

## 8. Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen (F5):

### 8.1. Anorexia nervosa (Magersucht) (F50.0):

Die Anorexia nervosa ist durch einen absichtlich selbst herbeigeführten oder aufrechterhaltenen **Gewichtsverlust** charakterisiert. Betroffen sind vor allem heranwachsende Mädchen und junge Frauen, selten heranwachsende Jungen, junge Männer und ältere Frauen.

#### Kriterien:

Tatsächliches Körpergewicht mindestens **15%** unter dem erwarteten Gewicht.  
Der **Quetelets-Index** ist höchstens 17,5 (z.B. 170 cm groß und weniger als 50,6 kg).  
Gewichtsverlust wurde **selbst** herbeigeführt (Diät, Erbrechen, Abführen, Appetitzügler, ..).  
**Körperschemastörung** (sieht sich immer zu dick, Angst, an Gewicht zuzunehmen).  
**Endokrine Störung** der Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse mit Amenorrhoe.

**Quetelets-Index:**  $\text{Körpergewicht [kg]} / (\text{Körpergröße [m]})^2$

#### Epidemiologie:

Häufigkeit 0,2 bis 1,0 % der Bevölkerung, Risikogruppen sind Balletttänzerinnen und Mannequins. Vorkommen hauptsächlich in westlichen Kulturen.  
Schon im Mittelalter beschrieben, Inzidenz erhöht sich alle 5 Jahre um 30 %.  
Geschlechtsverteilung Mädchen : Jungen = 10:1.

#### Auf eine Anorexia nervosa weisen hin:

Überwertigkeit des Essens und Angst dick zu werden  
Umstellung auf besonders „gesunde“ Kost  
Versorgung Anderer mit selbstzubereiteter Nahrung bei eigener Nahrungsverweigerung  
Deutlicher Gewichtsverlust, Laxantienabusus, Amenorrhoe, Depressionen, Schlafstörungen  
Heißhungerattacken mit nachfolgendem Erbrechen  
Übermäßige körperliche (sportliche) Betätigung  
Schulleistungen liegen meist im oberen Drittel

#### Ursache:

Man nimmt an, dass die Störung durch eine Interaktion **soziokultureller** und **biologischer** Faktoren, sowie unspezifischer **psychologischer** Mechanismen und die **Vulnerabilität** der Persönlichkeit eine Rolle spielen.

### 8.2. Bulimia nervosa (Magersucht) (F50.0):

Die Bulimia nervosa ist durch „Fressanfälle“ mit häufigen nachfolgenden absichtlichen, selbst herbeigeführten **Erbrechen** charakterisiert. Betroffen ist vor die weibliche Bevölkerung.

#### Epidemiologie:

Häufigkeit etwa 1,0 % der Bevölkerung, typischer Beginn nach der Pubertät, Fressanfälle sind in der weiblichen Bevölkerung stark verbreitet..  
Erste wissenschaftliche Beschreibungen der Störung liegen seit dem 19. Jahrhundert vor.  
Geschlechtsverteilung Mädchen : Jungen = 20:1.

**Auf eine Bulimia nervosa weisen hin:**

Überwertigkeit des Essens und Angst dick zu werden  
Essverhalten ist jedoch nicht restriktiv  
Gewichtsregulationsversuche durch Erbrechen  
Etwa 3 bis 5 „Fressanfälle“ pro Woche, bei denen große Kalorienmengen zu sich genommen werden  
Heimlichkeit der Vorbereitung und Durchführung  
Scham und Selbstvorwürfe nach einem „Fressanfall“  
Unauffälliges Essverhalten in der Gruppe.

**9.        Persönlichkeitsstörung (F60) :**

**Merkmale:**

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 deutlichem subjektiven Leiden, manchmal erst im Verlauf.

Die Störung ist meist mit deutlichen Einschränkungen der beruflichen und sozialen Leistungsfähigkeit verbunden.

**9.1.    Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (F60.3) :**

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.

emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typ.

emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline Typ

**Borderline Typus (F60.31):**

**Kennzeichen der emotionalen Instabilität.**

**Unklares eigenes Selbstbild.**

**Unklarheit der eigenen Ziele, und Präferenzen.**

**Neigung zu intensiven aber unbeständigen Beziehungen.**

**Neigung zu Suiziddrohungen und Selbstbeschädigungen.**

**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) .**

**Diagnosestellung:**

**Nach ICD:**

**Selbstverstümmelnde Verhaltensweisen**

**Suizidversuche**

**Wiederkehrende Impulshandlungen**

**Zwangssymptome**

**Wahnbildung (besonders in Krisen)**

**Nach DSM:**

**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.**

## 10. Therapeutische Möglichkeiten und Konzepte in der Psychiatrie:

### 10.1. Medikamentöse Therapie:

Sie ist ein Hauptpfeiler der Therapie von endogenen Psychosen, organischen Psychosyndromen, Alkohol- und Drogenentgiftung.

