Berufsfelderkundung: Psychiatrie

dr. Beatrix Mersich
Semmelweis Universität
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
21/02/2019

Was ist Psychiatrie?

Treffpunkt der klinischen Behandlung Biologie, Sozialwissenschaften und menschlicher Fürsorge

Einfache Fragen, schwere Antworten

Haben Sie schon

- sich bedrückt oder ängstlich gefühlt?
- Probleme mit Gedächtnis und Aufmerksamkeit gehabt?
- gedacht, dass Ihnen etwas Seltsames passiert?
- an Gespenster geglaubt?
- erschrocken gefühlt?
- Schlafprobleme oder Alpträume gehabt?
- Probleme mit Alkohol oder Drogen gehabt ?

Wenn JA, haben Sie eine psychiatrische Störung?

Eine psychiatrische Störung bedeutet:

- schwere und anhaltende Schädigung der Stimmung, der Kognition und des **Verhaltens**, die zu sozialer Dysfunktion führt.
- Entspricht diagnostischer Kriterien (nicht nur Symptomen zB.Wahn Ideen, gehören dazu, aber auch sozialer Dysfunktion in DSM V!!!!)

DSM-V: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, APA (2013)

Psychiatrische Untersuchung 1.

- Wie war der Pt. aufgenommen? (objective)
- Warum hat er/sie psychiatrische Hilfe gesucht? (subjective)
- Zuerst: offene Fragen, dann mehr konkrete Fragen
- Jetztige Beschwerden
- Anamnese /auch Fremdenanamnese/
- Suizidalitat.Selbst-Verletzungen.
- Sucht.
- Medikamenten.
- Lebensgesichte
- Familien anamnese

Psychiatrische Untersuchung 2.

- Pt anhören, Fragen stellen
- BEOBACHTEN!!!(Verhalten, Rede, etc..)
- Körperliche Untersuchung
- Fremdenanamnese
- Skalen, Tests
- Blut Tests, CT/ MR

Ziel der Psych. Untersuchung

- Sammeln die Beschwerden
- Psychiatrischer und körperlicher Befund
- Riziko schätzen (Suizidalität, Agressivität)
- Plan für weitere Untersuchungen
- Plan für Behandlung (medizinische/psychiatrische)
- Stationär oder Ambulanter?
- Freiwillig oder Unterbringung ist nötig?

Häufigste Ursachen der psych. Stationäre Aufnahmen

- Suizidalität
- Agressivität wegen psych. Erkrankung (zB. Psychose oder Sucht)
- Psychomotorik: unruhig oder gehemmt („Stupor”)
- Erste Epizode Psychose
- Bewustsseinstörung, z.B. Delir
- Demenz
- Unklare Ursache, weitere Untersuchungen sind nötig
- Enthalten von „giftige”, misshandelnde Umgebung

Struktur des Psych. Befundes

- Bewusstsein, Orientation, Aufmerksamkeit
- Wahrnehmung
- Gedänke (formale und inhaltliche)
- Affekt Leben, Stimmung, Impulsen
- Schlaf, Szex, Appetit
- Psychomotorik, Rede, Aktivität
- Gedächtnis, IQ
- Persönlichkeit
- Suizidalität (Gedänke, Plan, Versuch)
- Einsicht (kein/teilwiese/ganz)

Fall 1

Eva, 24 jährige Medizinstudentin, seit 8 Tagen kommt nicht von Hause aus, spricht nicht mehr mit der Familie und Freunden...

Welche Fragen würden Sie noch stellen für Eva...?

Differenzial Diagnose

- Keine Erkrangung, nur Lebens-stress, zB: Liebesenttäuschung
- Stress vor Prüfung
- Soziale Phobie
- Angst Störung (Panik Attacken...)
- PTSD (post-traumatic stress-disorder)
- Depression
- Paranoid Psychose
- Drog induzierte psychose
- Schizophrenie
- Organische Erkrankung
- Usw…

Fall 2.

Der Rettungsdienst liefert einen 45-jährigen Mann in den psychiatrischen Notdienst ein. Die Rettung wurde von den Nachbarn verständigt, weil sie den Patienten seit 2 Tagen nicht mehr gesehen haben. Die Sanitäter fanden ihn in seinem Bett liegend. Seine Vitalparameter waren in Ordnung, aber er rührte sich nicht und beantwortete auch keine Fragen. Unter den Dokumenten des Patienten finden Sie ein Blatt mit dem Namen und der Telefonnummer seines Bruders / seiner Schwester. Als Sie die Untersuchung beginnen, fängt der Patient an, komische Grimassen zu schneiden, was Sie sehr witzig finden.

- 1. Welche Untersuchungen führen Sie durch / verordnen Sie?
- 2. Von wen versuchen Sie Informationen einzuholen?
- 3. Worauf achten Sie bei der Untersuchung?

Fall 3.

21-jährige Frau meldet sich in Begleitung ihrer Mutter beim Notdienst. Sie erzählt, dass sie nervlich am Ende sei, weil sie von ihrem Freund verlassen wurde. Sie kann nicht mehr weiter, sie hat genug vom Leben. Eine Stunde früher hat sie ihr linkes Handgelenk mehrmals geschnitten, und dann mit einem Taschentuch verbunden. Sie hat sich bereits öfter auf diese Weise verletzt, wenn sie nervlich angespannt war. Sie trägt noch vor, einmal wegen einem Selbstmordversuch mit Medikamenten in der psychiatrischen Abteilung gewesen zu sein. Z.Z. nimmt sie Antidepressiva.

- 1. Meinen Sie, dass bei der Patientin Selbstmordgefahr besteht?
- 2. Welche Risikofaktoren sind bei der Patientin wahrzunehmen?
- 3. Wie schätzen Sie die Selbstmordgefahr bei der Patientin ein?
- 4. Mit welchen Fragen grenzen Sie die nicht-suizidale Selbstverletzung und die Selbstmordgefahr ab?

Risiko Faktoren für Suizidverhalten

- **Frühere Suizidversuche!!!**
- Mentale Erkankung (Sch, Depressio, Borderline, Sucht)
- Geschlecht (heufiger bei Männer), Alter
- Soziodemographische Merkmale (Arbeitslosigkeit, geschieden oder verwitwet, alleinstehend)
- Positive Familienanamnese
- verschiedene Charakterzüge (Impulsivität, Hostilität, affektives Temperament)
- Umweltfaktoren (negative Lebenserigenisse, Verlusterlebnisse, Krisenzustände)
- chronische körperliche Krankheit

[MENTAL HEALTH SERVICE]

BRIEF RISK ASSESSMENT

SURNAME:	UMRN:	SEX:
FORENAMES:	BIRTHDATE:	
PATIENT'S ADDRESS:		

SOURCE OF INFORMATION	❑ THE CONSUMER	❑ IMMEDIATE CARER (PARENT, SPOUSE, CHILD)
❑ OTHER INFORMANTS (FAMILY, FRIENDS)	❑ PREVIOUS CLINICAL RECORDS	❑ ASSESSING CLINICIAN'S KNOWLEDGE OF CONSUMER'S PAST BEHAVIOUR/CURRENT CLINICAL PRESENTATION
❑ POLICE/AMBULANCE/OTHER AGENCIES	❑ OTHER (PLEASE SPECIFY) _____	

SUICIDALITY STATIC (HISTORICAL) FACTORS	YES (1)	NO (0)	NOT KNOWN	DYNAMIC (CURRENT) RISK FACTOR	YES (2)	NO (0)	NOT KNOWN
PREVIOUS ATTEMPT(S) ON OWN LIFE	☐	☐	☐	EXPRESSING SUICIDAL IDEAS	☐	☐	☐
PREVIOUS SERIOUS ATTEMPT	☐	☐	☐	HAS PLAN/INTENT	☐	☐	☐
FAMILY HISTORY OF SUICIDE	☐	☐	☐	EXPRESSES HIGH LEVEL OF DISTRESS	☐	☐	☐
MAJOR PSYCHIATRIC DIAGNOSIS	☐	☐	☐	HOPELESSNESS/PERCEIVED LOSS OF COPING OR CONTROL OVER LIFE	☐	☐	☐
MAJOR PHYSICAL DISABILITY/ILLNESS	☐	☐	☐	RECENT SIGNIFICANT LIFE EVENT	☐	☐	☐
SEPARATED/WIDOWED/DIVORCED	☐	☐	☐	REDUCED ABILITY TO CONTROL SELF	☐	☐	☐
LOSS OF JOB/RETIRED	☐	☐	☐	CURRENT MISUSE OF DRUGS/ALCOHOL	☐	☐	☐

