

Die wichtigsten Störungsbilder nach ICD-10 für den HPP (Heilpraktiker für Psychotherapie)

39 Fallbeschreibungen



Klaus Eck

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	5
Demenz bei Alzheimer-Krankheit (F00)	9
Vaskuläre Demenz (F01).....	17
Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzenbedingt (F05).....	27
Störungen durch Alkohol (F10)	36
Störungen durch Cannabinoide (F12)	45
Störungen durch Kokain (F14)	54
Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsumanderer psychotroper Substanzen (F19).....	63
Schizophrenie (F20).....	73
Paranoide Schizophrenie (F20.0)	82
Schizotype Störung (F21).....	91
Schizoaffektive Störungen (F25)	99
Manische Episode (F30).....	108
Bipolare Affektive Störung (F31).....	115
Depressive Episode (F32).....	126
Dysthymia (F34.1).....	135
Agoraphobie (F40.0).....	143
Soziale Phobie (F40.1).....	151
Spezifische (isolierte) Phobien (F40.2)	160
Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst] (F41.0).....	166
Generalisierte Angststörung (F41.1).....	174
Zwangsstörungen (F42)	183
Somatisierungsstörung (F45.0)	199
Hypochondrische Störung (F45.2).....	207
Anorexia nervosa (F50.0).....	215
Bulimia Nervosa (F50.2)	222
Nichtorganische Insomnie (F51.0)	230
Paranoide Persönlichkeitsstörung (F60.0)	238

Dissoziale Persönlichkeitsstörung (F60.2)	246
Borderline-Persönlichkeitsstörung (F60.31)	254
Leichte Intelligenzminderung (F70).....	263
Expressive Sprachstörung (F80.1)	270
Frühkindlicher Autismus (F84.0)	277
Asperger-Syndrom (F84.5).....	285
Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (F90.0)	294
Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (F90.1).....	303
Oppositionelles, aufsässiges Verhalten (F91.3)	312
Kombinierte vokale und multiple motorische Tics [Tourette-Syndrom] (F95.2).....	320

Einleitung

Ich freue mich, Sie zu meinem Buch über psychische Störungsbilder willkommen zu heißen, das speziell für Schüler des Heilpraktikers für Psychotherapie (HPP) konzipiert ist. Mein Name ist Klaus Eck, und ich war selbst solch ein Schüler als ich anfing, dieses Buch zu schreiben, und ich habe dieses Werk mit größter Sorgfalt und wissenschaftlicher Präzision erstellt basierend auf den Lernmaterialien, die ich mir für meine Ausbildung selbst zusammengestellt habe, um Ihnen ein umfassendes und praxisnahes Verständnis der verschiedenen psychischen Störungen zu vermitteln.

Schon als auszubildender Heilpraktiker für Psychotherapie habe ich im Laufe meines Studiums immer wieder festgestellt, dass das Wissen um die Details und Feinheiten psychischer Störungen von zentraler Bedeutung ist, um dann eine fundierte und wirksame Behandlung anbieten zu können. Dieses Buch entstand aus dem Bedürfnis heraus, eine systematische und tiefgehende Ressource zur Verfügung zu stellen, die sowohl theoretisches Wissen als auch praktische virtuelle Fallbeispiele umfasst – virtuell deshalb, weil keine wirklichen personenbezogenen Daten verwendet werden, da es ansonsten gegen die DSGVO, das umfassende, europäische Datenschutz- und Datensicherheitsgesetz verstoßen würde.

Warum dieses Buch?

In meiner täglichen Ausbildungspraxis und durch die gemeinsame Arbeit in dieser Zeit mit angehenden Heilpraktikern für Psychotherapie wurde mir bewusst, dass es oft an gut strukturierten und detaillierten Fallbeispielen mangelt, die das Verständnis der diagnostischen Kriterien und der klinischen Präsentation psychischer Störungen vertiefen. Die Idee zu diesem Buch war, genau diese Lücke zu schließen, indem ich die meiner Meinung nach 39 wichtigsten Fallbeschreibungen verschiedener psychischer Störungsbilder gemäß den ICD-10 Kriterien zusammenstellte in Form einer knappen, wesentlichen doch detaillierten Version.

Struktur des Buches

Jedes Kapitel dieses Buches widmet sich einer spezifischen psychischen Störung. Die einzelnen Störungsbilder sind so gestaltet, dass sie alle relevanten diagnostischen Kriterien gemäß ICD-10 abdecken und durch eine ausführliche Anamnese sowie einen detaillierten psychopathologischen Befund ergänzt werden. Diese Struktur soll Ihnen helfen, nicht nur die theoretischen Aspekte der jeweiligen Störung zu verstehen, sondern auch ein Gefühl für die klinische Praxis zu entwickeln.

Anamnese

Jede Fallbeschreibung beginnt mit einer ausführlichen Anamnese. Diese umfasst die familiäre und soziale Hintergrundgeschichte des Patienten, frühere medizinische und psychiatrische Probleme sowie relevante biografische Details. Ziel dieser Anamnese ist es, ein vollständiges Bild des Patienten zu zeichnen, das die Grundlage für die anschließende Diagnosestellung bildet.

Diagnostische Kriterien

Im Anschluss an die Anamnese werden die spezifischen diagnostischen Kriterien der jeweiligen Störung gemäß ICD-10 detailliert beschrieben. Diese Kriterien sind essenziell für die korrekte Diagnose und helfen dabei, die klinischen Symptome des Patienten systematisch zu erfassen und zu bewerten.

Psychopathologischer Befund

Der psychopathologische Befund stellt die gegenwärtigen Symptome und Verhaltensweisen des Patienten dar. Dieser Abschnitt bietet einen Einblick in die aktuellen psychischen, emotionalen und kognitiven Zustände des Patienten und ermöglicht es, die diagnostischen Kriterien in einem realen Kontext zu verstehen.

Zusammenfassung

Abgeschlossen wird jedes Kapitel durch eine Zusammenfassung, die die wichtigsten Punkte noch einmal übersichtlich darstellt und das Fallbeispiel in einen größeren diagnostischen und therapeutischen Kontext einordnet.

Zielgruppe

Dieses Buch richtet sich vor allem an Schüler des Heilpraktikers für Psychotherapie. Es soll Ihnen dabei helfen, die komplexen und vielfältigen Aspekte psychischer Störungen zu verstehen und zu verinnerlichen. Gleichzeitig möchte ich Ihnen damit ein praktisches Werkzeug an die Hand geben, das Sie in Ihrer zukünftigen therapeutischen Arbeit unterstützen wird.

Mein Ansatz

In der Erstellung dieses Buches habe ich einen besonderen Fokus auf die Praxisnähe und Anwendbarkeit der Inhalte gelegt. Alle Fallbeschreibungen basieren auf virtuellen aber dennoch realen klinischen Szenarien, die ähnlich auch in anderen klinischen Büchern dargestellt werden. Durch die Kombination aus theoretischem Wissen und praktischen Beispielen hoffe ich, Ihnen ein umfassendes und nützliches Werk zur Verfügung zu stellen, das Sie in Ihrer Ausbildung und späteren Berufspraxis unterstützt.

Wie Sie dieses Buch verwenden sollten

Ich empfehle Ihnen, jedes Kapitel systematisch durchzuarbeiten. Beginnen Sie mit der Anamnese, um ein Gefühl für den Hintergrund und die Geschichte des Patienten zu bekommen. Gehen Sie dann zu den diagnostischen Kriterien über und versuchen Sie, diese anhand der geschilderten Symptome zu identifizieren. Abschließend sollten Sie den psychopathologischen

Befund und die Zusammenfassung sorgfältig lesen, um ein vollständiges Verständnis des Falles zu erlangen.

Machen Sie sich Notizen, stellen Sie Fragen und diskutieren Sie die Fälle mit Ihren Mitstudenten oder Dozenten. Die aktive Auseinandersetzung mit den Inhalten wird Ihnen helfen, das Gelernte besser zu verinnerlichen und anzuwenden.

Ein abschließendes Wort

Psychische Störungen sind komplex und vielfältig. Das Verständnis und die Behandlung dieser Störungen erfordern nicht nur theoretisches Wissen, sondern auch Empathie, Geduld und die Fähigkeit, sich in die Welt des Patienten hineinzusetzen. Mit diesem Buch möchte ich einen Beitrag dazu leisten, dass Sie als angehender Heilpraktiker für Psychotherapie die bestmögliche Ausbildung erhalten und gut vorbereitet in Ihre berufliche Zukunft starten können.

Ich hoffe, dass Sie dieses Buch als wertvolle Ressource und treuen Begleiter in Ihrer Ausbildung und Praxis schätzen werden. Viel Erfolg und alles Gute auf Ihrem Weg!

Mit freundlichen Grüßen,

Klaus Eck

Demenz bei Alzheimer-Krankheit (F00)

Definition:

Die Alzheimer-Demenz ist eine neurodegenerative Erkrankung, die durch einen fortschreitenden Verlust kognitiver Funktionen, insbesondere des Gedächtnisses, gekennzeichnet ist. Sie ist die häufigste Form der Demenz.

Formen:

- **Früher Beginn:** Symptome treten vor dem 65. Lebensjahr auf, häufig verbunden mit einer schnellen Verschlechterung.
- **Später Beginn:** Symptome treten nach dem 65. Lebensjahr auf, mit einer langsameren Progression.

Klassifikation nach ICD-10:

- **F00.0:** Demenz bei Alzheimer-Krankheit mit frühem Beginn
- **F00.1:** Demenz bei Alzheimer-Krankheit mit spätem Beginn
- **F00.2:** Demenz bei Alzheimer-Krankheit, atypisch oder gemischt
- **F00.9:** Demenz bei Alzheimer-Krankheit, nicht näher bezeichnet

Triadisches System:

- **Exogene psychische Störung:** Alzheimer-Demenz wird durch körperliche Krankheitsprozesse bedingt.

Typische Symptome:

- **Kognitive Symptome:** Gedächtnisverlust (insbesondere Kurzzeitgedächtnis), Desorientierung, Sprachstörungen, Schwierigkeiten bei komplexen Aufgaben.

- **Verhaltenssymptome:** Persönlichkeitsveränderungen, sozialer Rückzug, Depression, Angst, Aggression.
- **Physische Symptome:** Motorische Störungen, Schlafstörungen, Inkontinenz.

Anamnese:

- **Persönliche Vorgeschichte:** Berufe, soziale Aktivitäten und Lebensstil der Person vor dem Auftreten der Symptome.
- **Medizinische und psychische Vorgeschichte:** Vorherige Erkrankungen, frühere psychische Probleme und Behandlung.
- **Familienanamnese:** Vorkommen von Demenzerkrankungen oder anderen neurologischen/psychiatrischen Erkrankungen in der Familie.
- **Beginn und Verlauf der Symptome:** Erste Anzeichen der Erkrankung, zeitlicher Verlauf der kognitiven und verhaltensbezogenen Veränderungen.

Psychopathologischer Befund:

- **Orientierung:** Zeitlich, örtlich und situativ (Desorientierung).
- **Gedächtnis und Merkfähigkeit:** Kurzzeitgedächtnisverlust, erschwerte Erinnerung an jüngste Ereignisse, relativ besseres Altgedächtnis.
- **Denken:** Verlangsamtes und verarmtes Denken, eingeschränkte Fähigkeit zum abstrakten Denken.
- **Affekt:** Affektverflachung, gelegentliche unangemessene emotionale Reaktionen.
- **Wahrnehmung:** Fehlen von Halluzinationen, jedoch mögliche illusionäre Verkennungen.
- **Urteilsfähigkeit und Einsicht:** Verminderte Einsicht in die Krankheit, beeinträchtigte Urteilsfähigkeit.

- **Soziale Interaktion:** Rückzug und vermindertes Interesse an sozialen Aktivitäten.
- **Selbstversorgung:** Abnehmende Fähigkeit zur Selbstversorgung, zunehmende Abhängigkeit von Unterstützung.

Diagnostik nach ICD-10 (diagnostische Kriterien)

Primäre Symptome:

- Gedächtnisverschlechterung
- Beeinträchtigung der kognitiven Fähigkeiten
- Keine Bewusstseinsstrübung

Sekundäre Symptome:

- Abnahme des emotionalen Kontrollvermögens
- Sozialer Rückzug
- Verstimmte Stimmung
- Verhaltensänderungen

Ausschlusskriterien:

- Symptome dürfen nicht auf andere Ursachen wie neurologische Erkrankungen, Stoffwechselerkrankungen oder schwerwiegende psychiatrische Erkrankungen zurückführbar sein.

Differentialdiagnostik

- **Vaskuläre Demenz:** Unterscheidung durch bildgebende Verfahren (CT, MRT) und Anamnese.
- **Depressive Pseudodemenz:** Unterscheidung durch psychologische Tests und Verlauf der Symptomatik.
- **Demenz bei anderen neurodegenerativen Erkrankungen:** (z.B. Parkinson-Demenz, Huntington-Demenz) Abklärung durch spezifische neurologische und genetische Tests.

Komorbiditäten

- **Depression:** Häufig in frühen Stadien der Alzheimer-Demenz.
- **Angststörungen:** Generalisierte Ängste und Panikattacken sind häufig.
- **Schlafstörungen:** Oft begleitend bei Demenzpatienten.

Verlauf der Erkrankung:

- **Frühstadium:** Gedächtnisprobleme, Schwierigkeiten bei komplexen Aufgaben.
- **Mittelstadium:** Zunehmende Gedächtnislücken, sprachliche Schwierigkeiten, Verwirrtheit.
- **Spätstadium:** Vollständige Abhängigkeit von Pflege, motorische Störungen, geringe bis keine verbale Kommunikation.

Risikofaktoren:

- **Genetische Prädisposition**
- **Alter**
- **Geschlecht (Frauen häufiger betroffen)**
- **Kopfverletzungen**
- **Kardiovaskuläre Risikofaktoren**

Prognose:

- Die Erkrankung ist fortschreitend und führt in der Regel innerhalb von 8-10 Jahren nach Diagnose zum Tod.

Psychotherapieverfahren und weitere Interventionen

- **Kognitive Verhaltenstherapie:** Unterstützung im Umgang mit der Diagnose und Anpassung an den Alltag.

- **Ergotherapie:** Förderung der Selbstständigkeit und Erhalt motorischer Fähigkeiten.
- **Angehörigenberatung:** Unterstützung und Schulung der pflegenden Angehörigen.
- **Musik- und Kunsttherapie:** Verbesserung der Lebensqualität und Förderung der kognitiven Fähigkeiten.

Psychopharmakotherapie

- **Acetylcholinesterase-Hemmer:** Donepezil, Rivastigmin, Galantamin zur Verbesserung der kognitiven Funktionen.
- **NMDA-Rezeptorantagonisten:** Memantin zur Stabilisierung der kognitiven Fähigkeiten.
- **Antidepressiva:** Behandlung begleitender depressiver Symptome.
- **Antipsychotika:** Bei schweren Verhaltensstörungen (mit Vorsicht aufgrund erhöhter Mortalität bei älteren Patienten).

**virtuelle Person zu F0: Organische, einschließlich
symptomatischer psychischer Störungen incl. Anamnese und
psychopathologischen Befund nach ICD-10
hier: *F00: Demenz bei Alzheimer-Krankheit***

Virtuelle Person: Helga Schneider

Alter: 76 Jahre

Geschlecht: Weiblich

Beruflicher Hintergrund: Ehemalige
Lehrerin (Pensioniert)



Anamnese

- **Frühere medizinische Geschichte:** Keine signifikanten Vorerkrankungen, normotensiv, normoglykämisch
- **Familiengeschichte:** Mutter hatte Alzheimer-Demenz, verstorben im Alter von 82 Jahren
- **Beginn und Verlauf der Symptome:** Langsam fortschreitende Gedächtnisstörungen seit etwa 3 Jahren, anfänglich bemerkt durch Vergessen alltäglicher Dinge, Schwierigkeiten beim Umgang mit Geld und Haushaltsführung

Psychopathologischer Befund

- **Orientierung:** Zeitlich, örtlich und situativ desorientiert; in der Person jedoch meist orientiert
- **Gedächtnis und Merkfähigkeit:** Deutliche Beeinträchtigung des Kurzzeitgedächtnisses, erschwerte Erinnerung an jüngste Ereignisse, Altgedächtnis weniger betroffen

- **Denken:** Verarmtes Denken, verlangsamt, eingeschränkte Fähigkeit zum abstrakten Denken
- **Affekt:** Flach, gelegentliche unangemessene Heiterkeit
- **Wahrnehmung:** Keine Halluzinationen oder Wahnvorstellungen berichtet, mögliche illusionäre Verkennungen
- **Urteilsfähigkeit und Einsicht:** Verminderte Einsicht in die eigene Krankheit und deren Auswirkungen, Urteilsfähigkeit beeinträchtigt
- **Soziale Interaktion:** Rückzug, vermindertes Interesse an sozialen Aktivitäten und Hobbys
- **Selbstversorgung:** Abnehmende Fähigkeit zur Selbstversorgung, benötigt Unterstützung bei täglichen Aktivitäten

Diagnostische Kriterien (ICD-10: F00 Demenz bei Alzheimer-Krankheit)

- **Primäre Symptome:** Gedächtnisverschlechterung, Beeinträchtigung der kognitiven Fähigkeiten, keine Bewusstseinsstörung
- **Sekundäre Symptome:** Abnahme des emotionalen Kontrollvermögens, sozialer Rückzug, verstimmte Stimmung, Verhaltensänderungen
- **Ausschlusskriterien:** Symptome dürfen nicht auf andere Ursachen wie andere neurologische Erkrankungen, Stoffwechselerkrankungen oder schwerwiegende psychiatrische Erkrankungen zurückführbar sein.

Krankheitsverlauf

- **Frühstadium:** Schwierigkeiten mit komplexen Aufgaben im Haushalt oder bei der Finanzverwaltung

- **Mittelstadium:** Zunehmende Gedächtnislücken, Verwirrtheit, sprachliche Schwierigkeiten, benötigt Hilfe bei der persönlichen Pflege
- **Spätstadium:** Vollständige Abhängigkeit von der Pflege, motorische Störungen, geringe bis keine verbale Kommunikation

Diese detaillierte Beschreibung von Helga Schneider liefert eine umfassende Darstellung einer Person, die an einer Alzheimer-Demenz (F00) nach ICD-10 leidet, inklusive der typischen anamnestischen Angaben und psychopathologischen Merkmale.

Vaskuläre Demenz (F01)

Definition:

Die vaskuläre Demenz ist eine Form der Demenz, die durch Durchblutungsstörungen im Gehirn verursacht wird. Diese Störungen führen zu einer Schädigung des Hirngewebes und resultieren in kognitiven Beeinträchtigungen.

Formen:

- **Multiinfarktdemenz:** Verursacht durch eine Reihe kleinerer Schlaganfälle.
- **Subkortikale vaskuläre Demenz:** Verursacht durch Veränderungen kleiner Blutgefäße tief im Gehirn.
- **Gemischte Demenz:** Kombination von Alzheimer-Demenz und vaskulärer Demenz.

Klassifikation nach ICD-10:

- **F01.0:** Vaskuläre Demenz mit akutem Beginn
- **F01.1:** Multiinfarktdemenz
- **F01.2:** Subkortikale vaskuläre Demenz
- **F01.3:** Gemischte kortikale und subkortikale Demenz
- **F01.9:** Vaskuläre Demenz, nicht näher bezeichnet

Triadisches System:

- **Exogene psychische Störung:**
Vaskuläre Demenz ist eine exogene psychische Störung, da sie durch körperliche Krankheitsprozesse, insbesondere durch vaskuläre (gefäßbedingte) Schädigungen des Gehirns, bedingt ist. Diese körperlichen Prozesse führen direkt zu den psychischen und kognitiven

Symptomen der Demenz.

Typische Symptome:

- **Kognitive Symptome:** Gedächtnisstörungen, Verlangsamung des Denkens, Schwierigkeiten bei der Planung und Problemlösung.
- **Verhaltenssymptome:** Apathie, Depression, emotionale Labilität, sozialer Rückzug.
- **Physische Symptome:** Gangstörungen, motorische Schwierigkeiten, neurologische Ausfälle je nach betroffener Hirnregion.

Anamnese:

- **Persönliche Vorgeschichte:** Berufe, soziale Aktivitäten und Lebensstil der Person vor dem Auftreten der Symptome.
- **Medizinische und psychische Vorgeschichte:** Vorherige kardiovaskuläre Erkrankungen (z.B. Schlaganfall, Bluthochdruck), frühere psychische Probleme und Behandlung.
- **Familienanamnese:** Vorkommen von kardiovaskulären Erkrankungen oder Demenzen in der Familie.
- **Beginn und Verlauf der Symptome:** Plötzlicher oder schleichender Beginn der Symptome, oft nach einem Schlaganfall oder einer Serie kleinerer Schlaganfälle.

Psychopathologischer Befund:

- **Orientierung:** Zeitlich, örtlich und situativ desorientiert; in der Person jedoch meist orientiert.
- **Gedächtnis und Merkfähigkeit:** Beeinträchtigung des Kurzzeitgedächtnisses, Schwierigkeiten bei der Speicherung neuer Informationen, variabel betroffenes Altgedächtnis.
- **Denken:** Verlangsamtes und unstrukturiertes Denken, eingeschränkte Fähigkeit zur Planung und Problemlösung.

- **Affekt:** Emotionale Labilität, häufige Stimmungsschwankungen, Depression.
- **Wahrnehmung:** Keine Halluzinationen, jedoch mögliche illusionäre Verkennungen.
- **Urteilsfähigkeit und Einsicht:** Verminderte Einsicht in die Krankheit, beeinträchtigte Urteilsfähigkeit.
- **Soziale Interaktion:** Sozialer Rückzug, vermindertes Interesse an früheren Aktivitäten.
- **Selbstversorgung:** Abnehmende Fähigkeit zur Selbstversorgung, zunehmende Abhängigkeit von Unterstützung.

Diagnostik nach ICD-10 (diagnostische Kriterien)

Primäre Symptome:

- Gedächtnisstörungen
- Beeinträchtigung der kognitiven Funktionen
- Keine Bewusstseinsstrübung

Sekundäre Symptome:

- Emotionale Labilität
- Sozialer Rückzug
- Verstimmte Stimmung
- Verhaltensänderungen

Ausschlusskriterien:

- Symptome dürfen nicht auf andere Ursachen wie primäre neurodegenerative Erkrankungen oder schwerwiegende psychiatrische Erkrankungen zurückführbar sein.

Spezifische Kriterien für vaskuläre Demenz:

- Anhaltspunkte für eine zerebrovaskuläre Erkrankung (z.B.

Schlaganfälle, bildgebende Nachweise von Hirninfarkten).

- Kausaler Zusammenhang zwischen der zerebrovaskulären Erkrankung und dem Auftreten der Demenzsymptome.

Differentialdiagnostik

- **Alzheimer-Demenz:** Abzugrenzen durch den schrittweisen und fortschreitenden Verlauf sowie spezifische Marker in der Bildgebung.
- **Frontotemporale Demenz:** Unterscheidung durch Verhalten und Sprache, sowie frontotemporale Atrophie in der Bildgebung.
- **Lewy-Körper-Demenz:** Unterscheidung durch visuelle Halluzinationen, Parkinsonismus und Fluktuationen im Bewusstsein.

Komorbiditäten

- **Kardiovaskuläre Erkrankungen:** Bluthochdruck, koronare Herzkrankheit, Diabetes mellitus.
- **Depression:** Häufig in frühen Stadien der vaskulären Demenz.
- **Angststörungen:** Generalisierte Ängste und Panikattacken sind häufig.

Verlauf der Erkrankung:

- **Akuter Beginn:** Plötzliche Verschlechterung der kognitiven Funktionen nach einem Schlaganfall.
- **Schleichender Beginn:** Allmähliche Verschlechterung durch wiederholte kleinere Schlaganfälle.

Risikofaktoren:

- **Bluthochdruck**

- **Diabetes mellitus**
- **Rauchen**
- **Hohe Cholesterinwerte**
- **Herz-Kreislauf-Erkrankungen**

Prognose:

- Der Verlauf der vaskulären Demenz ist variabel und hängt von der Schwere und Häufigkeit der zerebrovaskulären Ereignisse ab. Eine kontinuierliche Verschlechterung ist typisch, wobei die Lebenserwartung von begleitenden kardiovaskulären Risikofaktoren beeinflusst wird.

Psychotherapieverfahren und weitere Interventionen

- **Kognitive Verhaltenstherapie:** Unterstützung im Umgang mit der Diagnose und Anpassung an den Alltag.
- **Ergotherapie:** Förderung der Selbstständigkeit und Erhalt motorischer Fähigkeiten.
- **Angehörigenberatung:** Unterstützung und Schulung der pflegenden Angehörigen.
- **Physiotherapie:** Verbesserung der Mobilität und Prävention von Stürzen.
- **Musik- und Kunsttherapie:** Verbesserung der Lebensqualität und Förderung der kognitiven Fähigkeiten.

Psychopharmakotherapie

- **Acetylcholinesterase-Hemmer:** Donepezil, Rivastigmin, Galantamin zur Verbesserung der kognitiven Funktionen (off-label).
- **NMDA-Rezeptorantagonisten:** Memantin zur Stabilisierung der kognitiven Fähigkeiten (off-label).

- **Antidepressiva:** Behandlung begleitender depressiver Symptome.
- **Antipsychotika:** Bei schweren Verhaltensstörungen (mit Vorsicht aufgrund erhöhter Mortalität bei älteren Patienten).

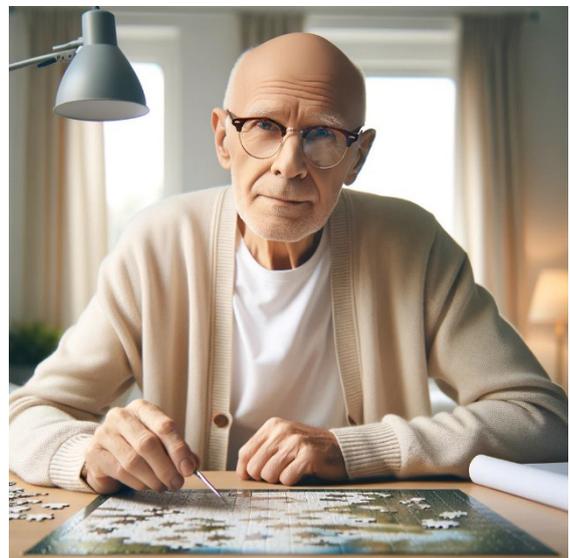
**virtuelle Person zu F0: Organische, einschließlich
symptomatischer psychischer Störungen incl. Anamnese und
psychopathologischen Befund nach ICD-10**

hier: *F01: Vaskuläre Demenz*

Virtuelle Person: Herr Karl H.

Allgemeine Informationen

- **Alter:** 75 Jahre
- **Geschlecht:** Männlich
- **Beruflicher Hintergrund:**
Ehemaliger Buchhalter, im
Ruhestand
- **Sozialer Hintergrund:**
Verheiratet, zwei erwachsene
Kinder, lebt mit seiner Ehefrau in
einer städtischen Wohnung



Sozialer und familiärer Hintergrund

- **Familienanamnese:** Vater hatte einen Schlaganfall im Alter von 70 Jahren, Mutter verstarb an Herzinfarkt.
- **Kindheit und Jugend:** Aufgewachsen in einem stabilen familiären Umfeld, keine nennenswerten Vorkommnisse.
- **Erwachsenenalter:** Erfolgreiche Karriere als Buchhalter, seit 10 Jahren im Ruhestand. Aktiv in der Gemeinde, regelmäßige Teilnahme an sozialen Aktivitäten.

Medizinische und psychiatrische Vorgeschichte

- **Frühere medizinische Probleme:** Hypertonie seit 20 Jahren, Hyperlipidämie, Diabetes mellitus Typ 2, Zustand nach Schlaganfall vor 2 Jahren.
- **Medikamentöse Behandlung:** Antihypertensiva, Statine, Metformin.
- **Psychiatrische Vorgeschichte:** Keine vorherigen psychiatrischen Diagnosen, jedoch zunehmende Gedächtnisprobleme und kognitive Einschränkungen seit dem Schlaganfall.

Aktuelle Symptome und Verhaltensweisen (nach ICD-10 F01)

1. Kognitive Beeinträchtigungen:

- **Gedächtnis:** Deutliche Gedächtnisprobleme, insbesondere Kurzzeitgedächtnis. Schwierigkeiten, sich an kürzlich Erlebtes zu erinnern.
- **Exekutive Funktionen:** Beeinträchtigte Planung und Problemlösungsfähigkeiten. Schwierigkeiten bei der Durchführung komplexer Aufgaben, wie z.B. das Verwalten der Finanzen.
- **Orientierung:** Zeitliche und räumliche Desorientierung, Schwierigkeiten, sich in vertrauter Umgebung zurechtzufinden.

2. Psychiatrische und Verhaltenssymptome:

- **Affekt:** Depressive Verstimmungen, Antriebslosigkeit, gelegentliche Reizbarkeit.
- **Psychomotorik:** Langsame Bewegungen, steifer Gang, gelegentliches Stolpern.
- **Sprachliche Fähigkeiten:** Wortfindungsstörungen, langsame und umständliche Sprachproduktion.

3. Allgemeine Alltagsfähigkeiten:

- **ADLs (Activities of Daily Living):** Schwierigkeiten bei grundlegenden Aktivitäten des täglichen Lebens (z.B. Anziehen, Hygiene), benötigt Unterstützung durch die Ehefrau.
- **IADLs (Instrumental Activities of Daily Living):** Unfähigkeit, komplexe Aufgaben wie das Führen des Haushalts oder das Einkaufen alleine zu bewältigen.

Psychopathologischer Befund

- **Bewusstsein:** Klar, keine Bewusstseinsstörungen.
- **Orientierung:** Zeitlich und örtlich desorientiert.
- **Aufmerksamkeit und Gedächtnis:** Stark beeinträchtigt, insbesondere das Kurzzeitgedächtnis.
- **Denkprozesse:** Verlangsamt, teilweise inkohärent, Schwierigkeiten beim Abstrahieren und bei der Problemlösung.
- **Affekt:** Depressive Verstimmung, gelegentliche emotionale Labilität, Reizbarkeit.
- **Psychomotorik:** Verlangsamte Bewegungen, teils steifer und unsicherer Gang.
- **Wahrnehmung:** Keine Halluzinationen oder Wahnvorstellungen.
- **Krankheitseinsicht:** Eingeschränkt, erkennt teilweise die eigenen Defizite, aber unterschätzt oft deren Ausmaß.

Anamnese

- **Beginn und Verlauf der Erkrankung:** Erste Anzeichen von Gedächtnisproblemen und kognitiven Einschränkungen nach einem Schlaganfall vor zwei Jahren. Seitdem allmähliche Verschlechterung der kognitiven Funktionen.
- **Lebensstil und Risikofaktoren:** Langjähriger Raucher (hat vor 5 Jahren aufgehört), Bewegungsmangel, ungesunde Ernährung.

Regelmäßige Einnahme von Medikamenten gegen Bluthochdruck, hohe Cholesterinwerte und Diabetes.

- **Aktuelle medikamentöse Behandlung:** Fortsetzung der antihypertensiven Therapie, Statine zur Cholesterinsenkung, Metformin zur Blutzuckerkontrolle. Einführung von Donepezil zur Behandlung kognitiver Symptome.
- **Soziale Unterstützung:** Enge Beziehung zur Ehefrau und zu den Kindern, die regelmäßig zu Besuch kommen und Unterstützung anbieten.

Fazit

Diese detaillierte und strukturierte Beschreibung von Herrn Karl H. basiert auf den diagnostischen Kriterien der ICD-10 für vaskuläre Demenz (F01). Sie enthält eine umfassende Anamnese, die medizinische und soziale Geschichte, aktuelle Symptome sowie einen vollständigen psychopathologischen Befund. Diese Darstellung bietet einen fundierten Einblick in die psychische und physische Gesundheit einer Person mit vaskulärer Demenz.

Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt (F05)

Definition:

Das Delir (auch als Delirium bekannt) ist ein akuter, schwerwiegender Zustand geistiger Verwirrung, der mit Bewusstseinsstrübung, kognitiven Störungen und Veränderungen der Wahrnehmung einhergeht. Es tritt häufig plötzlich auf und kann von wenigen Stunden bis zu mehreren Tagen andauern.

Formen:

- **Hyperaktives Delir:** Gekennzeichnet durch Unruhe, Hyperaktivität und Agitation.
- **Hypoaktives Delir:** Gekennzeichnet durch Schläfrigkeit, reduzierte Aktivität und Lethargie.
- **Gemischtes Delir:** Wechsel zwischen hyperaktiven und hypoaktiven Phasen.

Klassifikation nach ICD-10:

- **F05.0:** Delir ohne Demenz
- **F05.1:** Delir bei Demenz
- **F05.8:** Sonstige Formen des Delirs
- **F05.9:** Delir, nicht näher bezeichnet

Triadisches System:

- **Exogene psychische Störung:**
Das Delir ist eine exogene psychische Störung, da es durch körperliche Krankheitsprozesse wie Infektionen, Medikamentenvergiftungen, Entzugszustände oder metabolische Störungen bedingt ist.

Typische Symptome:

- **Bewusstseinstrübung:** Reduzierte Fähigkeit, die Umgebung wahrzunehmen.
- **Desorientierung:** Zeitliche, örtliche und situative Desorientierung.
- **Gedächtnisstörungen:** Kurzzeitgedächtnisstörungen, Schwierigkeiten beim Erinnern von Ereignissen.
- **Wahrnehmungsstörungen:** Halluzinationen, Illusionen, oft visuell oder taktil.
- **Denkstörungen:** Unzusammenhängendes Denken, Verwirrung.
- **Verhaltensstörungen:** Unruhe, Agitation oder Lethargie, wechselnde Aktivitätsniveaus.
- **Schlafstörungen:** Umkehr des Schlaf-Wach-Rhythmus, nächtliche Unruhe.

Anamnese:

- **Persönliche Vorgeschichte:** Vorherige kognitive Leistung und Verhalten vor dem Delir.
- **Medizinische und psychische Vorgeschichte:** Vorherige Krankheiten, Medikamenteneinnahme, vorangegangene psychische Störungen.
- **Familienanamnese:** Informationen über familiäre Erkrankungen, insbesondere neurologische oder psychiatrische Störungen.
- **Beginn und Verlauf der Symptome:** Plötzliches Auftreten der Symptome, Dauer und Verlauf des Delirs.

Psychopathologischer Befund:

- **Orientierung:** Zeitliche, örtliche und situative Desorientierung.
- **Gedächtnis und Merkfähigkeit:** Kurzzeitgedächtnis stark beeinträchtigt, Schwierigkeiten beim Erinnern von Ereignissen.

- **Denken:** Unzusammenhängend, verworren, oft inkohärent.
- **Affekt:** Labil, rasche Wechsel zwischen Angst, Erregung und Lethargie.
- **Wahrnehmung:** Häufig visuelle und taktile Halluzinationen, Illusionen.
- **Urteilsfähigkeit und Einsicht:** Stark beeinträchtigt, keine Krankheitseinsicht.
- **Soziale Interaktion:** Oft unkooperativ, kann aggressiv oder lethargisch sein.
- **Selbstversorgung:** Vorübergehende Beeinträchtigung, benötigt Unterstützung bei täglichen Aktivitäten.

Diagnostik nach ICD-10 (diagnostische Kriterien)

Primäre Symptome:

- Bewusstseinstörung
- Kognitive Störungen (Desorientierung, Gedächtnisstörungen, Wahrnehmungsstörungen)
- Akuter Beginn und fluktuierender Verlauf

Sekundäre Symptome:

- Schlafstörungen
- Psychomotorische Störungen (Hyperaktivität oder Hypoaktivität)
- Emotionale Störungen (Angst, Depression, Reizbarkeit)

Ausschlusskriterien:

- Symptome dürfen nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt sein.

Differentialdiagnostik

- **Demenz:** Unterscheidung durch den akuten und fluktuierenden Verlauf des Delirs im Gegensatz zum chronischen Verlauf der Demenz.
- **Psychotische Störungen:** Abgrenzung durch den plötzlichen Beginn und die Bewusstseinsstrübung beim Delir.
- **Depression:** Differenzierung durch die Bewusstseinsstrübung und die Art der kognitiven Beeinträchtigungen beim Delir.
- **Schizophrenie:** Abgrenzung durch die akute Bewusstseinsstrübung und den fluktuierenden Verlauf.

Komorbiditäten

- **Medizinische Komorbiditäten:** Infektionen, metabolische Störungen, Dehydratation, Herz-Kreislauf-Erkrankungen.
- **Psychiatrische Komorbiditäten:** Vorbestehende Demenz, Depressionen, Angststörungen.

Verlauf der Erkrankung:

- **Akut:** Symptome entwickeln sich innerhalb weniger Stunden bis Tage, dauern meist einige Tage an, können aber auch persistieren.
- **Fluktuierend:** Symptomatik kann im Tagesverlauf schwanken.

Risikofaktoren:

- Höheres Alter
- Vorbestehende kognitive Beeinträchtigungen oder Demenz
- Schwere körperliche Erkrankungen
- Postoperative Zustände
- Dehydratation und Elektrolytstörungen

Prognose:

- Häufig vollständige Rückbildung der Symptome nach Beseitigung der Ursache.
- Bei unzureichender Behandlung kann das Delir chronifizieren oder zum Tod führen, insbesondere bei älteren und schwerkranken Patienten.

Psychotherapieverfahren und weitere Interventionen

- **Orientierungshilfen:** Uhr, Kalender und persönliche Gegenstände zur Verbesserung der Orientierung.
- **Umgebungsanpassungen:** Ruhige und gut beleuchtete Umgebung, Minimierung von Lärm und Reizüberflutung.
- **Reorientierung:** Regelmäßige Ansprache und Erklärung der aktuellen Situation durch Pflegepersonal oder Angehörige.
- **Psychoedukation:** Aufklärung der Angehörigen über die Erkrankung und deren Verlauf.
- **Physiotherapie und Ergotherapie:** Unterstützung bei der Wiedererlangung der Selbstständigkeit und der motorischen Fähigkeiten.

Psychopharmakotherapie

- **Antipsychotika:** Haloperidol, Risperidon zur Kontrolle von Agitation und Halluzinationen.
- **Benzodiazepine:** Nur bei Delirium tremens oder Delir bei Benzodiazepinentzug empfohlen.
- **Cholinesterasehemmer:** Einsatz in bestimmten Fällen zur Verbesserung der kognitiven Funktionen.
- **Schmerzmanagement:** Behandlung von Schmerzen, die das Delir verschlimmern können.

**virtuelle Person zu F0: Organische, einschließlich
symptomatischer psychischer Störungen incl. Anamnese und
psychopathologischen Befund nach ICD-10
hier: *F05: Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope
Substanzen bedingt***

Virtuelle Person: Johann H.

Allgemeine Informationen

- **Alter:** 75 Jahre
- **Geschlecht:** Männlich
- **Beruf:** Pensionierter Lehrer
- **Wohnsituation:** Lebt allein in einer Wohnung, regelmäßige Unterstützung durch eine Pflegekraft



Sozialer und familiärer Hintergrund

- **Familienanamnese:** Keine bekannte psychiatrische Vorgeschichte in der Familie
- **Persönliche Vorgeschichte:** Frühere Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Hypertonie, Diabetes mellitus Typ II. Keine bekannte psychiatrische Erkrankung in der Vergangenheit.
- **Bildungsweg:** Abgeschlossenes Lehramtsstudium, 40 Jahre als Gymnasiallehrer tätig
- **Beziehungen:** Verwitwet, zwei erwachsene Kinder, regelmäßiger Kontakt zu den Kindern

Medizinische Vorgeschichte

- **Frühere medizinische Probleme:** Koronare Herzkrankheit, vor zwei Jahren Bypass-Operation, insulinpflichtiger Diabetes
- **Aktuelle Medikamente:** Insulin, Blutdrucksenker, Cholesterinsenker, Blutverdünner

Aktuelle Anamnese

- **Beginn der Symptomatik:** Plötzlicher Beginn der Verwirrtheit und Halluzinationen vor zwei Tagen, keine vorangegangene psychische Symptomatik
- **Auslöser:** Kürzlich durchgemachte Lungenentzündung, stationäre Behandlung auf der Intensivstation

Diagnostische Kriterien gemäß ICD-10 F05 (Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt)

1. Bewusstseinsstörung:

- **Verminderte Klarheit der Umweltwahrnehmung:** Schwankende Aufmerksamkeit, Schwierigkeiten, sich auf ein Thema zu konzentrieren
- **Wechselnde Bewusstseinslage:** Phasenweise Wachheit und Schläfrigkeit, besonders ausgeprägt in den Abendstunden

2. Kognitive Störungen:

- **Gedächtnisstörung:** Kurzzeitgedächtnis stark beeinträchtigt, Schwierigkeiten, sich an aktuelle Ereignisse zu erinnern
- **Desorientierung:** Zeitliche und räumliche Desorientierung, Schwierigkeiten, sich an Ort und Datum zu erinnern
- **Denkstörungen:** Inkohärentes Denken, Unfähigkeit, einen logischen Gedankengang zu verfolgen

3. Wahrnehmungsstörungen:

- **Halluzinationen:** Visuelle und auditive Halluzinationen, sieht nicht vorhandene Personen und hört Stimmen

- **Illusionen:** Verkennung von realen Objekten, z.B. Verwechslung eines Stuhls mit einer Person

4. **Psychomotorische Störungen:**

- **Hyperaktivität:** Unruhiges Umherwandern, Nesteln an Kleidung und Bettwäsche
- **Hypoaktivität:** Phasen von Lethargie und vermindertem Bewegungsdrang

5. **Affektive Störungen:**

- **Angst und Reizbarkeit:** Häufige Angstzustände, leicht reizbar, wechselt zwischen emotionaler Labilität und apathischer Stimmung
- **Depressive Verstimmung:** Momente tiefer Traurigkeit und Hoffnungslosigkeit

6. **Schlaf-Wach-Rhythmus-Störungen:**

- **Schlaflosigkeit:** Schwierigkeiten beim Einschlafen und Durchschlafen, häufiges Aufwachen während der Nacht
- **Tagesmüdigkeit:** Übermäßige Schläfrigkeit am Tag, häufiges Nickerchen

Psychopathologischer Befund

- **Allgemeines Verhalten und Erscheinungsbild:** Unruhig, häufiger Wechsel zwischen Bettruhe und Umherwandern, unkoordinierte Bewegungen
- **Bewusstsein:** Fluktuierend, wechselnde Phasen von Klarheit und Verwirrtheit
- **Orientierung:** Desorientiert in Zeit und Raum, erkennt die Umgebung nur sporadisch
- **Aufmerksamkeit und Gedächtnis:** Stark eingeschränkt, kann sich nicht auf längere Gespräche konzentrieren, Gedächtnislücken für aktuelle Ereignisse
- **Denkformen:** Desorganisiert, inkohärent, Gedankensprünge

- **Affektivität:** Emotional labil, schnelle Wechsel zwischen Angst, Reizbarkeit und Traurigkeit
- **Antrieb und Psychomotorik:** Wechsel zwischen Hyperaktivität (Unruhe) und Hypoaktivität (Lethargie)
- **Wahrnehmung:** Halluzinationen und Illusionen, sieht und hört Dinge, die nicht vorhanden sind
- **Ich-Störungen:** Keine festen Wahnvorstellungen, jedoch gelegentlich paranoide Gedanken in Bezug auf Pflegekräfte und Umgebung

Zusammenfassung

Johann H. zeigt ein umfassendes Bild eines Delirs nach ICD-10 F05. Die Symptomatik ist typisch für ein Delir, das durch eine körperliche Erkrankung (Lungenentzündung) ausgelöst wurde. Die Beschreibung umfasst alle relevanten diagnostischen Kriterien und liefert ein vollständiges Bild der Anamnese sowie des psychopathologischen Befunds.

Störungen durch Alkohol (F10)

Definition:

Störungen durch Alkohol beinhalten eine Reihe von psychischen und Verhaltensstörungen, die durch den Konsum von Alkohol verursacht werden. Diese Störungen reichen von akuter Intoxikation bis hin zu chronischem Alkoholismus mit schweren körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen.

Formen:

- **Akute Intoxikation (F10.0):** Vorübergehender Zustand nach übermäßigem Alkoholkonsum.
- **Schädlicher Gebrauch (F10.1):** Alkoholgebrauch, der zu körperlichen oder psychischen Schäden führt.
- **Abhängigkeitssyndrom (F10.2):** Starkes Verlangen nach Alkohol, Kontrollverlust, körperliche Entzugssymptome.
- **Entzugssyndrom (F10.3):** Symptome, die nach Beendigung des chronischen Alkoholkonsums auftreten.
- **Entzugssyndrom mit Delir (F10.4):** Schwerer Entzug mit Delirium tremens.
- **Psychotische Störung (F10.5):** Wahnvorstellungen und Halluzinationen im Zusammenhang mit Alkohol.
- **Amnestisches Syndrom (F10.6):** Schwere Gedächtnisstörungen, z.B. Korsakow-Syndrom.
- **Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung (F10.7):** Langfristige Folgen des Alkoholmissbrauchs.
- **Sonstige psychische und Verhaltensstörungen (F10.8):** Andere spezifische Störungen.

- **Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörungen (F10.9):** Nicht klassifizierbare Störungen.

Klassifikation nach ICD-10:

- **F10.0:** Akute Intoxikation
- **F10.1:** Schädlicher Gebrauch
- **F10.2:** Abhängigkeitssyndrom
- **F10.3:** Entzugssyndrom
- **F10.4:** Entzugssyndrom mit Delir
- **F10.5:** Psychotische Störung
- **F10.6:** Amnestisches Syndrom
- **F10.7:** Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung
- **F10.8:** Sonstige psychische und Verhaltensstörungen
- **F10.9:** Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörungen

Triadisches System:

- **Exogene psychische Störung:**
Die psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol sind exogene psychische Störungen, da sie durch den körperlichen Krankheitsprozess des Alkoholmissbrauchs und seiner Auswirkungen auf das Gehirn und den Körper verursacht werden.

Typische Symptome:

- **Psychische Symptome:** Starkes Verlangen nach Alkohol, Kontrollverlust, Entzugserscheinungen, psychotische Symptome (Wahnvorstellungen, Halluzinationen), Gedächtnisstörungen.
- **Körperliche Symptome:** Zittern, Schwitzen, Übelkeit, Krampfanfälle, Leberschäden, Pankreatitis, Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

- **Soziale Symptome:** Vernachlässigung von Pflichten, Konflikte in Beziehungen, Arbeitsplatzverlust, soziale Isolation.

Anamnese:

- **Persönliche Vorgeschichte:** Beginn des Alkoholmissbrauchs, Trinkmuster, Veränderungen im Trinkverhalten.
- **Medizinische und psychische Vorgeschichte:** Frühere Behandlungen, körperliche und psychische Erkrankungen, frühere Entzugserfahrungen.
- **Familienanamnese:** Vorkommen von Alkoholabhängigkeit oder anderen Substanzmissbräuchen in der Familie.
- **Beginn und Verlauf der Symptome:** Erste Anzeichen von Abhängigkeit, Veränderungen im Verhalten und in der sozialen Funktionsfähigkeit.

Psychopathologischer Befund:

- **Orientierung:** Meist voll orientiert, jedoch in schweren Fällen (z.B. Delir) Desorientierung.
- **Gedächtnis und Merkfähigkeit:** Beeinträchtigt Kurzzzeitgedächtnis, Konfabulationen (bei amnestischem Syndrom).
- **Denken:** Wahnvorstellungen, Halluzinationen (bei psychotischen Störungen durch Alkohol).
- **Affekt:** Depressive Verstimmung, Angstzustände, Reizbarkeit.
- **Wahrnehmung:** Alkoholinduzierte Halluzinationen, oft akustisch.
- **Urteilsfähigkeit und Einsicht:** Eingeschränkte Krankheitseinsicht, mangelndes Problembewusstsein.
- **Soziale Interaktion:** Soziale Isolation, Konflikte in zwischenmenschlichen Beziehungen.
- **Selbstversorgung:** Vernachlässigung der persönlichen Hygiene

und Ernährung.

Diagnostik nach ICD-10 (diagnostische Kriterien)

Primäre Symptome:

- Starkes Verlangen oder Zwang, Alkohol zu konsumieren
- Kontrollverlust über Alkoholkonsum
- Körperliche Entzugssymptome bei Reduktion oder Beendigung des Konsums
- Toleranzentwicklung (Verlangen nach höheren Dosen)
- Vernachlässigung anderer Aktivitäten und Interessen
- Anhaltender Konsum trotz nachweislicher schädlicher Folgen

Sekundäre Symptome:

- Psychische Störungen wie Depressionen oder Angstzustände
- Körperliche Schäden wie Leberschäden oder Herzprobleme
- Soziale und berufliche Beeinträchtigungen

Ausschlusskriterien:

- Symptome dürfen nicht auf andere Ursachen wie medizinische Erkrankungen oder psychische Störungen zurückzuführen sein.

Differentialdiagnostik

- **Depressive Störungen:** Unterscheidung durch spezifische Anamnese und Symptomverlauf.
- **Angststörungen:** Abgrenzung durch genaue Untersuchung der Angstursachen und des Zusammenhangs mit Alkoholkonsum.
- **Andere Substanzmissbrauchsstörungen:** Differenzierung durch spezifische Tests und Anamnese.
- **Schizophrenie:** Abgrenzung durch genaue Untersuchung der psychotischen Symptome und deren Zusammenhang mit

Alkoholkonsum.

Komorbiditäten

- **Depression:** Häufig in Verbindung mit Alkoholabhängigkeit.
- **Angststörungen:** Generalisierte Angstzustände oder Panikattacken.
- **Persönlichkeitsstörungen:** Insbesondere Borderline- und antisoziale Persönlichkeitsstörungen.
- **Somatische Erkrankungen:** Leberzirrhose, Pankreatitis, kardiovaskuläre Erkrankungen, Mangelernährung.

Verlauf der Erkrankung:

- **Frühstadium:** Gelegentlicher Missbrauch, erhöhte Toleranz.
- **Mittleres Stadium:** Häufiger Konsum, beginnende körperliche und psychische Schäden.
- **Spätstadium:** Abhängigkeit, schwere körperliche und psychische Schäden, soziale Isolation.

Risikofaktoren:

- **Genetische Prädisposition**
- **Psychosoziale Faktoren:** Stress, Traumata, familiäre Probleme
- **Kulturelle und gesellschaftliche Einflüsse:** Verfügbarkeit und Akzeptanz von Alkohol

Prognose:

- Ohne Behandlung führt Alkoholabhängigkeit häufig zu schweren körperlichen und psychischen Schäden sowie sozialem Abstieg. Mit angemessener Therapie können jedoch Abstinenz und Rehabilitation erreicht werden.

Psychotherapieverfahren und weitere Interventionen

- **Kognitive Verhaltenstherapie:** Förderung von Abstinenz, Entwicklung von Coping-Strategien.
- **Motivierende Gesprächsführung:** Unterstützung bei der Entscheidungsfindung für eine Behandlung.
- **Gruppentherapie:** Unterstützung durch Austausch mit anderen Betroffenen.
- **Familientherapie:** Einbeziehung der Angehörigen zur Unterstützung des Betroffenen.
- **Selbsthilfegruppen:** Teilnahme an AA (Anonyme Alkoholiker) oder ähnlichen Gruppen.

Psychopharmakotherapie

- **Disulfiram:** Aversionstherapie, erzeugt unangenehme Reaktionen bei Alkoholkonsum.
- **Naltrexon:** Reduziert das Verlangen nach Alkohol und die belohnenden Effekte des Konsums.
- **Acamprosate:** Unterstützt die Abstinenz, indem es das Gleichgewicht im Gehirn wiederherstellt.
- **Benzodiazepine:** Kurzfristig zur Linderung von Entzugssymptomen (unter ärztlicher Aufsicht).
- **Antidepressiva:** Bei komorbider Depression oder Angststörung.

