



OLSBERGufskolleg

Reader

Krankheits- und Behinderungsbilder



FSHP1 s Schuljahr 2017/18

Vorwort

In Absprache mit der Klasse HP 1 s der Fachschule für Heilerziehungspflege und auf Anregung des Fachlehrers Herr Schleich entstand die Idee, ein eigenes „Kurs-Buch“ im „Fach“ „Theorie und Praxis der Heilerziehungspflege“ (TPH) zu erstellen.

Diese Notwendigkeit ergab sich auch daraus, dass die Studierenden den Wunsch äußerten, ausgewählte Behinderungs- und Krankheitsbilder für ihren heilerziehungspflegerischen Beruf zu beschreiben. Speziell sollten auch die „Handlungsmöglichkeiten“ der Heilerziehungspflegerin / des Heilerziehungspflegers mit einbezogen werden, um evtl. das individuelle Behinderungsbild abzumildern und so auch eine „Lebensqualität“ für den / die Betroffenen erreichen.

Unter Zugrundelegung des Lernfeldes 3: „Heilerziehungspflegerische Angebote klientenorientiert planen und umsetzen“ heißt es weiter:

„Grundlage für heilerziehungspflegerische Angebote ist stets der individuelle Hilfebedarf des Menschen mit Behinderung“¹

In Konsequenz dessen wurde auch von einer individuellen Behinderungsbefindlichkeit ausgegangen.

Dieses „Kurs Buch“ wurde von Studierenden für Studierende erarbeitet und ist

nur für interne Unterrichtszwecke gedacht.

Für das „Fach“ OTB steht das gleichzeitige Einüben von diversen Textverarbeitungstechniken und das Recherchieren im Internet sowie die grafische Gestaltung mit im Vordergrund. Lerninhalte beider Fächer konnten so sinnvoll und ergänzend miteinander verknüpft werden.

Anstelle der sonst üblichen Zitationen wurden ausnahmsweise „links“ akzeptiert.

Dank gilt allen Studierenden der Klasse HP 1 s, besonders aber der „Mastergruppe“, bei der die diversen Themenbereiche der verschiedenen Arbeitsgruppen gesammelt, aufbereitet und EDV-technisch zusammengeführt wurden.

Raimund Schleich
(Fachlehrer TPH / OTB)

Olsberg im Mai 2018

¹ Vgl. Ministerium für Schule und Weiterbildung, Richtlinien und Lehrpläne zur Erprobung **Fachschulen** des Sozialwesens, hier: **Heilerziehungspflege**, Lernfeld 3, Düsseldorf 03/2008

Inhalt:

Vorwort:

Apoplex	4
Autismus	10
Bipolare Störung	17
Borderline.....	24
Demenz.....	32
Depressionen	37
Diabetes	44
Diabetischer Fuß.....	51
Epilepsie	55
Herzinsuffizienz.....	63
Hydrocephalus	69
Kleinwuchs.....	74
Korsakow Syndrom	78
Rett-Syndrom + Unterschiede der Symptome Rett und Tourette Syndrom.....	83
Schizophrenie	89
Spastische Lähmung.....	95
Spina Bifida	100
Tourette Syndrom	105
Trisomie 21	111
Zwangsneurose.....	116

Lena-Marie Reincke
Apoplex

Apoplex (Schlaganfall)

Definition

Als Schlaganfall bezeichnet man die Folge einer in der Regel "schlagartig" auftretenden Durchblutungsstörung im Gehirn, die zu einem regionalen Mangel an Sauerstoff (O₂) und Nährstoffen (Glukose) und damit zu einem Absterben von Gehirngewebe führt. Ein Apoplex des Gehirns (Apoplexia cerebri) wird als Schlaganfall oder Zerebrovaskulärer Insult bezeichnet.

Symptomatik

Die Symptome eines Apoplex sind von Patient zu Patient unterschiedlich. Ebenfalls wird zwischen Mann und Frau unterschieden da es Symptome gibt, die eher bei Frauen auftreten. Es gibt aber dennoch typische Anzeichen die auf einen Apoplex hindeuten.

Typische Anzeichen des Apoplex sind:

- Schwindel
- Kopfschmerzen
- Sehstörungen

Weitere Symptome sind:

- Falsche oder fehlende Wahrnehmung des eigenen Körpers sowie der Umwelt
- Befremdliches Empfinden
- Sprachstörungen
- Allgemeine Verwirrung, sowie fehlende Orientierung
- Schluckstörungen

Frauen hingegen weisen meistens noch weitere Symptome auf. Diese sind:

- Atemnot
- Brustschmerzen und/oder Herzstolpern
- Gesichts- sowie Glieder- und Gelenkschmerzen
- Schluckauf

Ätiologie

Mögliche Ursachen für einen Schlaganfall sind:

- Hirninfarkt (ischämischer Infarkt): ca. 80-85% der Fälle, Mangel durchblutung aufgrund von Gefäßverschlüssen.
- Hirnblutung (intrazerebrale Blutung, hämorrhagischer Infarkt): ca. 10-15%: bei Hypertonie und Arteriosklerose, nach Riss eines arteriellen Blutgefäßes im Gehirn oder nach thrombotischem Verschluss einer Hirnvene oder eines Hirnsinus.

Risikofaktoren

Die Risikofaktoren eines Apoplex werden in zwei Bereiche eingeteilt. In Beeinflussbare- und nicht Beeinflussbare Faktoren.

Zu den wichtigsten beeinflussbaren Faktoren zählen:

- Hypertonie (Bluthochdruck)
- Rauchen
- Dyslipoproteinämie (Fettstoffwechselstörung)
- Übergewicht und Bewegungsmangel
- Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)
- Vorhofflimmern (Herzrhythmusstörung)
- Gerinnungsstörungen

Zu den nicht Beeinflussbaren Risikofaktoren zählen:

- Hohes Alter: Meist treten Schlaganfälle eher im Alter auf. Jedoch können auch junge Menschen einen Schlaganfall erleiden.
- Genetische familiäre Disposition: Personen, bei denen Verwandte einen Schlaganfall erlitten haben, haben ein erhöhtes Risiko, da bestimmte Schlaganfall-Risikofaktoren erblich sind und folglich familiär gehäuft auftreten.
- Blutgruppe: Das Schlaganfallrisiko ist auch von der Blutgruppe abhängig. Während die Blutgruppe 0 das kleinste Schlaganfallrisiko hat, erhöht die Blutgruppe AB das Risiko für einen Schlaganfall um etwa 30%.

Prävention

Die beste Möglichkeit, einem Apoplex vorzubeugen, ist eine gesunde Lebensweise. Dazu gehören:

- gute Ernährung: hoher Anteil an Obst, Gemüse; wenig fett- und zuckerhaltige Lebensmittel
- ausreichende Flüssigkeitsaufnahme (besonders auch bei älteren Menschen)
- regelmäßige Bewegung und Sport
- Stress-Vermeidung
- Gewichtsabnahme
- Nicht rauchen

Epidemiologie

Die Häufigkeit des Apoplex beträgt in Deutschland ca. 180/100.000. Nach Herzerkrankungen und Krebsleiden ist der Apoplex die dritthäufigste Todesursache in Deutschland und die häufigste Ursache für Langzeitbehinderung. Jeder zweite Betroffene ist noch im erwerbsfähigen Alter. Ca. 5 % der Patienten sind sogar jünger als 40 Jahre.

Medizinische Prognostik

Ein Apoplex ist nicht heilbar. Dennoch kann man die Folgen abmildern. Schluckstörungen können beispielsweise mithilfe eines Logopäden behandeln, Bewegungsstörungen, wie eine Lähmung z.B. die des linken Arms, kann durch eine Ergotherapie behandelt und somit gelindert werden.

Auswirkungen auf den lebenspraktischen Bereich des Betroffenen

Langfristige Folgen haben erhebliche Auswirkungen auf den lebenspraktischen Bereich (Alltag) des Betroffenen, welche folgende sein können:

- Eine einseitige Gesichtslähmung: Dies hat meistens zur Folge, dass der Betroffene nicht mehr richtig sprechen kann.

- Schwierigkeiten beim Essen und Trinken, sowie beim Zähneputzen, kauen und Schlucken: Dies hat zur Folge dass der Betroffene auf eine professionelle Pflege angewiesen ist.
- Sprachstörung: Hierbei kann der Betroffene das Gesprochene zwar noch Hören und verstehen, insofern nicht das Hörzentrum im Gehirn beschädigt ist, hat aber Schwierigkeiten dabei sich selbst zu verständigen.

Heilerziehungspflegerische Möglichkeiten

Ein Heilerziehungspfleger/in (HEP) hat die Möglichkeit den Betroffenen zu Unterstützen seine verlorenen Fähigkeiten wieder zu erlernen.

Wenn der Betroffenen eine Schädigung im Sprachzentrum hat und sich dadurch nicht mehr verständigen kann so ist es möglich, sich anhand eines Talker zu verständigen.

- Beispiel: Herr X möchte Ihnen sagen, dass er gerne den Ball haben möchte, kann sich aber nicht mit Worten äußern. Dann kann Herr X auf dem Talker die Schaltfläche des Balles drücken und der Talker spricht dann das Wort Ball aus.

Eine weitere Möglichkeit ist, dass der HEP gemeinsam mit dem Betroffenen ein Plakat entwickelt, auf dem sie einen Gegenstand malen oder ein Wort in einem Bild ausdrücken und daneben eine Bewegung malen.

- Herr X möchte gerne einen Ball zum Spielen haben. Zuvor hat er gemeinsam mit einem Pfleger ein Gebärdenplakat entwickelt und macht die dafür vorgesehene Bewegung. Er zeigt mit beiden Händen eine Kugel und Symbolisiert damit seinen Wunsch nach dem Ball.

Hat der Betroffene eine halbseitige Gesichtslähmung, so kann der HEP ihn dabei unterstützen, seine Mimik wieder herzustellen oder wieder zu verstärken.

- Herr X ist ein Mensch der sehr gerne lacht. Durch das er eine Halbseitige Gesichtslähmung hat und sein linker Mundwinkel nach unten hängt, ist es schwer zu erkennen das er lächelt. Der HEP kann Herr X dabei unterstützen sein lächeln wieder zu bekommen; indem er es immer wieder mit dem Klienten gemeinsam übt.

Quellen

<http://flexikon.doccheck.com/de/Apoplex>

<http://flexikon.doccheck.com/de/Schlaganfall>

<http://flexikon.doccheck.com/de/Schlaganfall#Risikofaktoren>

http://flexikon.doccheck.com/de/Schlaganfall?utm_source=www.doccheck.com&utm_medium=web&utm_campaign=DC%2BSearch#Pr.C3.A4vention

http://flexikon.doccheck.com/de/Schlaganfall?utm_source=www.doccheck.com&utm_medium=web&utm_campaign=DC%2BSearch#Epidemiologie

<http://flexikon.doccheck.com/de/Hirnsinus>

<http://flexikon.doccheck.com/de/Hypertonie>

<http://flexikon.doccheck.com/de/Subarachnoidalraum>

<http://flexikon.doccheck.com/de/Subarachnoidalblutung>

<http://flexikon.doccheck.com/de/Ruptur>

http://flexikon.doccheck.com/de/Pia_mater

<http://flexikon.doccheck.com/de/Arachnoidea>

<https://www.schlaganfall-heute.de/symptome-und-folgen>

<https://www.aerzteblatt.de/archiv/104395/Rehabilitation-nach-Schlaganfall>

Corinna Alofs
Autismus

Autismus

Definition

Eine tief greifende Entwicklungsstörung, verbunden mit Schwierigkeiten

- in der sozialen Interaktion
- im sozialen Verständnis
- in der sozialen Kommunikation
- einem Bedürfnis nach Routinen und Beständigkeit
- abweichende Wahrnehmungsverarbeitung
- ungewöhnlichen Denkweisen und Problemlösungen
- intensiven Spezialinteressen
- atypischen, manchmal repetitiven Bewegungen

Die aktuelle Version des ICD unterscheidet dabei drei Formen:

- Frühkindlicher Autismus (auch Kanner-Autismus genannt)
- Asperger-Syndrom
- Atypischer Autismus

High-Functioning Autismus wird dabei als Unterform des frühkindlichen Autismus betrachtet.

Autismus-Symptome:

Soziale Interaktion

Im Säuglingsalter erwidern Autistische Babys den Blickkontakt der Mutter nicht oder wehren körperliche Nähe ab.

Es fällt ihnen schwer, freundschaftliche Beziehung zu anderen Kindern aufzubauen. Sie spielen lieber alleine und ist in seine eigene Welt vertieft. Autisten verstehen Gefühle nicht sehr gut und können sich nicht gut in andere hineinversetzen.

Um die Diagnose „Autismus“ zu erleichtern, haben Ärzte wichtige Auffälligkeiten der sozialen Interaktion definiert, die beim Autismus erfüllt sein müssen:

- Wechselseitige Beziehungen können durch Blicke, Körpersprache und Mimik nicht aufgebaut oder erhalten werden.
- Beziehungen zu Gleichaltrigen können nicht aufgebaut werden.
- Gefühle werden nicht verstanden oder erwidert. Auch die eigene Reaktion passt sich der allgemeinen Stimmungslage nicht an.
- Spontane Gefühlsregungen wie Freude oder Interesse an anderen und an verschiedenen Tätigkeiten bleiben aus.

Kommunikation

Viele Kinder mit Frühkindlichen Autismus können keine „normale“ kommunikative Sprache lernen. Wenn sie doch sprechen, wiederholen sie oft gleiche Sätze. Außerdem fehlt die Sprachmelodie (Roboter).

Bei Menschen mit Asperger-Syndrom wirkt die Sprache monoton und gestelzt, ist aber sehr hoch entwickelt.

Auch für die Sprache haben Ärzte wichtige Symptome definiert:

- Die Sprachentwicklung hinkt hinterher. Die Kinder versuchen nicht, sich durch ihre Gestik oder Körpersprache auszudrücken.
- Die Kinder sind nicht fähig, eine Unterhaltung zu beginnen oder aufrechtzuerhalten.
- Der Umfang der Sprache ist sehr begrenzt und einseitig. Oft werden Sätze oder Fragen nachgesprochen.

Interessen und Verhaltensmuster

Ein weiteres Hauptsymptom bei Autismus ist ein stereotypisches Verhaltensmuster. Dazu gehören die ständige Wiederholung von ihrem Verhalten und auch die Angst vor Veränderung. Wenn sie bei einem Ritual unterbrochen werden, können sie mit Schreianfällen und Panikattacken reagieren. Autisten nehmen ihre Lieblingsgegenstände oft überall hin mit, weil es ihnen schwer fällt, sich davon zu trennen. Außerdem konzentrieren sie manchmal ihr ganzes Interesse auf ein Spezielles Detail oder Ding. So verfügen einige Autisten über spezialisierte Begabungen („Inselbegabungen“)

Zu diesem Symptomkomplex zählen folgende Auffälligkeiten:

- Die Betroffenen befassen sich ausschließlich mit einem ungewöhnlichen Detail oder haben ein ungewöhnliches Interesse.
- Bestimmte Handlungen oder Rituale können sie nicht aufgeben.
- Die Handlungen sind oft stereotyp und monoton.
- An einem Spielzeug suchen sie ein ganz bestimmtes Detail aus, mit dem sie sich beschäftigen. Selten binden sie den kompletten Gegenstand ins Spiel ein.
- Die Spiele der Kinder sind eher fantasielos und stereotyp. Auch nachahmendes Spielverhalten bleibt aus.

Die typischen Symptome sind je nach Autismusform und Individuum sehr unterschiedlich. Teilweise gehen die verschiedenen Autismusformen auch fließend

ineinander über. Um die ganze Bandbreite der autistischen Symptome zu erfassen, haben Mediziner den Begriff der Autismus-Spektrum-Störung eingeführt.

Ursachen

Frühkindlicher Autismus

Bei frühkindlichem Autismus sind die Ursachen bis jetzt noch nicht eindeutig geklärt. Insbesondere genetische Faktoren sollen zur Entstehung beitragen. Aber auch z.B. eine Röteln Infektion oder die Einnahme von Medikamenten wie Antiepileptika oder Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer während der Schwangerschaft kann das Autismus Risiko erhöhen. Ein höheres Alter von Mutter oder Vater kann die Erkrankung ebenfalls begünstigen.

Asperger-Syndrom

Die genauen Ursachen für Asperger-Syndrom sind bislang nicht abschließend geklärt.

Da das Asperger-Syndrom in manchen Familien häufig vorkommt, ist eine genetische Komponente wahrscheinlich. Aber auch hirnorganische und biochemische Auffälligkeiten, sind an der Entstehung beteiligt.

Häufigkeit

In Deutschland schwanken die Angaben zur Häufigkeit von Autismus stark, da es keine Wissenschaftlichen Studien dazu gibt. Inzwischen geht man aber von 1,5- 2 % aus. International sind diese Angaben aber deutlich höher.

Medizinische Prognostik

Alle Formen von Autismus sind grundsätzlich nicht heilbar. Man kann aber durch Therapien die Einschränkung vermindern.

Auswirkungen auf den lebenspraktischen Bereich des Betroffenen

Als Kinder haben Menschen mit Autismus oft weniger Schwierigkeiten, da sie in ihrer Familie integriert sind. Außerdem gibt es oft einen klaren Tagesablauf, den die Familie um das Kind herum baut. Als Erwachsene müssen sie sich in einer völlig neuen Lebenssituation orientieren. Außerdem müssen sie sich in einem neuen Umfeld integrieren, was autistische Menschen häufig vor große Probleme stellt. Einige Autisten haben auch ein Problem damit, mit nicht festen Arbeitszeiten umzugehen. Dazu zählt der Schichtdienst oder Arbeiten auf Abruf.

Es ist schwierig, die Auswirkungen von Autismus auf den Alltag zu beschreiben, da Autisten oft völlig unterschiedliche Symptome aufweisen.

Heilerziehungspflegerische Möglichkeiten

Als Heilerziehungspfleger kann man Autisten nur so gut es geht im Alltag unterstützen. Man kann den Alltag für sie strukturieren, z.B. mit einem Zeitplan, damit sie sich darin nicht verloren fühlen. Ihnen zu helfen, Gefühle zu verstehen, zu deuten und Mimik lesen zu lernen, kann helfen, dass er sich im Alltag besser integrieren kann. Auch hierbei kommt es aber besonders auf die individuellen Stärken des Menschen an. Nur so kann man herausfinden, wie man ihm am besten helfen kann.

Quellen

<http://autismus-kultur.de/autismus/autipedia/autismus-spektrum-glossar.html>

<https://www.autismus.de/was-ist-autismus.html>

<https://www.netdokter.de/krankheiten/autismus/symptome/>

https://www.myhandicap.de/gesundheit/autismus/?gclid=EAJaIQobChMIhcXWycDt1gIVFRQbCh1BngN7EAAAYASAAEgJaN_D_BwE

<https://www.autismus-verstehen.de/autismus/haeufigkeit.html>

<http://www.onmeda.de/krankheiten/autismus.html>

<http://www.haus-burberg.de/autismus.htm>

<http://autismus-kultur.de/autismus/politik/auswirkungen-einer-gestoerten-welt.html>

<http://www.spiegel.de/gesundheit/psychologie/autismus-menschen-mit-asperger-syndrom-berichten-ueber-ihren-alltag-a-877992.html>

Stephanie Kröner
Bipolare Störung

Bipolare Störung

Erklärung: bi·po·lar – zwei polare Eigenschaften/entgegengesetzt

Euphorische Hochphasen wechseln sich mit tiefer Niedergeschlagenheit ab

Unter bipolaren Störungen versteht man chronisch verlaufende psychische Erkrankungen, die durch manische und depressive Stimmungsschwankungen charakterisiert sind.

Sie zeichnen sich durch ausgeprägte Schwankungen im Antrieb, im Denken und in der Stimmungslage einer Person aus.

Menschen mit einer bipolaren Störung erleben depressive Phasen und Phasen euphorischer oder ungewöhnlich gereizter Stimmung (mit gesteigertem Antrieb).

Manie = eine psychische Erkrankung, bei der man stark erregt ist.

Depression = eine psychische Störung, bei der man sich sehr traurig, lustlos und ohne Hoffnung fühlt und oft keine Aktivität mehr zeigt.

1-3 von 100 Menschen erkranken im Laufe ihres Lebens an einer Bipolaren Störung. Im Gegensatz zur rein depressiven Erkrankung sind Frauen und Männer gleich häufig betroffen.

Bipolare Erkrankungen können jeden treffen. Sie treten gehäuft im frühen Erwachsenenalter auf. Doch auch im späteren Leben können verschiedene Ursachen (Bsp. Lebenskrise, Umbruchsituation) diese psychische Erkrankung auslösen.

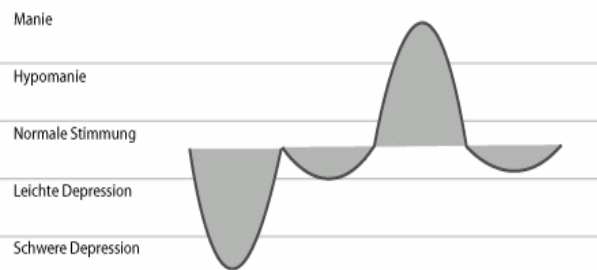
Die Ursachen sind noch nicht vollständig geklärt. Auch wenn eine bipolare Störung offenbar nicht vererbt werden kann, so wird zumindest die Anfälligkeit für solch eine Erkrankung weitergegeben. Belastende Lebensereignisse können dann zum Ausbruch der Krankheit führen.

Bei jedem Zweiten kommen weitere psychische Beschwerden wie Angst-, Zwangs- und Suchterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen oder die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitäts- Störung (ADHS) hinzu.

Verlaufsformen

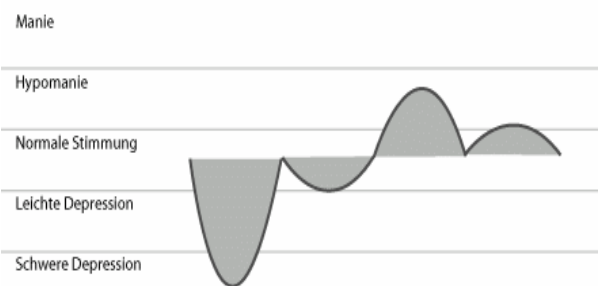
Für **Bipolar-I-Erkrankungen** sind ausgeprägte Manien und Depressionen charakteristisch. Die depressive Phase dauert mindestens 14 Tage und die manische Episode hält mindestens 7 Tage an und ist häufig stark ausgeprägt. Sie kommt schätzungsweise bei 1 bis 2% der Bevölkerung vor.

Bipolar-I-Erkrankung (Störung)



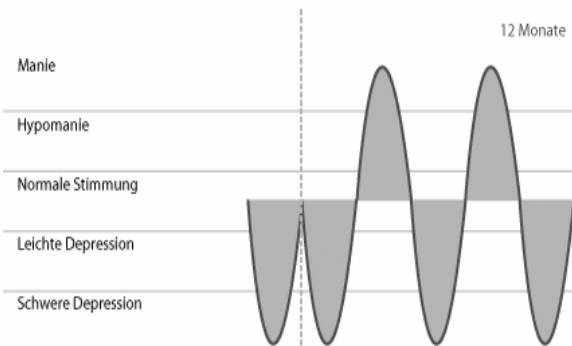
Die **Bipolar-II-Erkrankung** ist durch weniger ausgeprägte bzw. kürzer andauernde Manien (Hypomanien) und oft schwere depressive Episoden gekennzeichnet. Diese Verlaufsform ist sehr schwierig zu erfassen, da Hypomanien häufig nicht als krankhaft empfunden werden. Die Bipolar-II-Störung tritt mit einem Vorkommen von 2-4% der Bevölkerung recht häufig auf.

Bipolar-II-Erkrankung (Störung)



Rapid Cycling bedeutet, dass innerhalb von zwölf Monaten mindestens vier oder mehr Episoden der Manie, der Hypomanie oder der Depression auftreten. Es kann auch zu gemischten Episoden kommen. Nur 20% der Patienten zeigen von Beginn an ein Rapid Cycling, die hohe Frequenz entwickelt sich oft erst im späteren Verlauf. Rapid Cycling ist oft eine komplizierte Form der Erkrankung, einige Patienten neigen auch in den episodensfreien Intervallen zu Stimmungsinstabilität und Anpassungsproblemen. Insgesamt weisen 15 bis 20% der Patienten mit bipolarer Erkrankung ein Rapid Cycling auf.

