Detlef E. Dietrich
Cornelia Goesmann
Jochen Gensichen
Iris Hauth
Iris Veit
(Hrsg.)

Praxisleitfaden Psychische Erkrankungen

Von Hausärzten und Psychiatern gemeinsam für die Praxis erarbeitet

hogrefe

Praxisleitfaden Psychische Erkrankungen

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Detlef E. Dietrich, Cornelia Goesmann, Jochen Gensichen, Iris Hauth, Iris Veit: „Praxisleitfaden Psychische Erkrankungen“ (9783456857299)
© 2019 Hogrefe Verlag, Bern.

Praxisleitfaden Psychische Erkrankungen

Detlef E. Dietrich, Cornelia Goesmann, Jochen Gensichen, Iris Hauth, Iris Veit

Programmbereich Medizin

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Detlef E. Dietrich, Cornelia Goesmann, Jochen Gensichen, Iris Hauth, Iris Veit: „Praxisleitfaden Psychische Erkrankungen“ (9783456857299)
© 2019 Hogrefe Verlag, Bern.

Detlef E. Dietrich, Cornelia Goesmann,
Jochen Gensichen, Iris Hauth, Iris Veit
(Hrsg.)

Praxisleitfaden Psychische Erkrankungen

Von Hausärzten und Psychiatern
gemeinsam für die Praxis erarbeitet

unter Mitarbeit von

Ilka Aden
Borwin Bandelow
Frank Bergmann
Martin Bohus
Detlef E. Dietrich
Hermann Elgeti
Petra Garlipp
Jochen Gensichen
Cornelia Goesmann
Iris Tatjana Graef-Calliess
Gerhard Gründer
Arthur Günthner
Elmar Habermeyer
Iris Hauth
Markus Herrmann
Walter Hewer
Fritz Hohagen
Vjera Holthoff-Detto
Hanna Kaduszkiewicz
Joachim Klosterkötter
Thorsten Körner
Uwe Lange
Michael Linden
Margrit Löbner
Thomas Messer
Manfred Nowak
Frank-Gerald Pajonk
Michael Paulzen
Michael Pentzek
Andrea Pfennig
Jana Rauschenbach
Steffi Riedel-Heller
Theresia Rost
Rainer Schaefert
Ingo Schäfer
Hildegard Schain
Julia Schellong
Maren Schneider
Nils Schneider
Meryam Schouler-Ocak
Cornelis Stadtland
Katarina Stengler
Sarah Trost
Iris Veit
Tanja Veselinović
Ulrich Voderholzer
Jens Wiltfang
Manfred Wolfersdorf
Bartosz Zurowski

hogrefe

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Detlef E. Dietrich, Cornelia Goesmann, Jochen Gensichen, Iris Hauth, Iris Veit: „Praxisleitfaden Psychische Erkrankungen“ (9783456857299)
© 2019 Hogrefe Verlag, Bern.

Korrespondenzadressen der Autoren:
siehe Autorenverzeichnis

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

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

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Kopien und Vervielfältigungen zu Lehr- und Unterrichtszwecken, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Anregungen und Zuschriften bitte an:
Hogrefe AG
Lektorat Medizin
Länggass-Strasse 76
3012 Bern
Schweiz
Tel: +41 31 300 45 00
E-Mail: verlag@hogrefe.ch
Internet: http://www.hogrefe.ch

Lektorat: Susanne Ristea, Lisa Maria Pilhofer
Bearbeitung: Martin Kortenhaus, MT-Medizintexte GbR, Illertissen
Herstellung: René Tschirren
Umschlagabbildung: iStockphoto/sturti
Umschlag: Claude Borer, Riehen
Satz: punktgenau GmbH, Bühl
Druck und buchbinderische Verarbeitung: Finidr s.r.o., Český Těšín
Printed in Czech Republic

1. Auflage 2019
© 2019 Hogrefe Verlag, Bern
(E-Book-ISBN_PDF 978-3-456-95729-6)
(E-Book-ISBN_EPUB 978-3-456-75729-2)
ISBN 978-3-456-85729-9
http://doi.org/ 10.1024/85729-000

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Detlef E. Dietrich, Cornelia Goesmann, Jochen Gensichen, Iris Hauth, Iris Veit: „Praxisleitfaden Psychische Erkrankungen“ (9783456857299)
© 2019 Hogrefe Verlag, Bern.

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

Anmerkung:

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigefügt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Detlef E. Dietrich, Cornelia Goesmann, Jochen Gensichen, Iris Hauth, Iris Veit: „Praxisleitfaden Psychische Erkrankungen“ (9783456857299)
© 2019 Hogrefe Verlag, Bern.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort 17

I Einführung und Navigationshilfe 19

1 Einleitung 21
Cornelia Goesmann, Detlef E. Dietrich

Literatur 22

2 Leitsymptome psychischer Erkrankungen 23
Detlef E. Dietrich, Jochen Gensichen

2.1 Bewusstseinsstörungen 23
2.2 Orientierungsstörungen 24
2.3 Aufmerksamkeit und Konzentration 24
2.4 Gedächtnis 25
2.5 Denkstörungen 26
2.6 Zwänge 26
2.7 Wahn 27
2.8 Wahrnehmungsstörungen 27
2.9 Ich-Störungen 28
2.10 Affektivität 28
2.11 Selbstschädigendes Verhalten 29
2.11.1 Suizidalität 30
2.11.2 Eigengefährdung durch Desorientiertheit 30
2.12 Fremdgefährdung 30
2.13 Störungen des Antriebs und der Psychomotorik 31
2.14 Krankheitseinsicht 31
2.15 Intrusionen 31
2.16 Wichtige körperliche Befunde bei psychischen Störungen 32
Literatur 32

3 Psychopharmakotherapie 33
Michael Paulzen, Tanja Veselinović, Gerhard Gründer

3.1 Einleitung 33
3.2 Grundlagen 33
3.2.1 Geschichte 33

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Detlef E. Dietrich, Cornelia Goesmann, Jochen Gensichen, Iris Hauth, Iris Veit: „Praxisleitfaden Psychische Erkrankungen“ (9783456857299)
© 2019 Hogrefe Verlag, Bern.

3.2.2 Wirkstoffspiegel und Therapiesteuerung . . . 35
3.2.3 Therapeutisches Drug-Monitoring . . . 35
3.2.4 Unerwünschte Arzneimittelwirkungen und Risiken einer Psychopharmakotherapie . . . 36

3.3 Antidepressiva . . . 38
3.3.1 Charakteristika . . . 38
3.3.2 Routineuntersuchungen . . . 40
3.3.3 Therapeutisches Drug-Monitoring . . . 41

3.4 Stimmungsstabilisierer . . . 45
3.4.1 Charakteristika . . . 45
3.4.2 Routineuntersuchungen . . . 49
3.4.3 Therapeutisches Drug-Monitoring . . . 51

3.5 Antipsychotika . . . 51
3.5.1 Charakteristika . . . 51
3.5.2 Therapeutisches Drug-Monitoring . . . 53
3.5.3 Notfälle durch Antipsychotika . . . 53

3.6 Anxiolytika und Hypnotika . . . 55
3.6.1 Charakteristika . . . 55
3.6.2 Anwendung . . . 56

3.7 Antidementiva . . . 57

3.8 Psychostimulanzien . . . 59

3.9 Psychopharmakotherapie in speziellen Notfallsituationen . . . 59
3.9.1 Akute Suizidalität . . . 59
3.9.2 (Akute) psychomotorische Erregungszustände . . . 60
3.9.3 Delirante Syndrome . . . 64

Literatur . . . 64

4 Psychotherapie aus Sicht des Hausarztes . . . 67

4.1 Gesprächsleistungen und Psychotherapie in der Hausarztpraxis . . . 67
Michael Linden
4.1.1 Inhaltlich und formal voneinander abzugrenzende Formen verbaler Interventionen . . . 67
4.1.2 Inhalt von Gesprächen zwischen Allgemeinarzt und Patient . . . 69
4.1.3 Wirksamkeit der allgemein-ärztlichen und psychosomatischen Grundversorgung . . . 72

4.2 Was ist psychosomatische Grundversorgung? . . . 74
Iris Veit
4.2.1 Psychosomatische Grundversorgung ist eine Kernkompetenz hausärztlicher Tätigkeit . . . 74
4.2.2 Historisches: Psychosomatische Grundversorgung als Teil des Versorgungssystems und der Weiterbildung . . . 77
4.2.3 Psychosomatische Grundversorgung in der Allgemeinmedizin – Ziele, Kompetenzen, Methoden . . . 77

Literatur . . . 80

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Detlef E. Dietrich, Cornelia Goesmann, Jochen Gensichen, Iris Hauth, Iris Veit: „Praxisleitfaden Psychische Erkrankungen“ (9783456857299)
© 2019 Hogrefe Verlag, Bern.

II Akutversorgung psychischer Krisen in der hausärztlichen Praxis 83

5 Notfallpsychiatrie 85
Thomas Messer, Frank-Gerald Pajonk

5.1 Grundlagen 85
5.1.1 Definition 85
5.1.2 Epidemiologie 86
5.1.3 Notfallpsychiatrisch relevante Störungsbilder und Situationen 86
5.1.4 Notarzt und Rettungsdienst 88

5.2 Wichtige psychiatrische Syndrome im notärztlichen und hausärztlichen Bereitschaftsdienst 88
5.2.1 Agitiertheit und fremdaggressives Verhalten psychisch kranker Menschen 89
5.2.2 Bewusstseinsstörungen – delirante Syndrome/Verwirrtheitszustände 95
5.2.3 Drogennotfälle 100
5.2.4 Psychopharmakainduzierte Notfälle 101
5.2.5 Rechtliche Aspekte 103

Literatur 104

6 Suizidalität 107
Manfred Wolfersdorf

6.1 Einleitung 107
6.1.1 Unser heutiges Verständnis von Suizidalität 107
6.1.2 Begriffsbestimmung von Suizidalität 108

6.2 Epidemiologische Anmerkungen 110

6.3 Risikogruppen und Suizidprävention 111
6.3.1 Risikogruppen 111
6.3.2 Suizidprävention 113

Literatur 116

III Versorgung psychischer Erkrankungen in der hausärztlichen Praxis 117

7 Affektive Störungen, Depressionen 119

7.1 Manische Episode und bipolare affektive Störung 119
Detlef E. Dietrich, Jochen Gensichen

7.1.1 Manische Episode und Hypomanie 119
7.1.2 Bipolare affektive Störung 120
7.1.3 Tipps für das diagnostische und das Behandlungsgespräch 122
7.1.4 Therapie 124

7.2 Unipolare Depression 127
Jochen Gensichen, Detlef E. Dietrich

7.2.1 Diagnostik 128
7.2.2 Häufigkeit 129
7.2.3 Depression als Komorbidität 130
7.2.4 Therapie 130

Literatur 135

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Detlef E. Dietrich, Cornelia Goesmann, Jochen Gensichen, Iris Hauth, Iris Veit: „Praxisleitfaden Psychische Erkrankungen“ (9783456857299)
© 2019 Hogrefe Verlag, Bern.

8 Angststörungen . . . 137
Borwin Bandelow, Jochen Gensichen

8.1 Diagnostik . . . 137
8.2 Häufigkeit . . . 140
8.3 Differenzialdiagnostik . . . 140
8.4 Tipps für das Behandlungsgespräch . . . 140
8.5 Therapie . . . 142
8.5.1 Nicht-pharmakologische Behandlung . . . 142
8.5.2 Medikamentöse Therapie . . . 142
Literatur . . . 147

9 Suchterkrankungen . . . 149
Arthur Günthner, Manfred Nowak (9.1–9.6), Uwe Lange (9.7)

9.1 Leitsymptome . . . 150
9.2 Epidemiologie . . . 150
9.3 Diagnostik und differenzialdiagnostische Aspekte/Erwägungen . . . 151
9.3.1 Screening . . . 151
9.3.2 Assessment . . . 153
9.4 Behandlung . . . 154
9.4.1 Versorgungsanlässe . . . 155
9.4.2 Motivationale Gesprächsführung . . . 155
9.4.3 Beratung, Therapieplanung, Kurzintervention . . . 160
9.4.4 Medikamentöse Therapie . . . 161
9.5 Hinweise zu einzelnen Stoffgruppen/Substanzen und spezielle Interventionen bei substanzbezogenen Suchterkrankungen . . . 163
9.5.1 Störungen durch Alkohol . . . 163
9.5.2 Störungen durch illegale Drogen . . . 164
9.5.3 Störungen durch Medikamente . . . 166
9.5.4 Störungen durch Tabak . . . 167
9.5.5 Störungen durch Halluzinogene und neue psychoaktive Substanzen („legal/illegal highs“) . . . 168
9.6 Zusammenfassung . . . 169
9.7 Substitution kann gelingen – ein Erfahrungsbericht aus der Praxis . . . 169
9.7.1 Einleitung . . . 169
9.7.2 Substitution bei Opioidabhängigkeit . . . 170
9.7.3 Organisation und Durchführung in der Praxis unter formalen und ärztlichen Aspekten . . . 172
9.7.4 Komorbiditäten der Suchtkranken . . . 177
9.7.5 Kooperationen und Vertretungen . . . 178
9.7.6 Handlungsapell . . . 179
Literatur . . . 180

10 Schizophrenie und Wahn . . . 183
Petra Garlipp, Detlef E. Dietrich

10.1 Begriffsdefinition . . . 183
10.2 Diagnostik . . . 184
10.2.1 Schizophrenie und wahnhafte Störungen . . . 184

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Detlef E. Dietrich, Cornelia Goesmann, Jochen Gensichen, Iris Hauth, Iris Veit: „Praxisleitfaden Psychische Erkrankungen“ (9783456857299)
© 2019 Hogrefe Verlag, Bern.

