

I Basics

1 Allgemeine Einführung

In dieser Einleitung werden wichtige Teilaspekte zur Psychiatrie und psychiatrischen Pflege beschrieben. Sie dienen dazu, die Komplexität pflegerischen Handelns in diesem Fachgebiet zu verdeutlichen und eine Grundlage zu schaffen. Das psychiatrisch-psychosoziale Handlungsfeld kann während der Ausbildung nur punktuell kennengelernt werden, ebenso wie die sehr unterschiedlichen Erscheinungsformen und Ausprägungen psychischer Krisen, Störungen, Erkrankungen und deren Verlaufsformen. Deshalb ist es umso wichtiger, sich darauf einzulassen, neugierig zu sein und dann, wenn Psychiatrische Versorgung als längerfristiges Arbeitsfeld gewählt wird, dieses Wissen durch Fort- und Weiterbildung zu vertiefen und zu ergänzen.

Die Aufgaben professioneller Pflege im Fachgebiet der Psychiatrie sind sehr vielfältig und umfassend, da sie in den gesamten Versorgungsbereich, sowohl stationär und teilstationär als auch ambulant und komplementär/ Umfeld-bezogen, eingebunden sind und sehr unterschiedliche Lebenssituationen sowie individuelle Ausgangspositionen betreffen. Die Disziplin *Psychiatrie* befasst sich mit der Vorsorge, Diagnostik, Therapie, Rehabilitation und Nachsorge von mentalen, emotionalen und verhaltensbezogenen Erkrankungen in ihrer Gesamtheit. Das heißt, dass sich dieses Arbeitsgebiet mit dem Denken, Fühlen und Wollen eines von einer psychischen Krise, Störung und/oder Erkrankung betroffenen Menschen beschäftigt und auseinandersetzt.

Die Begrifflichkeiten sind je nach Betrachtung unterschiedlich eingeführt und gewichtet. Beispielsweise wird als Erkrankung eine Störung der normalen psychischen oder physischen Funktionen bezeichnet, die ein Ausmaß erreicht hat, welches das Wohlbefinden und die Leistungsfähigkeit einer Person objektiv oder subjektiv wahrnehmbar negativ auf verschiedene Art und Weise beeinflusst. Deshalb ist eine individuelle Auseinandersetzung mit den gängigen Begriffen von Zeit zu Zeit für den eigenen Standpunkt sinnvoll bzw. erforderlich.

Die derzeit gültigen psychiatrischen Klassifikationssysteme sprechen nicht von psychischen Krankheiten, sondern von Störungen. Psychische Störungen können sich durch viele unterschiedliche Symptome äußern. Deshalb werden grundsätzlich alle psychischen Erkrankungen als psychische Störungen bezeichnet, die beträchtliche Abweichungen vom Verhalten und/oder Erleben seelisch gesunder Menschen aufweisen. Das umfasst sowohl das Fühlen und Denken als auch das Handeln der einzelnen Person.

Begriffsklärungen

Das Hauptziel einer psychiatrischen Diagnose ist laut Mental Health Europe, die Kommunikation zwischen Gesundheitsexpert*innen untereinander zu fördern und zu ermitteln, welche Behandlungs- und Betreuungsform möglicherweise am besten geeignet ist.

Da die Felder der *Psychotherapie* und *Psychiatrie* eng miteinander verknüpft sind, hier einige Begriffsklärungen:

Psychotherapeutische Ansätze sind in allen Bereichen der psychosozialen Versorgung zu finden. Es handelt sich um Therapieverfahren, die auf psychoanalytischen Grundlagen beruhen und unterschiedliche Ansätze haben: tiefenpsychologische, verhaltenstherapeutische und humanistische. Die *Psychoanalyse*, von Breuer und Freud gegründet, beruht auf dem Konzept des dynamischen Unbewussten. Die *Psychologie* beschäftigt sich mit dem Erleben und Verhalten von Menschen. Ein Teilgebiet ist die *klinische Psychologie*, die sich mit der Persönlichkeitsdiagnostik, psychologischer Beratung (auch in Krisensituationen) und der Behandlung von psychischen Störungen/Erkrankungen befasst. Die *Sozialpsychiatrie* hat die gesellschaftlichen und familiären Entstehungsbedingungen und Behandlungsmöglichkeiten von psychischen Erkrankungen/Krisen im Blick, verbunden mit einer entsprechenden Grundhaltung, beispielsweise die zwischenmenschlichen Beziehungen aber auch Arbeits- und Wohnverhältnisse sowie die psychosoziale Versorgung. *Systemische Denkmodelle* versuchen kontinuierlich die Interaktion menschlicher Prozesse und deren Verhältnis zur Außenwelt abzubilden und sind zeitweise, vor allem in den 1970er Jahren vorwiegend bei Paaren, Familien und Gruppen angewendet worden. Inzwischen werden diese Methoden auch in der Einzeltherapie eingesetzt und finden Eingang im Alltag psychosozialen Handelns.