**virtuelle Person zu F1: Psychische und Verhaltensstörungen durch
psychotrope Substanzen incl. Anamnese und
psychopathologischen Befund nach ICD-10
hier: *Störung durch Alkohol nach ICD-10 (F10)*
genauer: *F10.2 (Alkoholabhängigkeit)***

Virtuelle Person: "Herr Müller"

Allgemeine Informationen:

- **Alter:** 45 Jahre
- **Beruf:** Kaufmännischer Angestellter
- **Familienstand:** Verheiratet, zwei Kinder



Anamnese:

- **Beginn des Alkoholkonsums:** Im Alter von 30 Jahren begann Herr Müller regelmäßig Alkohol zu konsumieren.
- **Verlauf:** Über die Jahre stieg der Konsum kontinuierlich an. Herr Müller trinkt täglich mindestens 5 Einheiten Alkohol.
- **Frühere Behandlungen:** Zwei ambulante Therapieversuche wegen Alkoholabhängigkeit, zuletzt vor einem Jahr.
- **Familiengeschichte:** Der Vater war ebenfalls alkoholabhängig.
- **Aktueller Anlass für die Vorstellung:** Herr Müller wurde von seiner Frau gedrängt, Hilfe zu suchen, nachdem er kürzlich seinen Job verloren hat und es zu einem heftigen Streit kam, der in einer kurzzeitigen Trennung resultierte.

Psychopathologischer Befund:

- **Bewusstseinslage:** Klar
- **Orientierung:** Voll orientiert zu Person, Ort, Zeit und Situation

- **Aufmerksamkeit und Gedächtnis:** Leichte Konzentrationsstörungen, Gedächtnislücken bezüglich der jüngsten Trinkereignisse
- **Denken:** Keine formale Denkstörung, jedoch inhaltliche Denkstörungen in Form von Verleugnung der Trinkschwere und Bagatellisierung der sozialen Folgen
- **Affekt:** Dysphorisch, gereizt
- **Antrieb und Psychomotorik:** Unruhig
- **Ich-Funktionen:** Eingeschränktes Urteilsvermögen und Kritikfähigkeit bezüglich des Alkoholkonsums
- **Suizidalität:** Verneint aktuell Suizidgedanken, jedoch frühere Gedanken bei starker Trunkenheit

Diagnostische Kriterien nach ICD-10 für F10.2

(Alkoholabhängigkeit):

- **Starkes Verlangen oder eine Art Zwang, Alkohol zu konsumieren**
- **Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Alkoholkonsums**
- **Körperliches Entzugssyndrom bei Reduktion oder Beendigung des Alkoholkonsums**
- **Nachweis einer Toleranzentwicklung gegenüber den Effekten des Alkohols**
- **Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Alkoholkonsums**
- **Anhaltender Alkoholkonsum trotz eindeutig schädlicher Folgen**

Schlussfolgerung:

Herr Müller erfüllt mehrere Kriterien der Alkoholabhängigkeit nach ICD-10. Die Diagnose wird durch seine anhaltende Nutzung trotz negativer Konsequenzen, seinen hohen täglichen Konsum und die

Toleranzentwicklung gegenüber Alkohol unterstützt. Die Empfehlung umfasst einen detaillierten Behandlungsplan, möglicherweise incl. einer Entgiftung und anschließender psychotherapeutischer Behandlung sowie Unterstützung durch Selbsthilfegruppen.

Störungen durch Cannabinoide (F12)

Definition:

Störungen durch Cannabinoide umfassen verschiedene psychische und Verhaltensstörungen, die durch den Gebrauch von Cannabis und verwandten Substanzen verursacht werden. Diese Störungen können von akutem Rausch über schädlichen Gebrauch bis hin zu Abhängigkeit und psychotischen Episoden reichen.

Formen:

- **Akuter Cannabinoid-Rausch (F12.0):** Vorübergehender Zustand mit Bewusstseinsveränderungen und Verhaltensstörungen.
- **Schädlicher Gebrauch (F12.1):** Gebrauch von Cannabinoiden, der zu körperlichen oder psychischen Schäden führt.
- **Abhängigkeitssyndrom (F12.2):** Starkes Verlangen nach Cannabinoiden, Kontrollverlust, Entzugssymptome.
- **Psychotische Störung (F12.5):** Psychotische Symptome wie Halluzinationen und Wahnvorstellungen durch Cannabinoide.

Klassifikation nach ICD-10:

- **F12.0:** Akuter Rausch durch Cannabinoide
- **F12.1:** Schädlicher Gebrauch von Cannabinoiden
- **F12.2:** Abhängigkeitssyndrom durch Cannabinoide
- **F12.5:** Psychotische Störung durch Cannabinoide

Triadisches System:

- **Exogene psychische Störung:**
Diese Störungen fallen unter die exogenen psychischen Störungen, da sie direkt durch den Konsum und die damit verbundenen

physiologischen Auswirkungen von Cannabinoiden auf das Gehirn und den Körper bedingt sind.

Typische Symptome:

- **Akuter Cannabinoid-Rausch:** Euphorie, Entspannung, veränderte Wahrnehmung, gesteigerter Appetit, trockener Mund, Tachykardie, Paranoia, Angst.
- **Schädlicher Gebrauch:** Soziale und berufliche Beeinträchtigungen, psychische Probleme, körperliche Gesundheitsschäden.
- **Abhängigkeitssyndrom:** Starkes Verlangen, Kontrollverlust, fortgesetzter Gebrauch trotz negativer Folgen, Entzugssymptome wie Reizbarkeit, Schlaflosigkeit, Appetitverlust.
- **Psychotische Störung:** Halluzinationen, Wahnvorstellungen, Desorientierung, schwere Angstzustände.

Anamnese:

- **Persönliche Vorgeschichte:** Beginn des Cannabiskonsums, Gründe für den Konsum (z.B. Stressbewältigung, Freizeitgestaltung).
- **Medizinische und psychische Vorgeschichte:** Vorherige psychische Erkrankungen, körperliche Gesundheitsprobleme.
- **Familienanamnese:** Vorkommen von Suchterkrankungen oder psychischen Störungen in der Familie.
- **Verlauf des Konsums:** Muster des Cannabiskonsums (Dauer, Häufigkeit, Menge), Veränderungen im Konsumverhalten.

Psychopathologischer Befund:

- **Stimmung und Affekt:** Euphorie oder Dysphorie, Angst, Paranoia.

- **Denkprozesse:** Sprunghaftes Denken, paranoide Gedanken, möglicherweise Wahnvorstellungen.
- **Wahrnehmung:** Visuelle und akustische Halluzinationen.
- **Kognitive Funktionen:** Beeinträchtigte Aufmerksamkeit, Gedächtnisprobleme, verlangsamte Denkprozesse.
- **Verhalten:** Sozialer Rückzug, Vernachlässigung von Pflichten und Hobbys, auffälliges Konsumverhalten.

Diagnostik nach ICD-10 (diagnostische Kriterien):

Akuter Rausch (F12.0):

- Vorübergehende Bewusstseinsveränderungen
- Psychomotorische Beeinträchtigungen
- Wahrnehmungsveränderungen

Schädlicher Gebrauch (F12.1):

- Gebrauch von Cannabinoiden führt zu körperlichen oder psychischen Schäden
- Negative Auswirkungen auf soziale oder berufliche Funktionsfähigkeit

Abhängigkeitssyndrom (F12.2):

- Starkes Verlangen nach Cannabinoiden
- Kontrollverlust über Konsum
- Fortgesetzter Gebrauch trotz negativer Konsequenzen
- Toleranzentwicklung
- Entzugssymptome bei Abstinenz

Psychotische Störung (F12.5):

- Halluzinationen
- Wahnvorstellungen
- Desorientierung

Differentialdiagnostik:

- **Schizophrenie:** Unterscheidung durch Anamnese und fehlenden Cannabiskonsum.
- **Bipolare Störung:** Abgrenzung durch das Fehlen manischer Episoden ohne Substanzgebrauch.
- **Angststörungen:** Unterscheidung durch spezifische Angstsymptome und ihren Zusammenhang mit Cannabiskonsum.
- **Depression:** Abgrenzung durch die primäre Rolle des Substanzmissbrauchs.

Komorbiditäten:

- **Depression:** Häufig bei chronischem Cannabiskonsum.
- **Angststörungen:** Insbesondere Panikstörungen und generalisierte Angststörungen.
- **Andere Substanzstörungen:** Polytoxikomanie, Alkoholmissbrauch.
- **Kognitive Störungen:** Beeinträchtigungen der Gedächtnis- und Konzentrationsfähigkeit.

Verlauf der Erkrankung:

- **Akute Phase:** Rauschzustände, möglicherweise erste Anzeichen von Abhängigkeit.
- **Chronische Phase:** Entwicklung einer Abhängigkeit, soziale und berufliche Beeinträchtigungen.
- **Komplikationen:** Entwicklung psychotischer Störungen, schwerwiegende soziale und gesundheitliche Probleme.

Risikofaktoren:

- **Genetische Prädisposition**
- **Früher Beginn des Konsums**
- **Hohe Konsummengen und Häufigkeit**
- **Psychosoziale Stressoren**

Prognose:

- Abhängigkeit ist behandelbar, jedoch besteht ein hohes Rückfallrisiko.
- Psychotische Symptome können persistieren, auch nach Beendigung des Konsums.

Psychotherapieverfahren und weitere Interventionen

- **Kognitive Verhaltenstherapie (KVT):** Identifikation und Änderung dysfunktionaler Gedanken und Verhaltensweisen, Entwicklung von Bewältigungsstrategien.
- **Motivationssteigernde Therapie:** Unterstützung bei der Entwicklung eines eigenen Veränderungswunsches.
- **Kontingenzmanagement:** Belohnung abstinenten Verhaltens.
- **Gruppentherapie:** Austausch mit anderen Betroffenen, soziale Unterstützung.
- **Familientherapie:** Einbeziehung der Familie zur Unterstützung des Betroffenen.

Psychopharmakotherapie

- **Antipsychotika:** Bei psychotischen Symptomen (z.B. Haloperidol, Risperidon).
- **Antidepressiva:** Bei komorbiden depressiven Störungen (z.B. SSRIs).
- **Medikamente zur Unterstützung des Entzugs:** (z.B. Naltrexon,

Acamprosat zur Unterstützung der Abstinenz).

**virtuelle Person zu F10-F19: Psychische und Verhaltensstörungen
durch psychotrope Substanzen incl. Anamnese und
psychopathologischen Befund nach ICD-10
hier: *F12: Störungen durch Cannabinoide***

Virtuelle Person: Max W.

Allgemeine Informationen

- **Alter:** 24 Jahre
- **Geschlecht:** Männlich
- **Beruf:** Gelegenheitsarbeiter, keine feste Anstellung
- **Sozialer Hintergrund:**
Aufgewachsen in einem Vorort,
mittleres Kind von drei
Geschwistern



Sozialer und familiärer Hintergrund

- **Familienanamnese:** Vater mit Alkoholabhängigkeit, Mutter mit Depressionen. Keine bekannte Drogensucht in der Familie.
- **Kindheit:** Stabile Familienverhältnisse, jedoch emotionale Vernachlässigung durch die Alkoholprobleme des Vaters und die psychischen Probleme der Mutter.
- **Bildungsweg:** Abitur abgebrochen, keine abgeschlossene Berufsausbildung.
- **Frühere Beziehungen:** Einige kurzlebige, unbeständige Partnerschaften.

Medizinische und psychiatrische Vorgeschichte

- **Frühere medizinische Probleme:** Keine ernsthaften körperlichen Erkrankungen.

- **Psychiatrische Vorgeschichte:** Erste Erfahrungen mit Cannabis im Alter von 15 Jahren. Regelmäßiger Konsum seit dem 18. Lebensjahr. Ein stationärer Aufenthalt aufgrund einer psychotischen Episode im Zusammenhang mit Cannabiskonsum vor zwei Jahren.

Aktuelle Probleme und Symptome

1. Störungen des Konsums und Abhängigkeit:

- **Regelmäßiger Gebrauch:** Täglicher Konsum von Cannabis, mehrere Male pro Tag.
- **Entzugerscheinungen:** Unruhe, Reizbarkeit, Schlafstörungen und Appetitverlust bei Abstinenz.
- **Kontrollverlust:** Unfähigkeit, den Konsum zu reduzieren oder zu kontrollieren, trotz mehrfacher Versuche.
- **Zeitinvestition:** Ein großer Teil des Tages wird für den Erwerb, Konsum und die Erholung vom Gebrauch aufgewendet.
- **Vernachlässigung von Pflichten:** Häufiges Versäumen von Arbeitsterminen, Konflikte im sozialen Umfeld aufgrund des Konsums.

2. Psychische und physische Symptome:

- **Kognitive Beeinträchtigungen:** Gedächtnisprobleme, Schwierigkeiten bei der Konzentration und beim klaren Denken.
- **Emotionale Probleme:** Stimmungsschwankungen, depressive Verstimmungen, Anhedonie.
- **Verhaltensänderungen:** Rückzug von sozialen Aktivitäten, Interessenverlust an früheren Hobbys.
- **Körperliche Beschwerden:** Chronischer Husten, gelegentliches Unwohlsein und Appetitlosigkeit.

3. **Psychotische Symptome:** Gelegentliche paranoide Gedanken und Halluzinationen während des Cannabiskonsums, besonders bei hohen Dosen.

Psychopathologischer Befund

- **Erscheinung:** Gepflegtes Äußeres, jedoch mit glasigem Blick und verlangsamter Motorik.
- **Bewusstsein und Orientierung:** Klar, voll orientiert.
- **Auffassung und Konzentration:** Stark beeinträchtigt, leicht ablenkbar.
- **Gedächtnis:** Kurz- und Langzeitgedächtnis deutlich beeinträchtigt.
- **Denken:** Sprunghaft, teilweise paranoid.
- **Affekt:** Labil, depressive Verstimmung, gelegentliche Reizbarkeit.
- **Antrieb und Psychomotorik:** Verlangsamte Psychomotorik, Phasen von Hyperaktivität nach Konsum.
- **Wahrnehmung:** Gelegentliche auditive Halluzinationen und paranoide Wahnvorstellungen.
- **Introspektion und Krankheitseinsicht:** Gering, wenig Einsicht in die Problematik des eigenen Konsums und dessen Auswirkungen.

Zusammenfassung

Diese detaillierte und strukturierte Beschreibung von Max W. umfasst alle wesentlichen diagnostischen Kriterien der ICD-10 für Störungen durch Cannabinoide (F12). Die Beschreibung enthält eine ausführliche Anamnese, aktuelle Symptome und einen umfassenden psychopathologischen Befund, der ein vollständiges Bild von Max' psychischer und physischer Gesundheit vermittelt.

Störungen durch Kokain (F14)

Definition:

Störungen durch Kokain umfassen eine Reihe von psychischen und physischen Problemen, die durch den Konsum von Kokain verursacht werden. Kokain ist ein starkes Stimulans, das eine hohe Suchtgefahr birgt.

Formen:

- **Akute Intoxikation (F14.0):** Vorübergehende Störungen, die direkt nach dem Konsum auftreten.
- **Schädlicher Gebrauch (F14.1):** Konsum, der zu gesundheitlichen Schäden führt.
- **Abhängigkeitssyndrom (F14.2):** Zwanghafter Drang zum Kokainkonsum trotz negativer Konsequenzen.
- **Entzugssyndrom (F14.3):** Symptome, die nach Absetzen des Konsums auftreten.
- **Psychotische Störung (F14.5):** Schwere psychische Störungen infolge des Konsums, z.B. Halluzinationen, Paranoia.

Klassifikation nach ICD-10:

- **F14.0:** Akute Intoxikation durch Kokain
- **F14.1:** Schädlicher Gebrauch von Kokain
- **F14.2:** Abhängigkeitssyndrom durch Kokain
- **F14.3:** Entzugssyndrom durch Kokain
- **F14.4:** Entzugssyndrom durch Kokain mit Delir
- **F14.5:** Psychotische Störung durch Kokain
- **F14.6:** Amnestisches Syndrom durch Kokain

- **F14.7:** Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung durch Kokain
- **F14.8:** Sonstige psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain
- **F14.9:** Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain

Triadisches System:

- **Exogene psychische Störung:**

Die Störungen durch Kokain (F14) werden in das Triadische System als **exogene psychische Störung** eingeordnet. Diese Störung wird durch den exogenen (äußeren) Einfluss von Kokain auf den Körper verursacht. Die psychischen und körperlichen Auswirkungen des Drogenkonsums sind direkte Folgen der chemischen Substanzen, die neurobiologische Prozesse im Gehirn beeinflussen und zu verschiedenen psychischen Störungen führen können, einschließlich psychotischer Episoden, Depressionen und Angstzuständen.

Typische Symptome:

- **Akute Intoxikation:** Euphorie, gesteigerte Energie, erhöhter Blutdruck und Herzfrequenz, Paranoia, Halluzinationen, Aggressivität.
- **Chronischer Gebrauch:** Schlaflosigkeit, Gewichtsverlust, Nasenbluten (bei nasaler Aufnahme), Herzprobleme, kognitive Beeinträchtigungen.
- **Abhängigkeit:** Starkes Verlangen nach der Substanz, Kontrollverlust, Vernachlässigung sozialer und beruflicher Pflichten.
- **Entzug:** Müdigkeit, Depression, Angst, starkes Verlangen nach Kokain, Alpträume, erhöhter Appetit.

Anamnese:

- **Persönliche Vorgeschichte:** Häufiger Gebrauch von Kokain, soziale und berufliche Auswirkungen des Konsums, frühere Versuche, den Konsum zu reduzieren oder zu stoppen.
- **Medizinische und psychische Vorgeschichte:** Frühere Substanzmissbräuche, psychische Erkrankungen wie Depression oder Angststörungen.
- **Familienanamnese:** Vorhandensein von Suchtproblemen oder psychischen Erkrankungen in der Familie.
- **Beginn und Verlauf der Symptome:** Erstkonsum, Häufigkeit und Menge des Konsums, Entwicklung von Toleranz und Entzugssymptomen.

Psychopathologischer Befund:

- **Stimmung und Affekt:** Euphorie während des Konsums, depressive Verstimmungen während des Entzugs, Reizbarkeit.
- **Denkprozesse:** Beschleunigtes Denken während des Konsums, paranoide Gedanken, Wahnvorstellungen bei hohen Dosen.
- **Wahrnehmung:** Visuelle und auditive Halluzinationen, besonders bei chronischem Gebrauch.
- **Kognitive Funktionen:** Beeinträchtigung von Gedächtnis, Aufmerksamkeit und Entscheidungsfähigkeit, Desorientierung während des Entzugs.

Diagnostik nach ICD-10 (diagnostische Kriterien):

Primäre Symptome:

- Starkes Verlangen oder Zwang, Kokain zu konsumieren.
- Verminderte Kontrolle über den Konsum.
- Körperliche Entzugserscheinungen bei Reduktion oder Beendigung des Konsums.

- Toleranzentwicklung, d.h. zunehmende Dosis zur Erzielung der gleichen Wirkung.
- Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Konsums.
- Anhaltender Gebrauch trotz Nachweis körperlicher und psychischer Schäden.

Differentialdiagnostik:

- **Andere Substanzmissbrauchsstörungen:** Abzugrenzen durch spezifische Wirkungen und Entzugssymptome von Kokain.
- **Primäre psychische Störungen:** Unterscheidung von psychischen Störungen, die nicht substanzinduziert sind, wie primäre Psychosen oder Angststörungen.
- **Organische Störungen:** Abklärung von kardiovaskulären oder neurologischen Erkrankungen, die ähnliche Symptome verursachen könnten.

Komorbiditäten:

- **Depression:** Häufig in Verbindung mit Kokainabhängigkeit, besonders während des Entzugs.
- **Angststörungen:** Generalisierte Angststörung und Panikattacken.
- **Schlafstörungen:** Insomnie und Hypersomnie im Zusammenhang mit Konsum und Entzug.
- **Kardiovaskuläre Erkrankungen:** Erhöhtes Risiko für Herzinfarkte und Schlaganfälle.
- **Andere Substanzmissbräuche:** Häufige Kombination mit Alkohol und anderen Drogen.

Verlauf der Erkrankung:

- **Anfangsstadium:** Gelegentlicher Gebrauch, initiale Euphorie und gesteigerte Leistungsfähigkeit.
- **Fortgeschrittenes Stadium:** Entwicklung von Toleranz, zunehmender Konsum, soziale und berufliche Probleme.
- **Spätstadium:** Vollständige Abhängigkeit, schwere gesundheitliche und soziale Folgen, mögliches Auftreten von Psychosen.

Risikofaktoren:

- **Genetische Prädisposition:** Familiäre Häufung von Suchtverhalten.
- **Soziale Faktoren:** Verfügbarkeit von Kokain, soziale Akzeptanz des Konsums, Stress.
- **Psychische Faktoren:** Vorhandensein von anderen psychischen Störungen, Coping-Strategien.

Prognose:

- **Kurzfristig:** Hohe Rückfallgefahr, besonders ohne adäquate Therapie.
- **Langfristig:** Bessere Prognose bei kontinuierlicher Therapie und Unterstützung, jedoch bleibt die Gefahr eines Rückfalls bestehen.

Psychotherapieverfahren und weitere Interventionen:

- **Kognitive Verhaltenstherapie:** Bearbeitung von Denkmustern und Verhaltensweisen, die den Konsum fördern.
- **Motivational Interviewing:** Förderung der intrinsischen Motivation zur Veränderung.
- **Gruppentherapie:** Austausch mit anderen Betroffenen, Unterstützung durch die Gemeinschaft.

- **Selbsthilfegruppen:** Teilnahme an Gruppen wie Narcotics Anonymous.
- **Familientherapie:** Einbeziehung der Familie in den therapeutischen Prozess zur Unterstützung und Konfliktbewältigung.

Psychopharmakotherapie:

- **Medikamente zur Reduktion des Verlangens:** Es gibt keine spezifisch zugelassenen Medikamente für Kokainabhängigkeit, jedoch werden manchmal Antidepressiva oder Antikonvulsiva eingesetzt.
- **Behandlung von Komorbiditäten:** Einsatz von Antidepressiva, Anxiolytika oder Schlafmitteln zur Behandlung begleitender psychischer Störungen.
- **Medikamente zur Behandlung von akuten Symptomen:** Antipsychotika bei psychotischen Episoden, Benzodiazepine bei schweren Entzugssymptomen (mit Vorsicht).

**virtuelle Person zu F10-F19: Psychische und Verhaltensstörungen
durch psychotrope Substanzen incl. Anamnese und
psychopathologischen Befund nach ICD-10
hier: *F14: Störungen durch Kokain***

Virtuelle Person: Lukas K.

Allgemeine Informationen

- **Alter:** 35 Jahre
- **Geschlecht:** Männlich
- **Beruf:** IT-Spezialist, derzeit arbeitslos
- **Familienstand:** Geschieden, ein Kind (8 Jahre alt)
- **Sozialer Hintergrund:** Aufgewachsen in einer städtischen Gegend, mittlerer sozioökonomischer Status



Anamnese

- **Familienanamnese:** Vater mit Alkoholabhängigkeit, Mutter ohne bekannte psychiatrische Erkrankungen. Keine Geschwister.
- **Kindheit und Jugend:** Normale Entwicklung bis zum Jugendalter, ab dem 15. Lebensjahr beginnender Substanzkonsum (Cannabis, später Alkohol).
- **Bildungsweg:** Abgeschlossene Ausbildung zum IT-Spezialisten, jedoch mehrere Jobwechsel aufgrund von Konflikten und Leistungsproblemen.
- **Substanzanamnese:** Beginn des Kokainkonsums im Alter von 22 Jahren, zunächst gelegentlich, später zunehmender Konsum.

Mehrere erfolglose Versuche, den Konsum zu kontrollieren oder zu stoppen.

- **Behandlungsanamnese:** Mehrere ambulante und stationäre Entgiftungen und Entwöhnungstherapien, jedoch immer wieder Rückfälle.

Aktuelle Symptome und Verhaltensweisen (nach ICD-10 F14.2)

1. **Starkes Verlangen (Craving):** Häufige Gedanken an Kokain, starkes Verlangen, das die täglichen Aktivitäten beeinträchtigt.
2. **Verminderte Kontrollfähigkeit:** Unfähigkeit, den Beginn, die Menge und die Beendigung des Konsums zu kontrollieren.
3. **Körperliche Entzugssymptome:** Auftreten von Müdigkeit, Depression, Schlafstörungen und erhöhter Appetit bei Nichtverfügbarkeit der Substanz.
4. **Toleranzentwicklung:** Zunehmende Menge an Kokain notwendig, um die gleiche Wirkung zu erzielen.
5. **Vernachlässigung anderer Interessen:** Hobbys und soziale Aktivitäten wurden zugunsten des Kokainkonsums aufgegeben.
6. **Fortgesetzter Konsum trotz schädlicher Folgen:** Weiterer Konsum trotz Kenntnis der gesundheitlichen, sozialen und beruflichen Schäden.

Psychopathologischer Befund

- **Erscheinung:** Gepflegtes Äußeres, jedoch mit Zeichen von Vernachlässigung in den letzten Tagen, blasse Haut, Pupillenerweiterung.
- **Bewusstsein und Orientierung:** Klar und voll orientiert.
- **Auffassung und Konzentration:** Erheblich beeinträchtigt, Konzentrationsprobleme und leichte Ablenkbarkeit.
- **Gedächtnis:** Kurzzeitgedächtnis intakt, jedoch Schwierigkeiten beim Abrufen länger zurückliegender Ereignisse.

- **Denken:** Geordnet, aber fixiert auf kokainbezogene Themen, gelegentlich paranoide Gedanken.
- **Affekt:** Gereizt und unruhig, schnelle Stimmungswechsel zwischen Euphorie und Depression.
- **Antrieb und Psychomotorik:** Hyperaktiv während Intoxikation, antriebslos und lethargisch während Entzug.
- **Wahrnehmung:** Keine Halluzinationen, jedoch gelegentliches Hören von Stimmen unter starkem Stress.
- **Introspektion und Krankheitseinsicht:** Einsicht in die Abhängigkeit vorhanden, jedoch ambivalente Haltung zur Behandlung und Veränderung.

Zusammenfassung

Diese virtuelle Darstellung von Lukas K. liefert ein umfassendes und detailliertes Bild eines Menschen mit dem Abhängigkeitssyndrom durch Kokain (F14.2 nach ICD-10). Die Beschreibung beinhaltet alle relevanten diagnostischen Merkmale, eine umfassende Anamnese sowie einen vollständigen psychopathologischen Befund.

Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen (F19)

Definition:

Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen umfassen Abhängigkeit oder Missbrauch mehrerer Substanzen gleichzeitig oder nacheinander, was zu einem breiten Spektrum von physischen, psychischen und sozialen Beeinträchtigungen führt.

Formen:

- **Gleichzeitiger Konsum:** Gleichzeitige Verwendung mehrerer Substanzen (z.B. Alkohol und Kokain).
- **Nacheinander folgender Konsum:** Wechsel zwischen verschiedenen Substanzen zu unterschiedlichen Zeiten.

Klassifikation nach ICD-10:

- **F19.0:** Akute Intoxikation durch multiplen Substanzgebrauch.
- **F19.1:** Schädlicher Gebrauch durch multiplen Substanzgebrauch.
- **F19.2:** Abhängigkeitssyndrom durch multiplen Substanzgebrauch.
- **F19.3:** Entzugssyndrom durch multiplen Substanzgebrauch.
- **F19.4:** Entzugssyndrom mit Delir durch multiplen Substanzgebrauch.
- **F19.5:** Psychotische Störung durch multiplen Substanzgebrauch.
- **F19.6:** Amnestisches Syndrom durch multiplen Substanzgebrauch.
- **F19.7:** Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung durch multiplen Substanzgebrauch.

- **F19.8:** Sonstige psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch.
- **F19.9:** Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch.

Triadisches System:

- **Exogene psychische Störung:**
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen fallen unter die Kategorie der exogenen psychischen Störungen, da sie direkt durch den Einfluss und die Auswirkungen körperlicher (exogener) Substanzen auf das Gehirn und die Psyche verursacht werden. Substanzen wie Alkohol, Drogen und Medikamente beeinflussen das zentrale Nervensystem und können zu erheblichen psychischen und physischen Beeinträchtigungen führen.

Typische Symptome:

- **Kognitive Symptome:** Konzentrationsstörungen, Gedächtnisprobleme, Desorientierung.
- **Verhaltenssymptome:** Aggressivität, sozialer Rückzug, impulsives Verhalten, veränderte Persönlichkeit.
- **Physische Symptome:** Entzugssymptome, körperliche Beschwerden (z.B. Herz-Kreislauf-Probleme, Leber- und Nierenschäden), erhöhte Infektionsgefahr.

Anamnese:

- **Persönliche Vorgeschichte:** Detaillierte Erfassung des Substanzgebrauchs, Lebensumstände und soziale Beziehungen.
- **Medizinische und psychische Vorgeschichte:** Vorherige Erkrankungen, frühere psychische Probleme und Behandlung.
- **Familienanamnese:** Vorkommen von Substanzgebrauch oder anderen psychischen Erkrankungen in der Familie.

- **Beginn und Verlauf der Symptome:** Erste Anzeichen des Substanzgebrauchs, zeitlicher Verlauf der Konsumgewohnheiten und der psychischen sowie physischen Veränderungen.

Psychopathologischer Befund:

- **Orientierung:** Desorientierung in schwereren Fällen möglich.
- **Gedächtnis und Merkfähigkeit:** Beeinträchtigung des Kurz- und Langzeitgedächtnisses.
- **Denken:** Sprunghaftes Denken, mögliche paranoide oder wahnhaftige Gedanken.
- **Affekt:** Affektlabilität, depressive Verstimmung, Euphorie abhängig von der Substanz und dem Konsummuster.
- **Wahrnehmung:** Halluzinationen oder Illusionen möglich, insbesondere bei psychotischen Störungen durch Substanzgebrauch.
- **Urteilsfähigkeit und Einsicht:** Beeinträchtigte Urteilsfähigkeit und mangelnde Einsicht in das Suchtproblem.
- **Soziale Interaktion:** Rückzug, soziale Isolation, Konflikte mit Familie und Freunden.
- **Selbstversorgung:** Vernachlässigung der Körperpflege und der alltäglichen Pflichten.

Diagnostik nach ICD-10 (diagnostische Kriterien):

Primäre Symptome:

- Wiederholter Substanzgebrauch trotz schädlicher Folgen.
- Starkes Verlangen oder Zwang, Substanzen zu konsumieren.
- Schwierigkeiten, den Konsum zu kontrollieren.
- Toleranzentwicklung gegenüber den Substanzen.
- Körperliche Entzugssymptome bei Nichtkonsum.

- Fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen zugunsten des Substanzgebrauchs.

Sekundäre Symptome:

- Psychische Störungen wie Depressionen, Angststörungen oder Psychosen.
- Physische Gesundheitsschäden.

Ausschlusskriterien:

- Symptome dürfen nicht auf andere Ursachen wie primäre psychische Erkrankungen zurückzuführen sein.

Differentialdiagnostik:

- **Einzelner Substanzgebrauch:** Abzugrenzen durch genaue Erhebung der Konsumgeschichte.
- **Primäre psychische Störungen:** Abklärung durch detaillierte Anamnese und diagnostische Tests.
- **Medizinische Erkrankungen:** Ausschluss durch körperliche Untersuchungen und Laboruntersuchungen.

Komorbiditäten:

- **Angststörungen:** Häufig bei substanzabhängigen Personen.
- **Depression:** Häufige Begleiterkrankung bei Substanzgebrauch.
- **Persönlichkeitsstörungen:** Besonders Borderline- und antisoziale Persönlichkeitsstörungen.

Verlauf der Erkrankung:

- **Frühstadium:** Experimenteller oder gelegentlicher Konsum, zunehmende Toleranzentwicklung.

- **Mittelstadium:** Regelmäßiger Konsum, beginnende soziale und berufliche Probleme.
- **Spätstadium:** Starker Kontrollverlust, erhebliche körperliche und psychische Beeinträchtigungen, soziale Isolation.

Risikofaktoren:

- Genetische Prädisposition
- Psychosoziale Belastungen
- Frühzeitiger Substanzgebrauch
- Verfügbarkeit von Substanzen

Prognose:

- Die Prognose hängt stark von der Motivation zur Behandlung und den sozialen Unterstützungsstrukturen ab. Rückfälle sind häufig, aber langfristige Abstinenz ist möglich.

Psychotherapieverfahren und weitere Interventionen

- **Kognitive Verhaltenstherapie (KVT):** Zur Veränderung des Suchtverhaltens und zur Bewältigung von Auslösern des Substanzgebrauchs.
- **Motivational Interviewing:** Zur Steigerung der Veränderungsbereitschaft.
- **Selbsthilfegruppen:** Unterstützung durch Gleichgesinnte und Erfahrungsaustausch.
- **Sozialtherapie:** Unterstützung bei der Reintegration in das soziale und berufliche Leben.

Psychopharmakotherapie

- **Entzugstherapie:** Medikamente zur Linderung der Entzugssymptome (z.B. Benzodiazepine bei Alkoholentzug).
- **Rückfallprophylaxe:** Medikamente zur Reduktion des Verlangens nach Substanzen (z.B. Naltrexon bei Alkohol- und Opiatabhängigkeit).
- **Behandlung komorbider psychischer Störungen:** Antidepressiva bei Depressionen, Antipsychotika bei psychotischen Symptomen.

**virtuelle Person zu F10-F19: Psychische und Verhaltensstörungen
durch psychotrope Substanzen incl. Anamnese und
psychopathologischen Befund nach ICD-10**
hier: *F19: Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und
Konsum anderer psychotroper Substanzen*

Virtuelle Person: Paul R.

Allgemeine Informationen

- **Alter:** 34 Jahre
- **Geschlecht:** Männlich
- **Beruf:** Gelegenheitsarbeiter, derzeit arbeitslos
- **Wohnort:** Städtisches Umfeld, lebt alleine in einer kleinen Mietwohnung



Sozialer und familiärer Hintergrund

- **Familienanamnese:** Vater mit Alkoholabhängigkeit, Mutter mit Angststörungen. Kein Kontakt zu Geschwistern.
- **Kindheit:** Aufgewachsen in einem konfliktreichen Elternhaus, häufige Auseinandersetzungen der Eltern, emotionale Vernachlässigung.
- **Bildungsweg:** Abgebrochene Berufsausbildung als Elektriker, keine weiterführenden Qualifikationen.
- **Frühere Beziehungen:** Mehrere kurzlebige Partnerschaften, keine dauerhafte Beziehung, häufig Konflikte durch Drogenkonsum.

Medizinische und psychiatrische Vorgeschichte

- **Frühere medizinische Probleme:** Hepatitis C (diagnostiziert vor 2 Jahren), mehrfach behandelte Lungenentzündungen.

- **Psychiatrische Vorgeschichte:** Beginn des Substanzgebrauchs im Teenageralter, mehrere Entzugsbehandlungen ohne langfristigen Erfolg, diagnostizierte Depressionen und Angststörungen.

Substanzgebrauch

- **Primäre Substanzen:** Alkohol, Cannabis, Amphetamine, Benzodiazepine und gelegentlicher Gebrauch von Opiaten.
- **Konsumverlauf:** Täglicher Gebrauch von Alkohol und Cannabis seit mehr als 10 Jahren, episodischer Gebrauch von Amphetaminen und Benzodiazepinen seit 5 Jahren, zunehmender Gebrauch von Opiaten in den letzten 2 Jahren.
- **Substanzabhängigkeit:** Mehrfach versuchte, aber erfolglose Abstinenz, starker Drang nach Substanzen, Kontrollverlust über den Konsum.

Diagnostische Kriterien gemäß ICD-10 F19

1. **Entzugssymptome:** Regelmäßige Entzugserscheinungen bei Absetzen der Substanzen (z.B. Zittern, Schwitzen, Übelkeit).
2. **Toleranzentwicklung:** Notwendigkeit zunehmender Mengen der Substanzen zur Erreichung der gewünschten Wirkung.
3. **Kontrollverlust:** Schwierigkeiten, den Konsum zu reduzieren oder zu kontrollieren, auch trotz bewusster Versuche.
4. **Vernachlässigung anderer Aktivitäten:** Sozialer Rückzug, Aufgabe von Hobbys und Interessen, um den Konsum aufrechtzuerhalten.
5. **Fortgesetzter Gebrauch trotz negativer Folgen:** Anhaltender Substanzgebrauch trotz körperlicher, psychischer und sozialer Schäden (z.B. Hepatitis C, Arbeitslosigkeit).

Aktuelle Symptome und Verhaltensweisen

1. **Stimmung:** Häufig depressive Episoden, Anhedonie, Gereiztheit.
2. **Kognitive Beeinträchtigungen:** Gedächtnisprobleme, Konzentrationsschwierigkeiten, verlangsamtes Denken.

3. **Verhalten:** Impulsivität, häufiges Fehlen bei Verabredungen und Terminen, Vernachlässigung der Körperhygiene.
4. **Zwischenmenschliche Beziehungen:** Konfliktreiche, instabile Beziehungen, sozialer Rückzug.
5. **Selbstbild:** Niedriges Selbstwertgefühl, Gefühle von Schuld und Scham.

Psychopathologischer Befund

- **Erscheinung:** Ungepflegt, untergewichtig, sichtbar abwesend.
- **Bewusstsein und Orientierung:** Klar, jedoch mit zeitweiligen Verwirrheitszuständen während des Entzugs.
- **Auffassung und Konzentration:** Stark beeinträchtigt, kann Gesprächsverläufe nur schwer folgen.
- **Gedächtnis:** Kurzzeitgedächtnisstörungen, Langzeitgedächtnis intakt.
- **Denken:** Verlangsamt, häufige Gedankensprünge, gelegentliches Vorliegen von wahnhaften Gedanken.
- **Affekt:** Depressiv, affektlabil, rasche Stimmungsschwankungen.
- **Antrieb und Psychomotorik:** Wechsel zwischen Antriebslosigkeit und hyperaktiven Phasen während des Substanzgebrauchs.
- **Wahrnehmung:** Keine Halluzinationen, jedoch gelegentliches Vorliegen von Paranoia während des Amphetamingebrauchs.
- **Selbst- und Fremdgefährdung:** Erhöhtes Risiko für Selbstverletzung und suizidale Handlungen, besonders während depressiver Phasen oder Entzug.

Zusammenfassung

Diese virtuelle Darstellung von Paul R. berücksichtigt detaillierte historische, klinische und psychopathologische Aspekte, die charakteristisch für eine Person mit multiplen Substanzgebrauchsstörungen sind, und folgt den diagnostischen Kriterien des ICD-10. Die Beschreibung umfasst alle relevanten

Lebensbereiche und bietet ein umfassendes Bild seiner psychischen und physischen Gesundheit.

Schizophrenie (F20)

Definition:

Schizophrenie ist eine schwere psychische Störung, die durch tiefgreifende Störungen des Denkens, der Wahrnehmung und des Affekts gekennzeichnet ist. Die Krankheit führt oft zu einem Verlust des Realitätsbezugs und kann schwerwiegende soziale und funktionale Beeinträchtigungen verursachen.

Formen:

- **Paranoide Schizophrenie (F20.0):** Vorherrschend sind Wahnvorstellungen und Halluzinationen.
- **Hebephrene Schizophrenie (F20.1):** Auffälligkeiten im Verhalten und im Affekt stehen im Vordergrund.
- **Katatone Schizophrenie (F20.2):** Störungen der Motorik wie Stupor oder Erregung.
- **Undifferenzierte Schizophrenie (F20.3):** Merkmale verschiedener Schizophrenie-Formen ohne dominierendes Bild.
- **Postschizophrene Depression (F20.4):** Depressive Episode, die im Anschluss an eine schizophrene Erkrankung auftritt.
- **Residualschizophrenie (F20.5):** Chronisches Stadium mit anhaltenden negativen Symptomen.
- **Einfacher Schizophrenie (F20.6):** Progredienter Verlauf mit vorwiegend negativen Symptomen.

Klassifikation nach ICD-10:

- **F20.0:** Paranoide Schizophrenie
- **F20.1:** Hebephrene Schizophrenie
- **F20.2:** Katatone Schizophrenie

- **F20.3:** Undifferenzierte Schizophrenie
- **F20.4:** Postschizophrene Depression
- **F20.5:** Residualschizophrenie
- **F20.6:** Schizophrenia simplex

Triadisches System:

- **Endogene psychische Störung:**
Schizophrenie (F20) besteht aus mehreren Faktoren, einschließlich genetischer Disposition sowie weiterer Einflüsse aus der sozialen Umwelt und biologischen Besonderheiten.

Typische Symptome:

- **Positivsymptome:** Wahnvorstellungen (Verfolgungs-, Beziehungswahn), Halluzinationen (meist akustisch), desorganisiertes Denken und Sprechen, grob desorganisiertes oder katatonies Verhalten.
- **Negativsymptome:** Affektverflachung, sozialer Rückzug, Anhedonie, Alogie, Avolition (Antriebslosigkeit).
- **Kognitive Symptome:** Aufmerksamkeitsdefizite, Gedächtnisstörungen, Schwierigkeiten bei der Planung und Organisation.

Anamnese:

- **Persönliche Vorgeschichte:** Schulleistungen, soziale Integration, berufliche Entwicklung, bisherige Beziehungen.
- **Medizinische und psychische Vorgeschichte:** Frühere psychiatrische Auffälligkeiten, körperliche Erkrankungen, Substanzmissbrauch.
- **Familienanamnese:** Vorkommen von Schizophrenie oder anderen psychischen Erkrankungen in der Familie.

- **Beginn und Verlauf der Symptome:** Erstmanifestation der Symptome, Verlauf der Krankheitsepisoden, stationäre Behandlungen.

Psychopathologischer Befund:

- **Stimmung und Affekt:** Flacher oder unpassender Affekt, depressive Verstimmung.
- **Denkprozesse:** Desorganisiertes Denken, sprunghafte Gedanken, Denkzerfahrenheit.
- **Wahrnehmung:** Akustische Halluzinationen, seltener visuelle oder taktile Halluzinationen, illusionäre Verkennungen.
- **Kognitive Funktionen:** Beeinträchtigte Aufmerksamkeit und Konzentration, Gedächtnisstörungen, Desorientierung in schweren Fällen.
- **Selbst- und Fremdgefährdung:** Einschätzung von Suizidalität und Fremdgefährdung ist essenziell.

Diagnostik nach ICD-10 (diagnostische Kriterien):

A. Vorhandensein von mindestens einem der folgenden Merkmale:

1. Gedankenlautwerden, -einkerbung, -entzug oder -ausbreitung.
2. Kontroll- oder Beeinflussungswahn, Gefühl des Gemachten.
3. Kommentierende oder dialogische Stimmen.
4. Anhaltender, kulturell unangemessener oder völlig unrealistischer Wahn.

B. Oder mindestens zwei der folgenden Merkmale:

1. Anhaltende Halluzinationen jeder Sinnesmodalität.
2. Gedankenabreißen oder Zerfahrenheit.
3. Katatone Symptome wie Erregung, Stupor oder Flexibilitas

cerea.

4. Negativsymptome wie auffällige Apathie, Sprachverarmung und sozialer Rückzug.

C. Dauer: Symptome bestehen mindestens einen Monat.

Differentialdiagnostik:

- **Affektive Störungen:** Abgrenzung durch das Fehlen der typischen Wahn- und Halluzinationsmuster.
- **Organische Psychosen:** Ausschluss durch neurologische und internistische Diagnostik.
- **Substanzinduzierte Psychosen:** Differenzierung durch Anamnese und toxikologische Tests.
- **Persönlichkeitsstörungen:** Besonders schizotype und paranoide Persönlichkeitsstörungen müssen abgegrenzt werden.

Komorbiditäten:

- **Substanzmissbrauch:** Häufiger Missbrauch von Nikotin, Alkohol und anderen Substanzen.
- **Angststörungen:** Generalisierte Angststörung, Panikstörungen.
- **Depressive Störungen:** Major Depression, dysthyme Störungen.
- **Somatische Erkrankungen:** Metabolisches Syndrom, kardiovaskuläre Erkrankungen durch Nebenwirkungen der Medikation.

Verlauf der Erkrankung:

- **Prodromalphase:** Subtile Symptome wie sozialer Rückzug, ungewöhnliche Gedanken.
- **Akutphase:** Ausgeprägte Positivsymptome wie Wahnvorstellungen und Halluzinationen.

- **Residualphase:** Vorherrschen von Negativsymptomen und kognitiven Defiziten.

Risikofaktoren:

- **Genetische Prädisposition:** Hohe Heritabilität, familiäre Häufung.
- **Umweltfaktoren:** Pränatale Komplikationen, psychosozialer Stress, urbanes Aufwachsen.
- **Neurobiologische Faktoren:** Dysregulation dopaminerger und glutamaterger Systeme.

Prognose:

- Variiert stark; einige Patienten erleben vollständige Remission, während andere chronische Verläufe mit erheblichen Beeinträchtigungen zeigen.
- Frühzeitige und kontinuierliche Behandlung verbessert die langfristigen Aussichten.

Psychotherapieverfahren und weitere Interventionen:

- **Kognitive Verhaltenstherapie (KVT):** Reduktion von Positivsymptomen und Verbesserung der Funktionsfähigkeit.
- **Psychoedukation:** Schulung der Patienten und Angehörigen über die Krankheit.
- **Sozialtraining:** Verbesserung sozialer Fertigkeiten und Alltagskompetenzen.
- **Ergotherapie:** Unterstützung bei der Wiederherstellung und Erhaltung der beruflichen und sozialen Funktionen.
- **Familientherapie:** Einbeziehung der Familie zur Unterstützung des Patienten.

Psychopharmakotherapie

- **Antipsychotika (Neuroleptika):** Hauptsäule der Behandlung, insbesondere atypische Antipsychotika (z.B. Olanzapin, Risperidon, Quetiapin) wegen ihres günstigeren Nebenwirkungsprofils.
- **Langzeittherapie:** Zur Rückfallprophylaxe und Stabilisierung.
- **Nebenwirkungsmanagement:** Regelmäßige Überwachung und Behandlung von Nebenwirkungen wie Gewichtszunahme, metabolischen Störungen und extrapyramidalen Symptomen.

virtuelle Person zu F2: Schizophrenie, schizotype und wahnhaft
Störungenincl. Anamnese und psychopathologischen Befund nach

ICD-10

hier *Schizophrenie (F20)*

Virtuelle Person: "Lena Muster"

Allgemeine Informationen:

- **Alter:** 25 Jahre
- **Geschlecht:** Weiblich
- **Beruflicher Hintergrund:** Früher Studentin der Kunstgeschichte, derzeit arbeitslos



Anamnese

- **Familienanamnese:** Vater hatte Alkoholprobleme; eine Tante mütterlicherseits litt unter Bipolarer Störung.
- **Medizinische Anamnese:** Keine bekannten körperlichen Erkrankungen.
- **Psychiatrische Vorgeschichte:** Beginn der Symptome im Alter von 22 Jahren, seitdem zwei stationäre psychiatrische Aufenthalte.

Aktuelle Situation

- **Wohnsituation:** Lebt allein in einer Einzimmerwohnung.
- **Soziale Situation:** Wenig Kontakt zu Familie, isoliert sich zunehmend von Freunden.

Psychopathologischer Befund

- **Bewusstseinszustand:** Klar, orientiert in allen Qualitäten.
- **Wahrnehmung:** Berichtet von akustischen Halluzinationen (hört stimmen, die sie kritisieren und befehlen).

- **Denken:** Zerfahrenes Denken, Wahnvorstellungen (Verfolgungswahn, glaubt überwacht zu werden).
- **Affektivität:** Affektiv flach, gelegentlich inadäquat lachend.
- **Ich-Störungen:** Erlebnisse des Gemachten, fühlt sich kontrolliert.
- **Antrieb und Psychomotorik:** Antriebsarm, gelegentliche psychomotorische Unruhe.
- **Intelligenzniveau:** Durchschnittlich, keine kognitiven Defizite feststellbar.
- **Insight und Krankheitsgefühl:** Eingeschränkte Einsicht, verneint Krankheitseinsicht.

ICD-10 Diagnosekriterien für Schizophrenie (F20)

- **Mindestdauer der Störung:** Symptome für mindestens 1 Monat.
- **Hauptsymptome (mindestens zwei oder mehr der folgenden):**
 - Wahnvorstellungen
 - Halluzinationen
 - Desorganisiertes Sprechen (häufiges Entgleisen oder Zerfahrenheit)
 - Stark desorganisiertes oder katatonies Verhalten
 - Negative Symptome (affektive Abflachung, Alogie oder Willensschwäche)
- **Soziale/berufliche Funktionsbeeinträchtigung:** Deutlicher Abfall des Funktionsniveaus in Arbeit, sozialen Beziehungen oder Selbstversorgung.
- **Ausschlusskriterien:** Keine Hinweise auf eine Schizoaffective Störung, eine Stimmungsstörung mit psychotischen Merkmalen oder direkte körperliche Ursachen.

Behandlung und Management

- **Medikation:** Antipsychotika (z.B. Risperidon)

- **Psychotherapie:** Kognitive Verhaltenstherapie, spezifische Programme zur sozialen Kompetenz und Rehabilitationsmaßnahmen.
- **Supportive Maßnahmen:** Sozialarbeiterische Unterstützung, Einbindung in eine Tagesstätte.

Dieses Profil stellt eine umfassende Betrachtung einer virtuellen Person dar, die die diagnostischen Kriterien und die typische klinische Präsentation der Schizophrenie nach ICD-10 erfüllt.

Paranoide Schizophrenie (F20.0)

Definition:

Paranoide Schizophrenie ist eine Unterform der Schizophrenie, die vorwiegend durch Wahnvorstellungen und Halluzinationen, insbesondere paranoide Wahnideen, gekennzeichnet ist. Diese Form der Schizophrenie tritt meist später im Erwachsenenalter auf und ist die häufigste Form der Schizophrenie.

Formen:

- **Akute paranoide Schizophrenie:** Plötzlicher Beginn der Symptome, oft mit schweren Halluzinationen und Wahnvorstellungen.
- **Chronische paranoide Schizophrenie:** Langsamere Beginn und anhaltende Symptome über einen längeren Zeitraum.

Klassifikation nach ICD-10:

- **F20.0:** Paranoide Schizophrenie

Triadisches System:

- **Endogene psychische Störung:**
Hier besteht die Ursache aus mehreren Faktoren. Oftmals spielt eine genetische Disposition eine Rolle. Dazu kommen oftmals weitere Faktoren aus sozialer Umwelt und weiteren körperlichen bzw. biologischen Besonderheiten.

Typische Symptome:

- **Wahnvorstellungen:** Vor allem Verfolgungswahn, Größenwahn, Beziehungswahn.
- **Halluzinationen:** Vorwiegend akustische Halluzinationen

(Stimmenhören).

- **Desorganisiertes Denken:** Sprunghafte Gedanken, unlogische Verbindungen zwischen Gedanken.
- **Affektive Störungen:** Affektverflachung, unangemessene emotionale Reaktionen.
- **Negativsymptome:** Sozialer Rückzug, Antriebslosigkeit, Sprachverarmung.

Anamnese:

- **Persönliche Vorgeschichte:** Vorherige Lebensumstände, Berufstätigkeit, soziale Aktivitäten.
- **Medizinische und psychische Vorgeschichte:** Frühere psychische Erkrankungen, vorherige Behandlungen, Krankenhausaufenthalte.
- **Familienanamnese:** Vorkommen von Schizophrenie oder anderen psychischen Erkrankungen in der Familie.
- **Beginn und Verlauf der Symptome:** Erste Anzeichen der Erkrankung, zeitlicher Verlauf der psychotischen Episoden und deren Intensität.

Psychopathologischer Befund:

- **Stimmung und Affekt:** Affektverflachung, gelegentlich inadäquate emotionale Reaktionen.
- **Denkprozesse:** Sprunghaft, unlogisch, oft durch Wahnideen geprägt.
- **Wahrnehmung:** Häufig akustische Halluzinationen, manchmal visuelle Halluzinationen.
- **Kognitive Funktionen:** Beeinträchtigung der Aufmerksamkeit und Konzentration, Gedächtnisstörungen.
- **Selbst- und Fremdgefährdung:** Potenziell erhöhtes Risiko

aufgrund von Wahnvorstellungen.

Diagnostik nach ICD-10 (diagnostische Kriterien):

Primäre Symptome:

- Anhaltende Wahnvorstellungen
- Halluzinationen, insbesondere akustische
- Desorganisiertes Denken

Sekundäre Symptome:

- Affektverflachung
- Sozialer Rückzug
- Negativsymptome wie Antriebslosigkeit und Sprachverarmung

Ausschlusskriterien:

- Symptome dürfen nicht auf organische Ursachen oder Substanzmissbrauch zurückzuführen sein.

Differentialdiagnostik:

- **Schizoaffektive Störung:** Abzugrenzen durch das gleichzeitige Auftreten von affektiven Symptomen.
- **Affektive Störungen mit psychotischen Merkmalen:** Unterscheidung durch den primären Fokus auf affektive Symptome.
- **Organische psychotische Störungen:** Ausschluss durch neurologische Untersuchungen und Anamnese.

