

Vorlesung Psychiatrie

Dies ist ein Skript nach eigener Mitschrift im der Vorlesung von Prof. Angermeyer et al. im Sommersemester 2001 sowie eigener Ergänzungen aus diversen Quellen.

Eine Haftung für den Inhalt kann nicht übernommen werden, ich bitte euch
Verbesserungen/Korrekturen bitte allen Studenten zugänglich zu machen!

⇒ für Rückfragen psy98grs@studserv.uni-leipzig.de

Inhalt

I.	Einführung/Geschichte	3
I.1.	Entwicklung ICD:.....	3
I.2.	Multiaxialer Ansatz ICD 10.....	3
I.3.	Komorbiditätsprinzip	4
I.4.	Häufigkeit psychischer Störungen in Gesamtbevölkerung:.....	4
I.5.	6-Monatsprävalenz psych. Störung.....	4
II.	Angststörungen	4
II.1.	Prävalenzen	4
II.2.	Gedankliche Strategien im Umgang mit der Angst: (Coping – Therapie).....	6
III.	Affektive Störungen	7
III.1.	Prävalenz:	7
III.2.	Symptome nach ICD 10.....	7
III.3.	Diagnostik	9
III.4.	Verlauf	9
III.5.	Verlaufsprädiktoren bei Depressiver Störung:.....	10
III.6.	Ätiologie	10
III.7.	Therapie/Depression.....	13
III.8.	Therapie/Manie	15
IV.	Persönlichkeitsstörungen	16
IV.1.	Geschichte / Einführung.....	16
IV.2.	Epidemiologie	16
IV.3.	Interpersonelle Sichtweise	18
IV.4.	kognitiv behaviorale Sichtweise	18
IV.5.	involvierte Neurotransmittersysteme bei Persstörg.	18
IV.6.	Therapie.....	18
V.	Sucht	19
V.1.	Einstieg => Partydrogen.....	19
V.2.	Mögliche Voraussetzungen für Suchtentwicklung	20
V.3.	Substanzen	20
V.4.	Therapiemotivation	20
VI.	Organische Psychosyndrome (Demetia, Delir, Amnestic syndrome)	21
VI.1.	F00-F03 Demenz	22
VI.2.	F04- das org. amnestische Syndrom	22
VI.3.	F05 Delir	23
VI.4.	F06 andere organisch bedingte psychische Störungen	24
VI.5.	F07 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen aufgrund Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung	26
VII.	F42 Zwangsstörungen.....	26
VII.1.	Ätiologie und Pathogenese	27
VII.2.	Therapie.....	27
VIII.	F20 – F29 Schizophrenie	27
VIII.1.	Ätiologie.....	29
IX.	Anhang: Psychopharmaka Kurz-Übersicht.....	30
IX.1.	Antidepressiva	30
IX.2.	Neuroleptika:.....	30

I. Einführung/Geschichte

1900 ff Emil Kraepelin in Leipzig
um 1900 Egon Bleuler
1929 Emil Kraepelin => **Einteilung Psychosen:**

1. Psychosen durch äußere körp. Schädigung (Hirnverletzung, Hirnsyphilis, Infektionen)
2. Psychosen infolge innerer körp. Krankheiten (Dementia praecox; Schz, Epilepsie)
3. Psychogene Erkrankung (nervöse Erschöpfung, Schreckneurose, psychogene Depress.)
4. konstitutionelle Geistesstörung (Zwangsneurose, Hysterie, Paranoia)
5. Angeborene Zustände (Hebephrenie, Psychopathie)

I.1. Entwicklung ICD:

1948 ICD 6
1980 DSM-III weg von Disease sondern: DISORDER
1987 DSM III-R (Einführung. Komorbiditätsprinzip)
1996 ICD 10

I.2. Multiaxialer Ansatz ICD 10

Achse	Einteilung
1	Klinische. Diagnosen (psychiatrisch, somatisch)
2	Soziale Funktionseinschränkung
3	Abnorme psychosoziale Situationen

=> psychische Störungen erfasst im **Bereich F**

F0	Organische Störung /		
F1	Psychotrope Substanzen		
F2	Schizophrenie	} endogene Psychosen	} Organisches Psychosyndrom
F3	Affektive Störungen		
F4	Neurot. Störungen (Angst)		
F5	Verhaltensstörung mit körperl. Störung (Somatik)	} abnorme Varianten seelischen Wesens	
F6	Pers. & Verhaltensstörung		
F7	Intelligenzminderung		
F8	Entwicklungsstörung		
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen		
F10	nicht näher bezeichnet (Neurasthenie)		
	F10.40 Delirium tremenz		
	F10.50 Eifersuchtswahn		

I.3. *Komorbiditätsprinzip*

Affektive Störung (F3)	=> F1, F4, F6, F3 ^{<u>komorbid</u>}
Verhalt. & Funktionsstörung. (F6)	=> F1, F6
Verhaltensstörung durch psychotrope Substanzen (F1)	=> F6, F3
Neurot. Belastungsstörung/somatischen Störungen (F4)	=> F1, F4, F6

I.4. *Häufigkeit psychischer Störungen in Gesamtbevölkerung:*

25%	lebenslang, behandlungsbedürftig
23%	gehen zum Hausarzt
14%	erkannte Störung

I.5. *6-Monatsprävalenz psych. Störung*

Angststörung	9%
Substanzmissbrauch	6%
Affektive Störung.	5,8%
Schizophrenie	0,9% => 1 auf 10.000 p.a. Ersterkrankungen => lebenslang 3%

II. *Angststörungen*

F4 Neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen

F40 Phobische Störung

F40.0 Agoraphobie

F40.1 soziale Phobie

F40.2 spezifische Phobien

F41 Andere Angststörung.

F41.0 Panikstörung (unspezifisch, plötzlich unerwartet)

F41.1 generalisierte Angststörung

F41.2. Angst- & Depressive Störung gemischt

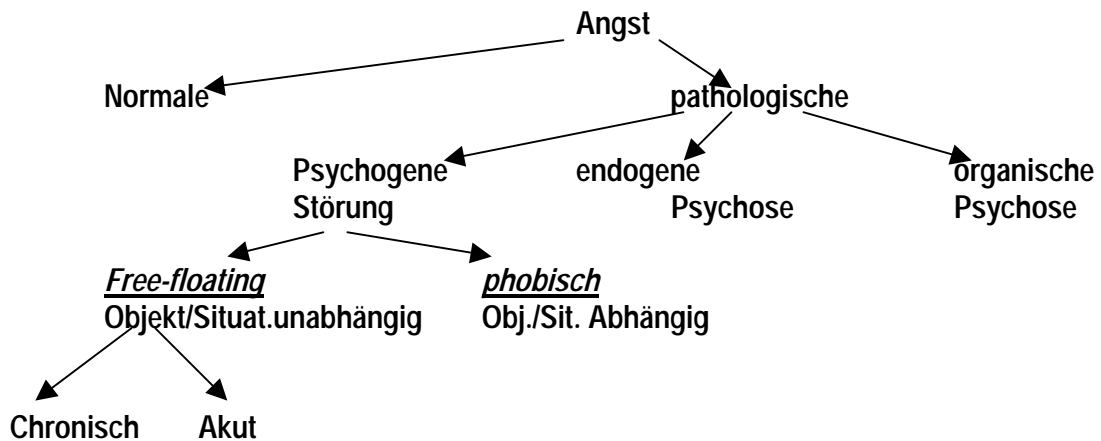
(häufig in Komorbidität zu Depression F3 und Zwangsstörungen F 42)

F42 Zwangsstörung

II.1. *Prävalenzen*

(Verbreitung=Vorhandensein im betr. Zeitraum) dagegen Inzidenz = Neuauftreten

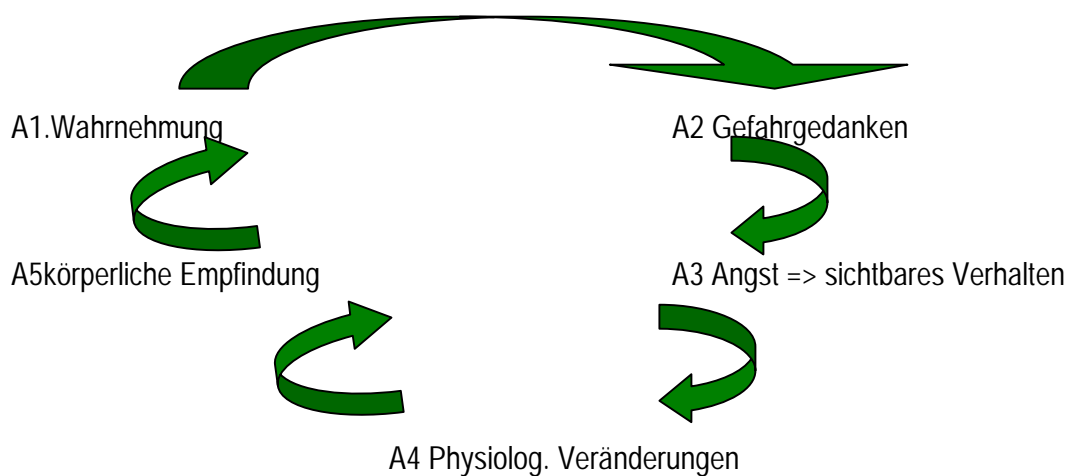
	Male	Female
Panikstörg.	1,3	3,2
Agoraphobie	1,7	3,8
Soziale Phobie	6,6	9,0
Einfache Phobie	4,4	
Generalisierte Angsstörg.	2,0	



