



# Psychiatrische/Psychopathologische Befunderhebung

Ronald Bottlender



- ◆ **Ziele der Psychiatrischen Befunderhebung**
- ◆ **Hinweise zur Gesprächsführung**
- ◆ **Hinweise zur Anamnese**
- ◆ **Psychopathologische Symptome**
- ◆ **Fallvorstellung**

# Ziel der psychiatrischen Befunderhebung



- ◆ Entscheidung darüber, ob eine Person psychisch erkrankt ist oder nicht.
- ◆ Bestimmung der konkreten Art der vorliegenden psychiatrischen Erkrankung
- ◆ Aufstellen eines Therapieplanes.

# Zum Erreichen dieser Ziele



- ◆ ist ein möglichst umfassendes Verständnis der psychosozialen Entwicklung und Persönlichkeit des Patienten,
- ◆ seiner aktuellen Beschwerden und Symptomatik,
- ◆ der Vorerkrankungen sowie möglicher Einflussfaktoren auf das aktuelle Beschwerde- und Symptombild erforderlich.

Grundlage dieses Verständnisses sind die im Gespräch mit dem Patienten (Anamnese und Befunderhebung) sowie anderweitig erhaltenen Informationen (Fremdanamnese).

# **Hinweise zur Gesprächsführung**

# Hinweise zur Gesprächsführung



- ◆ Wählen Sie ein geeignetes Setting für das Gespräch mit dem Patienten. In der Regel ist für ein psychiatrisches Gespräch eine ruhige, ungestörte, Intimität ausstrahlende Atmosphäre hilfreich.
- ◆ Beachten Sie im Umgang mit dem Patienten die allgemeinen Regeln der Höflichkeit: Begrüßen Sie den Patienten. Stellen Sie sich bei dem Patienten vor. Teilen Sie dem Patienten ihr Anliegen mit. Legen Sie den zeitlichen Rahmen und in etwa das Ziel des Gesprächs fest.

# Hinweise zur Gesprächsführung



- ◆ Sofern der Patient seine Beschwerden nicht spontan schildert, sollten Sie das Gespräch mit einer offenen Frage beginnen. Dadurch geben Sie dem Patienten Raum zur Darstellung seiner Beschwerden.

- ◆ **Mögliche Eingangsfragen sind zum Beispiel:**

Warum sind Sie zu uns in die Klinik gekommen?

Welche Beschwerden und Probleme führen Sie zu uns?

Wie geht es Ihnen?

Was ist los mit Ihnen?

# Hinweise zur Gesprächsführung



Beachten Sie neben dem konkret vom Patienten Erzählten auch

- ◆ das nonverbale Verhalten des Patienten (Psychomotorik, Mimik), Sprache (Lautstärke, Geschwindigkeit, Betonungen etc.),
- ◆ das Kontaktverhalten des Patienten (Ist der Patient eher zugewandt oder eher ablehnend oder misstrauisch?) und
- ◆ das äußere Erscheinungsbild des Patienten (Kleidung, Körperhygiene etc.).

Diese Beobachtungen können Ihnen bereits wichtige Hinweise für die diagnostische Einschätzung des Patienten liefern.

# Hinweise zur Gesprächsführung



- ◆ Mit eher unverfänglichen Bereichen beginnen
- ◆ Sensible, für den Patienten möglicherweise unangenehme Bereiche vorsichtig einführen und eher am Ende der Exploration untersuchen
- ◆ Inhaltlich zusammenhängende Bereiche gemeinsam explorieren
- ◆ Unverständliche, vage oder missverständliche Angaben des Patienten müssen präzisiert werden

# Hinweise zur Gesprächsführung



- ◆ Einfache, allgemein verständliche Formulierungen verwenden
- ◆ Eindeutige Fragen stellen
- ◆ Nicht mehrere Inhalte in einer Frage explorieren
- ◆ Konkrete statt allgemeine oder abstrakte Fragen stellen
- ◆ Keine suggestiven Fragen stellen
- ◆ Keine doppelten Verneinungen verwenden
- ◆ Keine Fachausdrücke verwenden

# Hinweise zur Gesprächsführung



## Prinzipielle Gliederung der psychiatrischen Exploration:

1. Unstrukturierter Teil mit offenen Fragen zum „warming up“ und zur freien Schilderung der Beschwerden aus Sicht des Patienten.
2. Strukturierter Teil mit eher geschlossenen und gezielten Fragen nach speziellen Krankheitszeichen und Symptomen sowie zur weiteren Erfassung der Krankheitsvorgeschichte.
3. Synopsis der Beschwerden, Frage nach wichtigen bislang nicht angesprochenen Bereichen und Vorschlag zum weiteren Vorgehen. Am Ende der Exploration sollten Sie in der Lage sein, eine schlüssige Geschichte über den Patienten erzählen zu können.

