

Jeder Patient ist anders

Differentialdiagnostische Erwägungen und
Schwierigkeiten in der Behandlung von
Patienten mit komorbiden
Suchterkrankungen

Komorbiditäten

- Fridell, Nilson 2004: es liegen klare empirische Belege für das gemeinsame Auftreten von drogenbedingten und anderen psychischen Störungen vor
- Rund 80% aller Abhängigkeitserkrankten leiden unter mindestens einer psychischen Komorbidität
- Zeitliche Reihenfolge: Bei der Mehrzahl der Untersuchten (je nach Studie zwischen 70 - 90%) trat die psychische Störung vor der Störung durch psychotrope Substanzen auf
- 20 - 60% der Drogen- und Alkoholabhängigen leiden unter affektiven und Angststörungen
- 15 - 20% komorbide psychotische Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis
- Anteil an komorbid vorliegenden Persönlichkeitsstörungen wird mit 50 - 90% angegeben

Was ist Abhängigkeit

- Voraussetzung: innerhalb der letzten 12 Monate trafen mindestens 3 der folgenden Kriterien zu:
 1. Starker Wunsch oder Zwang zu konsumieren
 2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich Beginn, Beendigung und Menge des Konsums
 3. Körperliches Entzugssyndrom
 4. Nachweis einer Toleranz
 5. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen zugunsten des Konsums
 6. Anhaltender Konsum trotz Nachweis eindeutiger schädlicher Folgen → körperlicher, sozialer oder psychischer Art

Substanztyp	Toleranz	Psychische Abhängigkeit	Körperliche Abhängigkeit
Cannabis	(+)	++	(+)
Mescaline	+	++	-
Weckamine	+	++	-
Kokain	-?	+++	(+)
Alkohol/Barbiturate	+	++	++
Morphin	++	+++	+++

Nach Pfeiffer-Gerschel et al., 2010, Prävalenz der 18-64 jährigen	Lebenszeitprävalenz	12-Monatsprävalenz
Cannabis %	25,6	4,8
Amphetamine %	3,7	0,7
Kokain %	3,3	0,8
Ecstasy %	2,4	0,4
LSD %	2,4	0,1
Heroin %	0,5	0,1

Fall 1: Frau L., 23 J. alt

- Im Alter von 7 J. Enuresis, nach Trennung der Eltern im Alter von 10 J. autoaggressive Handlungen und delinquentes Verhalten (bestahl Eltern)
- Seit dem 13 Lj. Alkoholkonsum, seit dem Alter von 18 Jahren zusätzlich täglich Cannabis- und Amphetamine
- Im Alter von 19 Suizidversuch (Tabletten und Selbstverletzungen), zuvor niedergeschlagene Stimmung und Schuldgefühle, hier bereits das Gefühl „klein wie ein Maulwurf“ zu sein, habe den Eindruck gehabt, dass Autotüren auf und zu gingen, dass dies etwas mit ihr zu tun habe. Behandlung mit Citalopram
- Anschließend weitere „depressive“ Entwicklung (Mutter der Patientin verstarb zeitgleich an den Folgen eines Mamma-Carcinoms) mit sozialem Rückzug, Leistungsknick, Studium wurde abgebrochen, Konsum ausgeweitet

Störungen des Sozialverhaltens F91

- G1: Vorliegen eines persistierenden Verhaltensmusters, bei dem entweder die Grundrechte anderer oder altersentsprechender sozialer Normen verletzt werden, über mindestens 6 Monate anhaltend

Subtypen

- Hyperaktivität versus Emotionale Störung

Schweregrad

- Leicht : verursachen nur geringen Schaden
- Mittel: zwischen leicht und schwer
- Schwer: viele Verhaltensprobleme, verursachen beträchtlichen Schaden

1. Für das Entwicklungsalter ungewöhnlich häufige und schwere Wutausbrüche
2. Häufiges Streiten mit Erwachsenen
3. Verweigerungen von Anforderungen, über Regeln hinwegsetzen
4. Häufiges, wohl überlegtes Handeln, das andere ärgert
5. Häufiges Verantwortlich machen Anderer für eigene Fehler
6. Häufige Empfindlichkeit oder sich durch andere belästigt fühlen
7. Häufiger Ärger oder Groll
8. Häufige Gehässigkeit oder Rachsucht
9. Häufiges Lügen oder Brechen von Versprechen
10. Häufiges Beginnen von körperlichen Auseinandersetzungen (außer Geschwisterauseinandersetzungen)

