Gerald Schiller

# Psychiatrie

**BWT**
**Basiswissen Therapie**

Herausgeber: Jürgen Tesak

Gerald Schiller

# Psychiatrie

Das Gesundheitsforum

Schulz-Kirchner Verlag

**Bibliografische Information Der Deutschen Nationalbibliothek**

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.d-nb.de abrufbar.

Die Informationen in diesem Werk sind von dem Verfasser und dem Verlag sorgfältig erwogen und geprüft, dennoch kann eine Garantie nicht übernommen werden. Eine Haftung des Verfassers bzw. des Verlages und seiner Beauftragten für Personen-, Sach- und Vermögensschäden ist ausgeschlossen.

Besuchen Sie uns im Internet: www.schulz-kirchner.de

1. Auflage 2007
ISBN 978-3-8248-0511-2
Alle Rechte vorbehalten
© Schulz-Kirchner Verlag GmbH, Idstein 2007
Lektorat: Doris Zimmermann
Layout: Petra Jeck
Druck und Bindung: Elektra Reprografischer Betrieb GmbH, Niedernhausen
Printed in Germany

# INHALTSVERZEICHNIS


**Vorwort des Herausgebers** 9
**Einleitung** 11

**1 Organische psychische Störungen** 13
1.1 Delir 14
1.2 Demenz 14
1.3 Psychiatrische Störungen bei Morbus Parkinson 15
1.4 Psychiatrische Störungen bei Chorea Huntington 16
1.5 Psychiatrische Störungen bei HIV-Infektion 16

**2 Psychische Störungen durch psychotrope Substanzen** 17
2.1 Allgemeines 17
2.2 Alkoholabhängigkeit 18
2.3 Drogen- und Medikamenten-missbrauch/-abhängigkeit 22

**3 Schizophrene Störungen** 25
3.1 Schizophrene Symptome (Begriffserläuterung) 26
3.2 Epidemiologie 28
3.3 Ätiologie (Ursache) der Schizophrenie 28
3.4 Subtypen der Schizophrenie 29
3.5 Typischer Verlauf einer schizophrenen Erkrankung 30
3.6 Diagnostik 31
3.7 Therapie von Schizophrenien 32

**4 Affektive Störungen** 35
4.1 Depression 35
4.2 Manie 39
4.3 Bipolare affektive Störung 40
4.4 Dysthymie 40
4.5 Suizidalität 40

**5 Angst- und Zwangserkrankungen Belastungsstörungen, Somatoforme Störungen Dissoziative Störungen** 43
5.1 Angsterkrankungen 43
5.1.1 Panikattacke 44
5.1.2 Erkrankungen mit Angstsymptomatik 44
5.1.3 Agoraphobie 44
5.1.4 Soziale Phobie 44