Rapid Cycling



Symptome für **manische Phasen**:

- Euphorie, neue Ideen, erhöhte Kreativität, gesteigertes Selbstvertrauen
- Konzentrationsprobleme, Reizbarkeit, gesteigerter Alkohol- und Drogenkonsum
- veränderte Wahrnehmung, verstärktes Mitteilungsbedürfnis
- gesteigertes sexuelles Interesse

Symptome für depressive Phasen:

- Energielosigkeit, Niedergeschlagenheit, Selbstzweifel, vermehrtes Grübeln
- Schlafstörungen, Interesselosigkeit, vermindertes Leistungsvermögen, Konzentrationsschwierigkeiten
- Unruhe, Ängstlichkeit, Reizbarkeit
- vermindertes sexuelles Interesse

Auswirkungen einer bipolaren Störung

Eine Bipolare Erkrankung bedeutet nicht nur, eine beeinträchtigte Stimmung. Das Fühlen, Denken und Handeln sind ebenso betroffen wie die Fähigkeit den Alltag zu bewältigen. Menschen mit bipolaren Störungen sind krank – sie haben weder etwas falsch gemacht, noch eine schwache Persönlichkeit. Dennoch ist es schwer für das soziale Umfeld die Störung zu verstehen und zu akzeptieren. Rückzug des Freundeskreises, Partnerschaftskonflikte bis hin zur Trennung sowie Probleme im Job bis hin zum Arbeitsplatzverlust können die Folge sein. Hinzu kommen die Schamgefühle der Betroffenen, der oder die oft immer weiter in die soziale Isolation gerät. Bipolare Erkrankungen verringern die Lebensqualität der Betroffenen. Hinzu kommen eine erhöhte Selbstmordgefährdung und ein verstärktes Suchtrisiko (Alkohol, Medikamente, Drogen).

Diagnostik

Meistens sind es Angehörige die auf die extremen Stimmungsschwankungen hinweisen und darauf drängen diese untersuchen zu lassen. Die Diagnose einer bipolaren Erkrankung ist eine „klinische Diagnose“ d.h. es existieren keine Laborwerte, die Aufschluss geben könnten.

Einige Merkmale weisen auf eine bipolare Störung hin: Bei bipolaren Depressionen leiden die Erkrankten häufiger unter Energieverlust, vermehrtem Schlafbedürfnis und gesteigertem Appetit als bei einer unipolaren Depression.

Die frühe Diagnose ist für einen positiven Verlauf dieser Erkrankung sehr wichtig. Je weniger Krankheitsepisoden bis zum Beginn einer entsprechenden Therapie stattgefunden haben, desto besser kann die Behandlung anschlagen. Außerdem kann durch einen frühen Behandlungsbeginn vermieden werden, dass es zu einem chronischen Verlauf mit schweren gesundheitlichen und sozialen Auswirkungen kommt.

Therapie

Während bipolare Störungen früher vor allem mit Psychopharmaka behandelt wurden, sind sich Experten heute einig, dass eine Kombination von medikamentösen und psychotherapeutischen oder psychosozialen Behandlungsansätzen am effektivsten ist.

Dennoch steht die Behandlung mit Psychopharmaka weiterhin im Vordergrund, denn ohne Medikamente kommt es kaum zu einer Stabilisierung der manischen oder depressiven Stimmung und selbst in Phasen stabiler Stimmung ist ein Rückfall sehr wahrscheinlich. Eine Psychotherapie kann eine sinnvolle Ergänzung sein und dem Betroffenen helfen, besser mit ihrer Erkrankung umzugehen.

Medikation

Die Art der Medikation ist je nach Krankheitsphase unterschiedlich. Akute manische Phasen werden in der Regel mit Neuroleptika (Antipsychotika) behandelt. In einer depressiven Phase werden meist Antidepressiva gegeben. Diese werden, anders bei einer unipolaren Depression, oft mit weiteren Medikamenten kombiniert. Ziel dabei ist, die Stimmung langfristig zu stabilisieren und ein kippen in die Manie zu verhindern. Gemischte Episoden sind wegen der gleichzeitigen manischen und depressiven Symptome besonders schwer zu behandeln. Meist werden hier mehrere Medikamente kombiniert, unter anderem atypische Neuroleptika, Antidepressiva und Stimmungsstabilisierer. Ein wesentliches Element der Therapie ist die Vorbeugung von Rückfällen mit Stimmungsstabilisierern (Lithium).

Psychotherapie

Psychotherapeutische und psychosoziale Therapieformen haben sich bei bipolaren Störungen als wirksam erwiesen. Diese Therapien tragen dazu bei, dass sich die Betroffenen schneller von einer depressiven oder manischen Phase erholen können, später eine weitere Krankheitsphase erleben und deutlich weniger Beeinträchtigungen im Beruf und in ihrem sozialen Umfeld haben. Ein wichtigstes Ziel der Therapie ist die Rückfallprophylaxe. Im Vordergrund steht dabei die Psychoedukation: also der Versuch, komplizierte medizinisch-wissenschaftliche Fakten so zu übersetzen, dass sie von betroffenen Patienten und deren Angehörigen gut verstanden werden. Die Patienten lernen außerdem, besser mit Stress umzugehen, Frühwarnsymptome einer manischen oder depressiven Episode rechtzeitig zu erkennen, mit passenden Strategien zu reagieren und insgesamt ein ausgeglicheneres, regelmäßiges Leben zu führen. Außerdem wird gemeinsam mit dem Patienten erarbeitet, dass die regelmäßige Einnahme der Medikamente wichtig ist.

Eine Paar- und Familientherapie kann bei bipolaren Erkrankungen sehr hilfreich sein und die Wahrscheinlichkeit für einen Rückfall deutlich senken. Denn soziale Konflikte können beim Patienten starke Stimmungsschwankungen auslösen und so die Wahrscheinlichkeit für das „Abrutschen“ in eine Manie oder Depression erhöhen.

Verlauf/Prognose/Heilungschancen

Wie unterschiedlich eine bipolare Störung von Patient zu Patient auch sein mag, sie verläuft immer in Phasen oder Episoden. Die einzelnen Phasen kommen und gehen oft in unregelmäßigen Abständen. Im Durchschnitt halten die depressiven Phasen ohne Behandlung etwa vier bis zwölf Monate an, die manischen Phasen sind deutlich kürzer. Gelegentlich gehen manische oder depressive Episoden ineinander über oder können sogar gleichzeitig auftreten. Zwischen den akuten Krankheitsepisoden haben die Betroffenen meistens keine Beschwerden. Suizidversuche und Suizide ereignen sich fast immer in oder unmittelbar nach depressiven oder gemischten Phasen.

Kommen psychotische Symptome, wie Wahnvorstellungen hinzu, weist das auf einen ungünstigen Verlauf der bipolaren Erkrankung hin: Die Betroffenen erleiden zwei- bis dreimal häufiger Rückfälle als bipolar Erkrankte ohne psychotische Symptome und entwickeln häufig bei der nächsten Manie wieder psychotische Anzeichen. Bei einem Rapid Cycling-Verlauf ist die Prognose häufig schlecht, da die instabile Stimmungslage oft auch zwischen den Phasen erhalten bleibt. Die Betroffenen haben daher starke Probleme mit der Alltagsbewältigung.

Für den Verlauf der Erkrankung und damit für die Chance auf Heilung existieren sog. Prognosefaktoren. Diese Prognosefaktoren können in nicht zu beeinflussende und zu beeinflussende Faktoren eingeteilt werden. Zu den nicht zu beeinflussenden negativen Faktoren gehören u.a. das Vorhandensein von Bipolaren Störungen in der Familie, ein früher Erkrankungsbeginn in der Jugend oder ein Beginn der Erkrankung mit einer depressiven Phase. Zu den zu beeinflussenden negativen Faktoren gehören z.B. eine lange unbehandelte Bipolare Störung, ein gleichzeitiger Substanzmissbrauch, eine nicht vorhandene Bereitschaft zur regelmäßigen medikamentösen Behandlung, gehäufte Rückfälle durch Abbruch der medikamentösen und psychosozialen Behandlung oder dauerhafte Stressfaktoren. Das bedeutet, der Betroffene selbst hat die Chance, den Verlauf der Erkrankung und damit Ihre Heilung positiv zu beeinflussen.

Heilerziehungspflegerische Möglichkeiten

Es ist von großer Bedeutung sich mit dem Krankheitsbild der bipolaren Störung auseinander zu setzen, ein Gespür für die einzelnen Phasen zu entwickeln und deren Auswirkungen auf den Klienten. Dabei ist es wichtig eine Balance zwischen Nähe und Distanz, Mitgefühl und einer neutralen Sichtweise zu finden.

Es ist ebenso von großem Vorteil sich mit den Angehörigen oder Partnern auseinander zu setzen und gemeinsam mit Ihnen, als auch dem Betroffenen an sich, Phasen seelischer Krisen zu meistern. Da das nahe Umfeld durch diese Erkrankung oft enorm mitbelastet wird, ist es erstrebenswert die nächsten Angehörigen in die Betreuung der Bipolar-Erkrankten, so weit wie es die Umstände und die

Schweigepflicht zulassen, mit einzubeziehen und aufzuklären und somit ein besseres Krankheitsverständnis zu vermitteln

Einfühlungsvermögen und Geduld ist bei der Zusammenarbeit mit Erkrankten der bipolaren Störung elementar.

Es gibt jedoch auch Verhaltensregeln die sich protektiv auswirken und den Rückfall verhindern oder abmildern können (Verzicht auf Alkohol, Reizabschirmung, Stressvermeiden, geregeltes Schlafverhalten), oder die dem Schutz der Integrität des Patienten dienen (Verzicht auf Käufe, vorübergehende Abgabe von EC- oder Kreditkarten, vorübergehende Kontaktsperre zu Geschäftspartnern u.a.).

Quellenangaben:

<https://www.therapie.de/psyche/info/index/diagnose/bipolare-stoerungen/behandlungsansaeetze/>

[https://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/psychiatrie-psychosomatik-](https://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/psychiatrie-psychosomatik-psychotherapie/erkrankungen/bipolare-erkrankungen/)

[psychotherapie/erkrankungen/bipolare-erkrankungen/](https://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/psychiatrie-psychosomatik-psychotherapie/erkrankungen/bipolare-erkrankungen/)

<http://www.psychose.de/wissen-ueber-psychosen-51.html>

<http://www.psychenet.de/psychische-gesundheit/informationen/bipolare-stoerungen.html>

https://de.wikipedia.org/wiki/Bipolare_St%C3%B6rung

<http://www.apotheken-umschau.de/Depression/Woran-man-eine-bipolare-Stoerung-erkennt-525925.html>

<https://www.bipolaris.de/termine-neuigkeiten/bipolaris-infotage/12-grundlagen/>

<http://www.psychose.de/wissen-ueber-psychosen-57.html>

<https://www.klinik-friedenweiler.de/blog/bipolare-stoerung-wichtige-informationen-angehoerige/>

**Joy Sonntag, Stephanie Kröner,
Lisa Gödde
Borderline**

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS)

Was ist die Borderline-Persönlichkeitsstörung

Die Borderline-Störung zeichnet sich durch Impulsivität und Instabilität von Emotionen und Stimmungen, der Identität, sowie zwischenmenschlichen Beziehungen aus. Schon eine Kleinigkeit kann genügen, dass die Gefühlslage kippt. Dies führt dazu, dass die Betroffenen schnell als launisch oder unberechenbar abgestempelt werden. Dieses Chaos der Gefühle zeigt sich auch in den zwischenmenschlichen Beziehungen und Partnerschaften: Mal idealisieren die Borderline-Patienten ihren Partner, kurze Zeit später entwerten sie ihn, weil er ihre Erwartungen nicht erfüllen kann. Betroffene erleben sich als Opfer ihrer eigenen heftigen Stimmungsschwankungen. Dies führt zu extremer innerlicher Anspannung.

BPS ist ein schweres psychiatrisches Krankheitsbild und wird auch als **emotional instabile Persönlichkeitsstörung des Borderline-Typs** bezeichnet.

"Borderline ist wie ein Leben ohne feste Wurzeln" – "Borderline ist ein Leben am Rande des Aushaltbaren" – "Borderline bedeutet ein Kind zu sein, das verzweifelt nach seiner Mutter sucht" – so beschreiben Betroffene auf der Borderline-Plattform im Internet ihr Leiden.

Borderline -> Grenzlinie

Diese Bezeichnung hat ihren Ursprung, da früher davon ausgegangen wurde, dass die Erkrankung nach psychoanalytischem Verständnis in einem Übergangsbereich von neurotischen und psychotischen Störung angesiedelt wird. Wissenschaftler sind sich bis heute nicht ganz einig über die exakte Einordnung, Definition und Klassifizierung der Störung.

Heute gilt die ursprüngliche Bedeutung des Wortes Borderline nicht mehr. Betroffene können sich jedoch sehr gut mit der Wortbedeutung an sich identifizieren: auf der Grenze gehen zwischen Normalität und Krankheit, zwischen Nähe und Distanz, zwischen himmelhochjauchzend und zu Tode betrübt. Viele Borderliner haben Grenzverletzungen erlebt, sie können selbst schwer Grenzen setzen.

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist eine Unterform der emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung. Oft tritt sie zusammen mit andern Persönlichkeitsstörungen auf.

Etwa 3% der Bevölkerung leiden an einer BPS. Erste Anzeichen treten meist im Jugendalter auf.

Manche empfinden ihr Leben mit Borderline-Störung als unerträglich, so dass sie sogar daran denken, sich das Leben zu nehmen. Ohne rechtzeitige Therapie sterben mehr als fünf Prozent der Betroffenen durch Suizid. Mehr als 60% der Betroffenen hat mindestens einen Suizidversuch unternommen. Die Dunkelziffer ist wahrscheinlich noch wesentlich höher.

Ursachen

Genetische Faktoren bilden einen erheblichen Anteil in der Entstehung der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Außerdem fördern bestimmte Lebenserfahrungen, ungünstige Grundeinstellungen und schädliche Verhaltensmuster die Entstehung und Aufrechterhaltung dieser Persönlichkeitsstörung.

Oftmals werden bereits in der (frühen) Kindheit negative/traumatische Erfahrungen gemacht, die zu einer konkreten Veränderung im Gehirn führen (=Frühstörung). Dies bedeutet, dass bei BPS-Erkrankten Strukturen und Denkmuster bestehen geblieben sind, die typisch für die frühe Kindheit sind. In diesem Alter besteht noch keine differenzierte Wahrnehmung der eigenen Persönlichkeit oder die von fremden Personen, sondern eine starre Bewertung von Menschen als „gut“ oder „böse“ (schwarz-weiß-Denken). Biografische Auslöser können sein:

- sexuelle Gewalterfahrung (65 %)
- körperliche Gewalterfahrung (60 %)
- schwere Vernachlässigung (40 %) / Emotionale Vernachlässigung (60 %)
- Soziales Umfeld, in dem sie sich als fremd, gefährdet und gedemütigt erlebt haben

Eltern waren manchmal gleichzeitig Beschützer und Täter. Kinder fühlten sich oft gleichzeitig geliebt, andererseits gehasst und gefürchtet. Diese widersprüchlichen Gefühle können eine kindliche Psyche überfordern und die Entstehung einer BPS begünstigen. Allerdings kann diese Persönlichkeitsstörung auch in ganz „normalen“ Familien auftreten.

Das Gehirn von Borderline-Patienten arbeitet teilweise anders als bei gesunden Menschen. Besonders eine Region im Gehirn, die u.a. für die Verarbeitung von Stress, Gefahrensignalen und von Ängsten zuständig ist. Sie ist bei Borderline-Patienten kleiner und zusätzlich übererregbar. Ebenso gibt es Veränderungen des limbischen Systems, wozu es zu Fehlsteuerungen emotionaler Reaktionen kommt.

Außerdem wurde belegt, dass bei Borderline-Patienten, sowie bei anderen Persönlichkeitsstörungen ein Ungleichgewicht an Botenstoffen besteht (z.B. Serotonin).

Klinisches Bild der emotional- instabilen (Borderline) Persönlichkeitsstörung

Menschen mit einer Borderline- Persönlichkeitsstörung sind unfähig ihre inneren Gefühle zu kontrollieren und zu steuern (**Affektregulation**). Sie leiden unter einem gestörten Selbstbild und einer gestörten Körperwahrnehmung (**Selbstentwertung**). Sie fühlen sich innerlich zerrissen und leiden massiv unter der Angst vor dem Alleinsein und/oder Verlassen- werden. Dennoch sind sie nicht fähig eine enge Beziehung einzugehen. Sie kommen also gefühlsmäßig von einem Extrem ins andere.

Die inneren (extremen) Spannungszustände dominieren und der Patient braucht ein „Ventil“. Den Ausgleich dieser Spannungszustände erreichen Patienten mit BPS durch selbstverletzende Handlungen (z.B. ritzen oder verbrennen der Haut etc.), Drogenkonsum oder riskante Aktionen (z.B. rasen auf der Autobahn, balancieren auf Brückengeländern). Diese lindernden Maßnahmen halten jedoch nicht lange an, sodass der tiefe innere Wunsch nach Ruhe und Geborgenheit die Betroffenen immer wieder zum **Spannungsausgleich** zwingt. Die Intensität der ausgeführten Handlungen verstärkt sich ebenfalls (z.B. tieferes Ritzen, höhere Drogenmenge etc.). Auf diese Weise entwickelt sich rasch aus dem pathologischen Verhaltensmuster ein suchartiges Problemverhalten.

Die intensive innere Anspannung führt zu stressabhängigen Reaktionen, welche die eigene Körperwahrnehmung verzerrt oder schlimmstenfalls auflöst (**Dissoziation**). In diesem Zustand empfinden die Betroffenen wenig oder keinen Schmerz, haben das Gefühl im Nebel zu stehen, hören Geräusche gedämpft und fühlen sich wie taub (nicht fähig zu sprechen oder sich zu bewegen). Teilweise kommen optische und/ oder akustische Halluzinationen hinzu, von denen die Betroffenen jedoch wissen, dass sie nicht real sind. Dies bezeichnet man als „Pseudohalluzinationen“, von denen die Patienten ihrer Umwelt jedoch oft nichts erzählen.

Zusätzlich zu den massiven Spannungszuständen empfinden Menschen mit BPS intensive aversive Emotionen sich selbst gegenüber wie z.B. Schuld- und Schamgefühle und Selbstverachtung. Sie haben sozusagen ein sehr verzerrtes Selbstbild und entwerten sich selbst, wodurch soziale Interaktionen äußerst schwierig sind. Aufgrund der Angst vor sozialer Nähe auf der einen Seite und dem Wunsch nach Geborgenheit und Zuwendung auf der anderen Seite entsteht ein regelrechter **Teufelskreislauf**, aus dem die Patienten nicht selbst ausbrechen können. Oftmals zerbrechen Beziehungen an den extremen Gefühlsschwankungen, da der gesunde Partner diese nicht lange erträgt.

Begleiterkrankungen der BPS

Eine Borderline- Persönlichkeitsstörung wird oftmals von weiteren psychischen Störungen begleitet. Es kann zu Schlafstörungen und/oder Depressionen kommen, aber auch zu schwereren weiteren Krankheiten wie Bulimie, Magersucht und/oder Angst- und Zwangsneurosen (z.B. Waschzwang). Außerdem besteht oft eine Suchtproblematik.

Diagnostik der BPS

Diese komplexe Persönlichkeitsstörung wird anhand verschiedener Kriterien (Verhaltensweisen und bezeichnende Persönlichkeitszüge) diagnostiziert. Meistens zeigen sich die Verhaltensweisen seit der Pubertät und über einen längeren Zeitraum hinweg. Zur Diagnose müssen min. fünf der folgenden Kriterien erfüllt sein:

- verzweifelt Bemühen, reales oder imaginäres Alleinsein zu verhindern
- instabile und intensive zwischenmenschliche Beziehungen (musterhaft)
- ausgeprägte Instabilität des Selbstbildes oder Selbstgefühls (Identitätsstörung)
- Impulsivität in min. zwei potentiell selbstschädigenden Bereichen (z.B. Geldausgaben, Sex, Drogen, Fressattacken etc.)
- Wiederkehrendes selbstschädigendes Verhalten (Selbstverletzende Handlungen, Suiziddrohungen und/oder -andeutungen und/oder -versuche)
- Instabilität der Gefühle, stark durch aktuelle Stimmung beeinflusst (starke Niedergeschlagenheit, Reizbarkeit, Ängste)
- Gefühl der Leere
- Nicht nachvollziehbare(r) starke(r) Wut und/oder Ärger und Probleme, diese zu zügeln (häufige Wutausbrüche, Prügeleien, andauernder Ärger mit Mitmenschen)
- Zeitweise stressabhängige paranoide Vorstellungen und/oder dissoziative Probleme

Die Symptome der BPS können nicht pauschalisiert werden. Die Therapie ist abhängig von der Zusammensetzung und Schwere der Störung(en), ist also immer eine individuelle Entscheidung.

Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Die wichtigste Komponente der Behandlung einer Borderline-Störung ist die Psychotherapie. Zusätzlich kommen bestimmte Medikamente zum Einsatz. Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Therapie ist, dass alle Aspekte und Ausprägungen der Erkrankung bei dem Patienten erfasst werden. Vorrangig behandelt werden grundsätzlich Suizidgedanken oder -versuche, sowie Gedanken oder Verhaltensmuster, welche den Fortgang der Therapie gefährden könnten. Es können verschiedene Therapiemethoden kombiniert werden.

Dialektisch behaviorale Therapie (DBT)

Besteht aus Verhaltens-, Kognitive, Gestalt- und Hypnotherapie. Je nach Art des Verhaltens/Problems wird die adäquate Methode ausgewählt. In drei Therapiephasen werden unterschiedliche Behandlungsziele verfolgt: In der ersten Therapiephase stehen schwerwiegende Störungen der Verhaltenskontrolle im Vordergrund. Hier werden je nach Bedarf auch Fertigkeiten trainiert, die eine Problemlösung für den Patienten ermöglichen. In der zweiten Therapiephase werden schwerwiegende Störungen des emotionalen Erlebens bearbeitet und in der dritten Therapiephase Probleme der Lebensführung behandelt.

Schematherapie / Schemenfokussierte Therapie (SFT)

Die SFT geht von der Annahme aus, dass auf Grund ungünstiger Kindheitserlebnisse früh entstandene Schemata die Hauptursache für die Entwicklung von Persönlichkeitsstörungen darstellen. Diese Schemata liegen auf einer tiefen, dem Bewusstsein schwer zugänglichen Ebene und sind stark mit negativen Gefühlen verbunden.

Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT)

Die MBT basiert, auf der Annahme, dass das Hauptproblem in einer mangelhaften Ausprägung der Subjekt-Objekt-Differenzierung liegt. Die Fähigkeit, eigenes Erleben in einen verstehenden Zusammenhang zu stellen ist gestört. Ebenso mangelt es an der Fähigkeit, innere Vorgänge bei anderen Menschen zu erkennen und zu verstehen. Daher zielt die MBT auf eine Verbesserung dieser Fähigkeiten. Dadurch kann die Affekt- und Impulskontrolle gesteigert werden, was sich automatisch positiv auf das Beziehungsleben auswirkt.

Transference Focussed Therapy (TFP) übertragungsfokussierte Psychotherapie

Die TFP basiert wie die MBT auf der Annahme, dass das Hauptproblem in einer mangelhaften Ausprägung der Subjekt-Objekt-Differenzierung liegt. Der Begriff „Objekt“ bezieht sich hierbei auf den Partner, der auf die Äußerungen und Handlungen des „Subjekts“ (den Borderline-Patienten) eingeht und reagiert. In der

Therapie wird versucht, eine gestörte Objektbeziehung, die oft in der Kindheit entstanden ist (Beziehung zu Eltern, Pflegeeltern, usw.), auf den Therapeuten zu übertragen und dadurch aufzuarbeiten.

Medikamentöse Therapie

Es existieren keine Medikamente, die eine Borderline-Störung alleine heilen können. In den letzten Jahren wurde aber festgestellt, dass es durchaus Medikamente gibt, welche stabilisierend und unterstützend eingesetzt werden können. Dazu gehören Stimmungsstabilisierer, bestimmte Antipsychotika und – im Zusammenhang mit zusätzlichen Angststörungen oder Depressionen – so genannte SSRIs (Selektive-Serotonin-Aufnahme-Hemmer).

Prognose und Verlauf der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Auch wenn die Borderline-Störung im akuten Zustand mitunter lebensbedrohlich sein kann und sowohl die Betroffenen wie auch das Umfeld in starke Mitleidenschaft gezogen werden, ist die Prognose auf lange Sicht eher günstig. Neuere Studien konnten zeigen, dass nach sechs Jahren etwa 50 % und nach 10 Jahren etwa 90 % der Betroffenen die notwendigen Kriterien nicht mehr erfüllen. Allerdings blieben Einschränkungen im privaten und beruflichen Kontext auch nach 10 Jahren noch bestehen.

