

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Einführung in die Ursachen psychischer Erkrankungen sowie deren Bedeutung	XI
1 Diagnostik und Klassifikation in der Psychiatrie	1
1.1 Psychiatrische Anamneseerhebung	1
1.2 Psychopathologischer Befund	2
1.3 Apparative Untersuchungen	6
1.4 Testpsychologische Untersuchungen	7
1.5 Klassifikation psychischer Störungen	7
2 Allgemeine Therapieprinzipien in der Psychiatrie	9
2.1 Medikamentöse Therapieprinzipien	9
2.1.1 Antidepressiva	11
2.1.2 Phasenprophylaktika	15
2.1.2 Neuroleptika (NL)	20
2.1.3 Anxiolytika und Hypnotika	25
2.1.4 Psychostimulanzien	29
2.1.5 Antidementiva	30
2.1.6 Psychopharmaka zur Behandlung von Alkoholabhängigkeit	32
2.1.7 Psychopharmaka zur Opiatsubstitutionsbehandlung	33
2.1.8 Substanzen zur Nikotinentwöhnungstherapie	34
2.1.9 Nicht pharmakologische Therapieverfahren	34
2.2 Psychotherapeutische Therapieprinzipien	36
2.2.1 Psychoanalytisch-psychodynamische Therapie	36
2.2.2 Verhaltenstherapie	38
2.2.3 Weitere psychotherapeutische Therapieverfahren	40
2.3 Sonstige Therapieverfahren	41
3 Organisch bedingte psychische Störungen	42
3.1 Einführung	42
3.2 Behandlungsprinzipien	42
3.3 Leitsymptome	43
3.4 Einzelne Erkrankungen	43
3.4.1 Akute organische Psychosen/Delir	43
3.4.2 Chronische organische Psychosen/Demenz	47
3.4.3 Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns	54
4 Alkohol- und Drogenabhängigkeit	56
4.1 Einführung	56
4.2 Behandlungsprinzipien	56
4.3 Leitsymptome/Abhängigkeitskriterien	57
4.4 Einzelne Erkrankungen	57
4.4.1 Alkoholabhängigkeit	57
4.4.2 Drogen- und Medikamentenabhängigkeit	64
4.4.3 Nicht stoffgebundene Abhängigkeit	67



5 Schizophrenie und andere psychotische Störungen	69
5.1 Einleitung	69
5.2 Behandlungsprinzipien	69
5.3 Leitsymptome	70
5.4 Einzelne Erkrankungen	71
5.4.1 Schizophrenie	71
5.4.2 Schizotype Störung, wahnhafte Störung, akute psychotische Störung, schizoaffektive Störung	83
5.4.3 Schizoaffektive Störungen	86
6 Affektive Störungen	90
6.1 Einleitung	90
6.2 Behandlungsprinzipien	90
6.3 Leitsymptome	91
6.4 Einzelne Erkrankungen	91
6.4.1 Unipolare Depression	91
6.4.2 Manie und bipolare affektive Störungen	98
7 Neurotische Belastungs-, Zwangs- und somatoforme Störungen	104
7.1 Einleitung	104
7.2 Behandlungsprinzipien	104
7.3 Leitsymptome	104
7.4 Einzelne Erkrankungen	105
7.4.1 Angststörungen	105
7.4.2 Zwangsstörungen	110
7.4.3 Belastungsstörungen und Anpassungsstörungen	115
7.4.4 Dissoziative Störungen	118
7.4.5 Somatoforme Störungen	122
8 Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen	127
8.1 Einleitung zum Thema Essstörungen	127
8.2 Einzelne Erkrankungen	127
8.2.1 Essstörungen	127
8.2.2 Schlafstörungen	133
9 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	139
9.1 Einführung	139
9.2 Behandlungsprinzipien	139
9.3 Leitsymptome	140
9.4 Einzelne Erkrankungen	140
9.4.1 Persönlichkeitsstörungen	140
9.4.2 Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle	147
9.4.3 Stalking	149
9.4.4 Störungen der Geschlechtsidentität	150
9.4.5 Störungen der sexuellen Präferenz	152
9.4.6 Störungen der Sexualität	154