# **Bereiche der Anamnese**

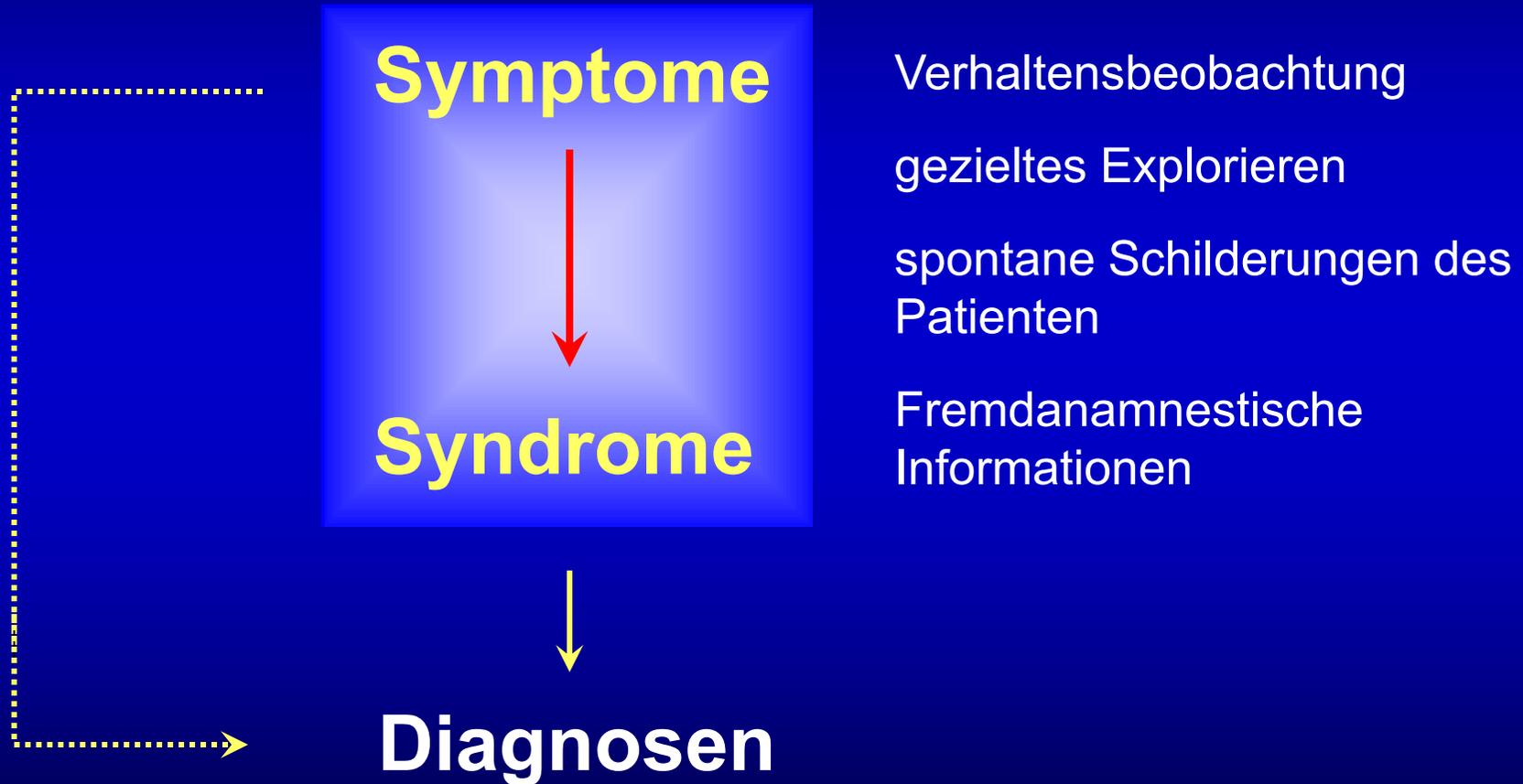
# Bereiche der Anamnese



- ◆ Aktuelle Krankheitsanamnese
- ◆ Anamnese zu Vorerkrankungen (psychisch und körperlich)
- ◆ Aktuelle Sozialanamnese
- ◆ Biographische Anamnese
- ◆ Persönlichkeit
- ◆ Familienanamnese
- ◆ Fremdanamnese

