



Von Karl Jaspers zur modernen Psychopathologie

Hans-Henning Flechtner

DGKJP Fortbildung am 11. Dezember 2024



Was ist Kinder- und Jugendpsychiatrie?



von

Diagnosen – Psychopathologien - Krankheitskonzepten



Version	Arbeitsbeginn	Englisch (USA)	Deutsch
DSM-I		1952	-
DSM-II		1968	-
DSM-III	1974	1980	1984
DSM-III-R (<i>Revision</i>)		1987	1989
DSM-IV		1994	1996
DSM-IV-TR (<i>TextRevision</i>)		2000	2003
DSM-V	1999	2013	

Version	
ICD-1	1900
ICD-5	1938
ICD-6	1948
ICD-7	1955
ICD-8	1965
ICD-9	1975
ICD-10	1989



KJPP	Psychosomatik	Psychiatrie
Hyperaktivität	Eßstörungen	Schizophrenie
Autismus	Ängste	Depression
Sozialverhaltens- Störungen	Zwänge	Sucht
Familie	Somatisierung	Persönlichkeits- Störungen
Traumata	etc.	Organische Psychosyndrome
Schule		etc.
Entwicklung		



Psychopathologien

1. Psychosen: Klassische Individualpsychopathologie

2. Neurosen: Psychoanalyse (Abwehr, Unbewußtes etc.)

3. KJPP: Erweiterte Psychopathologie (Kontext etc.)



1. Kategoriale medizinische Diagnosen:

z.B.: Herzinfarkt, Frakturen etc.

Individuum

kontextunabhängig

zeitlich festlegbare Dauer



2. Dimensionale KJPP Diagnosen:

z.B.: Hyperaktivität, Depressivität etc.

Kontextabhängig

zeitlich instabil und fluktuierend

nicht notwendig „ad personam“



Krankheitskonzepte

Dimensionale Diagnose (nicht kategorial)

0-----X-----100

Symptom A

0-----X-----100

Symptom B

0---X-----100

Symptom C



Krankheitskonzepte

Dimensionale Diagnose (nicht kategorial)

0-----X-----100

Symptom A

[Krankheitswert]

0-----X-----100

Symptom B

[Krankheitswert]

0---X-----100

Symptom C

[Krankheitswert]

Krankheitskonzepte

Dimensionale Diagnose (nicht kategorial)

0-----X-----100

Symptom A

[Krankheitswert]

0-----X-----100

Symptom B

[Krankheitswert]

0---X-----100

Symptom C

[Krankheitswert]



Krankheitskonzepte

Hohe Kontextabhängigkeit

0-----X-----100

Kontext A

0-----X-----100

Kontext B

0---X-----100

Kontext C



Krankheitskonzepte

Interventionsbedürftigkeit (kontextabhängig)

0-----X-----100

Kontext A

0-----X-----100

Kontext B

0---X-----100

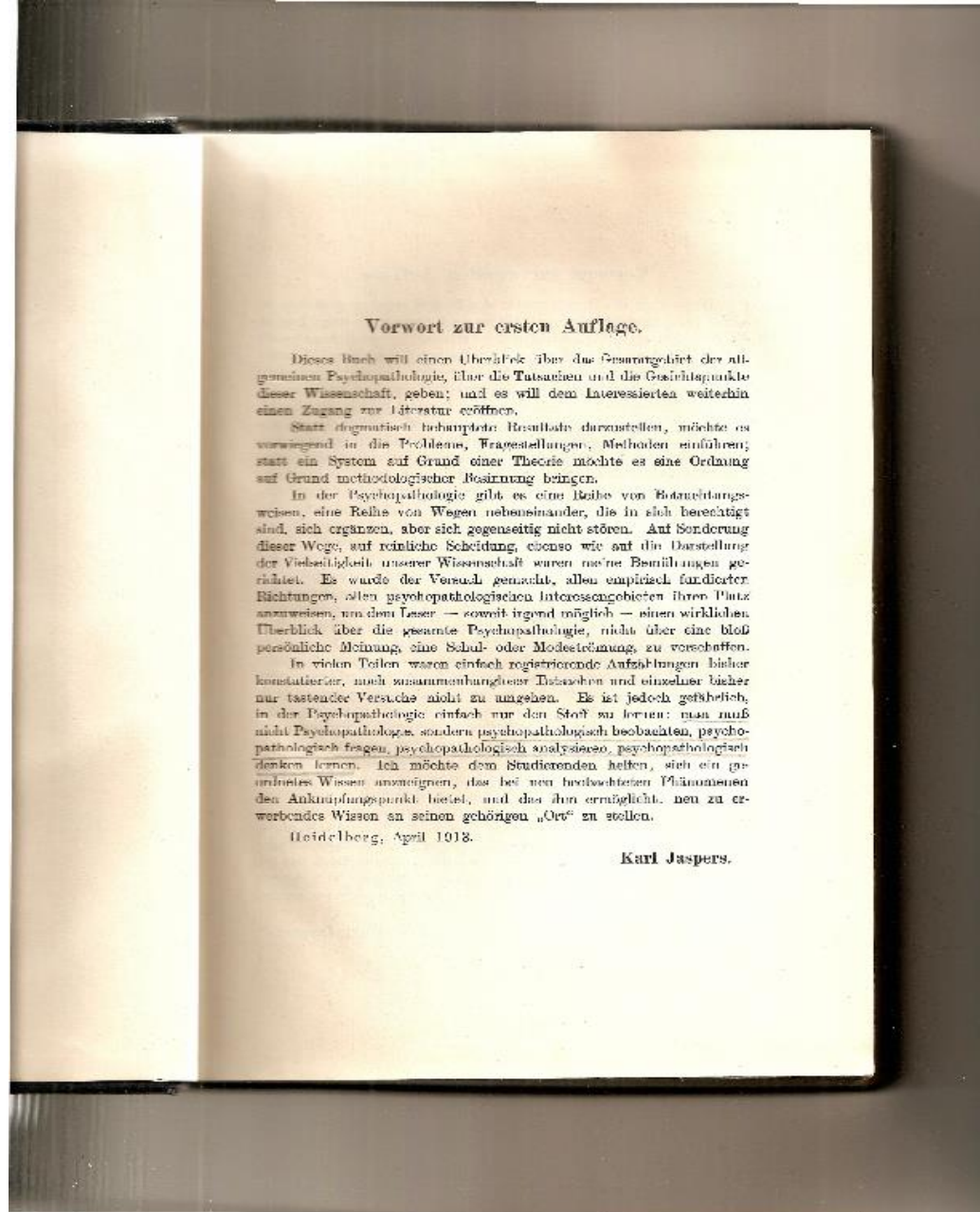
Kontext C



Psychopathologie



Karl Jaspers: „Allgemeine Psychopathologie“ von 1913





Karl Jaspers: „Allgemeine Psychopathologie“

Vorwort zur 1. Aufl. von 1913



Vorwort zur ersten Auflage.

Dieses Buch will einen Überblick über das Gesamtgebiet der allgemeinen Psychopathologie, über die Tatsachen und die Gesichtspunkte dieser Wissenschaft, geben; und es will dem Interessierten weiterhin einen Zugang zur Literatur eröffnen.