Eine Voraussetzung für eine gute Prognose ist jedoch, dass die Störung frühzeitig erkannt und fachkundig behandelt wird. Des Weiteren ist es wichtig, dass eine Therapie nicht abgebrochen wird.

Maßnahmen zur Steigerung der Lebensqualität durch den HEP

„Am Ufer bleiben, aber schwimmen lassen“:

an diesem Zitat kann der HEP sich orientieren, wie er mit einem Borderline Patienten umgehen sollte, Außerdem kann eine bindende schriftliche Vereinbarung getroffen werden, dass der Patient sich zb. Meldet bevor er sich verletzt o. ä.

Der HEP hat auf die Krankheit keinen großen Einfluss. Aber man sollte versuchen sich immer an die aktuelle Stimmung anzupassen und nicht Verhaltensmuster nicht zu bestärken.

<https://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/psychiatrie-psychosomatik-psychotherapie/stoerungen-erkrankungen/borderline-stoerung/was-ist-eine-borderline-persoenlichkeitsstoerung-bps/>

<https://www.apotheken-umschau.de/borderline>

<http://www.onmeda.de/krankheiten/borderline.html>

<https://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/psychiatrie-psychosomatik-psychotherapie/stoerungen-erkrankungen/borderline-stoerung/krankheitsbild/>

http://psychiatrie.uni-bonn.de/krankheitsbilder/emotional_instabile_borderline_persoenlichkeitsstoerung/index_ger.html

Theresa Erbismann
Demenz

Definition Demenz:

Der Begriff „Demenz“ bedeutet „ohne Geist“. Definiert sind Demenzerkrankungen durch einen Abbau geistiger Funktionen, die dazu führen, dass Alltagskompetenzen mit der Zeit verloren gehen. Das Hauptmerkmal einer Demenz ist eine Verschlechterung der geistigen Fähigkeiten. Zusätzlich treten auch Orientierungs- und Sprachprobleme auf, die auch von einer Änderung des Verhaltens und der Persönlichkeit begleitet werden können.

Bei Demenzerkrankungen kommt es zu Störungen in folgenden Bereichen:

- Gedächtnis
- Denken
- Sprache
- Orientierung
- Verhalten/Persönlichkeit

ICD-10: Demenz

Nach dem internationalen System zur Klassifikation von Krankheiten gilt für die Demenz folgende Definition: „Demenz (ICD-10-Code: F00-F03) ist ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache, Sprechen und Urteilsvermögen im Sinne der Fähigkeit zur Entscheidung. Das Bewusstsein ist nicht getrübt. Für die Diagnose einer Demenz müssen die Symptome nach ICD über mindestens 6 Monate bestanden haben.“

Demenz- Symptome

Demenz-Symptome hängen von der Art der Erkrankung ab. Zunehmende Vergesslichkeit und Konzentrationsprobleme kennzeichnen zum Beispiel den Beginn von Alzheimer, der häufigsten Form von Demenz. Anzeichen ähnlicher Art finden sich bei manch anderen Demenzformen. Dagegen zeigt etwa die Frontotemporale Demenz Symptome wie Reizbarkeit und Persönlichkeitsveränderungen.

Demenz-Symptome Vergesslichkeit und Orientierungsstörungen

Beginnende Demenz-Symptome bei vielen Krankheitsformen sind Probleme mit dem Kurzzeitgedächtnis: Die Betroffenen sind zunehmend vergesslich, verlegen häufig Sachen und können sich nur schwer konzentrieren. Manchmal fallen ihnen im Gespräch gängige Begriffe plötzlich nicht mehr ein. Orientierungsprobleme in fremder Umgebung sind ebenfalls erste Anzeichen von Demenz vom Alzheimer-Typ.

Fortgeschrittene Demenz-Symptome bei Alzheimer-Patienten betreffen das Langzeitgedächtnis. Die Patienten können sich immer schlechter an die Vergangenheit erinnern. Irgendwann können sie nahestehende Personen nicht mehr erkennen. In späten Demenz-Stadien bauen die Patienten auch körperlich ab und brauchen bei allen Tätigkeiten Hilfe.

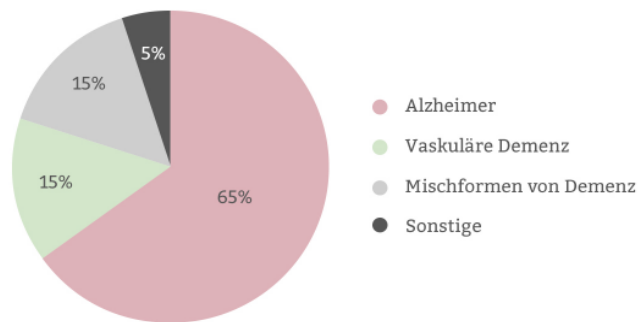
Weitere Demenz-Symptome

Ähnliche Symptome verursachen die vaskuläre Demenz und die Lewy-Körperchen-Demenz. Bei der vaskulären Demenz setzen die Symptome allerdings oft früher und heftiger ein als etwa bei Alzheimer, der häufigsten Demenzerkrankung. Außerdem kommt es hier häufig zu weiteren Symptomen wie Gangstörungen, Problemen mit der Blasenentleerung (wie zwingender Harndrang) und zwanghaftes Lachen oder Weinen ohne entsprechende Auslöser und Emotion.

Einen ganz anderen Verlauf zeigt die Frontotemporale Demenz (Pick-Krankheit). Typische Demenz-Symptome sind hier Veränderungen der Persönlichkeit: Die Betroffenen sind meist leicht reizbar, aggressiv und verhalten sich taktlos. Maßloses Essen und Teilnahmslosigkeit sind ebenfalls möglich. Später können Sprachstörungen und Gedächtnisprobleme als Demenz-Symptome hinzukommen.

Menschen mit Lewy-Körperchen-Demenz zeigen häufiger und frühzeitiger Halluzinationen als Alzheimer-Patienten. Das Gedächtnis bleibt aber länger erhalten. Weitere mögliche Demenz-Anzeichen sind in diesem Fall leichte Parkinsonsymptome (unwillkürliches Händezittern, steife Bewegungen) sowie Stürze oder kurze Bewusstlosigkeiten.

Demenzformen im Überblick



Quelle: Alzheimer Forschung Initiative e.V. (AFI)

Demenz: Ursachen

Es gibt zahlreiche Faktoren, die als Auslöser einer Demenz infrage kommen. In den meisten Fällen liegen neurodegenerative Erkrankungen und/oder Durchblutungsstörungen des Gehirns zugrunde. Zu den seltenen Ursachen für eine Demenz zählen zum Beispiel Stoffwechselerkrankungen, Medikamente oder Vitaminmangelzustände.

Häufige Ursachen für Demenz

- Neurodegenerative Erkrankungen

z. B. Alzheimer-Krankheit, Lewy-Körperchen-Krankheit, Erkrankungen des Stirnhirns (Frontotemporale Degenerationen)

- Erkrankungen der Blutgefäße des Gehirns.

führen zur sogenannten vaskulären Demenz, die durch Durchblutungsstörungen im Gehirn gekennzeichnet ist.

Seltene Ursachen für Demenz

- Neurologische Erkrankungen (z. B. Parkinson)
- Stoffwechselkrankheiten (z. B. Diabetes mellitus)
- Schädel-Hirn-Verletzungen
- Infektionen
- Medikamente (z. B. Antidepressiva, Neuroleptika)
- Tumore

- Blutungen
- Vitaminmangel
- Hormonmangel
- Abflussbehinderungen des Nervenwassers im Gehirn (Liquor)

Demenzarten:

Demenzformen: primäre Demenz & sekundäre Demenz

Primäre und sekundäre Demenz	
Primäre Demenz	Sekundäre Demenz
<ul style="list-style-type: none"> → Entstehung durch Veränderungen des Gehirns 	<ul style="list-style-type: none"> → Entstehung in Folge vorausgehender Krankheiten
<ul style="list-style-type: none"> → Nicht heilbar, Symptome und Krankheitsverlauf können aber gemildert werden 	<ul style="list-style-type: none"> → Durch Behandlung der Ursache in der Regel heilbar
<ul style="list-style-type: none"> → 90% aller Demenzkranken leiden an primären Formen 	<ul style="list-style-type: none"> → 10% aller Demenzkranken leiden an primären Formen

Auswirkung auf den Alltag des betroffenen

Eine demenzielle Erkrankung kann viele Gesichter haben. Das Ausmaß der Veränderungen auf das Leben des Betroffenen und seiner Angehörigen ist abhängig vom Stadium der Erkrankung. Der Betroffene merkt meist selbst, dass er sich an kurz zurückliegende Ereignisse nicht mehr erinnern kann. Plötzlich hat er Probleme mit Alltagstätigkeiten, die bisher problemlos, ja fast im Schlaf von ihm bewältigt wurden. Ein Beispiel dafür ist man kommt vom Einkaufen wieder möchte etwas kochen und man weiß plötzlich nicht mehr was für Zutaten man eigentlich benötigt, weil man es einfach vergessen hat. Die zunehmenden Schwierigkeiten wie Vergesslichkeit, mangelnde Merkfähigkeit, depressive Verstimmungen oder Orientierungsprobleme werden sowohl vom Betroffenen als auch von seinen Angehörigen zunächst auf einen "normalen" altersbedingten Abbau von geistigen Fähigkeiten zurückgeführt.

www.dasgehirn.info/Demenz,

www.alzheimerinfo.de, <https://www.pflege.de/leben-im-alter/krankheiten/demenz>

Nick Engelhardt, Andreas Zeyen
Depressionen

Depressionen

Depressionen zählen zu den häufigsten psychischen Erkrankungen.

Die Depression **ist eine** affektive Störung: **Affektive Störungen** sind Erkrankungen, die sich durch Schwankungen der Stimmung und des Antriebs auszeichnen. Im Vordergrund stehen Beschwerden wie

- eine gedrückte Stimmung,
- Interessenverlust und Freudlosigkeit und
- ein verminderter Antrieb.

Bestehen zwei oder mehr dieser Hauptsymptome über mindestens zwei Wochen hinweg, spricht man von einer Depression.

Insgesamt erkranken in Deutschland ca. **5,3 Mio. Menschen** im Laufe eines Jahres an einer behandlungsbedürftigen, unipolaren Depression.

Eine Depression hat **viele Gesichter** und kann mit zahlreichen weiteren Beschwerden verbunden sein. So spüren manche Betroffene die Depression vorwiegend körperlich, etwa in Form von Schwindel, Kopfschmerzen oder Kreislaufproblemen. Bei anderen wiederum stehen Symptome wie Konzentrationsstörungen oder Appetitlosigkeit im Vordergrund. In diesem Fall kann die Depression lange unerkannt bleiben.

Symptomatik bei einer Bleibenden/ Krankhaften Depression

„Warum immer ich?“

„Das schaff ich sowieso nicht...“

„Die anderen können mich einfach nicht verstehen...“

„Ich will einfach nur, dass es endlich aufhört!“

Symptome einer Depression werden nach der ICD-10 (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme) in Haupt- und Nebensymptomen eingeteilt.

- Fast ununterbrochene depressive Stimmung in starkem Ausmaß, die nicht von außen beeinflussbar ist und mindestens zwei Wochen anhält.
- Verlust von Freude und Interessen
- Antriebslosigkeit oder Müdigkeit

Werden zu den Hauptsymptomen gezählt.

Zu den Nebensymptomen werden große Selbstzweifel und eine Negative Selbstbewertung gezählt, stark schwindendes Selbstvertrauen geht damit oft/meistens einher. Weiter Nebensymptome sind starke Schuldgefühle, Konzentrations- Aufmerksamkeitsstörungen. Eine schwere depressive Episode kann auch von psychotischen Symptomen wie Wahnvorstellungen und Halluzinationen begleitet werden. Die Patienten leiden dann beispielsweise unter Verfolgungswahn oder moralischen Zwangsgedanken. Wahnhafte Depressionen sind besonders schwerwiegend und nicht leicht zu behandeln.

Körperliche Symptome sind beispielsweise Herz-Kreislauf-Beschwerden oder Schmerzen, mitunter auch Appetitverlust oder – seltener - eine Steigerung des Appetits. Manchmal stehen die körperlichen Beschwerden so stark im Vordergrund, dass die Depression nicht erkannt wird.

Ursache:

Eine Depression entsteht in der Regel aus dem Zusammenwirken mehrerer Faktoren. Welche Rolle erbliche und umweltbedingte Faktoren spielen, ist individuell unterschiedlich und im Einzelfall nicht leicht zu beantworten. Eine genetische Veranlagung, neurobiologische Störungen sowie bestimmte Entwicklungs- und Persönlichkeitsfaktoren (psychosoziale Faktoren) bilden die Basis der meisten Depressions-Erklärungsmodelle.

Die Betroffenen besitzen eine - durch verschiedene Faktoren bedingte - geringere Toleranz gegenüber seelischen, körperlichen und biografischen Belastungsfaktoren als gesunde Menschen. Diese besondere Verletzlichkeit (Vulnerabilität) spielt bei dem Ausbruch und der Aufrechterhaltung einer Depression eine große Rolle. Als Auslöser (reaktive Faktoren) einer depressiven Episode wirken meist persönlich belastende Ereignisse oder Überforderungssituationen. Auf diese reagieren mögliche Risikopersonen sensibler als andere Menschen.

Genetische Veranlagung

Eine erbliche Vorbelastung trägt nach dem heutigen wissenschaftlichen Erkenntnisstand zu der Entstehung einer Depression wesentlich bei. Denn Depressionen treten familiär gehäuft auf. Sind Verwandte ersten Grades betroffen, liegt die Gefahr, selbst eine Depression zu entwickeln, bei etwa 15%.

Stoffwechsel- und Funktionsstörungen im Gehirn

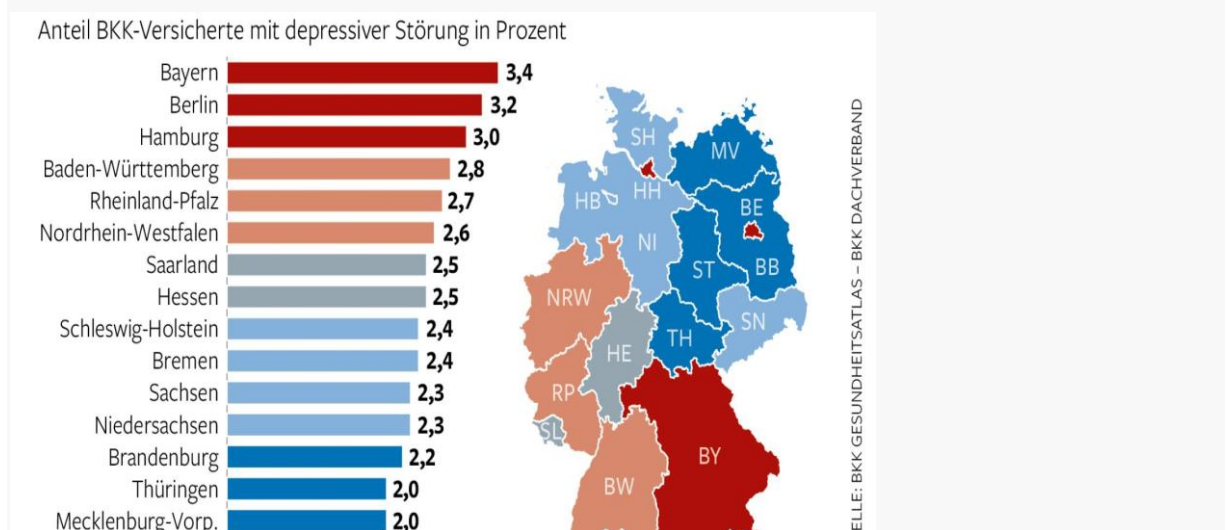
Viele Untersuchungen deuten darauf hin, dass Depressionen durch typische Veränderungen von Botenstoffen im Gehirn gekennzeichnet sind. Dabei scheinen bestimmte Botenstoffe (so genannte Neurotransmitter wie Serotonin, Dopamin, Noradrenalin, Acetylcholin, Gamma-Aminobuttersäure) aus dem Gleichgewicht geraten zu sein.

Ein weiterer Faktor, der zur Entstehung einer Depression beitragen kann, beruht auf einer fehlgeleiteten Entwicklung in der Kindheit. Ein ängstlich-fürsorglicher Erziehungsstil, eine daraus resultierende „erlernte Hilflosigkeit“ sowie geringe Fähigkeiten der Betroffenen, Stress zu bewältigen, können Risikofaktoren für die Entwicklung einer Depression sein

Eine Depression kann man abmildern, aber sie ist nicht heilbar. Ist aber von Fall zu Fall unterschiedlich.

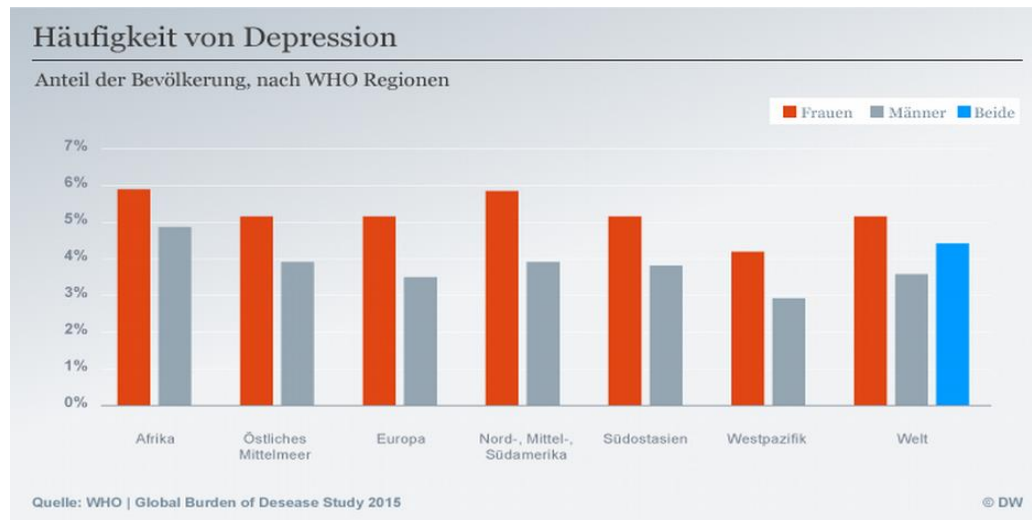
Andere aussagen: Depressionen können behandelt werden. Allerdings ist die Situation im Moment die, daß weniger als die Hälfte der erkrankten Personen auch wirklich Hilfe bekommt. Dies ist um so trauriger, weil eine Depression, wenn sie fachgerecht behandelt wird, vollkommen geheilt werden kann.

Häufigkeit von Depressionen in Deutschland nach Bundesländern Sortiert



Im Schnitt hat jeder fünfte in Deutschland schon mal eine Depressive Episode Durchlebt.

Häufigkeit von Depression bei Männer und Frauen Weltweit



Im Schnitt sind 4,7 % der Weltbevölkerung Depressiv, aber es zeigt sich auch klar das Frauen eher zu einer Depression neigen als Männer

Auswirkungen auf den lebenspraktischen Bereich des Betroffenen

Bei der Arbeit neigen depressive Personen dazu langsamer und weniger produktiv zu sein, sie haben Entscheidungsprobleme bzw fühlen sich unsicher und machen auch mehr Fehler.

Zu Haus fällt ein Interessenverlust in der Familie auf und sie können auch die Gemeinschaft mit ihren Familienmitgliedern oder Freunden oder gemeinsame Aktivitäten nicht mehr genießen. Sie sind nicht mehr in der Lage Gefühle für geliebte Personen zu zeigen und weisen häufig auch ein vermindertes sexuelles Bedürfnis auf. Sie neigen häufig dazu, Freunde und soziale Aktivitäten zu vernachlässigen oder sie zu meiden. Früher mit Freude und Interesse ausgeübte Hobbies oder Freizeitaktivitäten bringen auch keine Zufriedenheit.

Menschen mit einer milderen Form einer Depression können gereizt oder gestresst wirken und Beeinträchtigungen durch ihre Symptomatik haben, können aber noch in allen Lebensbereichen mit größerer Anstrengung ihre Aufgaben erfüllen. Mit zunehmenden Symptomen wird die Leistung bei sozialen, häuslichen oder beruflichen Bereichen nur unter aller größter Mühe aufrecht gehalten bis dann bei den schweren Formen auch eine Alltagsgestaltung über einen ganz kurzen Zeitraum hinaus gar nicht mehr gelingt.

In dieser dramatischen Situation, wo selbst Essen oder Körperhygiene vernachlässigt wird und die Patienten das Haus nicht mehr verlassen oder nur noch im Bett liegen kann das Risiko der Selbstvernachlässigung und Selbstmordgefährdung gegeben sein, so dass eine engmaschige Betreuung und Überwachung in einem Krankenhaus erforderlich wird.

Heilerziehungspflegerische Möglichkeiten

Im Rahmen der AEDLs kann der Heilerziehungspfleger beratend, unterstützend und pflegerisch eingreifen. Als Beispiel: Körperpflege, sich beschäftigen, lernen, entwickeln zu können (Raum und Zeit gestalten, Arbeiten und spielen), für Sicherheit sorgen.

Quellen:

<http://www.netdoktor.de/krankheiten/depression/symptome/>

<https://www.welt.de/wirtschaft/article143774194/BKK-Atlas-zeigt-duesteres-Potenzial-der-Depressionen.html>

<http://www.onmeda.de/krankheiten/depression.html>

Alicia Kaup, Ines Deitelhoff
Diabetes

Diabetes

Diabetes Mellitus Typ 1

Definition:

Typ 1 – Diabetes beginnt meist in der Kindheit oder Jugend und wurde daher früher als Jugenddiabetes bezeichnet. Er entsteht durch die Zerstörung der Insulinproduzierenden Zellen, die letztendlich einen absoluten Insulinmangel hervorruft. 5-7 % aller Diabetiker sind Typ 1 – Diabetiker. Heute geht man davon aus, dass es sich bei dieser Form der Erkrankung um eine Autoimmunerkrankung handelt, die durch ein Zusammenspiel von bestimmten Erbfaktoren und bestimmten durchgemachten Virusinfektionen begünstigt wird.

Symptome:

- Häufiger Harndrang
- Übelkeit, Erbrechen, Bauchschmerzen
- Starker Durst
- Müdigkeit und Abgeschlagenheit
- Trockene, juckende Haut
- Gewichtsverlust
- Azeton Geruch der Atemluft

Ursachen:

- Ist fast immer eine Autoimmunreaktion
 - Die Insulin-produzierenden Beta-Zellen werden von den Abwehrzellen des Immunsystems angegriffen und zerstört
 - Die Beta-Zellen befinden zusammen mit den Alpha-Zellen in der Bauchspeicheldrüse
 - das Blutzucker erhöhende Hormon Glukagon wird von den Alpha-Zellen hergestellt
 - die Hormone Insulin und Glukagon werden von der Bauchspeicheldrüse direkt ins Blut freigesetzt
 - die Bauchspeicheldrüse liegt in der oberen Bauchhöhle zwischen Magen, Milz und Leber

- Erbanlagen
 - ➔ Nicht jeder, der ein Elternteil mit Diabetes Typ 1 hat, erkrankt auch selbst
 - ➔ Das Risiko ist gering. Sind beide Eltern betroffen, steigt das Risiko auf 20%
 - ➔ Väter scheinen dabei häufiger einen Diabetes Typ 1 an ihre Kinder weiterzugeben
- Umweltfaktoren
 - ➔ Infektion mit Viren (Enteroviren)
 - ➔ Ernährung

Häufigkeit des Auftretens:

Der Typ-1-Diabetes bildet sich oft schon im Kindes- und Jugendalter. Rund 300.000 Menschen in Deutschland leben Schätzungen zufolge mit Typ-1-Diabetes. Verlässliche Zahlen gibt es aber nicht, da Diabetes keine meldepflichtige Krankheit in Deutschland ist.