PROTECTIVE FACTORS *(DESCRIBE)* :

LEVEL OF SUICIDE RISK (TOTAL SCORE): ☐ LOW (<7) ☐ MODERATE (7-14) ☐ HIGH (>14)

AGGRESSION/VIOLENCE STATIC (HISTORICAL) FACTORS	YES (1)	NO (0)	NOT KNOWN	DYNAMIC (CURRENT) RISK FACTOR	YES (1)	NO (0)	NOT KNOWN
RECENT INCIDENTS OF VIOLENCE	☐	☐	☐	EXPRESSING INTENT TO HARM OTHERS	☐	☐	☐
PREVIOUS USE OF WEAPONS	☐	☐	☐	ACCESS TO AVAILABLE MEANS	☐	☐	☐

BRIEF RISK ASSESSMENT

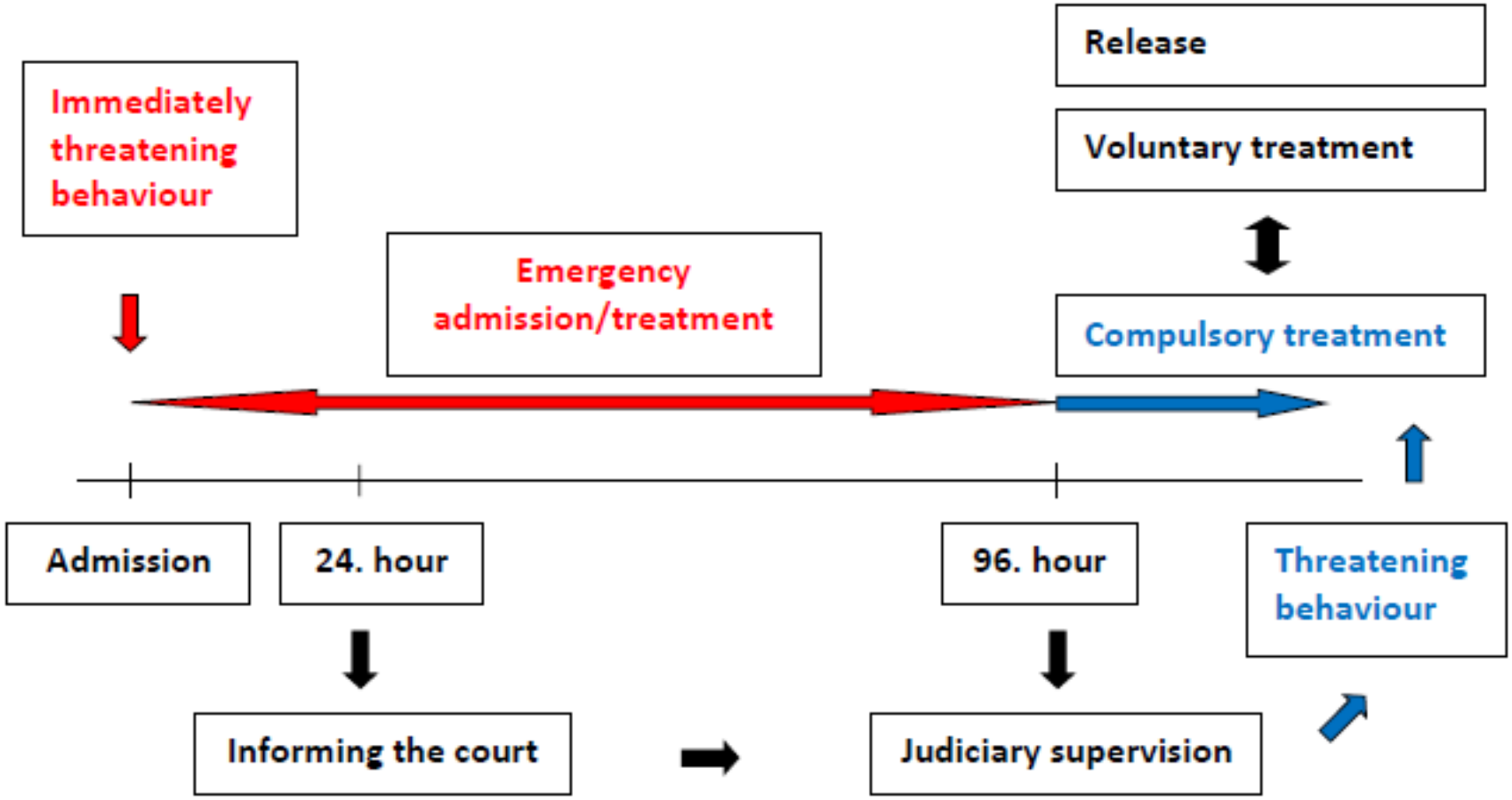
- Fremdenanamnese ist wichtig!
- Beobachten des Verhaltens!
- Immer fragen stellen nach: suizid Gedanken, Alkohol, Drog, Halluzinazionen…

Psychiatrische (stationär) Behandlung

- Freiwillig

- Gegen den Willen des Patientes (zB. Psychosen, Manie, Demenz, Delir)

Freiwillige Aufnahme---Unterbringung (in Ungarn)



Protokol für Notfallaufnahme

- Entscheidung, ob das Verhalten des Patienten gefährdend oder unmittelbar gefährdend ist:
- wenn ja, ist eine sofortige Aufnahme in die Krankenhausabteilung erforderlich,
- ist die Anwendung von Beschränkungsmaßnahmen begründet.

Beschränkungsmaßnahmen

- Krankenhausaufnahme und Behandlung gegen den Willen des Patienten (Aufnahme in die Notversorgung im Sinne der gültigen Rechtsvorschriften),
- Unterbringung in der geschlossenen Abteilung
- Anwendung von Medikamenten, die Schläfrigkeit verursachen und/oder die psychomotorische Aktivität verringern,
- physisches Festbinden.

- die Tatsache der Notfallversorgung binnen 24 Stunden dem regional zuständigen Gericht mitzuteilen.
- Das Gericht (Richter, Rechtsanwalt, Forenzische Psychiater) prüft binnen 72 Stunden, ob die Aufnahme (und die Beschränkung) rechtmäßig und fachlich gerechtfertigt war

1. **Behandlung gegen den Willen** (zB. Psychosen, Mania, Demenz)—

Warum ist es wichtig?

Gefährliches Verhalten für sich selbst und Andere!!!

