



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Seminar F1



Psychopathologische Befunderhebung



Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Zentrum für Psychosoziale Medizin
Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf (UKE)



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Seminar F1



Erstellung des Inhalts durch das Lehrteam Psychiatrie

Bei Fragen, Anregungen und Kritik schreiben Sie an parchmann@uke.de

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Zentrum Psychosoziale Medizin

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)

Martinistr. 52, 20246 Hamburg

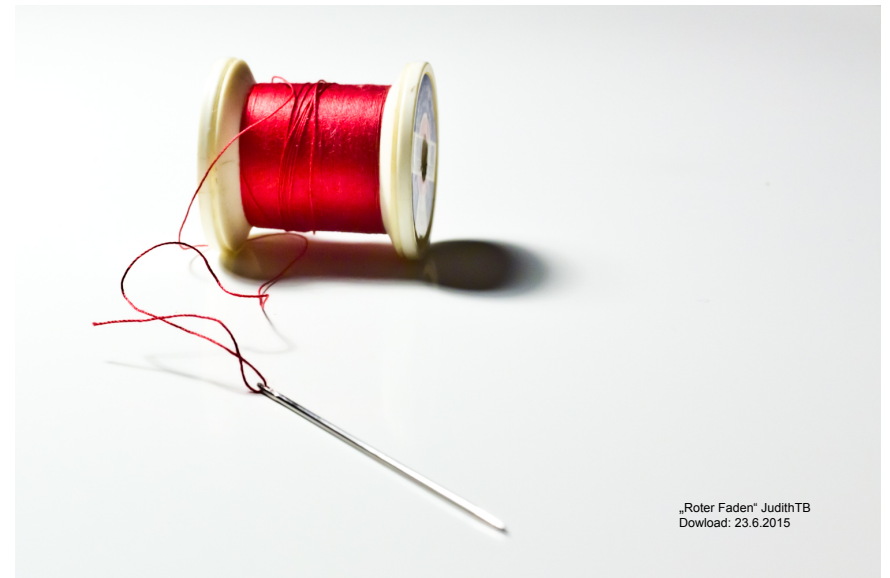
Gebäude W37

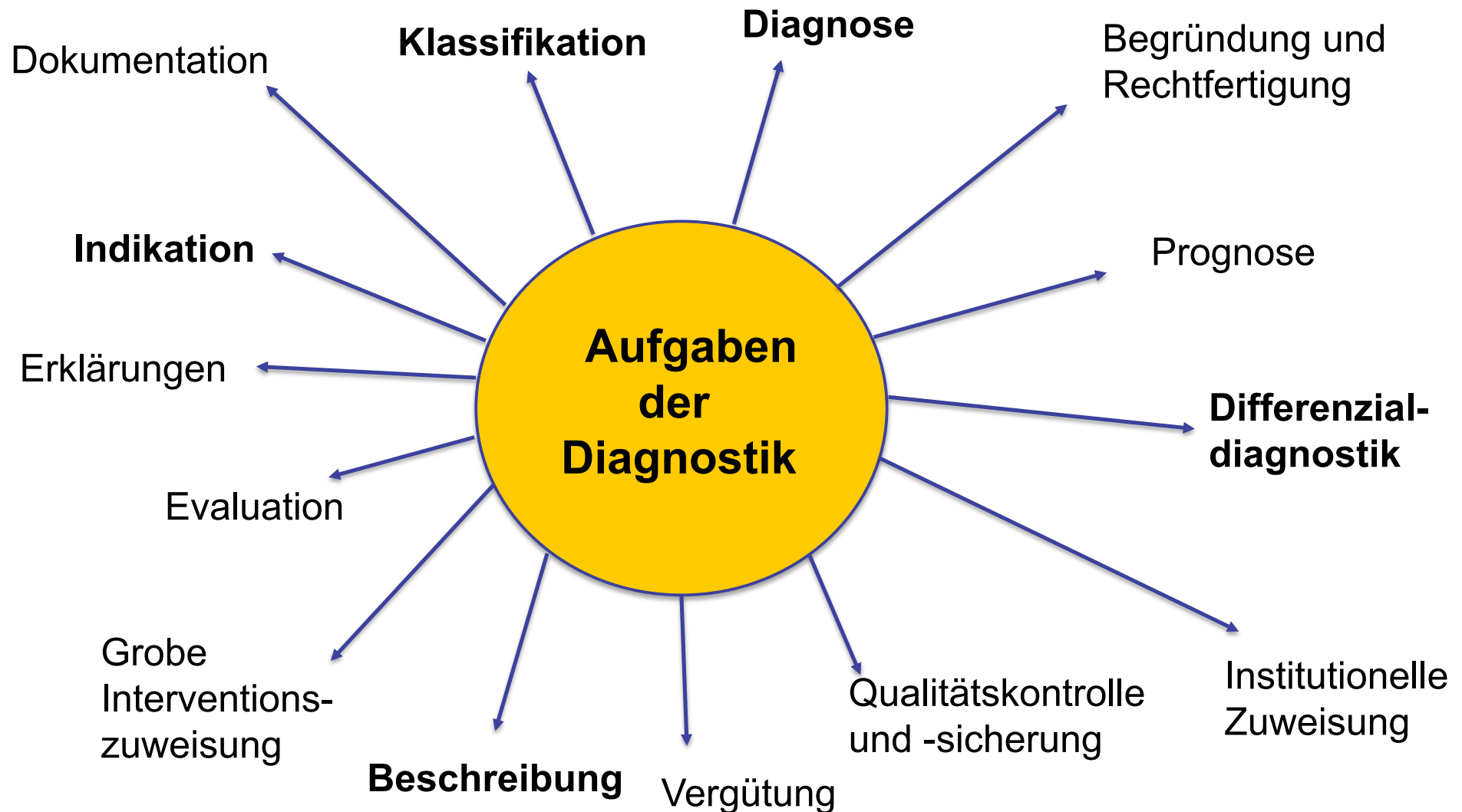


1. Diagnostik psychischer Erkrankungen

- 1.1 Aufgaben der Diagnostik und ICD-10 Codierung
- 1.2 Biopsychosoziale Diagnostik
- 1.3 Vom Symptom zur Diagnose

2. Der psychopathologische Befund







Kapitel	Gliederung	Titel Gliederung psychischer Erkrankungen (F00-F99)
V	F00-F09	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
	F10-F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
	F20-F29	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
	F30-F39	Affektive Störungen
	F40-F48	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
	F50-F59	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
	F60-F69	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
	F70-F79	Intelligenzstörung
	F80-F89	Entwicklungsstörungen
	F90-F98	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
	F99-F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen



Diagnostisch berücksichtigt werden muss:

- die **aktuelle Situation**.