Medizinische Prognostik:

Da die Insulinproduzierenden Zellen zerstört sind, hilft ausschließlich die Insulin – Gabe

- ➔ Injektionen
- ➔ Insulinpumpe

Folgen:

- Herz und Kreislauf
- Nieren
- Auge
- Nerven
- Füße (Diabetisches Fuß - Syndrom)

Diabetes Mellitus Typ 2

Definition:

Diabetes Typ 2 wurde früher auch als Altersdiabetes bezeichnet, da er meist erst nach dem 40. Lebensjahr auftritt. Er ist gekennzeichnet durch einen sogenannten **relativen Insulinmangel**, der meist durch eine erworbene Unempfindlichkeit gegenüber Insulin verursacht wird. Etwa 90 % der Typ 2 – Diabetiker sind übergewichtig und die Fettsucht gilt als entscheidender Risikofaktor für die Entstehung der Krankheit. Heutzutage sind aber auch immer mehr Jugendliche vom Typ 2 – Diabetes betroffen. Die Ursache dafür ist in der allgemein zu zuckerreichen Ernährung zu suchen. Übergewichtigkeit ist dabei nicht zwangsläufig Bedingung. In seltenen Fällen kann die Unempfindlichkeit gegenüber Insulin aber auch angeboren sein.

Symptome:

- Verstärkter Harndrang (auch nachts)
- Vermehrter Durst
- Deutlicher Leistungsminderung / Abgeschlagenheit
- Hautprobleme (Juckreiz, Entzündungen, Verletzungen heilen schlecht)
- Anfälligkeit für Infektionen
- Ausbleiben der Menstruationsblutung, verminderte Potenz
- Gewichtsabnahme

Ursachen:

- Vererbung
 - Bedeutet nicht, dass Krankheit von den Eltern auf die Kinder vererbt wird, sondern lediglich die Veranlagung
- Übergewicht
 - Fettzellen benötigen vergleichsweise viel Insulin, damit Zucker aufgenommen und verarbeitet werden können
 - Das bedeutet für die Bauchspeicheldrüse eine höhere Produktion von Insulin
 - Dies Überlastung führt zu einer Erschöpfung der Insulin bildenden Zellen
- Bewegungsmangel

- Störungen im Fettwechsel
 - Erhöhte Cholesterin- und Triglycerid- Werte im Blut
- Dauerstress
- Medikamente
 - Kortison
 - Entwässerungsmittel
 - Pille

Medizinische Prognostik:

Da die Insulinproduzierenden Zellen nicht sofort kaputt, sondern zunächst „nur“ überfordert sind, gibt es eine so genannte Stufentherapie:

- 1) Umstellung der Lebensweise
 - Gesunde Ernährung + Bewegung -> Gewichtsnormalisierung
- 2) Medikamente (Tabletten)
 - Die die Insulinproduzierenden Zellen anregen/ unterstützen oder die Glucose-Freisetzung im Blut verlangsamen
- 3) Zusätzlich zu 2) die Verabreichung von Insulin
- 4) Wer alle guten Ratschläge dauerhaft ignoriert, zerstört nach einiger Zeit seine Insulinproduzierenden Zellen
 - Reine Insulintherapie bleibt als einzige Therapie übrig (siehe Typ 1)

+ zusätzlich Sport in allen Stufen (Ausdauersport)

Folgen:

- Herzinfarkt
- Schlaganfall
- Netzhautschaden
- Nervenschaden
- Nierenschaden
- Diabetischer Fuß
- Depressionen

Wie kann der HEP helfen?

- Der HEP kann auf die Ernährung des Bewohners achten
- Schulungen besuchen, um mehr über die Krankheit herauszufinden
- Er kann dafür sorgen, dass man Insulin kühl lagert (sonst hat es keine Wirkung)
- Regelmäßig dafür sorgen, dass der Klient seinen Blutzucker misst
- Bewegung + Sport



Quellen:

<https://www.diabetesinformationsdienst-muenchen.de/erkrankungsformen/typ-2-diabetes/index.html>

<https://www.diabetes-ratgeber.net/Diabetes-Typ-2>

Corinna Alofs
Diabetischer Fuß

Diabetischer Fuß

Definition

Der Diabetische Fuß ist eine häufige Folgeerkrankung bei Diabetes, oft ausgelöst durch eine Fußverletzung. Da man das Gefühl in den Füßen teilweise oder völlig verloren hat, kann man Fußverletzungen nicht mehr so schnell Spüren und Verletzungen können sich leicht entzünden.

Symptome

Die wichtigsten Symptome bei einem drohenden Diabetischen Fuß sind:

- Trockene Haut an den Füßen
- Verringertes Schmerz und Temperatur empfinden
- Erhöhte Berührungsempfindlichkeit
- Stechende oder brennende Schmerzen
- Taubheit in den Füßen
- Krallenbildung an den Zehen
- Rötungen, Schwellungen und Überwärmungen an den Füßen

Symptome bei Bestehenden Diabetischen Fuß

- Fußverletzungen
- Schlecht heilende Geschwüre mit oder ohne Infektion
- Schwäche der Fußmuskulatur
- Verformungen des Fußes bzw. der Zehen (Krallenfuß)
- Gangrän: Gewebnekrose, also Absterben von Gewebe durch Mangel durchblutung

Ursachen

- Nervenschädigungen in den Beinen
- Gefäßschädigungen in den Beinen
 - Langfristig erhöhte Blutzuckerwerte

Häufigkeit des Auftretens

- 25% aller Diabetiker erleiden während ihres Lebens an einem diabetischen Fußsyndrom

- 50% aller Erkrankten müssen innerhalb von 4 Jahren nach Diagnosestellung mit Amputationen rechnen
- Jährlich 50.000 nicht traumatisch bedingte Amputationen bei Diabetikern

Medizinische Prognostik

Die Blutzuckerwerte sollen optimal eingestellt und vorhandene andere Grunderkrankungen behandelt werden. Liegen etwa Durchblutungsstörungen vor, wird der Arzt die Einnahme von Mitteln zur Blutverdünnung, geeignetes Schuhwerk und Gehtraining empfehlen, solange keine Fußwunden bestehen. Gefäßengstellen lassen sich weiten, gegebenenfalls kann ein Bypass gelegt werden.

Offene Hautstellen erfordern häufig Bettruhe, den Einsatz eines Antibiotikums und eine konsequente Druckentlastung, um den Heilungsprozess zu unterstützen. Auch das Schuhwerk ist wichtig: Schuhe sollten Einlagen und Entlastungspolster haben.

Das diabetische Fußsyndrom (DFS) ist die häufigste Ursache für nicht-traumatische Amputationen.

Pflegebedürftigkeit besteht

- bei 5 % der Diabetiker mit DFS nach Zehenamputation
- bei 5 % nach Vorfußamputation
- bei 33% nach Unterschenkel- oder Oberschenkelamputation

Innerhalb von 4 Jahren nach Amputation des ersten Beines ist über 50 % der Diabetiker eine Amputation am zweiten Bein notwendig.

Auswirkungen auf den lebenspraktischen Bereich des Betroffenen

- Im schlimmsten Fall Amputation

Heilerziehungspflegerische Möglichkeiten

Prävention

- Gut eingestellte Blutzuckerwerte
- Regelmäßige Fußkontrollen beim Facharzt

Bei bestehenden Diabetischen Fuß

- Gut eingestellte Blutzuckerwerte
- Gute Ernährungseinstellung
- Füße Regelmäßig auf Verletzungen kontrollieren

http://www.diabetes-ratgeber.net/Diabetisches-Fusssyndrom/Diabetischer-Fuss-Symptome-28044_3.html

<https://www.diabetesinformationsdienst-muenchen.de/erkrankungsformen/folgeerkrankungen/diabet-fusssyndrom/index.html#c55132>

<http://www.diabsite.de/aktuelles/nachrichten/2013/130526c.html>

Joy Sonntag
Epilepsie

Epilepsie

Epilepsie (auch als **Cerebrales Anfallsleiden** bezeichnet) ist eine chronische Erkrankung des Nervensystems und äußert sich in Form von wiederholt auftretenden epileptischen Anfällen (**Konvulsionen**). Hierbei entladen sich mehrere Nervenzellen gleichzeitig. Die Nervenzellen haben ihr „Entladungsmuster“ verändert und senden permanent oder stoßweise elektrische Impulse aus.

Da diese neurologische Erkrankung ein sehr komplexes Erscheinungsbild hat, ist es wichtig, zwischen den **Epilepsieformen** (Krankheitsbild) und den verschiedenen **Formen der epileptischen Anfälle** (Symptome) zu unterscheiden.

Epilepsieformen

Man unterscheidet zwischen

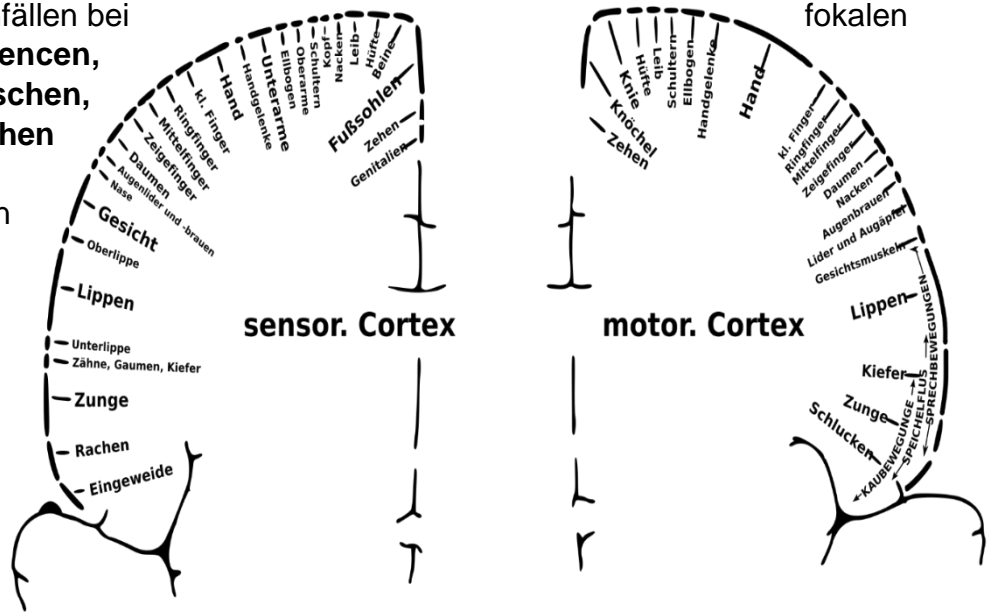
- **Fokalen (partiellen) Epilepsien** und
- **Generalisierten Epilepsien**

Bei einer fokalen Epilepsie entstehen Anfälle in einem örtlich begrenzten Bereich des Gehirns. Dieser Bereich wird dann als „Fokus“ oder „Herd“ bezeichnet. Bei einer generalisierten Epilepsie sind beide Hirnhälften betroffen.

Es gibt auch Anfälle, die fokal beginnen und sich im Verlauf über beide Hirnhälften ausbreiten. Dieser Verlauf wird als „**sekundäre Generalisierung**“ bezeichnet.

Symptomatik

Die Klinik ist unterschiedlich und abhängig davon, welche Epilepsieform vorliegt und in welchem Hirnareal der Anfall stattfindet. Es wird differenziert zwischen **einfachen und komplexen** Anfällen bei Epilepsien und **Absencen, Myoklonien, atonischen, tonischen, klonischen und tonisch-klonischen** Anfällen bei generalisierten Epilepsien.

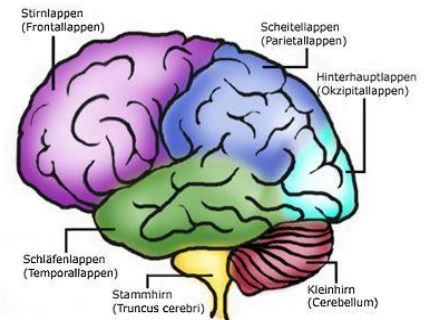


Je nachdem wo im Gehirn der Anfall stattfindet, zeigen sich unterschiedliche Anfallsbilder:

➤ Bei fokalen Epilepsien

❖ **Einfach Fokal**

- Bewusstsein bleibt erhalten
- Aura (subjektive Sinnesempfindungen)
- Bewegungen, Versteifungen, Zuckungen
- Anfälle im Frontallappen → motorisch
- Anfälle im Parietallappen → sensibel
- Anfälle im Temporallappen → psychisch
- Anfälle im Okzipitallappen → sensorisch
- Anfälle im Hirnstamm → vegetativ



❖ **Komplex Fokal**

- Bewusstseinsstörung
- Bewegungsloses Verharren; Unruhe; Herumlaufen
- Automatismen: Kauen, schlucken, nesteln
- Sprachliche Äußerungen, die ständig wiederholt werden

Nach fokalen Anfällen kann es zur sog. „Todd’schen Parese“ kommen (kurzzeitige Lähmung in Gliedmaßen oder Körperhälfte). Diese verschwindet meist nach ein paar Minuten wieder.

➤ Bei generalisierten Epilepsien

▪ **Absencen** („Petit-mal“)

- plötzlich beginnende kurze Bewusstseinspausen mit starrem Blick
- Handlungen werden kurzzeitig unterbrochen und später einfach fortgeführt
- auch mit tonischen und atonischen Komponenten

▪ **myoklonischer Anfall** (Muskelzuckungen)

- plötzlich ruckartiges Zucken (vorwiegend in den Armen)

▪ **astatischer Anfall** (atonisch/ akinetisch)

- plötzlich Erschlaffen der Muskulatur (Tonusverlust)
- der Betroffene fällt blitzartig in sich zusammen und sinkt zu Boden; kann steif oder gebeugt in jede Richtung zu Boden fallen (Verletzungsgefahr durch Stürze!)

▪ **tonischer Anfall**

- plötzlich Verkrampfen der Skelettmuskulatur
- Bewusstlosigkeit und Atemstillstand (Apnoe)
- Blickwendung nach oben mit Pupillenerweiterung
- Kopfbeugung und öffnen des Mundes
- leichte Beugung und/oder Anhebung der Arme, auch der Hüfte

- **klonischer Anfall**
 - länger anhaltende rhythmische Zuckungen (Kloni) in den Beugemuskeln aller Glieder (Frequenz alle 2-3 Sekunden)
 - rhythmische Zuckungen der Muskulatur oder von Muskelgruppen
 - meistens in Gesicht, Armen und Beinen
- **tonisch- klonischer Anfall** („Grand- mal“)
 - verläuft in drei Phasen
 - 1. Tonische Phase:
 - Bewusstlosigkeit
 - Sturz durch Versteifung der Arme und Beine
 - Pupillenerweiterung
 - Anspannung der inneren Organe
 - Initialschrei
 - Atemstillstand (Apnoe) mit Blauverfärbung der Haut (Zyanose)
 - 2. Klonische Phase:
 - heftiges Krampfen oder Zucken
 - Augen geöffnet und oft verdreht
 - verstärkter Speichelfluss kann zur Schaumbildung führen
 - evtl. Zungen- oder Wangenbiss
 - oft mit Einnässen (Miktion)
 - 3. Nachphase (postkonvulsiv)
 - Wiederbeginn der Atmung
 - Wiedererlangung des Bewusstseins
 - Erschöpfungszustand und Terminalschlaf

Bei epileptischen Anfällen besteht die Gefahr eines „**Status- epilepticus**“. Dieser liegt vor, wenn ein Anfall länger als zehn Minuten dauert, oder innerhalb der zehn Minuten wiederholt Anfälle auftreten (Serien). Die Gefahr ist bei „Grand- mal- Anfällen“ besonders hoch. Der Status- epilepticus ist ein lebensbedrohlicher Zustand, bei dem sofort notärztliche Hilfe angefordert werden muss. Es besteht auch die Gefahr des „plötzlichen Epilepsie- Todes“ (Herz- Kreislauf- Versagen während d. Anfalls).

Ursachen

Die Ursachen sind vielfältig und oft komplex, manchmal können sie auch gar nicht eruiert werden. Man unterscheidet zwischen erworbenen und angeborenen Ursachen.

Beispiele für **erworbene** Ursachen:

- Sauerstoffmangel während der Geburt oder durch Ertrinkungsunfälle
- Schädel- Hirn- Trauma
- Enzephalitis (Infektion d. Gehirns) z.B. durch Herpes Viren, Masern, Lyme-Borreliose, Meningokokken etc.
- Nach Apoplex (15 % epileptische Anfälle, 10 % entwickeln Epilepsie)
- Nach Tumoren

Beispiele für **angeborene** Ursachen:

- Hirnreifungsstörungen
- Hirnfehlbildungen z.B. Fokale kortikale Dysplasie (fokale Störung der Entwicklung der Großhirnrinde)
- Zerebrale Gefäßmissbildungen z.B. Aneurysma (krankhafte Aussackung einer Schlagader)
- Stoffwechselkrankheiten
- Genetische Disposition

Häufigkeit

Das Risiko an Epilepsie zu erkranken ist in den ersten fünf Lebensjahren besonders hoch. Nach dem 20. Lebensjahr sinkt das Risiko und steigt ab dem 60. Lebensjahr wieder steil an. In Deutschland leiden etwa 500.000 Menschen an Epilepsie (0,6% der Bevölkerung). Es gibt durchschnittlich ca. 38.000 Neuerkrankungen pro Jahr.

Diagnostik

Eine Epilepsie liegt erst dann vor, wenn wiederholt epileptische Anfälle auftreten. Kommt es zu Anfällen in Folge von Alkohol- und/oder Drogenkonsum, bei hohem Fieber (besonders bei Kindern) oder bedingt durch Übermüdung nennt man diese „**Gelegenheitsanfälle**“. Sie stellen keine Epilepsie dar. Auch die sog. „epilepsieähnlichen Ereignisse“ (z.B. Synkopen) gehören nicht zur diagnostizierten Epilepsie. Ein Anfallsleiden liegt also vor, wenn mehr als zwei **unprovozierte Anfälle** auftreten, d.h. sichtbar in der Klinik und/oder im EEG. Die Diagnose wird mit Hilfe eines EEGs gestellt, in dem epileptische Potenziale

sichtbar sind. Je nach Ursache werden weitere Untersuchungen für eine gezielte Diagnostik nötig z.B. Stoffwechseluntersuchungen, Untersuchung des Liquors („Nervenwasser“), CT/MRT, humangenetische Untersuchung mit sorgfältiger Familienanamnese und Stammbaumanalyse. Man sollte jedoch bedenken, dass immer nur die Wahrscheinlichkeit wiederholter epileptischer Anfälle diagnostiziert werden kann, da der Patient zwischen den Anfällen meist symptomfrei ist.

Medizinische Prognostik/Therapie

Auch hier kann nur die Wahrscheinlichkeit abgewogen werden, ob weitere Anfälle auftreten, oder nicht. Wenn über einen Zeitraum von zwei Jahren ohne Medikation keine Anfälle aufgetreten sind, spricht man von Heilung, obwohl damit nur das Risiko des Auftretens epileptischer Anfälle als „sehr gering“ eingestuft wird.

Die Therapie einer Epilepsie erfolgt medikamentös. Hier kommen sog. „**Antiepileptika/Antikonvulsiva**“ zum Einsatz (z.B. „Valproatsäure“, „Levetiracetam“). Liegt eine fokale Epilepsie vor, besteht die Möglichkeit der „**Epilepsie - Chirurgie**“. Hierbei kann der Fokus im Gehirn z.B. über die Aura lokalisiert und operativ entfernt werden. Bei schweren und/oder therapieresistenten Epilepsien besteht auch die Möglichkeit der „**ketogenen Diät**“. Hierbei handelt es sich um eine kohlenhydratlimitierte, fettreiche Ernährungsform, welchen den Gehirnstoffwechsel verändert. Das Gehirn muss dann seine Energie aus Ketonen gewinnen, statt aus Glukose.

Auswirkungen auf den lebenspraktischen Bereich/Möglichkeiten zur Verbesserung der Lebensqualität

Menschen mit geistigen Behinderungen sind öfter epilepsiekrank, als Gesunde. Das liegt daran, dass der geistigen Behinderung oft eine Erkrankung im Gehirn zugrunde liegt, welche dann in der Folge zur Epilepsie führt. Der HEP kann an der Erkrankung an sich nichts ändern. Er kann lediglich dafür sorgen, dass die Medikamente regelmäßig eingenommen werden und anfallsauslösende Faktoren vermeiden (Schlafentzug, Blitzlicht etc.). Folgende Verhaltensregeln sollten im Falle eines Anfalls beachtet werden:

- Ruhe bewahren
- Beobachten, wie lange der Anfall dauert (er endet i.d.R. von selbst, aber wegen der Gefahr des Status- epilepticus auf Dauer achten)
- Den Betroffenen nicht festhalten (verlängert den Anfall, Verletzungsgefahr)
- Festgehaltene Gegenstände nicht gewaltsam entfernen
- Verletzungsrisiko minimieren (Stühle etc. wegräumen)
- Unter keinen Umständen etwas in den Mund stecken!

Ein Arzt sollte gerufen werden, wenn der Betroffene zum ersten Mal einen Anfall erleidet, er in einen Status- epilepticus gelangt, sich verletzt hat, oder er das Bewusstsein nicht wiedererlangt.

Quellen und weiterführende Links

<http://www.epilepsie-netz.de/30/Grundlagen.htm>

<http://www.epilepsie-vereinigung.de/>

Kristina Kühn
Herzinsuffizienz

Herzinsuffizienz

Definition: Was ist Herzinsuffizienz

Als Herzinsuffizienz (Herzmuskelschwäche, Herzschwäche, Myokardinsuffizienz) wird eine Erkrankung bezeichnet, bei der das Herz nicht mehr in der Lage ist, den Körper ausreichend mit Blut und Sauerstoff zu versorgen. Die Herzinsuffizienz ist eine der häufigsten Todesursachen in Deutschland.

Häufigkeit des Auftretens

Pro Jahr erkranken etwa 320 von 100.000 Menschen in Deutschland neu an Herzinsuffizienz. Besonders unter den 70- bis 80-Jährigen steigt die Rate der Neuerkrankungen an. Das Erkrankungsrisiko für Männer ist etwa anderthalb mal so groß wie für Frauen. Außerdem erkranken Männer meist etwas früher als Frauen an Herzschwäche.

Symptome bei Herzinsuffizienz:

Je nach den angewendeten Kriterien (betroffener Herzbereich) lassen sich verschiedene Formen von Herzinsuffizienz unterscheiden:

Linksherzinsuffizienz: bei einer Linksherzinsuffizienz ist das Herz nicht mehr in der Lage, ausreichend Blut in den Kreislauf zu pumpen. Das Blut staut sich in der Lunge. Dadurch können bei einer Linksherzinsuffizienz Symptome wie Atemnot oder auch ein zu niedriger Blutdruck (Hypertonie) auftreten.

Rechtsherzinsuffizienz: bei einer Rechtsherzinsuffizienz kann das Herz das Blut, das von den Organen zurückkommt, nicht schnell genug weiterpumpen. Das Blut staut sich vor dem Herzen und es entsteht ein hoher Druck in den Blutgefäßen. Wassereinlagerungen sind Folgen einer Rechtsherzinsuffizienz, z.B in den Beinen, aber auch im Brustkorb oder dem Bauchraum.

Globale Herzinsuffizienz: Bei einigen Betroffenen betrifft die Herzschwäche beide Herzhälften, sie haben also gleichzeitig eine Linksherzinsuffizienz und eine Rechtsherzinsuffizienz. Menschen mit einer Globalen Herzinsuffizienz ermüden schneller, wenn sie sich anstrengen. Sie fühlen sich oft erschöpft und schwach. Weitere Symptome können Probleme beim Atmen bis hin zur Atemnot.

Akute Herzinsuffizienz: tritt innerhalb von Minuten bis Stunden bzw. wenigen Tagen auf.

Chronische Herzinsuffizienz: Die Herzinsuffizienz liegt bereits seit Wochen oder Monate/ Jahren vor.

Systolische Herzinsuffizienz: Verminderte Auswurfleistung (Ejektionsfraktion) der linken Herzkammer, die das Blut in den Körperkreislauf pumpt.

Diastolische Herzinsuffizienz: Gestörte Dehnbarkeit der linken Herzkammer, die deswegen gegen einen erhöhten Widerstand gefüllt werden muss, ehe das Blut von dort in den Körperkreislauf gepumpt wird.

Ursachen der Herzinsuffizienz

Genetische Faktoren

Ja, auch bei der Herzinsuffizienz spielt die Vererbung eine Rolle: So kann zum Beispiel die Neigung zu Herzmuskelerkrankungen oder einer Vergrößerung des Herzens über die Gene weitergegeben werden – beim Betroffenen steigt damit das Risiko für eine Insuffizienz.

Koronare Herzkrankheit (KHK) und Herzinfarkt

Maßgeblichen Einfluss auf die Entstehung einer Herzinsuffizienz nehmen die koronare Herzkrankheit und in der Folge der Herzinfarkt. Denn verstopfen diejenigen Blutgefäße, die für die Durchblutung des Herzens verantwortlich sind, bleibt der Herzmuskel unterversorgt – auf Dauer führt das zu Schäden am Gewebe, das Herz kann seine volle Leistungsfähigkeit nicht mehr erreichen.

