

Folien zu den Seminaren zu psychischen Erkrankungen.

Die Folien sind nicht vollständig, diese Datei wird überarbeitet werden.

- Überblick über den psychiatrischen Befund
- Demenzerkrankungen
- Depressionen
- Manie
- Pressemitteilung: Zahl der Suizide in Deutschland
- Zur Problematik von Diagnosen

Der psychiatrische Befund

Überblick über die einzelnen Ebenen der Beschreibung:

1. Wachheit:

Schläfrigkeit, Stupor, Koma

Prüfung über starke Reize: Anbrüllen (Name des Betroffenen), Kneifen, um Antwort zu bekommen

Mögliche Diagnosen: (Tabletten-)Intoxikation, Schlaganfall, Schädel-Hirn-Trauma, Kreislaufversagen u.a. => sofortige Verständigung von Rettungsdiensten!

2. Orientiertheit:

zu Person, Ort, Zeit.

Überprüfung mit Hilfe von Fragen zu den einzelnen Bereichen.

==> Das Zeitgitter ist organischen Psychosen am schnellsten gestört, die Orientierung zum Ort als nächstes.

==> Störungen zur Person deuten bei vorhandener Orientierung zu Ort und Zeit auf eine Psychose.

3. Aufmerksamkeit: bei erhaltener Wachheit!

Abgelenkt; Wechselnd, haftend, reduziert

Überprüfung ergibt sich aus dem Gesprächsverlauf.

4. Gedankengang:

a) formal: zerfahren, sprunghaft, assoziativ gelockert, Neologismen (Wortneubildungen), kreisend, perseverierend, gehemmt, gesperrt.

b) inhaltlich: Auftrag und Sendung; Bedrohung und Verfolgung; Verlust, Schande, Sünde; Aussichtslosigkeit; völlig auf ein Thema eingeschränkt: z.B. Beziehung,

==> bei Demenzen eher kreisend und perseverierend (altes Thema wieder aufgreifend), die anderen formalen Denkstörungen deuten eher auf eine ernstere psychische Störung.

5. Gedächtnis:

Wichtig insbesondere: das Kurzzeitgedächtnis, bei Störungen an Intoxikationen oder Demenz denken; von Konfabulationen (Ad-hoc-Erzählungen zur Kompensation von Gedächtnislücken) nicht täuschen lassen.

6. Wahrnehmung:

Unterscheidung: Fehlinterpretation (knallende Tür = Schuß), Illusion (Bettfalten = Menschen), Halluzination (fremde Menschen im Zimmer, die sonst niemand sieht).

Halluzinationen (aller Sinnesbereiche) deuten entweder auf Intoxikation oder Psychose, selten bei Demenzen. Sonderfall: Kleintier-Halluzinationen bei einem Delir: Lebensgefahr!

7. Affekt:

gereizt, mißtrauisch, traurig, verhalten, parathym, gespannt, läppisch, situationsangemessen

8. Antrieb:

reduziert, gesteigert

Achtung bei depressiven Menschen mit gesteigertem Antrieb: Suizidgefahr!

DEMENZEN: Übersicht über den Befund

Kategorie	Ausprägung
Bewusstsein	
Orientierung	kann zu Zeit, Ort, Person und Situation gestört sein
Affektivität	Affektlabilität
Antrieb	reduziert oder gesteigert
Formales Denken	verlangsamt, klebend, inkohärent,...
Inhaltliches Denken	
Wahrnehmung	
Ich-Erleben	
Gedächtnis	Beeinträchtigung v. a. des Kurzzeitgedächtnisses
Sonstiges	Abnahme des Denkvermögens (Kognition) mit wesentlicher Beeinträchtigung der ADL ('activities of daily live')

Organisches amnestisches Syndrom, nicht durch Alkohol oder sonstige psychotrope Substanzen bedingt, ICD 10: F 04

Diagnostische Leitlinien:

1. Beeinträchtigung des Kurzzeitgedächtnisses; antero- und retrograde Amnesie
2. Anamnestischer oder objektiver Nachweis eines Insultes oder einer Hirnerkrankung
3. Fehlen einer Störung im Ultrakurzzeitgedächtnis

weitere mögliche Symptome:

Konfabulationen, Mangel an Einsichtsfähigkeit und emotionale Veränderungen im Sinne einer Apathie, zeitliche Desorientierung

(anterograde Amnesie: Amnesie über den Zeitraum nach dem Erwachen aus einer Bewußtlosigkeit; retrograde Amnesie: Amnesie über den Zeitraum vor dem Eintreten einer Bewußtlosigkeit, Konfabulation: 'Erfinden' von Geschichten zur Überbrückung von Gedächtnisverlust)

Gegenüberstellung der beiden häufigsten Demenzerkrankungen:

F00: Demenz bei Alzheimer-Krankheit	F01: vaskuläre Demenz
Schleichender Beginn mit langsamer Verschlechterung	plötzlicher Beginn mit schrittweiser Verschlechterung
Fehlen klinischer Hinweise oder spezieller Untersuchungsbefunde, die auf eine System- oder Hirnerkrankung hinweisen	Hinweise: Hypertonie, Affektlabilität mit vorübergehender depressiver Stimmung, Weinen oder unbeherrschbarem Lachen, vorübergehende Bewußtseinstrübungen, Hinweise im EEG oder CCT
Fehlen eines apoplektischen Beginns oder neurologischer Herdzeichen in der Frühphase der Erkrankung (Apoplex: Schlaganfall)	neurologische Herdzeichen wie Hemiparesen (halbseitige Lähmungen), Sensibilitätsverluste, Gesichtsfeldausfälle, Koordinationsstörungen

Demenzen bei sonstigen andernorts klassifizierten Krankheitsbildern; ICD 10: F 02.x

F 02.0: Demenz bei Pick-Krankheit

- progrediente Demenz mit Beginn im mittleren Lebensalter
- frühe, langsam fortschreitende Charakterveränderungen
- Verlust sozialer Fähigkeiten
- umschriebene Atrophie der Frontal- und Temporallappen

Diagnostische Kriterien:

- fortschreitende Demenz ('progredient')
- überwiegend Frontalhirnsymptome (Euphorie, emotionale Verflachung, Vergröberung im sozialen Verhalten, Enthemmung, Apathie oder Ruhelosigkeit)
- Verhaltensstörungen, die vor den Gedächtnisstörungen auftreten

F 02.1: Creutzfeld-Jakob-Krankheit

- rasch fortschreitende Demenz (Monate bis 2 Jahre)
- vielfältige neurologische Symptome
- fortschreitende spastische Lähmungen
- extrapyramidale Zeichen wie Tremor, Rigor (Steifigkeit), choreatische Bewegungsstörungen

Diagnostische Kriterien:

- rasch fortschreitende ausgeprägte Demenz
- Erkrankung des pyramidalen und extrapyramidalen Systems
- charakteristisches EEG mit triphasischen Wellen

F 02.2: Demenz bei Huntington-Krankheit (Chorea)

- autosomal-dominant vererbt
- ausgeprägte Hirndegeneration
- Beginn im 3./4. Lebensjahrzehnt
- Tod innerhalb von 10-15 Jahren

Diagnostische Kriterien:

- Choreiforme Bewegungsstörungen
- Demenz im frühen Alter
- positive Familienanamnese

Depression: Hauptlinien des psychiatrischen Befunds:

Stimmung:

leer; tot; ausgebrannt; Gefühl, nicht fühlen zu können;

Antrieb:

gehemmt, keine Initiative, gelähmt; dabei aber angespannt, innere Unruhe bis zur Rastlosigkeit / Dauerklage (agitierte Depression)

Denken, formal:

Grübelzwang mit wiederkehrenden Gedankenschleifen;

Denken, inhaltlich:

Schuld- und Versündigungswahn, Verarmungswahn, Erkrankungswahn, Versagensangst; Gefühl der Wertlosigkeit; sich oft an kleinere Alltagsbegebenheiten anlehnend

Vegetative Funktionen:

Niedergeschlagenheit, Druckgefühle, müde, aber schlaflos, (Einschlaf-, Durchschlafstörungen) Verstopfung, Harnverhalt; Verlust der Libido, Ausbleiben der Periode; sehr oft chronische Schmerzen!

Ursachen einer Depression:

Depressionen sind Ausdrucksmöglichkeit für viele körperliche wie psychische Störungen. Wir kennen Depression als

Begleiterscheinung körperlicher Belastungen, insbesondere Viruserkrankungen und Geburten;

als vermutliche "endogene" Störung des Botenstoffwechsels im Hirn; Erblichkeit eineiige Zwillinge >50%; auch bei Manie

als Zuspitzung einer Paardynamik, in der einer zum Aktiven und der andere zum Hilflosen wird; auch bei Manie;

als Entwicklung "neurotischer" Art: gelernte Hilflosigkeit: sich klein und hilflos darstellen, bis man es tatsächlich ist; als Konflikt zwischen aggressiver Selbstbehauptung bzw. Ehrgeiz und dem Verbot, sich Ehrgeiz und Aggressivität zuzugestehen, Unfähigkeit, unangenehme Gefühle wahrzunehmen;

als Belastungsreaktion bei Dauerstreß;

als Altersdepression (oft mit paranoiden Anteilen)

als Reaktion auf psychische Traumata: psychische Traumatisierung im engeren Sinn (Naturkatastrophe, Unfall, Verbrechen), Enttäuschung großer Ziele ("hinter jeder Depression steckt eine Größenidee"), Entwurzelung, Verlust von Beziehungen, Arbeitslosigkeit.