Komorbiditäten:

- **Depression:** Häufig bei schizophrenen Patienten.
- **Angststörungen:** Generalisierte Ängste und Panikattacken.
- **Substanzmissbrauch:** Häufiger bei schizophrenen Patienten zur

Selbstmedikation.

Verlauf der Erkrankung:

- **Erste Episode:** Meist im späten Teenageralter oder frühen Erwachsenenalter.
- **Rezidive:** Wiederkehrende psychotische Episoden, oft ausgelöst durch Stress.
- **Chronifizierung:** Langfristige Symptome, die zu sozialer Isolation und Funktionsverlust führen können.

Risikofaktoren:

- **Genetische Prädisposition**
- **Frühe Kindheitstraumata**
- **Substanzmissbrauch**
- **Stress und belastende Lebensereignisse**

Prognose:

- Variabel, abhängig von der Behandlung und der Unterstützung. Mit adäquater Therapie können viele Patienten ein relativ normales Leben führen.

Psychotherapieverfahren und weitere Interventionen:

- **Kognitive Verhaltenstherapie:** Zur Reduktion von Wahnvorstellungen und Verbesserung der sozialen Fähigkeiten.
- **Sozialtherapie:** Unterstützung bei der Reintegration in das soziale Umfeld und den Arbeitsmarkt.
- **Familientherapie:** Einbeziehung der Familie in den therapeutischen Prozess zur Verbesserung des Verständnisses und der Unterstützung.

Psychopharmakotherapie

- **Antipsychotika:** Erste Generation (z.B. Haloperidol) und zweite Generation (z.B. Risperidon, Olanzapin) zur Reduktion von Positivsymptomen.
- **Antidepressiva:** Bei komorbiden depressiven Symptomen.
- **Anxiolytika:** Zur Behandlung von Angststörungen.

**virtuelle Person zu F20-F29: Schizophrenie, schizotype und
wahnhafte Störungen incl. Anamnese und psychopathologischen
Befund nach ICD-10**

hier: F20.0: Paranoide Schizophrenie

Virtuelle Person: Thomas K.

Allgemeine Informationen

- **Alter:** 35 Jahre
- **Geschlecht:** Männlich
- **Beruf:** IT-Spezialist, derzeit arbeitsunfähig
- **Familienstand:** Ledig, lebt allein



Sozialer und familiärer Hintergrund

- **Familienanamnese:** Vater mit einer bipolaren Störung, Mutter ohne psychiatrische Vorgeschichte
- **Kindheit:** Aufgewachsen in einem stabilen, mittleren sozioökonomischen Umfeld, keine Missbrauchserfahrungen
- **Bildungsweg:** Abgeschlossenes Informatikstudium, erfolgreicher Start in der IT-Branche, aber zunehmende Probleme am Arbeitsplatz in den letzten Jahren
- **Frühere Beziehungen:** Hatte einige romantische Beziehungen, die jedoch aufgrund seiner wachsenden psychischen Probleme endeten

Medizinische und psychiatrische Vorgeschichte

- **Frühere medizinische Probleme:** Keine ernsthaften körperlichen Erkrankungen

- **Psychiatrische Vorgeschichte:** Beginn der Symptomatik im Alter von 28 Jahren, erste stationäre Behandlung mit 30 Jahren. Mehrere ambulante und stationäre Aufenthalte seitdem.

Diagnostische Kriterien gemäß ICD-10 F20.0 (Paranoide Schizophrenie)

1. Wahnvorstellungen:

- **Verfolgungswahn:** Thomas glaubt fest daran, dass er von einer geheimen Organisation überwacht und verfolgt wird.
- **Beziehungswahn:** Er ist überzeugt, dass alltägliche Ereignisse und Kommentare von Fremden auf ihn persönlich abzielen.

2. Halluzinationen:

- **Akustische Halluzinationen:** Hört häufig Stimmen, die über ihn sprechen, ihn beschimpfen oder ihm Befehle geben. Diese Stimmen sind oft bedrohlich und beleidigend.
- **Visuelle Halluzinationen:** Gelegentliches Sehen von bedrohlichen Figuren in seinem Umfeld.

3. Desorganisiertes Denken:

- **Gedankenabreißen und Einschiebungen:** Seine Gedanken sind oft sprunghaft und schwer nachzuvollziehen, er wechselt abrupt das Thema.
- **Konzentrationsprobleme:** Schwierigkeiten, sich auf Aufgaben zu konzentrieren und Gedanken zu strukturieren.

4. Negativsymptome:

- **Affektverflachung:** Wenig emotionale Reaktion, spricht oft monoton und zeigt wenig Mimik.
- **Sozialer Rückzug:** Vermeidet soziale Interaktionen und hat kaum Kontakt zu Freunden oder Familie.

5. Kognitive Defizite:

- **Gedächtnisprobleme:** Schwierigkeiten, sich an kürzlich Erlebtes zu erinnern.
- **Planungs- und Problemlösungsprobleme:** Mühe, komplexe Aufgaben zu planen oder Lösungen für Probleme zu finden.

Anamnese

- **Frühere Episoden:** Mehrere psychotische Episoden, die zu wiederholten Krankenhausaufenthalten führten. Thomas wurde erstmals im Alter von 30 Jahren stationär behandelt, nachdem er öffentlich behauptete, verfolgt zu werden und aggressiv auf imaginäre Bedrohungen reagierte.
- **Medikamentenanamnese:** Mehrere Antipsychotika ausprobiert, derzeit auf Clozapin eingestellt. Regelmäßige Kontrollen notwendig aufgrund der Nebenwirkungen.
- **Substanzgebrauch:** Kein Missbrauch von Alkohol oder Drogen, gelegentliches Rauchen.

Psychopathologischer Befund

- **Erscheinung:** Gepflegt, aber unruhig und abgelenkt, vermeidet Augenkontakt.
- **Bewusstsein und Orientierung:** Klar und voll orientiert.
- **Aufmerksamkeit und Gedächtnis:** Beeinträchtigte Aufmerksamkeit und Konzentration, kurzfristige Gedächtnisprobleme.
- **Denkprozesse:** Desorganisiert, häufige Themenwechsel, Gedankeneinschübe.
- **Affekt:** Verflacht, wenig emotionale Ausdrucksweise.
- **Antrieb und Psychomotorik:** Hypoaktiv, zeigt wenig Initiative und Motivation.
- **Wahrnehmung:** Akustische und gelegentliche visuelle Halluzinationen. Hört Stimmen, die ihn beleidigen und bedrohen.

- **Wahnvorstellungen:** Verfolgungswahn und Beziehungswahn sind ausgeprägt.
- **Ich-Störungen:** Depersonalisation und Derealisation in stressigen Situationen.
- **Suizidalität:** Keine akuten suizidalen Gedanken, jedoch hohes Risiko bei zukünftigen psychotischen Episoden.

Zusammenfassung

Diese virtuelle Darstellung von Thomas K. beinhaltet eine vollständige und strukturierte Beschreibung gemäß den diagnostischen Kriterien des ICD-10 für paranoide Schizophrenie. Die detaillierte Anamnese und der umfassende psychopathologische Befund liefern ein vollständiges Bild seines Zustands und seiner Lebensumstände.

Schizotype Störung (F21)

Definition:

Die schizotype Störung ist eine Persönlichkeitsstörung, die durch tiefgreifende Muster sozialer und interpersoneller Defizite gekennzeichnet ist. Diese äußern sich durch akutes Unbehagen in und reduzierte Fähigkeit zu engen Beziehungen, sowie durch kognitive oder Wahrnehmungsverzerrungen und exzentrisches Verhalten.

Formen:

- Die schizotype Störung wird nicht weiter in Subtypen unterteilt, jedoch kann die Ausprägung der Symptome von Person zu Person stark variieren.

Klassifikation nach ICD-10:

- **F21:** Schizotype Störung

Triadisches System:

- **Endogene psychische Störung:** Die Schizotype Störung gehört zu den endogenen psychischen Störungen, da ihre Ursache aus mehreren Faktoren besteht, einschließlich einer genetischen Disposition sowie weiteren Faktoren aus der sozialen Umwelt und biologischen Besonderheiten.

Typische Symptome:

- **Kognitive Symptome:** Magisches Denken, bizarre Gedanken, Misstrauen oder paranoide Vorstellungen.
- **Perzeptuelle Symptome:** Ungewöhnliche

Wahrnehmungserfahrungen, wie körperliche Illusionen.

- **Affektive Symptome:** Inadäquater oder eingeschränkter Affekt.
- **Verhaltenssymptome:** Exzentrisches Verhalten und Erscheinungsbild, ungewöhnliche Sprechweise.
- **Soziale Symptome:** Soziale Angst, fehlende enge Freundschaften außerhalb der Familie, soziale Isolation.

Anamnese:

- **Persönliche Vorgeschichte:** Typischerweise zeigen sich erste Symptome im frühen Erwachsenenalter. Betroffene haben oft eine Vorgeschichte sozialer und schulischer Schwierigkeiten.
- **Medizinische und psychische Vorgeschichte:** Häufig keine vorherigen psychiatrischen Diagnosen, jedoch manchmal episodische depressive oder Angststörungen.
- **Familienanamnese:** Oft eine Familiengeschichte von Schizophrenie oder anderen psychotischen Störungen.

Psychopathologischer Befund:

- **Orientierung:** Vollständig orientiert.
- **Gedächtnis und Merkfähigkeit:** Normal.
- **Denken:** Magisches Denken, bizarr, vage oder umständlich. Paranoide Vorstellungen.
- **Affekt:** Inadäquat oder eingeschränkt.
- **Wahrnehmung:** Ungewöhnliche Wahrnehmungserfahrungen (z.B. körperliche Illusionen), aber keine Halluzinationen.
- **Urteilsfähigkeit und Einsicht:** Eingeschränktes Urteilsvermögen, oft keine Krankheitseinsicht.
- **Soziale Interaktion:** Soziale Isolation, fehlende enge Freundschaften, starke soziale Angst.

Diagnostik nach ICD-10 (diagnostische Kriterien):

Symptome:

- **Magisches Denken oder bizarre Überzeugungen**
- **Paranoide Vorstellungen oder Misstrauen**
- **Ungewöhnliche Wahrnehmungserfahrungen**
- **Exzentrisches Verhalten oder Erscheinungsbild**
- **Fehlende enge Freundschaften**
- **Soziale Angst, die nicht mit zunehmender Vertrautheit abnimmt und durch paranoide Befürchtungen verstärkt wird**

Ausschlusskriterien:

- Symptome dürfen nicht auf Schizophrenie oder eine andere psychotische Störung, eine affektive Störung mit psychotischen Merkmalen oder eine tiefgreifende Entwicklungsstörung zurückführbar sein.

Differentialdiagnostik:

- **Schizophrenie:** Bei der schizotypen Störung fehlen anhaltende, ausgeprägte psychotische Episoden.
- **Schizoide Persönlichkeitsstörung:** Weniger exzentrisches Verhalten und keine ungewöhnlichen Wahrnehmungserfahrungen.
- **Paranoide Persönlichkeitsstörung:** Vorrangig durch Misstrauen und paranoide Vorstellungen gekennzeichnet, ohne die bizarren Wahrnehmungserfahrungen und magisches Denken.
- **Autismus-Spektrum-Störung:** Kann ähnliche soziale Defizite aufweisen, jedoch typischerweise ohne die exzentrischen und bizarren kognitiven und perzeptuellen Merkmale der schizotypen Störung.

Komorbiditäten:

- **Depressive Störungen:** Häufig vorkommend, insbesondere aufgrund der sozialen Isolation und des Unbehagens.
- **Angststörungen:** Soziale Phobie und generalisierte Angststörung sind häufig.
- **Substanzmissbrauch:** Kann als Versuch auftreten, mit den Symptomen umzugehen.

Verlauf der Erkrankung:

- Die Symptome der schizotypen Störung sind in der Regel stabil und können sich im Laufe des Lebens verschlechtern oder verbessern.

Risikofaktoren:

- **Genetische Faktoren:** Familiengeschichte von Schizophrenie oder anderen psychotischen Störungen.
- **Umweltfaktoren:** Traumatische Kindheitserfahrungen, soziale Isolation.

Prognose:

- Langfristige Prognose ist variabel, einige Personen können stabile soziale und berufliche Funktionen entwickeln, während andere schwer beeinträchtigt bleiben.

Psychotherapieverfahren und weitere Interventionen:

- **Kognitive Verhaltenstherapie:** Kann helfen, bizarre Gedanken und soziale Angst zu reduzieren.
- **Soziales Kompetenztraining:** Förderung der sozialen Fähigkeiten und des Selbstbewusstseins.
- **Psychoedukation:** Schulung der Betroffenen und ihrer Angehörigen über die Erkrankung und den Umgang damit.

- **Unterstützungsgruppen:** Teilnahme an Selbsthilfegruppen zur Förderung sozialer Interaktionen.

Psychopharmakotherapie:

- **Antipsychotika:** Niedrig dosierte Antipsychotika können helfen, kognitive und perzeptuelle Verzerrungen zu reduzieren.
- **Antidepressiva:** Einsatz bei komorbiden depressiven oder Angststörungen.
- **Anxiolytika:** Bei schwerer sozialer Angst, jedoch mit Vorsicht aufgrund des Abhängigkeitsrisikos.

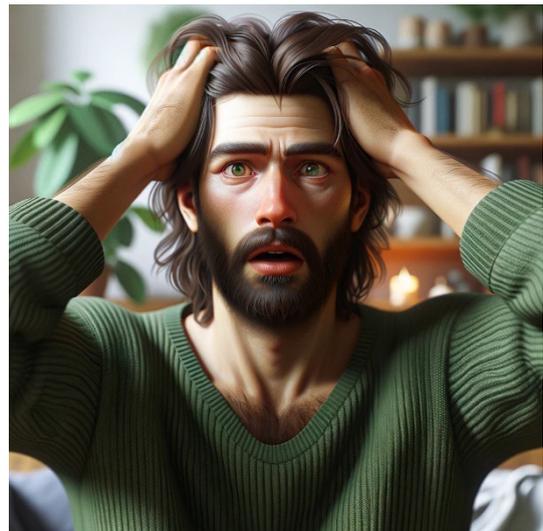
**virtuelle Person zu F20-F29: Schizophrenie, schizotype und
wahnhafte Störungen incl. Anamnese und psychopathologischen
Befund nach ICD-10**

hier: *F21: Schizotype Störung*

Virtuelle Person: Max T.

Allgemeine Informationen

- **Alter:** 32 Jahre
- **Geschlecht:** Männlich
- **Beruf:** IT-Spezialist, derzeit in Teilzeit beschäftigt
- **Sozialer Hintergrund:**
Aufgewachsen in einer mittleren Kleinstadt, zwei Geschwister, Eltern verheiratet



Sozialer und familiärer Hintergrund

- **Familienanamnese:** Vater mit Schizophrenie, Mutter ohne bekannte psychische Erkrankungen, eine Schwester mit Depressionen
- **Kindheit:** Aufgewachsen in einem stabilen Haushalt, aber emotional distanziertes Familienumfeld. Schwierigkeiten, Freundschaften zu schließen und zu halten.
- **Bildungsweg:** Abgeschlossenes Informatikstudium, gute akademische Leistungen, jedoch soziale Schwierigkeiten in der Schule und im Studium.
- **Frühere Beziehungen:** Wenige, kurze Beziehungen, starke soziale Isolation.

Medizinische und psychiatrische Vorgeschichte

- **Frühere medizinische Probleme:** Keine ernsthaften körperlichen Erkrankungen
- **Psychiatrische Vorgeschichte:** Erster Kontakt mit psychiatrischen Diensten im Alter von 24 Jahren aufgrund von sozialem Rückzug und exzentrischem Verhalten. Mehrere ambulante Behandlungen, keine stationären Aufenthalte.

Diagnostische Kriterien gemäß ICD-10 F21 (Schizotype Störung)

1. **Unangemessener oder eingengter Affekt:** Max zeigt häufig einen unangemessenen, kühlen oder distanzierten Affekt. Seine emotionale Reaktionsfähigkeit erscheint eingeschränkt.
2. **Seltsames, exzentrisches oder sonderbares Verhalten oder Erscheinung:** Kleidet sich oft unpassend und hat seltsame Angewohnheiten, wie das Sammeln ungewöhnlicher Objekte.
3. **Wenige soziale Bezüge und Tendenz zu sozialem Rückzug:** Sehr begrenzte Anzahl an sozialen Kontakten, vermeidet soziale Interaktionen so weit wie möglich.
4. **Seltsame, magische oder eigenartige Denkinhalte:** Überzeugungen von übersinnlichen Fähigkeiten, wie das Gefühl, Gedanken anderer lesen zu können, ohne feste wahnartige Überzeugungen.
5. **Misstrauen oder paranoide Ideen:** Misstraut häufig den Absichten anderer, ohne feste wahnartige Überzeugungen zu entwickeln.
6. **Grübelnde, unangemessene Überzeugungen oder magisches Denken:** Glaubt an Telepathie und übernatürliche Verbindungen, die sein Verhalten beeinflussen.
7. **Ungewöhnliche Wahrnehmungserlebnisse:** Gelegentliche Wahrnehmungsstörungen wie das Gefühl, unsichtbare Präsenz zu spüren.
8. **Unklares, umständliches oder stereotyper Sprachstil:** Spricht oft in umständlichen, metaphorischen oder unklaren Sätzen, was die Kommunikation erschwert.

9. **Vorübergehende psychotische Episoden:** Kurzzeitige, flüchtige psychotische Episoden, insbesondere unter Stress.

Psychopathologischer Befund

- **Erscheinung:** Gepflegt, aber ungewöhnlich gekleidet, z.B. trägt oft mehrere Schichten von unpassender Kleidung unabhängig vom Wetter.
- **Bewusstsein und Orientierung:** Klar und voll orientiert
- **Aufmerksamkeit und Gedächtnis:** Leichte Konzentrationsprobleme, Gedächtnis intakt
- **Denkprozesse:** Gedanken oft abschweifend, neigt zu umständlichen und metaphorischen Denkmustern
- **Affekt:** Eingeschränkt, kühle emotionale Reaktionen, gelegentlich unangemessene Affekte (z.B. Lachen in ernsten Situationen)
- **Antrieb und Psychomotorik:** Normaler Antrieb, keine auffälligen psychomotorischen Störungen
- **Wahrnehmung:** Gelegentlich sensorische Veränderungen oder das Gefühl einer unsichtbaren Präsenz, jedoch keine festen Halluzinationen
- **Introspektion und Krankheitseinsicht:** Eingeschränkte Krankheitseinsicht, versteht teilweise, dass sein Verhalten und Denken ungewöhnlich sind, aber hält viele seiner Überzeugungen für real.

Zusammenfassung

Diese detaillierte, strukturierte Beschreibung von Max T. berücksichtigt alle diagnostischen Kriterien der ICD-10 für eine Schizotypie Störung und bietet ein umfassendes Bild seiner psychischen Gesundheit, ergänzt durch eine gründliche Anamnese und einen vollständigen psychopathologischen Befund.

Schizoaffektive Störungen (F25)

Definition:

Schizoaffektive Störungen sind psychische Erkrankungen, die Merkmale sowohl von Schizophrenie als auch von affektiven Störungen (wie Depression oder Bipolarität) aufweisen. Die Symptome der Schizophrenie und der affektiven Störungen treten dabei gleichzeitig oder in derselben Krankheitsphase auf.

Formen:

- **F25.0:** Schizoaffektive Störung, gegenwärtig manische Episode
- **F25.1:** Schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressive Episode
- **F25.2:** Schizoaffektive Störung, gegenwärtig gemischte Episode

Klassifikation nach ICD-10:

- **F25.0:** Schizoaffektive Störung, gegenwärtig manische Episode
- **F25.1:** Schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressive Episode
- **F25.2:** Schizoaffektive Störung, gegenwärtig gemischte Episode

Triadisches System:

- **Endogene psychische Störung:**
Die Schizoaffektive Störung wird durch eine Kombination aus genetischen Dispositionen und weiteren Faktoren wie soziale Umwelt und biologische Besonderheiten bedingt.

Typische Symptome:

- **Schizophrene Symptome:** Wahnvorstellungen, Halluzinationen (akustisch, visuell), desorganisiertes Denken und Verhalten, Katatonie.

- **Affektive Symptome:** Manische Episoden (übermäßige Euphorie, Hyperaktivität, reduziertes Schlafbedürfnis) oder depressive Episoden (tiefe Traurigkeit, Antriebslosigkeit, Schuldgefühle).
- **Kognitive Symptome:** Konzentrationsprobleme, Gedächtnisstörungen.

Anamnese:

- **Persönliche Vorgeschichte:** Berufliche und soziale Entwicklung, bisherige psychiatrische Behandlungen, Medikamenteneinnahme.
- **Medizinische und psychische Vorgeschichte:** Vorherige psychotische oder affektive Episoden, frühere Krankenhausaufenthalte, Suizidversuche.
- **Familienanamnese:** Vorkommen von psychischen Erkrankungen, insbesondere Schizophrenie oder affektive Störungen in der Familie.
- **Beginn und Verlauf der Symptome:** Erste Anzeichen der Erkrankung, zeitlicher Verlauf der psychotischen und affektiven Symptome.

Psychopathologischer Befund:

- **Stimmung und Affekt:** Wechsel zwischen extremer Euphorie und tiefer Depression, labiler Affekt.
- **Denkprozesse:** Desorganisiertes und sprunghaftes Denken, Wahnvorstellungen, Paranoia.
- **Wahrnehmung:** Halluzinationen (akustisch, visuell), illusionäre Verkennungen.
- **Kognitive Funktionen:** Beeinträchtigte Konzentration, Gedächtnisprobleme, Orientierung oft intakt.

Diagnostik nach ICD-10 (diagnostische Kriterien):

Primäre Symptome:

- Gleichzeitiges oder schnell aufeinander folgendes Auftreten von schizophrenen und affektiven Symptomen.
- Symptome der Schizophrenie (z.B. Wahn, Halluzinationen) müssen mindestens zwei Wochen ohne deutliche affektive Symptome bestehen.
- Affektive Symptome (manische oder depressive Episoden) müssen einen Großteil der gesamten Krankheitsdauer bestehen.

Sekundäre Symptome:

- Beeinträchtigung der sozialen und beruflichen Funktionsfähigkeit.
- Keine Bewusstseinsstörung oder organische Ursache für die Symptome.

Differentialdiagnostik:

- **Bipolare Störung mit psychotischen Symptomen:** Abgrenzung durch die zeitliche Abfolge und das Verhältnis der psychotischen zu den affektiven Symptomen.
- **Schizophrenie:** Abgrenzung durch das Fehlen oder das geringfügige Auftreten von affektiven Symptomen.
- **Depressive Störung mit psychotischen Symptomen:** Abgrenzung durch die Dominanz der depressiven Symptome gegenüber den psychotischen Symptomen.

Komorbiditäten:

- **Angststörungen:** Generalisierte Angststörung, Panikstörung.
- **Substanzmissbrauch:** Häufiger Missbrauch von Alkohol oder Drogen als Selbstmedikation.
- **Persönlichkeitsstörungen:** Vor allem Borderline-Persönlichkeitsstörung.

Verlauf der Erkrankung:

- **Akute Phase:** Starke psychotische und affektive Symptome, erhebliche Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit.
- **Residualphase:** Milderung der akuten Symptome, aber anhaltende kognitive und affektive Beeinträchtigungen.
- **Remission:** Phasenweise vollständiges oder teilweises Verschwinden der Symptome.

Risikofaktoren:

- Genetische Prädisposition
- Belastende Lebensereignisse
- Missbrauch von psychoaktiven Substanzen

Prognose:

- Die Prognose variiert stark; einige Patienten erfahren lange Phasen der Stabilität, während andere chronische Verläufe mit wiederkehrenden Episoden erleben.
- Mit einer geeigneten Therapie können viele Patienten eine zufriedenstellende Lebensqualität erreichen.

Psychotherapieverfahren und weitere Interventionen:

- **Kognitive Verhaltenstherapie (KVT):** Bewältigung von Wahnvorstellungen und Halluzinationen, Verbesserung der sozialen Fähigkeiten.
- **Psychoedukation:** Information und Schulung der Patienten und Angehörigen über die Erkrankung.
- **Soziotherapie:** Unterstützung bei der Wiedereingliederung in das soziale und berufliche Leben.
- **Familientherapie:** Einbeziehung der Familie in den

therapeutischen Prozess, um Unterstützung zu bieten und Belastungen zu reduzieren.

Psychopharmakotherapie

- **Antipsychotika:** Zur Reduktion der psychotischen Symptome (z.B. Risperidon, Olanzapin, Aripiprazol).
- **Stimmungsstabilisierer:** Zur Stabilisierung der affektiven Schwankungen (z.B. Lithium, Valproat).
- **Antidepressiva:** Zur Behandlung depressiver Episoden (z.B. SSRI, SNRI).
- **Benzodiazepine:** Kurzfristig zur Behandlung akuter Angstzustände oder schwerer Unruhe.

**virtuelle Person zu F20-F29: Schizophrenie, schizotype und
wahnhafte Störungen incl. Anamnese und psychopathologischen
Befund nach ICD-10**

hier: *F25: Schizoaffective Störungen*

Virtuelle Person: Max T.

Allgemeine Informationen

- **Alter:** 35 Jahre
- **Geschlecht:** Männlich
- **Beruf:** Softwareentwickler, derzeit krankgeschrieben
- **Familienstand:** Verheiratet, keine Kinder



Sozialer und familiärer Hintergrund

- **Familienanamnese:** Vater mit einer bipolaren Störung, Mutter gesund. Keine Geschwister.
- **Kindheit und Jugend:** Aufgewachsen in einer stabilen Familie. Gute schulische Leistungen, jedoch zurückgezogen und wenig soziale Kontakte.
- **Bildungsweg:** Abschluss eines Informatikstudiums mit sehr guten Noten.

Medizinische und psychiatrische Vorgeschichte

- **Frühere medizinische Probleme:** Keine ernsthaften körperlichen Erkrankungen, gelegentliche Migräne.
- **Psychiatrische Vorgeschichte:** Erste depressive Episode im Alter von 25 Jahren, die erfolgreich mit Antidepressiva behandelt wurde. Erste psychotische Symptome im Alter von 32 Jahren, seitdem mehrere stationäre Aufenthalte.

Diagnostische Kriterien gemäß ICD-10 F25 (Schizoaffektive Störungen)

- 1. Gleichzeitiges oder abwechselndes Auftreten von affektiven und schizophrenen Symptomen:**
 - **Schizophrene Symptome:** Halluzinationen (vorrangig akustisch), Wahnvorstellungen (Verfolgungswahn), formale Denkstörungen (Gedankenabreißen, inkohärentes Denken).
 - **Affektive Symptome:** Episoden von Depression (depressive Verstimmung, Anhedonie, Schuldgefühle, Suizidgedanken) und Manie (euphorische Stimmung, gesteigerter Antrieb, Rededrang, vermindertes Schlafbedürfnis).
- 2. Kriterien für eine affektive Störung (depressive oder manische Episode) und Schizophrenie sind gleichzeitig erfüllt:**
 - **Affektive Episoden:** Mindestens zwei Wochen anhaltende depressive oder manische Symptome.
 - **Schizophrene Symptome:** Mindestens einen Monat anhaltende psychotische Symptome.
- 3. Keine eindeutige Zuordnung zu einer rein affektiven oder rein schizophrenen Störung möglich.**

Anamnese

- **Aktuelle Beschwerden:** Max berichtet von starker innerer Anspannung und intensiven Stimmungsschwankungen. In den letzten Wochen hört er häufig Stimmen, die ihm Befehle erteilen und ihn beschimpfen. Er fühlt sich ständig verfolgt und ist überzeugt, dass seine Kollegen gegen ihn arbeiten. Zeitweise erlebt er Phasen extremer Euphorie und Aktivität, gefolgt von tiefen Depressionen.
- **Frühere Episoden:** Mehrere depressive Episoden, die durch Phasen von Energiemangel, sozialem Rückzug und Suizidgedanken gekennzeichnet waren. Zwei manische Episoden, in denen Max

extrem wenig schlief, übermäßig redete und riskante finanzielle Entscheidungen traf.

- **Behandlungen:** Mehrere stationäre Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken, medikamentöse Behandlung mit Antipsychotika und Stimmungsstabilisatoren, regelmäßige ambulante Psychotherapie.

Psychopathologischer Befund

- **Allgemeines Verhalten und Erscheinungsbild:** Gepflegt, jedoch unruhig und misstrauisch, vermeidet Blickkontakt.
- **Bewusstsein:** Klar und voll orientiert.
- **Aufmerksamkeit und Konzentration:** Beeinträchtigt durch häufiges Gedankenabreißen und Ablenkbarkeit.
- **Denken:** Inkohärentes Denken, Ideenflucht in manischen Phasen, Verlangsamung und Grübeln in depressiven Phasen. Formale Denkstörungen wie Gedankenabreißen und unlogische Gedankengänge.
- **Wahn und Halluzinationen:** Verfolgungswahn, akustische Halluzinationen (Stimmen, die ihm befehlen und ihn beschimpfen).
- **Stimmung und Affekt:** Stark labil, schnelle Wechsel zwischen Euphorie und Depression. In depressiven Phasen tief traurig und antriebslos, in manischen Phasen übermäßig euphorisch und energisch.
- **Antrieb und Psychomotorik:** Wechsel zwischen gesteigertem Antrieb (in manischen Phasen) und stark vermindertem Antrieb (in depressiven Phasen).
- **Selbst- und Fremdgefährdung:** Erhöhtes Risiko für Suizid in depressiven Phasen, riskantes Verhalten in manischen Phasen.
- **Introspektion und Krankheitseinsicht:** Teilweise Einsicht in die psychotischen Symptome, jedoch Schwierigkeiten, die Krankheit vollständig anzuerkennen und zu akzeptieren.

Fazit

Diese detaillierte und strukturierte Beschreibung von Max T. berücksichtigt alle relevanten diagnostischen Kriterien der ICD-10 für schizoaffektive Störungen und liefert ein umfassendes Bild seiner psychischen Gesundheit. Die Darstellung umfasst eine vollständige Anamnese, aktuelle Beschwerden sowie einen vollständigen psychopathologischen Befund.

Manische Episode (F30)

Definition:

Eine manische Episode ist durch ein anhaltend abnorm erhöhtes, expansives oder reizbares Stimmungshoch gekennzeichnet, das von mindestens einer Woche Dauer ist. Sie geht häufig mit einer gesteigerten Aktivität oder Energie einher.

Formen:

- **F30.0 Hypomanie:** Milderer Stimmungshoch, das mindestens vier Tage andauert, ohne signifikante soziale oder berufliche Beeinträchtigung.
- **F30.1 Manie ohne psychotische Symptome:** Schwerere Form der Manie mit deutlicher Beeinträchtigung der sozialen oder beruflichen Funktion, jedoch ohne Wahnvorstellungen oder Halluzinationen.
- **F30.2 Manie mit psychotischen Symptomen:** Manische Episode begleitet von Wahnvorstellungen oder Halluzinationen.

Klassifikation nach ICD-10:

- **F30.0:** Hypomanie
- **F30.1:** Manie ohne psychotische Symptome
- **F30.2:** Manie mit psychotischen Symptomen

Triadisches System:

- **Endogene psychische Störung:**

Die manische Episode wird als endogene psychische Störung eingeordnet, da ihre Ursachen oft multifaktoriell sind und eine genetische Disposition eine wesentliche Rolle spielt. Weitere Faktoren

aus der sozialen Umwelt und biologische Besonderheiten können ebenfalls Einfluss haben.

Typische Symptome:

- **Stimmung:** Anhaltend gehobene, expansive oder reizbare Stimmung.
- **Aktivität und Energie:** Gesteigerte Aktivität oder psychomotorische Unruhe, Reduktion des Schlafbedarfs.
- **Denkprozesse:** Beschleunigtes Denken, Ideenflucht, übermäßige Gesprächigkeit.
- **Selbstwertgefühl:** Übersteigertes Selbstwertgefühl oder Größenideen.
- **Impulsivität:** Risikoreiches Verhalten, übermäßige Ausgaben, sexuelle Indiskretionen.
- **Kognitive Funktionen:** Ablenkbarkeit, vermindertes Urteilsvermögen.

Anamnese:

- **Persönliche Vorgeschichte:** Vorherige Stimmungsepisoden, soziales und berufliches Funktionsniveau, frühere psychische und medizinische Erkrankungen.
- **Medizinische und psychische Vorgeschichte:** Vorherige depressive oder hypomanische Episoden, frühere Behandlungen und deren Ergebnisse.
- **Familienanamnese:** Vorkommen von bipolaren Störungen oder anderen psychischen Erkrankungen in der Familie.
- **Beginn und Verlauf der Symptome:** Erstes Auftreten der Symptome, zeitlicher Verlauf, Triggerfaktoren.

Psychopathologischer Befund:

- **Stimmung und Affekt:** Erhöht, expansiv oder reizbar, unangemessen heiter.
- **Denkprozesse:** Beschleunigt, Ideenflucht, sprunghaft.
- **Wahrnehmung:** Keine Halluzinationen bei F30.1, bei F30.2 Wahnvorstellungen oder Halluzinationen möglich.
- **Kognitive Funktionen:** Erhöhte Ablenkbarkeit, beeinträchtigt Urteilsvermögen.
- **Aktivität und Antrieb:** Gesteigerte Aktivität, übermäßige Gesprächigkeit, Schlafmangel ohne Müdigkeit.

Diagnostik nach ICD-10 (diagnostische Kriterien):

Primäre Symptome:

- Mindestens eine Woche anhaltend gehobene, expansive oder reizbare Stimmung.
- Gesteigerte Aktivität oder Energie.

Sekundäre Symptome:

- Übersteigertes Selbstwertgefühl oder Größenideen.
- Verminderter Schlafbedarf.
- Übermäßige Gesprächigkeit.
- Ideenflucht oder subjektives Gefühl von Gedankenrasen.
- Erhöhte Ablenkbarkeit.
- Zunahme zielgerichteter Aktivitäten oder psychomotorische Unruhe.
- Übermäßige Beschäftigung mit angenehmen Aktivitäten mit hohem Risiko.

Ausschlusskriterien:

- Die Symptome dürfen nicht durch Substanzen (z.B. Drogen, Medikamente) oder andere medizinische Zustände (z.B. Hyperthyreose) verursacht sein.

Differentialdiagnostik:

- **Schizoaffektive Störung:** Abgrenzung durch das gleichzeitige Vorliegen von Schizophreniesymptomen.
- **Drogeninduzierte Manie:** Symptome durch Drogenkonsum verursacht (Unterscheidung durch Anamnese und Drogentests).
- **Hyperthyreose:** Schilddrüsenüberfunktion als Ursache für gesteigerte Aktivität und Reizbarkeit (Ausschluss durch Laboruntersuchungen).
- **Bipolare Störung:** Wiederkehrende Episoden von Manie und Depression (langfristige Beobachtung und Anamnese).

Komorbiditäten:

- **Substanzmissbrauch:** Häufig bei manischen Episoden aufgrund von Impulsivität und Risikoverhalten.
- **Angststörungen:** Generalisierte Angststörung oder Panikstörung können gleichzeitig auftreten.
- **ADHS:** Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung kann ähnliche Symptome zeigen.

Verlauf der Erkrankung:

- **Erstmanifestation:** Oft in jungen Erwachsenenjahren.
- **Verlauf:** Episodisch, mit vollständigen oder teilweisen Remissionen zwischen den Episoden.

Risikofaktoren:

- **Genetische Prädisposition:** Familiäre Häufung von bipolaren Störungen.
- **Stress:** Hohe Stresslevel können Episoden auslösen.
- **Schlafmangel:** Schlafentzug kann Manien triggern.

Prognose:

- Die Prognose variiert stark; viele Betroffene erleben wiederholte Episoden. Langfristige Behandlung kann die Häufigkeit und Schwere der Episoden reduzieren.

Psychotherapieverfahren und weitere Interventionen:

- **Kognitive Verhaltenstherapie:** Hilft bei der Identifikation und Veränderung dysfunktionaler Denkmuster und Verhaltensweisen.
- **Interpersonelle Therapie:** Fokus auf die Verbesserung zwischenmenschlicher Beziehungen und Stressbewältigung.
- **Psychoedukation:** Aufklärung über die Erkrankung und deren Management.
- **Familientherapie:** Unterstützung der Angehörigen und Verbesserung der familiären Dynamik.

Psychopharmakotherapie:

- **Stimmungsstabilisatoren:** Lithium, Valproat zur Stabilisierung der Stimmung.
- **Antipsychotika:** Olanzapin, Risperidon bei psychotischen Symptomen oder schwerer Manie.
- **Benzodiazepine:** Kurzfristig zur Sedierung und Reduktion von Angst und Schlaflosigkeit.
- **Antidepressiva:** Vorsichtiger Einsatz, da sie Manien auslösen können; oft in Kombination mit Stimmungsstabilisatoren.

virtuelle Person zu F3: Stimmungs-(affektive) Störungen incl.

Anamnese und psychopathologischen Befund nach ICD-10

hier: *F30: Manische Episode*

Virtuelle Person: "Anna M."

Allgemeine Informationen:

- **Alter:** 29 Jahre
- **Geschlecht:** Weiblich
- **Familienstand:** Ledig
- **Beruf:** Grafikdesignerin



Anamnese

- **Frühere medizinische Geschichte:** Keine früheren psychiatrischen Diagnosen, keine bekannten chronischen Krankheiten
- **Familienanamnese:** Mutter hatte eine bipolare Störung

Aktueller Vorfall

Anna wurde von einem Arbeitskollegen ins Krankenhaus gebracht, nachdem sie bei der Arbeit außergewöhnlich überenergetisch, unruhig und laut war. Sie hat in den letzten drei Tagen kaum geschlafen und berichtet, dass sie sich fühlt, als könnte sie "die Welt erobern".

Psychopathologischer Befund

- **Bewusstseinszustand:** Klar, hyperalert
- **Orientierung:** Vollständig orientiert in allen drei Achsen (Zeit, Ort, Person)
- **Aufmerksamkeit und Konzentration:** Erhöhte Ablenkbarkeit, kann sich schwer konzentrieren
- **Gedächtnis und Intelligenz:** Keine Beeinträchtigung feststellbar
- **Denken:** Beschleunigter Gedankenfluss, Ideenflucht
- **Wahrnehmung:** Keine Halluzinationen berichtet, jedoch subjektives Gefühl einer gesteigerten Wahrnehmungsfähigkeit

- **Affekt:** Gehobene Stimmung, euphorisch
- **Antrieb und Psychomotorik:** Gesteigert, zeigt Zeichen von Ruhelosigkeit
- **Sozialverhalten:** Übermäßig gesellig, verminderte soziale Hemmungen, unangemessenes Verhalten am Arbeitsplatz

Diagnostische Kriterien nach ICD-10 für eine Manische Episode (F30)

- **A. Vorliegen einer gehobenen oder reizbaren Stimmung:**
 - Annas Stimmung ist deutlich gehoben, fast euphorisch.
- **B. Dauer der Episode:**
 - Die Symptome bestehen seit mindestens einer Woche.
- **C. Mindestens drei der folgenden Symptome (vier, wenn die Stimmung nur gereizt ist):**
 - Selbstüberschätzung oder Größenideen
 - Vermindertes Schlafbedürfnis (schläft seit drei Tagen kaum)
 - Rededrang oder Drang, Gespräche zu beginnen
 - Ideenflucht oder subjektives Gefühl des Gedankenrasens
 - Ablenkbarkeit
 - Gesteigerte soziale Aktivitäten, übermäßiges Engagement in Aktivitäten mit hohem Risiko für nachteilige Konsequenzen (unangemessenes Verhalten am Arbeitsplatz)

Behandlungsempfehlungen

- Sofortige psychiatrische Evaluation
- Überlegung zur medikamentösen Behandlung mit Stimmungsstabilisatoren und ggf. Antipsychotika
- Psychoedukation und Einbindung in eine psychotherapeutische Behandlung

Diese detaillierte Beschreibung von Anna gibt ein Bild ihrer aktuellen psychischen Verfassung und wie diese in das diagnostische Profil einer Manischen Episode nach ICD-10 passt.

Bipolare Affektive Störung (F31)

Definition:

Die bipolare affektive Störung ist eine chronische psychische Erkrankung, die durch das Wechselspiel von manischen, hypomanischen und depressiven Episoden gekennzeichnet ist. Diese Störung führt zu extremen Stimmungsschwankungen, die das tägliche Leben erheblich beeinträchtigen können.

Formen:

- **Bipolar I Störung:** Mindestens eine manische Episode, oft gefolgt von depressiven Episoden.
- **Bipolar II Störung:** Mindestens eine hypomanische Episode und eine oder mehrere depressive Episoden.
- **Zyklothymia:** Chronische, aber weniger schwere Form der bipolaren Störung mit andauernden Stimmungsschwankungen.

Klassifikation nach ICD-10:

- **F31.0:** Bipolare affektive Störung, gegenwärtig hypomanische Episode
- **F31.1:** Bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode ohne psychotische Symptome
- **F31.2:** Bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode mit psychotischen Symptomen
- **F31.3:** Bipolare affektive Störung, gegenwärtig leichte oder mittelgradige depressive Episode
- **F31.4:** Bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome
- **F31.5:** Bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive

Episode mit psychotischen Symptomen

- **F31.6:** Bipolare affektive Störung, gegenwärtig gemischte Episode
- **F31.7:** Bipolare affektive Störung, gegenwärtig remittiert

Triadisches System:

- **Endogene psychische Störung:**

Die bipolare affektive Störung wird als endogene psychische Störung eingeordnet. Die Ursache besteht aus mehreren Faktoren, darunter eine genetische Disposition sowie weitere Faktoren aus der sozialen Umwelt und körperlichen bzw. biologischen Besonderheiten.

Typische Symptome:

- **Depressive Episode:**

- Anhaltende Traurigkeit oder Leere
- Verlust des Interesses an gewöhnlichen Aktivitäten
- Appetit- und Gewichtsveränderungen
- Schlafstörungen
- Erschöpfung oder Energiemangel
- Gefühl der Wertlosigkeit oder Schuld
- Konzentrationsschwierigkeiten
- Suizidgedanken oder -versuche

- **Manische Episode:**

- Übermäßig gehobene oder reizbare Stimmung
- Überhöhtes Selbstwertgefühl oder Größenwahn
- Vermindertes Schlafbedürfnis
- Rededrang
- Ideenflucht oder rasende Gedanken

- Ablenkbarkeit
- Zunahme zielgerichteter Aktivitäten
- Exzessive Beschäftigung mit riskanten Aktivitäten
- **Hypomanische Episode:**
 - Ähnliche Symptome wie bei Manie, aber weniger ausgeprägt und ohne psychotische Symptome
- **Gemischte Episode:**
 - Symptome von Manie und Depression treten gleichzeitig oder schnell wechselnd auf

Anamnese:

- **Persönliche Vorgeschichte:** Frühere berufliche und soziale Aktivitäten, Lebensereignisse und Belastungen.
- **Medizinische und psychische Vorgeschichte:** Frühere depressive, manische oder hypomanische Episoden, Krankenhausaufenthalte, Behandlungen und Medikamente.
- **Familienanamnese:** Vorkommen von affektiven Störungen oder anderen psychiatrischen Erkrankungen in der Familie.
- **Beginn und Verlauf der Symptome:** Alter bei Erstmanifestation, Häufigkeit und Dauer der Episoden, auslösende Faktoren und Stressoren.

Psychopathologischer Befund:

- **Stimmung und Affekt:** Extreme Stimmungsschwankungen, dysphorische oder euphorische Episoden, affektive Labilität.
- **Denkprozesse:** In depressiven Episoden verlangsamt, in manischen Episoden beschleunigt; mögliche Ideenflucht oder Gedankensprünge.
- **Wahrnehmung:** In schweren Fällen mögliche Halluzinationen oder Wahnvorstellungen während manischer oder depressiver

Episoden.

- **Kognitive Funktionen:** Beeinträchtigte Aufmerksamkeit, Konzentration und Gedächtnis während Episoden; Orientierungsfähigkeit meist erhalten.

Diagnostik nach ICD-10 (diagnostische Kriterien):

Kriterien für manische Episode:

- Anhaltend gehobene, expansive oder reizbare Stimmung für mindestens eine Woche
- Mindestens drei der folgenden Symptome:
 - Übersteigertes Selbstwertgefühl oder Größenwahn
 - Vermindertes Schlafbedürfnis
 - Gesprächigkeit oder Rededrang
 - Ideenflucht oder subjektives Gedankenrasen
 - Ablenkbarkeit
 - Zunahme zielgerichteter Aktivitäten
 - Übermäßige Beschäftigung mit angenehmen Aktivitäten mit hohem Risiko

Kriterien für depressive Episode:

- Anhaltende depressive Stimmung oder Verlust des Interesses oder der Freude für mindestens zwei Wochen
- Mindestens fünf der folgenden Symptome:
 - Depressive Stimmung
 - Deutlich vermindertes Interesse oder Freude
 - Gewichtsverlust oder Gewichtszunahme
 - Schlafstörungen
 - Psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung
 - Müdigkeit oder Energieverlust

- Gefühl der Wertlosigkeit oder übermäßige Schuldgefühle
- Verminderte Konzentrationsfähigkeit
- Suizidgedanken oder -versuche

Kriterien für hypomanische Episode:

- Ähnliche Symptome wie bei Manie, aber weniger schwerwiegend und ohne psychotische Symptome
- Symptome müssen mindestens vier Tage andauern

Differentialdiagnostik:

- **Unipolare Depression:** Abzugrenzen durch die Anamnese manischer oder hypomanischer Episoden.
- **Schizoaffektive Störung:** Abzugrenzen durch das Vorhandensein von primären psychotischen Symptomen unabhängig von affektiven Episoden.
- **Borderline-Persönlichkeitsstörung:** Abzugrenzen durch die Stabilität der affektiven Symptome und das Vorhandensein chronischer instabiler Beziehungen und Identitätsstörungen.

Komorbiditäten:

- **Angststörungen:** Häufige Komorbidität, besonders generalisierte Angststörung und Panikstörung.
- **Substanzmissbrauch:** Häufiger Missbrauch von Alkohol und anderen Substanzen zur Selbstmedikation.
- **Essstörungen:** Anorexia nervosa und Bulimia nervosa können komorbid auftreten.
- **ADHS:** Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung kann parallel vorliegen.

Verlauf der Erkrankung:

- Wechsel zwischen manischen, hypomanischen und depressiven Episoden
- Zwischen den Episoden möglicherweise symptomfreie Phasen (Remission)
- Chronischer Verlauf mit hoher Rückfallquote

Risikofaktoren:

- **Genetische Prädisposition:** Familiäre Häufung von bipolaren Störungen
- **Neurobiologische Faktoren:** Ungleichgewichte in Neurotransmittersystemen
- **Psychosoziale Faktoren:** Stress, traumatische Ereignisse, familiäre Konflikte

Prognose:

- Variiert stark, abhängig von der Schwere der Erkrankung und der Behandlung
- Frühe Diagnose und kontinuierliche Behandlung verbessern die Prognose erheblich

Psychotherapieverfahren und weitere Interventionen:

- **Kognitive Verhaltenstherapie (CBT):** Zur Behandlung depressiver Symptome und zur Verhinderung von Rückfällen.
- **Interpersonelle und soziale Rhythmustherapie (IPSRT):** Stabilisierung des Tagesrhythmus und Verbesserung der zwischenmenschlichen Beziehungen.
- **Psychoedukation:** Schulung der Patienten und ihrer Angehörigen über die Krankheit und den Umgang mit ihr.
- **Familientherapie:** Einbeziehung der Familie zur Unterstützung und Verbesserung der Kommunikation.

- **Soziale Unterstützung:** Netzwerke zur Unterstützung im Alltag und zur Krisenbewältigung.

Psychopharmakotherapie:

- **Stimmungsstabilisatoren:** Lithium, Valproat, Lamotrigin zur Verhinderung von manischen und depressiven Episoden.
- **Antipsychotika:** Aripiprazol, Olanzapin zur Behandlung manischer Episoden und bei psychotischen Symptomen.
- **Antidepressiva:** Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRIs), jedoch vorsichtig wegen der Gefahr der Induktion von Manien.
- **Benzodiazepine:** Kurzfristig zur Beruhigung bei akuter Manie oder schwerer Agitation.

**virtuelle Person zu F30-F39: Stimmungs- [affektive] Störungen
incl. Anamnese und psychopathologischen Befund nach ICD-10**

hier: F31: Bipolare affektive Störung

Virtuelle Person: Markus H.

Allgemeine Informationen

- **Alter:** 35 Jahre
- **Geschlecht:** Männlich
- **Beruf:** IT-Spezialist, selbstständig



Sozialer und familiärer Hintergrund

- **Familienanamnese:** Mutter mit Depressionen, Vater mit Alkoholmissbrauchsproblemen
- **Kindheit:** Aufgewachsen in einer ländlichen Gegend, ältestes von drei Geschwistern. Beschriebene emotionale Vernachlässigung und konfliktreiche Beziehungen zu den Eltern.
- **Bildungsweg:** Abgeschlossenes Studium der Informatik, sehr gute Leistungen trotz episodischer Unterbrechungen aufgrund psychischer Probleme.
- **Frühere Beziehungen:** Mehrere langjährige Partnerschaften, die oft während manischer Episoden endeten.

Medizinische und psychiatrische Vorgeschichte

- **Frühere medizinische Probleme:** Keine bedeutenden körperlichen Erkrankungen
- **Psychiatrische Vorgeschichte:** Erste manische Episode im Alter von 22 Jahren während des Studiums. Seitdem mehrere Phasen mit manischen und depressiven Episoden. Mehrere stationäre und ambulante Behandlungen. Regelmäßige Einnahme von Stimmungsstabilisatoren und Antidepressiva.

Diagnose gemäß ICD-10 F31: Bipolare affektive Störung

1. Kriterien für manische Episoden:

- **Gesteigerte Stimmung:** Perioden von übermäßiger Euphorie und Reizbarkeit
- **Gesteigerte Aktivität:** Erhöhtes Aktivitätsniveau, oft begleitet von vermindertem Schlafbedürfnis
- **Reduziertes Schlafbedürfnis:** Schlaflosigkeit ohne Müdigkeitsgefühl
- **Redegeschwindigkeit und Ideenflucht:** Schnelle, zusammenhangslose Sprache und Gedanken
- **Größenideen:** Übertriebenes Selbstvertrauen und riskantes Verhalten (z.B. riskante finanzielle Entscheidungen)
- **Ablenkbarkeit:** Leicht ablenkbar, ständige Wechsel der Aufmerksamkeit
- **Gesteigerte Libido:** Unangemessenes sexuelles Verhalten

2. Kriterien für depressive Episoden:

- **Depressive Stimmung:** Anhaltende Traurigkeit und Hoffnungslosigkeit
- **Interessensverlust:** Verlust des Interesses an fast allen Aktivitäten
- **Gewichtsveränderung:** Ungewollte Gewichtsabnahme oder -zunahme
- **Schlafstörungen:** Schlaflosigkeit oder übermäßiges Schlafbedürfnis
- **Psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung:** Körperliche Unruhe oder starke Verlangsamung
- **Erschöpfung:** Ständige Müdigkeit und Energielosigkeit
- **Gefühle der Wertlosigkeit:** Übermäßige Schuldgefühle und Wertlosigkeit

- **Konzentrationschwierigkeiten:** Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren oder Entscheidungen zu treffen
- **Suizidgedanken:** Wiederkehrende Gedanken an den Tod oder Suizidversuche

Aktuelle Symptome und Verhaltensweisen

- **Aktuelle Episode:** Depressive Phase seit drei Wochen, zuvor eine zwei Monate andauernde manische Phase
- **Symptomatik:** Gefühle von tiefer Traurigkeit, Antriebslosigkeit, verminderter Appetit, Schlafstörungen, Gedanken an Selbstverletzung

Psychopathologischer Befund

- **Erscheinung:** Gepflegt, jedoch etwas vernachlässigte Kleidung. Augenringe, wirkt müde und kraftlos
- **Bewusstsein und Orientierung:** Klar, voll orientiert
- **Auffassung und Konzentration:** Deutlich vermindert, kann sich kaum konzentrieren
- **Gedächtnis:** Keine auffälligen Gedächtnisstörungen
- **Denken:** Langsam, gelegentlich gedankliche Blockaden
- **Affekt:** Deprimiert, weinerlich, kaum Reaktionsvermögen auf emotionale Stimuli
- **Antrieb und Psychomotorik:** Deutlich vermindert, zeigt wenig Interesse an der Umgebung
- **Wahrnehmung:** Keine Halluzinationen oder Wahnvorstellungen
- **Introspektion und Krankheitseinsicht:** Teils vorhanden, erkennt die depressive Phase, jedoch häufige Selbstzweifel und Schuldgefühle
- **Suizidalität:** Aktuell passive Suizidgedanken, keine konkreten Pläne

Zusammenfassung

Diese detaillierte Beschreibung von Markus H. umfasst alle relevanten diagnostischen Kriterien der ICD-10 für eine bipolare affektive Störung, angereichert mit einer umfassenden Anamnese und einem psychopathologischen Befund. Die Beschreibung liefert ein vollständiges und präzises Bild der psychischen Verfassung und Lebensgeschichte von Markus H., und berücksichtigt dabei alle notwendigen diagnostischen Merkmale.

