



Jan Philipp Klein
Eva Margaretha Klein

Mein Leitfaden Psychiatrie

Basiskompetenzen
für den Klinikalltag



Springer

Mein Leitfaden Psychiatrie

Jan Philipp Klein ·
Eva Margaretha Klein

Mein Leitfaden Psychiatrie

Basiskompetenzen für den
Klinikalltag

Unter Mitarbeit von Carla Gamon,
Walter Klein, Fabian Schüren, Liv Wenzel

 Springer

Jan Philipp Klein
Klinik für Psychiatrie
Psychotherapie
Universität zu Lübeck
Lübeck, Deutschland

Eva Margaretha Klein
Klinik für Psychiatrie
und Psychotherapie
Universitätsklinikum Bonn
Bonn, Deutschland

ISBN 978-3-662-60444-1 ISBN 978-3-662-60445-8 (eBook)
<https://doi.org/10.1007/978-3-662-60445-8>

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© Springer-Verlag GmbH Deutschland, ein Teil von Springer Nature 2021

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken, Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jedermann benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des jeweiligen Zeicheninhabers sind zu beachten.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag, noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Planung/Lektorat: Katrin Lenhart

Springer ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer-Verlag GmbH, DE und ist ein Teil von Springer Nature.

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Heidelberger Platz 3, 14197 Berlin, Germany

Einführung und Danksagung

Das Ziel des vorliegenden Buches ist es, dem Lesenden Kompetenzen in der Behandlung psychischer Störungen zu vermitteln für die Bewältigung des klinischen Alltags in den ersten Jahren ihrer Tätigkeit. Daher liegt der Schwerpunkt dieses Buches nicht auf der Präsentation von abstraktem Wissen sondern auf der Vermittlung der wichtigsten klinischen Fertigkeiten. Diese reichen von Grundfertigkeiten wie Anamnese und Diagnostik bis hin zum konkreten Vorgehen in der Psychotherapie und Pharmakotherapie der wichtigsten psychischen Störungen. Auf diesem Wege möchten wir Berufsanfängern Sicherheit vermitteln für den Einstieg in den klinischen Alltag und Fortgeschrittenen ein übersichtliches Nachschlagewerk bieten für das zentrale Wissen für die tägliche Arbeit.

In diesem Buch fokussieren wir uns auf die psychischen Störungen, die häufig stationär behandelt werden, weil für die meisten angehenden Fachärzte die psychiatrisch-psychotherapeutische Ausbildung im stationären Setting beginnt. Im Buch unterscheiden wir zwischen der Vermittlung von Grundwissen und Grundfertigkeiten. Dabei erfolgt auch die Vermittlung des Grundwissens bereits stark an den praktischen Erfordernissen des Alltags orientiert. Bei den Grundfertigkeiten wird dann jeweils erläutert, wie konkret vorgegangen wird. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in diesem Buch auf die gleichzeitige Verwendung weiblicher und männlicher Sprachformen verzichtet und das generische Maskulinum verwendet.

Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter (männlich, weiblich, divers).

Beim Verfassen dieses Buches haben wir sehr profitiert von zahlreichen Rückmeldungen vieler Kollegen, die das Buch vor dem Erscheinen gelesen und auf Alltagstauglichkeit getestet haben. Exemplarisch sollen folgende Kollegen genannt werden, die dieses Buch besonders gründlich auf Herz und Nieren getestet haben: Carla Gamon, Walter Klein, Fabian Schüren und Liv Wenzel. Ihre Kommentare und Rückmeldungen waren von unschätzbarem Wert. Wir betrachten sie daher als Mitarbeiter an diesem Buch. Dieses Buch ist stark beeinflusst durch unsere Mentoren und durch zahlreiche Kollegen, die ihr Wissen und ihre Erfahrung mit uns geteilt haben. Sie alle vermittelten uns nicht nur die in diesem Buch zusammengefassten Fertigkeiten, sondern prägten auch unsere Haltung im Umgang mit psychischen Kranken Menschen. Auch auf die Gefahr hin, wichtige Namen zu vergessen, möchten wir folgende besonders hervorheben: Ion Anghelescu, Martina Belz, Bettina Bewernick, Stefan Borgwardt, Petra Broich, Franz Caspar, Isabella Heuser, Fritz Hohagen, René Hurlemann, Wolfgang Maier, Alexandra Philipsen, Friedel Reischies, Thomas Schläpfer, Dieter Schoepf, Ulrich Schweiger, Valerija Sipos, Elisabeth Schramm.

Schließlich möchten wir noch Katrin Lenhart und Renate Scheddin vom Springer Verlag danken, dass sie uns mit der nötigen Portion Humor jederzeit unterstützend begleitet haben bei der Entstehung dieses Buches.