# **Psychopathologischer Befund**

# Der diagnostische Prozess



# Bereiche des psychopathologischen Befundes

- ◆ Allg. Erscheinungsbild, Art der Kontaktaufnahme u. Krankheitsverhalten
- ◆ Bewusstseinsstörungen, Orientierungsstörungen
- ◆ Aufmerksamkeits-, Konzentrations- und Auffassungsstörungen
- ◆ Gedächtnisstörungen
- ◆ Störungen der Intelligenz
- ◆ Formale Denkstörungen
- ◆ Wahn
- ◆ Sinnestäuschungen
- ◆ Ich-Störungen
- ◆ Zwänge, Phobien, Ängste
- ◆ Störungen der Stimmung und des Affekts
- ◆ Störungen des Antriebs und der Psychomotorik
- ◆ Vegetative Störungen
- ◆ Sich selbst- und andere gefährdendes Verhalten

Einzelne Symptome des Patienten können fluktuieren, also nicht kontinuierlich vorhanden sein. → Beachte auch die Dauer und Frequenz des Auftretens der Symptome!

Bei der Beurteilung der Symptome bleiben mögliche Ursachen zunächst unberücksichtigt (**deskriptiver Befund**).

Das Vorhandensein eines oder mehrerer Symptome bedeutet für sich genommen noch nicht, dass eine Person psychisch erkrankt ist. Ein Symptom macht keine Krankheit!

**Es geht zunächst um eine Deskription, nicht Interpretation der Symptome!**



# **Erläuterungen zu den einzelnen Bereichen und Symptomen**



# Bewußtseinsstörungen

Oberbegriff für alle Veränderungen der Bewußtseinslage

**quantitative Bewußtseinsstörungen:** Verminderung der Wachheit.

**Benommenheit:** schwer besinnlich, verlangsamt, eingeschränkte Informationsaufnahme und -verarbeitung

**Somnolenz:** schläfrig, leicht weckbar

**Sopor:** schläft, nur starke Reize können wecken

**Koma:** bewußtlos, nicht weckbar, im tiefen Koma fehlen Pupillen-, Korneal und Muskeleigenreflexe

# Qualitative Bewußtseinsstörungen



- **Bewußtseinseinstrübung:** Mangel an Klarheit der Vergegenwärtigung des Erlebens (Zusammenhanglosigkeit), Verwirrtheit des Denkens und Handelns.
- **Bewußtseinseinengung:** z.B. Fokussierung auf bestimmtes Erleben mit verminderter Ansprechbarkeit, Handlungsabläufe sind aber möglich.
- **Bewußtseinsverschiebung:** Gefühl der Intensitäts- und Helligkeitssteigerung, der Bewußtseinssteigerung bzgl. Wachheit und Wahrnehmung.

# Orientierungsstörungen



- zeitlich,
- örtlich,
- situativ,
- über eigene Person

**HINWEIS:** Orientierungsstörungen werden in der Exploration oft vergessen oder nicht direkt erfragt werden. Gewöhnen Sie sich an, die Orientierung aktiv zu überprüfen.

# Aufmerksamkeits-, Konzentrations- und Auffassungsstörungen



**Aufmerksamkeitsstörungen:** Gestörte aktive oder passive Fähigkeit zur Ausrichtung des Bewusstseins oder der geistigen Aktivität auf einen Erlebnisinhalt, Gegenstand oder wie auch immer gearteten Sachverhalt hin.

**Konzentrationsstörungen:** Reduzierte Fähigkeit, die Aufmerksamkeit über eine längere Zeitspanne hinweg aufrecht erhalten zu können.

**Die Konzentration kann orientierend durch die folgenden einfache Aufgaben überprüft werden:**

- Monatsnamen der Reihenfolge nach rückwärts nennen lassen
- Von 100 sukzessive in Siebener-Schritten rückwärts zählen lassen

# Aufmerksamkeits-, Konzentrations- und Auffassungsstörungen



Auffassungsstörungen: Verminderte Fähigkeit, Wahrnehmungen, Erlebnisse oder (allgemein) Informationen in ihrem Bedeutungszusammenhang zu verstehen und sinnvoll in Bezug zu einander zu setzen.