Depressive Episode (F32)

Definition:

Die depressive Episode ist eine psychische Störung, die durch eine anhaltende niedergedrückte Stimmung, Interessenverlust, Antriebslosigkeit und andere emotionale und körperliche Symptome gekennzeichnet ist.

Formen:

- **Leichte depressive Episode (F32.0):** Einige Symptome vorhanden, aber keine oder nur geringe Beeinträchtigung des täglichen Lebens.
- **Mittelgradige depressive Episode (F32.1):** Deutlichere Symptome und erhebliche Beeinträchtigung des täglichen Lebens.
- **Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (F32.2):** Viele Symptome, schwerwiegende Beeinträchtigung, aber keine psychotischen Merkmale.
- **Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (F32.3):** Zusätzlich zu den Symptomen der schweren Depression treten Wahnvorstellungen, Halluzinationen oder psychomotorische Störungen auf.

Klassifikation nach ICD-10:

- **F32.0:** Leichte depressive Episode
- **F32.1:** Mittelgradige depressive Episode
- **F32.2:** Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome
- **F32.3:** Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen
- **F32.8:** Sonstige depressive Episoden
- **F32.9:** Nicht näher bezeichnete depressive Episode

Triadisches System:

- **Endogene psychische Störung:**

Bei der depressiven Episode (F32) spielen oft mehrere Faktoren eine Rolle, darunter genetische Disposition, biologische Besonderheiten und Faktoren aus der sozialen Umwelt.

Typische Symptome:

- **Emotionale Symptome:** Anhaltende Traurigkeit, Niedergeschlagenheit, Verlust des Interesses an Aktivitäten, die zuvor Freude bereiteten.
- **Kognitive Symptome:** Konzentrations- und Entscheidungsprobleme, Grübeln, Gefühle der Wertlosigkeit oder Schuld, Suizidgedanken.
- **Somatische Symptome:** Müdigkeit, Schlafstörungen (Schlaflosigkeit oder vermehrtes Schlafbedürfnis), Appetitveränderungen (Gewichtsverlust oder -zunahme), körperliche Schmerzen ohne klare körperliche Ursache.

Anamnese:

- **Persönliche Vorgeschichte:** Informationen über frühere depressive Episoden oder andere psychische Störungen.
- **Medizinische und psychische Vorgeschichte:** Vorhandene körperliche Erkrankungen, frühere psychische Behandlungen, Medikamenteneinnahme.
- **Familienanamnese:** Vorkommen von Depressionen oder anderen psychischen Störungen in der Familie.
- **Beginn und Verlauf der Symptome:** Zeitpunkt des Auftretens der ersten Symptome, zeitlicher Verlauf und mögliche Auslöser.

Psychopathologischer Befund:

- **Stimmung und Affekt:** Anhaltend niedergedrückte Stimmung, vermindertes emotionales Erleben, häufig weinerlich oder verflacht.

- **Denkprozesse:** Verlangsamtes Denken, Konzentrationsprobleme, Grübeln, negative Gedankenschleifen.
- **Wahrnehmung:** Keine Halluzinationen, bei schweren Episoden mögliche Wahnvorstellungen (z.B. Schuldwahn).
- **Kognitive Funktionen:** Eingeschränkte Konzentration, Gedächtnisstörungen, Entscheidungsunfähigkeit.
- **Selbstwert und Selbstgefühl:** Geringes Selbstwertgefühl, Gefühle der Wertlosigkeit und Schuld.

Diagnostik nach ICD-10 (diagnostische Kriterien):

Primäre Symptome:

- Anhaltende niedergedrückte Stimmung
- Verlust von Interesse und Freude
- Verminderter Antrieb, erhöhte Ermüdbarkeit

Sekundäre Symptome (mindestens vier davon):

- Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen
- Vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
- Schuldgefühle und Gefühle der Wertlosigkeit
- Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven
- Suizidgedanken oder -handlungen
- Schlafstörungen
- Appetitveränderungen

Diagnostische Kriterien:

- Eine Episode dauert mindestens zwei Wochen.
- Symptome verursachen erhebliches Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

- Keine manische oder hypomanische Episode in der Anamnese.

Differentialdiagnostik:

- **Bipolare Störung:** Abzugrenzen durch das Fehlen von manischen oder hypomanischen Episoden in der Anamnese.
- **Anpassungsstörung:** Depressive Symptome als Reaktion auf identifizierbare Stressoren.
- **Schizoaffektive Störung:** Abgrenzung durch das Vorhandensein von schizophrenen Symptomen.
- **Organische Ursachen:** Ausschluss von Depressionen aufgrund von Medikamenten, Substanzmissbrauch oder medizinischen Erkrankungen (z.B. Hypothyreose).

Komorbiditäten:

- **Angststörungen:** Häufige Komorbidität, einschließlich generalisierter Angststörung und Panikstörung.
- **Substanzmissbrauch:** Alkohol- oder Drogenabhängigkeit als Bewältigungsmechanismus.
- **Essstörungen:** Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa.
- **Chronische Erkrankungen:** Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, chronische Schmerzen.

Verlauf der Erkrankung:

- **Episodisch:** Die meisten depressiven Episoden dauern mehrere Monate an, gefolgt von Remissionsphasen.
- **Rezidivierend:** Hohe Rückfallrate, besonders bei nicht adäquater Behandlung.

Risikofaktoren:

- **Genetische Prädisposition:** Familiäre Häufung von Depressionen.
- **Biochemische Faktoren:** Ungleichgewicht von Neurotransmittern wie Serotonin und Noradrenalin.
- **Psychosoziale Faktoren:** Traumatische Lebensereignisse, chronischer Stress, soziale Isolation.

Prognose:

- Bei adäquater Behandlung gute Chancen auf Symptomlinderung und Rückfallprävention.
- Ohne Behandlung hohe Wahrscheinlichkeit für Chronifizierung und Wiederauftreten.

Psychotherapieverfahren und weitere Interventionen:

- **Kognitive Verhaltenstherapie (KVT):** Fokussiert auf die Veränderung negativer Denkmuster und die Förderung positiver Verhaltensweisen.
- **Interpersonelle Therapie (IPT):** Adressiert zwischenmenschliche Probleme und unterstützt den Aufbau sozialer Unterstützung.
- **Psychoedukation:** Aufklärung über die Krankheit und Selbsthilfestrategien.
- **Achtsamkeitsbasierte Therapie:** Förderung von Achtsamkeit und Stressbewältigung.

Psychopharmakotherapie:

- **Antidepressiva:**
 - **Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRIs):** Fluoxetin, Sertralin, Citalopram.
 - **Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer**

(SNRIs): Venlafaxin, Duloxetin.

- **Trizyklische Antidepressiva (TCAs):** Amitriptylin, Clomipramin.
- **Monoaminoxidase-Hemmer (MAOIs):** Phenelzin, Tranylcypromin.
- **Begleitmedikation:**
 - **Anxiolytika:** Bei komorbiden Angststörungen.
 - **Antipsychotika:** Bei schweren Depressionen mit psychotischen Symptomen.
 - **Stimmungsstabilisatoren:** Bei bipolaren Spektren oder rezidivierenden Depressionen.

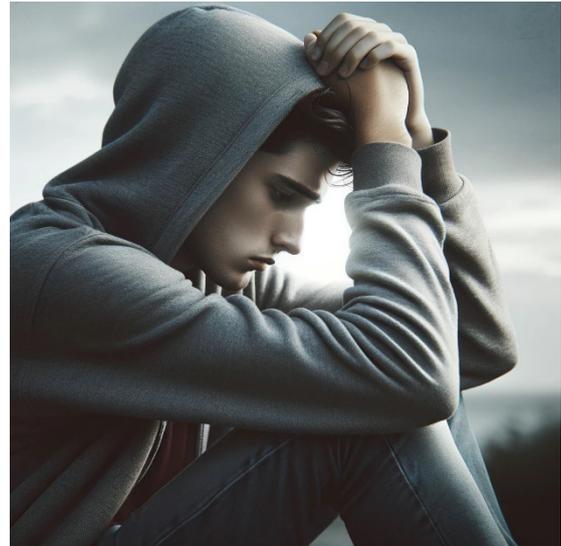
virtuelle Person zu F30-F39: Stimmungs- [affektive] Störungen
incl. Anamnese und psychopathologischen Befund nach ICD-10

hier: F32: Depressive Episode

Virtuelle Person: Max R.

Allgemeine Informationen

- **Alter:** 35 Jahre
- **Geschlecht:** Männlich
- **Beruf:** Bürokaufmann
- **Familienstand:** Verheiratet, zwei Kinder
- **Sozialer Hintergrund:**
Aufgewachsen in einer Kleinstadt, zweite von drei Geschwistern



Anamnese

- **Familienanamnese:** Vater mit chronischer Depression, Mutter gesund
- **Kindheit:** Stabile familiäre Verhältnisse, gute schulische Leistungen, sportlich aktiv
- **Bildungsweg:** Abitur, Ausbildung zum Bürokaufmann, seit 10 Jahren in einer festen Anstellung
- **Beruflicher Werdegang:** Kontinuierliche berufliche Entwicklung, jedoch seit einem Jahr zunehmende Arbeitsunzufriedenheit und Leistungsabfall
- **Beziehungen:** Stabile Ehe, jedoch zunehmende emotionale Distanz zu Ehepartner und Kindern in den letzten sechs Monaten

Medizinische Vorgeschichte

- **Frühere medizinische Probleme:** Keine schweren körperlichen Erkrankungen, gelegentliche Migräne
- **Psychiatrische Vorgeschichte:** Vor fünf Jahren eine kurze depressive Episode, die mit Psychotherapie erfolgreich behandelt wurde

Aktuelle Symptome und Verhaltensweisen

Hauptsymptome (mindestens zwei erforderlich)

1. **Depressive Stimmung:** Überwiegend anhaltende Traurigkeit und Niedergeschlagenheit, Gefühl von Leere und Hoffnungslosigkeit, mehr als zwei Wochen andauernd.
2. **Verlust von Interesse und Freude:** Deutliches Desinteresse an Aktivitäten, die früher Freude bereiteten, einschließlich Hobbys und sozialen Interaktionen.
3. **Verminderter Antrieb und erhöhte Ermüdbarkeit:** Ständige Müdigkeit und Erschöpfung, selbst bei kleinen Anstrengungen.

Weitere Symptome (mindestens vier erforderlich)

4. **Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen:** Schwierigkeiten, sich auf Aufgaben zu konzentrieren, oft abgelenkt, häufiger Vergesslichkeit.
5. **Vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen:** Übermäßige Selbstkritik, Gefühle von Wertlosigkeit und Unzulänglichkeit.
6. **Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit:** Übermäßige, unangemessene Schuldgefühle bezüglich alltäglicher Ereignisse oder Fehler.
7. **Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven:** Gefühl der Hoffnungslosigkeit, Pessimismus hinsichtlich der Zukunft, Überzeugung, dass die Situation sich nicht verbessern wird.
8. **Schlafstörungen:** Schwierigkeiten beim Einschlafen, häufiges Erwachen in der Nacht, frühes morgendliches Erwachen.

9. **Appetitverlust oder gesteigerter Appetit:** Deutlicher Gewichtsverlust oder -zunahme ohne bewusste Diät.
10. **Suizidgedanken:** Wiederkehrende Gedanken an den Tod, Suizidgedanken ohne konkreten Plan.

Psychopathologischer Befund

- **Erscheinung:** Gepflegt, jedoch deutlich niedergeschlagen wirkend, reduzierte Mimik und Gestik
- **Bewusstsein und Orientierung:** Klar, voll orientiert
- **Auffassung und Konzentration:** Eingeschränkte Auffassungsgabe, Konzentrationsschwierigkeiten
- **Gedächtnis:** Kurzzeitgedächtnis leicht beeinträchtigt
- **Denkprozesse:** Verlangsamt, häufig Grübeln, gedankliche Vorwegnahme negativer Ereignisse
- **Affekt:** Depressiv getönt, affektverflacht, geringe emotionale Reaktivität
- **Antrieb und Psychomotorik:** Verminderter Antrieb, psychomotorische Hemmung
- **Wahrnehmung:** Keine Halluzinationen oder Wahnvorstellungen
- **Selbst- und Fremdgefährdung:** Erhöhtes Risiko für Selbstverletzung, wiederkehrende Suizidgedanken, aber keine konkreten Pläne

Zusammenfassung

Diese detaillierte und strukturierte Beschreibung von Max R. basiert auf den diagnostischen Kriterien der ICD-10 für eine depressive Episode (F32). Die Anamnese, Symptome und der psychopathologische Befund liefern ein umfassendes Bild der psychischen Verfassung von Max R. und entsprechen den diagnostischen Anforderungen.

Dysthymia (F34.1)

Definition:

Dysthymia ist eine chronische, anhaltende depressive Störung, die durch eine mindestens zweijährige Dauer von depressiven Symptomen gekennzeichnet ist, jedoch nicht die Kriterien einer schweren depressiven Episode erfüllt.

Formen:

- **Primäre Dysthymia:** Beginnt oft im frühen Erwachsenenalter und hat keinen erkennbaren Auslöser.
- **Sekundäre Dysthymia:** Entwickelt sich im Zusammenhang mit anderen psychischen oder physischen Erkrankungen oder nach einer schweren depressiven Episode.

Klassifikation nach ICD-10:

- **F34.1:** Dysthymia

Triadisches System:

- **Psychogene psychische Störung:**
Dysthymia wird als psychogene psychische Störung eingeordnet, da die Ursache rein psychischer Natur ist und oft in Form von langanhaltenden, milden depressiven Symptomen auftritt, die nicht auf körperliche Krankheitsprozesse zurückzuführen sind.

Typische Symptome:

- **Emotionale Symptome:** Anhaltende Traurigkeit oder Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit, mangelnde Freude oder Interesse an Aktivitäten.

- **Kognitive Symptome:** Konzentrationsschwierigkeiten, Entscheidungsschwierigkeiten, geringes Selbstwertgefühl, Selbstkritik.
- **Physische Symptome:** Müdigkeit, Energiemangel, Schlafstörungen (Schlaflosigkeit oder vermehrtes Schlafen), Appetitveränderungen (Gewichtsverlust oder -zunahme).
- **Soziale Symptome:** Soziale Isolation, verminderte Produktivität und Funktionsfähigkeit im Alltag.

Anamnese:

- **Persönliche Vorgeschichte:** Beruflicher und sozialer Werdegang, frühere emotionale und physische Gesundheit.
- **Medizinische und psychische Vorgeschichte:** Vorhandensein anderer psychiatrischer Erkrankungen, frühere depressive Episoden, medizinische Erkrankungen.
- **Familienanamnese:** Vorhandensein von Depressionen oder anderen psychischen Erkrankungen in der Familie.
- **Beginn und Verlauf der Symptome:** Langsame Entwicklung der Symptome, Dauer der Symptome, Auswirkungen auf das tägliche Leben.

Psychopathologischer Befund:

- **Stimmung und Affekt:** Anhaltend niedergedrückte Stimmung, Affektverflachung, geringe affektive Reaktivität.
- **Denkprozesse:** Verlangsamtes Denken, Konzentrationsschwierigkeiten, Grübeln.
- **Wahrnehmung:** Keine Halluzinationen oder Illusionen.
- **Kognitive Funktionen:** Beeinträchtigte Konzentration und Aufmerksamkeit, intaktes Gedächtnis und Orientierung.

Diagnostik nach ICD-10 (diagnostische Kriterien):

Diagnostische Kriterien:

- **A.** Dauerhafte oder wiederkehrende depressive Stimmung, die meiste Zeit des Tages, an den meisten Tagen, über mindestens zwei Jahre.
- **B.** Vorhandensein von mindestens zwei der folgenden Symptome:
 - Verminderter oder gesteigerter Appetit
 - Schlaflosigkeit oder vermehrtes Schlafen
 - Geringe Energie oder Erschöpfung
 - Geringes Selbstwertgefühl
 - Konzentrationsschwierigkeiten oder Entscheidungsschwierigkeiten
 - Gefühle der Hoffnungslosigkeit
- **C.** Während dieser zwei Jahre waren die Symptome nie länger als zwei Monate am Stück abwesend.
- **D.** Die Symptome erfüllen nicht die Kriterien für eine schwere depressive Episode.
- **E.** Die Symptome verursachen klinisch signifikantes Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.
- **F.** Die Symptome sind nicht auf direkte physiologische Wirkungen einer Substanz oder eines medizinischen Zustands zurückzuführen.

Differentialdiagnostik:

- **Major Depression:** Abzugrenzen durch die Dauer und Schwere der Symptome.
- **Bipolare Störung:** Unterscheidung durch das Fehlen manischer oder hypomanischer Episoden bei Dysthymia.

- **Anpassungsstörung mit depressiver Stimmung:** Abzugrenzen durch die Dauer und den Zusammenhang mit einem spezifischen Stressor.
- **Körperliche Erkrankungen:** Schilddrüsenunterfunktion, chronische Infektionen, die depressive Symptome verursachen können, müssen ausgeschlossen werden.

Komorbiditäten:

- **Angststörungen:** Generalisierte Angststörung, Panikstörung, soziale Phobie.
- **Substanzmissbrauch:** Alkohol- und Drogenmissbrauch als Selbstmedikation.
- **Persönlichkeitsstörungen:** Besonders häufig sind ängstlich-vermeidende oder abhängige Persönlichkeitsstörungen.
- **Somatische Erkrankungen:** Chronische Schmerzsyndrome, Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Verlauf der Erkrankung:

- Chronisch, oft mit Phasen intensiverer depressiver Episoden.
- Kann bei Nichtbehandlung über Jahre hinweg bestehen bleiben.

Risikofaktoren:

- Genetische Prädisposition
- Negative Kindheitserfahrungen, chronischer Stress
- Mangelnde soziale Unterstützung
- Persönlichkeitsmerkmale wie Pessimismus und geringe Stressbewältigungsfähigkeiten

Prognose:

- Mit angemessener Behandlung kann die Symptomatik erheblich verbessert werden.
- Ohne Behandlung hohe Wahrscheinlichkeit einer Chronifizierung und Verschlechterung der Lebensqualität.

Psychotherapieverfahren und weitere Interventionen:

- **Kognitive Verhaltenstherapie (CBT):** Veränderung negativer Denkmuster und Verhaltensweisen.
- **Interpersonelle Therapie (IPT):** Fokus auf zwischenmenschliche Beziehungen und soziale Unterstützung.
- **Psychodynamische Therapie:** Untersuchung und Bearbeitung unbewusster Konflikte und vergangener Erfahrungen.
- **Gruppentherapie:** Unterstützung und Austausch mit anderen Betroffenen.
- **Psychoedukation:** Aufklärung über die Krankheit und Förderung der Selbsthilfe.

Psychopharmakotherapie:

- **Antidepressiva:** SSRIs (Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer) wie Fluoxetin, Sertralin; SNRIs (Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer) wie Venlafaxin.
- **Andere Medikamente:** Trizyklische Antidepressiva (TCAs) bei schwerer Symptomatik oder Resistenz gegen SSRIs.
- **Augmentationstherapie:** Kombination von Antidepressiva mit anderen Medikamenten wie Lithium oder Antipsychotika bei unzureichendem Ansprechen.

virtuelle Person zu F30-F39: Stimmungs- [affektive] Störungen
incl. Anamnese und psychopathologischen Befund nach ICD-10

hier: *F34.1: Dysthymia*

Virtuelle Person: Max S.

Allgemeine Informationen

- **Alter:** 45 Jahre
- **Geschlecht:** Männlich
- **Beruf:** Buchhalter in einem mittelständischen Unternehmen
- **Familienstand:** Verheiratet, zwei Kinder im Teenageralter



Sozialer und familiärer Hintergrund

- **Familienanamnese:** Vater mit Alkoholabhängigkeit, Mutter mit Depressionen.
- **Kindheit:** Aufgewachsen in einem kleinen Dorf, jüngstes von drei Kindern. Geordnete, aber emotional distanzierte Kindheit.
- **Bildungsweg:** Abitur, Ausbildung zum Buchhalter, seit 20 Jahren im selben Unternehmen tätig.
- **Soziales Umfeld:** Wenige enge Freunde, lebt zurückgezogen, Schwierigkeiten, neue Kontakte zu knüpfen.

Medizinische und psychiatrische Vorgeschichte

- **Frühere medizinische Probleme:** Keine schwerwiegenden körperlichen Erkrankungen.
- **Psychiatrische Vorgeschichte:** Anhaltende depressive Verstimmung seit dem frühen Erwachsenenalter, keine stationären Behandlungen, sporadische ambulante psychotherapeutische Unterstützung.

Aktuelle Symptome und Verhaltensweisen (ICD-10 Kriterien für F34.1 Dysthymia)

1. **Chronische depressive Verstimmung:** Anhaltende, mäßig schwere depressive Verstimmung, die über mindestens zwei Jahre anhält. Keine längeren Phasen ohne Symptome (maximal zwei Monate symptomfrei).
2. **Begleitsymptome:**
 - **Verminderte Energie oder Erschöpfung:** Häufig müde, geringe Leistungsfähigkeit.
 - **Schlafstörungen:** Schwierigkeiten beim Ein- und Durchschlafen, frühes Erwachen.
 - **Geringes Selbstwertgefühl:** Permanente Selbstkritik, Unsicherheit im Umgang mit anderen.
 - **Konzentrationsschwierigkeiten:** Probleme, sich auf Aufgaben zu konzentrieren, oft abgelenkt.
 - **Gefühl der Hoffnungslosigkeit:** Pessimistische Zukunftsperspektive, kein Gefühl von Verbesserung.
 - **Appetitveränderungen:** Phasenweise vermindertes oder gesteigertes Hungergefühl, leichtes Übergewicht.
 - **Sozialer Rückzug:** Geringes Interesse an sozialen Aktivitäten, häufiges Alleinsein.

Psychopathologischer Befund

- **Erscheinung:** Gepflegtes Äußeres, aber müder und niedergeschlagener Gesichtsausdruck.
- **Bewusstsein und Orientierung:** Klar und voll orientiert.
- **Aufmerksamkeit und Gedächtnis:** Beeinträchtigte Konzentration, aber keine Gedächtnisstörungen.
- **Denken:** Langsames Denken, Grübeln über negative Ereignisse, keine wahnhaften Ideen.

- **Affektivität:** Anhaltend depressive Stimmung, geringe Affektmodulation, oft emotionsloser Ausdruck.
- **Antrieb und Psychomotorik:** Verminderter Antrieb, langsame Bewegungen.
- **Wahrnehmung:** Keine Halluzinationen.
- **Introspektion und Krankheitseinsicht:** Einsicht in die depressive Problematik vorhanden, jedoch wenig Hoffnung auf Besserung.

Anamnese

- **Vorgeschichte der aktuellen Episode:** Beginn der aktuellen Episode vor mehr als zwei Jahren ohne vollständige Remission. Symptome haben sich über die letzten Monate verschlechtert, zunehmende Erschöpfung und Hoffnungslosigkeit.
- **Frühere Episoden:** Mehrere depressive Episoden seit dem frühen Erwachsenenalter, jedoch nie vollständig symptomfrei.
- **Soziale und berufliche Auswirkungen:** Vermehrte Fehlzeiten bei der Arbeit, Schwierigkeiten, den Alltag zu bewältigen, vernachlässigte Hobbys und Interessen.
- **Medikamentöse Behandlung:** Einnahme eines Antidepressivums (SSRI), allerdings nur mäßige Besserung der Symptome.
- **Psychotherapeutische Behandlung:** Regelmäßige psychotherapeutische Sitzungen, Fokus auf kognitive Verhaltenstherapie.

Zusammenfassung

Diese umfassende Darstellung von Max S. als virtueller Person mit Dysthymia (F34.1) nach ICD-10 umfasst alle relevanten diagnostischen Kriterien, eine vollständige Anamnese und einen detaillierten psychopathologischen Befund. Die Beschreibung gibt einen tiefen Einblick in das Leben und die psychische Gesundheit einer Person, die an Dysthymia leidet.

Agoraphobie (F40.0)

Definition:

Agoraphobie ist eine Angststörung, die durch eine ausgeprägte Furcht vor Situationen gekennzeichnet ist, in denen eine Flucht schwierig oder peinlich wäre oder in denen im Falle einer Panikattacke keine Hilfe verfügbar wäre. Diese Situationen werden oft vermieden oder nur unter großer Angst durchgestanden.

Formen:

- **Mit Panikstörung:** Agoraphobie tritt zusammen mit Panikattacken auf.
- **Ohne Panikstörung:** Agoraphobie tritt ohne das Vorhandensein von Panikattacken auf.

Klassifikation nach ICD-10:

- **F40.00:** Agoraphobie ohne Panikstörung
- **F40.01:** Agoraphobie mit Panikstörung

Triadisches System:

- **Psychogene psychische Störung:**
Die Agoraphobie gehört zu den psychogenen psychischen Störungen, da die Ursache dieser Erkrankung rein psychischer Natur ist. Sie wird durch Angst vor bestimmten Situationen und Orten, die schwer zu entkommen sind, ausgelöst und gehört zu den neurotischen Erkrankungen.

Typische Symptome:

- **Psychische Symptome:** Intensive Angst oder Furcht vor spezifischen Situationen (z.B. Menschenmengen, öffentliche Verkehrsmittel, weite Reisen von Zuhause).

- **Körperliche Symptome:** Herzklopfen, Schwindel, Schwitzen, Zittern, Übelkeit.
- **Verhaltenssymptome:** Vermeidung von Situationen, in denen eine Flucht schwierig wäre oder Hilfe im Falle einer Panikattacke nicht verfügbar wäre.

Anamnese:

- **Persönliche Vorgeschichte:** Lebensumstände, beruflicher und sozialer Hintergrund, frühere Lebensereignisse.
- **Medizinische und psychische Vorgeschichte:** Frühere Angststörungen, Panikattacken, körperliche Erkrankungen.
- **Familienanamnese:** Vorkommen von Angststörungen oder anderen psychischen Erkrankungen in der Familie.
- **Beginn und Verlauf der Symptome:** Zeitpunkt des Auftretens der ersten Symptome, Auslöser, Verlauf und Schweregrad der Symptome.

Psychopathologischer Befund:

- **Stimmung und Affekt:** Angst, Anspannung, gelegentliche depressive Verstimmung.
- **Denkprozesse:** Sorgen um zukünftige Panikattacken, Katastrophengedanken.
- **Wahrnehmung:** Keine Halluzinationen oder Wahnvorstellungen.
- **Kognitive Funktionen:** Konzentrationsschwierigkeiten während angstauslösenden Situationen, ansonsten unauffällig.
- **Verhalten:** Vermeidung von angstauslösenden Situationen, Sicherheitsverhalten (z.B. Begleitung durch vertraute Personen).

Diagnostik nach ICD-10 (diagnostische Kriterien):

Primäre Symptome:

- Deutliche und anhaltende Angst vor Situationen, aus denen eine Flucht schwierig wäre oder in denen im Falle einer Panikattacke keine Hilfe verfügbar wäre.
- Vermeidung solcher Situationen oder Ertragen der Situationen mit erheblicher Angst.

Sekundäre Symptome:

- Körperliche Angstsymptome (Herzrasen, Schwitzen, Zittern).

Ausschlusskriterien:

- Symptome dürfen nicht besser durch eine andere psychische Störung erklärt werden (z.B. soziale Phobie, spezifische Phobie).

Differentialdiagnostik:

- **Soziale Phobie:** Angst vor negativer Bewertung in sozialen Situationen.
- **Spezifische Phobie:** Angst vor spezifischen Objekten oder Situationen (z.B. Höhen, Tiere).
- **Panikstörung:** Wiederholte unerwartete Panikattacken ohne spezifische Auslöser.

Komorbiditäten:

- **Depression:** Häufig begleitend, besonders bei chronischer Agoraphobie.
- **Andere Angststörungen:** Generalisierte Angststörung, soziale Phobie.
- **Substanzmissbrauch:** Verwendung von Alkohol oder Beruhigungsmitteln zur Angstbewältigung.

Verlauf der Erkrankung:

- Kann chronisch verlaufen, wenn unbehandelt.

- Symptome können in Stresssituationen zunehmen und in Phasen niedriger Belastung abnehmen.

Risikofaktoren:

- Genetische Prädisposition.
- Traumatische Ereignisse.
- Hohe Stressbelastung.

Prognose:

- Mit geeigneter Therapie gute Chancen auf deutliche Symptomverbesserung.
- Unbehandelt kann die Erkrankung zu erheblichen Einschränkungen im Alltag führen.

Psychotherapieverfahren und weitere Interventionen:

- **Kognitive Verhaltenstherapie (KVT):** Konfrontationstherapie zur Verringerung der Vermeidung und Reduktion der Angst, Kognitive Umstrukturierung.
- **Expositionstherapie:** Systematische Konfrontation mit angstausslösenden Situationen unter therapeutischer Anleitung.
- **Entspannungstechniken:** Progressive Muskelentspannung, Atemtechniken zur Angstbewältigung.
- **Psychoedukation:** Information über die Erkrankung und ihre Bewältigung.

Psychopharmakotherapie:

- **SSRIs:** Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer wie Fluoxetin, Sertralin zur Reduktion von Angst und Paniksymptomen.

- **Benzodiazepine:** Kurzfristige Verwendung zur akuten Angstreduktion (mit Vorsicht aufgrund des Suchtpotenzials).
- **Trizyklische Antidepressiva:** Clomipramin bei therapieresistenten Fällen.

virtuelle Person zu neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4) incl. Anamnese und psychopathologischen Befund nach ICD-10

*hier: Phobische Störung (F40)
genauer: F40.0: Agoraphobie*

Virtuelle Person: Markus S.

Allgemeine Informationen

- **Alter:** 35 Jahre
- **Geschlecht:** Männlich
- **Beruf:** IT-Spezialist, arbeitet von zu Hause aus
- **Familienstand:** Verheiratet, zwei Kinder
- **Wohnort:** Vorstadt



Diagnostische Kriterien gemäß ICD-10 F40.0: Agoraphobie

Anamnese

Familienanamnese:

- **Psychische Erkrankungen:** Vater mit generalisierter Angststörung, Mutter mit leichter depressiver Episode in der Vergangenheit.
- **Soziale und wirtschaftliche Verhältnisse:** Stabil, mittleres Einkommen, keine schwerwiegenden familiären Konflikte.

Persönliche Anamnese:

- **Kindheit und Jugend:** Unauffällig, introvertiertes Kind, keine schweren Traumata oder Missbrauchserfahrungen.

- **Bildungsweg:** Abgeschlossenes Studium der Informatik, gute akademische Leistungen, jedoch häufiger Rückzug aus sozialen Aktivitäten.
- **Beruflicher Werdegang:** Stabile Beschäftigung in der IT-Branche, jedoch zunehmend Homeoffice-Arbeit aufgrund der Angst, das Haus zu verlassen.

Psychiatrische Vorgeschichte:

- **Erste Symptome:** Im Alter von 28 Jahren, nach einem Panikanfall im Supermarkt.
- **Behandlungen:** Mehrere ambulante psychotherapeutische Interventionen (kognitive Verhaltenstherapie), Medikation mit SSRI (Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer).
- **Aktuelle Medikation:** Sertralin 100 mg täglich, gelegentlich Lorazepam bei akuten Angstzuständen.

Soziale Anamnese:

- **Beziehungsstatus:** Verheiratet seit 10 Jahren, unterstützende Ehepartnerin.
- **Soziale Unterstützung:** Guter Kontakt zu Eltern und Geschwistern, wenige enge Freunde.

Aktuelle Symptome und Verhaltensweisen

1. **Angst vor bestimmten Orten:** Markus meidet überfüllte Orte wie Supermärkte, öffentliche Verkehrsmittel und Kinos.
2. **Vermeidungsverhalten:** Vermeidet Reisen und längere Aufenthalte außerhalb des Hauses. Vermeidet Situationen, in denen Flucht schwierig sein könnte.
3. **Panikattacken:** Wiederkehrende Panikattacken, insbesondere in Situationen, in denen er sich gefangen oder hilflos fühlt.
4. **Körperliche Symptome:** Herzrasen, Schweißausbrüche, Zittern, Atemnot, Schwindel.

5. **Verhalten:** Verbringt den Großteil des Tages zu Hause, verlässt das Haus nur in Begleitung seiner Frau oder einer vertrauten Person.
6. **Psychosoziale Beeinträchtigung:** Einschränkungen im sozialen und beruflichen Leben, jedoch Aufrechterhaltung der beruflichen Tätigkeit durch Homeoffice.

Psychopathologischer Befund

- **Bewusstsein und Orientierung:** Klar, voll orientiert.
- **Kognitive Funktionen:** Normale kognitive Funktionen, kein Hinweis auf Gedächtnisstörungen.
- **Denkprozesse:** Geordnet, aber stark auf das Thema Angst und Vermeidung fokussiert.
- **Affekt:** Angstvoll, leicht reizbar, Stimmung häufig angespannt.
- **Wahrnehmung:** Keine Halluzinationen oder Wahnvorstellungen.
- **Antrieb und Psychomotorik:** Normaler Antrieb, jedoch eingeschränkte Mobilität aufgrund der Angst.
- **Selbst- und Fremdgefährdung:** Keine aktuelle Suizidalität, keine Fremdgefährdung.

Zusammenfassung

Diese virtuelle Darstellung von Markus S. beinhaltet eine umfassende und detaillierte Beschreibung der Agoraphobie gemäß ICD-10 F40.0. Die Anamnese, aktuelle Symptome und der psychopathologische Befund wurden ausführlich dargestellt, um ein vollständiges klinisches Bild zu liefern.

Soziale Phobie (F40.1)

Definition:

Die Soziale Phobie, auch als Soziale Angststörung bekannt, ist gekennzeichnet durch eine anhaltende Angst vor sozialen oder leistungsbezogenen Situationen, in denen die betroffene Person der möglichen Bewertung durch andere ausgesetzt ist. Diese Angst führt oft zu Vermeidung solcher Situationen.

Formen:

- **Generalisierte Soziale Phobie:** Angst betrifft die meisten sozialen Situationen.
- **Spezifische Soziale Phobie:** Angst beschränkt sich auf spezifische soziale oder leistungsbezogene Situationen (z.B. öffentliche Reden, Essen in der Öffentlichkeit).

Klassifikation nach ICD-10:

- **F40.1:** Soziale Phobien

Triadisches System:

- **Psychogene psychische Störung:**
Die soziale Phobie wird als psychogene psychische Störung eingestuft, da die Ursache rein psychischer Natur ist.

Typische Symptome:

- **Emotionale Symptome:** Intensive Angst vor sozialen Interaktionen oder Situationen, Angst vor negativer Bewertung.
- **Kognitive Symptome:** Übermäßige Sorge um das eigene Verhalten und die Wirkung auf andere, negative Selbstbewertung.
- **Verhaltenssymptome:** Vermeidung sozialer Situationen,

Fluchtverhalten, Sicherheitsverhalten (z.B. Vermeidung von Blickkontakt).

- **Physische Symptome:** Zittern, Schwitzen, Erröten, Übelkeit, Herzklopfen, Muskelverspannungen.

Anamnese:

- **Persönliche Vorgeschichte:** Schulische und berufliche Schwierigkeiten aufgrund der sozialen Angst, eingeschränkte soziale Aktivitäten.
- **Medizinische und psychische Vorgeschichte:** Keine schweren körperlichen Erkrankungen, mögliche frühere depressive Episoden oder andere Angststörungen.
- **Familienanamnese:** Häufig eine familiäre Prädisposition für Angststörungen oder Depressionen.
- **Beginn und Verlauf der Symptome:** Symptome treten oft im Jugendalter auf und verschlimmern sich ohne Behandlung.

Psychopathologischer Befund:

- **Stimmung und Affekt:** Angespannt, ängstlich, oft niedergeschlagen.
- **Denkprozesse:** Klar, jedoch häufig von selbstkritischen Gedanken und Sorgen dominiert.
- **Wahrnehmung:** Keine Halluzinationen oder Wahnvorstellungen.
- **Kognitive Funktionen:** Normal, jedoch stark von Angst und Selbstzweifeln beeinträchtigt.
- **Verhalten:** Vermeidung von sozialen Interaktionen, auffälliges Sicherheitsverhalten.

Diagnostik nach ICD-10 (diagnostische Kriterien):

Primäre Symptome:

- Anhaltende Angst vor sozialen oder leistungsbezogenen Situationen.
- Vermeidung oder Ertragen der Situationen unter intensiver Angst.
- Die Angst wird als übertrieben oder unbegründet erkannt.

Sekundäre Symptome:

- Deutliche Belastung durch die Angst.
- Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

Ausschlusskriterien:

- Symptome dürfen nicht auf andere psychische Störungen zurückführbar sein (z.B. Panikstörung, Agoraphobie).

Differentialdiagnostik:

- **Panikstörung:** Unterscheidung durch das Fehlen spezifischer Auslöser in Paniksituationen.
- **Agoraphobie:** Hauptangst bezieht sich auf das Vermeiden von Orten, an denen Flucht schwierig ist.
- **Depressive Störungen:** Soziale Ängste können sekundär zu einer Depression auftreten.
- **Zwangsstörungen:** Unterscheidung durch das Vorhandensein von Zwangsgedanken und -handlungen.

Komorbiditäten:

- **Depression:** Häufig bei Patienten mit sozialer Phobie.
- **Andere Angststörungen:** Panikstörung, generalisierte Angststörung.
- **Substanzmissbrauch:** Alkohol oder Drogen zur Bewältigung sozialer Ängste.

Verlauf der Erkrankung:

- Symptome beginnen typischerweise im Jugendalter.
- Ohne Behandlung können die Symptome chronisch werden und sich verschlimmern.

Risikofaktoren:

- **Genetische Prädisposition:** Familiäre Häufung von Angststörungen.
- **Persönlichkeitsmerkmale:** Schüchternheit, niedrige Selbstachtung.
- **Lebensereignisse:** Traumatische oder peinliche soziale Erlebnisse.

Prognose:

- Mit adäquater Behandlung gute Chancen auf Besserung.
- Ohne Behandlung Risiko für Chronifizierung und erhebliche soziale und berufliche Einschränkungen.

Psychotherapieverfahren und weitere Interventionen:

- **Kognitive Verhaltenstherapie (KVT):** Hauptansatz zur Behandlung sozialer Phobie. Fokus auf Umstrukturierung negativer Gedanken und systematische Desensibilisierung.
- **Soziales Kompetenztraining:** Verbesserung sozialer Fähigkeiten und Selbstvertrauen.
- **Expositionstherapie:** Konfrontation mit angstbesetzten Situationen unter therapeutischer Begleitung.
- **Gruppentherapie:** Austausch und Unterstützung durch Betroffene.

Psychopharmakotherapie:

- **Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRIs):** Erste Wahl (z.B. Paroxetin, Sertralin).
- **Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRIs):** Alternative bei Unverträglichkeit oder Ineffektivität von SSRIs (z.B. Venlafaxin).
- **Benzodiazepine:** Kurzfristige Anwendung zur Überbrückung, jedoch Risiko der Abhängigkeit.
- **Betablocker:** Verwendung bei Bedarf zur Reduktion körperlicher Angstsymptome (z.B. Propranolol).

virtuelle Person zu neurotische, Belastungs- und somatoforme
Störungen (F4) incl. Anamnese und psychopathologischen Befund
nach ICD-10

hier: *Phobische Störung (F40)*
genauer: *F40.1: Soziale Phobien*

Virtuelle Person: Max K.

Allgemeine Informationen

- **Alter:** 32 Jahre
- **Geschlecht:** Männlich
- **Beruf:** Softwareentwickler,
derzeit im Homeoffice
- **Sozialer Hintergrund:**
Aufgewachsen in einem Vorort,
ältestes von drei Kindern, Eltern
verheiratet



Diagnostische Kriterien gemäß ICD-10 F40.1 (Soziale Phobien)

1. **Ausgeprägte und anhaltende Angst vor sozialen oder leistungsbezogenen Situationen:** Max vermeidet soziale Interaktionen wie Meetings oder Networking-Events aus Angst, negativ bewertet zu werden.
2. **Konsequente Vermeidung der gefürchteten Situationen oder Ertragen dieser Situationen mit intensiver Angst:** Max nimmt nur an Online-Meetings teil, meidet jedoch Videokonferenzen, bei denen er sprechen muss.
3. **Erkenntnis, dass die Angst übertrieben oder unbegründet ist:** Max ist sich bewusst, dass seine Ängste irrational sind, kann sie aber nicht kontrollieren.

4. **Beeinträchtigung des normalen Lebens durch die Angst oder das Vermeidungsverhalten:** Max' berufliche Entwicklung leidet, da er keine Präsentationen hält und keine Führungspositionen anstrebt.
5. **Die Symptome sind nicht auf andere psychische Störungen zurückzuführen:** Die soziale Phobie ist die primäre Diagnose, ohne dass eine andere psychische Störung die Symptome erklärt.

Anamnese

Familienanamnese:

- **Psychische Erkrankungen:** Mutter mit einer Geschichte von generalisierter Angststörung, Vater mit leichtem Alkoholmissbrauch in stressigen Zeiten.
- **Kindheit:** Keine schweren Traumata, jedoch eine eher schüchterne Persönlichkeit und Schwierigkeiten in der Interaktion mit Gleichaltrigen.

Persönliche Vorgeschichte:

- **Schule und Ausbildung:** Gute schulische Leistungen, jedoch immer zurückhaltend und ängstlich in Gruppenaktivitäten oder bei mündlichen Prüfungen.
- **Beruflicher Werdegang:** Solider beruflicher Hintergrund als Softwareentwickler, jedoch keine Karriereschritte in Richtung Teamleitung oder Projektmanagement aufgrund der sozialen Ängste.

Frühere medizinische und psychiatrische Vorgeschichte:

- **Medizinische Vorgeschichte:** Keine ernsthaften körperlichen Erkrankungen.
- **Psychiatrische Vorgeschichte:** Gelegentliche Konsultation eines Psychotherapeuten in den letzten fünf Jahren, jedoch keine regelmäßige Behandlung.

Aktuelle Symptome und Verhaltensweisen

1. **Angst vor Bewertung und negativer Beurteilung:** Max hat eine konstante Angst davor, von seinen Kollegen negativ beurteilt zu werden, was ihn daran hindert, in Meetings zu sprechen oder an sozialen Firmenveranstaltungen teilzunehmen.
2. **Vermeidung von sozialen Situationen:** Max meidet nicht nur berufliche soziale Interaktionen, sondern auch private Treffen, wie Geburtstagsfeiern oder andere gesellschaftliche Anlässe.
3. **Körperliche Symptome in sozialen Situationen:** Herzklopfen, Schwitzen, Zittern und ein Gefühl von Ohnmacht bei der Vorstellung, vor anderen sprechen zu müssen.

Psychopathologischer Befund

- **Erscheinung:** Gepflegt, jedoch nervös und unruhig in neuen sozialen Situationen, vermeidet Augenkontakt.
- **Bewusstsein und Orientierung:** Klar und voll orientiert.
- **Auffassung und Konzentration:** In Einzelgesprächen gut, jedoch in Gruppen oder bei Vorträgen stark beeinträchtigt durch die Angst.
- **Gedächtnis:** Keine Auffälligkeiten.
- **Denkprozesse:** Logisch und kohärent, jedoch oft von negativen Gedanken über soziale Situationen dominiert.
- **Affekt:** Ängstlich und angespannt in sozialen Situationen, sonst ruhig.
- **Antrieb und Psychomotorik:** In nicht-sozialen Situationen normal, in sozialen Situationen motorisch unruhig (z.B. Zappeln).
- **Wahrnehmung:** Keine Halluzinationen oder Wahrnehmungsverzerrungen.
- **Introspektion und Krankheitseinsicht:** Gute Einsicht in die Problematik, jedoch Schwierigkeiten, die Vermeidung zu überwinden.

Zusammenfassung

Diese detaillierte, strukturierte Beschreibung von Max K. umfasst die relevanten historischen, klinischen und psychopathologischen Aspekte, die charakteristisch für eine Person mit sozialer Phobie gemäß der ICD-10-Klassifikation sind. Alle relevanten Lebensbereiche wurden berücksichtigt, um ein umfassendes Bild seiner psychischen Gesundheit zu liefern.

F40.2: Spezifische (isolierte) Phobien

Definition:

Spezifische (isolierte) Phobien sind durch eine ausgeprägte und anhaltende Angst gekennzeichnet, die übertrieben oder unvernünftig ist und durch das Vorhandensein oder die Erwartung eines spezifischen Objekts oder einer spezifischen Situation ausgelöst wird.

Formen:

- **Tierphobien (F40.210):** Angst vor spezifischen Tieren wie Spinnen, Hunden oder Schlangen.
- **Naturphobien (F40.220):** Angst vor natürlichen Phänomenen wie Höhen, Stürmen oder Wasser.
- **Blut-Injektions-VerletzungspHobie (F40.230):** Angst vor Sehen von Blut, Verletzungen oder dem Erleben von Injektionen.
- **Situative Phobien (F40.240):** Angst vor spezifischen Situationen wie Fliegen, Aufzügen oder geschlossenen Räumen.
- **Andere spezifische Phobien (F40.298):** Angst vor anderen spezifischen Objekten oder Situationen, die nicht unter die obigen Kategorien fallen.

Klassifikation nach ICD-10:

- **F40.2:** Spezifische (isolierte) Phobien

Triadisches System:

- **Psychogene psychische Störung:**
Diese Störung wird rein psychischer Natur zugeordnet, da die Ursache in der psychischen Verarbeitung und nicht in körperlichen Krankheitsprozessen oder einer genetischen Disposition liegt.

Typische Symptome:

- **Körperliche Reaktionen:** Schnelle Herzfrequenz, Schwindel, Übelkeit.
- **Vermeidungsverhalten:** Aktives Umgehen der gefürchteten Objekte oder Situationen.
- **Angstzustände:** Intensive, sofortige Angstreaktionen bei Konfrontation mit der Phobie.

Anamnese:

- **Persönliche Vorgeschichte:** Erfahrungen, die zur Entwicklung der Phobie geführt haben könnten.
- **Medizinische und psychische Vorgeschichte:** Überprüfung anderer Angststörungen oder Bedingungen.
- **Familienanamnese:** Vorkommen von Phobien oder anderen Angststörungen in der Familie.

Psychopathologischer Befund:

- **Orientierung:** Voll orientiert in Zeit, Ort und Person.
- **Denken:** Fixierung auf die phobischen Stimuli; katastrophisierende Gedanken.
- **Affekt:** Ängstlich oder panisch in Bezug auf spezifische Stimuli.
- **Urteilsfähigkeit und Einsicht:** Oft Einsicht vorhanden, dass die Angst übertrieben oder irrational ist.

Diagnostik nach ICD-10 (diagnostische Kriterien):

- **Primäre Kriterien:** Unverhältnismäßige und anhaltende Angst vor einem spezifischen Objekt oder einer spezifischen Situation.
- **Sekundäre Kriterien:** Die Angst führt zu signifikantem Leiden oder Beeinträchtigungen im sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

Differentialdiagnostik:

- **Andere Angststörungen:** Zum Beispiel Panikstörung, Agoraphobie, soziale Angststörung.
- **Somatische Störungen:** Zum Beispiel Herz-, neurologische oder endokrine Störungen.

Komorbiditäten:

- **Andere Angststörungen:** Häufige Komorbidität mit anderen Phobien oder generalisierter Angststörung.
- **Depressive Störungen:** Häufiges gleichzeitiges Auftreten von Depressionen.

Therapieverfahren und weitere Interventionen:

- **Verhaltenstherapie:** Insbesondere Expositionstherapie zur Konfrontation mit dem phobischen Stimulus.
- **Kognitive Verhaltenstherapie:** Umstrukturierung der Gedankenmuster, die zur Angst beitragen.
- **Entspannungsverfahren:** Techniken wie progressive Muskelentspannung oder Atemübungen.

Psychopharmakotherapie:

- Keine bekannt

virtuelle Person zu neurotische, Belastungs- und somatoforme
Störungen (F4) incl. Anamnese und psychopathologischen Befund
nach ICD-10

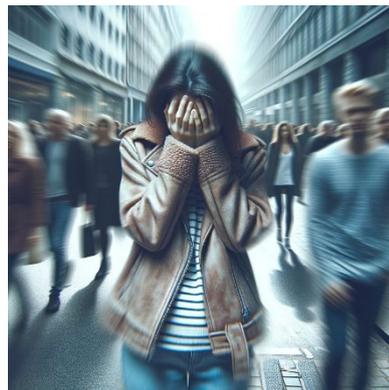
hier: *Phobische Störung (F40)*

genauer: Spezifische (isolierte) Phobien (F40.2)

Virtuelle Person: "Annalena"

Allgemeine Informationen:

- **Alter:** 28 Jahre
- **Geschlecht:** Weiblich
- **Beruf:** Architektin



Anamnese

- **Hauptbeschwerde:** Annalena berichtet über eine überwältigende Angst vor Spinnen (Arachnophobie), die sie daran hindert, in bestimmten Umgebungen entspannt zu sein.
- **Beginn und Verlauf:** Die Angst begann in ihrer Kindheit, wurde aber in den letzten Jahren intensiver.
- **Familienanamnese:** Keine bekannten psychischen Störungen in der Familie.
- **Sozialanamnese:** Anna arbeitet erfolgreich als Architektin, meidet jedoch Orte, bei denen sie mit Spinnen konfrontiert werden könnte. Dies beeinträchtigt ihr soziales Leben und ihre Fähigkeit, zu reisen.
- **Medizinische Anamnese:** Keine relevanten chronischen Krankheiten oder Medikationen.

Psychopathologischer Befund

- **Allgemeines Erscheinungsbild:** Gepflegt und adäquat gekleidet.

- **Verhalten und Psychomotorik:** Sichtlich nervös und angespannt während des Gesprächs über ihre Phobie.
- **Stimmung und Affekt:** Ängstlich, wenn sie über Spinnen spricht; sonst euthym.
- **Denken und Wahrnehmung:** Keine Anzeichen von Wahnvorstellungen oder Halluzinationen. Denken wirkt strukturiert, aber von ängstlichen Inhalten dominiert.
- **Kognitive Funktionen:** Keine Beeinträchtigung der Orientierung, Aufmerksamkeit, Konzentration oder des Gedächtnisses.
- **Insight und Urteil:** Einsichtsfähig in Bezug auf ihre unverhältnismäßige Angst, jedoch hilflos im Umgang damit.

Diagnose nach ICD-10:

- **F40.2 - Spezifische (isolierte) Phobien**

Diagnostische Kriterien nach ICD-10 für F40.2:

- **A.** Deutliche und anhaltende Angst, die auf die Anwesenheit oder Erwartung eines spezifischen Objekts oder einer spezifischen Situation beschränkt ist.
- **B.** Exposition gegenüber dem phobischen Stimulus löst fast immer sofort eine Angstreaktion aus, die die Form einer situationsgebundenen oder situationsbegünstigten Panikattacke annehmen kann.
- **C.** Die Person erkennt, dass die Angst übertrieben und unvernünftig ist (bei Kindern muss dieses Merkmal nicht vorhanden sein).
- **D.** Die phobischen Situationen werden gemieden oder nur unter intensiver Angst oder Unbehagen ertragen.
- **E.** Das Vermeidungsverhalten, die ängstliche Erwartung oder das Unbehagen in den gefürchteten Situationen beeinträchtigen deutlich die normale Routine, berufliche (oder schulische) Leistung oder soziale Aktivitäten oder Beziehungen.

- **F.** Bei Personen unter 18 Jahren hält die Symptomatik über mindestens 6 Monate an.
- **G.** Die Angst oder phobische Vermeidung ist nicht besser durch eine andere psychische Störung erklärbar, wie z.B. eine andere Angststörung.

Behandlungsansatz

- **Psychotherapie:** Kognitive Verhaltenstherapie, speziell Expositionstherapie.
- **Pharmakotherapie:** Gegebenenfalls kurzfristige Anwendung von Anxiolytika zur Reduzierung der Akutsymptome.
- **Selbsthilfestrategien:** Entspannungstechniken und Selbsthilfegruppen.