Bonn und Lübeck
im Frühjahr 2020

Eva Margaretha Klein
Jan Philipp Klein

Klappentext

Das Ziel dieses Buches ist es, dem Lesenden Kompetenzen in der Behandlung psychischer Störungen zu vermitteln für die Bewältigung des klinischen Alltags in den ersten Jahren ihrer Tätigkeit. Daher liegt der Schwerpunkt dieses Buches nicht auf der Präsentation von abstraktem Wissen sondern auf der Vermittlung der wichtigsten klinischen Fertigkeiten. Diese reichen von Grundfertigkeiten wie Anamnese und Diagnostik bis hin zum konkreten Vorgehen in der Psychotherapie und Pharmakotherapie der wichtigsten psychischen Störungen. Selbst die wichtigsten Handgriffe für die Durchführung von Elektrostimulationsbehandlungen und der Ablauf von Unterbringung und Zwangsbehandlung werden vermittelt. Und auch Handreichungen zu den neuesten Entwicklungen in der Psychiatrie wie die Einstufung nach PPP-RL und die neuen Codes des ICD-11 sind in diesem Buch enthalten.

Auch wenn die Überschriften in diesem Buch vielleicht den Überschriften in vielen anderen Büchern ähneln, die Inhalte sind grundverschieden: dieses Buch bietet den Lesenden Schritt für Schritt konkrete Handlungsvorschläge. Zahlreiche Tabellen tragen dazu bei, dass die wichtigsten Inhalte und Abläufe auf einen Blick erfasst werden können. Auf diesem Wege wird Berufsanfängern Sicherheit vermittelt für den Einstieg in den klinischen Alltag. Fortgeschrittene finden das zentrale Wissen für die tägliche Arbeit übersichtlich aufbereitet. Das Buch eignet sich daher auch als schnelle Referenz im Alltag und Repetitorium in der Vorbereitung auf die Facharztprüfung.

Inhaltsverzeichnis

Teil I Anamnese und Diagnostik

1	Grundwissen	3
1.1	Beschreibung der Psychopathologie	3
1.2	Kategorielle Diagnosesysteme	19
1.3	Psychometrische Skalen	20
1.4	Kulturelle Formulierung psychischer Störung	20
2	Grundfertigkeiten	23
2.1	Aufbau einer Anamnese	23
2.2	Umgang mit Dolmetschern	32
2.3	Kognitive Testung	32
2.4	Somatische Diagnostik	33

Teil II Therapie

3	Psychopharmakotherapie	37
3.1	Grundwissen	37
3.2	Wirkungen und Nebenwirkungen	47
3.3	Einteilung von Psychopharmaka	68
3.4	Routineuntersuchungen bei Gabe von Psychopharmaka (Auswahl)	97
3.5	Psychopharmakotherapie bei Nieren- und Leberfunktionsstörung	97
3.6	Psychopharmaka in Schwangerschaft und Stillzeit	100

4	Elektrostimulationstherapie	103
4.1	Elektrokonvulsionstherapie (EKT)	104
5	Psychotherapie	115
5.1	Grundwissen Psychotherapie	115
5.2	Grundfertigkeiten der Psychotherapie	129
5.3	Psychoedukation	174
5.4	Supervision	178
6	Einführung in die evidenzbasierte Medizin	181
 Teil III Psychische Störungen		
7	Demenz	187
7.1	Epidemiologie	187
7.2	Diagnostische Kriterien	188
7.3	Anamnese	189
7.4	Diagnostik	193
7.5	Therapie	194
8	Delir	199
8.1	Epidemiologie	199
8.2	Diagnostische Kriterien	199
8.3	Anamnese	200
8.4	Differenzialdiagnose	202
8.5	Therapie	204
9	Organische psychische Störung	205
10	Substanzkonsumstörungen	209
10.1	Epidemiologie	209
10.2	Diagnostische Kriterien	209
10.3	Anamnese	215
10.4	Diagnostik	218
10.5	Therapie	219
10.6	Folgeerkrankungen von Substanzkonsumstörungen	232
11	Psychotische Störungen	233
11.1	Epidemiologie	233
11.2	Diagnostische Kriterien	235

11.3	Anamnese	239
11.4	Diagnostik	240
11.5	Therapie	243
12	Bipolar affektive Störung	251
12.1	Epidemiologie	251
12.2	Diagnostische Kriterien	251
12.3	Anamnese	254
12.4	Diagnostik	255
12.5	Therapie	255
13	Depressive Störungen	265
13.1	Epidemiologie	265
13.2	Diagnostische Kriterien	265
13.3	Anamnese	268
13.4	Diagnostik	272
13.5	Therapie	273
14	Angststörungen	281
14.1	Epidemiologie	281
14.2	Diagnostische Kriterien	281
14.3	Anamnese	286
14.4	Diagnostik	289
14.5	Therapie	290
15	Zwangsstörungen	293
15.1	Epidemiologie	293
15.2	Diagnostische Kriterien	293
15.3	Anamnese	295
15.4	Diagnostik	296
15.5	Therapie	296
16	Traumafolgestörungen	299
16.1	Epidemiologie	299
16.2	Diagnostische Kriterien	299
16.3	Anamnese	300
16.4	Diagnostik	302
16.5	Therapie	303