| | | | |
|---|---|---|---|
| | 5.1.5 | Spezifische Phobie | 45 |
| | 5.1.6 | Generalisierte Angststörung | 45 |
| | 5.2 | Zwangserkrankungen | 46 |
| | 5.3 | Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD posttraumatic stress-disorder) | 46 |
| | 5.4 | Somatoforme Störungen | 47 |
| | 5.5 | Dissoziative Störungen (Frühere Bezeichnungen: Hysterie, hysterische Neurose, Konversionsneurose) | 48 |
| **6** | **Essstörungen und Schlafstörungen** | | 49 |
| | 6.1 | Essstörungen in der Psychiatrie | 49 |
| | 6.1.1 | Anorexia nervosa | 49 |
| | 6.1.2 | Bulimie | 50 |
| | 6.2 | Schlafstörungen | 50 |
| | 6.2.1 | Nicht-organische primäre Insomnie | 51 |
| | 6.2.2 | Schlaf-Apnoe-Syndrom | 51 |
| | 6.2.3 | Narkolepsie | 52 |
| **7** | **Persönlichkeitsstörungen, Impulskontrollstörungen, Sexuelle Deviationen** | | 53 |
| | 7.1 | Persönlichkeitsstörungen | 53 |
| | 7.1.1 | Schizoide Persönlichkeitsstörung | 53 |
| | 7.1.2 | Paranoide Persönlichkeitsstörung | 54 |
| | 7.1.3 | Dissoziale Persönlichkeitsstörung | 54 |
| | 7.1.4 | Emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline-Typus | 54 |
| | 7.1.5 | Histrionische Persönlichkeitsstörung | 54 |
| | 7.1.6 | Anankastische (zwanghafte) Persönlichkeitsstörung | 55 |
| | 7.1.7 | Ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung | 55 |
| | 7.1.8 | Abhängige (asthenische) Persönlichkeitsstörung | 55 |
| | 7.2 | Impulskontrollstörungen | 57 |
| | 7.3 | Sexuelle Deviationen (sexuelle Abweichungen, Perversionen) | 57 |
| | 7.3.1 | Fetischismus | 58 |
| | 7.3.2 | Exhibitionismus | 58 |
| | 7.3.3 | Voyeurismus | 58 |
| | 7.3.4 | Pädophilie | 59 |
| | 7.3.5 | Sadismus und Masochismus | 59 |
| | 7.3.6 | Sodomie | 59 |
| | 7.3.7 | Frotteurismus | 60 |
| | 7.3.8 | Transvestismus | 60 |
| | 7.3.9 | Transsexualismus | 60 |
| **8** | **Oligophrenie (Schwachsinn)** | | 61 |
| | 8.1 | Klassifizierung der Intelligenzminderung | 61 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | 8.2 | Symptomatik | 61 |
| | 8.3 | Ursachen | 62 |
| | 8.4 | Diagnostik | 62 |
| | 8.5 | Komorbidität | 62 |
| | 8.6 | Therapie | 63 |
| **9** | **Allgemeine Psychopathologie** | | 65 |
| | 9.1 | Bewusstseinsstörung | 65 |
| | 9.2 | Orientierungsstörungen | 65 |
| | 9.3 | Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen | 65 |
| | 9.4 | Formale Denkstörungen | 66 |
| | 9.5 | Inhaltliche Denkstörungen | 66 |
| | 9.6 | Sinnestäuschungen | 67 |
| | 9.7 | Ich-Störungen | 67 |
| | 9.8 | Störungen der Affektivität | 67 |
| | 9.9 | Störungen des Antriebs und psychomotorische Störungen | 68 |
| **10** | **Psychopharmaka** | | 69 |
| | 10.1 | Antidepressiva | 69 |
| | 10.2 | Neuroleptika | 70 |
| | 10.3 | Phasenprophylaktika | 71 |
| | 10.4 | Anxiolytika, Sedativa und Hypnotika | 71 |
| | 10.5 | Antidementiva | 72 |
| **11** | **Nichtmedikamentöse Behandlungsverfahren** | | 73 |
| | 11.1 | Biologische Behandlungsverfahren | 73 |
| | 11.1.1 | Schlafentzugstherapie | 73 |
| | 11.1.2 | Lichttherapie | 73 |
| | 11.1.3 | Physiotherapie | 73 |
| | 11.1.4 | Elektrokrampftherapie (EKT) | 74 |
| | 11.2 | Psychotherapeutische Verfahren | 74 |
| | 11.2.1 | Gruppentherapie | 74 |
| | 11.2.2 | Psychoedukation | 75 |
| | 11.2.3 | Balintgruppe | 75 |
| | 11.2.4 | Psychotherapie-Verfahren (Formen) | 75 |
| | 11.2.5 | Psychotherapie-Verfahren (Beispiele) | 75 |
| | 11.2.6 | Soziotherapie | 77 |
| **12** | **Forensische Fragestellungen** | | 79 |
| | 12.1 | Unterbringung | 79 |
| | 12.2 | Betreuung | 79 |
| | 12.3 | Maßregelvollzug | 79 |
| **13** | **Psychiatrische Fachbegriffe** | | 81 |
| **14** | **Prüfungsfragen / Lösungen** | | 85 |
| **15** | **Literaturverzeichnis** | | 88 |

# VORWORT DES HERAUSGEBERS

Die Reihe „Basiswissen Therapie (BWT)“ vermittelt grundlegendes Wissen für Ausbildung, Studium und Beruf in den Fachbereichen der Ergotherapie und der Logopädie sowie in den zugehörigen Bezugs- und Grundlagenwissenschaften (Medizin, Psychologie, Pädagogik, Linguistik, etc.). Themen der Reihe sind demnach alle Bereiche der Ausbildung und des Berufsalltags.

