

Einführungskurs Psychiatrie 3. SJ

Session 1

Der Zugang zu Patienten mit psychischen Störungen

Prof. Dr. med. Dr. sc. ETH Uwe Herwig

Psychiatrische Universitätsklinik Zürich

Ärztlicher Direktor, stv. Geschäftsführer
Zentrum für Psychiatrie Reichenau, Lehrkrankenhaus Univ. Konstanz

10. Oktober 2024

Ablauf

1. Einführung
2. Patienteninterview
3. Allgemeine Psychopathologie
4. Rekapitulation Psychostatus
5. Erarbeiten der psychopathologischen Befunde
6. Fragen / Diskussion

Einführungskurs 3. Studienjahr B Med

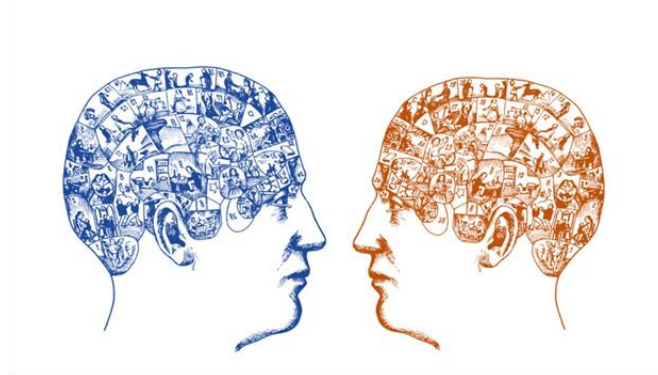
Broschüre für Studierende und Dozierende

Der Zugang zu Patientinnen und Patienten mit psychischen Störungen*

Tobias Spiller, Dagmar Pauli, Achim Burrer

*Revision 2023 von «Der Zugang zu Patienten mit psychischen Störungen» von
Paul Hoff, Dagmar Pauli und Wolfgang Gerke (2010)

Herausgegeben von der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich



1. Schritt	ärztliches Gespräch	Es ergibt erste Informationen über die Beschwerden des Patienten oder/und seiner Umwelt, zeichnet ein Bild von seinen Lebensumständen, präsentiert anamnestische Daten aus Biographie, Krankheitsgeschichte, mögliche biologische und psychosoziale Belastungen.
	Exploration	Sie vertieft durch gezieltes Fragen und psychopathologische Beurteilung den Informationsstand in den psychiatrierelevanten Bereichen (Querschnittsdiagnose, Verlaufstypologie, Längsschnitt) und führt zu einer ersten differenzialdiagnostischen Überlegung.
	↓	
	syndromatologische Diagnose	
2. Schritt	zusätzliche Informationsquellen	<ul style="list-style-type: none">■ allgemeinmedizinische Untersuchung■ neurologischer Status■ mitgebrachte ärztliche Befunde■ außenanamnestische Hinweise Weitere Untersuchungen bei entsprechender Indikationsstellung: <ul style="list-style-type: none">■ laborchemische Untersuchungen von Blut, Harn, evtl. Liquor■ apparative Untersuchungen (EEG, bildgebende Verfahren)■ testpsychologische Untersuchungen (s. S. 40)
	↓	
3. Schritt	nosologische Diagnose	Sie ist das Ergebnis aller nun vorliegenden Informationen über Symptome, Syndrome, ätiologische Faktoren und pathogenetische Vorgänge.
4. Schritt	Therapieplanung	

➔ Biomarker

- Die Beziehung gestalten, Vertrauen schaffen, Empathie ausdrücken
- Das Gespräch eröffnen
- Die Anamnese erheben
 - Wie wird die Anamnese erhoben?
 - Welche Inhalte umfasst die Anamnese?
- Psychopathologie
- Zusatzuntersuchungen (Ausschluss Dg, Biomarker, ...)