Statt dogmatisch behauptete Resultate darzustellen, möchte es vorwiegend in die Probleme, Fragestellungen, Methoden einführen; statt ein System auf Grund einer Theorie möchte es eine Ordnung auf Grund methodologischer Besinnung bringen.

In der Psychopathologie gibt es eine Reihe von Betrachtungsweisen, eine Reihe von Wegen nebeneinander, die in sich berechtigt sind, sich ergänzen, aber sich gegenseitig nicht stören. Auf Sondierung dieser Wege, auf reinliche Scheidung, ebenso wie auf die Darstellung der Vielseitigkeit unserer Wissenschaft waren meine Bemühungen gerichtet. Es wurde der Versuch gemacht, allen empirisch fundierten Richtungen, allen psychopathologischen Interessengebieten ihren Platz anzuweisen, um dem Leser — soweit irgend möglich — einen wirklichen Überblick über die gesamte Psychopathologie, nicht über eine bloß persönliche Meinung, eine Schul- oder Modeströmung, zu verschaffen.

In vielen Teilen waren einfach registrierende Aufzählungen bisher konstaterter, noch zusammenhangloser Tatsachen und einzelner bisher nur tastender Versuche nicht zu umgehen. Es ist jedoch gefährlich, in der Psychopathologie einfach nur den Stoff zu lernen: man muß nicht Psychopathologie, sondern psychopathologisch beobachten, psychopathologisch fragen, psychopathologisch analysieren, psychopathologisch denken lernen. Ich möchte dem Studierenden helfen, sich ein geordnetes Wissen anzueignen, das bei neu beobachteten Phänomenen den Anknüpfungspunkt bietet, und das ihm ermöglicht, neu zu erwerbendes Wissen an seinen gehörigen „Ort“ zu stellen.

Heidelberg, April 1913.

Karl Jaspers.



Psychopathologie – Vorwort 1. Aufl. 2013

In vielen Teilen waren einfach registrierende Aufzählungen bisher konstatiertes, noch zusammenhangloser Tatsachen und einzelner bisher nur tastender Versuche nicht zu umgehen. Es ist jedoch gefährlich, in der Psychopathologie einfach nur den Stoff zu lernen: man muß nicht Psychopathologie, sondern psychopathologisch beobachten, psychopathologisch fragen, psychopathologisch analysieren, psychopathologisch denken lernen. Ich möchte dem Studierenden helfen, sich ein geordnetes Wissen anzueignen, das bei neu beobachteten Phänomenen den Anknüpfungspunkt bietet, und das ihm ermöglicht, neu zu erwerbendes Wissen an seinen gehörigen „Ort“ zu stellen.



Psychopathologie – Vorwort 2. Aufl. 2019

Von medizinischer Seite ist wohl die Meinung geäußert worden, dieses Buch sei doch für Studierende zu schwer, weil auch die letzten und schwersten Probleme darin behandelt würden. Demgegenüber halte ich an der Überzeugung fest, daß man eine Wissenschaft entweder ganz, d. h. auch in ihren zentralen Problemen, oder gar nicht begreifen kann. Ich halte es für verderblich, sich dem tiefen Niveau anzupassen. Man soll sich an die trefflichen Studenten halten, die der Sache selbst wegen studieren, auch wenn sie die Minorität sind. Der Lehrer soll die Studierenden zwingen, zum Niveau der Wissenschaftlichkeit hinaanzusteigen. Dies wird aber ganz verhindert durch Kompendien, die dem Studenten »für die Praxis« ein bruchstückhaftes äußeres Scheinwissen vermitteln, das manchmal auch für die Praxis fast gefährlicher ist als gänzliche Unkenntnis. Man soll nicht bloß eine Fassade der Wissenschaft zeigen. Bei dem Niedergang der Bildung und geistigen Arbeit in unseren Tagen ist es Pflicht, keine Kompromisse zu schließen. Dieses Buch hat tatsächlich den Weg zu Studierenden gefunden; ich fühle mich berechtigt, es auch weiterhin in den Händen von Studierenden zu wünschen.



Psychopathologie – Vorwort 3. Aufl. 2022

Im übrigen ist der methodologische Charakter des Buches maßgebend geblieben. Man muß in der Flut psychopathologischen Geredes lernen, zu wissen, was man weiß und was man nicht weiß, zu wissen, wie und in welchem Sinne und in welchen Grenzen man etwas weiß, mit welchen Mitteln dieses Wissen erworben und begründet wird. Denn das Wissen ist nicht eine glatte Fläche gleichmäßiger und gleichwertiger Richtigkeiten, sondern eine gegliederte Ordnung ganz verschiedener Arten der Geltung, der Wichtigkeit und Wesentlichkeit.



Konzept

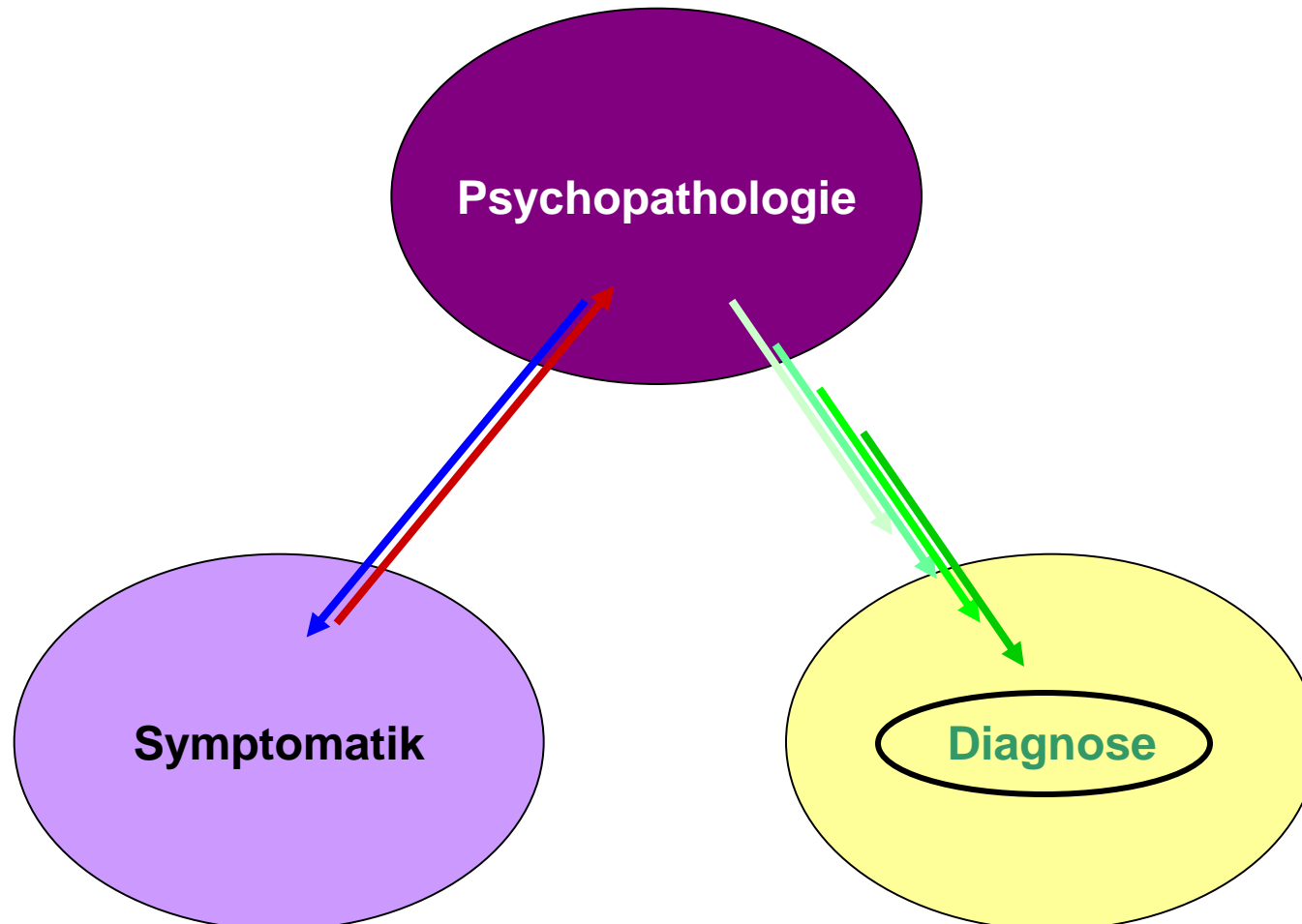
Verstehende Beurteilung und Bewertung psychischer Phänomene (*pathologisch versus normal*).

