

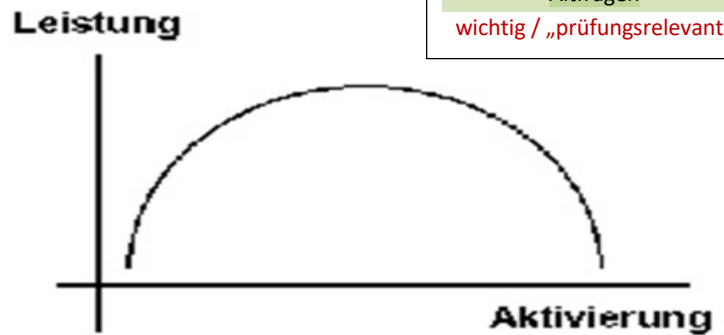
Psychologie in der Medizin	2
Psychische Gesundheit	3
1. Psychische Gesundheit.....	3
2. Psychische Gesundheit.....	3
3. Psychische Gesundheit.....	4
Sozialästhetik	5
1. Sozialästhetik als Wissenschaft	5
2. Sozialästhetik als Methode	6
3. Sozialästhetik als Tätigkeitsfeld.....	6
Klinische Psychologie	8
1. Begriffsbestimmung.....	8
2. Historische Herleitung.....	9
3. Modelle.....	9
Kognitives Modell	10
Diagnostik.....	10
Affektive Störungen	12
Psychoedukation.....	12
Kognitive Psychologie	12
Wahrnehmung.....	13
Aufmerksamkeit	14
Lernen	14
Emotion	15
Stress	15
Psychologisches Wohlbefinden.....	16
Psychiatrie	17
Psychopathologischer Status.....	17
Organischer Erkrankungen des Hirns.....	19
Organische Psychosyndrome	19
Vergesslichkeit.....	20
Demenz	21
Depression	21
Bipolare Erkrankungen	23
Schizophrenie.....	24
Suizid.....	26
Sucht.....	27
Krisen	28
Angsterkrankungen	29

14 Fundamentals of Happiness (Fordyce, 1977)

- | | |
|---|--|
| 1. Sei stets aktiv und beschäftigt! | 8. Lebe im Hier und Jetzt! |
| 2. Verbringe viel Zeit in guter Gesellschaft! | 9. Lerne Dich selber zu akzeptieren und zu mögen! |
| 3. Sei produktiv in sinnvoller Arbeit! | 10. Entwickle eine aufgeschlossene und soziale Persönlichkeit! |
| 4. Verbessere Dein Selbstmanagement und plane wohldurchdacht! | 11. Erkenne Dich und sei Du selbst, authentisch! |
| 5. Hör auf zu grübeln und zu ruminieren! | 12. Eliminiere negative Gefühle und Probleme! |
| 6. Reduziere Deine Erwartungen und Ansprüche! | 13. Enge Beziehung sind das Wichtigste! |
| 7. Entwickle ein positives optimistisches Denken! | 14. Schätze Glück und Freude! |

Psychologie in der Medizin

- **Perspektive des Patienten**
 - ungewohnte Situation
 - Fachausdrücke
 - Hierarchie
 - Angst vor Diagnosen / Veränderungen
- **Beziehung von Aktivierung & Leistung**
 - Cortisol wirkt kurzfristig aktivierend, entzündungshemmend, ... & langfristig führt es zur Antriebslosigkeit, geschwächtes Immunsystem, ...
 - Pat. fühlen dem Arzt gegenüber Leistung erbringen zu müssen
- **Angstauslösende Mitteilungen**
 - Einstellungsänderungen / Verhaltensveränderung, abhängig von
 - selektive Wahrnehmung, Aufmerksamkeit, Interpretation
 - Akzeptanz von Argumenten bzw. dem Gesprächspartner gegenüber
 - Intelligenz
 - ein wenig Angst kann sich pos. auf die gewünschte Einstellungsänderung auswirken
größte Verhaltensänderung lässt sich bei schwacher Angstbehaftung beobachten
 - zu große Angst kann Einstellungsänderungen beeinträchtigen
große Angst (Aktivierung) schränkt Leistungsfähigkeit ein, zu große Angst kann zu Gedankenunterdrückung (Vermeidung) führen
- **Kognitive Dissonanz**
 - mehrere **Kognitionen & Emotionen** treffen aufeinander und es ergibt sich ein **Widerspruch**, es entsteht Spannung *Rauchen ist schlecht, aber...*
 - kann durch moderierende Kognitionen reduziert werden
- **subjektive Krankheitstheorie (KT)**
 - individuelle Theorie über Entstehung & Beschaffenheit einer Krankheit
 - + Genesungswahrscheinlichkeit & Vorstellung geeigneter Meds.
"inwieweit erklär ich mir meine Gesundheit/Krankheit"
"Ansteckungsgefahr", "Kontrollmöglichkeiten"
 - Kelly: **Kausalzusammenhänge** - Vergleichbarkeit zwischen wissenschaftlichem & alltäglichem Denken (Wunsch nach Sinn, Nachvollziehbarkeit, Erklärung, "Kontrolle")
- **Compliance**
 - **Kooperatives Verhalten** von Pat. (Bereitschaft) im Rahmen einer medizinischen / therapeutischen Behandlung (inkl. soziales Umfeld)
 - sozio-ökonomische Faktoren: Armut, Ausbildungsstand, Arbeitslosigkeit
 - patientenabhängige Faktoren: Selbstorganisation, Vergesslichkeit, Wissen
 - krankheitsbedingte Faktoren: Symptome, gefühlter Nutzen, gleichzeitige Depression
 - therapeutische Faktoren: Nebenwirkungen, Komplexität der Verabreichung
 - subjektive Krankheitstheorie & Diagnose wirken sich zusätzlich auf die Compliance aus
 - Compliance verbessern: informieren, vereinfachen, organisieren von Pillenboxen, Angehörige einweisen, Kosten, ...
- **Reaktanz**
 - **Widerstands-Reaktion** auf empfundene Einengung der Freiheitsspielräume
 - unterbundene Alternativen / Verbote werden attraktiver *McDonalds*
 - Erzeugung von Reaktanz, durch
 - Spektrum möglicher Verhaltensweisen einschränken



Altfragen
wichtig / „prüfungsrelevant“

- “auferzwungene” Einstellung / Meinung / Handlungsweisen
- Stärke der Reaktanz hängt von der empfundenen **Kompetenz** ab: höhere eigene empfundene Kompetenz → stärkere Reaktion auf Freiheitseinkerbung
 - Reaktante Persönlichkeiten, Trotz-Einstellung, wenn ich mich selber kompetent fühle, glaub ich einem Gegenüber weniger und stelle Aussagen eher in Frage und halte mich weniger dran
- Reaktanzeffekte können **zeitverzögert** auftreten (Trotz, Aggression, Wut, ...)
- **Reaktanz vorbeugen** / Partizipative Entscheidungshilfe
 - Pat. mit ins Boot zu holen
 - wahrgenommene Kontrolle vs. Unkontrollierbarkeit
- **Attribution**
 - Soziale Zuschreibung von psychischen Eigenschaften
 - Vermutete Ursache von eigenen & fremden Handlungen
 - → Pat. wollen Phänomene erklären können
- **Empfundene Selbstwirksamkeit**
 - Erwartung einer Person durch eigene Kompetenz zu erwünschtem Ergebnis zu kommen
 - “Kontrollüberzeugung”, zirkulärer Zusammenhang durch **Erfolge**
 - stark ausgeprägte empfundene Selbstwirksamkeit wird niedrigerem Risiko für Depression/ Angststörungen in Verbindung gebracht

Psychische Gesundheit

WHO Definition von Gesundheit, 1948: Gesundheit ist ein Zustand von **komplettem, körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefinden** und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit oder Gebrechen

1. Psychische Gesundheit

...ist ein Zustand komplettem psychischen Wohlergehen und nicht nur die Abwesenheit von psychischer Krankheit oder Behinderung

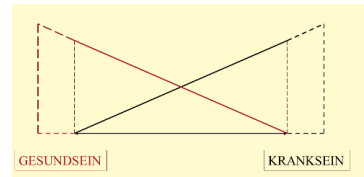
- Seelenbegriff kann theologisch, philosophisch & psychologisch betrachtet werden
- für uns gilt: **Psyche = Seele** (synonym)
- C. Jung, 1947: Seele als **Lebenshauch**, der beim Sterben den Körper verlässt
- Zusammenspiel von: Seele + Psyche + Psychisches + Geist
- → viele Definitionen / Translationen / Variationen des Begriffs “Psyche”, bzw. Seele → jeder hat evtl. eine andere Definition im Kopf
- **Seele** nach **Kretschmer**, 1922: **“Seele nennen wir das unmittelbare Erleben. Seele ist alles Empfundene, Wahrgenommene, Gefühlte, Vorgestellte, Gewollte”** *Definition, die für diese VL gilt*
- Unterschied / Wechselwirkung zwischen Seele & Körper
 - **Leib**: kann man nicht “behübschen”, immer als ganzes zu sehen, immer “lebendig”
 - **Körper**: kann man “behübschen”, kann in Körperteile aufteilt werden, kann auch tot sein
 - Körper - materielles Naturprodukt
 - Seele - abstrahierte Psyche *entwickelt sich, entfaltet sich & wird*

2. Psychische Gesundheit

...ist ein Zustand komplettem psychischen Wohlergehen und nicht nur die **Abwesenheit von psychischer Krankheit** oder Behinderung

- Dimensionen psychischer Erkrankungen *keine “ja-nein” Entscheidung, sondern “Pathologie Kontinuum”*
- **Normbegriff**: normal vs. abnormal, normal vs. krank
 - subjektive Betrachternorm *“ICH bin normal”, Kontrollgruppe: “man selbst”, der Arzt*
 - Idealnorm *häufig in der Medizin verwendet, aber wo werden die “Grenzen” gesetzt, Kontrollgruppe: fiktiv*

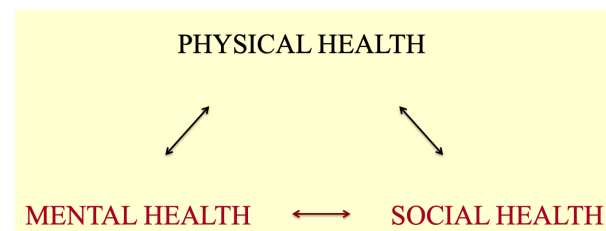
- Statistische Norm *Kontrollgruppe: Bevölkerung, CAVE: Karies haben viele sind also "Norm"*
- Funktionale Norm *Kontrollgruppe: "die Person selbst", der Pat. & seine Entwicklung*
- Betrachtungsweise **Ressourcen-orientiert** oder **Defizienz-orientiert**
 - Medaillen Ansatz: gesund ODER krank
 - Gegenpol Ansatz: gesund UND krank *im Kontinuum*
 - Unabhängigkeits Ansatz
 - gesund UND nicht-gesund
 - krank UND nicht-krank
 - Balance Ansatz *ähnlich wie der Unabhängigkeitsansatz*
- vom psychologischen zum psychopathologischen: Entscheidung ist abhängig von Intensität, Dauer, Kontext des Auftretens, soziale Konsequenzen, Behinderungen/Handicaps, **Freiheitsgrade**
- Körperliche Krankheit: **Manifestation** körperliche Phänomene *muss aber nicht körperlich bedingt sein*
- Psychosomatische Krankheit
- Psychische Krankheit: **Manifestation** psychischer Phänomene *muss aber nicht psychisch bedingt sein*



3. Psychische Gesundheit

...ist ein **Zustand von komplettem psychischem Wohlergehen** und nicht nur der Abwesenheit von psychischer Krankheit oder Behinderung

- Früher: "biological purism": Geisteskrankheit = Gehirnkrankheit
- Heute: 3 Welten Legende: Körper - Seele - Soziales → **Bio-Psycho-Soziales Modell**
 - biologische Faktoren
 - psychologische Faktoren
 - soziale Faktoren
- Konzept der Leiblichkeit
- Mental Health → well-functioning & autonomous life & long-term happiness



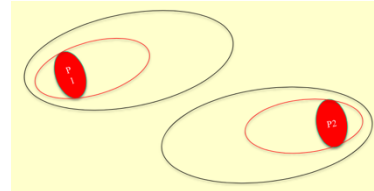
Sozialästhetik

- Begründer der “Aesthetica”: **Baumgarten** (1750) → Ästhetik ist eine Wissenschaft von sensorischer Wahrnehmung & Wissen, mit dem Ziel: Vollkommenheit **sinnlicher Erkenntnis / Schönheit**
- Immanuel **Kant** (1764) “Beobachtungen über das Gefühl des Schönen und Erhabenen” *das Schöne liegt im Objekt*
- primär war Ästhetik auf **Schönes** & Erhabenes & Kunst beschränkt, mittlerweile auch sinnliche Wahrnehmung / sinnliche Urteilskraft / **sinnlichen Lebens & Erlebens** *Fokus heute*