Normale Angst: Säbelzahniger-Paradigma: Angst als Reaktion, die Schutz und Flucht ermöglicht

- ⇒ Energiebereitstellungsreaktion
- ⇒ Energiequellen: Herzerasen, erhöhter Blutdruck => mehr Sauerstoff ins Blut, Erhöhung Blutkonz. In Muskeln & Extremitäten, Verminderung Durchblutung Großhirn: bei flight&fight muss frau/man nicht denken
- ⇒ Kalter Schweiß zur Kühlung des System

Teufelskreis der Angst:



ICD 10 :

Phobische Störung: (auf Objekt oder Situation bezogen)

- Agoraphobie mit / ohne Panikstörung
- Soziale Phobie
- Spezifische Phobie

Andere Angsstörung: (nicht auf Objekt oder Situation bezogen)

- Panikstörung
- Generalisierte Angststörung
- Angst- und Depress. Störung (gemischt)

Bsp: Kriterien Panikstörung:

- Wiederkehrende Panikattacken nicht auf spez. Situation oder Umstand
- nicht vorhersehbar
- vegetative Symptome mit körperlicher Manifestation
- mehrere Anfälle innerhalb 4 Wochen

Bsp. Kriterien Agoraphobie:

- mind. 2 Situationen: Menschenmengen, öff. Plätze, Reisen fern von zu Hause
- Vermeidung der Phobischen Situation

II.2. *Gedankliche Strategien im Umgang mit der Angst: (Coping – Therapie)*

- Unkonkrete Zukunftsannahmen
- Konkrete Erfahrungen aus Vergangenheit
- Konkrete Erfahrungen Gegenwart (tritt meine Annahme ein?) – 30 sek. Buchführungsstrategie
 - ist die Gefahr in den letzten 30 sek eingetreten?
 - wird die Gefahr in den nächsten 30 sek eintreten?
 - Strichliste führen über Gedanken (sterben, Ohnmacht)
 - => Beruhigung, Ablenkung

Oder: Paradoxe Intervention: „Steigern sie sich so doll als möglich in die Angst hinein?“

Ziel einer Therapie:

Das während der Entwicklung der Angststörung erhöhte allg. Anspannungsniveau muss gesenkt werden => Angst als Energiebereitstellungsreaktion bleibt erhalten!

1. Allg. Modellentwicklung (2 Phasen der Angst)
2. Motivationsweckung für Reaktionsexposition „in vivo“
3. Entwicklung eines individuellen Modell
4. Diskriminationstraining

Belastungskontrolle:

- job stress group / daily hassle group
- lebensbezogene Intervention (Entspannungstraining)
- cognitive Intervention (Normen, Erwartungen, Ärgermanagement, Selbstsicherheitstraining)

Biochemische Theorie:

Noradrenerges System: erhöhte Affektivität

Serotonerges System: SSRI bei Panikstörg, Phobien

GABA-System: (Behandlg: Benzodiazepine)

III. Affektive Störungen

Geschichte: Emil Kraepelin 1899 - beschrieb eine manisch depressive Psychose und benutzte die Kriterien, die heute allgemein für eine Bipolar 1 benutzt werden.

- Humoralpathologie: Hippokrates: Melancholia=schwarze Galle
- Falret 1851 Folie circulaire (zirkuläres Irrsein)
- T. Ziehen 1911 affektive Psychosen
- seit 1949 Trennung affektive Störg – uni-bipolar

Course: i.d.R. volle Remission

Relation: 7:3 female:male => unipolare affektive Störung // bipolar 1:1

III.1. Prävalenz:

lifetime prevalence: 2-25%

MDD	10-25 female	5-12 male (mean 16%)
Dysthymic disorder		appr. 6%
Bipolar1		0.4-1,6%
Bipolar2 (rapid changes)		15% of patients with bipolar disorder
Cyclothymic disorder		0,4-1,0%

Generell - Symptome

- Veränderung von Stimmung (Affekt) & Antrieb
- Vegetative Symptome
- Somatisches Syndrom F32 – meint die vitale Störung, welche vormals mit „endogene Depress.“ bezeichnet worden ist, das somatische Syndrom kann bei leichten und mittelschweren Depressionen auftreten, bei schweren wird es vorausgesetzt.
- Zeitlich umschrieben, phasisch oder episodenhaftes Auftreten // einmalig oder wiederholt
- Leichte bis mittelschwere affektive Störung von kontinuierlichem Charakter, die mehr als zwei Jahre bestehen und => Dysthymia (leichte Depression) oder Zykllothymie (hypomanisch, depressive Schwankungen)

=> die affektiven Störungen: Manie, Depression, Bipolar I und II sowie rezidivierend St. werden auch als affektive Psychosen bezeichnet

III.2. Symptome nach ICD 10

F30 Manie

- gehob. Stimmung
- gereizt
- gesteigerte Aktivität & Ruhelosigkeit
- Ideenflucht
- Talkativeness
- Verlust sozialer Hemmungen
- vermind. Risikobewusstsein
- gesteigerte Libido mit sex. Taktlosigkeit
- vermind. Schlafbedürfnis
- Manie Symptome mind. 1 Woche (4 Tage) anhaltend!

F30.0 Hypomanie – Manie mit weniger stark beeinträchtigenden Symptomen

F30.1 F30.2 Manie mit/ohne psychotischen Symptomen (Größenwahn, Halluzinationen)

F31 bipolare affektive Störung (bei Wiederauftreten nach einer einzelnen manischen Episode von weiteren affektiven Episoden => Ausschluss einer psychot. Störung & Substanzabuse)

F31.0 ggw. Hypomanisch

F31.1 ggw. Manisch ohne psychot. Symptome / vs. F31.2. mit psychot. Symptomen

F31.3. ggw. Mittel bis leichte depress, Episode

F31.4 schwere depr. Episode (ggf. mit psychot. S.)

F31.6. ggw. gemischte Episode (Kombination oder schneller Wechsel)

F31.7 ggw. remittiert (seit mind. 2 Monaten)

F32 depressive Episode (MDD) (mind. 2 Wochen)

- Initiale körperliche Symptome (Müdigkeit, Schmerzen)
- Kernsymptome: Gedrückte Stimmung, vermehrte Reizbarkeit
 - Interessenverlust, Freudlosigkeit (Anhedonie)
 - Verminderter Antrieb, gesteigerte Ermüdbarkeit
- Verlust Selbstvertrauen oder Selbstwertgefühl
- Unangemessene Schuldgefühle
- Vermindertes Konzentrationsvermögen
- Psychomotorische Hemmung oder Unruhe
- Schlafstörungen
- Verminderter/erhöhter Appetit
- Suizidgedanken
- (Oft: nicht weinen können, nicht direkt traurig, gleichgültig, leer, tot)

Subgruppen: melancholische Subgruppe / dichotomes Konzept: Typ 1 Schuldgefühle und alle Symptome Typ 2 Beschwerdefluktuation, keine charakt. Symptome

F32.0 leichte depressive Episode (2 Kernsymptome, 2 zusätzliche)

F32.1 mittelgradig (2 Kern, 4 übrige; Schwierigkeiten im Alltag)

F32.2 schwere d.E. ohne psychotische Symptome (3Kerns. 5 zusätzl.)

F32.3 schwere d.E. mit psychotischen Symptomen (zusätzlich Wahn => Schuld // Alltagsunfähigkeit)

F33 rezidivierende depress. Störung (engl. recurrent depress. Epis.)

- es hat eine mind. 2 Wochen anhaltende depr. Episode vorgelegen und eine mind. 2 Monate andauernde Beschwerdefreiheit => es lag nie eine Hypomanie oder Manie vor, keine Substanzinduktion)

F33.0 ggw. Leicht

F33.1. ggw. Mittelgradig

F33.2. ggw. Schwer ohne psychot. S.

F33.3. ggw. Schwer mit psychot. S.