- in 72 Stunden gerichtliche Eintscheidung: Richter, Forenzische Psychiater und Rechtsanwalt--- zwangsläufige Behandlung (max. 30 Tagen)

2. **freiwillige Behandlung** (zB. Depression, Panik-Störung, Ess-Störungen, Phobien usw)

Tabelle 1. Typische Fälle der Notfallpsychiatrie

Mentale Störungen / sonstige Gründe	Notfall
Angststörungen	
• Agoraphobie • Panikstörung • Posttraumatische Streßbelastung	• Panikattacke, Angstzustände, Depression • Alpträume, Flashback, Selbstmordgedanken
Stimmungsstörungen	
• Depression • Manie	• Selbstmordgefahr, Ängste, Schlafstörungen, Selbstvernachlässigung, eventuell Schuldwahn, Agitation • Aggressives, impulsives Verhalten, unüberlegtes Handeln, Psychose
Psychotische Krankheitsbilder	
• Schizophrenie • Schizoaffektive Störungen	Imperative Halluzinationen, Wahnvorstellungen, Angstzustände, Unruhe, Aggressivität, Retardation, katatone Symptome, Selbstmordgefahr
Organische Krankheitsbilder	
• Demenz • Delirium • Neurologische Krankheitsbilder (Tumor, Stroke, Blutung, Encephalitis) • Mentale Retardierung • Thyreotoxikose	• Schwierigkeiten bei der Selbstversorgung, Bewußtseinsstörungen, Weglaufen, Psychose, Unruhe, physische Krankheiten • Halluzinationen, Paranoia, Verletzungsgefahr, physische Krankheiten • Psychose, Delirium, Unruhe, Hemmungen, Persönlichkeitsänderung • Aggressivität, Flucht/Weglaufen aus der Anstalt • Unruhe, Gereiztheit, Schlafstörungen, Angstzustände, Psychose, Manie, physische Symptome
Borderline-Persönlichkeitsstörung	Selbstverletzung, Selbstmordgefahr, Intoxikation, Angstzustände, psychotische Symptome
Mit Suchtmitteln zusammenhängende Krankheitsbilder	
• Alkoholabhängigkeit • Intoxikation durch Stimulanzmittel / Designerdrogen • Cannabisintoxikation	• Entzugserscheinungen, Intoxikation, Delirium, Psychose • Halluzinationen, Wahnvorstellungen, extreme Unruhe, Aggression, Angstzustände • Panikattacke, Dysphorie, Psychose
Mit der medikamentösen Behandlung zusammenhängende Zustände	
• Einnahme von Clozapin • Einnahme von Antipsychotika • Lithiumintoxikation • Benzodiazephindependenz	• Agranulozytose (Fieber, Pharingitis, usw.) • Akathisie, Dystonie, Parkinsonismus • Händezittern, Durchfall, Erbrechen, Ataxie, Muskelkrämpfe, Bewußtseinsstörung • Entzugserscheinungen (Zittern, Angstzustände, Schlafstörungen, Depersonalisation, Gereiztheit)
Treuer	Schlafstörungen, Angstzustände, Schuldgefühle, Gereiztheit

Geschichte der Psychiatrie

Psychiatrische Asylen in Europa

Bethlem Hospital, London (1330)

Asylum of Budapest (1886)

Salpêtrière, Paris (1675)

Irrenanstalten

- *„… diese Unglücklichen, die die furchtbarsten menschlichen Nöte erleiden, werden schlechter behandelt als Verbrecher und Bedingungen unterworfen, die schlimmer sind als die der Tiere. Ich habe sie nackt gesehen und mit Lumpen bedeckt. Sie hatten lediglich Stroh, um sich gegen die feuchte Kälte des Steinbodens zu schützen, auf dem sie liegen. Ich habe gesehen, daß sie erbärmlich ernährt wurden, weder Luft zum Atmen hatten, noch Wasser, um ihren Durst zu stillen, noch die lebensnotwendigsten Dinge. Sie waren der brutalen Beaufsichtigung wahrhafter Kerkermeister ausgeliefert. Ich habe sie in engen, schmutzigen und stinkenden Verschlägen ohne Licht und Luft gesehen. Sie waren in Höhlen angekettet, in denen man nicht einmal wilde Tiere einsperren würde, die die Regierungen als Luxus in den Hauptstädten unterhalten.”* (am Ende des 18-sten Jahrhundert)

Philippe Pinel (1745-1826): Humanisierung der Behandlung psychiatrischer Kranken
„die Ketten wurden abgebrochen”

Dr. Philippe Pinel at the Salpêtrière, 1795 by Robert Fleury.
Pinel removing the chains from patients
at the Paris Asylum for insane women.

<u>Emil Kraepelin</u> (1856-1926):
Klassifikation psychischer Krankheiten, dementia praecox, psychosis maniaco-depressiva

PSYCHIATRIE

Ein Lehrbuch

für

Studirende und Aerzte

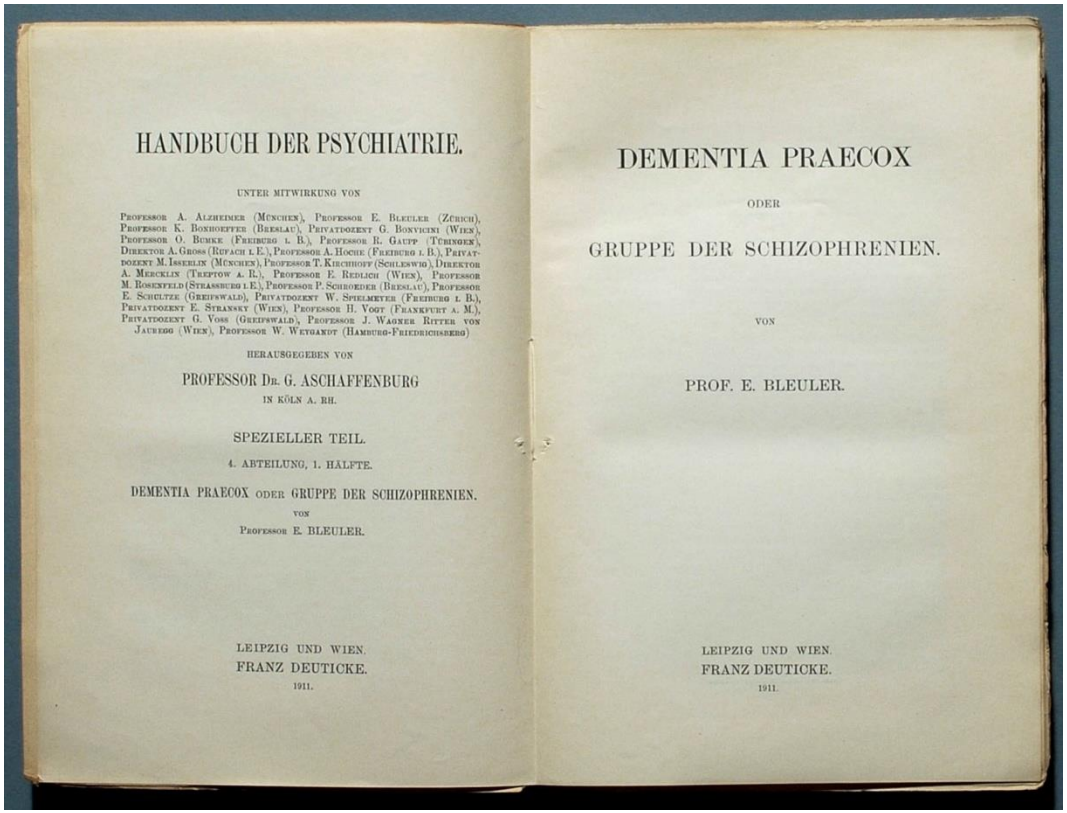
von

Dr. Emil Kraepelin
Professor in Heidelberg

Fünfte, vollständig umgearbeitete Auflage

Mit 10 Lichtdrucktafeln, 13 Curven und 13 Schriftproben

Leipzig
Verlag von Johann Ambrosius Barth
1896



HANDBUCH DER PSYCHIATRIE.

UNTER MITWIRKUNG VON

PROFESSOR A. ALZHEIMER (MÜNCHEN), PROFESSOR E. BLEULER (ZÜRICH), PROFESSOR K. BONHOEFFER (BRESLAU), PRIVATDOZENT G. BONVICINI (WIEN), PROFESSOR O. BUMKE (FREIBURG I. B.), PROFESSOR R. GAUPP (TÜBINGEN), DIREKTOR A. GROSS (RUFACH I. E.), PROFESSOR A. HOCHE (FREIBURG I. B.), PRIVATDOZENT M. ISSERLIN (MÜNCHEN), PROFESSOR T. KIRCHHOFF (SCHLESWIG), DIREKTOR A. MERCKLIN (TREPTOW A. R.), PROFESSOR E. REDLICH (WIEN), PROFESSOR M. ROSENFELD (STRASSBURG I. E.), PROFESSOR P. SCHROEDER (BRESLAU), PROFESSOR E. SCHULTZE (GREIFSWALD), PRIVATDOZENT W. SPIELMEYER (FREIBURG I. B.), PRIVATDOZENT E. STRANSKY (WIEN), PROFESSOR H. VOGT (FRANKFURT A. M.), PRIVATDOZENT G. VOSS (GREIFSWALD), PROFESSOR J. WAGNER RITTER VON JAUREGG (WIEN), PROFESSOR W. WEYGANDT (HAMBURG-FRIEDRICHSBERG)

HERAUSGEGEBEN VON

PROFESSOR DR. G. ASCHAFFENBURG
IN KÖLN A. RH.