1. Sozialästhetik als Wissenschaft

- Ästhetik in der Medizin / **medizinische Alltagsästhetik**
 - systematische Analyse der Beziehungen von Menschen zu & in Situationen des medizinischen Alltags (Pat., Arzt, Pfleger, Therapeuten, Angehörige)
 - Aufzeigen von Veränderungspotentialen
 - ästhetische Neugestaltung des medizinischen Alltags (Geruch, Situation *zB Visite*)
 - human-basierte Medizin behandelt konkrete Individuen
- Rezeptionsästhetik *Wahrnehmung* VS. Produktionsästhetik *Schaffung*
- Oberflächenästhetik vs. **Tiefenästhetik** - Welsch (1996)
 - Oberflächenästhetik: Deko, Kosmetik, Schmücken, ...
gelb-rot Töne wirken gesünder, kräftiger (im Vergleich zu blau Tönen)
 - Tiefenästhetik: Aisthesis *Sinneswahrnehmung*, Neuschöpfung, Transformation, Entfaltung, Perspektivenwechsel, ...
- Ästhetische **Haltung** & Ästhetische **Eigenschaften** & Ästhetische **Erfahrung**
 - Bernegger (2010) Ästhetische Perspektive nach Koordinaten & Vektoren
 - das typisch Schöne: beruhigend & ausgleichend
vs. “Nietzsches” Schönes: erregend, aufwühlend, extatisch
 - Ästhetische Erfahrung: **Empfindung, Erleben, Begeisterung, Genuss**
bei Depression geht diese ästhetische Erfahrung verloren (Interessen & Freud Verlust)
- auch Ästhetische Werte und **Funktionalität** hängen zusammen
- “Power of Beauty”: Schönes als Kraftquelle / eine Ressource
- Wechselwirkung zwischen psychischer & sozialer & mentaler Gesundheit
- Definition: **Sozialästhetik ist die Wissenschaft von schönen Begegnungen und vom schönen Zusammenleben**
- Ziele der Sozialästhetik
 - Konzeptualisierung: Konzepte des Ortes, der Atmosphäre, des Möglichen, der Zeit, der Gastfreundschaft, der Wahrheit, des Erwachens, der Reziprozität, des Engagements, der Attraktivität
 - De-Historisierung
 - Dekonstruktion
 - Selbst-Reflexion
- Medizinische Sozialästhetik: Das **WIE** des menschlichen Zusammenlebens im Bereich der Medizin → schönes Zusammenleben / Beziehungen
 - **verbale** Kommunikation
 - 1. Einleitung
 - 2. Vorbereitung / Einstimmung
 - 3. Information / Reziprozität
 - 4. Aussichten / Auswege
 - 5. Ausklang / Verabschiedung
 - **paraverbale** / non-verbale Kommunikation

- Physiognomie: Erscheinungsbild, Gesichtsausdruck
- Haltung: Kopfhaltung
- Mimik: Augenbereich & Mundbereich *Mona Lisa*
 - Lächeln ist eine Sonderform des mimischen Ausdrucks, sehr variable
 - Kinder lächeln ca. 300mal am Tag, bei Erwachsenen sind schon 30mal "viel"
 - **echtes Lächeln** kennzeichnet meist eine offene, spontane Persönlichkeit → lächelnde Menschen werden als **positiv, gesund, vital & offen** empfunden
- Gestik
- Sprache: Sprachmelodie, Geschwindigkeit, Pausen, ...
- Räumlichkeit
 - "begegnungs" Bereich: *man nimmt das Gegenüber wahr*
 - "intim" Bereich: *das Gegenüber dringt in meine Privatsphäre ein*
 - Gehört zum „Sozialästhetischen Inventar“
- Zeitlichkeit: "der richtige Zeitpunkt"
 - + Empathie
- How to be in the world: how to become, ... develop, ... encounter, ... live together
- **Trinität der Ästhetik**: Liebe/Philia, Schönes, Freude/Genuss → Vitalität *nur als Gesamtes funktionsfähig*

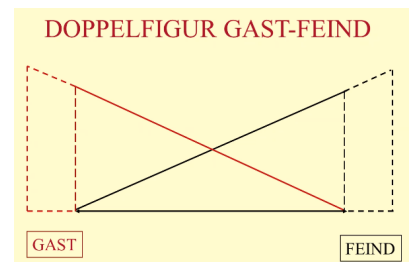


2. Sozialästhetik als Methode

- Betrachtungsweisen der Welt: ökonomisches, historisches, rechnerisches, ästhetisches, ... Denken → jeder hat eine andere "Wahrheit"
 - **rechnerisches Denken**: Beobachtung, statistische Analyse, Test-Retest, Signifikanz → Wahrheit
 - **ästhetisches Denken**: sensorische Wahrnehmung + reflexive Inspektion des Erlebten, Erfahrung, Nachvollziehbarkeit, Relevanz, „Phänomenologische Gesamtansicht“ → **Redlichkeit**
- Welsch über das ästhetische Denken, ästhetische Wahrnehmung (immer objektiv + subjektiv)
- 3R
 - Redlichkeit *description-fidelity*
 - Reliabilität *trustworthiness*
 - Relevanz *convenience, usefulness*

3. Sozialästhetik als Tätigkeitsfeld

- Gastfreundschaft: Gast - Feind Kontinuum
 - Fremdenhass hat v.a. was mit Existenzangst zu tun (zerbrochene Lebensperspektiven, besonders bei jungen Leuten, ...), nicht mit dem "Fremden" selbst
- **Gastfreundschaft** im medizinischen Bereich
 - im englischen: **hospitality** (Derrida) "kindness in welcoming strangers"
 - im französischen **hospitalité** (Levinas) - stärker als die englische hospitality
 - Gäste in der Medizin: Pat. in der Welt der Mediziner, aber auch Mediziner in der Welt der Pat.
 - **je fremder jemand scheint umso sensibler** die "Fremdheit" → mehr Gastfreundschaftlichkeit ist gebraucht *Sensitivität*
 - Freundschaft
 - Partnerschaft (basierend auf Profit)



- erotische Beziehung
- eigentliche Freundschaft
- selbst-reflexive intrapersonale Freundschaft (Selbst-Freundschaft)
- Grundlagen der **Partnerschaft** → Grundlagen des Dialogs
 - gemeinsame Ziele / geteiltes Interesse / streben
 - Aufmerksamkeit / Achtsamkeit
 - Verstehen / **Reziprozität** *Gesprächspartner sind gleichgestellt, Begegnung auf Augenhöhe*
 - Lauterkeit / Redlichkeit *Konzept der Wahrheit*
 - Interaktion / **Gastfreundschaft**
 - **Vertrauen** / Verantwortung
 - taktvolle Sympathie / Wärme
 - **Konfliktfähigkeit** / kreative Spannung
- Grundlagen der Partnerschaft → Grundlagen des **Dialogs**
 - kein Monolog
 - eine besondere Form des Gesprächs
 - nur möglich, wenn man sich mag *max. Reziprozität*
 - motivational Interviewing → Goal Oriented Dialogue
- **Atmosphäre**
 - **= reproduzierbare Wahrnehmungen** *nicht greifbar*
 - Ästhetik, als zentrale Wahrnehmung, erster Eindruck (Böhme, Benjamin)
 - Beleuchtung, Kleidung, Mimik, Gestik, ...
 - Reiz → Sinnesorgan → sensorische Bahn → Thalamus *Umschaltung* → Amygdala *Emotion*
→ Hirnareal / Hirnstamm / Hippocampus *emotionales Gedächtnis* / Limbisches System → Stimmung
 - Wahrnehmung ist immer etwas **gemachtes & gegebenes**
 - Fülle an Atmosphären Qualität: gereizt, angenehm, verführerisch, feierlich, erwartungsvoll, locker, ironisch, ...
 - Wechselspiel zwischen dem Ort & dem Verhältnis zum Gegenüber

Klinische Psychologie

zentrale Funktion der klinisch-psychologischen Diagnostik: Prognose

1. Begriffsbestimmung

- **Funktionen** der klinischen Psychologie / der „abnormal psychology“
 - beschreiben *Symptome*
 - vorhersagen *Prognose*
 - erklären
 - ändern von Verhalten *Behandlung*
- **1. Pathopsychologie** *ENTSTEHUNG*
 - Phänomenologie *subjektive Erscheinung, objektive Leistung & körperliche Begleiterscheinungen psychischer Störungen*
 - Ätiopathogenese *wissenschaftliche Erklärungsmodelle für Ursachen & Entstehung*
 - Prognose
 - Klassifikation
 - Epidemiologie *räumliche & zeitliche Verteilung*

AUFGABEN DER KLINISCHEN PSYCHOLOGIE

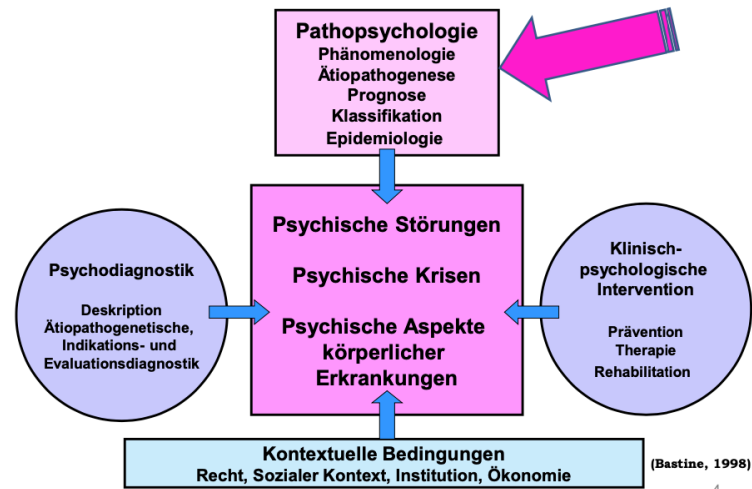
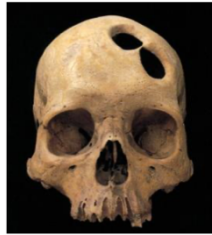


Abbildung 1 Bastine, 1998

- **2. Klinisch-psychologische Intervention** *BEHANDLUNG*
 - Prävention *Maßnahme zur Vorbeugung psychischer / somatischer Störungen, primäre Prävention verhindert Erstauftreten vs. sekundäre Prävention verhindert Wiederauftreten*
 - Therapie *bewusste, geplante Interaktion zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen/Leidenszuständen*
 - Rehabilitation *Gesamtheit aller Bemühungen zur Wiederherstellung*
- **3. Psychodiagnostik** *wissenschaftlich begründete Erhebung klinisch-psychologischer Phänomene*
 - Deskription
 - Ätiopathogenetische Diagnostik *Erklärung, Genese*
 - Indikationsdiagnostik / Eingangsdiagnostik *Anzeichen → Diagnosestellung → Welche Behandlung sollte angewendet werden?*
 - Evaluationsdiagnostik *Erfolge & Effektivität am Ende einer Therapie*
- → Behandlung von
 - **Psychische Störungen:** konkretes Verhaltensmuster, Selbst-/ Fremdgefährdung, Leiden / Beeinträchtigung
 - **Psychische Krisen:** bedrohliche, kritische Lebenssituationen, die durch äußere Belastungsfaktoren entstehen oder durch subjektive Interpretation als bedrohlich erlebt wird, immer dann, wenn **individuelle Bewältigungsstrategien** nicht mehr greifen
 - Psychische Aspekte körperlicher Erkrankungen
- **Abnormes / Abweichendes Verhalten → 4Ds** *Gemeinsamkeiten bei allen Def. abnormen Verhaltens*
 - **Devianz / Abweichung** *von sozialen Normen (abhängig von Kultur, Zeit, politische Situation, ...)*
 - **Distress / Leidensdruck** *subjektiver Leidensdruck, evtl. auch im Umfeld*
 - **Dysfunktion / Beeinträchtigung**
 - **Danger / Gefährdung**
- **38% der Europäer leiten an ernsthaften psychischen Störungen** & bedürfen Behandlung *darüber hinaus erleben die meisten Menschen in verschiedenen Lebensphasen psychischen Beschwerden (Wittchen et al, 2011)*

