

A close-up photograph of a bright yellow flower with a detailed center, set against a blurred green background of foliage.

ISOLDE RICHTER
HEILPRAKTIKERSCHULE

LESEPROBE



HEILPRAKTIKER
BESCHRÄNKT AUF DIE PSYCHOTHERAPIE

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|-------------|---|------------|
| 25.1 | Einleitung und Definition wichtiger Begriffe | 8 |
| 25.2 | Psychische Störungen | 13 |
| 25.2.1 | Therapie psychischer Erkrankungen..... | 16 |
| 25.2.2 | Ursachen psychischer Störungen | 19 |
| 25.2.3 | Neurosen und Psychosen | 25 |
| 25.2.4 | Psychosomatische Störungen (Psychosomatische Medizin) | 28 |
| 25.2.5 | Somatopsychische Störungen..... | 31 |
| 25.2.6 | Moderne Klassifikationssysteme | 34 |
| 25.3 | Die psychopathologische Befunderhebung | 38 |
| 25.3.1 | Einleitung | 38 |
| 25.3.1.1 | Diagnosefindung..... | 38 |
| 25.3.1.2 | Somatischer Befund | 40 |
| 25.3.1.3 | Psychischer Befund | 40 |
| 25.3.2 | Bewusstsein und Bewusstseinsstörungen | 41 |
| 25.3.2.1 | Quantitative Bewusstseinsstörungen (Vigilanzstörung) | 42 |
| 25.3.2.2 | Qualitative Bewusstseinsstörungen | 43 |
| 25.3.3 | Orientierungsstörungen..... | 44 |
| 25.3.4 | Störungen der Auffassung, der Aufmerksamkeit und der Konzentration..... | 45 |
| 25.3.5 | Gedächtnis und Gedächtnisstörungen | 47 |
| 25.3.5.1 | Gedächtnis | 47 |
| 25.3.5.2 | Gedächtnisstörungen | 48 |
| 25.3.5.3 | Erinnerungsstörungen | 51 |
| 25.3.6 | Denkstörungen..... | 55 |
| 25.3.6.1 | Formale Denkstörungen | 55 |
| 25.3.6.2 | Inhaltliche Denkstörungen | 60 |
| 25.3.7 | Wahrnehmungsstörungen..... | 62 |
| 25.3.8 | Zwänge | 67 |
| 25.3.9 | Ich-Störungen | 69 |
| 25.3.10 | Affektive Störungen..... | 73 |
| 25.3.11 | Angst, Furcht, Phobien, Panik..... | 78 |
| 25.3.12 | Störungen des Antriebs..... | 79 |
| 25.3.13 | Störungen der Psychomotorik..... | 83 |
| 25.3.14 | Sprachstörungen..... | 89 |
| 25.3.15 | Kontaktstörungen..... | 90 |
| 25.3.16 | Störungen der Vitalität (Vitalitätsstörungen) | 91 |
| 25.3.17 | Schlafstörungen (Dyssomnien) | 93 |
| 25.3.18 | Störungen des Willens | 98 |
| 25.3.19 | Störungen durch Substanzgebrauch oder Verhaltensüchte | 99 |
| 25.3.20 | Sexuelle Störungen..... | 103 |
| 25.3.21 | Krankheitseinsicht, Leidensdruck und Therapiemotivation..... | 105 |
| 25.4 | Neurokognitive Störungen (NCD)..... | 109 |
| 25.4.1 | Delir (6D70)..... | 110 |
| 25.4.2 | Demenz..... | 115 |
| 25.4.2.1 | Lewy-Körperchen-Demenz..... | 121 |
| 25.4.2.2 | Frontotemporale Demenz (Morbus Pick)..... | 122 |
| 25.4.2.3 | Hirnschädigung (Enzephalopathie) durch Alkohol | 123 |
| 25.4.2.4 | Rett-Syndrom | 129 |

| | | |
|--------------|--|------------|
| 25.5 | Entwicklungsstörungen..... | 132 |
| 25.5.1 | Störungen der Intelligenzentwicklung (6A00) | 133 |
| 25.5.2 | Lernentwicklungsstörungen (6A03) | 136 |
| 25.5.3 | Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung, hyperkinetische Störung (6A05) .. | 139 |
| 25.5.4 | Autismus-Spektrum-Störungen (6A02) | 146 |
| 25.5.4.1 | Asperger-Syndrom (Asperger-Krankheit)..... | 147 |
| 25.5.4.2 | Kanner-Syndrom (Kanner-Autismus) | 150 |
| 25.6 | Störungen der Impulskontrolle | 154 |
| 25.6.1 | Pyromanie (pathologische Brandstiftung) (6C70)..... | 154 |
| 25.6.2 | Kleptomanie (pathologisches Stehlen) (6C71) | 156 |
| 25.6.3 | Intermittierende explosive Störungen (pathologische Wutanfälle) (6C73) | 158 |
| 25.6.4 | Pathologisches Glücksspielen (6C50) | 160 |
| 25.6.5 | Pathologisches Spielen (6C51) | 162 |
| 25.6.6 | Substanzinduzierte Impulskontrollstörung | 165 |
| 25.6.7 | Körperbezogene repetitive Verhaltensweisen (6B25)..... | 165 |
| 25.6.8 | Störungen mit zwanghaftem Sexualverhalten (6C72) | 167 |
| 25.7 | Angst oder furchtbezogene Störungen | 173 |
| 25.7.1 | Generalisierte Angststörung (6B00) | 174 |
| 25.7.2 | Panikstörung (6B01)..... | 177 |
| 25.7.3 | Agoraphobie (6B02) | 179 |
| 25.7.4 | Spezifische Phobie (6B03) | 184 |
| 25.7.5 | Soziale Angststörung (6B04)..... | 185 |
| 25.7.6 | Trennungsangststörung (6B05)..... | 189 |
| 25.7.7 | Selektiver Mutismus (6B06)..... | 192 |
| 25.7.8 | Substanzinduzierte Angststörungen | 194 |
| 25.8 | Zwangsstörungen oder verwandte Störungen | 197 |
| 25.8.1 | Zwangsstörung (6B20) | 198 |
| 25.8.2 | Körperdysmorphie Störungen (6B21)..... | 202 |
| 25.8.3 | Eigengeruchswahn (6B22) | 205 |
| 25.8.4 | Hypochondrie (6B23) | 206 |
| 25.8.5 | Pathologisches Horten (6B24)..... | 209 |
| 25.8.6 | Tourette-Syndrom (8A05.00)..... | 213 |
| 25.9 | Störungen, die spezifisch Stress-assoziert sind | 217 |
| 25.9.1 | Posttraumatische Belastungsstörung, PTBS (6B40) | 218 |
| 25.9.2 | Akute Belastungsreaktion (QE84) | 223 |
| 25.9.3 | Anpassungsstörung (6B43)..... | 224 |
| 25.9.4 | Verlängerte Trauerstörung (6B42)..... | 226 |
| 25.9.5 | Bindungsstörung bei Kindern | 227 |
| 25.9.5.1 | Reaktive Bindungsstörung (6B44) | 227 |
| 25.9.5.2 | Störung der sozialen Bindung mit enthemmtem Verhalten (6B45) ... | 229 |
| 25.9.6 | Burnout (QD85)..... | 231 |
| 25.10 | Dissoziative Störungen..... | 236 |
| 25.10.1 | Dissoziative Störung mit neurologischen Symptomen (6B60) | 237 |
| 25.10.2 | Dissoziative Amnesie (6B61)..... | 239 |
| 25.10.3 | Dissoziative Identitätsstörung (6B64) | 241 |
| 25.11 | Störungen und Intoxikationen durch Substanzgebrauch..... | 248 |

| | | |
|--------------|--|------------|
| 25.11.1 | Störungen und Intoxikationen durch Alkohol (6C40) | 248 |
| 25.11.2 | Störungen durch Cannabis (6C41) | 260 |
| 25.11.3 | Störungen durch Opioide (6C43) | 264 |
| 25.11.4 | Störungen durch Sedativa, Hypnotika oder Anxiolytika (6C44) | 270 |
| 25.11.5 | Störungen durch Kokain (6C45) | 272 |
| 25.11.6 | Störungen durch weitere Substanzen | 273 |
| 25.12 | Persönlichkeitsmerkmale und Persönlichkeitsstörungen | 277 |
| 25.12.1 | Begriffserklärungen | 277 |
| 25.12.2 | Negative Affektivität | 279 |
| 25.12.3 | Distanzierte Persönlichkeit (Distanziertheit) | 280 |
| 25.12.4 | Dissoziale Persönlichkeit (Dissozialität) | 280 |
| 25.12.5 | Enthemmte Persönlichkeit (Enthemmung) | 282 |
| 25.12.6 | Anankastische Persönlichkeit (Anankasmus) | 282 |
| 25.12.7 | Histrionische Persönlichkeit | 285 |
| 25.12.8 | Narzisstische Persönlichkeit | 287 |
| 25.12.9 | Paranoide Persönlichkeit (Misstrauen) | 288 |
| 25.12.10 | Schizoide Persönlichkeit | 289 |
| 25.12.11 | Borderline-Muster | 290 |
| 25.13 | Paraphile Störungen (Störungen der Sexualpräferenz) | 294 |
| 25.13.1 | Exhibitionistische Störungen (6C30) | 295 |
| 25.13.2 | Voyeuristische Störungen (6D31) | 296 |
| 25.13.3 | Pädophile Störungen (6D32) | 298 |
| 25.14 | Affektive Störungen | 303 |
| 25.14.1 | Depressive Störungen | 306 |
| 25.14.2 | Manische Störungen | 316 |
| 25.14.3 | Bipolare Störung | 318 |
| 25.15 | Schizophrenie und andere primäre psychotische Störungen | 326 |
| 25.15.1 | Schizophrenie (6A20) | 326 |
| 25.15.2 | Schizotype Störung (6A22) | 333 |
| 25.15.3 | Schizoaffektive Störung (6A21) | 334 |
| 25.15.4 | Wahnhaftige Störungen (6A24) | 335 |
| 25.15.5 | Akute vorübergehende psychotische Störungen (6A23) | 337 |
| 25.16 | Essstörungen | 343 |
| 25.16.1 | Magersucht (Anorexia nervosa) | 344 |
| 25.16.2 | Ess-Brech-Sucht (Bulimia nervosa) | 348 |
| 25.16.3 | Binge-Eating-Erkrankung | 354 |
| 25.17 | Suizid und Suizidalität | 359 |
| 25.17.1 | Einführung | 359 |
| 25.17.2 | Suizidgefährdung | 361 |
| 25.17.3 | Krisenintervention | 370 |
| 25.17.4 | Psychiatrische Notfälle | 376 |
| 25.17.4.1 | Akute Suizidalität und Suizidversuch | 377 |
| 25.17.4.2 | Erregungs- und Angstzustände | 377 |
| 25.17.4.3 | Akute Verwirrtheit | 378 |
| 25.17.4.4 | Bewusstseinsstörungen | 378 |
| 25.17.4.5 | Akute Psychose | 379 |