10.3 Differenzialdiagnostik . . . 187
10.4 Tipps für das Behandlungsgespräch . . . 188
10.5 Therapie . . . 188
10.5.1 Medikamentöse Therapie . . . 188
10.5.2 Andere Maßnahmen . . . 189
10.5.3 Psychotherapie . . . 190
Literatur . . . 191

11 Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden (NFS) . . . 193
Iris Veit, Markus Herrmann, Rainer Schaefert

11.1 Diagnostik . . . 193
11.1.1 Häufige Beschwerden und Schweregradeinteilung . . . 193
11.1.2 Klassifikation . . . 193
11.2 Häufigkeit . . . 194
11.3 Ätiopathogenese . . . 195
11.3.1 Wahrnehmungs-Filter-Modell . . . 195
11.3.2 Weitere Modelle . . . 196
11.3.3 Integratives Störungsmodell: Brücke zwischen Patient und Arzt . . . 197
11.4 Beziehungsdynamik zwischen Arzt und Patient: programmierte Enttäuschung . . . 199
11.5 Umgang mit NFS . . . 199
11.5.1 NFS in der Hausarztpraxis . . . 199
11.5.2 NFS bei schwereren/komplizierten Verläufen . . . 204
11.5.3 Gestufte, kooperative und koordinierte Versorgung . . . 205
Literatur . . . 207

12 Psychische Störungen während und nach der Schwangerschaft . . . 209
Maren Schneider, Nils Schneider

12.1 Häufigkeit und Risikofaktoren . . . 209
12.2 Babyblues und Depression . . . 210
12.2.1 Diagnostik . . . 210
12.2.2 Differenzialdiagnostik . . . 211
12.2.3 Therapie . . . 212
Weiterführende Literatur . . . 213

13.1 Zwangsstörungen – Einleitung . . . 215
Bartosz Zurowski, Fritz Hohagen, Ilka Aden

13.1.1 Leitsymptome . . . 215
13.1.2 Epidemiologie und Verlauf . . . 216
13.1.3 Diagnostik . . . 216
13.1.4 Differenzialdiagnostik . . . 217
13.1.5 Therapie . . . 217

13.2 Zwangsstörungen aus fachpsychiatrischer Sicht . . . 219
Bartosz Zurowski, Fritz Hohagen

13.2.1 Leitsymptome . . . 219
13.2.2 Epidemiologie und Verlauf . . . 219

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Detlef E. Dietrich, Cornelia Goesmann, Jochen Gensichen, Iris Hauth, Iris Veit: „Praxisleitfaden Psychische Erkrankungen“ (9783456857299)
© 2019 Hogrefe Verlag, Bern.

13.2.3 Diagnostik . . . 219
13.2.4 Differenzialdiagnostik . . . 219
13.2.5 Therapie . . . 220
13.2.6 Tipps für das Behandlungsgespräch . . . 222
Literatur . . . 223

13.3 Zwangsstörungen aus hausärztlicher Sicht . . . 225
Ilka Aden
13.3.1 Pathophysiologische Modellvorstellungen . . . 225
13.3.2 Diagnostik . . . 226
13.3.3 Therapie . . . 226
13.3.4 Überweisung zum Psychotherapeuten/Gebietsarzt für Psychiatrie . . . 228

14 Essstörungen . . . 229
Thorsten Körner, Ulrich Voderholzer
14.1 Diagnostik . . . 229
14.1.1 Leitsymptome . . . 229
14.1.2 Früherkennung bei Verdacht auf eine Essstörung . . . 231
14.2 Häufigkeit . . . 232
14.3 Tipps für das Behandlungsgespräch . . . 233
14.4 Differenzialdiagnostik . . . 233
14.5 Therapie . . . 234
14.5.1 Medikamentöse Therapie . . . 234
14.5.2 Cave . . . 234
14.5.3 Weitere Maßnahmen . . . 235
Literatur . . . 235

IV Patienten mit psychischen Erkrankungen in speziellen Lebenssituationen . . . 237

15 Hohes Alter und psychische Erkrankungen . . . 239
Walter Hewer, Vjera Holthoff-Detto
15.1 Organische psychische Störungen . . . 240
15.1.1 Delir . . . 240
15.1.2 Andere organische psychische Störungen . . . 241
15.2 Depressive Syndrome und Suizidalität im hohen Lebensalter . . . 242
15.2.1 Depressive Syndrome . . . 242
15.2.2 Suizidalität . . . 245
15.3 Weitere Erkrankungen . . . 246
15.3.1 Substanzbedingte Störungen . . . 246
15.3.2 Psychotische Störungen . . . 248
15.3.3 Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen . . . 249
15.3.4 Somatoforme und Angststörungen . . . 249
15.4 Besonderheiten im praktischen Vorgehen . . . 250
Literatur . . . 251

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Detlef E. Dietrich, Cornelia Goesmann, Jochen Gensichen, Iris Hauth, Iris Veit: „Praxisleitfaden Psychische Erkrankungen“ (9783456857299)
© 2019 Hogrefe Verlag, Bern.

16 Demenz . . . 253
Jens Wiltfang, Sarah Trost

16.1 Definition und klinische Symptomatik . . . 253
16.2 Demenzformen und Häufigkeiten . . . 254
16.3 Diagnostik und Differenzialdiagnostik . . . 255
16.3.1 Psychiatrische Differenzialdiagnosen . . . 256
16.3.2 Screeningverfahren und Kurztests zur Demenzdiagnostik . . . 257
16.3.3 Weitere diagnostische Verfahren . . . 258
16.4 Therapie . . . 259
16.4.1 Medikamentöse Therapieverfahren . . . 259
16.4.2 Nicht medikamentöse Therapieverfahren (psychosoziale Interventionen) . . . 260
Literatur . . . 261

17 Ambulante Versorgung von Patienten mit psychischen Erkrankungen in Alten- und Pflegeheimen . . . 263
Cornelia Goesmann

17.1 Einleitung . . . 263
17.2 Patientenstruktur in Alten- und gerontopsychiatrischen Pflegeheimen . . . 263
17.3 Somatische Komorbidität . . . 264
17.4 Therapieziele . . . 265
17.5 Aufgaben des Hausarztes . . . 265
17.6 Rechtslage bei Betreuungen . . . 266
17.7 Kooperation des Hausarztes . . . 267
17.7.1 Ziele einer guten kooperativen Heimversorgung . . . 267
17.7.2 Kooperation mit dem Facharzt . . . 267
17.7.3 Kooperation mit den Heimmitarbeitern . . . 267
17.7.4 Multiprofessionelle Kooperation . . . 268
Literatur . . . 268

18 Migranten und Geflüchtete in der Hausarztpraxis . . . 269
Iris T. Graef-Calliess, Meryam Schouler-Ocak

18.1 Einleitung . . . 269
18.2 Migration und Akkulturation . . . 270
18.2.1 Migrationserfahrung und Akkulturationsprozesse . . . 270
18.2.2 Traumatische Erfahrungen von Geflüchteten . . . 270
18.2.3 Migrations- und kulturspezifische Anamnese . . . 271
18.2.4 Häufige Störungsbilder bei Migranten und Geflüchteten . . . 273
18.3 Psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung . . . 275
18.3.1 Inanspruchnahme und interkulturelle Öffnung des psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystems . . . 275
18.3.2 Sprach- und Kulturmittler . . . 276
18.3.3 Psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Geflüchteten . . . 277
18.4 Implikationen für die hausärztliche Praxis . . . 280
Literatur . . . 281

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Detlef E. Dietrich, Cornelia Goesmann, Jochen Gensichen, Iris Hauth, Iris Veit: „Praxisleitfaden Psychische Erkrankungen“ (9783456857299)
© 2019 Hogrefe Verlag, Bern.

V Psychotraumata und Selbstverletzung . . . 285

19 Gewalt im sozialen Nahraum und sexualisierte Gewalt . . . 287
Julia Schellong

19.1 Einleitung . . . 287
19.1.1 Definitionen . . . 287
19.1.2 Prävalenz . . . 288

19.2 Gesundheitliche Folgen von Gewalterleben . . . 289
19.2.1 Körperliche Folgen von Gewalterleben . . . 289
19.2.2 Psychische Folgestörungen . . . 289

19.3 „Worte für Unsagbares“ . . . 289
19.3.1 Dunkelfeldstudie . . . 289
19.3.2 Ärzte als zentrale Schnittstelle im Hilfesystem . . . 290

19.4 Hinsehen – Erkennen – Handeln . . . 290
19.4.1 Traumainformierte Praxis . . . 292
19.4.2 Weitervermittlung in spezialisierte Hilfestrukturen . . . 293
19.4.3 Selbstfürsorge . . . 294

Literatur . . . 294

20 Traumatisierung und körperliche Erkrankung . . . 297
Ingo Schäfer

20.1 Einleitung . . . 297

20.2 Traumatisierungen in Kindheit und Jugend . . . 297

20.3 Gesundheitsfolgen früher Traumatisierungen . . . 298
20.3.1 Psychische Erkrankungen . . . 298
20.3.2 Körperliche Gesundheit . . . 298

20.4 Vermittelnde Faktoren . . . 299

20.5 Screening in der Hausarztpraxis . . . 300
20.5.1 Hochrisikopatienten ermitteln . . . 301
20.5.2 Kindheitsbelastungen erfragen . . . 301

Literatur . . . 302

21 Selbstverletzendes Verhalten . . . 303
Martin Bohus

21.1 Leitsymptom . . . 303

21.2 Inzidenz . . . 304

21.3 Differenzialdiagnostische Aspekte . . . 304
21.3.1 Wirkmechanismen von Selbstverletzungen . . . 305
21.3.2 Wichtige differenzialdiagnostische Überlegungen . . . 305

21.4 Therapie . . . 308

Literatur . . . 309

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Detlef E. Dietrich, Cornelia Goesmann, Jochen Gensichen, Iris Hauth, Iris Veit: „Praxisleitfaden Psychische Erkrankungen“ (9783456857299)
© 2019 Hogrefe Verlag, Bern.

VI Präventive Psychiatrie in der primärärztlichen Versorgung . . . 311

22 Vorsorgeuntersuchung und Screenings bei jungen Menschen . . . 313
Andrea Pfennig, Joachim Klosterkötter

22.1 Epidemiologie . . . 313
22.2 Vorsorgeuntersuchungen . . . 314
22.2.1 Jugendgesundheitsuntersuchung J1 . . . 314
22.2.2 Jugendgesundheitsuntersuchung J2 . . . 316
22.2.3 Vorsorgeuntersuchungen für junge Erwachsene . . . 316
22.3 Screening-Instrumente . . . 316
22.4 Zusammenfassung . . . 317
Literatur . . . 317

23 Früherkennung affektiver Störungen . . . 319
Detlef E. Dietrich

23.1 Depression . . . 319
23.1.1 Frühsymptome . . . 319
23.1.2 Screening-Fragebögen . . . 320
23.1.3 Burn-out-Syndrom . . . 322
23.1.4 Risikofaktoren . . . 323
23.1.5 Residualsymptome . . . 323
23.2 Bipolar-II-Störung . . . 324
23.3 Bündnisse gegen Depression . . . 325
Literatur . . . 326

24 Frühwahrnehmung und Risikoabschätzung von Demenzen in der Hausarztpraxis . . . 327
Michael Pentzek, Hanna Kaduszkiewicz

24.1 Einleitung . . . 327
24.2 Allgemeinmedizinische Demenzerkennung . . . 328
24.3 Risikogruppen . . . 328
24.4 Vorgehen und Instrumente für die Hausarztpraxis . . . 328
24.5 Kognitive Kurztests . . . 330
24.6 Konsequenzen aus Frühwahrnehmung, Risikoabschätzung und Früherkennung . . . 334
24.7 Fazit . . . 334
Literatur . . . 334

VII Forensische und organisatorische Fragen für Hausärzte . . . 337

25 Sozialrechtliche Begutachtung . . . 339
Cornelis Stadtland

25.1 Einleitung . . . 339
25.2 Aspekte des Sozialrechts . . . 339
25.2.1 Strukturen des Sozialrechts . . . 339
25.2.2 Bewertungsmaßstäbe im Sozialrecht . . . 339
25.2.3 Fehlerquellen . . . 340

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Detlef E. Dietrich, Cornelia Goesmann, Jochen Gensichen, Iris Hauth, Iris Veit: „Praxisleitfaden Psychische Erkrankungen“ (9783456857299)
© 2019 Hogrefe Verlag, Bern.