17	Persönlichkeitsstörungen	309
17.1	Epidemiologie	309
17.2	Diagnostische Kriterien	309
17.3	Anamnese.....	312
17.4	Therapie	314
18	Borderline-Persönlichkeitsstörung	321
18.1	Epidemiologie	321
18.2	Diagnostische Kriterien	321
18.3	Anamnese.....	322
18.4	Therapie	323

Teil IV Notfallbehandlung

19	Akute Erregung	329
19.1	Definition.....	329
19.2	Anamnese.....	330
19.3	Therapie	331
20	Suizidalität	337
20.1	Anamnese.....	337
20.2	Therapie	343
21	Psychopharmaka-induzierte Notfälle	345
21.1	Agranulozytose	345
21.2	Anticholinerges Syndrom	345
21.3	Frühdyskinesie.....	346
21.4	Lithiumintoxikation	346
21.5	Malignes neuroleptisches Syndrom.....	346
21.6	Zentrales Serotoninsyndrom	347
22	Zwangsmaßnahmen	349
22.1	Grundwissen	349
22.2	Grundfertigkeiten.....	355

Teil V Anhang

23	Mini Mental Status Test	371
24	Dokumentationshilfen	373
24.1	PPP-RL (ehemals PsychPV)	374

25	Telefonnummern	377
26	Verzeichnis der ICD-Codes	379
27	Verzeichnis der Psychopharmaka von A-Z	385
	Literatur	387
	Stichwortverzeichnis	395

Über die Autoren

PD Dr. med. Jan Philipp Klein, Leitender Oberarzt im Zentrum für Integrative Psychiatrie ZiP gGmbH, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Lübeck

Dr. med. Eva Margaretha Klein, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Bonn

Teil I

Anamnese und Diagnostik



Inhaltsverzeichnis

1.1	Beschreibung der Psychopathologie	3
1.2	Kategorielle Diagnosesysteme	19
1.3	Psychometrische Skalen	20
1.4	Kulturelle Formulierung psychischer Störung	20

1.1 Beschreibung der Psychopathologie

Wir gehen im Folgenden davon aus, dass es nicht unbedingt notwendig ist, bei jedem Patienten einen vollständigen psychopathologischen Befund zu erheben. Vielmehr empfehlen wir in diesem Buch im Sinne einer sogenannten iterativen Hypothesenbildung ein syndromorientiertes Vorgehen bei der Anamnese. Dieses ist in Abschn. 2.1 ausführlich beschrieben.

Kurz gesagt werden im Rahmen der iterativen Hypothesenbildung auf Grundlage der vom Patienten berichteten Beschwerden und auf Grundlage des beobachteten nonverbalen Verhaltens Verdachtsdiagnosen gestellt und diese dann durch das systematische Abfragen der entsprechenden diagnostischen Kriterien überprüft. Der Umgang mit den diagnostischen Kriterien erfordert ein Verständnis der psychopathologischen Fachbegriffe. Das Ziel dieses Abschnitts ist es daher, präzise Definitionen für die einzelnen psychopathologischen Begriffe zu geben.

Tab. 1.1 Vergleich des AMDP-Systems und der Mental Status Examination (MSE)

AMDP	MSE
Bewusstseinsstörungen	Allgemeines
Orientierungsstörungen	• Äußere Erscheinung
Aufmerksamkeits- und Gedächtnis- störungen	• Sprache
Formale Denkstörungen	Stimmung und Affektivität
Inhaltliche Denkstörungen	Denken und Wahrnehmung
• Befürchtungen und Zwänge	• Formales Denken
• Wahn	• Inhaltliches Denken
Sinnestäuschungen	• Wahrnehmungs- störungen
Ich-Störungen	Kognition
Störung der Affektivität	• Wachheit
Antriebs- und psychomotorische Störungen	• Orientierung
Zirkadiane Besonderheiten	• Konzentration
Andere Störungen	• Gedächtnis
	Einsichts- und Urteilsfähig- keit

Selbstverständlich gibt es auch Patienten, bei denen es wichtig ist, einen vollständigen psychopathologischen Befund zu erheben. Und unabhängig davon, ob man bei der Erhebung syndromorientiert vorgeht oder einen vollständigen psychopathologischen Befund erhebt, muss man in jedem Fall einen psychopathologischen Befund dokumentieren.

