

# 1 Einführung – die Herausforderungen im Umgang mit psychischen Erkrankungen

Peter Zwanzger und Michael Rentrop

Psychische Erkrankungen sind mit einer Lebenszeitprävalenz von 40–50% extrem häufig. Zu den für die hausärztliche Praxis mit Abstand wichtigsten Störungen gehören Belastungs- und Krisenreaktionen, Angststörungen und depressive Erkrankungen sowie Schlafstörungen und somatoforme Störungen. Studien zufolge weist jeder dritte Patient in der Hausarztpraxis eine psychische Erkrankung auf. Zudem gehören psychische Störungen neben Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems, der Atmungsorgane sowie Stoffwechsel- und Kreislaufkrankheiten zu den fünf häufigsten Diagnosegruppen in der Hausarztpraxis. Zahlreiche Untersuchungen zeigen, dass allein die Prävalenz depressiver Syndrome in der allgemeinärztlichen Versorgung bei über 11% liegt. Dabei beträgt die Erkennungsrate bei schweren Depressionen knapp 60%, moderate und leichte Episoden liegen noch darunter. Darüber hinaus wurde in Studien deutlich, dass bereits die Technik der Gesprächsführung entscheidend dafür ist, ob Patienten ihre psychischen Symptome preisgeben und Erkrankungen damit erkannt werden oder nicht. Demzufolge kommen einer gezielten Exploration und Untersuchung zentrale Bedeutung zu (Linden et al. 1996; Wittchen u. Jacobi 2005; Wittchen et al. 2011).

Die mit der Diagnostik psychischer Erkrankungen in der Praxis verbundene Herausforderung liegt auch und vor allem in der Besonderheit begründet, die das Fach *Psychiatrie und Psychotherapie* und psychisch erkrankte Patientinnen und Patienten mit sich bringen. Anders als bei körperlichen Erkrankungen steht das Gespräch im Zentrum der Diagnostik. Die Erhebung eines objektiven Befundes ist nicht in dem Maße möglich, wie wir es aus der somatischen Medizin kennen. Hinzu kommt, dass nicht allein ausschlaggebend ist, *was* der Patient sagt, sondern *wie* er es sagt und welches Verhalten die Schilderung begleitet: Wie ist die Gestik, wie ist die Mimik, nimmt der Patient Blickkontakt auf oder nicht, ist die Schilderung von Verhaltensauffälligkeiten begleitet? Wir haben daher ver-

sucht, im Kapitel I.2 „Allgemeine psychiatrisch-psychotherapeutische Diagnostik“ Einblick zu geben in die Besonderheiten der psychiatrischen Diagnoseerhebung und Gesprächsführung.

Eine weitere Herausforderung im Umgang mit psychisch erkrankten Menschen liegt zudem in deren Rolle in unserer Gesellschaft begründet. Im Gegensatz zu körperlichen Erkrankungen sind nach wie vor Wesen, Symptomatik und Entstehung psychischer Erkrankungen für die Allgemeinheit wenig greifbar und nur sehr schwer verständlich. Wer nicht schon Ähnliches erlebt hat oder Freunde, Bekannte oder Angehörige hat, die unter einer psychischen Erkrankung leiden, tut sich außerordentlich schwer, nachzuvollziehen, was in einem psychisch erkrankten Menschen vorgeht. Besonders bedrückend ist aus der Sicht der Betroffenen, dass selbst manche Ärzte Schwierigkeiten haben, für psychische Erkrankungen Verständnis aufzubringen.

Gleichermaßen schwer nachvollziehbar ist für die meisten, dass psychische Erkrankungen eben nicht primär oder ausschließlich monokausal in dem *einen* psychologischen Faktor – meist sind damit akute Lebensereignisse oder Schwierigkeiten gemeint – begründet liegen. Es ist eben nicht so, dass eine schwere Depression allein auf dem Boden eines Arbeitsplatzverlustes oder einer Trennungssituation entsteht. Wohl können solche Ereignisse Auslöser sein, in der Regel spielen aber bei der Entstehung psychischer Erkrankungen eine Vielzahl von Faktoren eine Rolle, u.a. genetische, neurobiologische und psychosoziale Aspekte, die in ihrem Zusammenwirken zur Entstehung einer Erkrankung führen.