Diese umfassende Darstellung von Annalena hilft, das vollständige diagnostische Profil einer spezifischen phobischen Störung nach ICD-10 zu verstehen und kann als Grundlage für eine zielgerichtete Behandlungsplanung dienen.

Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst] (F41.0)

Definition:

Die Panikstörung ist gekennzeichnet durch wiederkehrende, unerwartete Panikattacken. Eine Panikattacke ist eine plötzliche Episode intensiver Angst oder Unbehagens, die innerhalb weniger Minuten ihren Höhepunkt erreicht und von körperlichen und kognitiven Symptomen begleitet wird.

Formen:

- **Episodisch:** Panikattacken treten plötzlich und unerwartet auf.
- **Situationsgebunden:** Panikattacken werden durch spezifische Situationen ausgelöst.

Klassifikation nach ICD-10:

- **F41.0:** Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst]

Triadisches System:

- **Psychogene psychische Störung:**
Panikstörungen (F41.0) fallen unter psychogene psychische Störungen, da die Ursache der Erkrankung primär psychischer Natur ist und oft in Form von neurotischen Erkrankungen auftritt.

Typische Symptome:

- **Psychische Symptome:** Intensive Angst, Gefühl der drohenden Gefahr, Angst vor Kontrollverlust, Depersonalisation, Derealisation.
- **Physische Symptome:** Herzrasen, Schwitzen, Zittern, Kurzatmigkeit, Brustschmerzen, Übelkeit, Schwindel, Kälteschauer oder Hitzewallungen, Taubheits- oder Kribbelgefühle.

- **Verhaltenssymptome:** Vermeidung bestimmter Orte oder Situationen, in denen Panikattacken aufgetreten sind.

Anamnese:

- **Persönliche Vorgeschichte:** Angabe von häufigen Angstzuständen, möglicherweise schon seit der Kindheit.
- **Medizinische und psychische Vorgeschichte:** Vorherige Episoden von Panikattacken, möglicherweise auch andere Angststörungen, Depressionen oder phobische Störungen.
- **Familienanamnese:** Vorkommen von Angststörungen oder anderen psychischen Erkrankungen in der Familie.
- **Beginn und Verlauf der Symptome:** Erste Panikattacken oft ohne klaren Auslöser, wiederholte Episoden von intensiver Angst.

Psychopathologischer Befund:

- **Stimmung und Affekt:** Angespannt, ängstlich, oft besorgt und reizbar.
- **Denkprozesse:** Übermäßige Besorgnis, Gedankenrasen während der Attacken.
- **Wahrnehmung:** Depersonalisation und Derealisation während der Panikattacken.
- **Kognitive Funktionen:** Normal zwischen den Attacken, während der Attacken beeinträchtigt durch die intensive Angst.
- **Orientierung:** Voll orientiert, jedoch während der Attacken manchmal desorientiert bezüglich der Situation.

Diagnostik nach ICD-10 (diagnostische Kriterien):

Primäre Symptome:

- Wiederholte, unerwartete Panikattacken

- Mindestens eine der Attacken wird gefolgt von einem Monat oder länger anhaltender Angst vor weiteren Attacken, Sorge über die Bedeutung der Attacke oder deutliche Verhaltensänderungen im Zusammenhang mit den Attacken.

Sekundäre Symptome:

- Begleitende Symptome wie Herzrasen, Schwitzen, Zittern, Atemnot, Schwindel.

Ausschlusskriterien:

- Symptome dürfen nicht durch eine Substanz (z.B. Drogen oder Medikamente) oder eine andere medizinische Erkrankung verursacht sein.
- Symptome dürfen nicht besser durch eine andere psychische Störung (z.B. soziale Phobie, spezifische Phobie, Zwangsstörung, posttraumatische Belastungsstörung) erklärt werden.

Differentialdiagnostik:

- **Generalisierte Angststörung:** Ständige und übermäßige Angst und Sorge über verschiedene Ereignisse oder Aktivitäten, ohne die plötzlich auftretenden, intensiven Panikattacken.
- **Soziale Phobie:** Angst vor sozialen Situationen, die zu Verlegenheit führen könnten, ohne die unvorhersehbaren Panikattacken.
- **Spezifische Phobien:** Intensive Angst vor spezifischen Objekten oder Situationen, die vermieden werden, ohne die wiederkehrenden Panikattacken.
- **Posttraumatische Belastungsstörung:** Wiederkehrende, aufdringliche Erinnerungen und Angst nach einem traumatischen Ereignis.
- **Herz-Kreislauf-Erkrankungen:** Untersuchung zur Ausschlussdiagnose, da ähnliche körperliche Symptome auftreten können.

Komorbiditäten:

- **Depressionen:** Häufig gleichzeitig mit Panikstörung vorhanden.
- **Andere Angststörungen:** Generalisierte Angststörung, soziale Phobie, spezifische Phobien.
- **Substanzmissbrauch:** Häufige Selbstmedikation mit Alkohol oder Drogen.
- **Somatoforme Störungen:** Häufige körperliche Beschwerden ohne organischen Befund.

Verlauf der Erkrankung:

- **Kurzfristig:** Häufiges Auftreten von Panikattacken, stark beeinträchtigendes Vermeidungsverhalten.
- **Langfristig:** Chronischer Verlauf mit wechselnder Intensität der Symptome, ohne Behandlung oft Verschlechterung der Lebensqualität.

Risikofaktoren:

- **Genetische Prädisposition:** Familiengeschichte von Angststörungen.
- **Psychosoziale Faktoren:** Stress, traumatische Ereignisse, Missbrauch in der Kindheit.
- **Biologische Faktoren:** Dysfunktion in neurobiologischen Systemen, z.B. Serotonin- und Noradrenalinsystem.

Prognose:

- Gute Behandlungsaussichten mit Kombination aus Psychotherapie und Medikation.
- Ohne Behandlung können Symptome chronisch werden und zu schwerwiegenden Einschränkungen führen.

Psychotherapieverfahren und weitere Interventionen:

- **Kognitive Verhaltenstherapie (KVT):** Identifikation und Veränderung dysfunktionaler Gedankenmuster und Verhaltensweisen.
- **Expositionstherapie:** Systematische Konfrontation mit den angstauslösenden Situationen, um die Vermeidung zu reduzieren.
- **Entspannungstechniken:** Atemübungen, progressive Muskelentspannung, Achtsamkeitstraining.
- **Psychoedukation:** Aufklärung über die Störung und deren Bewältigungsstrategien.

Psychopharmakotherapie:

- **Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRIs):** Erste Wahl bei medikamentöser Behandlung (z.B. Fluoxetin, Sertralin).
- **Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRIs):** Alternative zu SSRIs (z.B. Venlafaxin).
- **Benzodiazepine:** Kurzfristige Behandlung zur Linderung akuter Angstzustände (z.B. Lorazepam, Alprazolam), jedoch wegen Suchtgefahr mit Vorsicht zu verwenden.
- **Trizyklische Antidepressiva:** Alternative bei Unverträglichkeit oder Ineffektivität von SSRIs/SNRIs (z.B. Imipramin).

virtuelle Person zu neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4) incl. Anamnese und psychopathologischen Befund nach ICD-10

hier: F41: Andere Angststörungen

genauer: F41.0: Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst]

Virtuelle Person: Max K.

Allgemeine Informationen

- **Alter:** 35 Jahre
- **Geschlecht:** Männlich
- **Beruf:** IT-Spezialist
- **Sozialer Hintergrund:**
Aufgewachsen in einer Kleinstadt, verheiratet, zwei Kinder



Sozialer und familiärer Hintergrund

- **Familienanamnese:** Vater mit generalisierter Angststörung, Mutter mit Depressionen
- **Kindheit:** Behütetes Umfeld, keine auffälligen Probleme in der Kindheit. Normale Schulleistungen, guter sozialer Rückhalt in der Familie.
- **Bildungsweg:** Abgeschlossenes Studium der Informatik
- **Beziehungen:** Stabile Ehe, jedoch berichtet seine Frau über zunehmende Konflikte aufgrund seiner Ängste

Medizinische und psychiatrische Vorgeschichte

- **Frühere medizinische Probleme:** Keine ernsthaften körperlichen Erkrankungen, gelegentliche Migräne
- **Psychiatrische Vorgeschichte:** Erstmalige Panikattacke vor drei Jahren ohne erkennbaren Auslöser. Seitdem episodische

Panikattacken, zunehmend an Frequenz und Intensität.
Regelmäßige Besuche beim Hausarzt und kürzlich Beginn einer kognitiven Verhaltenstherapie.

Aktuelle Symptome und Verhaltensweisen

1. Wiederkehrende, unerwartete Panikattacken:

- **Symptome während der Attacken:** Herzklopfen, Schweißausbrüche, Zittern, Atemnot, Gefühl von Erstickern, Brustschmerzen, Übelkeit, Schwindel, Derealisation (Gefühl der Unwirklichkeit), Depersonalisation (sich selbst fremd fühlen), Angst vor Kontrollverlust oder „verrückt zu werden“, Angst zu sterben.
- **Häufigkeit und Dauer:** Panikattacken treten mehrmals pro Woche auf, dauern jeweils etwa 10-30 Minuten.

2. Anhaltende Sorge über weitere Panikattacken:

- **Gedanken:** Ständige Angst vor der nächsten Panikattacke, Grübeln über mögliche Auslöser und Konsequenzen.
- **Verhaltensweisen:** Vermeidung von Situationen, die er mit Panikattacken in Verbindung bringt (z.B. Autofahren, Menschenmengen, allein zu Hause sein).

3. Signifikante Verhaltensänderungen:

- **Lebensführung:** Einschränkung der sozialen und beruflichen Aktivitäten, häufiges Krankmelden.
- **Kompensationsstrategien:** Mitführen von Beruhigungsmitteln, ständige Begleitung durch die Frau oder enge Freunde.

Psychopathologischer Befund

- **Erscheinung:** Gepflegt, aber leicht unruhig, häufige Nervosität während des Gesprächs
- **Bewusstsein und Orientierung:** Klar und voll orientiert

- **Auffassung und Konzentration:** Gelegentliche Konzentrationsschwierigkeiten, besonders bei Gesprächen über Angstauslöser
- **Gedächtnis:** Kurz- und Langzeitgedächtnis intakt
- **Denkprozesse:** Geordnet, jedoch geprägt von ständiger Besorgnis und katastrophisierenden Gedanken
- **Affekt:** Ängstlich, gespannt, gelegentlich verzweifelt, manchmal gereizt
- **Antrieb und Psychomotorik:** Vermindert in Situationen, die als potenziell angstinduzierend wahrgenommen werden, sonst normal
- **Wahrnehmung:** Keine Halluzinationen, jedoch gelegentlich Derealisations- und Depersonalisationsgefühle während Panikattacken
- **Introspektion und Krankheitseinsicht:** Gute Krankheitseinsicht, jedoch übermäßig fokussiert auf körperliche Symptome und mögliche medizinische Ursachen, was zu häufigen Arztbesuchen führt

Zusammenfassung

Diese virtuelle Darstellung von Max K. berücksichtigt alle relevanten diagnostischen Kriterien für eine Panikstörung (F41.0) gemäß ICD-10. Die detaillierte Anamnese und der psychopathologische Befund bieten ein umfassendes Bild der psychischen Gesundheit und des Alltagslebens von Max K. mit einer Panikstörung.

Generalisierte Angststörung (F41.1)

Definition:

Die Generalisierte Angststörung (GAD) ist durch anhaltende und übermäßige Angst und Sorge gekennzeichnet, die schwer zu kontrollieren sind. Diese Sorgen betreffen oft alltägliche Ereignisse und Aktivitäten und halten für mindestens sechs Monate an.

Formen:

Es gibt keine spezifischen Unterformen der GAD im ICD-10. Die Störung kann jedoch in ihrer Schwere und in den betroffenen Lebensbereichen variieren.

Klassifikation nach ICD-10:

- **F41.1:** Generalisierte Angststörung

Triadisches System:

- **Psychogene psychische Störung:**
Diese Gruppe geht davon aus, dass die Ursache der Erkrankung bzw. Störung rein psychischer Natur ist. Generalisierte Angststörungen gehören zu den neurotischen Erkrankungen.

Typische Symptome:

- **Kognitive Symptome:** Anhaltende und übermäßige Sorgen, oft über alltägliche Ereignisse oder Aufgaben, Schwierigkeiten, die Sorgen zu kontrollieren, Konzentrationsprobleme.
- **Somatische Symptome:** Muskelverspannungen, Kopfschmerzen, Schwitzen, Zittern, Magen-Darm-Beschwerden, Schlafstörungen (Schwierigkeiten beim Ein- und Durchschlafen).
- **Emotionale Symptome:** Ständige Nervosität, Reizbarkeit, innere Unruhe.

- **Verhaltenssymptome:** Vermeidung von stressreichen Situationen, übermäßige Vorsicht, häufiges Zurückziehen aus sozialen Aktivitäten.

Anamnese:

- **Persönliche Vorgeschichte:** Informationen über das Auftreten von Angst und Sorgen im Kindes- oder Jugendalter, berufliche und soziale Aktivitäten, frühere Bewältigungsstrategien.
- **Medizinische und psychische Vorgeschichte:** Vorherige körperliche und psychische Erkrankungen, frühere Behandlungen und Therapieansätze, Medikamentenanamnese.
- **Familienanamnese:** Vorkommen von Angststörungen, Depressionen oder anderen psychischen Erkrankungen in der Familie.
- **Beginn und Verlauf der Symptome:** Zeitlicher Verlauf der Angst und Sorgen, Auslöser und verstärkende Faktoren, Auswirkungen auf das tägliche Leben.

Psychopathologischer Befund:

- **Stimmung und Affekt:** Anhaltende Nervosität, häufige Reizbarkeit, inneres Unbehagen.
- **Denkprozesse:** Konzentrationsschwierigkeiten, Grübeln, negative Gedankenmuster, übermäßige Besorgnis.
- **Wahrnehmung:** Keine Halluzinationen oder Illusionen.
- **Kognitive Funktionen:** In der Regel intakt, jedoch beeinträchtigt durch anhaltende Sorgen und Angst.
- **Verhalten:** Vermeidungsverhalten, Übervorsicht, sozialer Rückzug.

Diagnostik nach ICD-10 (diagnostische Kriterien):

Primäre Symptome:

- Übermäßige Angst und Sorge, die schwer zu kontrollieren sind.
- Symptome treten an den meisten Tagen über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten auf.

Sekundäre Symptome:

- Ruhelosigkeit oder ständiges Gefühl von Anspannung.
- Leichte Ermüdbarkeit.
- Konzentrationsschwierigkeiten oder Gefühl von "Leere im Kopf".
- Reizbarkeit.
- Muskelverspannungen.
- Schlafstörungen (Ein- oder Durchschlafschwierigkeiten oder unruhiger, nicht erholsamer Schlaf).

Ausschlusskriterien:

- Die Symptome dürfen nicht durch eine andere psychische Störung (z.B. Panikstörung, Zwangsstörung) oder eine körperliche Erkrankung (z.B. Hyperthyreose) verursacht sein.

Differentialdiagnostik:

- **Panikstörung:** Abgrenzung durch das Fehlen von Panikattacken.
- **Soziale Phobie:** Abgrenzung durch die Generalisierung der Ängste auf viele Lebensbereiche, nicht nur soziale Situationen.
- **Zwangsstörung:** Abgrenzung durch das Fehlen von Zwangsgedanken und -handlungen.
- **Depressive Störungen:** Überlappende Symptome, jedoch primär durch ständige und intensive Sorgen und nicht durch depressive Verstimmung geprägt.
- **Somatische Erkrankungen:** Ausschluss durch medizinische Untersuchungen (z.B. Hyperthyreose, chronische

Schmerzsyndrome).

Komorbiditäten:

- **Depression:** Häufig bei Patienten mit generalisierter Angststörung.
- **Andere Angststörungen:** Panikstörung, soziale Phobie.
- **Substanzmissbrauch:** Nutzung von Alkohol oder Beruhigungsmitteln als Bewältigungsstrategie.
- **Schlafstörungen:** Chronische Insomnie.

Verlauf der Erkrankung:

- Chronisch und oft wechselhaft, mit Perioden intensiverer und geringerer Symptome.
- Kann über Jahre hinweg bestehen bleiben, oft mit einer Tendenz zur Verschlechterung ohne Behandlung.

Risikofaktoren:

- **Genetische Prädisposition:** Familiengeschichte von Angststörungen.
- **Frühkindliche Erfahrungen:** Traumata, Missbrauch oder Vernachlässigung.
- **Persönlichkeitsfaktoren:** Neigung zu Perfektionismus, hohe Verantwortungsübernahme.
- **Stress:** Anhaltende stressreiche Lebensbedingungen.

Prognose:

- Mit adäquater Behandlung gute Aussichten auf Symptomlinderung.
- Ohne Behandlung besteht das Risiko einer Chronifizierung und Verschlechterung der Lebensqualität.

Psychotherapieverfahren und weitere Interventionen:

- **Kognitive Verhaltenstherapie (KVT):** Identifikation und Veränderung dysfunktionaler Gedankenmuster und Verhaltensweisen, Entspannungsverfahren.
- **Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT):** Förderung der Akzeptanz von Ängsten und Engagement für wertorientiertes Handeln.
- **Mindfulness-basierte Therapie:** Achtsamkeitstraining zur Reduktion von Grübeln und Angst.
- **Biofeedback:** Verbesserung der Körperwahrnehmung und -regulation.
- **Psychoedukation:** Aufklärung über die Störung und Bewältigungsstrategien.
- **Stressmanagement:** Techniken zur Reduktion und Bewältigung von Stress.

Psychopharmakotherapie:

- **Antidepressiva:** Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRIs) wie Sertralin, Escitalopram; Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRIs) wie Venlafaxin, Duloxetin.
- **Anxiolytika:** Benzodiazepine (kurzfristig und mit Vorsicht aufgrund des Suchtpotenzials), Buspiron.
- **Beta-Blocker:** Propranolol zur Reduktion somatischer Symptome wie Herzrasen und Zittern.
- **Antikonvulsiva:** Pregabalin bei unzureichendem Ansprechen auf andere Medikamente.

virtuelle Person zu neurotische, Belastungs- und somatoforme
Störungen (F4) incl. Anamnese und psychopathologischen Befund
nach ICD-10

hier: *F41: Andere Angststörungen*
genauer: *F41.1: Generalisierte Angststörung*

Virtuelle Person: Jordan P.

Allgemeine Informationen

- **Name:** Jordan P.
- **Alter:** 34 Jahre
- **Geschlecht:** Nicht-binär
- **Beruf:** Verkäufer/in



Sozialer und familiärer Hintergrund

- **Familienanamnese:** Keine bekannten psychischen Erkrankungen in der Familie. Eltern sind geschieden. Jordan hat zwei jüngere Geschwister.
- **Kindheit:** Aufgewachsen in einem Vorort, keine gravierenden familiären Konflikte, jedoch frühe Verantwortungsübernahme für jüngere Geschwister.
- **Bildungsweg:** Abitur, danach eine Ausbildung im Einzelhandel abgeschlossen.

Medizinische und psychiatrische Vorgeschichte

- **Frühere medizinische Probleme:** Leichte Asthmaerkrankung, ansonsten körperlich gesund.
- **Psychiatrische Vorgeschichte:** Seit dem frühen Erwachsenenalter bestehende Angstprobleme, mehrere Versuche, Angst mit medikamentöser Behandlung und Psychotherapie zu kontrollieren.

Aktuelle Symptome und Verhaltensweisen (Diagnostische Kriterien gemäß ICD-10 F41.1: Generalisierte Angststörung)

1. Übermäßige Angst und Sorge (erwartungsvolle Besorgnis), die schwer zu kontrollieren ist:

- **Beschreibung:** Jordan berichtet von ständigen, unbegründeten Sorgen über alltägliche Ereignisse und Tätigkeiten (z.B. Arbeit, Gesundheit der Familie). Die Sorgen treten fast täglich und über einen Zeitraum von mehr als sechs Monaten auf.

2. Mindestens drei der folgenden Symptome müssen vorhanden sein:

- **Ruhelosigkeit oder ständiges "Auf-dem-Sprung-Sein":**
 - **Beschreibung:** Jordan ist häufig nervös und kann sich nur schwer entspannen.
- **Leichte Ermüdbarkeit:**
 - **Beschreibung:** Jordan fühlt sich oft müde und erschöpft, selbst nach ausreichendem Schlaf.
- **Konzentrationsschwierigkeiten oder das Gefühl, dass der Geist leer ist:**
 - **Beschreibung:** Jordan hat Probleme, sich auf Aufgaben zu konzentrieren und berichtet, dass die Gedanken oft abschweifen.
- **Reizbarkeit:**
 - **Beschreibung:** Jordan wird leicht gereizt, vor allem in stressigen Situationen.
- **Muskelspannung:**
 - **Beschreibung:** Häufige Verspannungen im Nacken- und Schulterbereich.

- **Schlafstörungen (Schwierigkeiten beim Ein- oder Durchschlafen oder unruhiger, unbefriedigender Schlaf):**
 - **Beschreibung:** Jordan leidet unter Einschlafproblemen und wacht häufig in der Nacht auf.
3. **Die Angst und die damit verbundenen Symptome verursachen klinisch bedeutsames Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.**
- **Beschreibung:** Jordans Angst beeinträchtigt die Arbeitsleistung und führt zu Konflikten am Arbeitsplatz. Auch im privaten Umfeld gibt es Einschränkungen, wie z.B. das Vermeiden von sozialen Aktivitäten.

Psychopathologischer Befund

- **Erscheinung:** Gepflegt, aber wirkt angespannt und nervös.
- **Bewusstsein und Orientierung:** Klar und voll orientiert.
- **Auffassung und Konzentration:** Beeinträchtigt durch ständige Sorgen, Schwierigkeiten, sich auf das Gespräch zu konzentrieren.
- **Gedächtnis:** Kurz- und Langzeitgedächtnis intakt, jedoch subjektive Gedächtnisprobleme aufgrund der Angst.
- **Denkprozesse:** Geordnet, jedoch stark von Sorgen dominiert.
- **Affekt:** Ängstlich, häufige Wechsel zwischen nervös und gereizt.
- **Antrieb und Psychomotorik:** Antrieb reduziert, häufige Anspannung der Muskulatur.
- **Wahrnehmung:** Keine Halluzinationen oder Wahrnehmungsstörungen.
- **Introspektion und Krankheitseinsicht:** Gute Einsicht in die Problematik, jedoch Schwierigkeiten, die Kontrolle über die Sorgen zu gewinnen.

Zusammenfassung

Diese umfassende und strukturierte Darstellung von Jordan P. folgt den diagnostischen Kriterien der ICD-10 für eine generalisierte Angststörung (F41.1). Sie umfasst eine detaillierte Anamnese, die aktuellen Symptome und einen vollständigen psychopathologischen Befund, der die psychische und physische Verfassung der Person darstellt.

Zwangsstörungen (F42)

Definition:

Zwangsstörungen sind psychische Störungen, die durch das Auftreten von Zwangsgedanken (obsessive Gedanken) und Zwangshandlungen (compulsive Handlungen) gekennzeichnet sind. Diese Gedanken und Handlungen werden als unangenehm, übertrieben und sinnlos empfunden, führen jedoch zu erheblichem Leidensdruck und Beeinträchtigungen im Alltag.

Formen:

- **Vorwiegend Zwangsgedanken oder Grübelzwang (F42.0)**
- **Vorwiegend Zwangshandlungen [Zwangsrituale] (F42.1)**
- **Zwangsgedanken und -handlungen, gemischt (F42.2)**

Klassifikation nach ICD-10:

- **F42.0:** Vorwiegend Zwangsgedanken oder Grübelzwang
- **F42.1:** Vorwiegend Zwangshandlungen [Zwangsrituale]
- **F42.2:** Zwangsgedanken und -handlungen, gemischt
- **F42.8:** Sonstige Zwangsstörungen
- **F42.9:** Zwangsstörung, nicht näher bezeichnet

Triadisches System:

- **Psychogene psychische Störung:**
Zwangsstörungen (F42) fallen unter die psychogenen psychischen Störungen, da die Ursache dieser Erkrankung rein psychischer Natur ist.

Typische Symptome:

- **Zwangsgedanken:** Wiederkehrende, aufdringliche und

unangenehme Gedanken, Bilder oder Impulse, die Angst oder Unbehagen auslösen (z.B. Angst vor Kontamination, aggressive Gedanken).

- **Zwangshandlungen:** Wiederholte Verhaltensweisen oder mentale Handlungen, die als Reaktion auf Zwangsgedanken ausgeführt werden (z.B. Händewaschen, Zählen, Kontrollieren).
- **Leidensdruck:** Erhebliche Belastung durch die Unfähigkeit, die Gedanken und Handlungen zu kontrollieren.
- **Beeinträchtigung:** Deutliche Beeinträchtigung des täglichen Lebens, sozialer Interaktionen und beruflicher Aufgaben.

Anamnese:

- **Persönliche Vorgeschichte:** Lebensstil, Beruf, bisherige Lebensumstände, Beginn und Verlauf der Zwänge.
- **Medizinische und psychische Vorgeschichte:** Frühere psychiatrische Behandlungen, andere psychische oder physische Erkrankungen.
- **Familienanamnese:** Vorkommen von Zwangsstörungen oder anderen psychischen Erkrankungen in der Familie.
- **Beginn und Verlauf der Symptome:** Erster Beginn der Zwangsgedanken und -handlungen, Auslöser, zeitlicher Verlauf.

Psychopathologischer Befund:

- **Stimmung und Affekt:** Oft ängstlich oder deprimiert, je nach Schwere der Zwangsstörung.
- **Denkprozesse:** Vorhandensein von aufdringlichen Gedanken, die als unkontrollierbar und unangenehm empfunden werden.
- **Wahrnehmung:** Keine Halluzinationen, jedoch kann die Wahrnehmung durch Zwangsgedanken stark beeinflusst sein.
- **Kognitive Funktionen:** Gedächtnis, Aufmerksamkeit und Orientierung sind in der Regel intakt, können aber durch Zwänge

beeinträchtigt sein.

Diagnostik nach ICD-10 (diagnostische Kriterien):

Primäre Symptome:

- Wiederholte Zwangsgedanken oder -handlungen.
- Gedanken und Handlungen sind als übertrieben und unsinnig erkannt.
- Erheblicher Leidensdruck und Beeinträchtigung durch die Zwänge.

Sekundäre Symptome:

- Angst und Unruhe als Reaktion auf Zwangsgedanken.
- Vermeidungsverhalten in Bezug auf Auslöser der Zwangsgedanken.

Ausschlusskriterien:

- Die Symptome dürfen nicht durch andere psychische Störungen wie Schizophrenie oder affektive Störungen besser erklärt werden.

Differentialdiagnostik:

- **Zwanghafte Persönlichkeitsstörung (F60.5):** Unterscheidung durch den Grad der Einsicht und Flexibilität in Bezug auf die Zwänge.
- **Schizophrenie:** Ausschluss durch das Fehlen von Wahnvorstellungen und Halluzinationen.
- **Depressive Störungen:** Differenzierung durch den primären Fokus auf Zwangsgedanken und -handlungen bei der Zwangsstörung.

Komorbiditäten:

- **Depression:** Häufig auftretend bei Patienten mit Zwangsstörungen.
- **Angststörungen:** Generalisierte Angststörung, Panikstörung, soziale Phobie.
- **Essstörungen:** Anorexia nervosa, Bulimia nervosa.
- **Ticstörungen:** Häufiges gemeinsames Auftreten von Zwangsstörungen und Tics.

Verlauf der Erkrankung:

- **Frühstadium:** Beginn oft in der Kindheit oder frühen Jugend, schleichender Verlauf.
- **Mittelstadium:** Zunehmende Beeinträchtigung durch Zwänge, erheblicher Leidensdruck.
- **Spätstadium:** Stabile chronische Symptome, bei unbehandelten Fällen zunehmende Beeinträchtigung der Lebensqualität.

Risikofaktoren:

- **Genetische Prädisposition**
- **Stress und traumatische Erlebnisse**
- **Neurobiologische Faktoren**

Prognose:

- Bei frühzeitiger und adäquater Behandlung gute Aussichten auf Symptomreduktion.
- Chronischer Verlauf bei unzureichender Behandlung möglich.

Psychotherapieverfahren und weitere Interventionen:

- **Kognitive Verhaltenstherapie (KVT):** Exposition mit Reaktionsverhinderung (ERP) zur Reduktion der Zwänge.

- **Psychoedukation:** Aufklärung des Patienten und der Angehörigen über die Erkrankung.
- **Selbsthilfegruppen:** Unterstützung durch Austausch mit Betroffenen.
- **Familientherapie:** Einbeziehung der Familie zur Verbesserung des Verständnisses und Unterstützung.

Psychopharmakotherapie:

- **Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRIs):** Fluoxetin, Sertralin, Paroxetin zur Reduktion der Zwangssymptome.
- **Trizyklische Antidepressiva:** Clomipramin bei Nichtansprechen auf SSRIs.
- **Antipsychotika:** Bei schweren und therapieresistenten Fällen als Zusatzmedikation.

virtuelle Person zu neurotische, Belastungs- und somatoforme
Störungen (F4) incl. Anamnese und psychopathologischen Befund
nach ICD-10

hier: *F42: Zwangsstörungen*

Virtuelle Person: David Weber

Allgemeine Informationen

- **Name:** David Weber
- **Alter:** 35 Jahre
- **Geschlecht:** Männlich
- **Beruf:** Ingenieur
- **Familienstand:** Verheiratet, zwei Kinder



Sozialer und familiärer Hintergrund

- **Familienanamnese:** Keine bekannten psychischen Erkrankungen in der Familie.
- **Kindheit:** Aufgewachsen in einem stabilen Umfeld, Eltern lebten zusammen, gute Beziehung zu Geschwistern.
- **Bildungsweg:** Abgeschlossenes Ingenieurstudium, erfolgreiche berufliche Laufbahn.

Anamnese

- **Beginn der Symptomatik:** Erste Anzeichen von Zwangssymptomen im späten Jugendalter, Intensivierung der Symptome im frühen Erwachsenenalter.
- **Verlauf:** Anhaltende Zwangsgedanken und -handlungen, die im Laufe der Jahre zunehmend das tägliche Leben beeinträchtigen.

- **Vorherige Behandlungen:** Mehrere ambulante psychotherapeutische Behandlungen, aktuell in kognitiver Verhaltenstherapie.

Aktuelle Symptome und Verhaltensweisen

1. **Zwangsgedanken:** Anhaltende, unerwünschte Gedanken, die als unangenehm und sinnlos empfunden werden. Beispiele: Angst vor Kontamination, exzessive Zweifel.
2. **Zwangshandlungen:** Wiederholte, ritualisierte Verhaltensweisen, die zur Reduktion der Angst ausgeführt werden. Beispiele: exzessives Händewaschen (bis zu 30 Mal am Tag), ständiges Überprüfen von Türen und Schlössern.
3. **Beeinträchtigung des Alltags:** Die Zwangshandlungen nehmen täglich mehrere Stunden in Anspruch und führen zu erheblichem Leid sowie Einschränkungen in sozialen und beruflichen Bereichen.
4. **Einsicht:** Bewusstsein darüber, dass die Zwangsgedanken und -handlungen übertrieben und unvernünftig sind, jedoch Unfähigkeit, diese zu kontrollieren.

Psychopathologischer Befund

- **Erscheinung:** Gepflegt, jedoch sichtbar angespannt, häufiges Händewaschen während des Gesprächs.
- **Bewusstsein und Orientierung:** Klar und voll orientiert.
- **Auffassung und Konzentration:** Beeinträchtigt durch ständige Zwangsgedanken.
- **Gedächtnis:** Kurz- und Langzeitgedächtnis intakt.
- **Denken:** Zwanghaftes Denken, kreisende Gedanken um Kontaminationsängste und Sicherheit.
- **Affekt:** Anspannung und Angst, gelegentlich Gereiztheit, wenn Zwangshandlungen unterbrochen werden.
- **Antrieb und Psychomotorik:** Keine Antriebsstörungen, jedoch repetitives Händewaschen.

- **Wahrnehmung:** Keine Halluzinationen oder Wahnvorstellungen.
- **Introspektion und Krankheitseinsicht:** Gute Krankheitseinsicht, aber erhebliche Schwierigkeiten, die Zwangshandlungen zu unterbrechen.

Diagnostische Kriterien gemäß ICD-10 F42 (Zwangsstörungen)

1. **Wiederkehrende Zwangsgedanken oder -handlungen:** David zeigt wiederholt unerwünschte, intrusive Gedanken und ritualisierte Handlungen.
2. **Erheblicher Leidensdruck und Beeinträchtigung:** Die Symptome verursachen erheblichen Stress und beeinträchtigen seine Fähigkeit, berufliche und soziale Aufgaben zu erfüllen.
3. **Erkenntnis der Übertriebenheit der Zwangssymptome:** David ist sich bewusst, dass seine Gedanken und Handlungen übertrieben und unvernünftig sind.
4. **Dauer und Häufigkeit:** Die Zwangssymptome treten an den meisten Tagen über einen Zeitraum von mehr als zwei Wochen auf und beeinträchtigen den Alltag erheblich.

Zusammenfassung

Diese detaillierte, strukturierte Beschreibung von David Weber, einer virtuellen Person mit Zwangsstörungen (F42 nach ICD-10), berücksichtigt alle diagnostischen Kriterien sowie einen umfassenden psychopathologischen Befund. Die Beschreibung liefert ein vollständiges Bild seiner psychischen Gesundheit und zeigt, wie die Zwangsstörung sein tägliches Leben beeinflusst.

Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)

Definition:

Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) ist eine psychische Erkrankung, die als Reaktion auf ein traumatisches Ereignis auftritt. Zu den typischen Auslösern gehören Kriegserlebnisse, Naturkatastrophen, schwere Unfälle, körperliche oder sexuelle Gewalt.

Formen:

- **Akute PTBS:** Symptome treten innerhalb von sechs Monaten nach dem traumatischen Ereignis auf.
- **Chronische PTBS:** Symptome bestehen länger als sechs Monate.
- **Verzögerte PTBS:** Symptome treten mehr als sechs Monate nach dem traumatischen Ereignis auf.

Klassifikation nach ICD-10:

- **F43.1:** Posttraumatische Belastungsstörung

Triadisches System:

- **Psychogene psychische Störung:**
Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) fällt unter die psychogenen psychischen Störungen, da ihre Ursache rein psychischer Natur ist und durch extreme traumatische Erlebnisse ausgelöst wird.

Typische Symptome:

- **Intrusionen:** Wiederkehrende und belastende Erinnerungen an das traumatische Ereignis, Alpträume, Flashbacks.
- **Vermeidung:** Vermeidung von Erinnerungen, Gedanken,

Gefühlen, Aktivitäten, Orten oder Menschen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen.

- **Hyperarousal:** Übermäßige Schreckreaktionen, Hypervigilanz, Schlafstörungen, Reizbarkeit oder Wutausbrüche, Konzentrationsschwierigkeiten.
- **Negative Veränderungen in Kognitionen und Stimmung:** Negative Überzeugungen über sich selbst oder die Welt, verzerrte Schuldgefühle, anhaltend negatives emotionales Befinden, Gefühl der Entfremdung von anderen.

Anamnese:

- **Persönliche Vorgeschichte:** Lebensereignisse, frühere Traumata, sozialer und beruflicher Hintergrund.
- **Medizinische und psychische Vorgeschichte:** Vorherige Erkrankungen, frühere psychische Probleme und Behandlungen.
- **Familienanamnese:** Vorkommen von psychischen Erkrankungen in der Familie.
- **Beginn und Verlauf der Symptome:** Zeitpunkt und Art des traumatischen Ereignisses, zeitlicher Verlauf der Symptomatik.

Psychopathologischer Befund:

- **Stimmung und Affekt:** Angst, Depression, Reizbarkeit, emotionale Taubheit.
- **Denkprozesse:** Wiederkehrende intrusive Gedanken, Flashbacks.
- **Wahrnehmung:** Flashbacks können halluzinatorischen Charakter haben, jedoch keine echten Halluzinationen.
- **Kognitive Funktionen:** Beeinträchtigung durch ständige Beschäftigung mit dem Trauma, Konzentrationsstörungen.
- **Verhalten:** Vermeidungsverhalten, Hypervigilanz, übermäßige Schreckreaktionen.

Diagnostik nach ICD-10 (diagnostische Kriterien):

Kriterien für F43.1:

- Das Individuum war einem extrem belastenden traumatischen Ereignis ausgesetzt.
- Wiedererleben des Traumas in Form von Intrusionen (Flashbacks, Albträume).
- Vermeidung von Stimuli, die mit dem Trauma verbunden sind.
- Anhaltende Symptome von erhöhter Erregung (Hyperarousal).
- Symptome dauern länger als einen Monat und verursachen erhebliches Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

Differentialdiagnostik:

- **Akute Belastungsreaktion:** Symptome treten sofort nach dem Ereignis auf und dauern weniger als einen Monat.
- **Anpassungsstörung:** Reaktion auf identifizierbare psychosoziale Stressoren, jedoch nicht von der Intensität eines Traumas.
- **Depressive Störung:** Kann als Reaktion auf ein Trauma auftreten, jedoch ohne die charakteristischen Symptome von Intrusionen und Vermeidung.

Komorbiditäten:

- **Depression:** Häufige Komorbidität bei PTBS-Patienten.
- **Angststörungen:** Generalisierte Angststörung, Panikstörung.
- **Substanzmissbrauch:** Als Bewältigungsstrategie für die PTBS-Symptome.
- **Somatoforme Störungen:** Körperliche Beschwerden ohne organische Ursache.

Verlauf der Erkrankung:

- PTBS kann chronisch werden und über Jahre bestehen bleiben, besonders, wenn sie unbehandelt bleibt.
- Akute PTBS kann bei geeigneter Behandlung in eine Remission übergehen.

Risikofaktoren:

- Vorangegangene Traumata oder psychische Erkrankungen.
- Mangel an sozialer Unterstützung.
- Schwere und Dauer des traumatischen Erlebnisses.

Prognose:

- Mit geeigneter Therapie können viele Patienten eine deutliche Besserung erfahren.
- Chronische Verläufe sind möglich, insbesondere ohne angemessene Behandlung.

Psychotherapieverfahren und weitere Interventionen:

- **Traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie (TF-KVT):** Fokus auf das Verarbeiten des traumatischen Ereignisses und Reduktion der PTBS-Symptome.
- **Expositionstherapie:** Konfrontation mit traumarelevanten Erinnerungen und Situationen, um Vermeidungsverhalten abzubauen.
- **EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing):** Spezifische Technik zur Verarbeitung traumatischer Erinnerungen.
- **Narrative Expositionstherapie:** Erstellung einer zusammenhängenden Erzählung des traumatischen Erlebnisses.

Psychopharmakotherapie:

- **Antidepressiva:** SSRIs (z.B. Sertralin, Paroxetin) zur Reduktion von PTBS-Symptomen.
- **Anxiolytika:** Benzodiazepine zur kurzfristigen Linderung von Angst und Schlafstörungen (mit Vorsicht aufgrund von Abhängigkeitsrisiko).
- **Antipsychotika:** Bei schweren Fällen mit psychotischen Symptomen oder als Ergänzung zur Behandlung.

virtuelle Person zu neurotische, Belastungs- und somatoforme
Störungen (F4) incl. Anamnese und psychopathologischen Befund
nach ICD-10

hier: *F42: Reaktionen auf schwere Belastungen und
Anpassungsstörungen*
genauer: *F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung*

Virtuelle Person: Maria S.

- **Name:** Maria S.
- **Alter:** 42 Jahre
- **Geschlecht:** Weiblich
- **Beruf:** Krankenschwester
- **Sozialer Hintergrund:**
Aufgewachsen in einer
Großstadt, mittleres von fünf Kindern, geschieden, keine
Kinder



Anamnese

- **Familienanamnese:** Vater litt an Depressionen.
- **Persönliche Vorgeschichte:** Maria hatte eine schwierige Kindheit mit häufigen familiären Konflikten. Sie arbeitete seit ihrem 20. Lebensjahr als Krankenschwester.
- **Trauma:** Vor drei Jahren erlebte Maria eine gewalttätige Auseinandersetzung im Krankenhaus, bei der ein Kollege schwer verletzt wurde. Maria wurde selbst angegriffen und erlitt schwere Verletzungen.
- **Akute Reaktion:** Direkt nach dem Ereignis berichtete Maria über Angstzustände, Schlaflosigkeit und starke Schuldgefühle. Diese Symptome verbesserten sich jedoch nicht und führten zu einer Verschlechterung ihres Zustandes.

Diagnostische Kriterien gemäß ICD-10 F43.1 (Posttraumatische Belastungsstörung)

- **Erleben eines traumatischen Ereignisses:** Maria hat ein traumatisches Ereignis erlebt, das ihre persönlichen Grenzen weit überschritt und ein Gefühl intensiver Angst, Hilflosigkeit oder Entsetzen hervorrief.
- **Wiedererleben des Traumas:** Wiederkehrende und intrusive Erinnerungen an das Ereignis, einschließlich Alpträume und Flashbacks, die oft durch Erinnerungen an den Angriff oder ähnliche Situationen ausgelöst werden.
- **Vermeidung:** Aktive Vermeidung von Aktivitäten, Orten oder Personen, die an das traumatische Ereignis erinnern könnten. Maria vermeidet es, über den Angriff zu sprechen und meidet Krankenhausbesuche, wann immer es möglich ist.
- **Negative Veränderungen in Kognition und Stimmung:** Anhaltende und übertriebene negative Überzeugungen über sich selbst („Ich bin schwach“), andere oder die Welt. Maria hat Schwierigkeiten, positive Gefühle zu empfinden und zeigt eine deutlich verminderte Teilnahme an zuvor wichtigen Aktivitäten.
- **Erhöhtes Erregungsniveau:** Reizbarkeit und Wutausbrüche, übermäßige Wachsamkeit, übertriebene Schreckreaktionen, Konzentrationsprobleme und Schlafstörungen.

Psychopathologischer Befund

- **Erscheinung:** Gepflegt, aber müde und angespannt wirkend, vermeidet oft Blickkontakt.
- **Bewusstsein und Orientierung:** Klar und voll orientiert.
- **Auffassung und Konzentration:** Deutlich beeinträchtigt, hat Schwierigkeiten, sich auf Gespräche zu konzentrieren.
- **Gedächtnis:** Kurz- und Langzeitgedächtnis intakt, jedoch durch intrusive Erinnerungen beeinträchtigt.
- **Denken:** Gedankenfluss ist teilweise blockiert durch intrusive Erinnerungen und Flashbacks.

- **Affekt:** Stark labil, mit häufigen Ausbrüchen von Traurigkeit und Wut.
- **Antrieb und Psychomotorik:** Antriebsgemindert, zeigt eine verminderte psychomotorische Aktivität.
- **Wahrnehmung:** Keine Halluzinationen, jedoch starke Flashbacks und Albträume.
- **Introspektion und Krankheitseinsicht:** Teilweise Einsicht in die eigene Erkrankung, erkennt die Auswirkungen des Traumas, hat jedoch Schwierigkeiten, Hilfe anzunehmen.

Zusammenfassung

Diese virtuelle Darstellung von Maria S. umfasst detaillierte historische, klinische und psychopathologische Aspekte, die charakteristisch für eine Person mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) gemäß ICD-10 sind. Die Beschreibung enthält alle relevanten Lebensbereiche und bietet ein umfassendes Bild ihrer psychischen Gesundheit.

Somatisierungsstörung (F45.0)

Definition:

Die Somatisierungsstörung ist eine psychische Störung, die durch multiple, wiederholt auftretende und häufig wechselnde körperliche Symptome ohne ausreichende organische Grundlage gekennzeichnet ist. Diese Symptome führen zu erheblichen Beeinträchtigungen im Alltag und sind oft mit langwierigen und erfolglosen medizinischen Untersuchungen verbunden.

Formen:

- **Primäre Somatisierungsstörung:** Symptome beginnen meist vor dem 30. Lebensjahr und halten über Jahre hinweg an.
- **Sekundäre Somatisierungsstörung:** Entwickelt sich als Folge einer anderen psychischen Erkrankung oder in Reaktion auf chronischen Stress.

Klassifikation nach ICD-10:

- **F45.0:** Somatisierungsstörung

Triadisches System:

- **Psychogene psychische Störung:**
Die somatoformen Störungen gehören zu den psychogenen psychischen Störungen, da ihre Ursachen rein psychischer Natur sind und sie sich durch körperliche Symptome manifestieren, die nicht vollständig durch medizinische Krankheitsprozesse erklärt werden können.

Typische Symptome:

- **Multiple körperliche Beschwerden:** Schmerzen (z.B. Kopf-,

Rücken-, Gelenkschmerzen), gastrointestinale Beschwerden (z.B. Übelkeit, Blähungen), kardiovaskuläre Symptome (z.B. Herzrasen), urogenitale Symptome (z.B. häufiges Wasserlassen).

- **Symptome variieren:** Beschwerden wechseln häufig und betreffen verschiedene Körperbereiche.
- **Chronischer Verlauf:** Symptome bestehen über Jahre, oft seit der Jugend oder dem frühen Erwachsenenalter.
- **Beeinträchtigung im Alltag:** Einschränkungen in sozialen, beruflichen und persönlichen Bereichen.

Anamnese:

- **Persönliche Vorgeschichte:** Frühere berufliche Tätigkeiten, soziales Umfeld, Lebensstil.
- **Medizinische und psychische Vorgeschichte:** Vorherige Diagnosen, frühere und aktuelle Behandlungen, bisherige medizinische Befunde.
- **Familienanamnese:** Vorkommen von psychischen und somatischen Störungen in der Familie.
- **Beginn und Verlauf der Symptome:** Erstauftreten und zeitlicher Verlauf der körperlichen Beschwerden, Reaktionen auf medizinische Behandlungen.

Psychopathologischer Befund:

- **Stimmung und Affekt:** Häufig ängstlich, depressiv oder gereizt.
- **Denkprozesse:** Übermäßige Beschäftigung mit körperlichen Beschwerden, oft katastrophisierend.
- **Wahrnehmung:** Keine Halluzinationen, aber starke Körperwahrnehmung und übermäßige Sensibilität für körperliche Veränderungen.
- **Kognitive Funktionen:** Normal, jedoch stark fokussiert auf

körperliche Symptome.

- **Selbstversorgung:** Beeinträchtigt durch die häufigen Symptome und damit verbundenen Aktivitäten.

Diagnostik nach ICD-10 (diagnostische Kriterien):

Primäre Kriterien:

- Multiple, wiederholt auftretende und wechselnde körperliche Symptome über mindestens zwei Jahre.
- Ständige Suche nach medizinischer Hilfe, obwohl keine ausreichende organische Grundlage gefunden wird.
- Symptome führen zu erheblichem Leid und Beeinträchtigungen im sozialen und beruflichen Leben.

Sekundäre Kriterien:

- Symptome sind nicht absichtlich erzeugt oder vorgetäuscht.
- Symptome dürfen nicht besser durch eine andere psychische Störung erklärt werden.

Differentialdiagnostik:

- **Hypochondrische Störung:** Betroffene haben eine intensive Angst vor einer spezifischen Krankheit, während bei der Somatisierungsstörung die Symptome vielfältiger und wechselhafter sind.
- **Depression:** Körperliche Symptome können auch Teil einer depressiven Störung sein, jedoch steht hier die depressive Stimmung im Vordergrund.
- **Somatoforme autonome Funktionsstörung:** Körperliche Symptome sind auf ein Organsystem beschränkt und durch autonome Funktionsstörungen gekennzeichnet.

Komorbiditäten:

- **Depression:** Häufige Begleiterkrankung aufgrund der chronischen Belastung durch die Symptome.
- **Angststörungen:** Generalisierte Angststörung oder Panikstörung können gleichzeitig auftreten.
- **Persönlichkeitsstörungen:** Insbesondere die histrionische oder abhängige Persönlichkeitsstörung.

Verlauf der Erkrankung:

- Chronischer Verlauf mit fluktuierenden Symptomen.
- Symptome können in Stressphasen zunehmen.

Risikofaktoren:

- **Genetische Prädisposition:** Familiäre Häufung psychischer Störungen.
- **Psychosoziale Faktoren:** Traumatische Erlebnisse, chronischer Stress, belastende Lebensereignisse.
- **Persönlichkeitsmerkmale:** Hohe Sensibilität, Neigung zur Katastrophisierung.

Prognose:

- Die Prognose ist variabel und hängt stark von der individuellen Therapie und Unterstützung ab.
- Bei erfolgreicher Therapie und Bewältigungsstrategien können die Symptome deutlich reduziert werden.

Psychotherapieverfahren und weitere Interventionen:

- **Kognitive Verhaltenstherapie:** Identifikation und Modifikation dysfunktionaler Gedanken und Verhaltensweisen im Zusammenhang mit den körperlichen Beschwerden.

- **Entspannungstechniken:** Progressive Muskelentspannung, autogenes Training zur Reduktion von Stress und körperlicher Anspannung.
- **Psychoedukation:** Aufklärung über die Störung und Förderung eines besseren Krankheitsverständnisses.
- **Soziale Unterstützung:** Aufbau und Stärkung sozialer Netzwerke und Unterstützungssysteme.

Psychopharmakotherapie:

- **Antidepressiva:** SSRIs (Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer) oder SNRIs (Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer) zur Behandlung begleitender depressiver und ängstlicher Symptome.
- **Anxiolytika:** Kurzfristige Anwendung bei starken Angstzuständen, jedoch vorsichtiger Einsatz wegen Suchtgefahr.
- **Schmerzmittel:** Vorsichtiger Einsatz bei starken Schmerzen, um Medikamentenabhängigkeit zu vermeiden.

virtuelle Person zu neurotische, Belastungs- und somatoforme
Störungen (F4) incl. Anamnese und psychopathologischen Befund
nach ICD-10

hier: *F45: Somatoforme Störungen*
genauer: *F45.0: Somatisierungsstörung*

Virtuelle Person: Martin K.

Allgemeine Informationen

- **Alter:** 47 Jahre
- **Geschlecht:** Männlich
- **Beruf:** Bürokauffrau
- **Familienstand:** Verwitwet
- **Kinder:** 1
- **Wohnort:** Städtisch



Anamnese

Familienanamnese

- **Eltern:** Vater hatte eine chronische Magen-Darm-Erkrankung, Mutter litt an Depressionen.
- **Geschwister:** Zwei Geschwister, beide gesund.
- **Ehepartner:** Ehepartnerin vor 5 Jahren verstorben an einer Krebserkrankung.
- **Kind:** Ein 15-jähriger Sohn, gesund.

Persönliche Vorgeschichte

- **Kindheit:** Keine ernsthaften körperlichen Erkrankungen, oft besorgt über die Gesundheit der Eltern.

- **Jugend:** Durchschnittlicher Schüler, keine größeren gesundheitlichen Probleme, jedoch häufige Arztbesuche wegen unspezifischer Symptome.
- **Erwachsenenalter:** Mehrere Jahre stabile Beschäftigung als Bürokauffrau, zunehmende körperliche Beschwerden in den letzten 10 Jahren ohne organischen Befund.

Aktuelle Beschwerden und Symptome

- **Körperliche Symptome:** Vielfältige und wechselnde körperliche Beschwerden wie Schmerzen in verschiedenen Körperteilen (z.B. Kopf, Rücken, Gelenke), Verdauungsprobleme, Herzklopfen, Atembeschwerden.
- **Dauer der Symptome:** Bestehen seit mehreren Jahren, verschlimmern sich in Stresssituationen.
- **Arztbesuche:** Häufige Konsultation verschiedener Fachärzte, mehrfach durchgeführte diagnostische Tests ohne auffälligen Befund.
- **Krankheitsüberzeugung:** Feste Überzeugung, eine ernsthafte, noch unentdeckte Krankheit zu haben.

Diagnostische Kriterien gemäß ICD-10 F45.0 (Somatisierungsstörung)

1. **Vielfältige körperliche Beschwerden:** Mindestens 2 Jahre bestehend, anhaltende Klagen über multiple und wechselnde körperliche Symptome, die nicht vollständig durch eine nachgewiesene körperliche Erkrankung erklärt werden können.
2. **Krankheitsverhalten:** Andauernde Suche nach medizinischer Hilfe trotz wiederholter negativer Befunde und ärztlicher Versicherung, dass keine ernsthafte Erkrankung vorliegt.
3. **Beeinträchtigung des Alltags:** Deutliche Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen durch die Symptome.