Die zahlreichen Aufgaben der Psychiatrie haben zu Spezialisierungen geführt. Die *Kinder- und Jugendpsychiatrie* ist ein eigenes Teilgebiet und umfasst die Schnittstellen zwischen Psychiatrie, Kinder- und Jugendhilfe, Kinderheilkunde sowie Entwicklungspsychologie. Die *Gerontopsychiatrie* oder Alterspsychiatrie ist ein weiterer Schwerpunkt, der sich mit psychischen Störungen im Alter befasst, seien es Depressionen oder Psychosen, aber auch altersbedingte Phänomene und Demenzerkrankungen. Die *Psychosomatik* befasst sich mit den psychischen Erkrankungen, die körperliche Veränderungen und Symptome hervorrufen bzw. körperlichen Erkrankungen, die seelisch mitbedingt sind. Hier wird in der Regel mit psychotherapeutischen Methoden behandelt. Die Forensische Psychiatrie ist ein Teilbereich der Psychiatrie und an der Schnittstelle von Justiz und Psychiatrie angesiedelt. Ihr Aufgabengebiet umfasst die Begutachtung, Diagnostik und Behandlung von Menschen, die im Zusammenhang mit einer psychischen Störung eine Straftat begangen haben. Kommt das Gericht zu dem Urteil, dass diese Menschen teilweise oder vollständig schuldunfähig sind, werden sie in der Regel im Maßregelvollzug (Forensik) behandelt.

Heilpädagogische Bereiche befassen sich mit Menschen mit geistiger Behinderung. Der Bereich betreut die Gruppe von Betroffenen, die spezielle psychiatrische, psychologische und pädagogische Hilfen benötigen. Dieser psychosoziale Sonderbereich soll einen Lern- und Handlungsrah-

men schaffen, den Menschen mit geistiger Behinderung verstehen und auf die spezifischen Bedürfnisse, Fähigkeiten, Grenzen und Möglichkeiten eines in einer psychischen Krise befindlichen geistig behinderten Menschen ausgerichtet sind. Eine zentrale Informationsquelle ist die Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V.

Das Robert Koch-Institut (RKI – ein Geschäftsbereich des Ministeriums für Gesundheit) betont, dass psychische Gesundheit eine wesentliche Voraussetzung für Lebensqualität, Leistungsfähigkeit sowie soziale Teilhabe ist. Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit sind weit verbreitet und reichen von leichten Einschränkungen des seelischen Wohlbefindens bis zu schweren psychischen Störungen. Sie gehen mit erheblichen individuellen und gesellschaftlichen Folgen einher und beeinflussen das Gesundheitsverhalten und die körperliche Gesundheit. Das RKI geht aufgrund der weiten Verbreitung davon aus, dass insbesondere Depressionen, Angststörungen, Sucht- und Demenzerkrankungen eine große Public-Health-Relevanz (Gesundheit der Bevölkerung) haben.

1.1 Pflegerisches Gesundheits- und Krankheitsverständnis

»Psychiatrische Symptome zu entwickeln ist der Versuch der Betroffenen, sich vor einer unerträglich gewordenen Situation zu schützen. Damit haben Symptome die Funktion, die Patient*innen zu entlasten, sie von Verantwortung freizusprechen, Rückzug zu ermöglichen oder tabuisierte Wünsche ausdrücken zu lassen. Art und Inhalt der Symptome haben folglich eine Bedeutung, die sich nur aus dem Lebenszusammenhang und der Persönlichkeit der Betroffenen heraus verstehen lassen« (Schädle-Deininger/Villinger 2014, S. 34).