Therapie und Umgang mit Depressiven:

Medikation: Antidepressiva (benötigen lange Wirkungszeit!), Lithium bei einer manisch-depressiven Erkrankung

Sozio- und psychotherapeutischer Umgang:

Verführungsmöglichkeiten:

a) sich einzufühlen, in gemeinsamer Depression zu versinken und später wütend auf die Patienten zu werden)

b) Der depressive Mensch als ideales Objekt der Hilfe: Mut machen, Hilfen anbieten, zum Retter werden, militantes Trösten.

==> Adäquater Umgang:

- weder Mitleid noch Ablehnung, sondern Offenheit, Klarheit, Direktheit;

- Suche nach Erweiterung der Selbstwahrnehmung; Aggressionen deutlich machen, die eher nach innen als nach außen gerichtet werden.

Ernstnehmen der Suizidalität!: acht- bis zwölfmal häufiger Suizidversuch!

Zahl der Selbstmorde in Deutschland sinkt

Eine Ursache: Weniger Depressionen und weniger Einsamkeit

Berlin (wbs) Immer weniger Menschen in Deutschland leiden unter mentalen Belastungen. Klagen über Depressionen, Nervosität und Einsamkeit werden seltener. Die Selbstmordrate ist so niedrig wie noch nie. Aus einer Studie des Wissenschaftszentrums Berlin für Sozialforschung (WZB) geht aber auch hervor, daß die Unterschiede im Wohlbefinden zwischen einzelnen Bevölkerungsgruppen größer werden.

Der empirischen Untersuchung von Thomas Bulmahn (WZB) zufolge hat sich die mentale Belastung im Verlauf der letzten 20 Jahre deutlich verringert. Immer weniger Bundesbürger leiden unter Depressionen, Erschöpfungszuständen und Nervosität. Zehn Prozent der Deutschen fühlen sich gegenwärtig unglücklich oder niedergeschlagen, 17 Prozent klagen über wiederkehrende Ängste und Sorgen, neun Prozent sind ständig aufgeregter oder nervös, und 34 Prozent fühlen sich öfter erschöpft oder erschlagen. Der Anteil derjenigen, die frei von allen diesen Symptomen sind, liegt im alten Bundesgebiet bei 60 Prozent. Zum Vergleich: 1978 waren es lediglich 41 Prozent. Auch in den neuen Ländern hat sich die Situation verbessert. 1990 waren nur 37 Prozent der Ostdeutschen frei von mentalen Belastungen, heute sind es 52 Prozent.

Wenn immer weniger Menschen unter Depressionen, Ängsten und Einsamkeit leiden, dann wird sich auch die Zahl der Selbstmorde verringern. Diese naheliegende Vermutung läßt sich mit den Daten der amtlichen Statistik belegen. Im alten Bundesgebiet ist die Zahl der Selbstmorde je 100.000 Einwohner (Suizidrate) von 22,2 (1978) auf 17,6 (1988) und nach den aktuellsten Angaben auf 13,6 (1998) zurückgegangen. In den neuen Bundesländern ist die Suizidrate von 24,4 (1990) auf 16,6 (1998) gesunken. Die Selbstmordhäufigkeit in Deutschland ist damit auf dem niedrigsten Stand seit den Anfängen ihrer statistischen Erfassung vor mehr als einem Jahrhundert.

Doch nicht alle profitieren gleichermaßen von dieser positiven Entwicklung. In Teilen der Bevölkerung kommt es immer wieder zu einer Zunahme von mentalen Belastungen, von Unzufriedenheit und Unglücksgefühlen. Verantwortlich hierfür ist die Tatsache, daß Erfolge und Belastungen von Modernisierungsprozessen ungleich verteilt sind. Individualisierung hat für die einzelnen Generationen ganz unterschiedliche Konsequenzen. Während die Jüngeren vor allem neue Freiheiten genießen, leiden viele Ältere unter der Auflösung familialer Bindungen. Ebenso ungleich sind die Folgen des technologischen Wandels. Während hochqualifizierte Erwerbstätige überwiegend an den positiven Auswirkungen dieser Entwicklung teilhaben, werden schlecht qualifizierte hiervon ausgeschlossen - indem sie immer öfter arbeitslos werden, oder indem sie in einen expandierenden Niedriglohnssektor abgedrängt werden.