| | | |
|--------------|--|------------|
| 25.18 | Therapieformen | 382 |
| 25.18.1 | Psychodynamische Psychotherapieverfahren..... | 389 |
| 25.18.1.1 | Psychoanalyse..... | 389 |
| 25.18.1.2 | Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapien (TfP)..... | 398 |
| 25.18.2 | Systemische Therapie..... | 404 |
| 25.18.2.1 | Familienstellen nach Hellinger..... | 406 |
| 25.18.3 | Verhaltensorientierte Verfahren..... | 410 |
| 25.18.3.1 | Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)..... | 411 |
| 25.18.3.2 | Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)..... | 413 |
| 25.18.3.3 | CBASP (Kognitiv-verhaltenstherapeutisch-analytisches Psychotherapiesystem)..... | 413 |
| 25.18.3.4 | EMDR (Desensibilisierung und Verarbeitung durch Augenbewegungen) | 414 |
| 25.18.4 | Humanistische, erlebnisorientierte Psychotherapieformen..... | 417 |
| 25.18.4.1 | Gesprächspsychotherapie (Gesprächstherapie)..... | 417 |
| 25.18.4.2 | Lösungsorientierte Kurzzeittherapie..... | 419 |
| 25.18.4.3 | Gestalttherapie..... | 423 |
| 25.18.4.4 | Transaktionsanalyse..... | 424 |
| 25.18.4.5 | Themenzentrierte Interaktion (TZI)..... | 425 |
| 25.18.4.6 | Psychodrama..... | 427 |
| 25.18.5 | Hypnotherapie..... | 431 |
| 25.18.6 | Ergotherapie..... | 432 |
| 25.18.7 | Logopädie..... | 433 |
| 25.18.8 | Psychopharmakotherapie..... | 436 |
| 25.18.8.1 | Antidepressiva..... | 441 |
| 25.18.8.2 | Psychostimulanzien (Aufputschmittel)..... | 448 |
| 25.18.8.3 | Antipsychotika (früher: Neuroleptika)..... | 448 |
| 25.18.8.4 | Phasenprophylaktika (Stimmungsstabilisierer)..... | 453 |
| 25.18.8.5 | Hypnotika (Schlafmittel)..... | 456 |
| 25.18.8.6 | Anxiolytika..... | 461 |
| 25.18.8.7 | Anfallssuppressiva..... | 461 |
| 25.19 | Glossar | 465 |
| 25.20 | Gesetzeskunde | 530 |

Liebe Fernschülerinnen, lieber Fernschüler,

mit diesem Skript tauchen Sie nun in eine ganz neue Welt ein. Sie werden sehen, hier ist jede Seite aufs Neue interessant und faszinierend, denn Sie lernen immer neue Seiten der menschlichen Psyche kennen. Sie werden entdecken, dass ein schizophrener Patient in seiner eigenen Welt lebt und sein ganz eigenes Erleben hat, zu dem uns der Zugang auf die Schnelle verwehrt bleibt.

Dieses Skript ist sowohl für die Heilpraktikerausbildung, als auch für die Ausbildung zum Heilpraktiker für Psychotherapie geeignet. Die Heilpraktiker für Psychotherapie benötigen über das hier vermittelte Wissen hinaus noch detailliertere Kenntnisse in *einem* der Therapieverfahren des Kap. 25.18. Sie können selbst auswählen, in welchem dieser Therapieverfahren Sie sich in der mündlichen Überprüfung prüfen lassen möchten. Bitte benutzen Sie für die Vorbereitung dazu gesonderte Literatur. Es war nicht möglich, dieses Wissen hier mitaufzunehmen, weil es „kein allgemeines Wissen“ für die Überprüfung ist und weil es außerdem den Rahmen dieses Skripts sprengen würde.

Sie werden viele neue Krankheitsbilder kennenlernen und wenn man eine Krankheit nach der anderen lernt, so bleibt vieles abstrakt und leblos. Von daher ist es sehr empfehlenswert, sich Filme über Krankheitsbilder anzusehen. Wenn man eine Störung so „hautnah“ erlebt, dann verankert sich das nachdrücklich und bleibend im Gehirn. Deshalb finden Sie bei manchen Krankheiten ein Tipp auf einen sehenswerten Film. Die Filme sind unterhaltsam und manchmal kann man dabei viel lernen. Vor allem steht einem das Krankheits- bzw. Störungsbild dann deutlicher vor Augen. Wenn Sie eine Entscheidungshilfe bei den Filmen haben möchten, ob es sich für Sie rentiert den Film anzuschauen, dann können Sie sich bei Wikipedia informieren. Dort sind die Filme ausführlich beschrieben.

Darüber hinaus bietet **YouTube** einen reichen Erfahrungsschatz! Geben Sie daher, wenn Sie eine Krankheit lernen, dort den betreffenden Suchbegriff ein und Sie bekommen ein reichhaltiges Angebot präsentiert. Ich empfehle Ihnen, sich dort nicht noch viele zusätzliche theoretische Erklärungen von anderen Dozenten anzuschauen, sondern **Berichte von BETROFFENEN**, die z. B. erzählen, wie sie ihren Alltag bewältigen (oder auch nicht), wie es angefangen hat, wie sie mit dieser Störung leben.

Kleiner – aber wichtiger - Hinweis

Legen Sie das Ansehen von Kinofilmen oder YouTube-Filmen auf Ihren Feierabend bzw. heben Sie es sich als „Belohnung“ für die Zeit *nach* dem Lernen auf. Machen Sie es KEINESFALLS so, dass Sie *anstatt* zu lernen einen Film anschauen! ☺

Es wünscht Ihnen viel Freude in der Welt der Psyche

Ihre Isolde Richter



25.1 Einleitung und Definition wichtiger Begriffe

Gerade der Heilpraktiker wird oft von Menschen aufgesucht, deren Krankheitsbild nicht eindeutig einer organischen Ursache zugeordnet werden kann. Hat jemand einen Unfall erlitten und sich dabei einen Arm gebrochen, ist die Ursache klar, die Behandlungsmethode eindeutig. Kommt jedoch jemand mit einer Durchfallerkrankung in die Praxis, ist die Ausgangslage schon komplizierter. Es muss in der Anamnese und der körperlichen Untersuchung festgestellt werden, was den Durchfall verursacht hat. Dafür kommen eine Vielzahl von Ursachen in Betracht, wie eine Infektion mit Erregern (Bakterien, Viren, Pilzen, Protozoen), Darmparasiten, Lebensmittelvergiftungen, Darmkrebs und Schilddrüsenüberfunktion (Hyperthyreose), um nur einige zu nennen. Kann keine körperliche Ursache gefunden werden, muss in Betracht gezogen werden, dass eine psychische (seelische) Verursachung vorliegen könnte. Unerlässlich ist es, dass *alle* möglichen körperlichen Gründe ausgeschlossen wurden, bevor die Ursache im seelischen Bereich angesiedelt werden darf.

Merke

Bevor bei einer Krankheit die Ursache als „psychisch bedingte Störung“ festgelegt werden darf, müssen alle möglichen körperlichen Ursachen sorgfältig ausgeschlossen worden sein.

So könnte eine Diarrhoe beispielsweise ihr Ursache im psychischen Bereich haben, wenn der Patient beruflich überfordert ist. In diesem Fall würde durch das Symptom die dahinterstehende Problematik deutlich, denn schon umgangssprachlich sagt man in solchen Fällen: „Er hat Schiss“. Für den Heilpraktiker ist es wichtig, eine dahinterliegende psychische Störung als solche überhaupt zu erkennen (was, wie wir später noch sehen werden, gar nicht immer leicht ist), ihre Krankheitschwere beurteilen zu können und vor allem psychische Notfälle zu erkennen, um dann die erforderliche Therapie auswählen zu können. Dabei gilt ganz grundsätzlich: Leichtere psychische Störungen dürfen vom Heilpraktiker behandelt werden, z. B. mittels Gesprächstherapie, Bach-Blüten-Therapie oder Homöopathie, schwerere psychische Störungen werden vom Psychotherapeuten therapiert, schwerste psychische Störungen, die den Einsatz von verschreibungspflichtigen Psychopharmaka notwendig machen, müssen vom Facharzt für Psychiatrie behandelt werden. Da es für den Heilpraktiker kein Behandlungsverbot für psychische Erkrankungen gibt, darf er auch in schweren und schwersten Fällen begleitend behandeln. Aus diesem Grund muss er sich auch mit den verschreibungspflichtigen Psychopharmaka auskennen, damit er in der Lage ist, zu erkennen, wenn es sich bei den Symptomen des Patienten um eine Nebenwirkung der Medikation handelt.

Der Heilpraktiker muss psychische Erkrankungen nach ihrem Schweregrad beurteilen können. Grundsätzlich können psychische Erkrankungen eine leichte bis schwerste Symptomatik hervorrufen – bis hin zur Selbst- oder Fremdtötung. Dabei muss er in der Lage sein zu beurteilen, ob es sich um eine Störung handelt, die vom Heilpraktiker behandelt werden darf oder ob er den Patienten zu einem psychologischen Psychotherapeuten schicken muss oder zum Psychiater. Weiterhin muss er detailliert wissen, wie er im Fall einer Krise, bei der eine Eigen- oder Fremdgefährdung vorliegt, vorzugehen hat.

Merke

Seelisch bedingte Störungen können in leichter bis schwerster Ausprägung auftreten.



© shutterstock_778377127_Stock-Asso

Abb. Beratungssituation. Ein Heilpraktiker muss in der Lage sein, die Krankheitsschwere zu beurteilen: Handelt es sich um einen Notfall? Braucht es bei diesem Patienten die Behandlung durch einen Psychiater, da verschreibungspflichtige Medikamente eingesetzt werden müssen? Oder muss er an einen psychologischen Psychotherapeuten verwiesen werden, oder kann der Heilpraktiker in diesem Fall behandeln? Außerdem muss herausgefunden werden, ob hinter einer körperlichen Krankheit ein psychisches Problem steht, oder ob dahinter eine körperliche Ursache steht.



Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen!

❶ *Kommen bei Erkrankungen nur organische Ursachen in Betracht?*

•

❷ *In welchen Schweregraden können seelisch bedingte Krankheiten auftreten?*

•

Siehe Musterlösungen auf der folgenden Seite!

Die richtigen Antworten lauten:

In Ihren Antworten sollten auf jeden Fall die **fettgedruckten** Schlagworte enthalten sein.

- ❶ *Kommen bei Erkrankungen nur organische Ursachen in Betracht?*
 - **Nein.** Es können organische, aber auch psychisch-seelische Ursachen zugrunde liegen. Man muss immer in Betracht ziehen, dass der Mensch aus Körper, Seele und Geist besteht, und dass es sich auf den Körper auswirken kann, wenn die Seele leidet – und umgekehrt.

- ❷ *In welchen Schweregraden können seelisch bedingte Krankheiten auftreten?*
 - Seelische Erkrankungen können – wie körperliche Erkrankungen auch – **in leichter bis schwerster Ausprägung** auftreten.

Nun werden zunächst wichtige Begriffe vorgestellt, die jedem Heilpraktiker geläufig sein müssen.

Psyche

Der Begriff Psyche stammt aus dem Altgriechischen und bedeutet „Seele, Hauch“. Heute versteht man darunter alle höheren Gehirnfunktionen und Persönlichkeitsmerkmale, die einen Menschen bzw. ein Individuum ausmachen. Zur Psyche gehören aber nicht nur alle geistigen Fähigkeiten eines Menschen, sondern auch sein Denken, Fühlen, Wahrnehmen und seine Motivation, also, alles was „ihn antreibt“. Wie man sieht, rechnet man heute – im Gegensatz zu dem Begriff „Seele“ – keine transzendenten Elemente mehr zu dem Begriff, also Dinge, die jenseits der möglichen Erfahrung bzw. der vorzufindenden Wirklichkeit liegt, wie Übernatürliches oder Übersinnliches.

