



MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT  
INNSBRUCK

# Tiroler Ärztetage 2024

---

OA DR. HARALD OBERBAUER  
UNIV.-KLINIK FÜR PSYCHIATRIE I



MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT  
INNSBRUCK

# Häufige psychiatrische Erkrankungen

Tipps

Tricks

Fallbeispiele



MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT  
INNSBRUCK

F0 (ICD-X) – Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen

F00 - Demenz bei Alzheimererkrankung

F01 - Vaskuläre Demenz

F02 - Demenz bei anderenorts klassifizierten Erkrankungen (zB. Morbus Parkinson, Huntingtonsche Erkrankung)

F03 - Nicht näher bezeichnete Demenz

F04 - organisches amnestisches Syndrom nicht durch Alkohol oder psychotrope Substanzen bedingt

F05 - Delir nicht durch Alkohol oder psychotrope Substanzen bedingt

F05.0 - Delir ohne Demenz

F05.1 - Delir bei Demenz

F06 - Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Erkrankung

F07 - Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen aufgrund einer Erkrankung, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns.

F09 - Nicht näher bezeichnete organische oder symptomatische psychische Störungen



# Diagnostische Leitlinien

Die wesentliche Voraussetzung ist der Nachweis einer Abnahme des Gedächtnissen und des Denkvermögens mit beträchtlicher Beeinträchtigung der Aktivität des täglichen Lebens. Betroffen sind Aufnahme, Speichern und Wiedergabe neuer Informationen. **Früher gelerntes und vertrautes Material kann besonders in den späteren Stadien ebenfalls verloren gehen.** Demenz ist mehr als eine Gedächtnisstörung: Es besteht auch eine Beeinträchtigung des Denkvermögens, der Fähigkeit zur vernünftigen Urteilen und eine Verminderung des Ideenflusses. Für die zuverlässige klinische Diagnose einer Demenz, müssen die erwähnten Symptome und Störungen mindestens 6 Monate bestanden haben.



# Differenzialdiagnosen

- Depressive Störungen
- Delir
- Leichte oder mittelschwere Intelligenzminderung
- Zustandsbilder, kognitive Schwäche aufgrund schwergestörter sozialer Bedingungen mit mangelhaften Bildungsmöglichkeiten.
- Iatrogene psychische Störungen als Folge einer Medikation



# Diagnostik

- MMSE
- Uhrentest
- EEG
- Neuropsychologische Testverfahren (Gedächtnisambulanz)
- Cerebrales CT
- Cerebrales MRT
- Lumbalpunktion



# Therapeutische Maßnahmen

- Milieutherapie
- Validationspflege
- Cerebokan
- Memantin
- Rivastigmin
- Donepezil
- Atypische Antipsychotika (Risperidon)



# **F1 (F10-F19) Psychische und Verhaltensstörungen durch Psychotrope Substanzen**

F10 – Störungen durch Alkohol

F11 – Störungen durch Opioide

F12 – Störungen durch Cannabinoide

F13 – Störungen durch Sedativa oder Hypnotika

F14 – Störungen durch Kokain

F15 – Störungen durch andere Stimulantien einschließlich Koffein

F16 – Störungen durch Hallozinogene

F17 – Störungen durch Tabak

F18 – Störungen durch Flüchtige Lösungsmittel

F19 – Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen





F1X.0 Akute Intoxikation

F1X.2 Abhängigkeitssyndrom

F1X.22 Gegenwärtig Teilnahme an einem ärztlich  
Überwachten Ersatzdrogenprogramm (zB. Methadon)

F1X.3 Entzugssyndrom

F1X.5 Psychotische Störung (Komplizierter Rausch)



## F1X.1 – Schädlicher Gebrauch

Ein Konsumverhalten, das zu einer Gesundheitsschädigung führt. Diese kann eine körperliche Störung etwa in Form einer Hepatitis durch Selbstinjektion von Substanzen sein oder eine psychische Störung zB eine depressive Episode durch massiven Alkoholkonsum.