Zur Überprüfung der Auffassung können Sie den Patienten z.B. Sprichworte, Unterschiedsfragen, Bildgeschichten oder Fabeln erklären lassen.

Z.B. Fragen nach dem Unterschied zwischen einem See und einem Fluss, einer Hecke und einer Mauer oder einer Lüge und einem Irrtum.

Z.B. Fragen nach der übertragenen Bedeutung des Sprichwortes “Keine Rose ohne Dornen” oder “Wer im Glashaus sitzt, soll nicht mit Steinen werfen!”.

# Gedächtnisstörungen



Sofortgedächtnis (auch Ultrakurzzeit-, Immediat- oder Sekundengedächtnis genannt): Speicherung und unmittelbare Reproduktion von Gedächtnisinhalten. **Einfache klinische Überprüfung z.B. durch direktes Nachsprechenlassen von mehreren vorgegebenen Begriffen oder einer mehrstelligen Zahl.**

Kurzzeitgedächtnis (auch Merkfähigkeit genannt): Speicherung von Gedächtnisinhalten für die Dauer einiger Minuten. **Einfache klinische Überprüfung z.B. durch die Vorgabe von drei Begriffen, die der Patient nach ca. 10 Minuten wiedergeben soll.**

Langzeitgedächtnis (Gedächtnis im engeren Sinne): Speicherung von Gedächtnisinhalten für die Dauer von Stunden bis Jahre

# Gedächtnisstörungen



**Konfabulationen:** Erinnerungslücken werden vom Patienten mit spontanen Pseudo-Erinnerungen gefüllt, wobei dem Patienten die Falschheit der Pseudo-Erinnerung nicht bewusst ist (abzugrenzen von Lügen oder einer Pseudologia phantastica).

Bei Vorliegen von Konfabulationen gibt der Patient bei mehrfachem Stellen der selben Frage während des Gesprächs zumeist ganz unterschiedliche Antworten, ohne sich dessen bewusst zu sein.

Konfabulationen stellen zusammen mit Merkfähigkeits- und Orientierungsstörungen die typische Symptomtrias des **Korsakow-Syndroms** dar.

# Gedächtnisstörungen



Zeitgitterstörungen: Gestörte Fähigkeit verschiedene Gedächtnisinhalte, wie z.B. persönliche lebensgeschichtliche Daten, in der zeitlich korrekten Abfolge einzuordnen.

Paramnesien umfassen umschriebene, zumeist singulär auftretende Erinnerungsverfälschungen oder Trugerinnerungen. Die **eigentlichen Gedächtnisfunktionen sind dabei in der Regel ungestört.**

Zu den Paramnesien werden die folgenden Symptome gezählt:

- Déjà-vu (schon gesehen), Déjà-vécu (schon erlebt) oder Jamais-vu/vécu (nie gesehen/erlebt) Erlebnisse.

# Formale Denkstörungen



Formale Denkstörungen bezeichnen im Unterschied zu den inhaltlichen Denkstörungen (z.B. Wahn) die Störung der Denkabläufe oder der Struktur des Denkens (**Beurteilung anhand der sprachlichen Äußerungen des Pat.**).

## Symptome:

gehemmt, verlangsamt, umständlich, eingeengt, perseverierend, grübeln,  
Gedankendrängen, ideenflüchtig, Vorbeireden, gesperrt,  
Gedankenabreißen, inkohärent/zerfahren, Neologismen

# Veranschaulichung einiger formaler Denkstörungen

	Frage	Denkablauf	Antwort	
ungestörtes Denken	●	→	●	Auf eine klare Frage bekommen Sie ohne Umschweife eine klare, passende Antwort.
Verlangsamtes Denken	●	→	●	Auf eine klare Frage bekommen Sie eine klare, passende Antwort. Es dauert aber länger.
Vorbeireden	●	→	●	Auf eine klare Frage bekommen Sie eine klare, aber komplett unpassende Antwort.
umständliches Denken	●	→	●	Beim Thema bleibende Antwort. Der Patient verliert sich aber immer wieder in Nebensächlichem.
ideenflüchtiges Denken	●	→	●	Ständiger Themenwechsel durch neue Gedanken. Die Themenwechsel sind aber nachvollziehbar verknüpft.
zerfahrenes Denken	●	→	●	Das Denken verliert seinen nachvollziehbaren Zusammenhang, ist ungeordnet, teilweise bruchstückhaft.