Für die Dokumentation des psychopathologischen Befundes kann man unterschiedliche Systematiken verwenden. Diese unterscheiden sich zum einen in der Schwerpunktsetzung und zum anderen in der Reihenfolge der Dokumentation der Befunde. Zwei häufig verwendete Beispiele sind das AMDP-System¹ und die in den USA übliche Systematik der Mental Status Examination (MSE). Diese sind in Tab. 1.1 vergleichend dargestellt. Beide erfassen dieselben Bereiche der Psychopathologie, gewichten diese jedoch unterschiedlich.

¹AMDP steht für Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie.

Die folgenden Definitionen des psychopathologischen Befundes sind nach der MSE gegliedert, an den uns notwendig erscheinenden Stellen jedoch durch Konstrukte aus dem AMDP ergänzt.

Allgemeines

Äußeres Erscheinen

Hier werden allgemeine Aspekte des Auftretens des Patienten dokumentiert wie die Interaktion (z. B. enthemmt, offen, distanziert oder misstrauisch) und das äußere Erscheinen (gepflegt vs. ungepflegt, altersentsprechend bzw. älter oder jünger wirkend).

Sprechen

Das Sprechen kann anhand folgender Eigenschaften beurteilt werden:

- Geschwindigkeit (schnell/langsam)
- Menge (lange/kurze Antworten)
- Kontinuität (kaum zu unterbrechen/flüssig/stockend)

Emotionales Erleben und Psychomotorik

Stimmung und Affektivität

Hier wird das „Gefühlsleben“ des Patienten beschrieben. Dabei wird unterschieden zwischen der Stimmung (eine anhaltende und tief greifende Emotion, welche die Wahrnehmung des Betroffenen prägt) und der Affektivität (der von außen sichtbaren Äußerung des emotionalen Erlebens).

Die *Beschreibung der Stimmung* orientiert sich an den Angaben des Patienten. Sie kann beschrieben werden als:

- ängstlich
- niedergestimmt
- traurig

- euphorisch
- gereizt

Die *Beschreibung der Affektivität* beruht auf den vom Behandler wahrgenommenen Äußerungen des Patienten. Hier können die Auslenkbarkeit und die Angemessenheit der Emotionsäußerungen beschrieben werden. Folgende Begriffe werden verwendet zur Beschreibung der Auslenkbarkeit oder Modulation der Emotionsäußerungen (Schwingungsfähigkeit):

- affektverflacht: geringe Ansprechbarkeit der Affekte, gleichbleibend indifferenter Affekt
- affektstarr: Verharren in bestimmten, gleichen Stimmungen
- affektlabil: schneller Stimmungswechsel oder starke Ablenkbarkeit der Gefühle
- affektinkontinent: unbeherrschte Modulation/mangelnde Affektkontrolle

Bei bestimmten psychischen Störungen (z. B. der Schizophrenie) finden sich darüber hinaus Störungen der situativen *Angemessenheit der Emotionsäußerungen*:

- Parathymie/inadäquat: Inkongruenz von Affekt und Erlebnisinhalt (z. B. Patient lacht, während er von erlebten Qualen berichtet)
- Ambivalenz: Koexistenz widersprüchlicher Gefühle, Vorstellungen und Wünsche (z. B. Patient wünscht die Entlassung und geht dann immer zur Tür und zurück, weil er sich nicht entscheiden kann, ob er tatsächlich geht oder nicht doch bleibt)

Antrieb

Der Antrieb ist definiert als die vom Willen unabhängige belebende Kraft, welche dem Verhalten zugrunde liegt. Beispiele sind:

- antriebsarm: Mangel an Energie/Initiative
- antriebsgehemmt: Energie/Initiative vorhanden, jedoch vom Patienten als gebremst/blockiert erlebt

- antriebsgesteigert: Zunahme der Energie/Initiative
- motorisch unruhig: ziellose Zunahme der Aktivität

Katatonie

Katatone Symptome sind am besten bekannt im Rahmen einer Schizophrenie (Abschn. 11.2). Sie können aber auch im Rahmen anderer psychischer Störungen auftreten (z. B. schwere depressive Störung, bipolare Störung oder als organische katatone Störung. Katatonie wird diagnostiziert, wenn das klinische Bild von drei oder mehr der in Tab. 1.2 aufgeführten Symptome geprägt ist.

Zirkadiane Rhythmik

Hier werden regelhafte Schwankungen der Befindlichkeit und des Verhaltens dokumentiert (z. B. das Morgentief bei einem depressiven Patienten).