2. Historische Herleitung

- prähistorisch: **Schädelrepanation** gegen „böse Geister“
- Griechische / Römische Ansicht (500-600 v.Chr.): Philosophen & Ärzte hatten unterschiedliche Erklärungen
 - Hippokrates: Krankheiten haben natürliche *und nicht übernatürliche* Ursachen, Ungleichgewicht der **4 Körpersäfte**
 - **Humoralpathologie** = 4 Säftelehre



Willens- bzw. Gefühlsverlauf		
	schnell	langsam
stark	gelbe Galle → Choleriker	schwarze Galle → Melancholiker
schwach	Blut → Sanguiniker	Schleim → Phlegmatiker

- Europa im Mittelalter: Dämonenlehre kehrt zurück (500-1350 n.Chr.)
- Renaissance & Aufkommen von Irrenhäusern (1400-1700 n.Chr.)
- Reform und das „**moral treatment**“ (um 1800): *keine Kerker mehr, keine Festkettung, rückläufig wegen Überbelegung, Vorurteilen, Geldmangel...*
- Aktuelle Entwicklung: 43% der Befragten glauben immer noch, dass psychischen Störungen selbstverschuldet sind
- 1950er: Start der **De-Institutionalisierung**
 - primär ambulante Versorgung, weniger bzw. kürzere Hospitalisierungen
 - Psychopharmaka *zB Neuroleptika*
 - spezifische Programme für spezifische Störungen
- Prävention & Gesundheitsförderung

3. Modelle

- 3 Grundmodelle / Rahmenmodelle (Bastine, 1998)
 - **Organisches Rahmenmodell**: psychische Störung auf zugrundeliegender, körperlicher / somatischer Erkrankung
 - **Psychosoziales Rahmenmodell**: löst organische Paradigmen ab, psychische & soziale Bedingungen
 - **Biopsychosoziales Rahmenmodell**: integrativer Ansatz
- **Systematische Grundsätze** des allgemeinen klinischen Modells: **Definition**, Ätiopathogenese, **Klassifikation**, Psychodiagnostik, Intervention
- Klinisch-Psychologische Modelle
 - **Psychoanalytisches Modell**
 - Sigmund **Freud**
 - Störungen durch „unbewusste“ Konflikte
 - 3 Grundkräfte der Persönlichkeit
 - instinktive Bedürfnisse ES
 - rationales Denken ICH
 - Moralvorstellungen ÜberICH
 - → zwischen diesen 3 Identitäten entstehen häufig Konflikte
 - Konversion: psychischer Konflikt äußert sich in körperlichen Symptomen *Blindheit, Taubheit, Krampfanfälle, Lähmungen*
 - **Humanistisches Modell**
 - Carl R. **Rogers**
 - 3 Grundannahmen

- Phänomenologische subjektivistischer Zugang: psychische Vorgänge können nur aus der Sicht des Individuums erfasst werden
- Betonung der menschlichen Fähigkeiten & Potentiale → Selbstverwirklichung *Verhaltensweisen, die funktioniert haben, werden wiederverwandelt*
- **Ganzheitlichkeit**: alle Verhaltensweisen orientieren sich an einem übergeordneten Ziel → Selbstverwirklichung
- **Interpersonales Modell**
 - Beziehungsstrukturen
 - Soziale Interaktionen / Transaktionen / zwischenmenschliches Verhalten
- **Verhaltenstheoretisches Modell**
 - Symptome / Verhalten sind Konditionierungen (Belohnungen)
- **Kognitives Modell - Schwerpunkt der klinischen Psychologie**

Kognitives Modell

- Erleben und Verhalten kann über Kognitionen beeinflusst werden
- Gefühle, Emotionen, Bewertung & Interpretationen beeinflussen immer eine Situation
- Fokus auf die **Gegenwart** & innere Prozesse
- maladaptives Denken *fehlerhafte Annahmen & Einstellungen, unlogische Denkprozesse, negative Gedanken* → maladaptives Verhalten
- Kognitive Therapie nach Aaron T. **Beck** (60er)
- **5 Depressions Merkmale, nach Beck**
 - 1. **Kognitive Manifestation** *geringe Selbstbewertung, verzerrtes Selbstbild*
 - Kognitive Manifestationen sind für die anderen verantwortlich
 - Depressive Gedanken sind unfreiwillig, automatisch, reflexhaft, plausibel, perseverierend
 - Kognitive Verzerrung: katastrophisieren, dichotomes Denken, übergeneralisieren
 - 2. Emotionale Manifestation *Affektivität, Niedergeschlagenheit*
 - 3. Motivationale Manifestation *Vermeidungs- & Fluchtverhalten, suizidale Gedanken*
 - 4. Vegetative Manifestation *Ermüdbarkeit, Schlafstörungen, Appetitverlust*
 - 5. Motorische Manifestation *Retardierung / Agitiertheit*
 - Depressions- Merkmale
- Ursachen der **unipolaren Depression, nach Beck**
 - **A) Kognitive Triade**: negative Sichtweise (1) über sich selbst, (2) über die Zukunft, (3) über die Umwelt
 - **B) Kognitive Schemata / fehlangepasste Einstellung**: latente Prädisposition, über Sozialisationsprozesse erworbene negative Konzepte *Kindheit* → pers. Grundannahme
 - C) Systematische **Denkfehler** → willkürliche Schlussfolgerungen, selektive Verallgemeinerungen, übergeneralisierungen, Maximieren & minimieren, personalisieren, verabsolutiertes **dichotomes Denken**, „*depressives, unreifes Denken*“

Diagnostik

- **Klinisch-psychologische Diagnostik**: wissenschaftlich begründete Erhebung klinisch-psychologisch bedeutsamer Phänomene
- → Hilfe für Schlussfolgerungen & Entscheidungen
- Funktionen: Beschreibung, Klassifikation, Erklärung, **Prognose**, Evaluation
 - qualitative & quantitative Beschreibung → therapeutische Entscheidung
- Klassifikationssysteme → *Kategorien, Kriterien, Komorbiditäten, Diagnosen, Symptomatik*
 - **ICD 10** *International Statistical Classification of Diseases, Injuries & causes of Death - WHO*

- International, bei allen Erkrankungen *F bei psychischen Störungen*
- Haupt + Nebendiagnosen
- Klinisch erkennbares Symptom-Komplex / Verhaltensauffälligkeiten
 - F0 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
 - F1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
 - F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
 - F3 Affektive Störungen
 - F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
 - F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
 - F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
 - F7 Intelligenzminderung
 - F8 Entwicklungsstörungen
 - F9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit
- **DSM** *Diagnostic & Statistical Manual of mental disorders - APA*
 - psychischer Erkrankungen, Ersatz und/oder Ergänzung für ICD, inkl. geschlechtsspezifische Unterschiede
 - Deskription statt Interpretation, Kontinuität, Klassifikation von Störungen
- **DSM 4**
 - Achse 1: klinische Störungen & anderen klinisch relevante Probleme
 - Achse 2: Persönlichkeitsstörungen & geistige Behinderungen
 - Achse 3: medizinische Krankheitsfaktoren
 - Achse 4: psychosoziale & umgebungsbedingte Probleme
 - Achse 5: Funktionsniveau, **GAF Skala**: 0-100, in 10er Schritten, höher = bessere Leistungsfähigkeit
- **DSM 5**
 - prozedurales Manual, dimensionaler Ansatz, Aufnahme neuer Störungsdiagnosen
Autismus, Schizophrenie, Prämenstruelle Dysphorie, Zwangsstörungen, Essstörungen, Agoraphobie, psychotrope Substanzen, ...
 - Achse 4 → **Z-Codierungen** des ICD-10
 - Achse 5 → **WHODAS 2.0**: Funktionen des alltäglichen Lebens & Kognition & Wahrnehmung

Affektive Störungen

- Überbegriff: **Affektive Erkrankung**
 - Affekt = vorübergehende stärkere Gemütsbewegung durch äußere oder psychische Ursachen veranlasst, den geistigen & körperlichen Zustand beeinflussend
 - Aktive Affekte der Überfüllung: Zorn, Freude, Begeisterung *pos. & neg.*
 - Passive Affekte der Entleerung: Scham, Furcht, Verzweiflung
 - Affektive Störungen → Symptome im Verhalten, motivationale Symptome
 - 2 Schlüsselemotionen: **Depression & Manie** auf einem **Kontinuum**
- F30-39 (= Veränderung der Stimmung oder der Affektivität)
- F30 Manische Episode
- F31 **Bipolare affektive Störung**
 - Manie Symptome
 1. Emotionale Symptome: stark, ausdrucksvolle Emotionen
 2. Motivationale Symptome: *brauch Aufregung & Beschäftigung*
 3. Symptome des **Verhaltens**: *sehr aktiv, schnell, laut*
 4. **Kognitive** Symptome: *fantastische & irrationale Ideen*
 5. Physische Symptome: *hohes Energie Level*
 - Bipolar 1: Manie & Depression
 - Bipolar 2: Hypomanie & Depression „leichtere Form“
 - **Zyklothyme** Störung: mehrere Episoden von hypomanischen & depressiven Symptomen
 - BDI-II *Beck-Depressions-Inventar*: 0-63 Punkte → keine, leichte, mittelgradige, schwere depressive Episode
 - HCL-32 *Hypomanie Checkliste*: Cut-Off Wert liegt bei 14 Punkten
 - SVF-120 *Stressverarbeitungsfragebogen (pos. & neg. Strategien)*: **pos. Strategien, u.a. Selbstbestätigung & Herunterspielen**
- F32 **Depressive Episode** *Frauen > Männer*
 - Unipolare Depression *einmalig auftretend*
 - Major Depression *Symptome für mind. 2 Wochen*
 - **Dysthymia** *depressive Verstimmung über > 2 Jahre*
 - 5 Symptombereiche
 1. Emotionale Symptome: *man fühlt sich leer, miserabel, erniedrigt*
 2. Motivationale Symptome: *Antriebs Verlust*
 3. Symptome des Verhaltens: *wenig Aktivität & Produktivität*
 4. Kognitive Symptome: *Pessimismus*
 5. Physische Symptome: *Schmerzen, Schwindel*
 - Komorbiditäten: *Angst, Panik, Anorexia, Bulimia, Boderline, Zwang, psychotrope Substanzen*
- F33 Rezidivierende depressive Störung
- F34 Anhaltende affektive Störungen
- F38 Andere affektive Störungen
- F39 Nicht näher bezeichnete affektive Störung

Psychoedukation

- Relevanz: positive Auswirkungen auf das Krankheitskonzept, Abnahme der psychosozialen Beeinträchtigung
- Ziele: Pat. wird informiert (Ursache, Verlauf, Diagnose, Behandlungen), Entlastung, Compliance, Bewältigung, ...