Unterstützend wird sie je nach psychiatrischer Richtung auch bei Neurosen und abnormen Entwicklungen angewandt.

Die medikamentöse Therapie bei einer akuten Schizophrenie besteht z.B. darin, bestimmte Dopaminrezeptoren im Frontalhirn zu blockieren (D2 , D3) und damit das in der Psychose vorhandene Überangebot an Dopamin nicht zur Wirkung kommen zu lassen.

Der Nachteil besteht darin, dass auch andere Systeme mit dem Überträgerstoff Dopamin arbeiten und durch die Blockade in Mitleidenschaft gezogen werden (EPS).

Beispiele von dopaminergen Systemen:

<u>Systemzustand</u>	<u>nigrostriatal</u>	<u>mesolimbisch mesokortikal</u>	<u>Hypophyse</u>
Normale Funktion	Überwachung der Motorik	Regulierung der affektiven Funktionen, Gedächtnis, ..	Regulation des Prolaktinspiegels
Überfunktion	Spätdyskinesien	Auslösung von Psychosen	Prolaktin senkend
Unterfunktion	Parkinsonismus	Antipsychotische Wirkung	Prolaktin steigernd

Auch in der antidepressiven Therapie wird in den Neurotransmitterhaushalt eingegriffen, hier ist es das serotonerge - und noradrenerge Transmittersystem.

### Psychopharmaka werden folgendermaßen eingeteilt:

#### ➤ Neuroleptika:

**hochpotente** z.B. Haloperidol, Fluanxol, sind mehr antidopaminerg und gut wirksam bei akuten Psychosen.

**niederpotente** sind mehr antinoradrenerg, wirken mehr sedierend und beruhigend und damit gut gegen Unruhe und Aggressionen.  
(Siehe in Kapitel Schizophrenie Seite 44)

#### ➤ Antidepressiva:

Vergrößern das Angebot an **Noradrenalin** oder **Serotonin** an der Synapse (können latente Psychosen auslösen).

#### ➤ Tranquilizer:

Volkstümlich als **Beruhigungsmittel** bekannt, z.B. Valium oder Tavor, etc., wirken sedierend und abschirmend, können aber auch zu "paradoxen" Reaktionen (Erregungszuständen) führen.

Sie wirken zentralnervös an eigenen Rezeptoren.

➤ **Lithiumsalze:**

Zur Behandlung von manischen Zustandsbildern, insbesondere zur **Phasenprophylaxe** bei Zykllothymien, wirkt auch gut bei anderen affektiven Psychosen, auch eine gute **antiaggressive Wirkung**, besonders bei periodisch auftretenden Angst Aggressionsimpulsen.

➤ **Antikonvulsiva:**

Stoffe wie Carbamazepin, Valproinsäure usw. werden ebenfalls zur **Phasenprophylaxe** bei Zykllothymien und affektiven Psychosen. Hauptsächlich werden diese Medikamente zur **antikonvulsiven Therapie** verwendet (Arznei gegen zerebrale Krampfanfälle).

## 10.2. Psychotherapie:

Sie wird hauptsächlich bei der Therapie von **Neurosen, abnormen Entwicklungen, abnormen Persönlichkeiten** und **abnormen Erlebnisreaktionen** angewandt.

Aber auch bei vielen endogenen Psychosen sind psychotherapeutische Verfahren nach dem abklingen der akuten Symptomatik zur Wiedereingliederung, **Stützung** und **Vorbeugung** anzuwenden.

Das Spektrum der Psychotherapie ist weitgestreut, wichtige Pole stellen die **verhaltenstherapeutischen** und die **psychoanalytischen** Verfahren dar.

➤ **Verhaltenstherapie:**

Unter der Anwendung **lerntheoretischer**, tierexperimentell gefundener Gesetzmäßigkeiten soll eine **direkte Beeinflussung** des gestörten Verhaltens erreicht werden, ohne dass es zu einer genauen ätiologischen Analyse eventueller (frühkindlicher) Konflikte kommen muss und ohne dass eine "Nachentwicklung" oder "Nachreifung" der Persönlichkeit zu erfolgen hat.

Grundlage der Verhaltenstherapie ist die **Lerntheorie**, wobei Lernen am Erfolg die positivste Wirkung zeigt.