Formales und inhaltliches Denken

Bei den Denkstörungen wird unterschieden zwischen den inhaltlichen Denkstörungen („Was wird gedacht?“) und den formalen Denkstörungen („Wie ist der Ablauf der Gedankengänge?“).

Formale Denkstörungen

Formale Denkstörungen treten bei einer Reihe von psychischen Störungen auf. In Tab. 1.3 werden einige formale Denkstörungen definiert und psychische Störungen als Beispiele genannt, bei denen diese formalen Denkstörungen auftreten können. Bestimmte formale Denkstörungen (z. B. umständliches Denken) können jedoch auch bei anderen als den genannten psychischen Störungen auftreten. In Abb. 1.1 und 1.2 sind zudem Beispiele für formale Denkstörungen zum besseren Verständnis grafisch dargestellt.

Inhaltliche Denkstörungen: Wahn

Wahn zählt zu den inhaltlichen Denkstörungen. Es handelt sich beim Wahn um eine feste Überzeugung, die folgenden Eigenschaften hat:

Tab. 1.2 Übersicht über katatone Symptome (American Psychiatric Association 2013)

Stupor	Keine oder nur geringe psychomotorische Aktivität, kein oder nur geringer aktiver Austausch mit der Umgebung
Katalepsie	Passive Einnahme einer Körperhaltung, die gegen die Schwerkraft gehalten wird
Wächserne Flexibilität	Leichter, gleichmäßiger Widerstand gegenüber einer Veränderung der Körper- oder Extremitätenhaltung des Betroffenen durch den Untersucher (flexibilitas cerea)
Mutismus	Keine oder nur geringe verbale Antwort
Negativismus	Widerständige oder keine Befolgung von Anweisungen
Verharren	Spontanes und aktives Aufrechterhalten einer einmal eingenommenen Körperhaltung gegen die Schwerkraft
Manierismen	Eigentümliche, umständliche Karikatur normaler Handlungen
Stereotypien	Repetitive, abnorm häufige, nicht zielgerichtete Bewegungen
Agitation	Agitation (Erregung) wird hier kodiert, wenn sie nicht durch äußere Reize beeinflusst wird
Grimassieren	Ungewöhnlicher Gesichtsausdruck, der nicht der Situation angemessen ist
Echolalie	Nachahmen der Sprache eines anderen
Echopraxie	Nachahmen der Bewegungen eines anderen

- Es handelt sich um eine *Fehlbeurteilung der Realität*.
- Diese ist dem Betroffenen unmittelbar evident, ohne dass es Hinweise für die geglaubte Tatsache gibt (*A-priori-Evidenz oder erfahrungsunabhängige Gewissheit*).
- Diese kann auch durch gegenteilige Evidenz nicht widerlegt werden (*Unkorrigierbarkeit*).

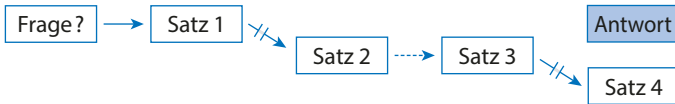
Tab. 1.3 Formale Denkstörungen und Beispiele für psychische Störungen, bei denen diese auftreten können

Beispiele für psychische Störung	Formale Denkstörung	Definition
Depression	Eingeengt, grübelnd	Objektiv (eingeengt) oder subjektiv (grübelnd) verhaftet sein an einem oder wenigen Themen
	Gehemmt	Vom Patienten subjektiv wahrgenommene Verlangsamung des Denkens
	Verlangsamt	Von außen objektiv beobachtete Verlangsamung des Denkens
Manie	Umständlich/weitschweifig	Nebensächliches nicht vom Wesentlichen unterscheidend
	Ideenflüchtig	Durch dazwisch kommende Gedanken vom Ziel abgelenkt
	Gedankenrasen	Subjektiver Eindruck vieler Einfälle und Ideen
Schizophrenie	Gedankenabreißen	plötzlicher Abbruch der Gedanken und Themenwechsel
	Neologismen	Wortneubildungen, die sprachlichen Konventionen nicht entsprechen
	Inkohärent/zerfahren	Kein verständlicher Zusammenhang der Denkinhalte

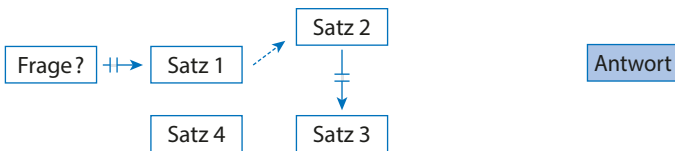
a) Normalbefund



b) Zerfahrenheit



c) Zerfahrenheit



- logische und in den Zusammenhang passende Satzverbindung, die zum Ziel führt.
-→ nicht logische, nicht zum Zusammenhang passende Verbindung, die aufgrund von Wort- oder Satz-Assoziationen noch nachvollziehbar ist (auch wenn oft in der konkreten Gesprächssituation unmöglich).
- +→ nicht logische, nicht zum Zusammenhang passende Verbindung, die nicht mehr aufgrund von Wort- oder Satz-Assoziationen nachvollziehbar ist (auch nicht für den Patienten).