10 Kinder- und Jugendpsychiatrie	157
10.1 Einzelne Erkrankungen	157
10.1.1 Oligophrenie	157
10.1.2 Teilleistungsstörungen	159
10.1.3 Tief greifende Entwicklungsstörung / schwere Beeinträchtigungen mehrerer Entwicklungsbereiche: Autismus	160
10.1.4 Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung, (mit Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivitätsstörung); hyperkinetische Störung mit Störung des Sozialverhaltens . . .	164
10.1.5 Störungen des Sozialverhaltens	167
10.1.6 Elektiver Mutismus und weitere Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	170
10.1.8 Tic-Störungen	172
11 Spezielle Themen	175
11.1 Psychiatrische Notfälle	175
11.1.1 Akute Angst- und Erregungszustände	176
11.1.2 Akute Psychosen	177
11.1.3 Verwirrheitszustände	177
11.1.4 Delirante Syndrome	178
11.1.5 Katatonie, Stupor	179
11.1.6 Malignes neuroleptisches Syndrom	180
11.1.7 Zentrales Serotoninsyndrom	180
11.1.8 Intoxikationen	181
11.1.9 Suizidalität	183
11.1.10 Vorsätzliche Selbstschädigung	186
11.2 Rechtliche Bestimmungen	188
11.2.1 Unterbringung	188
11.2.2 Gesetzliche Betreuung	190
Anhang	193
Glossar psychiatrischer Begriffe	193
Gebräuchliche klinische Testverfahren	206
ICD-10-Index	208
Sachverzeichnis	216

2.2 Psychotherapeutische Therapieprinzipien

2.2.1 Psychoanalytisch-psychodynamische Therapie

2

■ Grundlagen

Instanzenmodell

Sigmund Freud, der Begründer der Psychoanalyse ging davon aus, dass sich die menschliche Psyche in drei Instanzen aufteilen lässt:

- **Über-Ich:**
 - Moralische Instanz.
 - Verinnerlichung von Normen, Werten und Idealen.
- **Ich:**
 - Vermittlung zwischen Über-Ich und Es.
 - Vermittlung mit der Außenwelt.
- **Es:**
 - Unbewusste Triebe und Impulse.

Phasen der psychosexuellen Entwicklung

Sigmund Freud unterschied verschiedene Phasen der psychosexuellen Entwicklung, die bei Belastungen oder Traumata später zur Entwicklung psychischer Erkrankungen führen können:

- **Intentionale Phase:**
 - Erste Lebenswochen.
 - Entwicklung von Urvertrauen.
 - Mutter-Kind-Symbiose.
 - Störungen: Autismus, Borderline-Störung, schizoide Persönlichkeitsstörung.
- **Orale Phase:**
 - 6. Lebensmonat bis 2. Lebensjahr.
 - Mund als Quelle der Befriedigung.
 - Weiterer Ausbau des Urvertrauens.
 - Störungen: abhängige Persönlichkeitsstörung.
- **Anale Phase:**
 - 2.–4. Lebensjahr.
 - Befriedigung durch Ausscheiden und Zurückhalten von Exkrementen.
 - Störungen: zwanghafte Persönlichkeitsstörung.
- **Phallische oder ödipale Phase:**
 - 4.–6. Lebensjahr.
 - Erforschung des eigenen Körpers.
 - Autostimulation am Genital.
 - Störungen: Störung der sexuellen Identität, histrionische Akzentuierung, Phobien.
- **Latenzphase:**
 - 6.–11. Lebensjahr.
 - Verdrängung der Sexualität.
- **Genitale Phase:**
 - 12.–15. Lebensjahr.
 - Erstarkende Libido.

Das Kind lernt während dieser Phasen seine Triebwünsche zurückzustellen zugunsten des Realitätsprinzips. Störungen während dieser Phasen (konflikthafte Elternhaus, Traumata) können zu mangelhaften Konfliktlösungen führen, die dann zu neurotischen Störungen im Erwachsenenalter führen können.



Psychoanalytisches Krankheitskonzept

Konflikte entstehen, wenn die unterschiedlichen Instanzen verschiedene Haltungen haben und das Ich nicht mehr vermitteln kann oder wenn eine negative Entwicklung in den Phasen der psychosexuellen Entwicklung stattfindet.

Die bei mangelhafter Lösung eines Konflikts entstehende Angst zwingt die Person dazu, den Konflikt zu verdrängen. Dies geschieht mithilfe von Abwehrmechanismen.