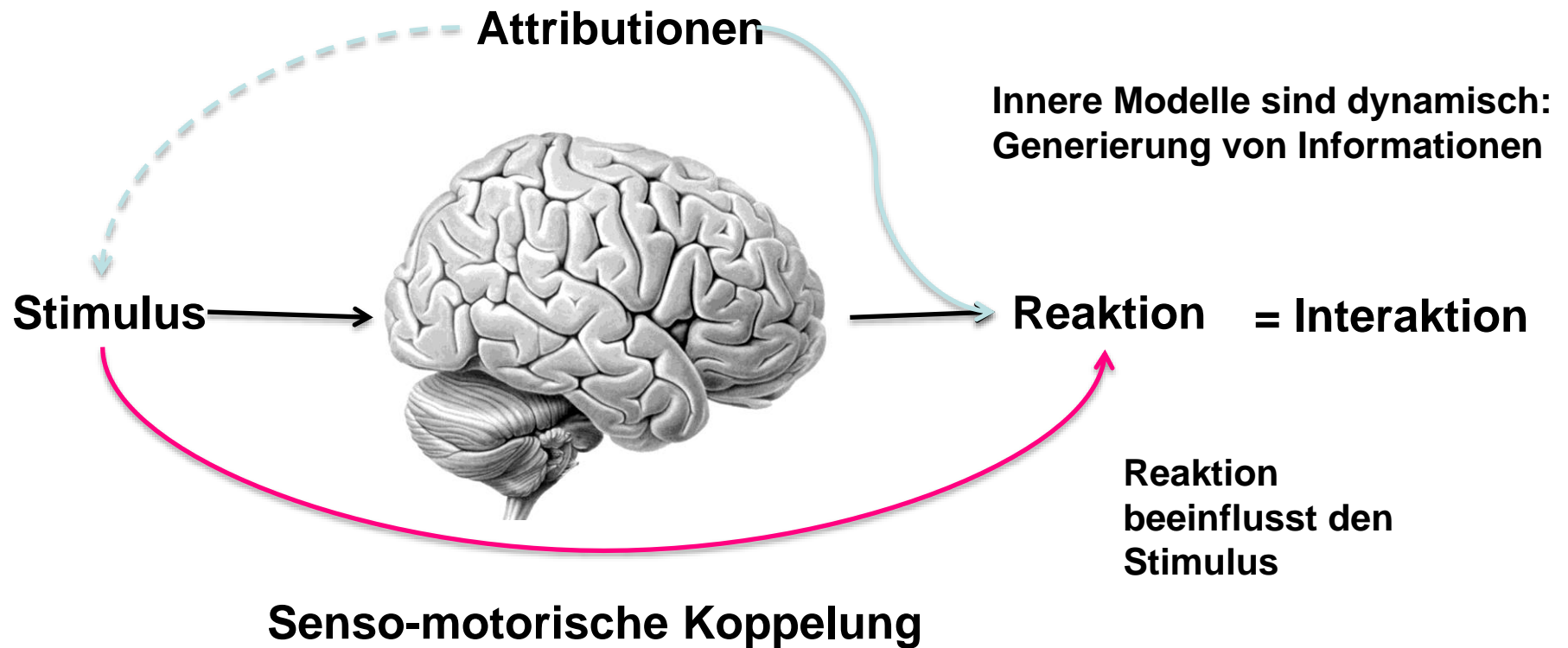
Soziale Medien, Familienanamnese,
Suizidalität

Auch an Hirntumore etc. denken

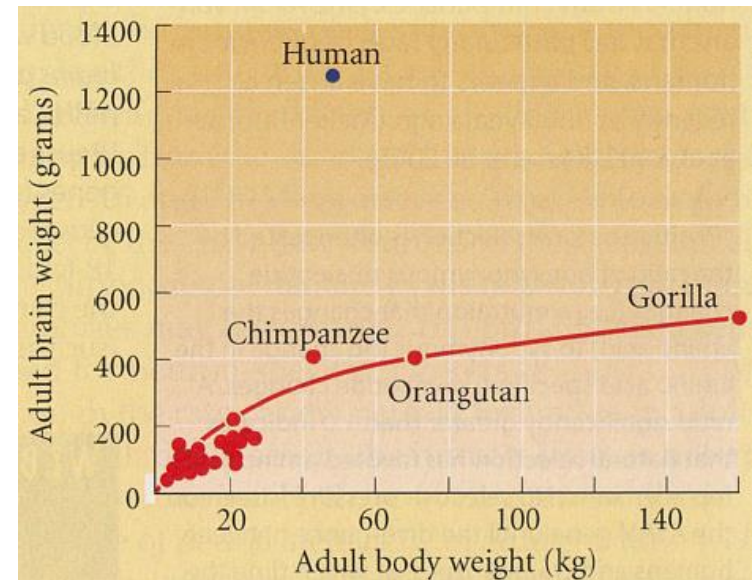
Drei Es:

- Emotionale Wertschätzung
- Empathie
- Echtheit

Soziale Reizverarbeitung



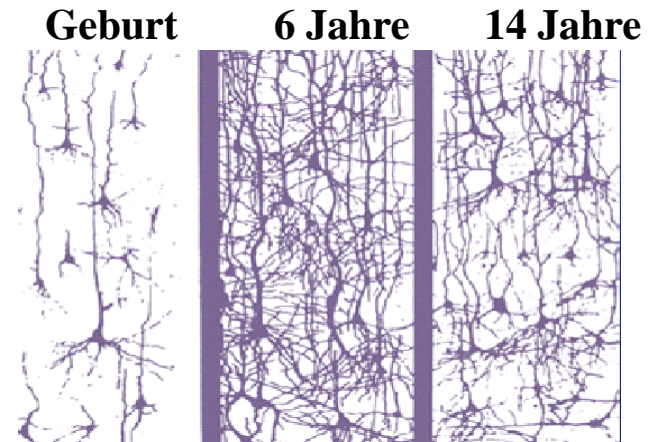
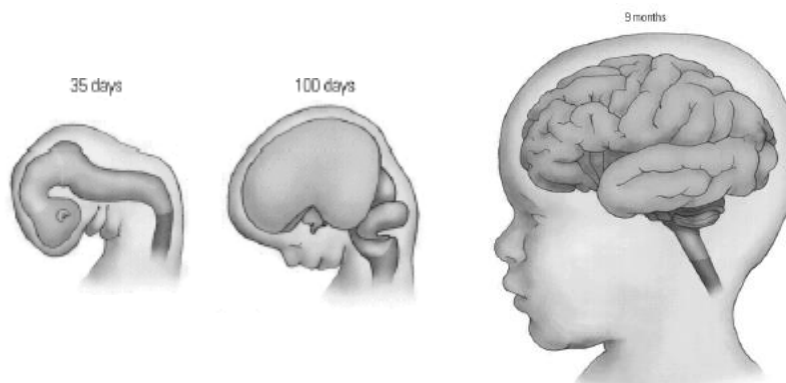
Gehirnentwicklung – Evolution