11. Gebrauch von möglicherweise gefährlichen Waffen
12. Häufiges Draußenbleiben in der Dunkelheit (entgegen dem Verbot der Eltern)
13. Körperliche Grausamkeit gegenüber anderen Menschen
14. Tierquälerei
15. Absichtliche Zerstörung des Eigentums anderer
16. Brandstiftung
17. **Stehlen**
18. Häufiges Schuleschwänzen
19. Weglaufen von den Eltern (außer dies geschieht zur Vermeidung körperlicher oder sexueller Misshandlung)
20. Kriminelle Handlung, bei der das Opfer direkt angegriffen wird (Handtaschenraub, Erpressung etc.)
21. Zwingen einer anderen Person zu sexuellen Aktivitäten
22. Häufiges Tyrannisieren anderer
23. Einbruch in Häuser, Gebäude oder Autos

F32 depressive Episoden

- G1: Depressive Episode sollte mindestens 2 Wochen anhalten
- G2: In der Anamnese keine manischen oder hypomischen Symptome
- G3: Ausschlussvorbehalt: Episode ist nicht auf den Missbrauch psychotroper Substanzen oder auf andere organische Störung zurückzuführen

Depressive Episode II

- B. Mindestens zwei der folgenden drei Symptome für leichte und mittlere, drei für schwere Episode:
1. Depressive Stimmung in einem für die Betroffenen deutlich ungewöhnlichen Ausmaß, die meiste Zeit des Tages, im Wesentlichen unbeeinflusst durch äußere Umstände und mindestens 2 Wochen anhaltend
 2. Interessen- oder Freudeverlust an Aktivitäten, die normalerweise angenehm waren
 3. Verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit

Depressive Episode III

C: Ein oder mehr zusätzliche Symptome bis zu einer Gesamtzahl von vier oder fünf aus B. und C. für leichte Episode, mittlere= 6 bis 7, schwer= mindestens 8

1. Verlust des Selbstvertrauens oder des Selbstwertgefühls
2. unbegründete Selbstvorwürfe oder Schuldgefühle
3. Wiederkehrende Gedanken an den Tod, Suizid oder suizidales Verhalten
4. Vermindertes Denk- oder Konzentrationsvermögen
5. Psychomotorische Agitiertheit oder Hemmung
6. Schlafstörungen
7. Appetitstörungen

- Im Juni 2011: Entwicklung der wahngewissen Überzeugung, ein „Alien“ zu sein; außerdem Befürchtung, dass die Regierung „Versuche mit ihr unternahme“ und sie umbringen wolle. Im Rahmen der „Versuche“ werden ihre Gedanken entzogen. Ausgeprägte Ängste und rezidivierende Suizidgedanken
- Nach Akutbehandlung: Entwicklung von kognitiven Defiziten, einer Affektverflachung, Antriebsminderung.
- Bei Aufnahme im Hause: Fortbestehende Minussymptomatik sowie Versündigungswahn, Beziehungsideen, akustische Halluzinationen in Form kommentierender Stimmen.

Schizophrenie F20.0 bis F20.3

- G1: Mindestens eines der folgenden Symptome über einen Zeitraum von 4 Wochen (während einiger Zeit an den meisten Tagen)
- Gedankenlautwerden, -einkerbung, -**entzug** oder -ausbreitung
 - Kontroll-, Beeinflussungswahn, **Gefühl des Gemachten** (bezogen auf Körperbewegungen oder Gedanken, Tätigkeiten oder Empfindungen), Wahnwahrnehmung
 - **Akustische Halluzinationen** in Form von Akoasmen, dialogisierenden, **kommentierenden** oder imperativer Stimmen
 - Anhaltender kulturell unangemessener, bizarrer und völlig unrealistischer **Wahn** (Wetter kontrollieren, Verbindung zu Außerirdischen etc.)

oder mindestens **zwei** der folgenden Merkmale:

- Anhaltende Halluzinationen jeder weiteren Sinnesmodalität, täglich, mindestens über einen Monat, begleitet von Wahngedanken
- Neologismen, Gedankenabreißen, was zu Zerfahrenheit und Danebenreden führt
- Katatone Symptome: Erregung, Haltungstereotypien, Flexibilitas cerea, Mutismus oder Stupor, Negativismus
- „negative“ Symptome wie Apathie, Sprachverarmung, verflachte oder inadäquate Affekte

G2: Ausschlussvorbehalt:

- Wenn die Patienten ebenfalls die Kriterien einer Manie oder Depression aufweisen, lagen die oben genannten Symptome **VOR** der affektiven Störung vor
- Symptome können nicht Folge einer hirnorganischen Störung sein

- Phasen nach **Conrad**:
- **Trema**: Entwicklung eines inneren Drucks, einer Anspannung. Zustand, der den Zufall bzw. die Neutralität ausschließt. Das Umfeld erhält einen befremdlichen Zug, den es bis dato noch nicht inne hatte.
- **Apophänie**: bezeichnet die Erfahrung, Muster und Beziehungen in zufälligen, bedeutungslosen Einzelheiten der Umwelt wahrzunehmen.
- „grundloses Sehen von Verbindungen, begleitet von einer abnormen Bedeutsamkeit“, Entwicklung von Beziehungsideen, Wahnwahrnehmungen, Deja-Vu- und Entfremdungserlebnissen, Erlebnisse der Omnipotenz und Anastrophé (alles dreht sich um mich), ersten Ich-Störungen mit Gedankeneingebung, -ausbreitung, -entzug, Gedankenlautwerden, Gefühl des Gemachten
- Urteile bezüglich des Wahns können nun nicht mehr verändert werden und Patient entwickelt die Überzeugung, alles drehe sich um ihn.

- **Phasen nach Conrad II**
- **Apokalyptik:** Akute Phase mit Erleben von schwerster Angst, manchmal rauschhaft gehobener Stimmung, akuten Halluzinationen, Sprach- und Denkzerfall und eventuell Entwicklung einer Katatonie.
- **Konsolidierung:** Patient leidet zwar mitunter noch Wochen/Monate unter apophänem Erleben, dies verliert aber an Aktualität und Floridität, es kommt zur „kopernikanischen Wende“, hierbei kommt es aber im Verlauf der Zustandsverbesserung wiederholt zum „Hin- und Herkippen“ zwischen apophänem und nicht apophänem Erleben.
- **Residualzustand:** Heilung nicht ad integrum, d.h. nicht ohne Funktionsverlust
- Persistierende Wesensveränderung nach erstem Schub, der am Einfachsten als ein Zustand der Apathie und Minussymptomatik beschrieben werden kann.

- **Zusammenfassung Frau L:**
- Kindheit: Enuresis, Delinquenz und Autoaggression im Sinne einer (allenfalls leichtgradigen) Störung des Sozialverhaltens
- Mit 18 Jahren Ausweitung auf polyvalenten Substanzgebrauch (Alkohol, Cannabis und Amphetamine)
- Mit 19 Jahren: Suizidversuch, Leistungsknick, sozialer Rückzug, am ehesten **Prodromalsymptomatik**
- Depressive Verstimmung am ehesten **reaktiv** → Tod der Mutter
- Gefühl „klein wie ein Maulwurf“ zu sein sowie Wahrnehmung: Autotüren gingen auf und zu (**optische szenische Halluzination**) begleitet von dem Gefühl, dies habe etwas mit ihr zu tun (**begleitende Wahngedanken**) = **Trema**, bzw. erstes **apophänes** Erleben

- Zusammenfassung Frau L.
- Mit 21 Jahren: Paranoides Wahnsystem mit Überzeugung, ein „Alien“ zu sein; „Versuche der Regierung“ (=Beeinträchtigungswahn), Ich-Störung (Gedankenentzug), akustischen Halluzinationen
- → **paranoide Schizophrenie, unvollständige Remission, ICD F20.04**
- **Abhängigkeitssyndrom bei multiplem Substanzbrauch, F19.2**