Gleichermaßen vorurteilsbehaftet ist in vielen Bereichen die Therapie. So existiert die weitverbreitete Vorstellung, dass eine psychotherapeutische Behandlung im Wesentlichen einen intellektuellen Austausch mit einem Therapeuten umfasst, der ggf. „gute Tipps“ parat hat, wie Probleme zu lösen sind. Vielmehr ist es so, dass entgegen dieser vereinfachten Auffassung eine psychotherapeutische Behandlung von hoher Komplexität ist und diese in der Regel verschiedene Komponenten umfasst sowie anerkannten Leitlinien folgt. Je nach Störung werden somit beispielsweise im Rahmen einer kognitiven Verhaltenstherapie unterschiedliche Strategien angewandt, die im Sinne eines modularen Aufbaus auch miteinander verknüpft werden können. So spielen bei Angst-erkrankungen expositionsbasierte Ansätze eine wichtige Rolle, im Rahmen einer depressiven Störung neben Psychoedukation tagesstrukturierende Elemente, Genusstraining und kognitive Strategien.

Gleichermaßen gibt es häufig Missverständnisse im Hinblick auf die medikamentöse Behandlung in der Psychiatrie. Eine gezielte, von erfahrenen Ärzten durchgeführte psychopharmakologische Behandlung ist in keiner Weise gleichbedeutend mit der Verabreichung von Beruhigungsmitteln und der vermeintlich damit verbundenen Unterdrückung von Symptomen. Vielmehr soll durch gezielte Modulation bestimmter Neurotransmittersysteme auf Rezeptorebene Symptomkontrolle erlangt werden und auf diesem Wege eine Wiederherstellung von Wohlbefinden und Alltagskompetenz gelingen. Spielen z.B. für affektive Störungen und Angst-/Zwangserkrankungen vor allem das serotonerge und noradrenerge Neurotransmittersystem und dessen Modulation durch Antidepressiva eine Rolle, fokussieren die in der Therapie für Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis zugelassenen Antipsychotika vor allem auf das Dopaminsystem.

Die im vorliegenden Buch dargestellten Therapieempfehlungen – sowohl psychotherapeutisch als auch psychopharmakologisch – basieren ausschließlich auf nationalen und internationalen Leitlinienempfehlungen und sind größtenteils in der Therapie psychi-



scher Störungen über Jahre, zum Teil Jahrzehnte etabliert. Ebenso soll herausgestellt werden, dass eine psychopharmakologische Behandlung mit Ausnahme von Benzodiazepinen keine Toleranz- und Abhängigkeitsentwicklung zur Folge hat.

Eine weitere Herausforderung stellt die Tatsache dar, dass die Betreuung psychisch erkrankter Personen in der Praxis meist sehr zeitaufwendig ist. So tun sich die Patienten oftmals schwer, psychische Beschwerden präzise zu beschreiben, und es dauert einige Zeit, zentrale Aspekte der Problematik herauszuarbeiten. Da bekanntermaßen in der hausärztlichen Praxis hoher Zeitdruck herrscht, haben wir versucht, im vorliegenden Buch Strategien für ein ökonomisches diagnostisches Vorgehen aufzuzeigen wie auch – sowohl psychotherapeutisch als auch medikamentös – Vorschläge zu machen für Interventionsansätze, die pragmatisch im hausärztlichen Alltag umsetzbar sind.