Die Auseinandersetzung damit, was für den einzelnen Menschen, auch für professionell Helfende, psychisch krank oder psychisch gesund bedeutet, ist wesentliche Voraussetzung für die Betrachtungsweise und die damit verbundenen Hilfen in der alltäglichen psychosozialen Arbeit. Das pflegerische Handlungsmodell von psychischer Erkrankung geht davon aus, dass Gesundheitsprobleme den einzelnen Menschen daran hindern, die eigenen Bedürfnisse zu befriedigen. Die vorhandenen Ressourcen, die jeder Mensch trotz einer Erkrankung zur Verfügung hat, werden genutzt, um ein größtmögliches Wohlbefinden zu erreichen. Anders ausgedrückt: Der pflegerische Blick richtet sich auf die Vulnerabilität (Verletzlichkeit, Dünnhäutigkeit), die damit verbundenen Risiken und die daraus resultierenden menschlichen Reaktionen; Pflege bedeutet hier, den Menschen mit Fürsorge zu begleiten und zu betreuen. Es ist sicher sinnvoll, wenn neben dem pflegerischen Modell auch andere Krankheitsmodelle mit zum Tragen kommen, wie das soziale, medizinische, Kommunikationsmodell oder das

zwischenmenschliche, aber auch das psychoanalytische oder Verhaltensmodell.

Soziales Modell	Das <i>soziale Modell</i> stellt die sozialen Bedingungen in Familie und Umfeld in den Mittelpunkt. Ein Mensch, der unter Armut, familiärer Instabilität und/oder dem Verlust bestimmter Fähigkeiten leidet, erwirbt weniger Möglichkeiten mit Stress fertig zu werden und sich an neue Lebensbedingungen anzupassen.
Medizinisches Modell	Das <i>medizinische Modell</i> beschreibt Krankheitssymptome, stellt eine Diagnose, sucht nach körperlichen Ursachen der Erkrankung, bekämpft sie oder ihre Symptome, z. B. mit medikamentöser Therapie, und strebt Heilung an.
Kommunikationsmodell	Das <i>Kommunikationsmodell</i> deutet Verhaltensweisen als geglückte oder missglückte Versuche von Einzelnen, einer anderen Person etwas mitzuteilen. Die Botschaften können verschlüsselt oder verzerrt sein, die Kommunikationswege indirekt. Wenn abweichendes Verhalten schwerpunktmäßig unter der Fragestellung betrachtet wird, was die Patient*innen mit welchen Mitteln mitteilen möchten, kann das eigene Handeln direkt daraus abgeleitet werden, sofern die jeweilige Biografie und persönliche Zielvorstellungen bekannt ist.
Zwischenmenschliches Modell	Das <i>zwischenmenschliche Modell</i> beschreibt abweichendes Verhalten als Ergebnis von mangelndem Selbstwertgefühl, das sich in der Sozialisation der Betroffenen nur ungenügend entwickelt hat. Die Betroffenen leiden in allen sozialen Situationen, ob in einer Zweierkonstellation oder in einer Gruppe von Menschen, unter der Angst, zurückgewiesen zu werden, und sind in allen zwischenmenschlichen Kontakten unsicher.
Psychoanalytisches Modell	Das <i>psychoanalytische Modell</i> interpretiert Krankheitssymptome als ungeeignete Mittel der Patient*innen, eine aktuelle Konfliktsituation zu beherrschen. Die Betroffenen brauchen für die Aufrechterhaltung ihrer Abwehrmechanismen so viel Energie, dass ihnen zur sinnvollen Problemlösung zu wenig Kraft übrigbleibt.
Verhaltensmodell	Das <i>Verhaltensmodell</i> geht davon aus, dass jegliches Verhalten erlernt wird und deshalb wieder verlernt werden kann. Jedes Verhalten, ob erwünscht oder unerwünscht, wird durch positive und negative Verstärker zur Gewohnheit. Zum Beispiel wird abweichendes Verhalten von Patient*innen aufrechterhalten, wenn dies die Angst reduziert. In diesem Zusammenhang gilt es gemeinsam herauszufinden, welche anderen Möglichkeiten die Patient*innen haben, mit ihrer Angst umzugehen.
Pflegerisches Modell	Das <i>pflegerische Modell</i> betrachtet in erster Linie, wie ein Mensch mit seinen Gesundheitsproblemen umgeht, welche Ressourcen ihm trotz Krankheit zur Verfügung stehen und wie sie eingesetzt werden können, um seine Bedürfnisse zu befriedigen.