Fragenkataloge sowie weiterführende Literaturangaben erleichtern die Verwendung der BWT-Reihe in Lehre und Unterricht sowie als Grundlage des Selbststudiums. Im vorliegenden Buch wird die Darstellung noch durch Kasuistiken (Falldarstellungen) bereichert.

Mit dem Buch von meinem Kollegen an der Europa Fachhochschule Fresenius, Herrn Professor Dr. Gerald Schiller, liegt jetzt ein knapp gefasstes, sehr übersichtliches Lehrbuch vor, das eine rasche und grundlegende Orientierung in einem sehr komplexen Feld der Medizin, nämlich der Psychiatrie, ermöglichen soll. Ziel des Buches ist eine komprimierte Heranführung an das Fach auf der Basis langjähriger Erfahrung in der Versorgung von psychiatrischen Patientinnen und Patienten sowie vieler Jahre in der Lehre, insbesondere in der Ausbildung in der Ergotherapie.

Wir hoffen, dass sich der vorliegende Band in der Lehre bewährt und Studierenden den so oft gewünschten Überblick ermöglicht, von dem aus erst eine vertiefte Beschäftigung mit der Materie möglich ist.

Prof. Dr. Jürgen Tesak
Dekan Fachbereich Gesundheit
Europa Fachhochschule Fresenius

Tell me and I will forget,
show me and I will remember,
involve me and I will understand.

# EINLEITUNG

Die Psychiatrie (Seelenheilkunde) ist die Wissenschaft von der Erkennung und Behandlung des krankhaft veränderten oder abnormen Seelenlebens.

Dieses Fachgebiet besitzt u.a. in der Ausbildung von Ergotherapeuten und Diplom-Ergotherapeuten einen großen Stellenwert. Nicht zuletzt wird dies im erheblichen psychiatrischen Fragenumfang der Staatsexamina der Diplom-Ergotherapeuten deutlich.

Das vorliegende Buch beschreibt die wesentlichen Krankheitsbilder des psychiatrischen Fachgebietes, u.a. unter den Aspekten der Ätiologie, Symptomatik, Diagnostik und Therapie. Eine Reihe von Kasuistiken stellt den notwendigen Bezug zwischen Theorie und Praxis her. Im Anhang ermöglichen einige Fragen dem Leser die Überprüfung des erworbenen Wissens.

Die Kasuistiken entstammen dem Buch „Psychiatrie in Praxis und Theorie“ von Ralph-Martin Schulte, W. Zuckschwerdt-Verlag, München-Bern-Wien-San Francisco, 1987. Dem Autoren sowie dem Verlag danke ich für die großzügige Erlaubnis zur Veröffentlichung der Kasuistiken. Mein Dank gilt ferner der Lektorin, Frau Doris Zimmermann, und Herrn Prof. Dr. Jürgen Tesak als Herausgeber.

Gerald Schiller
Friedrichsdorf, Oktober 2006

# 1 ORGANISCHE PSYCHISCHE STÖRUNGEN

Definition

**Organische psychische Störungen**:
Psychische Störungen als Folge einer primären Schädigung des Gehirns oder einer systemischen Erkrankung

„Organisch" bedeutet, dass die psychischen Störungen einzig oder vor allem auf eine primäre Schädigung des Gehirns zurückzuführen sind oder Ausdruck einer Hirnfunktionsstörung bei einer systemischen Erkrankung sind.