Einordnung und Interpretation der Befunde im Rahmen einer psychiatrischen *Nosologie*.

Nähe zur philosophischen Phänomenologie und Existenzphilosophie.

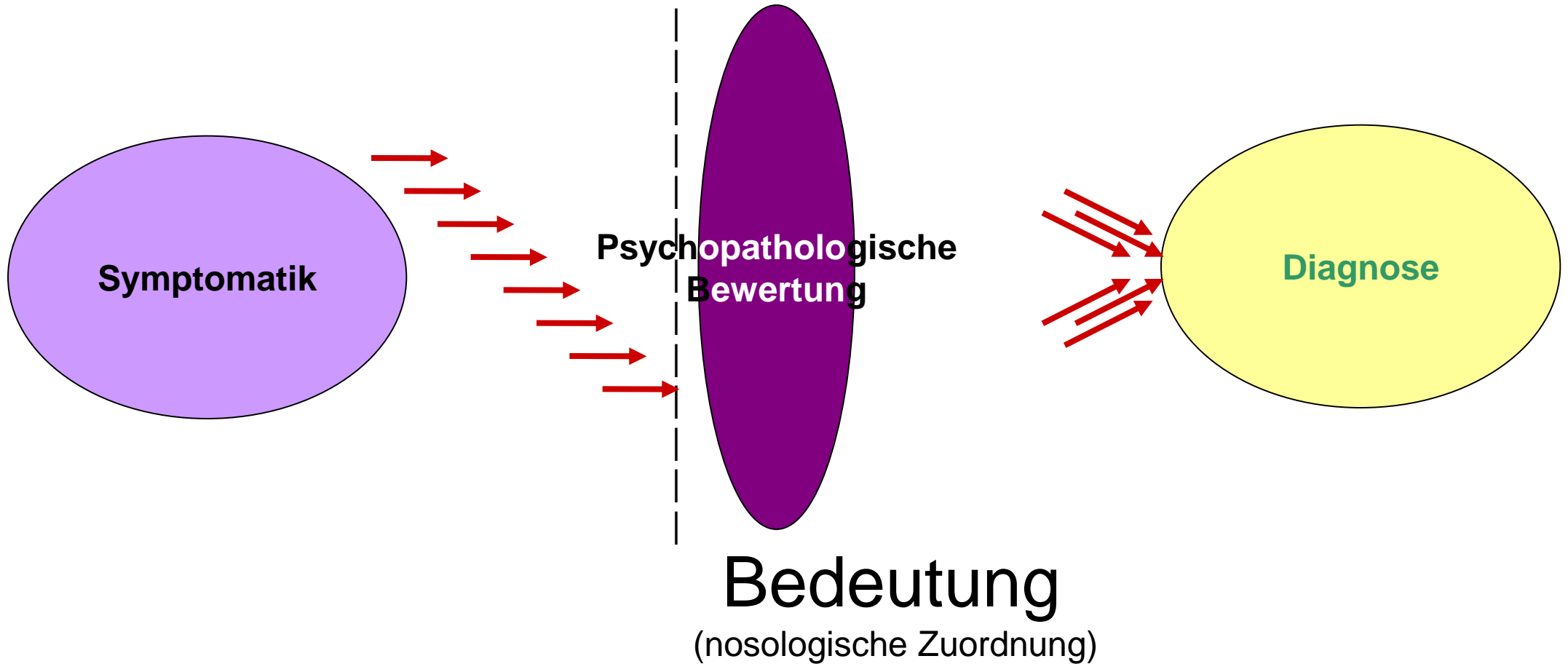


Psychopathologie





Psychopathologie





Karl Jaspers: Allgemeine Psychopathologie.

Habilitationsschrift für das Fach Psychologie

Ein Leitfaden für Studierende, Ärzte und Psychologen.

Berlin. Verlag von J. Springer 1913 Erstdruck

Karl Jaspers (1883 – 1969):

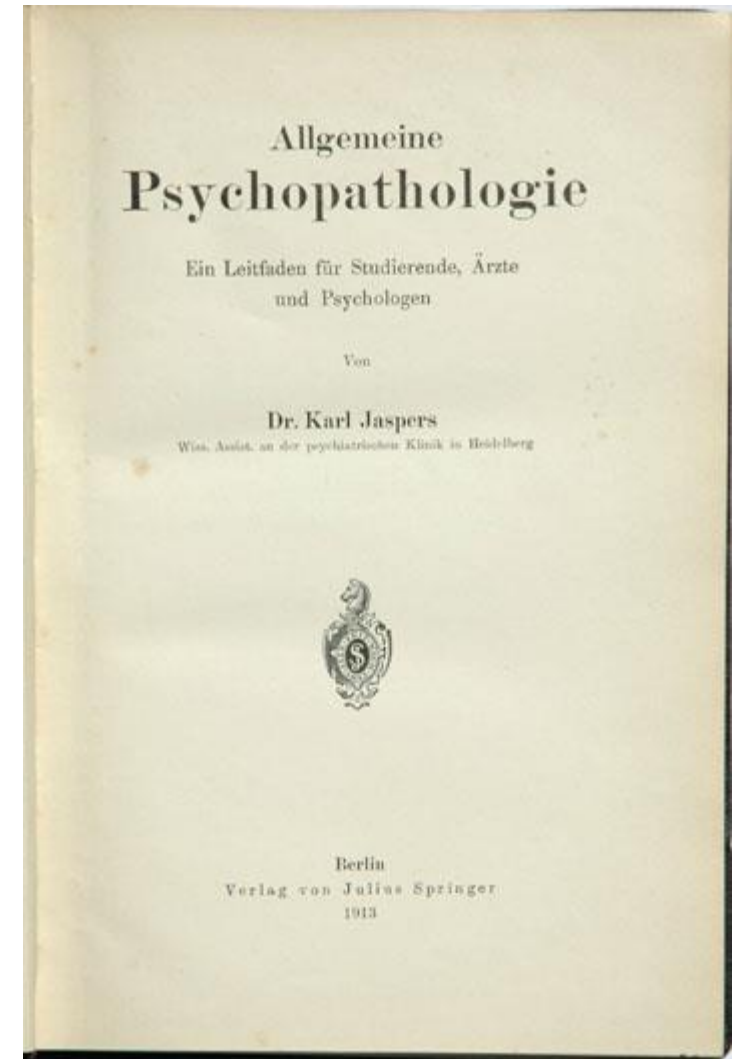
Mediziner/Psychologe, Psychopathologe und Philosoph.