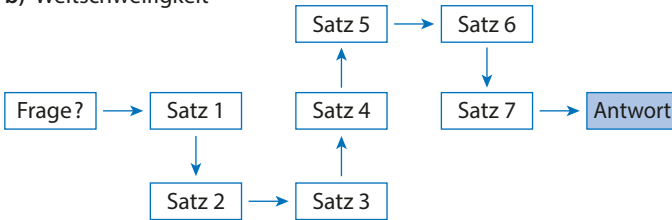
Abb. 1.1 Zwei Beispiele für die Zerfahrenheit, eine schizophrenietytische formale Denkstörung (Abbildung nach Ebert 2011)

Ein Wahn wird als *bizarrr* eingestuft, wenn er völlig unmöglich und nicht aus der üblichen Lebenserfahrung ableitbar ist (z. B. die Überzeugung, durch Außerirdische besucht worden zu sein). Solche bizarren Wahninhalte treten häufig bei schizophrenen Patienten auf. Depressive Patienten leiden dagegen häufig unter synthymen Wahninhalten (z. B. Verarmungswahn, Versündigungswahn, nihilistischer Wahn).

a) Normalbefund



b) Weitschweifigkeit



c) Ideenflucht



- logische und in den Zusammenhang passende Satzverbindung, die zum Ziel führt.
- > nicht logische, nicht zum Zusammenhang passende Verbindung, die aufgrund von Wort- oder Satz-Assoziationen noch nachvollziehbar ist (auch wenn oft in der konkreten Gesprächssituation unmöglich).

Abb. 1.2 Manietypische formale Denkstörung (Abbildung nach Ebert 2011)

In Tab. 1.4 finden Sie einige häufige *Wahnthemen* zusammen mit jeweils einem Beispiel und der Nennung von bestimmten psychischen Störungen, bei denen dieses Wahnthema charakteristischerweise auftritt.

Patienten unterscheiden sich in verschiedenen Eigenschaften ihres wahnhaften Denkens. Dabei können unter anderem folgende Punkte beschrieben werden:

Tab. 1.4 Wahnthemen mit Beispielen und typischerweise zugehöriger psychischer Störung

Wahnthemen	Beispiel	Psychische Störung
Verfolgungswahn	„Die Geheimdienste beobachten mich aus einem Auto heraus.“	Schizophrenie
Verarmungswahn	„Die Krankenkasse wird für meine Behandlung nicht aufkommen können.“	Depressive Episode mit psychotischen Symptomen
Größenwahn	„Ich werde die Klinik übernehmen, Sie sind doch eine Null und können das gar nicht.“	Manische Episode mit psychotischen Symptomen
Eifersuchtswahn	„Ich bin mir sicher, dass meine Frau fremdgeht, auch wenn sie es vehement abstreitet.“	Anhaltend wahnhaftes Störung, beispielsweise infolge einer Alkoholabhängigkeit
Beeinflussungswahn (auch als schizophreientypische Ich-Störungen bezeichnet)	„Meine Gedanken werden von einer fremden Macht gesteuert.“	Schizophrenie, auch bei affektiven Episoden mit psychotischen Symptomen denkbar

- Ausgestaltung des Wahns (s. Tab. 1.5)
- Wahndynamik (d. h. das Ausmaß der affektiven Beteiligung, z. B. „ausgebrannt“ – wenig affektive Beteiligung)
- Produktivität des Wahns (d. h. das Hinzukommen neuer Wahninhalte)

Ich-Störungen

Auch schizophreientypische Ich-Störungen werden im MSE-System den inhaltlichen Denkstörungen zugeordnet. Bei den schizophreientypischen Ich-Störungen wird das eigene Denken oder Handeln als von außen gesteuert erlebt. Beispiele für derartige Fremdbeeinflussungserlebnisse sind:

Tab. 1.5 Ausgewählte Begriffe zur Beschreibung der Ausgestaltung des Wahns

Wahnstimmung	Bedeutungsvolles Gefühl in verändert erlebter Umwelt
Wahnwahrnehmung	Richtige Wahrnehmung erhält abnorme Bedeutung
Wahneinfall	Plötzliches Einfallen einer wahnhaften Meinung
Wahngedanken	Dauerhaftes wahnhaftes Denken ohne festes System
Systematisierter Wahn	Zusammenhängend ausgefeilter Wahn