## F1X.2 – Abhängigkeitssyndrom

Die Diagnose Abhängigkeit soll nur gestellt werden, wenn irgendwann während des letzten Jahres 3 oder mehr der folgenden Kriterien vorhanden waren:

1. Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, Substanzen oder Alkohol zu konsumieren.
2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Substanz – oder Alkoholkonsums.
3. Substanzgebrauch, mit dem Ziel Entzugssymptome zu mildern und der entsprechenden positiven Erfahrung
4. Ein körperliches Entzugssymptom
5. Nachweis einer Toleranz um die ursprünglich durch niedrige Dosen erreichten Wirkungen der Substanz hervorzurufen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich.
6. Ein eingeeignetes Verhaltensmuster im Umgang mit Alkohol
7. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen
8. Anhaltender Substanz – oder Alkoholkonsum trotz Nachweises eindeutig schädlicher Folgen



## Differenzialdiagnostische Überlegungen

Viele Symptome, die im Substanzentzug auftreten, können auch durch andere psychische Störungen hervorgerufen werden, wie zB. durch Angstzustände und depressive Störungen. Der einfache „Kater“ oder ein Tremor aus anderen Gründen dürfen nicht mit den Symptomen eines Entzugssymptoms verwechselt werden.



# Diagnostik

Genaue Anamnese (Trinkbeginn, Trinkmenge...)

Familienanamnese

Sozialanamnese

Laborwerte (LLF, CDT, Differenzialblutbild, Ethylglucuronid)

Erweiterte Diagnostik

EEG, EMG (Polyneuropathie)

Oberbauchsonographie

Elastrographie

CCT



## Therapeutische Maßnahmen

1. Eigenmotivation Bedarf oftmals eines außenstehenden Motivators (guter Therapeut)
2. Achten auf exakte Benennung des Krankheitsbildes (Sagen Sie nie Alkoholiker)
3. Medikamentöse Behandlung vegetativer Entzugssymptome (achten auf Benzodiazepine mit kurzer Halbwertszeit – Leberfunktionsstörung)
  4. Eventuell Anfallsschutz
  5. Anti -Craving Substanz (Naltrexon)
  6. Substitutionsprogramm (Methadon)



MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT  
INNSBRUCK

Entwöhnungsbehandlung  
Gruppentherapie  
Anonyme Alkoholiker  
Suchthilfe Tirol  
Einzels psychotherapie

„Rezidiv“ als Teil der Erkrankung sehen, absolute Abstinenz kann und muss nicht immer das gemeinsame Ziel sein



## F2 (ICD X) Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen

F20.0 Paranoide Schizophrenie

F20.1 Hebephrene Schizophrenie

F20.2 Katatone Schizophrenie

F20.5 Schizophrenes Residuum

F20.6 Schizophrenia Simplex

Verlaufsbilder können kontinuierlich, episodisch mit zunehmendem oder stabilem Residuum sein unvollständige Remission episodisch remittierend oder vollständig remittierend



MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT  
INNSBRUCK

F22 – Anhaltend Wahnhafte Störung  
F25 – Schizoaffektive Störung  
F25.0 – Schizomanische Störung  
F25.1 Schizodepressive Störung  
F25.2 Gemischte Schizoaffektive Störung