Psychologie

Die Psychologie ist die Wissenschaft von den bewussten und unbewussten psychischen Vorgängen und vom Erleben und Verhalten des Menschen. Ihr Ziel ist es, das menschliche Erleben und Verhalten zu beschreiben und zu erklären. Dabei lässt sie sich von der Arbeitsweise her, weder komplett den Naturwissenschaften noch den Geisteswissenschaften zuordnen. Eine wichtige Grundlage ihrer Arbeitsweise ist die Statistik.

Psychopathologie

Die Psychopathologie (auch Pathopsychologie) ist die „Lehre von krankhaften psychischen Störungen und Leiden“ bzw. die Lehre von psychischen Störungen auf der Symptom- und Syndromebene. Sie ist ein Teilbereich der klinischen Psychologie und der Psychiatrie (s. u.). Die Psychopathologie erfasst, beschreibt und klassifiziert Erlebens- und Verhaltensweisen von psychisch kranken Menschen, wie Störungen des Bewusstseins, des Denkens, der Orientierung, des Affektes (kurze, intensive Gefühlregung wie z. B. Wut oder Freude), des Ich-Erlebens, der Wahrnehmung, des Antriebs und des Verhaltens. Wie man daran sieht, beschäftigt sie sich also nicht mit den körperlichen Erkrankungen, sondern mit psychischen „Fehlvorgängen“.

Psychiatrie

Die Psychiatrie ist ein Teilgebiet der Medizin, das sich mit der Erforschung, Prophylaxe, Diagnostik und Therapie von psychischen Erkrankungen auseinandersetzt. Sie ist mit vielen anderen Teilbereichen eng vernetzt, vor allem, wenn es um Erkrankungen des Zentralnervensystems geht, wie Neurologie, Neuroanatomie, Neurobiochemie. Sie arbeitet aber auch eng mit Disziplinen wie der Genetik, der Verhaltensforschung, der Soziologie, der Anthropologie und der Psychologie zusammen.



Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen!

❶ Bitte ordnen Sie den Begriffen *Psyche*, *Psychologie* und *Psychopathologie* die jeweils passende Definition zu!

- A) Psyche
- B) Psychologie
- C) Psychopathologie

1. Lehre von krankhaften psychischen Störungen und Veränderungen.
2. Alle höheren Gehirnfunktionen und Persönlichkeitsmerkmale.
3. Lehre von den psychischen Vorgängen und vom Erleben und Verhalten.

- A $\hat{=}$
- B $\hat{=}$
- C $\hat{=}$

❷ Bitte kreuzen Sie die zutreffende(n) Aussage(n) an!

1. Psyche und Seele sind Synonyme.
2. Psychopathologie und Pathopsychologie sind Synonyme.
3. Psychologie und Psychiatrie sind Synonyme.

Siehe Musterlösungen auf der folgenden Seite!

Die richtigen Antworten lauten:

In Ihrer Antwort sollten auf jeden Fall die fettgedruckten Schlagworte enthalten sein.

① Zuzuordnen sind

- A $\hat{=}$ 2
- B $\hat{=}$ 3
- C $\hat{=}$ 1

② Anzukreuzen ist

- 2

Anmerkung

zu 1: Heute benutzt man den Begriff „Psyche“ nicht mehr im Sinne von einer „übernatürlichen“ Seele, sondern bezeichnet damit alle höheren Gehirnfunktionen und Persönlichkeitsmerkmale, die einen Menschen ausmachen.

zu 2: Die Aussage ist richtig. Die beiden Begriffe werden synonym verwendet.

zu 3: Die beiden Begriffe haben unterschiedliche Bedeutung.

Psychologie: Lehre von den psychischen Vorgängen und vom Erleben und Verhalten.

Psychiatrie: Teilgebiet der Medizin, das sich mit der Erforschung, Prophylaxe, Diagnostik und Therapie von psychischen Erkrankungen auseinandersetzt.

25.2 Psychische Störungen

Eine seelische Erkrankung zeigt sich oft dadurch, dass der Betroffene Schwierigkeiten hat, seinen Alltag zu bewältigen. Ein wichtiges Kennzeichen einer solchen Erkrankung ist, dass er nicht in der Lage ist, diese Störung, z. B. einen Zwang (s. Kap. 25.8.1) abzustellen. Eine körperliche Erkrankung geht häufig (nicht immer) mit einem Krankheitsgefühl einher. Dieses kann jedoch bei einer psychischen Erkrankung fehlen; es kann aber auch hier eine Krankheitseinsicht vorhanden sein.

ICD-11: Psychische Störung, Verhaltensstörungen oder neuronale Entwicklungsstörungen (06)

Psychische Störungen, Verhaltensstörungen und neuronale Entwicklungsstörungen sind Syndrome, die durch eine klinisch bedeutsame Störung der Kognition, der Emotionsregulation oder des Verhaltens einer Person gekennzeichnet sind, die eine Störung der psychologischen, biologischen oder entwicklungsbedingten Prozesse widerspiegelt, die den psychischen und verhaltensbezogenen Funktionen zugrunde liegen. Diese Störungen sind in der Regel mit Stress oder Beeinträchtigungen in persönlichen, familiären, sozialen, schulischen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen verbunden.

Erscheinungsformen von psychischen Störungen

- Störungen der Kognition (Denken, Wahrnehmen, Erinnern)
- Störung der Gefühle
- Störung des Verhaltens

Abgrenzung von gesundem und krankem Verhalten

Es ist manchmal nicht einfach, gesundes von krankhaftem Verhalten abzugrenzen, weil die Symptome, die bei psychischen Störungen vorkommen, bei jedem Menschen zeitweise auftreten können. Ängste, Zwänge (z. B. eine Melodie, die einem nicht aus dem Kopf geht) oder Eifersucht hat jeder schon einmal erfahren. Aber nur wenn diese Symptome so stark ausgeprägt sind, dass sie für den Betroffenen zu einem großen Leidensdruck führen und ihn in seiner Lebensführung behindern, oder sie sogar unmöglich machen, sind sie als krankhaft zu bewerten.

Erschwerend kommt für die Abgrenzung hinzu, dass kein bestimmtes Symptom in jedem Fall bei der Zuordnung zu einer bestimmten psychischen Erkrankung auftreten *muss*. Allerdings gibt es bestimmte Kriterien, die bei einer psychischen Erkrankung auftreten können:

- **Beeinträchtigungen in verschiedenen Lebensbereichen.** Beispielsweise traut sich jemand aus Angst vor Begegnungen mit anderen Menschen nicht mehr aus der Wohnung.
- **Niedergeschlagenheit.** Die Stimmungslage ist so bedrückt, dass der Betroffene nicht mehr in der Lage ist, seine Aufgaben zu erfüllen.
- **Irrationales, unkonventionelles Verhalten.** Jemand verhält sich so, dass seine Mitmenschen ihn nicht mehr begreifen oder verstehen können, oder er reagiert unangemessen, wie z.B. mit einem lauten Lachen bei einem traurigen Anlass.
- **Bedrohliches Verhalten,** entweder sich selbst oder anderen gegenüber.
- **Kontrollverlust.** Der Betroffene verliert die Kontrolle über sein Verhalten, beispielsweise schlägt jemand unkontrolliert zu, ohne dass er dazu einen Vorsatz gefasst hat oder seine Aggression hätte beherrschen können.
- **Leidensdruck.** Der Betroffene leidet unter seinen Symptomen, kann aber an seiner momentanen Lage nicht unmittelbar etwas ändern.
- **Unverhältnismäßigkeit der Reaktion** (ein an sich unbedeutendes Ereignis löst z. B. eine übertriebene Handlung aus).

Normales Verhalten. Was als normales Verhalten gewertet wird, unterliegt starken kulturellen Schwankungen. So gab es Naturvölker, bei denen Kannibalismus als normales Verhalten gewürdigt wurde, bei den modernen Gesellschaften ist dies nicht mehr der Fall. Aber auch innerhalb unserer modernen Gesellschaft gibt es große Unterschiede in der Einordnung von „normalem“ Verhalten. Nehmen wir als Beispiel einen Visionär, der mystische Eingebungen hat. Ein Teil unserer Gesellschaft wird ihn als „Heiligen“ und als persönlich besonders weit entwickelten Menschen betrachten, für andere handelt es sich dabei um die Krankheitserscheinungen von Halluzination und Wahn.



©shutterstock_1363683869_fizkes

Abb. Die Abgrenzung von noch gesundem zu krankem Verhalten ist manchmal nicht einfach. So gilt es z. B. zu entscheiden, in welchen Fällen liegt noch eine „normale“ Traurigkeit vor und wann handelt es sich um eine Depression mit Krankheitswert?



Bitte beantworten Sie die folgende Frage!

❶ Welche Aussage(n) zu psychischen Störungen ist (sind) richtig?

1. In jeder Kultur gibt es klare Grenzen, die krankhaftes von gesundem Erleben trennen.
2. Auch zwischen unterschiedlichen Kulturen besteht Einigkeit, was krankhaftes und was normales Verhalten ist.
3. Kontrollverlust, egal welcher Ausprägung, gilt immer als psychische Störung.
4. Kontrollverlust gilt dann als psychische Störung, wenn es dadurch im beruflichen und/oder privaten Bereich zu Beeinträchtigungen kommt.

Siehe Musterlösung auf der folgenden Seite!

Die richtige Antwort lautet:

① Anzukreuzen ist

- 4

Anmerkung

zu 1: Die Grenze zwischen krankhaftem und gesundem Verhalten ist manchmal schwer zu ziehen. So kann es z. B. sein, dass einige Menschen einen Visionär z. B. als Heiligen betrachten, andere dagegen als psychisch gestörten Menschen, der unter Wahn und/oder Halluzinationen leidet.

zu 2: Zwischen den Kulturen gibt es enorme Unterschiede. So kann Kannibalismus in einer Kultur als normal gelten, in einer anderen dagegen wird er strafrechtlich verfolgt.

zu 3: Kontrollverlust hat sicher jeder schon einmal an sich erlebt, z. B. wenn man aus der Wut heraus jemanden beschuldigt oder beschimpft und dann denkt: „Das hätte ich besser nicht gesagt/getan.“

zu 4: Das ist richtig. Die ICD-11 sagt dazu: „Diese Störungen sind in der Regel mit Stress oder Beeinträchtigungen in persönlichen, familiären, sozialen, schulischen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen verbunden.“

25.2.1 Therapie psychischer Erkrankungen

Je nach Schwere des Krankheitsbildes und Art der erforderlichen Therapie kann ein psychisch Kranker von einem Heilpraktiker, einem Heilpraktiker eingeschränkt auf das Gebiet der Psychotherapie, von einem psychologischen Psychotherapeuten oder von einem Facharzt für Psychiatrie behandelt werden. Dabei gilt:

Heilpraktiker (HP)

Der Heilpraktiker darf psychische Störungen behandeln. Er kann dies z. B. mit Gesprächstherapie, Familientherapie, Hypnose-therapie, Gestalttherapie oder auch Körpertherapie tun. Voraussetzung ist natürlich immer, dass er die nötigen Kenntnisse besitzt (Sorgfaltspflicht). Grenzen sind immer dort, wo verschreibungspflichtige Medikamente (z. B. Psychopharmaka) eingesetzt werden müssen. Bei schwerwiegenden psychischen Erkrankungen darf er begleitend zum Facharzt oder Psychotherapeuten behandeln, wobei er seine Behandlung sinnvollerweise mit dem behandelnden Arzt abspricht.