F33.4 ggw. remittiert

F 34 anhaltende affektive Störungen (mind. 2 Jahre)

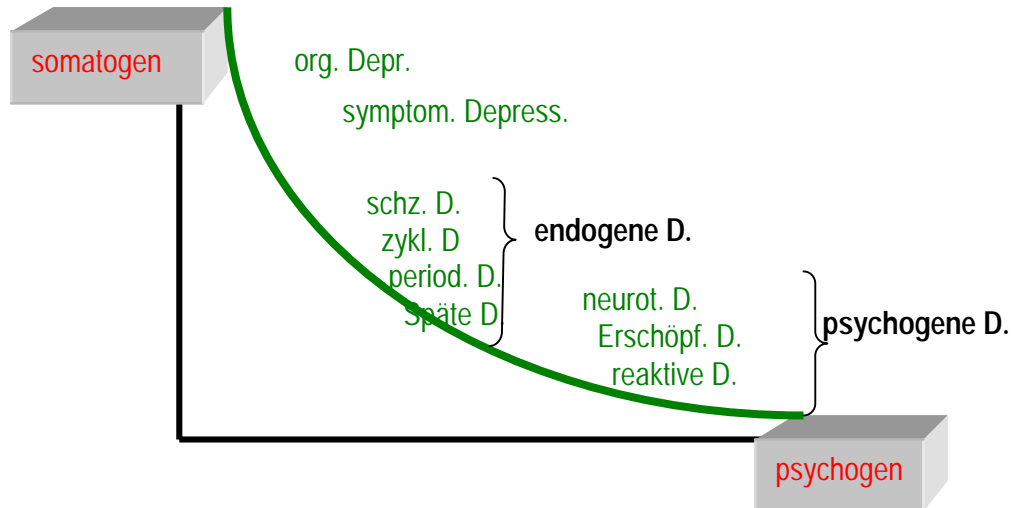
F34.0 Zykllothymie (abgrenzen von bipolar)

F34.1 Dysthymia (abgrenzen von rezidivierende depress. Störg.)

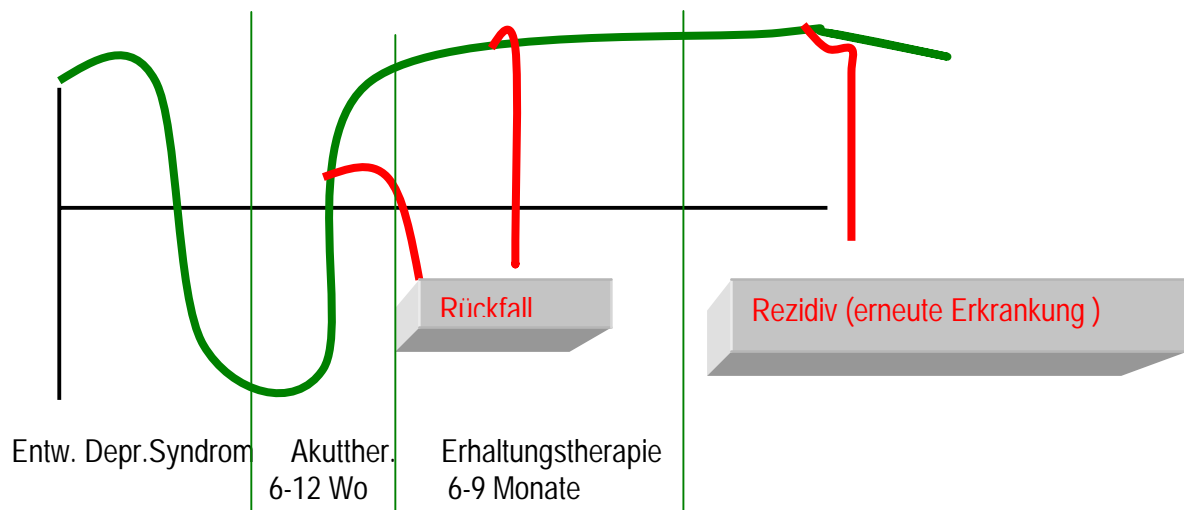
Andere: SAD – seasonal affective disorder (bes. Norwegen, Schweden; Lichtmangel)
PMS

III.3. Diagnostik

SKID – strukturiertes klinisches Interview Depression (Witten et al. 1997)



III.4. Verlauf



Remission: völlige Beschwerdefreiheit (bei 85% Patienten)

- 15% keine komplette Remission!!!

Erhaltungstherapie: - Psychotherapie & Pharmakotherapie bleiben bestehen

- ½ Jahr nach erster Episode

Akuttherapie: 6-12 Wochen stationär (ECT – 3x)

Rezidivprophylaxe: Prophylaxe vor erneuter Erkrankung // Pharmakotherapie: Carbamazepin (trizyklisches AD) /// Phylepsin

Rhythmisität: Zyklus von Phase (Ein- bis Austritt Depression) und Intervall (Gesamtintervall von Eintritt erster Phase bis Eintritt nächste Phase) => phasische Stimmungserkrankung = Intervalle werden geringer

ONSET Depression:

3 Lebensjahrzehnt (bipolar früher) Peak: 4.-5. Lebensjahrzehnt

Comorbidity:

MDD zu 30 –70% komorbid mit Pers.störung=> selbstunsichere dependente Persönlichkeit
Typus melancholicus: Melancholische Störung (Menschen die sich zu sehr in die Pflicht nehmen, Akuratesse, Reflexion des sozialen Anspruches auf sich selbst

III.5. *Verlaufsprädiktoren bei Depressiver Störung:*

Prädiktoren für langes Zeitintervall bis zur Remission:

- Dauer vor Behandlung
- Schwere
- Komorbidität
- Sex: weibl
- Niedriges Einkommen
- Hohe Anzahl von life events
- Persönlichkeitsstörung
- Dysfunktionales Partnerschafts- und Familienumfeld

Prädiktoren für Wiedererkrankung

- drei oder mehr Episoden

III.6. *Ätiologie*

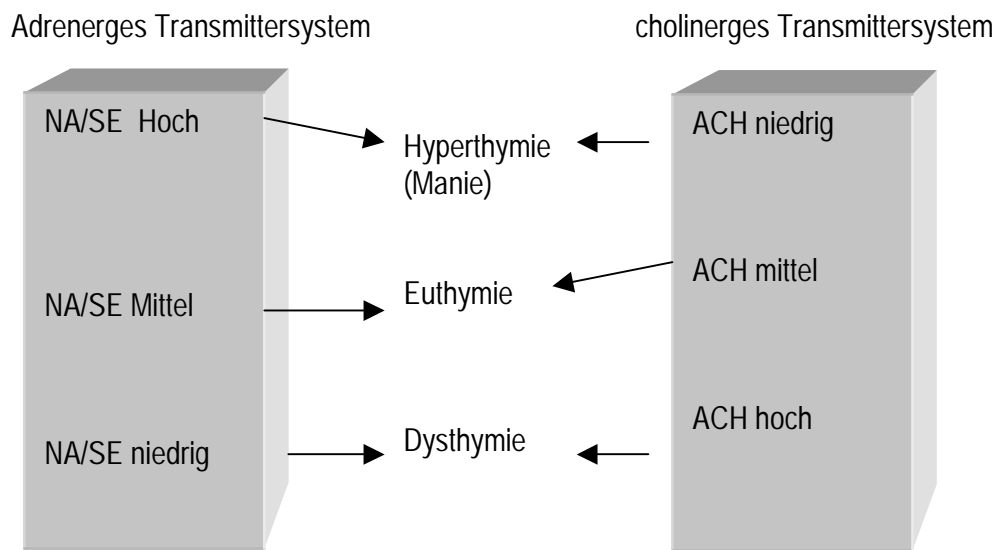
Zwillingsstudien: monozygot: 62% dizygot 0% => bipolare affektive Störung

Verwandte ersten Grades: Ersterkrankung vor 40 Lj. => 19,9%

Ersterkrankung nach 40.Lj. => 11,2%

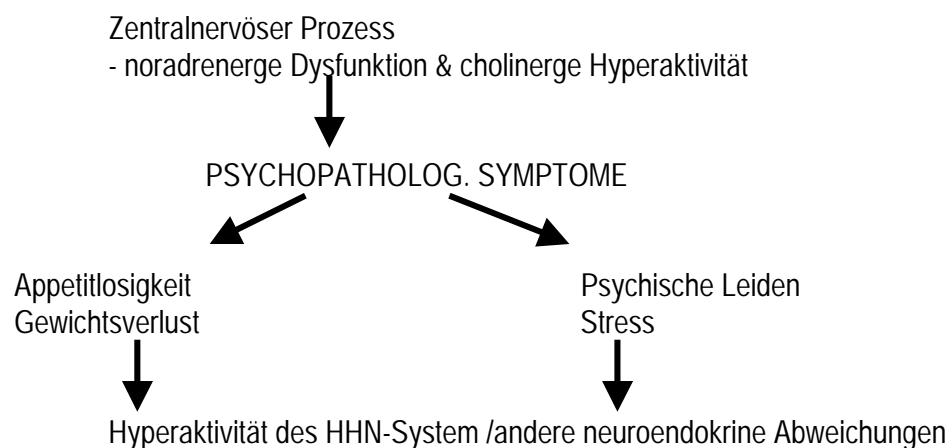
Hirnmorphologie: Auffälligkeiten: Frontalbereich, Marklagerläsionen, Hippokampus, Aktivität Amygdala, Hypothalamus, insges. Hirnvolumen

III.6.1. A) Cholinerg-adrenerg Imbalance Hypothesis



- Depression: Latenz Einschlaf – REM ist verkürzt
- ECT & Psychopharmaka bewirken diese Latenz
- Cholinerges Transmittersystem stärker als Adrenerges (wenn ACH erhöht) = Wahrsch. für Depr. Erhöht
- Adrenerges Transmittersystem stärker als Cholinerges = Manie

III.6.2. Depression als andauernde Stresstörung des Organismus



Transmitterfreisetzung:

Neurotransmitter: Serotonin / Noradrenalin

- zu wenig Neurotransmitter: postsynaptische Rezeptoren werden zu empfindlich => diese Empfindlichkeit muss herabgesetzt werden ((Serotonin Unterversorgung bes. bei Suizidalität)

- Serotonin: - präsynaptisch serotonerges Defizit=> kompensatorische Überempfindlichkeit der postsynaptischen SE – Rezeptoren => verminderte serotonerge Aktivität disponiert zu impulsivem und autoaggressiven Verhalten

III.6.3. Psychosoziale Faktoren

- Life events
- Stress
- Verlusterleben
- Dependente, zwanghafte Persönlichkeit
- Gelernte Hilflosigkeit
- Kognitive Theorien (Beck)

III.6.4. Psychodynamisch

- Nichtverarbeitung der Trennung von wichtiger Bezugsperson
- Autoaggressiver Teil des Ich der Depressiven: Introjektion des enttäuschenden bösen Anteils des verlorenen Objektes, die im Selbst attackiert werden
- Eltern vernachlässigende, bestrafend, Überidentifikation mit vermuteten /tatsächlichen Leistungsanforderungen
- Scheitern => immer eigenes Scheitern
- Depressiver Grundkonflikt: Verunsichertes Selbstwertgefühl, primär unsichere Bindung, Abhängigkeit von äußeren/inneren Objekten // Idealbildungen
- Patt zwischen teils verborgener Abhängigkeit und nicht realisierbaren Individuierungswünschen => depressive Vulnerabilität

III.6.5. Entwicklungspsycholog. Dispositionsmodell

- Narzistische Krise (Störung des SWG)
- Autoaggression = fehlverarbeitete Aggression
- Frühkindliche, psychische und interaktionelle Fehlentwicklung
- Säugling – symbiotische Beziehung zur Mutter als Schutz // die Mutter schützt vor der Erkenntnis der Hilflosigkeit/Abhängigkeit
- Fehlschlag bei Individuation / Separation des Kindes von der Mutter
- Erforderlich: Internalisierung mütterlicher Funktionen sonst bleibende Abhängigkeit von symbolischer Objektbeziehung & zusätzliche Fehlverarbeitung von Aggression

III.6.6. Vulnerabilität –Stress-Hypothese

⇒ Brown- Harris Modell

Psychosoziale Stressoren lösen bei vulnerablen Personen Depression aus! (provoking agent)

III.7. Therapie/Depression

	Psychodynamisch	Kognitiv	Interpersonell
Konzept	Ich-Regression Objektverlust	Denkverzerrung	gestörte interspers. Beziehg.
Ziele	Widerstand, Abwehr	Modifizierung Denk- muster	Lösung interspers. Probleme
Technik	expressiv-emphatisch	behavioral-kognitiv	Kommunikativ-umgebungs- Bezogen
Therapeut	Interpret/Reflektor	Erzieher/Former	Entdecker/Verschreiber
Partner/Fam.	Individuell	Einbeziehung mgl.	Partnerbeziehung integral

III.7.1. Programme:

- Bewältigungstraining nach Lewinsohn 1984 (soziales Lernen)
- Training sozialer Fertigkeiten (Bellak 1981) => Selbstsicherheitstraining
- CBT (Beck 1979) => Selbstbeobachtung, Verhaltensproben
- Interpersonelle Therapie (Klarmann 1984) => Konzentration auf soziale Bindungen
- Psychodynamische Kurzzeittherapie (Strupp 1982) => Verarbeitung des Objektverlustes und der Ich-Regression; Erkennung, Deutung & Auflösung nichtadaptiver Beziehungs- und Erlebensmuster

III.7.2. Kognitive Fehler / Korrekturen:

- Übergeneralisation vermeiden (immer, alle) => Wann? Wer?
- Personalisierung
- Dichotomes Denken vermeiden
- Abkehr von Betonung des Negativen
- Protokollierung der negativen Gedanken
- Gefühle Empfindungen, automatische Gedanken– Protokoll
- Angemessene Gedanken schaffen
- Erneutes Gefühlsurteil aufgrund automatischer Gedanken

III.7.3. Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Störungskonzept:

- Mangel an positiven Erfahrungen // Überwiegen negativer Erfahrungen
- Geringe Rate positiver Verstärkung hält Depression aufrecht
- Kontextbedeutung
- Depressives Verhalten aufrechterhalten durch Hilfsangebote, Sympathie
- Depressives Verhalten als aktives Verhalten
- Ziel: Förderung angenehmer Aktivitäten, Aufbau sozialer Kompetenzen

III.7.4. buffer-theory // befriending-theory

- sozialer Kontakt/Unterstützung als unterstützende Maßnahme bei Behandlung

III.7.5. Medikamente

- SSRI => Fluoxetin (Unruhe, Übelkeit – nausea, Harnverhalt, steig. Augeninnendruck, Serotononsyndrom: Bewusstseinsstörung) SSRI-Indikation: Kombi mit Benzodiazepinen möglich, auch bei Zwangsstörungen, Panik, Bulimie, PMS
- SNRI – selektive Serotonin, Noradrenalin reuptake inhibitors => Venlafaxin (Bluthochdruck, Kopfweh, nausea)
- RIMA- reversible Monoaminoxidaseinhibitors => Mirtazapin (Schlafstörung, Unruhe) = auch bei Phobien
- NaSSA – kombiniert noradrenerges & spezifisches serotonerges AD (Sedierung, Gewichtszunahme)
- NARI- selektive noradrenalin reuptake inhibitor (Mundtrockenheit, Obstipation (Verstopfung), Antriebssteigerung)

Auswahlkriterien für Antidepressiva:

Sicherheit, Verträglichkeit, Wirksamkeit, Nützlichkeit, Handhabbarkeit

- bei Ängstlichkeit oder Schlafstörung eher ein sedierendes trizyklisches AD (Doxopin)
 - Wirksamkeit besprechen Halbwertszeit
- bei Therapieresistenz: MAO (Monoaminoxidase)-Hemmer oder SSRI (Fluoxetin)
- antriebssteigernde trizyklische AD => Vorsicht – können Suizidalität erhöhen

Zielsyndrome für AD:

- gehemmt depressive Symptome
- agitiert, ängstlich depressive Symptome

III.7.6. ECT: Elektrokrampftherapie / Electro-convulsion-therapy

- unilaterale Stimulation auf nicht sprachdomanter Hemisphäre (i.d.R. links)
- Alpha-Wellen = aktiver Wachzustand – unter ECT Zunahme langsamer Beta-Wellen
- Krampfschwelle wird überschritten => künstliches Krampfen
- Vermehrte Permeabilität der Blut-Hirn-Schranke
- Krampfschwelle sinkt kurzfristig – steigt langfristig an = Schwelle für Aktionspotential
- 2-3 mal pro Woche
- Mittel erster Wahl: bei resistenten Depressionen & amnestischen Problemen, depressivem Stupor, febriler Katatonie
- unter Narkose & Gabe von Muskelrelaxantien
- Narkose = gesundheitliches Risiko

III.7.7. Schlafentzug

- REM-Schlafentzug => depressiogen wirksam
- Antidepressiva: => supprimieren REM Schlafdauer
=> verlängern REM Latenz
- Totaler Schlafentzug/Schlafphasenvorverlegung, partieller Schlafentzug 2.Nachthälfte=> antidepressiv
- Nachtschlaf/part. Schlafentzug 1. Nachthälfte => depressiogen

III.8. *Therapie/Manie*

Hier nur erwähnt: Pharmakotherapie:

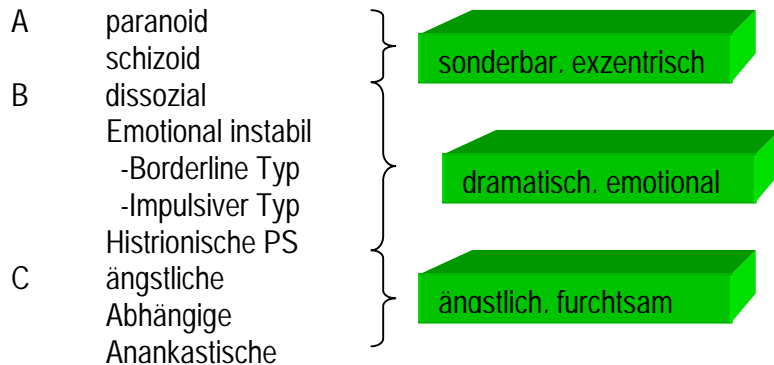
- Neuroleptika
- Benzodiazepine
- Antikonvulsiva
- Lithium: seit 1841 bekannt
 - langsam wirkend
 - Wirkung auf circadiane Rhythmen
 - Wirkung auf Signaltransduktionssysteme
 - Beeinflussung Neurotransmittersysteme
 - Wirkung auf Genexpression
 - Verhinderung der Sensitivität der Dopamin und Noradrenalinrezeptoren
 - Chlorpromazepin stark überlegen
 - Induziert ex. Motorisch unruhige Patienten
 - Indikation bes. bei bipolarer Störung, schizoaffective Störg,
 - Antiimpulsiv, Mortalitätseffekt
 - Wichtig vor allem zum Schutz vor Rückfall
- Alternativen zu Lithium:
 - Valproat
 - Carpamazepin
 - Antikonvulsiva: Gabapentin, Lamotrigin
 - Omega 3 Fettsäuren