- der **psychopathologische Befund**.
- die **Krankheitsanamnese** mit Risikofaktoren für die Entwicklung der Erkrankung, Vorbehandlung, komorbide psychische Erkrankungen, etc.
- die **soziale Anamnese** (Biographie, Situation in Schule und Beruf, Wohnsituation, finanzielle & familiäre Situation)
- die **somatische Untersuchung** (internistische/neurologische und körperliche Untersuchung, Blutuntersuchungen, ggf. cMRT, EEG, Lumbalpunktion).
- die Risikountersuchung zu **eigen-, fremd- und therapiegefährdendem Verhalten**.

➡ Neben der Erfassung der Psychopathologie stehen also weitere diagnostische Möglichkeiten zur Verfügung, die sich spezifisch für jede Erkrankung unterscheiden können.



- **Symptomale** Diagnostik (Einzelsymptome)
z.B. Antriebsverlust
- **Syndromale** Diagnostik (Muster von Symptomen)
z.B. depressives Syndrom
- **Klassifikatorische** (nosologische) Diagnostik
z.B. Schizophrenie
- **Operationalisierte** Diagnostik (ICD-10, DSM-IV-TR)
z.B. Kriterien für Depressive Episode
(Symptom-, Zeit-, Verlaufs-, Schweregrad-Kriterien)

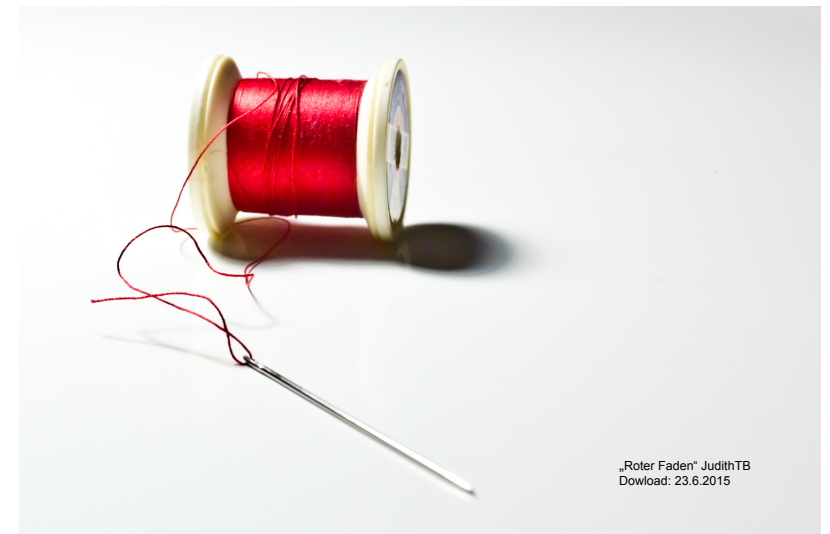




1. Diagnostik psychischer Erkrankungen

2. Der psychopathologische Befund

- 2.1 Definition
- 2.2 Informationsquellen und Erfassungsmethoden
- 2.3 Kategorien im AMPS-System
- 2.4 Selbst- und Fremdbeurteilungsmerkmale
- I Bewusstseinsstörungen
- II Orientierungsstörungen
- III Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen
- IV Formale Denkstörungen
- V Befürchtungen und Zwänge
- VI Wahn
- VII Sinnestäuschungen
- VIII Ich-Störungen
- IX Störungen der Affektivität
- X Antriebs- und psychomotorische Störungen
- XI Circadiane Besonderheiten
- XII Andere Störungen