Das Werk gilt als Beginn der (systematischen)

allgemeinen Psychopathologie. In der 4. Auflage 1946

noch einmal überarbeitet und um 300 Seiten vermehrt,

wird es seither unverändert weiter verlegt.



Albrecht Dürer:
„Melancholia I“
von 1514





„Depressivität“ - Bezeichnungen

depressive Episode

depressive Symptomatik

depressiver Zustand

depressive Verstimmung

depressive Entwicklung

depressive Neurosen

depressive Störung

Depression

neurotische Depression

reaktive neurotische

Depression

depressive Krise

depressive Dekompensation

larvierte Depression

depressiver Grundkonflikt

depressive Strukturanteile

depressive Grundstruktur

depressive Grundproblematik

Persönlichkeit mit depressiven Zügen

Dysthymie

Schwermut



Friedrich Kirchner - Wörterbuch der philosophischen Grundbegriffe (1907)

Schwermut heißt diejenige Grundstimmung des Gemütes, in der sich der Mensch durch alles, was er erlebt, gehemmt und niedergedrückt fühlt, und in der alle seine Empfindungen, Gefühle und Stimmungen schmerzlich und trübe ausklingen. Das menschliche Gemüt kann durch den Druck einer starren Vergangenheit oder einer aufregenden Gegenwart beschwert werden. Während der Leichtmütige dabei frisch und frei bleibt, blickt der Schwermütige düster ins Leben; alle Erlebnisse, Erinnerungen und Aussichten werden durch seinen umflorten Blick getrübt. Selbst die Lust wird ihm zur Last. Besonders disponiert dazu das mehr rezeptive, weiche, sinnige Temperament, während das sanguinische und choleriche zum Leichtmut neigt. Aber oft wird auch die Grundstimmung des Menschen durch das Leben geändert: in der Jugend leichtsinnig, wird er durch Enttäuschung, Unglück und Kummer allmählich schwermütig; der Künstler neigt zum Leichtsinn, der Gelehrte zur Schwermut. Leicht verschwebende Schwermut macht interessant und reizt zur Nachahmung, wie das Zeitalter Rousseaus und Werthers beweist. Das Schmerzgefühl hat auch seinen Reiz, was schon *Epikur* und *Ovid* erkannten, und der Bach der Schwermut, sagt *Young*, führt seine Perlen mit sich. Eingewurzelte Schwermut ist schon der Anfang der Geisteskrankheit. Vgl. Melancholie, Temperament.



Depression – Definition

Depressive Episode (F32.0/.3)

Es handelt sich um eine mindestens 2 Wochen andauernde Störung mit gedrückter Stimmung, Verlust von Freude und Interesse und erhöhter Ermüdbarkeit. Die Symptomatik ist vielfältig, z.T. altersabhängig und wenig situations-gebunden. Somatische und/oder psychotische Symptome können zusätzlich vorhanden sein.

Rezidivierende depressive Störungen (F33.0/.3) Es handelt sich um wiederholte depressive Episoden. Die einzelnen Episoden dauern zwischen 3 und 12 Monaten, sie werden häufig durch belastende Lebensereignisse ausgelöst. *Für Kinder und Jugendliche gibt es noch keine einheitlichen Kriterien bzgl. der Definition, der Symptome und des Verlaufs depressiver Störungen.*



Depression bei Kindern und Jugendlichen

Checklistendiagnosen ?..?..?

und/oder

Hermeneutische Nosologie ?..?..?

(also: auslegende Krankheitslehre)



Hubertus Tellenbach:
„Melancholie“
3. Aufl. von 1976

Hubertus Tellenbach

Melancholie

Problemgeschichte Endogenität Typologie
Pathogenese Klinik

Dritte, erweiterte Auflage

Mit einem Geleitwort
von
Prof. Dr. Dr. Frhr. V. E. von Gebattel



Springer-Verlag
Berlin Heidelberg New York 1976



Vorwort zur zweiten Auflage

Hubertus Tellenbach: „Melancholie“ Vorwort zur 2. Aufl. von 1974



Dieses Buch galt und gilt dem Versuch, die menschliche Wirklichkeit, die wir mit dem Wort *Melancholie* umgreifen, in einer ihrem Wesen entsprechenden Konzeption zu erfassen. Eine konzeptionsgerechte Strukturierung dieser Wirklichkeit induziert auch die *Methode* ihrer Erschließung und ermöglicht damit Erfahrungen, die zu wissenschaftlich begründeten und nachprüfaren Ergebnissen führen. Der Leser, der sich der Auffassung der Melancholie als endo-kosmo-gener Psychose zu öffnen bereit ist, mutet sich eine nachgehende philosophische Bemühung zu, deren Notwendigkeit er in der ausführlichen Studie über „Die Begründung psychiatrischer Erfahrung und psychiatrischer Methoden in philosophischen Konzeptionen vom Wesen des Menschen“ (in: Neue Anthropologie. Hrsg. H. G. GADAMER und P. VOGLER. Bd. VI. Stuttgart: Thieme 1975) legitimiert finden wird. Diese Bemühung ist nicht anspruchsvoller als z. B. jene, welche die Forschergruppe um BATESON, HALEY und JACKSON zur Begründung ihrer Schizophrenie-Konzeption in der Kommunikations-Theorie von WHITEHEAD und RUSSEL dem Leser aufzuerlegen bereit ist. Zu Recht! Denn eine Psychiatrie, die sich jenseits der Barbarei der Aktualitäten weiß, kann auf die Explikation ihrer metaphysischen Voraussetzungen nicht verzichten.

Den Rezensenten der ersten Auflage möchte ich, eine jede dieser Bemühungen vergegenwärtigend, herzlich danken. Fordernd und fördernd vor allem R. EBTINGER/Straßburg (*L'évolution psychiatrique*), H. KUNZ/Basel (*Psyche*), J. J. LOPEZ IBOR/Madrid (*Acta Luso-Españolas de Neurologia y Psiquiatria*), W. JANZARIK/Heidelberg (*Fortschr. Neurologie und Psychiatrie*), H. MÜLLER-SUUR/Göttingen (*Nervenarzt*), P. J. REITER/Kopenhagen (*Ugeskrift for Laeger*), J. WYRSCH/Stans (*Psychiatria et Neurologia/Schweiz*). Groß war die Freude über Aller Würdigung des generösen Geleitwortes des Freiherrn v. GEBSATTEL, dieser Chimborazohaften Freundesgabe. Danken möchte ich BIN KIMURA/Nagoya und ALFRED KRAUS/Heidelberg für Melancholie-Gespräche durch Jahre hindurch — danken MARGARETE NOBILING für unausgesetzte Mühen um die Druck-Bereitung des Manuskriptes.