- Fall 2: Herr J., 43J. alt,
- Großvater mütterlicherseits alkoholabhängig, weitere Familienanamnese blande
- Schullaufbahn unauffällig mit Hauptschulabschluss beendet, anschließend Ausbildung zum Baufacharbeiter erfolgreich absolviert und bis zum 24. Lj. durchgehend gearbeitet, seitdem allenfalls Aushilfsjobs
- Alkoholmissbrauch seit dem Alter von 17 J., seit dem Alter von 24 J. abhängiger Konsum, außerdem erfolgte seit dem Alter von 27 J. der abhängige Konsum von Cannabis, Opiaten, Methamphetamin und Benzodiazepinen. Darüber hinaus habe er „alles“ probiert
- Mehrere Substitutionsbehandlungen, welche bei Beikonsum jeweils beendet worden seien

- Insgesamt sieben qualifizierte Entgiftungsbehandlungen.
- Entwöhnungsbehandlung in 2012 im Alter von 42 J., dort erstmals Angabe von akustischen Halluzinationen in Form kommentierender und imperativer Stimmen, paranoidem Wahn, Anspannung und Ängsten mit raptusartigen Erregungszuständen → Erste allgemeinpsychiatrische Behandlung
- Nach Stabilisierung: Fortführung der oben genannten Entwöhnungsbehandlung. Rasche Reexazerbation.
- Anschließend Vermittlung in unsere Klinik

Paranoide Schizophrenie

- Prävalenzraten zwischen 1,4 und 3,9/1000
 - Inzidenzraten etwa 0,1/1000, in unterschiedlichen Ländern und Kulturkreisen identisch (CATEGO S+-Studie)
 - Outcome of Severe Mental Disorders, 10-Länder Studie der WHO, 1992: 57% der männlichen Patienten berichteten von einem Alkoholmissbrauch und bei 24 - 41% fand sich ein Drogenmissbrauch
- Männer erkrankten **signifikant früher** (zwischen 15 bis 25) als Frauen (25 bis 35)

- Hier gab **Herr J.** an: Trennung im Alter von 24 Jahren
 - Ausweitung des Alkoholkonsums
 - Etwa im Alter von 27 J. Erstmanifestation einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis mit Verfolgungswahn u. akustischen Halluzinationen. Symptomatik bestand fortlaufend, seine Symptome habe er niemandem gegenüber geäußert.
- Unter Alkohol- und Opiat-, Benzodiazepinkonsum
 - Verringerung der Symptomatik
 - Konsum im Sinne einer Selbstmedikation bei einer DUP (Dauer der unbehandelten Psychose) von mehreren Jahren

Fall 3: Frau K., 29 Jahre alt

- Sexueller Missbrauch durch den Cousin zwischen dem 6. und 14. Lj.
- Entwicklung einer depressiver Verstimmung sowie von Schuldgefühlen, Insuffizienzerleben, innerer Anspannung.
- Seit dem Alter von 13 J. autoaggressive Verletzungen zur Spannungsregulation bis zum Alter von 18 Jahren.
- Zwischen dem Alter von 18 und 20 J. Entwicklung eines abhängigen Konsums von Cannabis, Amphetaminen. Zeitgleich keine Selbstverletzungen.
- Zwischen dem 20. und 23. Lj. weder Konsum noch autoaggressive Handlungen.

Frau K.

- Zwischen dem 20. und 23 Lj. schloss sie sich den Zeugen Jehovas an, diese verließ sie im Alter von 23 Jahren auf Grund ihrer Homosexualität.
- Anschließend ausgeprägte innere Spannungszustände. Spannungsregulatorisch Konsum von Cannabis und Methamphetamin.
- 2007 erstmalig stationär psychiatrisch behandelt bei Hypersomnie, Antriebsminderung, Gefühl der Gefühllosigkeit, depressiver Entwicklung, autoaggressiven Impulsen.
- Im Verlauf Entwicklung von Intrusionen bezüglich der Traumata, Dissoziationen, Durchschlafstörungen mit Alpträumen und erhöhter Schreckhaftigkeit.

