

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 $26,3 \text{ kg/m}^2$). 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 Suizid absichten 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 iVMeinung 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 Lasegue-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}: 2,6p.U/ml

Ca: 2,2 mmol/l

Hb: 13 g/dl

Nüchtern-glucose: 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 habe, 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 zu halten. 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-, beidseitige 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 fokale-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 „stumpfsinnig“ 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 ablaufen. 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)