Beispiele für Abwehrmechanismen:

- **Projektion:**
 - Übertragung von Problemen oder Unzulänglichkeiten auf Andere.
- **Verdrängung:**
 - Angstausslösende Szenarien werden aus dem Bewusstsein ferngehalten und in das Unbewusste verdrängt.
- **Sublimierung:**
 - Unerfüllte Triebwünsche werden in sozial erwünschtes Verhalten übertragen, z. B. in Form von künstlerischem Schaffen.

■ Therapie – konservativ

Psychoanalytisch-psychodynamisches Therapiekonzept

Der Patient „assoziiert frei“, d. h., er ist angehalten, möglichst ungefiltert wiederzugeben, was ihm in den Sinn kommt. Der Therapeut ist zur Abstinenz verpflichtet, was bedeutet, dass er nicht seine eigenen Wünsche in die Therapie einbringen darf. Von zentraler Bedeutung ist die Analyse der Übertragung (Patient verhält sich gegenüber dem Therapeuten so wie gegenüber früheren Bezugspersonen) und der Gegenübertragung (Empfindungen, die der Patient beim Therapeuten auslöst). Der Therapeut verhält sich im Gespräch eher zurückhaltend und gibt Deutungen, wie das vom Patienten gesagte im Zusammenhang mit den unbewussten Konflikten des Patienten stehen könnte.



Merke: Ziel der Psychoanalyse ist es, unbewusste Konflikte bewusst zu machen und damit zu entaktualisieren.

Therapeutisches Setting

Klassische Psychoanalyse

- Langzeittherapie mit bis zu fünf Sitzungen pro Woche.
- Patient liegt, Therapeut sitzt hinter ihm.
- Gute Introspektionsfähigkeit und Frustrationstoleranz seitens des Patienten erforderlich.

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

- 1–2 Sitzungen pro Woche, Stundenzahl begrenzt.
- Patient und Therapeut sitzen.
- Zielsetzung limitiert, z. B. Symptomreduktion, begrenzte Einsicht in intrapsychische Zusammenhänge.
- Übernahme der Therapiekosten durch gesetzliche Krankenkassen in Deutschland nach Antragsstellung.

2.2.2 Verhaltenstherapie

■ Grundlagen

Verhaltenstherapeutische Konzepte

Klassische Konditionierung

- Von Pawlow begründete Lerntheorie, die besagt, dass aus einem natürlichen (unbedingten) Reflex durch Lernen ein bedingter Reflex werden kann.
- So zeigte Pawlow im Tierexperiment, dass Hunde, bei denen die Nahrungsaufnahme stets mit einem vorgeschalteten Klingelton verbunden wurde, bereits beim Hören des Klingeltons mit Speichelfluss reagieren.

Operante Konditionierung

- Verhaltensweisen, auf die eine Belohnung oder ein Wegfall einer Bestrafung folgen, werden verstärkt.
- Verhaltensweisen mit negativen Konsequenzen (Bestrafung oder keine Belohnung) werden aufgegeben und Verhaltensweisen mit positiven Konsequenzen werden verstärkt.

■ Therapie – konservativ

Verhaltenstherapeutische Therapiekonzepte

Systematische Desensibilisierung

- Behandlungsverfahren bei Angststörungen.
- Patient wird schrittweise angstauslösenden Reizen in ansteigender Intensität ausgesetzt.
- Der Patient merkt, dass er die angstbesetzten Situationen schadlos übersteht und mit Entspannungsübungen gegensteuern kann.
- Im Verlauf der Behandlung sollen so Ängste abgebaut werden.

Expositionsverfahren

- Behandlungsverfahren bei Angststörungen.
- Der Patient setzt sich in therapeutischer Begleitung hochgradig angstbesetzten Situationen aus.
- Der Patient merkt, dass er die angstbesetzten Situationen schadlos übersteht.
- Relativ rasch sollen so Ängste abgebaut werden.