Hubertus Tellenbach: „Melancholie“ Vorwort zur 2. Aufl. von 1974

Dieses Buch galt und gilt dem Versuch, die menschliche Wirklichkeit, die wir mit dem Wort *Melancholie* umgreifen, in einer ihrem Wesen entsprechenden Konzeption zu erfassen. Eine konzeptionsgerechte Strukturierung dieser Wirklichkeit induziert auch die *Methode* ihrer Erschließung und ermöglicht damit Erfahrungen, die zu wissenschaftlich begründeten und nachprüfbaren Ergebnissen führen. Der Leser, der sich der Auffassung der Melancholie als endo-kosmo-gener Psychose zu öffnen bereit ist, mutet sich eine nachgehende philosophische Bemühung zu, deren Notwendigkeit er in der ausführlichen Studie über „Die Begründung psychiatrischer Erfahrung und psychiatrischer Methoden in philosophischen Konzeptionen vom Wesen des Menschen“ (in: Neue Anthropologie. Hrsg. H. G. GADAMER und P. VOGLER. Bd. VI. Stuttgart: Thieme 1975) legitimiert finden wird. Diese Bemühung ist nicht anspruchsvoller als z. B. jene, welche die Forschergruppe um BATESON, HALEY und JACKSON zur Begründung ihrer Schizophrenie-Konzeption in der Kommunikations-Theorie von WHITEHEAD und RUSSEL dem Leser aufzuerlegen bereit ist. Zu Recht! Denn eine Psychiatrie, die sich jenseits der Barbarei der Aktualitäten weiß, kann auf die Explikation ihrer metaphysischen Voraussetzungen nicht verzichten.



Psychopathologie heute



Nancy C. Andreasen:

“DSM and the Death of Phenomenology in America: An Example of Unintended Consequences.”

Schizophrenia Bulletin 33, 1 (2007), 108-112.

(Vortrag auf dem DGPPN Kongress 2007)

**Verlust einer anglo-europäischen Tradition der Psychopathologie im
Gefolge der Entwicklung von**

DSM I -> DSM II -> DSM III -> DSM IV / DSM V

Psychodynamik



Positivistische Empirik



Folge der Entwicklung von

DSM I

-

DSM II

-

DSM III

-

DSM IV (TR)

-

DSM V

1952: 130 Seiten
106 Störungen

1968: 138 Seiten
182 Störungen

1980: 494 Seiten
265 Störungen

1994/2013: 1000 Seiten
> 300 Störungen

- Die Bedeutung einer sorgfältigen Beobachtung des Patienten, um die Mechanismen und den Verlauf einer Krankheit zu verstehen
- Die Würde des einzelnen Menschen, sowie eine Therapie, die die Integration von Geist und Verstand, Seele und Gehirn zum Ziel hat



Psychopathologie

Heute:

AMDP (AG Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie)

CASCAP-D (Clinical Assessment Scale for Child and Adolescent Psychopathology)

Symptom-Checklisten (CBCL, SCL-90 etc.)

Diagnostische Interviews (DIPS, K-SADS etc.)



Psychopathologisches Befund-System für Kinder und Jugendliche (CASCAP-D) - Befundbogen, Glossar und Explorationsleitfaden

M. Döpfner, W. Berner, H. Flechtner, G. Lehmkuhl und H.-C. Steinhausen
Hogrefe, 1999 (2. Auflage 2022)

CASCAP-D ist die deutsche Fassung der »Clinical Assessment Scale for Child and Adolescent Psychopathology (CASCAP)«. Es dient der Erfassung der wichtigsten Merkmale psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Besonderer Wert wurde auf die Einsetzbarkeit in klinischen Routineabläufen sowie auf die Berücksichtigung der Situationsspezifität psychopathologischer Merkmale gelegt. Die klinische Beurteilung einzelner psychopathologischer Merkmale (Symptome) erfolgt auf Grund einer klinischen Exploration des Patienten und der begleitenden Bezugsperson sowie auf Grund von Beobachtungen des Diagnostikers in der Untersuchungssituation. Bei der Entwicklung von CASCAP-D dienten das **AMDP-System** sowie die Diagnosekriterien nach **ICD-10 und DSM-III-R / DSM-IV** als Orientierungsrahmen.





PSYCHOPATHOLOGISCHER BEFUND BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN

VERSION 4.01

PATIENT:	Fall-Nr	ALTER(J)	männl.:	EPISODE
BEHANDLUNG: ambulant stationär				weibl.
Beurteilungsraum (außerhalb der Untersuchung: Standard: 6 Monate)				

Kodierung: 3 = stark ausgeprägt 2 = deutlich ausgeprägt 1 = leicht ausgeprägt	0 = unauffällig 9 = nicht beurteilbar	in der Untersuchung zu		außerhalb der Untersuchung
		Untersucher	Begleitperson	
1 STÖRUNGEN DER INTERAKTION		0 9	0 9	0 9
1.01 Unkooperativ	F	3 2 1 0 9		
1.02 Überangepaßt	sF	3 2 1 0 9	3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
1.03 Scheu/unsichers	sF	3 2 1 0 9	3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
1.04 Kaspernd/albern	F	3 2 1 0 9	3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
1.05 Sozial zurückgezogen	SF	3 2 1 0 9	3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
1.06 Mißtrauisch	SF	3 2 1 0 9	3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
1.07 Demonstrativ	F	3 2 1 0 9	3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
1.08 Distanzgemindert	F	3 2 1 0 9	3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
1.09 Empathiestörung	F	3 2 1 0 9	3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
1.10 Autistische Störung der Interaktion	F	3 2 1 0 9	3 2 1 0 9	3 2 1 0 9

2 STÖRUNGEN DES SOZIALVERHALTENS		in der Untersuchung		außerhalb der Untersuchung
		0 9	0 9	
2.01 Dominant	sF	3 2 1 0 9		3 2 1 0 9
2.02 Oppositionell-verweigernd	sF	3 2 1 0 9		3 2 1 0 9
2.03 Aggressiv	sF	3 2 1 0 9		3 2 1 0 9
2.04 Lügen/Betrügen	sF	3 2 1 0 9		3 2 1 0 9
2.05 Stehlen	sF			3 2 1 0 9
2.06 Weglaufen/Schuleschwänzen	sF			3 2 1 0 9
2.07 Andere Regelübertretungen	sF			3 2 1 0 9
3 STÖRUNGEN VON ANTRIEB, AUFMERKSAMKEIT, IMPULSKONTROLLE		0 9	0 9	0 9
3.01 Antriebsarmut/Verlangsamung	sF	3 2 1 0 9		3 2 1 0 9
3.02 Antriebssteigerung / motorische Unruhe	sF	3 2 1 0 9		3 2 1 0 9
3.03 Impulsivität	sF	3 2 1 0 9		3 2 1 0 9
3.04 Aufmerksamkeitsstörungen	sF	3 2 1 0 9		3 2 1 0 9
4 STÖRUNGEN DER PSYCHOMOTORIK		0 9	0 9	0 9
4.01 Motorische Tics	sF	3 2 1 0 9		3 2 1 0 9
4.02 Vokale Tics	sF	3 2 1 0 9		3 2 1 0 9
4.03 Stereotypien	sF	3 2 1 0 9		3 2 1 0 9
4.04 Maniert / bizarr	F	3 2 1 0 9		3 2 1 0 9
4.05 Andere Störungen der Psychomotorik		3 2 1 0 9		3 2 1 0 9