Ursachen

Ursachen einer organisch bedingten psychischen Störung können sein:

- Primäre Hirnschädigungen: Zustand nach Schädelhirntrauma, vaskulärer Prozess (z.B. arterieller Hypertonus), Entzündungen (z.B. Enzephalitis) oder raumfordernde Prozesse (z.B. Hirntumor)
- Sekundäre Hirnfunktionsstörungen: Bei schwerer Nieren- oder Lebererkrankung, fortgeschrittenen Karzinomen, Vitaminmangel

Auch andere psychische Störungen können organische Ursachen haben, die sich jedoch nicht immer z.B. mit apparativen Untersuchungsmethoden wie cerebralem Computertomogramm (CCT) oder Magnetresonanztomogramm (MRT) nachweisen lassen. Bei der Entstehung der Schizophrenie und Depression spielen z.B. Störungen des Neurotransmitterstoffwechsels eine Rolle.

Einteilung

Die organisch psychischen Störungen werden eingeteilt in:

- Akute organisch bedingte psychische Störungen, z.B. Delir (Leitsymptom: Bewusstseinsstörung)
- Chronische organisch bedingte psychische Störungen, z.B. Demenz (Leitsymptom: Beeinträchtigung von kognitiven Leistungen)
- Organisches amnestisches Syndrom: Korsakow-Syndrom (Gedächtnisstörungen, Desorientierung, Konfabulationen)
- Organische Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen: Organische Persönlichkeitsstörung, postencephalitisches Syndrom, psychische Syndrome nach Schädelhirntrauma (meist Akzentuierung bereits vorher bestehender Persönlichkeitsmerkmale und Verhaltensweisen)
- Sonstige organische psychische Störungen: Organische Halluzinose, organische paranoide Störung, organische affektive Störung

## 1.1 Delir

Definition: Unspezifische Reaktion des Gehirns auf exogene Noxen

Ursachen:
- Psychotrope Substanzen: Entzug von Alkohol, Benzodiazepinen; Intoxikation mit Amphetaminen, Halluzinogenen
- Medikamente: Anticholinergika, trizyklische Antidepressiva, Antiparkinsonmittel
- Metabolische Störungen: Hypo-, Hyperglykämie, Urämie, Elektrolytstörungen
- Andere Ursachen: Schädelhirntrauma, postoperativ

Symptome: Bewusstseinsstörung (mangelhaft ansprechbar), Orientierungsstörungen, kognitive Funktionseinbußen (Aufmerksamkeit, Konzentration, Gedächtnis), inhaltliche Denkstörungen (Wahnideen), Sinnestäuschungen (Halluzinationen), affektive Störungen (ängstlicher Affekt), vegetative Dysregulation

Therapie: Da sich jedes Delir zu einem lebensbedrohlichen Zustand entwickeln kann, rechtfertigt bereits der Verdacht auf ein Delir eine stationäre Einweisung mit Überwachung, Ursachensuche und rascher an der Ursache orientierter Behandlung.

## 1.2 Demenz

Symptome: Gedächtnisstörungen, reduziertes Kritik- und Urteilsvermögen, Desorientierung, Wortfindungs- und Werkzeugstörungen (Apraxie, Alexie, Agraphie, Akalkulie, Aphasie, Agnosie), Persönlichkeitsveränderungen, Verhaltensauffälligkeiten (z.B. gehobene, euphorische Stimmung oder gereizt-feindselige Stimmung). *Keine Bewusstseinsstörung*!

Häufigkeit: Die degenerative Demenz vom Alzheimer-Typ ist die häufigste Form (ca. 65%), die Multiinfarktdemenz macht ca. 20% aus, dann folgen gemischt vaskulär-degenerative Erkrankungen sowie seltene Ursachen wie Morbus Parkinson, Chorea Huntington, Aids oder Morbus Pick.

Diagnostik:
- Anamnese (Eigen- und Fremdanamnese)
- Exploration, körperliche Untersuchung
- Neuropsychologische Untersuchung, z.B. Mini-Mental-State-Test (max. 30 Punkte erreichbar, Verdacht auf Demenz bei Werten unter 23 Punkten)
- Blutuntersuchungen: Hypothyreose, Vitaminmangel, Lues, HIV?

