

Kurzleitfaden Psychopathologie

Eine Orientierungshilfe bei Beobachtung und Dokumentation psychischer Auffälligkeiten

Elke Richartz-Salzbunger, Henning Wormstall, Carmen Morawetz

Die Erhebung des psychopathologischen Befundes ist das Kernstück der psychiatrischen Diagnostik. Auf dem Boden zunächst allgemeiner Patientenbeschreibungen entwickelte sich eine wissenschaftlichen Methodenlehre zur exakteren Erfassung krankhafter seelischer Zustände. Neben der phänomenologischen Beschreibung der Symptome spielen auch subjektive Einflussfaktoren eine grosse Rolle. Vor diesem Hintergrund möchte die folgende Übersicht eine Orientierungshilfe bei der Beobachtung und Dokumentation psychopathologischer Auffälligkeiten sein.

Die Erhebung des psychopathologischen Befundes ist seit Beginn der Psychiatrie als medizinischer Disziplin das Kernstück der psychiatrischen Diagnostik. Wurden krankhafte psychische Zustände zunächst in Form von Pathografien beschrieben, entwickelte sich im Laufe des 19. Jahrhunderts eine systematische, wissenschaftlich begründete Methodik. Das Bemühen um eine kriterienorientierte Einteilung der psychiatrischen Krankheitsbilder rückte hierbei in den Vordergrund und führte zur Entwicklung neuer Klassifikationssysteme.

W. Griesinger verstand in der Mitte des vorletzten Jahrhunderts Geisteskrankheiten als Folge hirnganischer Erkrankungen. E. Kraepelin grenzte dagegen endogene von exogenen Psychosen ab. Die Begründung der Psychopathologie als phänomenologischer Wissenschaft fand ihren Ausdruck in dem bis heute gültigen Werk Karl Jaspers' über die «Allgemeine Psychopathologie» von 1915, das in den folgenden Jahren von H.W. Gruhle und K. Schneider weiterentwickelt wurde. Von der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP) wurden die vielfältigen Symptombeschreibungen in einem benutzerfreundlichen System zusammengefasst, das heute im deutschsprachigen Raum als anerkannte Grundlage der psychopathologischen Befunderhebung dient.

Die heute zum Einsatz kommenden Diagnoseschlüssel wie die Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10, 1991) oder das amerikanische diagnostische Manual (DSM-IV, 1994) spiegeln die Entwicklung von einer nosologischen zu einer syndromatologischen Einteilung der psychischen Erkrankungen wider, womit vorschnelle diagnostische Zuordnungen vermieden werden sollen. Über deskriptive Kriterien und Angaben zu Dauer und Schweregrad der Symptome können einheitlich definierbare Syndrome abgeleitet werden. Die einzelnen zu beobachtenden psychopathologischen Symptome stellen zunächst unspezifische Phänomene dar, die allein noch keinen Rückschluss auf eine zu Grunde liegende Erkrankung erlauben. So kann zum Beispiel Wahn nicht nur im Rahmen einer Schizophrenie auftreten, sondern ebenso bei deliranten Zuständen oder bei demenziellen Entwicklungen.

Neben den objektiven Auffälligkeiten wird bei der psychopathologischen Befunderhebung auch die subjektive Sicht des Patienten berücksichtigt. Darüber hinaus geht in den psychopathologischen Befund auch die Wahrnehmung der Beziehungsgestaltung des Patienten ein, wie sie in Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomenen zu beobachten ist.

Die psychopathologische Befunderhebung

Wesentliche psychopathologische Merkmale können bereits während der Anamneseerhebung gewonnen werden. In der sich daran anschliessenden strukturierten Exploration werden gezielt einzelne Symptome erfragt. Sinnvoll ist es, die Beschreibung psychopathologischer

Tabelle:

Formulierungshilfen für den psychopathologischen Befund

1. Äusseres Erscheinungsbild

Kleidung: Besonderheiten, dezent, elegant, geordnet, geschmackvoll, konservativ, modisch, salopp, sportlich, unauffällig, provokativ, schlicht, unangepasst, ungepflegt, unkonventionell, verwahrlost

Haar: gepflegt, schütter, strähnig, ungepflegt, zerzaust

Körperpflege: gepflegt, auffällig geschminkt, parfümiert

Statur und Körperhaltung: aufrecht, gelöst, locker, stattlich, stämmig, straff, ungezwungen, zierlich, drohend, gebeugt, gespannt, maniert, schlaff, steif, unscheinbar, verkrampft