SPEZIELLER TEIL.

4. ABTEILUNG, 1. HÄLFTE.

DEMENTIA PRAECOX ODER GRUPPE DER SCHIZOPHRENIEN.

VON

PROFESSOR E. BLEULER.

LEIPZIG UND WIEN.
FRANZ DEUTICKE.
1911.

DEMENTIA PRAECOX

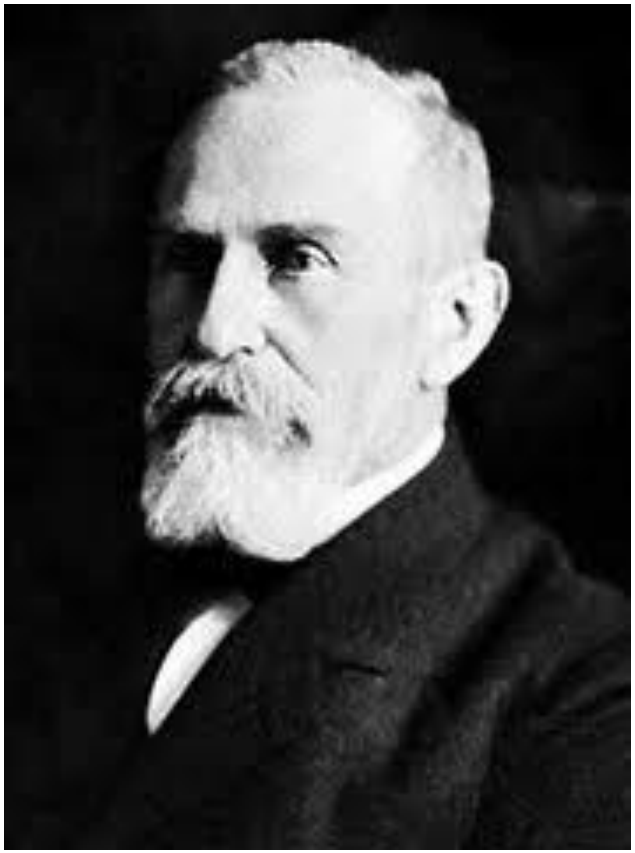
ODER

GRUPPE DER SCHIZOPHRENIEN.

VON

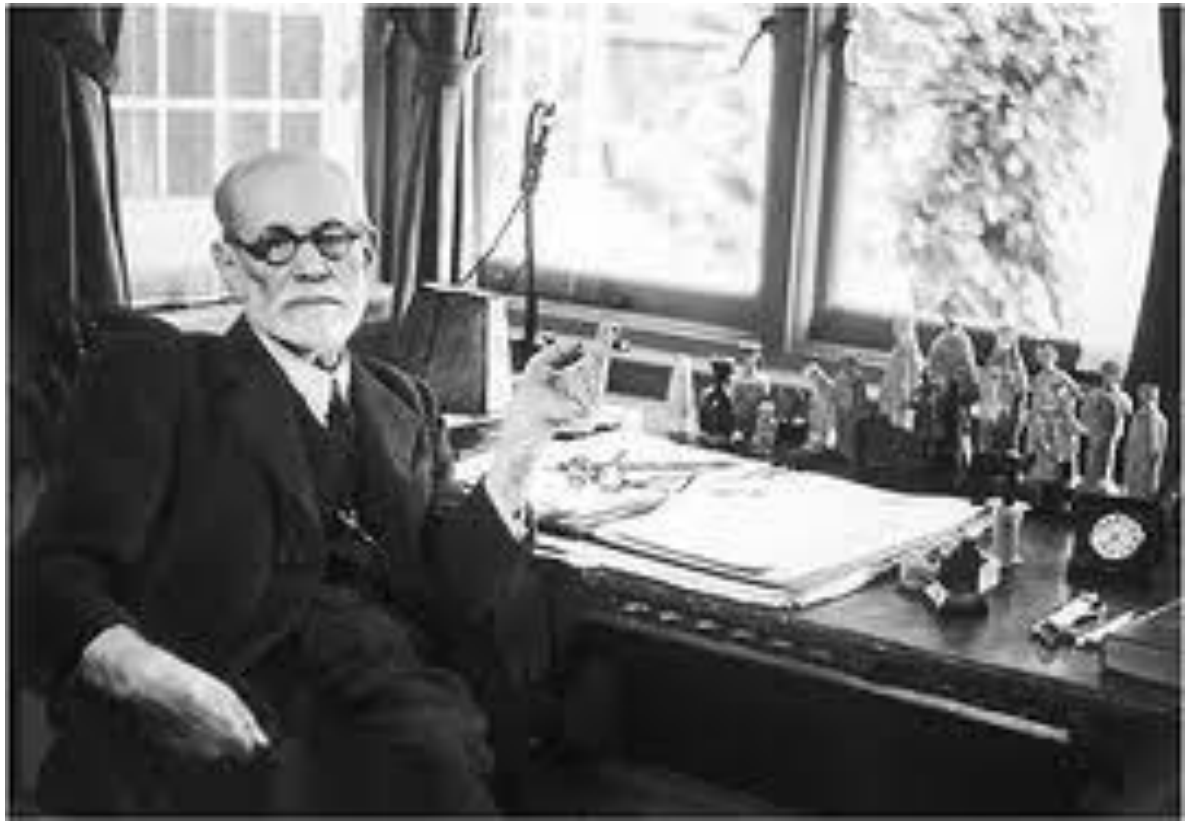
PROF. E. BLEULER.

LEIPZIG UND WIEN.
FRANZ DEUTICKE.
1911.



<u>Eugen Bleuler</u> (1857 -1939) Schweizer Psychiater, der erste den Begriff Schizophrenie (aus griechische *schizein* (zu brake) und *phrenos* (Diaphragma, Seele) zu benützen.

Sigmund Freud (1856-1939)



- Gründer der Psychoanalyse und aller Formen der Psychotherapie

Kraepelin

Behandelte Patienten mit schwerigen Krankheiten im chronischen Anstalten.

