

Psychische Störungen

VL1: Einführung

Klinische Psychologie	<ul style="list-style-type: none"> - Teildisziplin der Psychologie - Themen: psychische Störungen & psychische Aspekte somatischer Störungen - Umfasst Erforschung/ Diagnostik/ Therapie der Gesamtheit psychischer Störungen bei Menschen aller Altersstufen - aufbauend auf wissenschaftlichen Grundlagen und engen Verknüpfungen zu anderen Disziplinen - Begriffseinführung 1907
Psychotherapie	<ul style="list-style-type: none"> - Teilgebiet der Klinischen Psychologie - bewusster & geplanter intentionaler Prozess zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen & Leidenszuständen die im Konsens für behandlungsdürftig gehalten werden
Zielsetzung klinischer Psychologie	<ul style="list-style-type: none"> - mögl. objektive & reliable Beschreibung des interessierenden Verhaltens - Erklärung & Auffindung regelhafter Muster und verknüpfte Faktoren - Vorhersage und Verständnis für Prädiktoren - Beeinflussung & Kontrolle - Reduktion von Leiden, Behinderung & Verbesserung der Lebensqualität

Entwicklung und Meilensteine der Psychiatrie

Altertum bis Ende 18 JH	<ul style="list-style-type: none"> - Beschreibung & Behandlung des Wahnsinns - Aktivierung & Förderung des Verstandes - erste Spezialanstalten im 12JH - Mittelalter: Symptome als Wirken des Teufels → Inquisition
18/19JH	<ul style="list-style-type: none"> - kustodiale Anstaltspsychiatrie mit starken Hierarchien (Verwahrung) - brutale körperliche Methoden um die Seele zu erschüttern
Wissenschaftliche Psychiatrie bis 1945	<ul style="list-style-type: none"> - Hoffnung psychische Krankheiten ursächlich auf anatomische Änderungen im Hirn zurückführen zu können - zunehmende Klinifizierung (Behandlung der Patienten in Betten) - vermeintlicher Minderwert psychisch kranker Menschen - Experimente mit somatischen Behandlungsmethoden - Euthanasie
ab 1945	<ul style="list-style-type: none"> - 1970: Deutscher Ärztetag: psychiatrische Versorgung - Abschaffung Verwahrpsychiatrie - 1960/70er Antipsychiatriebewegung - Psychiatrie-Enquete - Psychopharmaka - 1992: Facharzt Psychiatrie & Psychotherapie

Psychiatrie-Enquete	<ul style="list-style-type: none"> - 200 Experten der Psychiatrie. Erstellt zur Verbesserung der psychiatrischen/ psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgung - Bericht über die Lage der Psychiatrie in der BRD: Beklagt Brutalität in Psychiatrie und Mangel an ambulanten Möglichkeiten. 70% seien gegen ihren Willen behandelt worden - Gemeindenahe Versorgung (Deinstitutionalisierung & Enthospitalisierung)
Antipsychiatrie	<ul style="list-style-type: none"> - politische/ soziale Bewegungen, mit kritischer/ ablehnender Haltung gegenüber Psychiatrie - Verhältnis Arzt-Patient, Impulse zur Qualitätsverbesserung psychiatrischer Versorgung - Frage der sozialen Bedingtheit der Klassifikation psychischer Erkrankungen - Insbesondere Kritik an Schizophrenie als psychische Erkrankung - Ablehnung von Zwangsmaßnahmen und EKT; mehrheitlich Ablehnung von Neuroleptika - Kampf gegen Stigmatisierung - <i>Rosenhan-Experiment</i>: Wozu die Anstalten, wenn gesund von krank nicht unterschieden werden kann? Werden die richtigen Patienten behandelt? - <i>Szasz</i>: komplexe Dinge sind gestört (nicht wie bei Läsionen im Hirn) → Psychische Störungen sind mehr als nur ein Hirnkorrelat. Psychische Störungen entstehen durch Bewertung/ Beurteilung eines Aussenstehenden (Wessen Vertreter ist der Psychiater?)

Englische Nomenklatur	<ul style="list-style-type: none"> - Disease: normabweichender pathologischer Prozess der vom Arzt objektiviert werden kann (Krebs, Schizophrenie) - Illness: subjektiver Krankheitsbegriff der individuelles Krankheitsgefühl ausdrückt (Frühstadium Krebs, TBC, Diabetes) - Sickness: Soziale Rolle, Status, krankhafte Normabweichung
------------------------------	--

Störungsbegriff	<ul style="list-style-type: none"> - Jaspers: Diagnosestellung ohne die <i>Bedeutung für den Patienten</i> zu beachten - Abweichung vom Erleben und Verhalten - es gibt keine Ursache - Wirkungszusammenhänge. ALLES ist rein korrelativ - Psychische Störungen betreffen Syndrome (als klinisch relevante Symptommuster)
Definitionsbestandteile	<ul style="list-style-type: none"> - Abweichung von der Norm (statistisch, moralisch, individuell); Abweichung von gesellschaftlichen Standards/ kulturellen Regeln, die bei anderen soziales Unbehagen auslösen - Abweichende Funktionstüchtigkeit im Alltag - Selbst-/ Fremdgefährdung - Leiden/ Beeinträchtigung einer Person oder erhöhtes Risiko zu sterben/ Schmerz/ Beeinträchtigung zu erleiden - beobachtbare verhaltensmäßige, psychische oder biologische Verhaltensstörung

Modellperspektiven zur Erklärung psychischer Störungen

(Neuro-)Biologische Perspektive	<ul style="list-style-type: none"> - Psychische Störungen sind direkte oder indirekte Folgen von Störungen/ Erkrankungen des Hirns - Alle psychischen Funktionen & Verhalten sind direkt abhängig von Funktion und anatomischer Beschaffenheit von Gehirnzellen/ -strukturen & Nervensystem - Nachweis vielfältiger psychologischer & psychopathologischer Korrelate von strukturellen/ funktionellen Störungen der Hirnaktivität
Psychodynamische Perspektive	<ul style="list-style-type: none"> - die meisten psychischen Störungen seien lediglich Erweiterung normaler Prozesse - Psychische Krankheiten entstehen aus Problemen des Unbewussten - Neurotische Symptome als misslungene Verarbeitungsversuche/ Ersatz für derartige verdrängte Konflikte/ Impulse
Kognitiv-Behaviorale Perspektive	Psychische Störungen als Ergebnis fehlerhafter Wahrnehmungen der Situationswirklichkeit/ fehlerhafter Schlussfolgerungen/ inadäquater Problemlösungen
Integrative Perspektive	<ul style="list-style-type: none"> - auch intentionaler oder biopsychosozialer Ansatz - Alle Perspektiven haben eine wichtige Rolle in Ausformung/ Verlauf/ Ausgang psychischer Störungen - jeder einzelne Faktor/ Prozess kann in der Auslösung/ Aufrechterhaltung von Problemverhalten eine Rolle spielen. - manche Faktoren entfalten ihre kritische Bedeutung nur in bestimmten Lebensphasen - vermutete genetischen Faktoren lediglich als Indikatoren für erhöhte Anfälligkeit (Vulnerabilität/ Diathese) <ul style="list-style-type: none"> - Vulnerabilitäts-Stress-Modell

VL 2: Psychopathologie

Ursprung	<ul style="list-style-type: none"> - Karl Jaspers: Allgemeine Psychopathologie. Verschriftlichung einer Systematik - Kurt Schneider: Psychopathologie. Hat sich seitdem nicht mehr stark verändert
-----------------	--