- Psychopathologie ist traditionell eine **deskriptive** und **aktuelle/querschnittliche** Symptomatologie und Syndromatologie psychischer Störungen auf der Basis von **Befragung und Beobachtung** im Gespräch.
- Der psychopathologische Befund ist ein **Befund (!)** der psychopathologische Symptome (Auffälligkeiten und Veränderungen) mit Hilfe fest definierter Begriffe erfasst.
- Ein Befund beschreibt grundsätzlich **nur objektiv Beobachtbares** zu einem bestimmten Zeitpunkt.



Informationsquellen und Erfassungsmethoden des psychopathologischen Befundes:

A Personen als Informationsquellen

1. Befragung und Beobachtung des betroffenen Patienten
2. Befragung naher Bezugspersonen (sog. „Fremd“-Anamnese“)
3. Befragung anderer Behandler, Betreuer; Abgleich und Zusammenfassung professioneller Informationsquellen

B Erfassungsmethoden

1. Freie Exploration im Gespräch
2. Semistandardisierte Interviews zur Objektivierung und Systematisierung des explorativen Vorgehens
3. Standardisierte Erfassung von Symptomen und Syndromen und ihrer Schweregrade mittels Tests, Checklisten, Fragebögen, Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren, objektive Leistungsprüfungen



In der knapp gehaltenen schriftlichen Niederlegung wird ein möglichst plastisches Bild von den aktuellen Beschwerden und Symptomen gegeben.



Strukturierung der psychopathologischen Befunderhebung im Gespräch

Beginn des Gesprächs

- „Warming-up“-Phase
- Kontaktaufbau; Erläuterung von Sinn und Zweck der Befragung; spontane Äußerungen des Patienten und seiner Beschwerden; geringe Steuerung des Gesprächs.

Strukturierter Teil

- Gezielte Exploration der Symptome, die nicht in den spontanen Schilderungen vorgebracht wurden, sowie deren weitere Präzisierung.

Beendigung des Gesprächs

- Kurze Zusammenfassung der Symptomatik
- Dem Patient die Möglichkeit geben, ihm wichtige Punkte zu ergänzen, die bisher nicht angesprochen wurden.



Beispiel:

„Bei Aufnahme zeigt sich ein wacher, **bewusstseinsklarer**, **allseits orientierter** Patient.

Im Kontakt ist er um freundliche Zuwendung bemüht, dabei **wenig misstrauisch**.

Psychopathologisch imponierend ist das gut systematisierte Wahngebäude hoher **Wahndynamik** mit multiplen **Beziehungs- und Verfolgungsideen**, **Wahnwahrnehmung** und **illusionärer Verknennung**.

Sinnestäuschungen oder psychotische **Ich-Störungen** sind im Gespräch nicht eruierbar.

Subjektiv beklagt der Patient eine **ängstlich-besorgte** Grundhaltung mit deutlicher **Herabgestimmtheit** aber gut erhaltener **Schwingungsfähigkeit**. Formal fallen deutliche Antwortlatenzen auf, der

Gedankenduktus scheint **zäh**, teilweise **sprunghaft**. Kognitiv sind **Konzentrationsschwierigkeiten**

erkennbar, die Überprüfung der **Merkfähigkeit** bleibt ohne auffälligen Befund, die **Auffassung** scheint beeinträchtigt. In der Überprüfung der **Abstraktionsfähigkeit** mittels Sprichworten zeigen sich deutlich

konkretistische Antworttendenzen mit thematischem Bezug auf das vom Patienten beschriebene

wahnhafte Erleben. So erklärt er „der Apfel fällt nicht weit vom Stamm“ derart, dass das naturgemäß so sei, außer der Baum habe sehr weitläufige Verästelungen. Nochmals darauf hingewiesen, dass

nach der übertragenen Bedeutung des Sprichwortes gefragt sei, antwortet der Patient, bei dem Apfel könne es sich möglicherweise um den Nebenverdächtigen, beim Stamm um den Hauptverdächtigen handeln. Unterschiedsfragen werden prompt und konkret beantwortet.