Fazit:

- Lithium in Praxis geringer wirksam als im Labor
- Mögliche Ursache: Erweiterung Diagnosefenster
- Gute Verträglichkeit
- Aber hohe Compliance erforderlich
- Reduktion erhöhter Suizidalität bisher nur für Lithium bekannt

IV. Persönlichkeitsstörungen

Clusterung nach ICD 10:



Wichtig: - Ich – Syntonie der Pers.störungen
- Person-Perspektiven einer Beziehungsstörung

IV.1. *Geschichte / Einführung*

1808 Pinel „manie sans de live“ – Beeinträchtigung affektiver Funktionen bei ungestörtem Verstand
1838 Esquirol: Monomanien – dissoziative Verhaltensweisen
1857 Morel: Degenerationen – Verquickung sozial gesellschaftlicher Wertungen
1921 Kretschmer: Körpertypologien
1925 Schneider: 10 Formen psychopathischer Persönlichkeiten

IV.2. *Epidemiologie*

Prevalence: treated: 10-12%
Untreated: 40-50%

- Komorbidität: Angststörungen 50-60% dependent & zwanghaft
- Depression 40%: Borderline, Histrionisch, zwanghaft, ängstlich-vermeidend, dependente,
- Essstörungen 50%
- Im Alter weniger / Stadtbevölkerung und geringer sozialer Status: höher
- siehe BIG FIVE: Extraversion, Neurotizismus, Verträglichkeit, Gewissenhaftigkeit, Offenheit

	unbehandelt	behandelt
- Prävalenz		
- Paranoid	1,8	2,4
- Schizoid	,4	1,8
- Borderline	1,1	14,9
- Histrionisch	1,3	4,3
- Selbstunsicher	1,1	15,2

Histrionische Persönlichkeit:

- Ausgeprägtes Verlangen nach Aufmerksamkeit, Außenreizen, authentischen Gefühlen
- Theatralisches Auftreten
- Unscharfer und sprunghafter Denkstil
- Suggestibilität
- Therapieziel: verbessertes & stabileres Selbstwertgefühl

Borderline

- Affektive Instabilität (Ambivalenz Appetenz, Aversion// Bindungsverlangen – Furcht vor Autonomieverlust)
- Impulsive Selbst- und Fremdschädigung (selbstschäd. Verhalten - bulimisch, alkohol, Wutausbrüche ... unberechenbares Fluktuieren zwischen angespanntem Zurückhalten und Affekt & Verhaltensdurchbrüchen
- Instabilität des Selbstbildes und Selbstwahrnehmung
- Dissoziative der pseudopsychotische Symptome
- „typ. Denkschema“ nach Beck „Welt ist böse“ „ich hilflos
- Differentialdiagn: schizoaffektive Störung, affektive Störung, histrionische Ps (auch Aufmerksamkeitsstreben, aber weniger selbstschädigendes Verhalten und chron. Gefühle von Leere und Nichtsnutz)
- Nähe Borderline zur PTSD: Ähnlichkeit hinsichtlich traumatischer Ereignisse
 - Otto Kernbach 1967
 - Sex. Missbrauch, Vernachlässigung
 - Methodische Zweifel FMS false memory syndrome
 - Borderline - Prävalenz in körperlichen Abuse Fällen 30-40% // rape 25-70% => FMS false memory syndrom
 - Funktionsbesonderheit autonomes NS
 - Schwierigkeiten bei der Habituation
 - Schwierigkeiten bei Löschung konditionierter Reize
- Entwicklung der Borderline:
 - Als subschizophrene Störg. Kraepelin 1903
 - Emotional instabile subaffektive Störung Schneider 1923
 - Impulskontrollstörg Esquirol 1838
 - „Sammelkategorie“ für schwierige Patienten

schizoide Persönlichkeit

- Selbsterleben: autonomes und kognitiv gesteuertes Individuum
- keine Wahrnehmung von Ärger und Wünschen anderer
- verringerte Affektinduktion
- verminderte Affektdifferenzierung & Affektauslenkung
- sekundäre Störg: Depressionen, somatische Beschwerden
- therap. Ziel: affektive Wahrnehmung & soziale Integration

emotional instabile PS

- impulsives Handeln ohne Berücksichtigung der Konsequenzen
- wechselnde instabile Stimmung
- geringes Vorausplanen
- ausbrechen intensiven Ärgers

- impulsiver Typ

- emot. Instabilität
- mangelnde Impulskontrolle
- gewalttätiges & bedrohliches Verhalten

IV.3. *Interpersonelle Sichtweise*

- Persönlichkeit = Muster wiederkehrender zwischenmenschlicher Beziehungen
- Konstrukt des Selbst
- Dimension des Selbst / Dimensionen Kontrolle & Zuneigung
- Vorannahmen: Interpretation // subjektive vs. Objektive Wahrnehmung
- Zirkuläre Zirkularität

IV.4. *kognitiv behaviorale Sichtweise*

- Dysfunktionales kogn. Schemata – handlungssteuernde Emotionen
- Reaktion auf mögliche Anzeichen von Trennung
- Wenig Autonomiebedürfnis

IV.5. *involvierte Neurotransmittersysteme bei Persstörg.*

Dopamin:	Novelty seeking – Suche nach Neuem Aufregung – Belohnung bei Darbietung unbekannter Reize
Serotonin	harm avoidance-Strafvermeidung Fähigkeit, rasch auf aversive Reize zu reagieren, Schuldvermeidung
Noradrenalin	reward dependence – intensives Reagieren auf soziale Verstärker Aufrechterhaltung von sozial erwünschtem Verhalten führt zu Belohnung

IV.6. *Therapie*

- Mehrdimensional mit hierarchischem Behdlgsplan
- Diagnostik und Therapievereinbarung
- Aufbau therap. Beziehung
- Verbesserung psychosozialer Kompetenz
- Bearbeitung dysfunktionaler Ziele & Verhalten
- Generalisierung des Gelernten im sozialen Umfeld

V. Sucht

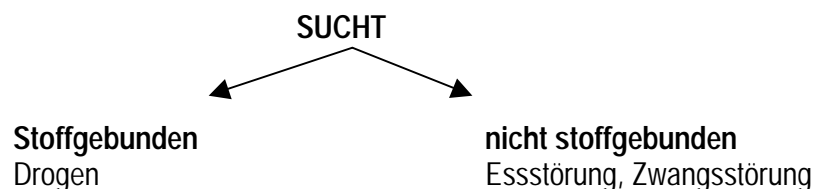
- F1x.0 Intoxikation
- F1x.1 schädlicher Gebrauch --- Abusus
- F1x.2 Abhängigkeitssyndrom
 - Wunsch/Zwang zum Konsum
 - Verhind. Kontrolle bzgl. Menge und Häufigkeit
 - Entzug bei Reduktion oder Beendigung Konsum
 - Nachweis TOLERANZ (höhere Dosis für gleiche Wirkung)
 - Vernachlässigung des anderen Lebens
 - Anhaltender Substanzkonsum
- F1x.3 Entzugssyndrom (Zustand)
- F1x.4 Entzugssyndrom mit Delir
- F1x.5 psychot. Störung nach Substanzabusus // paranoide Störung nach Kokaingebrauch

X =

- 0 Alkohol
- 1 Opiate
- 2 Cannabinoide
- 3 Seditiva
- 4 Kokain
- 5 Stimulationen
- 6 Halluzinogene
- 7 Tabak
- 8 Schnüffelfstoffe
- 9 multipler Gebrauch

V.1. *Einstieg => Partydrogen*

Extacy Amphetamine
Haschisch
Kokain (nasal aufputschend)
Heroin (nasal beruhigend) (oft um den Kokaineffekt abzufangen 3-4g pro Tag a' DM 400 / nur Heroin DM 200)
Entzug: 8-12 Std. akut
Methadonprogramm: 1 Jahr Zulassung, wenn frei von anderen Suchtmitteln



Abhängigkeitserkrankungen = Impulskontrollstörungen lt. ICD 10!!!

Impulskontrollstörungen nach ICD 10:

- Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typ
- Essstörungen
- Sex. Störungen (Pädophilie)
- Zwangsstörungen
- Affektive Störungen
- Sucht

Voraussetzung: Wissen um die Schädlichkeit!!