# Zerfahrenheit

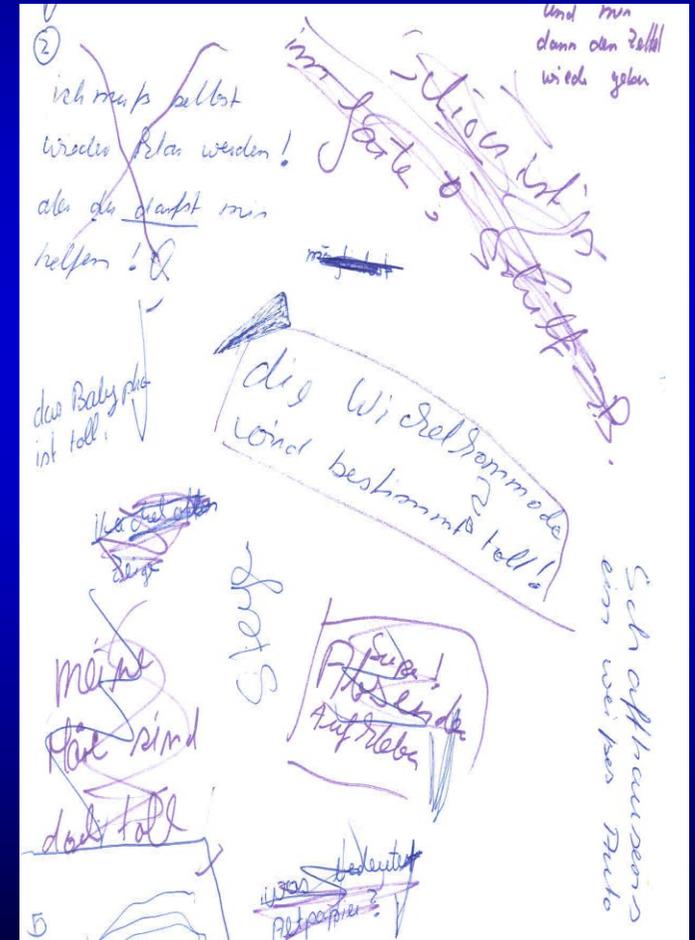


## Parabel:

Ein Esel war mit Salz beladen, er überquerte einen Fluß und er fiel hin. Das Salz löste sich im Wasser und es war ihm um vieles leichter geworden, als er wieder aufstand. Des nächsten Tags überquerte er wieder die Furt, diesmal war er mit Schwämmen beladen, er setzte sich absichtlich ins Wasser, da er sich den Vorteil gemerkt hatte; die Schwämme sogen sich voll Wasser und der Esel ertrank.

## Nacherzählung eines schizophrenen Patienten:

Der Esel meint immer, er kann sich vor der Arbeit drücken, und da tut er ... Testet man erstmal mit Holz, weil Holz fliegt auseinander. Es ist ein Mahnmal, eine Warnung, daß der Esel ertrunken ist. Er war mit Schwämmen beladen, der war wie die Pamir, die gesunken ist, die haben Weizen geladen, sie sind umgekippt mit einem Segelschiff.



# Wahn



Prinzipiell wird unter Wahn eine objektiv falsche, mit der Realität nicht vereinbare, oft sich mit unmittelbarer, erfahrungsunabhängiger Evidenz aufdrängende Überzeugung verstanden, die im Unterschied zu einem Irrtum, vernünftigen Gegenargumenten oder gegenläufigen Erfahrungen nicht zugänglich ist und an der folglich unkorrigierbar, mit hoher subjektiver Gewissheit festgehalten wird.

Unterscheidung von überwertigen Ideen: gefühlsmäßig stark besetzte Erlebnisinhalte, die das Denken in unsachlicher und einseitiger Weise beherrschen, aber nicht absolut unkorrigierbar sind.

# Wahn



W.-Stimmung, W.-Wahrnehmung, W.-Einfall, W.-Gedanken,  
systemat. Wahn, W.-Dynamik,

Wahninhalte (z. B. Beziehungsw., Beeinträchtigungsw.,  
Verfolgungsw., Eifersuchtschw., Liebesw., Schuldsw., Verarmung  
sw., hypochondr. W., Größenw.)