Herzklappenfehler

Auch wenn eine der vier Herzklappen fehlerhaft öffnet oder schließt, kann das eine Ursache für Herzinsuffizienz darstellen. Fließt Blut – durch eine zu große Klappenöffnung – in die falsche Richtung oder öffnet sich die Klappe nicht ausreichend, sodass nur wenig Blut hindurchströmt, muss das Herz versuchen, dies durch eine gesteigerte Leistung auszugleichen. Eine derartige Überbelastung kann jedoch letztendlich eine Herzinsuffizienz nach sich ziehen.

Bluthochdruck

Hoher Blutdruck gehört bei Herzinsuffizienz gleich im doppelten Sinne zu den Ursachen: Unbehandelt ist er zum einen in hohem Maße an der Entwicklung einer koronaren Herzkrankheit beteiligt, zum anderen kann er auch direkt die Ausbildung einer Insuffizienz fördern. Warum das so ist? Bei Bluthochdruck muss das Herz deutlich mehr Arbeit leisten – auf Dauer wird das unter Umständen zum Problem.

Diabetes

Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes mellitus führen nicht selten zu Erkrankungen des Herzens und der Blutgefäße. Unter anderem können kleine Blutgefäße verstopfen – und das betrifft auch die Herzkranzgefäße. Hier gilt ebenfalls: Die Unterversorgung des Herzens wird schnell zur Ursache einer Herzinsuffizienz.

Schlafapnoe

Bei der so genannten Schlafapnoe kommt es im Schlaf immer wieder zu Atemaussetzern. Der Betroffene selbst bemerkt von dieser Störung oftmals gar nicht viel. Für sein Herz kann sie allerdings fatale Folgen haben: Durch die unterbrochene Atmung entsteht ein Sauerstoffmangel im ganzen Körper. Dies führt zu einer Kettenreaktion, welche unter anderem den Blutdruck und die Herzfrequenz steigert. Das kann nicht nur bestehende Herz-Kreislauf-Erkrankungen verschlimmern, sondern letzten Endes auch eine Herzinsuffizienz nach sich ziehen.

Stadien/Schweregrade der Herzinsuffizienz

Die Herzinsuffizienz lässt sich je nach Beschwerden in verschiedene Schweregrade einteilen. Weit verbreitet ist die Klassifikation der New York Heart Association (= Herzvereinigung New York), die eine Einteilung in vier Stadien vorsieht (= NYHA-Stadien I-IV).

Stadium I

Herzschwäche, bei der körperliche Alltagsbelastungen **keine** unangemessene Erschöpfung, Atemnot oder Rhythmusstörungen verursachen.

Stadium II

Alltägliche körperliche Belastungen wie z.B. Treppensteigen führen über das normale Maß hinaus zu Erschöpfung, Atemnot oder Herzrhythmusstörungen.

Stadium III

Bereits **geringe** körperliche Belastungen verursachen Erschöpfung, Rhythmusstörungen oder Atemnot. Keine Beschwerden in Ruhe.

Stadium IV

Herzinsuffizienz mit Beschwerden bei allen körperlichen Aktivitäten und **auch in Ruhe**.

Medizinische Prognostik

Herzinsuffizienz ist nicht heilbar. Nur in den seltensten Fällen können die Symptome soweit gemindert werden, dass ein vollkommen unbeeinträchtigtes Leben möglich ist. Allerdings kann jeder Patient selbst beeinflussen, ob und wie weit die Krankheit fortschreitet. Durch eine Änderung des Lebensstils und einen bewussten Umgang mit der Krankheit haben Betroffene eine gute Prognose.

Neben dem Lebensstil ist es vor allem die Therapietreue, die Patienten beachten müssen. Mit Therapietreue bezeichnet der Arzt, in wie weit sich Patienten an die verordnete und mit ihrem Arzt abgesprochene Therapie halten. Dazu gehört zum Beispiel, dass die verschriebenen Medikamente regelmäßig eingenommen werden auch wenn derzeit gar keine Symptome bestehen. Komplikationen und Verschlechterungen des Allgemeinzustands lassen sich so im Voraus verhindern. Dabei werden vor allem die Blutkonzentrationen an Natrium und Kalium und die Nierenwerte geprüft. Wenn diese Werte außerhalb des normalen Bereichs liegen, sind häufigere Kontrollen nötig.

Ebenfalls wichtig bei Herzinsuffizienz: Suchen Sie bei jedem Verdacht, dass sich Ihr Zustand verschlechtert hat, sofort den Arzt auf.

Auswirkungen auf den lebenspraktischen Bereich des Betroffenen

Auswirkungen der Herzinsuffizienz auf den Blutkreislauf

Aufgrund der mangelnden Pumpfunktion des Herzens kann es bei einer Herzinsuffizienz im Blutkreislauf zu einem Rückwärts- oder Vorwärtsversagen kommen.

Unter Rückwärtsversagen ist der mangelnden Pumpfunktion zum Rückstau des Blutes kommt, das aus der Lunge und dem Körperkreislauf zum Herz zurückfließt. Der Rückstau kann zu einem Druckanstieg in den Blutgefäßen führen, woraufhin mehr Flüssigkeit aus den Gefäßen in das Gewebe gedrückt wird. Die Folge können Wassereinlagerungen (Ödeme) sein, z. B. in der Lunge oder in den Beinen.

Unter Vorwärtsversagen ist die Pumpfunktion nicht ausreichend, um den Körper (Muskeln/Organe) ausreichend mit sauerstoffreichem Blut zu versorgen. Als Folge kann es z. B. zu Atemnot bei geringer Belastung oder gar in Ruhe kommen. Ebenso zu Schwächegefühl und verminderter Belastbarkeit.

Heilerziehungspflegerische Möglichkeiten

Bei der Pflege von einem an Herzinsuffizienz erkrankten Patienten ist es wichtig, auf folgende Dinge zu achten:

1. Ernährung: Ausreichend Obst und Gemüse, möglichst wenig tierische Fett und Öle, salzarme Kost.
2. Flüssigkeitszufuhr: Die Menge der täglichen Flüssigkeitszufuhr sollten Sie mit Ihrem Arzt besprechen. Generell gilt: nicht mehr als drei Liter täglich. Ideal ist eine Flüssigkeitszufuhr von 1,5 bis zwei Litern täglich.

3. Bewegung: Regelmäßig an fünf Tagen die Woche jeweils 30 Minuten Sport treiben. Spazieren gehen und leichte Kraft- oder Koordinationsübungen sind oft schon ausreichend.. Auch Schwimmen, Radfahren und Walking sind ideal, um die Ausdauer zu verbessern. Im Alltag können Sie beginnen, zu Fuß zur Arbeit zu laufen oder die Treppe statt des Aufzugs zu benutzen.
4. Körpergewicht: Ab einem Body-Maß-Index (BMI) über 40 sollte das Gewicht unbedingt reduziert werden. Der Gewichtsverlust sollte möglichst kontrolliert und langsam und unter ärztlicher Aufsicht stattfinden. Auch für normalgewichtige Patienten ist es wichtig, regelmäßig das Gewicht zu kontrollieren, da eine schnelle Gewichtszunahme auf Wassereinlagerungen im Körper hinweisen kann.

Quellen

<https://www.herzstiftung.de/herzinsuffizienz.html>

<https://www.herzstiftung.de/herzinsuffizienz.html>

<https://www.netdokter.de/krankheiten/herzinsuffizienz/>

https://jacura.de/blog-24h-betreuung/Herzinsuffizienz_Pflege.html

**Marie-Claire Schröder,
Alena Radmacher
Hydrocephalus**

Hydrocephalus (Wasserkopf)



Definition

Als **Hydrozephalus** wird eine *angeborene* oder *erworbene* Erweiterung der inneren beziehungsweise äußeren *Liquorräume* aufgrund einer Liquorzirkulationsstörung bezeichnet. (Bezeichnung für die mit Cerebrospinalflüssigkeit gefüllten Räume im Zentralnervensystem).

Bei dieser Erkrankung sammelt sich *zu viel Gehirn- und Rückenmarkflüssigkeit* in den Hirnventrikeln, der Abfluss der Hirnflüssigkeit ist gestört.

Je nach Ausdehnung kann ein Wasserkopf zu *Hirnschädigungen* führen.

Ursachen

Die mit einem Anteil von 60 % am häufigsten vorkommende Art ist der *Hydrozephalus occlusus*. Er entsteht oft durch Blutungen, Entzündungen, Tumoren oder veränderte Blutgefäße, dann ist es fachsprachlich ein sekundärer Hydrozephalus. Als primäre Form tritt der Hydrozephalus occlusus seltener auf. Er ist die Folge von erblichen Fehlbildungen von Teilen des Ventrikelsystems.

Mit etwa 30 % kommt der *Hydrozephalus nonresorptivus* am zweithäufigsten vor. Er ist vermutlich Folge von Entzündungen oder Blutungen innerhalb der Hirnhäute.

Auf zehn Prozent aller Fälle kommt der *Hydrozephalus hypersecretorius*. Ihm liegen in der Entstehung entzündliche Prozesse sowie Quecksilber- oder Kohlenmonoxidvergiftungen zu Grunde.

Auch veränderte Blutgefäße in den Ventrikeln können den Hydrozephalus hypersecretorius hervorrufen.

Symptome

Die Symptome eines Wasserkopfs im Säuglingsalter sind mit bloßem Auge bereits zu erkennen.

Das so genannte *Sonnenuntergangsphänomen* beschreibt das teilweise Verschwinden der Augenhornhaut hinter dem unteren Augenlid bei geöffneten Augen. Die Entwicklung des Kindes kann in unterschiedlicher Ausprägung verzögert sein.

Zudem sind *Erbrechen, schlechte Nahrungsaufnahme, Teilnahmslosigkeit, Reizbarkeit, Krampfanfälle* mögliche Symptome. Bei älteren Kindern und Erwachsenen sind die Schädelknochen geschlossen. Bei ihnen treten durch die Vergrößerung der Ventrikel aufgrund des überschüssigen Liquors, der eine Kompression des Hirngewebes verursacht, *Hirndrucksymptome* auf.

Typische Begleitsymptome sind *Kopfschmerzen* und *Erbrechen*. Am häufigsten ist der sogenannte Altershirndruck, welcher meist ab dem 60. Lebensjahr auftritt und bis heute fälschlicherweise oft als Alzheimer oder Parkinson diagnostiziert wird. Typische Symptome sind die *Trias Gangstörung, Harninkontinenz* und *Demenz*. Wird ein Hydrocephalus nicht interveniert, besteht die Möglichkeit einer lebensbedrohlichen Hirnstammeinklemmung.

Diagnose

Abgesehen vom deutlichen Sichtbefund kommen in der Regel sogenannte bildgebende Verfahren zum Einsatz, um einen Wasserkopf zu diagnostizieren,. Zu diesen Verfahren zählen beispielsweise die Ultraschalluntersuchung, die Untersuchung per Computertomografie (CT) oder die Magnetresonanztomografie (MRT).

Eventuell kann eine Messung der Druckverhältnisse im Gehirn notwendig sein.

Heutzutage wird ein Hydrocephalus häufig pränatal festgestellt.

Therapie

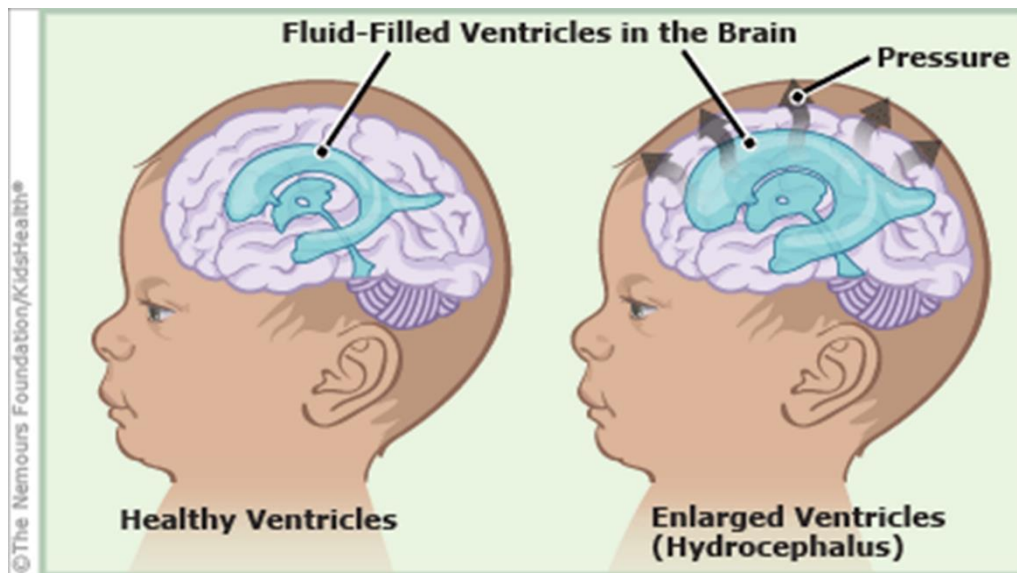
Kurzfristig kann ein entstehender Wasserkopf mit entsprechenden Medikamenten behandelt werden.

Wichtigstes Behandlungsziel ist die Vermeidung von erhöhtem Hirndruck. Es kann zur Ableitung des Liquors ein Shunt implantiert werden. Shunts bestehen aus Silikon und Kunststoff.

Der chirurgische Eingriff erfolgt mittels "intracranialer Liquorableitung". Hierzu wird mit einem Endoskop ein winziges Loch in die Wand des dritten Ventrikels gestochen, sodass der überschüssige Liquor in einen normalen Liquorraum des Körpers abfließen kann.

Verlauf

Der Verlauf eines Hydrocephalus hängt unter anderem ab von der Form der Erkrankung und den getroffenen Therapiemaßnahmen. Auch interindividuell sind Verläufe des Hydrocephalus meist verschieden. Mögliche Erstsymptome des Hydrocephalus sind etwa Kopfschmerzen oder Übelkeit. Schwere Verläufe können zu Bewusstseinsstörungen oder Koma führen. Angemessene Therapiemaßnahmen können häufig zu einer deutlichen Besserung von Symptomen des Hydrocephalus (wie beispielsweise Gangstörungen oder Störungen der Blasenentleerung) führen.



Was kann der HEP tun um die Lebensqualität zu verbessern?

- Minimal Handling: bedeutet, dass man Tätigkeiten auf ein Minimum konzentriert um den Patienten möglichst von Stress zu bewahren.
- Vitalzeichenkontrolle
- Hirndruckzeichen beachten
- Kopfumfang messen
- Hautbeobachtung
- reizarme Umgebung schaffen
- Dekubitusprophylaxe
- Lagerung 30 Grad Hochlagerung, Achsengerechte Lagerung, sowie häufige Rückenlage mit Kopfmittelstellung
-

Quellen:

- <http://flexikon.doccheck.com/de/Hydrozephalus>
- <https://de.wikipedia.org/wiki/Hydrocephalus>
- <http://www.seltenkrankheiten.de/krankheitsbilder/hydrocephalus>
- [http://symptomat.de/Hydrocephalus_\(Wasserkopf\)#Ursachen](http://symptomat.de/Hydrocephalus_(Wasserkopf)#Ursachen)
- <http://pfllegewiki.de/wiki/Hydrocephalus>
- Google Bilder

Alicia Kaup, Ines Deitelhoff
Kleinwuchs

Kleinwuchs

Definition:

Kleinwuchs, Kleinwüchsigkeit oder Mikrosomie ist eine Bezeichnung für ein nicht der Norm entsprechenden, geringeres Körperlängenwachstum, das durch eine Vielzahl von angeborenen oder erworbenen Wachstumsstörungen hervorgerufen werden kann.

Ursachen:

Es gibt Hunderte von Ursachen, die eine Kleinwüchsigkeit zur Folge haben können. Sie lassen sich in größere Gruppen einteilen, von denen hier die Wichtigsten kurz vorgestellt werden:

- Idiopathischer Kleinwuchs
 - Idiopathisch: Erkrankung tritt selbstständig auf
 - Zu dieser Gruppe gehört auch der familiäre Kleinwuchs, also eine Kleinwüchsigkeit, die in einer Familie gehäuft auftritt (Eltern sind auch kleinwüchsig)
 - Der familiäre Kleinwuchs ist die häufigste Form von Kleinwüchsigkeit und nicht als Krankheit zu betrachten

- Intrauteriner Kleinwuchs
 - intrauterinem Kleinwuchs (Uterus = Gebärmutter)
 - Wenn ein Kind bereits kleinwüchsig auf die Welt kommt, war bereits in der Gebärmutter das Wachstum des Fötus verzögert
 - verschiedene Ursachen: Rauchen, Alkohol, bestimmte Medikament, gestörte Funktion des Mutterkuchens
 - In den meisten Fällen holen die betroffenen Kinder den Wachstumsrückstand innerhalb der ersten beiden Lebensjahre wieder auf

- Chromosomale Störungen und syndromale Erkrankungen
 - Bestimmte Störungen, bei denen es zu einer veränderten Chromosomenzahl oder einem Fehler im Erbgut kommt (Down-Syndrom)
 - Noonan-Syndrom, das Prader-Willi-Syndrom, das Silver-Russell-Syndrom und das DiGeorge-Syndrom

- Organische und metabolische Ursachen
 - Erkrankungen an Herz, Lunge, Leber, Darm und Nieren

- Störungen des Kohlenhydrat-, Fett-, Protein- und auch Knochenstoffwechsels
- Skelettdysplasien
 - gestörten Knochenwachstum
 - die Achondroplasie und die Hypochondroplasie sind die häufigsten Gründe
 - Bei betroffenen Menschen ist das Längenwachstum der Röhrenknochen beeinträchtigt
 - ein ausgeprägtes Hohlkreuz mit abgeflachten Wirbelkörpern sowie ein überproportional vergrößerter Kopf mit vorgewölbter Stirn typisch für die Achondroplasie
 - Osteogenesis imperfecta („Glasknochenkrankheit“)
 - Die Knochen sind instabil und brechen oft
- Endokrine Erkrankungen
 - verschiedene hormonelle Störungen
 - Mangel an dem Wachstumshormon Somatotropin
 - zu hohe Dosis an Cortisol im Körper
 - Schilddrüsenunterfunktion, bei der zu wenig dieser Hormone produziert werden, der Grund sein
- Fehlernährung (Malnutrition)
 - Mangel- und Unterernährung
 - In Deutschland ist das Nahrungsangebot zwar ausreichend, es gibt aber Erkrankungen, die verhindern, dass die Nährstoffe richtig aus dem Darm in den Körper aufgenommen werden (Malabsorption)
 - Eine dauerhafte Malabsorption während der Wachstumsphase führt genauso zu Kleinwüchsigkeit wie Unterernährung
- Konstitutionelle Verzögerung von Wachstum und Pubertät
 - beruht nur auf einer verzögerten biologischen Reifung
 - hat eine erbliche Komponente, sodass häufig auch mindestens ein Elternteil als Kind davon betroffen war
 - die Skellettentwicklung verläuft dann verzögert und auch die Pubertät setzt erst einige Jahre später ein als beim durchschnitt
 - diese Kinder sind vorübergehend kleiner als ihre Altersgenossen, erreichen aber als erwachsener eine durchschnittliche Körpergröße
- Psychosoziale Ursachen

- Psychische Vernachlässigung kann zu Kleinwüchsigkeit führen (Psychische Deprivation)
- Essstörungen und depressive Störungen

Behandlung:

- Die Therapie von Kleinwuchs richtet sich nach dessen Ursache
 - Viele Formen von Kleinwüchsigkeit lassen sich aber gar nicht oder nur unzureichend behandeln
 - Wichtig ist in jedem Fall, dass der Kleinwuchs so früh wie möglich erkannt wird und man unmittelbar mit einer Therapie beginnt - Je früher dies geschieht, desto besser die Ergebnisse
- Wachstumshormone
 - künstliche (rekombinante) Wachstumshormone zu verabreichen (also je nach Bedarf Somatotropin oder IGF)
 - Mangel dieser Wachstumshormone
 - wie etwa dem Ullrich-Turner-Syndrom, einer Niereninsuffizienz oder dem intrauterinen Kleinwuchs
 - Psychologische Betreuung
 - kann helfen, die Situation zu akzeptieren und mit ihr besser umzugehen

Häufigkeit des Auftretens:

Man schätzt, dass es in Deutschland etwa 100.000 kleinwüchsige Menschen gibt. Nach Abschluss des Längenwachstums liegen die Grenzen hierzulande für Männer bei 1,50 Meter und für Frauen bei 1,40 Meter.

Folgen:

- psychosozialen Probleme
- werden jünger eingeschätzt und entsprechend behandelt
- traut ihnen weniger zu und lässt sie gar nicht erst selbst ausprobieren
- Probleme bei ganz alltäglichen Dingen
 - Türen öffnen, Fahrrad fahren, passende Kleidung finden, auf einem normalen Stuhl sitzen und dabei am Tisch essen

Dennis Manojlovic, Björn Lölsberg
Korsakow Syndrom

Korsakow-Syndrom

Definition des Behinderungsbildes / Krankheitsbild:

Das Korsakow-Syndrom ist eine Hirnschädigung, die typischerweise nach langjährigem Alkoholmissbrauch auftritt.

Aufgrund der damit einhergehenden Gedächtnisstörungen ist das Korsakow-Syndrom auch unter der Bezeichnung "amnestisches Syndrom" bekannt. Betroffene mit dem Korsakow-Syndrom können sich oft an viele Ereignisse aus der Vergangenheit nicht mehr erinnern und sich auch keine neuen Informationen merken. Diese Lücken füllen Erkrankte oft mit erfundenen Angaben. Benannt und entdeckt wurde das Korsakow-Syndrom von dem russischen Psychiater und Neurologen Sergei Korsakow, der das Krankheitsbild Ende des 19. Jahrhunderts beschrieb. Im ICD-10 wird es mit der Kennzeichnung F10.6 bezeichnet.

Unter anderem gibt es eine Unterform des Korsakow-Syndroms. Diese nennt sich dann Wernicke-Korsakow-Syndrom. Oft geht dem Korsakow-Syndrom die Wernicke-Enzephalopathie voraus, eine bestimmte Form der Gehirnentzündung. Wird diese nicht rechtzeitig behandelt, mündet sie im Korsakow-Syndrom. Mediziner sprechen daher auch von einem Wernicke-Korsakow-Syndrom. Die Wernicke-Enzephalopathie ist benannt nach ihrem Entdecker, dem Neurologen Carl Wernicke. In etwa acht von zehn Fällen geht die Wernicke-Enzephalopathie in das Korsakow-Syndrom über.

Symptomatik: (wie äußert sich die Krankheit)

Die Wernicke-Enzephalopathie und das Korsakow-Syndrom sind zwar unterschiedliche Beschwerdebilder, aber beide haben einen Vitamin-B1-Mangel als Ursache. Welches ein Grundsymptom für beide Syndrome ist. Typische weitere Symptome der Wernicke-Enzephalopathie sind Gang- und Standunsicherheit, Augenmuskellähmungen und Störungen des Bewusstseins. Während die Wernicke-Enzephalopathie durch rechtzeitige Therapie relativ gut behandelbar ist, können beim Korsakow-Syndrom nur bedingt Verbesserungen erzielt werden. Weitere Symptome des Korsakow-Syndroms sind Störung des Gedächtnis und der Merkfähigkeit, Konfabulationen (Gedächtnislücken füllen mit erfundenen Inhalten) und Orientierungsstörungen (vergessen wo man sich befindet, wann was stattfand). Symptome die oft im Vorfeld bei der Wernicke-Enzephalopathie entstehen sind eine Gehirnentzündung welche sich zu Beginn mit Magen-Darm-Problemen und Fieber zeigt.

Ursachen:

Das Korsakow-Syndrom entsteht durch einen Mangel an Vitamin B₁ (Thiamin). Häufigste Ursache der unzureichenden Vitamin-B1-Versorgung ist über lange Zeit bestehender, chronischer Alkoholmissbrauch.

Langjähriger Alkoholmissbrauch geht oft mit einem Vitaminmangel einher. Die Gründe: Zum einen "ernährt" sich der Alkoholiker ausschließlich von Alkohol. Dem Körper fehlen wichtige Nährstoffe aus der Nahrung – unter anderem Vitamin B₁. Zum anderen führt Alkoholkonsum dazu, dass der Magen-Darm-Trakt Vitamin B₁ schlechter aufnehmen kann.