Heilpraktiker eingeschränkt auf das Gebiet der Psychotherapie (HPP)

Der Heilpraktiker eingeschränkt auf das Gebiet der Psychotherapie kann nach der Erlaubniserteilung therapeutisch tätig werden. Er darf aber nur psychische Erkrankungen behandeln, und zwar innerhalb der Grenzen des Heilpraktikergesetzes (siehe wie oben „Heilpraktiker“). Er darf dazu aber nur psychotherapeutische Methoden einsetzen, aber keine Medikamente verschreiben. So darf beispielsweise nur ein Heilpraktiker ein Präparat wie Johanniskraut einsetzen.

Psychologischer Psychotherapeut

Der Psychotherapeut hat in der Regel ein Psychologiestudium und anschließend eine mehrjährige Therapeutenausbildung absolviert, z. B. als Familien-, Kinder- bzw. Jugendlichen- oder, Verhaltenstherapeut, d. h., er hat sich auf ein bestimmtes Therapieverfahren spezialisiert, um damit psychische Erkrankungen zu heilen. Seine genaue Berufsbezeichnung ist Psychologischer Psychotherapeut¹ (nach dem Psychotherapeutengesetz).

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (ärztlicher Psychotherapeut)

Der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie hat ein Medizinstudium absolviert und sich durch eine Zusatzausbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie ausgebildet, in der Kurzform auch Psychiater genannt. Er arbeitet ebenfalls mit therapeutischen Mitteln, sein Schwerpunkt ist aber die medikamentöse Behandlung. Er hat es in der Mehrzahl mit schweren psychischen Erkrankungen zu tun, arbeitet oft in Kliniken, aber auch als niedergelassener Facharzt.

Anmerkung zum Psychologischen Berater

Der Psychologische Berater darf keine Krankheiten und keine Störungen mit Krankheitswert behandeln. Er darf aber bei der Lösung von Alltagsproblemen unterstützen, z. B. in der Paarberatung, bei Erziehungsfragen, Schulproblemen, sexuellen Problemen, Trauer- und Sterbebegleitung.

Aufdeckende und nicht-aufdeckende Verfahren

Es wird immer wieder diskutiert:

1. Was genau sind „aufdeckende Verfahren“?
2. Wer darf sie einsetzen?

Aufdeckende Verfahren sind Techniken, mit denen unbewusste seelische Konflikte bewusst gemacht werden. Arbeitsbegriffe, die dabei eine wichtige Rolle spielen sind z. B. Abwehrmechanismen, Verdrängung, Sublimierung, Verleugnung u.v.m. Sie werden in Kap. 25.18.1 vorgestellt.

Zu den aufdeckenden Verfahren gehören

- Psychoanalyse (Sigmund Freud)
- Analytische Psychologie (C.G. Jung)
- Individualpsychologie (Alfred Adler)
- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapien
- Transaktionsanalyse (E. Berne)

Im weiteren Sinn gehören evtl. noch dazu:

- Hypnose
- Rückführungen

¹ s. Lehrheft „Gesetzeskunde“, Kap. 1.1.2

Nicht-aufdeckende Verfahren werden auch als supportive (stützende) Psychotherapie bezeichnet. Nicht-aufdeckend arbeiten die Verhaltens- und die lösungsorientierten Kurzzeittherapien. Sie sind nicht an unbewussten Inhalten, Konflikten oder Motiven interessiert, sondern konzentrieren sich auf die Stabilisierung des Patienten.

Aufdeckende Verfahren und HP und HPP. Es gibt kein explizites Verbot für den HP und HPP aufdeckende Verfahren einzusetzen. Jedoch sollten sie aufgrund der Sorgfaltspflicht nicht verwendet werden. Um solche Verfahren einzusetzen, braucht es eine intensive Ausbildung und eine ständige Fortbildung. Außerdem ist eine regelmäßige Supervision unerlässlich.

Aufdeckende Verfahren und Psychologische Berater (PB) und Spirituelle Berater (SB). PB und SB dürfen keine aufdeckenden Verfahren anwenden, da sie keine Krankheiten und keine Störungen mit Krankheitswert behandeln dürfen. Gesetzlich ist letztendlich nicht abschließend geklärt, ob ein PB bzw. ein SB Rückführungen durchführen darf.



Bitte beantworten Sie die folgende Frage!

- ❶ **Welche Aussage(n) zur Therapie psychischer Erkrankungen sind (ist) richtig?**
1. Nur der Heilpraktiker für Psychotherapie (HPP) darf grundsätzlich psychische Störungen behandeln, der Heilpraktiker (HP) nicht.
 2. Sowohl der HP als auch der HPP dürfen – auch bei schweren psychischen Erkrankungen – begleitend zum Facharzt/Psychotherapeuten behandeln.
 3. Der Begriff „Psychotherapeut“ ist geschützt.
 4. Ein Psychiater hat ein komplettes Medizinstudium absolviert und sich dann durch eine Zusatzausbildung zum Facharzt für Psychotherapie ausbilden lassen.

Siehe Musterlösung auf der folgenden Seite!

Die richtige Antwort lautet:

❶ **Anzukreuzen sind**

- 2, 3 und 4

Anmerkung

zu 1: Sowohl der HPP als auch der HP dürfen psychische Störungen behandeln. Der HPP ist ein sog. „sektoraler“ HP, d. h. er darf auf einem bestimmten „Sektor“, also auf einem Teilgebiet des HP, tätig werden.

zu 2: Die Aussage ist richtig. Gut ist, wenn sich der HP dabei mit dem behandelnden Facharzt/Psychotherapeuten abspricht.

zu 3: Das ist richtig. Nur wer ein Psychologiestudium und die mehrjährige Weiterbildung in Therapie an einer Hochschule abgeschlossen hat, darf sich so nennen.

zu 4: Die Aussage ist richtig. Er behandelt oft schwere psychische Erkrankungen, vor allem in Psychiatrien.

25.2.2 Ursachen psychischer Störungen

Für die Behandlung und für die Verhütung von psychischen Störungen wäre es sehr hilfreich, wenn man die Ursachen genau kennen würde. Leider kann man aber die auslösenden Ursachen oft nicht auf genau bestimmbare Faktoren zurückführen. Viele Theorien mit sehr unterschiedlicher Herangehensweise versuchen dennoch Erklärungen zu geben. Die bekanntesten sind:

Biologische Betrachtungsweise

Die biologische Betrachtungsweise, legt biologisch-medizinische Faktoren zugrunde. Dabei können Veränderungen der Nervenzellen eine Rolle spielen, aber auch Störungen der körpereigenen Botenstoffe, wie Neurotransmitter und Hormone. Diese körperlichen, organischen Veränderungen können genetisch bedingt sein oder im Laufe des Lebens erworben werden.

Psychodynamische Betrachtungsweise

Ganz bekannt ist die psychodynamische Betrachtungsweise (s. Kap. 25.18.1), z. B. die Psychoanalyse, wie sie von Sigmund Freud begründet wurde, die vor allem im Unbewussten und in den frühen Lebensjahren der Patienten nach der Ursache sucht. Die Psychoanalyse wird ausführlich in Kap. 25.18.1.1 vorgestellt.

Humanistische Betrachtungsweise

Die humanistische Betrachtungsweise geht davon aus, dass gesunde Menschen, sich selbst verwirklichende und schöpferische Persönlichkeiten sind, die Entscheidungsfreiheit haben. Sie möchte dem Patienten helfen, sich seine Bedürfnisse und Motive bewusst zu machen und so Wege zu finden, wie er sich selbst mithilfe seiner Selbstheilungskräfte heilen kann. Dazu gehören vor allem die Klientenzentrierte Psychotherapie von Carl ROGERS (s. Kap. 25.18.4.1) und die Gestalttherapie (s. Kap. 25.18.4.3).

Lerntheoretische Betrachtungsweise

Die lerntheoretische Betrachtungsweise sieht mehr im gelernten Verhalten die Ursache. Sie geht auf eine Forschergruppe um B. F. Skinner (1904 bis 1990) zurück: Ein bestimmtes Verhalten wird verstärkt, weil es belohnt, nicht mehr gezeigt oder weil es bestraft wird. Die Grundlagen dieser Erkenntnisse werden heute in der Verhaltenstherapie angewendet (s. Kap. 25.18.3).

Auch verschiedene dieser Modelle werden manchmal zur Ursachenforschung kombiniert. Bei den einzelnen Störformen werden Sie immer wieder auf die Erklärungsmodelle hingewiesen. Zu den wichtigsten Psychotherapieformen erfahren Sie mehr im Kap. 25.18.

Das triadische System

Bei der Betrachtung der Ursachen war das klassische triadische System bekannt, das heute allerdings als obsolet (veraltet) gilt: Da es aber immer noch im allgemeinen Sprachgebrauch zu finden ist, erfolgt hier eine kurze Zusammenfassung.

Nach dem triadischen System werden die psychischen Erkrankungen nach ihrer *Verursachung* in drei Gruppen eingeteilt. Diese Betrachtungsweise hat sich sehr lange erhalten. Problem war, dass es oft nicht eindeutig ist, wo die Ursachen liegen. Das Grundprinzip ist die Einteilung nach den drei Verursachungsgründen: exogen (organisch), endogen, psychogen:

- **Organischer Formenkreis** (früher: exogene bzw. körperlich begründbare „Psychose“). Exogen bedeutet äußere Verursachung. Damit meint man, dass die seelische Störung durch eine organische Ursache ausgelöst wurde. So kann z. B. die Droge LSD prompt eine akute, körperlich begründbare (also organische) Psychose auslösen. Oder Hirnveränderungen, wie wir sie bei einer Alzheimer-Krankheit sehen, können eine chronische, körperlich begründbare (also organische) psychische Veränderung verursachen.
- **Endogener Formenkreis**. Endogen bedeutet innere Verursachung oder auch anlagebedingt. Diesen Erkrankungen kann keine eindeutige körperliche Veränderung zugeschrieben werden. Man ging aber auch schon früher davon aus, dass auch diese psychischen Veränderungen körperliche oder anlagebedingte Ursachen haben, die nur noch nicht bekannt sind. Gerade eine genetisch-konstitutionelle Veranlagung sahen viele als wesentlich an. Heute geht man davon aus, dass Neurotransmitter beim endogenen Formenkreis eine entscheidende Rolle spielen. Die wichtigsten endogenen Psychosen nach dem triadischen System sind die affektiven Störungen (s. Kap. 25.14) und die Schizophrenien (s. Kap. 25.15).
Da man heute die Bedeutung der Neurotransmitter wesentlich besser kennt, hat man bei vielen Krankheiten solche Veränderungen gefunden. So kann man z. B. Depressionen medikamentös behandeln, wenn die Neurotransmitter ins Ungleichgewicht geraten sind.
- **Psychogener Formenkreis**. Diese Betrachtungsweise sieht in Faktoren, die auf die Person einwirken, z. B. belastende Lebensereignisse, die Gründe für den Ausbruch einer psychischen Störung. Hierzu zählen nach ICD hauptsächlich die Körperstressstörungen (s. Kap. 25.2.4) und die Persönlichkeitsstörungen (s. Kap. 25.12).