Operante Therapieverfahren

- Nach dem operanten Modell beeinflusst die Art der Konsequenzen auf ein Verhalten dessen Auftretenswahrscheinlichkeit.
- Zwischen Therapeut und Patient werden „Verträge“ geschlossen, die unerwünschtes Verhalten sanktionieren und erwünschtes Verhalten belohnen.
- Oftmals ist dieses Therapieverfahren Teil von Behandlungskonzepten der stationären Anorexiebehandlung. Beispielsweise werden Annehmlichkeiten wie Ausgang an eine bestimmte Gewichtszunahme geknüpft.

Lernen am Modell

- Patient lernt am „Vorbild Therapeut“.
- Unerfahrenere Patienten lernen von erfahreneren Patienten Umgangstechniken mit der Erkrankung oder Bewältigungsstrategien.

Kognitive Verhaltenstherapie (nach Beck)

- Erkennen und Modifizieren dysfunktionaler, krankheitserhaltender Denkschemata.



- Veränderung der „krankhaften Informationsverarbeitung“.
- „Denkfehler“, wie Übergeneralisierungen, Dichotomisierungen (Schwarz-Weiß-Denken) werden identifiziert und durch alternative zielführende Denkmuster ersetzt.

Dialektisch-behaviorale Therapie (DBT) nach M. Linehan

Wurde ursprünglich zur Behandlung von chronisch suizidalen Patienten entwickelt. Die DBT stellt gegenwärtig die am besten evaluierte Therapie bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung da. Die Behandlungsmethode wird in der ambulanten und stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Arbeit angewandt.

Bei dieser Form der kognitiven Verhaltenstherapie sind Bausteine hinzugefügt worden, die sich besonders gut zur Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung nutzen lassen. In der Therapie werden vier Phasen unterschieden:

- **Vorbereitungsphase:**
 - Aufklärung über die Diagnose und Behandlungsmöglichkeiten.
 - Therapieziele sowie -motivation und Behandlungsbedingungen werden besprochen.
- **Erste Therapiephase:**
 - Fokussiert suizidales, lebensqualitätsminderndes Verhalten (z. B. Sucht, Essanfälle, promiskuitives Verhalten) sowie therapiegefährdendes Verhalten und den Umgang mit Spannungszuständen.
 - Bewusste Wahrnehmung von Emotionen und Achtsamkeitsübungen.
- **Zweite Therapiephase:**
 - Bearbeitung der Folgen traumatischer Erlebnisse und selbstverletzender Verhaltensweisen.
 - Reaktivierung traumatischer Ereignisse (Exposition) sowie dysfunktionaler Bewältigungsstrategien und Erlernen adäquater Verhaltensweisen.
- **Dritte Therapiephase:**
 - Integration traumatischer Erfahrungen in das veränderte Selbstkonzept und Neuorientierung im Leben z. B. Partnerschaft und Beruf.

Zudem werden – die Einzeltherapie begleitend – oft sog. Skills-Gruppen angeboten. Das Fertigkeitentraining findet regelmäßig, mindestens einmal wöchentlich, statt und besteht aus den fünf Modulen:

- Innere Achtsamkeit.
- Zwischenmenschliche Fertigkeiten.
- Umgang mit Gefühlen.
- Stresstoleranz.
- Selbstwert.

Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Therapie (EMDR)

Insbesondere zur Behandlung von Traumata assoziierten Störungen entwickelt.

Es kommt zur wiederholten kontrollierten inneren Vorstellung des Traumas in Verbindung mit sakkadischen Augenbewegungen und anschließender Bearbeitung der traumaassoziierten Kognitionen sowie Gefühle.

Rational-emotive Therapie (nach Ellis)

Emotionen werden als Ergebnis von Denkvorgängen angesehen, entsprechend beruhen Störungen wie z. B. Ängste auf irrationalen Überzeugungen, die mit den Patienten im sokratischen Dialog herausgearbeitet und modifiziert werden können.

Therapeutisches Setting

Verhaltenstherapie

- Begrenzte Stundenzahl.

Uhrentest

Test für problemlösendes Denken und räumlich-zeichnerische Leistung.
Der Proband wird aufgefordert, ein Ziffernblatt mit der Uhrzeit 11:10 Uhr aufzuzeichnen.

