

Fall 3

Anamnese

Ihr Patient ist ein 8-jähriger Junge, der sowohl zuhause als auch in der Schule sehr aggressiv ist. Aufgrund zerstörerischen Verhaltens im Klassenzimmer hat ein Lehrer die Konsultation eines Psychiaters empfohlen. Dieser Lehrer hat sich auch darüber beschwert, dass das Kind viele Anweisungen nicht befolge, unaufmerksam und gleichgültig sei, die Stunden oft unterbreche und andere Schüler störe und ablenke.

Die Mutter Ihres Patienten meint, ihr Sohn sei eigentlich „immer schon auf 180 gewesen, seit er etwa zwei Jahre alt ist“. Er sei üblicherweise unruhig und rastlos. Er tue sich schwer aufzupassen und werde frustriert, ja sogar feindselig, wenn man ihn auffordere, Dinge zu tun, die Konzentration verlangten, wie z.B. seine Hausaufgaben zu machen. Die Mutter berichtet auch von ungewöhnlich riskanten Verhaltensweisen, scheinbar ohne Nachdenken über mögliche Folgen. So überquere der Junge beispielsweise eine Straße plötzlich und ohne sich umzusehen, obwohl er dafür bereits mehrfach gescholten worden sei und man ihm beigebracht habe, vor dem Überqueren der Straße in beide Richtungen zu schauen. Weiter berichtet die Mutter, ihr Sohn habe nur wenige enge Freunde.

Psychiatrische Untersuchung

Der Junge selbst zappelt während des gesamten Gesprächs herum und hat eindeutig Schwierigkeiten aufzupassen. Er unterbricht die Untersuchung häufig mit Fragen u.a. zur Ausstattung der Praxis. Seine Konzentration ist erheblich beeinträchtigt, wohl aufgrund einer verkürzten Aufmerksamkeitsspanne, obwohl er normal intelligent zu sein scheint. Größe und Gewicht sind altersentsprechend.

Labor

Keines

Fall 4

Anamnese

Ein Vater stellt Ihnen in der Sprechstunde seinen 9-jährigen Sohn vor, da er sich um dessen Verhalten sorgt: Seit insgesamt über einem Jahr, jedoch mit zunehmender Frequenz, komme es inzwischen mehrfach täglich zu wiederholtem Augenzwinkern und einem Grimassenschneiden, auch scheine sich der Junge alle paar Minuten zu räuspern. Kürzlich habe sich außerdem ein Grunzen eingestellt, was das Kind völlig aus der Fassung gebracht und schließlich auch den heutigen Besuch herbeigeführt habe.

Der Vater des Patienten berichtet, dass sein Sohn eigentlich ein „braver Junge“ sei, der auch in der Schule gut zurechtkäme und eine ganze Reihe von Freunden habe. Er bereite weder zuhause noch in der Schule Unannehmlichkeiten. Sein Appetit und seine Stimmung seien „meist gut“.

Psychiatrische Untersuchung

Der Patient erscheint gesund und wach, dabei ist er leicht ablenkbar. Er wirkt intelligent und angemessen in der Kontaktaufnahme. Während des Gesprächs beobachten Sie zahlreiche plötzliche, schnelle und nicht-rhythmische Episoden von Augenzwinkern und Grimassieren mit der Gesichtsmuskulatur, die scheinbar unwillkürlich sind. Gelegentlich grunzt der Junge, wenn er nicht spricht, was ihn selbst zu frustrieren scheint. Größe und Gewicht sind altersgemäß.

Labor

Keines

Fall 5

Anamnese

Eine 15 Jahre junge Patientin hat auf Drängen ihrer Mutter einen Termin in Ihrer Sprechstunde vereinbart. Die Mutter Ihrer Patientin ist sehr in Sorge, weil sie ihre Tochter letzte Woche beim vorsätzlichen Erbrechen erwischt hat. Die Mutter berichtet über ihre Tochter, dass diese strenge Essensregeln habe und oft über mehrere Tage gar nichts zu sich nehme. Im Übrigen sei das Mädchen eine durchschnittliche Schülerin und habe eher wenige Freunde und Freundinnen, was die Mutter auf ein niedriges Selbstwertgefühl zurückführt.

Psychiatrische Untersuchung

Die Patientin befindet sich in gutem Allgemein- und Ernährungszustand. Eine oberflächliche Sexualanamnese spricht für eine unauffällige sexuelle Entwicklung. Sie ist eher etwas übergewichtig (76 kg bei 170 cm Körpergröße, entsprechend einem Body-Mass-Index von 26,3 kg/m²). Sie bemerkt Hautabschürfungen an den Fingerknöcheln und asymmetrische Erosionen des Zahnschmelzes am hinteren Teil einiger Zähne. Es bestehen keine Zyklusunregelmäßigkeiten,

Die Patientin ist wach, in allen Dimensionen orientiert und adäquat im Kontakt. Sie wirkt nicht depressiv. Auf die Frage nach ihrem Essverhalten gibt sie zu, sie erbreche, um ihr Gewicht zu kontrollieren. Dieses selbstinduzierte Erbrechen betreibe sie seit etwa zwei Jahren, damals hätten sich ihre Eltern scheiden lassen. Die Häufigkeit habe zugenommen. Darüber hinaus berichtet das Mädchen von Heißhungerattacken ca. dreimal pro Woche mit Aufnahme großer Essensmengen, im Allgemeinen spät am Abend, wenn niemand sie beobachtet. Zwischen den Anfällen lägen Phasen, in denen Essen keine Rolle spiele. Während der Essattacken komme es zu einem Kontrollverlust und einer Unfähigkeit, das Essen zu beenden, bis sie schließlich körperliche Schmerzen spüre. Sexuell sei sie nicht aktiv, vorwiegend weil sie übergewichtig und nicht attraktiv sei. Die Patientin empfindet sich selbst nicht als depressiv, sie fühle sich aber wertlos und eke sich nach dem Erbrechen oft für einige Zeit vor sich selbst.

Labor

Keines

Fall 9

Anamnese

Ein 4-jähriger Junge wird Ihnen von seiner Mutter auf Zuraten der Kindergärtnerin vorgestellt. Die Mutter berichtet, schon immer über das Verhalten und die Eigenarten ihres Sohnes besorgt gewesen zu sein. Der Junge sei sieben Wochen zu früh geboren und habe kein Wort gesprochen, bevor er 11/2 Jahre alt gewesen sei. Auf sie wirke er sozial zurückgezogen. Er reagiere oft nicht auf seinen Namen und suche nur selten den Kontakt zur Mutter. Auch berichtet die Mutter davon, dass der Bub dieselben Dinge immer und immer wieder ausführe. Seit dem Eintritt in den Kindergarten sei dieses Verhalten immer auffälliger geworden. Er beteilige sich nicht an Gruppenaktivitäten, teile keine Spielsachen, habe Schwierigkeiten in der Kommunikation und der Interaktion mit anderen Kindern und zeige gelegentlich hyperaktives oder stereotypes Verhalten. Disziplinarische Maßnahmen oder Versuche der Zurechtweisung führten bei dem Jungen zu Feindseligkeit, manchmal sogar Streitlust. Als er neulich ein anderes Kind ohne ersichtlichen Grund geschlagen hatte, bat die Kindergärtnerin die Mutter, mit ihrem Kind einen Psychiater aufzusuchen.

Psychiatrische Untersuchung

Ihr kleiner Patient vermeidet Augenkontakt und ist in seiner Mimik eingeschränkt. Seine Sprech- und Sprachfertigkeiten scheinen deutlich unter der altersentsprechenden Norm zu liegen, charakterisiert durch einen ungewöhnlichen Gebrauch von Grammatik und Worten. Oft reagiert er gar nicht auf direkt an ihn gerichtete Fragen. Nachdem Sie ihm ein Spielzeug anbieten, schlägt er dieses mehrmals auf den Boden, bis Sie es ihm nach einigen Minuten wieder abnehmen und es zurück ins Regal stellen. Weitere Frageversuche erweisen sich als aussichtslos, da der Junge nach wie vor mit dem Spielzeug beschäftigt ist, welches er im Regal anstarrt, während er weiterhin so tut, als schlage er mit diesem auf den Boden.

Labor

Keines

Fall 12

Anamnese

Ein 27-jähriger Mann kommt auf Zuraten seines neuen Vorgesetzten in Ihre Sprechstunde. Der Patient weiß nicht so genau, warum er sich bei Ihnen eigentlich vorstellen soll. Sein Chef meint jedoch, er sei „etwas daneben“, und will sicherstellen, dass sein neuer Mitarbeiter in der Lage ist, mit seinen Aufgaben zurechtzukommen. Ihr Patient arbeitet im Postamt und sortiert dort Briefe und Pakete. Es sind keine bedeutenden medizinischen oder psychiatrischen Beschwerden aus der Vorgeschichte bekannt und der Patient nimmt keine Medikamente. Weiter verneint er Fragen nach Drogen- oder Alkoholkonsum. Sein Vater habe allerdings wohl eine Schizophrenie gehabt.

Psychiatrische Untersuchung

Es ist schwierig, mit dem Mann zu kommunizieren, weil er eine seltsame Art zu denken und zu sprechen hat: vage, umständlich, weitschweifig und blumig. Der Affekt des Patienten scheint eingeschränkt zu sein, und es kümmert ihn offenbar nicht weiter, dass er - wie er selbst behauptet - keine engeren Freunde außer seiner Mutter hat. Seiner Ansicht nach seien „alle Menschen gleich, alle kochen nur mit Wasser“. Der Mann hat einen starken Hang zum Okkulten und berichtet von abergläubischen Annahmen, die sein Verhalten seit seiner Jugend bestimmten (so trage er z.B. niemals schwarze Kleidung an einem Montag). Er weist exzentrische Manierismen auf, die jedoch ins Gesamtbild passen und recht organisiert ablaufen.

Der Patient behauptet, keine Halluzinationen zu haben, und scheint auch nicht unter einem Wahn zu leiden. Er fühlt sich nicht depressiv und verneint Suizidali tat glaubhaft. Aus einem Telefonanruf seiner Mutter erfahren Sie, dass sich das Verhalten des Sohnes während der letzten Zeit *nicht* verändert habe. Er sei immer schon ein Sonderling gewesen, habe „aber nie Probleme gemacht“.

Labor

Keines

Fall 13

Anamnese

Eine 37-jährige Frau ist besorgt, weil es ihr ständig „schlecht“ gehe. Sie erzählt Ihnen, sie fühle sich die ganze Zeit erschöpft und überarbeitet und habe häufig Probleme, sich zu konzentrieren. Sie meint, ihre Symptome hätten vor etwa zehn Jahren begonnen, bisher habe sie jedoch niemals psychiatrische Hilfe in Anspruch genommen. Beinahe täglich fühle sie sich niedergeschlagen, außerdem habe sie so gut wie nie das Gefühl, die Dinge in ihrem Leben liefen einigermaßen in Ordnung. Sie habe keinerlei Suizidabsichten und verneint einen Gewichtsverlust. Auch seien nie einzelne Episoden einer besonders schwer ausgeprägten Symptomatik aufgetreten. Von Beruf ist sie Buchhalterin und arbeitet seit zwölf Jahren bei derselben Firma. Ihrer Meinung nach erledigt sie die ihr gestellten Aufgaben angemessen. In der Familienanamnese finden sich Depressionen beim Vater der Patientin sowie bei einem Onkel väterlicherseits.

Psychiatrische Untersuchung

Die Patientin ist wach, orientiert und erscheint normal intelligent. Ihre Stimmung ist deprimiert, sie weint aber nicht. Zudem ist sie pessimistisch und scheint ein recht niedriges Selbstbewusstsein zu haben. Gedächtnis und Urteilsfähigkeit wirken unauffällig. Halluzinationen oder Wahnsymptome lassen sich nicht eruieren. Sie hat keine formalen oder inhaltlichen Denkstörungen. Die Sprache ist unauffällig. Der BMI (Body-Mass-Index) liegt im Normbereich.

Fall 14

Anamnese

Ein 39-jähriger Mann begibt sich mit schweren Kreuzschmerzen in die Notfallambulanz und verlangt nach Pethidin (Dolantin) gegen die Schmerzen. Er gibt an, sich beim Hochsteigen einer Leiter den Rücken verzogen zu haben und nun seit etwa einer Woche unter unerträglichen Schmerzen zu leiden. Er sagt, er sei deswegen bereits beim Arzt gewesen, der ihm ein Rezept für Pethidin gegeben habe, welches jedoch verloren gegangen sei. Ihr Patient meint, kein anderes Schmerzmittel könne den Schmerz bessern. Er habe bisher keine nennenswerten körperlichen oder psychischen Erkrankungen gehabt und nehme keine Medikamente ein. Weiter nehme er keine Drogen und trinke nicht, er rauche jedoch täglich etwa eine Packung Zigaretten.

Psychiatrische Untersuchung

Der Patient schwitzt und wirkt nervös, außerdem gähnt er mehrmals während der Untersuchung. Seine Pupillen sind beidseits symmetrisch dilatiert, die Pupillenreaktion auf Konvergenz und Licht ist jedoch intakt. Ihnen fallen zahlreiche kleine Verkrustungen an seinen Unterarmen auf, die nach Einstichnarben aussehen. Während der Untersuchung weist der Patient eine erhöhte Schmerzempfindlichkeit auf und stöhnt bei jeder Art von Berührung. Bei der Palpation der unteren Rückenpartie zuckt er zusammen. Wenn Sie ihn ablenken, verursacht die gleiche Palpation jedoch keine Beschwerden. Der Lasague-Test fällt beidseits negativ aus, und es finden sich keine muskulären Spasmen. Auch die übrige neurologische Untersuchung ist ohne pathologischen Befund. Die innere wie motorische Unruhe Ihres Patienten nimmt zu. Er bittet Sie wiederholt fordernd darum, ihm endlich die Schmerzen zu nehmen.

Labor/weitere Untersuchungen

Röntgen des lumbosakralen Übergangs in zwei Ebenen: o.B.

Fall 15

Anamnese

Ein 28-jähriger Mann wird von seiner Mutter schweißgebadet, mit hohem Fieber und verwirrt in die Notaufnahme gebracht. Diese berichtet auch, dass er aufgehört habe zu sprechen. Die Symptome hätten am frühen Morgen begonnen und seien seither rapide schlechter geworden. Sie erfahren, dass der Sohn noch zu Hause bei der Mutter wohnt und bei ihm vor ca. zwei Wochen eine Schizophrenie diagnostiziert worden sei. In letzter Zeit habe der Sohn keine Gelegenheit gehabt, sich bei kranken Personen anzustecken. Medikamentös werde er derzeit ausschließlich mit Haloperidol (Haldol*) behandelt. Sonst habe er keine medizinischen Probleme. Nach Aussage der Mutter hat ihr Sohn niemals illegale Drogen oder Alkohol zu sich genommen.

Psychiatrische Untersuchung

T: 41,1 °C RR: 172/98 mmHg P: 106/min. AF: 18/min,

Der Patient schwitzt stark und ist stumm. Er kann keine Fragen beantworten und macht einen ängstlichen Eindruck. Sein Bewusstseinszustand ist eingeschränkt, und die Fähigkeit, Ihnen zu folgen, ist begrenzt. Auch kann er keinen Anweisungen nachkommen. Sie können keine Photophobie feststellen, die Pupillen Ihres Patienten sind seitengleich reaktiv. Ebenso ergeben sich keine Hinweise auf einen Meningismus. Bei der Auskultation ist die Lunge frei, Sie hören auch keine pathologischen Herzgeräusche. Das Abdomen ist palpatorisch weich und ohne Abwehrspannung. Im Rahmen der neurologischen Untersuchung stellen Sie einen muskulären Rigor fest, und auf Aufforderung kann Ihr Patient seine Extremitäten nicht bewegen. Auf Schmerzreize reagiert er jedoch mit leichten Abwehrbewegungen.

Labor/weitere Untersuchungen

Hb: 16 g/dl

Leukozyten: 15800/uJ

Na: 140 mmol/l

K: 4,9 mmol/l

CK: 5200 U/l

CK-MB (Myokard-Fraktion): < 3%

Creatinin: 1,1 mg/dl

TSH_{total}: 2,3 uU/ml

Urinstatus: negativ für Bakterien, Glucose, Leuko- und Erythrozyten; leichte Proteinurie sowie deutliche Myoglobinurie.

Lumbalpunktion/Liquoranalyse: keine Organismen nachweisbar, normale Zellzahlen, Glucosekonzentration und Proteinspiegel sowie normaler Liquordruck.

EKG: Sinustachykardie

CCT: ohne pathologischen Befund

Fall 16

Anamnese

Eine 19-jährige Patientin wünscht eine Überweisung zu einem plastischen Chirurgen. Sie möchte eine Schönheitsoperation ihrer Nase, denn diese sei „viel zu groß“. Die Patientin glaubt, wegen ihrer großen Nase nur wenig Aufmerksamkeit von Männern auf sich zu ziehen. Andererseits bemerke sie immer wieder, wie Menschen in der Öffentlichkeit auf ihren „Zinken“ starren. So halte sie sich aus Angst immer mehr zu Hause auf. Sie habe bereits verschiedene Cremes und Make-ups verwendet, damit ihre Nase kleiner aussehe, jedoch ohne Erfolg. Die Patientin berichtet über keine weiteren medizinischen oder psychischen Probleme in der Vergangenheit, obwohl sie einräumt, sich relativ häufig depressiv zu fühlen. Sie verneint Suizidabsichten und den Gebrauch von Drogen. Alkohol trinke sie nur selten.

Psychiatrische Untersuchung

Die Patientin ist wach, orientiert und wirkt normal intelligent. Aufmerksamkeit und Konzentration erscheinen ebenfalls unauffällig. Im formalen Denken finden Sie keine Auffälligkeiten, auch für Halluzinationen oder Wahnvorstellungen gibt es keinen Anhalt. Die Nase erscheint im Verhältnis zum Gesicht der jungen Frau wohl proportioniert, eher würden Sie sie unter den „kleinen Nasen“ einordnen. Ihnen fällt auf, dass Ihre Patientin häufig versucht, ihre Nase mit ihren Händen zu verdecken, wenn sie Sie ansieht. Einmal fragt die Frau während des Gesprächs explizit, ob Sie auf ihre Nase starren. Ansonsten fällt Ihnen nichts Besonderes auf.

Labor

Keines

Fall 17

Anamnese

Eine Frau von 31 Jahren kommt mit dem Krankenwagen in die Notaufnahme, nachdem sie einen Selbstmordversuch unternommen hat, indem sie ihre Unterarme mit einem Rasiermesser aufgeschnitten hat. Sie sagt, sie habe sich nach einem Streit mit ihrer „Mitbewohner-Freundin“ selbst verletzen wollen. Die Patientin nennt ihre Freundin, mit der sie seit etwa einem halben Jahr eine „Beziehung mit vielen Unterbrechungen“ habe, ein „bösesartiges Monster“. Sie beschreibt außerdem ein chronisches Gefühl der Leere und der Langeweile und gibt zu, in der Vergangenheit immer wieder Drogen genommen und Alkohol in rauen Mengen getrunken zu haben, um unangenehme Gefühle zu betäuben. Sozialanamnestisch berichtet sie von zahlreichen Sexualpartnern in der Vergangenheit, sowohl Männern als auch Frauen, ohne dass es längere feste Partnerschaften gab. Beruflich habe sie in den letzten Jahren verschiedene Aushilfsjobs angenommen, sie habe aber nie länger als ein paar Monate durchgehalten. Im Rahmen der Erhebung der Familienanamnese gibt die Patientin an, dass ihre Mutter medikamentenabhängig gewesen sei und Depressionen gehabt habe. In den Krankenakten finden sich eine Reihe suizidaler Handlungen während der vergangenen fünf Jahre.

Psychiatrische Untersuchung

Die Patientin ist wach, allseits orientiert und wirkt zunächst etwas feindselig. Ihre Stimmung ist labil, während des gemeinsamen Gesprächs schwankt sie zwischen Ärger und Tränen, zwischendurch lacht sie auch. Sie berichtet von einem Therapeuten, der „ein Engel und ihr absoluter Traummann“ gewesen sei. Aus finanziellen Gründen habe sie jedoch die Therapie bei ihm abbrechen müssen. Weiter berichtet die Patientin von ziemlich chaotischen zwischenmenschlichen Beziehungen seit ihrer Jugend. Bei der Untersuchung ihrer Handgelenke und Unterarme entdecken sie zahlreiche feine, oberflächliche Schnittwunden und Schnittwundennarben, die zu Verletzungen mit einer Rasierklinge passen. Ihre Patientin sagt Ihnen, sie hätte sich die Schnitte zufügen müssen, weil ihre Freundin sie sonst verlassen hätte.

Labor

Keines

Fall 18

Anamnese

Eine 27-jährige Frau klagt über häufige Spannungskopfschmerzen, die sie mit Stress in Verbindung bringt. Ihrer Meinung nach sei sie an ihrem Stress meist selbst schuld, da sie sich ständig Sorgen über ihre Arbeit, die Wohnung, finanzielle Angelegenheiten, ihren Freund oder ihre Haustiere mache. Ihre Kopfschmerzen, aber auch andere Symptome hätten vor etwa drei Jahren begonnen und würden beinahe täglich auftreten. Die Patientin beschreibt sich als häufig gereizt, nervös und rastlos, worauf sie auch Konzentrationsprobleme und ein ständiges Gefühl der Erschöpfung zurückführt. Sie arbeitet als Sekretärin in einer Kanzlei und hat den Eindruck, dass auch ihre Arbeit durch die Symptomatik beeinträchtigt werde, wenn sie auch am Arbeitsplatz noch niemals gemäßregelt worden sei. Sie verneint Drogen- und Alkoholmissbrauch.

Psychiatrische Untersuchung

Die Patientin ist wach, allseits orientiert und scheint normal intelligent. Sie wirkt unruhig, ängstlich und berichtet von Schlafstörungen. Gedächtnis und Konzentration scheinen objektiv unauffällig. Während der körperlichen Untersuchung erwähnt Ihre Patientin eine Reihe physischer Probleme wie Atemlosigkeit, trockenen Mund, gelegentliches Herzpochen und Diarrhöe. Augen und Oropharynx erscheinen unauffällig, auch die Inspektion und Palpation der Schilddrüse sowie die kardiale und pulmonale Untersuchung ergeben keinen pathologischen Befund. Bei der Palpation und Auskultation des Abdomens finden sich eine weiche Bauchdecke und unauffällige Darmgeräusche. Auch die neurologische und orientierende dermatologische Untersuchung sind o. B. Ihre Sprechstundenhilfe betritt gegen Ende der Untersuchung den Raum, was ihre Patientin sichtlich erschreckt: Sie atmet schwer, fasst sich an die Brust und beruhigt sich erst wieder, als sie die betreffende Person erkennt.

Labor/weitere Untersuchungen

TSH_{baMI}: 2,6 p.U/ml

Ca: 2,2 mmol/l

Hb: 13 g/dl

Nüchternglucose: 86 mg/dl

Drogenscreening im Urin: negativ

EKG: Sinusrhythmus, normale Zeitwerte und altersentsprechender Stromkurvenverlauf

Fall 20

Anamnese

Die Polizei bringt eine 29-jährige Frau in die Notaufnahme, weil sie nackt ein großes Holzkreuz tragend durch die Fußgängerzone lief. Die Patientin war agitiert und musste mit Handschellen abgeführt werden. Sie bestand darauf, ihre Gottesmission fortsetzen zu dürfen und forderte mehrfach, wieder frei gelassen zu werden. In der Notaufnahme betonte die Patientin mehrfach, ihr Name sei „die Botin“.

Nachdem ein Nachbar den Ehemann der Patientin von der Festnahme benachrichtigt hat, begibt sich dieser sofort zu Ihnen. Er berichtet, dass die Symptome seit zwei Wochen langsam zugenommen hätten, vorher erinnert er keinerlei merkwürdiges Verhalten seiner Frau. Zunächst sei seine Frau ungewöhnlich energiegeladener geworden und habe kaum mehr schlafen müssen. Sie habe zunehmend mehr geredet, obwohl sie ansonsten ein eher ruhiger und zurückhaltender Mensch sei. Seit einigen Tagen sei sie plötzlich von religiösen Ideen besessen, obwohl sie eigentlich über Jahre ihren Glauben nicht praktiziert habe. Scheinbar habe die Frau das Haus verlassen, als der Ehemann geschlafen habe, ohne ihm Bescheid zu geben. Der Ehemann berichtet weiter, seine Frau habe keine relevanten medizinischen Erkrankungen, sie nehme keine Medikamente oder illegale Drogen und trinke keinen Alkohol im Übermaß.

Psychiatrische Untersuchung

Die Patientin ist sehr logorrhoeisch, ihre Sprache ist desorganisiert und schnell. Sie behauptet, eine „Botin Gottes“ zu sein, und sie sei gesandt, um den Führern der Welt eine verschlüsselte Botschaft zu überbringen. Sie spreche fast ständig mit Gott und schlafe seit Tagen kaum, weil sie „so viel zu tun“ habe. Ihre Patientin ist leicht ablenkbar, unterbricht häufig Ihre Fragen und springt ohne Redepausen von einem Thema zum nächsten.

Labor/weitere Untersuchungen

Drogenscreening im Urin: negativ

Alkoholspiegel: 0,0 ‰

TSH_{bas.}: 2,0 µU/ml

Ca: 2,2 mmol/l

Na: 140 mmol/l

Creatinin: 0,9 mg/dl

Fall 21

Anamnese

Ein 32-jähriger Mann wird von seinem Bewährungshelfer in Ihre Sprechstunde geschickt. Er wurde kürzlich wegen Kreditkartenbetrugs verhaftet. Seit seinem 10. Lebensjahr hat der Patient bereits mehrfache Verhaftungen hinter sich, u.a. wegen Diebstahl, Überfällen, Betrug und Brandstiftung. Medizinische oder psychiatrische Vorerkrankungen sind nicht bekannt. Der Delinquent nimmt keine Medikamente, er gibt jedoch an, täglich Alkohol zu trinken, außerdem habe er schon unzählige Male „bis zur Bewusstlosigkeit gesoffen“. Zudem habe er Erfahrungen mit den verschiedensten illegalen Drogen gemacht und diese in der Vergangenheit auch verkauft. Er gibt an, Kinder mit mehreren Frauen zu haben, er habe jedoch keinen Kontakt mehr zu den Frauen und zahle nicht für den Unterhalt der Kinder. Der Vater des Patienten ist Alkoholiker gewesen und verließ die Familie, als der Patient drei Jahre alt war.