Persönlichkeitsstörungen F6

- **G1:** charakteristische und dauerhafte innere Erfahrungs- und Verhaltensmuster weichen insgesamt deutlich von der kulturell erwarteten Norm ab. **Abweichung** äußert sich in der **Kognition** (Interpretation von Dingen, Menschen und Ereignissen, den Einstellungen und Vorstellungen von sich und anderen), der **Affektivität** (Variationsbreite, Intensität, und Angemessenheit der emotionalen Ansprechbarkeit und Reaktion), der **Impulskontrolle** und Bedürfnisbefriedigung, der **Handhabung** zwischenmenschlicher Beziehungen
- **G2:** Abweichung ist so ausgeprägt, dass eigenes Verhalten **unflexibel**, unangepasst und nicht zielgerichtet ist

Persönlichkeitsstörungen II

- **G3:** Persönlicher Leidensdruck, nachteiliger Einfluss auf die soziale Umwelt.
- **G4:** Nachweis, dass die Abweichung stabil, von langer Dauer und im späten Kindesalter oder der Adoleszenz begonnen hat
- **G5:** Die Abweichung kann **nicht** durch das Vorliegen oder die Folge einer anderen psychischen Störung des Erwachsenenalters erklärt werden, es können aber episodische oder chronische Zustandsbilder der Kapitel F0- bis F5 und F7 neben dieser Störung existieren oder sie überlagern.
- **G6:** eine organische Erkrankung, Verletzung oder Funktionsstörung des Gehirns kommt nicht als Ursache in Frage

Emotional instabile PS vom impulsiven Typus: F60.3

- A: allgemeine Kriterien erfüllt
- B. Mindestens drei Kriterien, *obligat das 2.*
 1. Handeln ohne Berücksichtigung etwaiger Konsequenzen
 2. *Konflikte und Streitereien, vor allem, wenn impulsive Handlungen unterbunden werden*
 3. Neigung zu Ausbrüchen von Wut oder Gewalt mit Unfähigkeit zur Kontrolle explosiven Verhaltens
 4. Schwierigkeiten in der Beibehaltung von Handlungen, welche nicht unmittelbar belohnt werden
 5. Unbeständige, launische Stimmung

Emotional instabile PS vom Borderline Typ, F60.31

- A. allgemeine Kriterien erfüllt.
- B: Mindestens **drei** der unter **F60.3 B** angeführten Kriterien und zusätzlich mindestens zwei der folgenden:
 - 1. Unsicherheit** bezüglich Selbstbild, Zielen und „inneren“ Präferenzen (einschließlich sexueller)
 2. Intensive, aber instabile Beziehungen, oft mit der Folge emotionaler Krisen
 3. Übertriebene Bemühungen das Verlassenwerden zu vermeiden
 4. Wiederholt Drohungen oder **Handlungen mit Selbstbeschädigung**
 5. Anhaltendes Gefühl von Leere

F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung

- A: Die Betroffenen waren nur kurz oder **lang** anhaltenden Ereignissen von außergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmaß ausgesetzt, die nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde
- B: Anhaltende Erinnerungen oder Wiedererleben der Belastung durch Nachhallerinnerungen (**Flashbacks**), sich wiederholende **Träume**, lebendige Erinnerungen oder durch Situationen, die der Belastung ähneln oder mit ihr im Zusammenhang stehen.
- C: Umstände, die der Belastung ähneln oder mit ihr in Zusammenhang stehen, werden vermieden. Dieses Verhalten bestand **nicht** vor der Belastung.

PTBS II

- D: entweder 1 oder 2:
- 1. Teilweise oder vollständige Unfähigkeit, sich an wichtige Aspekte der Belastung zu erinnern.
- 2. Anhaltende Symptome einer erhöhten psychischen Sensitivität (nicht vorhanden vor der Belastung) mit zwei der folgenden Merkmale
- A) Ein- oder **Durchschlafstörungen**
- B) Reizbarkeit oder Wutausbrüche
- C) Konzentrationsstörungen
- D) **Hypervigilanz**
- E) **erhöhte Schreckhaftigkeit**

- **Zusammenfassung Frau K**
- Massive Traumata in der Anamnese. Erinnerungen hieran „verwaschen“ und wenig klar.
- Bei Unsicherheit bezüglich der eigenen Präferenzen, des Selbstwertes, Insuffizienzgefühlen und autoaggressiven Verletzungen waren einerseits nicht ausreichende Kriterien für eine Emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline Typ erfüllt, außerdem kann die Symptomatik durch eine andere Störung erklärt werden, so dass diagnostisch eine
- F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung
sowie eine
- F19.2 Polytoxikomanie
vorlag.