Mit Fokus auf häufig in der Hausarztpraxis vorkommende, typische psychische Erkrankungen finden sich in Sektion II die wichtigsten Störungen. So spielen unter anderem affektive Störungen, insbesondere depressive Erkrankungen, eine wichtige Rolle (s. Kap. II.1): Antriebsarmut, Schlafstörungen oder auch Schmerzen, die über längere Zeit nicht auf herkömmliche Therapiemaßnahmen ansprechen, sind häufig Zeichen einer Depression. Auch auf Verboten affektiver Erkrankungen, z.B. psychosoziale Krisensituationen, wird Bezug genommen. Gerade, weil sie vielen Kolleginnen und Kollegen nicht ganz so vertraut sind, ist den psychotischen Störungen, den sogenannten „Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis“, ein ausführliches Kapitel gewidmet (s. Kap. II.2). Angsterkrankungen – die häufigsten psychischen Störungen überhaupt – finden sich ebenso in einem eigenen Kapitel (s. Kap. II.3) wie die Insomnie, die bekanntermaßen in der Hausarztpraxis ebenfalls eine wichtige Rolle spielt (s. Kap. II.4). Demenzielle Störungen und das Management der damit verbundenen Verhaltenssymptome wie Unruhe, Verwirrtheit und Schlafstörungen sind für den Hausarzt oftmals in der Heimversorgung besonders relevant (s. Kap. II.5). Oft nicht erkannt und ebenso verantwortlich für schwere Schlafstörungen, Angstzustände, Panikattacken und depressive Verstimmungen sowie zahlreiche körperliche Beschwerden sind Abhängigkeitserkrankungen, darunter insbesondere die Alkoholabhängigkeit (s. Kap. II.6). Besonders herausfordernd im Umgang sind Persönlichkeitsstörungen, denen ebenfalls ein eigenes Kapitel gewidmet ist und unter denen die emotional-instabile Persönlichkeitsstörung, auch Borderline-Störung genannt, ein besonders differenziertes Management erfordert (s. Kap. II.7). Viele körperliche Beschwerden, die von Patienten vorgebracht werden und für die selbst im Rahmen einer umfassenden fachärztlichen Diagnostik kein somatisches Korrelat zu finden ist, haben ihren Ursprung in einer somatoformen Störung (s. Kap. II.8). Hierzu zählen multiple körperliche Beschwerden im Sinne einer Somatisierung, autonome Funktionsstörungen bestimmter Organe, z.B. Palpitationen oder Dyspnoe ohne organisches Korrelat, chronische Schmerzen, hypochondrische Beschwerden bis hin zu artifiziellem Verhalten. Vergleichsweise nicht ganz so häufig, aber dennoch mit massivem Leidensdruck verbunden sind Zwangsstörungen, denen ebenfalls ein eigenes Kapitel eingeräumt wurde (s. Kap. II.9). Ein besonderes Phänomen bei jüngeren Patienten stellt die zunehmende Prävalenz von Essstörungen dar – bei jungen Frauen vor allem die Anorexie (s. Kap. II.11). Eine ebenso zunehmend häufig von Patienten beklagte Symptomatik mit Unaufmerksamkeit, der Unfähigkeit sich zu konzentrieren und/oder motorischer Unruhe weist auf das Vorliegen eines Aufmerksamkeitsdefizit-(Hyperaktivitäts)-Syndrom (ADHS) hin. Nicht immer bestätigt sich hier der Verdacht nach ausführlicher Diagnostik (s. Kap. II.10). Ebenso spannend wie diagnostisch komplex sind Autismus-Spektrum-Störungen, die ebenfalls in einem eigenen Kapitel aufgeführt sind (s. Kap. II.12).

Eine eigene Sektion ist psychiatrischen Akutsituationen und Notfällen gewidmet, die für den Arzt in der Praxis eine ganz besondere Herausforderung darstellen können und bei denen Kenntnis der wichtigsten therapeutischen Notfallinterventionen das Krisenmanagement erheblich erleichtern kann. Neben psychosozialen Krisen (s. Kap. III.1), die meist durch Zuspruch eines erfahrenen Hausarztes und Vermittlung an entsprechende psychosoziale Dienste ggfs. gut beherrschbar sind, kommt insbesondere dem Thema Suizidalität (s. Kap. III.2), Erregungszuständen (s. Kap. III.3) sowie dem Delir (s. Kap. III.4) besondere Aufmerksamkeit zu. Eine Zusammenfassung der wichtigsten juristischen Aspekte im Umgang mit psychiatrischen Patienten kann in der Praxis ebenfalls hilfreich sein (s. EXKURS-Beitrag von Niels-Christian Köstner).