Ist zu wenig Vitamin B₁ im menschlichen Körper vorhanden, kann dies auf Dauer das Gehirn beeinträchtigen. Insbesondere Regionen im Zwischenhirn, die unter anderem für die Gedächtnisbildung und den Abruf von Informationen zuständig sind, nehmen Schaden. Dazu zählen etwa die so genannten Mamillarkörper und weitere Bereiche des Zwischenhirns wie der Thalamus. Diese Schäden haben die typischen Beschwerden des Korsakow-Syndroms zur Folge.

Darüber hinaus ist das Vitamin bei der Reizweiterleitung im Nervensystem von Bedeutung.

Da nicht alle Personen mit Vitamin-B1-Mangel ein Korsakow-Syndrom entwickeln, sind vermutlich noch weitere Faktoren an der Entstehung beteiligt, etwa genetische Komponenten. Aber nicht nur Alkoholmissbrauch kann zu einem Vitamin-B₁-Mangel führen. Sehr selten hat der Mangel andere Ursachen, so zum Beispiel eine Mangelernährung aufgrund einer Magersucht oder anderer Erkrankungen.

Wernicke-Enzephalopathie:

Vorläufer mit derselben Ursache

Die Wernicke-Enzephalopathie – eine Gehirnentzündung, die dem Korsakow-Syndrom oft vorausgeht – entsteht ebenfalls durch einen (fast immer alkoholbedingten) Vitamin-B1-Mangel, weshalb Mediziner auch vom Wernicke-Korsakow-Syndrom sprechen. Der Mangel führt innerhalb von zwei bis drei Wochen zu Schäden im Gehirn, dabei sind dieselben Strukturen betroffen wie beim Korsakow-Syndrom.

Vorkommen des Korsakow-Syndroms:

Das Korsakow-Syndrom kommt eher selten vor und wurde zuerst bei chronischen Alkoholikern beschrieben, später aber auch bei vielen weiteren Hirnschädigungen beobachtet: Schädel-Hirn-Trauma, bestimmte Hirnblutungen (Aneurysma der Arteria communicans anterior) und weitere Schädigungen des vorderen limbischen Systems, insbesondere des hinteren orbitofrontalen Cortex. Dafür kann auch ein

Tumor verantwortlich sein. Es kann überdies bei vielen Toxikosen wie z. B. der Kohlenstoffmonoxidintoxikation, bei einer Enzephalitis oder bei Infektionen wie beispielsweise Fleckfieber oder Typhus auftreten. Dennoch wird das Korsakow-Syndrom auch heute noch hauptsächlich mit Alkoholismus in Verbindung gebracht.

Medizinische Prognostik:

Die Vorgeschichte eines Patienten gibt dem Arzt erste Hinweise auf die Diagnose: In den meisten Fällen entwickelt sich das Korsakow-Syndrom nach chronischem Alkoholmissbrauch.

Um herauszufinden, ob es sich tatsächlich um das Korsakow-Syndrom handelt, wird der Arzt prüfen, inwieweit das Gedächtnis seines Patienten beeinträchtigt ist. Im Gespräch mit dem Betroffenen fallen dem Arzt dabei das gestörte Kurzzeitgedächtnis, die fehlende Orientierung und die mangelnde Merkfähigkeit auf. Der Patient hat kein Zeitgefühl, er bringt Ereignisse in die falsche Reihenfolge. Bestimmte Dinge aus der Vergangenheit kann er nicht abrufen, neue Informationen vergisst er sofort. Auch Gespräche mit Angehörigen oder Pflegepersonal können dem Arzt bei seiner Diagnosestellung helfen.

Darüber hinaus liegt die Diagnose nahe, wenn der Patient unter der Wernicke-Enzephalopathie leidet beziehungsweise gelitten hat, da diese Gehirnentzündung häufig zum Korsakow-Syndrom führt. Da der Übergang zwischen Wernicke-Enzephalopathie und dem Korsakow-Syndrom fließend sein kann, wird der Arzt unter Umständen prüfen, ob die Gehirnentzündung noch vorhanden ist

Auswirkungen auf den lebenspraktischen Bereich des Betroffenen:

Das Korsakow-Syndrom kommt eher selten vor. Es entsteht typischerweise nach einem akuten Alkoholentzugssyndrom – dem Alkoholdelir – oder im Anschluss an die sogenannte Wernicke-Enzephalopathie.

In den meisten Fällen verläuft das Korsakow-Syndrom chronisch. Die Symptome bleiben dauerhaft bestehen und die Betroffenen sind lebenslang beeinträchtigt. Verbesserungen können nur bedingt und im Einzelfall erzielt werden.

Viele Menschen mit Korsakow-Syndrom können ihren Alltag nicht mehr selbstständig bewältigen und sind auf Betreuung angewiesen.

Hauptrisikofaktor für das Korsakow-Syndrom ist eine Alkoholabhängigkeit. Daher gilt: Wer dem Korsakow-Syndrom vorbeugen möchte, sollte auf regelmäßigen, übermäßigen Alkoholkonsum verzichten.

Das ist für manche Menschen leichter gesagt als getan. Wenn Sie das Gefühl haben, alkoholabhängig zu sein, scheuen Sie sich nicht, Hilfe zu holen! Zögern Sie nicht, den Arzt Ihres Vertrauens aufzusuchen.

Heilerziehungspflegerische Möglichkeiten (Was kann der HEP tun, um die „Lebensqualität“ zu verbessern)

Der Heilerzieher hat folgende Möglichkeiten dem betroffenen in seiner Behinderung zu unterstützen. Zum einen muss deutlich gemacht werden, dass das Korsakow-Syndrom eine Behinderung ist die selten wieder vollständig heilbar ist und schwere Beeinträchtigungen bleiben werden.

Für den Heilerzieher ist es deshalb wichtig die bestehenden Ressourcen zu entwickeln oder in Stand zu halten.

Therapeutische Angebote wie zum Beispiel Gedächtnistraining, Alltagstraining (Einkaufen gehen, Arztbesuche, Kochen) sind wichtig um die Fähigkeiten zu erhalten oder zu entwickeln. Die Therapiemaßnahmen werden auf jeden Betroffenen Individuell abgestimmt.

Quellenangabe:

<http://www.onmeda.de/krankheiten/korsakow-syndrom.html>
<https://www.netdokter.de/krankheiten/korsakow-syndrom/>
<https://de.wikipedia.org/wiki/Korsakow-Syndrom>

Lena Marie Reincke

**Rett-Syndrom, Unterschiede der Symptome
Rett und Tourette Syndrom**

Rett-Syndrom

Definition

Das Rett-Syndrom ist eine Entwicklungsstörung im Nervensystem, die nur bei Mädchen auftritt. Es ist eine frühkindliche und fortschreitende Erkrankung oder Störung des gesamten Gehirns, welche durch eine DNA/DNS Veränderung im Sperma hervorgerufen wird.

Symptomatik

Typische Symptome die für ein Rett-Syndrom sprechen ist das ständige Wiederholen von bestimmten Bewegungen wie zum Beispiel dass ständige Füße zappeln oder die Händewaschen Bewegung, die sogenannten „washing movements“. Die Betroffenen Mädchen weisen meistens eine Demenz sowie ein Autistisches Verhalten und ein verringertes Kopfwachstum auf. Im späteren Alter treten vermehrt epileptische Anfälle sowie Spastiken, Apraxien, Muskelschwund, Bewegungsstörungen im Thorax und die stark gehemmte Spielentwicklung sowie das Sozialverhalten der Kinder, wobei das Sozialinteresse vorhanden ist.

Ätiologie

In den meisten Fällen (90% aller Fälle), ist die Ursache eine Veränderung im Methyl-CpG- Bindeprotein 2 (MECP2)-Gen oder der Verlust eines Abschnittes der Desoxyribonukleinsäure (DNS) des oben benannten Gens. Die restlichen 10% der Fälle werden mit MECP2-Duplikationen oder durch eine Veränderung in den Genen Cyclin-dependent kinase-like 5 (CDKL5) oder Forkhead box Protein G1 (FOXP1) in Verbindung gebracht. Diese Veränderungen liegen auf dem X-Chromosom. Es handelt sich um eine X-chromosomal-dominante, gonosomale Vererbung. Das heißt, dass die krankheitsauslösende Veränderung erst in den Gonaden, im speziellen Fall in den Spermien, erfolgt. Das heißt aber nicht, dass die Eltern von betroffenen Kindern selbst erkrankt sind. Durch die X-chromosomal-dominante Erkrankung sind ausschließlich weibliche Nachfahren betroffen. Männliche Neugeborene, die das mutierte X-Chromosom der Mutter erhalten, sterben meist vor der Geburt. Bei den sehr selten beobachteten Fällen von betroffenen Jungen handelt es sich meist um somatische Mosaik oder um Jungen mit mehr als einem X-Chromosom (z.B. Klinefelter-Syndrom).

Prävalenz

Das Rett-Syndrom ist eine seltene Krankheit. Die Prävalenz bei diesem Syndrom liegt zwischen 1:10.000 und 1:15.000 in Deutschland.

Verlauf und Prognose

Betroffene Mädchen entwickeln sich scheinbar „normal“. Zwischen dem 6. und 18. Lebensmonat kommt es jedoch zu einem Stillstand und sogar zu einem Rückschritt in der Entwicklung. Dies bedeutet, dass bereits erlernte Fähigkeiten, wie z.B. das Benutzen der Hände, verlernt werden. Die Lebenserwartung der Menschen wird allerdings nicht verändert. Es gibt eine weltweit anerkannte Einteilung des Rett-Syndroms in vier Stadien nach Hagberg und Witt-Engerström. Diese sind wie folgt:

- Stadium 1: Verlangsamungsstadium (6.-18. Lebensmonat)
Die motorische Entwicklung verlangsamt sich und kommt irgendwann komplett zum Erliegen. Das autistische Verhalten äußert sich in einem Desinteresse an der Umwelt, seltenerem Blickkontakt, und einer Abnahme der Aktivitäten. Der Kopfumfang wächst langsamer als bei gleichaltrigen Kindern.
- Stadium 2: Schnelles Destruktiv-Stadium (1.-4. Lebensjahr)
In diesem Stadium kommt es nun zu der bereits beschriebenen Rückentwicklung. Das bedeutet, dass bereits erlernte Fähigkeiten wieder vergessen werden. Besonders betrifft dies die Sprache und den Gebrauch der Hände. Hier treten nun erstmalig die sogenannten "washing movements" auf. Das Sozialverhalten der Kinder nimmt stark ab; sie isolieren sich. Dieses kann zu plötzlichen Schreiphasen kommen.
- Stadium 3: Plateau- oder pseudostationäre Phase (2.–10. Lebensjahr)
Die dritte Phase ist gekennzeichnet durch ein Abklingen der Symptomatik. Die autistischen Verhaltensweisen treten in den Hintergrund und die Sozialkompetenz der Kinder verbessert sich leicht. Epileptische Anfälle, Apraxien und Stereotypien treten jedoch weiterhin auf bzw. können sich sogar leicht verstärken. Auffällig wird ein unsicheres Gehen.
- Stadium 4: spätes motorisches Verschlechterungsstadium (ca. ab dem 10. Lebensjahr)
In dem letzten Stadium verbessert sich das Sozialverhalten der Mädchen weiter; sie werden kontaktfreudiger. Es kommt seltener zu Anfällen und es zeigen sich kognitive Fortschritte. Entgegengesetzt verhält es sich mit der Grobmotorik. Diese verschlechtert sich so rapide und stark, dass ein Großteil der Patientinnen auf einen Rollstuhl angewiesen sind.

Therapie

Zurzeit (2014) ist keine kausale Therapie des Rett-Syndroms bekannt. Mit verschiedenen Therapieformen, wie Musiktherapie, Hippotherapie, Ergotherapie, Reittherapie oder Physiotherapie aber auch Krankengymnastik können jedoch eine Verbesserung der Lebensqualität sowie eine positive Beeinflussung des Krankheitsverlaufes erreicht werden.

Auswirkungen auf den Lebenspraktischen Bereich

Die Auswirkungen auf den Lebenspraktischen Bereich der Betroffenen ist gravierend, da sie ein Leben lang auf Professionelle Hilfe angewiesen sind. Die Gründe hierfür sind unter anderem, dass die Betroffenen durch die epileptischen Anfälle stürzen und sich somit verletzen können, sowie es eine große Beeinträchtigung im Alltag ist, dass die Sprachentwicklung sich nicht altersgemäß entwickelt. Ein weiteres Risiko für den Lebenspraktischen Bereich sind die motorischen Schwierigkeiten wie zum Beispiel der unsichere Gang oder die erhöhte Muskelspannung. Diese Symptome sind der Auslöser dafür, dass es für einen Mensch mit dem Rett-Syndrom nicht möglich ist, ohne Professionelle Hilfe zu Leben.

Was kann ich als HEP tun

Als HEP (Heilerziehungspfleger/in) kann man dem Klienten das Syndrom nicht abnehmen und ihn auch nicht heilen. Was man allerdings erreichen kann ist, dass man mit dem Klienten verschiedene Übungen wie Entspannungsübungen oder Konzentrationsübungen durchführen, um ihm eine kleine „Auszeit“ zu verschaffen. Zu den Entspannungsübungen zählen beispielsweise Snoozeln oder auch eine Klangschalenthérapie, die zur Beruhigung des Klienten führen soll. Als Konzentrationsübungen kann man ein Mal- und oder ein Bastelangebot anbieten, welche dem Klienten eine feste Aufgabe gibt auf die er sich in dem Moment konzentrieren muss. Um zu einem Erfolg zu kommen ist es wichtig eine ruhige Umgebung zu schaffen und die Angebote regelmäßig zu wiederholen.

Quellenverzeichnis

<http://flexikon.doccheck.com/de/Enzephalopathie>
<http://flexikon.doccheck.com/de/Apraxie>
<http://flexikon.doccheck.com/de/Spastik>
http://flexikon.doccheck.com/de/Rett-Syndrom?utm_source=www.doccheck.com&utm_medium=web&utm_campaign=DC%2BSearch
https://de.wikipedia.org/wiki/Rett-Syndrom#Folgen_und_Komplikationen
<https://rett.de/das-rett-syndrom/>

Unterschied der Symptome des Rett- und Tourette-Syndrom

Rett-Syndrom	Tourette-Syndrom
<ul style="list-style-type: none"> • Gehemmte Spielentwicklung • Ständige Wiederholungen von Bewegungen • Demenz Verhalten • Autistisches Verhalten • Verringertes Kopfwachstum • Epileptische Anfälle • Spastiken • Muskelschwund • Bewegungsstörungen im Thorax 	<p>Multiple motorische Tics:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Muskelzuckungen <p>Vokale Tics:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lautäußerungen von Schimpfwörtern <p>Gesichts Tics:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Augenblinzeln • Plötzliches Augenzusammenkneifen • Verzehrung des Mundwinkels • Plötzliches Mund öffnen • Nase rümpfen

Dennis Manojlovic, Björn Lölsberg
Schizophrenie

Schizophrenie

Definition: Schizophren

Es leitet sich aus dem griechischen

Schizo = spalten

Phren = Verstand/Gemüt

Bedeutet etwa „Seelenspaltung“

Der Begriff „Schizophrenie“ als Krankheitsbezeichnung wurde am Anfang des 20. Jahrhunderts (1911) von dem Psychiater Eugen Bleuler eingeführt. Hiermit wollte er betonen, dass das auffälligste Merkmal dieser Erkrankung eine Zerrissenheit im Fühlen und Denken ist. Er verwendete den Ausdruck, welcher mit „Spaltungsirresein“ übersetzt werden kann, weil ihm das Wesen der Krankheit in der Aufspaltung und Zersplitterung des Denkens, Fühlens und Wollens der Patient zu liegen schien. So seien die Patienten in der Lage die eigenen Gedanken und Gefühle zu ordnen und empfinden ihre eigene Person als verändert, uneinheitlich und gespalten.

Symptomatik

Der Schizophrenie-Verlauf ist individuell sehr unterschiedlich. Man kann jedoch bestimmte Phasen unterscheiden. Es gibt bestimmte Symptome, die im Vorstadium einer Schizophrenie auftreten. Dazu gehören zum Beispiel Schlafstörungen, starke Reizbarkeit, Anspannung und sozialer Rückzug. Diese Anzeichen können einige Wochen, aber auch Jahre andauern, bis die Schizophrenie in ihre akute Phase tritt.

Manche Patienten erleben nur eine einzige Krankheitsphase. Bei anderen ist der Verlauf schwerwiegend und mündet in eine chronische Schizophrenie. Wiederum andere haben immer wieder schizophrene Phasen, die dank der Behandlung wieder abklingen können.

Schizophrenie und die damit verbundenen Ängste können eine große Belastung für die Patienten sein. Ihre Suizidrate liegt bei ungefähr zehn Prozent. Die Anzahl an Patienten, die versuchen, sich das Leben zu nehmen, ist vermutlich noch deutlich höher. Am häufigsten sind junge Männer betroffen. Nach einigen Rückfällen geraten Schizophrenie-Patienten oft in eine tiefe Hoffnungslosigkeit. Somit ist eine gute Anbindung an Therapeuten, Familie oder Freunde besonders wichtig.

Da der Verlauf einer Schizophrenie von Person zu Person stark variiert, kann keine allgemeine Prognose gestellt werden. In der Regel werden die akuten Symptome im Laufe der Zeit schwächer. Dennoch muss eine Schizophrenie oft ein Leben lang

behandelt werden. Seit in der Therapie Neuroleptika mit Psychotherapie kombiniert werden, hat sich die Prognose der Krankheit jedoch deutlich verbessert. Circa 20 bis 25 Prozent der Patienten werden aufgrund der Behandlung wieder gesund. Auch wenn keine vollständige Schizophrenie-Heilung eintritt, reicht häufig eine ambulante Betreuung aus und ermöglicht den Betroffenen trotz ihrer Schizophrenie ein weitgehend normales Leben zu führen.

Ursachen

Schizophrenie wird sowohl durch genetische, biologische, als auch durch psychosoziale Faktoren begünstigt.

Genetische Ursachen der Schizophrenie

Studien an Zwillingen und in Familien zeigen, dass die Gene bei der Entstehung der Schizophrenie auf jeden Fall eine Rolle spielen. Ist ein eineiiger Zwilling an Schizophrenie erkrankt, liegt die Wahrscheinlichkeit für den anderen Zwilling bei etwa 45 Prozent. Ebenso hoch ist das Krankheitsrisiko wenn beide Elternteile schizophren sind. Ist nur ein Elternteil betroffen, sinkt das Risiko auf 12 Prozent. Diese Zusammenhänge deuten darauf hin, dass die genetische Anlage für Schizophrenie weitergegeben werden kann, aber weitere Faktoren zur Entstehung hinzukommen müssen.

Biologische Ursachen der Schizophrenie

Vermutlich spielen die Botenstoffe im Gehirn (Neurotransmitter) eine wichtige Rolle bei der Entstehung der Schizophrenie. Lange Zeit ging man davon aus, dass ein zu hoher Dopaminspiegel Symptome eine Schizophrenie auslösen kann. Diese Annahme hat sich zwar nicht bestätigt, aber ein Zusammenhang mit einem gestörten Dopaminstoffwechsel ist dennoch nicht auszuschließen. Erfahrungen mit Amphetaminen sprechen dafür. Diese Medikamente fördern die Ausschüttung von Dopamin und verschlimmern die Symptome. Hinzu kommt Serotonin, welches unter anderem unser Schmerzempfinden und unsere Gedächtnisleistung beeinflusst. Weiterhin wirkt es stimmungsaufhellend, weswegen es häufig auch als Glückshormon bezeichnet wird. Die genauen Zusammenhänge von Schizophrenie und Serotonin kennt man allerdings noch nicht.

Psychosoziale Ursachen der Schizophrenie

Eine sehr wahrscheinliche Erklärung für die Entwicklung einer Schizophrenie ist das Zusammenwirken von genetischer Veranlagung und ungünstigen Erlebnissen. Liegt eine gewisse Anfälligkeit für die Erkrankung vor, so stellt vor allem Stress ein hohes Risiko dar. Viele schizophrene Patienten berichten von kritischen Lebensereignissen, die vor Ausbruch der Erkrankung eingetreten sind, jene zum Beispiel der Verlust einer nahestehenden Person oder Schwierigkeiten im Beruf sein können. Es können aber auch positive Erlebnisse zum Auslöser werden. Eine hohe Stressbelastung ist beispielsweise auch eine Hochzeit.

Das soziale Umfeld hat insofern einen großen Einfluss, da Unterstützung durch Freunde oder Familie entlastend wirkt. Bietet das soziale Umfeld hingegen keinen Rückhalt, so verschärft das schwierige Situationen. Vor allem Kinder benötigen die Hilfe von ihren Eltern, um zu lernen, wie man Probleme bewältigt. Zudem haben Studien gezeigt, dass Kinder, die genetisch vorbelastet sind, stärker auf ungünstige Umweltbedingungen reagieren.

Drogen

Manche Experten vermuten einen bestehenden Zusammenhang zwischen Schizophrenie und dem Konsum von Drogen wie Kokain, LSD, Amphetamine oder Cannabis.

Fest steht, dass einige Drogen Wahnvorstellungen, Halluzinationen und andere Zustände erzeugen können, die den Symptomen einer Schizophrenie entsprechen. Die Wirkung lässt jedoch nach einiger Zeit nach. Einige Studien zu diesem Thema stellten fest, dass der Konsum von Drogen den Krankheitsverlauf deutlich verschlechtert.

Häufigkeit der Schizophrenie

Das Risiko, im Leben an einer Schizophrenie zu erkranken, liegt bei einem Prozent. Damit leben in Deutschland geschätzte 800.000 Menschen mit der Erkrankung. Nach Studien der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist der Anteil der Betroffenen in anderen Ländern etwa ebenso hoch. Männer und Frauen sind von dieser Erkrankung gleichermaßen betroffen. Aus derzeit nicht bekannten Gründen bricht die Krankheit bei Männern früher aus als bei Frauen, welche durchschnittlich im Alter zwischen 20

und 25 Jahren erkranken, bei Frauen bricht sie überwiegend im Alter von 25 und 30 Jahren aus.

Medizinische Prognostik

Ist Schizophrenie heilbar? Gelingt keine komplette Heilung, also kein dauerhaftes Verschwinden der Symptomatik, kann die Schizophrenie durch die Behandlung zumindest oft erheblich gebessert werden. Schizophrene Phasen können auch unter medikamentöser Behandlung auftreten. Dennoch lassen sich die Symptome einer Schizophrenie zeitweise in Schach halten. Behandelt wird eine Schizophrenie unabhängig von Medikamenten auch mit einer Psychotherapie. Etwa ein Drittel der Betroffenen kann aber mit einer vollständigen Heilung rechnen.

Auswirkungen auf den lebenspraktischen Bereich des Betroffenen

Ein Mensch in einer schizophrenen Psychose (Schizophrenie) hört zum Beispiel Stimmen, sieht Bilder oder spürt Berührungen, ohne dass es dafür einen entsprechenden Reiz von außen gibt. Das nennt man Halluzinationen. Er kann paranoide Vorstellungen entwickeln, etwa dass er bedroht wird oder dass er übermenschliche Kräfte besitzt. Die Betroffenen können sich oft schwer konzentrieren oder Ordnung in ihre Gedanken bringen. Das kann ein Gespräch mit ihnen manchmal sehr schwer machen.

Manchmal sind die Symptome der Erkrankung auch nicht so herausstechend. Daraufhin können sich die Betroffenen in ihre eigene Welt zurückziehen, vermeiden soziale Kontakte und zeigen für nichts mehr Interesse. Es fällt ihnen schwer, ihre eigenen Gefühle wahrzunehmen und auf die Gefühle anderer Menschen passend zu reagieren. Die Schizophrenie kann sich manchmal auch in einer Vernachlässigung und Verwahrlosung der eigenen Person äußern.

Zusätzliche psychische Erkrankungen wie Depression oder Sucht sind bei einer Schizophrenie häufig anzutreffen.

Es kann auch zu schweren Krisen mit Suizidalität kommen. Hier wird eine Einweisung in ein psychiatrisches Krankenhaus notwendig.

Heilerziehungspflegerische Möglichkeiten

Der Umgang mit Schizophrenen erfordert sowohl ein besonderes Maß an Fähigkeit, die Stimmungslage des Patienten gefühlsmäßig zu erfassen, als auch eine

ausreichende eigene psychische Stabilität, um mit den abrupten Gefühlsschwankungen der Patienten umgehen zu können. Eine hohe Anforderung besteht auch darin, ein ausgewogenes Nähe-Distanz-Verhältnis herzustellen. Die gesunden Ich-Anteile müssen gestärkt und gefördert werden. Das Gleiche gilt auch für die Nahrungsaufnahme, die u. U. wegen der entsprechenden Wahnideen verweigert werden kann, gleiches gilt für die medikamentöse Therapie. Um ein Vertrauensverhältnis herzustellen bzw. zu stabilisieren, ist es notwendig, den Patienten über sämtliche Maßnahmen zu informieren und seine Fragen offen zu beantworten.