Psychiatrische Untersuchung

Der Patient ist wach, in allen vier Dimensionen orientiert und wirkt normal intelligent. Er ist ein angenehmer Gesprächspartner und zeigt keine Zeichen von Angst oder Depression. Das Denken ist formal und inhaltlich ohne pathologischen Befund. Als Sie auf die Verhaftungen zu sprechen kommen, weicht der Patient aus und wechselt mehrfach charmant das Thema. Auf eine direktere und nachdrücklichere Konfrontation reagiert der Mann defensiv und feindselig und weigert sich, auf Ihre Fragen zu antworten. Er scheint keine Reue für seine Verbrechen oder für sein Verhalten im Bezug auf seine Kinder zu empfinden.

Labor

Keines

Fall 22

Anamnese

Ein 32-jähriger Patient kommt in die Notaufnahme und berichtet, am Morgen Blut in seinem Urin entdeckt zu haben. Dies komme zum ersten Mal vor. Ansonsten habe er keine Symptome und nehme keine Medikamente. Er verneint Fragen nach Alkoholkonsum und illegalen Drogen, auch die Familienanamnese erbringt keine besonderen Hinweise. Er arbeitet als Krankenpfleger.

Psychiatrische Untersuchung

Die Vitalzeichen sind normal. Ein Ganzkörperstatus ergibt keine bedeutenden pathologischen Veränderungen, bei der abdominellen Untersuchung finden sich keine Resistenzen und die Bauchdecken sind weich. Gegen Ende Ihrer Untersuchung betritt eine Krankenschwester den Raum: sie legt die Kleidung des Patienten über einen Stuhl, wobei eine halbvolle Medikamentenschachtel mit Marcumar*-Tabletten aus der Hosentasche fällt. Der Patient weist jedes Wissen über die Tabletten von sich und behauptet, die Krankenschwester hätte sie mitgebracht.

Vor dem Untersuchungsraum berichtet Ihnen die Schwester, sie habe den Patienten vor Vi Jahr schon einmal in einem benachbarten Krankenhaus gesehen, in dem sie damals noch gearbeitet habe. Sie glaubt, er sei damals dort wegen Hämaturie stationär aufgenommen worden. Ein Anruf bestätigt diese Aufnahme. Auch das Gerinnungslabor passte damals zu massivem Marcumar⁹-Einsatz. Der Patient hat damals das Krankenhaus gegen ärztlichen Rat verlassen. Als Sie zurück ins Untersuchungszimmer kommen, ist der Patient verschwunden.

Labor/weitere Untersuchungen

Urinstatus: zahlreiche Erythrozyten, sonst o. B.

Fall 23

Anamnese

Eine Mutter hat bei Ihnen einen Sprechstundentermin für ihre 16-jährige Tochter vereinbart, da sie die häufigen Weinanfälle des iMädchens beunruhigten. Die Mutter berichtet, dass sich ihre Tochter traurig und depressiv gebe, seitdem sie vor etwa einem Monat die Beziehung mit ihrem Freund beendet habe. Das Kind habe erstmals in ihrer Schullaufbahn eine Vier mit nach Hause gebracht, außerdem habe sie seit der Trennung nicht mehr richtig gelernt und auch nicht mehr so viel mit ihren Freunden unternommen wie sonst. Normalerweise sei sie eine Einserschülerin und ziemlich unternehmungslustig. Ihre Patientin hatte bisher keine schwereren medizinischen oder psychiatrischen Erkrankungen, sie nimmt keinerlei Medikamente, außerdem verneint sie jeglichen bisherigen Drogen- oder Alkoholkonsum.

Psychiatrische Untersuchung

Das Mädchen macht einen physisch gesunden Eindruck, auch ihr Ernährungszustand ist unauffällig. Ihr ist jedoch sichtlich zum Weinen zumute. Auch sie selbst berichtet, sich seit der Trennung vom Freund, mit dem sie vier Monate zusammen war, traurig und depressiv zu fühlen. Ihre Patientin erwähnt auch, dass ihr die Schularbeiten „entglitten“ seien. Sie habe aber nicht an Gewicht verloren und bisher auch keine Schlafstörungen gehabt. Sie verneint Ihre Frage nach Suizidabsichten. Auch finden Sie keine Hinweise auf psychomotorische Einschränkungen, Halluzinationen oder Wahnideen. Gedächtnis und Konzentration sind unauffällig, ferner scheint Ihre Patientin überdurchschnittlich intelligent zu sein.

Labor/weitere Untersuchungen

Schwangerschaftstest im Urin: negativ

Fall 26

Anamnese

Eine 28-jährige Frau bittet Sie um „Hypnose oder irgendeine andere Behandlung, damit endlich ihre Furcht vor Hunden weggeht“. Sie sagt, diese Angst bestehe seit ihrer Kindheit, weswegen sie die Tiere immer gemieden habe. Kürzlich habe sie jedoch einen Mann kennen gelernt, den sie sehr möge, der aber ein Hundeliebhaber sei und mehrere große Hunde besitze. Sie müsse unbedingt ihre Hundeangst verlieren, damit sie einer Einladung zum Abendessen bei ihm folgen könne.

Die Patientin ist niemals von einem Hund angefallen worden. Sie sieht selbst ein, dass ihre Furcht eigentlich irrational ist. Jedoch habe sie in Gegenwart von Hunden ein extremes Schaudern und Schwierigkeiten beim Atmen.

Die Patientin ist als Buchhalterin tätig. Die medizinische und psychiatrische Vorgeschichte ist unauffällig, sie nimmt keine regelmäßige Medikation ein. Des Weiteren verneint sie den Konsum illegaler Drogen, Alkohol trinke sie nur gelegentlich in Gesellschaft. Sie erwähnt noch, dass ihre Mutter ebenfalls Angst vor Hunden hatte.

Psychiatrische Untersuchung

Ihre Patientin ist wach, allseits orientiert und im Kontakt angemessen. Ihr Affekt scheint normal zu sein, insbesondere wirkt sie *nicht* depressiv. Formales wie inhaltliches Denken sind unauffällig. Bei Durchführung eines MMS (Mini-Mental-State) ergeben sich keine Abnormitäten von Konzentration und Gedächtnis. Halluzinationen oder Wahnideen lassen sich nicht eruieren.

Labor

Keines

Fall 27

Anamnese

Ein 58-jähriger Witwer klagt über diffuse Bauchschmerzen. Aus der Vorgeschichte sind ein langjähriger **Alkoholismus** und eine Depression bekannt. Er gibt zu, kürzlich seine tägliche Alkoholdosis erhöht zu haben, nachdem er vor einer Woche seinen Job verloren habe und sich der Todestag seiner Frau zum ersten Mal jährt. An früheren Erkrankungen sind neben dem Alkoholismus bekannt: Gicht, Depressionen und ein früherer Suizidversuch durch Erhängen. Derzeit nimmt er täglich Allopurinol (Zyloric) zur Senkung des Harnsäurespiegels, sonst keine weiteren Medikamente.

Psychiatrische Untersuchung

Ihr Patient ist wach und allseits orientiert, er wirkt aber psychomotorisch verlangsamt. Außerdem hat er eine Alkoholfahne. Sonst ergeben sich bei der körperlichen Untersuchung keine weiteren relevanten Hinweise, die Bauchdecken sind weich und die Darmgeräusche unauffällig. Der Patient gibt an, sich wertlos zu fühlen, hoffnungslos zu sein und dass „die Welt wohl besser dran wäre, wenn es ihn nicht mehr gäbe“. Er entschuldigt sich, Ihre Zeit zu vergeuden, und steht auf, um zu gehen.

Labor

Hämocult-Test: dreifach negativ

Fall 28

Anamnese

Ein 17-jähriger junger Mann wird von seinen Eltern in die Notaufnahme gebracht, nachdem diese vom Internatslehrer angerufen worden waren. Dieser habe gemeint, dass ihr Sohn sich sehr ungewöhnlich verhalte und seltsam spreche, ganz anders als vor $\frac{1}{2}$ Jahr, als er neu in dieses Internat gekommen sei. Der Junge rede unzusammenhängendes Zeug mit komischen Redewendungen und Wörtern, die keinen Sinn ergäben. Außerdem sei er bereits mehrmals in den Gängen und im Garten des Internats gesehen worden, wie er mit imaginären Leuten gesprochen habe. Der Zimmerkollege des Patienten berichtete den Eltern, dass sein Mitbewohner sich „fast wie ein Zombie“ gebärde, kaum Gefühle mehr zeige und zuletzt auch nicht mehr in den Unterricht gegangen sei. Die Eltern berichten, sie selbst hätten während der vergangenen sechs Monate eine längere Geschäftsreise in die USA unternommen und seien „sehr erstaunt“ über die Veränderungen ihres Sohnes. Von dem jungen Mann sind keine besonderen früheren medizinischen oder psychiatrischen Erkrankungen bekannt. Die Eltern erwähnen aber, dass er sich vor etwa einem Jahr schon vermehrt zurückgezogen und damals schon einige seltsame Ideen entwickelt habe. Sie hätten damals gedacht, das wäre „so ein Phase, durch die er gerade ginge“, sich aber keine weiteren Sorgen um ihn gemacht. Er nehme ihres Wissens nach keine Medikamente bzw. Alkohol oder Drogen zu sich.

Psychiatrische Untersuchung

Ihr Patient ist wach, äußerlich wirkt er vernachlässigt und **ungepflegt**. Seine Sprechweise ist desorganisiert-aufgelöst, manchmal inkohärent. Sie können ihm nur schwer folgen. Während des Gesprächs beobachten Sie, wie Ihr Patient zur Seite blickt, als würde er jemandem zuhören, und dabei manchmal zustimmend nickt. Im Affekt ist er verflacht, seine Gedankengänge sind z.T. nicht nachvollziehbar oder verständlich, manchmal aber auch sehr konkret.

Labor/weitere Untersuchungen

CCT: altersentsprechend unauffällig

Fall 29

Anamnese

Eine 20-jährige Frau ist wegen wiederholter Unpünktlichkeit am Arbeitsplatz „gefeuert“ worden. Sie glaubt, dass ihre Verspätungen mit ihren ausgeprägten Sorgen um die persönliche Hygiene zu tun haben, und sie fragt sich, ob sie professionelle Hilfe brauche. Die Patientin sagt, sie wasche sich mindestens zehn Mal am Tag die Hände. Üblicherweise wasche sie sich diese erneut, nachdem sie einen Gegenstand berührt habe, den andere Menschen zuvor angefasst haben könnten. Sie tue dies aus Besorgnis über mögliche Krankheitserreger und einen ununterdrückbaren Drang, diese von ihren Händen fern zuhalten. Die junge Frau meint, sie müsse „förmlich explodieren“, wenn sie in einer entsprechenden Situation nicht unverzüglich ein Waschbecken finde. Schon am Morgen, bevor sie die Wohnung verlasse, müsse sie ihre Hände mehrmals waschen. Auch auf dem Weg zu ihrer Arbeit als Sekretärin habe sie immer wieder Zwischenstopps einlegen müssen, nachdem sie Türgriffe, Aufzugknöpfe oder andere „kontaminierte“ Gegenstände angefasst habe. Ihre Patientin weiß, dass ihre ausgeprägten Bedenken, was Sauberkeit und Keime betrifft, ungewöhnlich sind, sie könne sich jedoch nicht dagegen wehren.

Ansonsten liegen bei der jungen Frau wohl keine anderen relevanten medizinischen oder psychiatrischen Erkrankungen vor, sie nimmt nach eigenen Angaben keine Medikamente und weder Alkohol im Übermaß noch irgendwelche Drogen zu sich.

Psychiatrische Untersuchung

Die Patientin ist wach, allseits orientiert, angemessen im Kontakt und scheint normal intelligent zu sein. Ihnen fällt auf, dass ihre Hände rau und erythematös sind, außerdem untersucht die Patientin diese während des Gesprächs ständig selbst. Die Frau scheint zunehmend unter Spannung zu geraten, bis sie sich entschuldigt und sich ihre Hände im Waschbecken des Untersuchungszimmers wäscht. Danach wirkt sie deutlich entspannter. Konzentration und Gedächtnis sind unauffällig. Die Patientin verneint ferner Ihre Fragen nach depressiver Stimmung und Suizidabsichten.

Labor

Keines

Fall 31

Anamnese

Eine 25-jährige Frau stellt sich zu einer Folgebesprechung vor, um mit Ihnen die Ergebnisse einer Reihe von Untersuchungen durchzugehen, die aufgrund rezidivierender Schmerzen in der Brust durchgeführt worden sind. Sie scheint enttäuscht, dass man keine Ursache für ihre Symptome gefunden hat, und die negativen Testergebnisse scheinen sie nicht besonders beruhigt zu haben. Ein EKG, ein CT, eine Gastroduodenoskopie und verschiedene Blutuntersuchungen (Entzündungs- und Autoimmunparameter) ergaben allesamt Normalbefunde. Während der vergangenen sieben Jahre hatte die Patientin bereits einschlägige Untersuchungen des Gastrointestinal- und des Urogenitaltraktes - jeweils ohne pathologischen Befund - durchführen lassen. Auch die Abklärung verschiedener Schmerzsymptome (inkl. Kopf-, Rücken-, beidseitigen Brust- und Extremitätenschmerzen) sowie eines Tinnitus hatten keine Krankheitshinweise ergeben.

Psychiatrische Untersuchung

Die Patientin ist wach und allseits orientiert, die neurologische Untersuchung o.B. Ihre Patientin beschreibt ihre Brustschmerzen sehr emotional und dramatisch. Ihnen fällt auf, dass die Frau ihren Schmerz anders als beim letzten Gespräch schildert. Ihre Patientin berichtet, dass sie immer schon gekränkelt habe, was sie in der Schulzeit und jetzt im Berufsleben in ihrer Arbeitsfähigkeit sehr beeinträchtigt. Finanziell sei sie unabhängig, sie habe nie Rente oder eine andere finanzielle Unterstützung beantragt. Stimmung und Affekt sind unauffällig, die Patientin bezeichnet sich selbst auch nicht als depressiv.

Labor/weitere Untersuchungen

Siehe oben

Fall 33

Anamnese

Ein 67-jähriger Mann kommt auf Zuraten seines Sohnes in Ihre Sprechstunde. Er gibt an, große Schwierigkeiten damit zu haben, sich an den Verlust seiner Frau zu gewöhnen, die vor drei Monaten bei einem Autounfall ums Leben gekommen sei. Seit ihrem Tod befinde er sich in einem Schockzustand sowie im Unglauben, und außerdem müsse er fast täglich weinen. Zudem berichtet er von Schlafproblemen, Appetitlosigkeit und Schuldgefühlen, da er am Unglückstag seine Frau eigentlich selbst zum gewünschten Ziel hätte bringen sollen. Immer wieder habe er seit dem Tod die Anwesenheit seiner Frau gespürt, auch wenn ihm bewusst ist, dass derartige Wahrnehmungen nicht real sind. Neulich habe er sogar den Eindruck gehabt, sie in der Fußgängerzone gesehen zu haben, bis er erkannte, dass es sich um eine Passantin handelte, die seiner Frau sehr ähnlich sah.

Psychiatrische Untersuchung

Ihr Patient ist wach und allseits orientiert, er wirkt jedoch etwas schüchtern und zurückgezogen. Seine Gedanken sind logisch und linear. Er verneint jegliche Suizidalität, ebenso wie Gefühle der Wert- oder Hoffnungslosigkeit, obwohl er zugeben muss, zuweilen zu denken, dass das Leben „seinen Sinn verloren hat“. Er beschreibt, dass Gefühle der Trauer in kurzen, plötzlichen Wellen über ihn kommen. Die Häufigkeit habe aber während der vergangenen Wochen eher abgenommen. Ihr Patient weiß, dass seine Frau gestorben ist und dass sie nicht wiederkommen wird, vermisst sie aber sehr. Auch gibt er an, dass es ihm bisher nicht gelungen sei, irgendetwas von den Habseligkeiten seiner Frau wegzugeben, da dies für ihn zu schmerzvoll wäre.

Labor

Keines

Fall 35

Anamnese

Ein 23-jähriger Mann wird von einem Freund wegen Schmerzen hinter dem Brustbein und Herzstolpern in die Notaufnahme gebracht. Der Patient meint, seine Schmerzen hätten vor etwa einer halben Stunde begonnen, als er gerade auf einer Party war. Bisher habe er nie Symptome dieser Art gehabt. Die medizinische und psychiatrische Vorgeschichte ist unauffällig.

Psychiatrische Untersuchung

T: 37,3°C RR: 172/92 mmHg P: 96/min. AF: 16/min.

Ihr Patient ist agitiert, psychomotorisch unruhig und schweißgebadet. Bei der neurologischen Untersuchung finden Sie beidseitig diktierte Pupillen mit normaler isokor-sym-metrischer Reaktion auf Licht. Die Nasenschleimhäute sind irritiert und gerötet, dabei fallen Blutkrusten und Mucosa-Ulzerationen im rechten Nasenloch auf sowie eine bilaterale klar-flüssige Rhinorrhoe. Die Halslymphknoten sind nicht geschwollen, die Auskultationsbefunde der Lunge wie des Herzens sind unauffällig. Für den übrigen körperlichen Status findet sich ebenfalls kein pathologischer Befund. Während Ihrer Untersuchung wird der Patient agitierter und erscheint zunehmend paranoid und verwirrt. Er berichtet, dass er sich fühle, als ob Insekten unter seiner Haut krabbelten. Während Ihrer Mini-Mental-State-Untersuchung kommt es zu einem Grand-mal-Anfall. Der Freund des Patienten erwähnt, dass Ihr Patient möglicherweise Drogen eingenommen hat.

Labor/weitere Untersuchungen

Drogenscreening im Urin: Ergebnis steht noch aus

EKG: Sinusrhythmus mit häufig einfallenden ventrikulären Extrasystolen

CCT: o.B.

Elektrolyte: Normalbefunde

Fall 36

Anamnese

Ein Mann von 41 Jahren kommt in Ihre Sprechstunde. Seine Frau hat ihm dazu geraten. Er selbst habe schließlich eingewilligt, weil er meint, er könne „etwas für seinen Schlaf gebrauchen“. Die Frau des Patienten macht sich hingegen Sorgen, weil ihr Ehemann glaube, der Bundesnachrichtendienst (BND) sei hinter ihm her und versuche, sein Leben zu zerstören, weil sein inzwischen verstorbener Cousin zweiten Grades vor 15 Jahren einen Polizisten umgebracht habe. Die Frau berichtet, ihr Mann verbringe einen Großteil seiner Freizeit damit, nach handfesten Beweisen für dieses Komplott zu suchen. So sitze er täglich mehrere Stunden mit einem Fernglas zu Hause am Fenster, um zu überprüfen, ob ihn BND-Agenten beobachteten. Außerdem kontrolliere er die Wohnung nach Abhörwanzen. Die Symptome haben sich nach Angaben der Frau während der vergangenen Monate nach und nach entwickelt, beeinträchtigen den Patienten inzwischen aber auch in seiner Arbeit. Zudem habe das Ehepaar mittlerweile so gut wie kein Sozialleben mehr. Es sind keine früheren signifikanten medizinischen oder psychiatrischen Erkrankungen bekannt, der Patient nimmt auch keine Medikamente ein. Seine Familienanamnese gibt Ihnen keinen besonderen Aufschluss.

Psychiatrische Untersuchung

Ihr Patient ist wach und allseits orientiert, Wahrnehmungsstörungen lassen sich nicht eruieren. Sein Denken ist zielgerichtet und logisch organisiert. Der Mann wirkt misstrauisch, scheint aber normal intelligent. Gedächtnis und Konzentration sind unauffällig. Er fragt Sie, ob Sie Mitglied des BND seien oder ob Sie jemanden kennen, der dort arbeite. Nachdem Sie diese Fragen negiert haben, erzählt er ihnen, dass der BND es darauf angelegt habe, ihn zu ruinieren. Er behauptet, er habe „Klicks“ gehört, die anzeigen, dass an seinem Telefon eine Abhöranlage installiert sei, obwohl er einräumen muss, dass drei von ihm angeworbene Spezial-Sicherheitsfirmen es nicht fertig gebracht hätten, Beweise für diese Abhöranlage zu finden. Zudem sei er überzeugt, dass seine Post täglich kontrolliert werde, wenn er auch an jenen Tagen, an denen er den Postboten beobachtet habe, noch keine direkten Beweise dafür habe entdecken können.

Ihr Patient ist Archivar in leitender Position. Er gibt an, er sei beunruhigt, weil der BND ihn inzwischen auch an seinem Arbeitsplatz überprüfe. Er verneint kriminelle Handlungen oder Rechtsverstöße in der Vergangenheit und behauptet, nun für das angegriffen zu werden, was sein Cousin zweiten Grades vor 15 Jahren getan habe. Seiner Meinung nach käme der Befehl, ihn zu beschatten, vom Chef des BND, über den er selbst eine ganze Menge wisse. Ihr Patient wirkt nicht depressiv, er neigt nicht zu bizarren Verhaltensweisen, auch finden sich keine Hinweise auf Halluzinationen.

Labor/weitere Untersuchungen

CCT: ohne pathologischen Befund

Fall 38

Anamnese

Eine 37-jährige Frau leidet unter Kopfschmerzen und Müdigkeit. Sie berichtet, immer müde zu sein und nicht gut schlafen zu können, vielmehr wache sie fast täglich unfreiwillig sehr früh morgens auf. Sie beschreibt ihren Kopfschmerz als dumpfen Schmerz über dem ganzen Kopf, der ziemlich häufig auftritt. Die Symptomatik habe vor ca. drei Wochen begonnen und sich seither stetig verschlimmert. Die Patientin berichtet außerdem von einem Interessenverlust, sie gehe ihren Hobbys nicht mehr nach und sei aufgrund ihrer Müdigkeit für mehrere Tage von der Arbeit fern geblieben. Nun fragt sie sich, ob sie einen Hirntumor haben könne, da sie auch Konzentrationsschwierigkeiten habe und öfter Weinanfälle bekomme. Weiter berichtet sie von einem Appetitverlust.

Es liegen keine besonderen früheren medizinischen oder psychiatrischen Erkrankungen vor. Ihre Patientin nimmt außer Paracetamol (gegen ihre Kopfschmerzen) keine weiteren Medikamente. Sie verneint jeglichen Konsum von Alkohol oder Drogen. Die Frau ist verheiratet und hat zwei Kinder im Teenageralter.

Psychiatrische Untersuchung

Die körperliche Untersuchung ist unauffällig. Ihre Patientin ist wach, allseits orientiert und ihr Denken inhaltlich unauffällig, formal leicht verlangsamt. Während des Gesprächs fällt Ihnen auf, dass sie psychomotorisch überhaupt etwas verlangsamt ist. Einmal bricht die Patientin plötzlich in Tränen aus. Sie entschuldigt sich ausgiebig dafür und ergänzt, dass sie sich in letzter Zeit überwiegend traurig gefühlt habe. Sie führt das am ehesten auf familiäre Probleme zurück, sie habe sich nämlich erst kürzlich von ihrem Ehemann getrennt. Die Frau räumt ein, dass sie sich derzeit gar nicht von belastenden Gedanken befreien könne und dass ihr „Leben sinnlos ist“. Eine akute Suizidalität verneint sie jedoch.

Labor

Hb: 14 mg/dl Leukozyten: 7000/ul

BSG: 8 mm/h

TSH_{barf}: 2,1 nU/ml

Blutgasanalyse: unauffällig

Fall 39

Anamnese

Eine 28-jährige Frau kommt zu Ihnen, weil sie glaubt „verrückt zu werden“. Sie datiert den Beginn ihrer Symptome auf ein Ereignis vor etwa zwei Monaten zurück, als sie auf dem Nachhauseweg vom Supermarkt von einem Unbekannten vergewaltigt und beraubt worden war. Sie habe mit schweren Verletzungen im Krankenhaus gelegen. Einige Wochen nach der Entlassung hätten sich dann heftige Alpträume entwickelt, die sich inhaltlich auf den Vorfall bezögen. Zudem berichtet die Patientin von ausgeprägten Ängsten, ja sogar Panikattacken, immer wenn sie an der Stelle des Geschehens vorbei müsse, was praktisch jeden Tag auf dem Heimweg der Fall sei. Obst und Gemüse kaufe sie inzwischen in einem Geschäft am anderen Ende der Stadt. Auch könne sie nicht an den Namen des alten Geschäftes denken, ohne einen Schweißausbruch zu bekommen.

Die Patientin beschreibt weiter Schlafprobleme und bemerkt, sie sei „allgemein fürchterlich nervös“. Die kleinsten Dinge würden sie aus der Bahn werfen. Sie sei bisher niemals medizinisch oder psychisch ernstlich krank gewesen, zudem habe sie bisher keine Medikamente über einen längeren Zeitraum genommen. Allerdings bittet sie Sie, ihr jetzt etwas zu verschreiben, damit sie besser schlafen könne. Sie trinke nur selten Alkohol und habe keinerlei Erfahrungen mit Drogen. Die Patientin ist ledig und hat keine Kinder.

Psychiatrische Untersuchung

Ihre Patientin scheint sich während des Gesprächs schwer konzentrieren zu können und wirkt relativ unruhig. Sie ist jedoch wach, in allen Dimensionen orientiert und ihr Denken scheint während der Untersuchung formal und inhaltlich ungestört. Sie erwähnt eine gewisse Distanziertheit ihren Freunden und ihrer Familie gegenüber. Außerdem beschreibt sie wiederkehrende Bilder vom Überfall, die von Zeit zu Zeit vor ihrem inneren Auge aufblitzten, obwohl sie sich bemühe zu vermeiden, daran zu denken. Ihre Patientin verneint Suizidabsichten, allerdings frage sie sich jetzt doch ab und zu, was nun aus ihrem Leben werden soll und ob sie überhaupt jemals heiraten werde.