- CCT, MRT: Tumor, subdurales Hämatom, vaskuläre Demenz?
- Doppler-Sonographie: Gefäßprozesse?
- EEG: Anfallsgeschehen?
- EKG: Hinweise auf arterielle Hypertonie, Arrhythmien?
- Röntgen-Thorax: Lungenerkrankung, Linksherzvergrößerung?

Schweregrad der Demenz: Zunächst sind Aufnahme, Speicherung und Wiedergeben neuer Informationen beeinträchtigt (Kurzzeitgedächtnisstörung). Im weiteren Verlauf gehen auch früher gelernte Gedächtnisinhalte verloren (Langzeitgedächtnisstörung). Später kann der Patient alltägliche Verrichtungen nicht mehr erledigen und ist schließlich völlig pflegebedürftig.

Therapie: Für die Therapieansätze zur Behandlung der Demenz ist die sog. ABCD-Regel von Bedeutung:

ABCD-Regel der Demenzbehandlung

A = Arzneimittel
B = Bewegung
C = Cognitives Training (Alltagstraining, Erinnerungstherapie, Realitätsorientierungstraining)
D = Diät („Gesunde Ernährung“)

Bei Vorliegen einer Demenz mit behandelbarer Grunderkrankung (z.B. Infektion, Schilddrüsenfehlfunktion, Alkohol- oder Medikamentenmissbrauch, Morbus Parkinson) steht deren Therapie im Vordergrund.
Für die Verzögerung des Verlaufs einer leichten bis mittelschweren Demenz (sog. Sekundärprävention) ist der Effekt von einigen Antidementiva, den sog. Cholinesterase-Hemmern, nachgewiesen. Diese Medikamente können das Fortschreiten der Erkrankung verzögern, allerdings nicht die kognitiven Defizite verbessern.

## 1.3 Psychiatrische Störungen bei Morbus Parkinson

Beispiele organischer psychischer Störungen

Sehr oft kommt es zu depressiven Syndromen, die nicht selten den motorischen Symptomen (Tremor, Hypokinese, Rigor) vorausgehen können. Sie werden mit antidepressiven Medikamenten behandelt.
Gelegentlich treten organische Halluzinationen auf, die neben dem Morbus Parkinson selbst auch durch die Anti-Parkinsonmittel verursacht sein können. Es kann eine Therapie mit Neuroleptika (atypische Neuroleptika) erforderlich werden.
Häufig kann es auch zu einer Demenz bei Morbus Parkinson kommen.

## 1.4 Psychiatrische Störungen bei Chorea Huntington

Am Anfang zeigt sich oft eine organische Wesensänderung, zu der sich bei ca. 50% der Patienten eine schwere Demenz hinzugesellt. Teils reagieren die Patienten paranoid, teils auch depressiv (Suizidgefahr!).
Bei der autosomal-dominant vererbten Chorea Huntington gibt es keine ursächliche Therapie.

## 1.5 Psychiatrische Störungen bei HIV-Infektion

Bis zu 60% der HIV-infizierten Patienten erkranken psychiatrisch. Oft findet sich eine Depression, in späteren Krankheitsstadien eine organische Wesensänderung (Antriebsarmut, Gleichgültigkeit) bis hin zur Demenz.

