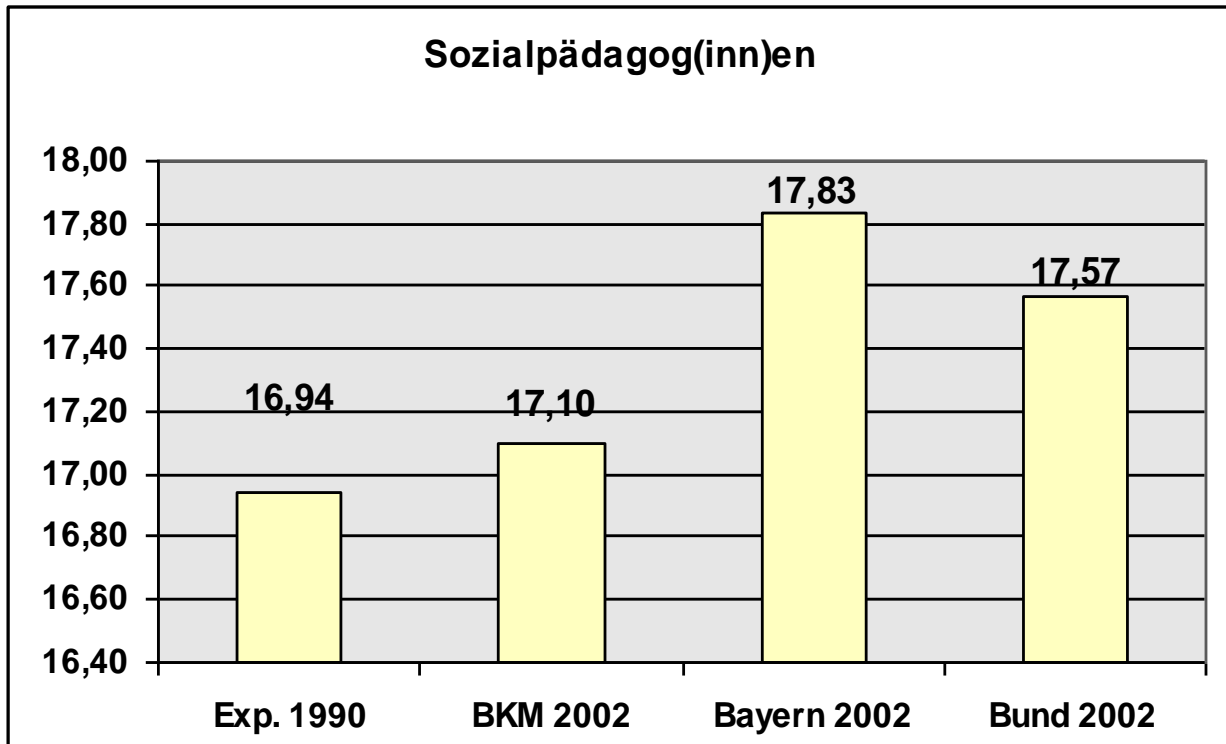
- 4 Stichtagserhebungen im Jahr
  - Jeweils im 1. Quartalsmonat
  - am 3. Mittwoch um 0.00 Uhr anwesende Patienten
- Einteilung der Patienten in 3 Behandlungsgruppen
  - Gruppe A = Allgemeinpsychiatrie
  - Gruppe S = Suchterkrankungen
  - Gruppe G = Gerontopsychiatrie
- Unterteilungen der Gruppen in Behandlungsgrade
  - Einteilung in Grad 1 bis Grad 6

- **Wer gehört in welche Gruppe ?**
  - Die Einteilung erfolgt nach dem Krankheitsbild
  - Entscheidend ist die derzeitige Hauptdiagnose
  - Das Alter spielt in der Gruppe A und S keine Rolle
  - In die Gruppe G gehören die typischen Altersdiagnosen
  - In die Gruppe G gehören Patienten der Gruppen A und S nur, wenn typische Altersprobleme bestehen
    - (in der Regel nicht vor dem 65. Lebensjahr)
  
- **Wie wird der Personalbedarf berechnet ?**
  - Aus der tatsächlichen Belegung des laufenden Jahres wird die Belegung des Verhandlungsjahres geschätzt.
  - Die prozentuale Verteilung der Gruppen und Grade in den vier Stichtagserhebungen werden gemittelt und auf die geschätzte Belegung angewandt.
  - Besonderheiten durch zu erwartende Veränderungen sind zu berücksichtigen.
  - Zusätzlicher Bedarf (Bereitschaftsdienste, Nachtdienste, Konsildienste etc.) sind gesondert zu verhandeln.
  