Schichtenlehre (nach K. Jaspers)

Der Psychiater Karl Jaspers (1883 – 1969) ist der Begründer der Schichtenlehre. Nach dieser geht man davon aus, dass, wenn ein Patient mehrere psychiatrische Symptome zeigt, diese wie Ebenen übereinanderliegen. Dabei wird das triadische System als eine Reihenfolge von hierarchischen Schichtungen angesehen. Diese Schichten sind von unten nach oben:

- **Organisch begründete Symptome.** So könnte eine Hirnveränderung durch Alkohol eine Psychose verursachen.
- **Endogene begründete Symptome.** Für diese findet man (noch) keine körperlich begründbare Ursache.
- **Neurotische Symptome** als Variation der Persönlichkeit, ihre Entwicklung und ihr situationsbedingtes Erleben und Verhalten.

Ausschlaggebend für die Diagnose ist die unterste Schicht, der ein Symptom zugeordnet werden kann. Die schwerwiegendste Erkrankung bzw. die organisch bedingte Erkrankung hat also bei der Diagnosestellung den Vorrang und bildet die sog. Hauptdiagnose. Die Begleiterkrankung wird als Nebendiagnose genannt.

- **Beispiel.** Jemand ist Alkoholiker und hat eine Depression. So lautet die Diagnose nach der Schichtenlehre: langjährige Alkoholkrankheit (Hauptdiagnose) mit Depression (Nebendiagnose).

Heute hat diese Schichtenlehre allerdings eine Abwandlung erfahren. Als Hauptdiagnose wird das Symptom benannt, wegen dessen der Patient die Praxis aufsucht und die zugrundeliegende Ursache bildet die Nebendiagnose. Das heißt, man diagnostiziert „phänomenologisch deskriptiv“. Das Wort Phänomen kommt aus dem Griechischen und bedeutet „das sich Zeigende“ bzw. „das Erscheinende“. Es handelt sich also um etwas, das man mit den Sinnen wahrnehmen kann. Deskriptiv heißt „beschreiben“. Wenn man also phänomenologisch deskriptiv diagnostiziert, dann beschreibt man das, was man am Patienten mit seinen Sinnen wahrnehmen kann.

- **Beispiel.** Ein Patient sucht wegen einer Depression die Heilpraxis auf. Die Ursache dafür ergibt eine Hirnveränderung durch Alkoholabusus. Die Diagnose lautet: Depression (Hauptursache) durch Alkoholkrankheit (Nebendiagnose).

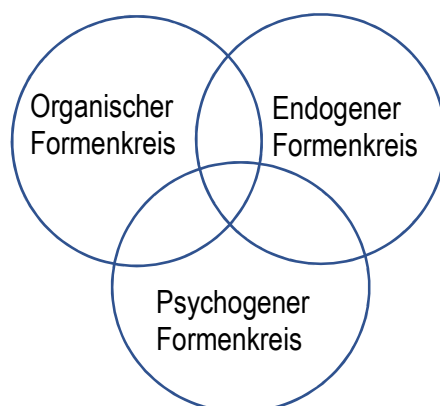


Abb. Das triadische System.

Wie man an der Abbildung sieht, überlappen sich die Begriffe des triadischen Systems teilweise. Nehmen wir als Beispiel eine hirnorganische Veränderung durch die Alzheimerkrankheit an, die dem organischen Formenkreis zugerechnet wird. Wird eine Störung z. B. durch ein Zuviel oder Zuwenig an Neurotransmittern verursacht, gehört sie zum endogenen Formenkreis und ist sie psychisch bedingt, so gehört sie zum psychogenen Formenkreis. Wie man an den Überlappungen sieht, gibt es zahlreiche Überschneidung. So kann eine Störung der Neurotransmitter sich auf die Stimmung auswirken und eine veränderte Stimmungslage wird die Ausschüttung der Neurotransmitter veranlassen.



Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen!

1 Ordnen Sie den einzelnen theoretischen Ansätzen die Betrachtungsweisen von psychischen Störungen zu!

- A Biologischer Ansatz
- B Psychodynamischer Ansatz (z. B. Psychoanalyse nach Freud)
- C Humanistischer Ansatz

- 1 Menschen besitzen Entscheidungsfreiheit und enorme Selbstheilungskräfte und sind in der Lage ihren eigenen Weg zur Heilung zu finden.
- 2 Neurotransmitter, Hormone und Veränderungen von Nervenzellen rufen psychische Störungen hervor.
- 3 Die Ursache liegt in frühkindlichen Erfahrungen, die unbewusst geblieben sind.

A \triangleq

B \triangleq

C \triangleq

2 Ordnen Sie zu, was nach dem triadischen System zusammenpasst!

- A Organischer (exogener) Formenkreis
- B Endogener Formenkreis
- C Psychogener Formenkreis

- 1 Für die psychische Störung kann keine körperliche Ursache gefunden werden.
- 2 Die psychische Störung wurde durch belastende Lebensereignisse ausgelöst.
- 3 Die psychische Störung wurde durch körperliche Veränderungen ausgelöst, z. B. durch einen Hirntumor.

A \triangleq

B \triangleq

C \triangleq

③ Ordnen Sie die einzelnen Wissenschaftler den Psychotherapieverfahren zu, die sie wesentlich mitgestaltet haben.

- A Sigmund Freud
- B Carl Rogers
- C B.F. Skinner

- 1 Klientenzentrierte Gesprächstherapie
- 2 Verhaltenstherapie
- 3 Psychoanalyse

A \triangleq

B \triangleq

C \triangleq

Siehe Musterlösung auf der folgenden Seite!

Nehmen wir als Beispiel eine Depression, sie kann grundsätzlich organische Ursachen haben, z. B. infolge einer Alkoholkrankheit, die zu hirnorganischen Veränderungen geführt hat. Sie kann aber auch endogen bedingt sein, z. B. durch Serotoninmangel oder sie kann psychogen bedingt sein, z. B. durch den Todesfall eines Familienangehörigen.

Früher wurde beim triadischen System von organischen und endogenen Psychosen und psychogenen Störungen bzw. Neurosen gesprochen. Da diese Begriffe heutzutage jedoch völlig anders definiert werden, wurde hier der Begriff Formenkreis verwendet, weil der es inhaltlich besser verdeutlicht, worum es geht. Wundern Sie sich aber nicht, wenn Sie den Begriff „Psychose“ im Zusammenhang mit dem triadischen System noch finden. Mit „psychotischem Verhalten“ meinte man früher einfach „von der Norm abweichendes Verhalten“. Heute bezeichnet man mit Psychose eine tiefgreifende Störung, bei der es zu Symptomen wie Wahn (s. Kap. 25.15.4) und Halluzination kommt (s. Kap. 25.3.7).

Die richtigen Antworten lauten:

① Zuzuordnen sind

- A $\hat{=}$ 2
- B $\hat{=}$ 3
- C $\hat{=}$ 1

② Zuzuordnen sind

- A $\hat{=}$ 3
- B $\hat{=}$ 1
- C $\hat{=}$ 2

③ Zuzuordnen sind

- A $\hat{=}$ 3
- B $\hat{=}$ 1
- C $\hat{=}$ 2

25.2.3 Neurosen und Psychosen

Klassischerweise unterteilte man in Neurosen und Psychosen. Die modernen Klassifikationssysteme verwenden diese Begriffe zwar nicht mehr, aber im medizinischen Alltag und in der Literatur werden sie immer noch verwendet. Deshalb müssen Sie diese Begriffe gut kennen.

Neurose

Dieser Begriff entstammt ursprünglich der klinischen Arbeit Sigmund Freuds (1856-1939), dem Begründer der klassischen Psychoanalyse. Bei Freud wurden alle psychischen Störungen so gesehen, dass sie durch Konflikte, die das Kind in der frühen Kindheit erleiden musste, ihren Ursprung haben. Diese Konflikte wurden von dem Kind verdrängt, weil sie zu schwer zu ertragen waren. Später können diese Konflikte wieder aufbrechen und zeigen sich dann als psychische Störungen.

Im triadischen System werden die Begriffe zu einer Art Abgrenzung verwendet. Bei einer Neurose liegt keine organische Ursache zugrunde, der Betroffene hat keinen Realitätsverlust erlitten und behält eine Krankheitseinsicht. Hingegen bei einer:

Psychose

Handelt es sich um eine tiefgreifende, schwere psychische Erkrankung. Sie kann exogen (also organisch) oder endogen entstanden sein. Der Betroffene erleidet zumindest zeitweise einen Realitätsverlust oder hat andere psychotische Symptome. Es besteht keine Krankheitseinsicht. Wie gesagt, diese Unterscheidung ist nicht eindeutig. Aber auf beide Krankheitsformen wird in diesem Lehrheft immer wieder Bezug genommen, um Ihnen auch diese Begrifflichkeit näher zu bringen.

Beachten Sie hierzu die folgende Übersicht:

Unterschied Neurose und Psychose

| Neurose | Psychose |
|--|---|
| Kein Realitätsverlust | Zumindest zeitweiliger Realitätsverlust |
| Keine erkennbare organische Verursachung, psychogen entstanden | Exogen oder endogen entstanden |
| Krankheitseinsicht vorhanden | Keine Krankheitseinsicht vorhanden |



Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen!

❶ Kreuzen Sie an, was zu einer Neurose passt!

1. Krankheitseinsicht vorhanden
2. Krankheitseinsicht nicht vorhanden
3. Organische Ursache liegt vor.
4. Es kann keine organische Ursache gefunden werden.
5. Es kommt zum Realitätsverlust.
6. Es kommt zu keinem Realitätsverlust.

❷ Kreuzen Sie an, was zu einer Psychose passt!

1. Sie kann ausschließlich exogen verursacht werden.
2. Sie kann ausschließlich endogen verursacht werden.
3. Sie kann sowohl endogen als auch exogen verursacht werden.

Siehe Musterlösungen auf der folgenden Seite!

Die richtigen Antworten lauten:

❶ *Anzukreuzen sind*

- 1, 4 und 6.

Anmerkung

zu 2 und 5: Das sind Kennzeichen einer Psychose.

❷ *Anzukreuzen ist*

- 3.

Anmerkung

zu 1, 2: Eine mögliche exogene Ursache wäre die Einnahme von Drogen (z. B. LSD) oder eine Psychose kann endogen bedingt sein, also ohne erkennbare körperliche Ursache.

25.2.4 Psychosomatische Störungen (Psychosomatische Medizin)

Die psychosomatische Medizin ist heute ein eigenständiges Fachgebiet. Sie beschäftigt sich mit der Bedeutung psychischer Vorgänge auf die Entstehung und den Verlauf von Krankheiten (Psyche: Seele; Soma: Körper, Leib).

Bei einer psychosomatischen Störung (Psychosomatose) hat ein seelischer Konflikt eine organische Krankheit verursacht. So nimmt man bei psychosomatischen Erkrankungen an, dass bestimmte Emotionen und Denkprozesse zur Entstehung einer körperlichen Erkrankung geführt haben. So könnte ein langanhaltender Angst- und Spannungszustand ein Magengeschwür (Ulcus ventriculi) verursachen.

In bestimmten Bereichen der Naturheilkunde wird dieser Begriff der psychosomatischen Störungen in einem sehr weiten Sinn verwendet, nämlich:

Alle Krankheiten mit oder ohne Organveränderung, haben grundsätzlich ihre Ursache im psychisch-seelischen Bereich. Damit werden auch Erkrankungen wie z. B. Spannungskopfschmerz und Schnupfen zu den psychosomatischen Erkrankungen gerechnet. Im letzteren Fall ist jemand über eine bestimmte Sache „verschnupft“ und erkrankt deshalb an einer Rhinitis (Schnupfen). Wäre er in einer psychisch stabilen Ausgangslage gewesen, hätten ihm die Schnupfenviren nichts anhaben können.

Hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen Seele und körperlichen Erkrankungen gibt es eine Vielzahl von Bezeichnungen, die sich teilweise überschneiden und in der folgenden Tabelle aufgezeigt werden.



Abb. Neurodermitis wird von vielen mit zu den psychosomatischen Erkrankungen gerechnet.

Abgrenzung ähnlicher Krankheitsbezeichnungen

| | |
|--|---|
| Vegetative Dystonie, Somatoforme autonome Funktionsstörung | Funktionsstörung vegetativ innervierter Organsysteme mit subjektiven Beschwerden und Beharren auf das Auftreten in einem bestimmten Organsystem oder eines Organs. Kein Nachweis auf eine eindeutige somatische Erkrankung. |
| Funktionelle Beschwerden | Es kommt zu Funktionsstörungen eines Organs, ohne dass Organveränderungen vorliegen, z. B. Reizblase. |
| Psychovegetatives Syndrom (Labilität) | Psychische Probleme verursachen körperliche Symptome, wie z. B. vermehrtes Schwitzen an den Händen. |
| Larvierte Depression (somatisierte Depression) | Aufgrund psychischer Probleme ist jemand depressiv, ohne dass ihm dies selbst bewusst ist. Er verlagert die Depression auf den körperlichen Bereich und klagt nun über Symptome wie Schlafstörungen, Kopfschmerzen, Verdauungsbeschwerden u.v.m. (s. auch Kap. 25.14.1 larvierte Depression). |
| Reizdarm (Colon irritabile), Reizmagen | Psychische Probleme verursachen funktionelle Beschwerden im Darm- oder Magenbereich. |
| Chronic Fatigue Syndrom (CFS) (chronisches Erschöpfungssyndrom) | Betroffen sind v. a. Frauen im mittleren Lebensalter. Aufgrund einer psychisch-körperlichen Erschöpfung kommt es zu einer ausgeprägten Leistungsminderung, zu Denk- und Konzentrationsstörungen, depressiver Verstimmung, zu Kopf-, Muskel- und Gelenkschmerzen. |

Die ICD-11 spricht heute nur noch von Körperstressstörungen (6C20), die nachfolgend vorgestellt werden.

Körperstressstörungen (6C20)

Die von der ICD-11 aufgeführten Körperstressstörungen entsprechen am ehesten den oben unter den Begriffen vegetative Dystonie bzw. somatoforme autonome Funktionsstörung vorgestellten Begriffen.

Kennzeichen von Körperstressstörungen

- Ständig wechselnde Beschwerden.
- Langer Krankheitsverlauf über mindestens mehrere Monate.
- Häufige Arztbesuche und „Ärzte-Hopping“.
- Den aktuellen Symptomen wird übermäßig Beachtung geschenkt.
- Auch Ergebnisse klinischer Untersuchungen, die den Befund erbringen, dass keine organischen Ursachen vorliegen, bringen keine Besserung der Beschwerden.
- Die ständigen Beschwerden führen zu Problemen im privaten und/oder beruflichen Bereich.

ICD-11: Körperstresstörungen (6C20)

Die Körperstresstörung ist gekennzeichnet durch das Vorhandensein von körperlichen Symptomen, die für den Betroffenen belastend sind, und durch eine übermäßige Aufmerksamkeit, die auf die Symptome gerichtet ist und sich durch wiederholte Kontakte mit Gesundheitsdienstleistern äußern kann. Wenn ein anderer Gesundheitszustand die Symptome verursacht oder zu ihnen beiträgt, ist der Grad der Aufmerksamkeit im Verhältnis zur Art und zum Verlauf der Symptome eindeutig übermäßig. Die übermäßige Aufmerksamkeit wird nicht durch geeignete klinische Untersuchungen sowie durch angemessene Beruhigungsmaßnahmen gemildert. Die körperlichen Symptome sind anhaltend und treten an den meisten Tagen mindestens mehrere Monate lang auf. Typischerweise treten bei einer körperlichen Belastungsstörung mehrere körperliche Symptome auf, die im Laufe der Zeit variieren können. Gelegentlich gibt es ein einzelnes Symptom - in der Regel Schmerzen oder Müdigkeit, das mit den anderen Merkmalen der Störung einhergeht. Die Symptome und die damit verbundenen Sorgen und Ängste wirken sich zumindest in gewissem Maße auf das Funktionieren der Person aus (z. B. Belastung in Beziehungen, weniger effektive schulische oder berufliche Leistungen, Verzicht auf bestimmte Freizeitaktivitäten).

Bitte verwechseln Sie nicht die Körperstresstörungen mit der Hypochondrie, die in Kap. 25.8.4 vorgestellt wird.



© shutterstock_2044715339_HENADZI KILENT

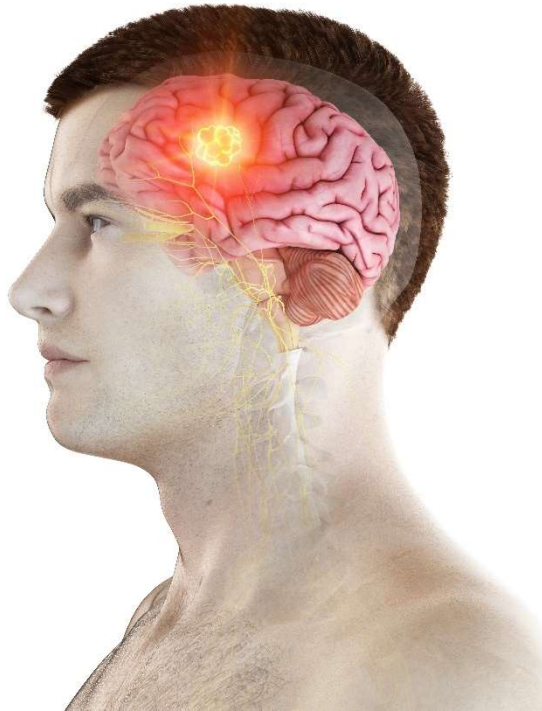
Abb. Reizdarm (Colon irritabile). Damit bezeichnet man Darmbeschwerden, die ihre Ursache im psychischen Bereich haben.

25.2.5 Somatopsychische Störungen

In der Somatopsychologie beschäftigt man sich mit dem Einfluss von körperlichen Erkrankungen auf die Psyche, im Gegensatz zur Psychosomatik, die den Einfluss der Psyche auf den Körper betrachtet.

So kann z. B. ein Hirntumor eine Wesensveränderung des Betroffenen zur Folge haben oder eine Schilddrüsenunterfunktion könnte zu einer depressiven Verstimmung führen oder Hirnveränderungen, wie z. B. eine Alzheimer-Krankheit, könnten psychische Veränderungen zur Folge haben. Im Prinzip muss man bei allen psychischen Störungen auch immer daran denken, dass die Ursache im körperlichen Bereich (mit)begründet sein kann.

Zu bedenken ist auch, dass sich jede körperliche Erkrankung auch auf die Psyche auswirkt. Nehmen wir als Beispiel einen Menschen, der die Diagnose „Karzinom“ erhält, diese Diagnose wird sich massiv auf seine Psyche auswirken. Aber auch ein Mensch mit einer Arthritis wird eine Auswirkung auf die Psyche erleben, weil diese körperliche Erkrankung sich auf seinen Alltag und seine persönlichen Möglichkeiten auswirkt.



@shutterstock_1369957493_SciePro

Abb. Somatopsychische Störung bedeutet, dass eine körperliche Erkrankung zu psychischen Störungen führt. So könnte z. B. ein Hirntumor Wesensveränderungen und damit psychische Störungen verursachen.



Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen!

❶ Ordnen Sie den Begriffen *psychosomatische Störung* und *somatopsychische Störung* die passenden Begriffe zu!

- A Psychosomatische Störung (Psychosomatose)
- B Somatopsychische Störung

- 1 Körperliche Vorgänge haben eine psychische Veränderung verursacht.
- 2 Psychische Vorgänge haben eine körperliche Erkrankung ausgelöst

A $\hat{=}$

B $\hat{=}$

❷ Welche der folgenden Erkrankungen gehört(en) zu den „Holy Seven“ der *psychosomatischen Erkrankungen*?

- 1. Morbus Alzheimer
- 2. Colitis ulcerosa
- 3. Hyperthyreose
- 4. Morbus Parkinson
- 5. Essenzielle Hypertonie

❸ Welche Aussage(n) über funktionelle Beschwerden ist/sind richtig?

- 1. Wenn jemand einen Klappenfehler hat und deshalb das Herz nicht richtig arbeitet (funktioniert), liegt eine funktionelle Beschwerde vor.
- 2. Jemand hat Beschwerden beim Wasserlassen. Die Blase wurde gründlich untersucht, aber man kann für die Beschwerden keinen organischen Befund erheben. Es liegt somit eine funktionelle Beschwerde vor.
- 3. Bei einem Colon irritabile kann man in keinem Fall eine Organveränderung nachweisen.

Siehe Musterlösung auf der folgenden Seite!

Die richtigen Antworten lauten:

❶ Zuzuordnen sind

- A $\hat{=}$ 2
- B $\hat{=}$ 1

❷ Anzukreuzen sind

- 2, 3 und 5.

Anmerkung

zu 1: Zwar kennt man die Ursache der Alzheimer-Krankheit nicht, man vermutet aber nicht, dass der psychische Bereich dabei eine wesentliche Rolle spielt.

zu 2: Zwar nimmt man bei Colitis ulcerosa an, dass auch körperliche Ursachen eine wichtige Rolle spielen wie ein Autoimmungeschehen, Infektionen durch Bakterien und Viren, Ernährung und eine genetische Disposition, trotzdem gehören/gehörten sie zu den Holy Seven.

zu 3: Die Hyperthyreose gehört zu den Holy Seven, ungeachtet der Tatsache, dass sie z. B. auch durch eine vermehrte Einnahme von Schilddrüsenhormonen verursacht werden kann.

zu 4: Beim Morbus Parkinson liegt die Ursache in einer verminderten Dopaminproduktion unbekannter Ursache. Ein sekundärer Morbus Parkinson kann z. B. durch Medikamenteneinnahme (Lithium, klassische Neuroleptika) ausgelöst werden.

zu 5: Die essenzielle Hypertonie gehört zu den Holy Seven, im Unterschied zur sekundären Hypertonie, die z. B. durch Arteriosklerose oder Hormonstörungen hervorgerufen werden kann.

❸ Anzukreuzen sind

- 2 und 3.

Anmerkung

zu 1: Da ein Klappendefekt vorliegt, spricht man von einer organischen Veränderung und nicht von einer funktionellen Beschwerde.

zu 2: Die Aussage ist richtig. Da keine Organveränderungen nachgewiesen werden können, handelt es sich um eine funktionelle Störung.

zu 3: Die Aussage ist richtig. Ein Colon irritabile (Reizdarm) ist so definiert, dass es sich um eine funktionelle Störung ohne Organveränderung handelt.

25.2.6 Moderne Klassifikationssysteme

Wie gerade dargestellt, wurde das triadische System von modernen Klassifikationssystemen abgelöst. So haben sich in der Psychiatrie und Psychotherapie weltweit zwei Klassifikationssysteme psychischer Erkrankungen etabliert. Mit ihrer Hilfe sind eine internationale Verständigung und Vereinheitlichung in der Diagnostik und Therapie psychischer Erkrankungen möglich. Diese beiden Klassifikationssysteme sind die ICD und das DSM:

ICD

Die ICD (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, englisch: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) ist das wichtigste, weltweit anerkannte Klassifikationssystem für medizinische Diagnosen. Dieser Diagnoseschlüssel wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegeben.