Je nach Störung können wir Patient*innen eher mithilfe des analytischen Modells verstehen, andere vor den Hintergrund des sozialen und bei wieder anderen, wird unser Handeln vom pflegerischen Modell bestimmt. Das

heißt wir arbeiten immer mit mehreren Modellen (Schädle-Deiningner/Villinger 2014, S. 27 f.).

Psychisch zu erkranken kann jeden von uns treffen, daher ist es wichtig, sich reflexiv der eigenen Anteile von »Depressiv-Sein«, »Überdreht-Sein«, »die Arbeit nicht mehr bewältigen«, »sich zurückzuziehen«, »den Lebensmut verlieren« oder »vermehrt das Bedürfnis zu haben, Alkohol zu trinken« bewusst zu sein.

Welche Hilfe würde ich annehmen, welche Widerstände würde ich haben und welcher Therapie würde ich zustimmen können?

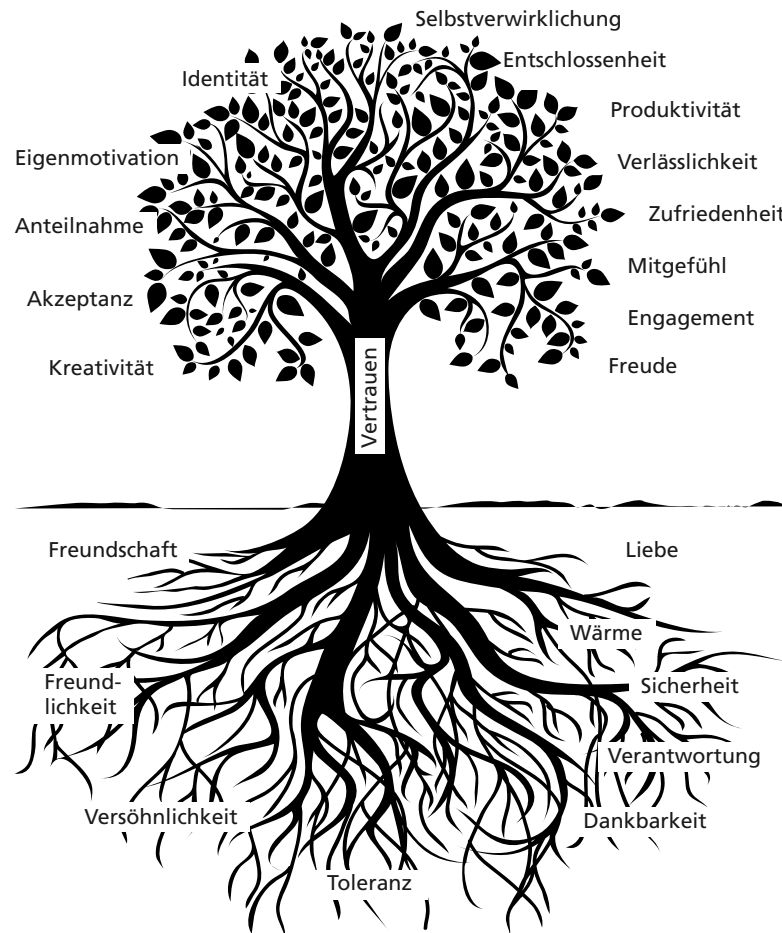


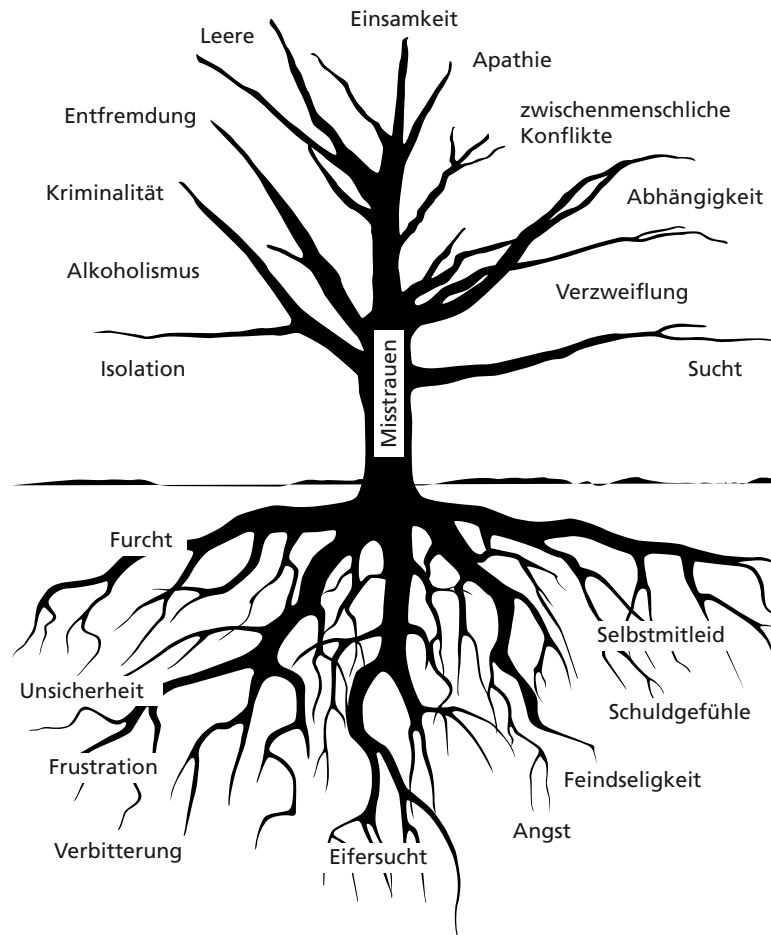
Abb. 1.1:
Der Baum der seelischen Gesundheit
(nach Perko/Kreigh 1988, in Schädle-Deiningner/Villinger 2014, S. 36 f., Übersetzung Ulrike Villinger)

Wenn wir dann zudem davon ausgehen, dass in jeder Krise, in jeder Erkrankung, die Chance liegt, zu lernen, sich selbst besser zu verstehen, zu reifen, aber auch manchmal an den Anforderungen zu scheitern, dann wird uns deutlich, dass trotz allen beobachtbaren Krankheitszeichen jede psy-