25.2.4 Gesetzliche Rentenversicherung . . . 341
25.2.5 Fazit: „Medikalisierung“ allgemeiner menschlicher Lebenserfahrungen und Lebensbereiche vermeiden . . . 342
25.3 Gutachtenbeispiel und Kommentierung (fiktives Beispiel einer Patientin mit einer rezidivierenden depressiven Störung) . . . 342
25.3.1 Diagnose und Erläuterung . . . 342
25.3.2 Arbeitsunfähigkeit . . . 343
25.3.3 Gesetzliche Rentenversicherung . . . 343
25.3.4 Schwerbehindertengesetz . . . 344
25.3.5 Unfallversicherungen, soziales Entschädigungsrecht . . . 344
25.3.6 Geschäftsfähigkeit . . . 344
Literatur . . . 344

26 Gundlagen der Begutachtung zum Betreuungsrecht . . . 347
Elmar Habermeyer

26.1 Voraussetzungen . . . 347
26.2 Gründe für die Einrichtung einer Betreuung . . . 347
26.3 Praktische Aspekte der Betreuung . . . 348
Literatur . . . 349

27 Beurteilung von Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit . . . 351
Frank Bergmann, Hildegard Schain

27.1 Einleitung . . . 351
27.2 Arbeitsunfähigkeit . . . 352
27.3 Berufsunfähigkeit . . . 353
27.4 Erwerbsunfähigkeit . . . 354
27.5 Beispiele . . . 354
Literatur . . . 355

28 Psychische Erkrankungen und Arbeit . . . 357
Katarina Stengler, Jana Rauschenbach

28.1 Einleitung . . . 357
28.2 Arbeit und ihre gesundheitsförderlichen und für psychisch kranke Menschen therapeutischen Aspekte . . . 358
28.3 Arbeitsplatzbezogene psychische Belastungsfaktoren, einschließlich Burn-out-Syndrom: Definition und Einordnung . . . 359
28.4 Aktionsfeld und Akteure: Arbeit und psychische Gesundheit . . . 360
28.5 Implikationen für die Praxis . . . 362
Literatur . . . 364

29 Chancen von internetbasierten Interventionen für körperliche und psychische Erkrankungen in der Hausarztpraxis . . . 365
Theresia Rost, Steffi Riedel-Heller, Margrit Löbner

29.1 Einleitung . . . 365
29.2 Indikationen, Evidenz und Akzeptanz von internetbasierten Interventionen . . . 366
29.3 Versorgungssituation durch internetbasierte Interventionen in Deutschland . . . 367

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Detlef E. Dietrich, Cornelia Goesmann, Jochen Gensichen, Iris Hauth, Iris Veit: „Praxisleitfaden Psychische Erkrankungen“ (9783456857299)
© 2019 Hogrefe Verlag, Bern.

29.4 Moodgym – ein kostenfreies internetbasiertes Selbstmanagementprogramm zur Reduktion depressiver Symptomatik . . . 368
Literatur . . . 370

30 Basiswissen Sozialpsychiatrie . . . 371
Hermann Elgeti

30.1 Einführung: Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen Hausarztmedizin und Sozialpsychiatrie . . . 371
30.2 Ungleichmäßige Entwicklung der gemeindepsychiatrischen Versorgung . . . 372
30.3 Erste Empfehlung: Zusammenstellung eines Wegweisers zur Nutzung gemeindepsychiatrischer Hilfen . . . 373
30.4 Zweite Empfehlung: Vorbereitung auf vier typische Problemfälle im Praxisalltag . . . 374
30.5 Zukunftsperspektiven: Stärkung der interdisziplinären Zusammenarbeit in der Hausarztmedizin und Sozialpsychiatrie . . . 375
Weiterführende Literatur . . . 376

Autorenverzeichnis . . . 377

Sachwortverzeichnis . . . 383

VIII Anhänge . . . 401

Anhänge . . . 403

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Detlef E. Dietrich, Cornelia Goesmann, Jochen Gensichen, Iris Hauth, Iris Veit: „Praxisleitfaden Psychische Erkrankungen“ (9783456857299)
© 2019 Hogrefe Verlag, Bern.

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Detlef E. Dietrich, Cornelia Goesmann, Jochen Gensichen, Iris Hauth, Iris Veit: „Praxisleitfaden Psychische Erkrankungen“ (9783456857299)
© 2019 Hogrefe Verlag, Bern.

Vorwort

Die zentrale Rolle des Hausarztes bei Diagnostik und Langzeitbehandlung von akuten wie chronischen Störungen, in der Koordination von Patientenanliegen und in der oft lebenslangen Betreuung seiner ihm anvertrauten Kranken stellt eine wichtige und anerkannte Säule unseres Gesundheitswesens dar.

Gut gelingen können diese Aufgaben aber nur bei einer engen Zusammenarbeit von Hausärzten und Spezialisten. Optimal ist deswegen eine ständige Kommunikation über individuelle Fragen der gemeinsamen Patienten wie über Neuentwicklungen in den jeweiligen Fachgebieten. Als sehr hilfreich für die (unerlässliche) Fortbildung der Hausärzte stellen sich daher gemeinsame Veranstaltungen dar, in denen Fachärzte anderer Gebiete zusammen mit Hausärzten Themen anbieten, die speziell auf die Bedürfnisse der täglichen hausärztlichen Praxis zugeschnitten sind.

Dasselbe gilt für Lehrbücher und andere schriftliche Medien – das vorliegende Buch hat als Praxisleitfaden den Anspruch, in der Kooperation von Hausärzten und Fachärzten wesentliche Krankheitsbilder der Psychiatrie, ihre Diagnostik, Therapie und sozialen Konsequenzen anhand von Fragestellungen des hausärztlichen Alltags darzustellen. Die Autoren sind sowohl Fachärzte für Allgemeinmedizin als auch Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie. Jedes einzelne Kapitel wurde von einem Hausarzt und Psychiater zusammen verfasst oder von einem Tandem-Team Hausarzt/Facharzt so überarbeitet, dass es den spezifischen allgemeinmedizinischen Bedarf trifft. Neben den an Krankheitsbildern orientierten Kapiteln gibt es Beiträge, die psychische Erkrankungen insbesondere unter dem Blickwinkel spezifischer Lebenssituationen bzw. der Früherkennung betrachten oder rechtliche und organisatorische Fragen in den Fokus nehmen.

Auch zukünftig soll sich dieses Buch am aktuellen Informationsbedarf der Hausärzte/innen orientieren. Deshalb verfolgen wir das Ziel, es in regelmäßigen Abständen an diesen Bedarf anzupassen. Hierzu bieten wir allen Lesern/innen an, Rückmeldungen und Anregungen für folgende Auflagen des Buches zu geben (Rückmeldungen bitte an den Verlag senden, Kontakt siehe Impressum).

Geboren wurde die Idee zu dem vorliegenden Praxisleitfaden beim sogenannten „Schwerpunkt Hausarztpraxis“ des Jahreskongresses der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN). Auch hier stehen die Kooperation Hausarzt-Facharzt und die inhaltliche Fokussierung von Symposien und Vorträgen auf die spezifischen Bedürfnisse der hausärztlichen Versorgung ganz im Vordergrund. Viele der dortigen Referenten sind als Autoren im vorliegenden Buch vertreten.

Die Herausgeber hoffen, mit diesem Konzept hausärztliche Leser anzusprechen und zur engen Kommunikation zwischen den beiden Fachgruppen beitragen zu können.

Dezember 2018

Detlef E. Dietrich
Cornelia Goesmann
Jochen Gensichen
Iris Hauth
Iris Veit

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Detlef E. Dietrich, Cornelia Goesmann, Jochen Gensichen, Iris Hauth, Iris Veit: „Praxisleitfaden Psychische Erkrankungen“ (9783456857299)
© 2019 Hogrefe Verlag, Bern.

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Detlef E. Dietrich, Cornelia Goesmann, Jochen Gensichen, Iris Hauth, Iris Veit: „Praxisleitfaden Psychische Erkrankungen“ (9783456857299)
© 2019 Hogrefe Verlag, Bern.

I

Einführung und Navigationshilfe

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Detlef E. Dietrich, Cornelia Goesmann, Jochen Gensichen, Iris Hauth, Iris Veit: „Praxisleitfaden Psychische Erkrankungen“ (9783456857299)
© 2019 Hogrefe Verlag, Bern.

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Detlef E. Dietrich, Cornelia Goesmann, Jochen Gensichen, Iris Hauth, Iris Veit: „Praxisleitfaden Psychische Erkrankungen“ (9783456857299)
© 2019 Hogrefe Verlag, Bern.

1 Einleitung

Cornelia Goesmann, Detlef E. Dietrich

Die Anzahl behandelter psychisch überlagerter und primär psychiatrisch erkrankter Patienten hat nicht nur im subjektiven Erleben des einzelnen Hausarztes, sondern auch in gesundheitspolitischen Studien und Statistiken deutlich zugenommen.

Mit rund 30 % wird derzeit das Risiko in der Normalbevölkerung angegeben, mindestens einmal im Leben an einer seelischen Störung zu erkranken. Psychische Erkrankungen sind in Deutschland inzwischen die Hauptursache für eine vorzeitige Berentung und in 20 % die Indikation für eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme. Häufigste Diagnosen sind depressive Störungen, Angststörungen, Belastungsreaktionen, somatoforme Störungen und Suchterkrankungen, insbesondere alkoholbedingte Störungen.

Die meisten Betroffenen suchen in der Regel zuerst bei ihrem Hausarzt Hilfe und Behandlung. Nach einer repräsentativen Umfrage des wissenschaftlichen Instituts der AOK, des WIdO, von Ende 2013 waren es 84,5 % der zufällig ausgewählten Bürger, die angaben, bei psychischen Problemen zuerst den Facharzt für Allgemeinmedizin angesprochen zu haben. Von diesen wurden sie in 43 % zur Weiterbehandlung an einen Psychotherapeuten und in 13 % an den Facharzt für Psychiatrie bzw. den Nervenarzt überwiesen.

Dass psychische Störungen oft zuallererst beim Allgemeinarzt diagnostiziert werden, liegt nicht nur am hohen Vertrauen, das diese Patienten ihren Hausärzten entgegenbringen, sondern auch an der zu beachtenden Komorbidität von rein somatischen und psychischen Störungen sowie an der hohen Anzahl von Patienten mit funktionellen bzw. nicht spezifischen Körperbeschwerden, die eine Abklärung körperlicher Beschwerden wünschen.

So lautete schon das Fazit einer Studie der WHO von 1996 [1]: „In der allgemeinärztlichen Versorgung sollten körperliche und seelische Gesundheit der Patienten gleichrangige Behandlungsziele darstellen. Die hohe Prävalenz von gleichzeitig vorhandenen psychischen und somatischen Störungen und die dabei erhöhte psychosoziale Beeinträchtigung erfordern die gleichzeitige Beachtung und ggf. Behandlung der beiden Symptomebenen."

Prädestiniert zu dieser Aufgabe sind die Hausärzte, die in der Regel nicht nur den körperlichen Zustand des Patienten, sondern auch seine Familie und seine sozialen und beruflichen Verhältnisse gut kennen und in das gesamte Behandlungskonzept einbeziehen können. Oft sind sie die ersten, die Frühsymptome einer depressiven, wahnhaften oder demenziellen Entwicklung oder den Beginn einer Suchterkrankung erkennen und ansprechen, dann die weitere Behandlung koordinieren und den Betroffenen langjährig begleiten.

Sehr gute Kenntnisse in Psychiatrie und psychosomatischer Medizin, die weit über das im Medizinstudium erworbene Wissen hinausgehen, sind für den Hausarzt deswegen ausgesprochen wichtig. In die Weiterbildungsordnung für das Gebiet Allgemeinmedizin wurde daher die Seminarweiterbildung „Psychosoma-

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Detlef E. Dietrich, Cornelia Goesmann, Jochen Gensichen, Iris Hauth, Iris Veit: „Praxisleitfaden Psychische Erkrankungen" (9783456857299)
© 2019 Hogrefe Verlag, Bern.

tische Grundversorgung“ als obligatorischer Bestandteil aufgenommen. Weil sie ihre Kompetenz zur Behandlung seelischer Leiden und ihre Kommunikationsfähigkeiten gegenüber betroffenen Patienten schulen und verbessern wollen, absolvieren viele Hausärzte darüber hinaus noch die fachgebundene Zusatzweiterbildung „Psychotherapie“.

Um psychisch Kranke und ihre Familien angemessen betreuen und ausreichende Kenntnisse für ihre Behandlung, Rehabilitation und Wiedereingliederung erwerben zu können, ist außerdem eine gute, ein Arztleben lang gepflegte Fortbildung nötig. Für ein regelmäßiges Update dieser Kenntnisse dient z. B. der „Schwerpunkt Hausarztpraxis“, eine zweitägige Fortbildungsveranstaltung, angegliedert an den Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). Hier stellen Fachärzte und Hausärzte in Kooperation ein aktuelles und kompetentes Fortbildungsprogramm für Hausärzte zusammen, moderieren gemeinsam und achten stets auf hausärztliche Relevanz der Vorträge. Einige der dortigen Referenten sind daher gebeten worden, ihre Beiträge und Forschungsergebnisse für den vorliegenden Praxisleitfaden so aufzubereiten, dass Hausärzte ein praxisnahes Nachschlagewerk für die Behandlung von psychischen und psychosomatischen Störungen in ihrem Alltag vorfinden. Erleichtert wird ihnen dies durch eine praxisoptimierte Buchform mit einem sich in den einzelnen Kapiteln wiederholenden Raster, hervorgehobenen Abschnitten mit „Praxistipps“ oder mit „Merke“ und „Cave“.