**Kasuistik**

*Ein 54-jähriger Mann wurde vor ca. einem Jahr durch erhebliche berufliche Leistungsstörungen auffällig, indem er bei seiner Berufstätigkeit als Abteilungsleiter Fehlentscheidungen fällte, den geforderten Leistungen nicht mehr entsprach, interesselos wurde und nachgeordneten Mitarbeitern distanzlos begegnete. Zunehmend vernachlässigte sich dieser Patient, der früher sehr korrekt gekleidet und auf sein Äußeres bedacht war, in seiner Kleidung und Körperpflege, er trank oft übermäßig Alkohol.*
*Vor 6 Monaten wurde dem Patienten gekündigt, seit diesem Zeitpunkt ist er arbeitslos. Ein anschließendes stationäres Heilverfahren in einer Rehabilitationsklinik auf Kosten des gesetzlichen Rentenversicherungsträgers unter der Verdachtsdiagnose eines allgemeinen Erschöpfungssyndromes mit vegetativer Dysregulation hatte keine Zustandsbesserung zur Folge. In den letzten Monaten isolierte sich der Patient zunehmend von seiner Familie und seinem Bekanntenkreis, Kontakte hatte er nicht mehr. Zum Teil irrte er in dem Haus herum, wirkte interesselos, aspontan, er klagte über Kopfschmerzen und Unruhe. In den Tagen vor der Untersuchung hatte er nach Angaben der Angehörigen, die sich nach anfänglichem Unverständnis sehr um den Patienten kümmerten, eingenässt. Die Psyche zeigte eine zeitliche, örtliche und situative Desorientiertheit, eine entdifferenzierte Intelligenzstruktur, eine dysphorische Stimmung, eine Minderung der Psychomotorik und des Antriebs, eine affektive Verflachung, eine Verlangsamung des formalen Gedankengangs, hochgradige mnestische Störungen, eine Einschränkung der Konzentration, der Auffassung und Kritikfähigkeit auf. Die neurologische Untersuchung ergibt keinen pathologischen Befund. Die Familienanamnese ist unauffällig. Bei der kranialen computertomographischen Untersuchung zeigt sich eine erhebliche zentrale und periphere Hirnatrophie.*

| Diagnose: | Demenz bei Alzheimer'scher Erkrankung mit frühem Beginn. |
|---|---|

# 2 PSYCHISCHE STÖRUNGEN DURCH PSYCHOTROPE SUBSTANZEN

## 2.1 Allgemeines

Substanzabhängigkeit

Substanzabhängigkeit liegt dann vor, wenn mindestens drei der folgenden Symptome während eines Jahres auftreten:

- Zwanghaftes Bedürfnis, die Substanz zu konsumieren („Suchtdruck", craving)
- Eingeschränkte Fähigkeit zur Kontrolle von Beginn, Menge und Ende des Konsums („Kontrollverlust")
- Körperliches Entzugssyndrom
- Toleranzentwicklung, d.h. notwendige Dosissteigerung, um gleiche Wirkung zu erzielen wie zuvor mit niedriger Dosis
- Vernachlässigung anderer Interessen (Beruf, Freizeitaktivitäten)
- Fortgesetzter Substanzkonsum trotz eingetretener körperlicher, psychischer und sozialer Schäden

Substanzmissbrauch

Zwischen normalem Gebrauch und Abhängigkeit ist der Substanzmissbrauch angesiedelt. Die Substanz wird fortgesetzt konsumiert trotz drohender körperlicher, psychischer und sozialer Schäden. Abhängigkeitsmerkmale sind (noch) nicht vorhanden.

**Suchtpotenzial**:
Beschreibt die Schnelligkeit der Abhängigkeitsentwicklung

Das „Suchtpotenzial" beschreibt, in welchem Ausmaß eine Substanz zur Abhängigkeit führen kann. Je schneller sich eine Abhängigkeit entwickelt, umso höher ist das Suchtpotenzial dieser Substanz. Heroin z.B. hat ein sehr hohes Suchtpotenzial, Alkohol ein geringes Suchtpotenzial.

Psychische Abhängigkeit/ Körperliche Abhängigkeit

Man unterscheidet zwischen psychischer Abhängigkeit – darunter versteht man das unwiderstehliche Verlangen, die Substanz zu konsumieren – und körperlicher Abhängigkeit. Diese bezeichnet die Toleranzentwicklung des Körpers durch ständigen Konsum. Ohne weitere Einnahme bzw. Dosissteigerung kommt es zu körperlichen Entzugssymptomen.

**Entstehung der Abhängigkeit**:
Multifaktorielle Genese

Bei der Entstehung von Abhängigkeit geht man heute von einer multifaktoriellen Genese aus. Dabei spielen genetische Veranlagung und soziale Faktoren ebenso eine Rolle wie Persönlichkeitsfaktoren (geringe Frustrationstoleranz, niedriges Selbstbewusstsein) und leichte Verfügbarkeit.