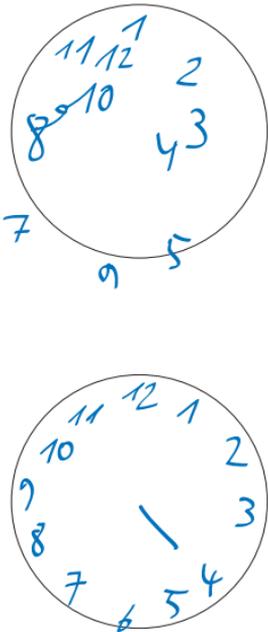


Abb. 3.1 Pathologische Uhrenzeichnen-Tests bei Alzheimer-Demenz

Im EEG findet sich oftmals eine Verlangsamung des Basisrhythmus.

! Achtung: Die hirmorphologischen Veränderungen lassen nur bedingt einen Rückschluss auf das Ausmaß der Demenz zu.

Im EEG findet sich oftmals eine Verlangsamung des Basisrhythmus.

Biopsie

Nur post mortem zur Diagnosesicherung, z. B. im Rahmen von Studien.

■ Differenzialdiagnose

- **Leichte kognitive Beeinträchtigung** (MCI, mild cognitive impairment)
 - Klagen über Gedächtnisstörungen.
 - Testwerte an der Grenze zur Norm.
 - Kaum Beeinträchtigung im Alltag.
 - Großer Teil der Pat. zeigt keine Progredienz, keine Prognose bezüglich einer späteren Demenz zulässig respektive eindeutig möglich!

Strukturiertes Interview

Ein umfangreiches Testverfahren stellt das strukturierte Interview für die Diagnose einer Demenz vom Alzheimer-Typ, Multiinfarktdemenz und Demenzen anderer Ätiologie dar (SIDAM), der MMST stellt einen Teil hiervon dar (Testdauer ca. 45 min.). Dieser Test eignet sich auch zur Abgrenzung einer vaskulären Demenz.

Labor

Eine Labordiagnostik wird zum Ausschluss internistischer Ursachen der Demenzerkrankung durchgeführt sowie zur Diagnostik der verschiedenen Demenzformen und zur Abgrenzung anderer entzündlicher ZNS-Erkrankungen werden spezielle Liquoruntersuchungen durchgeführt. Zudem besteht im Stadium der leichten kognitiven Beeinträchtigung (MCI) mittels Liquoruntersuchung die Möglichkeit der Bestimmung des Quotienten Abeta42/Abeta40 und der Konzentration von Gesamt-Tau sowie Phospho-Tau. Ist im Liquor A-beta erniedrigt und/oder Gesamt-Tau oder Phospho-Tau erhöht, lässt sich mit einer Sensitivität sowie Spezifität von über 85 % die spätere Entwicklung einer DAT vorhersagen.

Technische Diagnostik

Kernspintomografie (Magnetresonanztomografie, MRT, MR) und Computertomografie (CT) werden diagnostisch zur Feststellung der Hirnatrophie (zur differenzierten Darstellung hirmorphologischer Veränderung) bzw. zum Ausschluss raumfordernder Prozesse eingesetzt.



Differenzialdiagnose Aspekte der einzelnen Demenzformen

- **DAT:**
 - Keine wesentlichen körperlichen Vorerkrankungen.
 - Der Verlauf ist schleichend und chronisch progredient (oft Jahrzehnte bis zum Symptombeginn, der erst ab einem Untergang von 70–80 % der cholinergen Neurone manifest wird).
 - Gleichmäßige Verteilung der kognitiven Defizite, keine fokal neurologischen Defizite.
- **Vaskuläre Demenzen:**
 - Typischerweise vaskuläre Risikofaktoren, Vorgeschichte zerebraler Infarkte.
 - Stufenweise Verschlechterung.
 - Umschriebene kognitive und fokale neurologische Defizite entsprechend der Läsionsstelle.
 - Im CT subkortikale vaskuläre Enzephalopathie oder Infarkte sichtbar.
- **Frontotemporale Demenzen (z. B. Morbus Pick):**
 - Die Verhaltensauffälligkeiten und Persönlichkeitsauffälligkeiten (s. o.) gehen den kognitiven Störungen voraus.
- **Demenzen im Rahmen anderer (neurologischer) Erkrankungen:**
 - Es sind Hinweise auf andere Erkrankungen in der Anamnese und Untersuchung zu finden, wie z. B. bei Morbus Parkinson, Chorea Huntington und Creutzfeldt-Jakob-Krankheit.
 - Rascher Verlauf, Krampfanfälle, Myoklonien.
- **Pseudodemenz:**
 - Die kognitiven Einbußen sind psychogen.
 - Meist im Rahmen von Depressionen.
- **Oligophrenie:**
 - Es handelt sich nicht um eine Abnahme der kognitiven Leistungsfähigkeit, sondern die kognitive Leistungsfähigkeit war nie gegeben.