- **Fall 4: Herr S., 41 J. alt**

- Vater alkoholabhängig.
- Als Kind „massiv verhaltensauffällig“. Er sei tollpatschig und unruhig gewesen.
- Eltern erwarteten gute bis sehr gute schulische Leistungen, Anerkennung gab es „nur“, wenn diese Erwartungen erfüllt wurden, dem habe er nicht gerecht werden können.
- Vater wertete ihn ab, „drangsalierte“ ihn.
- Patient gab an, seit der Kindheit unter starken Stimmungsschwankungen zu leiden.

- **Arbeits- und Berufsanamnese:**
- Grundschule altersgemäß, fiel durch Stören des Unterrichtes auf.
- Anschließend unkomplizierter Verlauf auf Hauptschule
- Anschließend Berufsfachschule → Fachhochschulreife.
- Wehrdienst, freiwillig verpflichtet, 2000 als Stabsunteroffizier entlassen.
- Ausbildung zum Fachinformatiker.
- bis Juli 2010 Anstellung als Fachinformatiker, berufsbegleitendes Studium, Abbruch im September 2009.
- Seit Juli 2010 arbeitslos bzw. „scheinselbstständig“.
- Schwerbehinderung mit GdB 50.

- Suchtanamnese Herr S.
- Zwischen 16 und 18 J.: täglicher Alkoholkonsum, zeitweilig exzessiv, zwischenzeitliche Phase der Abstinenz, seit dem Alter von 38 J. erneut täglich.
- Cannabis seit dem Alter von 18 J., zunächst unregelmäßig, zwischen 24. und 26. Lj. täglich bis zu 5g. Seitdem unregelmäßig.
- Probatorisch: Heroin, Kokain, Amphetamine, Ecstasy und Psilocybine.
- Seit dem Alter von 39 J. missbräuchliche Einnahme von Methylphenidat.
- Konsum erfolgte, weil es ihm „beschissen gegangen ist.“

- **Zugangsdiaagnosen:** Schädlicher Gebrauch von Alkohol, gesichertes ADHS des Erwachsenenalters, rezidivierende ängstlich depressive Episoden.
- 1998: Psychotische Symptomatik über mehrere Monate mit Verfolgungswahn und Geruchshalluzinationen, Ich-Störungen.
- Es folgten mehrere Aufenthalte in der Psychiatrie, bei depressiv-ängstlicher Symptomatik, die Diagnosen lauteten paranoide Schizophrenie, schizoaffektive Psychose, rezidivierende depressive Episoden.

- Herr S.
- Im Mai 2012 Entwöhnungsbehandlung, dort Diagnose eines schizophrenen Residuums gestellt.
- Ambulante Behandlung derzeit mit Venlafaxin und Paroxetin behandelt, keine signifikante Besserung der Stimmung.
- Im Oktober 2010 Eigenrecherche → ADHS, initial illegaler Konsum von Methylphenidat. Hiervon profitiert.
- 10/2011: Diagnose eines ADHS testpsychologisch verifiziert → seitdem Methylphenidat verordnet, aber mitunter nasal konsumiert.

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) des Erwachsenenalters

- Obligat: Beginn der Symptomatik vor dem 7. Lebensjahr
- Etwa 3-10% aller Kinder betroffen, Schwankungen im Schweregrad
- Geschlechtsverhältnis: Im Kindesalter → Jungen (3 bis 4: 1), Bei Persistenz im Erwachsenenalter (2:1)
- Bei etwa 10% der Betroffenen Persistenz bis ins Erwachsenenalter, etwa 35% der Betroffenen zeigen zumindest im Erwachsenenalter noch relevante Beeinträchtigungen, ohne das Vollbild der Störung zu erfüllen.
- Prävalenz wird im Erwachsenenalter auf 3,4% weltweit, in der BRD auf 3,1 % geschätzt.