# Symptome und Diagnostische Leitlinien

1. Gedanken lautwerden, Gedankeneingebung oder Gedankenentzug
2. Kontrollwahn, Beeinflussungswahn, Gefühl des Gemachten
3. Kommentierende oder Dialogische Stimmen, die über den Patienten und sein Verhalten sprechen, oder anderen Stimmen die aus einem Körperteil kommen
4. Anhaltender Kulturell unangemessener und völlig unrealistischer Wahn wie der, eine Religiöse oder politische Persönlichkeit zu sein
5. Anhaltende Halluzinationen jeder Sinnesmodalität
6. Gedankenabreisen oder Einschiebungen in den Gedankenfluss, was zu Zerfahrenheit, Danebenreden oder Neologismen führt
7. Katatone Symptome wie Erregung, Haltungstereotypien oder wechselnde Biagsamkeit, Negativismus, Mutismus und Stupor
8. Negative Symptome wie auffällige Apathie, Sprachverarmung verflachte oder inadequate Affekte (Dies hat zumeist sozialen Rückzug und ein Nachlassen der sozialen Leistungsfähigkeit zur Folge)



Erforderlich für die Diagnose Schizophrenie ist mindestens ein eindeutiges Symptom (2 oder mehr wenn weniger Eindeutig)

Der obengenannten Gruppen 1-4 oder mindestens 2 Symptome der Gruppen 5-8. Diese Symptome müssen fast ständig während eines Monats oder länger deutlich vorhanden gewesen sein.

Zustandsbilder mit den geforderten Symptomen, aber kürzer als einen Monat andauernd (Ob behandelt oder nicht) sollen zunächst als akute Schizophrenie Forme psychotische Störung (F23.2) diagnostiziert werden und als Schizophrenie erst dann, wenn die Symptome länger bestanden haben.



## Differenzialdiagnosen

Es ist wichtig, epileptische und drogeninduzierte Psychosen auszuschließen und daran zu denken, dass ein Verfolgungswahn bei Personen aus bestimmten Ländern oder Kulturen diagnostisch wenig spezifisch sein kann.

„Jaspers'sche Schichtenregel“



# Diagnostische und therapeutische Überlegungen

Die Diagnose Schizophrenie sollte letztlich vom Facharzt gestellt werden  
oder einer spezialisierten Einheit (Psychosesprechstunde)

Therapieadhärenz sowohl Medikamentöser als auch soziotherapeutischer  
Natur soll erreicht werden

Medikation mit größtmöglicher Wirkung niedrigstmöglicher  
Nebenwirkung (Neue Antipsychotiker – Depotpräparate)

Soziotherapie, Reintegration  
Familien- und Milieuthherapie  
Anti Stigma Kampagne



## ICD X – F3 – Affektive Störungen

F30 Manische Episode

F31 Bipolare affektive Störung

F32 Depressive Episode

F33 Rezidivierende depressive Störungen

F34 anhaltende affektive Störungen (Dysthymie Zykllothymie)

F38 andere affektive Störungen



Die Einteilung erfolgt in

Leichte, mittelgradige und schwere Episoden

Kernsymptome der Depression:

Gedrückte Stimmung

Interessensverlust

Freudlosigkeit

Verminderung des Antriebes

Verminderung der Energie

Erhöhte Ermüdbarkeit

Aktivitätseinschränkung

Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit

Vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen

Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit

Schlafstörung

Verminderter Appetit



## Begleitende somatische Symptome

- Interessensverlust oder Verlust der Freude an normalerweise angenehmen Aktivitäten
- Mangelnde Fähigkeit, auf eine freundliche Umgebung oder günstige Ereignisse emotional zu reagieren
  - Frühmorgendliches Erwachen
  - Morgentief

Der durch andere objektivierte Befund einer psychomotorische Hemmung  
oder Agitiertheit

Deutlicher Appetitverlust mit Gewichtsverlust  
Deutlicher Libidoverlust



## Manie

Die Stimmung ist situationsinadäquat gehoben und kann zwischen sorgloser Heiterkeit und fast unkontrollierbarer Erregung schwanken. Die gehobene Stimmung ist mit vermehrtem Antrieb verbunden und führt zu Überaktivität, Rededrang und vermindertem Schlafbedürfnis. Übliche soziale Hemmungen gehen verloren, die Aufmerksamkeit kann nicht mehr aufrecht erhalten werden, stattdessen kommt es oft zu starker Ablenkbarkeit. Die Selbsteinschätzung ist überhöht, Größenideen oder maßloser Optimismus werden frei geäußert.





MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT  
INNSBRUCK

## Präsuizidales Syndrom nach E. Ringel

Nihilistischer Gedankengang  
Suizidträume  
Suizidwünsche  
Suizidvorbereitungen  
Suizidversuche in der Anamnese  
Hetero Aggression  
Autoaggression



## Therapeutische Ansätze

1. Antidepressiva
2. Antipsychotika
3. Lithiumcarbonat
4. Antiepileptika
5. Esketamin
6. Mileutherapie
7. Psychotherapie
8. EKT
9. 9.Psychotherapie



## ICD X – F4 – Neurotische – Belastungs – Somatoforme Störungen

F40 – Phobische Störungen

F41 – Angststörungen, Panikstörungen

F42 – Zwangsstörungen

F43 – Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen

F43.0 – Akute Belastungsreaktion

F43.1 – Posttraumatische Belastungsstörung

F43.2 – Anpassungsstörung



Besonders bei den leichteren Formen dieser Störungen, die man in der Primärversorgung sieht, findet man Mischbilder von Symptomen, so am häufigsten das gemeinsame Vorkommen von Depression und Angst. Man sollte sich möglichst für ein vorherrschendes Symptom entscheiden. Es ist jedoch eine gemischte Kategorie von Angst vorgesehen bei denen eine Entscheidung künstlich erzwungen erschiene (F41.2)



## F45.0 – Somatisierungsstörung

Charakteristisch sind multiple, wiederholt auftretende und häufig wechselnde körperliche Symptome, die meist bereits seit einigen Jahren bestanden haben, bevor der Patient zum Psychiater überwiesen wird.

Die meisten haben in der Primärversorgung und in spezialisierten medizinischen Einrichtungen eine lange und komplizierte Patientenkarriere mit vielen negativen Untersuchungen und ergebnislosen Operationen.

Deutliche Depression und Angst kommen häufig vor

Der Verlauf der Störung ist chronisch, fluktuierend und häufig mit einer lang dauernden Störung des sozialen, interpersonalen und familiären Verhaltens verbunden.

Abhängigkeit oder Missbrauch von Medikamenten (Benzodiazepine und Analgetika) resultieren häufig aus zahlreichen Verschreibungen.



## Diagnostische Leitlinien

1. Mindestens 2 Jahre anhaltende multiple und unterschiedliche körperliche Symptome für die keine ausreichende somatische Erklärung gefunden wurde.
2. Hartnäckige Weigerung, den Rat oder die Versicherung mehrerer Ärzte anzunehmen das für die Symptome keine körperliche Erkrankung zu finden ist.
3. Eine gewisse Beeinträchtigung familiärer und sozialer Funktionen durch die Art der Symptome und das daraus resultierende Verhalten.



MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT  
INNSBRUCK

# Therapeutische Ansätze

Psychotherapie (Verhaltenstherapie)  
Interdisziplinäre Fallbesprechung – Miteinbeziehung  
SSRI



MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT  
INNSBRUCK

## ICD X – F90 - Hyperkinetische Störungen





## Diagnostische Leitlinien

Die Kardinalsymptome sind beeinträchtigte Aufmerksamkeit und Überaktivität. Für die Diagnose sind beide notwendig.

Begleitmerkmale sind für die Diagnose nicht notwendig, stützen sie jedoch

- Distanzlosigkeit in sozialen Beziehungen
- Unbekümmertheit in gefährlichen Situationen
  - Impulsive Missachtung sozialer Regeln
- Einmischung in oder Unterbrechungen von Aktivitäten anderer
- Vorschnelles Beantworten noch nicht vollständig gestellter Fragen



MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT  
INNSBRUCK

# Therapeutische Ansätze

Methylphenidat in Kindes- und Jugendalter  
Atomoxetin im Erwachsenenalter