Bei der ICD-11 handelt es sich um die momentan gültige deutsche Ausgabe. Sie ist viel mehr an das DSM (s. u.) angelegt, als es die ICD-10 war. Die ICD-11 enthält das Kapitel 06, das die psychischen Erkrankungen in einzelnen Kategorien beschreibt. Die Hauptkategorien werden Ihnen bei den einzelnen Störformen genannt. Die ICD-11 wird in diesem Skript häufig zitiert und ist zur eindeutigen Zuordnung grau hinterlegt. Die genaue Quellenangabe der ICD finden Sie im Impressum.

Seit 01.01.2022 ist die ICD-11 grundsätzlich einsetzbar. Zur ICD-10 gibt es derzeit eine flexible Übergangszeit von 5 Jahren. Die ICD-11 liegt zurzeit lediglich in einer vorläufigen Übersetzung vor, außerdem fehlt noch ein Manual (Bedienungsanleitung).

Im Unterschied zur ICD-10, die in der Printform vorlag, ist die ICD-11 digital angelegt (allerdings gibt es eine Möglichkeit des Downloads). Vorteil dieser digitalen Version ist, dass bestimmte Begriffe verschiedenen Krankheiten zugeordnet werden können. So kann der Begriff „Delir“ z. B. den Alkoholkrankheiten, fieberhaften Zuständen, Demenzen u. a. zugeordnet werden.

Für das Thema „Psychische Erkrankungen“ ist in der ICD-11 das Kapitel 06 angelegt. Es heißt „Psychische Störungen, Verhaltensstörungen oder neuronale Entwicklungsstörungen“. Weiterhin sind zu diesem Thema die folgenden Kapitel wichtig: 07 Schlaf-Wach-Störungen, 08 Krankheiten des Nervensystems und 17 Zustände mit Bezug zur sexuellen Gesundheit.

ICD-11 in Deutsch – Entwurfsfassung

Die ICD-11 ist seit ihrem Inkrafttreten am 01.01.2022 grundsätzlich einsetzbar. Die hier gezeigte Version ist eine erste Version einer deutschen Übersetzung, die auch unter Verwendung automatisierter Übersetzungsverfahren erstellt wurde. Diese Version befindet sich in einem bereits begonnenen kontinuierlichen Qualitätssicherungsprozess.

Bitte beachten Sie, dass die folgenden Inhalte von Seiten der WHO automatisiert eingebunden werden. Die Benutzung ist nicht barrierefrei.

ICD-11 für Mortalitäts- und Morbiditätsstatistiken (MMS)

Abb. der ICD-11 im Internet. Sie finden diese Seite unter:

https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html

Sie geben Ihr Suchwort oben in das Feld ein und kommen dann direkt zu dem Begriff und der entsprechenden Kodiernummer. Sie können auch umgekehrt die Kodiernummer eingeben und kommen dann zu dem zugehörigen Begriff. Im Folgenden finden Sie häufig hinter der Krankheit die Kodiernummer, sodass Sie alle Krankheiten direkt in der ICD-11 selbst nachlesen können.

Beispiel: Geben Sie z.B. die Nummer 6B20 ein, so landen Sie bei den „Zwangsstörungen“ und finden dort die Definition dieses Begriffs. Es ist sehr empfehlenswert die Definitionen der Krankheitsbegriffe direkt in der ICD-11 nachzulesen.

Für die Prüfung müssen Sie aber die Nummern nicht auswendig wissen.

Unterschiede ICD-10 und ICD-11. Gesellschaftliche Betrachtungsweisen von Krankheiten und der sexuellen Orientierung und sexuellen Identifikation sind einem ständigen Wandel unterworfen. Dieser Wandel ist auch in der ICD-11 festzustellen. Neue Technologien sind entstanden und haben neue gesundheitliche Risiken gebracht, so wurde z. B. in die ICD-11 neu „gefährliches Computerspielen“ (QE22) aufgenommen. Den Begriff Transvestitismus findet man noch in der ICD-10, die ICD-11 verwendet ihn nicht mehr.

Neu aufgenommen in die ICD-11 wurden z. B. die verlängerte Trauerstörung (6B42), die Körperstressstörungen (6C20), die Körperdysmorphie Störung (6B21), das pathologische Horten (6B24), die Binge-Eating-Störung (6B82) und das zwanghafte Sexualverhalten (6C72).

Einen wichtigen Unterschied gibt es bei den Persönlichkeitsstörungen. Die ICD-10 unterteilt in zehn verschiedene Persönlichkeitsstörungen. Die ICD-11 nimmt hier eine unterschiedliche Einteilung und Gewichtung vor. Bitte beachten Sie dazu Kap. 25.12.

DSM (Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen)

Das DSM wird von der American Psychiatric Association herausgegeben. Es ist in den Vereinigten Staaten der grundlegende Diagnoseschlüssel nur für die psychischen Störungen (im Unterschied zu ICD, die sich mit allen Krankheiten beschäftigt). Bei uns wird das DSM bevorzugt in der Forschung und Lehre benutzt. Es liegt im Moment in der 5. Ausgabe vor. Es ist sehr eindeutig in seinen Kriterien.

Beide Systeme DSM und ICD werden immer wieder aktualisiert und neu aufgelegt. Als Leitfaden für die folgenden Ausführungen schließen wir uns in diesem Lehrheft der Klassifikation nach der ICD-11 an, da sie sich in der Medizin und Therapie durchgesetzt hat. Es werden Ihnen die wichtigsten Teile daraus ausführlich vorgestellt, wobei Originalzitate aus der ICD-11 grau hinterlegt wurden, damit sie sich eindeutig vom übrigen Text abheben.



Bitte beantworten Sie die folgende Frage!

1 *Nennen Sie die beiden Klassifikationssysteme, die sich in der Psychiatrie und Psychotherapie weltweit durchgesetzt haben:*

- Klassifikationssystem, das v. a. in den USA (und bei uns in Forschung und Lehre) verwendet wird:

.....

- Klassifikationssystem, das v. a. bei uns in Europa zur Verschlüsselung von Krankheiten verwendet wird:

.....

Siehe Musterlösung auf der folgenden Seite!

Die richtige Antwort lautet:

- ① **Nennen Sie die beiden Klassifikationssysteme, die sich in der Psychiatrie und Psychotherapie weltweit durchgesetzt haben:**
 - Klassifikationssystem, das v. a. in den USA (und bei uns in Forschung und Lehre) verwendet wird:
DSM (Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen)
 - Klassifikationssystem, das v. a. bei uns in Europa verwendet wird:
ICD (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, englisch: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems). Es wurde von der WHO herausgegeben.

**Liebe Fernschülerin,
lieber Fernschüler,**

es wartet nun eine lange Reihe sehr interessanter und wichtiger Begriffe auf Sie, die später, wenn wir Störungs- und Krankheitsbilder besprechen, von Ihnen benötigt werden. Sollten Sie sich beim ersten Durcharbeiten nicht gleich alle Begriffe merken können, so ist das nicht schlimm. Machen Sie nach diesem Kapitel 25.3. dann einfach mit den Kap. 25.4. ff weiter. Sie werden sehen, dann tauchen diese Begriffe immer wieder auf. Lesen Sie dann im Kap. 25.3. nach, wenn Sie unsicher sind, legen Sie sich vielleicht ein kleines „Vokabelheft“ an, in das Sie Begriffe eintragen, die Sie sich nicht so leicht einprägen können. Sie werden sehen durch dieses ständige „Hin- und Herlesen“, das Eintragen in das Vokabelheft, dem Beantworten von Fragen und immer wieder Vertiefen von Krankheitserscheinungen, übt sich mit der Zeit alles problemlos ein.

25.3 Die psychopathologische Befunderhebung

25.3.1 Einleitung

Die psychologische Befunderhebung ist ein Teil der Anamnese und damit ein wichtiges Hilfsmittel, um eine Diagnose zu stellen. Diese besteht zunächst aus einer Auflistung von psychischen Störungen, wie z. B. Gedächtnisstörungen, Depression, Wahn und dient dazu, eine Diagnose zu stellen, die wiederum den Weg zur richtigen Therapie weist.

25.3.1.1 Diagnosefindung

Eine Diagnose stellt man, indem man bestimmte Symptome und Befunde einer Krankheit zuordnet, wobei man unter Krankheit ein festgelegtes, klar definiertes Krankheitsbild meint.

Wir haben bei der Besprechung der Schichtenlehre nach Jaspers schon gesehen, dass man eine Diagnose phänomenologisch deskriptiv stellen kann. So kann man bei einem Patienten, der traurig ist und sich nicht motivieren kann, seinen täglichen Pflichten ausreichend nachzugehen, die Diagnose „Depression“ stellen. Man kann eine Diagnose aber auch ätiologisch stellen. Das ist allerdings oft nicht ganz einfach, weil die Ursache einer Störung in vielen Fällen nicht eindeutig auszumachen ist. Ist beispielsweise unser Patient depressiv, weil ihn seine Frau verlassen hat oder weil ihm der Arbeitsplatz gekündigt wurde? Oder gibt es vielleicht einen Grund, den wir überhaupt nicht kennen? Hatte er vielleicht eine Geliebte, die ihm „alles“ bedeutet hat, die sich von ihm getrennt hat, weil sie die Situation nicht mehr ertragen hat? In der Psychologie ist das mit Abstand am weitesten verbreitete Element der Diagnosestellung die deskriptiv-phänomenologische Methode. Damit man aber genau beschreiben kann, was man mit seinen Sinnen sieht, muss der Patient in allen Lebensbereichen gründlich untersucht werden.

Psychopathologischer Befund

Alle Veränderungen und Auffälligkeiten einer psychischen Störung werden dokumentiert.

In einem psychopathologischen Befund werden alle Veränderungen und Auffälligkeiten, die für die psychische Störung des Patienten wichtig sind, dokumentiert. Dazu gehören z. B. das Erscheinungsbild, das Verhalten, der Ausdruck, abnorme Leidensgefühle und innerpsychische Erlebnisstörungen. Im Einzelnen beurteilt man dabei die Körperhaltung (locker, verkrampft, aufrecht, gebeugt), die Körperpflege (gepflegt, un gepflegt, verwahrlost, auffällig geschminkt, stark parfümiert) und die Kleidung (provokativ, dezent, auffällig, konservativ) und anderes. Es werden nachstehend in diesem Kapitel unterschiedlichste Störungen aufgeführt, die man vorfinden kann und die diagnostisch von Bedeutung sind und bei der Diagnosestellung helfen.

Die Ausführlichkeit der Befunderhebung hängt stark von der Untersuchungssituation ab, z. B. ob es sich um eine Akutsituation handelt oder ob eine Kommunikationsbarriere vorliegt.

Internistische Befunderhebung

Bevor eine psychische Störung diagnostiziert werden darf, müssen organische Erkrankungen ausgeschlossen werden. Deshalb sollten jedem psychopathologischen Befund eine internistische und eine neurologische Untersuchung vorausgehen, die in der Regel auch apparative Untersuchungen wie EEG, CT und MRT miteinschließen.

Im Unterschied zu internistischen Befunderhebungen, bei denen die körperlichen und apparativen Untersuchungen eine wichtige Rolle spielen, steht bei der psychopathologischen Befunderhebung das *Gespräch* zwischen Untersucher und Patient im Vordergrund. Bei diesem geht es darum, psychische Krankheitszustände zu erfassen und zu klassifizieren, damit eine Diagnose gestellt werden kann.