Im Anhang sehen Sie weiterhin Hilfreiches wie Formulare und eine Kurzübersicht über die ICD-10-Klassifikation.

Es finden sich prägnante und auf die wesentlichen Aspekte konzentrierte Kapitel zur heutigen State-of-the-Art-Behandlung psychiatrischer Krankheitsbilder, Kapitel zu Leitsymptomen psychischer Erkrankungen, zum Einsatz von Psychopharmaka und zu psychotherapeutischen Möglichkeiten, Informationen zu Maßnahmen in Notfällen, zum sinnvollen Einschalten sozialpsychiatrischer Institutionen und Fachberufe sowie zur optimierten Kooperation in psychiatrischen Pflegeheimen. Darüber hinaus beinhaltet das Buch Erläuterungen über eine korrekte Begutachtung bei sozialrechtlichen Fragestellungen und über internetbasierte Unterstützungsmöglichkeiten und weitere aktuelle Themen, die auf Wunsch vieler hausärztlicher Kollegen mit aufgenommen wurden.

Angesichts der Zunahme von seelischem und sozialem Leid bei psychisch kranken Menschen soll dieser Praxisleitfaden in übersichtlicher und schnell abrufbarer Form Hausärzten Bausteine für ihr nötiges Fachwissen bieten, damit sie dieser speziellen Patientengruppe ganzheitlich gerecht werden können.

Literatur

1. Linden M, Maier W, Achberger M, et al. Psychiatric diseases and their treatment in general practice in Germany. Results of a World Health Organization (WHO) study. Nervenarzt. 1996;67:205–15.

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Detlef E. Dietrich, Cornelia Goesmann, Jochen Gensichen, Iris Hauth, Iris Veit: „Praxisleitfaden Psychische Erkrankungen“ (9783456857299)
© 2019 Hogrefe Verlag, Bern.

2 Leitsymptome psychischer Erkrankungen

Detlef E. Dietrich, Jochen Gensichen

Es gibt einige Leitsymptome in der psychiatrischen Diagnostik, die pathognomonisch für bestimmte psychische Erkrankung sind. In diesem Kapitel werden die wichtigsten psychiatrischen Symptome (*kursiv*) in einem Überblick beschrieben und Erkrankungen benannt, auf die diese Symptome differenzialdiagnostisch hinweisen können. Es wird dabei die AMDP-Systematik [3] (AMDP = Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie) berücksichtigt und auf die allgemeine Psychopathologie nach Scharfetter [2] Bezug genommen. Grundsätzlich gilt, dass sich viele der psychischen Symptome aus den subjektiven Schilderungen der Betroffenen ergeben (z. B. Stimmenhören), andere nur aus der objektiven Beobachtung durch den Untersucher (z. B. Neologismen) und einige Symptome durch Selbst- und Fremdbeurteilung deutlich werden (z. B. eingeengtes Denken). Eine differenziertere Darstellung einzelner (Leit-)Symptome sowie passende Kasuistiken finden sich in den störungsspezifischen Kapiteln. Auf diese wird jeweils hingewiesen.

Durch ein gezieltes Nachfragen zur psychiatrischen und organmedizinischen Vorgeschichte sowie zum Verlauf der akuten Symptomatik wird die Diagnosestellung erleichtert.

Zusätzlich zur systematischen Anamnese können auch einfache Screening-Fragebögen wie der PhQ-D [1], der insbesondere für die Diagnostik der wichtigsten psychischen Beschwerden in der primärärztlichen Versorgung entwickelt wurde, Anamneseerhebung und Diagnostik erleichtern. Der psychopathologische Befund sollte folgende Aspekte beschreiben:

- äußeres Erscheinungsbild
- Mimik und Gestik
- Bewusstsein und Orientierung
- zwischenmenschliches Verhalten
- Psychomotorik
- Wahrnehmung
- Aufmerksamkeit und Gedächtnisfunktionen
- Antrieb
- Stimmung
- Denken
- Ich-Erleben
- Suizidalität und Fremdgefährdung

2.1 Bewusstseinsstörungen

Störungen des Bewusstseins werden in quantitative und qualitative Bewusstseinsstörungen unterteilt. Die **quantitativen Bewusstseinsstörungen**, die Bewusstseinsverminderung, die man als Veränderungen auf einer Schlaf-wach-Skala verstehen kann, sind:

- *Benommenheit* (der Patient ist verlangsamt und in der Informationsaufnahme und -verarbeitung eingeschränkt)
- *Somnolenz* (der Patient ist abnorm schläfrig, aber leicht erweckbar)
- *Sopor* (Patient schläft und ist nur durch starke Reize erweckbar)
- *Koma* (Patient ist bewusstlos und nicht erweckbar)

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Detlef E. Dietrich, Cornelia Goesmann, Jochen Gensichen, Iris Hauth, Iris Veit: „Praxisleitfaden Psychische Erkrankungen“ (9783456857299)
© 2019 Hogrefe Verlag, Bern.

Unter den **qualitativen Bewusstseinsstörungen** versteht man:

- *Bewusstseinstrübung* (gekennzeichnet durch eine Verwirrtheit von Denken und Handeln, d.h., der Zusammenhang des Erlebens geht verloren, wirkt zerstückelt)
- *Bewusstseinseinengung* (Einengung des Bewusstseinsumfangs, z.B. im Sinne einer Fokussierung auf ein bestimmtes Erleben bei gleichzeitig vermindertem Ansprechen auf Außenreize, wie z.B. beim epileptischen Dämmerzustand)
- *Bewusstseinsverschiebung* (Bewusstseinsveränderungen im Sinne von Intensitäts- und Helligkeitssteigerungen oder Bewusstseinssteigerung der Wachheit und der Wahrnehmung intrapersonaler oder externer Vorgänge wie z.B. beim Halluzinogen-Konsum)

Bewusstseinsstörungen sind meist Ausdruck hirnorganischer Veränderungen (Kap. 5.2, Kap. 15.1, Kap. 16.1, Kap. 16.2) oder von Intoxikationen (Kap. 5.2 und Kap. 9.5).

Merke
Bewusstseinsverschiebungen entziehen sich in der Regel der Beobachtung und müssen gezielt erfragt werden.

2.2 Orientierungsstörungen

Orientierungsstörungen sind gekennzeichnet durch ein eingeschränktes Wissen über zeitliche, räumliche, situative und/oder persönliche Fakten:

- Unter *zeitlicher Desorientiertheit* versteht man das fehlende Wissen über das aktuelle Datum, den Tag, das Jahr und die Jahreszeit.
- *Örtliche Desorientiertheit* beschreibt das eingeschränkte Wissen darüber, wo sich jemand gerade befindet.
- Bei der *situativen Desorientiertheit* erfasst der Patient die Situation nicht korrekt, in der er sich gerade befindet (wähnt sich z.B. in der Schule anstatt in der Klinik).
- Bei der *Desorientiertheit zur eigenen Person* kann der Patient den eigenen Namen, das eigene Geburtsdatum und sonstige wichtige persönliche lebensgeschichtliche Fakten nicht benennen.

Desorientiertheit findet sich in unterschiedlicher Ausprägung insbesondere bei akuten und chronischen hirnorganischen Prozessen (Kap. 3.9, Kap. 5.2, Kap. 16).

Praxistipp
Um eine Bloßstellung der betroffenen Menschen möglichst zu vermeiden, sollten die notwendigen Fragen soweit möglich im Verlauf des Gesprächs geschickt versteckt werden. Eine kreative Gesprächsführung ist hierbei sehr hilfreich.

2.3 Aufmerksamkeit und Konzentration

Unter *Aufmerksamkeitsstörungen* versteht man eine Beeinträchtigung von Umfang und Intensität der Aufnahme von Wahrnehmung, Vorstellungen oder Gedanken.

Konzentrationsstörungen sind Beeinträchtigungen der Fähigkeit, die Aufmerksamkeit ausreichend lange auf bestimmte Tätigkeiten, Gegenstände oder Sachverhalte ausrichten zu können. Als orientierende Prüfung der Konzentrationsfähigkeit können einfache Testaufgaben dienen, die hilfreicher sind als die subjektive Beurteilung der Störung. In der Praxis einfach durchzuführen sind z.B. die Aufgaben, eine Zahl fortlaufend zu subtrahieren (z.B. 100

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Detlef E. Dietrich, Cornelia Goesmann, Jochen Gensichen, Iris Hauth, Iris Veit: „Praxisleitfaden Psychische Erkrankungen“ (9783456857299)
© 2019 Hogrefe Verlag, Bern.

– 7, – 7 usw.), das Buchstabierenlassen längerer Wörter (z. B. Landebahn, Rückhaltebecken) oder das Rückwärtsaufsagen von Monaten oder Wochentagen. Ein Steckenbleiben oder der Abbruch der Aufgabe sind als pathologisch zu werten.

Schwere Konzentrationsstörungen werden subjektiv oft als Gedächtnisstörung erlebt („Ich kann mir nichts mehr merken.") wie z. B. bei depressiven Störungen (Kap. 7.1, Kap. 7.2).

Konzentrationsstörungen finden sich insbesondere bei hirnorganischen Störungen (Kap. 5.2, Kap. 15.1, Kap. 16.1, Kap. 16.2, Kap. 16.3), bei affektiven Störungen (Kap. 7.1, Kap. 7.2), Intoxikationen (Kap. 5.2, Kap. 9.5) oder bei der Schizophrenie (Kap. 10).

Wenn Wahrnehmungserlebnisse in ihrer Bedeutung nicht begriffen und nicht miteinander verbunden werden können, spricht man von *Auffassungsstörungen*. Diese werden in der Regel automatisch im Gespräch ermittelt. Hierbei stellt sich die Frage, ob der Betroffene nur konkrete oder auch abstrakte Gesprächsinhalte erfasst. Möchte man dies gezielter untersuchen, kann die Bitte hilfreich sein, ein Sprichwort zu deuten oder eine Bildergeschichte nachzuerzählen.

2.4 Gedächtnis

Unter Gedächtnis versteht man die Fähigkeit, neue aktuelle und ältere Erfahrungen wiederzugeben. Unterschieden werden insbesondere *Störungen der Merkfähigkeit* sowie des *Altgedächtnisses*, bei differenzierterer Betrachtung werden Ultrakurz- (im Sekundenbereich), Kurzzeit- (im Minutenbereich) und Langzeitgedächtnisinhalte (dauerhaft) unterschieden. Störungen der Gedächtnisfunktionen können meist im Untersuchungsgespräch ausreichend gut abgeschätzt werden. Entweder berichtet der Betroffene selbst über Vergesslichkeit oder man fragt ihn nach Gesprächsinhalten aus dem Beginn des Gesprächs oder den Inhalt des letzten Arztbesuchs („Worüber haben wir bei Ihrem letzten Arztbesuch hier gesprochen?").

Unter einer *Amnesie* versteht man eine inhaltliche und zeitlich begrenzte Erinnerungslücke. Bei einer *retrograden Amnesie* ist ein bestimmter Zeitraum vor dem Ereignis betroffen und bei einer *anterograden Amnesie* ein bestimmter Zeitraum nach dem Ereignis.

Bei *Konfabulationen* werden Erinnerungslücken mit Einfällen ausgefüllt, die der Patient selbst für Erinnerungen hält. Unter *Paramnesien* versteht man verfälschte Erinnerungen wie „Déjà-vu" (das Gefühl, Situationen schon früher erlebt zu haben) oder „Jamais-vu" (Situationen noch nie erlebt zu haben). Unter einer *transitorischen globalen Amnesie* versteht man akute vorübergehende Episoden von Merkfähigkeits- und Gedächtnisstörungen.

In der klinischen Praxis interessiert insbesondere, wie sich Merkfähigkeit und Altgedächtnis prüfen lassen. Zur orientierenden Beurteilung der Merkfähigkeit kann man z. B. Telefonnummern nachsprechen lassen (5–7 aufeinanderfolgende einstellige Zahlen), 3 Gegenstände benennen lassen, die sofort und etwa nach 2–5 Minuten im Gespräch wiederholt werden sollen. Das Altgedächtnis lässt sich insbesondere aus der Anamnese erschließen, wenn objektive Daten wie Berufsabschluss, Heirat oder Geburt der Kinder bekannt sind.

Aufschlussreich kann auch die Frage an den Patienten nach der eigenen Einschätzung seiner Gedächtnisfunktion sein.

Störungen der Gedächtnisfunktion kommen insbesondere bei organisch bedingten psychischen Störungen (Kap. 15.1, Kap. 16.1, Kap. 16.2, Kap. 16.3 sowie Kap. 23.1), bei suchtmittelbezogenen Störungen (Kap. 9.5) und als Folge von Gewalterfahrungen (Kap. 19.2) vor. Konfabulationen finden sich meist beim Korsakow-Syndrom (Kap. 26.2).

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Detlef E. Dietrich, Cornelia Goesmann, Jochen Gensichen, Iris Hauth, Iris Veit: „Praxisleitfaden Psychische Erkrankungen" (9783456857299)
© 2019 Hogrefe Verlag, Bern.

2.5 Denkstörungen

Denkstörungen sind Störungen des Denkablaufs, sie werden von den Patienten meist selbst bemerkt und/oder äußern sich im Wesentlichen sprachlich.