chische Erkrankung anders und von der persönlichen Entwicklung geprägt ist und deshalb jeder Weg aus der Erkrankung heraus oder mit ihr zu leben, individuell erlebt und gestaltet werden muss.

Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass die Übergänge von psychischer Gesundheit und psychischer Erkrankung fließend und häufig nicht so deutlich zu benennen oder zu erkennen sind. Eine Annäherung kann das Baummodell der seelischen Gesundheit und das Baummodell der seelischen Krankheit aus Perko/Kreigh (1988, in Schädle-Deininger/Villinger 2014, S. 36 f., ► Abb. 1.1 und ► Abb. 1.2) liefern. Diese Modelle stellen Gegenpole dar, wie sie in der Wirklichkeit so eindeutig in der Regel nicht vorkommen, jedoch die Verwobenheit und Komplexität demonstrieren.

Abb. 1.2:
Der Baum der seelischen Krankheit (nach Perko/Kreigh 1988, in Schädle-Deininger/Villinger 2014, S. 37 f., Übersetzung Ulrike Villinger)



Psychische oder seelische Erkrankung bezeichnet veränderte oder krankhafte Störungen in der Erlebnisverarbeitung, in der Wahrnehmung, im Verhal-

ten, in den sozialen Beziehungen oder auch in veränderten seelisch bedingten Körperfunktionen. Diese Störungen sind durch die Betroffenen selbst nicht mehr zu steuern oder zu beeinflussen, die bisherigen Mechanismen der Bewältigung greifen nicht mehr.