Allgemeine Psychopathologie	Definition einzelner Symptome
Klassifikatorische Diagnostik	Clusterung der Einzelsymptome

Idealnorm	Zustand vordefinierter Vollkommenheit. Vollständiges körperliches, seelisches, geistiges und soziales Wohlbefinden
Statistische Norm	Mensch befindet sich hinsichtlich eines Merkmals in einem bestimmten Bereich um den Populationsmittelwert (BMI, RR)
Soziale Norm	Definiert durch Werte der Gesellschaft. Kulturabhängig. (Körperliche Distanz in Interaktionen)

Subjektive Norm	Individuum legt fest, was normal ist. (individuelles Glück)
Funktionale Norm	Definiert über Grad der Erfüllung gesellschaftlich zugeteilter und individuell festgelegter sozialer Funktionen

Normabweichung liegt vor	<ul style="list-style-type: none"> - Subjektiver Leidensdruck - Leidensdruck des sozialen Umfelds - Beeinträchtigung psychosozialer Funktionen - Konflikte mit sozialen/ gesetzlichen Normen
Diagnostische Schwellen	<p>Angestrebt wird Idealverhältnis von :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sensitivität → höhere Gefahr für α - Fehler - Spezifität → höhere Gefahr für β - Fehler
Psychiatrische Diagnosen	<ul style="list-style-type: none"> - keine Abbildung der Realität - Resultat einer Ausschlussdiagnostik - nur im Kontext mit mehreren Symptomen und Zeitkriterium möglich

Ablauf Diagnostik	<ol style="list-style-type: none"> 1. Erleben, Soziales Umfeld 2. Symptome 3. Syndrome 4. Exploration, Anamnese, Beobachtung 5. apparative Diagnostik, körperliche Untersuchung, Psychometrie 6. Diagnose 7. Therapie
--------------------------	--

Psychischer Befund	<ul style="list-style-type: none"> - störungsübergreifende Merkmale des Patienten - relevante Kriterien für abgeleitete Diagnose - keine anamnestischen Daten/ Schilderungen
AMDP	<p>http://kampfkeks.net/misc_files/rechtspsychologie/Psychopathologie_AMDP.pdf</p>

VL 3: Symptom zur Diagnose

Diagnostik	<ul style="list-style-type: none"> - Exploration, Anamnese, Beobachtung - <i>Fremdanamnese</i>: bei fehlender Krankheitseinsicht; Merkmalen die selbst nicht beurteilt werden können; Kindern, Dissimulation/ Bagatellisieren - apparative Diagnostik (EKG, MRT, EEG, EMG etc.) - körperliche Untersuchung - psychologische Testverfahren (BDI, HAWIE, SKID etc.)
Körperliche & med. Untersuchung	Ausschluss einer organischen Ursache

Psychische Untersuchung	<ul style="list-style-type: none"> - Hinweise zu Validierung/ Falsifikation - Kategorial (oft nur Cut-off Werte) - gängige Testungen: HAWIE, SKID I + II, D2, BDI, MMST, CERAD
Ergänzende Untersuchungen	<ul style="list-style-type: none"> - cMRT: Veränderungen des zerebralen Blutflusses (ablesbar an lokaler O₂ Anreicherung). Abbildung feiner Strukturen/ Gelenke/ Gefäße - fMRT: Anwendung in Forschung - CT: Röntgenstrahlung. Abb. von Blutgefäßen, Organen, Muskulatur - PET: radioaktive Marker. Darstellung von Stoffwechselaktivität - SPECT: Blutstrom im Hirn. 3D-Bilder
Neurologische Untersuchungen	<ul style="list-style-type: none"> - EEG: Ableitung der Hirnströme - Liquor: Diagnostik Meningitis/ Enzephalitis, Tumor, Blutung. Therapeutisch für Lokalanästhesie, Antibiotika, Zytostatika, Hirndruck - SEP: Impulsableitung an Wirbelsäule oder Hirn. Untersuchung sensorischer Bahnen - NLG: Nevenleitgeschwindigkeit - EMG: elektrische Aktivität in Muskeln

Konsiliardienst	fachärztliche Beurteilung im Auftrag des behandelnden Arztes
Liasondienst	fachärztliche Mitbetreuung während eines KH-Aufenthaltes im Auftrag des behandelnden Arztes

VL 4: Ätiologie & Komorbidität

Historisches

Phrenologie	<ul style="list-style-type: none"> - F. J. Gall sah in Schädelform Zusammenhänge mit psychischen & persönlichkeitsbezogenen Merkmalen
Leib-Seele-Debatte	<ul style="list-style-type: none"> - ungeklärte Frage nach Kausalität & der Frage wie psychische Merkmale Zustände kommen - Verwandt mit der Debatte: Gen-Umwelt-Interaktion - <i>Dualistische Position</i>: Geist & Materie sind unterschiedliche Substanzen die in Wechselwirkung zueinander stehen - <i>Materialistische Position</i>: Psychisches Erleben ist abhängig von neuronalen Prozessen
Gehirnpsychiatrie	<ul style="list-style-type: none"> - nach 1850; Suche nach somatischen Ursachen psychischer Störungen - <i>Methodischer Materialismus</i>: Psychiatrie & Psychotherapie = empirische Wissenschaft, die soziale Einbindung & subjektives Erleben einbezieht - <i>Griesinger</i>: Geisteskrankheit = Gehirnkrankheit. Hirn als Ort des Irreseins. Über das Geschehen in der Seele, kann keine Sichtweise Auskunft geben
Decade of the Brain	<ul style="list-style-type: none"> - Initiative zur Intensivierung neurowissenschaftlicher Forschung

Biopsychosoziale Perspektive

Biologische Ebene	<ul style="list-style-type: none"> - Genetische Faktoren - Neurotransmission - Anatomie des Gehirns
Psychische Ebene	<ul style="list-style-type: none"> - Kognitive Verzerrungen - Vermeidungsverhalten
Soziale Aspekte	<ul style="list-style-type: none"> - Traumata - Negative Lebenserfahrungen - Zwischenmenschliche Probleme

Ätiologie	<ul style="list-style-type: none"> - Wissenschaftliche Erklärung der Krankheitsentstehung - umfasst alle relevanten Faktoren, die distal/ proximal mit Erkrankungsbeginn verbunden sind - <i>Kriterien:</i> Disposition (genetisch, Persönlichkeitsstruktur); Auslösung (psychoreaktiv, somatisch, therapeutisch); Verlauf (morbogen, psychoreaktiv, sozial, therapeutisch)
Komorbidität	Mehrfachkodierung von Diagnosen bei einer Person
Komorbiditätsprinzip	<ul style="list-style-type: none"> - Auftreten mehrerer Störungen - keine Beziehungen zwischen den Störungen - Jedoch steigen die Komorbiditätsraten mit Intensität des Behandlungssettings und es gibt deutliche Unterschiede im Auftreten komorbider Störungen - im Durchschnitt ist jeder zweite Patient komorbid, wobei subsyndromale Störungen nicht erfasst wurden

Mögliche Beziehungen zwischen komorbiden Strg	<ul style="list-style-type: none"> - unabhängig & zufällig - gemeinsame biologische/ psychosoziale Vulnerabilität - funktionale Beziehung - kausale Beziehung
Risikofaktoren	<ul style="list-style-type: none"> - Biologische: gemeinsame Endophänotypen für komorbide BPS & Depression: Störung des serotonergen Systems - psychologische: Neurotizismus, Stresstoleranz - Umweltfaktoren: Stress, Trauma, Bedürfnisdeprivation - Anlage-Umwelt-Interaktion: Kombination aus frühkindlichem Trauma und adolszentem Cannabiskonsum → erhöhtes Psychoserisiko