Psychopathologischer Befund

- **Bewusstsein und Orientierung:** Klar, voll orientiert.
- **Aufmerksamkeit und Konzentration:** Auf körperliche Symptome fokussiert, ansonsten weitgehend intakt.
- **Denkprozesse:** Festgefahrene Überzeugung, an einer ernsthaften Krankheit zu leiden, sprunghaftes Denken in Bezug auf Symptome.
- **Stimmung:** Ängstlich-depressiv, oft besorgt und verzweifelt wegen der wahrgenommenen Gesundheitsprobleme.
- **Affekt:** Affektlabilität, schnelle Stimmungsschwankungen je nach gesundheitlicher Wahrnehmung.
- **Antrieb und Psychomotorik:** Antrieb reduziert durch anhaltende körperliche Beschwerden.
- **Wahrnehmung:** Keine Halluzinationen, Wahrnehmung der Symptome real und intensiv.
- **Krankheitseinsicht:** Keine Einsicht in die psychische Komponente der Beschwerden, stark somatisiertes Krankheitsbild.

Zusammenfassung

Diese detaillierte und strukturierte Beschreibung von Martin K. entspricht den diagnostischen Kriterien der ICD-10 für eine Somatisierungsstörung. Die Darstellung umfasst eine umfassende Anamnese und einen vollständigen psychopathologischen Befund, der alle relevanten Symptome und Verhaltensweisen abdeckt.

Hypochondrische Störung (F45.2)

Definition:

Die hypochondrische Störung ist gekennzeichnet durch die anhaltende Überzeugung, an einer oder mehreren schweren, fortschreitenden körperlichen Krankheiten zu leiden, obwohl keine ausreichenden somatischen Befunde vorliegen. Betroffene interpretieren körperliche Symptome oder normale Körperempfindungen als Hinweise auf eine ernste Erkrankung.

Formen:

- **Primäre Hypochondrie:** Starke Fixierung auf eine oder mehrere spezifische Krankheiten.
- **Sekundäre Hypochondrie:** Im Kontext anderer psychischer Störungen (z.B. Depression, Angststörungen).

Klassifikation nach ICD-10:

- **F45.2:** Hypochondrische Störung

Triadisches System:

- **Psychogene psychische Störung:**
Die Hypochondrische Störung wird durch rein psychische Ursachen bedingt.

Typische Symptome:

- **Kognitive Symptome:** Übermäßige Sorge und Angst, an einer schweren Krankheit zu leiden; ständige gedankliche Beschäftigung mit dem Gesundheitszustand.
- **Verhaltenssymptome:** Wiederholte Arztbesuche trotz beruhigender Befunde; exzessive Nutzung medizinischer

Informationen (Internetrecherche); häufige Selbstuntersuchungen.

- **Affektive Symptome:** Angst, Panikattacken, depressive Verstimmung, Reizbarkeit.

Anamnese:

- **Persönliche Vorgeschichte:** Häufige Arztbesuche und Konsultationen bei verschiedenen Fachärzten, oft ohne auffällige Befunde.
- **Medizinische und psychische Vorgeschichte:** In der Regel keine ernsthaften körperlichen Erkrankungen. Möglicherweise frühere depressive Episoden oder Angststörungen.
- **Familienanamnese:** Häufige Erkrankungen in der Familie oder ein Umfeld, in dem Gesundheitsprobleme eine große Rolle spielen.
- **Beginn und Verlauf der Symptome:** Langsam einsetzende, chronische Symptome, oft ausgelöst durch ein reales, aber harmloses medizinisches Ereignis.

Psychopathologischer Befund:

- **Orientierung:** Voll orientiert.
- **Gedächtnis und Merkfähigkeit:** Altersgerecht intakt.
- **Denken:** Fixiert auf die Vorstellung, krank zu sein. Gedanken kreisen ständig um die Möglichkeit schwerer Erkrankungen.
- **Affekt:** Ängstlich, gereizt, oft depressiv verstimmt.
- **Wahrnehmung:** Keine Halluzinationen, aber möglicherweise übertriebene Wahrnehmung normaler Körperempfindungen.
- **Urteilsfähigkeit und Einsicht:** Beeinträchtigte Krankheitseinsicht; starke Überzeugung, dass die Symptome auf eine ernsthafte Erkrankung hinweisen.
- **Soziale Interaktion:** Häufiger Rückzug aus sozialen Aktivitäten, verstärktes Bedürfnis nach Rückversicherung durch andere.

- **Selbstversorgung:** Normal, jedoch können rituelle Selbstuntersuchungen und -beobachtungen den Alltag beeinträchtigen.

Diagnostik nach ICD-10 (diagnostische Kriterien):

Primäre Symptome:

- Anhaltende Überzeugung, an einer oder mehreren schweren körperlichen Krankheiten zu leiden, trotz fehlender medizinischer Befunde.
- Übermäßige Beschäftigung mit der Möglichkeit einer Erkrankung, die zu signifikantem Leidensdruck und Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereiche führt.

Sekundäre Symptome:

- Häufige Arztbesuche und diagnostische Tests, trotz wiederholter negativer Ergebnisse.
- Anhaltende Angst und Furcht vor möglichen Krankheiten.

Ausschlusskriterien:

- Symptome dürfen nicht besser durch andere psychische Störungen, wie eine generalisierte Angststörung oder eine depressive Störung, erklärt werden.

Differentialdiagnostik:

- **Somatisierungsstörung:** Mehrere körperliche Beschwerden, die medizinisch nicht vollständig erklärt werden können.
- **Depressive Störung:** Überzeugung, schwer krank zu sein, kann im Rahmen einer schweren Depression auftreten.
- **Generalisierte Angststörung:** Allgemeine, anhaltende und übermäßige Sorgen, die sich nicht nur auf Krankheiten beziehen.
- **Zwangsstörung:** Übermäßige Gedanken über Krankheiten

können Teil einer Zwangsstörung sein, jedoch verbunden mit zwanghaften Handlungen.

Komorbiditäten:

- **Depression:** Häufige Begleiterkrankung, besonders bei chronischer Hypochondrie.
- **Angststörungen:** Generalisierte Angststörung oder Panikstörung.
- **Zwangsstörung:** Hypochondrische Gedanken können sich mit Zwangsstörungen überschneiden.

Verlauf der Erkrankung:

- Chronischer Verlauf mit wechselnder Intensität der Symptome.
- Episodische Verschlechterungen oft in Zeiten von Stress oder nach realen medizinischen Ereignissen.

Risikofaktoren:

- Familiäre Disposition für Angststörungen.
- Erlebte oder beobachtete Krankheiten in der Familie.
- Persönliche Erlebnisse mit schwerer Krankheit (selbst oder bei nahen Angehörigen).

Prognose:

- Varianter Verlauf; bei adäquater Therapie können Symptome reduziert und der Alltag besser bewältigt werden.
- Ohne Behandlung häufig chronisch mit signifikanter Beeinträchtigung der Lebensqualität.

Psychotherapieverfahren und weitere Interventionen:

- **Kognitive Verhaltenstherapie (KVT):** Bearbeitung dysfunktionaler Gedanken und Verhaltensweisen, Förderung von Realitätsüberprüfung.
- **Psychoedukation:** Aufklärung über die Erkrankung, Reduktion von Angst durch Wissen.
- **Expositionsverfahren:** Konfrontation mit angstauslösenden Gedanken und Situationen ohne Durchführung von Sicherheitsverhalten.
- **Entspannungstechniken:** Förderung von Entspannung zur Reduktion von Angst.

Psychopharmakotherapie:

- **Antidepressiva:** Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRIs) wie Fluoxetin, Sertralin zur Reduktion von Angst und Depression.
- **Anxiolytika:** Bei starken Angstsymptomen, jedoch nur kurzfristig aufgrund des Abhängigkeitspotenzials.
- **Kombinationstherapie:** Einsatz von Medikamenten begleitend zu psychotherapeutischen Maßnahmen zur besseren Symptomkontrolle.

virtuelle Person zu neurotische, Belastungs- und somatoforme
Störungen (F4) incl. Anamnese und psychopathologischen Befund
nach ICD-10

hier: *F45: Somatoforme Störungen*
genauer: *F45.2: Hypochondrische Störung*

Virtuelle Person: Michael S.

Allgemeine Informationen

- **Alter:** 37 Jahre
- **Geschlecht:** Männlich
- **Beruf:** Ingenieur
- **Familienstand:** Verheiratet
- **Kinder:** 2



Anamnese

Familienanamnese:

- Vater litt an einer generalisierten Angststörung, Mutter gesund.

Kindheit:

- Gesunde Kindheit, gute schulische Leistungen. Vermeidung von sportlichen Aktivitäten aufgrund von Angst vor Verletzungen.

Bildungsweg:

- Abitur, abgeschlossenes Studium der Ingenieurwissenschaften.

Berufliche Karriere:

- Stabile Karriere mit gelegentlichen Fehlzeiten aufgrund gesundheitlicher Ängste.

Frühere Beziehungen:

- Mehrere kurzzeitige Partnerschaften, derzeit verheiratet.

Medizinische Vorgeschichte:

- Regelmäßige Arztbesuche aufgrund verschiedener befürchteter Krankheiten, keine ernsthaften physischen Erkrankungen diagnostiziert.

Psychiatrische Vorgeschichte:

- Ambulante psychotherapeutische Behandlungen aufgrund von anhaltenden gesundheitlichen Ängsten und Sorgen.

Aktuelle Symptome und Verhaltensweisen

1. Anhaltende Beschäftigung mit der Möglichkeit, an einer oder mehreren schweren und fortschreitenden körperlichen Krankheiten zu leiden.
2. Normale oder unbedeutende körperliche Symptome werden häufig als Anzeichen einer schweren Krankheit gedeutet.
3. Ständige Suche nach medizinischer Bestätigung trotz wiederholter negativer Ergebnisse und ärztlicher Versicherung, dass keine ernsthafte Krankheit vorliegt.
4. Deutliche Beeinträchtigung des Alltagslebens durch die Krankheitssorgen.
5. Vermeidung bestimmter Aktivitäten oder Situationen aus Angst, diese könnten gesundheitsschädlich sein.
6. Häufiges Überprüfen des Körpers auf Anzeichen von Krankheit.
7. Wechselnde und langanhaltende Überzeugungen von unterschiedlichen Krankheiten (z.B. Herzkrankheiten, Krebs).

Psychopathologischer Befund

- **Erscheinung:** Aufmerksames, leicht angespanntes Erscheinungsbild, gepflegt.
- **Bewusstsein und Orientierung:** Klar und voll orientiert.
- **Aufmerksamkeit und Konzentration:** Erhöhte Aufmerksamkeit für körperliche Symptome, ansonsten unauffällig.

- **Gedächtnis:** Kurz- und Langzeitgedächtnis intakt.
- **Denken:** Inhaltlich auf Krankheit und körperliche Gesundheit fixiert, keine Wahnvorstellungen.
- **Affekt:** Angespannt, ängstlich, gelegentlich irritiert.
- **Antrieb und Psychomotorik:** Normale Psychomotorik, gelegentlich Unruhe bei Gesprächen über Gesundheit.
- **Wahrnehmung:** Keine Halluzinationen oder Wahrnehmungsstörungen.
- **Introspektion und Krankheitseinsicht:** Teilweise Krankheitseinsicht, jedoch Überzeugung von ernsthaften körperlichen Erkrankungen trotz medizinischer Gegenbeweise.

Fazit:

Diese strukturierte und umfassende Beschreibung berücksichtigt alle relevanten diagnostischen Kriterien der ICD-10 für eine hypochondrische Störung und liefert ein vollständiges Bild von Michael S., einer virtuellen Person mit dieser Diagnose.

Anorexia nervosa (F50.0)

Definition:

Anorexia nervosa ist eine Essstörung, die durch absichtlichen Gewichtsverlust, eine starke Angst vor Gewichtszunahme und eine verzerrte Körperwahrnehmung gekennzeichnet ist. Die Betroffenen streben ein extrem niedriges Körpergewicht an und haben eine gestörte Wahrnehmung ihres Körperbildes.

Formen:

- **Restriktiver Typ:** Gewichtsverlust wird durch Diäten, Fasten oder übermäßige körperliche Aktivität erreicht.
- **Binge-Eating/Purging Typ:** Betroffene zeigen regelmäßige Essanfälle oder bereinigen nach dem Essen durch Erbrechen oder Missbrauch von Abführmitteln.

Klassifikation nach ICD-10:

- **F50.0:** Anorexia nervosa

Triadisches System:

- **Psychogene psychische Störung:**
Anorexia nervosa wird in der Regel als psychogene Störung betrachtet, da die Ursachen oft rein psychischer Natur sind, wie z.B. tief verwurzelte Angst vor Gewichtszunahme, gestörtes Selbstbild und emotionale Faktoren.

Typische Symptome:

- **Kognitive Symptome:** Verzerrtes Körperbild, übertriebene Angst vor Gewichtszunahme.
- **Verhaltenssymptome:** Strenge Diäten, exzessive körperliche

Betätigung, Essanfälle gefolgt von Erbrechen oder Missbrauch von Abführmitteln.

- **Physische Symptome:** Signifikantes Untergewicht, Mangelernährung, Amenorrhoe (Ausbleiben der Menstruation), körperliche Schwäche.

Anamnese:

- **Persönliche Vorgeschichte:** Gewichtsverlustmethoden, Diätverhalten, körperliche Aktivität.
- **Medizinische und psychische Vorgeschichte:** Frühere Essstörungen, andere psychische Probleme (z.B. Depressionen, Angststörungen).
- **Familienanamnese:** Vorkommen von Essstörungen oder anderen psychischen Erkrankungen in der Familie.
- **Beginn und Verlauf der Symptome:** Erster Beginn der Symptome, Entwicklung des Essverhaltens, körperliche und psychische Veränderungen.

Psychopathologischer Befund:

- **Stimmung und Affekt:** Niedergeschlagenheit, Angst, Reizbarkeit.
- **Denkprozesse:** Übermäßige Beschäftigung mit Essen, Kalorien, Gewicht und Körperform.
- **Wahrnehmung:** Verzerrtes Körperbild, Unfähigkeit, das eigene Untergewicht zu erkennen.
- **Kognitive Funktionen:** Allgemein intakt, jedoch fixiert auf Gewicht und Essen.
- **Physische Erscheinung:** Starkes Untergewicht, mögliche körperliche Schwäche, trockene Haut, brüchiges Haar.

Diagnostik nach ICD-10 (diagnostische Kriterien):

Primäre Symptome:

- Gewichtsverlust von mindestens 15% unter dem erwarteten Normalgewicht oder $\text{BMI} \leq 17,5$.
- Selbst herbeigeführter Gewichtsverlust durch Vermeidung von hochkalorischen Speisen, Erbrechen, Abführmittelmissbrauch, übermäßige körperliche Betätigung.
- Körperschemastörung: Angst vor Gewichtszunahme trotz Untergewicht.

Sekundäre Symptome:

- Amenorrhoe bei Frauen (mindestens drei aufeinanderfolgende Menstruationszyklen fehlen).
- Verzögerung der pubertären Entwicklung bei Kindern und Jugendlichen.

Ausschlusskriterien:

- Andere Erkrankungen, die Gewichtsverlust verursachen könnten (z.B. endokrine Störungen, Tumorerkrankungen).

Differentialdiagnostik:

- **Bulimia nervosa:** Unterscheidung durch das Vorhandensein regelmäßiger Essanfälle und nachfolgender Kompensationsmechanismen (Erbrechen, Abführmittel).
- **Zwangsstörung:** Abzugrenzen durch das Vorhandensein von Zwängen, die nicht primär mit Essen und Gewicht verbunden sind.
- **Depression:** Unterscheidung durch das Vorliegen einer anhaltenden depressiven Stimmung, ohne die spezifische Besessenheit von Gewicht und Körperbild.

Komorbiditäten:

- **Depression:** Häufig begleitend bei Anorexia nervosa.

- **Angststörungen:** Generalisierte Angststörung, soziale Phobie.
- **Zwangsstörungen:** Häufig parallel zur Anorexia nervosa.

Verlauf der Erkrankung:

- **Frühstadium:** Beginn mit Diäten und Gewichtsverlust, starkes Interesse an Ernährung und körperlicher Aktivität.
- **Mittelstadium:** Deutlicher Gewichtsverlust, körperliche Symptome, Verhaltensstörungen verstärken sich.
- **Spätstadium:** Extremes Untergewicht, schwere körperliche Komplikationen, mögliche Hospitalisierung.

Risikofaktoren:

- **Genetische Prädisposition:** Familiengeschichte von Essstörungen.
- **Soziokulturelle Faktoren:** Schlankheitsideal, gesellschaftlicher Druck.
- **Psychologische Faktoren:** Perfektionismus, niedriger Selbstwert, Traumata.

Prognose:

- **Kurzfristig:** Hohe Mortalitätsrate, Komplikationen durch Mangelernährung.
- **Langfristig:** Chronischer Verlauf möglich, Behandlungserfolg hängt von frühzeitiger Intervention und therapeutischer Unterstützung ab.

Psychotherapieverfahren und weitere Interventionen:

- **Kognitive Verhaltenstherapie:** Veränderung der Gedankenmuster bezüglich Essen und Körperbild, Entwicklung

gesunder Essgewohnheiten.

- **Familientherapie:** Einbeziehung der Familie, besonders bei jüngeren Patienten.
- **Ernährungsberatung:** Aufbau eines gesunden Ernährungsverhaltens und Wiederherstellung eines gesunden Gewichts.
- **Körpertherapie:** Förderung eines positiven Körperbildes und gesundem Umgang mit dem eigenen Körper.

Psychopharmakotherapie:

- **Antidepressiva:** SSRIs (z.B. Fluoxetin) zur Behandlung begleitender Depressionen oder Angststörungen.
- **Antipsychotika:** Niedrig dosierte Atypika zur Behandlung von Zwangsgedanken und Angstzuständen.

virtuelle Person zu F5: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren incl. Anamnese und psychopathologischen Befund nach ICD-10

hier: *Essstörungen(F50)*

genauer: *Anorexia nervosa (F50.0)*

Virtuelle Person: "Bettina"

Allgemeine Informationen:

Alter: 22 Jahre

Geschlecht: Weiblich

Beruf: Studentin der Kunstgeschichte

Anamnese



- **Familiengeschichte:** Keine bekannten psychischen Erkrankungen in der Familie. Eltern sind beide gesund und leben getrennt.
- **Medizinische Vorgeschichte:** Keine Vorerkrankungen, regelmäßige Menstruation bis zum 20. Lebensjahr, seit zwei Jahren Amenorrhoe.
- **Entwicklungsgeschichte:** Normal entwickelt, gute Schulleistungen, sozial etwas zurückgezogen.
- **Beginn und Verlauf der Störung:** Beginn der Essstörung im Alter von 20 Jahren, kurz nach Beginn des Studiums. Zunehmende Beschäftigung mit Körpergewicht und Nahrungsaufnahme, ausgeprägte Angst vor Gewichtszunahme.

Aktuelle Situation

- **Symptome:** Deutliche Gewichtsabnahme in den letzten zwei Jahren, aktuelles Gewicht 45 kg bei einer Größe von 1,70 m (BMI 15,6), intensive Angst, zuzunehmen, trotz Untergewicht.

- **Ernährungsgewohnheiten:** Starke Einschränkung der Kalorienzufuhr, Meidung von „fettmachenden“ Lebensmitteln, regelmäßige Nutzung von Kalorienzähl-Apps.
- **Körperliche Aktivität:** Übermäßige körperliche Aktivität, täglich mehrstündiges Laufen.
- **Psychosoziale Aspekte:** Sozialer Rückzug, Vernachlässigung von Hobbys und Freundschaften, Konzentration auf die Universität und Gewichtskontrolle.

Psychopathologischer Befund

- **Allgemeines Erscheinungsbild:** Sichtbar untergewichtig, blass, Haare dünn und brüchig, kühle Extremitäten.
- **Stimmung und Affekt:** Deutlich gedrückte Stimmung, ängstlich, insbesondere im Hinblick auf Körpergewicht und Essen.
- **Denkprozesse:** Besessen von Gedanken an Essen, Kalorien und Gewichtskontrolle. Kognitive Verzerrungen bezüglich des eigenen Körperbildes (Körperschemastörung).
- **Wahrnehmung:** Keine Halluzinationen oder Wahnvorstellungen.
- **Kognitive Funktionen:** Konzentration und Aufmerksamkeit reduziert, jedoch fähig, akademische Aufgaben zu bewältigen. Gedächtnis intakt.
- **Urteilsvermögen und Einsichtsfähigkeit:** Eingeschränktes Urteilsvermögen bezüglich der eigenen Gesundheit und Körperbild, verneint die Ernsthaftigkeit der Situation.
- **Zwischenmenschliche Beziehungen und Verhalten:** Probleme in der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte, Isolationstendenzen.

Diese fiktive Beschreibung erfüllt die diagnostischen Kriterien für Anorexia nervosa gemäß ICD-10, einschließlich des untergewichtigen BMI, der intensiven Angst vor Gewichtszunahme, der Körperschemastörung und der Amenorrhoe. Sie gibt einen umfassenden Überblick über die Erkrankung unter Berücksichtigung sowohl medizinischer als auch psychosozialer Faktoren.

Bulimia Nervosa (F50.2)

Definition:

Bulimia nervosa ist eine Essstörung, die durch wiederkehrende Episoden von Essanfällen gekennzeichnet ist, gefolgt von unangemessenen kompensatorischen Verhaltensweisen wie selbstinduziertem Erbrechen, übermäßigem Gebrauch von Abführmitteln oder exzessivem Sport, um eine Gewichtszunahme zu verhindern.

Formen:

- **Purging-Typ:** Regelmäßiges Erbrechen oder Gebrauch von Abführmitteln nach Essanfällen.
- **Non-Purging-Typ:** Andere kompensatorische Verhaltensweisen wie Fasten oder exzessiver Sport, jedoch kein regelmäßiges Erbrechen oder Gebrauch von Abführmitteln.

Klassifikation nach ICD-10:

- **F50.2:** Bulimia nervosa

Triadisches System:

- **Psychogene psychische Störung:**
Bulimia nervosa wird als psychogene psychische Störung eingestuft, da die Ursachen hauptsächlich psychischer Natur sind und die Erkrankung durch psychologische Faktoren, wie ein gestörtes Selbstbild und emotionale Dysregulation, bedingt ist.

Typische Symptome:

- **Essanfälle:** Wiederholte Episoden von unkontrollierbarem, schnellem Verzehr großer Nahrungsmengen innerhalb kurzer Zeit.

- **Kompensatorisches Verhalten:** Regelmäßiges selbstinduziertes Erbrechen, exzessiver Gebrauch von Abführmitteln, Diuretika oder anderen Medikamenten, Fasten, übermäßiger Sport.
- **Körperschemastörung:** Übermäßige Beschäftigung mit Körperform und Gewicht, starke Angst vor Gewichtszunahme.
- **Emotionale und kognitive Symptome:** Gefühl der Scham, Schuldgefühle nach Essanfällen, Stimmungsschwankungen, Depressionen und Ängste.

Anamnese:

- **Persönliche Vorgeschichte:** Essverhalten, Gewichtsschwankungen, selbstwertbezogene Probleme.
- **Medizinische und psychische Vorgeschichte:** Vorherige Essstörungen, Depressionen, Angststörungen, frühere Behandlungen.
- **Familienanamnese:** Vorkommen von Essstörungen, Depressionen oder anderen psychischen Erkrankungen in der Familie.
- **Beginn und Verlauf der Symptome:** Erste Anzeichen von Essanfällen und kompensatorischen Maßnahmen, Entwicklung über die Zeit.

Psychopathologischer Befund:

- **Stimmung und Affekt:** Schwankend, häufig depressive Verstimmungen, Scham und Schuldgefühle nach Essanfällen.
- **Denkprozesse:** Übermäßige Beschäftigung mit Essen, Gewicht und Körperform, verzerrtes Körperbild.
- **Wahrnehmung:** Keine Halluzinationen oder Illusionen, jedoch verzerrte Wahrnehmung des eigenen Körpers.
- **Kognitive Funktionen:** In der Regel intakt, jedoch beeinträchtigt durch zwanghafte Gedanken an Essen und Körpergewicht.

- **Selbstwertgefühl:** Stark abhängig von Körperform und Gewicht, niedriger Selbstwert.

Diagnostik nach ICD-10 (diagnostische Kriterien):

Primäre Symptome:

- Wiederholte Episoden von Essanfällen (mindestens zwei Mal pro Woche über einen Zeitraum von drei Monaten).
- Anhaltende Beschäftigung mit Essen und starkes Verlangen oder Zwang zu essen.
- Wiederholte Versuche, die Gewichtszunahme durch unangemessene Maßnahmen (Erbrechen, Abführmittel, Fasten) zu verhindern.

Sekundäre Symptome:

- Übertriebene Furcht vor Gewichtszunahme.
- Selbstbewertung stark beeinflusst durch Körperform und Gewicht.

Ausschlusskriterien:

- Die Störung tritt nicht ausschließlich im Verlauf von Anorexia nervosa auf.

Differentialdiagnostik:

- **Anorexia nervosa:** Unterscheidung durch das Vorhandensein von deutlichem Untergewicht und restriktivem Essverhalten.
- **Binge-Eating-Störung:** Essanfälle ohne regelmäßige kompensatorische Maßnahmen.
- **Depressive Störungen:** Essstörungen als sekundäres Symptom von Depression, ohne typische Essanfälle und kompensatorische Maßnahmen.

Komorbiditäten:

- **Depression:** Häufige Komorbidität bei Patienten mit Bulimia nervosa.
- **Angststörungen:** Generalisierte Angststörung, Panikstörung.
- **Substanzmissbrauch:** Alkohol- und Drogenmissbrauch können als maladaptive Bewältigungsstrategien auftreten.

Verlauf der Erkrankung:

- Schwankend, oft chronisch mit Phasen der Besserung und Verschlechterung.
- Häufiger Wechsel zwischen Essanfällen und kompensatorischen Verhaltensweisen.

Risikofaktoren:

- **Genetische Prädisposition:** Familiäre Häufung von Essstörungen.
- **Psychosoziale Faktoren:** Perfektionismus, niedriger Selbstwert, traumatische Erlebnisse.
- **Kulturelle Einflüsse:** Gesellschaftlicher Druck, schlank zu sein.

Prognose:

- Variabel, abhängig von der Schwere der Erkrankung und der Dauer bis zum Behandlungsbeginn.
- Gute Prognose bei frühzeitiger Intervention und umfassender Behandlung.

Psychotherapieverfahren und weitere Interventionen:

- **Kognitive Verhaltenstherapie (KVT):** Veränderung des Essverhaltens und der Einstellungen zu Gewicht und Körperbild.

- **Interpersonelle Therapie (IPT):** Verbesserung zwischenmenschlicher Beziehungen und Abbau von Stressfaktoren.
- **Ernährungsberatung:** Etablierung eines gesunden Essverhaltens und Normalisierung der Essmuster.
- **Familientherapie:** Einbeziehung der Familie, insbesondere bei jüngeren Patienten.

Psychopharmakotherapie:

- **Antidepressiva:** SSRIs (z.B. Fluoxetin) zur Reduktion von Essanfällen und Verbesserung der Stimmung.
- **Medikation gegen Angststörungen:** Bei gleichzeitiger Angststörung können anxiolytische Medikamente eingesetzt werden.

virtuelle Person zu F5: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren incl. Anamnese und psychopathologischen Befund nach ICD-10

hier: *Essstörungen(F50)*

genauer: *(F50.2) - Bulimia Nervosa*

Virtuelle Person: Marie Müller

Allgemeine Informationen

- **Alter:** 18 Jahre
- **Geschlecht:** Weiblich
- **Beruf:** Marketing-Managerin



Sozialer und familiärer Hintergrund

- **Familienanamnese:** Mutter mit einer Geschichte von Depressionen und Essstörungen, Vater ohne bekannte psychische Erkrankungen. Zwei jüngere Geschwister.
- **Kindheit:** Aufgewachsen in einem mittelständischen Umfeld, gute schulische Leistungen, aber hoher Leistungsdruck von den Eltern.
- **Bildungsweg:** Erfolgreicher Abschluss der Schule, frühzeitiger Einstieg ins Berufsleben im Marketingbereich.
- **Frühere Beziehungen:** Mehrere Beziehungen, die von Unsicherheiten und Problemen im Selbstwertgefühl geprägt waren.

Medizinische und psychiatrische Vorgeschichte

- **Frühere medizinische Probleme:** Regelmäßige Magenbeschwerden und Zahnerosionen aufgrund des Erbrechens.
- **Psychiatrische Vorgeschichte:** Erstmaliges Auftreten von Essstörungen im Alter von 15 Jahren, sporadische Besuche bei einem Therapeuten, keine stationären Aufenthalte.

Diagnostische Kriterien gemäß ICD-10 F50.2 (Bulimia Nervosa)

1. **Essattacken:** Wiederholte Episoden von Essanfällen, bei denen innerhalb kurzer Zeit große Mengen an Nahrung konsumiert werden, begleitet von einem Kontrollverlust über das Essverhalten.
2. **Unangemessene Kompensationsmaßnahmen:** Regelmäßiges Erbrechen, exzessiver Gebrauch von Abführmitteln, Phasen von Hungern oder übermäßiger körperlicher Betätigung, um eine Gewichtszunahme zu verhindern.
3. **Selbstbewertung:** Stark beeinflusst durch die Körperform und das Körpergewicht, anhaltende Beschäftigung mit dem Thema Essen, Gewicht und Figur.
4. **Chronischer Verlauf:** Die Essstörungen bestehen seit mindestens drei Monaten und treten mindestens zweimal pro Woche auf.

Aktuelle Symptome und Verhaltensweisen

- **Essverhalten:** Marie hat mindestens zweimal pro Woche Essanfälle, bei denen sie große Mengen an Nahrung zu sich nimmt, gefolgt von absichtlichem Erbrechen.
- **Selbstbild:** Starkes Bedürfnis, schlank zu sein, stark schwankendes Selbstwertgefühl, abhängig von Körpergewicht und -form.
- **Kompensationsverhalten:** Regelmäßiges Erbrechen, Nutzung von Abführmitteln, gelegentlich exzessive körperliche Betätigung.
- **Psychosoziale Auswirkungen:** Beeinträchtigung des sozialen Lebens, Vermeidung von gemeinsamen Mahlzeiten, heimliches Essen.

Psychopathologischer Befund

- **Erscheinung:** Schlanke Statur, gepflegtes äußeres Erscheinungsbild, sichtbare Zeichen von Zahnerosion.
- **Bewusstsein und Orientierung:** Klar und voll orientiert.
- **Auffassung und Konzentration:** Leicht beeinträchtigt, vor allem in stressigen Situationen oder bei Gedanken an Essen.
- **Gedächtnis:** Intakt, keine Auffälligkeiten.

- **Denken:** Fixiert auf Gedanken über Essen, Gewicht und Figur.
- **Affekt:** Labil, häufige Stimmungsschwankungen, depressive Verstimmung, Schuld- und Schamgefühle nach Essanfällen.
- **Antrieb und Psychomotorik:** Normale psychomotorische Aktivität, jedoch phasenweise übermäßige körperliche Betätigung.
- **Wahrnehmung:** Keine Halluzinationen oder Wahrnehmungsstörungen.
- **Introspektion und Krankheitseinsicht:** Teilweise Einsicht in die Problematik, jedoch Schwierigkeiten, das Verhalten zu ändern oder Unterstützung anzunehmen.

Zusammenfassung

Marie Müller, 18 Jahre alt, arbeitet als Marketing-Managerin und leidet unter Bulimia Nervosa gemäß den ICD-10 Kriterien. Die Erkrankung zeigt sich in wiederholten Essanfällen und unangemessenen Kompensationsmaßnahmen wie Erbrechen und der Nutzung von Abführmitteln. Ihr Selbstwertgefühl ist stark von ihrem Körpergewicht und ihrer Körperform abhängig. Trotz teilweiser Krankheitseinsicht hat Marie Schwierigkeiten, ihr Verhalten zu ändern und Unterstützung anzunehmen.

Nichtorganische Insomnie (F51.0)

Definition:

Nichtorganische Insomnie ist eine Schlafstörung, die durch Schwierigkeiten beim Ein- oder Durchschlafen oder durch nicht erholsamen Schlaf gekennzeichnet ist. Diese Störung ist nicht auf organische Ursachen zurückzuführen und hat erhebliche Auswirkungen auf das tägliche Leben.

Formen:

- **Akute Insomnie:** Kurzfristig, oft durch Stress oder vorübergehende Lebensereignisse ausgelöst.
- **Chronische Insomnie:** Langfristig, dauert mindestens drei Monate und tritt mindestens drei Nächte pro Woche auf.

Klassifikation nach ICD-10:

- **F51.0:** Nichtorganische Insomnie

Triadisches System:

- **Psychogene psychische Störung:**
Die nichtorganische Insomnie wird in der Regel durch psychische Faktoren verursacht, wie Stress, Angst oder Depression, und gehört daher zu den psychogenen psychischen Störungen.

Typische Symptome:

- **Schlafstörungen:** Schwierigkeiten beim Ein- oder Durchschlafen, häufiges Erwachen während der Nacht, zu frühes Aufwachen.
- **Tagesmüdigkeit:** Erschöpfung, Müdigkeit trotz ausreichend Schlafzeit im Bett.

- **Kognitive Beeinträchtigungen:** Konzentrations- und Gedächtnisprobleme.
- **Emotionale Symptome:** Reizbarkeit, Stimmungsschwankungen, depressive Verstimmungen.
- **Körperliche Symptome:** Kopfschmerzen, Muskelverspannungen.

Anamnese:

- **Persönliche Vorgeschichte:** Berufliche und soziale Situation, Lebensstil, Schlafgewohnheiten und -umgebung.
- **Medizinische und psychische Vorgeschichte:** Vorherige Schlafstörungen, psychische Erkrankungen, aktuelle Medikamenteneinnahme.
- **Familienanamnese:** Vorkommen von Schlafstörungen oder psychischen Erkrankungen in der Familie.
- **Beginn und Verlauf der Symptome:** Zeitpunkt des Beginns der Schlafprobleme, zeitlicher Verlauf und mögliche Auslöser.

Psychopathologischer Befund:

- **Stimmung und Affekt:** Häufig gereizt, frustriert oder deprimiert.
- **Denkprozesse:** Klar, jedoch beeinträchtigt durch Müdigkeit.
- **Wahrnehmung:** Keine Halluzinationen oder Illusionen.
- **Kognitive Funktionen:** Aufmerksamkeit und Konzentration reduziert, Gedächtnisprobleme.
- **Schlafverhalten:** Subjektive Einschätzung der Schlafqualität und -quantität, Verhaltensweisen vor dem Schlafengehen.

Diagnostik nach ICD-10 (diagnostische Kriterien):

Primäre Symptome:

- Beschwerden über Schwierigkeiten beim Ein- oder

Durchschlafen, oder über nicht erholsamen Schlaf.

- Schlafstörungen treten mindestens drei Nächte pro Woche über einen Zeitraum von mindestens drei Monaten auf.
- Deutliche Beeinträchtigung des täglichen Lebens durch Schlafprobleme.

Sekundäre Symptome:

- Tagesmüdigkeit
- Konzentrations- und Gedächtnisprobleme
- Reizbarkeit und emotionale Labilität

Ausschlusskriterien:

- Schlafstörungen dürfen nicht durch organische Ursachen (wie Schmerzen oder andere Erkrankungen) erklärt werden.
- Symptome dürfen nicht besser durch andere psychische Störungen erklärt werden (wie Depressionen oder Angststörungen).

Differentialdiagnostik:

- **Organische Schlafstörungen:** Ausschluss durch medizinische Untersuchung und Schlaflabor.
- **Depression:** Schlafstörungen als Symptom, jedoch begleitet von anderen depressiven Symptomen wie anhaltende Traurigkeit.
- **Angststörungen:** Schlafstörungen im Zusammenhang mit übermäßiger Sorge und Anspannung.
- **Substanzinduzierte Schlafstörungen:** Durch Einnahme oder Absetzen von Medikamenten oder Drogen verursacht.

Komorbiditäten:

- **Depressive Störungen:** Häufige Begleiterkrankung bei chronischer Insomnie.

- **Angststörungen:** Überlappung von Symptomen und gegenseitige Verstärkung.
- **Chronische Schmerzen:** Schmerzen, die das Schlafen erschweren und zu Schlafstörungen führen können.
- **Substanzmissbrauch:** Gebrauch von Alkohol oder Drogen zur Selbstmedikation von Schlafproblemen.

Verlauf der Erkrankung:

- **Akute Phase:** Ausgelöst durch Stress oder Lebensereignisse, oft selbstlimitierend.
- **Chronische Phase:** Langanhaltende Schlafstörungen, die über Monate oder Jahre andauern und ohne Behandlung persistieren können.

Risikofaktoren:

- **Psychosozialer Stress:** Berufliche oder private Belastungen.
- **Ungünstige Schlafgewohnheiten:** Unregelmäßige Schlafzeiten, exzessiver Koffein- oder Alkoholkonsum.
- **Psychische Erkrankungen:** Vorhandensein von Depressionen oder Angststörungen.
- **Schlafumgebung:** Lärm, Licht oder unangenehme Schlafbedingungen.

Prognose:

- Mit adäquater Behandlung können die meisten Betroffenen eine signifikante Verbesserung ihrer Schlafqualität und Lebensqualität erreichen.
- Unbehandelt können Schlafstörungen zu erheblichen Beeinträchtigungen im Alltag und zu psychischen Folgeerkrankungen führen.

Psychotherapieverfahren und weitere Interventionen:

- **Kognitive Verhaltenstherapie (CBT-I):** Goldstandard in der Behandlung von Insomnie. Fokus auf Änderung von dysfunktionalen Gedanken und Verhaltensweisen, die den Schlaf beeinträchtigen.
- **Schlafhygiene:** Verbesserung der Schlafgewohnheiten, z.B. regelmäßige Schlafzeiten, Vermeidung von Koffein und Alkohol vor dem Schlafengehen.
- **Entspannungstechniken:** Progressive Muskelentspannung, Meditation und Atemübungen zur Reduktion von Stress und Förderung des Schlafs.
- **Stimulus-Kontrolle:** Techniken zur Förderung einer gesunden Schlafassoziation mit dem Bett und dem Schlafzimmer.
- **Schlafrestriktion:** Begrenzung der im Bett verbrachten Zeit, um den Schlafdruck zu erhöhen und die Schlafqualität zu verbessern.

Psychopharmakotherapie:

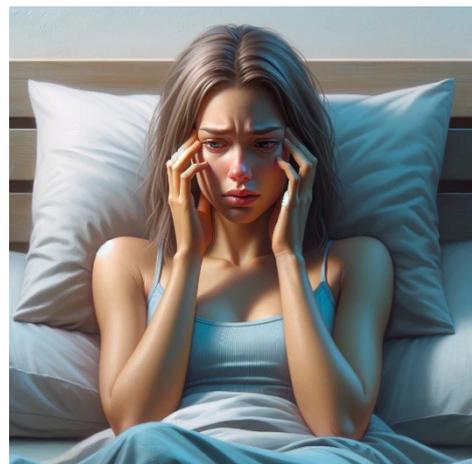
- **Kurzfristige Medikation:** Einsatz von schlafanstoßenden Medikamenten (Hypnotika) für eine begrenzte Zeit zur Überbrückung akuter Schlafstörungen.
- **Benzodiazepine:** Z.B. Temazepam; wegen Abhängigkeitsrisiko nur kurzfristig.
- **Nicht-Benzodiazepin-Hypnotika:** Z.B. Zolpidem; weniger abhängigkeitsfördernd als Benzodiazepine.
- **Antidepressiva:** Z.B. Trazodon in niedriger Dosis zur Verbesserung des Schlafs bei gleichzeitiger Behandlung von depressiven Symptomen.
- **Melatonin:** Einsatz bei gestörtem Schlaf-Wach-Rhythmus, besonders bei älteren Patienten.

virtuelle Person zu F5: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren incl. Anamnese und psychopathologischen Befund nach ICD-10
hier: *(F51.0) - Nichtorganische Insomnie*

Virtuelle Person: Anna K.

Allgemeine Informationen

- **Alter:** 22 Jahre
- **Geschlecht:** Weiblich
- **Beruf:** Bürokauffrau
- **Familienstand:** Ledig
- **Sozialer Hintergrund:** Ländlich



Diagnostische Kriterien gemäß ICD-10 F51.0 (Nichtorganische Insomnie)

1. Beschwerden über Schlafstörungen:

- **Einschlafprobleme:** Schwierigkeiten beim Einschlafen, oft wachliegend und grübelnd.
- **Durchschlafprobleme:** Häufiges nächtliches Erwachen mit Schwierigkeiten, wieder einzuschlafen.
- **Frühes Erwachen:** Erwachen früh am Morgen und Unfähigkeit, wieder einzuschlafen.

2. Beeinträchtigung der Tagesbefindlichkeit:

- **Müdigkeit:** Tagsüber anhaltende Müdigkeit und Erschöpfung.
- **Konzentrationsschwierigkeiten:** Probleme bei der Arbeit aufgrund mangelnder Konzentration und Aufmerksamkeit.

- **Stimmungsschwankungen:** Gereiztheit und Stimmungsschwankungen, die die sozialen und beruflichen Aktivitäten beeinträchtigen.
3. **Dauer:** Die Schlafstörung besteht seit mindestens einem Monat und tritt mindestens dreimal pro Woche auf.
 4. **Ausschluss anderer Ursachen:**
 - **Keine organische Ursache:** Keine körperlichen Erkrankungen oder Substanzgebrauch, die die Schlafstörungen erklären könnten.
 - **Keine andere psychische Störung:** Schlafstörungen sind nicht besser durch eine andere psychische Störung (wie Depression oder Angststörung) erklärbar.

Anamnese

- **Familienanamnese:** Keine relevanten familiären Vorerkrankungen bekannt.
- **Persönliche Vorgeschichte:** Keine signifikanten medizinischen oder psychiatrischen Erkrankungen in der Vergangenheit. Schilderung von zunehmenden Schlafproblemen seit Beginn des neuen Jobs vor sechs Monaten.
- **Sozialanamnese:** Lebt allein in einer kleinen Wohnung, wenige soziale Kontakte, berufliche Unsicherheit und Sorgen um die berufliche Zukunft.

Aktuelle Probleme und Symptome

1. **Einschlafprobleme:** Anna benötigt häufig mehr als eine Stunde zum Einschlafen, beschreibt Gedankenkreisen und Sorgen, die sie wach halten.
2. **Durchschlafprobleme:** Erwacht mehrmals in der Nacht, oft aufgrund von Albträumen oder scheinbar grundlos.
3. **Frühes Erwachen:** Häufiges Erwachen gegen 4 Uhr morgens, ohne wieder einschlafen zu können, trotz bleierner Müdigkeit.

4. **Tagesmüdigkeit:** Ständige Müdigkeit und Schläfrigkeit tagsüber, fühlt sich bereits am Morgen erschöpft.
5. **Leistungseinbußen:** Schwierigkeiten bei der Arbeit, Fehlerhäufigkeit, Konzentrationsmangel.
6. **Stimmungsschwankungen:** Gereiztheit, depressive Verstimmung, soziale Rückzugstendenzen.

Psychopathologischer Befund

- **Erscheinung:** Gepflegt, aber mit Augenringen und müdem Erscheinungsbild.
- **Bewusstsein und Orientierung:** Klar und voll orientiert.
- **Auffassung und Konzentration:** Eingeschränkt, schnelle Ermüdung bei geistiger Anstrengung.
- **Gedächtnis:** Kurz- und Langzeitgedächtnis unauffällig, jedoch Schwierigkeiten bei der Merkfähigkeit neuer Informationen.
- **Denken:** Logisch und zusammenhängend, keine formalen Denkstörungen.
- **Affekt:** Gereizt und frustriert, zeitweise ängstlich und niedergeschlagen.
- **Antrieb und Psychomotorik:** Verlangsamt, zeigt wenig Initiative und Motivation.
- **Wahrnehmung:** Keine Wahrnehmungsstörungen.
- **Introspektion und Krankheitseinsicht:** Gute Einsicht in die Problematik der Schlafstörung, jedoch hilflos bezüglich der Lösung.

Zusammenfassung

Diese virtuelle Darstellung von Anna K. bietet eine umfassende und detaillierte Beschreibung ihrer nichtorganischen Insomnie gemäß den diagnostischen Kriterien der ICD-10. Die Anamnese und der psychopathologische Befund ergänzen das klinische Bild und ermöglichen eine fachlich fundierte Betrachtung ihrer Schlafstörung.

F60.0 Paranoide Persönlichkeitsstörung

Definition:

Paranoide Persönlichkeitsstörung ist eine tief verwurzelte und andauernde Störung, die durch Misstrauen und Argwohn gegenüber anderen Menschen gekennzeichnet ist. Betroffene interpretieren die Handlungen anderer als feindlich oder herabsetzend.

Formen:

- Klassische paranoide Persönlichkeitsstörung: Starkes Misstrauen und ständige Wachsamkeit gegenüber dem Umfeld.
- Kombinierte paranoide Persönlichkeitsstörung: Mischformen mit anderen Persönlichkeitsstörungen.

Klassifikation nach ICD-10:

- **F60.0:** Paranoide Persönlichkeitsstörung

Triadisches System:

- **Psychogene psychische Störung:**
Diese Gruppe geht davon aus, dass die Ursache der Erkrankung bzw. Störung rein psychischer Natur ist.

Typische Symptome:

- **Kognitive Symptome:** Misstrauen, Feindseligkeit, Neigung zu Verschwörungstheorien.
- **Soziale Symptome:** Schwierigkeiten in zwischenmenschlichen Beziehungen, ständige Suche nach Bestätigung der eigenen Überzeugungen.

- **Adaptive Symptome:** Starrheit im Denken, Unfähigkeit, Kritik zu akzeptieren, ständiges Gefühl der Bedrohung.

Anamnese:

- **Persönliche Vorgeschichte:** Frühe Anzeichen von Misstrauen und sozialer Rückzug in der Kindheit.
- **Medizinische und psychische Vorgeschichte:** Keine spezifischen medizinischen Ursachen; häufig negative Erfahrungen in zwischenmenschlichen Beziehungen.
- **Familienanamnese:** Mögliche Häufung von Persönlichkeitsstörungen oder psychischen Erkrankungen in der Familie.
- **Beginn und Verlauf der Symptome:** Frühes Erwachsenenalter, konstantes Muster des Misstrauens und Argwohns.

Psychopathologischer Befund:

- **Orientierung:** Meist voll orientiert in Zeit, Ort und Person.
- **Gedächtnis und Merkfähigkeit:** Normal, keine Beeinträchtigung.
- **Denken:** Zwanghafte, rigide Denkmuster, übermäßige Beschäftigung mit unbegründeten Verdächtigungen.
- **Affekt:** Affektivität kann situativ unangemessen sein, stark geprägt von Misstrauen und Feindseligkeit.
- **Wahrnehmung:** Keine Halluzinationen, aber verzerrte Interpretation der Realität.
- **Urteilsfähigkeit und Einsicht:** Eingeschränkte Urteilsfähigkeit, mangelnde Einsicht in das eigene Verhalten.
- **Soziale Interaktion:** Schwierigkeiten, Vertrauen aufzubauen, häufige Konflikte.
- **Selbstversorgung:** In der Regel unabhängig, aber soziale Funktionsfähigkeit eingeschränkt.

Diagnostik nach ICD-10 (diagnostische Kriterien):

Primäre Kriterien:

- Tiefes Misstrauen und Argwohn gegenüber anderen, deren Motive als böswillig ausgelegt werden.
- Mindestens vier der folgenden Merkmale:
 - Verdächtigungen, ausgenutzt, geschädigt oder getäuscht zu werden.
 - Unbegründete Zweifel an der Loyalität oder Vertrauenswürdigkeit von Freunden.
 - Widerwilligkeit, anderen zu vertrauen.
 - Fehlinterpretation von harmlosen Bemerkungen oder Ereignissen.
 - Nachtragend, unfähig, Beleidigungen zu verzeihen.
 - Wahrnehmung von Angriffen auf den eigenen Charakter und schnelles Reagieren mit Wut.
 - Wiederholte Verdächtigungen bezüglich der Treue des Partners.

Sekundäre Kriterien:

- Symptome treten nicht ausschließlich im Verlauf einer Schizophrenie oder einer affektiven Störung mit psychotischen Merkmalen auf.

Differentialdiagnostik:

- **Schizophrenie:** Abzugrenzen durch das Fehlen von Halluzinationen und schwereren Denkstörungen.
- **Andere Persönlichkeitsstörungen:** Differenzierung von schizotypischen und schizoiden Persönlichkeitsstörungen.
- **Depressive Störungen:** Bei komorbider Depression können Misstrauen und soziale Rückzüge auch auftreten.

Komorbiditäten:

- **Depression:** Häufige Begleiterkrankung aufgrund chronischer zwischenmenschlicher Konflikte.
- **Angststörungen:** Vermehrtes Auftreten von generalisierten Ängsten.
- **Substanzmissbrauch:** Selbstmedikation zur Bewältigung von Misstrauen und sozialem Rückzug.

Verlauf der Erkrankung:

- Stabil über das Leben hinweg, neigt dazu, sich in Stressphasen zu verschlechtern.
- Geringe Veränderung der Persönlichkeit im Alter, jedoch potenziell reduzierte soziale Konflikte bei ausreichender Unterstützung.

Risikofaktoren:

- **Genetische Faktoren:** Mögliche familiäre Häufung von Persönlichkeitsstörungen.
- **Frühe Traumata:** Missbrauch oder Vernachlässigung in der Kindheit.
- **Soziale Faktoren:** Chronischer Stress oder soziale Isolation.

Prognose:

- Abhängig von der Schwere der Symptomatik und der sozialen Unterstützung.
- Bei adäquater Therapie und sozialer Unterstützung können Betroffene ein relativ stabiles Leben führen.

Psychotherapieverfahren und weitere Interventionen:

- **Kognitive Verhaltenstherapie:** Arbeit an verzerrten Denkmustern, Förderung von Vertrauen und sozialer Interaktion.
- **Interpersonelle Therapie:** Verbesserung der zwischenmenschlichen Beziehungen und Kommunikationsfähigkeiten.
- **Supportive Therapie:** Langfristige Unterstützung und Begleitung zur Stabilisierung des Selbstwertgefühls.
- **Familientherapie:** Einbeziehung der Familie zur Reduktion von Konflikten und Verbesserung des Verständnisses.

Psychopharmakotherapie:

- **Antidepressiva:** Zur Behandlung komorbider depressiver Symptome.
- **Antipsychotika:** In niedrigen Dosen zur Reduktion von starkem Misstrauen und paranoiden Gedanken.
- **Angstlösende Medikamente:** Zur kurzfristigen Behandlung von Angstzuständen und Unruhezuständen.

virtuelle Person zu Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69)

incl. Anamnese und psychopathologischen Befund nach ICD-10

hier: *F60 - Spezifische Persönlichkeitsstörungen*

genauer: *(F60.0) - Paranoide Persönlichkeitsstörung*

Virtuelle Person: Johann K.

Allgemeine Informationen

- **Alter:** 61 Jahre
- **Geschlecht:** Männlich
- **Beruf:** Künstler



Sozialer und familiärer Hintergrund

- **Familienanamnese:** Keine bekannte psychische Erkrankung in der Familie
- **Bildungshintergrund:** Studium abgebrochen
- **Beziehungsstatus:** Ledig
- **Psychiatrische Vorgeschichte:** Ein stationärer Aufenthalt nach einem Suizidversuch

Anamnese

Johann K. wurde in einer Kleinstadt geboren und wuchs in einer stabilen Familie auf. Obwohl keine bekannten psychischen Erkrankungen in der Familie vorliegen, berichtete Johann von emotionaler Vernachlässigung in seiner Kindheit. Er zeigte schon in jungen Jahren Anzeichen von Misstrauen gegenüber anderen, was sich im Erwachsenenalter verstärkte. Johann brach sein Studium der bildenden Kunst ab und hatte seitdem Schwierigkeiten, stabile Anstellungen zu finden. Seine berufliche Laufbahn ist geprägt von häufigen Konflikten mit Vorgesetzten und Kollegen. Trotz talentierter künstlerischer Fähigkeiten, führte

seine Neigung zu Misstrauen und Paranoia dazu, dass er in sozialen und beruflichen Kontexten oft isoliert war. Er hatte nur wenige romantische Beziehungen, die meist kurzlebig und konfliktgeladen waren.