Kognitive Psychologie

- Psychologie: beschäftigt sich mit dem **Erleben & dem Verhalten**
 - 1. beobachten / beschreiben
 - 2. erklären
 - 3. vorhersagen

- Allgemeine Psychologie beschäftigt sich **vor allem mit der kognitiven Psychologie**: Kognition & Motivation & Emotion
- **Wahrnehmung**: visuell, auditiv, olfaktorisch, taktil, ...
- **Aufmerksamkeit**: Selektivität der Wahrnehmung *cocktail party*
- Gedächtnis
 - im **REM Schlafphase** wird das prozedurales/implizites Gedächtnis *motorisches Lernen, Bewegungsabläufe* konsolidiert/gefestigt
 - im **Tiefschlaf** wird das deklaratives/explizites Gedächtnis *episodisch, semantisch, Faktenwissen* konsolidiert/gefestigt
- Lernen & Sprache
- Denken & Problemlösen / exekutiv Funktionen *v.a. frontaler Kortex*
- Emotion *Wut, Freude, Ekel, Angst, Trauer, Verachtung, Überraschung*
- Motivation
- + Kreativität + soziale Kognition + Bewusstsein + Schlaf & Traum + Wohlbefinden & Glück + Achtsamkeit + künstliche Intelligenz
- **KOGNITION**
 - Summe aller Denk- & Wahrnehmungsvorgänge und deren mentale Ergebnisse
 - ermöglicht zweckgebundenes Handeln, Denken & Interaktion mit der Umwelt
 - → Gedanken, Meinungen, Einstellungen, Urteile, Wünsche, Absichten
 - Informationsverarbeitung, die bewusst & unbewusst ablaufen kann

Wahrnehmung

- Begreifen von Objekten & Ereignissen in der Umwelt: empfinden, verstehen, erkennen, benennen → **Perzept** *Ergebnis des Wahrnehmungsprozesses*
- 3 Stufen des Wahrnehmungsprozesses
 - Empfindung von Information über Sinnesorgane
 - Organisation der Wahrnehmung
 - Identifikation & Erkennung
- Wahrnehmung ist besonders sensitiv für **Veränderungen**
 - **sensorische Adaptation**: herabgesetzte Sensitivität gegenüber anhaltenden Stimuli
 - Adaptation im visuellen System (von Farbe / Bewegung, Geschlecht)
- **Neuronale Verarbeitungspfade** (am Beispiel der visuellen Wahrnehmung)
 - Photorezeptoren auf der Retina verwandeln Licht in neuronale Signale
 - Stäbchen: Licht Intensitäten (hell/dunkel)
 - Zapfen: Farbwahrnehmung
 - rechtes Gesichtsfeld → linker visueller Kortex
 - linkes Gesichtsfeld → rechter visueller Kortex
 - vom primären visuellen Kortex
 - nach ventral: Temporallappen → erkennen / identifizieren "was"
 - nach dorsal: Parietallappen → räumliche Verarbeitung "wo"
- **Organisation** der Wahrnehmung
 - Figur-Grund Segregation: was ist Vorder- was ist Hintergrund (Gestaltgesetze)
 - Bewegungswahrnehmung
 - bewege ich mich vs. bewegt sich meine Umwelt
 - biologische Bewegung
 - Tiefenwahrnehmung
 - retinale Disparität: beide Augen liefern unterschiedliche Bilder → Entfernungen ergibt sich *nähere Objekte: höhere Disparität*
 - Konvergenz: Entfernung von nahen Objekten
 - relative Größe
 - Komplexe Stimuli: Gesichter
 - Prosopagnosie: bekannte Gesichter werden nicht identifiziert
- Wahrnehmungsstörung: **Autismus**



- sowohl Über- als auch Unterempfindung → Ablenkung durch intensivere / weniger intensive Wahrnehmung
- reduzierte **Selektion** von Informationen
- Wahrnehmungsstörung: **Halluzination**
 - egebildete/selbstgemachte Wahrnehmungen → auditorisch > visuell > gustatorisch & olfaktorisch
 - können von "realen" Wahrnehmungen nicht unterschieden werden → massive Ängste

Aufmerksamkeit

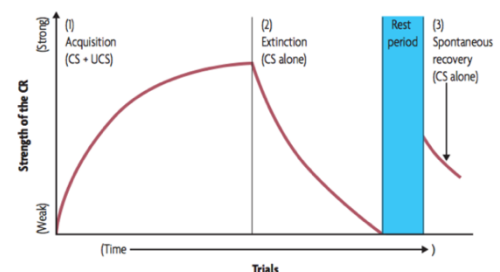
- Selektion relevanter Information, irrelevante Information wird unterdrückt *beides ein aktiver Prozess*
- Aufmerksamkeit als Filter → verhindert sensorische Überladung *limitierte Verarbeitungskapazität*
 - change blindness
 - inattention blindness
- Selektion via
 - räumlicher Aufmerksamkeit
 - merkmals-basierter Aufmerksamkeit *rot*
 - objekt-basierte Aufmerksamkeit *Banane, „finding waldo“*
 - temporale Aufmerksamkeit
 - Experimentelle Paradigmen
 - Hinweisreiz-Paradigma - Posner
 - Merkmals-Integrationstheorie - Treisman & Goodale **binding**
 - Pre-motor theory of attention - Rizzolatti
- Aufmerksamkeitsstörung, **Neglect**: Unfähigkeit die Aufmerksamkeit auf die gegenüberliegende Seite einer parietalen Läsion zu legen (meist nach rechts)
- Aufmerksamkeitsstörung, **ADHS**: Unaufmerksamkeit & Hyperaktivität

Lernen

- Lernen ist ein Prozess, der auf Erfahrung basiert → kann zu einer Veränderung im Verhalten führen
- 2 basale Formen des Lernens
 - Habituation: Verhaltensantwort nimmt ab, je vertrauter der Stimulus
 - Sensitivierung: Verhaltensantwort nimmt zu, je vertrauter der Reiz
- wir lernen vor allem durch **klassische Konditionierung**
 - **Pavlov**, 1928, Assoziationslernen
 - Lernen durch vorhersagbare Signale: ein bestimmter Reiz → bestimmte Reaktion
 - Phasen

- 1. Akquisition: Erlernen des Zusammenhangs
- 2. Extinktion
- 3. Spontane Erholung
- 4. Speicherung
- 5. Generalisierung
- 6. Reizdiskrimination

- Klassische Konditionierung als Erklärung für emotionale Reaktionen, Bildung von Präferenzen, Ekel, Angst, „Little Albert“ *Watson*, Traumatische Ereignisse, Sucht
- Prinzip der **Verstärkung** *Thorndike*, 1898 aufbauend auf die klassische Konditionierung, Zusammenhang zwischen Reiz & Verhalten werden erlernt
- Operante Konditionierung *Skinner*, 1938 systematische Manipulation der Konsequenz von Verhalten & Auswirkung auf zukünftiges Verhalten



- positive Verstärkung *Belohnung* & negative Verstärkung *Bestrafung*
- Verstärker: Wasser, Nahrung, Geld, Anerkennung, ...
- Soziales Lernen
- Verbale Konditionierung
 - Manipulation sprachlichen Verhaltens durch setzen entsprechender Verstärker
 - Veränderung der Auftrittswahrscheinlichkeit eines verbalen Verhaltens

Emotion

- Ratio vs. Gefühle, **Konzept** heute: „**Emotionale Intelligenz**“: intelligentes Verhalten basiert auf dem Zusammenspiel von Vernunft & Gefühlen
- Emotionen: komplexe Muster aus körperlichen & mentalen Veränderungen: körperliche Erregung, kognitive Prozesse, sichtbare Expressionen & spezifische Verhaltensreaktionen
- 6 Basisemotionen (Paul Ekman, 1972): Trauer, Freude, Angst, Überraschung, Ekel, Ärger **universell**
- + höhere kognitive Emotionen: weniger automatisch & langsamer als Basisemotionen, **kulturell variabler**, aber auch universell → soziale Emotionen *Liebe, Schuld, Scham, Stolz, Nied, Eifersucht, Verlegenheit*
- **Physiologie der Emotionen**
 - Autonomes Nervensystem: starke Emotionen → Hormone
 - Limbisches System: emotionale Reaktion auf Reize v.a. *Amygdala, Hippocampus, Gyrus cingulus*
 - **Amygdala**
 - **Angst**reaktion *schnelle subkortikale Verarbeitung, zwischen Thalamus & Amygdala*, emotionale Färbung von Reizen, emotionale Verarbeitung von Erinnerungen
 - Amygdala Läsion: Kluver-Bucy Syndrom
 - Angstkonditionierung
 - **Insula** *Insulärer Kortex, hintere Temporallappen*
 - **Ekel**, Schmerz, Geschmack
 - **Interozeption** *beobachten innerer, körperlicher Vorgänge / Gefühle*
 - Orbitofrontaler Kortex: kontextualisierte Emotionen & emotionale Gefühle
 - Wert eines Stimulus, Belohnung & Bestrafung
 - Extinktionslernen *Erfahrung, dass ein bisher belohnender Reiz nicht mehr belohnt wird*
 - Anteriorer cingulärer Kortex: affektive **Schmerz**bewertung, Überprüfung vom Wert einer Verhaltensantwort *Cyberball game*
 - Ventrales Striatum & Ncl. accumbens: Belohnung, Dopamin
- **Theorien der Emotion**
 - Charles Darwin: „the expression of the emotions in man and animals“ – Ausdruck
 - James-Lange Theorie, 1884: Stimulus → körperliche Reaktion → Emotion
 - Cannon-Bard Theorie, 1920s: Fokus liegt auf dem zentralen NS → autonome Reaktion + bewusste Wahrnehmung *gleichzeitig & unabhängig voneinander*
 - Zwei-Faktoren Theorie der Emotion (Schachter, 1971): physiologisch Erregung UND kognitive Interpretation zusammen → Emotion
 - Kognitive Bewertungstheorie der Emotion (Lazarus, 1994): Fokus auf der kognitiven Bewertung
- **Kernaffectsyst**em, Feldman-Barrett, 2006: angenehm vs. unangenehm & Aktivierung hoch vs. niedrig

Stress

- Ein „Hintergrundgefühl“, organisches Antwortmuster auf Ereignisse, die die Fähigkeit zur Bewältigung herausfordern



- Stressmodell
 - **Stressoren**
 - Stressoren sind Ereignisse die eine adaptive Antwortreaktion
 - Umfeld, Umwelt, Person (Intensität, Dauer, Frequenz, Vorhersehbarkeit)
 - Signifikante Lebensereignisse (*Frauen haben höhere Stresslevel als Männer*)
 - Traumatische Ereignisse: neg., unkontrollierbar, unvorhersehbar
 - Chronische Stressoren: Krankheit, sozioökonomisch, sozialer Stress, Umweltverschmutzung
 - Ärgernisse des Alltags: Verkehr, laute Nachbarn (→ Summe)
 -
 - **Ressourcen**
 - Physisch: Geld, Gesundheitssystem
 - persönlich: Können, kognitives
 - sozial: Umfeld, Hilfe, ...
 - **Individuum**: Temperament, Selbstwirksamkeit, Gesundheit
 - → Reaktionen: physiologisch, Verhalten, Emotional, kognitiv
- Akuter Stress: Kampf- oder Fluchtreaktion, bei Frauen auch „tend-and-befriend“
- **Chronischer Stress**: anhaltende Erregung, **anhaltendes Anpassungssyndrom** (GAS) Alarmreaktion → Resistance → Erschöpfung
- **Stressbewältigung**: Umgang mit internen/externen Herausforderungen, Bewertung vom Stress, primäre vs. sekundäre Bewertung → Bewältigungsmechanismen
 - Antizipatorisches coping: Auseinandersetzung mit einem bevorstehenden Ereignis
 - Problembezogenes coping: Fokus auf den Stressor
 - Emotionales coping: bei unkontrollierbaren Stressoren
 - Modifizierung kognitiver Strategien
 - Soziale Unterstützung: emotional, materiell, informationell

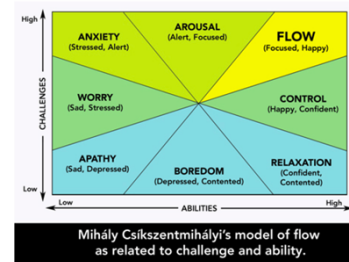
Psychologisches Wohlbefinden

- Evolutionär: streben nach Glück *Gesundheit, Glück, Lebensqualität, ...*
- 2 Perspektiven, zusammen → **erfüllte Leben**
 - **Hedonismus**: affektive, emotionale Komponente Maximierung von Genuss & Glück, Vermeidung von unangenehmen *Hotspots: Ncl. accumbens, dopaminerge Systeme* → **subjektives Wohlbefinden**
 - **Eudämonie**: kognitive Komponente Verwirklichung der bestmöglichen Lebensumstände „das gute Leben“ *erwachsenwerden, Verantwortung* → **psychologisches Wohlbefinden**
 - 6 Aspekte der Selbstverwirklichung: Autonomie, persönliches Wachstum, Selbstakzeptanz, Bedeutung, Beherrschung der Umwelt, positive Beziehungen → Lebendigkeit & Authentizität
- Wohlbefinden messen
 - Lebenszufriedenheit ist die kognitive & affektive Beurteilung des eigenen Lebens
 - SWLS – Satisfaction with life scale
 - Psychological well-being scale (6 Aspekte der Eudämonie)
 - Emotionale Intelligenz (Zusammenspiel von Vernunft & Gefühlen)
- Paradoxa des Glücks: hohe Suizidraten in „glücklichen“ Ländern
- Hedonistische Tretmühle: see → want → buy → happy → adapt → ... *konstantes Happiness-Niveau*
- **Positive Psychology** (Seligman, 1999): Fokus liegt auf Ressourcen & individuellem Potential → “best possible self”
 - PERMA Modell: **P**ositive emotionen, **E**ngagement, **R**elationships, **M**eaning & purpose, **A**ccomplishment → Ziel: Aufblühen
 - Interventionen: gratitude visit, 3 good things in life, you at your best, learned optimism

- **Flow** (Csikszentmihalyi): extreme Konzentration, Verlust der Selbstaufmerksamkeit, Gefühl von **optimaler Herausforderung**, belohnende Erfahrung, kreative Einsicht
- **Achtsamkeit**: nicht-wertende Aufmerksamkeit auf Erfahrungen im Moment → Ausgeglichenheit, im Einklang mit sich selbst