# Wahn



**Wahndynamik:** Grad der affektiven Beteiligung des Patienten an seinem wahnhaften Erleben (z.B. Angst bei Verfolgungswahn) oder die Relevanz des Wahns auf das Handeln des Patienten. (z.B. **Wechsel der Wohnung bei Verfolgungswahn**).

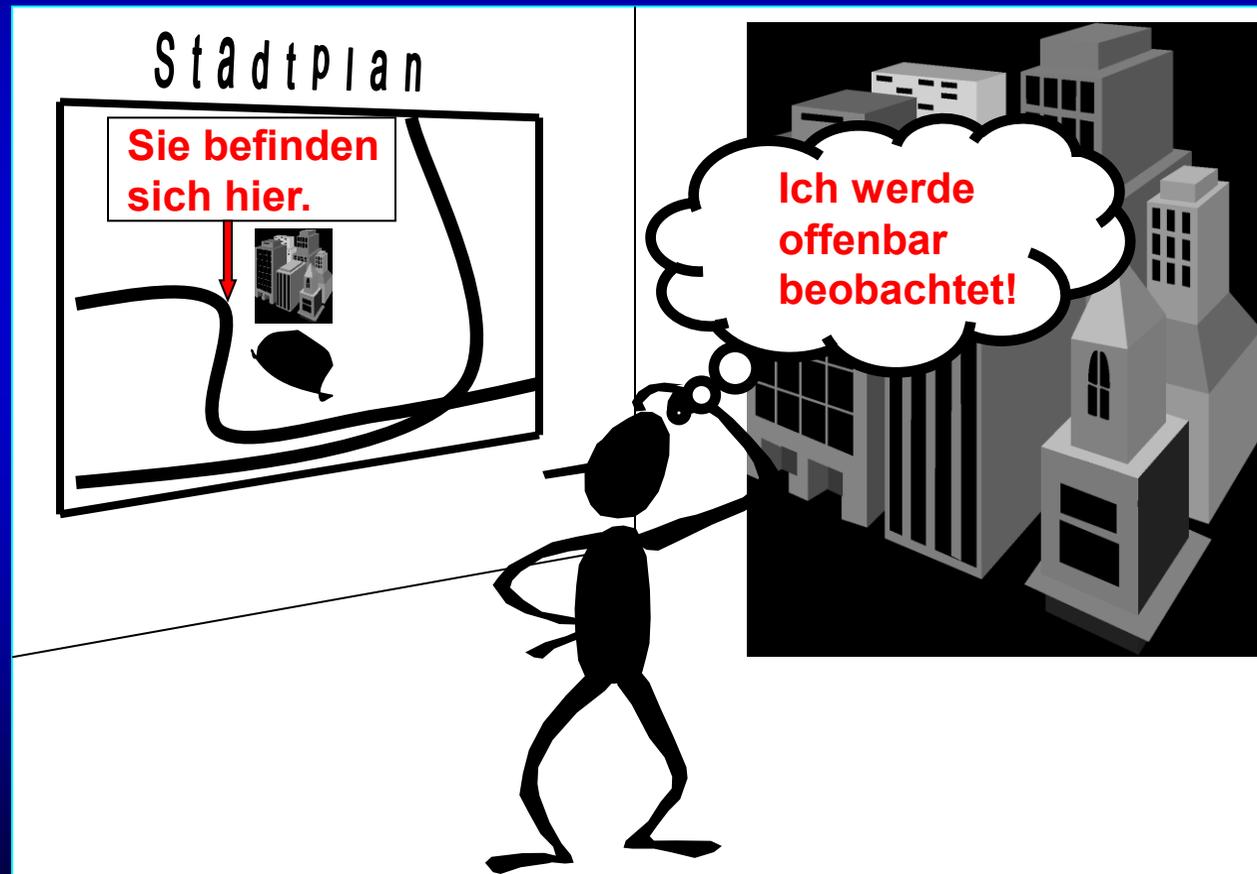
# Wahn



**Wahnwahrnehmung:** Einer realen Sinneswahrnehmung wird eine wahnhafte Bedeutung zu bemessen (Beziehungssetzung ohne Anlass). Die Patienten berichten eine an sich belanglose Wahrnehmung, die aber für sie selbst eine ganz bestimmte Bedeutung bekommt.