Labor

Keines

Fall 40

Anamnese

Eine 19-jährige Patientin wird in die Notaufnahme gebracht, weil sie plötzlich auf beiden Augen erblindet ist. Ihre Symptome hätten vier Stunden zuvor begonnen, während der ersten zwei Stunden habe sie jedoch niemandem in ihrer Familie davon erzählt. Die junge Frau berichtet, sie sei „total blind“ und nehme keinerlei Lichteindrücke mehr wahr. Sie verneint jegliche anderen Symptome und gibt an, bisher keine auffälligen medizinischen oder psychiatrischen Störungen in ihrem Leben gehabt zu haben. Auch nehme sie praktisch keinen Alkohol und keinerlei Drogen zu sich.

Psychiatrische Untersuchung

Bei der körperlichen Untersuchung finden sich keine fokal-neurologischen Ausfälle. Die Pupillen sind isokor und reagieren normal und prompt auf Licht. Eine Funduskopie ergibt ebenfalls einen unauffälligen Befund. Ihre Patientin kann keine Finger zählen und gibt an, die Sehtafel nicht zu sehen. Als Ihre Sprechstundenhilfe die Spritze vorbereitet, um der Patientin Blut abzunehmen, bemerken Sie, wie die Patientin ihren Arm zurückzieht. Die übrige körperliche Untersuchung erweist sich als unauffällig.

Die junge Frau ist wach und in allen Dimensionen orientiert. Im Gegensatz zu ihrer Familie wirkt die Patientin selbst nicht sehr besorgt, was ihre Symptome betrifft. Sie berichtet Ihnen, dass ihr Freund, mit dem sie seit zwei Jahren zusammen gewesen sei, gestern Abend mit ihr Schluss gemacht habe. Sie bestehe darauf, dass dieser über ihren Zustand telefonisch informiert werde, da sie sich sicher sei, er werde sich Sorgen machen und sie deshalb im Krankenhaus besuchen kommen.

Labor/weitere Untersuchungen

CCT: o.B. BSG: 9 mm/h

Fall 41

Anamnese

Eine Mutter kommt mit ihrem 15-jährigen Sohn in Ihre Sprechstunde, weil er sich in letzter Zeit so seltsam benommen habe. Sie meint, er sei vielleicht depressiv. Der Junge sei aus dem Fußballteam ausgetreten und seine Noten seien im letzten halben Jahr deutlich schlechter geworden. Außerdem ziehe er sich nach der Schule oft stundenlang bei geschlossener Tür in sein Zimmer zurück und höre Musik oder schlafe. Zudem habe sie bemerkt, dass er sich weniger um sein Äußeres kümmere, er wirke auch schüchterner, misstrauisch, unruhig, verlangsamt und „irgendwie weit weg“, wenn er sein Zimmer dann zum Essen verlasse. Er esse nur noch sporadisch und sie habe ihn bereits mehrmals dabei erwischt, wie er spät abends etwas gierig in sich hineingeschlungen habe. Ihr sei schließlich noch aufgefallen, dass ihr Sohn oft gerötete Augen habe, weshalb sie sich frage, ob er vielleicht eine Augenentzündung habe.

Es sind keine signifikanten früheren medizinischen oder psychiatrischen Erkrankungen und auch keine Vormedikation bekannt. Nach Meinung der Mutter seien keine Drogen im Spiel. Sie glaubt jedoch, dass er seit Kurzem rauche, denn seine Kleidung und sein Zimmer hätten in letzter Zeit öfter nach Zigarettenrauch gerochen.

Psychiatrische Untersuchung

Ihr Patient wirkt verärgert und gelangweilt. Er hat eindeutig kein Interesse, mit Ihnen zu sprechen. Seine Größe, sein Gewicht und seine Intelligenz erscheinen altersentsprechend. Er ist wach und allseits orientiert. Sein Denken scheint formal zielgerichtet und logisch. Seine Augen wirken normal, ohne dass eine konjunktivale Injektion auffallen würde. Ihr Patient ist nicht suizidal. Er verneint Ihre Frage nach einer Depression. Als sie ihn nach Halluzinationen oder Wahnideen frage, kichert er, verneint sie aber ebenfalls. Auch gibt er an, keine Drogen zu nehmen. Das Fußballspielen habe er aufgegeben, weil es „stumpsinnig“ sei. Und seine Noten seien schlechter geworden, weil „Schule Zeitverschwendung ist“.

Labor

Keines

Fall 42

Anamnese

Ein 34-jähriger Mann kommt mit seiner Frau, mit der er seit zehn Jahren verheiratet ist, in Ihre Sprechstunde. Die Frau behauptet, sie könne das Verhalten ihres Mannes nicht mehr länger ertragen. Das „Hierherkommen“ sei der allerletzte Versuch, die Ehe zu retten. Sie gibt an, ihr Mann bezichtige sie ständig der Untreue, obwohl sie weder je die Treue gebrochen habe, noch ihm jemals auch nur einen Grund geliefert habe, sich Sorgen zu machen. Des Weiteren berichtet sie, ihr Mann beschwere sich ständig über seine Kollegen am Arbeitsplatz, die ihn „drankriegen“ wollten, ebenso wie seinen Chef, der sich gegen ihn verschworen habe, um ihn zu entlassen. All diese Menschen seien aber nette Leute, die nur Gutes von den Leistungen ihres Mannes berichteten. Die Frau gibt an, ihr Ehemann sei inzwischen eigentlich jedem gegenüber misstrauisch, den er treffe. So trage er auch immensen Groll gegen diverse Nachbarn mit sich herum aufgrund kleinerer Vorfälle, die sich über die Jahre ereignet hätten. Der Patient habe kürzlich auch drei verschiedene Nachbarn wegen Beschädigung des Gartenzauns bzw. des Hausnummernschildes verklagt. Die Ehefrau traue sich nicht mehr Leute einzuladen, da ihr Mann fast ausnahmslos nette Bemerkungen anderer Menschen als Angriffe missinterpretiere und entsprechend ärgerlich oder gar feindlich reagiere. Bei dem Patienten gibt es keine bedeutsamen medizinischen oder psychiatrischen Vorbefunde. Die Frau berichtet, dass ihr Mann schon seit sie ihn kenne die beschriebenen Eigenschaften bis zu einem gewissen Grad gehabt habe, aber bei Weitem nicht so ausgeprägt. Er nehme weder Medikamente noch trinke er übermäßig Alkohol oder nehme irgendwelche Drogen.

Psychiatrische Untersuchung

Ihr Patient ist wach und allseits orientiert. Sein Gesichtsausdruck ist ernst, und er wirkt feindselig, nervös und defensiv. Sein formales Denken erscheint unauffällig. Er selbst ist der Meinung, dass er gar kein Problem habe, und wünscht auch keine Therapie. Als Sie ihn fragen, was er zu den Behauptungen seiner Frau zu sagen hat, antwortet er, seine Frau sei naiv und sie verstehe gar nicht, wie die Dinge im realen Leben abläufen. Er bestätigt, dass es Probleme am Arbeitsplatz und mit den Nachbarn gebe und auch, dass er vermutet, seine Frau habe eine Affäre. Er habe den Eindruck, dass seine Arbeitskollegen etwas gegen ihn hätten, weil er mehr als sie arbeite, und dass die Nachbarn neidisch wären, weil sein Garten gepflegter sei als ihre. Ihr Patient verneint Ihre Fragen nach einer depressiven Verstimmung, nach Halluzinationen und Wahnvorstellungen.

Labor

Keines

Fall 43

Anamnese

Eine Frau von 34 Jahren wird von der Polizei in die psychiatrische Notaufnahme gebracht. Die Polizisten haben sie aufgegriffen, als sie nur mit einem offenen Bademantel bekleidet im nahe gelegenen Park ziellos umherlief. Die Frau behauptet, sie sei die „Göttin der Fruchtbarkeit“ - soviel können Sie aus den schwer verständlichen Äußerungen der Frau heraushören. In der Vorgeschichte gibt es zahlreiche stationäre Aufnahmen, sowohl wegen manischer als auch wegen depressiver Symptome und im vergangenen Jahr zweimal aufgrund schwerer psychotischer Merkmale ohne Hinweise auf affektive Veränderungen. Das letzte Mal war sie vor zwei Wochen wegen schwerer paranoider Vorstellungen gebracht worden, ebenfalls ohne Anzeichen einer signifikanten Beeinträchtigung ihrer Stimmung, und sie war vor drei Tagen aus der geschlossenen Station entkommen, als ihre psychotischen Symptome gerade anfangen, sich zu bessern. Derzeit nimmt sie keine Medikamente mehr und verneint den Konsum von Drogen oder Alkohol.

Psychiatrische Untersuchung

Ihre Patientin ist zugleich euphorisch und verstört. Ihre Sprache ist umständlich und schnell. Ihre Gedanken sind ungeordnet und meist inkohärent. Sie besteht weiterhin darauf, die Göttin der Fruchtbarkeit zu sein und wedelt dabei auf seltsame Weise mit ihren Armen in der Luft. Sie fügt noch hinzu, sie habe seit zwei Tagen nicht geschlafen.

Labor

Keines

Fall 44

Anamnese

Sie werden als Konsiliararzt in die Chirurgie gerufen, um die Zurechnungsfähigkeit eines Patienten zu beurteilen. Die Veränderungen im Bewusstseinszustand des Patienten nach stationärer Aufnahme haben den Chirurgen veranlasst zu hinterfragen, ob der Patient seine Einwilligung für einen medizinisch notwendigen Eingriff selbstständig geben kann oder nicht. Der Patient ist ein 62-jähriger, erfolgreicher Rechtsanwalt, der wegen einer schweren Lungenentzündung aufgenommen worden war und deshalb seit gestern Abend Antibiotika und Volumen i.v. bekommt. Aus der Vorgeschichte sind ein Diabetes mellitus sowie eine Arterielle Hypertonie bekannt. Er wird mit Metoprolol (Beloc Zok) und Metformin (Glucophage) behandelt. Psychische bzw. psychiatrische Probleme hatte er bisher keine, es besteht auch kein Alkohol- oder Drogenabusus.

Psychiatrische Untersuchung

T: 39,6 °C RR: 110/70 mmHg P: 108/min. BGA: 0,-Sättigung (arteriell) 86%

AF: 18/min.

Der Patient ist schweißgebadet und tachypnoisch. Er ist wach und weiß seinen Namen, allerdings ist er agitiert und verwirrt. Er meint, er wäre zuhause in seinem Bett und man schreibe das Jahr 1999. Ihm gelingt es nicht, sich Ihnen und Ihren Fragen mit seiner Aufmerksamkeit voll zu widmen, da er durch andere äußere Reize leicht ablenkbar ist. Er kann nicht von 100 in 7er Schritten rückwärts zählen oder sich nach Aufforderung drei bezeichnete Gegenstände für fünf Minuten merken.

Die betreuende Krankenschwester erzählt Ihnen, der Patient habe vor etwa 20 Minuten ein Gespräch mit seiner Frau geführt, die gar nicht dagewesen sei. Sie berichtet, dass der Patient gestern bei Aufnahme freundlich, voll orientiert und im Sprechen kohärent gewesen sei.

Labor

Sämtliche Ergebnisse stehen derzeit noch aus.

Fall 45

Anamnese

Eine 27-jährige Patientin wird von ihrem Ex-Ehemann in Ihre Praxis gebracht. Das Hauptleiden der jungen Frau besteht darin, dass sie sich vor Angst nicht mehr aus dem Haus traut. Ihre Patientin berichtet, dass sie heute nicht imstande gewesen wäre, zu Ihnen zu kommen, wenn ihr Ex-Mann sie nicht begleitet hätte. Sie berichtet von zwei schweren „Anfällen“ mit Brustschmerzen, Herzstolpern, Atemnot und Schwindel während der letzten drei Monate. Dabei habe sie jeweils das Gefühl gehabt, sterben zu müssen. Sie sei daraufhin „vollständig durchuntersucht“ worden (auf Herz-, Lungen-, hormonelle und infektiöse Erkrankungen), aber man habe nichts gefunden, was die Beschwerden erklären könne. Inzwischen könne sie nun das Haus überhaupt nicht mehr alleine verlassen und meide aus Angst vor weiteren Anfällen auch enge Räume und Orte mit Menschenansammlungen.

Während der vergangenen sechs Wochen habe sie das Haus nur verlassen, um zur Arbeit zu gehen. Dinge für den täglichen Gebrauch wie Nahrungsmittel habe sie sich liefern lassen. Bei Ihrer Patientin sind bisher keine anderen bedeutsamen Krankheiten, weder medizinische noch psychische bekannt. Sie nimmt keinerlei Medikamente, keine Drogen und konsumiert Alkohol lediglich in kleinen Mengen. Derzeit ist sie Single, nachdem sie und ihr Mann sich vor etwa einem Jahr scheiden ließen.

Psychiatrische Untersuchung

Ihre Patientin wirkt ein wenig ängstlich, sie ist aber wach, in allen Dimensionen orientiert und scheint normal intelligent zu sein. Ihr Denken ist formal und inhaltlich o.B. Sie verneint Ihre Fragen nach einer Depression oder Suizidabsichten. Gedächtnis, Konzentrations- und Urteilsfähigkeit scheinen normal, im Affekt wirkt die Frau adäquat. Sie berichtet schließlich noch, dass ihre Angst, weitere Anfälle zu bekommen, ihren normalen Tagesablauf ziemlich verändert habe, was bei ihr allmählich die Frage aufwerfe, ob sie gerade dabei sei, verrückt zu werden. Sie äußert den Wunsch, dass sich „die Ärzte jetzt einmal beeilen sollten, herauszufinden, was mit ihr los sei“, damit sie endlich wieder ein normales Leben führen könne.

Labor/weitere Untersuchungen

Siehe oben

Fall 47

Anamnese

Ein 27 Jahre alter Werbefachmann hat Sie auf Zuraten seiner Freundin wegen „Stimmungsschwankungen“ um einen Termin gebeten. Der Patient selbst findet, er habe kein Problem, ihm sei lediglich bewusst, dass er „gute und schlechte Tage“ habe. So kenne er aus den vergangenen fünf, sechs Jahren Phasen, in denen er sich über zwei oder drei Wochen „am Boden“ gefühlt habe. Während dieser Phasen habe er keinen rechten Antrieb, bleibe täglich 12-14 Stunden im Bett und vernachlässige seine Pflichten. Andererseits gebe es Phasen, in denen er sich „echt gut“ fühle, kaum Schlaf benötige und in der Arbeit ausgesprochen produktiv sei. In diesen Zeiten seien einige seiner besten Werbeideen geboren worden, er hätte sich zugleich aber auch eine Menge Probleme eingehandelt, weil er recht promisk gelebt habe. Ferner berichtet Ihr Patient, dass es selten mehr als eine Woche zwischen solchen Hoch- oder Tiefzuständen gäbe. Gerade sei er „ziemlich in der Mitte“. Aus der Vorgeschichte sind keine besonderen medizinischen oder psychiatrischen Störungen bekannt, auch nimmt der Patient nach eigenen Angaben keine Drogen. An „guten Tagen“ trinke er im Rahmen zahlreicher gesellschaftlicher Anlässe häufig Alkohol, er glaubt auch, dass er damit besser einschlafen könne. Er nimmt keine Medikamente. Von seinem Vater weiß man, dass dieser manisch-depressiv ist.

Psychiatrische Untersuchung

Vitalzeichen und körperliche Untersuchung sind ohne pathologischen Befund. Der Patient ist wach und allseits orientiert. Der Affekt ist während der Untersuchungssituation unauffällig-adäquat. Ihr Patient hält sich nicht für depressiv und verneint Suizidabsichten. Auch im Denken ist er geordnet und klar. Intelligenz, Gedächtnis *und* Konzentration erscheinen normal.

Labor

Keines

Fall 48

Anamnese

Ein 32-jähriger Patient stellt sich zum Follow-up in Ihrer Sprechstunde vor, nachdem bei ihm letzte Woche ein MRT des Gehirns durchgeführt wurde. Er war zunächst aufgrund häufiger Kopfschmerzen und Schwindels über 12 Wochen mit der Überzeugung zu Ihnen gekommen, einen Hirntumor zu haben. Bei einer neurologischen Untersuchung hatten sich keinerlei Ausfälle ergeben. Vor vier Wochen hatten ein CCT und eine Lumbaipunktion ebenfalls keinen pathologischen Befund ergeben. Dennoch war Ihr Patient nicht davon überzeugt, gesund zu sein, weshalb er um die Durchführung des MRT bat. Als Sie ihm sagten, dass das MRT eigentlich nicht nötig sei, bestand er darauf und erklärte sich sogar bereit, es aus eigener Tasche zu bezahlen. Der Patient ist nun sehr unruhig und nervös in Erwartung des Ergebnisses, nachdem er in der vergangenen Woche bereits mehrfach bei Ihrer Sprechstundenhilfe angerufen hatte, um zu erfahren, ob die Befunde schon eingetroffen seien. Jetzt informieren Sie den jungen Mann, dass auch das MRT unauffällig war. Er scheint jedoch nicht wirklich beruhigt zu sein und fragt Sie, ob es nicht möglich wäre, nun noch ein PET-Scan durchzuführen, worüber er sich gestern Abend im Internet belesen hätte. Auf Ihre Frage, warum er der Überzeugung sei, er habe einen Gehirntumor, antwortet der Patient, er wisse es nicht genau und vielleicht seien seine Sorgen ja unbegründet. Dennoch wiederholt er seine Bitte, ihn zu einer PET-Diagnostik anzumelden. Ihr Patient ist von Beruf Bilanzbuchhalter, er ist verheiratet und nimmt weder regelmäßig Medikamente noch Drogen oder Alkohol zu sich.

Psychiatrische Untersuchung

Die körperliche Untersuchung inkl. neurologischem Befund ist o. B. Der Patient ist ängstlich, aber wach und allseits orientiert. Er fühlt sich nicht depressiv und verneint glaubhaft Sui-zidalität. Wahrnehmungsstörungen lassen sich nicht eruieren, das formale Denken ist unauffällig, die Intelligenz scheint überdurchschnittlich zu sein. Der Patient verneint Probleme in der Partnerschaft oder in der Arbeit, bestätigt aber nochmals, sehr oft über die Möglichkeit nachzudenken, einen Gehirntumor zu haben.

Labor

Elektrolyte: sämtlich im Normbereich

BSG: 9 mm/h

Fall 49

Anamnese

Ein 30-jähriger Patient konsultiert Sie, weil er „unbedingt herausfinden muss, was mit ihm nicht stimmt“. Er bezeichnet sich selbst als „Perfektionist und Workaholic“ und berichtet, dass ihm diese Charaktereigenschaften sowohl in der Arbeit als auch im sozialen Leben immer wieder erhebliche Schwierigkeiten bereiten. Er sei Architekt und erhalte viel Kritik wegen Terminüberziehungen, da er häufig noch an seinen Plänen herumbastle, um sie weiter zu verbessern. Viele seiner Projekte seien in der Vergangenheit bewilligt worden, er selbst habe sich dann aber geweigert, sie seinen Kunden vorzulegen, weil sie nicht seinen eigenen Ansprüchen genügten. Auch betont Ihr Patient, wie wichtig es sei, bestimmte Vorgehensweisen einzuhalten und die Regeln und Standards seiner Firma zu befolgen. Er sei regelmäßig über seine Kollegen frustriert, die mit ihren Vorschlägen für neue Verfahrensweisen und ihre großzügige Auslegung von Vorgaben der Firma (wie Kleiderordnung und Pünktlichkeit) ständig „alles auf den Kopf stellen“ wollten. Er habe Angst, Arbeit an Personen zu delegieren, die offensichtlich „nicht viel auf Ordnung und Disziplin geben“; lieber mache er Überstunden.

Der Patient gibt an, sieben Tage die Woche zu arbeiten (i.A. mindestens zehn Stunden pro Tag) und im Lauf der vergangenen fünf Jahre keinen Urlaub genommen zu haben. Er habe keine Schulden und berichtet, dass er Schwierigkeiten damit habe, Geld auszugeben. In den letzten zehn Jahren habe er weder Verabredungen noch eine Freundin gehabt. Auch habe er nur sehr wenige engere Freunde. Eigentlich hätte er gerne mehr Freunde, doch die Leute, die ihm begegnen, hätten meist bedenkliche Moral- oder Wertvorstellungen. In seiner bisherigen Biographie liegen keine wesentlichen medizinischen oder psychiatrischen Krankheiten vor. Ihr Patient gibt an, keine feste Medikation, illegale Drogen oder Alkohol zu sich zu nehmen.

Psychiatrische Untersuchung

Der junge Mann wirkt in seinem Verhalten und seiner ganzen äußeren Erscheinung sehr formell und irgendwie steif in seiner Gestik und Mimik. Auf offene Fragen scheint es ihm schwer zu fallen, die „richtige“ Antwort zu formulieren. Er ist wach und allseits orientiert. Wahrnehmungsstörungen lassen sich nicht eruieren, formales Denken, Konzentration und Gedächtnis wirken unauffällig. Der Affekt und die affektive Schwingungsfähigkeit scheinen etwas eingeschränkt zu sein, und er bestätigt, Sentimentalität oder Gefühle der Leidenschaft praktisch nicht zu kennen. Ebenso scheint ihm der Sinn für Humor zu fehlen.

Labor

Keines

Fall 50

Anamnese

Eine 72-jährige Frau wird von ihrer Tochter in die Sprechstunde gebracht, da diese besorgt ist, ihre Mutter könne Alzheimer haben. Die Mutter klagt seit etwa vier Wochen über rasch zunehmenden Gedächtnisverlust und Vergesslichkeit. Vorher habe sie - so die Tochter -, „alle Sinne beieinander“ und ein hervorragendes Gedächtnis gehabt. Außerdem beklagt Ihre Patientin Konzentrationsschwierigkeiten, Unentschlossenheit und Probleme mit dem Schlafen. Die Tochter berichtet darüber hinaus, dass ihre Mutter das Interesse an Freunden und Hobbys verloren habe. Die Patientin hatte bisher keine schwerwiegenderen medizinischen oder psychiatrischen Erkrankungen. Wegen einer Polyarthrose nehme sie an regelmäßiger Medikation nur Paracetamol. Sie trinke keinen Alkohol im Übermaß und nehme keine Drogen.

Psychiatrische Untersuchung

Die Vitalzeichen und die körperliche Untersuchung sind unauffällig. Ihre Patientin antwortet auf viele einfache Fragen mit „Ich weiß nicht“ oder „Ich kann mich nicht erinnern“. Offensichtlich ist sie psychomotorisch verlangsamt. Ihre Patientin weiß nicht, welches Jahr wir schreiben, an einem Punkt des Gesprächs macht sie allerdings eine Bemerkung zu einem Gesetz, welches der Bundesrat erst kürzlich verabschiedet hat.

Aufmerksamkeit und Konzentration scheinen normal, ihre Testleistungen sind jedoch wechselhaft. Einmal im Verlauf des Gesprächs weint die alte Frau plötzlich, wobei sie sagt, ihr „Gehirn sei verschwunden“.

Labor/weitere Untersuchungen

Hb: 13 g/dl

TSH_{basal}: 2,3 nU/ml

BSG: 9 mm/h

Vitamin-B-Spiegel: im Normbereich

BGA: sämtliche Parameter o. B.

MRT des Gehirns: unauffällig

Lösungen:

- Fall 1** Normales sexuelles Verhalten
- Fall 2** Störung mit Trennungsangst
- Fall 3** Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS); (Hyperkinetisches Syndrom)
- Fall 4** (Gilles-de-la-)Tourette-Syndrom
- Fall 5** Bulimia nervosa
- Fall 6** Störung des Sozialverhaltens
- Fall 7** Schlafwandeln (Somnambulismus)
- Fall 8** Sexueller Kindesmissbrauch
- Fall 9** Autistische Störung, Frühkindlicher Autismus (Kanner-Syndrom)
- Fall 10** Stottern
- Fall 11** Pavor nocturnus
- Fall 12** Schizotyp(isch)e Persönlichkeitsstörung
- Fall 13** Dysthymia (Dysthyme Störung)
- Fall 14** Opiatabhängigkeit bzw. Opiatentzug
- Fall 15** Malignes Neuroleptisches Syndrom
- Fall 16** Körperdysmorphie Störung (Dysmorphophobie)
- Fall 17** Borderline-Persönlichkeitsstörung (Emotional Instabile Persönlichkeitsstörung)
- Fall 18** Generalisierte Angststörung GAS)
- Fall 19** Phencyclidin-(PCP-)Intoxikation
- Fall 20** Manische Episode im Rahmen einer Bipolar-I-Störung
- Fall 21** Antisoziale Persönlichkeitsstörung
- Fall 22** Artificielle Störung (Münchhausen-Syndrom)
- Fall 23** Anpassungsstörung mit depressiver Stimmung
- Fall 24** Suizidversuch mit einer Überdosis trizyklischer Antidepressiva
- Fall 25** Schizoide Persönlichkeitsstörung
- Fall 26** Spezifische Phobie (Tier-Typus)
- Fall 27** Akute Suizidalität
- Fall 28** Schizophrenie
- Fall 29** Zwangsstörung (angloamerikanisch: OCD = Obsessive-Compulsive Disorder)
- Fall 30** Geschlechtsidentitätsstörung (Transsexualität)
- Fall 31** Somatisierungsstörung (Somatoforme Störung)
- Fall 32** Histrionische Persönlichkeitsstörung
- Fall 33** Normale Trauerreaktion (Einfache Trauer)
- Fall 34** Arzt-Patient-Beziehung, Schweigepflicht und ihre Grenzen
- Fall 35** Kokainmissbrauch (bzw. Missbrauch anderer Amphetamine/Stimulanzien)
- Fall 36** Wahnhafte Störung
- Fall 37** Simulation
- Fall 38** Major Depression (Depressive Episode)
- Fall 39** Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)
- Fall 40** Konversionsstörung
- Fall 41** Cannabismissbrauch
- Fall 42** Paranoide Persönlichkeitsstörung
- Fall 43** Schizoaffektive Störung
- Fall 44** Delir aufgrund eines medizinischen Krankheitsfaktors
- Fall 45** Panikstörung mit Agoraphobie
- Fall 46** Koffeinentzug
- Fall 47** Zylothymie (Zyklothyme Störung)
- Fall 48** Hypochondrie
- Fall 49** Zwanghafte (Anankastische) Persönlichkeitsstörung
- Fall 50** Pseudodemenz (Ganser-Syndrom)

Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS); (Hyperkinetisches Syndrom)

Epidemiologie und Ätiopathogenese

Am ADHS leiden etwa 3% aller Schulkinder. **Jungen** sind dabei ca. **dreimal so häufig wie Mädchen** betroffen. Die Störung beginnt per definitionem **vordem 7. Lebensjahr** und kann bis ins Erwachsenenalter hinein bestehen bleiben. Die Ätiologie ist bisher unklar. Als Ursachen werden **diskrete Hirnfunktionsstörungen** oder **genetische Faktoren** diskutiert. Unter Geschwistern ist die Erkrankungswahrscheinlichkeit erhöht. Außerdem besteht eine gesteigerte Inzidenz für **Alkoholismus und Antisoziale Persönlichkeitsstörungen** bei **den** Eltern betroffener Kinder. So ist auch das Risiko, an ADHS zu erkranken, bei Kindern erhöht, deren Mütter in der Schwangerschaft Alkohol tranken.