Psychiatrie

- Psychiatrie = „Seelenheilkunde“ (Reil, 1808)
= Lehre von psychischer Krankheit & deren Behandlung
- **Psychische Störungen** zeigen sich ... (4)
 - 1) durch die Art & Weise, wie Pat. ihre Gefühle erleben & äußern
 - 2) wie Pat. denken, lernen & urteilen
 - 3) wie Pat. sich verhalten
 - 4) wie ihr körperliches Wohlbefinden ist
- Phänomene (*Ausprägung/Level*)
 - Trauer *normales Phänomen*
 - depressive Verstimmung *ein Symptom*
 - **depressives Syndrom** *> 2 Wochen, zusammen mit anderen Symptomen*
 - **wiederkehrende Depression** *Krankheit / Störung*
 - **Manie & Depression** *Krankheit / Störung*
- Psychologische Krankheiten
 - organische Psychosyndrome: Demenz, Delir, Intoxikationen, ...
 - Angststörungen, Phobien, Panikstörungen
 - Zwang *Zwangsgedanken sind angstausslösend*
 - Essstörungen
 - Schlafstörungen, zirkadiane Rhythmen
 - Suizid
 - Somatoforme Störungen, zB chronische Schmerzen
 - Schizophrenie, Psychosen
 - Wahnerkrankungen
 - Affektive Störungen: Depressionen, Manie, Bipolare Erkrankungen
 - Sucht aller Art (Alk., Meds., Drogen, Spiel, Internet, Arbeit, Hobby, ...)
 - Lebenskrisen (Verlust, Trauma, Belastung)
 - Persönlichkeitsstörungen
 - Sexualstörungen
- Geschichte *Österreich*
 - Narrenturm, 1784
 - Lehrstuhl für Psychiatrie, 1870
 - Julius Wagner Jauregg, 1927 Nobelpreis
 - Sigmund Freud
 - bio-psycho-soziales Modell



Psychopathologischer Status

- Ausgangspunkt: Psychopathologischer Befund
- bei einer **Diagnosestellung** sind folgende Symptome von Bedeutung
 - **Beeinträchtigung** des Alltagserlebens
 - subjektiven **Belastungsgrad**
 - **Schweregrad** / Hartnäckigkeit

- **Dauer**
→ ICD-10 *WHO* / DSM V *USA*
- **Psychopathologischer Status** ist **DAS** Messinstrument in der Psychiatrie
 - rein deskriptiv: zeitlicher Verlauf, genaue Differenzierung von Symptomen, Validität essentiell
 - mehrere Phänomene ergeben ein Syndrom *Syndrom ≠ Krankheit*
- Psychopathologie
 - Normale Phänomen/Symptome, der letzten 2-4 Wochen
 - **Symptome**
 - Ausdrucksymptome: Sprache plötzlich unterbrochen
 - Erlebnissymptome: Gedanken werden unterbrochen / Sperrung
 - **Syndrome** durch ein bestimmtes **Symptommuster**
 - **Querschnittsdiagnostik**: im Moment, letzten 14 Tage
 - **Längsschnittsdiagnostik**: Zeitfaktor
 - Diagnose
- Allgemeiner Eindruck: persönlicher Stil, Kontaktaufnahme, Kleidung, Verhalten, Körperpflege, ...
- **Befunderhebung: Psychopathologischer Status**
 - **Selbstbeurteilung**
freier Bericht des Pat., spezielle Befragung (inkl. Alkohol, Drogen, Suizidgedanken)
 - **Fremdbeurteilung**
 - + psychologische Testung: Intelligenz, Kognition, Psychomotorik, Persönlichkeit
 - → Diagnostik: ICD-10, DSM V
 - **NICHT** Teil des Psychopathologischen Status
 - **Familienanamnese**, Persönliche Entwicklung, Schule, Berufwechsel, Sozialbeziehungen, Außenanamnese, ...
 - Ernährung, Meds., Nahrungsergänzungen
 - EEG, neurologische & körperliche Untersuchung
 - **Somatische Anamnese**: v.a. Schilddrüsenparameter

Noopsyche *Kognition*: Bewusstsein, Wachheit, Orientierung, Sensorium, Intelligenz, Auffassung, Aufmerksamkeit, Konzentration, Gedächtnis, Denken, Sprache

- **Bewusstsein / Wachheit / Vigilanz**
 - klar → getrübt → somnolent → soporös → komatös
 - + Bewusstseins Einschränkung im Rausch, Delir
 - + Bewusstseins eintrübung bei akuter, exogener Beeinträchtigung des Hirns, Anfall
 - + Bewusstseinsverschiebung unter Drogen
 - **Qualitative** Bewusstseinsstörungen: **Delir**, Dämmerzustand, **Amentia** *ratlos*
- **Orientierung** zeitlich, örtlich, situativ, zur eigenen Person
- **Aufmerksamkeit** *Auffassungsstörungen, Konzentrationsstörungen*
- **Gedächtnisstörungen** *Merkfähigkeitsstörungen* *frische Eindrücke können nicht erinnert werden*, Amnesie *total*, *partiell*, *retrograd*, *anterograd*, **Konfabulationen** *erfundes* → „erlebt“, eine Form der Denkstörung, **Paramnesien** *Erinnerungsverfälschung*, **Hypermnese** *gesteigerte Klarheit*
- **Denkstörungen**
 - **formale Denkstörung** *Denkverlangsamung, Denkhemmung, ideenflüchtig, umständlich, grübel, Einengung, abstraktionsarm, Ideenarmut/reichtum, abgleiten, Gedankensperrung, inkohärent, Neologismen, Perseverationen, ...*
 - **inhaltliche Denkstörungen**
 - **WAHN (nach Jaspers)** subjektive Gewissheit, Unkorrigierbarkeit, heute: Bizartheit
 - Wahnstimmung, Wahnwahrnehmung, Wahgedanke, Wahnidee
 - logisch vs. paralogisch
 - systematisch vs. unsystematisch
 - **synthym** (zur Stimmung passend) vs. **katathym** (nicht zur Stimmung passend)
 - **INHALT**: Schuld, Nihilismus, Verarmung, hypochondrisch, Verfolgung, Eifersucht, ...

- **Halluzination** / Sinnestäuschung: akustisch, optisch, olfaktorisch, gustatorisch, taktil, Körper/Leibes Halluzination = coenaesthetisch
- ICH Störungen: Anmutungserlebnisse, **Gedankenausbreitung, Gedankenentzug, Gedankeneingebung**, Ich-Steuerung, Depersonalisation, Derealisation
- Befürchtung, Zwang, Angst, Misstrauen, Phobie, Tick, ...

Thymopsyche *Gemüt*: Affekt, Stimmung, Antrieb, Befinden, Biorhythmus, Psychomotorik, Schlaf, Trieb, Vegetativum

- **Affekt** / Stimmung *kann in beide Richtungen gehen*
 - **Affektqualitäten** *depressiv, manisch, innere Unruhe, aggressiv, schuldig, klagsam, hoffnungslos, euphorisch, gesteigertes Selbstwertgefühl, ...*
 - **Affektmodulation** *affektstarr, affektlabil, affektflach, affektinkontinent, ...*
 - **Antrieb / Energie / Psychomotorik** *antriebsarm, motorische Unruhe, mutistisch, logorrhöisch, ...*
- **Einstellung & Erleben** *Mangel an Krankheitsgefühl / Krankheitseinsicht, sozialer Rückzug vs. Umtriebigkeit, Suizidalität*
- **Vegetativum & Biorhythmus**: Schlafstörungen, Tagesrhythmik, Appetenzstörung, GI, Kardiorespiratorisch, Schwitzen, Kopfschmerzen, Akkomodation, ...
- **UbG** (Unterbringungsgesetz): regelt (i.d.R. unfreiwillige) Aufnahme & Behandlung psychisch Kranker in einer Abteilung für Psychiatrie, Voraussetzungen:
 - psychisch krank
 - ernstliche Gefahr für Pat. oder andere
 - keine ausreichende Behandlung auf einer anderen Abteilung

Organischer Erkrankungen des Hirns

- Geistesstörungen stehen im engen Zusammenhang mit Körperkrankheiten v.a. *Hirnerkrankungen*
- geschädigtes Hirn → 2 Extreme: Dekompensation vs. Lethargie
- = **organisches Psychosyndrom**
- Diagnostik *immer bei älteren Pat.*
 - Somatische neurologische Untersuchung
 - MMSE (Mini Mental State Examination): 0-30 (Pseudo-)Demenz/MCI/sub. Vergesslichkeit
 - Psychologische Untersuchung
 - CCT / MRI
 - Labor
 - EKG

Organische Psychosyndrome

- → **Auswirkungen auf das Hirn** *z.T. klinisch ähnlich der Demenz*
 - **Hirnorganisch**
 - Durchblutung: St. post TIA, Insult, ...
 - Entzündung: Vaskulitis
 - Tumore
 - Endokrin
 - Toxisch: Meds., Alkohol, Gifte
 - Degenerativ: Alzheimer, Parkinson, posttraumatisch
 - **Körperkrankheiten**: Herz, Lunge, Leber, Magen-Darm, Dehydration, Endokrin, Anämie, ...
 - **Umweltbedingt**: Isolation, Burn-Out, Ernährung, Mangelzustände, ...
 - → klinisch ähnlich, unterscheiden sich in Art & Schwere der Noxe, Tempo der Einwirkung, Alter, **Reversibilität**, ...
 - Symptome, u.a. örtliche & zeitliche Desorientiertheit, Konfabulation *Denkstörung*
- Arten des Organischen Psychosyndrom

- Amnestisch
- Akuter, exogener Reationstyp: postoperativ, SHT
- Chronischer, exogener Reationstyp: vaskulär, metabolisch, Avitaminosen, chronische Intoxikation, entzündliche Ursachen, Raumforderungen, SHT, Normaldruckhydrocephalus, degenerative Prozesse
- Hirnlokal
- Endokrin: Hypothyreose, Hypoglykämie
- Organische Wesensänderung
- **Hirndiffuses Psychosyndrom:** Hirnleistungsschwäche, Antriebsstörung, Affektstörung
- **Korsakow Psychose** (=amnestisches Psychosyndrom), durch chronischen Alkoholabusus
- **Durchgangs Syndrom** (Wieck): akut, exogen, reversibel, zB postoperatives Delirium
- **DELIR**
 - A) reduzierte Fähigkeit, die Aufmerksamkeit gegenüber äußeren Reizen aufrechtzuerhalten & auf neue äußere Reize zu lagern
 - B) Denkstörungen, wie Weitschweifigkeit, irrelevante / inkohärente Sprache
 - C) 2 der folgenden 6 zu erfüllen
 - Bewusstseinseintrübung
 - Wahrnehmungsstörungen
 - Schlag-Wach-Rhythmus
 - gesteigerte/verminderte psychomotorische Aktivität
 - Desorientiertheit zu Zeit, Ort, Person
 - Gedächtnisstörungen
 - D) **Zeitliche Dimension:** innerhalb von Stunden oder Tagen auftretende klinische Merkmale (und fluktuieren)
 - Beginnendes **Alkoholentzugsdelir:** Desorientiertheit, motorische Unruhe & Gereiztheit
- **Organisch bedingte Persönlichkeitssyndroms:** überdauernde Persönlichkeitsauffälligkeit (affektive Instabilität, wiederholte Aggression, Beeinträchtigung sozialen Urteilsvermögens, ausgeprägte Apathie, oder paranoide Vorstellungen)
- **Intoxikation / Entzug**

Intoxikation - Überdosierung	Entzug - Unterdosierung
Benommenheit , Lichtempfindlichkeit, verwaschene Sprache, verminderte Aufmerksamkeit, Piloarreaktion, Anorexie, Gewichtsverlust, Tachykardie, Unkoordiniertheit, Impotenz	Verlangen nach Substanz, Muskelschmerzen, Tränenfluss, Analgesie, Gähnen, Unruhe, Angst, erhöhter Blutdruck, Arrhythmien
Hypo-/Hyperaktivität, Mundtrockenheit, Halluzinationen , Fieber, Gereiztheit , Übelkeit, Erbrechen, Pupillen Erweiterung, Schwitzen, Durchfall, Tremor, Anfall, Schlafstörungen, Zittern	
- **Pseudodemenz**
 - **depressives Geschehen**, keine Demenz
 - klinische Abgrenzung zur Demenz durch Anamnese & Verlauf
 - klinisch & praktisch hoch relevant
 - Symptom: **subjektive Einschränkung kognitiver Leistungsfähigkeit**, objektiv aber nicht vorhanden
 - Beginn: relativ plötzlich, schnelle Progression
 - Äußern ihre Beschwerden mehr als Demente (die überspielen Probleme eher)
 - „ich kann das nicht“ – spricht auch eher für Depression