- **Grade Behandlungsart**
  - 1 = Regelbehandlung
  - 2 = Intensivbehandlung
  - 3 = Rehabilitative Behandlung
  - 4 = Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker
  - 5 = Psychotherapeutische Behandlung
  - 6 = Teilstationäre Behandlung

	Exp. 1990	BKM 2002	Bayern 2002	Bund 2002
Ärzte	42,44	49,43	51,45	51,42
Psychologen	12,94	10,51	9,25	9,53
Sozialpädagogen	16,94	17,10	17,83	17,57
Pflegekräfte	231,56	241,72	249,85	244,94
Ergotherapeuten	27,72	25,08	25,54	25,71
Physiotherapeuten	7,55	7,47	7,21	7,15
<b>Gesamt</b>	<b>339,15</b>	<b>351,31</b>	<b>361,13</b>	<b>356,32</b>

Tab. 2: Bedarfsberechnung an medizinischem Personal nach PsychPV

**Bedarf an Sozialpädagog(inn)en in der Psychiatrie:**



Tab. 3: Bedarfsberechnung an Sozialpädagog(inn)en nach PsychPV

**Kriseninterventionsstation für geistig Behinderte:**



Abb. 15 Kriseninterventionsstation für geistig Behinderte

## Die Station D2



**Abb. 16** Kriseninterventionsstation D2

**Die Station D2 ist die einzige Kriseninterventionsstation für geistig Behinderte im Bezirk Niederbayern.**

**Sie hat eine Größe von 16 Betten.**

**Behandelt werden psychische Störungen bei geistig Behinderten ( ab dem 14. Lebensjahr)**

**Die Aufnahme erfolgt unabhängig vom Schweregrad der Behinderung.**

**Wie die Erfahrung zeigt, kommen meist Menschen mit leichter bis mittelschwerer Intelligenzminderung zur Aufnahme.**

**Diese reagieren in Belastungssituationen besonders empfindlich.**

**Die als Einweisungsgrund angegebenen Verhaltensstörungen sind dabei oft Ausdruck einer eigenständiger psychiatrischer Grunderkrankung.**

**Depressive Störungen und Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis treten besonders häufig auf.**

**Eine klare diagnostische Zuordnung ist aber oft nur nach eingehender Verhaltensbeobachtung und Analyse von Auslösesituationen möglich.**

**Die Behandlung erfolgt durch eine gezielte Psychopharmakotherapie, einer auf die individuelle Umgebungssituation ausgerichteten verhaltenstherapeutischen Strategie,**

**begleitet von körperbezogenen Verfahren wie basaler Stimulation und Snoezelentherapie.**

**Um die Patienten nicht von Ihren gewohnten Bezugspersonen zu entfremden, wird der Aufenthalt auf das unbedingt notwendige Maß beschränkt.**

### **Der Aufnahmemodus:**

- **Sofort bei Notfällen**
- **Nach telefonischer Vereinbarung**
- **Wochentags während der allgemeinen Dienststunden direkt auf der Station D2**
- **An Wochenenden, an Feiertagen und nach 16.30 Uhr auf den Aufnahmestationen**

### **Aufnahmekriterien:**

- **geistige Behinderung - und eine**
- **psychiatrische oder neurologische Krise**
- **behandlungsbedürftige Verhaltens- oder Persönlichkeitsstörung**
- **im Alter ab 14 Jahren**

### **Behandlungsziel:**

- **Abbau von Verhaltensstörungen**
- **Adäquate Psychopharmakotherapie psychiatrischer Begleiterkrankungen**
- **Behandlung neurologischer Begleiterkrankungen**
- **Förderung zur weiteren Selbständigkeit und Lebensbewältigung**
- **Soziale Wiedereingliederung**
- **Zusammenarbeit mit Heimen, Werkstätten, Angehörigen, Betreuern und Lehrkräften**

### **Therapeutisches Angebot der Station:**

- **Verhaltenstherapie**
- **Kognitives Training**
- **Beschäftigungs- und Bewegungstherapie**
- **Soziotherapeutische Maßnahmen**
- **Bezugspflege**
- **Stationsaktivitäten**
- **Snorzelen-Raum**
- **Schule für Kranke**