Von **fremd- oder selbstaggressiven** Tendenzen kann sich der Patient zur Zeit glaubhaft distanzieren. Eine Krankheitseinsicht bestand nicht.“



Beispiel:

„Bei Aufnahme zeigt sich ein wacher, **bewusstseinsklarer**, **allseits orientierter** Patient. Im Kontakt ist er um freundliche Zuwendung bemüht, dabei **wenig misstrauisch**. Psychopathologisch imponierend ist das **gut systematisierte Wahngebäude** mit **Wahndynamik** mit multiplen **Beziehungs- und Verfolgungsideen**, **Wahnwahrnehmungen** und **Verkennung**. **Sinnestäuschungen** oder psychotische **Ich-Störungen** sind nicht erkennbar. Subjektiv beklagt der Patient eine **ängstlich-besorgten** Stimmung, **Herabgestimmtheit** aber gut erhaltener **Schwingungsfähigkeit**. In der **Intelligenz** keine Auffälligkeiten, **Antwortlatenzen** auf, der **Gedankenduktus** scheint **zäh**, teilweise **flüchtig**. **Konzentrationschwierigkeiten** erkennbar, die Überprüfung der **Auffassung** scheint beeinträchtigt. In der **Aktionsfähigkeit** mittels Sprichworten zeigen sich deutlich konkretistische **Verzerrungen** mit thematischem Bezug auf das vom Patienten beschriebene wahnhaftes Erlebnis. Er sagt: „der Apfel fällt nicht weit vom Stamm“ derart, dass das naturgemäß so sei, außer dass der Stamm habe sehr weitläufige Verästelungen. Nochmals darauf hingewiesen, dass nach der übertragenen Bedeutung des Sprichwortes gefragt sei, antwortet der Patient, bei dem Apfel könne es sich möglicherweise um den Nebenverdächtigen, beim Stamm um den Hauptverdächtigen handeln. Unterschiedsfragen werden prompt und konkret beantwortet. Von **fremd- oder selbstaggressiven** Tendenzen kann sich der Patient zur Zeit glaubhaft distanzieren. Eine Krankheitseinsicht bestand nicht.“

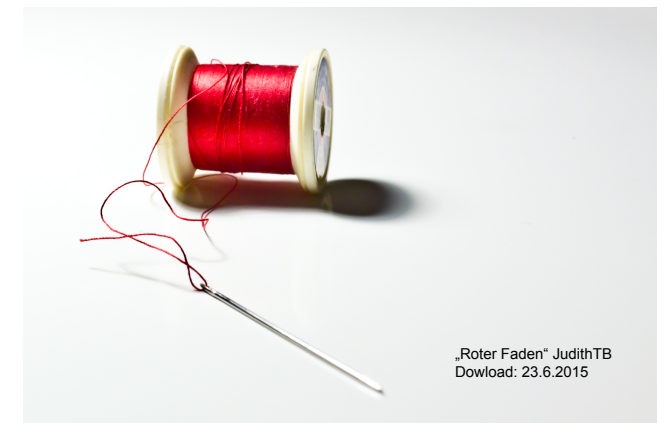
Für den psychopathologischen Befund gibt es also allgemein gültige „Vokabeln“



1. Übersicht Diagnostik psychischer Erkrankungen

2. Der psychopathologische Befund

- 2.1 Definition
- 2.2 Informationsquellen und Erfassungsmethoden
- **2.3 Kategorien im AMDP-System**
- 2.4 Selbst- und Fremdbeurteilungsmerkmale
- I Bewusstseinsstörungen
- II Orientierungsstörungen
- III Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen
- IV Formale Denkstörungen
- V Befürchtungen und Zwänge
- VI Wahn
- VII Sinnestäuschungen
- VIII Ich-Störungen
- IX Störungen der Affektivität
- X Antriebs- und psychomotorische Störungen
- XI Circadiane Besonderheiten
- XII Andere Störungen





Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP) – Psychischer Befund (12 Bereiche, 100 Einzelsymptome)

- I. Bewusstseinsstörungen
- II. Orientierungsstörungen
- III. Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen
- IV. Formale Denkstörungen
- V. Abnorme Befürchtungen und Zwänge
- VI. Wahn
- VII. Sinnestäuschungen
- VIII. Ich-Störungen
- IX. Affektstörungen
- X. Antriebs- und psychomotorische Störungen
- XI. Circadiane Besonderheiten
- XII. Andere Störungen





Klassifizierung der bevorzugten Beurteilungsgrundlage pathologischer Begriffe

(nach Woggon, 1979; Fähndrich & Stieglitz, 1989, 1998)

	Beurteilung	Beispiel
S	Selbstbeurteilung	z.B. „Zwangsgedanken“
F	Fremdbeurteilung	z.B. „Manierismen des Verhaltens“
SF	Selbst- und/oder Fremdbeurteilung	z.B. „gesperartes Denken“ (F), „Gedankenabreißen“ (S)
sF	Selbstbeurteilung weniger bedeutsam als Fremdbeurteilung	
Sf	Selbstbeurteilung bedeutsamer als Fremdbeurteilung	



Wann sind Selbstbeurteilungsmerkmale besonders relevant, wann Fremdbeurteilungsmerkmale?