Funktionsmodell des psychischen Geschehens (Grawe, 2004)

<p>Grundbedürfnisse</p> <p>wirken durch Streben nach Befriedigung auf</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Kontrollbedürfnis - Lustgewinn/ Unlustvermeidung - Bindungsbedürfnis - Selbstwerterhöhung
<p>Motivationale Schemata</p> <p>wirken auf</p> <p>Systemebene & Grundbedürfnisse</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Annäherungsziele - Vermeidungsziele <p>→ Streben nach Konsistenz und Einwirken auf Grundbedürfnisse</p> <p>→ Rückmeldung über Bedürfnisbefriedigung</p>
<p>Erleben & Verhalten</p>	<p>Aktivierung motivationale Schemata und Rückmeldung der Realisierung</p>

- Organismus strebt nach Konsistenz
- je höher die Konsistenz, desto gesünder der Organismus
- *Motivationale Schemata* sind Mittel um Grundbedürfnisse zu befriedigen & vor Verletzung zu schützen
- *Annäherungsziele*: dienen der Erfüllung von Grundbedürfnissen
- *Vermeidungsziele*: Schutz vor Verletzung/ Bedrohung/ Enttäuschung

Weitere Bestandteile der Konsistenztheorie

<p>Neurobiologische Faktoren</p>	<p>Bedürfnisdeprivation → Stress → Hochregulierung der Amygdala → Cortisolausschüttung → Toxizität im Hippocampus → Degeneration</p> <p>→ Entstehung einer vulnerablen Emotionsregulation, die für psychische Störungen anfällig macht</p>
<p>Unspezifische Vulnerabilität</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Störung der Affektregulation - Impulskontrolle - Kognitive Disinhibition - Mangelnde Stresstoleranz - Emotionale Instabilität

VL 5: Diagnose

<p>Diagnosen in der Praxis</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Idee ist die Vereinheitlichung der Diagnosestellung, sodass alle das Gleiche darunter verstehen in Bezug auf Behandlung und Prognose - Leitlinien verschiedener Fachgesellschaften. (→ unterscheiden sich!)
<p>Diagnosen in der Forschung</p>	<p>Forschung sollte ein Wegweiser sein für die klinische Praxis und sich hierfür an vordefinierten Diagnosen orientieren</p>

Entstehung ICD / DSM

Kraepelin	<p>Endogene Psychosen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dementia Praecox (Schizophrenie) - Manisch-Depressives Irresein <ul style="list-style-type: none"> - bipolar - Depression - Manie - erstes Klassifikationssystem, als Grundlagen eines medizinischen Krankheitsmodells psychischer Störungen <ul style="list-style-type: none"> - Einführung des Syndrombegriffs
Bleuler	<p>3 Symptomgruppen (Depressive Trias)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Depressive Stimmung - Hemmung des Gedankengangs - Hemmung der zentralen Funktionen des Entschließen, Handelns inkl. der psychischen Teile der Mobilität
Volkszählungen/ Census	<ul style="list-style-type: none"> - 1840/ USA. Ursprung zur Beschreibung von Menschengruppen/ psychischen Erkrankungen - 1880: 7 Diagnosen - 1920: 22 Diagnosen
1893	Causes of Death: Vorläufer ICD
1948: ICD 6	<ul style="list-style-type: none"> - Zusammenlegung mehrerer Diagnostiksysteme um Diagnostik zu vereinheitlichen und vergleichbar zu machen - ICD 11 für 2018 geplant
1952: DSM I	<ul style="list-style-type: none"> - Orientierung an Interventionsmöglichkeiten & Patienten - basierte auf RDoC - DSM V 2015
1978: NIMH	<p>Research Diagnostic Criteria (nicht mehr in Verwendung)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ziel: internationale Vergleichbarkeit der Diagnosen in der Forschung - neue Entwicklung: Research Domain Criteria <ul style="list-style-type: none"> - stärker Berücksichtigung dimensionaler und störungsübergreifender Aspekte - Multiple Methoden für Diagnosestellung - Einbezug von Umwelteinflüssen

Änderungen DSM IV zu DSM V	<ul style="list-style-type: none"> - multiaxiales System wird nicht fortgeführt (wurde kaum genutzt) <ul style="list-style-type: none"> - Achsen I-III in monoaxiales System integriert - Erhebung des psychosozialen Funktionsniveaus & globales Funktionsniveau → Verweis auf andere Instrumente - Unterscheidung zwischen unspezifizierten Störungen und anderen spezifizierten Störungen - Berücksichtigung von Alter, Geschlecht, Kultur - Umstellung von Ziffern auf arabische Zahlen - diverse Änderungen in Diagnosekriterien
---------------------------------------	---

DALY	Disability-adjusted life years (behinderungsbereinigtes Lebensjahr) <ul style="list-style-type: none"> - Erfassung der Sterblichkeit & Beeinträchtigung des beschwerdefreien Leben durch Krankheit - ermöglicht Länder-/ Kulturübergreifenden Einsatz - -> unipolare Major Depression an zweiter Stelle der Lebensjahre die man durch eine Erkrankung verliert
Top 10 Störungen	<ul style="list-style-type: none"> - Depression - Alkoholgebrauchsstörungen - spezifische Phobien - Soziale Phobien - Verhaltensstörungen - oppositionelles Verhalten - ADHS - Drogenmissbrauch - PTBS - Generalisierte Angststörung

DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie & Nervenheilkunde
BÄK	Bundesärztekammer
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften
DAGSHG	Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen
DGRW	Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften
BPtK	Bundespsychotherapeutenkammer
BApK	Bundeverband der Angehörigen psychisch kranker
DGPM	Deutsche Gesellschaft für psychosomatische Medizin & ärztliche Psychotherapie
Akte	Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

VL 6: Schizophrenie

Differentialdiagnostik, Schizoaffektive Störung, Delir, Hirnorganische Störung

Psychotische Störungen nach DSM IV	<ul style="list-style-type: none"> - Schizophrenie - Schizophreniforme Störung - Schizoaffektive Störung - Wahnhafte Störung - Kurze psychotische Störung - gemeinsame psychotische Störung - Psychotische Störung aufgrund medizinischer Krankheitsfaktoren - Substanzinduzierte psychotische Störung
Kernsymptome	<ul style="list-style-type: none"> - positive Symptome: Symptome der akuten Psychose (<i>Halluzination, Wahn, Zerfall der Assoziationen, Denkzerfahrenheit, bizarres Ausdrucksverhalten</i>) - negative Symptome: Verminderung einer normalen Funktion (Affektverarmung, Kontaktmangel, Apathie, Aktivitätsminderung, Verlangsamung kognitiver Prozesse)

Allgemeine Kriterien für Schizophrenie (F20.0-F20.3)