Aufbau einer Befunderhebung

Man unterscheidet einen freien und einen strukturierten Teil.

Im freien Teil wird der Patient zunächst aufgefordert zu erzählen, was ihn in die Praxis geführt hat. In dieser Phase der Befunderhebung stellt der Untersucher offene Fragen. So wird er in die Lage versetzt, einen Eindruck von der Persönlichkeit, dem Beschwerdebild und dem allgemeinen psychischen Zustand des Patienten zu bekommen.

Im darauffolgend stattfindenden, strukturierten Teil wird gezielt nach vorhandenen Symptomen gefragt, wie z. B. Halluzinationen, Depression, Gedächtnisstörungen und es werden Fragen gestellt, die die Informationen aus dem freien Teil ergänzen. Für diesen Teil der Untersuchung gibt es viele strukturierte und halbstrukturierte Interviews. In Deutschland ist das AMDP-System² am verbreitetsten, das von der **A**rbeitsgemeinschaft für **M**ethodik und **D**okumentation in der **P**sychiatrie entwickelt wurde. Bei den Fragen des strukturierten Teils der Befunderhebung nach dem AMDP-System unterscheidet man einen psychischen und einen somatischen Befund und die Anamnese.

Befundbericht

Nach der Befunderhebung wird ein Befundbericht erstellt. Hier werden die Angaben des Patienten, Verhaltensbeobachtungen (z. B. durch Angehörige und den Untersucher) und die Beurteilung durch den Untersucher schriftlich zusammengefasst.

²AMDP-System: Manual zur Dokumentation des psychischen Befundes in Psychiatrie und Psychosomatik. Hrsg. von der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation. Hogrefe

25.3.1.2 Somatischer Befund

Jedem psychopathologischen Befund geht eine gründliche internistische und neurologische Untersuchung voraus, die auch apparative Untersuchungsverfahren miteinschließt. Erst wenn körperliche Ursachen ausgeschlossen sind, darf die Diagnose „psychische Ursache“ gestellt werden. Nehmen wir als Beispiel das Symptom Depression. Eine Depression kann durchaus körperlich begründet sein und muss ihre Ursache nicht primär in der Psyche haben. Denken wir beispielsweise als mögliche Ursachen an die Hypothyreose, die Hypophyseninsuffizienz oder die Umstellung der Sexualhormone nach der Entbindung.

Psychische Störung

Bevor die Diagnose psychische Störung gestellt werden darf, müssen organische Ursachen sorgfältig ausgeschlossen werden.

Bei der nun folgenden psychischen Befunderhebung wird nun auf die Selbstverständlichkeit, dass körperliche Ursachen ausgeschlossen werden müssen, nicht mehr extra hingewiesen.

25.3.1.3 Psychischer Befund

Im Folgenden werden wichtige Begriffe aus der psychischen Befunderhebung aufgelistet. Machen Sie sich mit diesen vertraut. Sie werden später, wenn Sie sich bestimmte Erkrankungsbilder erarbeiten, immer wieder darauf zurückgreifen und so mit diesen Begriffen immer vertrauter werden und sie immer mehr mit Leben füllen können.



Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen!

- ❶ *Was wird bei einer psychopathologischen Befunderhebung beurteilt?*
 1. Die Körperhaltung
 2. Die Vitalität
 3. Die Körperpflege
 4. Die Kleidung
 5. Die Stimme

- ❷ *Ein Patient klagt, dass er in letzter Zeit so lustlos sei und sich zu nichts mehr aufraffen könne.*
 1. Da es sich um eine psychische Störung handelt, kann man sich sicher sein, dass die Ursache im seelischen Bereich liegt. Weitere Untersuchungen sind nicht nötig. Man kann gleich mit der Therapie beginnen.
 2. Es muss eine gründliche körperliche Untersuchung erfolgen, bevor die Diagnose „psychische Störung“ gestellt werden darf.

Siehe Musterlösung auf der folgenden Seite!

Die richtigen Antworten lauten:

❶ **Anzukreuzen sind**

- 1, 2, 3, 4 und 5 (alle).

Anmerkung

zu 1: Die Körperhaltung wie gebeugt, verkrampft, starr aufgerichtet mit durchgestrecktem Rückgrat lässt schon wichtige Rückschlüsse zu.

zu 2: Die Vitalität und der Allgemeinzustand sind wichtige Hinweise auf die Lebenskraft der Patienten.

zu 3 und 4: Die Körperpflege muss beurteilt werden, weil sie z. B. ein Hinweis auf eine Depression sein kann, wenn sie vernachlässigt wird oder eine histrionische Persönlichkeitsstörung könnte sich in einer starken Schminke und in auffälliger Kleidung zeigen.

zu 5: Eine sehr leise Stimme kann z. B. ein Hinweis auf wenig Lebenskraft oder evtl. eine soziale Phobie sein, eine laute dagegen auf eine starke Lebenskraft oder evtl. auf eine narzisstische Persönlichkeitsstörung.

❷ **Anzukreuzen ist**

- 2.

Anmerkung

zu 1 und 2: Sicher haben Sie hier keinen Fehler gemacht! Die Frage wurde aber trotzdem nochmals gestellt, damit es Ihnen wirklich in Fleisch und Blut übergeht: Vor JEDER Diagnose „psychische Störung“ muss eine gründliche körperliche Untersuchung stehen. In dem gewählten Beispiel sind übrigens die Hypothyreose und die Niereninsuffizienz typische körperliche Ursachen für Müdigkeit und Abgeschlagenheit.

25.3.2 Bewusstsein und Bewusstseinsstörungen

Zum Bewusstsein rechnet man die Wachheit (Vigilanz), die Bewusstseinsklarheit und das Ich-Bewusstsein. Trotzdem gilt das Bewusstsein als eines der größten ungelösten Geheimnisse in der Philosophie und den Naturwissenschaften. Zum Bewusstsein gehört das Wissen vom eigenen Erleben, von Erinnerungen, Vorstellungen und Gedanken. Zentral ist dabei das Wissen, dass es das „Ich“ ist, dass dies alles erlebt.

Bei den Bewusstseinsstörungen unterscheidet man quantitative und qualitative Bewusstseinsstörungen.

25.3.2.1 Quantitative Bewusstseinsstörungen (Vigilanzstörung)

Bei quantitativen Bewusstseinsstörungen (Vigilanzstörungen) ist der Grad der Wachheit (Vigilanz) verändert. Dazu wird der Patient nicht befragt, weil er zu einer eigenen Beurteilung der Vigilanz nicht mehr in der Lage ist, sondern er wird beobachtet. Man beurteilt, ob der Patient schläfrig, leicht, schwer oder gar nicht mehr weckbar ist.

- **Benommenheit** (leichte Bewusstseinsstrübung). Es liegt eine Schläfrigkeit vor, der Betroffene ist jedoch noch ansprechbar, aber der Grad der Wachheit ist herabgesetzt. Es liegt eine Verlangsamung des Denkens und Handelns vor.
- **Somnolenz** (starke Bewusstseinsstrübung). Es liegt ein stärkerer schläfriger Zustand vor, aus dem der Betroffene erweckt werden kann, allerdings schläft er danach sofort wieder ein.
- **Sopor** (weitgehende Reaktionslosigkeit). Der Betroffene kann durch äußere Reize nicht mehr voll erweckt werden. Nur starke (Schmerz-)Reize können noch eine (schwache) Abwehrreaktion hervorrufen, die meist als ungezielte Abwehrreaktion erfolgt.
- **Koma** (tiefste Bewusstlosigkeit). Auch auf stärkste Schmerzreize erfolgt keine Reaktion mehr. Die Spontanatmung ist erhalten, bei einem höhergradigen Koma jedoch fast immer pathologisch. Zu den häufigsten Ursachen eines Komas gehören das Coma diabeticum und das Coma hepaticum.
- **Wachkoma (apallisches Syndrom)**. Es trägt auch die Fachbezeichnung „persistierender vegetativer Status“ (PVS), Coma vigile und Syndrom reaktionsloser Wachheit. Die Bezeichnung „apallisch“ weist darauf hin, dass es sich um ein „Fehlen von Hirnrinde“ handelt. Es ist zu einer schweren Hirnschädigung gekommen, bei der die Großhirnfunktion stark beeinträchtigt, teilweise ausgefallen oder sogar ganz erloschen ist. Da die Lebensfunktionen wie Atmung, Herzschlag und Kreislauf vom verlängerten Mark (Medulla oblongata) aus gesteuert werden, funktionieren sie noch. Die Betroffenen sind zwar bewusstlos, haben jedoch die Augen – im Unterschied zum Koma – zeitweise geöffnet. Die Bezeichnung „Wach“koma ist insoweit irreführend, als die Augen zwar offen sein können, der Betroffene aber trotzdem nicht „wach“ ist.
Ist das Großhirn nicht zu stark geschädigt, besteht die Möglichkeit, dass der Betroffene aus dem Koma erwacht. Das kann innerhalb von Tagen bis hin zu Jahren geschehen. Das Erwachen kann durch geeignete Rehabilitationsmaßnahmen unterstützt werden. Diese haben vor allem Erfolg, wenn der Betroffene schon Anzeichen des Erwachens zeigt.
- **Hypervigilanz**. Es kommt zu einem gesteigerten Bewusstsein mit einer gesteigerten Wachheit, einer gehobenen Bewusstseinsklarheit und einer gesteigerten Aufmerksamkeit. Dies tritt z. B. durch die Einnahme von Stimulanzien wie Amphetaminen auf.

Merke

Plötzlich auftretende qualitative Bewusstseinsstörungen sind grundsätzlich als Notfall zu betrachten (s. auch Kap. 25.17.4.4).

Impressum

Herausgeber: Naturheilschule Isolde Richter
Heilpraktiker - Therapeuten - Berater
Üsenbergerstraße 11+13 / 79341 Kenzingen
Tel. 07644 / 927 883 – 0, Fax 07644 / 927 883 - 40,
E-Mail: info@Isolde-Richter.de, www.Isolde-Richter.de
Verantwortlich für den Inhalt: Isolde Richter, Schulleiterin
Bildnachweis Titel: ©shutterstock_80843131_Lightspring

Benutzerhinweis: Medizinische Erkenntnisse u. medizinische Produkte unterliegen einem steten Wandel, Herausgeber und Autor dieses Werkes bemühen sich intensiv dem aktuellen Wissensstand zu entsprechen, dies entbindet den Benutzer nicht von seiner Sorgfaltspflicht sich anhand der Angaben der Beipackzettel der verordneten Präparate in Eigenverantwortung der Richtigkeit der Angaben zu vergewissern.

Hinweis zu den Zitaten aus der ICD-11: Alle Zitate, die direkt aus der ICD-11 heraus erfolgten, sind mit dem Hinweis versehen „ICD-11“ und sind zur eindeutigen Kennzeichnung grau hinterlegt.

Quelle: International Classification of Diseases, Eleventh Revision (ICD-11), World Health Organization (WHO) 2019/2021 <https://icd.who.int/browse11>. Licensed under Creative Commons Attribution-NoDerivatives 3.0 IGO licence (CC BY-ND 3.0 IGO).

Rechte: Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Nur zum persönlichen Gebrauch. **Stand:** 22.11.2024



Isolde Richter

Naturheilschule

Heilpraktiker - Therapeuten - Berater



Üsenbergerstr. 11-13 / 79341 Kenzingen
Tel. (+49) 7644 927883-0 / Fax: (+49) 7644 927883-40
Info@Isolde-Richter.de / www.Isolde-Richter.de