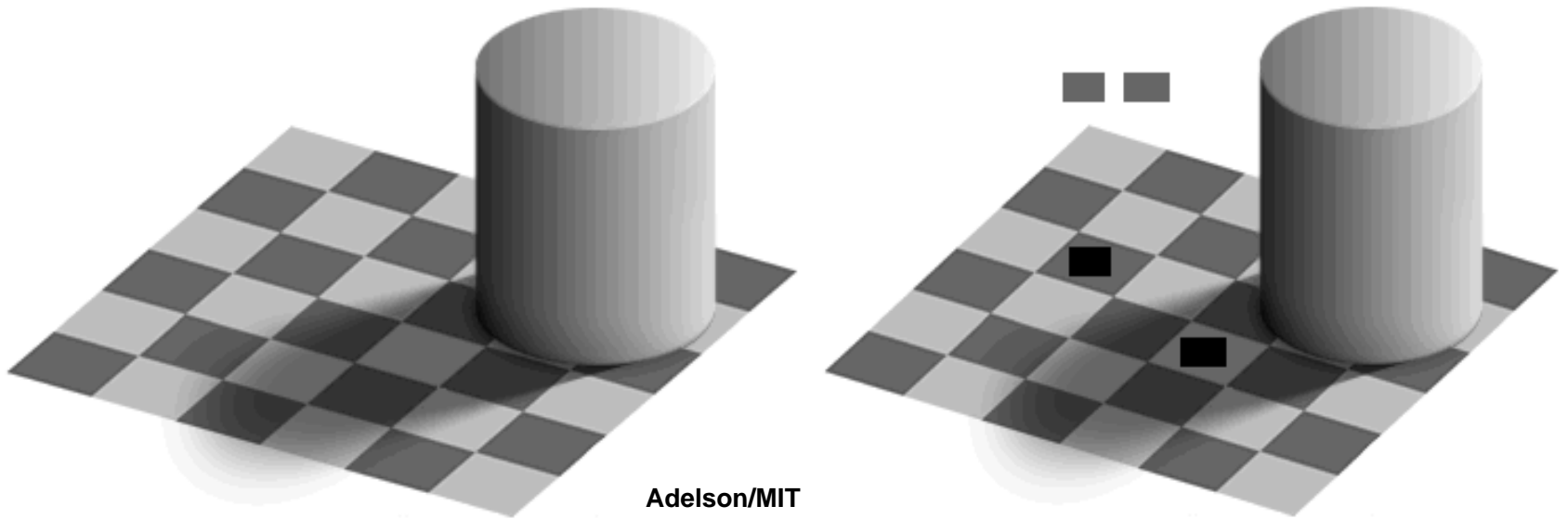
Individuelle Entwicklung

Gehirn entwickelt sich auch anhand emotionaler Erfahrung: „Bedeutung bleibt“

Ausformung der persönlichen Stressverarbeitung

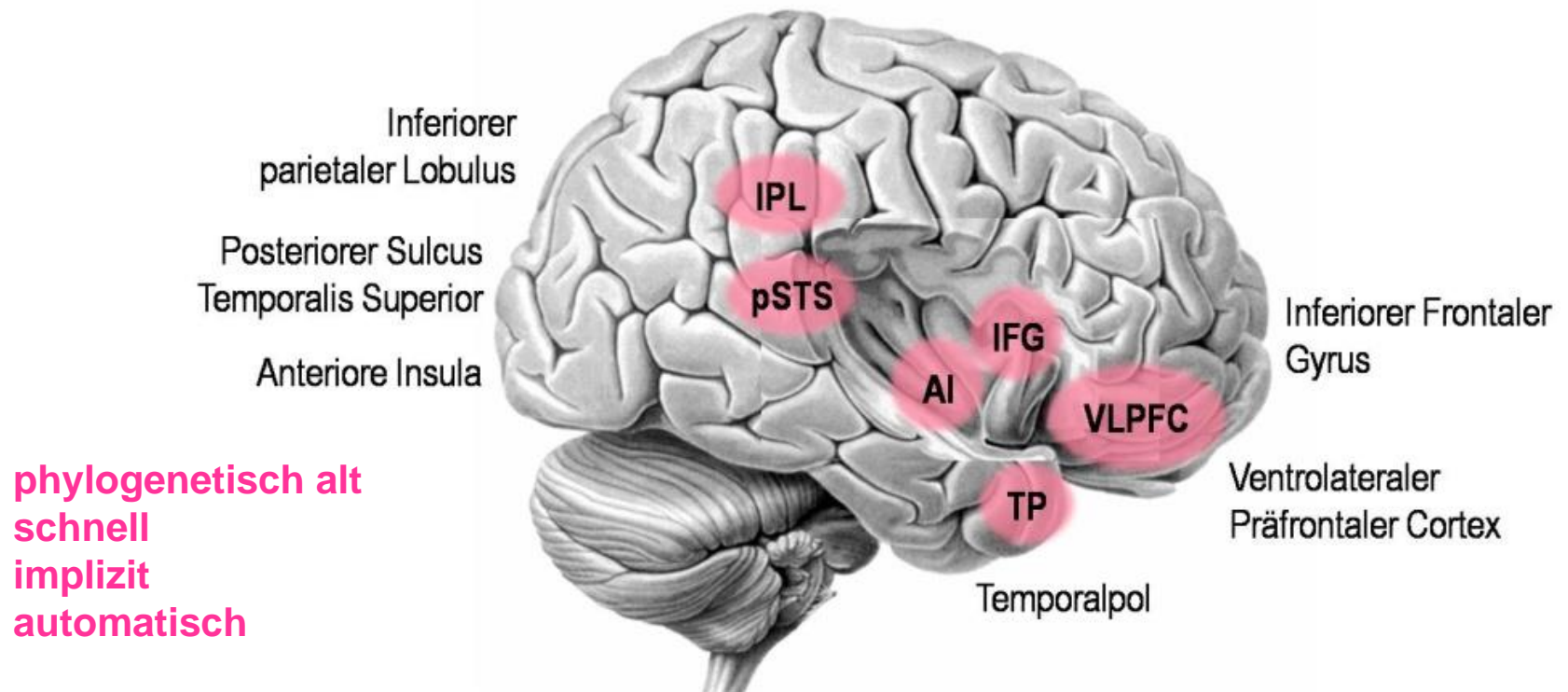


Erfahrungsgeprägte Wahrnehmung



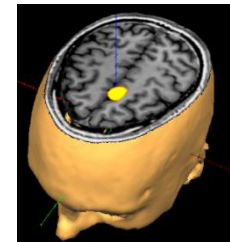
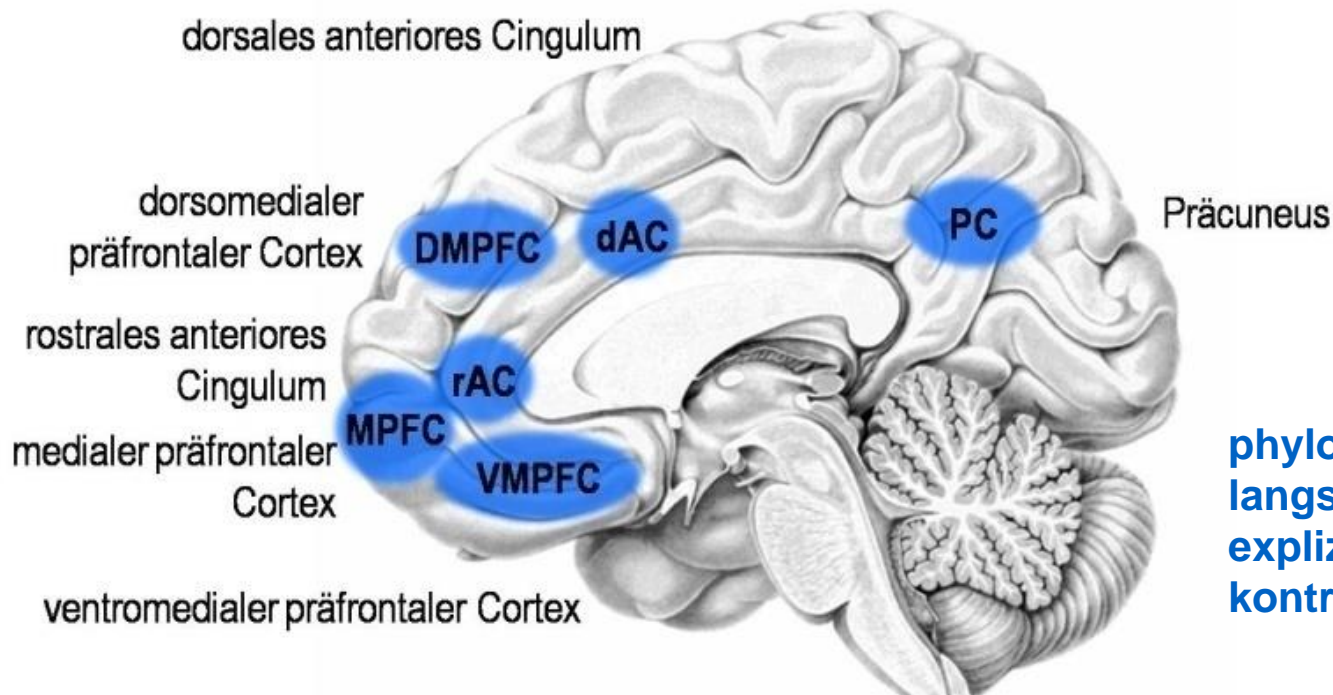
Soziales Gehirn – intuitiv-reflexiv

Fronto-temporo-parietales und limbisches Netzwerk



Soziales Gehirn – reflektierend

Kortikale Mittellinienstrukturen und dorsolateral präfrontaler Kortex



phylogenetisch jung
langsam
explizit
kontrolliert

Sich Ein-Fühlen

- Wahrnehmen des physischen Zustandes des Anderen
- Physisches Mitfühlen dieses Zustandes
- Assoziation mit entsprechenden Gedächtnisinhalten und emotionaler Valenz

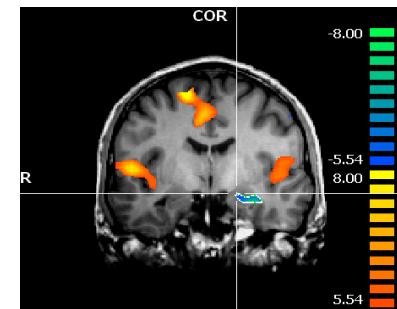
Was würde es für mich bedeuten, wenn ich mich so fühlen würde?