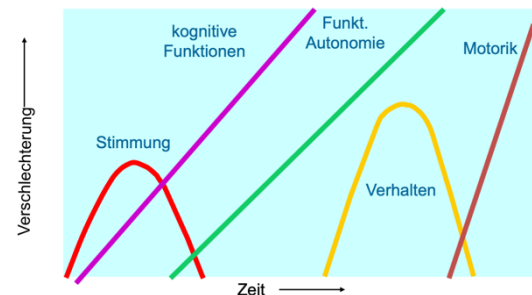
Vergesslichkeit

- Def.: **subjektive** Einschränkung Ereignisse & Fakten aus dem Gedächtnis abzurufen, Schwierigkeit Neues zu erlernen
- Viele Ursachen → Vergesslichkeit

- **Erstsymptom** primär degenerativer Demenz zB Alzheimer
- **Neurologisch**: SHT, Epilepsie, Meds., Entzündung, Raumforderung, Blutung, Hydrocephalus, Schlaganfall, vaskuläre Erkrankung, ...
- **Psychiatrisch**: Depression, Schizophrenie, Angststörungen, Anpassungsstörung, Drogen, Meds., ...
- **Internistisch**: metabolisch, endokrine Erkrankungen, Schilddrüsendysfunktion, Vitaminmangel B12, Mangelernährung, Exsikkose, schwere Organerkrankung, ...
- **Mild Cognitive Impairment**: subjektive Gedächtnisschwäche, alltägliches Leben meist nicht beeinträchtigt, normale allgemeine kognitive Leistung, **MMSE > 26**, neuropsychologische Testleistung > 1,5 SA schlechter als Altersnormwert, noch **keine Demenz**, evtl. reversibel

Demenz

- **Nicht reversible** Form der Vergesslichkeit
- Häufigkeit
 - Verdoppelung der Prävalenz ab 65a innerhalb von 5 Jahren
 - **Prävalenz bei > 80a ca. 16%** → 8% aller 80-jährigen sind wegen Demenz hilfsbedürftig
- Ursachen
 - **Alzheimer** degenerative Hirnerkrankung
 - **Multiinfarktdemenz** / zerebrale Insulte / vaskuläre Demenz
 - eine Kombi aus Alzheimer & Multiinfarktdemenz
 - andere Ursachen: Hypothyreose, Vitamin B12 Mangel, Hydrocephalus, MS, Posthypoglykämischer Status, ...
- Symptombereiche: Stimmung, **kognitive Funktionen/Leistungsfähigkeit**, funktionelle Autonomie, Verhalten, Motorik
- **Beträchtliche Koinzidenz** zwischen depressiven & dementiellen Syndromen
- Prävention: Bewegung, Lesen, Reisen, ... → ZIEL: QoL möglichst lange erhalten
- Diagnostische Kriterien
 - A) Beeinträchtigung von Kurz- & Langzeitgedächtnis
 - B) **1 der folgenden 4 zu erfüllen**
 - Beeinträchtigung des abstrakten Denkens
 - Beeinträchtigung Urteilsvermögen
 - Beeinträchtigung höherer kortikaler Funktionen, wie **Aphasie, Apraxie, Agnosie** → **Unfähigkeit 3D Figuren nachzuzeichnen**
 - Persönlichkeitsveränderungen: Vergröberung
 - C) Schweregrad: leicht, mittel, schwer
 - D) zeitliche Komponente: akut im Delir vs. chronisch bei der Demenz



Depression

- Überbegriff: **Affektive Erkrankung**
- Prävalenz der **Major Depressive Disorder (MDD)**: **Frauen > Männer** Lebenszeitprävalenz 21,3 : 12,7
- **Hindernisse** der Erkennung: Stigma, maskierte/larvierte Depression, Komorbidität mit somatischen oder anderen psychischen Erkrankungen, Zeitmangel, unzureichende med. Ausbildung
- Depressive Pat. in der Praxis
 - trauriges Gesicht, schleppender Gang, stockende/monotone/wortkarge Sprache, Müdigkeit, Inaktivität, unruhiges Umherblicken, Fingerspielen, Gereiztheit, Ängstlichkeit, Agitation

- + 2/3 zeigen gesundheitliche Begleitcherscheinungen: Kreuzschmerzen, Blutdruck, Migräne, Herzprobleme, Arthritis, Asthma, Diabetes
- Häufigsten Symptome: **Schlafstörungen** *frühes Erwachen & Durchschlafstörungen*, Müdigkeit, Schmerzen *Kopf, Brust, GI, Arme Beine*, Angst, Gereiztheit, GI-Beschwerden
- **Fragen: immer im Vergleich zu früher – Freude, Entscheidungen fällen, Appetit, Selbstwertgefühl, Schlaf, Interessen, QoL, Konzentration, Energie**
- → Störung der Vitalgefühle: wirkt sich auf **Antrieb** *Hemmung/Agitiertheit* und/oder **Seele** *Gedrücktheit/Gefühlsverlust/Angst* aus
- Anamnese: frühere psychische Erkrankungen, familiäre psychische Erkrankungen, Alkohol, Drogen, Meds. Abführmittel, Tranquilizer (*Beruhigungsmittel*), Schmerzmittel, Suizidversuch, postpartal, schwerer/unerwarteter Stress, chronischer oder episodischer Verlauf
- Diagnosestellung, bei **Hauptsymptomen > 2 Wochen** *mindestens 2 der folgenden 3*
 - 1) Depressive Verstimmung, die meiste Zeit des Tages, fast jeden Tag
 - 2) **Interessen- & Freudeverlust** an Aktivitäten, die normalerweise angenehm waren
 - 3) **verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit**
 - + Zusatzsymptome
 - Verlust des Selbstvertrauens / Selbstwertgefühl
 - Unbegründete Selbstvorwürfe oder unangemessene Schuldgefühle
 - Wiederkehrende Gedanken an Tod / Suizid
 - Klagen über vermindertes Konzentrationsvermögens / Unentschlossenheit
 - **Psychomotorische Agitiertheit / Hemmung**
 - Schlafstörung jeder Art (*4*) *Einschlafen, Durchschlafen, frühes Erwachen, zu viel Schlaf*
 - Appetitverlust / gesteigerter Appetit
 - → leichte (*2,2*), mittlere (*2,4*), schwere (*3,5*) Depression
- anhaltende depressive Störungen: mehr als 2 Jahre
 - Zylothymie *mit auf und ab*
 - **Dysthymie** *über Jahre anhaltende depressive Verstimmung*
 - anhaltende ängstliche Depression
 - depressive Neurose
 - depressive Persönlichkeitsstörung
 - neurotische Depression
- Somatoforme Störungen = *körperliche Beschwerde ohne organische Ursache*
 - Somatoforme autonome Funktionsstörungen (zB Herzneurose)
 - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung
 - **Neurasthenie: anhaltendes Klagen über gesteigerte Ermüdbarkeit**
 - Depersonalisations-/Derealisationssyndrom: Entfremdung / Loslösung vom eigenen Denken, vom Körper, der Umwelt
- Depression kann heilbar sein
- Depression ist keine Charakterschwäche
- Antidepressiva machen per se nicht abhängig *wie zB Tranquilizer*
- Ätiologie
 - Endogen: unipolar / bipolar *manisch-depressiv*
 - Psychogen: reaktiv *Kindheit* / neurotisch / durch Belastung, Anpassung
 - Somatogen: symptomatisch / organisch *durch andere körperliche Erkrankungen bedingt*
- Organische Ursachen
 - Pharmaka & Gifte & Drogen & Alkohol
 - Metabische & Endokrine Störungen
 - Infektionskrankheiten

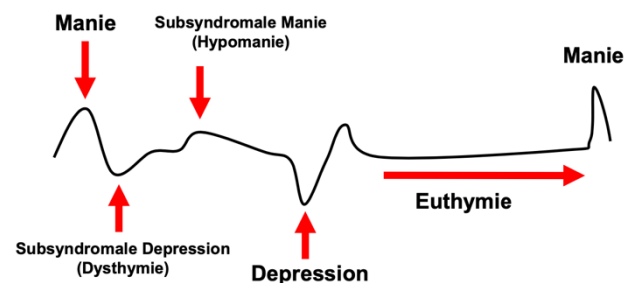
Demenz - Depression

Beginn schleichend	Beginn eher plötzlich
langsame Progredienz	schnelle Progredienz
FA: Demenz +	FA: Depression +

- Degenerative Erkrankungen
- „atypische“ Depression: Symptome: chronische Müdigkeit, **Hypersomnie** 15h Schlaf, **Hyperphagie** mit Heißhunger → Gewichtszunahme
- Unterscheidung Trauer & Depression: Trauer lässt sich aufmuntern, ablenken, nimmt Zuspruch an, kann seine Gefühle äußern

Bipolare Erkrankungen

- **Manie + Depression**
 - Verschiedene Krankheitsepisoden: manisch, hypomanisch, depressiv, gemischt, euthym (häufigste Zustand: depressiver Zustand)
 - Komplexe Erkrankung: zu verschiedenen Zeiten verschiedene Zustandsbilder
 - Meist lebenslanger Verlauf
 - Enorme soziale & berufliche Beeinträchtigung
 - → Lebenserwartung sinkt um 9 Jahre, **ca. 15% sterben an Suizid**
- Epidemiologie
 - Weltweit ca. 1% oft unerkannt / zu selten diagnostiziert
 - Krankheitsbeginn meist zwischen 15.-24. LJ (Diagnose nach 5-10 Jahren)
 - Männer = Frauen, familiäre Disposition
 - Rezidivrate 90%
- Diagnostische Schwierigkeiten
 - Symptomüberschneidungen → Fehldiagnosen
Schizophrenie / rezidivierende Depression
 - Fehlende Krankheitseinsicht
 - Komorbide Erkrankungen, wie zB Angsterkrankungen, Essstörungen, Substanzmissbrauch
- BIPOLAR
 - rapid cycling / switchen / kippen zwischen den Phasen
 - **Rapid Cycling**: 4 oder mehr Episoden von Manie, Hypomanie, Gemischt, Depression innerhalb von einem Jahr (bei Bipolar I & II)
 - meist früher Beginn / nach Entbindung
 - Klassifikation nach **Akiskal** oder nach Young Mania Rating Skala
- BIPOLAR I
 - **Depression & Manie** 1-2%
 - Mind. 1 manische oder gemischte Episode
 - Mittlere Episodenanzahl: 9
 - Bei frühem Beginn oft schlechterer Verlauf
- BIPOLAR II: rezidivierende Depression & Hypomanie 5-10%
- Zylothyme Störung: mind. 2 Jahre Wechsel leichte Depression & Hypomanie
- Unipolar vs. bipolare Depression



Bipolare Depression	Unipolare Depression
Gleiches Geschlechterverhältnis	Frauen > Männer
Früherer Beginn	Späterer Beginn
Mehr & häufigere Krankheitsepisoden	Weniger Episoden
Höhere Komorbiditäten	Mehr Angsterkrankungen
Höhere Vererbbarkeit	Vererbbarkeit unterschiedlich
Suizidalität höher	Suizidalität hoch
Vegetative Symptomatik (Migräne)	Eher Chronifizierung
Psychotische Symptome	
Stärkere Residualsymptomatik	