**Beispiel:** “Die Tagesschausprecherin zwinkerte so mit den Augen, da wusste ich, dass sie mich liebt.”

# Ein Beispiel für Verfolgungswahn und Wahnwahrnehmung



# Sinnestäuschungen



**Wahrnehmungserlebnisse ohne entspr. Außenreiz, die aber für wirkliche Sinneseindrücke gehalten werden.**

Alle Sinnesmodalitäten können betroffen sein. Grad des Realitätscharakters variiert. *Pseudohalluzinationen* (Unwirklichkeit wird erkannt)

Illusionen, Stimmenhören, andere akust. Halluzinationen, opt. Halluzinationen, Körperhalluzinationen, Geruchs-/Geschmackshalluz.

# Ich-Störungen



**Derealisation,  
Depersonalisation,  
Gedankenausbreitung,  
Gedankenentzug,  
Gedankeneingebung,  
Fremdbeeinflussungserlebnisse**

**„Bizzare Delusions“**

# Ängste, Phobien, Zwänge



Misstrauen, Hypochondrie (nicht wahnhaft), Phobien,  
Zwangsdanken, Zwangsimpulse, Zwangshandlungen



# Störungen der Affektivität



**ratlos**, Gefühl der Gefühllosigkeit, **affektarm**, **Störungen der Vitalgefühle**, deprimiert, hoffnungslos, ängstlich, euphorisch, dysphorisch, gereizt, innerlich unruhig, klagsam, Insuffizienzgefühle, gesteigerte Selbstwertgefühle, Schuldgefühle, Verarmungsgefühle, **ambivalent**, **parathym**, **affektlabil**, affektinkontinent, **affektstarr**



# Antriebs- und psychomotorische Störungen



Antrieb bezeichnet die Grundaktivität einer Person und kann als die treibende Kraft aller psychischen und physischen Vorgänge verstanden werden. **Der Antrieb ist als solcher nicht direkt fassbar und wird in erster Linie am Aktivitätsniveau und an der Psychomotorik erkennbar.**

## **Symptome:**

antriebsarm, antriebsgehemmt, antriebsgesteigert, motor. Unruhig, Parakinesen, maniert/bizarr, theatralisch, mutistisch, logorrhöisch

# Vegetative Störungen



Schlafstörungen, Appetenzstörungen, Tagesschwankungen

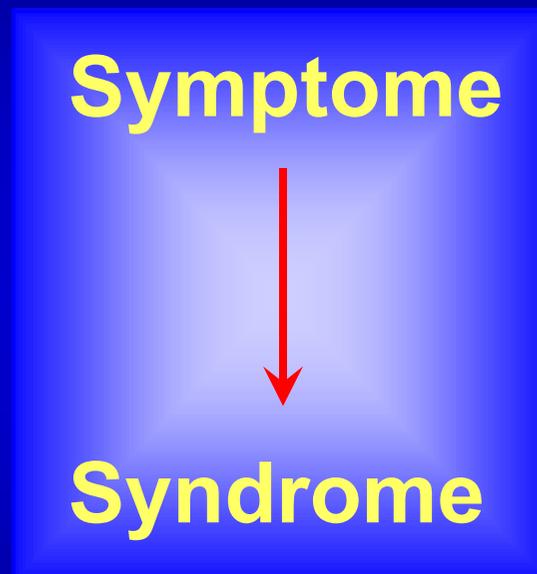
## *Vegetative Störungen im engeren Sinne*

- funktionelle Störungen der Atmung (z.B. Tachypnoe)
- funktionelle Störungen des Magen-Darm-Traktes (z.B. Übelkeit, Erbrechen, Obstipation, Diarrhoe)
- funktionelle Störungen der Blasenfunktion (z.B. Harndrang oder Blasenentleerungsstörungen)
- Mundtrockenheit
- Hypersalivation
- Globusgefühl

# Andere Störungen



- sozialer Rückzug, soziale Umtriebigkeit, **Aggressivität**, **Suizidalität**, Selbstbeschädigung, **Mangel an Krankheitsgefühl**, **Mangel an Krankheitseinsicht**, Ablehnung der Behandlung, Pflegebedürftigkeit