Bei der *Denkverlangsamung* ist der Gedankengang verzögert, schleppend, häufig von Patienten als *Denkhemmung* empfunden (wie bei der Depression [Kap. 7.2]). Beim *eingeengten Denken* ist der inhaltliche Umfang eingeschränkt und oft auf ein oder wenige Themen beschränkt (z. B. auf Schuldgefühle oder den Tod bei suizidalen Krisen [Kap. 6.1]). Das *umständliche Denken* ist gekennzeichnet durch Weitschweifigkeit und unwesentliche Denkinhalte, die wesentliche Denkinhalte oft überdecken.

Bei der *Perseveration* werden gleiche Denkinhalte wiederholt und der Betroffene haftet an vorherigen Worten und Angaben, die zum Zeitpunkt der Äußerung nicht mehr sinnvoll erscheinen (z. B. bei der Schizophrenie [Kap. 10.2] oder demenziellen Prozessen [Kap. 16.1]). Beim *Gedankendrängen* fühlt sich der Betroffene überflutet von wiederkehrenden Gedanken und Einfällen (Manie [Kap. 7.1]). Beim *Grübeln* ist der Patient kontinuierlich mit bestimmten Gedanken beschäftigt, die als unangenehm erlebt werden und in den meisten Fällen im Zusammenhang mit der aktuellen Lebenssituation stehen (zwanghaftes Grübeln [Kap. 13.1], negatives Grübeln bei der Depression [Kap. 7.2]).

Bei der *Ideenflucht* werden Gedankengänge durch assoziative neue Ideen verdrängt, ohne dass ein zusammenhängendes zielgerechtes Denken entsteht (z. B. bei manischen Syndromen [Kap. 7.1] oder Amphetaminintoxikation [Kap. 5.2]). Beim *Gedankenabreißen* gibt es plötzliche Abbrüche sonst flüssiger Gedankengänge (besonders bei Schizophrenie [Kap. 10.2], Demenz [Kap. 16.1] und Intoxikationen [Kap. 5.2]). Bei der *Inkohärenz/Denkzerfahrenheit* ist ein sprunghafter Gedankengang nachweisbar, dem die logischen assoziativen Verknüpfungen fehlen. Bei schweren Verlaufsformen kann der Satzbau zerstört sein (Paragrammatismus) bis hin zu einer unverständlichen Aneinanderreihung von Worten und Silben (Schizophrenie [Kap. 10.2], Demenz [Kap. 16.1]). Unter *Neologismen* versteht man Neubildungen, die nicht unmittelbar verständlich sein müssen (Schizophrenie [Kap. 10.2], Demenz [Kap. 16.1]). Beim *Vorbeireden* geht der Betroffene auf scheinbar verstandene Fragen nicht inhaltlich ein und bringt etwas anderes zum Ausdruck (Schizophrenie).

2.6 Zwänge

Zwänge sind sich wiederkehrend aufdrängende Gedanken oder Vorstellungen, die vom Betroffenen selbst als unsinnig oder übertrieben erlebt werden, aber nur schwer zu unterbinden sind. Bei *Zwangsgedanken* wird besonders deren Persistenz und oft gleichförmige Wiederholung als belastend empfunden. Auch *magisches Denken* kann auftreten („wenn ich beim Gehen die Fugen berühre, habe ich heute Pech“).

Zwangsimpulse sind sich aufdrängende Impulse, bestimmte Handlungen auszuführen, die wiederum als unsinnig oder übertrieben erlebt werden, wie z. B. etwas wiederholt zu kontrollieren, sich oder andere zu schädigen, obszöne Dinge auszusprechen o. Ä.

Zwangshandlungen treten meist aufgrund von Zwangsimpulsen und Zwangsbefürchtungen auf und müssen meist in einer bestimmten Form oder Reihenfolge durchgeführt werden (Kap. 13.1). Häufig sind Wasch- und Kontrollzwänge.

Praxistipp

Hilfreich kann die Frage sein: „Haben Sie jemals unter Gedanken gelitten (oder Handlungen ausgeführt), die unsinnig waren und immer wieder kamen, auch wenn Sie gar nicht wollten?“

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Detlef E. Dietrich, Cornelia Goesmann, Jochen Gensichen, Iris Hauth, Iris Veit: „Praxisleitfaden Psychische Erkrankungen“ (9783456857299)
© 2019 Hogrefe Verlag, Bern.

2.7 Wahn

Wahnideen zählen zu den inhaltlichen Denkstörungen. Sie sind oft im Kontakt nicht offensichtlich, weil sie vom Patienten nicht aktiv benannt werden. Für den wahnhaften Charakter der Gedanken ist typisch, dass sie nicht korrigierbar eine subjektive und nicht realitätskonforme Einschätzung der Realität darstellen, an denen die Betroffenen mit Gewissheit festhalten.

Es werden unterschiedliche Wahnsymptome unterschieden: Mit *Wahneinfall* ist das plötzliche Auftreten wahnhafter Überzeugungen gemeint, bei der *Wahnwahrnehmung* wird richtigen Sinneswahrnehmungen eine abnorme Bedeutung zugeschrieben, als *Wahnstimmung* bezeichnet man ein unbestimmtes Gefühl, dass etwas nicht stimme, Vieles erscheint den Betroffenen unheimlich, unwirklich, auf sich bezogen, häufig wirken Betroffene dadurch ängstlich und ratlos. Unter *Wahndynamik* versteht man die affektiven Aspekte des Wahns, die Stärke der im Wahn wirkenden Affekte. Beim *systematischen Wahn* werden Wahnideen durch subjektiv logische Verknüpfungen zu einer Art Wahngebäude verknüpft, d.h. z.B., dass eine Wahnidee durch eine andere erklärbar wird.

Beim *Beziehungswahn* werden Personen oder Geschehnisse aus der Umwelt pathologisch auf sich bezogen. Beim *Bedeutungswahn* wird einem eher zufälligen Ereignis eine besondere überwertige Bedeutung zugeschrieben (Meldungen im Fernsehen werden z.B. auf sich selbst bezogen). Wahnsymptome sind insbesondere Ausdruck einer Schizophrenie (Kap. 10.2), wahnhafter Manie oder Depression (Kap. 7.1, Kap. 7.2) oder Intoxikation (Kap. 5.2).

Weitere häufige Wahnthemen sind *Beeinträchtigungs-/Verfolgungswahn*, *Liebeswahn* (die wahnhafte Überzeugung, man werde von jemand anderem geliebt), *Eifersuchtswahn*, *Verarmungswahn*, *nihilistischer Wahn*, *Schuldwahn* (z.B. wahnhafte Überzeugung, Schuld an der eigenen Erkrankung oder dem Leid anderer zu sein) und *hypochondrischer Wahn* (die 4 letztgenannten sind typisch für die wahnhafte Depression), *Größenwahn* (bei wahnhafter Manie). Im Kap. 10 werden einzelne Wahnformen differenzierter beschrieben und Beispiele benannt.

Praxistipp
Besteht der Verdacht, dass die Schilderungen des Betroffenen auf Wahnsymptome hinweisen, könnten folgende Fragen hilfreich sein: „Ist Ihnen in letzter Zeit etwas merkwürdig vorgekommen? Waren Sie beunruhigt oder hatten Sie Angst? Haben Sie das Gefühl, dass Ihnen jemand etwas Böses will, etwas gegen Sie hat? Haben Sie in letzter Zeit das Gefühl gehabt, man beobachtet Sie besonders oder spricht über Sie? Wenn ja, können Sie dies bitte beschreiben."

2.8 Wahrnehmungsstörungen

Halluzinationen sind Sinnestäuschungen/Trugwahrnehmungen, die ohne Außenreiz auftreten und vom Betroffenen als real eingeschätzt werden. Im Gegensatz hierzu unterscheidet man *Illusionen*, bei denen etwas Wirkliches, Gegenständliches für etwas anderes gehalten wird.

Halluzinationen unterscheidet man insbesondere nach ihrer sensorischen Qualität:

Merke
Akustische Halluzinationen (einfache bis hochkomplexe wie z.B. Stimmenhören) finden sich insbesondere bei der Schizophrenie oder bei wahnhaften Störungen (Kap. 10.1, Kap. 10.2), *optische Halluzi-*

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Detlef E. Dietrich, Cornelia Goesmann, Jochen Gensichen, Iris Hauth, Iris Veit: „Praxisleitfaden Psychische Erkrankungen" (9783456857299)
© 2019 Hogrefe Verlag, Bern.

nationen (hier auch wieder einfache bis zu komplexen Szenen) meist bei hirnorganischen Ursachen (Kap. 5.2, Kap. 9.1, Kap. 15.1).

Seltener sind *olfaktorische und gustatorische Halluzinationen* (z. B. bei wahnhaften Vergiftungsängsten, der Betroffene rieche oder schmecke „das Gift"), Zönästhesien, d. h. Sinnestäuschungen im Bereich der Körperwahrnehmung (häufiger bei wahnhaften Störungen im Alter), und *taktile Halluzinationen*.

Unter *hypnagogen Halluzinationen* versteht man optische und akustische Sinnestäuschungen in der Einschlaf- oder Aufwachphase sowie im Halbschlaf. Sie können auch bei Gesunden auftreten, z. B. bei Sinnesdeprivation oder Meditation.

Weitere Sinnesstörungen sind z. B. Veränderungen der Wahrnehmungsintensität wie die *Mikro-/Makropsie* (Gegenstände werden kleiner, entfernter oder näher und größer wahrgenommen) sowie *Metamorphopsie* (Dinge werden verzerrt oder in Farbe und Form verändert wahrgenommen).

2.9 Ich-Störungen

Unter Ich-Störungen versteht man Erlebensweisen, bei denen es zu Störungen der Ich-Umwelt-Grenze oder zu Störungen des personalen Einheitserlebens kommt. Bei der *Derealisation* werden das Umfeld oder das Zeiterleben als unwirklich (unvertraut, sonderbar) verändert erlebt, bei der *Depersonalisation* erlebt sich der Patient selbst als fremd, unwirklich oder verändert.

Diese Phänomene können bei Gesunden in besonderen Situationen (Ermüdung, Erschöpfung, Isolation) vorkommen oder bei neurotischen Störungen, Persönlichkeitsstörungen, Intoxikationen, Depression und Psychosen.

Bei der *Gedankenausbreitung* gehören die Gedanken nicht mehr dem Patienten allein, sondern andere wissen, was er denkt, beim *Gedankenentzug* werden die Gedanken als weggenommen oder „abgezogen" erlebt, unter *Gedankeneingebung* versteht man das Gefühl, dass Gedanken oder Vorstellungen beeinflusst, gelenkt, gesteuert oder eingegeben werden.

Zu den Ich-Störungen zählen auch Fremdbeeinflussungserlebnisse, bei denen Gefühle, Intentionen, Verhalten oder Körperfunktionen als „gemacht" erlebt werden.

Ich-Störungen zählen zu den wichtigsten Symptomen der Schizophrenie (Kap. 10.1, Kap. 10.2).

2.10 Affektivität

Veränderungen des Affekts kommen bei Gesunden und bei psychischen Störungen vor. Der Krankheitswert wird insbesondere durch die Ausprägung und zusätzliche Symptome bestimmt. *Deprimiertheit* und *Freudlosigkeit* zählen zu den Kernsymptomen depressiver Störungen (Kap. 7.1 und Kap. 7.2). Weitere depressive Symptome können das „Gefühl der Gefühllosigkeit" (Verlust affektiven Erlebens) sein, die *Affektarmut*, die auch bei der Schizophrenie und Persönlichkeitsstörungen vorkommen kann, sowie *Klagsamkeit* und *Ängstlichkeit*, die häufig ungerichtet ist.

Praxistipp
Eine hilfreiche Frage zur Klärung möglicher (hypo-)manischer Symptome wie pathologischer Euphorie kann sein: „Waren sie jemals über mehrere Tage ungewöhnlich glücklich, überdreht oder reizbar, sodass sich Freunde oder Angehörige Sorgen machten?"

Eine pathologische *Euphorie*, wechselhafte Affekte bis hin zu Wutausbrüchen finden sich

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Detlef E. Dietrich, Cornelia Goesmann, Jochen Gensichen, Iris Hauth, Iris Veit: „Praxisleitfaden Psychische Erkrankungen" (9783456857299)
© 2019 Hogrefe Verlag, Bern.

häufig bei manischen Syndromen (Kap. 7.1), bei Intoxikationen (Kap. 5.2) oder beim Suchtmittelmissbrauch (Kap. 9).
Dysphorie und *Gereiztheit* können bei depressiven und manischen Syndromen sowie Mischepisoden bipolarer Störungen vorkommen, sind aber insgesamt eher unspezifische Symptome und können bei vielen anderen psychischen Syndromen vorkommen. *Affektlabilität* oder *Affektinkontinenz* finden sich insbesondere bei organisch bedingten psychischen Störungen (vgl. Kap. 15.1, Kap. 15.2, Kap. 15.3, Kap. 16.2).

Eine *Affektstarre* ist häufig bei depressiven Störungen (Kap. 7.1, Kap. 7.2), nicht selten auch bei der Schizophrenie (Kap. 10.2) oder organisch bedingten psychischen Störungen (Kap. 15.1, Kap. 15.2, Kap. 15.3, Kap. 16.1, Kap. 16.2) zu finden. Eine *Parathymie* (das von den Patienten berichtete Erleben und der äußere Gefühlsausdruck stimmen nicht überein) findet sich insbesondere bei der Schizophrenie (Kap. 10.2).