2. Bewusstseinslage

bewusstseinsklar, ungestört, wach

ablenkbar, benommen, bewusstlos, delirant, eingeengt, eingetrübt, fluktuierend, schläfrig, somnolent, soporös, verhangen

3. Orientierung

örtlich, zeitlich, zur eigenen Person, zur Situation

eingeschränkt, nicht-, partiell, unscharf orientiert

4. Psychomotorik (dynamischer Gesamteindruck)

Antrieb: aktiv, energisch, schwungvoll, spontan

agitiert, apathisch, entschlussunfähig, gehemmt, gesteigert, reduziert, schwunglos, umtriebig, unruhig, verarmt, vermindert

Gangart: elastisch, energisch, federnd, kraftvoll, schwungvoll

erschöpft, kleinschrittig, schleppend, schlurfend, trippelnd, unsicher, verspannt

Ausdrucksverhalten: adäquat, angepasst, ausgeglichen, ausgewogen, lebhaft, locker, mimisch moduliert, mitschwingend, nüchtern, rund, ausdrucksarm, ausfahrend, bizarr, eckig, eingeengt, erregt, expansiv, flach, gebunden, gesperrt, grimassierend, inadäquat, kühl, maskenhaft, mit Tics oder Parakinesen, müde, mutistisch, spärlich, sparsam, starr, stumpf, teilnahmslos, überexpressiv, unangepasst, ungesteuert, unmoduliert, verkniffen, verschoben

Sprache, Stimmlage: artikuliert, betont, deutlich, Dialekt, differenziert, Hochsprache, klar, laut

flüsternd, gekünstelt, hauchend, heiser, leise, monoton, polternd, undeutlich, unverständlich, verwaschen

Benehmen und Umgangsformen: einfühlsam, gewandt, höflich, korrekt, natürlich, sicher, unbefangen

apathisch, aufdringlich, befangen, burschikos, devot, distanzlos, gekünstelt, gleichgültig, herablassend, leutselig, ratlos, scheu, schüchtern, steif, unsicher, unterwürfig

Wille: ausdauernd, beharrlich, beherrscht, durchsetzungsfähig, konsequent, unbeugsam, zielstrebig

gleichgültig, negativistisch, unentschlossen, verbissen, willensschwach, wurstig

Kontaktverhalten, Kommunikationsstil, Beziehungsgestaltung: Blickkontakt anhaltend, detailreich, differenziert, farbig schildernd, mitteilungsbereit, offen, sachlich, warmherzig, zugewandt

abweisend, Blickkontakt vermeidend, feindselig, hilfeschend, kühl, leutselig, misstrauisch, verschlossen, zurückhaltend

5. Denken

Formales Denken (Denkablauf)

abstrakt, anschaulich, gefühlsbetont, stringent, intuitiv, klar, logisch, nüchtern, praktisch, sachlich, konkretistisch, assoziativ, gelockert

danebenredend, einfallsarm, eingeengt, Gedankenabreissen, Gedankendrängen, Gedankenleere, gehemmt, gesperrt, haftend, ideenflüchtig, inkohärent, kreisend, Neologismen, perseverierend, sprunghaft, umständlich, ungenau, unzusammenhängend, verlangsamt, verworren, vorbeiredend, weitschweifend, widersprüchlich, zerfahren, ziellos

Inhaltliches Denken

überwertige Ideen

Wahn: Beeinträchtigungs-, Beziehungs-, Eifersuchts-, hypochondrischer, Grössen-, nihilistischer, Verarmungs-, Verfolgungswahn, -einfall, -erinnerung, -gedanken, -stimmung, -wahrnehmung, Schuldwahn, Zwangsgedanken, Zwangserinnerung, -gedanken, -grübeln, -impulse, -vorstellungen

Phobien: Agora-, Dismorpho-, Erythro-, Klaustro-, soziale Phobie etc.

6. Wahrnehmungsstörungen (Sinnestäuschungen)

Déjà-vu, Halluzinationen (akustisch, optisch, taktil, olfaktorisch), Illusionen, Pareidolien, Personenverkennungen, Pseudohalluzinationen





7. Ich-Störungen

Depersonalisation, Derealisation, Gedankenausbreitung, Gedankeneingebung, Gedankenentzug, Ich-Aktivität, Ich-Bewusstsein, Ich-Identität, Ich-Konsistenz, Ich-Vitalität