Diagnose und Therapie

Auch hier gilt es zunächst, organische Ursachen auszuschließen, selbst wenn die meisten Kinder praktisch seit Beginn ihres Lebens vom ADHS betroffen sind. **Zerebrale Traumata** können Veränderungen der Impulsivität und Konzentrationsprobleme erzeugen. Weiter ist an eine **intrauterine Schädigung** (z.B. Alkohol, Infektionen) zu denken. Die Symptome beginnen bereits im frühen Alter (oft mit drei Jahren), sie werden jedoch meist nicht vor dem **Schulalter** klinisch bedeutsam. Die diagnostischen Kriterien fordern eine Dauer von mindestens sechs Monaten. Die Symptome dürfen natürlich nicht durch eine andere Störung besser erklärt werden und müssen **in mehreren Lebensbereichen** (z.B. zuhause und in der Schule) eine bedeutsame Behinderung bzw. Beeinträchtigung bedingen. Die Diagnose wird unter Zuhilfenahme von (Fremd-)Anamnese und Untersuchung bzw. Beobachtung gestellt. Leitsymptome der Störung sind **Störungen der Aufmerksamkeit, Hypermotorik und Impulsivität**, Weiterhin charakteristisch sind Lernstörungen in ca. 70% der Fälle. Sie sind üblicherweise milde ausgeprägt, müssen jedoch unbedingt angesprochen und untersucht werden. Zudem kommt es häufig zu **Entwicklungsverzögerungen, Koordinationsproblemen, Störungen der sozialen Anpassung und des Selbstwertgefühls**. Therapeutisch kommen **Stimulanzien, üblicherweise Amphetamine [z.B. Methylphenidat (Ritalin:⁹) oder Pemolin (Tradori[®])]** in Kombination mit *Psychotherapie* zum Einsatz. Stimulanzien fördern die Aufmerksamkeit und können das Sozialverhalten verbessern. Manchmal helfen auch **Antidepressiva**, da komorbide Depressive Störungen und/oder Angststörungen häufig sind.

Gut zu wissen

Häufige Amphetamin-Nebenwirkungen sind Wachstumsstörungen. Deshalb gilt es unbedingt, das Wachstum während der Therapie zu überwachen und Schulferien mit „Medikamentenferien“ zu kombinieren, um ein „Rebound-Wachstum“ zu ermöglichen. Weiter können Schlaf- und Appetitstörungen, abdominelle Schmerzen, Gewichtsreduktion, Puls- und Blutdruckerhöhungen sowie Abhängigkeit auftreten. Der Einsatz von Amphetaminen demaskiert gelegentlich eine Ticstörung (z.B. das Gilles-de-la-Tourette-Syndrom), das bei bis zu 20% der ADHS-Betroffenen vorkommt. Die Gabe von Tranquillizern ist kontraindiziert.

(Gilles-de-la-)Tourette-Syndrom

Epidemiologie und Ätiopathogenese

Vom Tourette-Syndrom wird inzwischen angenommen, dass es eher eine **organisch-neurologische Störung** darstellt als einen funktionell-psychiatrischen Zustand. Vermutlich kommt es zu einer Störung der Hemmungs-Enthemmungs-Abläufe bestimmter Neuro-transmitter (z.B. von Dopamin). Eine **genetische Grundlage** wird aufgrund erhöhter Konkordanzraten in Zwillingsstudien sowie eines erhöhten Risikos bei Verwandten betroffener Individuen vermutet. Es gibt die These, dass die Störung **autosomal-dominant** mit variabler Penetranz und Expression vererbt wird und dass „**genetisches Imprinting**“ eine Rolle spielen könnte, denn Söhne von Müttern mit Tourette-Syndrom haben ein noch höheres Risiko. Das **männliche Geschlecht** ist etwa um den Faktor 3 häufiger betroffen als das weibliche. Die Gesamtprävalenz liegt ungefähr bei 1:2000, „kleinere“ Ticstörungen sind hingegen bei weitem häufiger (5-15% aller Kinder entwickeln zu irgendeinem Zeitpunkt Tics).

Diagnose und Therapie

Die Symptome müssen mindestens ein Jahr lang vorhanden sein, **vor dem 18. Lebensjahr** beginnen und außerdem Beeinträchtigung oder Leiden erzeugen. Für gewöhnlich liegt der Beginn der Symptome im **Alter zwischen sechs und neun Jahren**. Das Leitsymptom des Gilles-de-la-Tourette-Syndroms stellen **Tics** dar, die **unwillkürlich, plötzlich und schnell** ablaufen, **sich wiederholen** und als **nicht-rhythmisch und stereotyp** zu charakterisieren sind. Beim Tourette-Syndrom müssen sowohl vokale als auch motorische Tics vorhanden sein, wenn auch nicht notwendigerweise gleichzeitig. Zu den häufigsten *molarischen Tics* gehört das **Blinzeln, Grimassieren, Zuckungen von Kopf und Hals** sowie **Schmatzen**. Bei den *vokalen Tics* sind besonders zu nennen: **Räuspern, Grunzen, Bellen, Zischen, Summen** oder die klassische **Koprolalie** (das Ausstoßen von Obszönitäten, was in ca. einem Drittel der Fälle auftritt). Tics treten normalerweise **täglich** auf und verschlechtern sich unter **Stress oder Müdigkeit**.

Bis zu 50 % der Tourette-Betroffenen leiden auch unter einem Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom (ADHS). Eine ADHS-Behandlung mit **Stimulanzien kann** dann u.U. ein gleichzeitig bestehendes Tourette-Syndrom oder eine Ticstörung entlarven. Dies ist klassischerweise eine atypische Form des Auftretens, die immerhin in bis zu 25% der diagnostizierten Fälle vorkommt. Wenn ein Kind unter Stimulanzien Tics neu entwickelt, ist ein **Absetzen der Medikation** (unter Abwägung von Risiken und Vorteilen) unbedingt zu erwägen. Auch Zwangssymptome sind unter den betroffenen Kindern verbreitet. Das Tourette-Syndrom neigt zur **Chronifizierung** als **lebenslange Störung mit Exazerbationen und Remissionen**. Eine schwere Symptomatik kann in **soziale Isolation** und sekundär in eine **Depression** münden. Die Behandlung ist bei leicht Erkrankten mit minimalen funktionellen Einbußen **supportiv** zu gestalten. **Clonidin** oder **Neuroleptika** [im Allgemeinen Haloperidol (Haldol) oder Pimozid (Orap*)] sind bei schwereren Symptomen wirksam. Psychotherapie kann nur selten die Symptome zum Verschwinden bringen, mag aber den Patienten helfen, die Störung zu akzeptieren und ihr Leben anzupassen.

Gut zu wissen:

Krampfanfälle oder eine **Chorea** (z.B. im Rahmen eines Rheumatischen Fiebers) sollten als Differentialdiagnosen erwogen werden. Mittels anamnestischer Angaben bzw. beim Fehlen anderer Symptome ist das Rheumatische Fieber auszuschließen. Krampfanfälle (nicht hingegen das Tourette-Syndrom) gehen gewöhnlich mit **Bewusstseins Einschränkungen** während der unwillkürlichen Bewegungen einher.

Bulimia nervosa

Epidemiologie und Ätiopathogenese

Die Bulimia nervosa (BN) ist eine inzwischen sehr verbreitete Essstörung mit steigender Inzidenz während der letzten Jahre und Jahrzehnte. Die Prävalenz bei **Frauen** in der Adoleszenz und im jungen Erwachsenenalter wird mit 1-3% angegeben. Studien aus den USA ergaben, dass die Diagnose sogar bei bis zu 40% (!) der **Schülerinnen und Studentinnen** irgendwann einmal gestellt werden kann. Bei Männern scheint die Prävalenz der Störung bei etwa einem Zehntel bis einem Zwanzigstel dieses Wertes zu liegen. Die BN ist häufiger als die *Anorexia nervosa* (AN) und hat eine bessere Prognose (0,5-1,0% der Frauen in der späten Adoleszenz und im jungen Erwachsenenalter erfüllen alle Kriterien der AN. Personen, die beinahe die Kriterien für eine AN erfüllen, werden allerdings weit häufiger angetroffen). Beide Erkrankungen, die Anorexie wie die Bulimie, gehen mit einer sog. **Körperschema-störung** einher und sind z.T. auf sozialen Druck, dünn zu sein, zurückzuführen. Beide Erkrankungen sind eher selten in Ländern, in denen Essen knapp ist, dennoch kommen sie dort auch vor.

Diagnose und Therapie

Die Bulimia nervosa beginnt üblicherweise in der **mittleren bis späten Adoleszenz** und ist geradezu klassisch für Schülerinnen, Studentinnen und weibliche Azubis. Die Leitsymptome der Störung sind „**Binge-eating**“ und „**Purging**“, Unter dem sog. *Binge-eating* (Fressattacken) versteht man den Verzehr großer Nahrungsmittelmengen innerhalb kurzer Zeit aufgrund eines **unkontrollierbaren Impulses oder Drangs** zu essen. Manchmal kann dieses Bedürfnis nur durch das Krankheitsgefühl bzw. die Übelkeit nach dem „Sich-überessen“ gestillt werden. Die Patientinnen erleben also einen **Kontrollverlust** im Essverhalten. Das sog. *Purging-Verhalten* beschreibt die Bemühungen, eine **Gewichtszunahme zu vermeiden** bzw. gegensteuernde Maßnahmen, nämlich **selbstinduziertes Erbrechen, Laxantien- bzw. Diuretikaabusus, Fasten** und/oder **übermäßige körperliche Betätigung**. Um die Diagnose einer Bulimia nervosa stellen zu können, müssen entsprechende Phasen mit Fressattacken und unangemessenem Kompensationsverhalten drei Monate lang im Schnitt mindestens zweimal pro Woche vorkommen.

Der Selbstwert bulimischer (und anorektischer) Patientinnen wird überwiegend durch deren Wahrnehmung von Körperschema und Gewicht bestimmt. Im Gegensatz zur Anorexie sind „Bulimikerinnen“ oft **normal- oder leicht übergewichtig**. Die Menstruation ist nicht grundsätzlich beeinträchtigt. Das Binge-eating- und das Purging-Verhalten führen auf Dauer zu **Gewichtsschwankungen**. Typische körperliche Befunde sind **Hautabschürfungen über den Fingerknöcheln** (die daher rühren, dass sich manche Betroffene die Finger in den Hals stecken) und **Zahnschmelzerosionen im hinteren Zahnbereich oder Karies** (bedingt durch Magensäure). Eine **Ösophagitis, Elektrolytentgleisungen und Dehydrierung** kommen in schwereren Fällen vor.

Die Behandlung ist in erster Linie **Psychotherapie**, im Besonderen **kognitive Verhaltenstherapie**, auch als **Gruppentherapie**, in schweren Fällen bzw. bei komorbiden psychischen Erkrankungen unbedingt mit **stationärer Aufnahme**. Im Falle schwergradiger Elektrolytentgleisungen oder einer Dehydratation wird u.U. auch eine (intensiv-)stationäre internistische Therapie notwendig. **Antidepressiva**, z.B. Fluoxetin (Fluctiri), können sich positiv auf die Heißhungerattacken bzw. eine komorbide Depression auswirken. Anorexie und Bulimie kommen häufig auch in Kombination vor (bei etwa 25-50%), dann spricht man von einer „**Anorexia nervosa vom Binge-eating-/Purging-Typus**“.

Autistische Störung, Frühkindlicher Autismus (Kanner-Syndrom)

Epidemiologie und Ätiopathogenese

Heutzutage wird Autismus vor dem Hintergrund **genetischer** (sog. hereditärer Autismus-Faktor) **wie umweltbedingter Ursachen** gesehen und *nicht* als funktionelle Störung. Bei **Zwillingen** besteht ein **erhöhtes Risiko**, an Autismus zu erkranken, mit einer hohen Konkordanzrate für eineiige Zwillinge. Zudem ist Autismus mit anderen **kongenitalen Anomalien** und **perinatalen Komplikationen** assoziiert: mit **intrauterin erworbenen Röteln, Phenylketonurie, Fragilem X-Syndrom** sowie **Tuberöser Sklerose** (M. Bourneville-Pringle). **Epileptische Anfälle** sind häufig bei Autismus, ebenso wie **Abweichungen im EEG** und - häufiger noch - anatomische oder funktionelle Abnormalitäten des ZNS im Rahmen bildgebender Verfahren. **Jungen** sind etwa **drei- bis viermal so häufig** wie Mädchen betroffen, die Krankheitssymptome sind bei Mädchen jedoch meist ausgeprägter. Die Prävalenz beträgt etwa 1: 3000. Autismus ist in der Regel eine **lebenslange** Erkrankung. Zwei Drittel der betroffenen Erwachsenen sind auf die Hilfe von Verwandten oder anderen Bezugspersonen angewiesen oder leben in einer Einrichtung.

Diagnose und Therapie

Die Symptome beginnen **vor dem 3. Lebensjahr**. Die Erkrankung ist durch folgende Leitsymptome gekennzeichnet: (1) **starke Selbstbezogenheit und Abnormitäten in der sozialen Interaktion**, (2) **Störung der Sprachentwicklung und Kommunikationsprobleme** und (3) **beschränkte, repetitive und stereotype Verhaltensmuster bzw. Interessen**. Alle drei sind Voraussetzung, um die Diagnose stellen zu können:

- *Soziale Abnormitäten* beinhalten die Unfähigkeit, Blickkontakt herzustellen und zu halten, mangelnde(n) Gesichtsausdruck, Körperhaltung und Gesten während der Interaktion mit anderen, das Scheitern des Aufbaus von Freundschaften, die Unfähigkeit oder fehlende Bereitschaft zu teilen sowie den Mangel an sozialem und/oder emotionalem Austausch im Umgang mit arideren Menschen.
- *Abnormitäten in der Kommunikation* umfassen eine Verzögerung beim Lernen der Sprache oder einen mangelhaften Wortschatz, das Scheitern, eine Konversation aufrechtzuerhalten, sowie einen ungewöhnlichen Einsatz von Worten oder Sätzen (Neologismen, pronominale Umkehr), was auch sprachliche Stereotypen und Wiederholungen mit einschließt.
- Zu den *Verhaltensabnormalitäten* gehören qualitative wie quantitative Sonderinteressen bzw. -begabungen, zwanghaftes Festhalten an Ritualen, Routinetätigkeiten oder bestimmten Gegenständen und wiederholte bzw. stereotype Bewegungen, Die Intelligenz ist im Allgemeinen vermindert: 40% der Betroffenen haben einen IQ unter 50, obwohl immerhin 20% der Autisten einen nicht-verbalen IQ im Normbereich haben.

Die Behandlung ist schwierig: Sie beinhaltet **Psychotherapie** (für Kind und Familie) und ggf. Medikamente zur Unterstützung: Neuroleptika und Antidepressiva können evtl. aggressives Verhalten bzw. Zwangssymptome verbessern.

Gut zu wissen

Der „**autistische Schwachkopf**“ ebenso wie das „**autistische Genie**“ werden im Film *Rain Man* porträtiert (sehen Sie sich den ruhig an, um besser zu verstehen, was einen Menschen zu einem Autisten macht). Die Patienten haben oft eine **besondere Gabe**, die sie von der Norm abhebt, z.B. was ihre Gedächtnisleistung betrifft oder in Bezug auf Rechnen, Lesen oder ihr musikalisches Talent.

Schizotyp(isch)e Persönlichkeitsstörung

Epidemiologie und Ätiopathogenese

Die Ätiologie dieser Störung scheint zumindest teilweise genetisch zu sein. Die Konkordanzrate für Zwillinge ist erhöht. Außerdem besteht eine erhöhte Inzidenz für Schizotyp(isch)e Persönlichkeitsstörungen und Schizophrenie bei Verwandten ersten Grades. Zudem ist das Risiko, später in ihrem Leben an einer Schizophrenie zu erkranken, für Personen mit Schizotyper Persönlichkeitsstörung erhöht. Wie bei allen Persönlichkeitsstörungen besteht auch bei der schizotyp(isch)en ein lebenslanges Muster „maladaptiver“ Charaktereigenschaften, welches sich meist in der Jugend manifestiert.

Diagnose und Therapie

Personen mit Schizotyp(isch)er Persönlichkeitsstörung zeigen lebenslang ein Muster von **verminderter Fähigkeit zu nahen Freundschaften, seltsamen Gedanken** und **Sinneswahrnehmungen** sowie eines **eigenartigen Kommunikationsstils** und **Verhaltens**. Die diagnostischen Kriterien beinhalten: Beziehungsideen (kein Beziehungswahn), **Körpermissempfindungen**, Misstrauen, **unangemessenen bzw. eingeschränkten Affekt**, soziale Ängste aufgrund paranoider Vorstellungen sowie einen Mangel an nahen Freunden (außer Verwandten ersten Grades). Klassisch sind auch **seltsame Gedanken oder ein ungewöhnlicher Sprachstil** (z.B. mit einer vagen, umständlichen, stereotypen, blumigen oder metaphorischen Sprache), ebenso **merkwürdige Glaubensinhalte**, die oft das Verhalten der Betroffenen sehr bestimmen (Aberglauben, okkultistische Inhalte, Hellsehen und Telepathie). Die Patienten sind im Gegensatz zu Schizophrenen jedoch **nicht psychotisch**, d.h. es bestehen keine Halluzinationen oder Wahninhalte. Verhalten wie Denken sind sonderbar-merkwürdig, im Wesentlichen aber nicht desorganisiert oder zerfahren. Bei ausgeprägtem Stress kann es u.U. zu einer kurzen psychotischen Episode kommen. **Bis zu 10%** der Betroffenen **begehen** früher oder später **Suizid**. Therapeutisch kommen Psychotherapie und Neuroleptika in Frage, Letztere ggf. zur Behandlung von Beziehungsideen, Illusionen, wahnhafter Verkennung oder eines sich entwickelnden Verfolgungswahns. Wie bei vielen Persönlichkeitsstörungen stellt sich die Behandlung als ausgesprochen schwierig und oft ineffektiv dar.

Gut zu wissen

Um Verwechslungen vorzubeugen, sind im Folgenden die psychiatrischen Diagnosen mit dem Präfix „schizo-“ nebeneinander gestellt:

- Patienten mit *Schizotyp(isch)er Persönlichkeitsstörung* sind den Patienten mit *Schizophrenie* insofern ähnlich, als sie auch seltsame Überzeugungen, Gedanken, Sprech- und Verhaltensweisen haben, *aber* nur Schizophrene sind wirklich psychotisch (mit Halluzinationen und/oder unkorrigierbarem Wahn, an dem mit subjektiver Gewissheit festgehalten wird).
- Patienten mit *Schizoider Persönlichkeitsstörung* sind typische „Einzelgänger“, die kein Interesse an Beziehungen haben, aber relativ normal sind, was Überzeugungen, Gedanken, Sprache und Verhaltensweisen betrifft.
- *Schizoaffektive* Patienten haben kurz gesagt eine Schizophrenie und zugleich auch eine affektive Störung.

Dysthymia (Dysthyme Störung)

Epidemiologie und Ätiopathogenese

Ätiologisch werden Dysthyme Störungen - wie die meisten psychiatrischen Störungen - vor dem Hintergrund **genetischer und umweltbedingter Faktoren** gesehen. Viele Patienten haben eine **positive Familienanamnese für Effektive Störungen**. Betroffen sind bis zu 5% **der Bevölkerung**. Dysthym sind besonders Frauen, jüngere Erwachsene, Singles und Menschen mit niedrigem Einkommen.

Diagnose und Therapie

Das Leitsymptom der Dysthymia ist eine **chronische depressive Verstimmung leichten**

Grades, ohne dass die Kriterien der Major Depression nach DSM-IV (bzw. einer Depressiven Episodenach ICD-10) erfüllt sind. Die Symptomatik muss mindestens zwei Jahre bestehen (deprimierte Stimmung an mehr als der Hälfte der Tage), damit die Diagnose bei Erwachsenen gestellt werden kann. Zusätzliche Symptome sind **veränderter Appetit, Schlafstörungen, Müdigkeit/Erschöpfung, niedriges Selbstwertgefühl, Konzentrationsprobleme oder Schwierigkeiten, Entscheidungen zu treffen** sowie Gefühle der **Hoffnungslosigkeit**. All diese Symptome sind bei der Dysthymie weniger ausgeprägt, dafür aber konstanter als im Falle der Major Depression. Per definitionem dürfen die Patienten in ihrer Vorgeschichte keine hypomane oder manische Episode haben, sonst würde man eine Zylothymie bzw. Bipolare Störung diagnostizieren. **Substanzmissbrauch** über einen längeren Zeitraum kann Symptome hervorrufen, die der Dysthymen Störung ähnlich sind. Umgekehrt missbrauchen eine ganze Reihe von dysthymen Patienten verschiedene Substanzen als „Selbstmedikation“. Grundsätzlich sollte man die Diagnose Dysthyme Störung *nicht* stellen, wenn zur Zeit der dysthymen Symptomatik auch ein Substanzmissbrauch bestanden hat. Stattdessen wäre dann eine *Affektive Störung aufgrund eines medizinischen Krankheitsfaktors („aufgrund von Substanzmissbrauch“)* zu diagnostizieren.

Die beste Behandlung stellt eine Kombination aus **Psychotherapie und antidepressiver Pharmakotherapie** dar: Letzteres üblicherweise in Form eines SSRI, wie z.B. Paroxetin (Seroxat®) oder Sertralin (Gladeirr, Zoloft*). Die Therapie stellt sich nicht immer als einfach dar, da die Symptome oft schon lange bestehen, bevor die Patienten einen Arzt aufsuchen.

Gut zu wissen

Kleine Übersicht über die affektiven Störungen:

- Dysthymia: chronische, leichte Depression,
- Zylothymie: leichte depressive Symptome im Wechsel mit **hypomanischer** Symptomatik,
- Bipolar-I-Störung: Manie mit oder ohne Depression,
- Bipolar-II-Störung: Hypomanie im Wechsel mit Major Depression,
- „Doppel-Depression“: Major Depression, die sich sozusagen auf eine Dysthymie aufpfropft.

Opiatabhängigkeit bzw. Opiatentzug

Epidemiologie und Ätiopathogenese

Von der Opiatabhängigkeit sind mehr **Männer** als Frauen betroffen (etwa im Verhältnis 3:1), die meisten Abhängigen sind **zwischen 30 und 45 Jahren**. Heroin wird im Allgemeinen injiziert (i. v. oder s.c.) oder geschnupft (im Vergleich zu den Opiaten auf Rezept, die meist oral eingenommen werden). Diejenigen, welche den Stoff injizieren, sind einem hohen Risiko ausgesetzt, sich mit **Hepatitis B, C bzw. D** oder HIV zu infizieren. Zu den klassischen Komplikationen gehören außerdem die **Endokarditis** (typischerweise sind dabei die Klappen des rechten Herzens betroffen), Hautinfektionen/-abszesse sowie **kriminelle Aktivitäten** inkl. Diebstahl und Prostitution, um die Drogen bezahlen zu können.

Diagnose und Therapie

Eine *Heroin- bzw. Opiatintoxikation* führt zu **Euphorie, Stimmungsschwankungen, Benommenheit, psychomotorischer Verlangsamung, Wahrnehmungsstörungen, verminderter Schmerzempfindlichkeit** sowie einer **Beeinträchtigung von Gedächtnis und Aufmerksamkeit**. Oft wird der Zustand „wie in einem Traum“ beschrieben. Außerdem kommt es zur **Pupillenverengung** (Miosis) und zu **verwaschener Sprache**. Bei einer Überdosierung kann es zum **Koma** kommen.

Umgekehrt führt ein *Opiatentzug* zur **Pupillenerweiterung** (Mydriasis), zu **Fieber und Schwitzen, Gänsehaut** (Piloarreaktion), **Verstimmung** (Dysphorie), **Übelkeit, Erbrechen und Durchfall** (Diarrhöe), **Tränenfluss, Schnupfen** (Rhinorrhoe), **Muskelschmerzen, Gähnen, Schlaflosigkeit, Nervosität, Bewegungsunruhe** und **vermehrter Schmerzempfindlichkeit**. Obwohl der Opiatentzug **im Allgemeinen nicht lebensbedrohlich** ist, benehmen sich die Abhängigen dabei oft, als würden sie sterben.

Die Behandlung ist - wie bei den meisten Suchterkrankungen - komplex und **Rückfälle sind häufig**.

Opiatantagonisten, insbesondere **Naloxon** (Narcanti*), aber auch **partielle Opiat-Agonisten wie Buprenorphin** (Temgesic⁰), können über längere Zeit oral verabreicht werden, um Intoxikationserscheinungen zu verhindern, wenn Opiate genommen werden. Bei einer akuten **Opiatüberdosis** kann die Naloxon-Gabe auch intravenös erfolgen. Die **Methadonsubstitution** bei Opiatabhängigen **ist umstritten**. Die Idee dahinter ist, das Opiat durch ein verschreibungspflichtiges, niedriger dosiertes Retardpräparat zu ersetzen, dessen Dosis man langsam reduziert. So gibt man den betroffenen Personen die Möglichkeit, ihren Alltag wieder zu meistern. Dies ist bei Opiaten mit geringerer Halbwertszeit schwieriger, denn sie erzeugen ausgeprägter und schneller Entzugssymptome.