Wenngleich Hauptauftrag des vorliegenden Buches die Beleuchtung des Fachs *Psychiatrie und Psychotherapie* aus der Perspektive des Hausarztes ist, könnten einzelne Kapitel durchaus auch für den Facharzt relevant sein. Gerade Internisten und Kardiologen sind zum Beispiel häufig mit Patienten befasst, die in der Notaufnahme dramatisch imponieren und über herzfarktähnliche Symptome berichten – Kenntnis zum Management von Panikattacken sind nach Ausschluss einer organischen Erkrankung hier hilfreich. Patienten mit somatoformen Störungen wählen oftmals ebenfalls den Weg zum Facharzt, wenn es sich um plötzlich auftretenden Tinnitus oder Schwindel (HNO, Neurologe), Rückenschmerzen (Orthopäde), Sehstörungen (Augenarzt, Neurologe) handelt. Kollegen, die im operativen Bereich tätig sind, sind regelhaft mit deliranten Symptomen konfrontiert. Patientinnen mit peri- und postpartalen psychischen Störungen stellen für den Gynäkologen eine große Herausforderung dar.

Abschließend lässt sich festhalten: Psychische Erkrankungen betreffen einen großen Teil der Patientinnen und Patienten in der hausärztlichen Praxis. Nicht nur Diagnostik, sondern insbesondere auch Kommunikation und Kompetenz in Krisenmanagement sind für eine gute und umfassende Versorgung dieser Patientengruppe von hoher Relevanz. Durch gezielte Exploration, fundierte Gesprächsführung und Orientierung an etablierten Leitlinien können psychische Erkrankungen somit auch in der hausärztlichen Versorgung frühzeitig identifiziert werden, sodass eine effektive Weichenstellung für eine wirksame und nachhaltige Behandlung gut gelingen kann.

## Literatur

- Linden M, Maier W, Achberger M, Herr R, Helmchen H, Benkert O (1996) Psychiatric diseases and their treatment in general practice in Germany. Results of a World Health Organization (WHO) study. *Nervenarzt*. 1996;67(3):205–15
- Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B et al. (2011) The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2011;21(9):655–79
- Wittchen HU, Jacobi F (2005) Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2005;15(4):357–76

## 2 Allgemeine psychiatrisch-psychotherapeutische Diagnostik

Michael Rentrop und Eva Weinberger

### 2.1 Ärztliches Erstgespräch – Planung und Durchführung in der Praxis

Wesentlicher erster Schritt einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Diagnostik ist das ärztliche Gespräch, welches einerseits den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung ermöglichen, gleichzeitig eine erste Querschnittsdiagnose ergeben und zudem die Planung der nächsten diagnostischen und/oder therapeutischen Schritte beinhalten soll. Voraussetzung für das Gelingen ist dabei eine ruhige, ungestörte Gesprächsatmosphäre und ausreichend Zeit. Untersuchende sollten zunächst eine offene, neutrale Grundhaltung einnehmen, in dem Versuch, ohne Vorbehalte, die Sichtweise des Patienten zu erfassen.

In der Regel ist die Erhebung einer umfassenden psychiatrischen Anamnese innerhalb der regulären Sprechstunde schwierig. Typischerweise auftretende Unterbrechungen oder eine enge Zeittaktung sollten, wenn möglich, vermieden werden. Wir empfehlen daher, zunächst ein kurzes orientierendes Gespräch zu führen und den Patienten – abhängig von der jeweiligen Akuität – für ein weiteres Gespräch einzubestellen und dafür einen zeitlichen Rahmen von ca. 30 bis 45 Minuten vorzusehen.



### **Rahmenbedingungen Erstgespräch**

- Sorgen Sie für eine freundliche, angenehme Atmosphäre, einen Raum mit bequemen Sitzmöbeln, wenn möglich ohne Schreibtisch und Computerarbeitsplatz, nutzen Sie allenfalls einen Block, ein Tablet oder ein Notebook. Achten Sie auf einen angemessenen Abstand.
- Bevor Sie das Gespräch eröffnen, erläutern Sie, wie viel Zeit Sie zur Verfügung haben und was Sie in diesem Gespräch klären möchten.
- Treffen Sie eine Einigung über die Einbindung evtl. anwesender Begleitpersonen (in der Regel empfiehlt sich ein Gespräch unter 4 Augen und in Folge die Einbeziehung der Begleitperson, im Einverständnis und bei weiterer Anwesenheit des Patienten).
- Fragen Sie strukturiert, folgen Sie dabei einem inneren Themenkatalog (s. Abschnitt 2.2).
- Verwenden Sie offene Fragen und vermeiden Sie Suggestivfragen.
- Fassen Sie zum Abschluss die wesentlichen Ergebnisse zusammen und versuchen Sie eine Einigung über die Einschätzung der Problemlage und das weitere Vorgehen („gemeinsame geteilte Realität“) mit dem Patienten herzustellen.