Beispiel ausgewählter Störungsgruppen der ICD-Forschungskriterien:

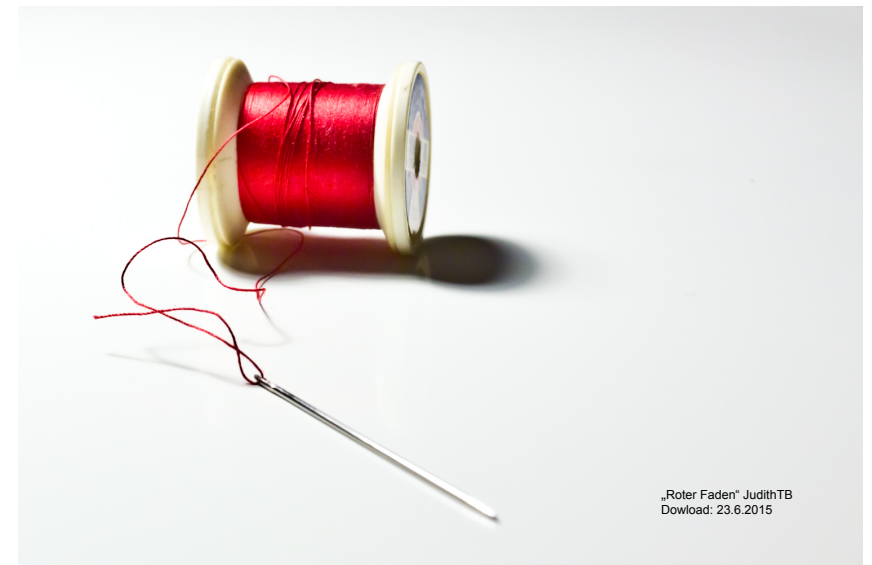
	Störungsbild	Relevanz
F0- F03	Demenzen	$(F + sF) \gg (S + Sf)$
F20	Schizophrenie	$(F + sF) > (S + Sf)$
F32	Depressive Episode	$(S + Sf) \gg (F + sF)$
		\gg sehr viel häufiger/wichtiger $>$ häufiger/wichtiger



1. Übersicht Diagnostik psychischer Erkrankungen

2. Der psychopathologische Befund

- 2.1 Definition
- 2.2 Informationsquellen und Erfassungsmethoden
- 2.3 Kategorien im AMPS-System
- 2.4 Selbst- und Fremdbeurteilungsmerkmale
- **I Bewusstseinsstörungen**
- II Orientierungsstörungen
- III Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen
- IV Formale Denkstörungen
- V Befürchtungen und Zwänge
- VI Wahn
- VII Sinnestäuschungen
- VIII Ich-Störungen
- IX Störungen der Affektivität
- X Antriebs- und psychomotorische Störungen
- XI Circadiane Besonderheiten
- XII Andere Störungen





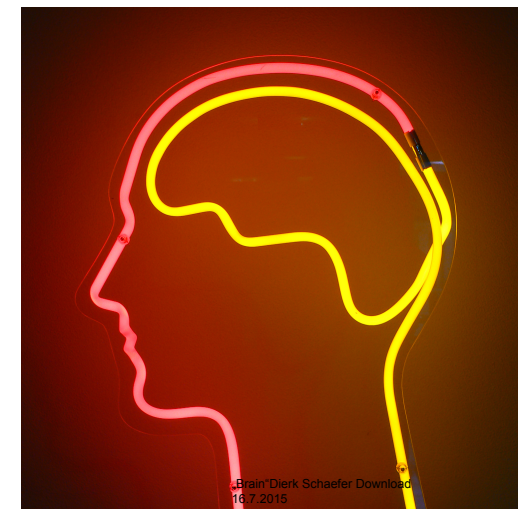
Bewusstseinsstörungen ist der Oberbegriff für alle Veränderungen der Bewusstseinslage. Es handelt sich immer um eine Störung des gesamten Erlebens und Verhaltens.

Art	Symptom	Definition und Erklärung
Quantitativ	Bewusstseinsverminderung (F)	<ul style="list-style-type: none">• Herabsetzung der Vigilanz• verschiedene Schweregrade („Schlaf-Wach-Skala“)• Benommenheit• Somnolenz (leicht erweckbar)• Sopor (schwer erweckbar)• Präkoma und Koma (nicht erweckbar).
Qualitativ	Bewusstseinstrübung (F)	<ul style="list-style-type: none">• Aspekte der eigenen Person oder der Umwelt können nicht mehr verstanden werden oder sind nicht sinnvoll miteinander in Verbindung zu bringen.• Verwirrtheit des Denkens und Handelns aufgrund akuter Funktionsstörung des Gehirns.• z.B. Unfallschock, delirantes Syndrom
Qualitativ	Bewusstseinsengung (F)	<ul style="list-style-type: none">• Fokussierung des Erlebens auf bestimmte Ereignisse oder Erlebnisse (z.B. Schreck, Panik).
Qualitativ	Bewusstseinsverschiebung (S)	<ul style="list-style-type: none">• Subjektives Erleben einer Bewusstseinsweiterung hinsichtlich der Wachheit und Wahrnehmung.• z.B Ekstase, Meditation, bewusstseinsweiternde Drogen



Hilfreiche Einstiegsfragen zu Bewusstseinsstörungen:

- Verstehen Sie mich gut?
- Können Sie alles um sich herum klar erkennen?
- Hatten Sie einmal das Gefühl, Farben intensiver zu sehen, Musik lauter zu hören?
- Hatten Sie das Gefühl, Ihre Wahrnehmung sei schärfer geworden? In welcher Hinsicht?