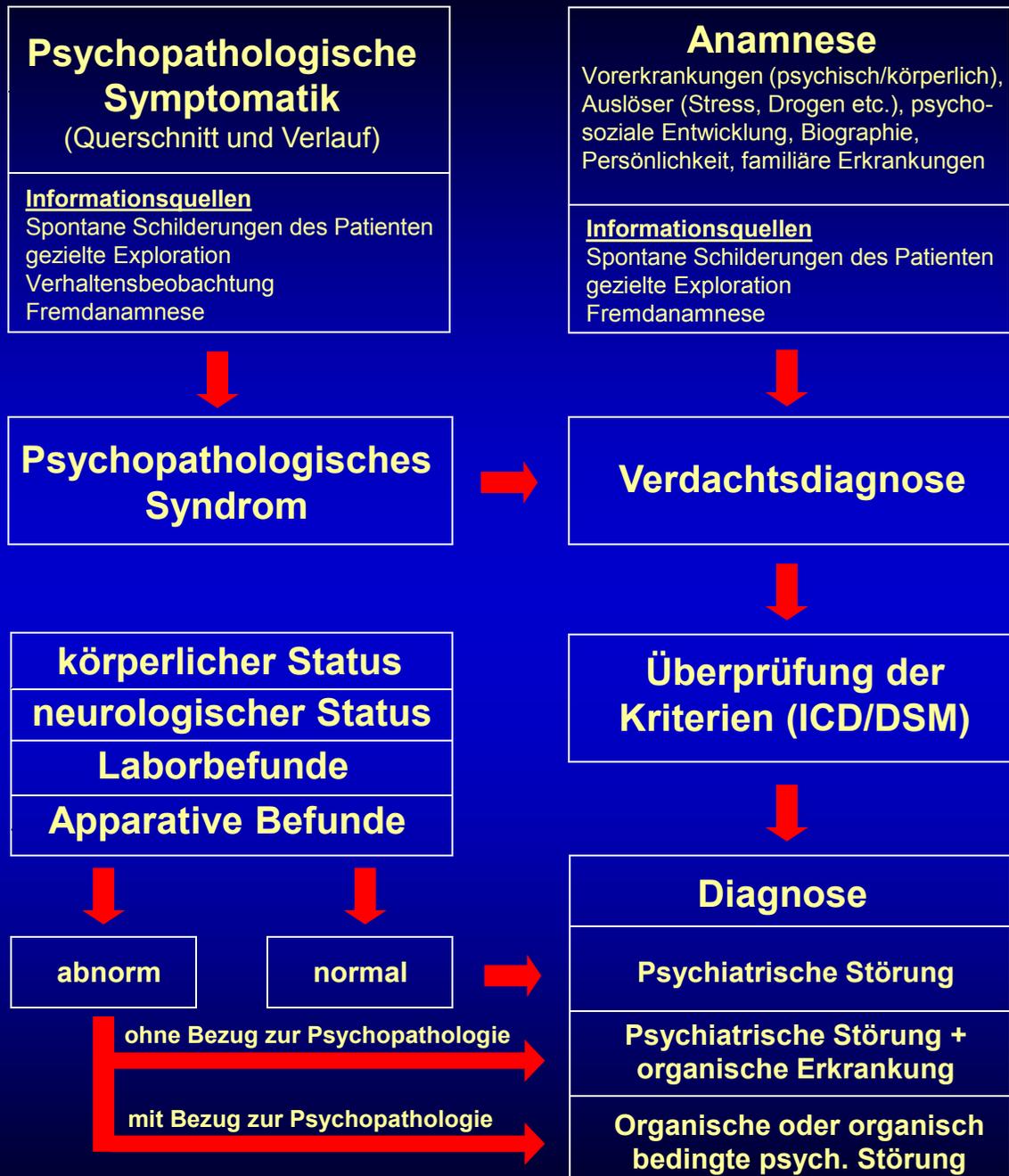




# Beispiele

- **Depressives Syndrom**
- **Manisches Syndrom**
- **Ängstliches Syndrom**
- **Zwang-Syndrom**
- **Paranoid-halluzinatorisches Syndrom**
- **Katatones Syndrom**
- **Suizidales Syndrom**
- **Denk- und handlungszerrfahrenes Syndrom**
- **Syndrom süchtigen Verhaltens**
- **Delirantes Syndrom**
- **Syndrom der gestörten körperlichen Befindlichkeit**
- **“Dementielles” Syndrom**

# Der Weg zur Diagnose in der Psychiatrie



# DSM und ICD



**DSM-IV** = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition (DSM-IV, APA),

**ICD-10** = International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (10th Rev., WHO)