G1 1. (mind. 1)	<ul style="list-style-type: none"> a) Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung, Gedankenentzug oder Gedankenausbreitung b) Kontrollwahn, Beeinflussungswahn, Gefühl des Gemachten, deutliche Bezogenheit auf Körper-/Gliederbewegungen/ bestimmte Gedanken/ Tätigkeiten/ Empfindungen, Wahnwahrnehmung c) kommentierende/ dialogisierende Stimmen d) anhaltender (kulturell unangenehmere) Wahn
ODER:	
G1 2 (mind. 2)	<ul style="list-style-type: none"> a) anhaltende Halluzinationen jeder Sinnesmodalität. Täglich mind. 1 Monat. Begleitet von undeutlich ausgebildeten Wahngedanken b) Neologismen, Gedankenabreißen, Einschreibungen in Gedankenfluss c) katatone Symptome d) ‚negative‘ Symptome
G3	<p>Ausschlussvorbehalt</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bei gleichzeitigem Auftreten affektiver Symptomatik müssen Kriterien aus G1 vorher vorgelegen haben 2. Keine Zuordnung zu organischer Hirnerkrankung, Intoxikation, Abhängigkeitssyndrom oder Entzugssyndrom möglich
F20.0	Paranoide Schizophrenie: beständige, häufig paranoide Wahnvorstellungen

F20.1	<p>Hebephrene Schizophrenie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Affektive Veränderungen. - Wahnvorstellungen/ Halluzinationen bruchstückhaft. - Verhalten verantwortungslos & unvorhersehbar - Stimmung flach und unangemessen - Soziale Isolation - Prognose eher schlecht. - idR nur Jugendliche/ junge Erwachsene diagnostiziert
F20.2	<p>Katatone Schizophrenie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - psychomotorische Störungen: Erregung/ Stupor, Befehlsautomatismen/ Negativismus - Zwangshaltungen/ -stellungen können lange Zeit beibehalten werden
F20.3	<p>Undifferenzierte Schizophrenie: Erfüllen Allgmeinkriterien, ohne einer Unterform zu entsprechen</p>
F20.4	<p>Postschizophrene Depression. Erhöhtes Suizidrisiko</p>
F20.5	<p>Schizophrenes Residuum. Eindeutige Verschlechterung von früherem zu späterem Stadium</p>
F20.6	<p>Schizophrenia Simplex. Charakteristische Negativsymptomatik entwickelt sich ohne vorhergehende produktive psychotische Symptome</p>

F21	<p>Schizotype Störung</p> <ul style="list-style-type: none"> - exzentrisches Verhalten - Anomalien des Denkens & der Stimmung - sonderbare Ansichten & magisches Denken - ungewöhnliche Wahrnehmungen und quasi-psychotische Episoden
F22	<p>Anhaltende wahnhaftige Störung</p> <ul style="list-style-type: none"> - lange andauernder Wahn ohne Halluzinationen
F23	<p>Akute vorübergehende psychotische Störungen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entwicklung psychotischer Symptome innerhalb von 2 Wochen oder weniger - keine Hinweise für organische Verursachung - vollständige Besserung idR innerhalb weniger Monate, oft innerhalb Wochen/ Tage - kann im Zusammenhang mit akuter Belastung stehen (innerhalb zwei Wochen vor Beginn der Störung)

F25	<p>Schizoaffektive Störungen</p> <p>G1: Kriterien für affektive Störung (F30-F32) mittelgradig oder schwer erfüllt</p> <p>G2: Symptome aus mindestens einer Symptomgruppe</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung, Gedankenentzug, Gedankenausbreitung 2. Kontrollwahn, Beeinflussungswahn, Gefühl des Gemachten 3. kommentierende/ dialogisierende Stimmen 4. anhaltender (kulturell unangemessener) unrealistischer Wahn 5. Danebengehen, zerfahrene Sprache, häufig Neologismen 6. intermittierendes Auftreten katatoner Symptome <p>G3: Kriterien G1 & G2 müssen während derselben Störungsperiode und wenigstens für einige Zeit gleichzeitig erfüllt sein</p> <p>G4: Ausschluss: organische Krankheit des Hirns, psychotrope Substanzen</p>
Unterformen	<ul style="list-style-type: none"> - F25.0 Schizoaffektive Störung ggwärtig manisch - F25.1 gegenwärtig depressiv - F25.2 gemischte schizoaffektive Störung

Delir	<p><i>F05</i> Delir nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt</p> <ul style="list-style-type: none"> - Störungen des Bewusstseins, Aufmerksamkeit, Wahrnehmung, Denken, Gedächtnis, Psychomotorik, Emotionalität, Schlaf-Wach-Rhythmus - Dauer: Stunden bis 6 Monate - Ursache: Medikamente, Elektrolyt-Entgleisung, Fieber, postoperativ, Intoxikation <p><i>F1x.4</i> Entzugssyndrom mit Delir</p>
--------------	--

Hirnorganische Störung	<p>F06 Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung/ Funktionsstörungen des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Objektiver Nachweis einer zerebralen Krankheit/ Schädigung/ Funktionsstörung 2. wahrscheinlicher Zusammenhang zwischen Krankheitsentwicklung und psychischer Symptome 3. Rückbildung/ Besserung der psychischen Störung nach Rückbildung der vermuteten organischen Ursache 4. kein ausreichender Beleg für eine andere Verursachung der psychischen Störung
Unterformen	<ul style="list-style-type: none"> - F06.0 organische Halluzinose - F06.1 organische katatone Störung - F06.2 organische wahnhaft (schizophreniforme) Störung - F06.3 organische affektive Störung

VL 7: Psychosen II

Früherkennung & aktuelle Therapie/- Forschungsansätze

Prodromalphase	<ul style="list-style-type: none"> - dauert im Schnitt 5 Jahre - wird von 73% der Stichprobenpatienten durchlaufen - beginnt bei ersten unspezifischen Symptomen und endet bei erstem positiven Symptom - DSM V: Risikozustand für Entwicklung einer Psychose - <i>Trema</i>: Delusional Mood
Psychotische Vorphase	<ul style="list-style-type: none"> - durchschnittliche Dauer von 1,1 Jahren - Wahnvorstellungen, Halluzinationen, Denkstörungen. - reicht bis zum Höhepunkt der ersten Episode - <i>Apophany</i>: Delusion as revelation (Aha-Erlebnis, Wahneinfall)
Latenzphase	<ul style="list-style-type: none"> - Dauer im Schnitt 0,2 Jahre - Zeit die bis zur Erstaufnahme in Klinik vergeht.
Psychose	<ul style="list-style-type: none"> - Schwere Geisteskrankheit mit Realitätsverlust - Differenzierung zwischen Affektiven und schizophrenen Psychosen
Schizophrenie	<ul style="list-style-type: none"> - Gruppe schwerer psychischer Krankheitsbilder. - Gehirnkrankheit, die vorwiegend anhand psychopathologischer Kriterien diagnostiziert wird <i>vs.</i> keine Existenz als Krankheit (deconstrucion psychosis) <i>vs.</i> Übergang in gesunden Bereich

4 Stufen der Prodromalphase (Delusional Mood)

Kognitive Defizite	<ul style="list-style-type: none"> - bleiben stabil bestehen unabhängig von weiterem Verlauf - je stärker hier der Einbruch, desto schwerer der Verlauf
Affektive Störung	<ul style="list-style-type: none"> - häufig zunächst in Behandlung wegen Depression - subtile Veränderungen die noch nicht richtig greifbar sind
Soziale Isolation	<ul style="list-style-type: none"> - Bei Bleuler: Autismus - häufig Beschäftigung mit neuen Themen
Leistungsknick	<ul style="list-style-type: none"> - plötzliches Absacken der Noten ohne erkennbaren Trigger

Wahnentwicklung (siehe AMDP)	<ul style="list-style-type: none"> - Wahnstimmung - Wahneinfall - Wahnwahrnehmung - Wahnarbeit - Wahnsystem - Wahndynamik (qualitatives Merkmal)
Frühwarnzeichen	<ul style="list-style-type: none"> - unspezifische Stresssymptome: Warnsignale für Überlastungen und Beginn einer ernsthaften Krise - interindividuell unterschiedlich: fehlende Spezifität