- Intermittierende, explosive Störung
- Kleptomanie
- Pyromanie
- Path. Spielen
- Trichotillomanie
- nicht näher bezeichnete Störung

V.2. Mögliche Voraussetzungen für Suchtentwicklung

- Genetik
- Verfügbarkeit
- „Lernen“ (durch Konsequenz Verstärkung)
- Suchtpersönlichkeit
- Komorbidität: Angst, Depressive Störg, HKS

V.3. Substanzen

Opiate	Morphium
Schnueffelfstoffe	Pattex
	Lachgas
	Lösungsmittel
	Poppers
Psychostimulanzien	Kokain
	Amphetamine / LSD
	Entactogene / Ecstasy
Cannaboide	THC -
Azetylcholinrezeptorantagonisten: Atropin	
Missbrauchstoffe ohne ZNS-Wirkung: Laxantien, Diuretika	

V.4. Therapiemotivation

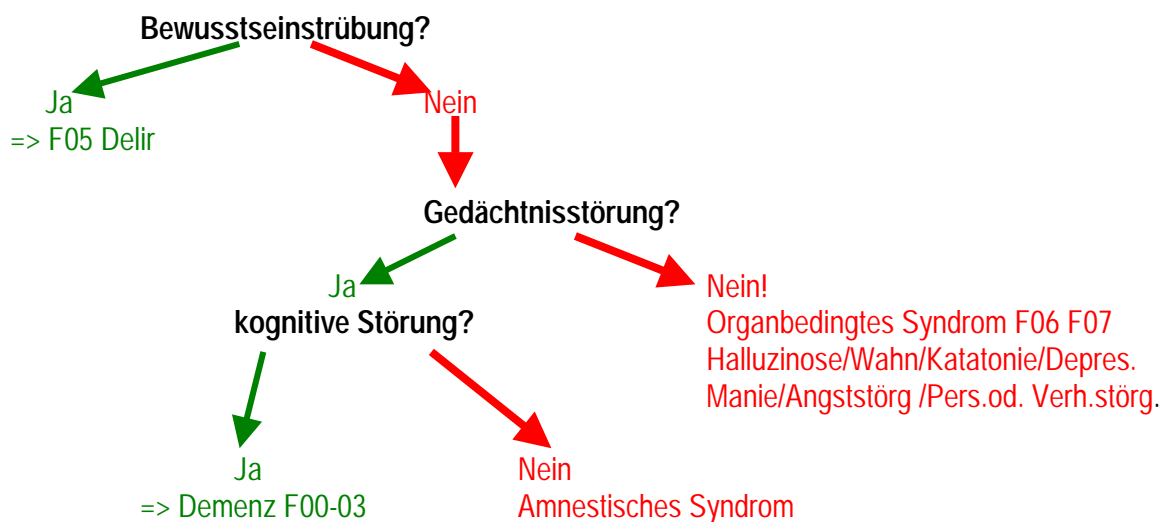
1. Änderung der Notwendigkeit der Änderung der Situation
2. Hilfsbedürftigkeit
3. Akzeptanz von Hilfe
4. Anerkennung Abhängigkeitsstatus
5. Anerkennung Abstinenzziel
6. Anerkennung Ziel der allgemeinen Verhaltensänderung

VI. Organische Psychosyndrome (Demetia, Delir, Amnestic syndrome)

F0 Organische einschließlich symptomatischer Psychischer Störungen

- psych. Störungen mit nachweisbar organischer Ätiologie
- Unterscheidung in primäre / das Gehirn direkt betreffende oder
 - sekundäre / symptomatische Funktionsstörungen, die das Gehirn als eines von mehreren Körpersystemen zugleich oder auch zeitlich nachrangig betreffen
- F00-F03 - Dementia – als chronisch fortschreitender Prozess – betrifft als Folge einer Hirnkrankheit mehrere höhere kortikale Funktionen (Gedächtnis, Sprache Handeln)
- F04- das org. amnestische Syndrom=> Folge einer Gehirnerkrankung - betrifft bilaterale, diencephale und mediotemporale Strukturen /// Beeinträchtigung LTM STM // Rückbildung ist möglich
- F05 Delir: ätiologisch unspezifisches Syndrom mit qualitativer Störung des Bewusstsein, Störung der Aufmerksamkeit, der Immediat- und ST-Memory, Desorientierung zu Zeit, Ort und Person und Störungen der Psychomotorik, der circadianen Rhythmen,
- F06 andere psych. Störungen aufgrund Schädigung oder Funktionsstörung Gehirn oder körperlichen Erkrankung und
- F07 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen aufgrund Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirn
- F09 unspezifische psychopathologische Syndrome im Zusammenhang mit cerebraler Schädigung
- bei sekundären symptomatischen Hirnfunktionsstörungen => Kennzeichnung der zugrundeliegenden Erkrankung durch eine zusätzliche Kodierung aus einem der somatischen Kapitel
- F1 => Verschlüsselung der Störungen infolge Alk. oder Substanzmissbrauch
- Allgemeine Diagnostik: MMSE mini-mental-status-examination

Schema zur Differenzierung organischer Psychosyndrome:



VI.1. *F00-F03 Demenz*

- Vergesslichkeit, Stimmungsschwankungen
- Nachlassen Gedächtnis/Änderung Verhalten (oft von Angehörigen nur bemerkt)
- nachlassende Körperhygiene
- Vergrößerung Sozialverhalten / Impact im sozialen Leben muss gegeben sein!
- **Mindestdauer: 6 Monate vor Diagnose**
- einfacher klein. Test: 3 Dinge merken lassen und wiederholen lassen nach 3 Minuten, Uhr aufzeichnen lassen
-

F00 Demenz bei Morbus Alzheimer (mit frühem, spätem oder untypischem Beginn/Verlauf)

F01 vaskuläre Demenz (arteriosklerotische Demenz)

F01.0 mit akutem Beginn (nach Schlaganfällen)

F01.1 Multiinfarktdemenz (mehrere vorübergehende ischämische Episoden TIA)

F01.2 subkortikale vaskuläre Demenz

F01.3 gemischte (kortikal & subkortikale) vaskuläre Demenz

F02 Demenz bei sonstigen, andersorts klassifizierten Krankheiten

F02.0 Dm. bei Pick

F02.1 Dm. bei Creutzfeld-Jakob-Krankheit

F02.2 Dm. bei Chorea Huntington

F02.3 Dm. bei Parkinson

F02.4 Dm. bei HIV

F02.8 Dm. bei sonstigen andersorts klassifizierten KH

F03 nicht näher bezeichnete Dm.

VI.2. *F04- das org. amnestische Syndrom*

Kriterien:

F04 Organisches amnestisches Syndrom (nicht alk.oder substanzbedingt - nicht alkoholbedingtes Korsakoff-Syndrom) langfristig aber nicht lebenslang notwendigerweise

1. Gedächtnisstörung in zwei Bereichen:
 - reduzierte Fähigkeit, neues zu lernen (proaktiv)
 - verminderte Fähigkeit, sich an vergangene Erlebnisse zu erinnern (retroaktiv)
2. Fehlen:
 - von Bw und Auffassungsstörungen (wie bei Delir)
 - eines Abbau der gesamten intellekt. Fähigkeiten (wie bei Demenz)
 - einer Immediatgedächtnisstörung
3. Nachweis einer zugrunde lieg. Hirnerkrankung, Schlaganfall, die für die Symptome unter 1 und 2 verantwortlich gemacht werden können

VI.2.1. häufige Ursachen des amnestischen Syndrom

A) Hirnerkrankungen

- Schädel-Hirn-Trauma (vorwiegend anterograde Störg.) Schwere der Hirnverletzung korreliert mit Dauer der posttraumatischen Amnesie
- zerebrovaskuläre Ursachen (Infarkte durch Embolien, Thrombosen, Kompression) häufig mit: Gesichtsfeldausfällen, komplexeren Störungen
- zerebrale Anfälle
- Hypoxien (bei Suizidversuch durch Erhängen)
- Kohlenmonoxidvergiftung
- Herpes-simplex-Enzephalitis
- Enzephalomyelitis disseminata

B) Systemische Erkrankungen

- Wernicke-Korsakoff-Enzephalopathie (Delir tremenz. Ataxie, Verwirrtheit) durch Mangelernährung, Alkoholismus, Magenkarzinom / Beginn schleichend / !!! es handelt sich nicht um eine Alkoholdemenz!!!
- Hypoglykämie

C) Medikamente / Drogen (Benzos & andere Sediativa; Alkohol, andere Neurotoxine)

VI.3. F05 Delir

F05 Delir – nicht alkohol- oder substanzbedingt (**akuter oder subakuter** Verwirrheitszustand)

- Desorientiertheit, inkohärenter Gedankengang
- unzusammenhäng. Sprache, Beeinträchtigungen im Auffassungsvermögen, => Immediatgedächtnis gestört!
- **Bewusstseinsstörung** / hist. „Durchgangssyndrom“ Wieck / akuter exogener Reaktionstyp
- später Amnesie, das Delir betreffend
- emotionale Erregung, psychomotorische Unruhe, flüchtigen Halluz. oder Wahnideen
- verlängerte Reaktionszeit
- Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus
- Plötzlicher Beginn und Änderung Symptomausprägung im Tagesverlauf
- Nachweis einer zugrundeliegenden zerebralen oder systemischen Krankheit, die für die Symptome verantwortlich gemacht werden kann
- DELIR ist ein SYNDROM keine Erkrankung
- kurze Dauer, schnelle Genesung, wenn Ursache vorbei (Medikamentenumstellung, Narkose)
- F05.0 Delir ohne Demenz F05.1 Delir mit Demenz

VI.3.1. Prävalenzen / Risiko

- Risiko Nr. 1 Alzheimer Disease = über 60.Lj.
- 65-70 => 20%

!! Kaum Leidensdruck durch die Krankheiten, da Frontalbereich sehr früh in die Störung inbegriffen ist und dort die emotionale Reaktion ermöglicht wird / bei Störung eher verhindert wird!