**!** Sondersituationen, die ein Abweichen von o.g. Rahmenbedingungen erfordern, ergeben sich bei akut angespannten, erregten oder akut selbstgefährdeten Patientinnen. Hier gilt es, zunächst die Sicherheit in den Vordergrund zu stellen. In einem solchen Fall empfehlen wir daher, das Erstgespräch bei offener Tür und/oder in Anwesenheit eines Dritten zu führen. Schätzen Sie zunächst ein, ob Sie sich ein Gespräch unter den Bedingungen der Situation zutrauen. Ziehen Sie die Polizei hinzu, wenn Sie eine akute persönliche Bedrohung wahrnehmen, im Falle einer akuten Selbstgefährdung ggf. einen psychiatrischen Krisendienst.

## **2.2 Themenkatalog des diagnostischen Gesprächs und Leitfragen**

Das diagnostische Gespräch folgt einem Themenkatalog, die einzelnen Bereiche werden so lange weiter exploriert, bis der Untersucher den Eindruck hat, genügend Informationen gesammelt zu haben, um den Themenbereich zu verstehen. Daher kann es notwendig sein, bei bestimmten Bereichen länger zu verharren, bis diese geklärt sind oder andererseits Patienten zu unterbrechen, um auf unbearbeitete Themenfelder überzugehen. Versuchen Sie möglichst konkret zu erfassen, wie die Beschwerden Ihres Patienten aussehen. Geben Sie sich nicht mit einem Schlagwort, z.B. „depressiv“ zufrieden. Fragen Sie stets nach, was z.B. „depressiv“ für diesen Menschen genau bedeutet, wie sich das „depressiv-sein“ im Alltag bemerkbar macht. In Tabelle 1 werden die einzelnen Themengebiete mit typischen Leitfragen zusammengefasst. In der Säule *Kommentar/Ankerpunkte* wird die Bedeutung des Themenfelds erläutert. Die Themen können in der Reihenfolge wie dargestellt in einem Erstgespräch abgehandelt werden, Ausgangspunkt sollte stets die aktuelle Anamnese bilden.

Tab. 1 Übersicht zu Themen und Leitfragen eines diagnostischen Erstgesprächs

Themenfeld	Leitfragen	Kommentar/Ankerpunkte
aktuelle Anamnese	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Was führt Sie heute zu mir?</li> <li>■ Wie lange haben Sie diese Beschwerden?</li> <li>■ Wie sehr beeinträchtigt das Geschilderte Ihren Alltag?</li> <li>■ Was haben Sie bisher dagegen unternommen? Mit welchem Erfolg?</li> <li>■ Kennen Sie ähnliche Probleme von früher? Was hat Ihnen damals geholfen?</li> </ul>	<p>Offene Eingangsfragen werden häufig mit Schlagworten wie <i>Depression</i>, <i>Burn-out</i>, <i>Mobbing</i> oder <i>Schlafstörung</i> beantwortet. Diese müssen unbedingt inhaltlich näher erläutert werden.</p> <p>Hier bereits Unterscheidung: Ersterkrankung vs. Störungsbild, das bereits bekannt ist und bei welchem ggf. auf bewährte Behandlungsformen und/oder Mitbehandler zurückgegriffen werden kann.</p>
weitere psychiatrische Anamnese	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Waren Sie je in Ihrem Leben in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung? Wenn ja, wann und wie lange, mit welchem Ergebnis?</li> <li>■ Welche Diagnose wurde bei Ihnen gestellt?</li> <li>■ Wurden Sie bereits medikamentös behandelt? Wann, wie lange, mit welchem Erfolg? Hatten Sie unter der Behandlung spürbare Nebenwirkungen? Wenn ja, welche?</li> <li>■ Wann haben Sie diese Medikamente zuletzt genommen? Wer hat das Absetzen der Medikation veranlasst?</li> </ul>	<p>Einordnung eines Störungsbildes in Erstaufreten oder Verschlechterung eines vorbekannten Zustandsbildes. Achtung: eine generelle Entwertung jeder Vorbehandlung stellt einen Prädiktor für ein negatives Behandlungsergebnis der aktuellen Behandlung dar!</p> <p>Medikamentöse Behandlungen werden häufig zu rasch und dabei zudem oft von den Patienten eigenständig beendet. Dabei oft in der Vorstellung, es „geht ja wieder gut“. Generell gilt: Eine antidepressive Behandlung sollte mindestens 6–9 Monate, eine antipsychotische Behandlung 12–24 Monate fortgesetzt werden.</p> <p>Medikamentöse Vorerfahrungen sind häufig Hinweise für eine aktuelle medikamentöse Behandlungsmöglichkeit, wenn erneut ähnliche Beschwerdebilder auftreten.</p>
Suchtanamnese	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten, seit wie vielen Jahren?</li> <li>■ Wie gehen Sie mit Alkohol um; trinken Sie regelmäßig? Wie häufig kommt es zu Rauschzuständen?</li> <li>■ Hatten Sie je Kontakt zu Cannabis oder illegalen Substanzen?</li> </ul>	<p>Bei Rauchern: Einschätzung des gesundheitlichen Risikos durch Berechnung der „pack years“.</p> <p>Abschätzung, ob eine Gefährdung durch Alkoholkonsum besteht, im Zweifel Anwendung eines standardisierten Instruments (s.u. CAGE, MALT).</p> <p>Hinweise auf drogenbedingte psychische Störung; besonderes Augenmerk auf Alter zu Beginn des Konsums, Dauer und Regelmäßigkeit.</p>