Quellen

<http://www.netdokter.de/krankheiten/schizophrenie/>

<http://www.bptk.de/patienten/psychische-krankheiten/schizophrenie.html>

<https://schizophrenie.hexal.de/schizophrenie/was-ist-schizophrenie/>

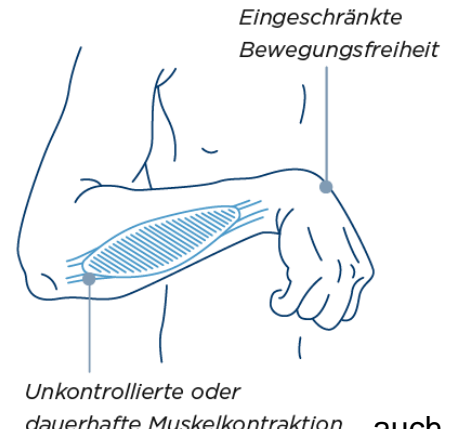
Joy Sonntag
Spastische Lähmung

Spastische Lähmung

Bei der spastischen Lähmung (auch als **Spastik** oder **Spastizität** bezeichnet) handelt es sich um eine **krankhaft erhöhte Anspannung der Skelettmuskulatur**. Aufgrund der überaktiven Muskulatur kommt es zu **dauerhaften Verhärtungen** und **Versteifungen**, welche als spastische Lähmungen bezeichnet werden. Diese sind nicht als eine eigenständige Krankheit anzusehen, sondern als ein Symptom einer Erkrankung des ZNS.

Symptomatik

Bei Menschen die an einer Spastik leiden ist der Muskeltonus (Grundspannung des Muskels) permanent erhöht. Man spricht dann auch von „**spastischem Hypertonus**“. Dies führt dazu, dass willkürliche Eigenbewegungen nur noch eingeschränkt oder im schlimmsten Fall gar nicht mehr möglich sind. Außerdem kann die Spastik dem Betroffenen Schmerzen bereiten.



In der Klinik zeigen sich steife Gliedmaßen, zum Teil in abnormer Haltung, die der Betroffene selbst nicht lösen kann. Ein Lösen der Spastik durch außenstehende Personen ist zumeist nur eingeschränkt möglich.

Die Symptomatik einer Spastizität ist verschieden. Sie lässt sich zunächst unterteilen in:

- **Monospastik** -> Ein Bein oder Arm ist von der Lähmung betroffen
- **Paraspastik** -> Beide Beine sind von der Lähmung betroffen
- **Hemispastik** -> Arm und Bein einer Körperseite sind betroffen; kann links- oder rechtsbetont auftreten und Arm oder Beinbetonung ist möglich
- **Tetraspastik** -> Beide Arme und beide Beine sind von der Lähmung betroffen; je nach Ausprägung können auch Hals- und/oder Rumpfmuskulatur betroffen sein

Schweregrad und Ausmaß einer Spastik variieren, je nachdem, welche Hirnareale wie stark in Mitleidenschaft gezogen wurden. So können leichte Muskelsteifigkeiten zu eingeschränkter Bewegungsfähigkeit führen und dauerhafte Verkrampfungen zu vollständigen körperlichen Behinderungen. Wenn die Spastik zur Einschränkung der Beweglichkeit führt, nennt man diese „**spastische Parese**“.

Begleiterscheinungen

Eine Spastik kann von weiteren Symptomen begleitet sein:

- Gestörte Bewegungssteuerung/ Koordination

- Unkontrollierte Muskelbewegungen
- Schlanfe Lähmungen
- Erschöpfbarkeit/ Kraftlosigkeit
- Schmerzen und/oder Empfindungsstörungen

Ursachen

Bei einer Spastik liegt eine Schädigung im ZNS vor, die zu einem gestörten Zusammenspiel von Muskelanspannung und -entspannung führt. Der Muskel wird von den Nerven permanent in den Erregungszustand versetzt, was zur Erhöhung des Muskeltonus durch dauerhafte Kontraktion (Anspannung) führt. Aufgrund dieser **Fehlregulation** kann die Aktivität eines Muskels oder ganzer Muskelgruppen nicht mehr kontrolliert werden und es kommt zur spastischen Lähmung.

Ursächlich für die spastische Lähmung sind:

- Schädigungen des Gehirns und/oder des Rückenmarks
- Apoplex
- Sauerstoffmangel (auch bei Kindern z.B. unter der Geburt)
- Unfälle mit Schädel- Hirn- Trauma und/oder Rückenmarksverletzungen
- Als Folge von Entzündungen im Bereich des ZNS (z.B. Meningitis)
- Auch durch andere Nervenkrankheiten ausgelöst (Multiple Sklerose, ALS)
- Hirntumor

Häufigkeit

Eine Spastik kann sowohl im Erwachsenenalter als auch im Kindes- und Jugendalter auftreten. Nach einer Schätzung sind in Deutschland 250.000 Personen betroffen, davon ca. 50.000 Kinder (Reichel 2004). Die Symptome können zeitnah oder mit Verzögerungen von sogar mehreren Monaten nach der eigentlichen Schädigung auftreten.

Diagnostik

Zur Diagnose einer Spastik gehören eine körperliche Untersuchung, sowie neurologische Tests und bildgebende Verfahren wie CT und/oder MRT.

Ermittelt werden:

- Grad der Einschränkung
- Muskelkraft
- Muskeltonus
- Beweglichkeit der Gelenke (Beurteilung des Bewegungsradius)
- Schmerzintensität

Der Arzt wird anhand der „Ashworth- Skala“ den Schweregrad der Spastik ermitteln. Hierzu wird der Muskeltonus bei passiver Bewegung gemessen und anhand der von Ashworth modifizierten Skala beurteilt.

Medizinische Prognostik/Therapie

Spastische Lähmungen sind **nicht heilbar**. Durch die zur Verfügung stehenden Behandlungsmöglichkeiten soll aber zumindest eine **Linderung der Beschwerden** und eine Verbesserung der Lebensqualität erreicht werden. Außerdem sollen Folgen der Spastik wie z.B. Skelettdeformierungen vermieden oder verbessert werden. Die Therapieoptionen sind von Ort und Ausprägung der Spastik sowie von Begleitsymptomen abhängig. Als Basistherapie dient aber in jedem Fall die **Physiotherapie**, die für Beweglichkeit der Muskeln und Gelenke sorgt. Zusätzlich kann das Tragen von **Orthesen** (orthopädische Prothesen) hilfreich sein. Diese Hilfsmittel dienen der Stützung, Fixierung und Entlastung der spastischen Körperregion. Eine **Gipsbehandlung** kann die Dehnung und Streckung der Muskulatur fördern. Auch die **Ergotherapie** ist hier sinnvoll, da die Betroffenen Techniken lernen, die sie im Alltag unterstützen und zu möglichen Hilfsmitteln beraten werden.

Zusätzlich zu den genannten Therapieoptionen ist eine **medikamentöse Therapie** mit krampflösenden Medikamenten möglich. Hierbei sollte man sich jedoch immer Bewusst machen, dass diese Medikamente auf alle Muskeln im Körper wirken. Zur Verfügung stehen hier Präparate in Tablettenform wie z.B. „Baclofen“ und „Tolperison“ (Medikamente aus der Gruppe der Antispastika) oder intramuskulär injiziertes Botulinumtoxin („Botox“). Seit kurzem dürfen Ärzte bei Spastiken auch Rezepte für medizinisches Cannabis ausstellen (z.B. „Sativex“). Unter besonderen medizinischen Umständen kommen auch neuro- orthopädische Eingriffe in Frage (z.B. Sehnenverlängerungen). Die Therapien sollten individuell abgestimmt und kombiniert werden.

Auswirkungen auf den lebenspraktischen Bereich/Möglichkeiten zur Verbesserung der Lebensqualität

Spastische Lähmungen können, je nach Schweregrad, die Lebensqualität (erheblich) vermindern, da sie fast immer mit Einschränkungen verbunden sind. Diese können die alltäglichen Bereiche treffen wie z.B.:

- Nahrungszubereitung und -aufnahme
- An- und Auskleiden
- Mobilität
- Schlafen

- Körperpflege
- Körperhaltung
-

Durch die Spastik kann das selbstständige Ausführen der Tätigkeiten in diesen Bereichen schwierig oder gar unmöglich werden. HeilerziehungspflegerInnen sollten Betroffenen Hilfestellungen geben, die Tätigkeiten weitestgehend selbst zu verrichten. Dies kann mitunter mühselig und zeitaufwendig sein, ist jedoch wichtig, um eine Steigerung der Lebensqualität zu erreichen. Gespräche mit Therapeuten sind sehr hilfreich, um gemeinsame Therapie- und Erhaltungsziele und Erfolge zu ermitteln. Auch das Begleiten zu Ärzten und/oder Therapeuten kann hilfreich oder sogar notwendig sein. Wichtig ist, den **individuellen Hilfebedarf** des Betroffenen zu erkennen und seinen Bedürfnissen entsprechend zu handeln. Es sollten (im Team) pädagogische und pflegerische Maßnahmen entwickelt werden, die dem Betroffenen zur Unterstützung dienen, ihn individuell fördern und so weit wie möglich unabhängig von Pflege und/oder Betreuung machen.

Quellen, Weiterführende Links

<http://www.spastikinfo.de/>

<https://de.wikipedia.org/wiki/Spastik>

**Marie-Claire Schröder,
Alena Radmacher
Spina Bifida**

Spina Bifida

Was versteht man unter einer Spina Bifida?

Unter einer Spina bifida, auch Spaltwirbel oder offener Rücken genannt, versteht man eine angeborene Fehlbildung der Wirbelsäule und des Rückenmarks, die unterschiedlich schwer ausgeprägt sein kann. Der Defekt entsteht infolge einer Entwicklungsstörung im Mutterleib.

Häufigkeit

Statistiken zeigen für Deutschland, dass eines von 2.000 Neugeborenen Formen von Spina bifida aufweist.

Wurde in der Familie bei Geschwisterkindern schon einmal eine solche Diagnose gestellt, erhöht sich das Risiko für die weiteren Kinder.

Ursachen

Warum es zu diesem Defekt kommt, ist bislang nicht vollständig bekannt. Die Spina bifida tritt familiär gehäuft auf, was dafür spricht, dass genetische Faktoren eine Rolle spielen. Wissenschaftlich erwiesen ist, dass ein Folsäuremangel oder die Einnahme bestimmter Medikamente das Risiko für die Erkrankung erhöht. Meist liegen sowohl genetische wie auch umweltbedingte Faktoren vor.

Als besondere **Risikofaktoren** dafür, dass bei Ungeborenen ein offener Rücken entsteht, gelten:

- ein erblich bedingter Mangel oder erhöhter Bedarf an [Folsäure](#) (ein B-Vitamin),
- eine bei Schwangeren mit [Antiepileptika](#) behandelte
- ein schlecht eingestellter [Diabetes mellitus](#) der werdenden Mutter.

Formen

Dermalsinus

Ein **Dermalsinus** ist die leichteste Form einer Spaltbildung. Das ist eine kanalartige Verbindung von Hautoberfläche und Rückenmarkskanal. Er kann als Eintrittspforte für Keime dienen und wiederkehrende Infektionen der Hirnhäute auslösen.

Spina Bifida occulta

Bei der Spina bifida occulta (geschlossene Spina bifida) ist nur der Schluss der Wirbelbögen unvollständig – Rückenmarkshäute und das Rückenmark selbst sind aber nicht beteiligt. Betrifft die Spaltbildung den fünften Lenden- oder den ersten Sakralwirbel, hat die Fehlbildung meist keine Konsequenzen. Höher liegende Spaltbildungen können jedoch auf das Vorliegen weiterer Fehlbildungen hinweisen.

Spina Bifida aperta

Bei der Spina bifida aperta, vor allem der Myelomeningozele, ist immer mit Funktionsstörungen des Rückenmarks zu rechnen. Typische Folgen sind:

- Unterschiedlich stark ausgeprägte schlaffe, zum Teil auch spastische Lähmungen der Muskeln (Paresen)
- Lähmungsbedingte Verkürzungen und Rückbildung von Muskelgruppen
- Einschränkungen oder Verlust von Schmerz- und Berührungsempfindung
- Funktionsstörungen von Blase und Darm

drei Unterformen:

Meningozele: leichtere Form, kann operativ behandelt werden, es entstehen keine Beeinträchtigungen.

Meningomyelozele: schwere Form, es kann zu Schädigungen an den Nerven kommen

Myeloschisis: Begriff für besonders schwere Form

Symptome

Als typische Folgeerscheinungen sind neben dem Darm- und Blasentrakt je nach Ort ebenso bestimmte Muskeln in ihrer Funktion beeinträchtigt. Bei einer gestörten Blasenfunktion kommt es zu Entleerungsproblemen, die entweder eine vollständige Entleerung der Blase verhindern oder eine Blasenentleerung unkontrollierbar machen. Hinzu treten Muskelschwäche in den Beinen bis hin zu einer Querschnittslähmung mit Gefühlsstörungen und kompletter Lähmungen der Beine; schwerwiegend können auch die Wirbelsäulendeformierungen sein, zusätzlich treten Fußdeformitäten und Luxation der Hüften auf.

Gemeinsam mit der Spina bifida tritt häufig auch ein Hydrocephalus auf, auch Wasserkopf genannt. Aufgrund einer Ableitungsstörung sammelt sich Gehirn-Rückenmarks-Flüssigkeit in den Hirnwasserkammern an.

Diagnose

Bei einer Spina bifida (offener Rücken) gelingt die Diagnose häufig schon während der Schwangerschaft durch eine Ultraschalluntersuchung.

Hinweise auf eine Spina bifida kann auch eine Blutprobe liefern, die der Arzt in der 16. Schwangerschaftswoche von der werdenden Mutter entnimmt.

Nach der Geburt des Babys ist die Spina bifida sofort anhand der sichtbaren Vorwölbung am Rücken zu erkennen. Bestehende Symptome des Neugeborenen wie Lähmungen oder Störungen der Blasenfunktion geben erste Hinweise auf das Ausmaß der Schädigung. Es sind aber weitere Untersuchungen nötig, zum Beispiel eine Röntgenuntersuchung und Magnetresonanztomographie (MRT, Kernspintomographie). Auch Veränderungen des Kleinhirns und Ansammlungen von Gehirnwasser in den Gehirnkammern lassen sich so nachweisen.

Behandlung/Therapie

Operative Behandlung

Bei der operativen Behandlung wird Haut oder Hirnhaut auf die Defekte gebracht, um diese zu verschließen. Der operative Verschluss sollte so schnell wie möglich erfolgen, um weitere Nervenschäden und deren Langzeitfolgen zu vermeiden.

Behandlung bei einer Beteiligung der Nieren und der Blase

Hier gibt es zwei Möglichkeiten der Behandlung. Bei sehr schweren Fehlbildungen kann mit einem künstlichen Abfluss zwischen Nieren und Blase der Urin abgeleitet werden. Oft muss jedoch zusätzlich der Urin aus der Blase abgelassen werden, da die Schließmuskeln häufig mit beteiligt sind. Ein dauerhafter Katheterismus ist deshalb in den meisten Fällen unumgänglich.

Wenn die Funktion des Mastdarmschließmuskels gestört ist, muss für eine regelmäßige Entleerung, beispielsweise mit Darmspülungen und einer Ballaststoffreichen Ernährung gesorgt werden.

Bei einer Spina bifida richtet sich die Therapie nach Art und Ausmaß der Wirbelsäulenfehlbildung. Die leichte Form der Fehlbildung erfordert in einigen Fällen gar keine Behandlung. In anderen Fällen ist eine mikrochirurgische Operation innerhalb von 24 bis 48 Stunden nach der Geburt ratsam.

Neurologische Beeinträchtigungen und Spätkomplikationen sind jedoch nicht immer zu vermeiden. Ein offener Rücken ist nicht vollständig heilbar – die Betroffenen benötigen eine lebenslängliche medizinische Betreuung.

Was kann der HEP tun um die Lebensqualität zu verbessern?

- Dekubitusprophylaxe
- Bewegungsübungen
- Blasentraining
- Katheterismus
- Obstipation vermeiden (ballaststoffreiche Kost, Darm ausräumen etc.)
- Schutz der evtl. freiliegenden Strukturen vor Infektionen

Quellen

https://www.dr-gumpert.de/html/spina_bifida.html

https://www.lifeline.de/krankheiten/spina-bifida-id40797.html#segment_40801

http://www.onmeda.de/krankheiten/spina_bifida-diagnose-3127-5.html

http://www.pflegewiki.de/wiki/Spina_bifida

Lena-Marie Reincke
Tourette Syndrom

Tourette-Syndrom (TS)

Definition

Das Tourette-Syndrom (TS) ist eine neuropsychiatrische Erkrankung, die durch Tics charakterisiert ist. Bei den Tics handelt es sich um weitgehend unwillkürliche, rasche, meistens plötzlich einschießende Bewegungen, die immer wieder in gleicher Weise auftreten können, aber nicht rhythmisch sind und auch im Schlaf vorkommen können.

Symptomatik

Als Symptome zählen sowohl multiple motorische (Muskelzuckungen) als auch einen oder mehrere vokale (Lautäußerungen) Tics. Letztere stellen sich im Verlauf der Erkrankung ein, müssen aber nicht notwendigerweise gleichzeitig mit den motorischen Tics vorkommen. Das Auftreten von Tics kann mehrfach am Tag (gewöhnlich in Serien) oder immer wieder über einen Zeitraum von mehr als einem Jahr im periodischen Wechsel auftreten. Die Symptome können manchmal für Wochen oder Monate verschwinden, aber auch unvermutet wieder auftreten. Die Erkrankung beginnt fast immer vor dem 18. Lebensjahr.

Die Bezeichnung »unwillkürlich«, die zur Beschreibung der Tics verwandt wird, führt manchmal zu Missverständnissen, da die meisten Personen, die von einem TS betroffen sind, ein Vorgefühl vor einem Tic und/oder eine gewisse Eigenkontrolle über ihre Symptome haben. Vielfach weiß man leider nicht, dass die Eigenkontrolle, die für Sekunden bis Stunden vom Patienten wahrgenommen werden kann, meist nur ein zeitliches Hinausschieben schwerer »Tic-Entladungen« bedeutet und eher selten dazu führt, dass der unterdrückte Tic überhaupt nicht auftritt. Meist ist der Drang zur Ausübung der Tics so stark, dass schließlich die Muskelzuckung oder die Lautäußerung doch stattfinden muss (vergleichbar mit dem Drang zu Niesen bzw. zu einem Schluckauf). Menschen mit einem TS suchen oft eine geschützte Umgebung, um ihren Symptomen freien Lauf zu lassen, nachdem sie versucht haben, sie bei der Arbeit oder in der Schule nicht zeigen zu müssen. Typischerweise nehmen Tics im Zusammenhang mit ärgerlicher oder freudiger Erregung, Anspannung oder Stress zu. In entspanntem Zustand oder bei Konzentration auf eine interessante Aufgabe lassen sie eher nach.

Die ersten und am häufigsten auftretenden Symptome ist ein Gesicht-Tic, wie z. B. Augenblinzeln, plötzliches rasches Augenzusammenkneifen, Verziehen des Mundwinkels oder plötzliches Mundöffnen. Es können aber auch unwillkürliche Lautäußerungen wie Räuspern und Naserümpfen oder einschließende Muskelzuckungen im Extremitätenbereich (z. B. plötzliches symmetrisches Armbeugen) als erste Zeichen gesehen werden. Manchmal beginnt die Störung abrupt mit mehreren Symptomen, d. h. Muskelzuckungen und Lautäußerungen treten nahezu gleichzeitig auf.

Ist das Tourette-Syndrom vererbbar und wie wird es diagnostiziert?

Genetische Studien weisen darauf hin, dass es zumindest auch eine erbliche Form des TS gibt. Sehr wahrscheinlich handelt es sich dabei um ein Muster von Genen unterschiedlicher Bedeutung, das (im Zusammenwirken mit anderen Faktoren) die Verschiedenartigkeit der Symptomatik bei den einzelnen Familienmitgliedern bewirkt. Eine Person mit einem solchen TS überträgt mit einer 50%igen Wahrscheinlichkeit mit jeder Schwangerschaft solche Gene auf eines ihrer Kinder. Allerdings kann diese genetische Prädisposition (erbliche Belastung) sich später, wenn überhaupt, als ein TS unterschiedlicher Ausprägung zeigen: z. B. als leichte motorische Tic-Störung oder als Tic-Störung mit Zwangsmerkmalen. Es ist bekannt, dass in den Familien von TS-Patienten sich überzufällig häufig Familienmitglieder mit leichten Tic-Störungen und zwanghaften Verhaltensweisen finden.

Das Geschlecht des Kindes beeinflusst ebenfalls, wie das Genmuster wirksam wird. Die Wahrscheinlichkeit, dass ein Kind mit TS-Genen Symptome entwickeln wird (seien sie leichter oder schwerer Art) ist zumindest drei- bis vier Mal höher bei einem Sohn im Vergleich zu einer Tochter. Allerdings entwickeln lediglich etwa 10% der Kinder, denen TS-Gene vererbt wurden, eine TS-Symptomatik, die so stark ist, dass eine medikamentöse Behandlung erforderlich wird. Neben der erblichen Form des TS gibt es aber auch nichterbliche Formen, d. h. so genannte sporadische Formen des TS. Die Ursache in diesen Fällen ist meist völlig unbekannt. Lediglich bei wenigen Patienten kann eine Infektion mit z. B. Streptokokken als Ursache vorliegen.

Die Diagnose wird dadurch gestellt, dass die entsprechenden Symptome beobachtet werden und der bisherige Verlauf der Erkrankung genau beleuchtet wird. Es gibt keinerlei Blutanalyse oder irgendeine andere Art neurologischer oder psychologischer Untersuchungsverfahren, die aus sich heraus die Diagnose eines TS erlauben. Um das TS von anderen neuropsychiatrischen Erkrankungen sicher abgrenzen zu können, sind in manchen Fällen ein Elektroencephalogramm, ein kraniales Computertomogramm oder ein Kernspintomogramm bzw. sonstige

medizinische Untersuchungen sinnvoll. Fragebogen und Schätzskalen sind verfügbar, um Art und Weise sowie Schweregrad der Tic-Störung besser beurteilen zu können.

Ätiologie

Die Ursache ist bis jetzt noch nicht gefunden, obwohl die derzeitigen Forschungsergebnisse dafür sprechen, dass bei dem TS ein gestörter Stoffwechsel von zumindest einer chemischen Substanz im Gehirn vorliegt. Es handelt sich dabei um den chemischen Stoff Dopamin. Dies ist ein so genannter Neurotransmitter, ein Überträgerstoff in unserem Gehirn, der für die Informationsweiterleitung (z. B. im Rahmen von Bewegungsprogrammen) wichtig ist. Man vermutet aber, dass auch andere Neurotransmitter, z. B. Serotonin, betroffen sind

Epidemiologie

Die Häufigkeit für das Tourette-Syndrom liegt in der Allgemeinbevölkerung zwischen 0,03% und 1,6%, wobei es auch Studien mit den Werten zwischen 0,4% und 3,8% gibt. Dies lässt auf eine abweichende Häufigkeit der Erkrankung bei unterschiedlichen Bevölkerungen schließen. Das Tourette-Syndrom scheint zum Beispiel bei Afroamerikanern deutlich seltener aufzutreten und kommt bei der afrikanischen Bevölkerung südlich der Sahara kaum vor. Allerdings findet man in allen Kulturen das Tourette-Syndrom, wenn auch in unterschiedlichen Häufigkeiten. Generell lässt sich aber sagen, dass etwa 1% aller Jugendlichen weltweit betroffen ist.

In Deutschland handelt es sich um 0,2 % - 1,5 % der Gesamtbevölkerung, wobei Männer dreimal häufiger betroffen sind als Frauen.

Medizinische Prognostik

Die Mehrheit der Personen, die ein TS zeigen, ist durch ihre Tics oder ihre Verhaltensschwierigkeiten nicht wesentlich beeinträchtigt und benötigen deswegen keinerlei Medikation oder sonstige fachliche Hilfe. Sollen aber motorische und vokale Tics behandelt werden, so stehen uns verschiedene Medikamente zur Verfügung, um die Symptome zu kontrollieren, wenn sie für den Betroffenen und seine Familie eine besondere Belastung darstellen.