Gut zu wissen

Etwa 15% der Menschen, die opiatabhängig sind, begehen mindestens einmal in ihrem Leben einen **Suizidversuch**.

Wenn man einem Opiatabhängigen einen **Opiatantagonisten** gibt, kann dies sofortige **Entzugssymptome heraufbeschwören**.

Malignes Neuroleptisches Syndrom

Epidemiologie und Ätiopathogenese

Das Maligne Neuroleptische Syndrom tritt etwa bei 1 % der Patienten auf, die mit einem klassischen Neuroleptikum behandelt werden. Über Entstehung und Ablauf des Syndroms weiß man bisher sehr wenig. Ein Malignes Neuroleptisches Syndrom kann jedoch auch bei Patienten mit Morbus Parkinson vorkommen, wenn deren Dopamin-agonistische Medikation plötzlich abgesetzt wird. Typischerweise tritt das Maligne Neuroleptische Syndrom **kurz nach** Beginn der Neuroleptika-Behandlung auf, es kann aber auch erst **nach Jahren der Therapie** entstehen. Das Maligne Neuroleptische Syndrom scheint wesentlich **seltener in Zusammenhang mit Neuroleptika der neuen Generation**, wie z. B. Risperidon (Risperdal-), oder Olanzapin (Zyprexa¹⁵¹) vorzukommen.

Diagnose und Therapie

Die klassischen **Leitsymptome** des Malignen Neuroleptischen Syndroms sind **hohes Fieber** (bis 42 °C), **hohe CK** (oft > 1000 U/l), **Rigor** (Zahnradphänomen) und **Stupor** (motorische Bewegungslosigkeit), **Bewusstseinsminderung** sowie anamnestisch die **Einnahme von Neuroleptika**. Weitere mögliche Symptome sind **Schweißausbruch**, Dysphagie, Tremor, Inkontinenz, Mutismus (also die Unfähigkeit zu sprechen), **Tachykardie**, ein **erhöhter und/oder labiler Blutdruck** sowie eine **Leukozytose**. Eine **Myoglobinurie** ist u. U. im Urin zu finden, auch können verschiedene Leberwerte im Serum erhöht sein. Andere ätiologische Faktoren, besonders eine Enzephalitis, sind unbedingt im Rahmen der Differentialdiagnostik auszuschließen.

Die Therapie beginnt mit dem **Absetzen des Neuroleptikums**. Unterstützende Maßnahmen wie **kühlende Wickel** (Wadenwickel), **Infusionen** zur Volumensubstitution (z.B. mit NaCl-Lösung) sowie die **Korrektur des Elektrolythaushalts** sind meist ausreichend. In schweren Fällen können zur Minderung des Mortalitätsrisikos **Dantrolen** (welches als Muskelrelaxans auch bei der sog. Malignen Hyperthermie Verwendung findet) und **Dopamin-Agonisten** [Lisurid (Dopergin¹) oder **Bromocriptin** (PravideP)], ggf. Lorazepam (Tavor^M) zum Einsatz kommen. Schließlich steht als letzte Option die Elektrokrampftherapie (EKT) zur Verfügung. Dennoch liegt die **Mortalität** auch unter Intensivbehandlung noch bei etwa 15%.

Gut zu wissen

Andere wichtige *Neuroleptika-Nebenwirkungen* (besonders bei den hochpotenten klassischen Neuroleptika, weniger bei den atypischen Neuroleptika) sind die sog. extrapyramidal-motorischen Störungen:

- Das *Parkinsonoid*, bestehend aus den klassischen Symptomen Tremor, Rigor und Akinese; es kommt meist bei älteren Frauen vor; behandelt wird mit Anticholinergika [z.B. Biperiden (Akineton*) oder Trihexiphenidyl (Arlane⁵)].
- Die *Akathisie bzw. Tasikinesie*: Sitz- oder Bewegungsunruhe, welche durch Umhergehen, Zappeln und/oder die Unfähigkeit, länger als einige Minuten still zu sitzen bzw. zu stehen, gekennzeichnet ist; die Behandlung erfolgt durch eine Dosisreduktion, den Wechsel auf ein neueres Präparat und/oder ggf. einen β -Blocker.
- *Dyskinesien*: choreatische, athetotische und/oder rhythmische, stereotype Bewegungen; typisch sind abnorme Bewegungen des Mundes, der Zunge und/oder der Gesichtsmuskulatur; man unterscheidet:
 - *Frühutyskinesien*: Sie treten i.A. in der ersten Behandlungswoche, besonders bei jungen Menschen

Körperdysmorphie Störung (Dysmorphophobie)

Epidemiologie und Ätiopathogenese

Bei der Körperdysmorphie Störung geht es um ein **Beschäftigtsein mit einem eingebildeten Makel in der äußeren Erscheinung** oder eine **übertriebene, verzerrte Wahrnehmung eines kleineren körperlichen Fehlers** bzw. Defektes. Typischerweise beginnt sie im **Alter zwischen 15 und 20**; ferner besteht eine **Frauenwendigkeit**. Üblicherweise sind die Betroffenen **nicht verheiratet**. Die Körperdysmorphie Störung ist recht verbreitet, mindestens 2% (wahrscheinlich mehr) der Patientinnen, die einen plastischen Chirurgen aufsuchen, haben wohl diese Störung. Häufig liegt eine **für affektive Störungen positive Familienanamnese** vor, was ein Hinweis auf eine genetische Komponente sein könnte.

Diagnose und Therapie

Menschen, die an einer Dysmorphophobie leiden, haben ein normales äußeres Erscheinungsbild oder lediglich einen kleinen körperlichen Fehler oder Mangel, **glauben aber, dass sie eine schwergradige physische Missbildung/Deformität haben**. Oft suchen sie wegen dieses eingebildeten bzw. überbewerteten Defektes medizinische oder chirurgische Hilfe auf. Typische falsch bewertete Körperteile sind **Haare, Nase oder Haut**, auch Augen, Kopf, Gesicht oder Brust. Grundsätzlich kann jeder Körperteil betroffen sein, auch die körperliche Gesamterscheinung. Viele Patienten „switchen“ auch von einem Defektfokus zum anderen. Eine Körperdysmorphie Störung führt klinisch zu **erheblichem Leidensdruck oder funktioneller Einschränkung**. Beispiele sind ständige Sorgen über oder eine **wahnhafte** Beschäftigung mit dem Makel oder auch sozialer Rückzug, um den Kontakt mit der Umwelt zu meiden.

Oft haben die Patienten auch Beziehungsideen, z.B. dass andere Personen ständig die vermeintlichen physischen Fehler bemerken oder anstarren. Weiter betrachten sie sich oft im Spiegel, um den Makel zu kontrollieren, und **versuchen, diesen zu verstecken**, indem sie ihn beispielsweise mit Kleidung oder Make-up bedecken.

Im Rahmen der Behandlung gilt es, *medizinische bzw. chirurgische Therapie zu vermeiden*, denn durch physische Eingriffe verschwindet die Störung so gut wie nie. **Antidepressiva** (i.A. SSRI) sind in Kombination mit unterstützender **Psychotherapie** in den meisten Fällen hilfreich. Häufige **komorbide Erkrankungen** sind **Depressionen, Angststörungen und Psychosen**, die dann natürlich auch entsprechend behandelt werden sollten.

Gut zu wissen

Bis zu 20% der betroffenen Patienten unternehmen einen **Suizidversuch**. Dies scheint durch den sehr hohen Anteil komorbider Depressionen (ca. 90 % der Patienten) mitbedingt zu sein. Die Symptomatik ist meist **chronisch**. Sie kann sich sowohl verschlimmern als auch verbessern, wenn sie nicht behandelt wird.

Borderline-Persönlichkeitsstörung (Emotional Instabile Persönlichkeitsstörung)

Epidemiologie und Ätiopathogenese

Vermutlich ca. 1,5 % der Bevölkerung erfüllen die diagnostischen Kriterien einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS). **Frauen** sind etwa **zweimal so häufig** wie Männer betroffen. Depressionen und Substanzmissbrauch bei Verwandten ersten Grades sind gängig. Wie bei allen Persönlichkeitsstörungen ist das Muster der Störung seiner Natur nach lebenslang vorhanden, meist beginnt es in der Adoleszenz. Synonyme Begriffe wie „**Ambulatory Schizophrenia**“ oder „**Emotional Instabile Persönlichkeitsstörung**“ spiegeln weitere Aspekte des Erlebens- und Verhaltensmusters der Patientinnen wider.

Diagnose und Therapie

Die Leitsymptome der BPS sind **Impulsivität und Instabilität in Beziehungen, Selbstbild und Affekten**. Die Betroffenen gehen sehr weit, um ein reales oder befürchtetes **Verlassenwerden zu verhindern**. Sie können oftmals geradezu einen Katalog von wiederholten **Suizidhandlungen bzw. -drohungen** und/oder **selbstverletzendem Verhalten** vorweisen. Klassisch ist auch ein chronisches **Gefühl von Langeweile und/oder Leere**. Für gewöhnlich neigen die Patientinnen auch sehr zum **Spalten**, d. h. Menschen wie auch Dinge werden in die Kategorien „völlig gut“ (also wertvoll und geschätzt) oder „vollkommen schlecht“ (bzw. gehasst und wertlos) eingeteilt. Oft **wechseln** die Patientinnen dann das **Vorzeichen ihrer Gunst** sogar innerhalb weniger Minuten (wenn z.B. aus einer Person, die sie als „Engel“ betiteln, plötzlich ein „Teufel“ wird). „**Mikropsychotische Episoden**“ beschreiben flüchtige psychotische Symptome, die manchmal nur wenige Minuten dauern und häufig stressbedingt sind. Im Affekt sind die Betroffenen im Allgemeinen **labil**, dabei treten **intensive Wut bzw. Gemütswallungen** und Weinen oder Lachen im Wechsel auf. Die Impulsivität kann sich beispielsweise auch als **Promiskuität, ungehemmtes Geldausgeben, Substanzmissbrauch** oder **Fressanfälle** („binge-eating“) äußern. Zudem haben die Patientinnen ein sehr **instabiles, wechselhaftes Selbstbild** und -wertgefühl. Dies manifestiert sich dann beispielsweise in **Bisexualität** oder auch Unsicherheit im Beruf bzw. in der Ausbildung. Generell ist das **Verhalten** der Patientinnen **wenig konstant und vorhersagbar**.

Die Behandlung stellt sich als relativ schwierig dar: Sie umfasst **Psychotherapie- hier** stehen sowohl tiefenpsychologische als auch kognitiv-verhaltenstherapeutische Konzepte, bei Letzteren z. B. die Dialektisch Behaviorale Therapie (DBT) nach M. Linehan zur Verfügung - plus **Psychopharmaka: je** nach Bedarf Antidepressiva, Neuroleptika oder Stimmungsstabilisierer wie Valproat (Ergenyl), Carbamazepin (**Tegretal***) oder Lamotrigin (Elmendo*).

Gut zu wissen

Rezidivierende Selbstverletzung und/oder Suizidhandlungen/-versuche sind für die BPS typisch, ebenso wie das Spalten, das Gefühl chronischer Leere und chaotische Beziehungen. Die BPS-PatientInnen haben formal *keine* Psychose oder Denkstörungen (was sie von Schizophrenen unterscheidet), auch sind sie im Allgemeinen **normal intelligent**.

Generalisierte Angststörung (GAS)

Epidemiologie und Ätiopathogenese

Die GAS ist relativ weit verbreitet und tritt mit einer Prävalenz von bis zu 5% auf. Die Störung kommt bei **Frauen etwa doppelt so häufig** wie bei Männern vor. Meist wird die GAS im **Alter zwischen 20 und 30** diagnostiziert. Ätiologisch werden biologische und psychologische Faktoren verantwortlich gemacht. Mindestens **die Hälfte** der Betroffenen hat eine weitere psychische Erkrankung, meist eine **Phobie, eine Panik- oder eine depressive Störung**.

Diagnose und Therapie

Menschen mit einer GAS leiden unter **ständigen Sorgen und Ängsten**. Diese beziehen sich **auf verschiedene Lebensbereiche** wie zwischenmenschliche Beziehungen, Finanzielles oder den Beruf. Ein Beispiel eines typischen Gedankens solcher Patientinnen ist: „Meine Tochter hätte eigentlich schon vor 20 Minuten nach Hause kommen sollen, ihr ist sicher etwas zugestoßen“. Typischerweise beschreiben die Patientinnen ein **Gefühl der Rastlosigkeit, Anspannung oder Nervosität**. Meist klagen sie auch über **Müdigkeit, Konzentrationsprobleme, innere Unruhe, Verspannungen** (besonders auch Spannungskopfschmerzen) und **Schlafprobleme**. Ebenso häufig werden **körperliche Beschwerden wie z. B. Palpitationen, Mundtrockenheit, Atemnot, Schweißausbrüche oder Durchfälle** präsentiert. Aufgrund der steten Ängste und Sorgen haben die Patientinnen sozusagen „geradezu einen Blick für Probleme“ (sog. Hypervigilanz) und sind entsprechend **schreckhaft**. Die Symptome müssen **mindestens sechs Monate** lang bestehen, damit die Diagnose gestellt werden kann. Die meisten Betroffenen können aber schon auf eine mehrjährige Krankheitsgeschichte zurückblicken, wenn sie zum ersten Mal professionelle Hilfe suchen. Viele Patientinnen suchen aufgrund der physischen Beschwerden zunächst auch nicht-psychiatrische Ärzte auf. Unbedingt **ausgeschlossen werden müssen eine Hyperthyreose, Stimulanzien- und Koffeinabusus**, da diese vergleichbare Symptome hervorrufen können. Die Behandlung besteht in **Psychotherapie** (z.B. kognitiver Verhaltenstherapie) in Kombination mit **Medikamenten, Benzodiazepine** wie Lorazepam (Tavor“) erweisen sich zwar kurzfristig als effektiv, es kommt bei deren Einsatz jedoch zu folgenden Problemen: Sie wirken **sedativ**, zudem können sich **Toleranz und Abhängigkeit** entwickeln und langfristig kann es über einen Angstteufelskreis zu einer **Verschlechterung der Angstsymptomatik** kommen. **Buspiron** (z.B. Bespar oder Busp[®]) und SSRI wie Paroxetin (Seroxat[®]) oder Escitalopram (Ciprallex[®]) sind ebenfalls wirksam, haben aber weniger Nebenwirkungen als Benzodiazepine. Bei beiden tritt die **Wirkung jedoch erst nach einigen Wochen** ein. Manche Therapeuten beginnen aus diesem Grunde die Therapie mit einem Benzodiazepin plus einem SSRI (oder Buspiron) und **entziehen** dann das Benzodiazepin wieder langsam über einige Wochen, nachdem die Wirkung der anderen Substanz eingesetzt hat.

Gut zu wissen

Patientinnen mit einer GAS machen sich ständig und über alles Sorgen, haben aber keine umschriebenen bzw. dramatischen Angstanfälle/-attacken wie Patienten mit Panikstörungen. Auch **Ängste und Depressionen** können manchmal nur schwer unterschieden werden und treten **oft gemeinsam auf**.

Manische Episode im Rahmen einer Bipolar-I-Störung

Epidemiologie und Ätiopathogenese

Etwa 1% der Bevölkerung ist von einer Bipolaren Störung betroffen, die Verteilung zwischen Männern und Frauen liegt bei etwa 1:1. Im Durchschnitt beginnt die Erkrankung **zwischen dem 21. und dem 30. Lebensjahr**. Die meisten Patienten werden erst durch die massiven Beeinträchtigungen im Rahmen einer manischen Episode medizinisch auffällig, was jedoch für die Diagnosestellung ausreicht (klassisch sind allerdings alternierende manische und depressive Episoden). Ätiologisch scheint eine starke **genetische Komponente** zu existieren, denn Verwandte ersten Grades von Betroffenen haben ein etwa **10-faches Risiko, an einer affektiven Störung zu erkranken**. Leidet ein Elternteil unter einer Bipolaren Störung, besteht beim Kind ein 25%iges Risiko für eine affektive Störung, wenn beide Eltern betroffen sind, steigt das Risiko auf 50-75%.

Diagnose und Therapie

Eine Manie zeichnet sich durch eine **andauernde inadäquat gehobene, ausufernde und/ oder aufbrausende Stimmung** aus. Die Patienten haben ein **gesteigertes Selbstwertgefühl** oder **Größenideen**, außerdem haben sie meist ein **verringertes Schlafbedürfnis**. Häufig besteht eine **Logorrhoe**, und die Patienten reden wie ein Wasserfall, ohne Punkt und Komma (so dass es u.U. sehr lange dauert, bis man zu Wort kommt). Typische Symptome sind auch **Ideenflucht** (d.h. Themenwechsel, wobei die einzelnen Themen nur wenig miteinander zu tun haben) sowie **leichte Ablenkbarkeit**. Die Patienten geben sich meist angenehmen Aktivitäten hin, **ohne auf die Folgen zu schauen**, wie **promiskuitivem Sex, Kaufräuschen oder unsinnigen geschäftlichen Investitionen**.

Eine Bipolare Störung kann sich entweder nur in Form manischer Phasen äußern oder Manien im Wechsel mit depressiven Phasen umfassen. Zur Diagnosestellung einer Bipolar-I-Störung ist eine **Depression** also **nicht unbedingt erforderlich**. **Psychotische Symptome** können das klinische Bild im Falle schwererer manischer Phasen u.U. dominieren. Eine Differentialdiagnose stellt die **Schizoaffektive Störung** dar, die jedoch durch psychotische Symptome **ohne gleichzeitige affektive Symptome** in bestimmten Krankheitsphasen gekennzeichnet ist. Therapeutisch kommen neben psychotherapeutischen Maßnahmen **Stimmungsstabilisierer**, z.B. Lithium (Hypnorex®, Quilonum™) oder Valproat (Ergenyl®, Orfmit™) zum Einsatz, ferner im Bedarfsfall **Neuroleptika** und/oder **Sedativa** (z.B. Benzodiazepine). Olanzapin (Zyprexa®) ist inzwischen ebenfalls als Pharmakon zur Behandlung der akuten Manie zugelassen. Eine stationäre Einweisung (notfalls gegen den Willen des Patienten) wird im Falle entsprechender Selbst- bzw. Fremdgefährdung erforderlich. Andere Stimmungsstabilisierer wie Carbamazepin (Tegretal®), Lamotrigin (Ebnendes®) und Gabapentin (Neurontin®) werden von vielen Klinikern hingegen als Substanzen zweiter Wahl eingestuft.

Gut zu wissen

Dem *Lithium* zieht man therapeutisch wegen seiner zahlreichen *Nebenwirkungen* (**Nierenschäden, Diabetes insipidus, Schilddrüsenfunktionsstörungen, Tremor, gastrointestinale Nebenwirkungen, Schwindel, EKG- und EEG-Veränderungen**) heute das **Valproat** meist vor (cave hier: **Lebertoxizität**).

Antisoziale Persönlichkeitsstörung

Epidemiologie und Ätiopathogenese

Eine Antisoziale Persönlichkeitsstörung liegt bei etwa 2% der Bevölkerung vor, mit einer **Männerwendigkeit von etwa 3:1**. Die klassische Beschreibung ist der **Betrüger ohne Gewissen**. Unter **Gefängnisinsassen** kann die Prävalenz der Störung bis zu 75% betragen. Wenigstens zum Teil scheinen der Störung **genetische Faktoren** zugrunde zu liegen, denn das Erkrankungsrisiko ist bei Verwandten ersten Grades von Betroffenen auf etwa das Fünffache erhöht.

Diagnose und Therapie

Menschen mit einer Antisozialen Persönlichkeitsstörung **missachten fundamental die Rechte anderer Menschen und verletzen diese häufig, ohne Reuegefühle zu zeigen**. **Kriminelle Taten** sind üblich; **Arglist, Lügen und Betrugshandlungen** sind diagnostische Kriterien. Oft sind die Patienten **impulsiv und können nicht im Voraus planen**. Sie **missachten in rücksichtsloser Weise Sicherheitsregeln für andere wie für sich selbst und zeigen dabei weder Bedauern noch Verantwortungsgefühl** (so kommen sie beispielsweise finanziellen, beruflichen oder elterlichen Pflichten nicht nach). Typisch sind auch **Vergewaltigung des Partners bzw. Kindesmissbrauch, Promiskuität oder Trunkenheit am Steuer**. Selten befinden sich die Patienten längere Zeit in einem Angestelltenverhältnis. **Man kann nicht davon ausgehen**, dass betroffene Personen irgendeine Aufgabe erledigen oder dass sie irgendwelchen moralischen Normen nachkommen. Interessanterweise können diese Menschen dabei **oberflächlich durchaus charmant** sein, besonders wenn sie mit dem anderen Geschlecht kommunizieren. Wenn man ihren Forderungen jedoch nicht nachkommt oder man sie mit ihren Taten konfrontiert, kommen aber sehr schnell die **darunter liegenden Gefühle von Wut und Feindseligkeit** zum Vorschein. Der Charme wird oft eingesetzt, um andere zu **manipulieren** (z.B. um an Geld zu kommen oder um andere dazu zu bringen, ihre Bedürfnisse zu erfüllen). Viele antisozial persönlichkeitsgestörte Menschen leiden auch an **Alkoholismus (75%)**. Zudem ist auch die Inzidenz für **Substanzmissbrauch, Depressionen und Somatisierungsstörungen** erhöht. Alkoholismus in der **Familienanamnese** ist ebenfalls typisch. Eine **Therapie zeigt meist wenig Wirkung**, Psychotherapie und Medikamente können aber zur Behandlung spezifischer Symptome (z.B. einer Depression) mit gewissem Erfolg eingesetzt werden. Oft nehmen die Symptome mit zunehmendem Alter etwas ab. Die **Suizidrate** ist bei dieser Störung **erhöht**.

Gut zu wissen

Eine **Störung des Sozialverhaltens**, welche das *kinder- und jugendpsychiatrische Äquivalent* der Antisozialen Persönlichkeitsstörung darstellt, **ist praktisch Voraussetzung** für die Diagnose einer Antisozialen Persönlichkeitsstörung. Deshalb sollte man anamnestisch nach Symptomen wie Weglaufen, Brandstiftung, Tierquälerei, Lügen, Diebstahl, Raufereien, Substanzmissbrauch sowie anderen gesetzeswidrigen Handlungen vor dem 15. Lebensjahr fahnden.

Menschen mit einer Antisozialen Persönlichkeitsstörung **können „richtig“ und „falsch“ unterscheiden** (d.h. sie sind rechtlich gesehen nicht unzurechnungsfähig), sie „machen sich jedoch nichts draus“ und scheinen es in gewisser Weise zu genießen, sich über Regeln hinwegzusetzen.

Artifizielle Störung (Münchhausen-Syndrom)

Epidemiologie und Ätiopathogenese

Von einer Artifiziellen Störung spricht man, wenn eine Person vorgibt, krank zu sein, um die **Krankenrolle** zu übernehmen. Besonders häufig tritt die Störung bei **Menschen auf, die selbst im Krankenhaus bzw. im Gesundheitssystem arbeiten**, etwas häufiger bei **Männern**. Ätiologisch könnten u. a. kindlicher **Missbrauch, Hospitalisierung im Kindesalter** und/oder Zurückweisung durch die Eltern eine Rolle spielen. Die Symptome beginnen oft im **jungen Erwachsenenalter**.

Diagnose und Therapie

Patienten mit Münchhausen-Syndrom täuschen irgendeine körperliche oder psychiatrische Erkrankung vor. Ihr **medizinischer Hintergrund** trägt dazu bei, dass sie oft so überzeugend wirken. Der Einsatz von Insulin zur Erzeugung hypoglykämischer Zustände oder die Verwendung von Antikoagulantien, welche Blutungen induzieren, sind klassische Szenarien. Entscheidend ist, dass es einziges Ziel der Patienten ist, **die Krankenrolle einzunehmen**. Es geht **nicht um einen finanziellen oder sonstigen sekundären Krankheitsgewinn** wie Behinderung, Krankschreibung oder z.B. darum, eine Gefängnisstrafe zu vermeiden, was -wenn dem so wäre - die Diagnose in „Simulation“ umwandeln würde. In jedem Fall werden die **Symptome freiwillig produziert**, was die Artifizielle Störung von einer **Somatoformen Störung** oder **Hypochondrie** unterscheidet. Bei letzteren Störungen werden die Symptome *nicht* absichtlich erzeugt. Patienten mit einer **Konversionsstörung** sind i.A. nicht medizinisch versiert, somit sind deren Symptome in sich meist nicht logisch bzw. überzeugend. Häufig existiert dabei auch ein offensichtlicher emotionaler Konflikt in der jüngsten Vergangenheit, welcher als „Trigger“ der Symptome gesehen werden kann. Ferner sind meist nur Patienten mit einer Artifiziellen Störung dazu **bereit, schmerzhaft oder gar selbstverstümmelnde Handlungen auszuführen**.

In der Krankengeschichte der Patienten finden sich meist **zahlreiche Praxisbesuche und/oder Klinikaufenthalte in unterschiedlichen Praxen/Kliniken**. So soll vermeiden werden, dass die Störung aufgedeckt wird. Einige Patienten unterziehen sich dabei schmerzhaften Prozeduren oder sogar größeren operativen Eingriffen. Die Betroffenen sind meist **normal intelligent** und auch unauffällig in ihren formalen Denkprozessen. Die Therapie stellt sich als äußerst schwierig dar und ist selten erfolgreich. Durch eine frühzeitige Diagnose der Störung kann man u.U. potenziell gefährliche Behandlungsmaßnahmen verhindern. Es gilt unbedingt, eine **direkte Konfrontation zu vermeiden**, vor allem die Frage nach Beweggründen, denn das führt i.A. zu Fluchtendenzen.

Gut zu wissen

Simulanten wie Personen mit artifizieller Störung **erzeugen vorsätzlich die Symptomatik**, jedoch mit **unterschiedlichen Absichten**, was „die Belohnung“ betrifft: Simulanten haben z.B. ein Rentenbegehren, wollen finanzielle Vorteile erzielen, eine Gefängnisstrafe oder die Schuld fähigkeit vermeiden; Menschen mit einem Münchhausen-Syndrom möchten schlicht und einfach Patient sein (sog. **primärer Krankheitsgewinn**).