8. Stimmung, Affekt

angepasst, ausgeglichen, einfühlsam, empfindsam, euphorisch, fröhlich, gemütvoll, gutmütig, heiter, herzlich, hoffnungsvoll, mit-schwingend, optimistisch, sentimental, situationsangepasst, unbeschwert, weich, zuversichtlich
 affektarm, affektlabil, affektstarr, aggressiv, ambivalent, ängstlich, angstvoll, depressiv, distanziert, dysphorisch, ernst, erregt, ex-pansiv, flach, gedrückt, gereizt, hoffnungslos, hyperthym, hypoman, jammernd, kalt, klagsam, kühl, manisch, missbefindlich, moros verstimmt, mutlos, niedergeschlagen, nüchtern, parathym, pessimistisch, ratlos, sensitiv, skeptisch, starr, Störung der Vitalgefühle, subdepressiv, teilnahmslos traurig, überempfindlich, verzagt, verzweifelt

9. Mnestiche Funktionen

Aufmerksamkeit und Merkfähigkeit: anhaltend, gut, rasch, sicher, stetig
 abschweifend, eingeschränkt, ermüdbar, erschwert, gespannt, im Gesprächsverlauf nachlassend, verlangsamt

Gedächtnisleistungen: altersentsprechend, intakt, schwerbesinnlich, ungestört
 Amnesien (anterograd, kongrad, retrograd), Erinnerungsstörungen, Gedächtnislücken, Hypermniesien, Konfabulationen, Kurz- und Langzeitgedächtnisstörungen, Merkfähigkeitsstörung, Paramnesien, Zeitgitterstörungen

10. Psychische Werkzeugstörungen

Agnosie, Agraphie, Alexie, Aphasie, Apraxie

11. Einschätzung der Intelligenz

durchschnittlich, über-, unterdurchschnittlich

12. Suizidalität

Auffälligkeiten «von aussen nach innen» vorzunehmen. So können bereits *Äusserlichkeiten* wie Kleidung oder Gangbild einiges über den Patienten und sein Befinden aussagen. Die Befundschilderung erfolgt möglichst deskriptiv und keinesfalls wertend. Begriffe wie «schlampig», «primitiv» oder «abstossend» sollten vermieden werden. Wenn die Kleidung jedoch ungepflegt oder schmutzig erscheint, sollte sie auch so beschrieben werden.

Der schriftliche psychopathologische

Befund sollte so formuliert werden,

dass der Patient ihn selbst lesen

können sollte, ohne sich gekränkt oder

verletzt zu fühlen.

Im Anschluss an das äussere Erscheinungsbild folgen Aussagen zu *Bewusstsein und Orientierung*, die wichtige Hinweise auf mögliche hirnorganische Beeinträchtigungen liefern können. Unterschieden wird zwischen quantitativen und qualitativen Dimensionen des Bewusstseins beziehungsweise der zeitlichen, örtlichen, situativen Orientierung sowie der Orientierung zur Person. Es schliesst sich die Schilderung des *Kontakt- und Aus-*

drucksverhaltens an, einschliesslich der Beurteilung der nonverbalen Aspekte der Kommunikation (Sprache, Stimmlage, Blickkontakt). Auch der augenblickliche *Antrieb* (Psychomotorik) des Patienten wird hier beschrieben.

Denkstörungen werden in Auffälligkeiten des Denka-blaufs sowie der Denkinhalte unterschieden. *Formale Denkstörungen* betreffen zum Beispiel Veränderungen der Geschwindigkeit des Denkens oder die Kohärenz und Stringenz des Gedankenablaufs. Sie werden meist in der Sprache des Patienten deutlich. *Inhaltliche Denkstörungen* umfassen überwertige Ideen, Befürchtungen, Phobien und Zwangsgedanken sowie die verschiedenen Wahnhalte. Formale und inhaltliche Denkstörungen sind insbesondere bei den psychotischen Erkrankungen von Bedeutung.

Bei den *Wahrnehmungsstörungen* werden drei Arten der Sinnestäuschungen unterschieden: die Illusion, die Halluzination und die Pseudohalluzination. Optische Halluzinationen deuten eher auf eine organische Ursache hin, akustische Halluzinationen lassen an eine schizophrene Psychose denken. Seltener finden sich Körperhalluzinationen oder Geruchs- und Geschmackshalluzinationen. *Ich-Störungen* betreffen Störungen des Gefühls des Erlebens wie Derealisation oder Depersonalisation und Gedankenausbreitung beziehungsweise -entzug, -eingebung oder sonstige Fremdbeeinflussungserlebnisse.

Störungen der Affektivität können ebenfalls wichtige differenzialdiagnostische Hinweise liefern. Beschrieben werden die Grundstimmung und die emotionale Schwingungsfähigkeit im Kontakt. Schliesslich folgt eine Einschätzung der prämorbid Intelligenz und der augenblicklichen kognitiven Leistungsfähigkeit, insbesondere von *Aufmerksamkeit und Gedächtnis*. Auch sollte darüber Auskunft gegeben werden, ob *psychische Werkzeugstörungen* vorliegen.