<p>Psychoseferne Risikosymptome</p>	<ul style="list-style-type: none"> - frühe subjektive störende kognitive Symptome - Gedankeninterferenz - zwangsähnliches perseverieren bestimmter Inhalte - Gedankendrängen/ Gedankenjagen/ Gedankenblockade - Störung rezeptiver Sprache - Störung Wahrnehmungsdiskrimination - Eigenbeziehungstendenzen - Derealisation - optische und akustische Wahrnehmungsstörungen
<p>Psychosenahe</p>	<p><i>Attentuierte psychotische Symptome</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Beziehungsideen - eigentümliche Vorstellungen/ magisches Denken - ungewöhnliche Wahrnehmungserlebnisse - eigenartige Sprech-/ Denkweise - Paranoide Ideen <p><i>BLIPS (brief limited intermittent psychotic symptoms)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - vorübergehende psychotische Symptome mit spontaner Remission <p><i>Biologische Belastung:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - familiäre Belastung durch Verwandte ersten Grades oder schizotype PKS
<p>Störungen der soziale Kognition</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Depersonalisation (Personenbezug, Mentalising) - Wahn & Interaktions-/ Kommunikationsstörung (Selbst-Fremd-Austausch) - Derealisation (Weltbezug) - Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit (intuitiv, präreflexiv, automatisch) - Ichstörungen (Selbst-Fremd-Differenzierung)

<p>Bedeutung des Verlaufs für Diagnostik</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Heterogenität schizophrener Psychosen erschweren Diagnostik - aktuelle Bemühungen zielen auf Bildung subtypischer Verlaufsformen <ul style="list-style-type: none"> - ungünstige chronische Verläufe die in eigenartige Schwachzustände münden - episodische Verläufe mit Volldemission oder Residuum - dimensionaler Ansatz - Kritik: <ul style="list-style-type: none"> - bildet Verlauf nicht adäquat ab - differenzierte Einordnung der Psychopathologie im Querschnitt (Positiv-/ Negativsymptome, Desorganisation, Depression)
---	--

VL 8: Affektive Störungen Teil 1

Depression	<ul style="list-style-type: none"> - Prävalenz: <ul style="list-style-type: none"> - Lebenszeitprävalenz: 13-20% (Frauen : Männer 14,3% : 5,7%) - 12-Monatsprävalenz 4-11% - In Hausarztpraxen 10% (4,3% schwere depressive Episode; 50% rezidiv) - Altersdepression 8,8 - 23,6% - Epidemiologie: <ul style="list-style-type: none"> - Alter Erstmanifestation ca. 30J. - Komorbiditäten: Karzinom (25-40%); M. Parkinson (35-40%); Schlaganfall (25-35%); Epilepsie (20-30%); Myokardinfarkt (20%); Dialyse (10-20%); Diabetes mellitus (10%) - Genetik: Risiko bei Angehörigen 1.Grades auf 20% erhöht. Eineiige Zwillinge 30-50% Konkordanzrate
Dysthymia	<ul style="list-style-type: none"> - Lebenszeitprävalenz 2,5 - 20,6 % - Frauen : Männer 3,3% : 1,6%
Bipolar Affektive Störungen	<ul style="list-style-type: none"> - Prävalenz <ul style="list-style-type: none"> - Punktprävalenz B1/ B2 jeweils 1,5-3% - 12-Monatsprävalenz: 1% - Lebenszeitprävalenz: 1,5-1% (Frauen = Männer) - Epidemiologie: <ul style="list-style-type: none"> - Erstmanifestation: 18-24LJ - Normalbevölkerung 1% - Verwandte 1. Grades: 10fach erhöht - Vererbarkeit 80%
Zyklothymia	<ul style="list-style-type: none"> - Punktprävalenz bis 5%

F30	<p>Manische Episode</p> <p>A: Ausgeprägte Periode abnormer ständig gehobener, überschwänglicher oder gereizter Stimmung, die <i>über eine Woche</i> dauert.</p> <p>B: 3+ Symptome:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. gesteigerte Aktivität & motorische Ruhelosigkeit 2. Logorrhoe 3. Ideenflucht/ Gedankenrasen 4. Verlust sozialer Hemmungen 5. vermindertes Schlafbedürfnis 6. überhöhte Selbsteinschätzung/ Größenwahn 7. Ablenkbarkeit/ rapider Wechsel von Plänen 8. rücksichtsloses Verhalten 9. gesteigerte Libido/ sexuelle Taktlosigkeit <ul style="list-style-type: none"> - F30.0 Hypomanie (<i>über 4 d</i>) - F30.1 Manie ohne psychotische Symptome (kein Wahn, kein ursächlicher Substanzkonsum) - F30.3 Manie mit psychotischen Symptomen
------------	---

F31	Bipolare Affektive Störung <ul style="list-style-type: none">- F31.1 Bipolar 1 (bipolar affektive Störung, gegenwärtig manisch ohne psychotischen Symptomen): Mind. 1 manische und 1 depressive Episode- F31.8 Bipolar 2 (sonstige bipolare affektive Störung): Mind. 1 hypomane und 1 depressive Episode- F31.81 Rapid Cycling: mind. 4 Phasen pro Jahr<ul style="list-style-type: none">- Ultra RC: > 4 Episoden im Monat- Ultradian RC: > 4 Wechsel in der Woche
F32	Depressive Episode <p>A: Mindestens 2</p> <ul style="list-style-type: none">- depressive Stimmung in deutlich ungewöhnlichem Ausmaß- Interessen-/ Freudenverlust an normalerweise angenehmen Aktivitäten- verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit <p>B: Zusätzlich 2-4 (je nach Schweregrad)</p> <ul style="list-style-type: none">- Verlust des Selbstvertrauens/ Selbstwertgefühls- unbegründete Selbstvorwürfe, ausgeprägte unangemessene Schuldgefühle- wiederkehrende Suizidgedanken- vermindertes Denk-/ Konzentrationsvermögen- psychomotorische Agitiertheit oder Hemmung- Schlafstörungen- Appetitverlust <p>F32.0 Leichte Depressive Episode (A:2, B:2) F32.1 mittelgradig depressive Episode (A:2, B:3-4) F32.2 schwere depressive Episode ohne psychot. Sympt. (A3, B:>4) F32.3 schwere depressive Episode mit psychot. Sympt.</p>