Ängste sind zunächst als gesunde Phänomene anzusehen, werden aber ab einer bestimmten Intensität als pathologisch gewertet. Sie werden unterschieden hinsichtlich ihres Charakters sowie ihrer Intensität und können dabei unspezifisch (*generalisierte Angst*) oder spezifisch auf eine Situation oder ein Objekt gerichtet (*Phobie*) sein und sich in ihrer Intensität bis zur Panikattacke steigern. Häufig sind Ängste mit körperlichen Symptomen wie vermehrtem Schwitzen oder Puls- und Blutdruckerhöhung verbunden. Nicht selten werden auch Herzstechen, Luftnot, Engegefühle im Hals oder Bauchbeschwerden angegeben. Phobien gehen meist mit Vermeidungsverhalten einher, das zur Symptompersistenz beiträgt (vgl. Kap. 8.1).

Ängste treten außer bei Angststörungen u. a. auch bei depressiven Syndromen und psychotischen Störungen auf (psychotische Ängste sind oft begleitet von *Misstrauen*), sowie bei körperlichen Erkrankungen, Persönlichkeitsstörungen und substanzmittelbezogenen Störungen.

Praxistipp

Hilfreiche Fragen, um Ängste näher zu spezifizieren sind:

- „Hatten Sie schon einmal einen Angstanfall, bei dem Sie plötzlich von ganz starker Angst, Beklommenheit oder Unruhe überfallen wurden?“ (Panikstörung)
- „Haben Sie sich schon einmal über mindestens 1 Monat oder länger ängstlich, angespannt oder voll ängstlicher Besorgnis gefühlt?“ (generalisierte Angststörung)
- „Hatten Sie jemals unbegründete Ängste, mit anderen zu reden, etwas in Gegenwart anderer zu tun oder im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu stehen?“ (soziale Phobie)
- „Litten Sie jemals unter unbegründeten Ängsten, öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen, in Geschäfte zu gehen oder sich auf öffentlichen Plätzen aufzuhalten?“ (Agoraphobie)
- „Gab es jemals eine Zeitspanne, in der Sie unter einer unbegründeten Angst vor besonderen Situationen, Gegenständen oder Tieren litten?“ (spezifische Phobie)

Folgen von Störungen der Affektregulation sind nicht selten *Aggressivität*, *selbstschädigende Verhaltensweisen* und *Suizidalität*.

2.11 Selbstschädigendes Verhalten

Selbstschädigendes oder selbstverletzendes Verhalten ist ein typisches Symptom der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus und kann auch bei Psychosen vorkommen. Bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung tritt die Selbstverletzung oft im

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Detlef E. Dietrich, Cornelia Goesmann, Jochen Gensichen, Iris Hauth, Iris Veit: „Praxisleitfaden Psychische Erkrankungen“ (9783456857299)
© 2019 Hogrefe Verlag, Bern.

Sinne von „Ritzen“ auf, um hierdurch eine innere Anspannung zu reduzieren, die als unerträglich erlebt wird (Kap. 21.1). Bei psychotischen Erkrankungen treten Selbstverletzungen hingegen weniger kontrolliert und meist mit gravierenderen Folgen auf. Hierbei handelt es sich meist um Folgen imperativer Stimmen oder suizidaler Handlungen.

2.11.1 Suizidalität

Das Thema Suizidalität sollte bei jedem Gespräch, bei dem der Verdacht auf eine psychiatrische Erkrankung entsteht, behutsam angesprochen werden: „Haben Sie aktuell lebensmüde Gedanken?“. Wird dies bejaht oder erscheint Suizidalität möglich, muss dieses Thema näher beleuchtet werden. Das Suizidalitätsrisiko ist insbesondere bei schweren Depressionen (Kap. 7.2), bipolaren Störungen (Kap. 7.1), Schizophrenie (Kap. 10) und im Alter (Kap. 15.2) erhöht (s. a. Kap. 6).

Praxistipp

Zur Klärung des Suizidrisikos können folgende Fragen hilfreich sein:

- „Haben Sie in letzter Zeit öfter denken müssen, nicht mehr leben zu wollen?“
- „Haben Sie auch daran denken müssen, ohne es zu wollen? Das heißt: Haben sich Suizidgedanken aufgedrängt?“
- „Haben Sie konkrete Ideen, wie Sie dies tun würden?“
- „Haben Sie eventuell sogar Vorbereitungen getroffen?“
- „Gibt es etwas, was Sie davon abhält?“
- „Haben Sie jemals einen Suizidversuch unternommen?“
- „Hat sich in Ihrer Familie oder Ihrem Freundes- und Bekanntenkreis schon mal jemand das Leben genommen?“

2.11.2 Eigengefährdung durch Desorientiertheit

Demenzerkrankungen (Kap. 16.2) gehen mit Desorientiertheit einher, die je nach Ausprägung der Erkrankung zu unterschiedlichen Situationen der Eigengefährdung führen kann. Bei der Abschätzung der Eigengefährdung ist man meistens auf die Hinweise der Angehörigen oder der betreuenden Personen angewiesen. Häufige selbst- und potenziell auch fremdgefährdende Situationen sind z. B. der angelassene Herd. Nicht selten kommt auch das Hinlaufen oder Verlaufen vor und führt insbesondere in kälteren Jahreszeiten zur Eigengefährdung.

2.12 Fremdgefährdung

Neben der Eigengefährdung sollte auch auf eine mögliche Fremdgefährdung geachtet werden. Hat man einen solchen Verdacht, könnte man gezielt nach früheren Anzeigen oder Strafen wegen Körperverletzung fragen oder nach aggressiven Impulsen und ggf. danach, in welchen Situationen diese auftreten und gegen wen sie sich richten. Gewalttätiges Verhalten im Rahmen psychiatrischer Notfälle wird in Kap. 5.2 behandelt.

Praxistipp

Sowohl im Fall möglicher Fremdgefährdung als auch möglicher Eigengefährdung sollte dokumentiert werden, dass man sich hierüber Gedanken gemacht hat (z. B. „eine akute Eigen- oder Fremdgefährdung wurde glaubhaft verneint“).

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Detlef E. Dietrich, Cornelia Goesmann, Jochen Gensichen, Iris Hauth, Iris Veit: „Praxisleitfaden Psychische Erkrankungen“ (9783456857299)
© 2019 Hogrefe Verlag, Bern.

2.13 Störungen des Antriebs und der Psychomotorik

Ist der allgemeine Antrieb zur Durchführung einer Handlung vermindert, spricht man in der Regel von *Antriebsarmut* oder *Antriebshemmung*, im entgegengesetzten Fall von einer *Antriebssteigerung*. Antriebsstörungen können letztlich bei fast allen psychischen Störungen als Begleitphänomen auftreten, sind aber insbesondere als Leitsymptom der affektiven Störungen zu sehen (Kap. 7.2). Hier zählen sie mit zu den Kernsymptomen der Erkrankung. Eine Antriebsarmut oder Antriebshemmung findet sich insbesondere bei mittelgradigen und schweren depressiven Störungen. Bei der Depression mit somatischen Symptomen (melancholische Verlaufsform) ist der Antrieb insbesondere am Morgen vermindert. Eine Antriebssteigerung findet sich insbesondere bei (Hypo-)Manien der bipolaren Störung und Intoxikationen. Meist ist die Antriebssteigerung bei der Manie verbunden mit einem vermehrten Tatendrang, motorischer Unruhe, verstärktem Redefluss (Logorrhö) sowie Distanzminderung (Kap. 7.1, Kap. 23.2).

Hirnorganische Störungen können mit Veränderungen des Antriebs in beiden Richtungen einhergehen. Weitere häufiger mit Veränderungen des Antriebs einhergehende Erkrankungen sind die Schizophrenie und schizoaffektive Störung (Kap. 10.2) und der Suchtmittelmissbrauch bzw. die Suchtmittelabhängigkeit (Kap. 9.5).

Unter psychomotorischen Störungen werden insbesondere Störungen der durch psychische Vorgänge geprägten Bewegungsabläufe verstanden. Dies können folgende Phänomene sein:

- (psycho-)motorische Unruhe
- manieriertes, bizarres oder theatralisches Verhalten
- Mutismus (Wortkargheit bis hin zum Verstummen) sowie das Gegenteil hierzu, die Logorrhö

Eine gesteigerte Psychomotorik ist ein Leitsymptom der Manie (Kap. 7.1). Eine starke Einschränkung der Bewegungsabläufe im Sinne eines katatonen Stupors ist selten, aber typisch für die Schizophrenie (Kap. 10.2). Zu bedenken ist, dass auch depressive Störungen mit einer gesteigerten Psychomotorik (Unruhe) einhergehen können, man spricht dann von einer „agitierten Depression“ oder es liegt eine Mischepisode einer bipolaren Störung vor.

2.14 Krankheitseinsicht

Ein *Fehlen der Krankheitseinsicht* findet sich typischerweise als Symptom in der manischen Episode einer bipolaren Störung (Kap. 7.1, Kap. 23.2). Die Betroffenen fühlen sich gesund und in der Regel „ganz ausgezeichnet“ und keinesfalls krank. Erst in der depressiven Phase sind ein Leidensdruck und eine Krankheitseinsicht vorhanden, die allerdings in der nächsten (hypo-)manischen Episode meist wieder verschwunden sind. Bei der Schizophrenie (Kap. 10.2) ist die Krankheitseinsicht insbesondere bei wahnhaften Symptomen und bei der fortgeschrittenen Demenz (Kap. 16.1, Kap. 16.2) durch realitätsferne Überzeugungen beeinträchtigt.

2.15 Intrusionen

In der Folge von Traumatisierungen (vgl. Kap. 19.2) können sich traumatische Bilder, Szenen und Gefühle „überfallartig“ aufdrängen oder durch bestimmte Situationen aktiviert werden. Dazu gehören Flashbacks (Nachhallerinnerungen) und Alpträume. Auslösende Situationen werden in der Regel vermieden. Intrusionen sind oft begleitet durch vegetative Übererregung, Ängste, Schlaflosigkeit und depressive Symptome.

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Detlef E. Dietrich, Cornelia Goesmann, Jochen Gensichen, Iris Hauth, Iris Veit: „Praxisleitfaden Psychische Erkrankungen“ (9783456857299)
© 2019 Hogrefe Verlag, Bern.

Merke
Häufig sind traumaassoziierte Symptome schamhaft besetzt und müssen explizit erfragt werden, z. B.: „Treten bei Ihnen häufiger sich plötzlich aufdrängende belastende Erinnerungen (z. B. Bilder) an die Traumatisierung (an eine belastende Situation) auf?“

2.16 Wichtige körperliche Befunde bei psychischen Störungen

Häufige vegetative und somatische Befunde, die auf eine psychische Störung hinweisen können und ggf. spezifischer erfragt werden sollten, sind:

- *Einschlafstörungen*, *Durchschlafstörungen*, *Verkürzung der Schlafdauer*, *Früherwachen*, *Tagesmüdigkeit*
- *Appetitstörungen* (vermindert oder vermehrt), *vermehrter Durst*
- *verminderte* oder auch *gesteigerte sexuelle Appetenz*
- *gastrointestinale Störungen* mit Mundtrockenheit, Hypersalivation, Übelkeit, Erbrechen, Magenschmerzen, Obstipation, Diarrhö
- *kardiorespiratorische Störungen* (Atembeschwerden, Schwindel, Herzklopfen, Herzdruck)
- *vegetative Symptome* wie Akkommodationsstörungen, vermehrtes Schwitzen, Seborrhö, Miktionsstörungen, Menstruationsstörungen
- *allgemeine Beschwerden* wie Kopfdruck/Kopfschmerz, Rückenbeschwerden, Schweregefühl in den Beinen, Hitzegefühl, Frösteln

Somatische Beschwerden bei nicht spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden werden in Kap. 11.1 behandelt. Als mögliches Frühsymptom kommen sie außerdem bei affektiven Störungen vor (Kap. 23.1).

Zusammenfassung
Leitsymptome können auf eine bestimmte psychische Störung hinweisen. Eine differenzialdiagnostische Betrachtung ist jedoch notwendig. Insbesondere müssen organische Störungen als Ursache stets ausgeschlossen werden.

Literatur

1. Löwe B, Spitzer RL, Zipfel S, Herzog W. PHQ-D. Gesundheitsfragebogen für Patienten. 2. Aufl. [Internet]. Heidelberg/New York: Pfitzer; 2002 [abgerufen am 28.08.2018]. Verfügbar unter: https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/fileadmin/Psychosomatische_Klinik/download/PHQ_Manual1.pdf
2. Scharfetter C. Allgemeine Psychopathologie. Eine Einführung. 3. Aufl. Stuttgart:Thieme;1991.
3. Trabert W, Stieglitz RD, Hrsg. Das AMDP-System. Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde. 8. Aufl. Bern: Hogrefe; 2007.

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Detlef E. Dietrich, Cornelia Goesmann, Jochen Gensichen, Iris Hauth, Iris Veit: „Praxisleitfaden Psychische Erkrankungen“ (9783456857299)
© 2019 Hogrefe Verlag, Bern.