Aktuelle Symptome und Verhaltensweisen

1. **Übertriebene Empfindlichkeit gegenüber Zurückweisung:** Johann deutet harmlose Bemerkungen oft als absichtlich abwertend.
2. **Nachtragend:** Er hält lange an Groll fest und ist unfähig, wahrgenommene Kränkungen zu verzeihen.
3. **Misstrauen:** Tiefes und unbegründetes Misstrauen gegenüber den Absichten anderer, vermutet oft, dass andere ihn ausnutzen oder ihm schaden wollen.
4. **Eifersucht:** Übertriebene und unbegründete Eifersucht in zwischenmenschlichen Beziehungen.
5. **Selbstbezogenheit:** Hat übertriebene Selbstbezogenheit und ein starkes Gefühl der eigenen Bedeutung.
6. **Verschwörungstheorien:** Neigung zu ungerechtfertigten Verschwörungstheorien, besonders in Bezug auf Arbeitsumfeld und enge soziale Kreise.

Psychopathologischer Befund

- **Erscheinung:** Gepflegt, aber oft zurückhaltend und misstrauisch in der Körpersprache.
- **Bewusstsein und Orientierung:** Klar und voll orientiert.
- **Aufmerksamkeit und Konzentration:** Normal, jedoch leicht ablenkbar durch paranoid angehauchte Gedanken.
- **Gedächtnis:** Intakt, keine Gedächtnisstörungen.
- **Denkprozesse:** Gedanken sind kohärent, jedoch stark von Misstrauen und Paranoia geprägt.

- **Affekt:** Affektiv auffallend kühl, jedoch bei Verdacht auf Zurückweisung oder Kritik stark gereizt.
- **Antrieb und Psychomotorik:** Unauffällig, normale Psychomotorik.
- **Wahrnehmung:** Keine Halluzinationen, aber stark verzerrte Wahrnehmung der Motive anderer.
- **Introspektion und Krankheitseinsicht:** Gering, sieht keine Dysfunktionalität in seinem Misstrauen und seiner Paranoia, attribuiert Probleme hauptsächlich auf äußere Umstände und andere Personen.

Zusammenfassung

Diese virtuelle Darstellung von Johann K. berücksichtigt detaillierte historische, klinische und psychopathologische Aspekte, die charakteristisch für eine Person mit einer paranoiden Persönlichkeitsstörung sind, und folgt den diagnostischen Kriterien des ICD-10. Die Beschreibung umfasst alle relevanten Lebensbereiche und bietet ein umfassendes Bild seiner psychischen Gesundheit.

Dissoziale Persönlichkeitsstörung (F60.2)

Definition:

Die Dissoziale Persönlichkeitsstörung ist eine tiefgreifende Verhaltensstörung, die durch Missachtung sozialer Normen und Regeln, fehlende Empathie und Schuldgefühle sowie ein impulsives und aggressives Verhalten gekennzeichnet ist. Personen mit dieser Störung zeigen oft ein chronisches Muster von Täuschung und Manipulation.

Klassifikation nach ICD-10:

- **F60.2:** Dissoziale Persönlichkeitsstörung

Triadisches System:

- **Psychogene psychische Störung:**
Diese Gruppe geht davon aus, dass die Ursache der Erkrankung bzw. Störung rein psychischer Natur ist.

Typische Symptome:

- **Affektive Symptome:** Fehlende Reue oder Schuldgefühle, geringe Empathie.
- **Verhaltenssymptome:** Häufiges Lügen, Manipulation, impulsives Verhalten, Missachtung sozialer Normen, kriminelles Verhalten.
- **Kognitive Symptome:** Rationale Rechtfertigung von Fehlverhalten, grandioses Selbstbild.

Anamnese:

- **Persönliche Vorgeschichte:** Frühere Verhaltensprobleme, häufige Schulwechsel, Konflikte mit Autoritätspersonen.

- **Medizinische und psychische Vorgeschichte:** Frühere Diagnosen von Verhaltensstörungen, mögliche frühere psychiatrische Behandlungen oder Aufenthalte.
- **Familienanamnese:** Vorkommen von ähnlichem Verhalten oder psychischen Erkrankungen in der Familie, instabile familiäre Verhältnisse.
- **Beginn und Verlauf der Symptome:** Frühes Auftreten von Verhaltensproblemen in Kindheit und Jugend, kontinuierliche Probleme im Erwachsenenalter.

Psychopathologischer Befund:

- **Orientierung:** Vollständig orientiert in Zeit, Ort und Person.
- **Gedächtnis und Merkfähigkeit:** Keine Beeinträchtigung des Gedächtnisses.
- **Denken:** Rational, aber oft auf Eigeninteresse ausgerichtet, fehlende Einsicht in eigenes Fehlverhalten.
- **Affekt:** Flacher oder unangemessener Affekt, fehlende emotionale Tiefe.
- **Wahrnehmung:** Keine Halluzinationen oder Illusionen.
- **Urteilsfähigkeit und Einsicht:** Verminderte Einsicht in die eigenen Verhaltensweisen und deren Auswirkungen, oft fehlende Reue.
- **Soziale Interaktion:** Schwierigkeiten in zwischenmenschlichen Beziehungen, oft konflikthaft und manipulierend.
- **Selbstversorgung:** In der Regel keine Beeinträchtigung der Selbstversorgung.

Diagnostik nach ICD-10 (diagnostische Kriterien)_

Primäre Symptome:

- Missachtung sozialer Normen und Verpflichtungen

- Geringe Frustrationstoleranz, Neigung zu aggressivem Verhalten
- Fehlendes Schuldbewusstsein oder Empathie
- Neigung, andere zu beschuldigen oder überzeugende Rationalisierungen für das eigene Verhalten zu bieten

Sekundäre Symptome:

- Chronisches Lügen und Manipulieren
- Impulsives Handeln ohne Rücksicht auf Konsequenzen
- Unfähigkeit, längerfristige Beziehungen aufrechtzuerhalten, obwohl keine Schwierigkeiten im Beziehungsaufbau bestehen

Ausschlusskriterien:

- Die Verhaltensstörung darf nicht ausschließlich während einer manischen Episode oder Schizophrenie auftreten.

Differentialdiagnostik:

- **Borderline-Persönlichkeitsstörung:** Abgrenzung durch instabile und intensive zwischenmenschliche Beziehungen und stark wechselnde Stimmung.
- **Narzisstische Persönlichkeitsstörung:** Abgrenzung durch übertriebenes Selbstbewusstsein und das Bedürfnis nach Bewunderung.
- **Impulskontrollstörungen:** Abgrenzung durch episodische, nicht planbare Impulsdurchbrüche, während die dissoziale Persönlichkeitsstörung ein konsistentes Muster zeigt.

Komorbiditäten:

- **Substanzmissbrauchsstörungen:** Häufig begleitend bei Personen mit dissozialer Persönlichkeitsstörung.
- **Angststörungen:** Können als komorbide Störung auftreten.

- **Affektive Störungen:** Depressionen oder bipolare Störungen können ebenfalls vorkommen.

Verlauf der Erkrankung:

- **Frühes Auftreten:** Symptome manifestieren sich oft in der Kindheit oder Jugend als Verhaltensstörungen.
- **Kontinuierlicher Verlauf:** Verhalten setzt sich im Erwachsenenalter fort, oft mit zunehmenden Konflikten und Problemen.

Risikofaktoren:

- **Genetische Prädisposition**
- **Familiäre Instabilität:** Missbrauch, Vernachlässigung oder inkonsistente Erziehung.
- **Soziale Faktoren:** Einfluss von delinquenten Peergroups, sozioökonomische Benachteiligung.

Prognose:

- Die Prognose ist in der Regel schlecht, insbesondere wenn keine frühzeitige und kontinuierliche Behandlung erfolgt. Die Störung ist oft resistent gegen Therapie.

Psychotherapieverfahren und weitere Interventionen:

- **Kognitive Verhaltenstherapie (CBT):** Fokussiert auf die Veränderung von dysfunktionalen Denkmustern und Verhaltensweisen.
- **Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT):** Kann hilfreich sein, um impulsives Verhalten zu kontrollieren und emotionale Regulation zu verbessern.
- **Sozialkompetenztraining:** Förderung sozialer Fähigkeiten und

Verbesserung der Konfliktlösungsstrategien.

- **Intensivierte verhaltenstherapeutische Ansätze:** Lange und intensive Therapieprogramme können helfen, das Verhalten zu stabilisieren.

Psychopharmakotherapie:

- **Antipsychotika:** Zur Behandlung von aggressiven oder impulsiven Verhaltensepisoden.
- **Antidepressiva:** Bei komorbiden affektiven Störungen.
- **Stimmungsstabilisatoren:** Zur Kontrolle von Impulsivität und Stimmungsschwankungen.

virtuelle Person zu Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69)

incl. Anamnese und psychopathologischen Befund nach ICD-10

hier: *F60 - Spezifische Persönlichkeitsstörungen*

genauer: *(F60.2) - Dissoziale Persönlichkeitsstörung*

Virtuelle Person: Johanna L.

Allgemeine Informationen

- **Name:** Johanna L.
- **Alter:** 32 Jahre
- **Geschlecht:** Weiblich
- **Beruf:** Verkäuferin



Sozialer und familiärer Hintergrund

- **Familienhintergrund:** Aufgewachsen in einem Heim, keine festen Bezugspersonen. Häufige Wechsel der Pflegefamilien und Aufenthalte in verschiedenen Heimen.
- **Bildungsweg:** Realschulabschluss, danach mehrere abgebrochene Ausbildungen.

Beziehungsstatus und persönliche Geschichte

- **Beziehungsstatus:** Nie eine feste Beziehung. Schwierigkeiten, stabile und langfristige Beziehungen aufzubauen, häufig wechselnde Bekanntschaften.
- **Medizinische Vorgeschichte:** Gelegentliche Verletzungen durch körperliche Auseinandersetzungen, keine schwerwiegenden körperlichen Erkrankungen.

Psychiatrische Vorgeschichte

- **Psychiatrische Vorgeschichte:** Keine ernsthaften Therapieversuche. Regelmäßige Konflikte mit dem Gesetz, unter

anderem wegen kleinerer Delikte wie Ladendiebstahl und Vandalismus.

Diagnostische Kriterien gemäß ICD-10 F60.2 (Dissoziale Persönlichkeitsstörung)

1. **Grobe Diskrepanz zwischen Verhalten und sozialen Normen:**
 - Regelmäßige Gesetzesverstöße, häufige Konflikte mit Autoritätspersonen.
2. **Unfähigkeit, dauerhafte Beziehungen aufrechtzuerhalten:**
 - Hat nie eine feste Beziehung gehabt, häufig wechselnde soziale Kontakte.
3. **Geringe Frustrationstoleranz und niedrige Schwelle für aggressives Verhalten:**
 - Neigung zu körperlichen Auseinandersetzungen und impulsivem Verhalten, besonders in stressigen Situationen.
4. **Fehlendes Schuldbewusstsein und Unfähigkeit, aus negativer Erfahrung zu lernen:**
 - Keine Reue oder Einsicht nach Gesetzesverstößen, setzt destruktive Verhaltensmuster fort.
5. **Ausgeprägte Neigung, andere zu beschuldigen oder plausible Rationalisierungen für das Verhalten zu bieten:**
 - Häufiges Abschieben der Schuld auf andere, Rechtfertigung des eigenen Fehlverhaltens durch externe Umstände.

Psychopathologischer Befund

- **Erscheinung:** Gepflegt, jedoch mit gelegentlichen blauen Flecken und Narben von körperlichen Auseinandersetzungen.
- **Bewusstsein und Orientierung:** Klar und voll orientiert.
- **Auffassung und Konzentration:** Normal, zeigt jedoch Desinteresse an längeren Gesprächen über ihre Probleme.
- **Gedächtnis:** Intakt, keine Auffälligkeiten.

- **Denken:** Realitätsgerecht, jedoch häufig rationalisierende und entschuldigende Gedanken bezüglich ihres Verhaltens.
- **Affekt:** Affektarm, emotionale Reaktionen wirken flach und unangemessen, besonders im Hinblick auf soziale Normen.
- **Antrieb und Psychomotorik:** Normaler Antrieb, jedoch impulsiv und leicht reizbar.
- **Wahrnehmung:** Keine Wahrnehmungsstörungen, keine Halluzinationen oder Illusionen.
- **Introspektion und Krankheitseinsicht:** Fehlende Krankheitseinsicht, wenig Bereitschaft zur Veränderung des eigenen Verhaltens.

Zusammenfassung

Diese virtuelle Darstellung von Johanna L. berücksichtigt detaillierte historische, klinische und psychopathologische Aspekte, die charakteristisch für eine Person mit einer dissozialen Persönlichkeitsstörung gemäß ICD-10 sind. Die Beschreibung umfasst alle relevanten Lebensbereiche und liefert ein umfassendes Bild ihrer psychischen Gesundheit und Verhaltensmuster.

Borderline-Persönlichkeitsstörung (F60.31)

Definition:

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) ist eine tiefgreifende Persönlichkeitsstörung, die durch Instabilität in den Bereichen zwischenmenschliche Beziehungen, Selbstbild und Affekt sowie durch eine ausgeprägte Impulsivität gekennzeichnet ist.

Formen:

- **Impulsiver Typ:** Starke Impulsivität und Neigung zu Wutausbrüchen.
- **Borderline-Typ:** Kombiniert impulsive Merkmale mit instabilen Beziehungen, Identitätsproblemen und affektiver Labilität.

Klassifikation nach ICD-10:

- **F60.31:** Borderline-Typ

Triadisches System:

- **Psychogene psychische Störung:** ,
Diese Gruppe geht davon aus, dass die Ursache der Erkrankung bzw. Störung rein psychischer Natur ist. Die Borderline-Persönlichkeitsstörung fällt in diese Kategorie, da sie hauptsächlich durch psychische und soziale Faktoren bedingt ist.

Typische Symptome:

- **Emotionale Instabilität:** Häufige und intensive Stimmungsschwankungen.
- **Impulsivität:** Handeln ohne Rücksicht auf Konsequenzen (z.B. Substanzmissbrauch, riskantes Verhalten).

- **Instabile Beziehungen:** Extreme Schwankungen zwischen Idealisierung und Abwertung von Personen.
- **Identitätsstörung:** Unbeständiges Selbstbild und Gefühl der inneren Leere.
- **Selbstverletzendes Verhalten:** Häufiges selbstverletzendes Verhalten (z.B. Schneiden, Verbrennen).
- **Suizidale Verhaltensweisen:** Wiederholte suizidale Drohungen, Gesten oder Versuche.
- **Chronische Gefühle der Leere:** Ständige Langeweile oder das Gefühl innerer Leere.
- **Wutanfälle:** Unangemessene, intensive Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren.
- **Paranoide Vorstellungen:** Kurzzeitige paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome unter Stress.

Anamnese:

- **Persönliche Vorgeschichte:** Häufig unbeständige Lebensverläufe, instabile berufliche und persönliche Beziehungen.
- **Medizinische und psychische Vorgeschichte:** Frühere psychiatrische Behandlungen, häufige Notaufnahmen aufgrund von selbstverletzendem Verhalten.
- **Familienanamnese:** Oftmals belastete familiäre Verhältnisse, mögliche Geschichte von Missbrauch oder Vernachlässigung.

Psychopathologischer Befund:

- **Stimmung und Affekt:** Hochgradig labil, wechselt schnell zwischen extremer Freude, Wut und Traurigkeit.
- **Denkprozesse:** Sprunghaft, gelegentlich paranoide Inhalte unter Stress.
- **Wahrnehmung:** Keine durchgehenden Halluzinationen, jedoch

vorübergehende paranoide oder dissoziative Episoden.

- **Kognitive Funktionen:** Aufmerksamkeit und Gedächtnis in der Regel nicht beeinträchtigt, jedoch oft beeinträchtigte Konzentration.
- **Orientierung:** Voll orientiert in Zeit, Ort und Person.

Diagnostik nach ICD-10 (diagnostische Kriterien):

Kriterium A:

- Tiefgreifendes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, Selbstbild und Affekten sowie ausgeprägte Impulsivität, das im frühen Erwachsenenalter beginnt und in verschiedenen Lebensbereichen auftritt.

Kriterium B:

- Mindestens fünf der folgenden Merkmale:
 - Verzweifertes Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden.
 - Ein Muster von instabilen und intensiven zwischenmenschlichen Beziehungen, das durch Wechsel zwischen extremer Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist.
 - Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung.
 - Impulsivität in mindestens zwei potenziell selbstschädigenden Bereichen (z.B. Geldausgaben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, Essanfälle).
 - Wiederholte suizidale Handlungen, Suizidandeutungen oder -drohungen oder Selbstverletzungsverhalten.
 - Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung (z.B. intensive episodische Dysphorie,

Reizbarkeit oder Angst, die gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage andauern).

- Chronisches Gefühl von Leere.
- Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren (z.B. häufige Wutausbrüche, andauernder Ärger, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen).
- Vorübergehende, durch Stress ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome.

Differentialdiagnostik:

- **Bipolare affektive Störung:** Unterscheidung durch die Episodenlänge und das Fehlen chronischer Instabilität.
- **Schizophrenie:** Abzugrenzen durch das Vorhandensein von durchgehenden Wahnvorstellungen und Halluzinationen.
- **Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS):** Abgrenzung durch Trauma-Bezug und spezifische PTBS-Symptome.

Komorbiditäten:

- **Depression:** Häufige Episoden von Major Depression.
- **Angststörungen:** Generalisierte Angststörung, Panikstörung.
- **Substanzmissbrauch:** Häufiger Missbrauch von Alkohol und Drogen.
- **Essstörungen:** Bulimie und Anorexie können begleitend auftreten.
- **Dissoziative Störungen:** Dissoziative Identitätsstörung und andere dissoziative Phänomene.

Verlauf der Erkrankung:

- Chronisch, jedoch mit möglichen Perioden der Besserung und Verschlechterung.

- Symptome können sich mit zunehmendem Alter mildern.

Risikofaktoren:

- **Genetische Prädisposition:** Familienanamnese von Persönlichkeitsstörungen oder anderen psychischen Erkrankungen.
- **Frühe Traumata:** Missbrauch, Vernachlässigung, instabile Familienverhältnisse.

Prognose:

- Variabel, abhängig von der Intensität der Symptome und der Behandlung.
- Mit intensiver Therapie kann eine deutliche Verbesserung der Funktionsfähigkeit und Lebensqualität erreicht werden.

Psychotherapieverfahren und weitere Interventionen:

- **Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT):** Spezifisch für BPS entwickelt, zielt auf die Verbesserung der emotionalen Regulierung, Achtsamkeit und zwischenmenschlichen Fähigkeiten.
- **Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT):** Fördert die Fähigkeit, eigene und fremde mentale Zustände besser zu verstehen.
- **Übertragungsfokussierte Therapie (TFP):** Analysiert und bearbeitet die Dynamiken in der Beziehung zwischen Patient und Therapeut.
- **Schemafokussierte Therapie:** Kombiniert Elemente der kognitiven Verhaltenstherapie mit anderen therapeutischen Ansätzen zur Bearbeitung tiefliegender Schemata.
- **Kognitive Verhaltenstherapie (CBT):** Verbesserung der kognitiven und verhaltensbezogenen Dysfunktionen.

Psychopharmakotherapie:

- **Antidepressiva:** SSRIs wie Fluoxetin oder Sertralin zur Behandlung von komorbider Depression und Angst.
- **Stimmungsstabilisierer:** Lamotrigin oder Valproat zur Reduktion von Stimmungsschwankungen.
- **Antipsychotika:** Niedrig dosierte Atypika wie Quetiapin zur Behandlung von impulsiven und paranoiden Symptomen.
- **Anxiolytika:** Vorsichtiger Einsatz von Benzodiazepinen zur kurzfristigen Behandlung akuter Angstzustände.

virtuelle Person zu F6: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
incl. Anamnese und psychopathologischen Befund nach ICD-10

hier: *Spezifische Persönlichkeitsstörungen (F60)*

genauer: *Borderline-Persönlichkeitsstörung (F60.31)*

Virtuelle Person: Lena M.

Allgemeine Informationen

- **Alter:** 28 Jahre
- **Geschlecht:** Weiblich
- **Beruf:** Künstlerin, derzeit arbeitslos



Sozialer und familiärer Hintergrund

- **Familienanamnese:** Mutter mit einer Geschichte von Depressionen und Alkoholmissbrauch, Vater unbekannt.
- **Kindheit:** Frühe Trennung der Eltern, aufgewachsen bei der Mutter. Mehrere Umzüge und Schulwechsel. Wiederholte Zeugnisse von häuslicher Unruhe und emotionaler Vernachlässigung.
- **Bildungsweg:** Abgebrochenes Kunststudium, häufige Wechsel der Ausbildungsplätze.
- **Frühere Beziehungen:** Mehrere kurzzeitige, intensive Beziehungen, die oft mit Konflikten und abrupten Trennungen endeten.

Medizinische und psychiatrische Vorgeschichte

- **Frühere medizinische Probleme:** Keine ernsthaften körperlichen Erkrankungen.
- **Psychiatrische Vorgeschichte:** Beginn der psychiatrischen Symptomatik im späten Jugendalter. Mehrere ambulante psychotherapeutische Behandlungen und zwei stationäre

psychiatrische Aufenthalte nach Selbstverletzungen oder Suizidversuchen.

Aktuelle Symptome und Verhaltensweisen

1. **Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen:** Lena zeigt ein Muster von intensiven und instabilen Beziehungen. Sie wechselt schnell zwischen Idealisierung und Entwertung ihrer Bezugspersonen.
2. **Impulsivität:** Unüberlegte Entscheidungen, die zu persönlichen oder finanziellen Problemen führen (z.B. exzessive Ausgaben, abrupte Jobwechsel).
3. **Affektive Instabilität:** Schnelle Stimmungswechsel, intensive Wutausbrüche, Gefühle von Verzweiflung und Leere.
4. **Selbstbild:** Stark schwankendes Selbstwertgefühl, Identitätsstörung mit Unsicherheit über die eigene Rolle oder Zukunft.
5. **Selbstverletzendes Verhalten:** Regelmäßiges selbstverletzendes Verhalten wie Ritzen, vor allem als Reaktion auf emotionale Belastung oder Kritik.
6. **Suizidale Gedanken:** Häufige suizidale Gedanken und mehrere dokumentierte Versuche als Reaktion auf Trennungserlebnisse oder Ablehnung.

Psychopathologischer Befund

- **Erscheinung:** Unruhig, sichtbare Narben von Selbstverletzung an den Armen.
- **Bewusstsein und Orientierung:** Klar und voll orientiert.
- **Auffassung und Konzentration:** Beeinträchtigt, leicht ablenkbar.
- **Gedächtnis:** Kurz- und Langzeitgedächtnis intakt.
- **Denken:** Sprunghaft, gelegentlich paranoide Ideen.
- **Affekt:** Hochgradig labil, schnelle Wechsel zwischen emotionalen Extremen.

- **Antrieb und Psychomotorik:** Wechsel zwischen Phasen von Hyperaktivität und Passivität.
- **Wahrnehmung:** Keine Halluzinationen, in Stresssituationen gelegentlich dissoziative Episoden.
- **Introspektion und Krankheitseinsicht:** Variabel, zeitweise Einsicht in die Dysfunktionalität des eigenen Verhaltens, jedoch oft externe Attribution von Problemen.

Zusammenfassung

Diese virtuelle Darstellung von Lena M. berücksichtigt detaillierte historische, klinische und psychopathologische Aspekte, die charakteristisch für eine Person mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung sind, und folgt den diagnostischen Kriterien des ICD-10. Die Beschreibung umfasst alle relevanten Lebensbereiche und bietet ein umfassendes Bild ihrer psychischen Gesundheit.

Leichte Intelligenzminderung (F70)

Definition:

Leichte Intelligenzminderung bezeichnet eine unterdurchschnittliche intellektuelle Leistungsfähigkeit mit einem IQ von 50-69. Betroffene haben Einschränkungen in kognitiven Fähigkeiten und adaptivem Verhalten, die während der Entwicklungsperiode beginnen.

Formen:

- **Leichte Intelligenzminderung (F70):** IQ von 50-69

Klassifikation nach ICD-10:

- **F70:** Leichte Intelligenzminderung

Triadisches System:

- **Endogene psychische Störung:**
Die Ursache der Intelligenzminderung besteht oft aus mehreren Faktoren, einschließlich genetischer Disposition und weiteren biologischen Besonderheiten.

Typische Symptome:

- **Kognitive Symptome:** Einfache Lernaufgaben werden gemeistert, Schwierigkeiten bei komplexen Aufgaben.
- **Soziale Symptome:** Grundlegende soziale Fertigkeiten vorhanden, Probleme bei komplexeren sozialen Interaktionen.
- **Adaptive Symptome:** Unterstützung bei komplexen täglichen Aufgaben notwendig.

Anamnese:

- **Persönliche Vorgeschichte:** Meist normale motorische Entwicklung, sprachliche und soziale Fähigkeiten leicht verzögert.
- **Medizinische und psychische Vorgeschichte:** Überprüfung auf begleitende physische Gesundheitsprobleme.
- **Familienanamnese:** Untersuchung auf ähnliche Fälle oder genetische Bedingungen in der Familie.

Psychopathologischer Befund:

- **Orientierung:** In der Regel orientiert in allen Bereichen.
- **Gedächtnis und Merkfähigkeit:** Kurzzeitgedächtnis meist intakt, Probleme mit komplexen Informationen.
- **Denken:** Konkretes Denken vorherrschend.
- **Affekt:** Emotional oft stabil, kann aber schnell wechseln.
- **Wahrnehmung:** Keine Halluzinationen typisch.
- **Urteilsfähigkeit und Einsicht:** Oft eingeschränkt, insbesondere bei komplexen Entscheidungen.
- **Soziale Interaktion:** Grundlegende Fähigkeiten vorhanden, aber Schwierigkeiten in komplexeren sozialen Settings.

Diagnostik nach ICD-10 (diagnostische Kriterien):

- **Primäre Kriterien:** IQ zwischen 50 und 69.
- **Sekundäre Kriterien:** Signifikante Einschränkungen in zwei oder mehr adaptiven Bereichen.

Differentialdiagnostik:

- **Autismus-Spektrum-Störungen:** Abgrenzung durch soziale Kommunikationsdefizite und repetitive Verhaltensweisen.
- **Psychische Störungen:** Unterscheidung von psychischen

Störungen wie Depression, die kognitive Beeinträchtigungen verursachen können.

Komorbiditäten:

- **Psychische Störungen:** Z.B. Depression, Angststörungen.
- **Neurologische Störungen:** Z.B. Epilepsie.

Verlauf der Erkrankung:

- **Lebenslang:** Stabile intellektuelle Einschränkungen, mit Unterstützung können viele Betroffene jedoch ein produktives Leben führen.

Risikofaktoren:

- **Genetische Bedingungen:** Wie Down-Syndrom.
- **Pränatale Einflüsse:** Z.B. Alkoholexposition.

Prognose:

- **Abhängig von Unterstützung:** Mit adäquater Unterstützung und Bildungschancen können viele Betroffene selbstständig leben.

Psychotherapieverfahren und weitere Interventionen:

- **Bildungsprogramme:** Angepasste Lernumgebungen und -methoden.
- **Soziales Training:** Erlernen sozialer Umgangsformen.
- **Berufliche Rehabilitation:** Arbeitsplatzanpassungen und -training.

Psychopharmakotherapie:

- **Begleitende psychische Störungen:** Behandlung von

Komorbiditäten wie Depression oder ADHS mit entsprechenden Medikamenten.

virtuelle Person zu F7: Intelligenzstörungen incl. Anamnese und psychopathologischen Befund nach ICD-10

hier: *Leichte Intelligenzminderung (F70)*

Virtuelle Person: Max K.

Allgemeine Informationen

- **Alter:** 22 Jahre
- **Geschlecht:** Männlich
- **Berufliche Situation:** Teilnahme an einem beschützten Arbeitsprogramm



Diagnostische Kriterien nach ICD-10 F70 (Leichte Intelligenzminderung)

- **IQ-Bereich:** IQ zwischen 50-69
- **Entwicklungsverzögerungen:** Verzögerte Sprach- und Motorikentwicklung in der Kindheit
- **Adaptive Fähigkeiten:** Eingeschränkte Fähigkeiten in der Selbstversorgung und im täglichen Leben

Sozialer und familiärer Hintergrund

- **Familienanamnese:** Keine bekannten genetischen Störungen, normale Geburt und Entwicklungsmeilensteine leicht verzögert.
- **Kindheit:** Regelmäßiger Besuch von Sondereinrichtungen für Bildung und Förderung.
- **Bildungsweg:** Abschluss einer Sonderschule, grundlegende Lesen- und Schreibfähigkeiten.

Medizinische und psychiatrische Vorgeschichte

- **Frühere medizinische Probleme:** Keine ernsthaften körperlichen Erkrankungen berichtet.

- **Psychiatrische Vorgeschichte:** Keine spezifischen psychiatrischen Störungen, jedoch Anzeichen von sozialer Unsicherheit und Schwierigkeiten bei der Stressbewältigung.

Aktuelle Symptome und Verhaltensweisen

- **Kognitive Fähigkeiten:** Eingeschränkte Problemlösungsfähigkeiten und konkretes Denken.
- **Soziale Interaktion:** Gut im vertrauten Umfeld, Schwierigkeiten bei der Anpassung an neue soziale Situationen.
- **Sprache und Kommunikation:** Einfacher Wortschatz, grundlegende Kommunikationsfähigkeit.
- **Selbstständigkeit:** Benötigt Unterstützung bei komplexeren Alltagsaufgaben, kann einfache Routinen selbstständig bewältigen.

Psychopathologischer Befund

- **Erscheinung:** Ordentlich, passende Kleidung zum Wetter und Anlass.
- **Bewusstsein und Orientierung:** Klar, voll orientiert in allen Qualitäten.
- **Auffassung und Konzentration:** Leicht vermindert, Aufmerksamkeitsspanne kurz.
- **Gedächtnis:** Kurzzeitgedächtnis besser als Langzeitgedächtnis, Schwierigkeiten bei der Erinnerung an vergangene Ereignisse.
- **Denken:** Konkret, Schwierigkeiten mit abstrakten Konzepten.
- **Affekt:** Meist freundlich und umgänglich, gelegentlich schnell frustriert bei Misserfolgen.
- **Antrieb und Psychomotorik:** Normal, manchmal langsam in neuen oder komplexen Situationen.
- **Wahrnehmung:** Keine Halluzinationen oder Wahnvorstellungen.
- **Introspektion und Krankheitseinsicht:** Begrenzt, versteht einfache Informationen über seine Situation.

Zusammenfassung

Diese Beschreibung von Max K. illustriert die Eigenschaften einer Person mit einer leichten Intelligenzminderung gemäß den ICD-10 Kriterien F70. Sie umfasst sowohl die kognitiven und sozialen Einschränkungen als auch die Fähigkeiten und Anpassungen, die in seinem täglichen Leben relevant sind.

Expressive Sprachstörung (F80.1)

Definition:

Expressive Sprachstörung ist eine spezifische Entwicklungsstörung, bei der das Kind Schwierigkeiten hat, Sprache angemessen zu produzieren und zu nutzen, was sich in einem unzureichenden Sprachentwicklungsniveau äußert.

Formen:

- Isolierte expressive Sprachstörung: Beeinträchtigung nur im expressiven Sprachgebrauch, ohne Beeinträchtigung des Sprachverständnisses.
- Gemischte rezeptive-expressive Sprachstörung: Beeinträchtigungen sowohl im expressiven als auch im rezeptiven Sprachbereich.

Klassifikation nach ICD-10:

- F80.1: Expressive Sprachstörung

Typische Symptome:

- Eingeschränkter Wortschatz für das Alter.
- Satzbau-Probleme (z.B. einfache und kurze Satzstruktur).
- Grammatikalische Fehler und Abweichungen.
- Schwierigkeiten beim Finden der richtigen Worte.
- Verlangsamte Sprachentwicklung.

Anamnese:

- Persönliche Vorgeschichte: Verzögerung der ersten Worte oder Sätze.
- Medizinische und psychische Vorgeschichte: Ausschluss anderer Ursachen wie Hörprobleme.
- Familienanamnese: Vorkommen ähnlicher Störungen in der Familie.
- Beginn und Verlauf der Symptome: Erste Auffälligkeiten meist im Kleinkindalter erkennbar.

Psychopathologischer Befund:

- Orientierung: Typischerweise altersgemäß.
- Gedächtnis und Merkfähigkeit: Normal bis leicht beeinträchtigt.
- Denken: Keine Beeinträchtigung der Intelligenz feststellbar.
- Affekt: Kann Frustration über Kommunikationsschwierigkeiten zeigen.
- Wahrnehmung: Keine Halluzinationen.
- Urteilsfähigkeit und Einsicht: Oft unbeeinträchtigt.
- Soziale Interaktion: Kann durch sprachliche Einschränkungen behindert sein.

Diagnostik nach ICD-10 (diagnostische Kriterien):

- Beeinträchtigung der Fähigkeit, Wörter und Sätze zu bilden.
- Die sprachliche Fähigkeit liegt deutlich unter dem erwarteten Niveau für das Alter.
- Die Störung beginnt in der frühen Kindheit.

Differentialdiagnostik:

- Autismus-Spektrum-Störungen: Überlappung in der Beeinträchtigung der Kommunikation, jedoch bei Autismus breitere soziale und behaviorale Probleme.
- Hörstörungen: Abzugrenzen durch audiologische Untersuchung.
- Intelligenzminderung: Abzugrenzen durch Intelligenztests.

Komorbiditäten:

- Lese- und Schreibstörungen: Häufig bei Kindern mit expressiver Sprachstörung.
- Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS).

Verlauf der Erkrankung:

- Kann sich mit dem Alter verbessern, insbesondere bei frühem Therapiebeginn.
- Einige Kinder benötigen langfristige Sprachtherapie.

Risikofaktoren:

- Genetische Prädisposition.
- Frühgeburt oder niedriges Geburtsgewicht.
- Umweltfaktoren wie geringe sprachliche Anregung in der Familie.

Prognose:

- Abhängig von der Schwere, der frühzeitigen Intervention und unterstützenden Umgebung.

Psychotherapieverfahren und weitere Interventionen:

- Sprachtherapie: Fokus auf Erweiterung des Wortschatzes, Verbesserung des Satzbaus und der Grammatik.
- Elterntraining: Anleitung der Eltern, wie sie die Sprachentwicklung zu Hause fördern können.
- Bildungsmaßnahmen: Integration von speziellen Förderprogrammen in Kindergärten oder Schulen.

Psychopharmakotherapie:

- Nicht typisch für expressive Sprachstörungen.

virtuelle Person zu F8: Entwicklungsstörungen incl. Anamnese
und psychopathologischen Befund nach ICD-10

hier: *Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und
der Sprache (F80)*

genauer: *expressive Sprachstörung (F80.1)*

Virtuelle Person: Jakob T.

Allgemeine Informationen

- **Alter:** 8 Jahre
- **Geschlecht:** Männlich
- **Schulische Situation:** Besucht die zweite Klasse einer Grundschule



Sozialer und familiärer Hintergrund

- **Familienanamnese:** Keine bekannten genetischen Störungen; keine familiäre Vorgeschichte von Sprach- oder Lernstörungen.
- **Frühkindliche Entwicklung:** Normale motorische und sensorische Meilensteine. Erste Worte im Alter von 18 Monaten, was später als üblich ist.
- **Familienstruktur:** Lebt mit beiden biologischen Eltern und einer jüngeren Schwester.

Medizinische und entwicklungsbezogene Vorgeschichte

- **Frühere medizinische Probleme:** Keine ernsthaften körperlichen Erkrankungen.
- **Entwicklungsmeilensteine:** Verzögerte Sprachentwicklung, begrenzter Wortschatz für sein Alter.

Aktuelle Probleme und Symptome (gemäß ICD-10 F80.1)

1. **Verzögerte Sprachproduktion:**

- **Ausdruck:** Schwierigkeiten beim Formulieren vollständiger Sätze; häufiger Gebrauch von Einzelwortäußerungen oder einfachen Phrasen trotz des Alters.
- **Grammatik:** Einfache grammatische Strukturen; Probleme mit Zeitformen und Fällen.

2. Eingeschränkter Wortschatz:

- **Sprachverständnis:** Relativ gut, kann Anweisungen verstehen, die seiner Altersstufe entsprechen.
- **Wortfindung:** Schwierigkeiten, die richtigen Worte in einem Gespräch zu finden.

3. Artikulationsprobleme:

- **Lautbildung:** Schwierigkeiten bei der korrekten Aussprache mehrerer Laute; Artikulation ist oft unklar.

4. Sprachliche Kreativität und Spiel:

- **Spielverhalten:** Bevorzugt Aktivitäten, die weniger verbale Kommunikation erfordern; spielt oft allein oder mit nicht-sprachbasierten Spielsachen.

Psychopathologischer Befund

- **Erscheinung:** Wirkt jünger als sein tatsächliches Alter, klein für sein Alter.
- **Emotionale Reaktionen:** Zeigt gelegentlich Frustration bei sprachlich anspruchsvollen Aufgaben.
- **Kognitive Funktionen:** Innerhalb der Altersnorm bei Aufgaben, die keine verbale Kommunikation erfordern.
- **Sprachliche Fähigkeiten:** Deutlich eingeschränkte expressive Sprachfähigkeiten im Vergleich zu Gleichaltrigen.
- **Sozialverhalten:** Etwas zurückgezogen, interagiert bevorzugt mit jüngeren Kindern oder in nicht-verbale Kontexten.

Zusammenfassung

Jakob zeigt die charakteristischen Merkmale einer expressiven Sprachstörung (F80.1) gemäß ICD-10. Die Beschreibung umfasst detaillierte Informationen über seine Entwicklungsanamnese, aktuelle sprachliche Fähigkeiten und psychopathologische Beobachtungen. Dieses Profil bietet einen umfassenden Einblick in die Herausforderungen und Merkmale, die mit dieser spezifischen Entwicklungsstörung der Sprache verbunden sind.

Frühkindlicher Autismus (F84.0)

Definition:

Frühkindlicher Autismus, auch als Autismus-Spektrum-Störung (ASS) bekannt, ist eine tiefgreifende Entwicklungsstörung, die durch auffällige und eingeschränkte soziale Interaktionen, Kommunikationsschwierigkeiten und repetitive, stereotype Verhaltensweisen charakterisiert ist. Die Symptome treten in der Regel vor dem dritten Lebensjahr auf.

Formen:

- **Kanner-Autismus:** Klassischer frühkindlicher Autismus, definiert durch schwere Sprach- und Kommunikationsdefizite.
- **Atypischer Autismus:** Ähnliche Symptome wie beim Kanner-Autismus, jedoch nicht alle diagnostischen Kriterien erfüllt oder späterer Beginn der Symptome.

Klassifikation nach ICD-10:

- **F84.0:** Frühkindlicher Autismus

Triadisches System:

- **Endogene psychische Störung:**
Frühkindlicher Autismus (F84.0) wird als endogene psychische Störung eingestuft, da die Ursache aus mehreren Faktoren besteht, einschließlich genetischer Disposition und biologischer Besonderheiten. Faktoren aus der sozialen Umwelt können ebenfalls eine Rolle spielen.

Typische Symptome:

- **Soziale Interaktionen:** Fehlender Blickkontakt, Schwierigkeiten beim Aufbau von Freundschaften, mangelndes Verständnis für

soziale Regeln und Normen.

- **Kommunikation:** Verzögerte Sprachentwicklung, Echolalie (Wiederholen von Wörtern oder Sätzen), Schwierigkeiten im Verständnis und Gebrauch von Sprache.
- **Verhalten:** Stereotype Bewegungen (z.B. Flattern mit den Händen), starkes Festhalten an Routinen, ungewöhnliche Interessen oder Aktivitäten.

Anamnese:

- **Persönliche Vorgeschichte:** Entwicklungsmeilensteine wie Krabbeln, Laufen, Sprechen oft verzögert. Auffälligkeiten in der Interaktion und im Spielverhalten ab frühem Kindesalter.
- **Medizinische und psychische Vorgeschichte:** In der Regel keine spezifischen Vorerkrankungen, jedoch können begleitende Entwicklungs- oder Verhaltensstörungen vorliegen.
- **Familienanamnese:** Häufig familiäre Häufung von Autismus oder verwandten Entwicklungsstörungen. Mögliche genetische Prädisposition.

Psychopathologischer Befund:

- **Orientierung:** In der Regel voll orientiert.
- **Gedächtnis und Merkfähigkeit:** Altersentsprechend, jedoch oft eingeschränkte Fähigkeit zur Generalisierung von Gelerntem.
- **Denken:** Konkretes, detailorientiertes Denken. Schwierigkeiten mit abstraktem Denken und Problemlösung.
- **Affekt:** Eingeschränkter Gesichtsausdruck, mangelnde emotionale Reaktivität.
- **Wahrnehmung:** Über- oder Unterempfindlichkeit gegenüber sensorischen Reizen (Licht, Geräusche, Berührungen).
- **Urteilsfähigkeit und Einsicht:** Eingeschränktes Verständnis für

soziale und emotionale Kontexte.

- **Soziale Interaktion:** Eingeschränkte Fähigkeit zur Interaktion mit Gleichaltrigen und Erwachsenen.
- **Selbstversorgung:** Abhängig vom Schweregrad der Störung unterschiedlich stark beeinträchtigt.

Diagnostik nach ICD-10 (diagnostische Kriterien):

Primäre Symptome:

- Deutliche Beeinträchtigung in der sozialen Interaktion.
- Auffällige und verzögerte Sprachentwicklung.
- Eingeschränkte, stereotype Verhaltensmuster, Interessen und Aktivitäten.

Sekundäre Symptome:

- Sensorische Empfindlichkeit.
- Emotionale und verhaltensbezogene Schwierigkeiten.

Ausschlusskriterien:

- Symptome dürfen nicht besser durch andere Entwicklungsstörungen, neurologische Erkrankungen oder sensorische Defizite erklärt werden.

Differentialdiagnostik:

- **Atypischer Autismus (F84.1):** Unterschiede in der Symptomatik oder späterer Beginn.
- **Rettsyndrom (F84.2):** Normaler Entwicklungsverlauf bis zu einem bestimmten Alter, gefolgt von einem Verlust der erworbenen Fähigkeiten.
- **Desintegrative Störung des Kindesalters (F84.3):** Normaler Entwicklungsverlauf bis zu einem bestimmten Alter, gefolgt von einem erheblichen Verlust der sozialen, kommunikativen und

motorischen Fähigkeiten.

Komorbiditäten:

- **Intelligenzminderung:** Häufig bei Kindern mit frühkindlichem Autismus.
- **Epilepsie:** Erhöhte Prävalenz bei autistischen Kindern.
- **Angststörungen:** Häufige Begleiterkrankung.
- **ADHS:** Überlappende Symptome und häufige Komorbidität.

Verlauf der Erkrankung:

- **Frühe Kindheit:** Auffälligkeiten in der sozialen Interaktion und Kommunikation werden erkennbar.
- **Schulalter:** Verhaltensprobleme und Lernschwierigkeiten treten deutlicher hervor.
- **Jugendalter:** Soziale Isolation, Schwierigkeiten im Übergang zur Selbstständigkeit.
- **Erwachsenenalter:** Variabler Verlauf, abhängig von der Schwere der Störung und den vorhandenen Unterstützungsmaßnahmen.

Risikofaktoren:

- **Genetische Prädisposition:** Familiäre Häufung und genetische Marker.
- **Geburtskomplikationen:** Geringes Geburtsgewicht, Frühgeburt.

Prognose:

- Starker variabler Verlauf. Einige Kinder entwickeln funktionale Kommunikationsfähigkeiten und können ein gewisses Maß an Unabhängigkeit erreichen, während andere lebenslang intensive Unterstützung benötigen.

Psychotherapieverfahren und weitere Interventionen:

- **Verhaltenstherapie:** Förderung sozialer Fähigkeiten und Verhaltensanpassung.
- **Sprachtherapie:** Unterstützung bei der Sprachentwicklung und Kommunikationsfähigkeit.
- **Ergotherapie:** Verbesserung der motorischen Fähigkeiten und sensorischen Integration.
- **Spezialisierte Bildungsprogramme:** Individuell angepasste Lernumgebungen zur Förderung kognitiver und sozialer Fähigkeiten.
- **Elterntraining:** Unterstützung und Schulung der Eltern im Umgang mit den Herausforderungen des Autismus.

Psychopharmakotherapie:

- **Antipsychotika:** Bei schweren Verhaltensproblemen und Aggressionen (z.B. Risperidon).
- **Stimulanzien:** Bei komorbider ADHS (z.B. Methylphenidat).
- **SSRIs:** Bei begleitenden Angststörungen oder Depressionen (z.B. Fluoxetin).
- **Antikonvulsiva:** Bei komorbider Epilepsie (z.B. Valproat).

**virtuelle Person zu F8: Entwicklungsstörungen incl. Anamnese
und psychopathologischen Befund nach ICD-10**

hier: (F84.0) - Frühkindlicher Autismus

Virtuelle Person: Taylor P.

Allgemeine Informationen

- **Name:** Taylor P.
- **Alter:** 7 Jahre
- **Geschlecht:** Weiblich



**Diagnostische Kriterien gemäß ICD-10 F84.0
(Frühkindlicher Autismus)**

1. Qualitative Beeinträchtigung der sozialen Interaktion:

- **Fehlender Gebrauch von nonverbalen Verhaltensweisen** wie Blickkontakt, Gesichtsausdruck, Körperhaltung zur Steuerung sozialer Interaktionen.
- **Unfähigkeit, Beziehungen zu Gleichaltrigen aufzubauen**, die dem Entwicklungsstand entsprechen.
- **Mangel an sozio-emotionaler Gegenseitigkeit**, z.B. Schwierigkeiten, Freude oder Interessen mit anderen zu teilen.

2. Qualitative Beeinträchtigung der Kommunikation:

- **Verzögerung oder völliges Fehlen der gesprochenen Sprache**, ohne den Versuch, dies durch Gesten oder Mimik zu kompensieren.
- **Schwierigkeiten, Gespräche zu initiieren oder aufrechtzuerhalten**, selbst wenn die Sprache vorhanden ist.
- **Stereotype und repetitive Verwendung der Sprache** oder eigenartige Sprache.

3. **Eingeschränkte, repetitive und stereotype Verhaltensmuster, Interessen und Aktivitäten:**

- **Festhalten an spezifischen, nicht funktionalen Routinen oder Ritualen.**
- **Stereotype und repetitive motorische Manierismen, z.B. Flattern oder Drehen der Hände oder Finger.**
- **Intensives Interesse an bestimmten, ungewöhnlich intensiven Themen.**

Anamnese

- **Familienanamnese:** Keine bekannte Vorgeschichte von Autismus-Spektrum-Störungen oder anderen schweren psychischen Erkrankungen in der Familie.
- **Frühe Kindheit:** Taylor zeigte bereits im Säuglingsalter geringe Reaktionen auf soziale Reize. Keine oder nur sehr begrenzte Reaktion auf elterliche Gesichtsausdrücke und fehlender Blickkontakt.
- **Entwicklungsgeschichte:** Verzögerte sprachliche Entwicklung, erstes Wort erst mit 3 Jahren. Mangel an spielerischer Interaktion mit anderen Kindern.
- **Medizinische Vorgeschichte:** Keine schwerwiegenden körperlichen Erkrankungen. Gelegentliche Infektionen im Kindesalter.
- **Sozialer Hintergrund:** Lebt mit beiden Eltern und einem älteren Geschwisterkind zusammen. Besuch einer spezialisierten Schule für Kinder mit Autismus-Spektrum-Störungen.

Psychopathologischer Befund

- **Erscheinung:** Taylor zeigt wenig Mimik, vermeidet Blickkontakt, stereotypische Bewegungen der Hände (Flattern).
- **Bewusstsein und Orientierung:** Klar und altersgerecht orientiert.
- **Sprache:** Stark verzögert, begrenztes Vokabular, oft echolalisch (wiederholt Wörter oder Phrasen).

- **Interaktion:** Schwierigkeiten in der sozialen Interaktion, zeigt wenig Interesse an Interaktionen mit Gleichaltrigen oder Erwachsenen.
- **Affekt:** Affektarm, Schwierigkeiten, emotionale Zustände auszudrücken oder zu verstehen.
- **Interessen:** Intensives, ungewöhnlich fokussiertes Interesse an bestimmten Gegenständen (z.B. Spielzeugautos), wiederholtes Anordnen und Sortieren dieser Gegenstände.
- **Antrieb und Psychomotorik:** Normales Bewegungsverhalten abgesehen von stereotypen Handbewegungen.

Zusammenfassung

Diese detaillierte, strukturierte Beschreibung von Taylor P., einer 7-jährigen weiblichen Person mit frühkindlichem Autismus (F84.0 nach ICD-10), umfasst alle relevanten diagnostischen Kriterien sowie eine umfassende Anamnese und einen psychopathologischen Befund. Die Darstellung gibt ein umfassendes Bild der psychischen und sozialen Herausforderungen, die mit dieser Diagnose einhergehen.

Asperger-Syndrom (F84.5)

Definition:

Das Asperger-Syndrom ist eine tiefgreifende Entwicklungsstörung, die durch Schwierigkeiten in der sozialen Interaktion und Kommunikation sowie durch eingeschränkte, stereotype Verhaltensmuster und Interessen gekennzeichnet ist. Es gehört zum Autismusspektrum, ist aber durch eine durchschnittliche bis überdurchschnittliche Intelligenz und keine signifikanten Sprachverzögerungen im frühen Kindesalter gekennzeichnet.

Formen:

Das Asperger-Syndrom wird nicht weiter in Unterformen klassifiziert, weist jedoch eine breite Vielfalt an individuellen Ausprägungen und Schweregraden auf.

Klassifikation nach ICD-10:

- **F84.5:** Asperger-Syndrom

Triadisches System:

- **Endogene psychische Störung:**

Das Asperger-Syndrom wird als endogene psychische Störung eingestuft, da die Ursache aus mehreren Faktoren besteht, einschließlich genetischer Disposition und möglicherweise weiterer Faktoren aus der sozialen Umwelt und biologischen Besonderheiten.

Typische Symptome:

- **Soziale Interaktion:** Schwierigkeiten, soziale Beziehungen aufzubauen und zu pflegen, mangelndes Einfühlungsvermögen, Probleme beim Verstehen sozialer Regeln und nonverbaler Signale.

- **Kommunikation:** Monotone Sprachmelodie, formale oder pedantische Sprache, Schwierigkeiten, Gespräche zu beginnen oder aufrechtzuerhalten, wörtliches Verständnis von Sprache.
- **Verhalten und Interessen:** Intensive, oft ungewöhnliche Interessen, rigide Routinen und Rituale, übermäßige Beschäftigung mit speziellen Themen.

Anamnese:

- **Persönliche Vorgeschichte:** Typischerweise normale frühkindliche Entwicklung der Sprache und Kognition, aber soziale und kommunikative Schwierigkeiten bereits im Kindesalter bemerkbar.
- **Medizinische und psychische Vorgeschichte:** Keine signifikanten medizinischen Erkrankungen, jedoch oft begleitende psychische Probleme wie Angststörungen oder Depressionen.
- **Familienanamnese:** Oftmals gehäuftes Auftreten von Autismus-Spektrum-Störungen oder ähnlichen sozialen Schwierigkeiten in der Familie.
- **Beginn und Verlauf der Symptome:** Symptome treten meist vor dem dritten Lebensjahr auf, oft erst im Schulalter als diagnostische Herausforderung erkannt.

Psychopathologischer Befund:

- **Orientierung:** Voll orientiert in Zeit, Ort und Person.
- **Gedächtnis und Merkfähigkeit:** Oft überdurchschnittliche Fähigkeiten in spezifischen Bereichen, gutes Gedächtnis für Fakten.
- **Denken:** Detailorientiertes Denken, Schwierigkeiten mit abstrakten Konzepten, rigides Denken.
- **Affekt:** Eingeschränkte oder unpassende emotionale Reaktionen, Schwierigkeiten, Gefühle auszudrücken oder zu erkennen.

- **Wahrnehmung:** Keine Halluzinationen oder Wahnvorstellungen, sensorische Überempfindlichkeiten möglich.
- **Urteilsfähigkeit und Einsicht:** Meist gute Einsicht in eigene kognitive Fähigkeiten, aber begrenztes Verständnis für eigene soziale und kommunikative Schwierigkeiten.
- **Soziale Interaktion:** Schwierigkeiten in der sozialen Interaktion, oft als "sonderbar" wahrgenommen, wenig Interesse an sozialen Aktivitäten.
- **Selbstversorgung:** Meist unabhängig, aber Schwierigkeiten mit neuen oder ungewohnten Situationen.