F33	Rezidivierende depressive Störung
F34.0	Zyklothymia > 2 J. ständig schwankende leichte manische und depressive Stimmung
F34.1	Dysthymia A: konstante/ konstant wiederkehrende Depression > 2 Jahre. Normale Stimmungsphasen meist nur wenige Wochen. Keine hypomanen Episoden B: Keine (nur einzelne) Kriterien für leichte Depression erfüllt C: mind. 3 - verminderter Antrieb/ Aktivität - ausgeprägte Schlafstörungen - Verlust des Selbstvertrauens/ Gefühl von Unzulänglichkeit - Konzentrationsschwierigkeiten - Sozialer Rückzug - Interessenverlust an angenehmen Tätigkeiten - verminderte Gesprächigkeit - Pessimismus: Zukunft; Grübeln: Vergangenheit - Unvermögen Routineanforderungen zu leisten - Neigung zum Weinen - Hoffnungslosigkeit & Verzweiflung
F38.11	Saisonal Affektive Störung
F43.2	Anpassungsstörung A: Identifizierbare psychosoziale Belastung in nicht ungewöhnlichem Ausmaß. Beginn der Symptomatik <i>innerhalb von 4 Wochen</i> . B: Symptome wie F3, F4, F9 vorkommen. Kriterien der Störungen werden jeweils nicht erfüllt.
F43.0	Akute Belastungsreaktion A: Erleben außergewöhnlicher psychischer/ physischer Belastung B: Beginn der Symptome innerhalb 1h C: leicht (nur Sympt. aus Gruppe 1); mittel (Sympt. aus Gruppe 1 + 2 aus Gruppe 2); schwer (Gruppe 1 + 4 Gruppe 2 oder Stupor) - Gruppe 1: Symptome der generalisierten Angststörung - Gruppe 2: Sozialer Rückzug; Einengung Aufmerksamkeit; Desorganisation; Ärger; Verzweiflung/ Hoffnungslosigkeit; unangemessene/ sinnlose Überaktivität; unkontrollierbare & außergewöhnliche Trauer D: Abklingen der Symptome 8h nach Belastung. Bei anhaltender Belastung Habituation nach 48h E: Ausschlussvorbehalt

Neuronale Strukturen der Depression

<p>Amygdala</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Belohnungszentrum - überaktiv. Exzessive Reaktionen auf negative Erfahrungen - Verbindung zu Hirnregionen die physiologische und behaviorale Reaktionen auf emotionale Erfahrungen modulieren <ul style="list-style-type: none"> - Medialer präfrontaler Kortex - Nucleus Accumbens - Hippocampus - Insula
<p>Hippocampus</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Abspeichern/ Abrufen von Erinnerungen - zusammen mit medial präfrontalem Kortex sehr anfällig für Stresseffekte <ul style="list-style-type: none"> - Depression kann physische Veränderungen hervorrufen (Atrophie Hippocampus und medial-präfrontalem Kortex) - Depressive Personen sind anfälliger für Stress.
<p>M-p Kortex</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Modulation der Stärke einer Reaktion auf emotionale Stimuli
<p>Nucleus accumbens</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dopamin-D2-Rezeptoren - tiefe Hirnstimulation hilfreich?
<p>Stress</p>	<ul style="list-style-type: none"> - kann dazu führen dass neuronale Plastizität beeinflusst wird - geringere neuronale Verbindungen bei Depression - bei Depression werden weniger neue Neuronen im Hippocampus gebildet - reduzierte Plastizität → geringere Adaptionsfähigkeit Hippocampus → Anfälligkeit für Stress.... Teufelskreis

<p>Idee Antidepressiva</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dünger für die Neuriten - Modulation einer euthymen Stimmung. Wirkung verzögert, weil Bildung neuer Verknüpfungen erst statt finden muss - EKT bewirkt auch mehr neuroyale Plastizität - bewirkt, dass zwischen Neuronen bessere Kontakte bestehen und Stimmung wieder transportiert werden kann
<p>Leitlinie AD</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Episode: nach Remission 1 Jahre weiter einnehmen 2. Episode: nach Remission 2 Jahre weiter einnehmen
<p>Behandlungsalgorithmus Depression</p>	<p>nach Aufklärung & Psychoedukation und partizipative Entscheidung...</p> <ul style="list-style-type: none"> - leichte Depression: 14 Tage aktiv abwarten → Psychotherapie (oder Psychopharmaka) - mittelgradige Depression: Psychopharmaka oder Psychotherapie - schwere Depression: Psychotherapie & Psychopharmaka <p>→ Monitoring 1 x Woche/ Wirksamkeitsüberprüfung nach 3-4 Wochen</p> <ul style="list-style-type: none"> - bei Besserung >50% Fortsetzung der Therapie; Monitoring 2-4 Wochen - bei Besserung < 50% Therapieanpassung; Monitoren alle 1-2 Wochen

Algorithmus Antidepressiva	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monotherapie (4 Wochen) → Lithium dazu (4 W.) → Lithium Mono (2 W.) → Tranylcypromin (Mao-Hemmer; 2 W) → MAO-Hemmer Hochdosis (2W.) → EKT 2. Monotherapie (4 W.) → AD-Hochdosis (4 W.) → Lithium dazu (2.W) → weiter wie 1. 3. Monotherapie (4 W.) → Wechsel AD (4 W.) → Lithium dazu (2 W.)weiter wie 1.
Medikamente Manie	<p>Level 1: Aripiprazol, Lithium, Risperidon, Valproat, Ziprasidon</p> <p>Level 2: Teilresponse: Dosisoptimierung; Non-Response: Präparatwechsel oder Add-on</p> <p>Level 3: Add-on</p> <p>Level 4: Kombinationswechsel</p> <p>Level 5: Restart Level 2; Kombinationswechsel, Clozapin oder EKT</p>
Antidepressiva Klassen	<ul style="list-style-type: none"> - Trizyklika - MAO-Hemmer - SSRI - SNRI - Autorezeptor Blocker - Andere

Response	Symptomreduktion um 50%
Remission	Vollständige Wiederherstellung
Rückfall	Wiederauftreten der Symptome während der Erhaltungstherapie
Vollständige Genesung	Symptomfreiheit über 6 Monate
Rezidiv	Wiederauftreten der Symptome nach Genesung

< 20% Symptomlinderung	keine Wirkung
20-50% SL	minimaler Effekt
>50% SL	Teilremission
100% SL	Vollremission

VL 9: Gesetzliche Betreuung, Privatsolvenz, Schuldnerberatung

Suchterkrankung & PT	<ul style="list-style-type: none"> - ambulante PT für Alkohol-, Drogen-, Medikamentenabhängige Patienten ausnahmsweise möglich, wenn noch keine Suchtmittelfreiheit vorliegt. - Ausnahmeregelung greift nur dann, wenn Patient Schritte Richtung Abstinenz herbeigeführt hat - Suchtmittelfreiheit muss bis zum Ende von 10 Behandlungsstunden erreicht werden - Opiatabhängige Personen in Substitutionsgestützter Behandlung können ambulante PT wahrnehmen, sofern Beigebruch ausgeschlossen wird.
Behandlungselemente Sucht	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Bio</i>: Suchtspezifische Medikation; Somatische Begleitbehandlung - <i>Psycho</i>: Suchtspezifische Therapie; PT (ts, amb); Angehörigengruppen; Selbsthilfegruppen - <i>Sozial</i>: Akute Suchtspezifische Maßnahme; Berufliche Reha, Gesetzliche Betreuung; Privatsolvenz; WG - -> 4 Stufen der Suchttherapie: Entgiftung, Entzug, Entwöhnung, Nachsorge

Privatsolvenz	<ul style="list-style-type: none"> - Voraussetzung: Zahlungsunfähigkeit, weniger als 20 Gläubiger, keine selbstständige Tätigkeit
Phase 1	<p>Aussergerichtliche Einigung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Versuch sich mit Gläubigern auf Tilgungsplan zu einigen - Bescheinigung durch geeignete Person, dass Einigung nicht gefunden werden konnte
Phase 2	<p>Schuldenbereinigungsplan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beantragung eines Verbraucherinsolvenzverfahrens - Zweiter Versuch einer einvernehmlichen Schuldenbereinigung
Phase 3	<p>Restschuldbefreiung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nicht zulässig wenn, in vergangenen 3 Jahren falsche Angaben über wirtschaftl. Verhältnisse gemacht wurden/ im letzten Jahr unangemessene Verbindlichkeiten eingegangen wurden/ Konkursbetrug - Antrag auf Stundung der Verfahrenskosten möglich - Wohlverhaltensphase: angemessene Erwerbstätigkeit, Herausgabe der Hälfte des ererbten Vermögens, AG muss pfändbaren Anteil des Gehaltes an Treuhänder abführen (72 Monate)