- Gemischte Episoden

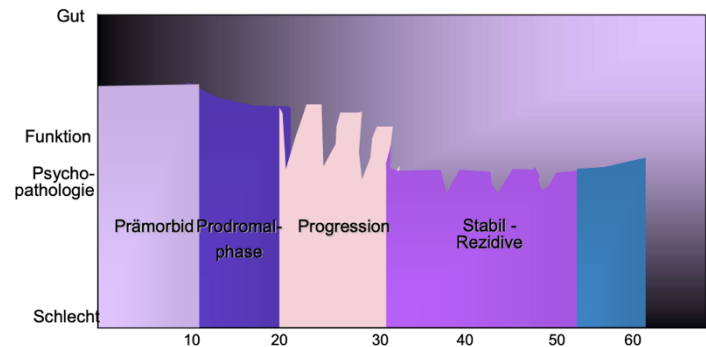
- gegenwärtig Mischung der Symptome bzw. rascher Wechsel
- Mischung von Stimmung, Denken & Wollen
- Nach Kraepelin, 1904
- **Hypomanie**
 - andauernde gehobene, expansive oder gereizte Stimmung für zumindest 4 Tage
 - + Zusatzkriterien: gesteigerter Selbstwert, Größenideen, vermindertes Schlafbedürfnis, Rededrang, Ideenflucht, Gedankenrasen, vermehrte Ablenkbarkeit, exzessive Genusssucht, gesteigerte Aktivität, unübliche Veränderung im sozialen Verhalten
- **Manie**
 - Manie & Hypomanie unterscheiden sich im Schweregrad, gleiche Symptome
 - *Pat. hat häufig keine Erinnerung an die Phase*
 - andauernde gehobene, expansive oder reizbare Stimmung für mehr als eine Woche / Hospitalisierung
 - deutliche Beeinträchtigung der beruflichen Leistungsfähigkeit / üblichen sozialen Aktivität / Beziehungen
 - psychotische Symptome
 - *synthym Stimmungs kongruent: Größenwahn*
 - *parathym Stimmungs inkongruent: Verfolgungswahn*
- **Komorbiditäten**
 - Gekennzeichnet durch äußerst hohes Vorkommen von Komorbidität
 - Mit psychischen Erkrankungen: Angsterkrankungen, Panik, Zwang, Substanz Alkohol & Drogenmissbrauch
 - Mit somatischen Erkrankungen: Thyr, Neuro, Tumore, Meds., cardiocaskuläre Erkrankungen, Adipositas, Hypertonie, DM
 - → erhöhte Suizidgefahr
 - → erschwert Therapie & verschlechtert Prognose

Schizophrenie

- **Terminologie**
 - nach **Kraepelin** (1893): Erstbeschreiber, Zweiteilung der Psychosen
 - **Dementia praecox**: heutige Schizophrenie, 2.&3. Ljz., progredient, ungünstig, dementieller Abbau in jungen Jahren
 - **manisch-depressives Irresein**: jedes Lebensalter, episodischer & günstiger Verlauf
 - nach **Bleuler** (1911): Schizophrenie = Spaltungsirresein *Spaltung der Persönlichkeit*
 - Grundsymptome: Störung des Denkens, Affektivität und des Antriebs *Zersplitterung und Aufspaltung*
 - Akzessorische Symptome: Wahn, Halluzination, Katatone Erscheinung, ...
 - nach **Schneider** (1897-1967)
 - Symptome 1. Ranges: Wahnwahrnehmung, dialogische akustische Halluzinationen, Gedankenlautwerden, -entzug, -eingung, -ausbreitung, Beeinflussungserlebnisse mit dem Charakter des Gemachten
 - Symptome 2. Ranges: Wahneinfall, sonstige Halluzinationen, Affektveränderungen, Ratlosigkeit, ...
- **Risikofaktoren**
 - untere soziale Schichtung eher Folge als Ursache
 - Männer erkranken früher als Frauen *Östrogene schützen*
 - Frauen leiden weniger an negativen Symptomen *eher paranoide, halluzinatorische Symptome*
 - Genetik

- Diagnose nach ICD-10
 - F20 - **Schizophrenie**
 - F21 - **schizotype Störung** = „Grenzpsychose“ = latente Schizophrenie: affektiv unnahbar wirkend, eigentümliches Verhalten, sozialer Rückzug, Misstrauen, bizarre Ideen, ähnlich einer Persönlichkeitsstörung
 - F22 - **anhaltende wahnhafte Störung** = früher: *Paranoia* = neben dem Sinn = sensitiver Beziehungswahn: Wahn oder Wahnsystem *Verfolgungs-, Größen-, Eifersuchts-, Liebes-, oder hypochondrischer Wahn* ohne eindeutige schizophrene Symptome > 3 Monate
 - F23 - **akute vorübergehende psychotische Störungen** „*paranoide Reaktion*“
 - ... ohne Symptome einer Schizophrenie, polymorph
 - ... mit Symptomen einer Schizophrenie, polymorph
 - ... wie Schizophrenie, < 1 Monat
 - ... vorwiegend wahnhaft, psychotische Störung, < 3 Monate
 - F25 - **schizoaffective Störung: Schizophrenie + manische oder depressive Episode**
 - schizomanische Störung
 - schizodepressive Störung
 - gemischte schizoaffective Störung
- **Symptome**
 - **Positive Symptome**
 - **Halluzination: akustisch**, optisch, taktil, olfaktorisch, **coenesthetisch** *bizarre Leibeshalluzinationen*
 - **Wahn**: Verfolgung, Religion, Eifersucht, Schuld, Größenwahn, Körper
 - systematisch/unsystematisch, logisch/unlogisch, bizarr
 - Karl Jaspers (1883-1963): subjektive Gewissheit, Unkorrigierbarkeit, Unmöglichkeit des Inhalts (bizarr)
 - **Ich-Störungen**: Gedankenausbreitung, Gedankeneingebung, Gedankenentzug
 - **Katatonie** „Anspannung von Kopf bis Fuß“: hyper-/hypomotorische Aktivität *wenn hypomotorisch wird die Katatonie auch zu den negativen Symptomen gezählt*
 - **Negative Symptome**: Apathie *Gleichgültigkeit*, **Affektverflachung**, **Alogie** *Sprachverarmung*, **Abulie** *Willenlosigkeit*, **Avolition** *Antriebsstörung*, **Anhedonie** *sozialer Rückzug*, **Aufmerksamkeitsstörungen**
 - **Affektive Symptome**: Depression, Suizidalität, Hoffnungslosigkeit
 - **Desorganisiertheit** von Verhalten & Gedanken *formale Denkstörungen, wie Gedankenabreißen & Gedankeneinschiebung* → kognitive Beeinträchtigung / **Kognitive Symptome**: Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Denkleistung → *inkohärente Sprache*
- **Diagnosekriterien, nach ICD10 (F20)**
 - A) mind. 1 der folgenden eindeutig *für > 1 Monat*
 - **Ich Störungen**: **Gedankenlautwerden, -entzug, -eingebung, -ausbreitung**
 - **Wahnwahrnehmungen**: Kontrollwahn, Beeinflussungswahn *Gefühl des Gemachten deutlich bezogen auf Körper, Gliederbewegung, Gedanken, Tätigkeiten, Empfindungen*
 - **akustische Halluzinationen**: kommentierende oder dialogische Stimmen *die über den Pat. reden oder Stimmen, die aus bestimmten Körperteilen kommen*
 - Anhaltender kulturell unangemessener, bizarrer Wahn *wie der, das Wetter kontrollieren zu können oder mit außerirdischen in Verbindung zu stehen*
 - B) mind. 2 der folgenden
 - andere **Halluzinationen**
 - Neologismen, Gedankenabreißen, -einschiebungen
 - Katatone *psychomotorische* Symptome: Erregung, Mutismus, Negativismus, Stupor, Haltungstereotypen oder **wächserne Biagsamkeit**, ...
 - **Negative Symptome**: Apathie, **Affektverflachung**, **Alogie** *Sprachverarmung*, **Abulie** *Willenlosigkeit*, **Avolition** *Antriebsstörung*, **Anhedonie** *sozialer Rückzug*, **Aufmerksamkeitsstörungen**
 - C) fast ständig während eines Monats

- Diagnostische Kriterien nach DSM-V, v.a.: Wahn, Halluzinationen, Desorganisierte Sprechweise, grob desorganisiertes/katatones Verhalten, negative Symptome
- Neuropsychologische Defizite: Beeinträchtigung von Aufmerksamkeit, Gedächtnis, exekutiver Funktion
- typischer Verlauf
 - schleichender Verlauf
 - Prodromalphase: Monate-Jahre *eher Negativsymptome*
 - Aktive Erkrankungsphase *florid, v.a. Wahn & Halluzination*
 - Residualphase
 - Soziale Langzeitprognose *55% der Pat. wieder voll berufsfähig*
- Subtypen
 - Paranoide Schizophrenie: v.a. Wahn / akustische Halluzinationen
 - Hebephrene Schizophrenie *desorganisierte*: Affektstörungen *Denk- & Antriebsstörungen, KEINE Halluzinationen, tritt eher früher auf*
 - Katatone Schizophrenie
 - Hypoaktive Katatonie: *Stupor, Haltungsstereotypen, Mutismus, Negativismus, Flexibilitas cerea*
 - Hyperaktive Katatonie: *psychomotorische Erregung, Hyperkinesie, Stereotypen, Raptus*
 - Undifferenzierte Schizophrenie
 - Residuum Schizophrenie: im Übergang zur vollständigen Remission
 - Schizophrenie simplex: ausgeprägte Negativsymptomatik ohne nennenswerte vorangegangene floride Symptomatik
- Gute Prognose, günstiger Verlauf, wenn: verheiratet, weiblich, extrovertierte Persönlichkeitszüge, sozial gut integriert, akuter Beginn, affektive Auffälligkeiten, seltene & kurze Episoden
- Pathomorphologische Ergebnisse: Vergößerung der Ventrikel, Verbreiterung der Sulci, verminderte Gesamtgröße, Rezeptordichte, verminderte Substrukturen *Hippocampus, temporaler & frontaler Lappen*
- Gute Prognose, günstiger Verlauf, wenn: weiblich, akuter Beginn, verheiratet, extrovertierte Persönlichkeitszüge, sozial gut integriert, affektive Auffälligkeiten, seltene & kurze Episoden
- Postschizophrene Depression: insbesondere nach Abklingen einer akuten Erkrankungsphase
- 10x erhöhtes Suizidrisiko



Suizid

- A) vollzogener **Suizid**
 - Pat.: Ältere, Männer, härtere Methoden, Intention hoch, Kommunikation niedrig, Psychische Störung meist schwerer
 - 30-40% aller Suizidenten weisen einen oder mehrere Suizidversuche in der Biographie auf
- B) **Parasuizid** (Selbstmordversuch)
 - Parasuizidale Pause: Wunsch nach Ruhe
 - Parasuizidale Geste: Wunsch nach Aufmerksamkeit
 - Parasuizid: Pat. will sterben
 - Pat.: Jüngere, Frauen, weichere Methoden, Intention niedrig, Kommunikation hoch, Psychische Störung meist leichter
 - 10-15% aller Pat. mit Suizidversuch sterben später an einem Suizid
- C) Suizidgefährdung

- Risikofaktoren für Parasuizide: **Alkohol**, Drogen, frühere Parasuizide, **Essstörungen**, soziale Isolation, broken-home family, Suizide in der Umgebung, geringer Selbstwert, Depression, Hilflosigkeit, Einsamkeit, „Modelle“, ...
 - Werthereffekt (1774) → Kopie des Modells
- Entwicklung zum Suizid (nach Pöldinger)
 - Phase der **Erwägung**: Lage scheinbar aussichtslos, mangelnde Beähtigung
 - Phase der **Ambivalenz**: Schwanken/**abwegen**, Pat. wird auffällig, u.U. Suiziddrohungen, hier setzt HILFE ein
 - Phase der **Konsolidierung**: Entscheidung ist gefallen, Unruhe der Ambivalenz fällt weg, Umfeld eher beruhigt, VORSICHT, höchste Suizidgefahr
- Präsuizidales Syndrom, nach Ringel
 - **Einengung**: situative & dynamische & Beziehungen
 - Gegen die eigene Person gerichtete **Aggression**
 - **Suizidphantasien**: aktiv herbeigerufen vs. sich aufdrängend