Anpassungsstörung mit depressiver Stimmung

Epidemiologie und Ätiopathogenese

Eine Anpassungsstörung beschreibt eine Reaktion auf (oft) normale Lebensereignisse, die im Verhältnis zum Stressor, also dem auslösenden Moment unangemessen ist oder so heftig, dass der Alltag nicht mehr bewältigt werden kann. Es handelt sich dabei um eine **sehr verbreitete Störung**, welche häufig auch bei physisch kranken stationären Patienten anzutreffen ist, die sekundär zu ihrer organischen Erkrankung z.B. depressiv oder ängstlich werden. **Frauen** sind **doppelt so häufig** wie Männer betroffen. Ein **erhöhtes Risiko** besteht für Unverheiratete und Teenager.

Diagnose und Therapie

Bei den Patientinnen rindet sich ein **identifizierbares als Disstress erlebtes Ereignis**, das jedoch nicht lebensbedrohlich ist, wie **beispielsweise Scheidung, Trennung, Schulprobleme, Umzug oder finanzielle Probleme**. Die Betroffenen entwickeln reaktiv nach dem Erlebnis **innerhalb von drei Monaten** emotionale Symptome und/oder Symptome auf Verhaltensebene. Die Antwort auf den Stressor stellt entweder ein **Übermaß dessen, was man normalerweise erwarten würde**, dar oder sie führt zu einer **Beeinträchtigung im sozialen, beruflichen oder schulischen Bereich**, Die Dauer der Symptome beträgt im Allgemeinen nicht länger als drei Monate.

Die Diagnose Anpassungsstörung wird üblicherweise mit einem Zusatz versehen, der über den genaueren Charakter der Störung Auskunft gibt wie **„mit depressiver Stimmung“**, **„mit Angst“**, **„mit Störungen des Sozialverhaltens“** oder **„unspezifisch“**. Die Alltäglichkeit des Auslösers und die **Abwesenheit von „Flashbacks“** (also z.B. Rückblenden in Tagträumen) unterscheiden die Anpassungsstörung von der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS oder PTSD für „PosttraumaticStressDisorder“). Die Patienten erfüllen mit ihren ängstlichen bzw. depressiven Symptomen *nicht* vollständig die Kriterien einer Angststörung oder einer Major Depression bzw. Depressiven Episode. Außerdem kann die Diagnose einer Anpassungsstörung *nicht bei* jemandem gestellt werden, der Trauer nach dem Tod eines geliebten Menschen erlebt.

Die Therapie der Wahl heißt **Psychotherapie**. **Medikamente** können ggf. kurzfristig bei schweren Fällen zum Einsatz kommen, um depressiven oder ängstlichen Symptomen entgegenzuwirken.

Gut zu wissen

Patientinnen mit einer PTBS haben lebensbedrohliche Traumata erlebt, welche den normalen Bereich menschlichen Erlebens übersteigen, wie z.B. Vergewaltigung, Krieg, schwere Autounfälle oder eine Naturkatastrophe. Personen mit einer Anpassungsstörung waren hingegen mit einer **relativ normalen bzw. alltäglichen**, für sie aber schwierigen **Situation** konfrontiert.

Gelegentlich geht eine Anpassungsstörung mit **Verhaltensstörungen** einher wie Vandalismus, Streitlust oder anderen maladaptiven Reaktionen wie der **Verleugnung einer ernsten körperlichen Krankheit** und ggf. entsprechender Non-Compliance, was die Behandlung betrifft.

Epidemiologie und Ätiopathogenese

Spezifische Phobien gehören zu den **häufigsten psychischen Störungen** und betreffen schätzungsweise 5-10% der Bevölkerung, obwohl viele Patienten niemals eine Therapie in Anspruch nehmen. **Frauen sind doppelt so häufig** wie Männer betroffen. Der Beginn der Störung liegt meist in der Kindheit oder im jungen Erwachsenenalter. Typischerweise beziehen sich spezifische Phobien auf bestimmte Tiere (sog. **Tier-Typus**), Stürme oder Höhe (**Umwelt-Typus**), Blut bzw. Injektionen oder Spritzen (**Blut-Spritzen-Verletzungs-Typus**), bestimmte Situationen, z.B. den Aufenthalt in Flugzeugen, Fahrstühlen oder geschlossenen Räumen (**Situativer Typus**) oder auch auf soziale Situationen (die **Soziale Phobie** ist eine Form der spezifischen Phobie).

Diagnose und Therapie

Die betroffenen Patienten haben eine **ausgeprägte, persistierende, nicht berechnete bzw. übertriebene Furcht**, welche durch die Anwesenheit oder Antizipation eines **spezifischen Objektes oder einer bestimmten Situation** getriggert wird. Bei einer Konfrontation mit dem Objekt oder der Situation haben die Patienten eine **schwere Angstreaktion**, die bis hin zu einer **Panikattacke** gehen kann (d.h. mit Erschrecken, Schwindel, Atemnot, Herzrasen bzw. Palpitationen und/oder einer Angst zu sterben oder verrückt zu werden). Phobische Patienten **erkennen ihre Angst als übertrieben oder unberechtigt**, dennoch **meiden sie Objekt bzw. Situation oder ertragen es/sie nur unter immenser Angst bzw. Disstress**. Die Phobie muss signifikante Symptome hervorrufen oder die alltägliche Funktionsfähigkeit beeinträchtigen, bevor man sie wirklich als Störung bezeichnen kann. Außerdem darf die Angst nicht auf eine andere Störung zurückzuführen sein (wie z. B. die Angst, in die Schule zu gehen, im Rahmen einer Störung mit Trennungsangst). Bei einer *Sozialen Phobie* haben die Betroffenen Angst, sich **unbekannten Menschen oder sozialen Situationen auszusetzen**. Sie befürchten, **dass andere ihre Angstsymptome bemerken** oder dass sie sich selbst durch ihr Tun oder Sagen in **erniedrigende oder peinliche Situationen** bringen könnten. Die Soziale Phobie wird oft als eigenes Krankheitsbild beschrieben, obwohl sie - wie gesagt - einen Subtypus der Spezifischen Phobie darstellt. Die Behandlung einer Spezifischen Phobie stellt sich meist als recht effektiv dar. **Verhaltenstherapeutische Techniken** beinhalten die **systematische Desensibilisierung** und das sog. **„flooding“**. Bei der *systematischen Desensibilisierung* sollen sich die Patienten entspannen und werden dann mit für die Phobie relevanten Stimuli wachsenden Ausmaßes konfrontiert (z.B. an einen Hund denken —> das Bild eines Hundes sehen —> einen Hund bellen hören —> usw.). Beim *„flooding“* werden die Patienten gleich ihrem Phobiestimulus ausgesetzt (exponiert), ohne sich langsam daran zu gewöhnen oder zu entspannen. Dabei sollen sie den Auslöser nicht meiden können: Es geht also um eine Reizüberflutung (z.B. wenn die betreffenden Personen mit einem Hund in einem Raum eingesperrt sind), wobei sich hier die zunächst überwältigende Angst langsam verringert, was den entscheidenden Lerneffekt darstellt. Für einige Patienten erweisen sich auch **hypnotherapeutische Maßnahmen** als hilfreich. **Medikamente** können sinnvoll sein, besonders bei Sozialen Phobien. Der Einsatz von *β-Blockern* zur Reduktion adrenerger Symptome vor einer Exposition ist eher als problematisch anzusehen: a. wegen der Nebenwirkungen und b. stellt eine medikamentöse Symptomreduktion letztlich eine Form der Vermeidung dar. Die Patienten lernen dadurch, dass ihr Problem nur durch äußere Hilfe reguliert werden kann, und nicht, dass sie selbst es sind, die lernen können, mit der Angst umzugehen bzw. dass sich durch regelmäßige Konfrontation mit der Angst diese Stück für Stück verringern.

Akute Suizidalität

Epidemiologie und Ätiopathogenese

Suizid ist **eine der häufigsten Todesursachen**. Akute Suizidalität ist ein psychiatrischer Notfall. In Deutschland haben wir es mit einer relativ hohen Suizidrate von ca. 20/100000 Einwohner pro Jahr zu tun. Etwa 14000 Menschen jährlich sterben hierzulande durch Suizid. **Männer begehen etwa doppelt so häufig Suizid** wie Frauen. **Frauen** unternehmen hingegen im Vergleich zu Männern etwa **dreimal so häufig Suizidversuche**. Wenn auch die Suizidrate unter **Jugendlichen angestiegen** ist, ist Selbstmord besonders unter den **über 45-Jährigen** verbreitet. Weiße bringen sich häufiger um als Menschen anderer Rassen. Zu den weiteren *Risikofaktoren* für einen Suizid gehören: **hoher sozialer Status**, Stadtbewohner sowie Wohnen in Wohngebieten mit sozialer Desintegration, **Ehestatus ledig, geschieden oder verwitwet**, aktuelle **Lebenskrisen, chronische und unheilbare somatische Krankheiten** (wie z.B. Dialysepflicht) bzw. **psychiatrische Störungen** (wie Depressionen oder Schizophrenie), **Substanzmissbrauch** (besonders Drogen und/oder Alkohol), **frühere Suizidversuche** sowie **Arbeitslosigkeit**, aber auch helfender Beruf sowie Student sein.

Diagnose und Therapie

Es ist sehr wichtig, Suizidgedanken, -plane und frühere Suizidversuche **direkt anzusprechen**, insbesondere wenn depressive Stimmung vorhanden ist. Solche Fragen zu stellen erhöht das Suizidrisiko *nicht!* Patienten, die bereits einen **konkreten Plan** für einen Suizid haben, sind wesentlich gefährdeter als solche, bei denen es nur einen vagen Wunsch gibt, das Leben möge doch zu Ende gehen. Gefühle der **Hoffnungs- und Wertlosigkeit** sollten ebenfalls alarmierend sein. Die häufigsten Todesursachen bei Suizidalität sind bei Männern Erhängen und Erschießen, bei Frauen Vergiftungen.

Ein früherer Selbsttötungsversuch ist vermutlich der beste Indikator für das Risiko eines zukünftigen Suizidversuches, welches besonders **innerhalb der ersten drei (bis zwölf) Monate** nach dem ersten Versuch erhöht ist. **Alkoholabhängigkeit, Depression** und **Schizophrenie** erhöhen das Risiko besonders *deutlich*, aber auch jede andere psychiatrische Erkrankung erhöht das Suizidrisiko - wenn auch nicht so ausgeprägt. Bei psychiatrischen Krankheitsbildern (und eigentlich nicht nur bei diesen) gilt es also immer, nach Suizid zu fragen und eine Entscheidung zu treffen, ob der Patient stationär eingewiesen werden muss oder nicht. **Patienten mit einem hohen Suizidrisiko** (wie im vorliegenden Fall) **sollten eingewiesen werden - notfalls gegen ihren Willen**. Zur Abschätzung sollten ganz **besonders folgende potenzielle Risikofaktoren** in absteigender Reihenfolge in Erwägung gezogen werden: Alter über 45 > Alkoholabhängigkeit > aggressive Enthemmung in der Vorgeschichte > suizidales Verhalten in der Vorgeschichte > männliches Geschlecht. Bei akuter Suizidalität sind **engmaschige Betreuung, Psychotherapie und die Gabe antidepressiver Medikamente** angezeigt, bis das Suizidrisiko ausreichend verringert ist, bevor (wieder) ambulante Therapie möglich ist.

Gut zu wissen

Zu beachten ist, dass das Suizidrisiko oftmals vorübergehend erhöht ist, wenn ein Patient gerade aus seiner Major Depression „herauskommt“, z.B. auch wenn Antidepressiva wie Imipramin (Tofranil“) zu wirken beginnen. Möglicherweise haben sich dann die Symptome gerade soweit gebessert, dass der Patient ausreichend Kraft hat, Selbstmord zu begehen.

Schizophrenie

Epidemiologie und Ätiopathogenese

Die Schizophrenie kommt in der Bevölkerung westlicher Staaten relativ konstant mit einer Rate von etwa 1 % vor, mit **gleicher Prävalenz bei Männern und Frauen**. Der altersmäßige Erkrankungsgipfel zu Beginn der Erkrankung liegt **bei Männern jedoch ca. 10 Jahre früher (zwischen 15 und 25 Jahren) als bei Frauen (zwischen 25 und 35 Jahren)**. Die Betroffenen sind eher im **Winter** Geborene, warum ist derzeit ungeklärt. Es gibt wohl eine **genetische Komponente**: So beträgt die Konkordanzrate bei eineiigen Zwillingen beinahe 50%, während das Erkrankungsrisiko bei Geschwistern (die nicht eineiige Zwillinge sind) nur bei etwa 10% liegt. In bildgebenden Verfahren fanden sich bei Schizophrenen im Vergleich zu Gesunden tendenziell **vergrößerte Hirnventrikel** bei gleichzeitig **verringertem Volumen kortikalen Gewebes**.

Diagnose und Therapie

Die diagnostischen Kriterien der Schizophrenie beinhalten Wahn, Halluzinationen, **formale Denkstörungen** bzw. **desorganisierte Sprechweise** (z.B. häufiges Entgleisen oder Inkohärenz/Zerfahrenheit), **grob desorganisiertes oder katatonisches Verhalten** und sog. **negative Symptome** (s. nächster Absatz). Mindestens zwei dieser Symptome müssen vorhanden sein (außer im Fall bizarrer Wahnideen oder von Halluzinationen, welche alleine ausreichen, um die Diagnose stellen zu können). Die Symptome müssen des Weiteren für mindestens **sechs Monate** bestehen, allerdings ist nur ein Monat einer floriden Symptomatik erforderlich (d. h. während der übrigen fünf Monate ist eine Residualsymptomatik bzw. eine Prodromalphase zur Diagnosestellung ausreichend).

Mit der Einführung der neueren Neuroleptika konzentriert sich die Behandlung schizophrener Störungen mehr auf die **Negativsymptomatik**. Diese umfasst **flachen** oder **abgestumpften Affekt**, **Alogie (Sprachverarmung** bzw. Mutismus), **Anhedonie** (Freudlosigkeit), **Willensschwäche** und **Aufmerksamkeitsstörungen**. Die Negativsymptomatik spricht besser auf **atypische** (d.h. neuere) **Neuroleptika wie Risperidon** (Risperdal®), **Olanzapin** (Zyprexa®) oder **Quetiapin** (Seroquel™) an, während sowohl atypische als auch klassische Neuroleptika die **Positivsymptomatik** (also Halluzinationen, Wahnideen/-vorstellungen, bizarres Verhalten und Denkstörungen) erfassen.

Das beste Behandlungsprozedere ist eine Kombination aus **Neuroleptikatherapie plus Psychotherapie bzw. psychosozialer Unterstützung**. Die neueren Neuroleptika werden heutzutage aufgrund ihrer günstigeren **Nebenwirkungsprofile** sowie der Wirksamkeit gegenüber Positiv- und Negativsymptomatik **bevorzugt**. **Ungefähr 10-15%** der Schizophrenen begehen trotz Therapie **Suizid**. Günstige prognostische Kriterien sind u. a. ein **gutes prämorbid funktionelles Niveau** (ganz besonders wichtig), ein **früher** sowie **akuter Krankheitsbeginn**, **offensichtliche Auslösefaktoren**, **verheiratet zu sein**, **Positivsymptome**, ein **gutes soziales Netzwerk**, eine **fertige Ausbildung** bzw. ein **vorhandener Arbeitsplatz** sowie **affektive Störungen in der Familienanamnese**. Jeweils gegenteilige Merkmale gehen mit einer schlechteren Prognose einher (z.B. schlechtes prämorbid funktionelles Niveau oder später Krankheitsbeginn).

Gut zu wissen

Die Gesamtdauer der Symptomatik bestimmt die genaue Diagnose: **< 1 Monat** = Akute psychotische Störung; **1-6 Monate** = Schizophreniforme Störung; **> 6 Monate** = Schizophrenie.

Zwangsstörung (angloamerikanisch: OCD = Obsessive-Compulsive Disorder)

Epidemiologie und Ätiopathogenese

Ca. 2-3% der Bevölkerung haben eine Zwangsstörung (Lebenszeitprävalenz), **Männer und Frauen** sind dabei **zu etwa gleichen Teilen betroffen**. Das durchschnittliche **Alter zu Beginn der Störung liegt bei 20 Jahren**, wobei die Mehrzahl der Patienten Krankheitssymptome haben, bevor sie 25 sind. Auch bei dieser Störung gibt es eine **genetische Komponente** bei einer höheren Konkordanzrate für eineiige Zwillinge und einem erhöhten Risiko bei Verwandten ersten Grades. Patienten mit einer Zwangsstörung haben auch eine erhöhte Inzidenz für **depressive Störungen** (etwa $\frac{2}{3}$ der Patienten), außerdem für eine **Soziale Phobie und Substanzmissbrauch**.

Diagnose und Therapie

Zwangspatienten leiden unter **Zwangsgedanken** („obsessions“) und/oder **Zwangshandlungen** („compulsions“). **Meist ist beides vorhanden** (in mindestens 75% der Fälle). *Zwangsgedanken* sind wiederkehrende und persistierende Gedanken (Ideen, Vorstellungen oder Impulse), die **Angst, Spannung und/oder Leidensdruck erzeugen** und i.A. als **aufdringlich und inadäquat** erlebt werden. Die Patienten erkennen, dass die Gedanken Produkt ihres eigenen Geistes sind, sie unternehmen auch den **Versuch, diese zu ignorieren bzw. zu unterdrücken**, jedoch meist **ohne Erfolg**. Die Zwangsgedanken sind mehr als nur ausgeprägte Sorgen über Probleme des realen Lebens; eher werden diese von den Betroffenen als unsinnig, überdimensional, absurd und irrational beschrieben.

Zwangshandlungen sind **repetitive Verhaltensweisen** (die u.U. auch ausschließlich auf mentaler Ebene ablaufen können wie z.B. Beten oder Zählen), **zu deren Ausführung sich eine Person gezwungen fühlt**, meist als Antwort auf einen Zwangsgedanken. Ziel dieses Verhaltens ist es, aufkommende Angst oder Spannung zu reduzieren oder aber ein befürchtetes Ereignis abzuwenden, obwohl das Verhalten **extrem** erscheint und auch nicht unbedingt auf logische Weise mit dem befürchteten Ereignis zusammenhängt. Ein Zwangsgedanke *baut* also Angst *auf*, während die Reaktion auf den Zwang oder eben die Zwangshandlung diese Angst wieder *abbaut*. Wenn ein Mensch der Ausübung eines Zwangs widersteht, **wächst die Angst** (die Zwangsstörung ist demnach also eine besondere *Form der Angststörung*).

Zu den klassischen Zwangsgedanken-/Zwangshandlungs-Paaren gehören beispielsweise:

Kontamination/Wasch- bzw. Putzwang, pathologisches Zweifeln/Kontrollzwang, z.B. „Habe ich vergessen, die Türe abzuschließen? Besser gehe ich noch einmal zurück und schaue (zum achten Mal) nach.“, **Gedanken mit sexuellem oder aggressivem Inhalt/Geständnis** (z.B. einem Priester oder einem Polizeibeamten gegenüber „böse“ Gedanken gestehen) oder **Bedürfnis nach Symmetrie/Handlungsweisen zur Herstellung von Symmetrie**. Die beste Form der Behandlung besteht aus einer Kombination aus **Psychopharmaka und Verhaltenstherapie**, d.h. systematische Desensibilisierung oder Reizkonfrontation (Flood-ing, Expositionstraining). Bei den *Psychopharmaka* kommen in erster Linie SSR1, z.B. Paroxetin (Seroxaf*), Citalopram (Cipramif*) oder Escitalopram (Cipralex®), **in hoher Dosierung** zum Einsatz oder aber **Clomipramin** (wegen der Nebenwirkungen jedoch nur Mittel der zweiten Wahl). Die *Verhaltenstherapie* bietet Zwangspatienten im Besonderen neben Verhaltensanalysen zum Verständnis der Entstehung und Aufrechterhaltung der Störung (Teufelskreis) Konfrontations-/Expositionstherapie an, z.B. (therapeutisch begleitete) Kontamination an Türgriffen ohne anschließendes Händewaschen. Von der Behandlung können etwa $\frac{2}{3}$ der Patienten gut bis sehr gut profitieren.

Somatisierungsstörung (Somatoforme Störung)

Epidemiologie und Ätiopathogenese

Die Somatisierungsstörung betrifft ca. 1-2% **aller Frauen**, sie kommt **zwei- bis dreimal häufiger bei Frauen** im Vergleich zu Männern vor. *Einzelne* somatoforme Symptome, also Körperbeschwerden ohne (ausreichendes) organisches Korrelat, sind jedoch weit häufiger. Es wird angenommen, dass bei mindestens 5-10% aller Patienten, die beim Haus- bzw. Allgemeinarzt vorstellig werden, ein „Somatisierungssyndrom“ das Problem ist. Häufiger sind Somatisierungssyndrome bei Menschen mit **niedrigem Bildungsstatus** und **geringem Einkommen** anzutreffen, die Symptomatik hat ihren Beginn meist im Teenageralter. Erhöhte Inzidenzraten in Zwillingsstudien oder bei Verwandten ersten Grades weisen auf genetische Faktoren hin.

Diagnose und Therapie

Eine *Somatisierungsstörung* ist durch multiple körperliche Beschwerden gekennzeichnet, die vor dem 30. Lebensjahr beginnen, über mehrere Jahre bestehen und verschiedene Organsysteme betreffen. Zu den klassischen Beschwerden gehören **Schmerzsymptome**, **sexuelle Störungen** bzw. eine dysfunktionelle Menstruation, **gastrointestinale** sowie (**pseudo-**) **neurologische Symptome** (zur Diagnosestellung nach DSM-IV müssen Symptome aus allen vier Bereichen aufgetreten sein). Die Symptome führen die Betroffenen üblicherweise **zum Arzt** und sind *nicht (ausreichend) organisch erklärbar*; zudem finden sich keine Abnormalitäten der üblichen Routinelaborparameter.

Die Kriterien einer Somatisierungsstörung nach DSM-IV voll zu erfüllen, ist relativ schwer (Beginn vor dem 30. Lebensjahr plus mindestens acht somatoforme Symptome aus vier Symptomgruppen). Deshalb wird von vielen Autoren eine Revision der bestehenden Diagnosekriterien gefordert, die z.B. den Grad der Beeinträchtigung im Alltag stärker mit-einbeziehen soll. Für die *Undifferenzierte somatoforme Störung* sind weniger Symptome erforderlich, auch das 30.-Lebensjahr-Kriterium entfällt hier. Die ICD-10-Kriterien sind „etwas leichter“ zu erfüllen (sechs Kriterien aus zwei Gruppen), zudem hält die ICD-10 für einzeln auftretende Symptome die Diagnose *Somatoforme autonome (vegetative) Funktionsstörung* bereit.

Die Beschwerden sind oft **vage**, die Schilderung jedes einzelnen Symptoms ist zudem meist **wenig konkret** und/oder **inkonsistent**. Die *Patienten erzeugen aber die Symptomatik nicht absichtlich* (wie bei der Artifizialen Störung oder der Simulation). Sie beschreiben ihre Symptome häufig auf **dramatische, emotionale und übertriebene Weise**. Oft unterziehen sie sich zahlreichen, aufwendigen Untersuchungen und nehmen dabei auch Komplikationen von invasiven Diagnose- oder Therapiemethoden in Kauf. Die meisten Patienten glauben, dass sie über weite Strecken ihres Lebens krank oder kränklich waren. **Regelmäßig vereinbarte, kurze Besuche beim Hausarzt** (z.B. einmal monatlich) sollten durchgeführt werden, bevor es möglich ist, dem Patienten/der Patientin Schritt für Schritt klar zu machen, dass psychische Faktoren eine wichtige Komponente ihrer Krankheit und besonders auch von deren Aufrechterhaltung darstellen. Dies ermöglicht dann eine Vorstellung beim Facharzt für Psychosomatik bzw. Psychiatrie. Therapie der Wahl ist (ggf. stationäre) **Psychotherapie**, von der nachgewiesen ist, dass sie das Krankheitsverhalten der Betroffenen signifikant ändern kann. Ängste und Depressionen sind häufige komorbide Erkrankungen, deshalb sollte man explizit danach fragen und sie ggf. mitbehandeln.

Normale Trauerreaktion (Einfache Trauer)

Epidemiologie und Ätiopathogenese

Die Bandbreite physiologischer Reaktionen auf den Tod eines geliebten Menschen ist ziemlich groß bzw. **vielfältig**, außerdem wird sie von **kulturellen Normen** und den **genaueren Umständen** des Verlustes mit beeinflusst. Beispielsweise führt ein plötzlicher, unerwartet tragischer Tod häufig zu einer schwereren Trauerreaktion als ein vorhersehbarer, „friedvoller“ Tod. Trauersymptome können **einer Depression ähnlich** sein und **1-2 Jahre** anhalten, einzelne Symptome können dabei sogar auch länger bestehen bleiben.