Im Zentrum des therapeutischen Vorgehens steht das **aktuelle** (gestörte) Verhalten des Patienten.

Zunächst wird deshalb eine Verhaltensanalyse betrieben. Dann wird das gewünschte Verhalten mit **positiven Verstärkern** und das unerwünschte Verhalten mit negativen Verstärkern verknüpft.

Durch die Tendenz zur „**Generalisierung**“ kommt es schließlich dazu, dass das erlernte „neue“ Verhalten auch auf andere problematische Situationen übertragen wird.

➤ **Psychoanalytische Therapie:**

Sie ist ein sogenanntes **aufdeckendes Verfahren**, bei dem ins Unbewusste verdrängte Erlebnisinhalte (frühkindliche Konflikte) wieder bewusst gemacht werden und dann neu bearbeitet und bewältigt werden sollen.

Im Gegensatz zur Verhaltenstherapie, bei der das störende Symptom im Mittelpunkt der Therapie steht, wird hier die Überwindung des angenommenen **frühkindlichen Konfliktes** angestrebt.

Im klassischen Therapieverfahren liegt der Patient dabei auf einer Couch und der Therapeut sitzt hinter ihm, so dass er den Gedankenablauf des Patienten wenig stört.

Im **analytischen Prozess**, der gewöhnlich mehrere Jahre dauert, kommt es zur **Übertragung** (frühkindliche Wünsche und Gefühle zu den Eltern, die auf den Analytiker übertragen werden), zum **Widerstand** (Abwehr gegen die Bewusstmachung unbewusster psychischer Inhalte, der Widerstand richtet sich auch gegen den Analytiker, z.B. in Form von Ablehnung) und zur **Gegenübertragung** (Einfluss unbewusster Konflikte und Bedürfnisse Seitens des Analytiker auf die Analyse). Die Endphase der Behandlung beginnt, wenn der Patient dazu gekommen ist, vieles von seiner primären infantilen Situation wieder durchzuleben. Hier erfolgt also dann eine sogenannte „Nachentwicklung“, bzw. „**Nachreifung**“ in dem Entwicklungsstand, bei dem die Störung entstanden sein soll.

☞ **Stützende Verfahren:**

Z.B. schon durch das bloße (ärztliche) **Gespräch**, bei dem auch bereits therapeutische Gesichtspunkte eine Rolle spielen können.  
Auch **Suggestion**, die verbal oder durch physikalische Hilfsmittel erfolgen kann, wird eingesetzt.

☞ **Übungsverfahren:**

Z.B. autogenes Training oder andere Entspannungstechniken wie die progressive Muskelrelaxation nach Jacobson, ...

☞ **Soziotherapie:**

Hierdurch soll die Reintegration des Patienten in die Gemeinschaft wieder erreicht werden.  
Teile der Soziotherapie stellen die

- ☞ **Arbeits- und Beschäftigungstherapie,**
- ☞ **Milieutherapie** und die
- ☞ **Gruppentherapie** dar.

### 10.3. Rehabilitation psychisch Kranker:

Die Behandlungseinrichtungen für psychisch Kranke kann man in **stationäre, halbstationäre, ambulante** und **flankierende Dienste** einteilen.

☞ **Stationäre Dienste:**

Die üblichen psychiatrischen Kliniken, die nach neueren Überlegungen möglichst überschaubar groß und gemeindenah sein sollten.  
Hier gibt es die offenen Stationen mit nichtsuizidalen, nichtaggressiven Patienten und die geschlossenen Stationen mit suizidalen oder sehr erregten oder verwirrten Patienten.

☞ **Halbstationäre Dienste:**

Der Patient verbringt nur einen Teil des Tages auf der Station.

Es gibt **Tageskliniken**, die den Patienten tagsüber zu Behandlung aufnehmen und ihn abends in die Familie entlassen, und **Nachtkliniken**, die den Patienten nachts aufnehmen und ihn dann tagsüber in sein Berufsleben entlassen.

☞ **Ambulante Dienste:**

Niedergelassene Ärzte und Therapeuten, ambulante Einrichtungen in den Kliniken, sowie nichtärztliche Beratungsstellen.

☞ **Flankierende Dienste:**

Sie sollen die Versorgungslücke zwischen dem psychiatrischen Krankenhaus und den ambulanten Diensten überbrücken.

So stehen Übergangwohnheime und Dauerwohnheime, therapeutische Wohngemeinschaften, Tagesstätten, beschützende Werkstätten und spezielle Rehabilitationseinrichtungen zur Verfügung.