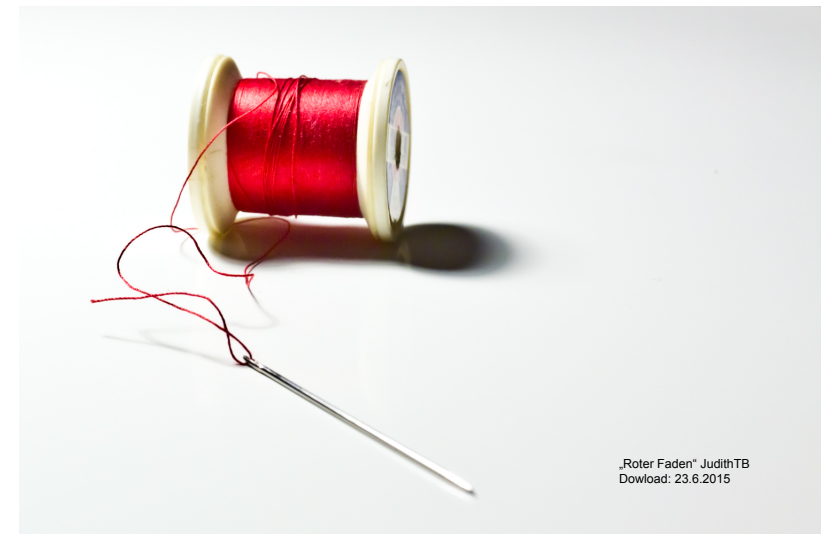




1. Übersicht Diagnostik psychischer Erkrankungen

2. Der psychopathologische Befund

- 2.1 Definition
- 2.2 Informationsquellen und Erfassungsmethoden
- 2.3 Kategorien im AMPS-System
- 2.4 Selbst- und Fremdbeurteilungsmerkmale
- I Bewusstseinsstörungen
- **II Orientierungsstörungen**
- III Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen
- IV Formale Denkstörungen
- V Befürchtungen und Zwänge
- VI Wahn
- VII Sinnestäuschungen
- VIII Ich-Störungen
- IX Störungen der Affektivität
- X Antriebs- und psychomotorische Störungen
- XI Circadiane Besonderheiten
- XII Andere Störungen





Orientierungsstörungen sind psychopathologische Symptome, bei denen das Bescheidwissen über Zeit, Ort, Situation und die eigene Person beeinträchtigt ist. Bei falschen Angaben ist Nachfragen notwendig, um dieses Merkmal gegen anderen (z.B. Konzentrationsstörungen) abzugrenzen.

Symptom	Definition und Erklärung
zeitliche Orientierungsstörung (S)	<ul style="list-style-type: none">• Desorientierung zu Datum, Tag, Monat, Jahr, Jahreszeit.
örtliche Orientierungsstörung (S)	<ul style="list-style-type: none">• Desorientierung zum Ort, an dem sich der Patient befindet.
situative Orientierungsstörung (S)	<ul style="list-style-type: none">• Desorientierung zur gegenwärtigen Situation, in der sich der Patient befindet.• z.B. Patient versteht nicht, dass er untersucht wird, sondern versteht sich als Dozent.
Orientierungsstörung über die eigene Person (S)	<ul style="list-style-type: none">• Die persönliche Lebensgeschichte wird nicht oder nur teilweise gewusst.• Geburtstag- ort, Alter, Name, Wohnsitz, sozialer Kontext etc.



Hilfreiche Einstiegsfragen zu Orientierungsstörungen

- Welches Datum haben wir heute?
- Welche Jahreszeit ist gerade?
- Wann sind Sie in die Klinik gekommen?
- In welcher Stadt sind wir?
- Wie alt sind Sie?
- Wann wurden Sie geboren?
- Sind Sie verheiratet?





Wichtig: Um dem Patienten nicht das Gefühl der Bloßstellung zu geben, sollte man versuchen, die entsprechenden Fragen sinnvoll in das Gesamtgespräch zu integrieren und ggf. auf die Notwendigkeit der Frage hinweisen.