■ Therapie – konservativ, nicht medikamentös

- Tagesstrukturierung.
- Kognitives Stimulationstraining, bei möglichst positiver affektiver Beteiligung.
- Möglichst hohes Maß an sozialer Interaktion.
- Vermeiden von Stress.
- Wohnen in vertrauter Umgebung.
- Kognitives Training (**Cave:** Keine frustrane Überforderung!).
- Musiktherapie.
- Selbsterhaltungstherapie (z. B. Anleitung zur Nahrungszubereitung).
- Psychoedukation.
- Im Spätstadium oftmals Heimpflege erforderlich.

■ Therapie – konservativ

- Antidementiva können den progredienten Verlauf einer Demenzerkrankung um etwa für 12–24 Monate aufhalten (hierzu vgl. **Antidementiva-Therapie** auf S. 30 ff. im Kap. „Allgemeine Therapieprinzipien in der Psychiatrie, Medikamentöse Therapieprinzipien“).
- Bei der Wahl von Antidepressiva sollten trizyklische Substanzen (TZA) wegen ihrer anticholinergen Wirkkomponente vermieden werden, da hierdurch die kognitive Problematik einer Demenz verstärkt wird und es zur Auslösung eines Delirs kommen kann, empfehlenswert sind SSRI, wie z. B. Citalopram.

11.1.1 Akute Angst- und Erregungszustände

Klinische Symptomatik

Die Symptomatik besteht meist aus:

- Agitiertheit,
- extremer innerer Unruhe,
- Angst,
- Aggressivität,
- einer vegetativen Symptomatik (Zittern, Schwitzen),
- Tachykardie sowie Tachypnoe (bis zu Hyperventilation mit Tetanie).

Vorkommen

Hierbei handelt es sich um eine Notfallsituation mit unterschiedlichen möglichen Erkrankungsursachen, wie z. B.

- Panikattacken,
- (akuten) Belastungsreaktionen,
- posttraumatischen Belastungsstörung,
- ängstlich agitierten Depressionen,
- Psychosen,
- Intoxikationen.

Somatische Differenzialdiagnosen

- Herzinfarkt.
- Hypertonie.
- Hyperthyreose.
- Hypoglykämie.
- Hypokaliämie.
- Hypokalzämie.
- Lungenembolie.
- Enzephalitiden.
- Epilepsie.
- Postkontusionelles Syndrom.
- Intrazerebrale Blutungen.
- Entzugsdelir.

Medikamentöse Therapie

- **Bei akuter Belastungssituation oder Panikattacke:**
 - 0,5–2,5 mg Lorazepam (Schmelztablette Expidet), kann bei Bedarf bis zu 3-mal in 24 h wiederholt werden.
- **Bei ängstlich agitierten Depression:**
 - Mirtazapin 15–45 mg oder Doxepin 25–150 mg.
 - Eventuell ist bei extremer Symptomausprägung eine Kombination mit 1–2,5 mg Lorazepam (Schmelztablette Expidet) sinnvoll.
- **Bei akuter manischer oder schizophrener Psychose:**
 - Haloperidol 5–10 mg und wenn nötig zur Sedierung 5–10 mg Diazepam oder 50–100 mg Promethazin (auch i. v. als Mischinfusion möglich).
- **Bei Intoxikationen mit z. B. Alkohol:**
 - 5–10 mg Haloperidol.

Cave: Dosis und Applikationsform richten sich immer nach der klinischen Symptomatik. Eine intravenöse Applikationsform ist besser steuerbar, als ein intramuskuläre.



11.1.2 Akute Psychosen

Klinische Symptomatik

- Ängste, Aggressivität.
- Motorische Unruhe.
- Inadäquates Lachen und Verhalten.
- Schreien.
- Weinen.
- Halluzination.
- Paranoide Überzeugungen.
- Wahn.
- Formal-gedankliche Auffälligkeiten

Vorkommen

- Bipolare Störungen.
- Manie.
- Schizoaffective Störung.
- Schizophrenie.
- Drogeninduzierte Psychosen.
- Sonstige Psychosen.