Themenfeld	Leitfragen	Kommentar/Ankerpunkte
Suizidanamnese	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Haben Sie je versucht, sich das Leben zu nehmen? Wenn ja, wie lange ist das her, wann ist das zuletzt passiert?</li> <li>■ Haben Sie einen Abschiedsbrief geschrieben?</li> <li>■ Wie haben Sie versucht sich das Leben zu nehmen?</li> <li>■ Waren Sie nach dem Suizidversuch in medizinischer Behandlung?</li> <li>■ Wie kam es zu Ihrer Rettung?</li> <li>■ Was hält Sie heute im Leben?</li> </ul>	<p>Stattgehabte Suizidversuche sind der wichtigste Prädiktor für einen erneuten Suizidversuch und können daher als Alarmsignal gelten. Ebenso deutet ein Abschiedsbrief auf eine längere Beschäftigung mit dem Thema Suizid und eine höhere Gefährdung hin.</p> <p>Die Suizidmethode kann einerseits auf das Ausmaß der Gefährdung hindeuten (harte vs. weiche Suizidmethoden), andererseits kann vereinbart werden, potenzielle Suizidmittel (z.B. nicht notwendige Medikamentenvorräte) an Angehörige abzugeben.</p> <p>Die Auskunft über die erfolgte Abwendung des Suizids hilft ebenfalls in der Einschätzung der Gesamtgefährdung. Ein im Vorfeld stattgehabter schwerer Suizidversuch, der nur durch einen glücklichen Zufall nicht zum Tod geführt hat, ist ein weiterer Hinweis auf eine hochgradige Gefährdung eines Patienten.</p>
medizinische Anamnese	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Sind Sie körperlich gesund?</li> <li>■ Wie war es in Ihrem Leben bislang um Ihre körperliche Gesundheit bestellt? Hatten Sie in Ihrem Leben schwere körperliche Erkrankungen?</li> <li>■ Sind Sie je operiert worden?</li> <li>■ Leiden Sie an Bluthochdruck, einer Schilddrüsenerkrankung oder einem Diabetes?</li> <li>■ Hatten Sie je einen epileptischen Anfall?</li> <li>■ Haben Sie sich einmal an einer sexuell übertragbaren Erkrankung angesteckt?</li> <li>■ Wurde bei Ihnen je eine Krebserkrankung festgestellt?</li> </ul>	<p>Psychische Symptome, auch wenn diese besonders typisch für eine bestimmte psychische Erkrankung scheinen, sind nie beweisend für das Vorliegen einer rein psychischen Störung. Es ist stets eine organische Ursache der Symptome auszuschließen.</p> <p>Bluthochdruck, Diabetes, Epilepsie, Schilddrüsenleiden oder Tumorerkrankungen haben dabei einen besonderen Stellenwert.</p>
Biografie/ Lebenssituation	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Bitte beschreiben Sie Ihre gegenwärtige Lebenssituation; sind Sie berufstätig? Leben Sie in einer Beziehung? Ist Ihre Partnerschaft stabil? Sind Sie durch finanzielle oder berufliche Probleme belastet? Wie gestalten Sie Ihre Freizeit? Wie viele gute Freunde und Bekannte haben Sie?</li> <li>■ Woher stammen Sie? Leben Ihre Eltern noch? Haben Sie Geschwister? Wie ist der Kontakt in der Familie? Wie waren Sie unter Gleichaltrigen eingebunden? Wenn Sie Ihre Kindheit und Jugend in einem Satz zusammenfassen sollten, wie würden Sie diese Zeit beschreiben?</li> </ul>	<p>Aktuelle Probleme und chronische Konflikte sind häufige Auslöser akuter oder anhaltender psychischer Krisen.</p> <p>Menschen ohne sinnstiftende Tagesstruktur geraten regelmäßig in seelische Krisen, ebenso, wenn sich Hinweise auf Ausgrenzung oder Einsamkeit finden.</p> <p>Bei vielen Menschen finden sich Schwierigkeiten nach Ortswechseln oder Probleme, die seit der Adoleszenz anhalten und bei individuellem Leidensdruck psychotherapeutisch bearbeitet werden sollten.</p>