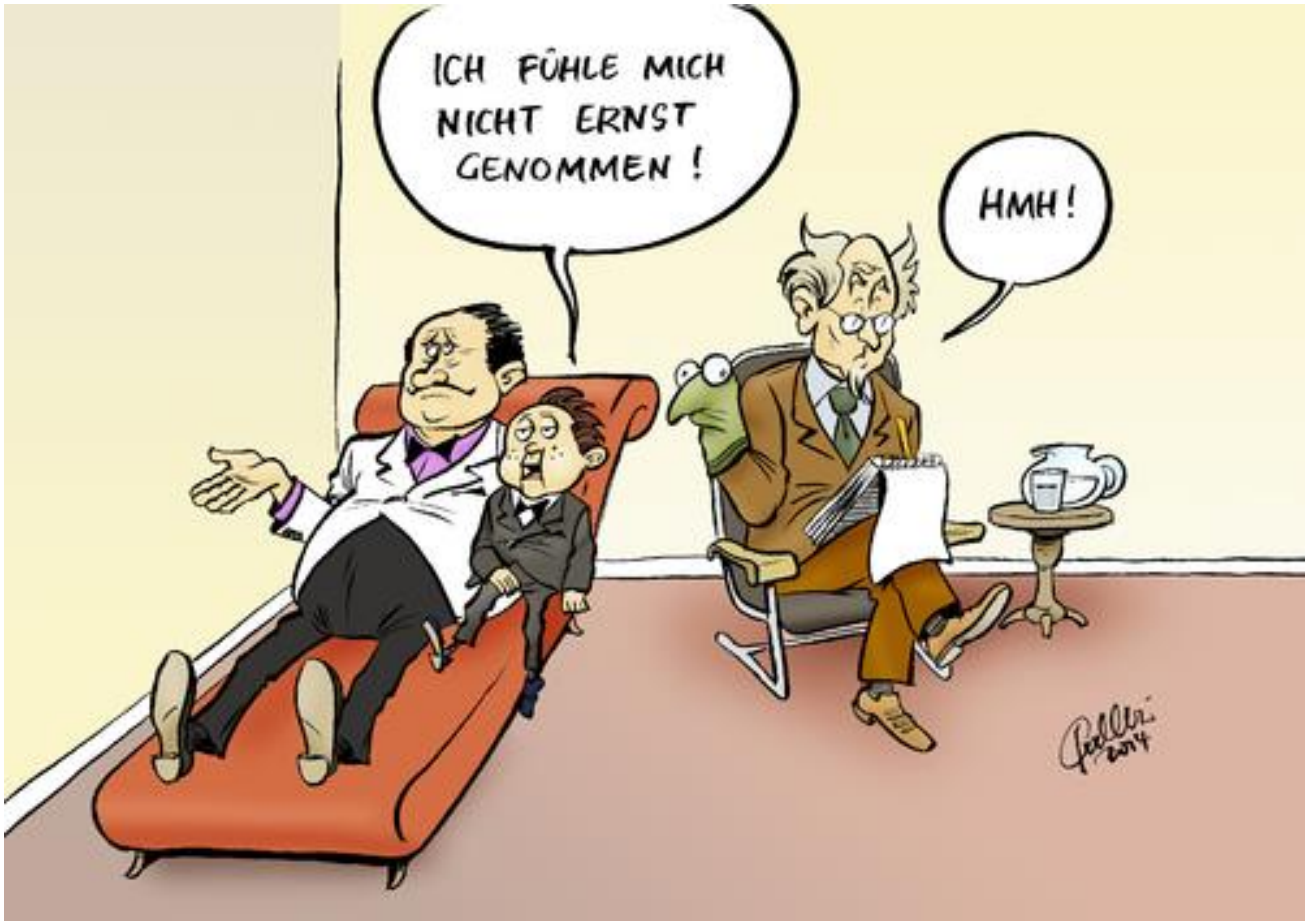
Ursache der Krankheiten: Gehirnpathologie

Freud

Behandelte „leichtere” Fälle, ambulante Patienten mit Psychotherapie.

Ursache der Krankheiten: Konflikte im Unterbewusstesein, abnormale psychosexuale Entwicklung.

Psychoterapie



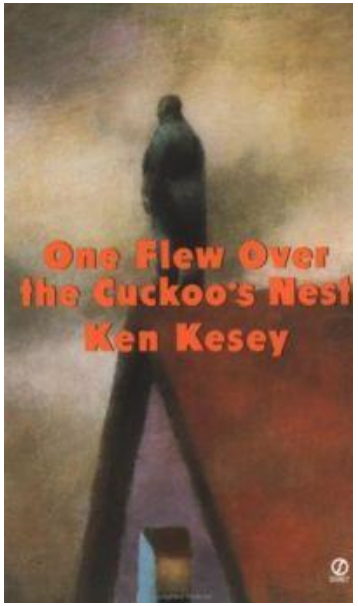
MYCARTOONS.DE
ICH SEHE TOTE MENSCHEN !

Biologische Behandlungsformen

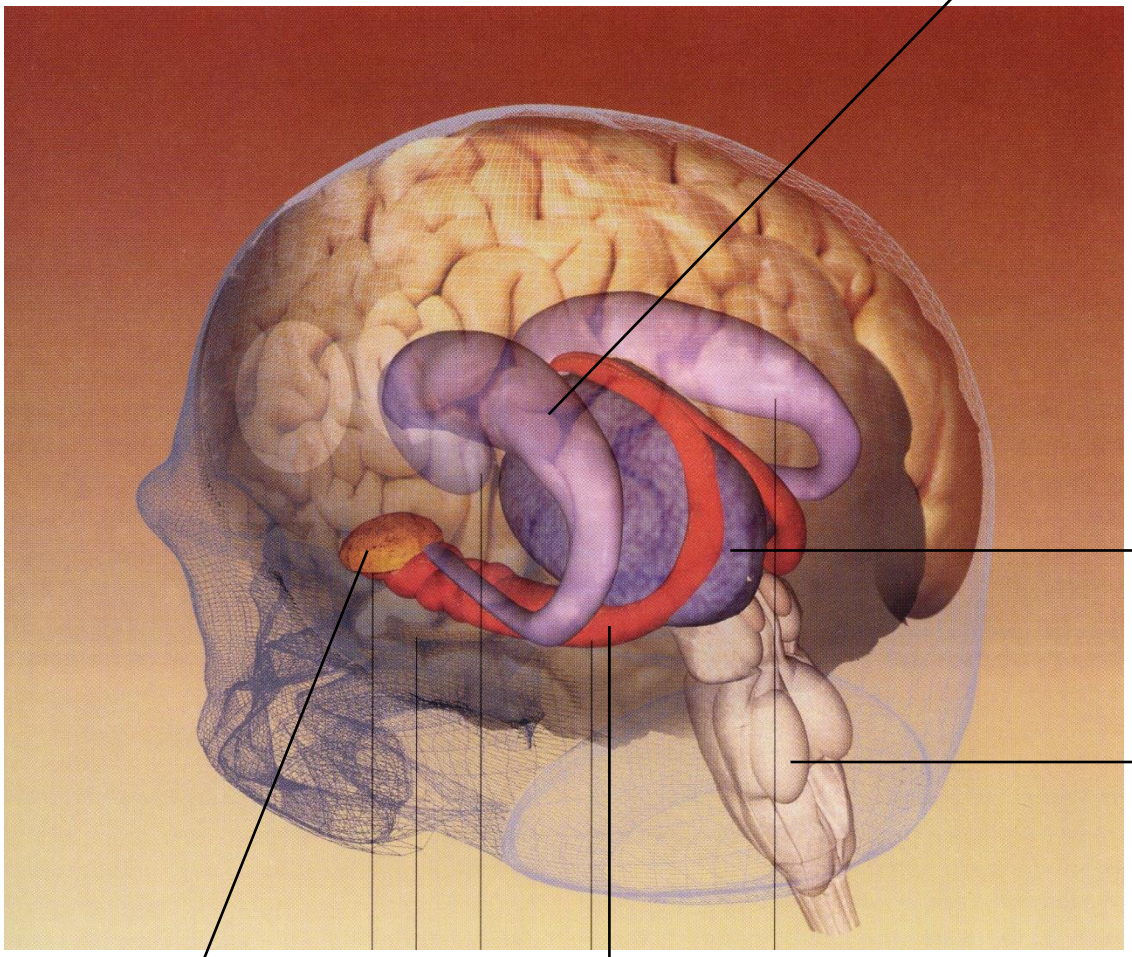
- 1934. L. Meduna: Epilepsy vs. Schizophrenia, Krampf-Therapie mit camphor
- 1937. Einfürung der **Elektrokrampftherapie** von Cerletti und Bini
- Ab 1950. Entwicklung der Psychopharmaka (**1949.** Cade – **Litium**, 1952. Delay und Deniker – Chlorpromazin, **1958. Haloperidol** (Janssen), **1957. Imipramin** durch Kuhn, ab **1980 SSRI, SNRI**, **atypische Neuroleptika**)

Die dunkele Seite der Psychiatrie

- Quälung der Patienten im Mittelalter
- Irrenanstalten
- Politische Psychiatrie (Sovietunion, Vernichtung psychiatrischen Patienten im Dritten Reich)
- Lobotomie, EKT sonder Anesthesie



Können wir im Hintergrund dieser Beschwerden, Veränderungen etwa körperliche oder organische Ursachen finden?


basal ganglia
thalamus
brainstem
amygdala
hippocampus
Limbic system

Frontallappen:	- Kognitive Funktionen - **Schizophrenie**
Temporallappen:	**-** Hören **- Halluzinationen (Schizophrenie)**
Basalganglionen:	- Bewegung - **Parkinson Krankheit**
Amygdala:	- Emotionien, Angst - **Depression**
Hippocampus:	- Gedächtnis - **Alzheimer Demenz**

This image is of 28-year-old identical twins, one with schizophrenia and the other well. It therefore clearly illustrates two points: (1) schizophrenia is a brain disease with measurable structural and functional abnormalities in the brain; and (2) it is not a purely genetic disease, and other biological factors play a role in its etiology.