Diagnosestellung nach UTAH-Kriterien

- 1. Aufmerksamkeitsstörung (obligat)**
- 2. Motorische Hyperaktivität: (obligat)**
- 3. Affektlabilität (reaktiv)** niedergeschlagene Stimmung vor allem als Langeweile und Unzufriedenheit beschrieben und weniger als depressive Verstimmung
- 4. Desorganisiertes Verhalten**

UTAH-Kriterien II

- 5. Affektkontrolle:** Reizbarkeit, verminderte Frustrationstoleranz, Wutausbrüche
- 6. Impulsivität:** Dazwischenreden, Ungeduld, impulsive Geldausgaben
- 7. Emotionale Überreagibilität:** Überschießende emotionale Reaktionen auf alltägliche Stressoren

Verlauf in domo

- Testpsychologie unauffällig, in der Verhaltensbeobachtung ergaben sich keine Hinweise für eine Aufmerksamkeitsstörung oder eine motorische Hyperaktivität, Fremdanamnese ergab keine Hinweise für ADHS im Kindesalter, Methylphenidat erbrachte eigenanamnestisch Leistungssteigerung, keine paradoxe Wirkung. Ausschleichversuch zeigte keine signifikante Befundveränderung. ADHS verworfen.
- Paranoide Schizophrenie (Jahr 1998), seit mittlerweile 5 Jahren ohne Neuroleptie, keine Reexazerbation, in domo keinerlei Positiv- oder Negativsymptomatik → Vollremittierte paranoide Schizophrenie

Verlauf II

- In Einzeltherapie: Übertrieb eigene Leistungen, Talente. Strebte hierbei nach Anerkennung und Bestätigung.
- Äußerte wiederholt die Überzeugung, etwas „besonderes“ zu sein.
- Mitunter wertete er Mitpatienten ab, zeigte sich hochmütig, konnte die Gefühle seiner Mitpatienten nur erschwert wahrnehmen.
- Reagierte auf Kritik mit Rechtfertigung und war rasch gekränkt.
- Biographische Aufarbeitung: Substanzkonsum im Sinne einer Selbstmedikation bei psychosozialen Belastungssituationen und in Folge von Kränkungserleben

Narzisstische PS, F60.8

- A: Allgemeine Kriterien erfüllt
- B: Mindestens **fünf** der folgenden Kriterien
 1. Größengefühl in Bezug auf die eigene Bedeutung (Übertreibung eigener Leistungen und Talente)
 2. Phantasien über eigenen Erfolg
 3. Überzeugung, „besonders“ zu sein, nur von besonderen Menschen verstanden zu werden
 4. Bedürfnis nach übermäßiger Bewunderung

Narzisstische PS II

5. Anspruchshaltung
6. Ausnutzung zwischenmenschlicher Beziehungen
7. Mangel an Empathie
8. Häufiger Neid auf andere oder Überzeugung, andere seien neidisch auf die Betroffenen
9. Arrogante, hochmütige Verhaltensweisen und Attitüden

- Zusammenfassung Herr S.
- Depressive Verstimmungen der Vergangenheit ließen sich biographisch auf psychosoziale Belastungssituationen und Kränkungserleben zurückführen → am ehesten reaktiv
- F19.21 Abhängigkeitssyndrom und Konsum sonstiger psychotroper Substanzen,
- F 20.05 Paranoide Schizophrenie, vollständige Remission
- F 60.8 Narzisstische Persönlichkeitsstörung

Fall 5: Herr B., 25 J. alt

- Hypoxie unter der Geburt, leichte Sprach- und Feinmotorikstörung
- Schulzeit: initial auf Förderschule mit dem Schwerpunkt Sprache, anschließend Wechsel auf eine Realschule
- dort mit den Anforderungen überfordert, im Alter von 10 Jahren Vorstellung beim Kinder- und Jugendpsychiater, Diagnose ADHS und Gabe von Methylphenidat, nach 2 Jahren Wechsel auf eine Hauptschule, dort keine Schwierigkeiten mehr.

Suchtanamnese Herr B.