Gesetzliche Betreuung	<p>§ 1896 BGB: Rechtliche Betreuung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antrag kann auch von Geschäftsunfähigem gestellt werden - nicht möglich gegen den Willen des Volljährigen - Betreuung nur für Aufgabenkreise, in denen Betreuung erforderlich ist - Betreuer ist gegenüber Betreutem zur Beachtung des Willens verpflichtet (Ausnahme § 1903 BGB)
Gängige Bereiche der Betreuung (§1896)	<ul style="list-style-type: none"> - Gesundheitspflege - Aufenthaltsbestimmung - Wohnungsangelegenheiten - Vertretung in gerichtlichen Verfahren - Vermögenssorge - Vertretung gegenüber Behörden
Zwangsmaßnahme	<p>§ 1906 Abs. 3 BGB</p> <ul style="list-style-type: none"> - bei Nichterkennen der Notwendigkeit der ärztlichen Maßnahme - nachdem Überzeugungsversuche geleistet wurden - Zwangsmaßnahme ist zum Wohl des Betreuten erforderlich um erheblichen gesundheitlichen Schaden abzuwenden - drohender Schaden ist nicht durch andere zumutbare Maßnahme abzuwenden - erwarteter Nutzen übersteigt Beeinträchtigung deutlich
Maßregeln des Familiengerichtes	<p>§ 1846 BGB</p> <p>Sofern Vormund noch nicht bestellt oder Vormund verhindert ist, übernimmt Familiengericht die Interessenübernahme des Betroffenen</p>
Einwilligungsvorbehalt	<p>§ 1903 BGB: Einwilligungsvorbehalt</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zur Gefahrenabwendung muss Betreuer den Betreuer bei Willenserklärung (Kaufvertrag) um Einwilligung fragen - Erstreckt sich nicht auf Ehe & Tod

Zwangsernährung	<ul style="list-style-type: none"> - bei BMI < 13 gegen den Willen der Patientin aus medizinischer und ethischer Sicht gegeben - Einwilligung kann durch Betreuer nach § 1906 BGB erfolgen.
Magensonden	<ul style="list-style-type: none"> - kurzfristige Maßnahme um ausreichende Ernährungs-/ Flüssigkeitszufuhr sicherzustellen - nasogastral, PEG

Hausarztmodell	<ul style="list-style-type: none"> - Patienten müssen bei gesundheitlichen Beschwerden zunächst ihren Hausarzt aufsuchen (Ausnahme: Notfälle) - Patienten müssen sich für mindestens ein Jahr beim Hausarzt einschreiben. - Hausärzte müssen sich bei den Krankenkassen hierfür einschreiben lassen - Hausarzt übernimmt Behandlung und überweist bei Bedarf an Fachärzte <ul style="list-style-type: none"> - Lotsenfunktion soll Mehrfachuntersuchungen und vermeidbare Wechselwirkungen reduzieren
-----------------------	---

Lohnfortzahlung im Krankheitsfall	<ul style="list-style-type: none"> - seit 1994 im Entgeltfortzahlungsgesetz geregelt - Anspruch haben alle Arbeitnehmer und Auszubildende ab der 5. Woche im Arbeits-/ Ausbildungsverhältnis - Dauer von 6 Wochen (danach Krankengeld von Krankenkasse). Anspruch auf 6 Wochen besteht erneut, wenn er innerhalb von 6 Monaten vor 2. AU nicht wegen derselben Erkrankung AU war. - Auch Studentenjob und Minijob haben Anspruch darauf, sofern Arbeitsverhältnis seit mindestens 4 Wochen besteht. - AN muss arbeitsunfähig (als Folge von Krankheit) sein. - AU darf nicht selbst verschuldet sein - AN erhält grundsätzlich die Vergütung, die er ohne Krankheit erhalten hätte (ohne Zuschläge)
Krankenhausstrukturgesetz	<p>Gesetz zur Reform der Strukturen der KH-Versorgung. Änderungen zu KH-Finanzierung</p>
SGB V	<p>Sozialgesetzbuch Teil 5: Gesetzliche Krankenversicherung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Krankenkassen & Leistungserbringer haben Versorgung der Versicherten nach aktuellem Stand der Wissenschaft zu gewährleisten. - Versorgung muss ausreichend & zweckmäßig sein
Sozialrechtliche Anerkennung PT	<ul style="list-style-type: none"> - Approbation - Zulassung von GKV - Richtlinienverfahren (analytische PT, tiefenpsychologisch fundierte PT, VT)

PsychThG §3	<p>Ausübung von PT ist jede Tätigkeit (mittel wiss. anerkannter psychotherapeutische Verfahren) zur Feststellung, Heilung, Linderung von Störungen mit Krankheitswert (Anwendung anerkannter Methoden!)</p>
HPG §1	<ul style="list-style-type: none"> - Ausübung von Heilkunde ohne Arzt zu sein bedarf einer Erlaubnis - Heilkunde ist jede (berufs-/ gewerbemäßig) vorgenommene Heilkunde zur Feststellung, Heilung, Linderung von Krankheiten, Leiden, Körperschäden. (Anwendung jeder Methode möglich)

VL 10: Tod, Trauer, Notfallpsychologie & Supporte Psychotherapie

Gründe für Psychotherapie	<ul style="list-style-type: none"> - Psychische Probleme 62% - Beziehungsprobleme, Trennung, Einsamkeit 53% - Persönlichkeitsentwicklung, Selbstverwirklichung 49% - Familienprobleme 45% - Körperliche Beschwerden 38% - Sinnsuche 37% - Arbeitsprobleme 21% - Tod nachessender Personen 12% - Süchte 7% - Sonstiges 7%
----------------------------------	--

Trauerprozess (Horowitz)

Heftige Affekte	Heftige Gefühle vs. <i>Überwältigende Gefühle/ Panik/ dissoziative Symptome</i>
Verleugnung	Meidung von Erinnerung/ sozialer Rückzug/ emotionale Taubheit vs. <i>Meidung von Erinnerungen/ Fugues/ Vermeidung mit phobischem Charakter</i>
Intrusionen	Eindringliche positiver & negativer Erinnerungsbilder (→ Konzentrationsstörungen) vs. <i>Überflutung durch negative Gefühle/ Erinnerungen/ körperliche Erschöpfung als Folge von Übererregbarkeit</i>
Durcharbeiten	Vermeidende & intrusive Phänomene (nicht mehr so intensiv wie zuvor)/ Akzeptanz des Verlustes/ Hinwendung zu aktuellen Lebensaufgaben vs. <i>Unvermögen den Verlust zu integrieren</i>

Trauerprozess: Übergangszustand zwischen Wissen um Verlust und Akzeptanz des Verlustes. Ermöglicht Wechsel zwischen rückwärtsgerichteter Beschäftigung mit Verlust und zukunftsorientierter Perspektive auf kommende Aufgabe.