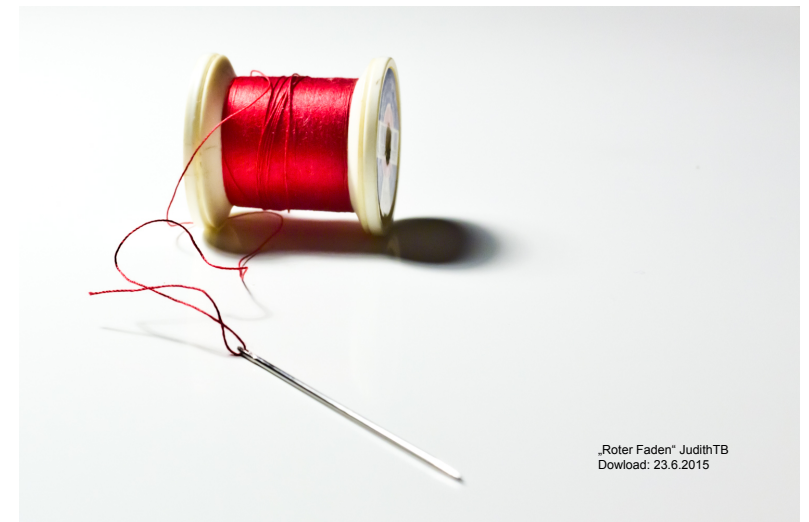




1. Übersicht Diagnostik psychischer Erkrankungen

2. Der psychopathologische Befund

- 2.1 Definition
- 2.2 Informationsquellen und Erfassungsmethoden
- 2.3 Kategorien im AMPS-System
- 2.4 Selbst- und Fremdbeurteilungsmerkmale
- I Bewusstseinsstörungen
- II Orientierungsstörungen
- **III Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen**
- IV Formale Denkstörungen
- V Befürchtungen und Zwänge
- VI Wahn
- VII Sinnestäuschungen
- VIII Ich-Störungen
- IX Störungen der Affektivität
- X Antriebs- und psychomotorische Störungen
- XI Circadiane Besonderheiten
- XII Andere Störungen





Unter Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen werden verschiedene Aspekte der kognitiven Beeinträchtigung abgebildet.

Aufmerksamkeitsstörungen sind psychopathologische Symptome, bei denen die Wahrnehmung von Umweltreizen beeinträchtigt ist.

- **Auffassungsstörungen (SF)** sind Störungen der Fähigkeit, Äußerungen und Texte in ihrer Bedeutung zu begreifen und sinnvoll miteinander zu verbinden. Die Auffassung kann mehr oder weniger falsch, verlangsamt oder fehlend sein. Auch der Hang zum Konkretismus und die Unfähigkeit Sprichwörter zu verstehen wird hier abgebildet.
- **Konzentrationsstörungen (SF)** meint die verminderte Fähigkeit, die Aufmerksamkeit einer Tätigkeit oder einem Thema ausdauernd zuzuwenden.

Wie würden Sie Aufmerksamkeitsstörungen erfassen bzw. abfragen?

Beispiel:

- Interpretation eines Sprichwortes
- Nacherzählen einer Fabel
- Interpretation und Wiedergabe von Bildertafeln
- „von 81 immer 4 abziehen“
- Rückwärts-Aufsagen der Monatsnamen



„Der Apfel fällt nicht weit vom Stamm...“



Gedächtnisstörungen sind psychopathologische Symptome, bei denen die Fähigkeit Eindrücke oder Erfahrungen zu speichern oder abzurufen beeinträchtigt ist.

Symptom	Definition und Erläuterung
Merkfähigkeitsstörung	<ul style="list-style-type: none">• Unfähigkeit Gegenstände, Zahlen, frische Eindrücke über (ca. 10 Minuten) zu behalten und wiederzugeben (3 Gegenstände).
Gedächtnisstörung	<ul style="list-style-type: none">• Unfähigkeit, länger (als 10 Minuten) zurückliegende Ereignisse zu behalten bzw. wiederzugeben (Kurzzeit-, Langzeitgedächtnis).• <u>Amnesien</u>• Retrograd: Gedächtnislücke vor einem Ereignis;• Anterograd: Gedächtnislücke nach einem Ereignis (total oder lakunär)• <u>Zeitgitterstörungen</u>: Unfähigkeit, Gedächtnisinhalte zeitlich richtig einzuordnen.
Konfabulation	<ul style="list-style-type: none">• Erinnerungslücken werden mit spontan wechselnden Einfällen gefüllt, die vom Patienten selbst für Erinnerung gehalten werden, aber im Gegensatz zu erfundenen Geschichten oft nicht wiederholt werden können.• Zu Grunde liegt auch immer eine Gedächtnisstörung.
Paramnesie	<ul style="list-style-type: none">• Fehlerinnerungen, Erinnerungsverfälschung oder -täuschung• z.B. im Rahmen eines Wahn oder falschen Wiedererkennens, Déjà-vu, Intrusionen.



Wie würden Sie Gedächtnisstörungen erfassen bzw. abfragen?