- Gedankenausbreitung – andere wissen, was der Patient denkt (z. B. durch Gedankenlesen – „Jemand zapft mein Gehirn an, das merke ich an deren Reaktionen“)
- Gedankeneingebung – Gedanken sind durch andere beeinflusst, gelenkt oder gesteuert (z. B. „Mein Nachbar kann meine Gedanken durch Telepathie lenken“)
- Gedankenentzug – Gedanken werden „weggenommen“ oder „abgezogen“ (z. B. „Plötzlich waren alle Gedanken weg, ich war wie hypnotisiert“)
- Andere Fremdbeeinflussungserlebnisse (z. B. Willensbeeinflussung, z. B. „Ich werde wie ein Roboter fremdgesteuert“, oder leibliche Beeinflussungserlebnisse, z. B. „Jemand beschießt mich mit Strahlen, das spüre ich in meinem Genital“)

Davon abzugrenzen sind folgende andere beiden Formen von Ich-Störungen, die häufig im Rahmen von dissoziativem Erleben berichtet werden:

- Derealisation: Erleben der *Umgebung* als fremd, unwirklich oder verändert: „Es war alles wie im Film“
- Depersonalisation: Erleben des *Selbst* als fremd, unwirklich oder verändert: „Ich fühle mich plötzlich viel kleiner“ oder „Ich habe das Gefühl, dass meine Beine gar nicht zu mir gehören“

Wahrnehmungsstörungen

Halluzinationen beschreiben Sinneswahrnehmungen (z. B. Hören von Stimmen) ohne eine tatsächliche äußere Reizquelle. Dabei sind akustische Halluzinationen charakteristisch für eine Schizophrenie. Optische Halluzinationen können auch bei einer Schizophrenie auftreten, werden jedoch häufiger bei einem Delir beobachtet. Ferner gibt es Körperhalluzinationen (z. B. das Gefühl, bestrahlt zu werden) und Geruchs- und Geschmackshalluzinationen.

Bei den akustischen Halluzinationen kann man weiter unterteilen in:

- Akoasmen: nonverbale akustische Halluzinationen (z. B. Knallen, Pfeifen)
- Phoneme: Stimmen (dialogisierend? kommentierend? auffordernd?).

Illusionen zählen ebenfalls zu den Sinnestäuschungen. Im Gegensatz zu den Halluzinationen ist hier eine reale Reizquelle (akustisch, optisch etc.) vorhanden, diese wird aber verkannt.

Kognition und neuropsychologische Fähigkeiten

Jeder Psychiater sollte einige Fragen kennen, welche ihm helfen, auch bei der Erstbeurteilung von Patienten (beispielsweise im Aufnahmegespräch oder im Konsildienst) eine grobe Einschätzung der neuropsychologischen Fähigkeiten des Patienten zu erlangen. Beispiele für derartige Fragen sind in Tab. 1.6 übersichtlich dargestellt.

Tab. 1.6 Testung von Orientierung, Merkfähigkeit, Konzentration, Aufmerksamkeit und Abstraktionsfähigkeit

Neuropsychologische Fähigkeit	Assoziierte psychische Störungen	Mögliche Fragen	Dokumentation (NB: Normalbefund, AB: auffälliger Befund)
Orientierung	z. B. Demenz und Delir	<i>Ort:</i> Wo sind wir hier genau? In welcher Einrichtung? In welcher Stadt? <i>Zeit:</i> Welches Jahr schreiben wir? In welchem Monat befinden wir uns? Was ist der heutige Wochentag? Welches Datum haben wir heute? <i>Person:</i> Wie heißen Sie? Wann sind Sie geboren? <i>Situation:</i> Warum sind Sie heute hier?	• NB: voll orientiert • AB: konkrete Abweichung benennen (z.B: München statt Berlin)
Merkfähigkeit, unmittelbare Wiedergabe	z. B. Demenz oder Korsakow-Syndrom	„Ich möchte Sie bitten, sich jetzt drei Dinge zu merken: Aschenbecher, Oslo und die Zahl 53. Bitte wiederholen Sie jetzt diese drei Dinge.“ Der Patient sollte mehrere Chancen bekommen, sich alle drei Wörter einzuprägen. Für die Bewertung der unmittelbaren Wiedergabe wird jedoch nur die Anzahl der beim ersten Lerndurchlauf richtig wiedergegebenen Worte gewertet	Unmittelbare Wiedergabe wird meist nicht dokumentiert, ist jedoch notwendig für die spätere Beurteilung der verzögerten Wiedergabe

(Fortsetzung)

Tab. 1.6 (Fortsetzung)