Diagnose und Therapie

Die „unkomplizierte“ bzw. normale Trauer äußert sich anfangs oft als **Schockzustand, Gefühl der Taubheit oder der Verwirrung** oder als **intensiver Distress**. Typisch sind auch **Weinen** und **Traurigkeit, Schlafstörungen, verminderter Appetit**, evtl. mit Gewichtsverlust, sowie **Schuldgefühle** (die sog. „Schuld der Überlebenden“). Eine starke **Sehnsucht** nach den Verstorbenen kann auftreten, manche Menschen **suchen** sogar noch nach dem Begräbnis **nach den Verblichenen**. Üblicherweise klingen die Symptome mit der Zeit ab. In der Trauerreaktion ist es **normal, Illusionen** zu haben (wie z.B. das Gesicht oder die Stimme von jemandem als jene(s) der geliebten Person zu verkennen). Sogar **Halluzinationen** kommen vor (z.B. die Stimme des toten Menschen zu hören oder auch seine/ihre Anwesenheit zu spüren), wenn auch Menschen im normalen Trauerprozess **realisieren, dass die entsprechenden Wahrnehmungen eben nicht „real“ sind**. Betroffene Personen weigern sich u. U., Dinge abzugeben oder wegzuworfen, die den Verstorbenen gehörten, um eine Verbindung zu diesen aufrechtzuerhalten. Wenn der Prozess der Akzeptanz des Todes einmal eingesetzt hat, können Rückzug, Apathie und Gleichgültigkeit auftreten. Möglicherweise klagen die Betroffenen dann darüber, dass „das Leben seinen Sinn verloren hat“ oder dass sie „nur noch einen Tag nach dem nächsten hinter sich bringen“. Personen in einem normalen Trauerprozess haben *nicht* Gefühle der **Wertlosigkeit** oder völliger Hoffnungslosigkeit, sie zeigen auch keine **psychomotorische Retardierung** oder **Suizidabsichten**. Halluzinationen oder Wahnvorstellungen, die sich auf den gestorbenen Menschen beziehen und die dauerhaft als real erlebt werden, weisen in Richtung einer **pathologischen Trauer**. Ein anhaltender Glaube, dass der/die Tote noch am Leben ist, ist ebenfalls nicht normal. Zu beachten ist, dass *depressive Individuen* eine durchgängig depressive Stimmung haben, während *Menschen in Trauer* häufig intermittierend „**Wellen**“ von Traurigkeit erleben, die mit der Zeit abklingen. Trauernde behalten auch die Fähigkeit zu lächeln, zu lachen und zwischen den Phasen der Trauer fröhlich zu sein. Die Behandlung bei einer normalen Trauerreaktion ist **unterstützend**. *Medikamente gilt es hier grundsätzlich zu vermeiden, denn diese können u.U. eine erfolgreiche Lösung im Trauerprozess stören*. Sofern es aber zur pathologischen Trauer oder zu einer Depression kommt, sind psychiatrisch-psychotherapeutische Maßnahmen indiziert (also Psychotherapie und/ oder Psychopharmaka).

Gut zu wissen

Manchmal gibt es fließende Übergänge. In jedem Fall gilt es aber, Trauerreaktionen und Depressionen bzw. Psychosen gut voneinander abzugrenzen.

Kokainmissbrauch (bzw. Missbrauch anderer Amphetamine/Stimulanzien)

Epidemiologie und Ätiopathogenese

Kokain ist ein **Stirn ulanzium**, welches die **Wiederaufnahme von Katecholaminen** (z.B. Do-pamin, Noradrenalin, Serotonin) **blockiert** und zudem **lokanästhetische Wirkungen** besitzt. Ungefähr 1% der Bevölkerung nimmt zumindest gelegentlich Kokain zu sich. Die Droge kann **geschnupft, injiziert oder geraucht** werden. Die Wirkung hält üblicherweise **30-60 Minuten** an. Kokain macht nicht körperlich abhängig, aber es kann eine **schwerwiegende psychische Abhängigkeit** entstehen.

Diagnose und Therapie

Eine Kokainintoxikation kann zu **gehobener Stimmung, Euphorie, übersteigertem Selbstwertgefühl, gesteigertem Antrieb, Abbau von Hemmungen und Libid o Steigerung, vermindertem Appetit** (oft auch **Übelkeit**) und **subjektiver Steigerung von Kreativität und Leistungsfähigkeit** führen. Bei höheren Dosen können die Betroffenen **agitiert, nervösimpulsiv** sowie physisch und/oder sexuell aggressiv werden. Klinisch imponieren sympa-thomimetische Effekte, also **Mydriasis** (erweiterte Pupillen), **Tachykardie, Hypertonus, psychomotorische Agitation** sowie **Schwitzen**. Typische physische Zeichen des intranasalen Kokainabusus sind außerdem **verstopfte Nase, Schnupfen, Reizung** und/oder **Rötung der Nasenschleimhäute sowie Nasenbluten**. Chronischer Missbrauch kann zur **Perforation des Nasenseptums** führen.

Schwere Vergiftungen äußern sich als **Erbrechen, Palpitationen, Brustschmerzen bzw. kardiale Ischämie, Herzrhythmusstörungen, Verwirrung, Krampfanfälle, Schlaganfälle, Dyskinesien, Ataxien, Maligne Hyperthermie, Atemdepression, Koma** und **Tod**. Ebenso auftreten können **psychotische Symptome** (klassischerweise die Wahrnehmung von Insekten, die unter der Haut krabbeln, die sog. „Kokainkäfer“), Delir, vermindertes Urteilsvermögen, bizarres Verhalten, manieartige Zustände, schwere Ängste, Schlaflosigkeit und Impotenz.

Die Behandlung der Vergiftungserscheinungen erfolgt **supportiv**. Im Falle einer hyperten-siven Krise *dürfen β -Blocker nicht verwendet werden*, denn dies kann zu einer ungehemmten α -Stimulation und so zur Verschlechterung der Hypertension führen. Mittels einer Kombination von α - und β -Blocker (z.B. Carvedilol) oder aber einer Substanz aus einer anderen Gruppe von Antihypertensiva ist dieses Problem zu umgehen. Grundsätzlich sollte eine **Suchttherapie** angeboten werden, die standardisierten Suchtbehandlungsprinzipien folgt. Die **Entzugssymptomatik** ist derjenigen der Vergiftung entgegengesetzt: **Müdigkeit, Hyper-somnie, gesteigerter Appetit, Dysphorie bzw. „Katerstimmung“** und **psychomotorische Verlangsamung**.

Gut zu wissen

Amphetamine und andere Stimulanzien erzeugen generell Symptome, die denen **der Kokainvergiftung sehr ähnlich** sind. Die Halbwertszeit dieser Stoffe ist jedoch **länger**. Inhaliertes Kokain kann zum **Lungenschaden** führen (sog. „Crack-Lunge“), der i.v.-Missbrauch zu **Endokarditis, HIV-Infektion bzw. Hepatitis B, C** und/oder **D** (kontaminierte Nadeln).

Wahnhafte Störung

Epidemiologie und Ätiopathogenese

Die wahnhafte Störung ist relativ selten, schätzungsweise leiden ca. 1 von 3000 Menschen an ihr. Das Durchschnittsalter bei Beginn der Störung liegt bei etwa 40 **Jahren**. Die genetische Komponente scheint keine große Rolle zu spielen, die Ätiologie ist unbekannt.

Diagnose und Therapie

Menschen mit einer wahnhaften Störung haben einen **anhaltenden Wahn für mehr als einen Monat**.

Typischerweise sind die Wahnvorstellungen **nicht-bizarrr** (d.h. grundsätzlich möglich, aber unwahrscheinlich). Dies ist ein wesentliches differentialdiagnostisches Unterscheidungsmerkmal zur **Schizophrenie**. Ein wahnhafter Patient kann beispielsweise glauben, dass der BND ihn verfolgt, was zwar höchst unwahrscheinlich, jedoch prinzipiell möglich ist, während der Wahnhalt eines schizophrenen Patienten bizarrer und unwahrscheinlicher wäre, z.B. dass Außerirdische die Kontrolle übernommen haben. Anders als beim Wahn, beim Wahneinfall und bei der Entstehung von Wahnsystemen ist das **formale Denken** von Patienten mit einer wahnhaften Störung **nicht gestört**, es findet sich **kein bizarres Verhalten und keine schwere Beeinträchtigung der Leistungs- oder Funktionsfähigkeit**, wie sie bei anderen psychotischen Störungen anzutreffen sind. Betroffene Patienten **haben oft eine Arbeit** und normale soziale Kontakte und Beziehungen. Inhaltlich sind klassischerweise folgende *Wahnkategorien* zu unterscheiden:

- der Verfolgungswahn (besonders häufig; die betroffenen Personen glauben dabei, dass sie auf irgendeine Art und Weise schlecht/gehässigbehandelt werden),
- der Eifersuchtswahn (mit dem Glauben, dass ein Sexualpartner untreu geworden ist),
- der Größenwahn (hier glaubt der betroffene Mensch, eine besondere Macht zu haben bzw. einen besonderen Wert, ein Wissen oder aber eine Beziehung zu einer berühmten bzw. mächtigen Person) sowie
- der Liebeswahn (mit der Überzeugung, dass eine andere Person, meist von höherem sozialem Rang, in den/die Betroffene(n) verliebt ist).

Selten können auch andere Formen des Wahns vorkommen.

Die Behandlung besteht in **Psychotherapie in Verbindung mit Neuroleptika**. Eine **stationäre Therapie** sollte dann erfolgen, wenn infolge des Wahns die Gefahr gewalttätiger Handlungen besteht. Eine Grundregel für Ärzte/Therapeuten ist, dass sie zu Beginn der Behandlung **weder den Wahn herausfordern noch ihm zustimmen** sollten. Als Thera-peut(in) sollte man sich hier eher auf die **Auswirkungen** konzentrieren, die der Wahn/das Wahnsystem auf das Leben des/der Patient(in) hat.

Gut zu wissen

Ein Wahn ist ein **fixierter, falscher Glaube**, der auf einer **inkorrekten Annahme** bzw. einer **falschen Interpretation** der Realität gründet. Er ist darüber hinaus **nicht mit dem kulturellen Hintergrund und der Intelligenz** des/der Betroffenen **vereinbar und kann nicht mittels Logik oder durch Diskutieren verändert bzw. korrigiert werden** (so blieb der Patient im obigen Beispiel bei seiner Überzeugung, dass er übers Telefon abgehört wird, obwohl ihm keine der drei Sicherheitsfirmen einen Beweis dafür erbringen konnte).

Major Depression (Depressive Episode)

Epidemiologie und Ätiopathogenese

Die Lebenszeitprävalenz einer Major Depression wird auf etwa 15% geschätzt, wobei **Frauen etwa doppelt so häufig betroffen** sind wie Männer. Das durchschnittliche Ersterkrankungsalter liegt bei etwa 40 Jahren, obwohl auch Kinder und ältere Menschen betroffen sein können. Geht man von Beobachtungen der letzten Jahr(zehnte) aus, tendieren Depressionen dazu, immer früher aufzutreten. Etwa 10 % der Patienten in Allgemeinarztpraxen leiden unter einer Depression. Ca. 10-15% der betroffenen Patienten begehen Suizid.

Diagnose und Therapie

Depressionen sind häufig. Man sollte immer auch daran denken, wenn sich ein Patient/eine Patientin mit **diffusunklaren körperlichen Symptomen** wie Kopf-, Bauchschmerzen oder Müdigkeit vorstellt (sog. *lan'ierte Depression*), denn meist sagen die Patienten nicht ausdrücklich „Ich bin traurig (oder depressiv)“. Die Symptome der Depression beinhalten eine **depressive oder traurige Stimmung** (bei Kindern auch gereizte oder wechselhafte Stimmung), einen **Interessenverlust** bzw. die **Unfähigkeit, Freude zu empfinden** (Anhedonie), **Müdigkeit bzw. Erschöpfungsgefühl, Antriebsmangel, Schlafprobleme, verminderten Appetit** (ggf. auch Gewichtsverlust), **psychomotorische Verlangsamung, Minderwertigkeitsgefühle, unangemessene Schuldgefühle**, eine **eingeschränkte Fähigkeit zu denken bzw. Konzentrationsschwierigkeiten** sowie **wiederkehrende Gedanken an den Tod bzw. an Selbstmord. Sozialer Rückzug** (von Freunden, Familie und Aktivitäten) ist typisch, ebenso wie ein mangelndes Interesse an sexuellen Aktivitäten, **Angst und Substanzmissbrauch**. Eine Episode einer Major Depression (in der ICD-10 heißt es einfach *Depressive Episode*) ist dann zu diagnostizieren, wenn **mehrere depressive Symptome** (darunter in jedem Fall depressive Stimmung oder Anhedonie) über **mindestens zwei Wochen** auftreten. Eine einzelne Episode erlaubt die Diagnose einer Major Depression, sofern keine manischen oder andere Symptome aus der Vorgeschichte bekannt sind. **Rückfälle** nach einer Behandlung sind nicht selten. Patienten mit schweren Depressionen zeigen manchmal auch **psychotische Symptome**, die oft auch **stimmungskongruent** sind (d.h. sie beinhalten ein depressives Thema wie Tod, Schuld oder Verarmung). In diesem Fall ist eine neuroleptische Therapie indiziert. Mögliche organische Ursachen für eine Depression sind unbedingt auszuschließen, z.B. eine **Hypo- oder Hyperthyreose**, eine Hyperkalzämie, ein Lupus erythematodes, ein Pankreas-karzinom u. a. Erkrankungen, ebenso wie die **Einnahme depressiogener Medikamente** (wie verschiedene Antihypertensiva, Parkinsonmittel, Steroidhormone, Antirheumatika u. v. m.) oder ein **Substanzmissbrauch**.

Die Behandlung besteht aus **antidepressiver Medikation plus Psychotherapie**. **SSRI** wie Fluoxetin (Fluctuv), Paroxetin (Seroxat™), Sertralin (Zoloft®; Gladen™), Citalopram (Ci-pramil™) oder Escitalopram (Cipralex®) kommen derzeit (im Vergleich zu den klassischen trizyklischen Antidepressiva) aufgrund geringerer Nebenwirkungen bevorzugt zum Einsatz. Weitere Behandlungsoptionen liegen in der **Lichttherapie** [Herbst-Winter-Depression bzw. Seasonal Affective Disorder (SAD)] und im Schlafentzug zur Resynchronisation einer zirkadianen Rhythmusstörung. Die EKT (Elektrokrampftherapie) ist als „ultima ratio“ für mehrfach therapieresistente Patienten wie auch Patienten mit psychotischen Anteilen (s.o.) anzusehen. Wichtig ist es in jedem Fall, bei einem depressiven Menschen stets **die Suizidalität abzuklären** und bei hohem Risiko eine stationäre Einweisung zu erwirken (notfalls gegen den Willen des Patienten/der Patientin).

Gut zu wissen

Patienten mit einer *atypischen Depression* schlafen vermehrt und haben einen gesteigerten Appetit mit entsprechend erhöhter Essenaufnahme (**Hypersomnie und Hyperphagie**).

Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

Epidemiologie und Ätiopathogenese

Die PTBS beschreibt eine Reihe typischer Symptome, die bei manchen Menschen auftreten, die **extreme traumatische Erfahrungen** gemacht haben. Ursprünglich wurde die PTBS im Zusammenhang mit Kriegserlebnissen (besonders im Rahmen des Vietnamkrieges) beschrieben, die Störung kann aber auch nach Vergewaltigung, Überfällen, Folter, Naturkatastrophen oder schweren Unfällen vorkommen. Die PTBS betrifft etwa 2% der Allgemeinbevölkerung und tritt häufig bei **jüngeren Erwachsenen** auf, außerdem besonders bei **ledigen und sozial zurückgezogen lebenden Personen** sowie **Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status**.

Diagnose und Therapie

Eine PTBS kann entstehen, wenn jemand eine **schwerwiegende, u.U. lebensbedrohliche Stresserfahrung** macht, welche mit dem **Erleben von Angst und Hilflosigkeit** einhergeht, bzw. wenn er mit dem tatsächlichen oder drohenden Tod konfrontiert wird. Das Ereignis wird dann in der Folge **permanent wieder erlebt**, obwohl sich die Betroffenen **bemühen, nicht mehr an das Geschehene erinnert zu werden oder daran zu denken**. Der Stressor ist **jenseits des Gewöhnlichen** (d.h. jenseits dessen, was ein Mensch normalerweise in seinem Leben erlebt). Klassisch ist bei Männern das Erleben von **Krieg**, bei Frauen **Vergewaltigung**. Das Wiedererleben des Traumas kann in Form von **Flashbacks, Alpträumen, Illusionen, Halluzinationen**, ausgeprägter innerer Spannung/Angst oder aber körperlichen Symptomen stattfinden und tritt besonders dann auf, wenn sich der Betroffene **mit Hinweisen oder Symbolen konfrontiert** sieht, die ihn an das Ereignis erinnern. Die Patienten **versuchen, mit dem Trauma assoziierte Stimuli zu meiden**, ebenso wie Gedanken daran, Gespräche darüber und damit verbundene Aktivitäten oder Orte. Auch berichten sie oft von einer Amnesie mindestens für einen Teil des Ereignisses. Die Patienten fühlen sich manchmal auch einfach **„taub“**, von anderen abgesondert oder entfremdet, klagen oft über eine eingeschränkte affektive Bandbreite sowie über ein Gefühl einer öden oder kurzen Zukunft (beispielsweise erwarten sie *nicht*, lange zu leben, Karriere zu machen oder zu heiraten). Die Symptome müssen über mindestens einen Monat bestehen, damit die Diagnose einer PTBS gestellt werden kann.

Die Behandlung umfasst **Psychotherapie und Antidepressiva**. **SSRI** kommen bevorzugt zum Einsatz. Oft ist eine **Gruppentherapie** mit anderen Menschen hilfreich, die vergleichbare Traumata erlebt haben. Auch **kognitiv-verhaltenstherapeutische Maßnahmen** (inkl. systematischer Desensibilisierung) haben sich als wirksam erwiesen. PTBS-PatientInnen haben ein erhöhtes Risiko, an Substanzabusus bzw. Sucht zu erkranken. Deshalb sollten Sedativa (besonders Benzodiazepine) möglichst *gemieden* werden. Allerdings können Letztere in *schweren* Fällen evtl. für *kurze* Zeit direkt nach dem Trauma angezeigt sein.

Gut zu wissen

PTBS-Symptome können **Monate, manchmal sogar erst Jahre nach** dem traumatischen Ereignis beginnen. Die Symptome einer sog. *Akuten Belastungsstörung/-reaktion* entsprechen grundsätzlich denen der PTBS, sie müssen jedoch **innerhalb eines Monats** nach dem Trauma beginnen und dürfen **nicht länger als vier Wochen** anhalten.

Konversionsstörung

Epidemiologie und Ätiopathogenese

Die Konversionsstörung beschreibt eines oder mehrere neurologische Symptome, die nicht mittels einer bekannten neurologischen Störung beschrieben werden können und mit identifizierbaren psychologischen Faktoren in Verbindung zu bringen sind. **Frauen sind mindestens doppelt so häufig wie Männer betroffen.** Die Erkrankung tritt besonders bei **Jugendlichen** und **jungen Erwachsenen** auf. Typischerweise kommt die Störung in ländlichen Gebieten gehäuft vor, außerdem bei Menschen mit **geringer Bildung, niedriger Intelligenz** und Personen mit **niedrigem sozioökonomischem Status**.

Diagnose und Therapie

Eine Konversionsstörung bedingt eines oder mehrere (pseudo-)neurologische Symptome im Bereich der willkürlichen Motorik oder des Sensoriums. Klassische *sensible Symptome* sind **An- oder Parästhesie**, die oftmals bezüglich des Verteilungsmusters nicht mit dem der ner-valen Versorgung übereinstimmen (z. B. Strumpf- oder handschuhartige Sensibilitätsausfälle an den Händen oder Füßen), **Blindheit**, Tunnelblick oder Hörverlust. Zu den klassischen *motorischen Ausfällen* gehören **Muskelschwäche, Paralyse**, (übertriebene) **Ataxie** oder andere Gangprobleme. Auch **psychogene Krampfanfälle** (pseudoepileptische Anfälle) sind sehr verbreitet. **Die körperlichen Untersuchungsbefunde sind oft nicht mit den Beschwerden vereinbar** (wie beispielsweise Normalbefunde bei der Augenuntersuchung oder Reaktionen auf bedrohliche visuelle Reize bei „blinden“ Patienten) oder sie enthüllen Symp-tomenkomplexe, die **nicht** durch bekannte Störungen **erklärt werden können**. Zudem muss bei den Patienten ein **identifizierbarer psychischer** Konflikt vorliegen: **Dieser muss mit den Symptomen in irgendeiner Weise verbunden sein**. Üblicherweise geht der Stressor/Konflikt den Symptomen direkt in Form eines offensichtlichen **Ursache-Wir-kungs-Musters** voraus. Allerdings „produzieren“ die betroffenen Patienten die Symptome *nicht* absichtlich, was sie von Personen mit Artifizialen Störungen und Simulanten unterscheidet. Ein offenkundiger finanzieller Anreiz wird nicht deutlich. Dennoch ziehen die Patienten oft einen **sekundären Gewinn** aus der Aufmerksamkeit und der Unterstützung, die sie von der Umwelt erfahren, und übertreiben ihre Symptome, sobald sie bemerken, dass sie beobachtet werden. **Meist bildet sich die Symptomatik von selbst zurück, meist im Lauf einiger Tage** (bei etwa 90% der Patienten). Die Therapie ist eine **Kurzzeit-Psychotherapie** (Fokaltherapie). Sagen Sie bitte Ihren Patienten *nicht*, dass sie ihre Beschwerden vortäuschen, denn das verschlimmert die Symptomatik für gewöhnlich.

Gut zu wissen

Obwohl sie nicht unbedingt für die Diagnosestellung erforderlich ist: Ein klassischer Befund im Rahmen einer Konversionsstörung ist die sog. „belleindifference“. Dabei handelt es sich um einen offensichtlichen Mangel an Besorgnis über die scheinbar schwergradigen Ausfälle. Patienten mit psychogenen Anfällen haben im Unterschied zu „echten“ epileptischen Anfällen i.A. *kein* Einnässen, keinen Zungenbiss und auch keine Sturzverletzungen. Außerdem bleiben die Pupillenreflexe und der Würgereflex erhalten. Der Prolaktinspiegel direkt nach einem psychogenen Anfall ist übrigens im Normbereich - im Gegensatz zu echten Krampfanfällen, bei denen er üblicherweise erhöht ist.

Cannabismissbrauch

Epidemiologie und Ätiopathogenese

Cannabis (oder Haschisch oder Marihuana) ist mit Abstand **die am häufigsten missbrauchte illegale Droge**. Etwa 2,5% Jugendliche und Erwachsene konsumieren es mindestens einmal pro Woche. Obwohl es auch oral aufgenommen werden kann, wird es üblicherweise **geraucht**. Cannabis ist *nicht* lebensbedrohlich (bisher ist kein Todesfall registriert), außerdem sind *keine* körperlichen Entzugssymptome bekannt. Die psychische Abhängigkeit und entsprechend das (psychische) Verlangen nach der Droge können allerdings stark sein. Außerdem kann sich eine Toleranz gegenüber den Wirkungen entwickeln. Cannabinoide sind laut Wissenschaft *nicht* teratogen.

Diagnose und Therapie

Die Symptome einer Cannabisintoxikation beinhalten **Enthemmung, Euphorie, Angst, Agitiertheit, Rückzug, Misstrauen, Gedächtnisstörungen** und/oder **Zeitverzerrungen**

(d.h. die betreffende Person bekommt den Eindruck, dass die Zeit nur sehr langsam vergeht, während die Gedanken rasen). Es kann zu einer **Beeinträchtigung von Urteilsfähigkeit, Aufmerksamkeit** und **Reaktionszeit** (die Menschen wirken oft langsam) kommen, ebenso zu **Illusionen, Depersonalisation** und **Derealisation** (und selten Halluzinationen). **Horrortrips** (eine akute Angstreaktion mit Gefühlen der Bedrohung) und **Flashbacks** (im Sinne einer psychotischen Episode Tage und Wochen nach der Drogeneinnahme) kommen relativ häufig vor. Klassische Zeichen des Cannabismissbrauchs sind auch eine **konjunktivale Injektion, gesteigerter Appetit, Mundtrockenheit und Tachykardie**.

Apathie, Passivität und ein Mangel an Motivation (sog. Amotivations-Syndrom) sind typische Merkmale chronischen Cannabisabusus. Marihuanakonsum über längere Zeit kann zu ähnlichen **Gesundheitsproblemen** wie das Zigarettenrauchen führen, so zu **chronischobstruktiven Atemwegserkrankungen** und sogar Lungenkrebs.

Nach der Inhalation tritt die Maximalwirkung üblicherweise **innerhalb von 30 Minuten** ein und dauert dann etwa zwei bis vier Stunden. Einige Beeinträchtigungen der motorischen und kognitiven Funktionen können sogar **bis zu zwölf Stunden** andauern. Der therapeutische Einsatz von Marihuana in der **Behandlung von Übelkeit** bei Krebs- und AIDS-Patienten ist umstritten. **Dronabinol** (8-9-THC), eine synthetische Form des aktiven Inhaltsstoffes von Marihuana (THC = Tetrahydrocannabinol) wird genau zu diesem Zweck eingesetzt. Es ist in Deutschland auf einem Betäubungsmittelrezept rezeptierfähig.

Die Therapie des chronischen Cannabismissbrauchs beinhaltet Beratung sowie eine übliche Suchtbehandlung (d.h. Abstinenz und Support).

Gut zu wissen

Eine Cannabisintoxikation kann zu einer manifesten Psychose, zum Delir sowie zu schweren Angst- und Panikattacken führen, auch wenn diese Komplikationen ziemlich selten sind. Cannabinoide sind im **Urin bis zu vier Wochen** nach der letzten „Anwendung“ nachweisbar.

Paranoide Persönlichkeitsstörung

Epidemiologie und Ätiopathogenese

Es wird angenommen, dass die Paranoide Persönlichkeitsstörung ca. 1-2% der Bevölkerung betrifft. Sie ist **unter Männern häufiger** verbreitet als unter Frauen. Besonders betroffen sind wohl **Minderheitengruppen und Immigranten**. Möglicherweise gibt es eine gewisse genetische Grundlage für die Störung, denn Verwandte von Menschen mit einer Schizophrenie erkranken mit **höherer Inzidenz** an einer Paranoiden Persönlichkeitsstörung.