SCHIZOPHRENIA IN IDENTICAL TWINS

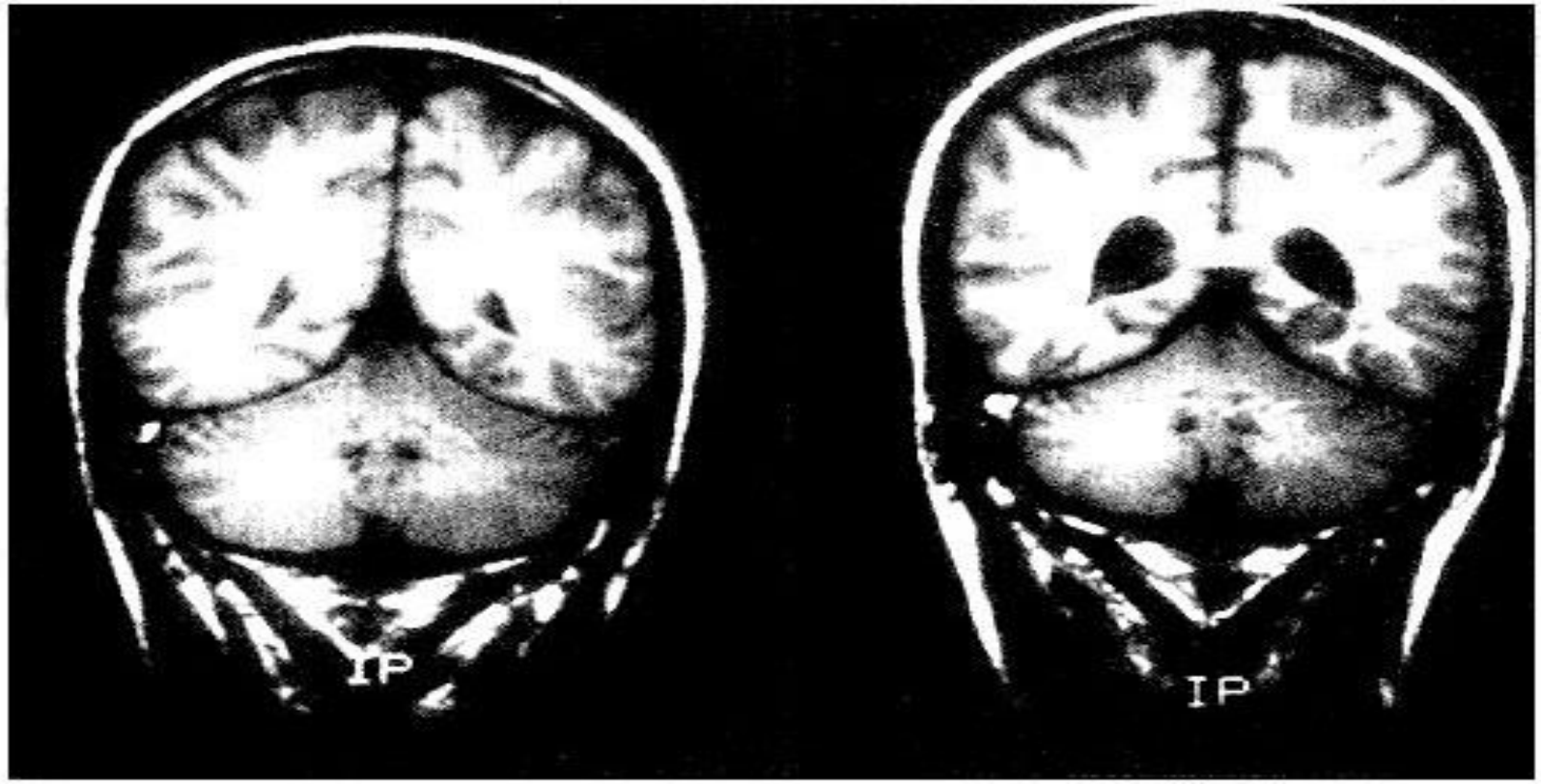


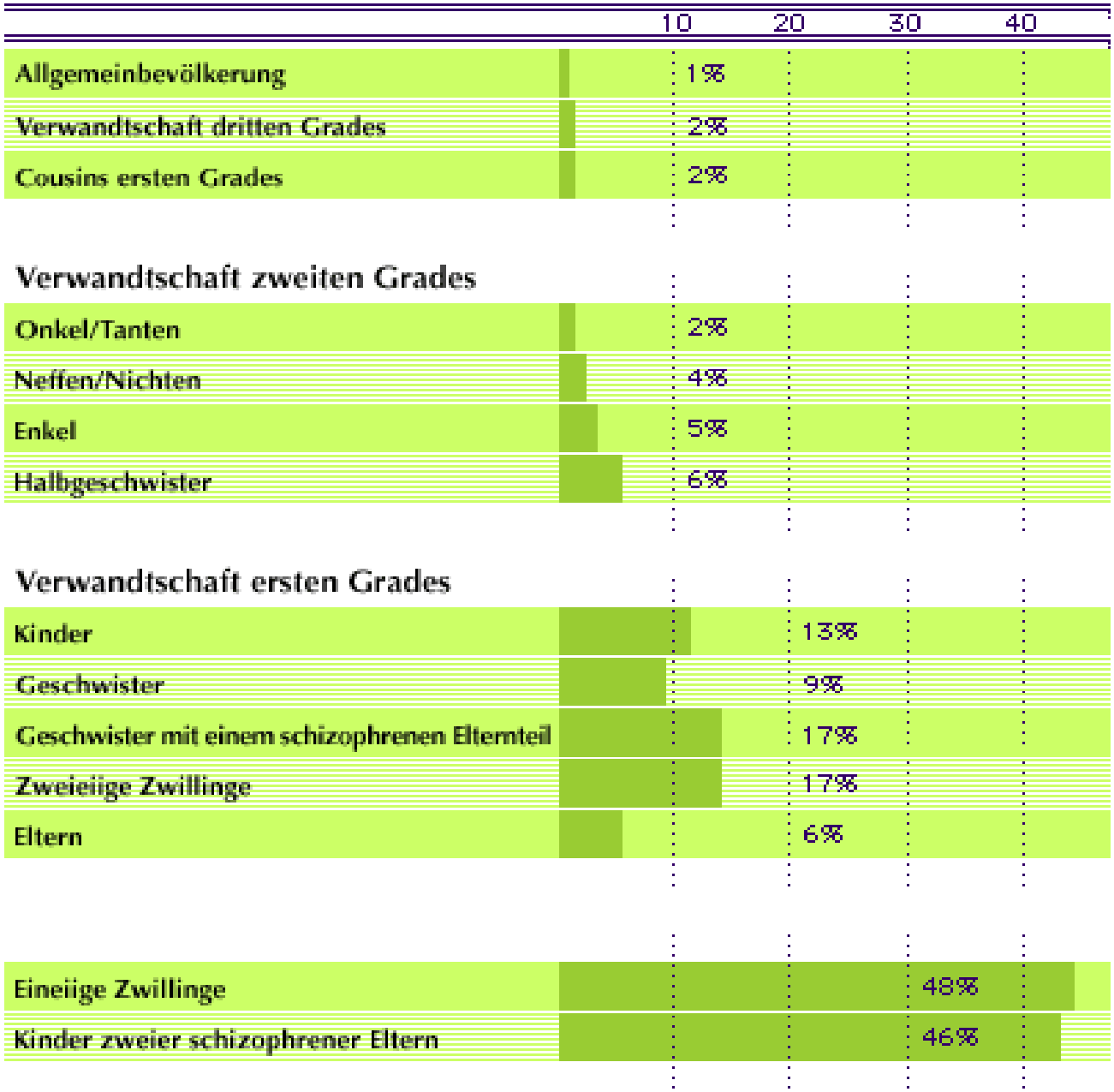
Photo courtesy of Drs. E. Fuller Torrey and Daniel Weinberger.