Sich Ein-Denken

- Bewusste Reflexion der wahrgenommenen Situation
- Verknüpfung mit Kontextinformationen
- Assoziation mit autobiographischem Gedächtnis

Wie würde ich mich fühlen, wenn das mich betreffen würde?

- Beachten der eigenen aktuellen Empfindungen, welche im Kontakt mit dem Patienten ausgelöst werden
- Nutzung als „diagnostisches“ Signal
- Kenntnis der eigenen Prägungen – Selbsterfahrung
- - Was/wen sieht der Patient in mir, wen sehe ich im Patienten



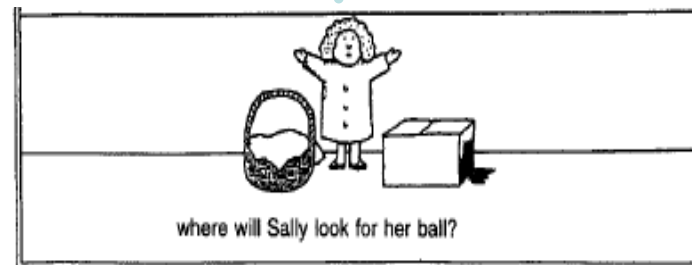
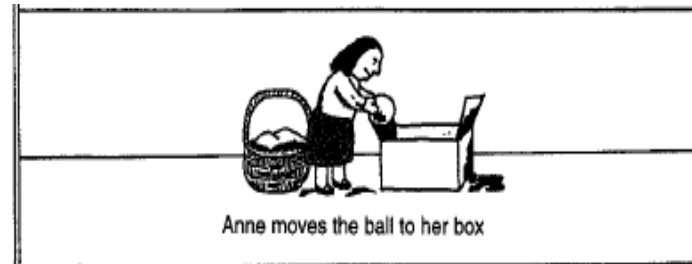
Spiegelneurone / Mirror Neurons

- Rizzolatti et al. (2006):
- Spiegelneuronen-System aktiviert
 - bei der Planung einer Handlung (Bewegungsfolge)
 - bei der Betrachtung der Ausführung dieser Handlung durch einen anderen
- = shared representation
- Mittlerweile auch für verschiedene andere Domänen gezeigt

- Wahrgenommenes wird repräsentiert und simuliert.
- Der simulierte Zustand kann weiter verarbeitet werden und dadurch Informationen generieren, die über das tatsächlich wahrgenommene hinausgehen:
 - Erinnerungsleistungen
 - emotionale Valenzen
 - vegetative Begleitreaktionen
- Durch das Beobachten einer Handlung eines Gegenübers kann körperlich mitempfunden werden, wie sich das für das Gegenüber anfühlt
- = motorische Komponente der Empathie

- Reflektieren = explizites, bewusstes Nachdenken
- Annahmen (innere Modelle) über das Gegenüber
- Verknüpfung mit Kontextinformationen
- Stereotype/Vorurteile
- Verknüpfung mit autobiographischen Inhalten
- Theory of Mind
- Soziale Regeln und Normen

Theory of Mind



Veränderungen der Sozialen Kognition i.R. von psychiatrischen Erkrankungen

- Autismus
- Affektive Störungen
- Psychotische Störungen, Schizophrenie
- Psychopathie, Antisoziale Persönlichkeitsstörung
- ...