Weitergehende Analysen der WZB-Studie zeigen, welche Auswirkungen diese strukturellen Disbalancen haben. Erstes Beispiel: Bei älteren Menschen hat die Selbstmordhäufigkeit gegen den allgemeinen Trend zugenommen. Vor allem bei den Hochbetagten, die das 75. Lebensjahr überschritten haben, ist es zu einem dramatischen Anstieg der Suizidrate gekommen. Zweites Beispiel: Die Lebenszufriedenheit der Menschen im alten Bundesgebiet hat sich in den letzten 20 Jahren nur unwesentlich verändert. Ein Vergleich der Entwicklungen in einzelnen Einkommensgruppen deckt jedoch erhebliche Unterschiede auf: Während die

Lebenszufriedenheit der Besserverdienenden auf überdurchschnittlich hohem Niveau stabil geblieben ist, kam es bei den Geringverdienern immer wieder zu großen Schwankungen des subjektiven Wohlbefindens.

Weitere Informationen: Thomas Bulmahn (Telefon: 030-25 49 13 89)

"Erfolge und Krisen - Subjektives Wohlbefinden und Anomie in Deutschland", in:
WZB-Mitteilungen, Heft 88, Juni 2000, S. 9-12

Thomas Bulmahn, Modernity and Happiness - The Case of Germany, 26 S.
(WZB-Bestellnummer FS III 00-402; Volltext im pdf-Format verfügbar)

Manie: Hauptlinien des psychiatrischen Befunds

Stimmung:

gehoben, heiter, witzig, mitreißend; ebenso bei Widerstand provozierend, gereizt, zornig. Schuldgefühle und Schamgefühle sind außer Kraft gesetzt, was zu Handlungen führt, die später viele Scham- und Schuldgefühle auslösen. (==> Suizid-Gefahr in der postmanischen Phase)

Antrieb:

von leichter Steigerung des Antriebs bis zum Zerfasern durch ständiges Einschließen von Handlungsimpulsen; auf jeden Reiz reagierend, dadurch oft ein Chaos stiftend.

Denken, formal:

Formaler Gedankengang oft unterbrochen, leicht ablenkbar, kein Nach-Denken, sondern vom Tempo der Einfälle berauscht.

Denken, inhaltlich:

Selbstüberschätzung bis hin zu Größenideen wahnhafter Natur (aber nicht in systematisierter Form). Viele Aktivitäten unterschiedlichster Natur von Firmengründungen über sinnlose Käufe (häufig) bis zu Heiraten werden sofort umgesetzt.

Vegetative Funktionen:

Körpersignale werden in der Regel nicht beachtet: Schmerz und Schlaf werden oft übergangen, Durst, Hunger, Sexualität werden übergangen oder übermäßig erfüllt.

Umgangs- und Therapiemöglichkeiten bei Manie:

- Bei ausgeprägter Manie ist stationärer Aufenthalt zur Schadensbegrenzung notwendig;
- somatische Therapie: Neuroleptika; Lithium.

- Gefahr der "Verführung":

a) sich anstecken zu lassen von Witz, Charme, zutreffenden Formulierungen

b) genervt und überfordert zu sein und dann rigide zu versuchen, den manischen Menschen einzuschränken.

==> adäquater Umgang:

- sich nicht verführen lassen, das mitreißende begleiten, ohne sich zu verlieren;

- Grenzen nur dort setzen, wo sie wirklich unumgänglich sind, und die in aller Klarheit und Eindeutigkeit.

- Wechsel und Austausch/Absprache im Team.

- Manie wird z.T. interpretiert als Abwehr von Angst, Scham, Schuld; und man spürt oft auch traurige Einsprengsel. Therapeutische Haltung: beide Seiten zurückspiegeln.

Zur Problematik der Diagnosen.

Zur Kritik zu Diagnosen (z.B. nach ICD 10), dass darin die biografische Besonderheit nicht gesehen werde:

Ausschnitt aus dem Absatz "Klassifikation", in: Horkheimer, Max; Adorno, Theodor W. (2006). Dialektik der Aufklärung. Philosophische Fragmente. 16. Auflage, S. 231. Frankfurt am Main: Fischer (Original: Amsterdam 1947).

"Allgemeine Begriffe, von den einzelnen Wissenschaften auf Grund von Abstraktion oder axiomatisch geprägt, bilden das Material der Darstellung so gut wie Namen für Einzelnes. Der Kampf gegen Allgemeinbegriffe ist sinnlos. Wie es mit der Dignität des Allgemeinen steht, ist damit aber nicht ausgemacht. Was vielen gemeinsam ist, oder was im Einzelnen wiederkehrt, braucht noch lange nicht stabiler, ewiger, tiefer zu sein als das Besondere. [...] Klassifikation ist Bedingung von Erkenntnis, nicht sie selbst, und Erkenntnis löst die Klassifikation wiederum auf."

Vergleiche:

"[Abstrakte, R. S.] Gedanken ohne [sinnlichen, R.S.] Inhalt sind leer, Anschauungen ohne Begriffe sind blind." Immanuel Kant, Kritik der reinen Vernunft (KrV B75, A51)