3 Psychopharmakotherapie

Michael Paulzen, Tanja Veselinović, Gerhard Gründer

3.1 Einleitung

Die Geschichte der modernen Psychopharmakotherapie begann 1949 mit der Beschreibung einer antimanischen Wirkung von Lithium. Heute nehmen Psychopharmaka einen breiten Raum in der Behandlung der meisten psychischen Störungen ein.

Die Zeiten einer prosperierenden, optimistischen Psychopharmakologie ist jedoch seit einigen Jahren vorbei, denn die mit hohem Aufwand entwickelten neuen Präparate erfüllten die in sie gesetzten therapeutischen Erwartungen nicht und kritische kontrollierte Studien relativierten ihre Effizienz gegenüber Placebo-Kontrollgruppen. Viele neue Präparate sind keine echten Innovationen mehr, sondern lediglich Variationen. Die Entwicklung grundlegend neuer Wirkmechanismen scheiterte oft und die Entwicklungskosten neuer Medikamente stiegen stark an. Dies führte dazu, dass die heute verfügbaren Psychopharmaka größtenteils schon viele Jahre am Markt etabliert sind und ihre effiziente und sichere Anwendung im Fokus steht. Als ein wichtiges Instrument zur Therapieoptimierung hat sich dabei in den letzten Jahren das Therapeutische Drug Monitoring (TDM) als wirkstoffspiegelgesteuerte Therapieoptimierung etabliert.

Die Wirkung eines Psychopharmakons wird durch die Interaktion zwischen dem Pharmakon und seiner Zielstruktur im Gehirn determiniert (Pharmakodynamik). Auf dem Weg dorthin gibt es jedoch eine Reihe pharmakokinetischer Einflussfaktoren, von denen es abhängt, ob ein Pharmakon überhaupt in ausreichender Konzentration an seinem Wirkort ankommt. Dazu gehören u. a. die für die Metabolisierung wichtige genetische Ausstattung jedes einzelnen Patienten (sog. pharmakokinetischer Genotyp) und die für potenzielle Interaktionen wichtigen bereits verordneten Arzneistoffe (sog. pharmakokinetischer Phänotyp). Beide beeinflussen den Wirkstoffspiegel von Psychopharmaka, können den Arzneimittelmetabolismus induzieren oder verhindern und zu einem Therapieversagen oder zu unerwünschten Arzneimittelwirkungen führen. Mithilfe des TDM ist es möglich, die Therapie für jeden Patienten individuell zu optimieren.

3.2 Grundlagen

3.2.1 Geschichte

Der heute gebräuchliche Begriff Psychopharmakon bzw. die Begriffe Psychopharmakologie und Psychopharmakotherapie wurde erstmals in einem sog. Trost- und Sterbebuch des ausgehenden Mittelalters verwendet. Der Begriff Psychopharmakon bildete dabei eine medizinische Metapher für religiöse Methoden zur Lebensbewältigung [13], eine Übernahme des Begriffs in die medizinische Fachsprache unterblieb aber in der Folge. Erst im frühen 20. Jahrhundert verwandte der amerikanische Pharmakologe David

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Detlef E. Dietrich, Cornelia Goesmann, Jochen Gensichen, Iris Hauth, Iris Veit: „Praxisleitfaden Psychische Erkrankungen“ (9783456857299)
© 2019 Hogrefe Verlag, Bern.

I. Macht den Begriff in seiner modernen Bedeutung, als er über die analgetischen und neuropsychologischen Effekte von Opiumalkaloiden schrieb. Der heutige Begriff des Psychopharmakons verbreitete sich somit als Wortneuschöpfung erst in der psychiatrischen Fachsprache der 1950er Jahre [13].

Die Geschichte der modernen Psychopharmakotherapie ist damit insgesamt relativ jung und begann 1949 mit der Beschreibung einer antimanischen Wirkung von Lithium durch den australischen Psychiater J. Cade (1912–1980). Ein weiterer relevanter Meilenstein **(Tab. 3-1)** war 1952 die Entdeckung der antipsychotischen Wirkung von Chlorpromazin durch die französischen Psychiater J. Delay (1907–1987) und P. Deniker (1917–1998), die spektakuläre und völlig unerwartete Behandlungserfolge bei manischen und paranoid-halluzinatorischen Syndromen beobachteten, weshalb Chlorpromazin als das erste »moderne« Antipsychotikum angesehen werden kann. Erste Substanzen mit antidepressiven Eigenschaften wurden im Jahr 1957 mehr oder minder zufällig durch R. Kuhn (1912–2005) beschrieben, der die antidepressiven Eigenschaften von Imipramin entdeckte. Im Jahr 1958 gelang P. Janssen (1926–2003) die Entwicklung von Haloperidol, einem auch heute noch breite Anwendung findenden Antipsychotikum aus der Gruppe der Butyrophenone. Mit der Zulassung von Clozapin als erstem atypischem Antipsychotikum im Jahr 1972 begann die Suche nach weiteren Antipsychotika, die sich im Sinne von Clozapin hinsichtlich extrapyramidalmotorischer Nebenwirkungen (EPMS) atypisch verhielten. Weitere Substanzen aus der Gruppe der sog. atypischen Antipsychotika wurden in den 1990er Jahren sowie Anfang der 2000er Jahre eingeführt.

1988 wurde in den USA der selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI = „serotonin reuptake inhibitor“) Fluoxetin eingeführt, womit die Entwicklung einer Gruppe von Antidepressiva eingeleitet wurde, die zwar nicht besser wirksam waren, dafür aber weniger Nebenwirkungen aufwiesen als die bis dahin die medikamentöse Depressionsbehandlung dominierenden trizyklischen Antidepressiva. Mit dem Inkrafttreten des „Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes“ in Deutschland (AMNOG) im Januar 2011 wurden die zuletzt eingeführten 4 neuen Psychopharmaka einer sog. frühen Nutzenbewertung unterzogen. Keinem wurde ein Zusatznutzen zugesprochen. Daraufhin wurden das Antipsychotikum Lurasidon und das Antidepressivum Vortioxetin vom deutschen Markt genommen, weil nur eine Erstattung zum Generika-Festbetrag möglich ge-

Tabelle 3-1: Meilensteine der modernen Psychopharmakotherapie (modifiziert nach [12]).

Jahr	Meilenstein
1949	antimanische Wirksamkeit von Lithium
1952	antipsychotische Wirkung von Chlorpromazin
1957	Entdeckung antidepressiver Eigenschaften von Imipramin
1958	Entwicklung von Haloperidol
1960	Einführung von Chlordiazepoxid als erstes Benzodiazepin
1972	Zulassung von Clozapin als erstes atypisches Antipsychotikum
1988	Einführung des SSRI Fluoxetin (Prozac®) in den USA
2011	Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes, AMNOG

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Detlef E. Dietrich, Cornelia Goesmann, Jochen Gensichen, Iris Hauth, Iris Veit: „Praxisleitfaden Psychische Erkrankungen“ (9783456857299)
© 2019 Hogrefe Verlag, Bern.

wesen wäre. Nalmefen zur Verringerung des Alkoholkonsums und Lisdexamfetamin zur Behandlung einer Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) wurden eingeführt, hier konnten höhere Preise erzielt werden, da es keine Generika-Festbetragsgruppen gibt. Ein ähnliches Schicksal wie Lurasidon und Vortioxetin droht Brexpiprazol und Cariprazin, 2 weiteren Antipsychotika. Auch hier könnte der niedrige Generika-Festbetrag die Hersteller davon abhalten, die Mittel in Deutschland einzuführen.

3.2.2 Wirkstoffspiegel und Therapiesteuerung

Grundvoraussetzung dafür, dass ein Psychopharmakon seine Wirkung entfaltet, ist der Aufbau einer ausreichenden **Wirkstoffkonzentration** am Zielort. Dabei ist es egal, ob es sich bei dem Zielort um einen Rezeptor oder einen Neurotransmitter-Transporter handelt. Ist diese Voraussetzung nicht gegeben, scheint auch der Eintritt der Wirkung unwahrscheinlich. Im Umkehrschluss garantiert das Erreichen einer therapeutischen Wirkstoffkonzentration jedoch nicht zwingend einen Therapieerfolg. Beim Antidepressivum Citalopram ist es aber z.B. sehr wohl so, dass das frühzeitige Erreichen eines therapeutischen Wirkstoffspiegels die stationäre Verweildauer bei Depressionen signifikant verkürzt, was als Zeichen eines verbesserten Ansprechens auf eine Antidepressivatherapie zu sehen ist.

Als wichtiger Surrogatparameter für einen ausreichenden Wirkstoffspiegel am Zielort im Gehirn hat sich der Serum- bzw. Plasmaspiegel eines Psychopharmakons etabliert. Eine **Therapiesteuerung** über den im Serum bzw. Plasma gemessenen Wirkstoffspiegel einer Substanz scheint aussichtsreicher zu sein, als sich an der verabreichten Tagesdosis zu orientieren, [9]. Als wichtiges Hilfsmittel zur Therapiesteuerung dient dabei das Therapeutische Drug-Monitoring (TDM).

3.2.3 Therapeutisches Drug-Monitoring

Das therapeutische Drug-Monitoring (TDM) ist bei richtiger Anwendung und Interpretation ein wichtiges Werkzeug der Qualitätssicherung in der Psychopharmakotherapie [2], [4]. Zudem ist es eine Methode, die in gewissen Grenzen eine Personalisierung der Psychopharmakotherapie erlaubt, wozu auch die in bestimmten Situationen empfohlenen pharmakogenetischen Tests beitragen. Dadurch, dass Serum- oder Plasmakonzentrationen von Psychopharmaka quantifiziert werden, trägt das TDM zur Optimierung der Dosierungen einzelner Pharmaka beim individuellen Patienten entscheidend bei.

Ziel einer wirkstoffspiegelgesteuerten Therapie mit Neuropsychopharmaka ist das Erreichen des **„therapeutischen Referenzbereichs“ (Abb. 3–1)**, der mit der höchsten Wahrscheinlichkeit mit einer Verbesserung der Zielsymptomatik einhergeht – entsprechend einer Therapie-Response und dem übergeordneten Ziel einer Remission der Symptomatik [3], [4]. Zu einer rationalen, d.h. effektiven und effizienten Psychopharmakotherapie, gehört es dementsprechend auch, sowohl subtherapeutische Wirkstoffspiegel (mit wahrscheinlich ausbleibendem Behandlungserfolg) als auch unnötig hohe oder gar potenziell toxische Wirkstoffspiegel (mit unerwünschten Arzneimittelwirkungen) zu vermeiden, die jeweils einem effizienten Mitteleinsatz entgegenstehen.

Die **Empfehlungskategorien** zum Einsatz von TDM [4] unterscheiden 4 Level:

- dringend empfohlen (Level 1)
- empfohlen (Level 2)
- nützlich (Level 3)
- potenziell nützlich (Level 4)

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Detlef E. Dietrich, Cornelia Goesmann, Jochen Gensichen, Iris Hauth, Iris Veit: „Praxisleitfaden Psychische Erkrankungen“ (9783456857299)
© 2019 Hogrefe Verlag, Bern.

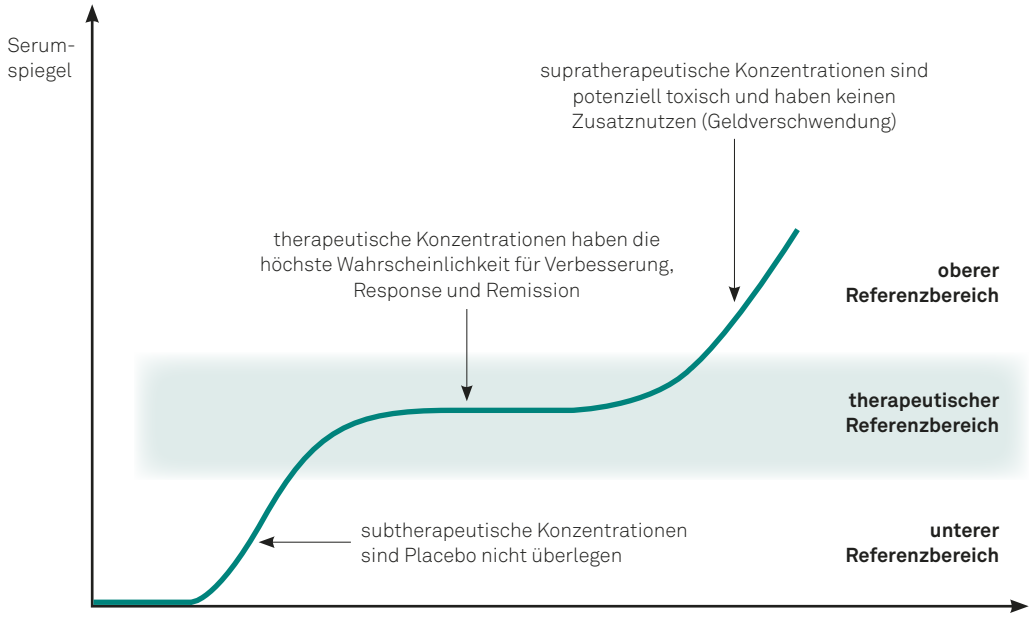

Abbildung 3-1: Therapeutischer Referenzbereich (nach [8]).