Themenfeld	Leitfragen	Kommentar/Ankerpunkte
	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Welche Schulausbildung haben Sie erreicht? Hatten Sie während Ihrer Schulzeit mit besonderen Schwierigkeiten zu kämpfen? Haben Sie eine abgeschlossene Berufsausbildung?</li> </ul>	Antworten zum schulischen Werdegang geben Hinweise auf Lernstörungen oder Störungen der intellektuellen Entwicklung.
Ressourcen	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Woher ziehen Sie Energie und Kraft? Was tut Ihnen gut?</li> <li>■ Wie haben Sie früher kritische Lebenssituationen bewältigt?</li> </ul>	Auskunft über individuell bewährte Hilfsmöglichkeiten können als Leitlinie für die Erarbeitung eines Behandlungsplans dienen.

### 2.3 Psychopathologische Symptome – die psychiatrische Fachsprache

In Deutschland sind die psychiatrischen Fachbegriffe im Wesentlichen von der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP 2023) definiert worden. Die folgende Zusammenfassung wichtiger Begriffe bezieht sich auf die dort getroffenen Festlegungen. Die Gliederung nach Themenfeldern folgt dem Aufbau eines psychopathologischen Befundes.

#### Bewusstsein und Orientierung:

- Störungen des Bewusstseins werden in quantitative und qualitative Störungen eingeteilt:
  - **Quantitative Störungen des Bewusstseins** beschreiben Störungen der Vigilanz, von schläfrig (= somnolent) über nur kurz erweckbar (= soporös), zu nicht erweckbar (= komatös). *Achtung:* Unerklärte Störungen der Vigilanz stellen einen psychiatrischen Notfall dar und bedürfen sofortiger weiterer Abklärung.
  - **Qualitative Störungen des Bewusstseins** erfassen einen Zustand, in dem die betroffene Person zwar wach erscheint, jedoch nur einen Teil der gegenwärtigen Situation/des Umfeldes angemessen wahrnimmt. Derartige Zustände treten in einem Delir auf oder nach tiefgreifenden Lebensereignissen, etwa einem schweren Unfall, gelten dann als Hinweis für eine Überforderung der psychischen Verarbeitungsmöglichkeiten.
- „Orientierung“ bezeichnet die Fähigkeit, zu Zeit, Ort, Situation und Person Auskunft geben zu können. Orientierungsstörungen treten bei Beeinträchtigungen kognitiver Funktionen auf. Eine Prüfung ist nicht bei jedem Patienten in allen Einzelaspekten notwendig. Oft lässt sich der von Patienten gelegentlich als beschämend empfundene Fragenkatalog („Welches Datum haben wir heute?“ „Wo sind wir hier?“ ...) elegant lösen, indem nach aktuellen Weltereignissen gefragt und der Patient gebeten wird, zu berichten, was ihn in letzter Zeit am meisten beschäftigt hat. Sollten sich hier Auffälligkeiten zeigen, ist eine „formale“ Prüfung der Orientierung immer noch möglich.