Neuropsychologische Fähigkeit	Assoziierte psychische Störungen	Mögliche Fragen	Dokumentation (NB: Normalbefund, AB: auffälliger Befund)
Konzentration, d. h. die Fähigkeit, Aufmerksamkeit ausdauernd einer Tätigkeit oder Aufgabe zuzuwenden	z. B. Demenz und Delir	Serielle Subtraktion: „Wir machen jetzt eine Rechenaufgabe. Ich bitte Sie, von 100 die Zahl 7 abzuziehen. Bitte sagen Sie mir das Ergebnis laut.“ Wenn der Patient das Ergebnis genannt hat, bitten Sie ihn wieder, die Zahl 7 von dem Ergebnis abzuziehen. Halten Sie nach fünf Subtraktionen an und zählen Sie die Anzahl der richtigen Antworten. Alternative: Lassen Sie sich das Wort „RADIO“ rückwärts buchstabieren oder die Wochentage rückwärts aufzählen.	• NB: serielle Subtraktion unauffällig • AB: Angabe der Anzahl der Fehler
Merkfähigkeit, verzögerte Wiedergabe	z. B. Demenz oder Korsakow-Syndrom	„Bitte nennen Sie jetzt die drei Wörter, die Sie sich vorhin merken sollten.“	Angabe der Anzahl der gemerkten Worte (z. B. 3/3 oder 1/3)

(Fortsetzung)

Tab. 1.6 (Fortsetzung)

Neuropsychologische Fähigkeit	Assoziierte psychische Störungen	Mögliche Fragen	Dokumentation (NB: Normalbefund, AB: auffälliger Befund)
Aufmerksamkeit, d. h. Fähigkeit, Reize schnell und korrekt wahrzunehmen	z. B. Delir	Eine Aufmerksamkeitsstörung kann man testen, in dem man den Patienten bittet, die Hand des Untersuchers zu drücken, wenn er beim Buchstabieren des Wortes ANANASBAUM ein A hört. Als Fehler wird dabei gewertet, wenn der Patient bei einem A die Hand nicht drückt oder bei einem anderen Buchstaben als A die Hand drückt. Als auffällig gilt, wenn der Patient drei Fehler oder mehr macht	• NB: Aufmerksamkeit unauffällig • AB: Angabe der Anzahl der Fehler
Abstraktionsfähigkeit	z. B. Schizophrenie	Sprichwörter erklären lassen („Was meint man mit dem Sprichwort: Wer anderen eine Grube gräbt, fällt selbst hinein?“) „Was ist der Unterschied zwischen einer Lüge und einem Irrtum?“ (Diese Frage hat zum Ziel festzustellen, ob der Patient erkennt, dass die Lüge eine absichtliche Falschaussage, der Irrtum aber eine Falschaussage ohne entsprechenden Vorsatz ist)	• NB: gute/erhaltene Abstraktionsfähigkeit • AB: Beschreibung des Teilerfolgs (z. B. „konkretistisch“)

Eigen- und Fremdgefährdung

Hier werden neben den Suizidgedanken auch Anhaltspunkte dokumentiert für Fremdgefährdung (z. B. Gedanken, einem anderen Menschen etwas anzutun) und Aspekte der Eigengefährdung (z. B. keine Nahrungsaufnahme). In Bezug auf die Suizidgedanken sollte dokumentiert werden, ob diese bestehen und ob der Patient *absprachefähig* ist. Von einem absprachefähigen Patienten spricht man, wenn der Patient beispielsweise bei bestehenden Suizidgedanken glaubhaft versichert, diese nicht umzusetzen.

In diesem Zusammenhang ist es wichtig, die folgenden Begriffe zu kennen. Die Einordnung in diese Kategorien orientiert sich in erster Linie an den Aussagen des Patienten:

- Selbstverletzung: selbstverletzende Handlungen ohne (primäre) Tötungsabsicht
- Lebensüberdruß: das Gefühl, dass das Leben sich nicht zu leben lohnt
- Passiver Todeswunsch: Wunsch, nicht mehr zu leben, ohne Selbsttötungsabsicht
- Suizidversuch: absichtliche Selbstschädigung mit dem Ziel des tödlichen Ausgangs

Eine detaillierte Beschreibung des Vorgehens zur Beurteilung der Suizidalität findet sich in Kap. 19.

Einsichts- und Urteilsfähigkeit

Im Rahmen schwerer psychischer Erkrankungen kann die Einsicht, an einer psychischen Erkrankung zu leiden, eingeschränkt oder ganz aufgehoben sein (z. B. „Ich leide nicht an einer Depression. Das, was ich erlebe, ist eine verdiente Strafe für meine Sünden.“). Das kann sich auch auswirken auf die Urteilsfähigkeit (z. B. manischer Patient glaubt, er könne fliegen, und springt deshalb aus dem Fenster). Die Einsichts- und Urteilsfähigkeit ist auch wichtig für die Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit (s. Abschn. 22.1).