## **SNOEZELN**

Niets moet, alles mag“ -

Nichts müssen, alles dürfen

-Eine neue Art der Entspannung-

### **Was heißt Snoezelen ?**

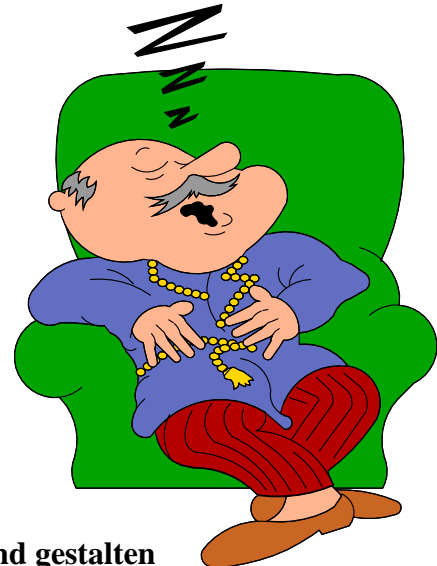
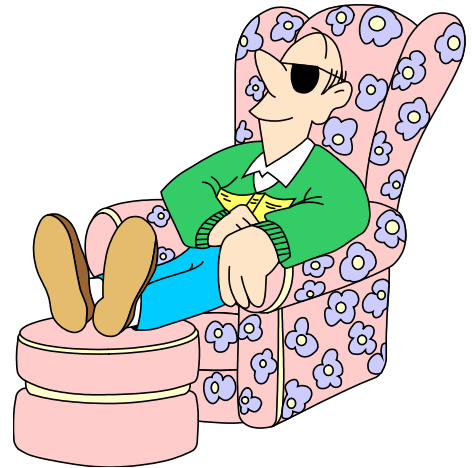
**Snoezelen** ist eine Wortkombination aus:

- „snuffelen“ = schnüffeln, schnuppern
- „doezelen“ = dösen, schlummern
- „to snooze“ = dösen

**Snoezelen** ist eine Freizeitaktivität,  
in der alle Sinne angesprochen werden,  
mit dem Ziel der Entspannung und Erholung

### **Grundprinzipien des Snoezelen:**

- Richtige Atmosphäre schaffen
- Genügend Freiraum und Zeit geben
- Reize durch Patienten selbst auswählen lassen
- Richtige Zeitspanne
- Wiederholung /Regelmäßigkeit
- Ausgewähltes und geplantes Reizangebot
- Materialien und Umgebung einladend und anregend gestalten
- Freiwilligkeit der Nutzung zur Entspannung oder Therapie



### **Wahrnehmungsbereiche der Snoezelentherapie**

- Somatisch (Bewegung,Druck,Schmerz)
- Vestibuläre (Motorische Steuerung des Gleichgewichts)
- Vibratorische (Schwingungen)
- Auditiv (Töne, Geräusche, Klänge)
- Orale (Geschmack)
- Taktile-Haptische (Tasten, Greifen)
- Visuelle (Sehen)

### Ziele der Snoezeltherapie

- Erhöhung der Ausdauer und Aktivität
- Förderung der Spontanität
- Verbesserung der Koordinationsfähigkeit, der Selbständigkeit und der Entscheidungsfähigkeit
- eine größere Frustrationstoleranz wird angestrebt
- die Fähigkeit zur Entspannung wird geübt
- Umsetzung stereotyper Bewegungen in sinnvollere
- Förderung der Bereitschaft zur Kontaktaufnahme sowohl zu anderen Patienten als auch zu Betreuern

### Der Snoezelen-Raum



**Abb. 17** Der Snoezelen-Raum auf D2

### **Im Lichteffekt**



**Abb. 18** Der Snoezelen-Raum auf D2

## Staatliche Schule für Kranke

### Berufsgruppen:

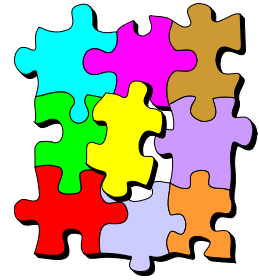
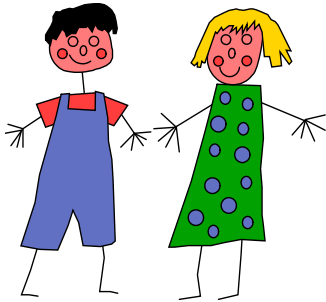
Schulleiter der Schulen für Kranke

Heilpädagogische Förderlehrerin

Staatlich anerkannte Kinderpflegerin

### Im Lehrplan fundierte Unterrichtsfächer:

- Soziale Beziehungen
- Wahrnehmung
- Motorik
- Werken
- Ästhetische Erziehung
- Sport
- Selbständigkeit
- Kulturtechnik
- Musik
- Textilarbeit
- Hauswirtschaft
- Elternarbeit



**Abb. 19** Das Klassenzimmer der Schule für psychisch Kranke auf D2

### **Ambulante Nachbetreuung**

**Eine ambulante Nachbetreuung durch die Mitarbeiter der Station D2 ist möglich und wird seit Juli 2003 durchgeführt.**