PSYCHOPATHOLOGISCHER BEFUND 2		in der Untersuchung	außerhalb der Untersuchung
3 = stark ausgeprägt	0 = unauffällig		
2 = deutlich ausgeprägt	9 = nicht beurteilbar		
1 = leicht ausgeprägt			

5 STÖRUNGEN DES SPRECHENS UND DER SPRACHE		0 9	0 9
5.01 Artikulationsstörung	F	3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
5.02 Expressive Sprachstörung	F	3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
5.03 Rezeptive Sprachstörung	F	3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
5.04 Störungen der Redeflüssigkeit (Stottern/Poltern)	sF	3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
5.05 Mutismus	sF	3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
5.06 Logorrhoe	sF	3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
5.07 Andere qualitative Störungen der Kommunikation	F	3 2 1 0 9	3 2 1 0 9

6 ANGSTSTÖRUNGEN		0 9	0 9
6.01 Soziale Angst	SF	3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
6.02 Trennungsangst	SF	3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
6.03 Leistungsangst	SF	3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
6.04 Agoraphobie	SF	3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
6.05 Andere spezifische Phobien	SF	3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
6.06 Panikattacke	Sf	3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
6.07 Generalisierte Angst	Sf	3 2 1 0 9	3 2 1 0 9

7 STÖRUNGEN VON STIMMUNG UND AFFEKT		0 9	0 9
7.01 Klagsam	F	3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
7.02 Gereizt / dysphorisch	sF	3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
7.03 Depressiv / traurig verstimmt	SF	3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
7.04 Insuffizienzgefühle / mangelndes Selbstvertrauen	SF	3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
7.05 Schuldgefühle / Selbstvorwürfe	SF	3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
7.06 Affektarm	SF	3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
7.07 Affektlabil	sF	3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
7.08 Abivalent	sF	3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
7.09 Inadäquat	F	3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
7.10 Innere Unruhe	S	3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
7.11 Gesteigertes Selbstwertgefühl	sF	3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
7.12 Euphorisch	sF	3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
7.13 Andere Störungen von Stimmung / Affekt		3 2 1 0 9	3 2 1 0 9

8 ZWANGSSTÖRUNGEN		0 9	0 9
8.01 Zwangsdanken	S	3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
8.02 Zwangsimpulse	S	3 2 1 0 9	3 2 1 0 9
8.03 Zwangshandlungen	SF	3 2 1 0 9	3 2 1 0 9

9 EßSTÖRUNGEN		0 9	0 9
9.01 Erhöhte Nahrungsaufnahme	SF		3 2 1 0 9
9.02 Heißhunger- und Eßattacken	SF		3 2 1 0 9
9.03 Verminderte Nahrungsaufnahme	SF		3 2 1 0 9
9.04 Selbstinduziertes Erbrechen	SF		3 2 1 0 9
9.05 Andere unangemessene Maßnahmen zur Gewichtsreduktion	SF		3 2 1 0 9
9.06 Körperschemastörung	sF		3 2 1 0 9
9.07 Rumination	SF		3 2 1 0 9
9.08 Pica	SF		3 2 1 0 9

Arbeitsgruppe Psychopathologischer Befund: M. Döpfner, G. Lehmkuhl, W. Berner, H. Flechtner, H.C. Steinhausen, M. von Acker. Köln und Zürich 1991, Urheberrechtlich geschützt. Nachdruck verboten.

Bezug: Geschäftsstelle KJFD c/o Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Universität zu Köln, Robert-Koch-Str. 10, 50931 Köln



PSYCHOPATHOLOGISCHER BEFUND 3			PSYCHOPATHOLOGISCHER BEFUND 4		
3 = stark ausgeprägt 2 = deutlich ausgeprägt 1 = leicht ausgeprägt	0 = unauffällig 9 = nicht beurteilbar	in der Untersuchung	außerhalb der Untersuchung		
				in der Untersuchung	außerhalb der Untersuchung

10 FUNKTIONELLE UND SOMATOFORME STÖRUNGEN		0	9	0	9
10.01 Einnässen _____ SF				3 2 1 0	9
10.02 Einkoten _____ SF				3 2 1 0	9
10.03 Schlafstörungen _____ SF				3 2 1 0	9
10.04 Dissoziative Störungen _____ SF		3 2 1 0	9	3 2 1 0	9
10.05 Autonome Funktionsstörung _____ SF		3 2 1 0	9	3 2 1 0	9
10.06 Schmerzzustände, beschreibe: _____ SF		3 2 1 0	9	3 2 1 0	9
10.07 Hypochondrie _____ SF		3 2 1 0	9	3 2 1 0	9
10.08 Andere körperliche Symptome _____		3 2 1 0	9	3 2 1 0	9

15 SINNESTÄUSCHUNGEN		0	9	0	9
15.01 Illusionäre Verkennungen _____ S		3 2 1 0	9	3 2 1 0	9
15.02 Akustische Halluzinationen _____ S		3 2 1 0	9	3 2 1 0	9
15.03 Optische Halluzinationen _____ S		3 2 1 0	9	3 2 1 0	9
15.04 Körperhalluzinationen _____ S		3 2 1 0	9	3 2 1 0	9
15.05 Geruchs-/Geschmackshalluzinationen _____ S		3 2 1 0	9	3 2 1 0	9

11 MERKFÄHIGKEITS-, ORIENTIERUNGS-, UND BEWÜTSEINSTÖRUNGEN		0	9	0	9
11.01 Merkfähigkeitsstörungen _____ sF		3 2 1 0	9	3 2 1 0	9
11.02 Orientierungsstörungen _____ sF		3 2 1 0	9	3 2 1 0	9
11.03 Störungen der Wachheit _____ sF		3 2 1 0	9	3 2 1 0	9
11.04 Qualitative Bewußtseinsstörung _____ sF		3 2 1 0	9	3 2 1 0	9

16 ANDERE STÖRUNGEN		0	9	0	9
16.01 Selbstschädigung _____ SF		3 2 1 0	9	3 2 1 0	9
16.02 Suizidalität _____ SF		3 2 1 0	9	3 2 1 0	9
16.03 Sexuelle Auffälligkeiten _____ SF		3 2 1 0	9	3 2 1 0	9
16.04 Abnorme Bindung an Objekte/abnorme Interessen _____ SF		3 2 1 0	9	3 2 1 0	9
16.05 Alkohol- / Drogenmißbrauch _____ SF		3 2 1 0	9	3 2 1 0	9
16.06 Sonstige nicht näher bezeichnete Störungen: _____		3 2 1 0	9	3 2 1 0	9

12 FORMALE DENKSTÖRUNGEN		0	9	0	9
12.01 Gehemmt / verlangsamt _____ SF		3 2 1 0	9	3 2 1 0	9
12.02 Umständlich / weitschweifig _____ F		3 2 1 0	9	3 2 1 0	9
12.03 Eingeengt _____ F		3 2 1 0	9	3 2 1 0	9
12.04 Perseverieren _____ F		3 2 1 0	9	3 2 1 0	9
12.05 Grübeln _____ Sf		3 2 1 0	9	3 2 1 0	9
12.06 Gedankendrängen _____ S		3 2 1 0	9	3 2 1 0	9
12.07 Ideenflucht _____ F		3 2 1 0	9	3 2 1 0	9
12.08 Vorbeireden _____ F		3 2 1 0	9	3 2 1 0	9
12.09 Gesperrt/Gedankenabreißen _____ SF		3 2 1 0	9	3 2 1 0	9
12.10 Inkohärent / zerfahren _____ F		3 2 1 0	9	3 2 1 0	9
12.11 Neologismen _____ F		3 2 1 0	9	3 2 1 0	9
12.12 Andere formale Denkstörungen _____		3 2 1 0	9	3 2 1 0	9