Differenzialdiagnosen

- Intoxikation.
- Delirantes Syndrom.
- Schädel-Hirn-Trauma.
- Hirntumor.
- Demenz.
- Epilepsie.
- Hyperthyreose.
- Hypoglykämie.
- Infektionskrankheiten.
- Meningitis.

Medikamentöse Therapie

- Haloperidol 5–10 mg.
- Bei Bedarf Mischinfusion mit zusätzlich Promethazin 50–100 mg + (Diazepam 5–10 mg).

Cave: Behandlung der somatischen Grunderkrankung, falls vorhanden!

11.1.3 Verwirrheitszustände

Klinische Symptomatik

- Ratloses und unsicheres sowie z. T. gereiztes Verhalten.
- Desorientiertheit.
- Erregungszustände.
- Gesteigerte Psychomotorik.
- Auffassungsstörungen.

Vorkommen

Bei Intoxikationen.



ihretwegen nicht bestraft werden kann, weil er infolge des Rausches schuldunfähig war oder weil dies nicht auszuschließen ist.

11.2.2 Gesetzliche Betreuung

■ Grundlagen

Synonyme

Rechtliche Vertretung, veraltet: Vormundschaft, Pflegschaft, Gebrechlichkeitspflege

Definition

Rechtliche Vertretung für eine Person, die krankheitsbedingt nicht mehr in der Lage ist ihre Angelegenheiten selbst zu besorgen.

Relevante Aspekte zur gesetzlichen Betreuung

Das aktuelle Betreuungsgesetz gilt seit 1992, es hat zum Ziel die betreute Person nicht zu bevormunden respektive zu entmündigen (was bei der vorausgegangenen Gesetzgebung eher der Fall war), sondern diese zu befähigen, mithilfe eines Rechtsbeistandes im Rahmen der vorhandenen Möglichkeiten ein Leben nach eigenen Wünschen und Vorstellungen zu gestalten.

Zu Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung müssen folgende Voraussetzungen gegeben sein:

- Es muss eine psychische (körperliche oder geistige) Behinderung vorliegen, die dazu führt das die betroffene Person ihre Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht besorgen kann.
- Einen Antrag beim zuständigen Betreuungsgericht (ehemals Vormundschaftsgericht) kann die betroffene Person selbst stellen, von Dritten kann diese ebenfalls angeregt werden.
- Die Einrichtung einer solchen erfolgt durch das Betreuungsgericht nach vorheriger Erstellung eines Sozialberichtes mit prinzipieller Prüfung der Notwendigkeit durch die zuständige Betreuungsbehörde und anschließendem Gutachten eines Facharztes für Psychiatrie.

Es gibt u. a. folgende Aufgabenkreise bei einer gesetzlichen Betreuung:

- Vermögenssorge.
- Gesundheitsvorsorge.
- Rechts-/Antrags- und Behördenangelegenheiten.
- Aufenthalts- und Wohnungsangelegenheiten.
- Entgegennahme, Öffnen und Anhalten der Post.

Eine gesetzliche Betreuung ist nach Möglichkeit durch alternative Optionen wie z. B. einer Vorsorgevollmacht oder Betreuungsverfügung zu vermeiden; es gilt das Subsidiaritätsprinzip.

Alternativen zu einer gesetzlichen Betreuung

Vorsorgevollmacht

Eine Vorsorgevollmacht gibt die Möglichkeit, für den Fall einer Geschäftsunfähigkeit oder auch bloßen Hilfsbedürftigkeit eine andere Person mit der Wahrnehmung vorher benannter Angelegenheiten zu bevollmächtigen. Mit der Vorsorgevollmacht wird der Bevollmächtigte zum Vertreter im Willen, d. h., er entscheidet an Stelle des nicht mehr entscheidungsfähigen Vollmachtgebers. Deshalb setzt eine Vorsorgevollmacht unbedingtes und uneingeschränktes persönliches Vertrauen zum Bevollmächtigten voraus und sollte nicht leichtfertig erteilt werden.