MRI scans of 28-year-old male identical twins showing the enlarged brain ventricles in the twin with schizophrenia (right) compared to his well brother (left).

Psychiatrische Erkrankungen

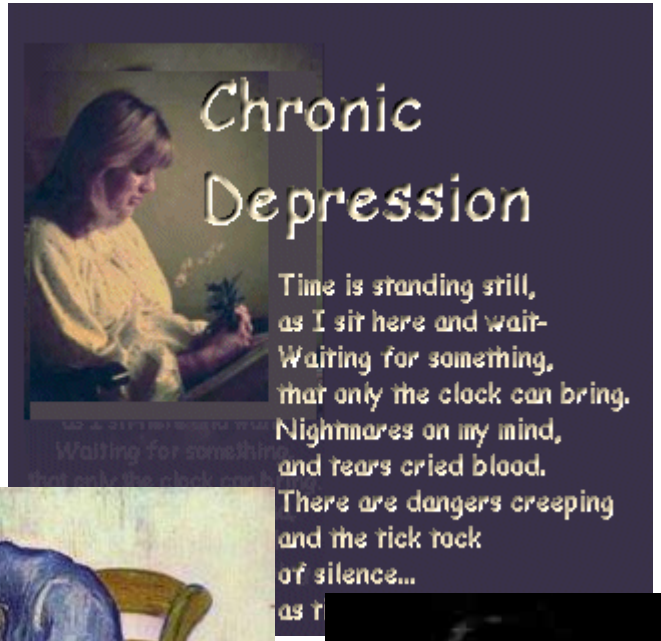
1. Genetik
2. Stress-Faktoren/Umgebung/Erziehung
3. Persönliche Sensitivität/Verletzlichkeit

Lebenszeitrisiko für eine schizophrene Erkrankung (in Prozent)



ICD10-Klassifikation

- F00-F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
- F10-F19Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
- F20-F29Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen
- F30-F39Affektive Störungen (Depression, Mania usw.)
- F40-F48Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (Panik, Phobien uzw.)
- F50-F59Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (Ess-störüngen)
- F60-F69Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- F70-F79Intelligenzminderung
- F80-F89Entwicklungsstörungen
- F90-F98Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend



Haben Sie Schlafstörungen?

Hat Ihr Appetit nachgelassen?

Sind Sie schlecht gelaunt?

Sind Sie Interesse- oder Kraftlos?

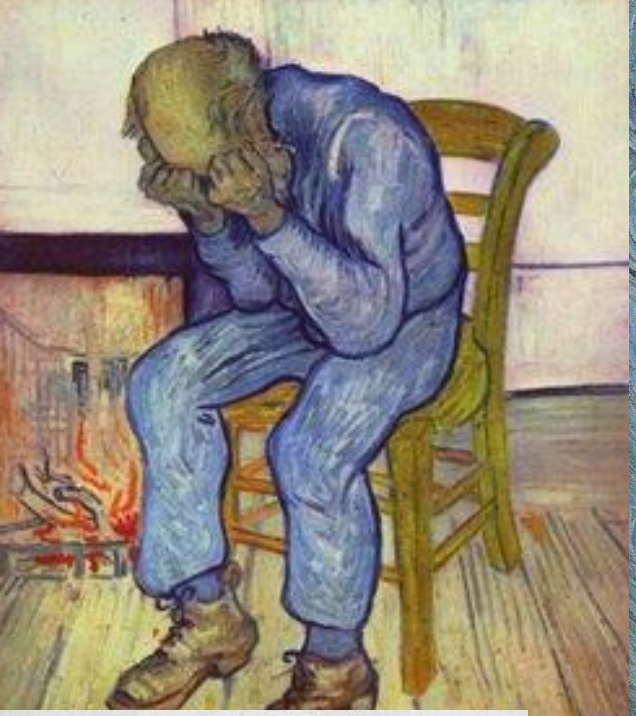
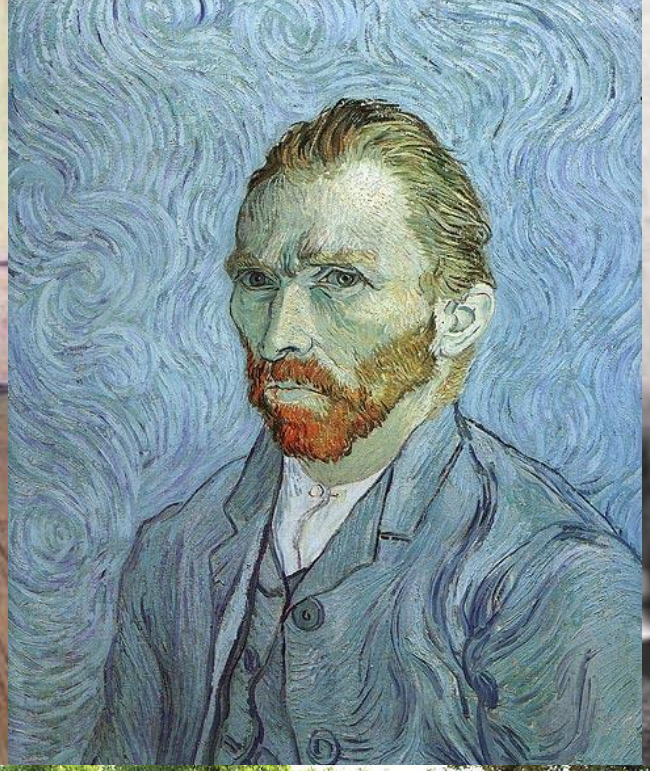
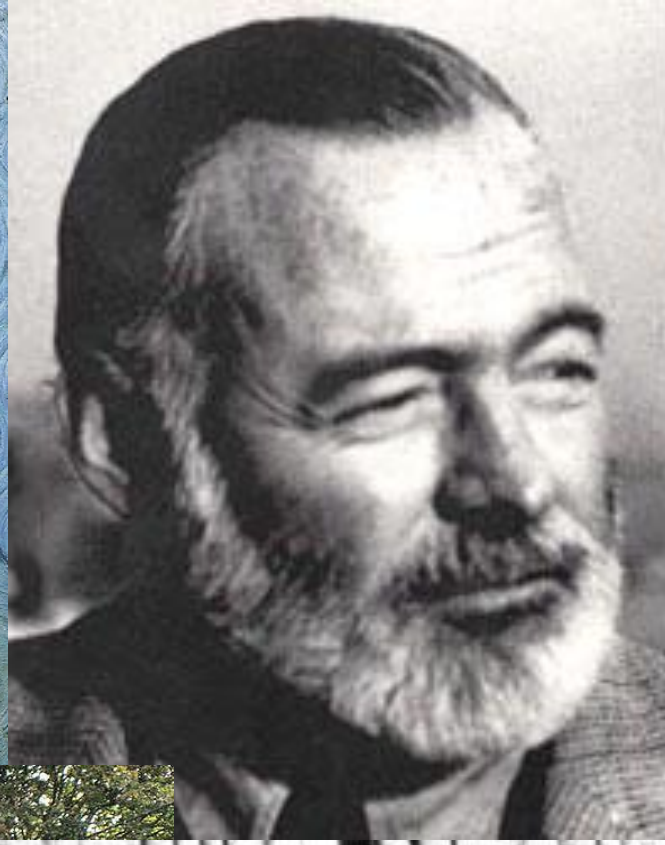
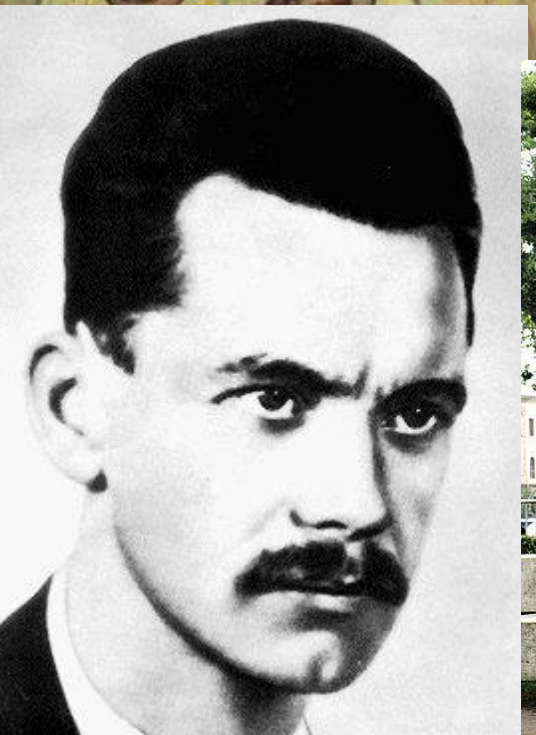
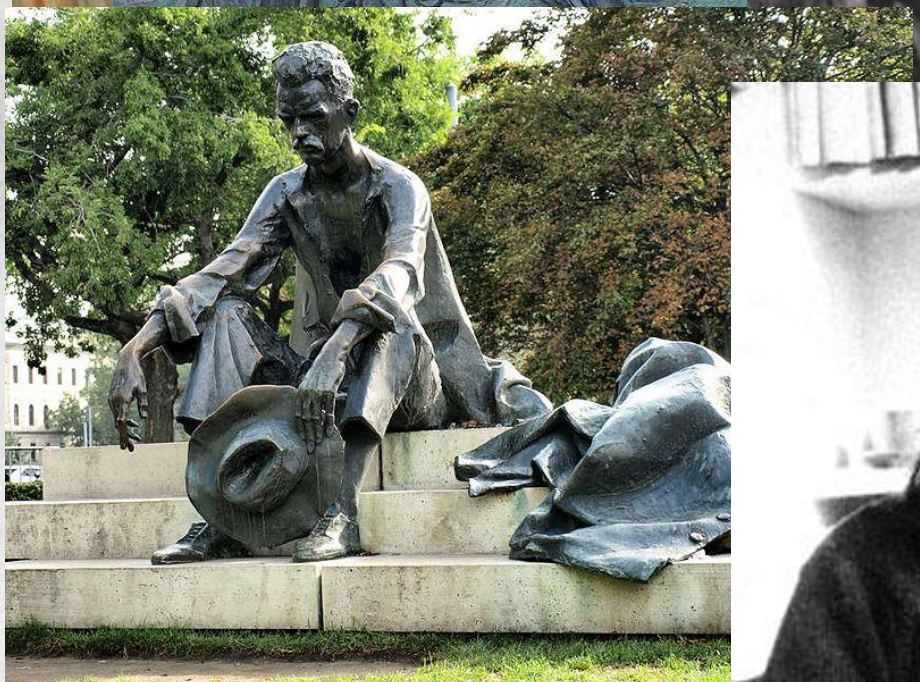
Machen Sie sich häufig Selbstvorwürfe?