Diagnostik nach ICD-10 (diagnostische Kriterien):

Primäre Symptome:

- Deutliche Beeinträchtigung der sozialen Interaktion.
- Stereotype und repetitive Verhaltensmuster, Interessen und Aktivitäten.
- Keine klinisch signifikanten allgemeinen Verzögerungen in der Sprache oder der kognitiven Entwicklung.

Sekundäre Symptome:

- Mangelndes Einfühlungsvermögen.
- Motorische Ungeschicklichkeit.

Ausschlusskriterien:

- Symptome dürfen nicht durch eine andere tiefgreifende Entwicklungsstörung oder psychische Erkrankung besser erklärt werden.

Differentialdiagnostik:

- **Hochfunktionaler Autismus:** Unterscheidung durch spezifische Anamnese der Sprachentwicklung.
- **Schizoide Persönlichkeitsstörung:** Abgrenzung durch frühes

Auftreten der Symptome und die spezifischen autistischen Verhaltensweisen.

- **Zwangsstörung:** Unterscheidung durch das Vorhandensein von sozialen Kommunikationsschwierigkeiten und eingeschränkten Interessen.

Komorbiditäten:

- **Angststörungen:** Häufig, besonders soziale Angststörungen.
- **Depressionen:** Erhöhte Anfälligkeit, besonders in der Adoleszenz und im Erwachsenenalter.
- **ADHS:** Oftmals begleitend, führt zu zusätzlicher Beeinträchtigung der Aufmerksamkeit und Impulsivität.

Verlauf der Erkrankung:

- **Kindheit:** Frühe soziale Schwierigkeiten, oft erst im Schulalter diagnostiziert.
- **Jugend:** Zunehmende Bewältigungsstrategien, jedoch oft verstärkte soziale Isolation.
- **Erwachsenenalter:** Schwierigkeiten bei der Arbeitsplatzintegration und im sozialen Leben, aber viele können relativ unabhängig leben.

Risikofaktoren:

- **Genetische Prädisposition:** Familiäre Häufung von Autismus-Spektrum-Störungen.
- **Frühe soziale und kommunikative Auffälligkeiten.**

Prognose:

- Langfristige Prognose ist variabel, abhängig von der individuellen

Unterstützung und den erlernten sozialen Fertigkeiten. Viele Betroffene können ein unabhängiges Leben führen, wenn sie passende Unterstützung erhalten.

Psychotherapieverfahren und weitere Interventionen:

- **Verhaltenstherapie:** Förderung sozialer Fähigkeiten, Kommunikation und Anpassung an neue Situationen.
- **Ergotherapie:** Verbesserung der fein- und grobmotorischen Fähigkeiten.
- **Soziales Kompetenztraining:** Unterstützung beim Aufbau und Erhalt von sozialen Beziehungen.
- **Familientherapie:** Unterstützung und Schulung der Familienangehörigen im Umgang mit der Störung.

Psychopharmakotherapie:

- **Medikamente:** Keine spezifischen Medikamente zur Behandlung des Asperger-Syndroms, jedoch symptomatische Behandlung von Komorbiditäten (z.B. Antidepressiva bei Depression, Anxiolytika bei Angststörungen).
- **Stimulanzien:** Bei gleichzeitiger ADHS-Diagnose können Stimulanzien hilfreich sein.

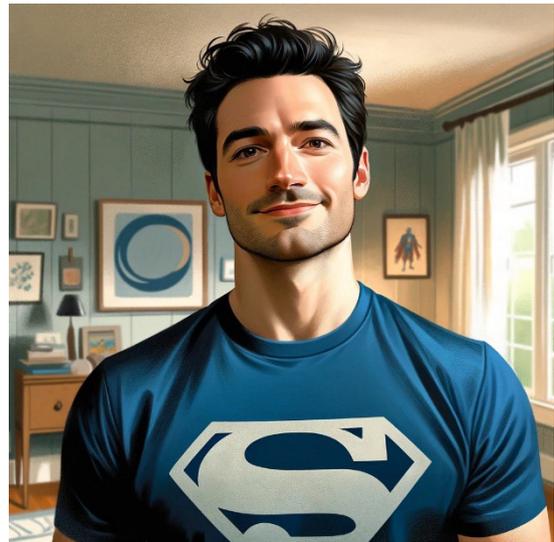
**virtuelle Person zu F8: Entwicklungsstörungen incl. Anamnese
und psychopathologischen Befund nach ICD-10**

hier: (F84.5) - Asperger-Syndrom

Virtuelle Person: Jonas K.

Allgemeine Informationen

- **Alter:** 30 Jahre
- **Geschlecht:** Männlich
- **Beruf:** Informatiker
- **Familienhintergrund:** Eltern geschieden
- **Bildung:** Universitätsabschluss
- **Beziehungsstatus:** In einer Beziehung
- **Wohnsituation:** Lebt mit seinen Eltern



Diagnostische Kriterien gemäß ICD-10 F84.5 (Asperger-Syndrom)

1. Qualitative Beeinträchtigung der sozialen Interaktionen:

- **Soziale Interaktion:** Schwierigkeiten, nonverbale Verhaltensweisen wie Blickkontakt, Gesichtsausdruck und Körperhaltung zu verwenden. Begrenztes Verständnis und Einfühlungsvermögen in soziale Regeln und Verhaltensweisen.
- **Beziehungen:** Wenige Freundschaften, Schwierigkeiten, Beziehungen zu pflegen und zu verstehen, was in zwischenmenschlichen Beziehungen erwartet wird.

2. Eingeschränkte, repetitive und stereotype Verhaltensmuster, Interessen und Aktivitäten:

- **Interessen:** Intensives und fokussiertes Interesse an speziellen Themen (z.B. Computercodierung, Mathematik). Kann stundenlang über dieses Thema sprechen und darin vertieft sein.
 - **Verhaltensmuster:** Routinen und Rituale, die strikt eingehalten werden müssen. Starkes Unbehagen bei Veränderungen oder Abweichungen von der Routine.
3. **Fehlen einer signifikanten allgemeinen Verzögerung in der sprachlichen oder kognitiven Entwicklung:**
- **Sprache:** Sprachentwicklung innerhalb der normalen Grenzen, jedoch monotone Sprachweise, Schwierigkeiten mit der Intonation und dem Verständnis von Metaphern oder humorvollen Bemerkungen.
 - **Kognition:** Intelligenz im normalen bis hohen Bereich, oft herausragende Fähigkeiten in bestimmten Bereichen wie Mathematik oder Informatik.
4. **Keine klinisch signifikante Verzögerung in der Entwicklung altersgemäßer Fähigkeiten zur Selbstversorgung, Anpassung an das Verhalten im sozialen Umfeld (außer bei sozialen Interaktionen) und Neugier gegenüber der Umgebung:**
- **Selbstversorgung:** Keine wesentlichen Einschränkungen, kann sich selbstständig um tägliche Aktivitäten kümmern.
 - **Verhalten:** Anpassung an das Verhalten im sozialen Umfeld ist schwierig, vor allem in neuen oder unvorhersehbaren sozialen Situationen.

Anamnese

Familienanamnese

- **Eltern:** Geschieden, Jonas hat eine enge Beziehung zu seiner Mutter, während der Kontakt zum Vater sporadisch ist.
- **Geschwister:** Keine Geschwister.

Entwicklungsanamnese

- **Frühe Kindheit:** Frühes Interesse an Zahlen und Systemen, hat früh begonnen zu lesen. Sozialer Rückzug in der Kindheit, spielte oft alleine.
- **Schule:** Akademisch immer sehr gut, jedoch Schwierigkeiten in Gruppenaktivitäten und sozialen Interaktionen. Mobbing-Erfahrungen während der Schulzeit.
- **Jugend:** Zunehmendes Interesse an Informatik, selbstständiges Erlernen von Programmiersprachen. Erste soziale Kontakte über Online-Communities.

Berufliche Anamnese

- **Karriere:** Erfolgreicher Abschluss des Informatikstudiums, derzeit angestellt als Softwareentwickler. Bevorzugt Einzelarbeit und klare, strukturierte Aufgaben.

Soziale Anamnese

- **Freundschaften:** Wenige, aber stabile Freundschaften, oft mit Personen, die ähnliche Interessen teilen.
- **Beziehung:** In einer festen Beziehung seit zwei Jahren, Partnerin zeigt Verständnis für seine besonderen Bedürfnisse und Routinen.

Psychopathologischer Befund

Erscheinung

- **Äußeres Erscheinungsbild:** Gepflegt, formell gekleidet, vermeidet Blickkontakt.

Bewusstseinslage

- **Klarheit:** Klar und vollständig orientiert in allen Qualitäten.

Aufmerksamkeit und Konzentration

- **Konzentration:** Hervorragende Konzentration bei Themen, die sein Interesse wecken, kann jedoch bei sozialen Interaktionen leicht abgelenkt wirken.

Denkprozesse

- **Denken:** Logisch und kohärent, jedoch gelegentlich sprunghaft zwischen verschiedenen Details seines Interessengebiets.

Affekt

- **Gefühlsausdruck:** Monoton, wenig Variation in der Intonation, Schwierigkeiten, Emotionen auszudrücken und zu erkennen.

Antrieb und Psychomotorik

- **Motorik:** Keine Auffälligkeiten, gelegentlich stereotype Bewegungen oder Gesten, besonders in stressigen Situationen.

Wahrnehmung

- **Sensorische Wahrnehmung:** Keine Halluzinationen, jedoch Überempfindlichkeit gegenüber bestimmten sensorischen Reizen (z.B. laute Geräusche, grelles Licht).

Ich-Störungen

- **Ich-Erleben:** Keine Störungen im Ich-Erleben, festes Bewusstsein über eigene Identität und Fähigkeiten.

Zusammenfassung

Diese umfassende Darstellung von Jonas K. berücksichtigt alle relevanten diagnostischen Kriterien für das Asperger-Syndrom gemäß der ICD-10, inklusive einer detaillierten Anamnese und eines vollständigen psychopathologischen Befunds. Die Beschreibung liefert ein tiefgehendes und klinisch fundiertes Bild seiner Persönlichkeit und seiner speziellen Herausforderungen.

Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (F90.0)

Definition:

Die einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung, besser bekannt als Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS), ist eine neurobiologische Entwicklungsstörung, die durch anhaltende Muster von Unaufmerksamkeit und/oder Hyperaktivität-Impulsivität gekennzeichnet ist, welche die Funktionsfähigkeit oder Entwicklung beeinträchtigen.

Formen:

- **Vorwiegend unaufmerksamer Typ:** Hauptsächlich Schwierigkeiten mit Aufmerksamkeit und Konzentration.
- **Vorwiegend hyperaktiv-impulsiver Typ:** Hauptsächlich hyperaktive und impulsive Verhaltensweisen.
- **Kombinierter Typ:** Sowohl unaufmerksame als auch hyperaktive-impulsive Symptome sind gleichermaßen präsent.

Klassifikation nach ICD-10:

- **F90.0:** Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung.

Triadisches System:

- **Endogene psychische Störung:**
ADHS (F90.0) wird als endogene psychische Störung eingestuft, da die Ursache aus mehreren Faktoren besteht. Oftmals spielt eine genetische Disposition eine Rolle, kombiniert mit weiteren Faktoren aus der sozialen Umwelt und biologischen Besonderheiten.

Typische Symptome:

- **Unaufmerksamkeit:** Leicht ablenkbar, Schwierigkeiten, Details zu beachten, häufiges Verlieren von Gegenständen, unorganisiert.
- **Hyperaktivität:** Zappeln, Aufstehen in Situationen, in denen Sitzenbleiben erwartet wird, exzessives Reden.
- **Impulsivität:** Platzen mit Antworten heraus, bevor Fragen beendet sind, Schwierigkeiten, auf die eigene Reihe zu warten, häufiges Unterbrechen oder Stören anderer.

Anamnese:

- **Persönliche Vorgeschichte:** Entwicklungsmeilensteine, schulische Leistungen, Verhalten im sozialen Umfeld.
- **Medizinische und psychische Vorgeschichte:** Frühere Diagnosen, Behandlungen und deren Ergebnisse.
- **Familienanamnese:** Vorkommen von ADHS oder anderen neuropsychiatrischen Erkrankungen in der Familie.
- **Beginn und Verlauf der Symptome:** Alter bei Erstmanifestation, zeitlicher Verlauf und Muster der Symptome.

Psychopathologischer Befund:

- **Stimmung und Affekt:** Reizbar, frustriert, schnell wechselnde Emotionen.
- **Denkprozesse:** Klar, jedoch sprunghaft und unstrukturiert, häufige Ablenkbarkeit.
- **Wahrnehmung:** Keine Halluzinationen oder Illusionen.
- **Kognitive Funktionen:** Beeinträchtigte Aufmerksamkeit, altersentsprechendes Gedächtnis, volle Orientierung.

Diagnostik nach ICD-10 (diagnostische Kriterien):

Primäre Symptome:

- Mindestens sechs Monate anhaltende Symptome von Unaufmerksamkeit und/oder Hyperaktivität-Impulsivität.
- Symptome müssen in einem Ausmaß vorliegen, das nicht dem Entwicklungsstand entspricht und zu Beeinträchtigungen in sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionen führt.
- Symptome treten in mehr als einem Lebensbereich (z.B. Schule, Zuhause) auf.

Unaufmerksamkeit:

- Unaufmerksamkeit gegenüber Details, häufige Flüchtigkeitsfehler.
- Schwierigkeiten, die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder Spielen aufrechtzuerhalten.
- Scheint oft nicht zuzuhören.
- Schwierigkeiten, Anweisungen zu befolgen und Aufgaben zu beenden.
- Organisation von Aufgaben und Aktivitäten fällt schwer.
- Vermeidet oder ist widerwillig bei Aufgaben, die anhaltende geistige Anstrengung erfordern.
- Verliert häufig Gegenstände.
- Leicht durch äußere Reize ablenkbar.
- Vergesslich in täglichen Aktivitäten.

Hyperaktivität und Impulsivität:

- Zappeln mit Händen oder Füßen, herumrutschen auf dem Stuhl.
- Verlassen des Platzes in Situationen, in denen Sitzenbleiben erwartet wird.
- Unpassendes Herumlaufen oder Klettern.
- Schwierigkeiten, ruhig zu spielen oder sich ruhig zu beschäftigen.

- Häufig „auf Achse“ oder handelt, als wäre er/sie „getrieben“.
- Übermäßiges Reden.
- Platzen mit Antworten heraus, bevor Fragen beendet sind.
- Schwierigkeiten, auf die eigene Reihe zu warten.
- Unterbrechen oder Stören anderer.

Differentialdiagnostik:

- **Angststörungen:** Differenzierung durch Angst als primäres Symptom.
- **Depressive Störungen:** Abgrenzung durch vorwiegende depressive Stimmung.
- **Lernstörungen:** Konzentrationsschwierigkeiten aufgrund spezifischer Lernprobleme.
- **Autismus-Spektrum-Störung:** Beeinträchtigungen in der sozialen Interaktion und Kommunikation als Hauptmerkmal.

Komorbiditäten:

- **Oppositionelles Trotzverhalten:** Häufiges Auftreten von Trotzverhalten und Wutausbrüchen.
- **Angststörungen:** Generalisierte Angststörungen, spezifische Phobien.
- **Depressive Störungen:** Depressive Episoden oder Dysthymie.
- **Lernstörungen:** Schwierigkeiten im Lesen, Schreiben oder Rechnen.

Verlauf der Erkrankung:

- Symptome können sich im Erwachsenenalter abmildern, jedoch bleibt ADHS oft bestehen.

- Bei Nichtbehandlung können langfristige Beeinträchtigungen in sozialen und beruflichen Bereichen auftreten.

Risikofaktoren:

- Genetische Prädisposition.
- Prenatale Risikofaktoren (z.B. Rauchen, Alkohol während der Schwangerschaft).
- Frühkindliche Exposition gegenüber Neurotoxinen.

Prognose:

- Mit angemessener Behandlung und Unterstützung gute Chancen auf Besserung der Symptome und Verbesserung der Lebensqualität.
- Unbehandelt besteht das Risiko für sekundäre Probleme wie schulisches Versagen, soziale Isolation und niedriger Selbstwert.

Psychotherapieverfahren und weitere Interventionen:

- **Verhaltenstherapie:** Förderung der Selbstregulation, Verbesserung der sozialen Fähigkeiten und Verringerung von Verhaltensproblemen.
- **Elterntraining:** Unterstützung und Schulung der Eltern im Umgang mit ADHS.
- **Schulbasierte Interventionen:** Anpassungen im Unterricht, individuelle Lernstrategien.
- **Soziales Kompetenztraining:** Förderung von sozialem Verhalten und Konfliktlösung.

Psychopharmakotherapie:

- **Stimulanzien:** Methylphenidat, Amphetamine zur Verbesserung der Aufmerksamkeit und Reduktion der Hyperaktivität.

- **Nicht-Stimulanzen:** Atomoxetin, Guanfacin als Alternative oder Ergänzung zu Stimulanzen.
- **Antidepressiva:** Einsatz bei komorbiden depressiven oder Angststörungen.

**virtuelle Person zu F9: Verhaltens- und emotionale Störungen mit
Beginn in der Kindheit und Jugend incl. Anamnese und
psychopathologischen Befund nach ICD-10
hier: *F90: Hyperkinetische Störungen*
genauer: *(F90.0) - Einfache Aktivitäts- und
Aufmerksamkeitsstörung***

Virtuelle Person: Tom H.

Allgemeine Informationen

- **Name:** Tom H.
- **Alter:** 11 Jahre
- **Geschlecht:** Männlich
- **Hintergrund:** Städtisches Umfeld
- **Schulleistungen:** Gute Leistungen
- **Familiensituation:** Eltern geschieden, lebt bei der Mutter
- **Medizinische Vorgeschichte:** Frühere Fraktur des Armes



Diagnostische Kriterien gemäß ICD-10 F90.0 (Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung)

1. Aufmerksamkeitsdefizit:

- **Unaufmerksamkeit:** Häufige Flüchtigkeitsfehler bei Schularbeiten, Schwierigkeiten, die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder Spielen aufrechtzuerhalten, scheint oft nicht zuzuhören, wenn direkt angesprochen.
- **Organisation:** Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren, häufiges Verlieren von Dingen, die für Aufgaben oder Aktivitäten notwendig sind.

2. Hyperaktivität:

- **Körperliche Unruhe:** Zappeln und Winden in Sitzen, verlässt häufig den Platz in Situationen, in denen Sitzenbleiben erwartet wird.
- **Unangemessene Aktivität:** Lläuft häufig herum oder klettert exzessiv in unpassenden Situationen, Schwierigkeiten, ruhig zu spielen oder Freizeitaktivitäten leise durchzuführen.

3. Impulsivität:

- **Übermäßiges Reden:** Häufiges Herausplatzen von Antworten, bevor Fragen beendet sind, Schwierigkeiten, in Gesprächen oder bei Spielen zu warten.
- **Unterbrechung und Störung:** Unterbricht oder stört häufig andere, drängt sich in Gespräche oder Spiele ein.

Anamnese

- **Frühkindliche Entwicklung:** Normale Entwicklung der motorischen und sprachlichen Fähigkeiten. Hyperaktivität und Unaufmerksamkeit wurden erstmals im Kindergartenalter bemerkt.
- **Schule:** Guter Schüler, jedoch mit Schwierigkeiten, sich über längere Zeiträume zu konzentrieren. Lehrer berichten von ständiger Unruhe und häufigem Unterbrechen des Unterrichts.
- **Sozialverhalten:** Schwierigkeiten, Freundschaften aufrechtzuerhalten, da impulsives Verhalten oft zu Konflikten führt.
- **Familiäre Situation:** Lebt bei der Mutter seit der Scheidung der Eltern vor drei Jahren. Regelmäßiger Kontakt zum Vater am Wochenende. Mutter berichtet von häufigen Konflikten wegen seiner Impulsivität und Unaufmerksamkeit.

Psychopathologischer Befund

- **Erscheinung:** Tom ist ein aufgeweckter Junge, wirkt oft unruhig und zappelig. Auffälliges Zappeln und Winden während des Gesprächs.

- **Bewusstsein und Orientierung:** Klar und voll orientiert.
- **Aufmerksamkeit und Konzentration:** Stark eingeschränkte Fähigkeit, die Aufmerksamkeit über längere Zeit aufrechtzuerhalten. Leichte Ablenkbarkeit durch Umgebungsreize.
- **Denken:** Gedankengänge sind sprunghaft, Schwierigkeiten, bei einem Thema zu bleiben.
- **Affekt:** Fröhlich, jedoch schnell frustriert, wenn Aufgaben nicht sofort gelingen. Zeigt schnelle Stimmungsschwankungen.
- **Antrieb und Psychomotorik:** Übermäßig hoher Antrieb, Hyperaktivität sichtbar durch ständiges Herumlaufen und Reden.
- **Wahrnehmung:** Keine Wahrnehmungsstörungen.
- **Sozialverhalten:** Impulsiv, Schwierigkeiten in der Interaktion mit Gleichaltrigen, unterbricht häufig Gespräche.

Zusammenfassung

Diese detaillierte und strukturierte Beschreibung von Tom H., einem 11-jährigen Jungen mit einer einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (F90.0 nach ICD-10), berücksichtigt alle relevanten diagnostischen Kriterien und bietet einen umfassenden Überblick über seine Anamnese und den psychopathologischen Befund.

Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (F90.1)

Definition:

Die hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (F90.1) ist eine Unterkategorie der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Sie ist gekennzeichnet durch eine Kombination von Symptomen wie Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und impulsives Verhalten sowie sozial unakzeptable Verhaltensweisen.

Formen:

- **Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (F90.0):** Bezieht sich auf die primären Symptome von ADHS ohne zusätzliche Verhaltensauffälligkeiten.
- **Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (F90.1):** Kombiniert ADHS-Symptome mit Verhaltensauffälligkeiten wie Aggressivität, Regelverletzungen und sozialen Konflikten.

Klassifikation nach ICD-10:

- **F90.0:** Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung
- **F90.1:** Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens

Triadisches System:

- **Endogene psychische Störung:** Die Ursache der ADHS besteht aus mehreren Faktoren, einschließlich genetischer Disposition, Einflüssen aus der sozialen Umwelt und weiteren körperlichen bzw. biologischen Besonderheiten.

Typische Symptome:

- **Aufmerksamkeit:** Schwierigkeiten, die Aufmerksamkeit über

längere Zeiträume aufrechtzuerhalten, häufiges Wechseln zwischen Aktivitäten, Fehler durch Unachtsamkeit.

- **Hyperaktivität:** Ständiges Zappeln, Unfähigkeit, still zu sitzen, übermäßiges Reden.
- **Impulsivität:** Platzen mit Antworten heraus, Schwierigkeiten, in der Schlange zu warten, häufiges Unterbrechen oder Stören anderer.
- **Soziale Verhaltensprobleme:** Aggressivität, Streitlust, Regelverletzungen, Schwierigkeiten im Umgang mit Gleichaltrigen und Autoritäten.

Anamnese:

- **Persönliche Vorgeschichte:** Frühkindliche Entwicklungsverzögerungen, Verhaltensprobleme im Kindergarten und in der Schule, häufige Konflikte mit Lehrern und Mitschülern.
- **Medizinische und psychische Vorgeschichte:** Keine signifikanten körperlichen Erkrankungen, Diagnose von ADHS im frühen Schulalter, mehrere ambulante und stationäre Behandlungen.
- **Familienanamnese:** Vorkommen von ADHS und Verhaltensstörungen in der Familie, elterlicher Substanzmissbrauch oder psychische Erkrankungen.

Psychopathologischer Befund:

- **Stimmung und Affekt:** Häufig gereizt oder frustriert, schnelle Stimmungswechsel.
- **Denkprozesse:** Denken ist klar, aber oft sprunghaft und unorganisiert, keine formalen Denkstörungen.
- **Wahrnehmung:** Keine Halluzinationen oder Illusionen.
- **Kognitive Funktionen:** Beeinträchtigte Aufmerksamkeit und Konzentration, intaktes Kurz- und Langzeitgedächtnis, voll

orientiert in Zeit, Ort und Person.

Diagnostik nach ICD-10 (diagnostische Kriterien):

Kriterien für hyperkinetische Störungen:

- Symptome der Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität, die über mindestens sechs Monate bestehen.
- Beginn vor dem 7. Lebensjahr.
- Symptome treten in mehr als einer Lebenssituation (z.B. Schule, Zuhause) auf.
- Deutliche Beeinträchtigung in sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsbereichen.

Zusätzliche Kriterien für hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (F90.1):

- Anhaltende Verhaltensauffälligkeiten wie Aggressivität, Regelverletzungen, soziale Konflikte.
- Kombination der Symptome von ADHS mit Verhaltensstörungen.

Differentialdiagnostik:

- **Reine ADHS (F90.0):** Keine schweren Verhaltensauffälligkeiten zusätzlich zu den ADHS-Symptomen.
- **Oppositionelles Trotzverhalten (F91.3):** Störung des Sozialverhaltens ohne signifikante hyperkinetische Symptome.
- **Affektive Störungen:** Depressive oder bipolare Störungen können ebenfalls Unaufmerksamkeit und Verhaltensprobleme verursachen, jedoch mit anderer Symptomatik und Verlauf.

Komorbiditäten:

- **Lernstörungen:** Schwierigkeiten beim Lesen, Schreiben oder Rechnen.

- **Angststörungen:** Generalisierte Angststörung, soziale Phobie.
- **Depression:** Depressive Episoden, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen.
- **Substanzmissbrauch:** Erhöhtes Risiko für den Missbrauch von Drogen und Alkohol im Jugendalter.

Verlauf der Erkrankung:

- Symptome können bis ins Erwachsenenalter bestehen bleiben, jedoch oft in abgemilderter Form.
- Verhaltensauffälligkeiten können sich mit der Zeit verstärken, insbesondere ohne adäquate Behandlung.

Risikofaktoren:

- Genetische Prädisposition.
- Frühkindliche Umweltfaktoren, wie traumatische Erlebnisse oder Vernachlässigung.
- Komorbidität mit anderen psychischen Störungen.

Prognose:

- Mit geeigneter Behandlung können Symptome deutlich reduziert werden.
- Ohne Behandlung besteht das Risiko für chronische Verhaltensprobleme, Schulversagen und Schwierigkeiten im Erwachsenenalter.

Psychotherapieverfahren und weitere Interventionen:

- **Verhaltenstherapie:** Verbesserung der Selbstkontrolle, Entwicklung von Problemlösungsstrategien, Förderung sozialer Kompetenzen.

- **Elterntraining:** Unterstützung der Eltern im Umgang mit dem Verhalten ihres Kindes, Vermittlung von Erziehungsstrategien.
- **Schulbasierte Interventionen:** Anpassungen im Unterricht, individuelle Förderung, Zusammenarbeit mit Lehrern.
- **Soziale Kompetenztrainings:** Förderung sozialer Fähigkeiten, Verbesserung der Interaktionen mit Gleichaltrigen.

Psychopharmakotherapie:

- **Stimulanzien:** Methylphenidat, Amphetamine zur Verbesserung der Aufmerksamkeit und Reduktion der Hyperaktivität.
- **Nicht-Stimulanzien:** Atomoxetin, Guanfacin zur Behandlung von ADHS-Symptomen.
- **Antipsychotika:** Bei schweren Verhaltensstörungen und Aggressivität (mit Vorsicht und nur bei entsprechender Indikation).

**virtuelle Person zu F9: Verhaltens- und emotionale Störungen mit
Beginn in der Kindheit und Jugend incl. Anamnese und
psychopathologischen Befund nach ICD-10
hier: *F90: Hyperkinetische Störungen*
genauer: (*F90.1*) - *Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens***

Virtuelle Person: Laurenz S.

Allgemeine Informationen

- **Name:** Laurenz S.
- **Alter:** 10 Jahre
- **Geschlecht:** Männlich
- **Familienstand:** Geschiedene Eltern
- **Bildungsweg:** Gymnasium



Anamnese

1. Familienanamnese:

- **Eltern:** Geschieden seit 3 Jahren. Laurenz lebt hauptsächlich bei der Mutter, regelmäßiger Kontakt zum Vater.
- **Geschwister:** Keine.
- **Familiengeschichte:** Keine bekannten psychiatrischen Erkrankungen in der Familie.

2. Persönliche Vorgeschichte:

- **Frühe Kindheit:** Keine Komplikationen bei der Geburt, normale frühkindliche Entwicklung.
- **Schulische Entwicklung:** Normaler Schulbeginn, jedoch ab dem dritten Schuljahr zunehmende Probleme mit Lehrern und Mitschülern.

3. Soziale Anamnese:

- **Freundschaften:** Instabile Freundschaften, häufige Konflikte und Streitigkeiten.
- **Freizeitverhalten:** Bevorzugt Einzelaktivitäten wie Videospiele, zeigt wenig Interesse an organisierten Freizeitaktivitäten oder Vereinen.

4. Verhaltensanamnese:

- **Frühere Verhaltensprobleme:** Häufige Konflikte mit Autoritätspersonen, Schulverweise wegen aggressiven Verhaltens und Diebstählen.
- **Aktuelles Verhalten:** Aggressiv und oppositionell gegenüber Lehrern und Mitschülern, häufiges Lügen und Täuschen.

5. Medizinische Anamnese:

- **Gesundheitszustand:** Regelmäßige Arztbesuche wegen kleinerer Verletzungen, ansonsten körperlich gesund.

6. Psychiatrische Anamnese:

- **Behandlungen:** Mehrere ambulante Psychotherapie-Sitzungen, kurze stationäre Aufenthalte wegen aggressiven Verhaltens.

Diagnostische Kriterien gemäß ICD-10 F90.1 (Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens)

1. Kombination von hyperkinetischen Symptomen und abnormem Sozialverhalten:

- **Hyperaktivität:** Übermäßige motorische Aktivität, Schwierigkeiten, still zu sitzen oder ruhig zu spielen.
- **Impulsivität:** Handelt ohne nachzudenken, unterbricht andere, kann nicht warten.

2. Deutliche und andauernde Verhaltensmuster:

- **Aggressives Verhalten:** Häufige Schlägereien, körperliche Grausamkeit gegenüber anderen.

- **Schädigendes Verhalten:** Sachbeschädigung, Stehlen, Lügen.
3. **Beeinträchtigung in verschiedenen Lebensbereichen:**
- **Schule:** Deutliche Probleme im Schulverhalten und Leistung.
 - **Zuhause:** Konflikte mit Eltern und Geschwistern, Trotzverhalten.
 - **Soziale Interaktionen:** Schwierigkeiten, Freundschaften zu pflegen, häufige Ablehnung durch Gleichaltrige.
4. **Dauer und Verlauf:**
- **Konsistenz der Symptome:** Symptome bestehen seit mindestens sechs Monaten in mehreren Lebensbereichen.
 - **Beginn:** Erste Anzeichen im frühen Kindesalter.

Psychopathologischer Befund

1. **Allgemeines Verhalten und Erscheinungsbild:**
- **Erscheinung:** Unruhige Körperhaltung, ständig in Bewegung, oft unordentlich gekleidet.
 - **Verhalten:** Unruhig, ständig zappeln und herumrennen, häufig unterbricht andere.
2. **Bewusstseinslage:**
- **Bewusstsein:** Klar, voll orientiert.
 - **Aufmerksamkeit:** Deutlich verkürzte Aufmerksamkeitsspanne, leicht ablenkbar.
3. **Affekt und Stimmung:**
- **Affekt:** Reizbar, schnelle Stimmungsschwankungen, häufige Wutausbrüche.
 - **Stimmung:** Häufig gereizt und frustriert, gelegentlich traurig.
4. **Denken:**

- **Denkabläufe:** Sprunghaft, neigt zu impulsiven Entscheidungen ohne Rücksicht auf Konsequenzen.
- **Inhalte:** Keine Anzeichen von Wahnvorstellungen oder Halluzinationen.

5. Sozialverhalten:

- **Interaktionen:** Schwierigkeiten, soziale Regeln zu verstehen und zu befolgen, aggressiv gegenüber Gleichaltrigen und Erwachsenen.

6. Kognitive Funktionen:

- **Leistung:** Intellektuelle Fähigkeiten im Normbereich, jedoch deutliche schulische Leistungsprobleme aufgrund von Verhaltensauffälligkeiten.

Zusammenfassung

Laurenz S. ist ein 10-jähriger Schüler mit der Diagnose einer hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens (F90.1 nach ICD-10). Er zeigt eine Kombination aus hyperaktivem Verhalten und schwerwiegenden sozialen Verhaltensauffälligkeiten, die in verschiedenen Lebensbereichen zu erheblichen Beeinträchtigungen führen. Die Anamnese umfasst detaillierte Informationen über seine familiären und sozialen Hintergründe, seine schulische und medizinische Geschichte sowie seine psychiatrische Vorgeschichte. Der psychopathologische Befund bietet eine umfassende Einschätzung seines aktuellen Zustands, basierend auf den diagnostischen Kriterien des ICD-10.

Oppositionelles, aufsässiges Verhalten (F91.3)

Definition:

Oppositionelles, aufsässiges Verhalten (OAV) ist eine Verhaltensstörung, die durch ein anhaltendes Muster von negativem, feindseligem und trotzigem Verhalten gegenüber Autoritätspersonen gekennzeichnet ist. Diese Störung tritt meist in der Kindheit oder frühen Jugend auf.

Formen:

- **Mild:** Symptome treten nur in einem Setting auf (z.B. nur zu Hause oder nur in der Schule).
- **Moderat:** Symptome treten in mindestens zwei Settings auf.
- **Schwer:** Symptome treten in drei oder mehr Settings auf.

Klassifikation nach ICD-10:

- **F91.3:** Oppositionelles, aufsässiges Verhalten

Triadisches System:

- **Psychogene psychische Störung:**
Diese Störung wird in der Regel als psychogene psychische Störung eingeordnet, da sie primär durch psychische und soziale Faktoren, insbesondere innerhalb der familiären Umgebung, bedingt ist.

Typische Symptome:

- **Verhaltenssymptome:** Häufige Wutausbrüche, Streit mit Erwachsenen, absichtliches Verärgern anderer Menschen, Schuldzuweisungen an andere für eigene Fehler oder Fehlverhalten.

- **Emotionale Symptome:** Empfindlichkeit, Reizbarkeit, Ärger, Groll.
- **Soziale Symptome:** Schwierigkeiten in der Schule und im sozialen Umfeld, Konflikte mit Gleichaltrigen und Autoritätspersonen.

Anamnese:

- **Persönliche Vorgeschichte:** Auffälliges Verhalten seit der frühen Kindheit, Probleme in der Schule und zu Hause, häufige Auseinandersetzungen mit Eltern und Lehrern.
- **Medizinische und psychische Vorgeschichte:** Keine signifikanten medizinischen Vorerkrankungen, gelegentliche Wutausbrüche und Reizbarkeit.
- **Familienanamnese:** Familiäre Vorbelastung mit Verhaltensstörungen oder psychischen Erkrankungen. Konflikte innerhalb der Familie.

Psychopathologischer Befund:

- **Stimmung und Affekt:** Häufig reizbar und ärgerlich, gelegentlich deprimiert.
- **Denkprozesse:** Klar und kohärent, aber oft auf Trotz und Opposition ausgerichtet.
- **Wahrnehmung:** Keine Halluzinationen oder Illusionen.
- **Kognitive Funktionen:** Gedächtnis, Aufmerksamkeit und Orientierung im Normbereich, keine kognitiven Defizite.

Diagnostik nach ICD-10 (diagnostische Kriterien):

Primäre Symptome:

- Ein Muster von negativem, trotzigem, feindseligem und aufsässigem Verhalten gegenüber Autoritätspersonen.
- Mindestens vier der folgenden Kriterien müssen für mindestens

sechs Monate vorliegen:

- Häufige Wutausbrüche
- Streitet sich häufig mit Erwachsenen
- Widersetzt sich aktiv oder weigert sich, Anweisungen oder Regeln zu befolgen
- Absichtliches Verärgern anderer
- Schuldzuweisungen an andere für eigene Fehler oder Fehlverhalten
- Empfindlichkeit oder leichtes Ärgern durch andere
- Häufiger Ärger und Groll
- Boshaftigkeit oder Rachsucht

Ausschlusskriterien:

- Verhaltensmuster dürfen nicht auf andere psychische Störungen zurückzuführen sein (z.B. depressive Störung, Angststörung).

Differentialdiagnostik:

- **Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS):** Abgrenzung durch fokussierte Aufmerksamkeitstests und Verhaltensbeobachtung.
- **Depressive Störung:** Ausschluss durch klinische Interviews und psychometrische Tests.
- **Störung des Sozialverhaltens:** Deutlich schwerwiegendere Verhaltensprobleme, häufig kriminelles Verhalten.

Komorbiditäten:

- **ADHS:** Häufig begleitend bei Kindern mit oppositionellem Verhalten.
- **Angststörungen:** Häufige Komorbidität, die emotionale Symptome verstärken kann.

- **Lernstörungen:** Schwierigkeiten in der Schule können das oppositionelle Verhalten verstärken.

Verlauf der Erkrankung:

- **Frühstadium:** Auftreten in der frühen Kindheit, zunehmende Konflikte mit Eltern und Lehrern.
- **Mittelstadium:** Verschärfung der Symptome in der Schule und im sozialen Umfeld.
- **Spätstadium:** Potentielle Entwicklung zu schwereren Verhaltensstörungen oder kriminellem Verhalten.

Risikofaktoren:

- **Genetische Prädisposition:** Familiengeschichte von Verhaltensstörungen.
- **Umweltfaktoren:** Inkonsistente Erziehung, familiäre Konflikte, geringe soziale Unterstützung.

Prognose:

- Die Prognose ist variabel, abhängig von der Schwere der Symptome und der frühzeitigen Intervention. Unbehandelt kann das Verhalten zu schwereren psychischen Störungen führen.

Psychotherapieverfahren und weitere Interventionen:

- **Kognitive Verhaltenstherapie (CBT):** Fokus auf Verhaltensmodifikation und Verbesserung der sozialen Fertigkeiten.
- **Familientherapie:** Verbesserung der familiären Kommunikation und Erziehungskompetenzen.
- **Soziale Kompetenztrainings:** Förderung der sozialen Interaktion und Konfliktlösungsstrategien.

- **Schulbasierte Interventionen:** Unterstützung und Anpassung des schulischen Umfelds.

Psychopharmakotherapie

- **Stimulanzien:** Wie Methylphenidat zur Behandlung von begleitendem ADHS.
- **Antidepressiva:** Zur Behandlung von komorbiden depressiven oder Angststörungen.
- **Antipsychotika:** In schweren Fällen zur Kontrolle von Aggressionen und schwerem oppositionellem Verhalten (mit Vorsicht zu verwenden).

**virtuelle Person zu F9: Verhaltens- und emotionale Störungen mit
Beginn in der Kindheit und Jugend incl. Anamnese und
psychopathologischen Befund nach ICD-10
hier: F91.-Störungen des Sozialverhaltens
genauer: (F91.3) - *Oppositionelles, aufsässiges Verhalten***

Virtuelle Person: Max H.

Demografische Daten

- **Alter:** 14 Jahre
- **Geschlecht:** Männlich
- **Schulische Situation:** Besuch der 8. Klasse einer Gesamtschule, häufige Schulwechsel



Sozialer und familiärer Hintergrund

- **Familienanamnese:** Mutter leidet an einer generalisierten Angststörung, Vater unbekannt. Großmutter mütterlicherseits mit Alkoholabhängigkeit in der Vergangenheit.
- **Kindheit:** Aufgewachsen bei der alleinerziehenden Mutter, instabile Wohnverhältnisse, häufige Umzüge. Keine festen Bezugspersonen außerhalb der Mutter. Häufiges Erleben von Konflikten und Spannungen im häuslichen Umfeld.

Medizinische und psychiatrische Vorgeschichte

- **Frühere medizinische Probleme:** Keine schwerwiegenden körperlichen Erkrankungen, jedoch häufige Infektionen und leicht erhöhte Reizbarkeit.
- **Psychiatrische Vorgeschichte:** Beginn oppositionellen Verhaltens im frühen Schulalter. Mehrere Konsultationen bei Schulpsychologen und Kinder- und Jugendpsychiatern aufgrund von Verhaltensauffälligkeiten und Konflikten in der Schule.

Diagnostische Kriterien gemäß ICD-10 F91.3 (Oppositionelles, aufsässiges Verhalten)

1. **Wiederholtes, anhaltendes Muster von ungehorsamem, trotzigem und feindseligem Verhalten gegenüber Autoritätspersonen:**
 - **Symptome:** Häufiges Streiten mit Erwachsenen, aktive Ablehnung von Regeln und Anweisungen, absichtliches Verärgern anderer Personen.
2. **Verhaltensweisen, die über ein normales Maß hinausgehen und in einem Ausmaß auftreten, dass sie das soziale, schulische und familiäre Leben beeinträchtigen:**
 - **Probleme in der Schule:** Wiederholte Konflikte mit Lehrkräften, Schulverweise, häufige Störungen des Unterrichts.
 - **Familiäre Konflikte:** Regelmäßige Streitigkeiten mit der Mutter, Ungehorsam gegenüber familiären Regeln und Anforderungen.
3. **Dauer und Ausprägung der Symptome:**
 - **Dauer:** Das oppositionelle Verhalten besteht seit mindestens sechs Monaten.
 - **Ausprägung:** Symptome treten in verschiedenen Kontexten auf (z.B. Schule, Zuhause).

Psychopathologischer Befund

- **Erscheinung:** Gepflegtes Äußeres, jedoch oft in ungepflegter Kleidung, um einen rebellischen Eindruck zu hinterlassen. Körpersprache zeigt deutliche Unruhe und Trotz.
- **Bewusstsein und Orientierung:** Klar und voll orientiert.
- **Auffassung und Konzentration:** Leichte Konzentrationsprobleme, besonders in Situationen, die er als langweilig oder unbedeutend empfindet.
- **Gedächtnis:** Intakt, keine Auffälligkeiten.

- **Denken:** Klar strukturiert, jedoch oft durch trotziges und provozierendes Verhalten unterbrochen. Neigung zu defensiven und rationalisierenden Gedankengängen.
- **Affekt:** Gereizt, oft wütend und feindselig gegenüber Erwachsenen, insbesondere Autoritätspersonen.
- **Antrieb und Psychomotorik:** Erhöht, hyperaktiv, neigt zu impulsiven Handlungen.
- **Wahrnehmung:** Keine Halluzinationen oder Wahrnehmungsverzerrungen.
- **Introspektion und Krankheitseinsicht:** Kaum Einsicht in die Problematik des eigenen Verhaltens, Schuldzuweisung an andere.

Zusammenfassung

Diese virtuelle Darstellung von Max H. berücksichtigt alle relevanten diagnostischen Kriterien des ICD-10 für oppositionelles, aufsässiges Verhalten (F91.3). Die Anamnese umfasst eine umfassende familiäre und soziale Hintergrundgeschichte sowie eine detaillierte psychopathologische Bewertung, die ein klares Bild der psychischen Gesundheit und Verhaltensmuster des Kindes liefert.

Kombinierte vokale und multiple motorische Tics [Tourette-Syndrom] (F95.2)

Definition:

Das Tourette-Syndrom ist eine neuropsychiatrische Störung, die durch multiple motorische und mindestens einen vokalen Tic gekennzeichnet ist. Diese Tics treten häufig in der Kindheit auf und können im Verlauf der Zeit in ihrer Intensität variieren.

Formen:

- **Einfache motorische Tics:** Blinzeln, Kopfschütteln, Grimassieren.
- **Komplexe motorische Tics:** Springen, Berühren von Objekten oder Menschen, komplexe Bewegungsmuster.
- **Einfache vokale Tics:** Husten, Räuspern, Bellen.
- **Komplexe vokale Tics:** Wörter oder Sätze, manchmal sozial unangemessen (Koprolalie).

Klassifikation nach ICD-10:

- **F95.0:** Vorübergehende Ticstörung
- **F95.1:** Chronische motorische oder vokale Ticstörung
- **F95.2:** Kombinierte vokale und multiple motorische Tics [Tourette-Syndrom]

Triadisches System:

- **Endogene psychische Störung:**
Das Tourette-Syndrom wird als endogene psychische Störung eingestuft. Die Ursache besteht aus mehreren Faktoren, einschließlich genetischer Disposition sowie weiteren Faktoren aus der sozialen

Umwelt und biologischen Besonderheiten.

Typische Symptome:

- **Motorische Tics:** Blinzeln, Grimassen schneiden, Kopfschütteln, Schulterzucken, Arm- und Beinbewegungen.
- **Vokale Tics:** Räuspern, Husten, Schnüffeln, Schreien, Ausrufen von Wörtern oder Sätzen.
- **Verstärkung der Tics:** Stress, Aufregung, Müdigkeit können die Tics verschlimmern.
- **Komplexität der Tics:** Kombination von einfachen und komplexen Tics, die in ihrer Intensität und Häufigkeit variieren.

Anamnese:

- **Persönliche Vorgeschichte:** Frühkindliche Entwicklung, schulische Leistungen, soziale Interaktionen und Freizeitaktivitäten.
- **Medizinische und psychische Vorgeschichte:** Beginn der Tics, Verlauf und bisherige Behandlungsansätze, frühere psychiatrische Diagnosen.
- **Familienanamnese:** Vorkommen von Tic-Störungen oder anderen neuropsychiatrischen Erkrankungen in der Familie.
- **Beginn und Verlauf der Symptome:** Alter beim ersten Auftreten der Tics, typische Auslöser und Verstärkungsfaktoren, bisheriger Verlauf.

Psychopathologischer Befund:

- **Orientierung:** Vollständig orientiert.
- **Gedächtnis und Merkfähigkeit:** Altersentsprechend, keine Beeinträchtigung.
- **Denken:** Klar und strukturiert, keine Denkstörungen.

- **Affekt:** Affektiv labil, gelegentliche Frustration oder Verlegenheit durch Tics.
- **Wahrnehmung:** Keine Halluzinationen oder Illusionen.
- **Urteilsfähigkeit und Einsicht:** Bewusstsein und Verständnis der eigenen Erkrankung, oft gutes Urteilsvermögen.
- **Soziale Interaktion:** Gelegentliche soziale Schwierigkeiten aufgrund der Tics, mögliche Isolation oder Mobbing.

Diagnostik nach ICD-10 (diagnostische Kriterien):

Primäre Kriterien:

- Multiple motorische Tics und mindestens ein vokaler Tic müssen vorhanden sein.
- Die Tics treten nicht gleichzeitig auf, sondern in variierender Kombination.
- Die Symptome müssen mindestens ein Jahr anhalten, ohne dass es ein ticfreies Intervall von mehr als drei Monaten gibt.
- Die Störung beginnt vor dem 18. Lebensjahr.

Ausschlusskriterien:

- Die Symptome dürfen nicht durch direkte physiologische Effekte einer Substanz (z.B. Stimulanzien) oder eine andere medizinische Erkrankung (z.B. Huntington-Krankheit, postvirale Enzephalitis) verursacht sein.

Differentialdiagnostik:

- **Vorübergehende Ticstörung:** Tics, die weniger als ein Jahr andauern.
- **Chronische motorische oder vokale Ticstörung:** Entweder motorische oder vokale Tics, aber nicht beide gleichzeitig.
- **Zwangsstörungen:** Differenzierung durch den zwanghaften Charakter der Handlungen im Gegensatz zu den unwillkürlichen

Tics.

- **Chorea Huntington:** Abklärung durch genetische Tests und neurologische Untersuchung.

Komorbiditäten:

- **Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS):** Häufige Begleiterkrankung, die die Symptomatik verstärken kann.
- **Zwangsstörungen:** Häufiges Auftreten von Zwangshandlungen und -gedanken neben den Tics.
- **Angststörungen und Depressionen:** Können als Reaktion auf die sozialen Schwierigkeiten und Stigmatisierung auftreten.

Verlauf der Erkrankung:

- **Kindheit:** Erste Symptome meist im Alter von 5-7 Jahren.
- **Adoleszenz:** Häufige Zunahme der Tics in der Pubertät.
- **Erwachsenenalter:** Bei vielen Betroffenen nehmen die Symptome im Erwachsenenalter ab oder verschwinden, bei einigen bleiben sie jedoch bestehen.

Risikofaktoren:

- **Genetische Prädisposition:** Familiäre Häufung von Tic-Störungen und verwandten neuropsychiatrischen Erkrankungen.
- **Umweltfaktoren:** Stress, Aufregung und Müdigkeit können Tics verstärken.

Prognose:

- Der Verlauf ist individuell unterschiedlich, aber viele Betroffene erleben eine Abnahme der Symptome im Erwachsenenalter. Bei einigen können die Tics jedoch chronisch bestehen bleiben.

Psychotherapieverfahren und weitere Interventionen:

- **Verhaltenstherapie:** Insbesondere das Habit-Reversal-Training, das darauf abzielt, Tics zu erkennen und alternative, weniger störende Verhaltensweisen zu erlernen.
- **Psychoedukation:** Aufklärung des Betroffenen und der Familie über die Störung zur besseren Bewältigung im Alltag.
- **Entspannungstechniken:** Methoden wie Progressive Muskelentspannung oder Biofeedback zur Reduktion von Stress und damit der Tic-Frequenz.

Psychopharmakotherapie:

- **Antipsychotika:** Medikamente wie Risperidon oder Aripiprazol zur Reduktion von Tic-Symptomen.
- **Alpha-2-Agonisten:** Clonidin oder Guanfacin, insbesondere bei gleichzeitiger ADHS-Symptomatik.
- **Botulinumtoxin-Injektionen:** Zur Behandlung schwerer motorischer Tics in bestimmten Muskelgruppen.

**virtuelle Person zu F9: Verhaltens- und emotionale Störungen mit
Beginn in der Kindheit und Jugend incl. Anamnese und
psychopathologischen Befund nach ICD-10**

hier: F95.-Ticstörungen

**genauer: (F95.2) - *Kombinierte vokale und multiple motorische
Tics [Tourette-Syndrom]***

Virtuelle Person: Lukas P.

Allgemeine Informationen

- **Alter:** 9 Jahre
- **Geschlecht:** Männlich
- **Familienhintergrund:** Lebt mit beiden Eltern und einem jüngeren Geschwisterkind zusammen.



Sozialer und schulischer Hintergrund

- **Schulische Leistungen:** Durchschnittliche schulische Leistungen, häufige Ablenkung im Unterricht.
- **Soziale Interaktionen:** Hat einen engen Freundeskreis, aber Probleme mit Fremden.

Medizinische und psychiatrische Vorgeschichte

- **Frühere medizinische Probleme:** Asthma und häufige Infekte in der Kindheit.
- **Psychiatrische Vorgeschichte:** ADHS-Diagnose im Alter von 7 Jahren.

Aktuelle Symptome und Verhaltensweisen

1. **Tic-Symptome:** Mehrfaches Augenblinzeln und Kopfschütteln.
2. **Frequenz der Tics:** Mehrere Male pro Minute, besonders unter Stress.

3. **Auswirkungen der Tics:** Beeinträchtigt die Konzentration in der Schule.
4. **Komorbide Symptome:** Impulsivität und Aufmerksamkeitsprobleme.

Psychopathologischer Befund

- **Erscheinung:** Der Patient zeigt typische Tic-Symptome wie mehrfaches Augenblinzeln und Kopfschütteln.
- **Bewusstsein und Orientierung:** Klar und voll orientiert.
- **Auffassung und Konzentration:** Beeinträchtigt durch die Häufigkeit der Tics.
- **Gedächtnis:** Kurz- und Langzeitgedächtnis sind nicht beeinträchtigt.
- **Denken:** Keine Anzeichen für formale Denkstörungen.
- **Affekt:** Stimmungsschwankungen und depressive Verstimmung möglich.
- **Antrieb und Psychomotorik:** Häufige motorische Tics beeinträchtigen den normalen Bewegungsablauf.
- **Wahrnehmung:** Keine Halluzinationen oder Wahrnehmungsverzerrungen.
- **Introspektion und Krankheitseinsicht:** Variable Einsicht in die eigenen Probleme, abhängig von der emotionalen Belastung und dem sozialen Umfeld.

Zusammenfassung

Diese virtuelle Darstellung von Lukas P. berücksichtigt die diagnostischen Kriterien der ICD-10 für das Tourette-Syndrom (F95.2) und liefert ein umfassendes Bild der Erkrankung. Die Beschreibung umfasst alle relevanten Lebensbereiche und bietet einen detaillierten Einblick in die psychische und soziale Komplexität des Zustands.