In der schriftlich zu erstellenden Vollmacht, in welcher der Bevollmächtigte klar zu nennen ist, können Regelungen zu folgenden Bereichen getroffen werden:

- Vermögensverwaltung, Rechtsgeschäfte in Vermögensangelegenheiten, Gesundheits- sorge, Pflegebedürftigkeit, Aufenthalts- und Wohnungsangelegenheiten, Post- und Fernmeldeverkehr, Behörden, Todesfall. Bezeichnet wird der Bevollmächtigte am besten mit Namen, Vornamen, Adresse und mit Geburtsdatum.

Die Erklärung wie auch der Widerruf der Vollmacht setzen die Geschäftsfähigkeit des „Vollmachtgebers“ voraus.

Betreuungsverfügung

Die Betreuungsverfügung ist eine Möglichkeit der persönlichen und selbstbestimmten Vorsorge für den Fall, dass man selbst nicht mehr in der Lage ist, seine eigenen Angelegenheiten zu erledigen.

Mit einer Betreuungsverfügung kann der Fall der eintretenden Betreuungsnotwendigkeit geregelt werden, indem der Betroffene vorab seine Interessen absichert. Die Verfügung wendet sich an das für die Betreuerbestellung zuständige Betreuungsgericht (Amtsgericht) und den späteren Betreuer. Diese sind soweit an die Betreuungsverfügung gebunden, als sie dem Wohl des Betroffenen nicht zuwiderläuft.

Gesetzestexte

Voraussetzungen einer Betreuung § 1896 BGB

(1) Kann ein Volljähriger aufgrund einer psychischen Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung seine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht besorgen, so bestellt das Betreuungsgericht auf seinen Antrag oder von Amts wegen für ihn einen Betreuer. Den Antrag kann auch ein Geschäftsunfähiger stellen. Soweit der Volljährige aufgrund einer körperlichen Behinderung seine Angelegenheiten nicht besorgen kann, darf der Betreuer nur auf Antrag des Volljährigen bestellt werden, es sei denn, dass dieser seinen Willen nicht kundtun kann.

(1a) Gegen den freien Willen des Volljährigen darf ein Betreuer nicht bestellt werden.

(2) Ein Betreuer darf nur für Aufgabenkreise bestellt werden, in denen die Betreuung erforderlich ist. Die Betreuung ist nicht erforderlich, soweit die Angelegenheiten des Volljährigen durch einen Bevollmächtigten, der nicht zu den in § 1897 Abs. 3 bezeichneten Personen gehört, oder durch andere Hilfen, bei denen kein gesetzlicher Vertreter bestellt wird, ebenso gut wie durch einen Betreuer besorgt werden können.

(3) Als Aufgabenkreis kann auch die Geltendmachung von Rechten des Betreuten gegenüber seinem Bevollmächtigten bestimmt werden.

(4) Die Entscheidung über den Fernmeldeverkehr des Betreuten und über die Entgegennahme, das Öffnen und das Anhalten seiner Post werden vom Aufgabenkreis des Betreuers nur dann erfasst, wenn das Gericht dies ausdrücklich angeordnet hat.

Einwilligungsvorbehalt § 1903 BGB

(1) Soweit dies zur Abwendung einer erheblichen Gefahr für die Person oder das Vermögen des Betreuten erforderlich ist, ordnet das Betreuungsgericht an, dass der Betreute zu einer Willenserklärung, die den Aufgabenkreis des Betreuers betrifft, dessen Einwilligung bedarf (Einwilligungsvorbehalt). Die §§ 108 bis 113, 131 Abs. 2 und § 210 gelten entsprechend.

(2) Ein Einwilligungsvorbehalt kann sich nicht erstrecken auf Willenserklärungen, die auf Eingehung einer Ehe oder Begründung einer Lebenspartnerschaft gerichtet sind, auf Verfügungen von Todes wegen und auf Willenserklärungen, zu denen ein beschränkt Geschäftsfähiger nach den Vorschriften des Buches vier und fünf nicht der Zustimmung seines gesetzlichen Vertreters bedarf.

(3) Ist ein Einwilligungsvorbehalt angeordnet, so bedarf der Betreute dennoch nicht der Einwilligung seines Betreuers, wenn die Willenserklärung dem Betreuten lediglich einen