Bei einer Reihe klinischer Konstellationen ist TDM **indiziert.** Hierzu gehören ein unzureichendes Therapieansprechen, das Auftreten von Nebenwirkungen trotz therapeutischer Dosierungen, die Kombination von Medikamenten mit Interaktionspotenzial, das Auftreten von Rezidiven trotz adäquater Dosierungen, die Vermeidung von Überdosierungen, der Beginn einer Psychopharmakotherapie bei gerontopsychiatrischen Patienten oder die Behandlung von Patienten mit genetischen Besonderheiten [4].

3.2.4 Unerwünschte Arzneimittelwirkungen und Risiken einer Psychopharmakotherapie

Die meisten Psychopharmaka beeinflussen direkt oder indirekt die Wirkung von Neurotransmittern an Rezeptoren bzw. Transportern. Direkte Rezeptorwirkungen (zumeist antagonistische Effekte) bestimmen häufig unmittelbar die unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW) einer Substanz, die oft charakteristisch für eine bestimmte Gruppe von Psychopharmaka sind.

So ist den **trizyklischen Substanzen** (sowohl trizyklische Antidepressiva als auch Antipsychotika) beispielsweise zu eigen, durch ihre in verschiedener Ausprägung auch antagonistischen Wirkungen auf α_1-Adreno-, H_1-Histamin-, 5-HT_2-Serotonin- oder M_1-Azetylcholin-Rezeptoren ein relativ großes Spektrum an UAW zu erzeugen **(Tab. 3-2)**. Im Vordergrund stehen dabei anticholinerge Nebenwirkungen wie Mundtrockenheit, Obstipation, Hyperhidrosis, vorübergehendes Verschwommensehen und Tachykardie. Aufgrund der anticholinergen Effekte können sich insbesondere bei älteren bzw. Risikopatienten unter hoher Dosierung Komplikationen wie ein Harnverhalt, Ileus, Glaukomanfall oder ein anticholinerges Delir

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Detlef E. Dietrich, Cornelia Goesmann, Jochen Gensichen, Iris Hauth, Iris Veit: „Praxisleitfaden Psychische Erkrankungen“ (9783456857299)
© 2019 Hogrefe Verlag, Bern.

Tabelle 3-2: Klassische unerwünschte Arzneimittelwirkungen bei Antagonismus und Agonismus an verschiedenen Rezeptoren.

Rezeptor-wirkung	Rezeptor-typ	Nebenwirkung
Inhibition	M_1	Akkommodationsstörungen, Steigerung des Augeninnendrucks, Mundtrockenheit, Obstipation, Harnretention, Sinustachykardie, Arrhythmien, (Prä-)Delir
Inhibition	H_1	Sedierung, Gewichtszunahme, Verschlechterung der Kognition
Inhibition	α_1	sexuelle Inappetenz, Sedierung, orthostatische Dysregulation mit Schwindel und Tachykardie, Hyperhidrosis, Priapismus
Inhibition	D_2	Dystonien, Akathisie, Parkinsonoid, Spätdyskinesien, Prolaktinanstieg, sexuelle Appetenzstörungen
Inhibition	$5\text{-}HT_2$	Gewichtszunahme, Sedierung
Agonismus	$5\text{-}HT_{2A}$	Anxiogenität, Agitiertheit, sexuelle Funktionsstörungen, (Psychotogenität, d. h. Auslösung von Psychosen)
Agonismus	$5\text{-}HT_{2C}$	Appetitmangel, Dysphorie
Agonismus	$5\text{-}HT_3$	Übelkeit, Kopfschmerzen, Schwindel
Agonismus	D_2	Übelkeit
Agonismus	$GABA_A$	Sedierung, Muskelhypotonie

ausbilden. Ebenso ist eine Gewichtszunahme häufig zu beobachten, was mitunter auch kausal für eine Non-Compliance sein kann, genauso wie die nicht selten zu beobachtenden sexuellen Funktionsstörungen. Kardiovaskuläre Komplikationen können zudem die Therapie entscheidend beeinflussen. Sie entstehen z. B. durch direkte Interaktion mit Ionenkanälen der kardialen Reizleitung oder durch α_1-vermittelte Orthostase-Reaktionen mit oft beobachtbaren Sturzereignissen und deren Folgen. QTc-Zeit-Verlängerungen im Rahmen der Behandlung treten ebenfalls auf.

Selektivere Substanzen wie **SSRI** weisen hingegen ein günstigeres Nebenwirkungsprofil auf. Entsprechend sind unter einer Therapie mit SSRI nebenwirkungsbezogene Medikationsabbrüche deutlich seltener als unter Trizyklika. Aus der Wirkung der SSRI im zentralen und intestinalen Nervensystem ergeben sich als wichtigste und häufigste UAW:

- gastrointestinale Beschwerden wie Übelkeit, Erbrechen, Darmmotilitätsstörungen, Appetitminderung
- Unruhe
- Kopfschmerzen
- Angst
- Schlafstörungen
- Zwangsgähnen
- sexuelle Funktionsstörungen

Die QTc-Zeit verlängernde Wirkungen werden mittlerweile auch für SSRI als klinisch relevant beschrieben; insbesondere für Citalopram in höherer Dosierung und Escitalopram sind hier klare Anwendungsbeschränkungen bei Risikopatienten zu berücksichtigen.

Überdosierungen bzw. Intoxikationen mit anticholinerg wirksamen Pharmaka (z. B. trizyklische Antidepressiva, Clozapin) können zu einem potenziell lebensbedrohlichen **zentralen anticholinergen Syndrom** führen. Klinisch stehen dabei anticholinerge Symptome wie tro-

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Detlef E. Dietrich, Cornelia Goesmann, Jochen Gensichen, Iris Hauth, Iris Veit: „Praxisleitfaden Psychische Erkrankungen“ (9783456857299)
© 2019 Hogrefe Verlag, Bern.

ckene Haut, Hyperthermie, Mydriasis, Harnverhalt, Obstipation und Tachykardie im Vordergrund. Auch eine agitierte Verlaufsform mit deliranter Symptomatik (Unruhe, Verwirrtheit, Halluzinationen, Orientierungsstörungen) ist möglich und gelegentlich treten auch zerebrale Krampfanfälle auf. Die Therapie besteht in einem Absetzen der anticholinergen Substanz sowie bei der agitierten Verlaufsform in der Gabe von Benzodiazepinen oder Antipsychotika, wenn die Symptome anhalten oder stark ausgeprägt sind.

3.3 Antidepressiva

3.3.1 Charakteristika

Wirkung und Wirkungsmechanismus

Antidepressiva sind eine **heterogene Gruppe von Psychopharmaka,** deren Therapieeffekt in einer Stimmungsaufhellung und Antriebsverbesserung bei depressiven Syndromen unterschiedlicher nosologischer Zuordnung besteht. Aufgrund ihrer Wirksamkeit bei ganz unterschiedlichen Störungsbildern (z.B. Angststörungen, Zwangsstörungen, bulimische Essstörungen, chronische Schmerzstörungen) umfasst die Bezeichnung Antidepressiva eigentlich nur einen Teilaspekt ihrer therapeutischen Potenz.

Die meisten der heute gebräuchlichen Antidepressiva bewirken eine **Hemmung der Wiederaufnahme verschiedener Monoamine** (Serotonin, Noradrenalin, Dopamin) durch die Blockade der jeweiligen Transportermoleküle (5-HT-Transporter, Noradrenalintransporter, Dopamintransporter). Die Monoaminoxidasehemmer (MAOH) hemmen das Monoaminabbauende Enzym, während beispielsweise Mirtazapin indirekt eine Verstärkung der serotonergen, noradrenergen oder dopaminergen Neurotransmission bewirkt **(Tab. 3-3)**. Der eigentliche Wirkmechanismus von Antidepressiva ist jedoch unbekannt.

Klassifikation

Die verschiedenen Klassifikationssysteme für Antidepressiva basieren auf chemischen und/oder den bereits bekannten pharmakologischen Wirkprofilen:

- Die früher häufig verwendete Einteilung antidepressiv wirksamer Substanzen richtet sich nach der **chemischen Struktur**. Hier unterscheidet man trizyklische Antidepressiva (TZA), die in Analogie zum ersten TZA, Imipramin, entwickelt wurden. Als strukturchemische Variante der TZA gelten die tetrazyklischen Antidepressiva, zu denen u.a. Maprotilin und Mianserin gezählt werden. Mianserin gilt jedoch auch als erster Vertreter des Wirktyps der noradrenerg und spezifisch serotonergen Antidepressiva (NaSSA). Sowohl bei den TZA als auch bei den tetrazyklischen Antidepressiva handelt es sich ansonsten um Serotonin- und Noradrenalinwiederaufnahmehemmer. Strukturbedingt wirken beide Substanzklassen als sog. „dirty drugs“, weil sie viele andere Neurotransmittersysteme erheblich beeinflussen, woraus sich die vielfältigen Arzneimittelnebenwirkungen ergeben.
- Heute werden Antidepressiva am sinnvollsten nach ihren primären **Angriffspunkten im ZNS** eingeteilt. Demnach handelt es sich um die folgenden Substanzklassen [11]:
  - nichtselektive Monoaminwiederaufnahmehemmer mit den Vertretern Amitriptylin, Doxepin, Imipramin, Clomipramin und Nortriptylin
  - selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI) mit den Substanzen Citalopram, Escitalopram, Fluoxetin, Fluvoxamin, Paroxetin und Sertralin
  - selektive Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SSNRI) mit Duloxetin, Milnacipran und Venlafaxin

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Detlef E. Dietrich, Cornelia Goesmann, Jochen Gensichen, Iris Hauth, Iris Veit: „Praxisleitfaden Psychische Erkrankungen“ (9783456857299)
© 2019 Hogrefe Verlag, Bern.

Tabelle 3-3: Pharmakologische Angriffspunkte verschiedener Antidepressiva (modifiziert nach [11]).

Anti-depressivum	Standard-dosis (mg/d)	5-HT-I	NA-I	DA-I	MAOH	mACh	H_1	$5\text{-}HT_2$	DA	α_1	α_2
Agomelatin[1]	25–50	0	0	0	0	0	0	++	0	0	0
Amitriptylin	100–300	++	++	+/–	0	++	+++	++	+/–	+++	0
Bupropion	150–300	+/–	++	++	0	+/–	+	+/–	0	+	+/–
Citalopram	20–40	+++	+/–	0	0	0	+/–	0	0	+/–	0
Clomipramin	100–250	+++	++	+/–	0	++	+	+	+/–	++	0
Doxepin	100–300	+	++	+/–	0	+	+++	++	0	+++	0
Duloxetin	60–120	++	++	+	0	+/–	+/–	0	+	+/–	0
Escitalopram	10–20	+++	+/–	0	0	0	+/–	0	0	+/–	0
Fluoxetin	20–60	+++	+/–	+/–	0	+/–	+/–	0	+/–	+/–	0
Fluvoxamin	100–200	+++	+/–	0	0	0	0	0	+/–	+/–	0
Hypericum	600–900	++	+	+	0	0	0	?	0	0	0
Imipramin	100–300	++	++	+/–	0	+	+/–	+	0	+	0
Maprotilin	150–225	0	++	+/–	0	+	+++	+	0	+	0
Milnacipran	50–100	++	++	0	0	0	0	0	0	0	0
Mirtazapin	15–45	+/–	0	0	0	+/–	+++	++	0	+	++
Moclobemid	300–600	0	0	0	++	0	0	0	0	0	0
Nortriptylin	75–200	+	+++	+/–	0	+	+	+	0	+	0
Paroxetin	20–40(60)	+++	+/–	+/–	0	+	0	0	+	+/–	0
Reboxetin	8–12	0	+++	0	0	0	0	0	0	0	0
Sertralin	50–200	+++	+/–	+	0	+/–	0	0	+	0	0
Tianeptin[2]	37,5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tranylcypromin	20–60	0	+	0	+++	0	0	0	0	0	0
Trazodon	200–600	++	0	0	0	0	+++	++	0	++	0
Trimipramin	100–300	+/–	+/–	+/–	0	++	+++	+	+	+++	0
Venlafaxin	75–375	+++	+	+/–	0	0	0	0	+/–	0	0
Vortioxetin	10–20	+++	+/–	0	0	0	0	0	0	0	0

5-HT-I = 5-HT-Wiederaufnahmehemmung, NA-I = Noradrenalinwiederaufnahmehemmung, DA-I = Dopaminwiederaufnahmehemmung, MAOH = Monoaminoxidasehemmung; mACh = Antagonismus an muskarinischen Azetylcholinrezeptoren; H_1-Typ-I = Histaminrezeptorantagonismus; $5\text{-}HT_2$ = Antagonismus an $5\text{-}HT_2$-Rezeptoren, DA = Antagonismus an Dopaminrezeptoren, α_1 = Antagonismus an α_1-Adrenorezeptoren, α_2 = Antagonismus an α_2-Adrenorezeptoren
+++ = sehr stark, ++ = stark, + = schwach, +/– = sehr schwach, 0 = nicht wirksam
[1] selektiver, spezifischer Agonismus am Melatoninrezeptor, Antagonismus an $5\text{-}HT_{2C}$-Rezeptoren
[2] pharmakodynamischer Mechanismus weitgehend unklar, Serotoninwiederaufnahme-Enhancement

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Detlef E. Dietrich, Cornelia Goesmann, Jochen Gensichen, Iris Hauth, Iris Veit: „Praxisleitfaden Psychische Erkrankungen“ (9783456857299)
© 2019 Hogrefe Verlag, Bern.