Diagnose und Therapie

Menschen mit einer Paranoiden Persönlichkeitsstörung weisen sich durch **ständigen Argwohn und Misstrauen gegenüber anderen** aus, was praktisch alle Lebensbereiche erfasst. Die Betroffenen interpretieren die Handlungen anderer als **erniedrigend oder bedrohlich und verdächtigen andere** (ohne Beweis oder hinreichenden Grund), **sie auszubeuten, ihnen Schaden zuzufügen oder sie zu täuschen. Sie zweifeln** an der Loyalität und Vertrauenswürdigkeit von Freunden und Mitmenschen. So **vertrauen sie anderen nur ungern und interpretieren oftmals eine versteckte oder bedrohliche Bedeutung** in freundliche bzw. gutartige Bemerkungen oder Ereignisse **hinein**. Außerdem hegen die Patienten in vielen Fällen **Groll**, sie nehmen Aussagen oder Verhaltensweisen leicht als Angriff auf ihren Charakter oder ihren Ruf wahr, reagieren dann schnell verärgert oder rüsten zum Gegenangriff und **stellen häufig die Treue ihres Ehepartners ungerechtfertigt in Frage**. Klassische Erscheinungsformen des paranoid-persönlichkeitsgestörten Menschen sind „**der Bigotte**“, „**der krankhaft eifersüchtige Ehemann**“ und „**der Nachbar, der immer gleich vor Gericht geht**“. Die Patienten handeln nach dem klassischen Abwehrmechanismus der **Projektion**, wobei ihre eigenen nicht akzeptablen Impulse und Gedanken auf andere übertragen und diesen „**angehängt**“ werden. Die Betroffenen sind meist **ernst**, humorlos, **unfähig sich zu entspannen** und erscheinen meist **gefühlskalt**. Entscheidend ist, dass psychotische Merkmale, fixe Wahnvorstellungen und übermäßig emotionales Verhalten **fehlen**. Die Behandlung besteht in **Psychotherapie**, wobei die Patienten nur selten von sich aus psychiatrische Hilfe aufsuchen bzw. in Anspruch nehmen. Medikamente können u.U. im Falle von Agitiertheit zum Einsatz kommen.

Gut zu wissen

Auch wenn die Patienten einem immer seltsam und paranoid vorkommen, folgen ihre Gedanken i.A. jedoch einem **logischen** Muster, und sie haben **keine** unveränderlichen Wahnideen. Ein Patient kann z.B. glauben, dass seine Frau fremdgeht, wenn es aber ausreichend Beweise dagegen gibt, wird der **Irrglaube verschwinden** (zumindest zeitweise). Beim Wahn wird die irrige Überzeugung hingegen **andauern**, auch wenn man dem Betroffenen ausreichend Beweise für das Gegenteil liefert.

Schizoaffektive Störung

Epidemiologie und Ätiopathogenese

Wie der Name schon sagt, haben Patienten mit einer Schizoaffektiven Störung sowohl Symptome einer **Schizophrenie** als auch einer **effektiven Störung**. Es wird angenommen, dass die Zahl der Betroffenen in der Bevölkerung unter 1 % liegt. Verwandte ersten Grades von Schizoaffektiven Patienten haben ein erhöhtes Risiko, an einer affektiven Störung oder einer Schizophrenie zu erkranken, was auf einen genetischen Aspekt bei dieser Krankheits-entität deutet.

Diagnose und Therapie

Entscheidend für die Diagnose ist, dass die Patienten mindestens **eine ununterbrochene Krankheitsphase** aufweisen müssen, **in der eine manische oder eine (major-)depressive Episode auftritt. Vor oder nach dieser Episode** muss es ein **14-tägiges Intervall mit Wahnsymptomen oder Halluzinationen** geben, **in dem keine Stimmungsänderungen vorhanden sind**. Affektive Symptome überwiegen gegenüber den psychotischen im (meist chronischen) Krankheitsverlauf üblicherweise. Die Patienten können rein manische, rein depressive Episoden oder beides abwechselnd aufweisen.

Die Behandlung beinhaltet eine **separate Therapie** der affektiven und der psychotischen Komponente. Bei manischen Symptomen verabreicht man normalerweise ein **stimmungs-stabilisierendes Psychopharmakon**, wie z.B. Lithium (Hypnorex⁶, Quilonurri'), Valproat (ErgenyP) oder Lamotrigin (ElmendosTM), bei einer rein depressiven hingegen **Antidepressiva** - oder es kommen andere antidepressive Maßnahmen zur Anwendung, im Falle einer andernfalls therapierefraktären Depression u.U. auch eine EKT. **Neuroleptika** sollten nur über kurze Zeiträume zum Einsatz kommen, da die affektive Symptomatik typischerweise vorherrscht.

Möglicherweise ist aber auch die **gleichzeitige Verabreichung von Neuroleptika und Stimmungsstabilisierern/Antidepressiva** erforderlich.

Die Prognose ist bei Schizoaffektiven Störungen besser als bei rein schizophrenen Erkrankungen, jedoch schlechter als bei rein affektiven Störungen.

Gut zu wissen

Die Differenzierung zwischen einer **Affektiven Störung mit psychotischen Merkmalen und** einer Schizoaffektiven Störung kann sehr **schwer** sein, besonders im Falle einer Ersterkrankung. Psychotische Menschen bedürfen u.U. zunächst einer neuroleptischen Therapie, bevor sich die affektive Krankheitskomponente überhaupt „zu erkennen gibt“. Hauptkriterium für die Diagnose der Schizoaffektiven Störung ist, dass mindestens eine zweiwöchige rein psychotische Phase (ohne affektive Komponente) auftreten muss, was bei der Affektiven Störung mit psychotischen Merkmalen *nicht* der Fall ist (die **Behandlung der affektiven Störung beseitigt hier auch die psychotischen Symptome**).

Delir aufgrund eines medizinischen Krankheitsfaktors

Epidemiologie und Ätiopathogenese

Das Delir ist ein ausgesprochen **häufiger Zustand im Krankenhausbetrieb**. Es wird angenommen, dass es etwa 15% der Patienten auf internistischen oder chirurgischen Stationen zu irgendeinem Zeitpunkt des Krankenhausaufenthaltes betrifft. Der Prozentsatz steigt drastisch mit der Schwere des Krankheitsbildes, ist also z.B. bei intensiv-stationären Patienten deutlich höher. Ein Delir kommt gehäuft **bei älteren Menschen** vor, bei solchen mit **vorangegangener Hirnschädigung** (z.B. M. Alzheimer oder Schlaganfall) und **Alkoholabhängigkeit**.

Diagnose und Therapie

Ein Delir hat typischerweise einen **plötzlichen Beginn** und **fluktuiert im weiteren Verlauf**.

Die Patienten können sämtliche Demenzsymptome aufweisen inkl. **Gedächtnisstörungen, Denkstörungen und Beeinträchtigung des Urteilsvermögens**, ebenso wie **Desorientierung** und **Halluzinationen**. Die Symptome verschlechtern sich zuweilen abends/nachts (sog. „sundowning“), was auch bei einer Demenz vorkommt.

Eine globale Bewusstseinstörung bzw. **schwere Bewusstseinsstörung ist pathognomonisch für ein Delir**, denn **Menschen mit einer demenziellen Erkrankung sind im Allgemeinen wach**. Eine medizinische Vorerkrankung ist ebenfalls typisch für das Delir, obwohl die sensorische Deprivation wie auch die Desorientierung, die auf einer Intensivstation vieler Krankenhäuser erlebt werden kann, bei den meisten Patienten schon alleine ausreichen würde bzw. ausreicht, um ein Delir zu erzeugen.

Differentialdiagnostisch kommt eine ganze Reihe anderer medizinischer Zustände in Frage, wenn ein Patient delirant wird. Die gängigsten sind **Hypoxie, Elektrolytentgleisungen, Infektionen, Nieren- oder Leberversagen**, Nebenwirkungen von Pharmaka, Hypoglykämie, endokrine Störungen sowie **Substanzmissbrauch oder-abhängigkeit**. Ein deliranter Patient ist **unzurechnungsfähig, solange er/sie im Delir ist**, im Intervall zwischen deliranten Phasen kann das aber anders sein. Ein Delir kann auch eine Demenz **überlagern**, was jedoch i.A. nur dann diagnostiziert werden kann, wenn die Demenz aus der Vorgeschichte bekannt ist.

Gut zu wissen

Dazu folgende differentialdiagnostische Anmerkungen:

	Delir	Demenz
Beginn	akut und dramatisch	chronisch und schleichend
Häufige Ursachen	Krankheit; Vergiftung; Entzug	M. Alzheimer; Multi-Infarkt-Demenz; HIV/AIDS
Rückbildung	normalerweise ja	normalerweise nein
Aufmerksamkeit	beeinträchtigt	meist nicht beeinträchtigt
Bewusstseinsgrad	fluktuierend	normal

Panikstörung mit Agoraphobie

Epidemiologie und Ätiopathogenese

Die **Panikstörung** mit oder ohne Agoraphobie ist mit einer Lebenszeitprävalenz von bis zu 4% in der Allgemeinbevölkerung eine ziemlich **häufige Erkrankung**. **Frauen** sind etwa 2- bis 3-mal so häufig wie Männer betroffen. Die meisten Patientinnen haben mindestens eine weitere psychiatrische Diagnose, z.B. eine **Depression**, andere **Angststörungen**, **Persönlichkeitsstörungen** oder **Medikamentenmissbrauch**.

Diagnose und Therapie

Eine Panikstörung kann dann diagnostiziert werden, wenn **mindestens zwei Panikattacken** auftreten und mindestens eine dieser Attacken zur Folge hat, dass sich die/der Betroffene über mindestens einen Monat **Sorgen über eventuelle weitere Attacken** oder die Konsequenzen eines Anfalls macht, was zu erheblichen **Verhaltensänderungen** führen muss. Eine **Agoraphobie** ist bei etwa 50% der Panikpatienten anzutreffen, isoliert, d.h. ohne Panik-symptomatik, kommt sie hingegen nur sehr selten vor.

Mit Agoraphobie beschreibt man die **Angst davor, an Orten oder in Situationen zu sein, von/in denen eine Flucht schwierig oder peinlich ist bzw. an denen keine Hüte möglich ist**. Es geht dabei also um eine Angst **vor der** Angst, d.h. um eine Angst, in entsprechenden Situationen oder an entsprechenden Orten **eine Panikattacke zu bekommen**. Klassische Situationen sind die **Angst, das Haus zu verlassen, in einer Menschenmenge zu sein**, in einer Warteschlange oder auf einer Brücke zu stehen und/oder **Bus, Zug oder Auto zu fahren**. Die betroffenen Patientinnen **vermeiden** diese Situationen komplett, ertragen sie unter großer Angst/Anspannung oder **bitten jemanden, sie zu begleiten**. Die Behandlung der Wahl ist **Psychotherapie**, kognitive Verhaltenstherapie scheint hier am besten geeignet (mit Konfrontationsübungen und Flooding - vgl. Fall 26), ggf. plus **Anti-depressiva oder Anxiolytika**. **SSRI** werden dabei aufgrund ihres günstigen Nebenwirkungsprofils üblicherweise bevorzugt. Allerdings ist bei diesen von einem verzögerten Wirkungseintritt (mindestens 2-3 Wochen) auszugehen. **Benzodiazepine**, z.B. Lorazepam (Tavor®), sollten wegen der Nebenwirkungen und des hohen Missbrauchs-/Abhängigkeitspotenzials zumindest langfristig **gemieden** werden: Zwar können sie kurzfristig die Angst **schnell reduzieren**, ihre Gabe führt aber bei und gerade durch eine längere Einnahme zu einer Verstärkung der Angststörung, zum einen wegen der Abhängigkeit, zum anderen weil die Patienten lernen, dass sie *ohne* Tranquillizer *nicht* zurechtkommen und so zu der Überzeugung gelangen, dass die Angst triggernde Situation wirklich gefährlich sein muss.

Gut zu wissen

Symptome einer Panikattacke können u.U. schwere medizinische Notfälle vortäuschen, die es natürlich **zuvor auszuschließen** gilt. So kann eine Panikattacke den Symptomen eines Herzinfarkts wie auch Herzrhythmusstörungen oder einer Lungenembolie gleichen. Differentialdiagnostisch sollten weiter ausgeschlossen werden: Drogenintoxikation bzw. -entzug, Asthma bronchiale, eine Hypoglykämie oder ein Phäochromozytom. Zu beachten ist, dass Panikpatienten meist **jung und sonst gesund** sind, außerdem **bilden sich die Paniksymptome i.A. innerhalb einer halben Stunde von selbst zurück**.

Zyklothymie (Zyklothyme Störung)

Epidemiologie und Ätiopathogenese

Die Zyklothymie ist sozusagen die milde Form der **Bipolaren Störung** (quasi „manischdepressiv light“). Die Lebenszeitprävalenz wird mit 0,4-1 % angegeben. **Frauen** sind **etwas häufiger** als Männer betroffen. Bei den meisten Betroffenen beginnt die Symptomatik zwischen dem 15. und dem 25. Lebensjahr. Nahezu 30% der Patientinnen weisen in der **Familienanamnese** eine **Bipolare Störung** auf. Entsprechend haben also die Verwandten von Menschen mit einer Bipolaren Störung ein erhöhtes Risiko, an einer Zyklothymie zu erkranken, was für eine gewisse genetische Komponente bei der Krankheitsentstehung spricht.

Diagnose und Therapie

Über mindestens **zwei Jahre** haben die betroffenen Patienten **zahlreiche hypomanische und depressive Episoden**, ohne dass sie dabei jedoch die vollständigen Kriterien für eine Manie bzw. eine Major Depression erfüllen. Während dieses Zwei-Jahres-Zeitraums haben die Patientinnen jedoch nie länger als **jeweils zwei Monate keine** Symptome. Der wesentliche Unterschied zwischen der Zyklothymie und der Manie bzw. Major Depression ist, dass die Betroffenen bei der Zyklothymie (im Gegensatz zu den beiden anderen Störungen) durch die hypomanischen oder depressiven Symptome in wichtigen **Lebensbereichen funktionell nicht eingeschränkt** sind bzw. **keinen besonderen Leidensdruck** erleben. Zyklothyme haben im Vergleich zu bipolar gestörten Menschen tendenziell **häufiger Stimmungswechsel („cycling“)**. Zyklothymn gestörte Menschen sind **nicht** ernstlich beeinträchtigt, sind **nicht** psychotisch und brauchen **nicht** unbedingt eine stationäre Behandlung. Allerdings entwickelt etwa **ein Drittel** der Patienten zu irgendeinem Zeitpunkt ihrer Krankheit eine Major Depression bzw. eine Manie (was dann die Diagnose ändert). Eine Säule der medikamentösen Therapie sind **Stimmungsstabilisierer**, wie **Valproat** (Ergenyl*¹) oder **Lithium** (Hypnorex*, **Quilonum**). **Antidepressiva** sind bei zyklothymen Individuen **mit Vorsicht** einzusetzen, da das **Risiko Antidepressiva-induzierter hypomanischer oder manischer Phasen** dadurch signifikant erhöht ist.

Gut zu wissen

Eine Bipolar-H-Störung ist der Zyklothymie ähnlich, die Patientinnen haben hierbei jedoch **hypomane Phasen** im Wechsel mit voll ausgeprägten **Phasen einer Major Depression** (nicht nur einfach depressive Symptome, wie das bei der Zyklothymie der Fall ist). Ausgeschlossen werden muss unbedingt ein **Substanzmissbrauch**, der häufig zu Stimmungsschwankungen führt. Wie bei den meisten affektiven Störungen ist umgekehrt auch bei der Zyklothymie das **Risiko für die Entwicklung eines Substanzmissbrauchs** erhöht. Einige Autoren meinen, dass dies auf den Versuch vieler Patientinnen zurückzuführen sei, ihre Stimmungsstörungselbst zu „behandeln“.

Hypochondrie

Epidemiologie und Ätiopathogenese

Die Hypochondrie kommt vermutlich bei 5-10% **der Patienten** in der Allgemeinarztpraxis vor. Dabei scheint die Störung bei Männern und Frauen etwa gleich häufig verteilt zu sein. Menschen jeder Altersgruppe können betroffen sein, der Altersgipfel liegt bei 30-50 **Jahren**. Die Hypochondrie scheint zudem familiär gehäuft aufzutreten.

Diagnose und Therapie

Die Hypochondrie beschreibt eine **ausgeprägte Besorgnis oder Angst, eine Krankheit zu haben**, und ein ständiges **Beschäftigtsein mit seiner Gesundheit**. Die Angst, ernsthaft krank zu sein, **bleibt dabei trotz medizinischer Rückversicherungen** und negativer Untersuchungsbefunde **bestehen**. Bei der Hypochondrie interpretieren die Patienten ihre Symptome als Zeichen einer körperlichen Erkrankung. Die häufigsten Beschwerden sind Schmerzen, gastrointestinale und kardiovaskuläre Symptome. Hypochondrische Menschen **glauben, eine ernste Erkrankung zu haben, die lediglich noch nicht entdeckt bzw. diagnostiziert worden ist**, und lassen sich nicht vom Gegenteil überzeugen. Der Irrglaube nimmt hier nicht das Ausmaß eines Wahns an, er besteht jedoch hartnäckig.

Da es sich um eine **Ausschlussdiagnose** handelt, muss zuvor eine vollständige medizinische Abklärung der Symptome erfolgt sein. Die Symptome werden *nicht* absichtlich erzeugt, wie es bei Artifizialen Störungen oder Simulation der Fall ist. Von **Somatisierungsstörungen** unterscheidet sich die Hypochondrie wie folgt: *Hypochonder richten* den Fokus der Aufmerksamkeit auf eine **mögliche Krankheit, Somatisierer leiden unter verschiedenen Symptomen** und fokussieren auf diese, ohne dabei nach einer zugrunde liegenden Krankheit zu fragen. In der Praxis kann die Differentialdiagnose allerdings ausgesprochen schwierig sein. Hypochonder sind **tendenziell therapieresistent** gegenüber psychiatrischer Behandlung, da sie nicht leicht davon zu überzeugen sind, dass sie an einer psychiatrischen Störung leiden. Manche Betroffene können sich auf allgemeine stressreduzierende Maßnahmen einlassen, was sich oft - besonders im Rahmen einer Gruppentherapie - als wirkungsvoll erweisen kann. **Kognitive Verhaltenstherapie**, besonders im stationären Setting, scheint am ehesten erfolgversprechend: Inhaltlich sollte es dabei um Aufklärung über die Störung, Erstellung von Verhaltensanalysen inkl. aufrechterhaltender Bedingungen, Möglichkeiten zur Durchbrechung des hypochondrischen Teufelskreises, besonders mittels Abbau des „Doctor-Shoppings“ und Rückversicherungsverhaltens sowie Erarbeitung von Strategien zum Umgang mit der Angst gehen. Grundpfeiler der somatischen Therapie sind dann zeitkontingente, **regelmäßig und unabhängig von aktuellen Symptomen anberaumte Arztbesuche und körperliche Untersuchungen**, um den Patienten zu zeigen, dass die **Beschwerden ernst genommen werden**. Die Prognose ist sehr **unterschiedlich**. Ein Teil kann von den beschriebenen Maßnahmen profitieren, etwa zwei Drittel der Betroffenen zeigen einen chronischen Verlauf (wobei Symptome kommen und gehen), weitere 20% verschlechtern sich eher.

Gut zu wissen

Häufige komorbide Erkrankungen sind **andere Angst- und/oder depressive Störungen**, nach denen aktiv gefragt werden sollte, um sie ggf. in die Therapie mit einzubeziehen. *Falsch* ist es in jedem Fall, davon auszugehen oder die Patienten gar dafür zu beschimpfen, dass sie die Symptome nur vortäuschen. Es erscheint hingegen *sinnvoll*, zu erfragen, ob Stress eine Rolle bei der Symptomverschlimmerung bzw. bei deren Bewältigung spielt.

Zwanghafte (Anankastische) Persönlichkeitsstörung

Epidemiologie und Ätiopathogenese

Die Zwanghafte (Anankastische) Persönlichkeitsstörung kommt bei einer Gesamtprävalenz von ca. 1 % **häufiger bei Männern** als bei Frauen vor, außerdem sind besonders **oft erstgeborene Kinder** betroffen. Ein erhöhtes Risiko besteht bei Verwandten ersten Grades von Betroffenen. Die Zwanghafte Persönlichkeitsstörung darf nicht mit der **Zwangsstörung verwechselt** werden. Letztere ist eine Variante der *Angststörung* und keine Persönlichkeitsstörung.

Diagnose und Therapie

Menschen mit Zwanghafter (Anankastischer) Persönlichkeitsstörung weisen ein fest in der Persönlichkeit verankertes Muster der **Unflexibilität und des Perfektionismus** auf, welches oft die Erfüllung von Aufgaben behindert. Die Erkrankten **beschäftigen sich übermäßig mit Regeln, Details, Listen, Plänen, Organisation, Sauberkeit und Ordnung** - und zwar in einem solchen Ausmaß, dass der wesentliche Punkt der Handlung verloren geht. Eine übertriebene Hingabe an die Arbeit bzw. Produktivität verhindert es, dass sich die Betroffenen Freizeitaktivitäten oder Freundschaften widmen. Die Patienten sind außerdem **unentschlossen** (weil sie Angst davor haben, Fehler zu begehen), **übergewissenhaft, rigide in Fragen von Moral, Ethik und Werten** sowie **übertrieben ernst**. Sie können ihre **Emotionen nur sehr begrenzt zum Ausdruck bringen**, ihnen **fehlt die Spontaneität**, und sie haben meist nur **wenig Sinn für Humor**. Die Betroffenen haben eine starke **Abneigung gegen über Veränderungen** und tun sich deshalb in Situationen/Berufen, die Flexibilität, kreatives Denken oder wechselnde Verantwortung erfordern, meist schwer. Sie **delegieren nur ungern** Aufgaben an andere, sind häufig **nicht in der Lage, verschlissene oder wertlose Dinge wegzuerwerfen** und sind typischerweise sich selbst und anderen gegenüber **geizig** (denn Geld muss im Hinblick auf befürchtete Katastrophen gehortet werden).

Die Behandlung besteht in **psychotherapeutischen Maßnahmen**. Im Gegensatz zu vielen anderen persönlichkeitsgestörten Menschen **wünschen zwanghaft Gestörte häufig aus eigener Motivation heraus psychische Hilfe**, weil sie ihr Leiden realisieren. Die Behandlung gestaltet sich als schwierig und bedarf eines Langzeittherapie-Settings. **Gruppen- und Verhaltenstherapie** können dazu beitragen, dass die Patienten neue Bewältigungsstrategien entwickeln. Eine **Depression**, die sich bei den anankastisch Gestörten oftmals zu irgendeinem Zeitpunkt der Erkrankung entwickelt, sollte auch medikamentös behandelt werden.

Gut zu wissen

Zwangsstörungen sind durch wiederkehrende Zwangsgedanken und Zwangshandlungen gekennzeichnet, die bei Personen mit Zwanghafter Persönlichkeitsstörung **normalerweise fehlen**. Manche Menschen mit Zwanghafter Persönlichkeitsstörung entwickeln allerdings auch eine Zwangsstörung.

Anankastisch persönlichkeitsgestörte Patienten erlebten in ihrer Kindheit oft **harte Disziplin**.

Viele Menschen mit Anankastischer Persönlichkeitsstörung sind verheiratet und haben einen festen Beruf, wenn sie auch oft nur wenige Freunde haben.

Pseudodemenz (Ganser-Syndrom)

Epidemiologie und Ätiopathogenese

Eine depressive Pseudodemenz beschreibt eine **kognitive Dysfunktion**, d.h. demenzartige Symptome, die **infolge einer Depression** auftreten. Wenn die Depression erfolgreich behandelt wird, verschwinden auch die kognitiven Symptome. Die Pseudodemenz kommt klassischerweise **bei älteren Menschen** vor (etwa 15% älterer depressiver Patienten zeigen ein solches Ganser-Syndrom), dennoch kann eine schwere Depression grundsätzlich in jedem Alter zu einer pseudodemenziellen Symptomatik führen.

Diagnose und Therapie

Eine Depression kann **Gedächtnisprobleme** und andere **kognitive Beeinträchtigungen** bedingen. Allerdings gibt es eine Reihe von Unterscheidungsmerkmalen zwischen Demenz und Pseudodemenz. Bei der Pseudodemenz **entwickelt sich die Symptomatik meist schnell** (innerhalb von Tagen oder Wochen), sodass die Betroffenen **klinisch früh auffällig werden**. Eine Demenz vom Alzheimer-Typus **beginnt** hingegen im Allgemeinen **schleichend** (über Jahre), was typischerweise dazu führt, dass weder der Patient noch dessen Familie etwas bemerken, bis die Erkrankung weit fortgeschritten ist. Bei der Pseudodemenz sind Patient und Angehörige meist **schmerzlich durch den Beginn der kognitiven Ausfälle getroffen** und erinnern sich oft noch an das genaue Datum der Veränderung. Bei der (prä)senilen Demenz versuchen die Patientinnen üblicherweise, ihre **Behinderung zu kaschieren**, während Menschen, die an einer Pseudodemenz leiden, klassischerweise **detailliert über ihre kognitiven Defizite klagen**. Aufmerksamkeit und Konzentration sind bei der Pseudodemenz meist **erhalten**, bei der Demenz hingegen gestört. Pseudodemente Patientinnen antworten häufig „**Ich weiß nicht**“ oder „**Ich kann mich nicht erinnern**“. Wirklich Demente versuchen dagegen, **ihren Gedächtnisverlust zu verbergen**, indem sie beispielsweise das Thema wechseln, vage Antworten geben oder sich verärgert weigern, eine Frage zu beantworten. Die Lösung von Aufgaben (z.B. von 100 in 7er-Schritten abwärts zählen) ist bei der Pseudodemenz **unterschiedlich stark gestört**, bei der echten Demenz hingegen **gleich bleibend** beeinträchtigt. Schließlich zeigen Menschen mit Pseudodemenz häufig auch depressive Symptome (wie Weinanfälle, Schlafstörungen, Appetitverlust, psychomotorische Verlangsamung, Interessenverlust oder Antriebslosigkeit) und haben u.U. zuvor bereits eine depressive Episode gehabt. Die Behandlung besteht in **antidepressiver Medikation** (z. B. SSRI) und **Psychotherapie**. Bei der Pseudodemenz **lösen sich** die kognitiven Symptome in Wohlgefallen auf, wenn die Depression erfolgreich behandelt ist. Menschen mit einer (prä)senilen Demenz können natürlich auch depressiv werden, was ebenfalls eine antidepressive Therapie erforderlich macht. Die Vorgeschichte wird Ihnen helfen, die beiden Störungen auseinander zu halten. In unklaren Fällen gilt es immer, die Depression zu behandeln, um herauszufinden, ob sich damit auch die kognitive Symptomatik verbessert.

Gut zu wissen

Ein einschneidendes Lebensereignis kann **Auslöser** einer depressiven Episode sein, vergessen Sie also nicht, danach zu fragen.