Sind Sie in letzter Zeit ratlos?

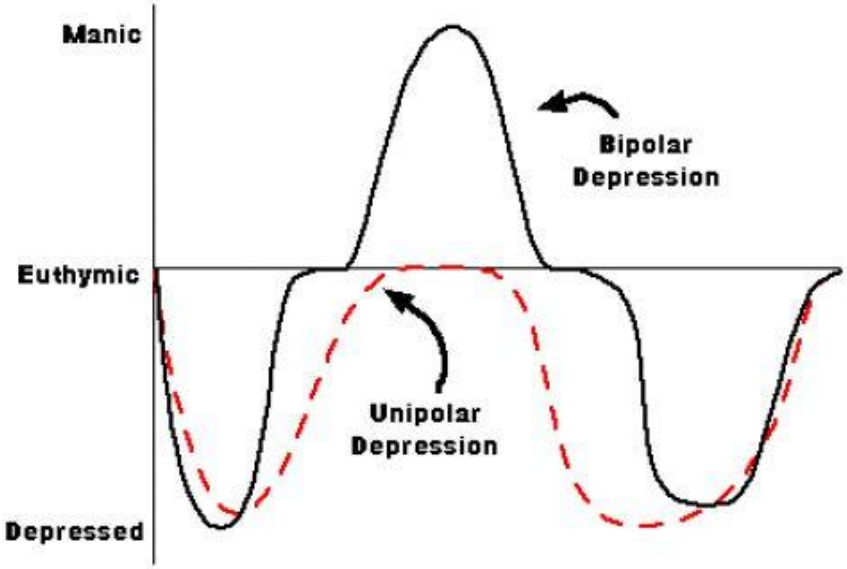
Haben Sie körperliche Schmerzen?

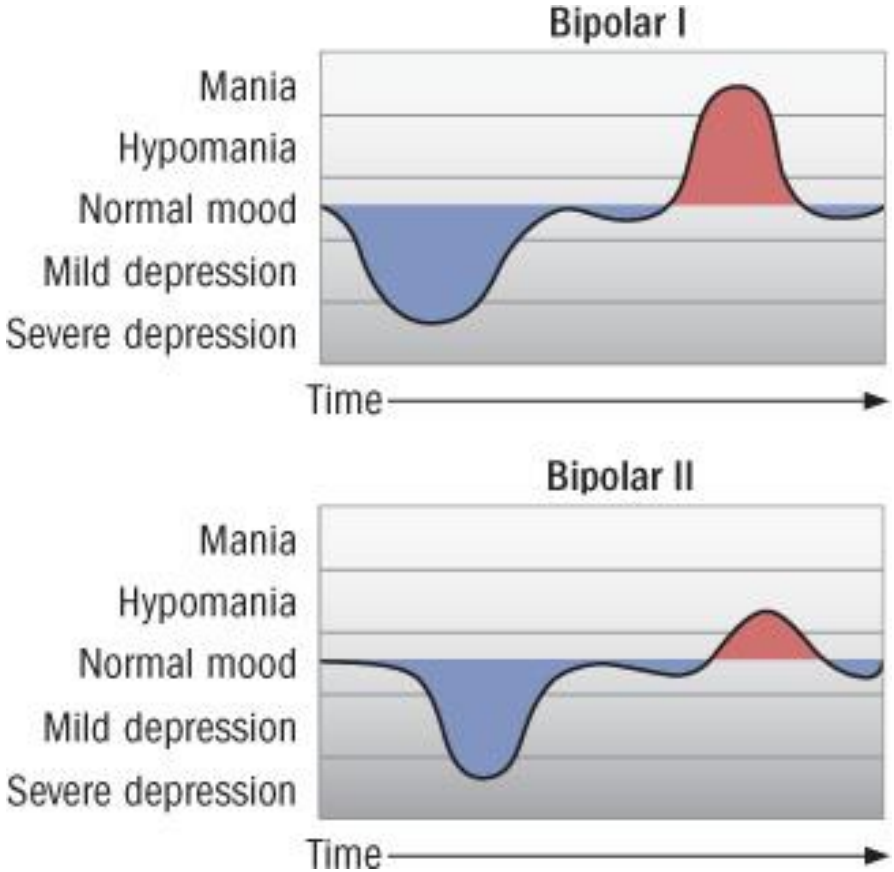
Meinen Sie, Ihr Leben sei sinn- und hoffnungslos?

Die Störungen der Affektivität können in zwei entgegengesetzten Richtungen, nämlich als **Manie** oder **Depression,** zutage treten. Manche schwereren Störungen der Affektivität kommen als psychotische Erkrankungen zum Vorschein.

Verlauf verschiedener affektiven Störungen





Psychiatrische Behandlungen

- Medikamente (Neuroleptika, Antidepressiva, Stimmung-stabilizierer, Beruhigungsmittel usw.)
- EKT, Licht-Therapie
- Psychoterapie (zB.Kognitive-Verhaltensth., Gruppenth, Familienth, usw.)

Kongruenz ist wichtig☺!!!

Danke für Ihre Aufmerksamkeit!

mersich.beatrix@med.semmelweis-univ.hu