- bei Alzheimer große genetische Komponente vermutet

Risikofaktoren vaskuläre Demenzen: Alter / Schulbildung (Regenerierungsfähigkeit Hirnzellen) / Diabetes / frühe Schlaganfälle / Hirnatrophie / wiederholte Schlaganfälle => bei vaskulären Demenzen Iq oft nur gering beeinträchtigt (1,5 SD below mean)

VI.3.2. Pathogenese

Biochemisch:

- verringerter oxidativer Metabolismus
- cholinerge / noradrenerge Dysbalance
- Elektrolytlösungen / Exsikkose
- Medikamente / Alkohol / Drogen

Neurophysiologisch

- Kindling Phänomen (ZNS Reizschwellenerniedrigung bei wiederholter unterschwelliger Reizung)
- REM-Schlafphasen
- vermindertes oder vermehrtes Arousal

nucleus caudatus => Auswirkungen auf Hippocampus => ACH-Haushalt gestört

VI.3.3. Therapie / Delir

- diagnostische Abklärung im KH
- Reduktion Selbst- und Fremdgefährdung
- Zuwendung durch vertraute Personen mit ruhiger Gesprächsführung
- Einbeziehung der Familie
- Behandlung der kausalen, zerebralen / somatischen Ursache
- symptomatische Pharmakotherapie (Neuroleptika, Benzodiazepine, Clomethiazol)

Mittel der Wahl: Acetylcholinhemmer!!!!

VI.4. *F06 andere organisch bedingte psychische Störungen*

F06 andere psych. Störungen aufgrund Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirn oder körperlichen Erkrankung und

- Nachweis cerebraler Erkrankungen, Verletzungen, Fkt.störungen oder systemischen Störung
- zeitlicher Zusammenhang zwischen Entwicklung Krankheit und Auftreten des psych. Syndroms
- Rückbildung des Symptom nach Beseitigung der Ursache
- kein Beleg für andere Verursachung

Diagnose: Frage beim Patienten nach Wachheit & Orientierung // mnestiche Funktionen: mnestiche Defizit bsw. keine Kritikfähigkeit , konfabulieren

Bsp: Korsakoff-Syndrom: durchschnittliche Orientierung / mnestiche Defizit / Konfabulieren

- Multimorbidität bei Alkoholkrankheit: cerebrale Blutungen an rechtsfrontalen äußeren Liquorräumen, Kleinhirnschäden (unsicherer Gang); Gerinnungsstörungen: längeres Bluten

VI.4.1. mit funktionalen psychischen Störungen übereinstimmende organisch psychische Symptome

- organisches Wahnsystem
- organische Halluzinose
- org. Katatonie-Syndrom
- org. Angstsyndrom
- org.- Zwangssyndrom
- org. dissoziatives Syndrom
- org. Neurasthenie Syndrom
- org. Persönlichkeitsveränderung

Bsp. organische Halluzinose:

- ⇒ Nachweis von ständigen wieder auftretenden Halluzinationen
- ⇒ Fehlen von Bewusstseinsstörung
- ⇒ Fehlen eines eindeutigen intellektuellen Abbau
- ⇒ keine auffällige Störung des Affektes, der Stimmung

VI.4.2. von funktionellen psychischen Störungen psychopathologisch verschiedene organische psychische Störungen

Delir tremenz = Entzugssyndrom

Demenz

Amnestische Störung

Andere kognitive Störungen

Aphasien, Apraxien, Agnosien

VI.4.3. Wahnkrankheiten im hohen Lebensalter („Altersparanoia“)

- „Involutionssparanoia“
- „sensitiver Beziehungswahn“
- „präseniler Beeinträchtigungswahn“
- „persistent persecutory states“
- „Altersparaphrenie“
- „Altersschizophrenie“

2000 Personen > 65 Lj. 24%
2030 Personen > 65 Lj. 33%
Prävalenz für dementielle &
depressive Erkr. 3-10%

Feldstudien: >65Lj. endogene
Psych.: 1,4-3,7%
paranoide Syndrome:
im Seniorenalter: 5-10%
in Allgemeinbevölk. 3-5%

VI.5. F07 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen aufgrund Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung

Zusätzlich zu Vorgeschichte oder anderen Hinweisen auf eine Hirnerkrankung, Hirnschädigung oder Hirnfunktionsstörung gründet sich die Diagnose auf das Vorliegen von mind. 2 Merkmalen von:

1. and. reduzierte Fähigkeit, zielgerichtet zu handeln oder Befriedigungen aufzuschieben
2. verändertes emotionales Verhalten, Labilität, Flachheit etc.
3. Äußerung von Bedürfnissen oder Impulsen ohne Berücksichtigung von Konsequenzen
4. auffällige Veränderung der Sprachproduktion und des Redeflusses, Umständlichkeit, zähflüssiges Denken, Schreibsucht
5. verändertes Sexualverhalten

VI.5.1. Organische Psychosyndrom nach Schädel-Hirn-Trauma

„deficits in functioning & social behaviour are the most disabling consequences of brain-trauma“
(Capruso & Levin 1995)

- ⇒ fokale vs. diffuse axonale Schädigung Bsp: affektive oder psychotische Störungen
- ⇒ USA/D 200/350 stationär behandelte SHT pro 100.000 Einwohner p.a.
- ⇒ Persönlichkeitsveränderungen
- ⇒ Affektive und psychotische Veränderungen
- ⇒ psychoneurasthenische Symptome
- ⇒ Kognitive / amnestische Störungen

VII. F42 Zwangsstörungen

⇒ auch Zwangsneurosen

- wiederkehrende Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen, die von der eigenen Person ausgehen, aber eher als unangenehm und sinnlos erlebt werden und die normalen Aktivitäten stören
- Versuch wird unternommen Widerstand gegen Zwangshandlungen oder –gedanken zu leisten
- Angst bei Unterlassung der Zwänge
- Hinweise: Hautkrankheiten, Verpassen von Terminen

F42.0 vorwiegend Zwangsgedanken oder Grübelzwang

F42.1 vorwiegend Zwangshandlungen /Zwangsrituale

F42.2 Zwangshandlungen und –gedanken gemischt

häufig im Zshg. mit depressiven Symptomen

Abgrenzen von Tics & Gilles de la Tourette



Ebenen der Kontamination (bei Kontaminationszwangsgedanken)

- Objekt anfassen
- Objekt sehen/hören
- an Objekt denken

VII.1. Ätiologie und Pathogenese

- Neurobiolog. Ansätze: Serotoninregulation gestört
Frontalcortex => Striatum Regelkreisstörung
- Lerntheoretische Erklärung
- PA-Ansätze
- Biographische Parallelen

VII.2. Therapie

Pharma: SSRI

Therapie:

=> Verhaltenstherapie

-Reizkonfrontative Methoden

Reaktionsverhinderungsmethoden

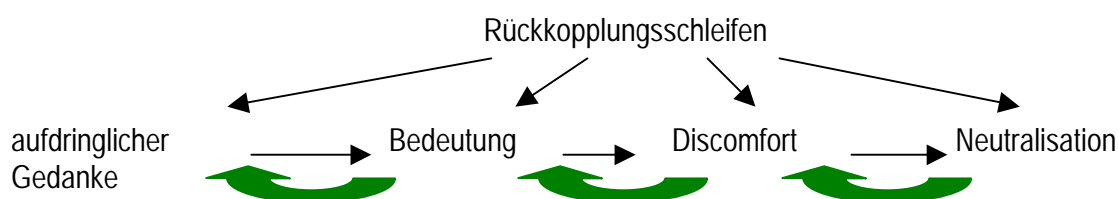
kognitive Therapie

systematische Reizdesensibilisierung

Familieneducation

Problem. oft füllt Zwang 90% des Lebens der Patienten aus – womit werden diese 90% gefüllt?