- mit 10 Jahren: Methylphenidat, wechselnde und widersprüchliche Angaben über Dauer und Dosis der Verschreibung.
- Mit 18 Jahren Umstellung auf Medikinet adult und eigenmächtige Dosissteigerung auf bis zu 150 mg täglich, “Ärzte Hopping“ (130 BTM Rezepte in einem Jahr verschrieben bekommen)
- Mit 16 Jahren: Erstkontakt Alkohol, unregelmäßig aber wiederholt bis zum Kontrollverlust.
- Mit 19 Jahren: Benzodiazepine, Sedativa und Hypnotika, Widersprüchliche Angaben bezüglich Dosis.
- Zeitgleich: missbräuchlicher Konsum von Neuroleptika, hierbei Haloperidol, Clozapin, jeweils in Kombination mit Alkohol.

Herr B.

- Vordiagnosen: Sedativaabhängigkeit, einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ADHS).
- Schlafstörungen seit dem Alter von 18 Jahren, Selbstmedikation mit Hypnotika und Neuroleptika.
- Unter missbräuchlichem Einsatz von Neuroleptika: stationäre Aufnahme bei V.a. fokales Anfallsgeschehen, seitdem Levetiracetam. Symptomatisch am ehesten oromandibuläre Dyskinesien bei Neuroleptikamissbrauch, Bildgebung unauffällig, EEG mit Allgemeinveränderungen, keine ETP's.
- Unter massivem Stimulanziengebrauch: psychiatrische Aufnahme bei kurzzeitigem wahnhaftem Erleben (Stunden) (Mobiltelefon schalte sich eigenmächtig ein und aus). Seitdem Depotneuroleptik

Artifizielle Störungen, F68.1

- A. Anhaltende Verhaltensweisen mit den Symptome erzeugt/vorgetäuscht werden, und/oder Selbstverletzungen, um Symptome zu erzeugen
- B. Eine äußere Motivation ist nicht zu finden (bspw. finanzielle Entschädigung)
- C: Fehlen einer gesicherten körperlichen oder psychischen Störung, welche die Symptome erklären könnte.

Artifizielle Störung II

- Weitere Unterteilung in drei Subtypen
- **Kerngruppe:** fügen sich selbst invasive Schäden zu
- **Münchhausen Syndrom:** Hospital hopping mit erfundenen oder inszenierten Beschwerden
- **Münchhausen by proxy:** primäre Bezugsperson fügt, meist ihrem Kind, anstelle einer Selbstbeschädigung, Schaden zu

Artifizielle Störungen III

Kerngruppe	Münchhausen Syndrom	Münchhausen by proxy
Überwiegend weiblich (4 bis 5:1)	Überwiegend männlich (4 bis 6:1)	In 80% der berichteten Fälle Mütter als Verursacherinnen,
Überrepräsentanz medizinischer Berufe (bis zu 50% der Fälle)	Bildungsniveau ist häufig niedrig, sozial eher desintegriert	
Hohe Komorbidität mit Emotional instabiler PS vom Borderline Typ, Essstörungen und Suchterkrankungen	Hohe Komorbidität mit dissozialer PS	Mitunter zusätzliche Selbstverletzungen, Episodische Essstörungen oder Suchterkrankungen

Subgruppen selbstschädigenden Verhaltens bei artifiziellen Störungen:

- Erfinden/Inszenieren von körperlichen/psychischen Symptomen
- Fälschen des Krankenblatts, Manipulation an Geräten
- Manipulation von Körpersekreten
- Einwilligung zu Eingriffen unter Verschweigen bekannter Kontraindikationen
- Einnahme pharmakologisch wirksamer Substanzen
- Direkte Manipulation des eigenen Körpers (chirurgisch und nicht chirurgisch)

Herr B.

- Psychometrie: V.a. fehlerhafte Bearbeitung und Aggravationstendenz in wiederholten Testungen.
- Sehr auf Methylphenidat fixiert, aber Konzentrationsfähigkeit bei drohenden Konsequenzen „ohne Aufwand“ problemlos steigerbar.
- Zusammenfassend:
 - F 13.21 Abhängigkeit von Sedativa,
 - F 15.2 Stimulanzenabhängigkeit,
 - F 19.51 Z.n. substanzinduzierter psychotischer Störung
 - F68.1 Artifizielle Störung (Pseudologica phantastica)
 - G93 Z.n. Hypoxischem Hirnschaden unter der Geburt