Therapeutisches Setting

Grundlage: verständnisvolles, stützendes ärztliches Gespräch

Angenehme, diskrete Atmosphäre

Wohlwollende, respektvolle Grundhaltung

Aufmerksamkeit, Zuwendung, Blickkontakt



Behandlungszimmer S. Freud

Therapeutisches Basisverhalten

3 E's

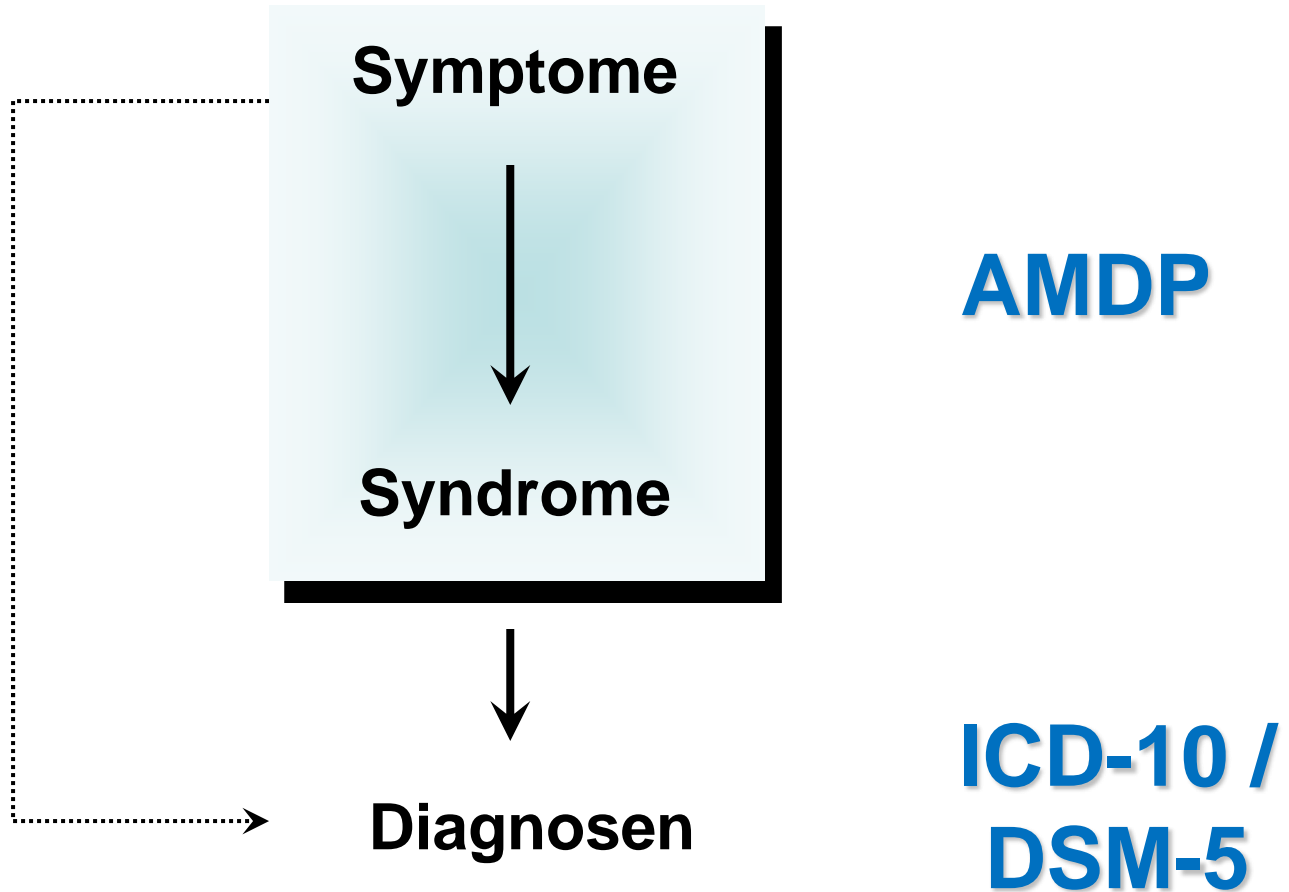
- Emotionale Wertschätzung, Empathie, Echtheit

sowie

- Geduld, Vermittlung von Mut und Hoffnung
- Entlastung und Entpflichtung
- Therapeut aktiv, verfügbar, stützend
- Flexibel bzgl. zeitlicher und „Setting“-Vorgaben
- Vermeidung passiven, „non-direktiven“ Verhaltens



AMDP & ICD-10/11 / DSM-5



Symptom

„Patient mit akustischen Halluzinationen und Verfolgungswahn“



Syndrom

„Patient mit paranoid-halluzinatorischem Syndrom“



Diagnose

„Patient mit Schizophrenie“

- Das Symptom ist die kleinste beschreibbare Untersuchungseinheit in der Psychiatrie, eine *typische Symptomkombination* ergibt ein *Syndrom*
- *Diagnostisch* wegweisende Symptome nennt man Leitsymptome, Kernsymptome, Symptome ersten Ranges (nach K. Schneider), Achsensymptome
- Viele andere psychopathologische Symptome erlauben keine solchen diagnostischen Rückschlüsse (Symptome zweiten Ranges nach K. Schneider, akzessorische Symptome nach Bleuler)