Kognitives Modell:



Bestandteil normaler Gedankengänge => fürchterl. Gedanke => Unruhe, Erregung => Ritual der Spannungsabfuhr

VIII. F20 – F29 Schizophrenie

F20 Schizophrenie

F21 schizotype Störung

F22 anhaltende wahnhafte Störung

F23 akute vorübergehende psychot. Störung

F24 induzierte wahnhafte Störung

F25 schizoaffective Störung

F28 sonstige nichtorganische psychotische Störungen

F29 nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose

- Griech: schizo = spalten phren = Hirn
- erste Erwähnung Eugen Bleuler (1900) dementia praecox

Prävalenz: 1 pro 10.000 p.a. Neuerkrankungen
lifetime prevalence: 1%

Diagnostik nach ICD 10:

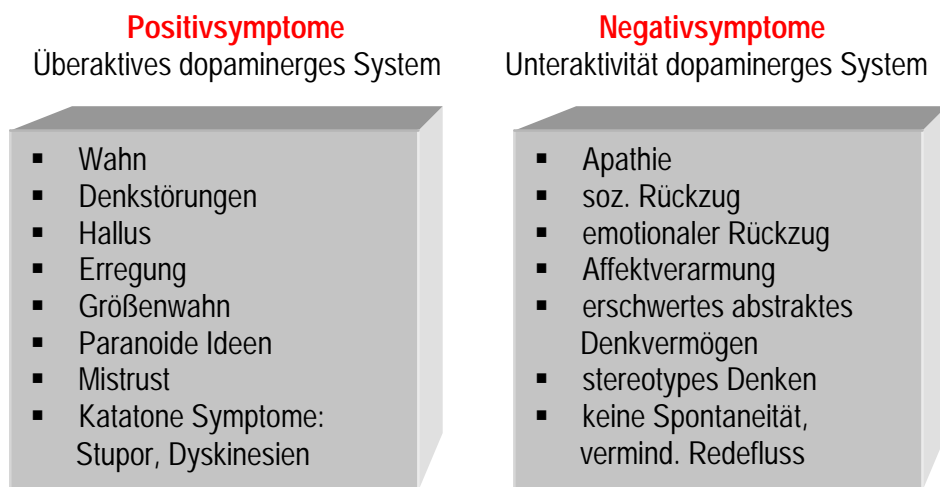
mind. 1 von **harten Symptomen**:

- Gedankenlaufwerden, Gedankeneneingebung
- Kontroll- Beeinflussungswahn => körperbezogene Wahnvorstellungen / Sensationen
- Kommentierende oder dialogische Stimmen aus Körperteilen oder anderer Ursache
- anhaltender kulturell unangemessener Wahn

mind 2 **weiche Symptome**:

- Hallus jeglicher Art = mind. anhaltend 1 Monat
- Zerfahrenheit
- Bildung von Neologismen
- Katatone Symptome: Stupor, Mutismus, Negativismus,
- negative Symptome: Apathie, soz. Rückzug, emotionaler Rückzug, Affektverarmung

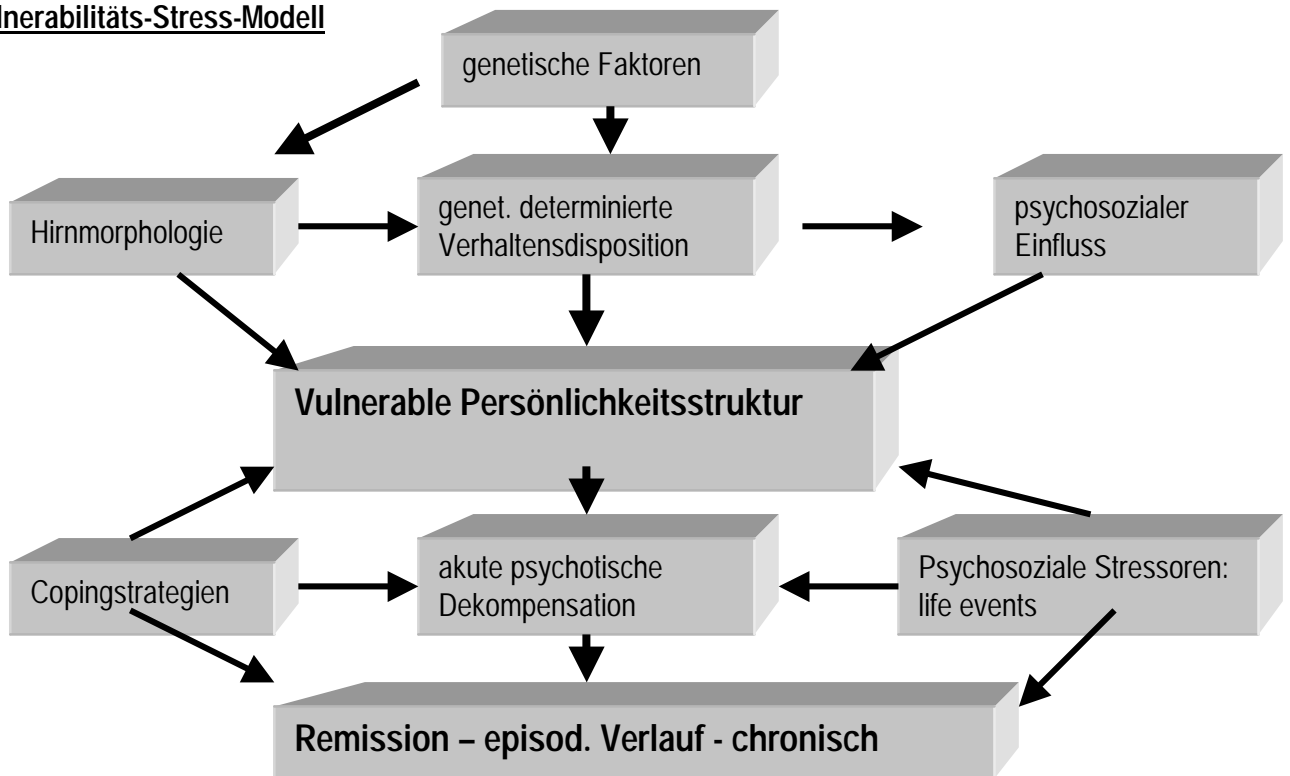
Bessere Übersicht:



➔ Search for meaning !!!!

VIII.1. Ätiologie

Vulnerabilitäts-Stress-Modell



- Familienstudien:	MZ	44%
	DZ	23%
	Geschwister	18%

- häufig hirnstrukturelle Veränderungen

Dopaminhypothese:

H. Carlsson bekam den Nobelpreis dafür

in substantia nigra Bildung von Dopamin: dopaminerge Wege in – Basalganglien/nucleus accumbens/Hypothalamus => Überregulation verantwortlich für Symptome (Positivsymptome)

Neuroleptika; blockieren Aufnahmerezeporen und reduzieren damit dopaminerge Aktivität => aber damit: Anstieg in Negativsymptomen => Prolaktinlevel steigt => Störung Sexualfunktionen

Aktuell: zielgerichteter Einsatz Neuroleptika / auch serotonerges System ist involviert

Wirkung Medikamente:

Haldol	histaminerges System => Gewichtszunahmen extrapyramidales System => Tremor
Zyprexa	dto

atypische Neuroleptika:

Risperidone / Olanzapine (weniger antipsychotisch, eher antidepressiv, weniger Nebenwirkungen) => Besserung kognitiver Fähigkeiten

Psychoedukation (Patient & Familie)

- Krankheitsmodelle
- Früherkennung
- Krisenmanagement
- soziale Problemlösung
- Medikamentenwirkung
- Navigation im Hilfesystem

IX. Anhang: Psychopharmaka Kurz-Übersicht

IX.1. *Antidepressiva*

Alt: - Trizyklische Antidepressiva (Saroten, Aponal, Anafranil)

- **Aponal:** gegen depressive Syndrome, Angstsyndrome, leichten Entzug, Schlafstörungen
- side effects: Haarausfall, Mundtrockenheit, Mammae-Vergrößerung, Ödeme
- **(Fluctin=)Fluoxetin:** depressive Erkrankungen, Zwangstörungen, Bulimia nervosa
- Side effects: Hypomania, Einschränkung Reaktionsvermögen
- **Chlorpromazin:** Unruhe, Angst, Erregungszustände

Neu: - SSRI (Fevarin, Seroxat) – selective serotonin reuptake inhibitors

- Caripramazin (Tegretal, Timonil): Side effects: Mundtrockenheit, Verstopfung, Probleme beim Wasserlassen, extrapyramidales Syndrom, leichte Sedierung (Müdigkeit) = Hypersomnia

Prophylaxe: Lithium (side effects: Handtremor kurzfristig, Langsamkeit, Sedierung, Gewichtszun. Lfr)
⇒ Kombi mit anderen Psychopharmaka möglich

IX.2. *Neuroleptika:*

Niederpotent: - schwach gegen psychot. Symptome, stark beruhigend, dämpfend, schlaffördernd

- Einsatz: quälende Unruhe, Überaktivität, Schlaflosigkeit
- Allein oder als Ergänzung zum hochpotenten Neuroleptikum
- Bsp: Atosil, Neurocil, Truxal, Dominal, Ciatyl
- **Ciatyl (Clopeuthixol) :** Schizophrene Psychose, hirnatrophische Prozesse, PTSD
- Dagegen: reine Beruhigungsmittel: Tavor, Rohypnol, Valium-Valiquid

Klassisch:

- Haldol, Fluanxol, Glianimon, Lyogen, Nipolept
- bei Positivsymptomen
- weniger beruhigend, antipsychotisch
- side effects: Fruhdyskinesien, Parkinson-Syndrom, Spätdyskinesien, sex. Einschränkungen

Atypische:

- Risperidal (kaum Gewichtszunahme) = SSRI
- Zyprexa (Gewichtszunahme)
- Dogmatil, Solian,
- Schwächere antipsychotische Wirkung, weniger side effects (extrapyramidal)
- Leponex=Clozapin, Blutbild kontrollieren, Beeinträchtigung Fahrtüchtigkeit

Medikamente, um Entzugssymptome zu lindern:

Alkohol:

- Distraneurin (bei Delir)
- Diazepam: = Benzodiazepam (bei Heroinentzug)
 - Tegretal (Timonil) – eigentlich Antiepileptikum – schützt im Entzug vor epil. Anfall

- Ende -