Es wird davon ausgegangen, dass psychische Erkrankungen multifaktoriell (z. B. psychisch, physisch, sozial, kulturell etc.) bedingt sind. Je nach wissenschaftlicher Richtung wird das eine oder andere mehr betont werden. Es ist jedoch unstrittig, dass mehrere Faktoren zusammentreffen müssen.

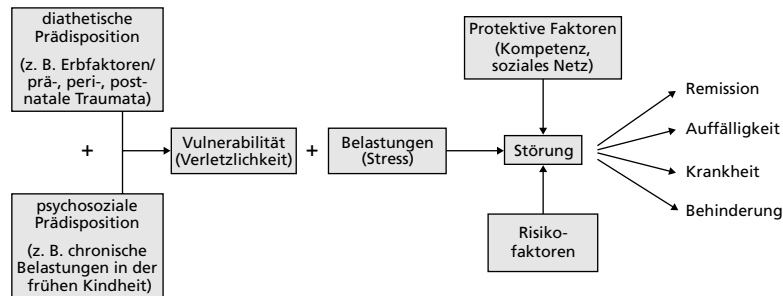
Allgemeine zentrale beobachtbare Störungen, die bei den meisten psychischen Erkrankungen in unterschiedlicher Intensität auftreten, sind:

- *Ich-Schwäche* oder schwach ausgeprägte Identität, die dazu führt, dass der betroffene Mensch unter dem Widerspruch seiner ambivalenten Gefühle leidet und zerrieben wird.
- *Gestörte Beziehungsfähigkeit* bedeutet, dass bei vielen psychisch erkrankten Menschen die Fähigkeit, Kontakt zu Mitmenschen aufzunehmen und Beziehungen tragfähig fortzuführen, nicht gegeben ist.
- *Mangelnde Konfliktfähigkeit* bedeutet, dass notwendige Handlungsstrategien, um Konflikte zu lösen, fehlen, dadurch werden Konflikte oft angehäuft.
- *Gering ausgeprägte Frustrationstoleranz* bedeutet im Zusammenhang mit psychischer Erkrankung, dass, wenn Wünsche nicht erfüllt werden, die Betroffenen sich abgelehnt fühlen, sich zurückziehen oder sich selbstschädigend verhalten.
- *Mangelnde soziale Kompetenz* bedeutet eingeschränkte bis »verloren gegangene« Fähigkeiten in den Alltagsfertigkeiten, den alltäglichen Abläufen und Anforderungen. Dies schränkt die Mobilität ein und reduziert die sozialen Kontakte.
- Die *Stressreaktion* ist bei psychisch erkrankten Menschen ausgeprägt, und führt zu empfindlichen Reaktionen, es fehlt häufig die Fähigkeit, Wichtiges von Unwichtigem zu unterscheiden, Erschöpfung tritt schneller ein und hält länger an usw.

Die Vulnerabilitäts-Stress-Hypothese (► Abb. 1.3) zeigt auf, dass bei allen psychischen Erkrankungen eine besondere Verletzlichkeit oder Dünnhäutigkeit zugrunde gelegt werden kann. Wenn dann zu dieser Verletzlichkeit noch Stressfaktoren hinzukommen, kann eine psychische Krise/Erkrankung entstehen, wenn nicht genügend Schutzfaktoren bzw. Ressourcen zur Abwehr zur Verfügung stehen. Stressfaktoren sind z. B. kritische Lebensereignisse, biologische, psychologische oder soziale Stressoren. Dies zeigt sich in der übergroßen Offenheit für Außenreize und erschwelter Konzentration und beeinflusst den Verlauf im Hinblick auf Wohlbefinden und Gesundheit.

Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell wird damit verbunden, dass eine psychiatrische Störung eine positive Entwicklung nach sich zieht, wenn der Stress durch die Umwelt reduziert wird.