17 ASPEKTE DER BEHANDLUNGSMOTIVATION			
3 = stark ausgeprägt 2 = deutlich ausgeprägt 1 = gering ausgeprägt	0 = nicht vorhanden 9 = nicht beurteilbar	Untersucher	Patient
		0	9
		0	9
		0	9
17.1 Ausmaß der Problematik nach Einschätzung von _____		3 2 1 0	9
17.2 Behandlungsmotivation von _____		3 2 1 0	9

13 INHALTLICHE DENKSTÖRUNGEN		0	9	0	9
13.01 Magisches Denken _____ F		3 2 1 0	9	3 2 1 0	9
13.02 Nicht systematisierte Wahnsymptome: Wahnstimmung, Wahnwahrnehmung, Wahngedanken _____ sF		3 2 1 0	9	3 2 1 0	9
13.03 Systematisierter Wahn _____ sF		3 2 1 0	9	3 2 1 0	9
13.04 Beziehungsideen/ -wahn _____ sF		3 2 1 0	9	3 2 1 0	9
13.05 Beeinträchtigungsideen/Verfolgungswahn _____ sF		3 2 1 0	9	3 2 1 0	9
13.06 Schulideen/ -wahn _____ sF		3 2 1 0	9	3 2 1 0	9
13.07 Größenideen/ -wahn _____ sF		3 2 1 0	9	3 2 1 0	9
13.08 Andere Inhalte: _____		3 2 1 0	9	3 2 1 0	9

18 Aufnahmediagnose, (unauffällig = 00.00)					
19 Zusatzdiagnose					
20 Zusatzdiagnose					

14 ICH-STÖRUNGEN		0	9	0	9
14.01 Derealisation _____ S		3 2 1 0	9	3 2 1 0	9
14.02 Depersonalisation _____ S		3 2 1 0	9	3 2 1 0	9
14.03 Gedankenentzug _____ S		3 2 1 0	9	3 2 1 0	9
14.04 Gedankenausbreitung _____ S		3 2 1 0	9	3 2 1 0	9
14.05 Gedankeneingebung _____ S		3 2 1 0	9	3 2 1 0	9
14.06 Andere Fremdbeeinflussungserlebnisse _____ S		3 2 1 0	9	3 2 1 0	9

Legende:	
S	die Selbstbeurteilung ist allein heranzuziehen
F	die Fremdbeurteilung (durch Bezugsperson/ Verhaltensbeobachtung) ist allein heranzuziehen
SF	Selbst- und Fremdbeurteilung sind gleichgewichtig
sF	die Selbstbeurteilung ist weniger bedeutsam als die Fremdbeurteilung
Sf	die Selbstbeurteilung ist bedeutsamer als die Fremdbeurteilung



CASCAP-D

Glossar der Begriffe und Bedeutungen

Beispielfragen zur Exploration

Urteilsanker zur Schweregradeinschätzung



Psychopathologien

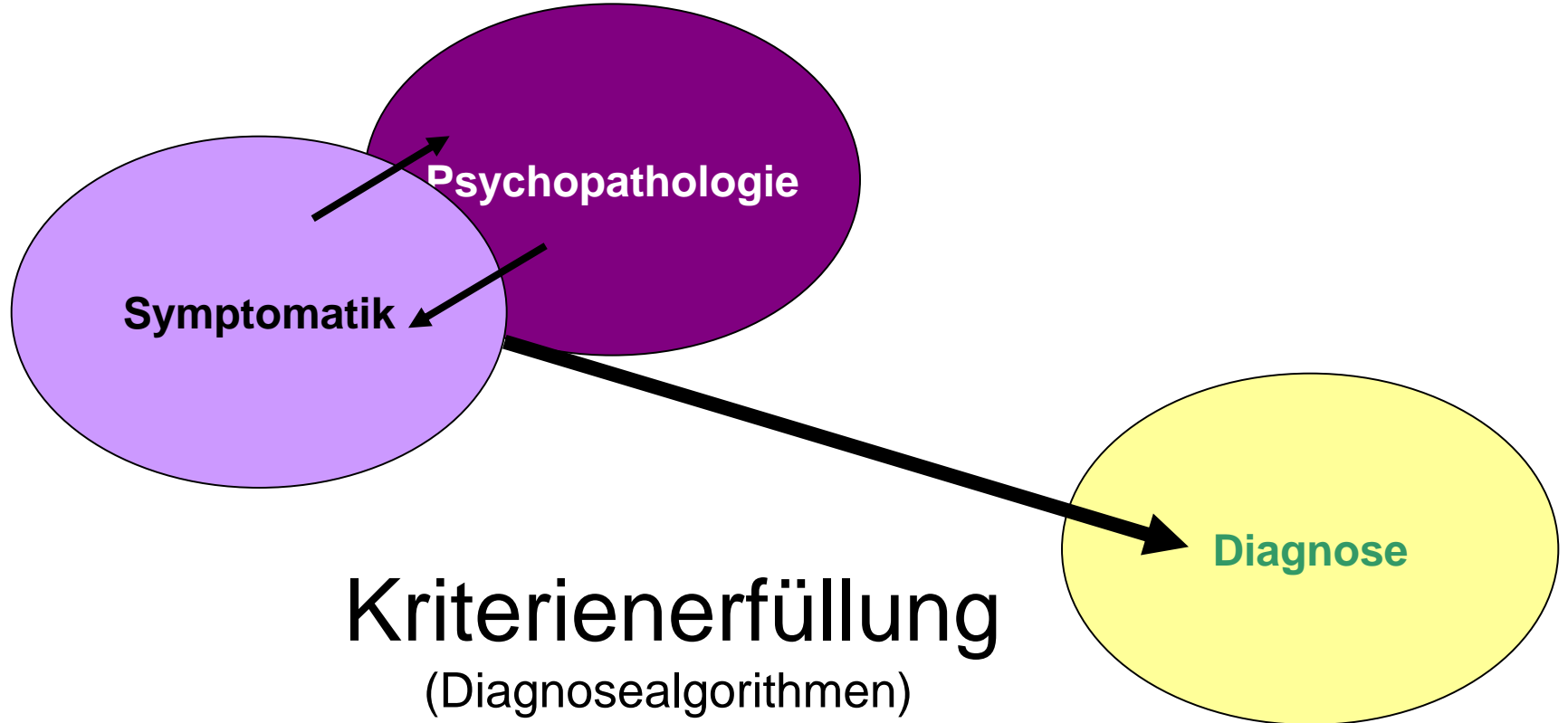
1. Psychosen: Klassische Individualpsychopathologie

~~**2. Neurosen, Psychoanalyse (Abwehr, Unbewußtes etc.)**~~

3. KJPP: Erweiterte Psychopathologie (Kontext etc.)



Psychopathologie





Konzept

Empirische Beurteilung und Bewertung psychischer Symptome (*liegt vor/liegt nicht vor, Ausprägungsgrad*).