Pathognomonisch --> Krankheitsdefinierend

- Einzelne psychopathologische Symptome sind für sich nicht krankhaft, können auch beim Gesunden unter besonderen Umständen auftreten (z.B. Übergang vom Wachen zum Schlaf, Ermüdung, Meditation, Belastungssituationen...)
- Die psychiatrische Diagnose ergibt sich aus komplexen Informationen, die in verschiedenen Dimensionen erfasst werden:
 - Anamnese
 - **Psychopathologischer Status**
 - Somatostatus, ggf. weitere Abklärungen
 - Differentialdiagnostische Überlegungen
- Eine saubere deskriptive Psychopathologie ist eine Voraussetzung für weitergehende Analysen (funktionale Psychopathologie, Verhaltensanalysen, Psychodynamik)

Auch Eltern/Lehrer/andere Bezugsperson
fragen

- Bewusstseinsstörungen **ansprechbar?**
- Orientierungsstörungen
- Störungen der Aufmerksamkeit, Konzentration, Auffassung
- Störungen der Merkfähigkeit und Altgedächtnis
- Störung der Intelligenz **Was ist normal in dem jeweiligen Alter?**
- formale Denkstörungen **verlangsamt? chaotisch? acceleriert?**
- Wahn, Halluzinationen
- Zwänge, Phobien, Ängste
- Störungen des Antriebs und der Psychomotorik
- vegetative Störungen
- Suizidalität

- Affektive Störungen
- Ich Störungen

Anamnese

- Aktuelle Anamnese / jetziges Leiden
- Krankheitsanamnese psychiatrisch
- Somatische Anamnese

Anamnese

- Familienanamnese
- Sozialanamnese mit biographischen Eckpunkten
- Systemanamnese/vegetative Anamnese
- Substanzanamnese

Diagnostische Fehleinschätzungen

Beispiele

- Beginnende Psychose verkannt als „Verwahrunglosungsentwicklung“
- Psychose verkannt als Zwangsstörung
- Konzentrationsstörung infolge Traumatisierung verkannt als ADHS

Depressionen

- Negativistische Voreinstellung – kognitive Triade
- Wahrnehmung des Patienten mit Projektion auf Untersucher
- Wahrnehmung des Untersuchers mit innerer Repräsentation des Patientenzustandes
 - Reflektion der eigenen Empfindungen

Manien

- Item, nur umgekehrt

- Unkorrigierbare Annahme
 - Meist in Bezug auf eine Person/soziale Situation
 - Meistens negativ gefärbt, Ausnahme Grössenwahn

Bsp. „Ich werde verfolgt“, „Die wollen mich fertigmachen“, „Der will mich umbringen“. „Ich bin Gottes Sohn“.

Je mehr Kontextinformationen integriert werden, umso mehr entwickelt sich ein ganzes **Wahn-System**.

- Auflösung der Grenzen zwischen selbst und fremd. Meist auf Ebene der Gedanken.

- Bsp.
 - Gedankeneingebung
 - Gedankenentzug
 - Gedankenausbreitung

- Oder auf körperlicher Ebene:
 - Depersonalisation
 - Gesteuert werden

- Motorisch
- Verarmung an Bewegung, Sprache
- Verarmung von Mimik, Gestik, Prosodie
- Affektiv
- Verminderte Resonanz
- Abgestumpfter Affekt
- Aber, wenn nach persönlichem Erleben befragt:
- Subjektive affektive Empfindsamkeit nicht eingeschränkt.
- D.h. Verminderung der motorischen **Reaktion** nicht der **Empfindung**

In der Beziehungsgestaltung zu Menschen mit psychischen Erkrankungen

- auf „Schwächen“ in der Verarbeitung sozialer Informationen Rücksicht nehmen und
- im Idealfall diese durch bewusste und aufmerksame Beziehungsgestaltung ausgleichen
- Empathiefähigkeit ist Pathologie der Patienten und unser Arbeitsinstrument
- Durch eigene wohlwollende, ruhige, widmende Grundhaltung dies auch beim Gegenüber positiv anregen (Spiegelneuronen)

Zum Schluss

Zeit mit qualifizierter Aufmerksamkeit für Patienten primäres Qualitätsmerkmal:

- High-touch, not high-tech

“He cures most successfully, in whom the people have the most confidence”

Galen, 129 – 217 AD



Gute therapeutische Beziehung ist beste Voraussetzung für Behandlungserfolg



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

uwe.herwig@bli.uzh.ch

u.herwig@zfp-reichenau.de