Abb. 1.3:
Vulnerabilitäts-Stress-Modell(Krug 2008)



Weiterführende Literaturempfehlung

- Ermann, M.; Frick, E.; Kinzel, C.; Seidl, O. (2014): *Einführung in die Psychosomatik und Psychotherapie*. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.
- Hammer, M.; Plössl, I. (2023): *Irre verständlich – Menschen mit psychischer Erkrankung wirksam unterstützen*. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Heinz, A. (2014): *Der Begriff der psychischen Krankheit*. Berlin: Suhrkamp Verlag.
- Hülsmann, I.; Greving, H. (2024): *Menschen mit Behinderung im Krankenhaus - Begleitung und besondere Herausforderungen im stationären Setting*. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.
- Noelle, R. (2015): *Grundlagen und Praxis gerontopsychiatrischer Pflege*. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Preuß, U.; Stümpfig, S. (2010): *Kinder- und Jugendpsychiatrie: Für Pflege- und Sozialberufe*. München: Elsevier Urban & Fischer Verlag.
- Trost, A.; Rogge, S.; Schoppmann, S. (2024): *Menschen im Maßregelvollzug begleiten*. Köln: Psychiatrie Verlag.

1.2 Psychiatrische Versorgungsstrukturen

Die Grundlagen zur Reform der psychiatrisch/psychosozialen Versorgung wurden durch die vom Bundestag einberufene Enquête-Kommission gelegt. Im Ergebnis wurden in den Ausführungen die unwürdigen Zustände in der deutschen Psychiatrie festgestellt und Wege aufgezeigt, Veränderungen herbeizuführen. Der Bericht der Enquête-Kommission zur Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland von 1975 legt zur Weiterentwicklung psychiatrischer Versorgung folgende Ziele fest, die in den Grundaussagen noch heute Bestand haben:

- Gemeindenahe Versorgung
- Bedarfsgerechte und umfassende Versorgung aller psychisch Kranken und Behinderten
- Koordination aller Versorgungsdienste
- Gleichstellung von psychisch mit somatisch Kranken

Die *Expertenkommission der Bundesregierung* schloss sich in ihrer Auswertung des Modellprogramms Psychiatrie 1988 diesen Zielen an und orientierte sich an der Grundlage des WHO-Konzepts, Einstufung nach Störungen, der *Klassifikation des ICIDH* (International Classification of Impairment, Disability and Handicap – WHO 2001). Diese Einteilung orientiert sich an dem *Erscheinungsbild* der zugrunde liegenden Erkrankung (z. B. Störung der Wahrnehmung, des Antriebs, der Affektivität, der Konzentration oder Merkfähigkeit). Die *funktionale Einschränkung* beschreibt die Folge der Erkrankung auf der personalen und Verhaltensebene (z. B. berufliche Anforderung, Alltagsbewältigung oder soziale Rollenerfüllung). Die *soziale Beeinträchtigung* ist eine potenzielle Konsequenz aus den beiden vorab genannten Schädigungen (z. B. Verlust von Beziehungspersonen, Diskriminierung, Stigmatisierung, Verlust von Arbeitsplatz und/oder Wohnung oder auch soziale Isolation). 2005 wurde die Einteilung umbenannt in »International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)« – »Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit«¹.

Die einzelnen Ebenen sind sicher nicht scharf zu trennen, zeigen jedoch die Folgen einer psychischen Störung oder Erkrankung auf und ermöglichen so eine differenzierte Betrachtungsweise der einzelnen Probleme, um entsprechend flexibel die Hilfsangebote zu gestalten.

Dies bedeutet jedoch auch, dass nicht jede Beeinträchtigung einen hohen Hilfebedarf auslöst, wenn die Ausrichtung an der Förderung der vorhandenen Fähigkeiten erfolgt und sich problemlösungsorientiert gestaltet. Dazu ist eine kontinuierliche, realitätsbezogene Begleitung und Betreuung notwendig, die vom persönlichen Engagement, hoher Fachlichkeit und Verantwortung getragen ist.

Das ICF-Konzept greift auf und beschreibt, was das Gesundheitsproblem im Leben einer Person bewirkt und durch welche Faktoren dies positiv und negativ beeinflusst wird, und nimmt die Kontextfaktoren mit ihren Wechselwirkungen in den Blick.

Am 01. Januar 2022 trat die ICD-11 in Kraft, die eine fünfjährige Übergangszeit zur Umsetzung gewährt. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) geht davon aus, dass die Evaluierung und Einführung, insbesondere für die Codierung von Krankheiten, diese fünf Jahre beansprucht. In diesem Kontext kommt der individuellen

¹ https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICF/_node.html, Zugriff am 21.10.2025.