Einordnung der Befunde in vorgegebenes diagnostisches Symptombild (*moderne psychiatrische Nosologie*).

Positivistisch-empirisches Wirklichkeitsverständnis
(*Psychopathologie analog organischer Pathologie*)
entsprechend den Diagnosesystemen DSM-IV und ICD-10.

Kernpunkte: Empirisch überprüfbare Reliabilität und Validität



Beispiel

Hyperkinetisches Syndrom (ADS)

(Symptomliste: a,b,d,x.....)

versus

oder als Komorbidität

Bipolare Störung (PBD - Pediatric Bipolar Disorder)

(Symptomliste: a,b,c,y,.....)

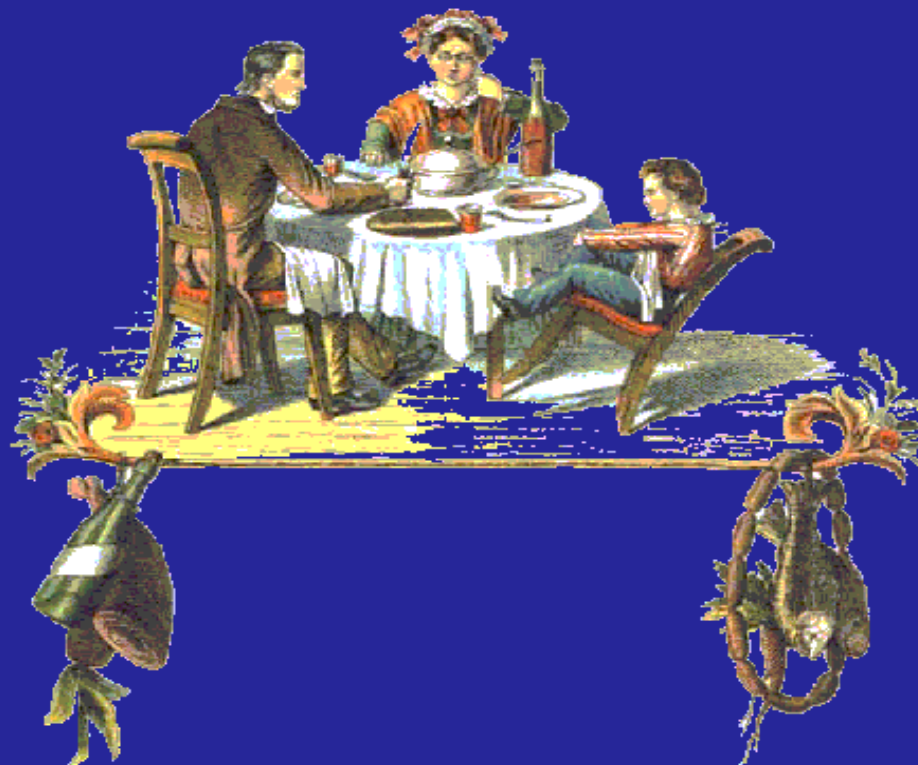


Kleiner Exkurs



Die Geschichte vom Zappel-Philipp I

"Ob der Philipp heute still
Wohl bei Tische sitzen will?"
Also sprach in ernstem Ton
Der Papa zu seinem Sohn,
Und die Mutter blickte stumm
Auf dem ganzen Tisch herum.
Doch der Philipp hörte nicht,
Was zu ihm der Vater spricht.
Er gaukelt
Und schaukelt,
Er trappelt
Und zappelt
Auf dem Stuhle hin und her.
"Philipp, das missfällt mir sehr!"





Die Geschichte vom Zappel-Philipp II

Seht, ihr lieben Kinder, seht,
Wie's dem Philipp weiter geht !
Oben steht es auf dem Bild.
Seht ! Er schaukelt gar zu wild,
Bis der Stuhl nach hinten fällt;
Da ist nichts mehr, was ihn hält;
Nach dem Tischtuch greift er, schreit.
Doch was hilft's? Zu gleicher Zeit
Fallen Teller, Flasch und Brot.
Vater ist in großer Not,
Und die Mutter blicket stumm
Auf dem ganzen Tisch herum.





Die Geschichte vom Zappel-Philipp III

Nun ist der Philipp ganz versteckt,
und der Tisch ist abgedeckt,
Was der Vater essen wollt,
Unten auf der Erde rollt;
Suppe, Brot und alle Bissen,
Alles ist herabgerissen;
Suppenschüssel ist entzwei,
Und die Eltern stehn dabei.
Beide sind gar zornig sehr,
Haben nichts zu essen mehr.





Krankheitskonzepte

MCD (Minimale Cerebrale Dysfunktion)

(bis Ende der 80iger Jahre)

- **neurologisches/verhaltensorientiertes Konzept**

- EEG-Allgemeinveränderungen
- „Neurological Soft Signs“
- Motorische Unruhe - Hyperaktivität
- Verhaltensauffälligkeiten (Regelübertretungen)



Krankheitskonzepte

HKS (Hyperkinetisches Syndrom)

(bis Mitte der 90iger Jahre)

(mit und ohne Störung des Sozialverhaltens)

- verhaltensorientiertes/psychosoziales Konzept

- **Motorische Unruhe - Hyperaktivität**
- **Verhaltensauffälligkeiten (Regelübertretungen)**
- **Impulsivität**
- **Ablenkbarkeit**



Krankheitskonzepte

ADHS (Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom) (bis Ende der 90iger Jahre)

- neuropsychologisches/verhaltensorientiertes Konzept
 - Aufmerksamkeitsstörung
 - Ablenkbarkeit
 - Impulsivität
 - Motorische Unruhe - Hyperaktivität



Krankheitskonzepte

ADS (Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom) (seit Ende der 90iger Jahre)

- neuropsychologisches/neurophysiologisches Konzept

- Aufmerksamkeitsstörung
- Ablenkbarkeit
- Impulskontrollstörung
- Gedächtnis(organisations)störung



Krankheitskonzepte

PBD (Pediatric Bipolar Disorder - Bipolare Störung) (seit Ende der 90iger Jahre)

- neuropsychiatrisches/Komorbiditäts- Konzept

- **Aufmerksamkeitsstörung**
- **Ablenkbarkeit**
- **Impulskontrollstörung**
- **Affekt(regulations)störungen**



Krankheitskonzepte

MCD – HKS – ADHS – ADS – Bipolar.....
(1975 bis heute)

- **verschiedene Konzepte („shift of notion“)**

- **nicht durch Erkenntniszuwachs**
- **wissenschaftspolitischer Fokuswechsel**
- **Interessengesteuerte Forschung**
- **etc.**



Psychopathologie heute

Checklistendiagnosen!

~~?Hermeneutische Nosologie?~~



These

„Psychopathologisches Dilemma“

Bedeutung versus **empirisch-phänomenologischer**
Beschreibung (die Dinge sind was sie sind).



Kernfrage

**Wie kommen wir (wieder) zu einer psychopathologisch verwurzelten
(kinder-) psychiatrischen**

Hermeneutischen Nosologie

ohne Aufgabe von Reliabilität und (vor allen Dingen!) Validität?



**Vielen Dank für
Ihre
Aufmerksamkeit**