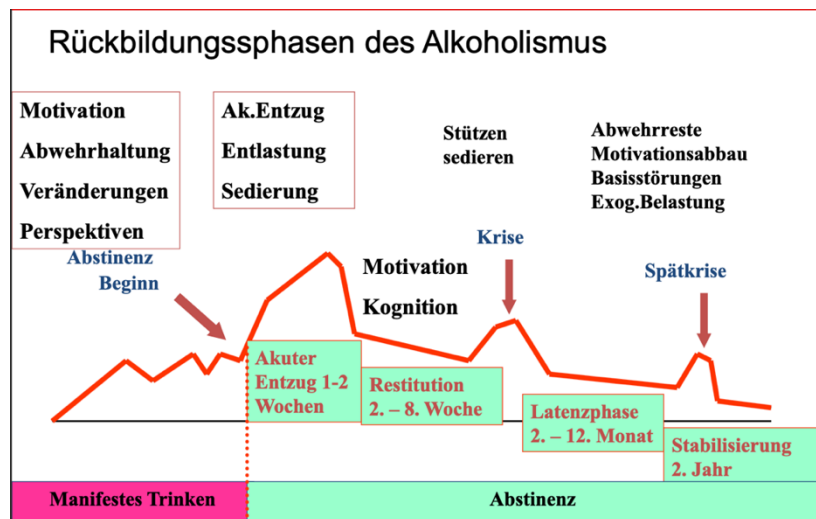
Sucht

- Sucht/Abhängigkeit ist eine meist chronische Erkrankung der Person mit typischen biologischen, psychologischen und sozialen Ursachen und Folgen
- Suchtmittel ist ein komplizierender Faktor und wird auch oft gewechselt
- Psychische & Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen: **Alkohol**, Opiate, Cannabinoide, Sedativa & Hypnotika, Kokain, andere Stimulanzien inkl. Koffein, Halluzinogene, **Tabak**, flüchtige Lösungsmittel, multipler Substanzgebrauch, ...
- **Merkmale einer Abhängigkeit**: Kontrollverlust, Schlafstörungen, ...
- → akute Intoxikation, schädlicher Gebrauch, Abhängigkeitssyndrom, Entzugssyndrom, psychotische Störung, amnestisches Syndrom (Korsakow)
- Alkohol in Zahlen
 - Prävalenz: 5% der Bevölkerung ist alkoholabhängig, **Männer > Frauen**
 - Start des Konsums illegaler Drogen ab 8 Jahren
- Typen nach **Lesch**: nach ICD-10 & DSM-V alle alkoholabhängig
 - 1: schwere Entzugserscheinungen (Tremor, Bluthoch Schwankungen, vegetative Instabilität, Schwitzen)
 - 2: massive Angst & milde Symptome, aber keine Anfälle, keine weiteren Erkrankungen, keine Suizidneigungen
 - 3: depressive Episode & Schlafstörungen
 - 4: Schädigung beginnt schon pränatal bzw. früh in der Kindheit, Epilepsie, schwere kognitive Beeinträchtigung
- Definition nach WHO, ICD-10
 - Keine Diagnose, trotz riskantem Gebrauch *23% der 18-59jährigen*
 - Schädlicher Gebrauch *13%*
 - Abhängigkeitssyndrom *5%*
 - Akute Intoxikation – Rauschsyndrom
- **Entzugssyndrom**: autonome Hyperaktivität, **Schwitzen, Tremor der Hände**, Bluthochdruck *meist 1. Symptom*, Hyperreflexie *bei neurologischen Reflextests*, Übelkeit & Erbrechen *v.a. morgens*, Ängstlichkeit, psychomotorische Agitation *Unruhe*, Halluzinationen, Desorientiertheit
 - **Leitsymptome**: Toleranz, Kontrollverlust, Entzugserscheinungen (somat. > vegetativ > psychisch)
 - **Labor**: gamma GT, mittleres Zellvolumen der Erythrozyten, CDT
 - Intoxikation, Entzug, Gang, GI, Facies

- Organisches Psychosyndrom (Hirn)
- Diverse Organe wie Leber, Pankreas, periphere Nerven (u.a. Diabetes Insipidus)
- Mesolimbische Suchtachse: Belohnung → Sucht
- Biochemische **Sensibilisierung** der Transmitterreaktion an der Suchtachse: gleich Dosis Alkohol ruft bei wiederholter Gabe einen verstärkten Effekt
- **Toleranz**: Abnahme der Alkoholwirkung bei wiederholter Gabe
- **Konditionierung**: trainiertes Verhaltensmuster
- Beginn der Erkrankung: 59% psychiatrische → Alkoholprobleme, 22% zeitgleiche Entwicklung
- **Komorbiditäten**: **Angststörungen, Affektive / Depressive Erkrankungen**, OCD, Stress Disorder, ...
- > 30% aller erwachsenen Pat. haben auch Alkoholfaktoren (Alkoholabhängigkeit schreitet progredient fort), Früherkennung
- **Phasen** der Suchtentwicklung
 - Probieren → Experimentieren → kontrollierter Konsum → Übergang → Abhängigkeit
 - „Point of ne return“: trotz negativer Konsequenzen, Reaktivierung des Trinkstils nach Abstinenzpause, craving, Toleranzbruch, Kontrollverlust, massiver Entzug
- Therapie
 - Entzug ist nur eine kurzfristige Therapie
 - Meds., psychische Betreuung, ...
 - therapeutisch relevante Untergruppen → individueller Ansatz, auch verlaufsorientiert
 - „Problemtrinker“ mit erheblichen psychischer Komorbidität
 - „Spiegeltrinker“ mit erheblicher Organschädigung

Krisen

- Formen der Krise
 - **Normative Krisen**: durchläuft jeder, helfen Bewältigungsstrategien zu entwickeln
 - Chronische Krisen
 - **Akute Krisen**
 - **Schockphase**: vegetative Reaktion & somatische Maßnahmen → Infusion & „Da sein“
 - Phase der chaotischen Gefühle: **Emotionen** zulassen
 - Phase der **Bewältigung** dauern ca. 1 Jahr, *pathologische Fixierung*
 - Phase der Neuorientierung
- Krisenbewältigung = Stressbewältigung
- → **pathologische Fixierung**: Auftreten somatischer bzw psychischer Symptome anstelle einer Entwicklung funktioneller Bewältigungsmechanismen
 - Tritt ein, wenn Trauerarbeit nicht greift
 - Ziel therapeutischen Handelns
 - Kann auf somatischer und/oder psychischer Ebene erfolgen
 - Ursache vieler psycho-somatischer Erkrankungen



Angsterkrankungen

- Angst & Furcht sind evolutionär ein sinnvolles & notwendiges affektives Erregungsmuster
- Normales Phänomen → Überleben *Fluchtreflex*, „fight or flight“, *Todstellreflex*, *Schutzreflex*
 - → **psychische UND körperliche** Reaktion
- Angstreaktion, via 2 Notfallschaltkreise
 - **Schneller Weg:** Amygdala → Stammhirn → Anstieg von Blutdruck, Puls, Atmung, Reflexen + Aktivierung des sympathischen NS → Adrenalin, Noradrenalin, Cortisol
 - **Langsamerer Weg:** mit Rückmeldungen sensorischer Informationen
- **Teufelskreis** der Angst: äußere Reize → Wahrnehmung → „Gefahr“ Gedanken → Angst (sichtbares Verhalten) → physiologische Veränderungen → körperliche Symptome
 - „point of no return“ Schwelle, an der das dauerhaft im Körper zirkulierende Cortisol, ein Level überschritten hat → **Automatisierung** von Angst → Angstanfälle
- Angst & innere Unruhe sind die am häufigsten präsentierten Symptome in einer Allgemeinpraxis
- **ANGST:** allgemeines Gefühl, wie Besorgnis, Spannung, Unbehagen durch innere Vorstellungen & Gedanken, irrational, nicht greifbar
 - → **vegetative Hyperaktivität** *zittern + schwitzen*, **motorische Anspannung**, besorgte Erwartung, Wachsamkeit, Misstrauen
 - Pathologisch, wenn: unangemessen stark, zu lange, verlorene Kontrolle, Situation gemieden wird, Leidensdruck
- **FURCHT:** vor einem **Konkretum** *Objekt / Situation*, spezifische Reaktion auf identifizierbaren Reiz, Zunahme bei Annäherung, **rational begründbar**, angeboren oder erworben, als reale Bedrohung wahrgenommen *Babys haben vergrößerte Pupillen bei Bildern von Spinnen & Schlangen*
- Prävalenz
 - Prävalenz bei ca. 14%, Frauen > Männer
 - Spezifische Phobien > soziale Angststörungen > Panikstörungen >
 - Ersterkrankungsalter

	Trennungsängste: 10
	Spezifische Phobie: 11
	Soziale Angststörungen: 14
	Agoraphobie: 21
	Panikstörungen: 30
	Generalisierte Angststörungen: 35
- Diagnostik
 - normale Angst vs. pathologische Angst *immer mögliche, organische Ursachen abklären*
 - objekt- oder situations-**unabhängig**
 - chronisch / **generalisiert** *viele Gemeinsamkeiten mit der Depression*
 - akut / anfallsartig
 - objekt- oder situations-**abhängig** = phobisch
- **Angsterkrankungen** *ist ein Überbegriff*
 - **Panikattacken** / Panikstörungen
 - **Phobie**
 - **Zwang**
 - **Somatisierungen**
- Symptome
 - **ängstliche Stimmung:** *innere Unruhe, kreisende Gedanken, grübeln, Reizbarkeit, Konzentrationsschwierigkeit, nervöse Anspannung*
 - **Schlafprobleme:** *nächtliches Aufwachen, Schlaflosigkeit*
 - **somatische Symptome:** *Muskelanspannung, Schmerzen, GI & kardiovaskuläre Symptome, Atemnot*
- **Panik**
 - A) Panikstörung: episodisch, paroxysmale Angst, unerwartet, wiederkehrend
 - B) generalisierte Angststörung, Angstneurose, unrealistisch, > 6 Monate

- häufigste **Symptome**: Tachykardie *Herzklopfen* & Hitzewallungen
- Panikattacke: unerwartet auftretend & von kurzer Dauer *Minuten*
- **Phobien**
 - A) Agoraphobie *Angst vor Orten / Situationen ohne Fluchtmöglichkeit*
 - B) Sozialphobie
 - B) spezifische Phobie
 - unverhältnismäßig starke, **anhaltende Angst**, durch eindeutig definierte Stimuli/Objekte/Situationen
 - → körperliche & psychische Symptome, Vermeidung, Erwartungsangst
- **Zwang**
 - wiederkehrend, nicht passend, (leicht) übertrieben, als störend erkannt
 - **Zwangshandlungen**: „Angst **reduzierend**“, zielgerichtete Verhaltensweisen, die Regeln / Stereotypen folgen, werden ausgeführt *waschen, zählen, kontrollieren*
 - Zwangsgedanken: „Angst **induzierend**/auslösend“, länger dauernde Ideen, **Gedanken** (**eindrängend, aufdrängend, wiederholend, belastend**), Impulse, Vorstellungen
- **Somatisierungen**, somatoforme Störung: körperliche Symptome, ohne organische Befunde, Hypochondrie
- **Belastungen**: akute Belastungsstörungen *unmittelbar nach der Belastung*, posttraumatische Belastungsstörung *häufig reaktiv*, Anpassungsstörung
- **Dissoziative Störungen**, Konversionsstörung
 - Verlust von Erinnerung, Wahrnehmung, Bewältigung → **Abspaltung** von der aktuellen Situation, als Schutzreflex
 - Ohne körperliche Erkrankung
- **Therapie der Angstzustände**
 - **Benzodiazepine** Sedierung bei akuten Angstzuständen
 - **Neuroleptika** = Antipsychotika *in den 1950er entdeckt*
 - **Antidepressiva** supportiv bei depressiver Symptomatik
 - Psychotherapie
 - + Lavendel + Johanniskraut

- Kornhuber & Deecke, Bereitschaftspotential im Hirn deutlich vor Bewegungsausführung
- **Anorexia nervosa**, bei 15% unterm Normalgewicht (BMI < 17,5)
- behavioral confirmation: Verhalten → andere Person soll sich den eigenen Erwartungen entsprechend verhalten
- eliminativen Materialismus: **psychologische** Erklärungen von menschlichen und tierischen Verhaltensweisen aus dem wissenschaftlichen Denken
- **Epiphanomenalismus**: Psychisches wird durch psychische Prozesse verursacht und kann selbst kausal nichts zu bewirken
- Charcot: **hysterische Lähmung** entspricht nicht den anatomischen Gegenheiten

- **ADHS** im Erwachsenenalter
 - Konzentrationsschwierigkeiten, Vergesslichkeit, zappelig, schusselig, innere Unruhe, Getriebenheit, **Hyperkinetisch**
 - Diagnostik: v.a. inkl. differential diagnostische Abklärung (Depression, **Sucht**, Anstörung, Zwang, Persönlichkeitsstörung, Schlafstörung, Essstörung, Bipolare Störung, **Asperger Autismus**, ...)
 - Psychopathologische Bewertung / Gesamtwürdigung
- **Burnout** *Freudenberger, 1974*
 - Komplex von Symptomen, keine Diagnose

- Unspezifische Stresskrankheit → ausgeprägter Erschöpfungszustand
- Maslach Burnout Inventar: 3 Dimensionen *Emotionale Erschöpfung, Dehumanisierung, reduzierte persönliche Leistungsfähigkeit*
- „Burnout ist arbeitsbezogen und bei Pat. ohne psychischen Erkrankung“
- Pat. vom Melancholischen Typus, Missverhältnis von Mensch & Arbeit
- Arbeitsbezogene **Neurasthenie**, nach ICD10
- Symptome ähnlich bei **Depression – Suizidalität – Burn Out Syndrom**