Andere Arten der Behandlung können ebenfalls hilfreich sein. So können Entspannungsverfahren, Antistressstraining, Biofeedback-Techniken und andere verhaltenstherapeutische Vorgehensweisen zum einen Stressreaktionen vermindern

helfen (die ansonsten Tics verstärken), zum anderen können sie auch die Selbstkontrolle der Tic-Symptomatik verbessern. So kann z. B. mit dem Programm der »Reaktionsumkehr-Motorische Gegenantwort« gelernt werden, dass man einem unangenehmen Tic durch eine Willkürbewegung »gegenhält« oder den Tic eher durch eine Bewegung, die sozial akzeptabler ist, ersetzt. Auch können sonstige psychotherapeutische Maßnahmen in Frage kommen, um einen Betroffenen und seine Familie zu unterstützen, damit der innere und äußere Umgang mit dem TS besser gelingt.

Auswirkungen auf den lebenspraktischen Bereich des Betroffenen

Im privaten Bereich hat die betroffene Person wenige Einschränkungen, da sie in ihrem gewohnten Umfeld ist und die Krankheit bekannt ist. Sobald die betroffene Person beispielsweise in den Supermarkt geht und an der Kasse eine lange Schlange ist, sodass sie warten muss, kann dieses eine hohe Stressbelastung für den Klienten bedeuten und somit die Tics hervorrufen.

Was kann ich als HEP tun

Ein HEP kann mit der betroffenen Person verschiedene Entspannungsübungen, Antistressstraining, sowie Verhaltenstherapeutische Maßnahmen wie Stressreaktionen durchführen. Ebenfalls kann ein HEP dem Klienten im Bereich der ABEDL`s unterstützen.

Quellen

https://www.dr-gumpert.de/html/tourette_syndrom.html

<http://flexikon.doccheck.com/de/Tourette-Syndrom>

<http://tourette-gesellschaft.de/tourette/was-ist-das-tourette-syndrom/>

Unterschied der Symptome des Rett- und Tourette-Syndrom

Rett-Syndrom	Tourette-Syndrom
<ul style="list-style-type: none"> • Gehemmte Spielentwicklung • Ständige Wiederholungen von Bewegungen • Demenz Verhalten • Autistisches Verhalten • Verringertes Kopfwachstum • Epileptische Anfälle • Spastiken • Muskelschwund • Bewegungsstörungen im Thorax 	<p>Multiple motorische Tics:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Muskelzuckungen <p>Vokale Tics:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lautäußerungen von Schimpfwörtern <p>Gesichts Tics:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Augenblinzeln • Plötzliches Augenzusammenkneifen • Verzehrung des Mundwinkels • Plötzliches Mund öffnen • Nase rümpfen

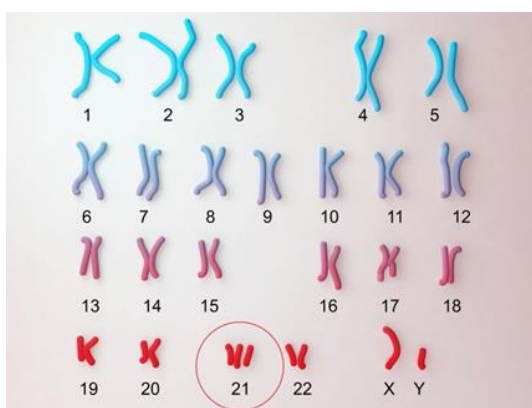
Simone Schubert
Trisomie 21

Trisomie 21-Down-Syndrom

Definition:

Down Syndrom ist keine Krankheit, sondern eine genetische Besonderheit, die der Arzt John Langdon-Down Mitte des 19. Jahrhunderts erstmals beschrieb. Statt doppelt ist das Chromosom 21 bei den Betroffenen dreifach vorhanden, deswegen spricht man auch von Trisomie 21.

Die ursprüngliche, heute aber veraltete Bezeichnung war Mongolismus (auch Mongoloismus nach der Augenform von Angehörigen einer asiatischen ethnischen Gruppe)



Symptomatik:

Schon bei neugeborenen Kindern ist eine Trisomie 21 äußerlich feststellbar, weil sie das Aussehen auf eine bestimmte Weise verändert. Entsprechend haben alle Kinder mit Down-Syndrom viele **körperliche Merkmale** gemeinsam.

Kinder mit Down-Syndrom weisen eine **verzögerte motorische Entwicklung** auf und leiden häufig an **Herzkrankheiten, Fehlfunktionen der Schilddrüse** oder einem **geschwächten Immunsystem**. Sehr oft ist das Down-Syndrom auch mit **Fehlbildungen im Magen-Darm-Trakt** verbunden. Zu den weiteren möglichen Gesundheitsproblemen und Behinderungen gehören **Hörstörungen, Sehstörungen oder körperliche Fehlstellungen**.

Ursachen

Die Ursache für eine Trisomie 21 liegt bei 95 Prozent der Fälle in einer unüblich verlaufenden Meiose (Zellteilung). Entweder findet eine Nichttrennung der homologen Chromosomen in der ersten Reifeteilung oder eine Nichttrennung der Chromatiden in der zweiten Reifeteilung der Meiose statt. Der bislang früheste Nachweis einer Trisomie 21 gelang an einem Skelett einer Frau, die vor rund 2550 Jahren bei Tauberbischofsheim im Alter von 18 bis 20 Jahren verstorben ist.

Es gibt vier unterschiedliche Arten:

1. Freie Trisomie 21

In **allen Körperzellen** ist das Chromosom 21 komplett **dreifach vorhanden**.

2. Translokations-Trisomie 21

In allen Körperzellen ist das Chromosom 21 komplett dreifach vorhanden, eines der Chromosomen 21 hat sich jedoch **an ein anderes Chromosom angelagert**. Oft an eines der Nummern 13, 14, 15 oder 22, selten auch Nummer 21.

3. Mosaik-Trisomie 21

Nicht in allen Körperzellen ist das Chromosom 21 dreifach vorhanden, sondern gleichzeitig existiert eine Zelllinie mit dem üblichen Chromosomensatz.

4. Partielle Trisomie 21

Die Chromosomen 21 liegen zwar wie üblich zweifach in allen Körperzellen vor, allerdings ist ein Teil eines der beiden Chromosomen 21 verdoppelt, wodurch eines der Chromosomen 21 **etwas länger ist als das andere**.

Häufigkeit des Auftretens

Statistische Erhebungen zeigen, dass die Wahrscheinlichkeit, ein Kind mit Trisomie 21 zu bekommen, mit dem Alter der Mutter exponentiell ansteigt: Im Alter von 25 Jahren liegt sie bei weniger als 0,1 Prozent, im Alter von 35 Jahren bei 0,3 Prozent, im Alter von 40 Jahren bei einem Prozent und im Alter von 48 Jahren bei neun Prozent. Dies ist wahrscheinlich darauf zurückzuführen, dass im adulten Leben einer Frau keine Neubildung von Eizellen stattfindet. Diese altern wie auch die Frau selbst, was mit immer häufigerem Auftreten von Fehlern bei der Meiose einhergeht.

Pränatale Diagnostik

Noch relativ neu ist die Möglichkeit, Chromosomenanomalien des Embryos auch über einen Bluttest bei der Mutter festzustellen. Dieses Verfahren gehört zu den nicht-invasiven Untersuchungsmethoden und ist dementsprechend für Mutter und Kind ohne Risiko.

Bluttests haben inzwischen eine sehr hohe Aussagekraft und können teilweise invasive Methoden wie eine Fruchtwasseruntersuchung oder Nabelschnurpunktion ersetzen. Hier liegt das Risiko einer Fehlgeburt bei ca. 1:200.

Medizinische Prognostik

Trisomie 21 ist keine Krankheit und entsprechend auch nicht heilbar. Die Lebenserwartung von Europäern mit Down-Syndrom ist von durchschnittlich neun Jahren (1929) auf 60 Jahre (2004) gestiegen, insbesondere da Organfehlbildungen heutzutage in der Regel sehr gut behandelt werden können. Mittlerweile erreicht jeder zehnte Mensch mit Down-Syndrom das 70. Lebensjahr. Der älteste bekannte Mensch mit Down-Syndrom verstarb 2012 im Alter von 83 Jahren. Mit einer intensiven medizinischen und persönlichen Betreuung und einer möglichst frühen, gezielten Förderung lassen sich die Einschränkungen und Behinderungen verringern.

Auswirkungen auf den lebenspraktischen Bereich des Betroffenen

Sozialverhalten

Auffallend viele Menschen mit Down-Syndrom haben besondere Fähigkeiten im Bereich des Sozialverhaltens und der Emotionalität, die bereits im Kleinkindalter beobachtet werden können. So wurde in Studien festgestellt, dass „viele dieser Kinder deutliche Stärken im sozialen Funktionieren“ zeigen und „öfter eine aufgeweckte Stimmungslage haben, mehr auf Musik ansprechen und weniger anstrengend sind als gleichaltrige andere Kinder“. Dennoch können Menschen mit Down-Syndrom in ihrem Sozialverhalten und ihrer Emotionalität untereinander sehr verschieden sein.

Sprachentwicklung

Die meisten Menschen mit Trisomie 21 haben eine gute rezeptive Sprache (Sprachverständnis). Im Bereich der expressiven Sprache (Sprachausdruck) zeigt sich bei ihnen in der Regel jedoch eine deutliche Entwicklungsstörung sowohl im phonologischen Bereich, als auch im Vokabular und in der Grammatik. Durch Logopädie kann sie zu einem beachtlichen Teil gebessert werden. Viele Kinder nutzen zunächst das einfach gehaltene und schnell zu erlernende System der Gebärden-unterstützten Kommunikation, um sich zu verständigen.

Krebserkrankungen

An Leukämie zu erkranken, ist gegenüber dem Durchschnitt um das 20-fache erhöht, an irgendeiner Form von Gewebekrebs zu sterben, um 50- bis 100-mal niedriger als üblich. Das Risiko, an Brustkrebs zu erkranken, ist bei Trisomie 21 z. B. um das etwa Zehnfache geringer als in der Durchschnittsbevölkerung.

Epilepsie

Die Wahrscheinlichkeit für einen Menschen mit Trisomie 21, eine Form der Epilepsie zu entwickeln, liegt bei etwa fünf bis zehn Prozent. Damit ist ihre Anfälligkeit für Epilepsie im Vergleich zum Bevölkerungsdurchschnitt um das bis zu Zehnfache erhöht. In der Gruppe der Menschen mit geistiger Behinderung stellen

Menschen mit Down-Syndrom jedoch eine Gruppe mit recht geringer Epilepsierate dar.

Schulbesuch und Ausbildung

Bis heute besuchen Kinder mit Down-Syndrom meistens eine Schule für geistig Behinderte. Aber auch Lernbehindertenschulen, andere Förderschulen und Integrationsklassen an Regelschulen können Schüler mit Down-Syndrom aufnehmen. Die meisten Kinder können heutzutage mit den nötigen Hilfen Lesen und Schreiben erlernen und erwerben zumindest Grundkenntnisse im Rechnen.

Teilweise erwerben Menschen mit Trisomie 21 Regelschulabschlüsse, in zunehmendem Maße ergreifen sie Regelberufe in der freien Wirtschaft. Weltweit sind bislang nur Einzelfälle bekannt geworden, in denen sie eine Universität besuchen oder diese gar erfolgreich abschließen konnten.

Heilerziehungspflegerische Möglichkeiten

Therapiemethoden, die häufig bei Kindern mit Down-Syndrom angewandt werden, um die Ausbildung ihrer Fähigkeiten optimal zu unterstützen, sind heilpädagogische Frühförderung, Ergotherapie, Psychomotorik, Krankengymnastik (häufig nach den Methoden von Bobath und/oder Vojta) und die Orofaziale Therapie nach Castillo Morales (neuro-physiologische Therapie).

Durch eine geringe Spannung in der Zungenmuskulatur können Down-Syndrom-Patienten ihre Zunge weit hervorstrecken. So wirkt es, als ob die Zunge nicht ganz in den Mund hineinpasst. Durch Training von Zunge und Gesicht (zum Teil unterstützt durch eine sogenannte Gaumenplatte beziehungsweise Stimulationsplatte) lässt sich die Muskulatur soweit kräftigen, dass die Zunge wie üblich im Inneren des Mundes verbleibt. Es ist aber zu erwähnen, dass nicht jedes Kind mit Down-Syndrom die orofaziale Therapie benötigt und auch nur ein Bruchteil dieser Kinder die Anwendung einer Gaumenplatte.

Hilfreiche Unterstützungsmöglichkeiten sind:

- Frühlesen zur Förderung des Sprechens und des Sprachaufbaus
- Einsatz von Zeichen und [Gebärden](#) als Unterstützung der Sprache
- Förderung individueller, besonderer Begabungen
- Festigen von schon erworbenen Entwicklungsschritten

Für viele Menschen mit Down-Syndrom hat sich zudem die Nutzung von Angeboten der tiergestützten Therapie, z. B. in Form des heilpädagogischen Reitens, als förderlich erwiesen.

Quellen:

www.ameda.de, www.wikipedia.de, www.planetdeswissens.de, www.gesund.at

Janine Köhnen, Brigita Roch
Zwangsneurose

Zwangsneurosen

Definition: Neurosen entstehen, wenn meist in der Kindheit liegende Konflikte nicht richtig verarbeitet wurden und sich in einem bestimmten Krankheitsbild äußern. Bei einer Zwangsneurose kommt es zu dem Zwang, bestimmte, nicht sinnvolle Handlungen ständig zu wiederholen (Zwangshandlung) oder bestimmte, mit Angst besetzte Gedanken drängen sich der betroffenen Person immer wieder auf es kommt zu einer (Besessenheit). Einige Personen meinen dann z.B. sie müssten sich ständig waschen oder ständig die Wohnung putzen, um sich vor Krankheitserregern zu schützen. Andere halten übertriebene Ordnung, müssen ständig Gegenstände zählen, klauen oder sammeln.

Zwangshandlungen

- **Reinigungs- und Waschwänge** (Wohnung putzen, Hände waschen u.v.m.)
- **Technische Kontrollzwänge** (kontrollieren von Schlössern, Elektrogeräten u.v.m.)
- **Psychosoziale Kontrollzwänge** (kontrollieren, ob man keinen Fehler gemacht hat; ob nichts passiert ist oder passieren wird u.v.m.)
- **Wiederholungszwänge** (mehrmaliges Lesen, Schreiben, durch die Tür hinein- und hinausgehen, Hände abtrocknen u.v.m.)
- **Zählzwänge** (zuerst einfach, dann immer komplizierter, beängstigender, hoffnungsloser)
- **Ordnungszwänge** (alles was sich irgendwie ordnen lässt: Kleider, Bücher, Geräte u.v.m.)
- **Sammel- und Aufbewahrungszwänge** (alles, was sich einigermaßen geordnet und überschaubar horten lässt)
- **Sonstige Zwangshandlungen** (gedankliche Rituale, wie Gebete, sonstige Texte im Kopf aufsagen; Drang, Dinge anzutippen, anzufassen, anzuklopfen u.v.m.)

Zwangsgedanken

- **Aggressive Zwangsgedanken** (laute Beleidigungen, sich selber oder andere zu verletzen, z. B. mit einem Messer, mit dem Auto anfahren, Diebstahl, Einbruch, Brandschatzung u.v.m.)
- **Verschmutzungs-Zwangsgedanken** (Sorgen über Schmutz, über giftige Abfallstoffe, Reinigungs- und Lösungsmittel; Furcht, davon krank zu werden)
- **Sexuelle Zwangsgedanken** (sexuelles Verhalten anderen gegenüber, z. B. sexuelle Handlungen mit Kindern, homosexuelle Kontakte, "verbotene" oder "perverse" Gedanken)
- **Religiöse oder moralische Zwangsgedanken** (übermäßige Beschäftigung mit Fragen über richtige oder falsche Handlungen, über Moral u.v.m.)
- **Zwangsgedanken bezüglich Symmetrie oder Genauigkeit** (etwas könnte schief stehen, schräg hängen, unordentlich aussehen usw.)
- **Körperbezogene Zwangsgedanken** (z.B. Haare zu dünn, Nase zu lang, Ohren zu groß usw.)
- **Sonstige Zwangsgedanken** (unbeeinflussbarer Drang, bestimmte Dinge wissen oder ändern zu müssen; Furcht, bestimmte Dinge zu sagen, zu verlieren, zu tun usw.)

Symptome: Die Symptome von einer Zwangsstörung drängen sich innerlich immer weiter auf. Bei dem Versuch sich der Zwangsstörung zu widersetzen entsteht eine innere Spannung, die nach einiger Zeit unerträglich wird. Die Zwangsstörung wiederholt sich auf immer gleicher Weise, und wird von Stress beeinflusst. Zudem können auch Nervenerkrankungen wie (Chorea Huntington, Morbus Parkinson). Zwangsstörungen treten häufig mit anderen Psychischen Faktoren auf, wie die Depressive Störung, Panikstörung, Soziale Phobien, und Essstörungen.

Ursachen: Bei der Entstehung von Zwangsstörungen spielen sowohl biologische als auch psychologische Faktoren eine Rolle.
Die Neurobiologie zeigt, dass auch organische Ursachen für

Zwangsstörungen verantwortlich sein können. Bei der Zwangsstörung stellt man sich die Frage, ob die Hirnbotsstoffe aus dem Gleichgewicht geraten sind. Ja es stimmt, denn die Störungen im Stoffwechsel von Hirnbotsstoffen sind ein hohes Risiko für Zwangsstörungen. Für die Aktivität im Gehirn die bei den Zwangsstörungen ablaufen, sind Serotonin und Dopamin. Beide Botenstoffe spielen auch bei einer Depression eine große Rolle unter anderem auch bei Angst und der Sexualität. Möglicherweise sind die Ursachen auch in Störungen der Basalganglien im Gehirn zu suchen. Sie liegen in der rechten und der linken Hirnhälfte, und steuern die Bewegungsabläufe. Ist die Funktion gestört, klappt womöglich das Zusammenspiel der Bewegung Impuls und der zugehörigen Bewegung nicht mehr.

Genetische Gründe: Auch ein genetischer Faktor als Ursache für Zwangsstörungen ist wahrscheinlich. Wenn ein eineiiger Zwilling eine Zwangsstörung hat, zeigt in 60-80% der Fälle auch sein Zwilling Zwangssymptome. Bei zweieiigen Zwillingen zeigt sich dieser Zusammenhang nicht in diesem deutlichen Ausmaß. Zudem erkranken 25-30% der Kinder von Zwangserkrankten. Generell lässt sich sagen, je höher der Verwandtschaftsgrad zu einem Menschen mit Zwangssymptomen ist, umso höher ist die Wahrscheinlichkeit, selbst an einer Zwangsstörung zu erkranken.

Aus kognitiver Sicht haben Menschen die unter Zwangsstörungen leiden eine ganz bestimmte Art zu denken. Ihre Gedanken sind häufig geprägt von Schuld.

Verschiedene Sichtweisen aus der Psychologie: Aus psychoanalytischer Sichtweise, die auch Sigmund Freud vertrat, liegen die Ursachen der Zwangsstörung in der sogenannten analen Phase. In der Psychoanalyse charakterisiert man ein Entwicklungsstadium bei Kindern, das etwa im Bereich des zweiten bis dritten Lebensjahres stattfindet als anale Phase. Verdrängte oder verleugnete unbefriedigte Bedürfnisse aus dieser Zeit, die zum Beispiel durch eine übertriebene Sauberkeit der Eltern entstehen können, werden durch die Zwangssymptome unterdrückt. Die Zwangsstörung fungiert hier also als eine Art Abwehrmechanismus.

Verhaltenstherapeuten erklären die Zwangssymptomatik mit falscher Konditionierung. Das heißt, dass ein ursprünglich neutraler Reiz, wie z.B. Schmutz durch eine Kopplung an eine unangenehme Erfahrung zu einem Auslöser für Angst, Ekel oder Ähnliches wird. Um diese negativen Gefühle zu reduzieren, entwickeln die Betroffenen Zwangssymptome wie beispielsweise ständiges Händewaschen.

Aus dieser Sicht lässt sich auch erklären, warum Zwangserkrankte ihre Symptomatik aufrechterhalten, auch wenn sie die Widersinnigkeit in ihrem Handeln erkennen. Die Zwangssymptomatiken verschaffen ihnen (zumindest kurzfristig) Linderung und vermitteln ein Gefühl von Kontrolle.

Häufigkeit des Auftretens

Heute spricht man von 1-3 % solcher Zwangskranken in der Allgemeinbevölkerung. Das sind mehr als ein bis zwei Millionen Menschen, allein im deutschsprachigen Bereich.

Von der geschlechtsspezifischen Verteilung her scheinen Männer wie Frauen gleich häufig betroffen zu sein.

Zwangshandlungen	Häufigkeit
Kontrolle („Checking“)	63%
Wachen („Cleaning“)	60%
Zählen	36%
Symmetrie	28%
Horten	18%

Zwangsgedanken	Häufigkeit
Beschmutzung	45%
Körper	36%
Symmetrie	31%
Aggressive Impulse	28%
Sexuelle Vorstellungen	26%

Med. Prognostik: Bis vor 20 Jahren galten Zwangsstörungen noch als sehr schwer heilbar. Moderne Psychotherapeutische Therapien, sowie die kognitive Verhaltenstherapie werden in schweren Fällen mit Psychopharmaka kombiniert. Die Heilungsquoten durch die Psychotherapie und den Psychopharmaka liegt bei über 80%. Die Diagnose ist umso besser, je früher die Therapie beginnt. Aber auch wenn man über Jahre oder Jahrzehnte hinaus mit einer Zwangsstörungen lebt, können moderne Therapien erfolgreich angewendet werden.

Psychopharmaka: Psychopharmakologisch erfolgt die Therapie in schweren Fällen mit Antidepressiva, meist mit Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRIs). Neuroleptika kommen nur dann zum Einsatz, wenn der Patient sehr unruhig ist und Ängste oder depressive Beschwerden im Vordergrund stehen.)

Auswirkungen auf den Lebenspraktischen Bereich des Betroffenen

Beispiel: Man kehrt immer wieder nach Hause zurück, um zu kontrollieren z.B. ob der Herd ausgemacht wurde oder ob man das Bügeleisen ausgemacht hat, und dies geschieht ganz bewusst im Bewusstsein, was aber völliger Unsinn ist denn man hat alles ausgemacht. Die Kontrolle bestimmt

das Leben des Menschen den ganzen Tag lang. Der Zwang beherrscht also das Verhalten gegen den Willen der Betroffenen, und wird zur Qual des Betroffenen. Erst wenn diese Verhaltensweise ein derartiges Ausmaß annimmt, dass die Betroffenen darunter leiden, oder deren Alltag stark beeinträchtigt ist spricht man von einer krankhaften Zwangsstörung oder Zwangsneurosen.

Unsicherheit und Angst: Wenn die Handlungen nicht immer und immer wieder ausgeführt werden können, entsteht ein Gefühl von Unsicherheit, Angst oder Ekel. Durch die wiederholte Ausführung der Zwangshandlungen werden diese Gefühle verringert. Die bekannteste Zwangshandlung ist das Reinigen und waschen. Die Menschen die diesen Waschzwang haben, haben panische Angst vor Bakterien und Schmutz. Der Alltag des Betroffenen ist durch Taten und Gedanken rund um die Reinlichkeit bestimmt. Die Betroffenen lassen keine Freunde und Angehörige mehr in ihre Wohnung, die Folge ist das sie den Sozialen Kontakt verlieren und vereinsamen.

Heilerziehungspflegerische Möglichkeiten was kann der Heilerziehungspfleger tun, um die Lebensqualität des Betroffenen zu verbessern?

Eine Möglichkeit den Betroffenen zu helfen wäre, wenn man als Heilerziehungspfleger mit dem Betroffenen bewusst mit den Symptomen der Zwangsstörung umgeht. Man sollte Dauergedanken des Betroffenen nicht unterdrücken, das ist auch der Inhalt einer Verhaltenstherapie was Ärzte oft empfehlen. Statt genervt oder gestresst von dem Betroffenen zu sein, sollte man ihn seine ganze Aufmerksamkeit in der die Zwangsstörung anfängt zu schenken, und ihn auch verstehen. Der Heilerziehungspfleger sollte dafür sorgen, dass das ganze Leben lang Therapien stattfinden. In der freien Zeit des Betroffenen sollten verschiedene Entspannung Techniken angewendet werden.

Quellen:

<http://www.psychosoziale-gesundheit.net/psychiatrie/zwangsstoerung.html>

<https://www.meine-gesundheit.de/krankheit/krankheiten/zwangsneurosen>

<https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung>

http://www.t-online.de/gesundheit/krankheiten-symptome/id_67072020/zwangsneurose-behandeln-gewusst-wie.html

Notizen / Anmerkungen