#### Affekt:

- Hier wird sowohl der Aspekt der subjektiven Wahrnehmung des Gefühlslebens eines Menschen beschrieben, als auch der von außen wahrgenommene affektive Ausdruck.

- Als auffällig gilt ein über 2 Wochen und mehr anhaltender Zustand des Herabgestimmtheits, der anhaltenden Leere, Traurigkeit und/oder Freudlosigkeit. Erfasst werden sollten zudem etwaige Auslöser, etwa Verlusterlebnisse. Dabei ist stets mit zu erfassen, ob Interessen fortbestehen. Zustände eines weitgehenden Verlustes der Freude und Interessen werden als Anhedonie bezeichnet. Sinnvoll ist, den Untersuchten zu bitten seine Stimmung auf einer Skala von 0 bis 10, mit 0 = sehr schlechte Stimmung und 10 = sehr gute Stimmung, einzuschätzen.
- Fremdbeurteilung: diese bezieht sich auf den erkennbaren affektiven Ausdruck, inwieweit der zu Untersuchende im Gespräch affektiv mitschwingen kann, ggf. lächelt, oder aber der Ausdruck erstarrt wirkt.
- Am anderen Pol affektiver Störungen finden sich maniforme Zustandsbilder überschäumender Euphorie, häufig mit einem Übergang in gereizt, angespannt aggressive Affektlagen.
- Affektlabilität: Gefühle können nicht mehr zurückgehalten werden, betrifft überwiegend Rührung oder Traurigkeit. Gilt als Hinweis auf eine organisch bedingte Störung und erfordert weitergehende Diagnostik (z.B. zerebrale Bildgebung).
- Ratlosigkeit: Zustand stauniger Verlorenheit, meist in Zusammenhang mit demenziellen oder schizophrenen Erkrankungen.

### Antrieb:

- Beschreibt die Fähigkeit eines Menschen, seinen Tag aktiv zu gestalten und notwendigen Aufgaben nachzukommen.
- Antriebslosigkeit: Häufig mit depressiver Stimmungslage verbunden, Betroffene können trotz des festen Vorsatzes, Aufgaben zu beginnen oder fortzusetzen, die Schwelle zur Handlung nicht überwinden.
- gesteigerter Antrieb: Von hektisch gesteigertem Antrieb zu vollständiger Ruhelosigkeit oder zielloser motorischer Unruhe.
- Abzugrenzen ist eine Motivationslosigkeit, bei welcher der betroffenen Person die Aufgabe an sich „nicht zu bewältigen“, als „zu großer Stress“ erscheint und eher die Vorsatzbildung als die Umsetzung in die Handlung gestört erscheint (amotivationales Syndrom, z.B. in Zusammenhang mit chronischem THC Konsum).
- Stupor: Zustand des Erstarrens nach schwerwiegenden traumatisierenden Lebensereignissen, im Rahmen schwerer depressiver Episoden oder schizophrener Erkrankungen.

**Angst:** Ubiquitäres Grundgefühl, welches pathologisch gesteigert in drei Formen vorkommt.

- **Panik:** Ohne konkreten Anlass, rasch aufsteigende intensive Angst, meist verbunden mit dem Eindruck, das Herz bleibe stehen, man bekomme nicht genügend Luft. Somatisch mit erhöhtem Puls und Blutdruck sowie Tendenz zur Hyperventilation, Abklingen meist innerhalb von 30 Minuten. In Folge entwickelt sich häufig eine Angst vor dem erneuten Auftreten von Panik, verbunden mit sozialem Rückzug und Vermeidungsverhalten.
- **generalisierte Angst:** Anhaltende Befürchtung, einem selbst oder dem unmittelbaren sozialen Umfeld könne etwas zustoßen, verbunden mit ständigen Rückversicherungen, ob/das auch alles in Ordnung sei.
- **Phobie:** Gerichtete Angst gegenüber Tieren, Gegenständen, Situationen oder sozialen Herausforderungen.