Von grosser Bedeutung ist die Frage nach *Fremd- oder Selbstgefährdung*. Das «Vergessen» dieses Bereichs ist oft Folge der eigenen Unsicherheit der Suizidproblematik gegenüber. Befürchtungen (z.B. durch Ansprechen eines fraglichen Suizidrisikos könnte man den Patienten möglicherweise erst recht auf diese fatale Idee bringen) halten oft vom ernsthaften und überaus wichtigen Gespräch über dieses Thema ab. Werden Todeswünsche, Gedanken an Suizid oder Suizidfantasien eingeräumt, so müssen konkrete Suizidpläne erfragt werden, die auch möglichst genau geschildert werden sollten. Es überrascht immer wieder, wie entlastet suizidgefährdete Patienten sind, wenn ein offenes Gespräch über ein Thema möglich ist, das ihnen selbst Angst und Schuldgefühle bereitet.

Beigefügte *Tabelle* enthält Begriffsbeispiele zu den jeweiligen Dimensionen des psychopathologischen Befundes. Da manche Formulierungen nicht immer einheitlich verwendet werden, kann es hilfreich sein, einen unklaren Begriff durch ein anschauliches Beispiel zu ersetzen. Zu beachten ist, dass psychopathologische Symptome auch mehrere psychische Dimensionen betreffen können. So kann sich ein Zwang sowohl in *Zwangsgedanken* als auch in *Zwangshandlungen* äussern.

Ein präzise erhobener psychopathologischer Befund bleibt inmitten der breiten psychiatrischen Diagnostik, die heutzutage selbstverständlich elektrophysiologische, radiologische und nuklearmedizinische Untersuchungen

einschliesst, das zentrale und unersetzliche Diagnostikum. Die Integration von Vorgeschichte, psychopathologischem Befund und Untersucher-Patient-Beziehung erlaubt die Formulierung von Arbeitshypothesen in Form vorläufiger psychiatrischer Diagnosen. Diese werden durch weitere klinische und apparative Zusatzuntersuchungen und insbesondere durch den weiteren Krankheitsverlauf bestätigt oder korrigiert, wobei auch hier wiederum die Psychopathologie des Patienten vorrangige Bedeutung besitzt. ■



Dr. med. Elke Richartz-Salzbürger

*Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Oslanderstrasse 24
D-72076 Tübingen*

PD Dr. med. Henning Wormstall

*Psychiatriezentrum Breitenau
8200 Schaffhausen*

Carmen Morawetz

*Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Oslanderstrasse 24
D-72076 Tübingen*

Interessenkonflikte: keine

Literatur:

1. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition, Washington DC, 1994.*
2. Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP): *Das AMDP-System. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe, 1986.*
3. Barz H: *Psychopathologie und ihre psychologischen Grundlagen. Bern, Stuttgart, Toronto: Huber, 1986.*
4. Bleuler E: *Lehrbuch der Psychiatrie. Berlin – Heidelberg – New York: Springer, 1983.*
5. Burckhard, JM: *Lehrbuch der systematischen Psychopathologie, Bd. 1 und 2. Stuttgart, New York: Schattauer 1980.*
6. Dilling H, Mombour W, Schmidt MH: *Weltgesundheitsorganisation – Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F). Bern, Göttingen, Toronto: Huber, 1991.*

7. Glatzel, J: *Spezielle Psychopathologie. Stuttgart: Enke, 1981.*
8. Griesinger W: *Die Pathologie der Geisteskrankheiten für Ärzte und Studierende. 4. Auflage, Braunschweig, 1876.*
9. Janzari W: *Psychopathologie als Grundlagenwissenschaft. Stuttgart: Enke, 1979.*
10. Jaspers K: *Allgemeine Psychopathologie. Berlin – Heidelberg – New York: Springer, 1973.*
11. Kind H: *Psychiatrische Untersuchung. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 1974.*
12. Kleinschmidt S, Müssigbrodt H, Schürmann A, Freyberger JH, Dilling H: *Psychiatrische Diagnostik in der Allgemeinmedizin. Fortschr Neurol Psychiat 1995; 63: 227–231.*
13. Kraepelin E: *Die Erscheinungsformen des Irreseins. Z ges Neurol Psychiat 1920; 62: 1.*
14. Schneider K: *Klinische Psychopathologie. Stuttgart: Thieme, 1976.*