Komplizierte Trauer (Horowitz)	<p>A) Ereigniskriterium: Trauer muss mind. 14 Monat zurückliegen.</p> <p>B) Innerhalb der letzten drei Monate tägliches Auftreten 3 von 7 Anzeichen in einer Intensität die das tägliche Funktionieren beeinträchtigen</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Intrusive Phänomene:</i> Intrusive Phantasien; Erinnerungsattacken/ emotionale Schübe; Sehnsucht nach Person - <i>Anzeichen von Vermeidung & Anpassungsprobleme:</i> Einsamkeit/ Gefühl innerer Leere; Exzessives Vermeiden von anderen Personen; Unüblich starke Schlafschwierigkeiten; Verlust des Interesses an Arbeit/ sozialen Aktivitäten/ sozialen Verpflichtungen in maladaptiven Ausmaß
Komplizierte Trauer (Prigerson)	<p>A) 3 von 4 Symptomen nach Tod einer nahestehenden Person</p> <ul style="list-style-type: none"> - intrusive Gedanken - Sehnen/ Verlangen nach verstorbener Person - Suche nach verstorbener Person - Einsamkeit in Folge des Verlustes <p>B) Als Reaktion des Verlustes 4 von 8 Symptome</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gefühl das Leben zwecklos/ Zukunft sinnlos ist - Gefühl emotionaler Taubheit - Schwierigkeiten der Akzeptanz - Gefühl Leben sei sinnlos & leer - Gefühl, ein Teil von einem selbst sei gestorben - zerbrochenes Lebensgefühl/ Lebensperspektive - Übernahme von Verhaltensweise des Verstorbenen - exzessive Reizbarkeit <p>C) Symptome während mind. 2 Monate</p> <p>D) Verursachung klinisch relevanter Einbußen psychischen Funktionierens</p>
Persistent Complex Bereavement Disorder	<p>Anhaltende komplexe Trauer (DSM 5)</p> <p>B) Seit dem Verlust über 12 Monate 1 von 4 Kriterien</p> <ul style="list-style-type: none"> - persistierende Sehnsucht nach Verstorbenem - intensiver Kummer und emotionaler Schmerz als Antwort auf Tod

	<ul style="list-style-type: none"> - gedankliche Beschäftigung mit Verstorbenem - gedankliche Beschäftigung mit Todesumständen <p>C) Seit dem Verlust mind. 6 von 12 an mehreren Tagen der Woche. Persistierend für mind. 12 Monate</p> <ul style="list-style-type: none"> - deutliche Schwierigkeiten in Akzeptanz des Todes - Unglaube oder emotionale Taubheit - Schwierigkeiten sich an positive Dinge mit dem Verstorbenen zu erinnern - Verbitterung oder Wut bezogen auf den Tod - maladaptive Bewertung der eigenen Person in Beziehung zum Verstorbenen oder dem Tod (Selbstbeschuldigung) - exzessive Vermeidung von Erinnerungen an Verlust - Wunsch zu sterben um mit Verstorbenen wieder vereint zu werden - Gefühl des Alleinseins oder von anderen isoliert zu sein seit dem Tod - Gefühl der Bedeutungslosigkeit des Lebens oder Leere ohne den Verstorbenen oder Glaube, nicht funktionieren zu können ohne den anderen - Verwirrung über die eigene Rolle im Leben oder verminderter Bedeutung der eigenen Person - Schwierigkeiten oder Widerwille Interessen/ Hobbies fortzuführen oder Zukunft zu planen seit dem Verlust
--	---

Anpassungsstörungen	<ul style="list-style-type: none"> - Zustände subjektiver Bedrängnis & emotionaler Beeinträchtigung. - Behinderung sozialer Funktionen und Leistungen - treten während oder nach entscheidender Lebensveränderung oder nach belastenden Lebensereignissen auf - Störungen des Sozialverhaltens können besonders bei Jugendlichen zusätzliches Symptom sein - Alternativdiagnose: Z 63.4 Andere Kontakthanlässe mit Bezug auf engeren Familienkreis (Verschwinden oder vermuteter Tod eines Angehörigen)
Belastungssituationen	<p>Akute Belastungen und akute Stressoren sind Belastungen für Betroffene & Helferinnen</p> <p>→ es geht um subjektive Bewertung. Es gibt so gut wie keine objektiven Traumata</p>
Trauer	<ul style="list-style-type: none"> - Hilflosigkeit - Trauer als generalisierte Angst - Verarbeitung: Neu-Orientierung in der Welt - Qualität der Intrusionen: Erinnerung an Verstorbenen, positive Erinnerungen, Erhaltung der Erinnerungen
Trauma	<ul style="list-style-type: none"> - übersteigt Bandbreite des normalen Erlebens - Trauer ist ereignisbezogen - Verarbeitung: Verarbeitung des traumatischen Reizes - Qualität der Intrusionen: Durchleben des Traumas, negative Erinnerungen, Vermeidung der Erinnerung

Intrusion	Ungewolltes Wiedererleben
Flashback	Rückversetzung in die Situation und Wiedererleben wie im Film (Derealisation)

Notfall - Intervention	- <i>Debriefing</i> : Emotionale Erste Hilfe; Psychoedukation über Traumastörungen; Normalisierung des Erlebten; idR durch Notfallseelsorger oder Notfallpsychologen
PTBS-Empfehlungen	- Kontakt-/ Beziehungsaufnahme; Sicherheitsvermittlung; Stabilisierung/ Beruhigung/ Orientierung; Informationsaustausch; praktische Unterstützungsmaßnahmen; Vermittlung sozialer Unterstützung; Vermittlung weiterreichender Betreuungsangebote - Gefahr der Verschlechterung durch Bedrängen (mit Hilfe) bei akuter Belastungsreaktion

Supportive Psychotherapie

Grundzüge	- <i>Ziel</i> : Förderung des aktuellen Zustandes; schrittweise Verbesserung und Unterstützung selbstbestimmte Lebensführung - Interventionen die bei geringem psychosozialen/ wenig ausgeprägten Ressourcen/ herabgesetzte Reflektions-/Introspektions-/ Mentalisierungsfähigkeit - alltäglicher Probleme/ Schwierigkeiten - Herstellung eines möglichst selbstbestimmten Lebensvollzugs - Erleichterung der Anpassung an Umwelt/ Störung - Orientierung an Bedürfnissen der Patienten & Erschließen von Ressourcen
Abgrenzung	- TP/ PA sind nicht bei Patienten mit Strukturschwäche induziert. Einichtsorientierung -> bei schweren psychiatrischen Fällen nicht zielführend - Im Gegensatz zur VT wird positive Verstärkung auf basaleren Ebene eingesetzt. Zielführendes Alternativverhalten wird auf direkte Weise durch Anleitung angeregt. - Dritte Welle: Neuere Verfahren bedienen sich supportiver Techniken, arbeiten aber direkter.
Therapeutische Grundhaltung	- Empathie & authentische Wertschätzung - Fürsorgliche Direktivität - Lösungsorientierung
Rolle des Therapeuten	- Therapeut übernimmt Elternfunktion - Wertschätzung des Patienten und setzten von Grenzen - Therapeut als Lernmodell

Nutzung adaptiver Ressourcen	<ul style="list-style-type: none">- <i>intellektualisierte Pat.</i>: Kognitive Differenzierungsfähigkeit und Empfänglichkeit für theoretische Erklärungen- <i>narzisstische Pat.</i>: Durchsetzungsfähigkeit- <i>Dependente Pat.</i>: Beziehungsfähigkeit- <i>rigide & zwanghafte Pat.</i>: Fähigkeit zu Disziplin & Struktur- <i>Erschöpfungszustände</i>: generell Leistungsbereitschaft
Indikationskriterien	<ul style="list-style-type: none">- Introspektionsfähigkeit herabgesetzt- Strukturniveau herabgesetzt- Einschränkungen des psychosozialen Funktionsniveaus- eingeschränkter Zugang zu Ressourcen