- Vorsprechen von siebenstelligen Zahlen (z.B. Telefonnummern)
- Namen von drei Gegenständen, sofortiges und zeitversetztes Wiederholen (z.B. Hut, Topf, Zeitung)
- Abfragen von lebensgeschichtlich relevanten Ereignissen
- „Wie schätzen Sie Ihr Gedächtnis ein?“
- „Vermissen Sie zur Zeit vermehrt Dinge?“
- standardisierte neuropsychologische Testungen



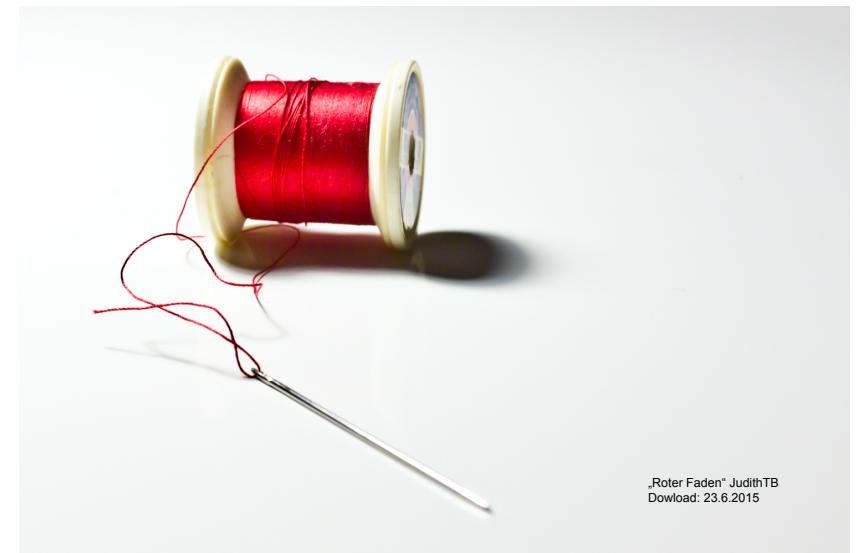
„Der Denker“ an der Kunsthalle Bielefeld Nils Ehnert Download 25.9.2015



1. Übersicht Diagnostik psychischer Erkrankungen

2. Der psychopathologische Befund

- 2.1 Definition
- 2.2 Informationsquellen und Erfassungsmethoden
- 2.3 Kategorien im AMPS-System
- 2.4 Selbst- und Fremdbeurteilungsmerkmale
- I Bewusstseinsstörungen
- II Orientierungsstörungen
- III Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen
- **IV Formale Denkstörungen**
- V Befürchtungen und Zwänge
- VI Wahn
- VII Sinnestäuschungen
- VIII Ich-Störungen
- IX Störungen der Affektivität
- X Antriebs- und psychomotorische Störungen
- XI Circadiane Besonderheiten
- XII Andere Störungen





- Formale Denkstörungen zeigen sich in sprachlichen Äußerungen.
- Es kann sich dabei um Veränderungen in der Geschwindigkeit, Kohärenz und Stringenz des Gedankenablaufes handeln.
- Als wesentliches Kriterium für den Schweregrad von Denkstörungen kann die Erschwerung des Interviews angesehen werden, die jedoch auch nicht durchgängig vorhanden sein muss.
- Formale Denkstörungen können bei emotionaler Belastung im Gespräch oder längerer Gesprächsdauer besonders deutlich werden.

Kennen Sie bereits bestimmte formale Denkstörungen?
Wie würden Sie diese definieren?



"Open Mind" Christian Weidinger Download 22.9.2015



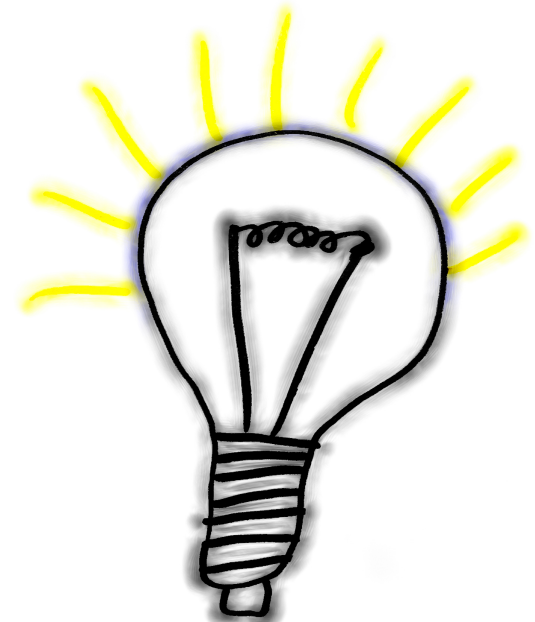
Symptom	Definition und Erläuterung
Gehemmtes Denken (S)	<ul style="list-style-type: none">Vom Patienten subjektiv erlebtes gehemmtes, gebremstes verlangsamtes, blockiertes oder stockendes Denken.Denken „wie gegen inneren Widerstand“.
Verlangsamtes Denken (F)	<ul style="list-style-type: none">Gedankengänge erscheinen dem Beobachter langsam und schleppend.
Umständliches Denken (F)	<ul style="list-style-type: none">Nebensächliches wird nicht von Wesentlichem unterschieden.„Sich verlieren“ und „hängenbleiben“ an unwichtigen Einzelheiten, ohne vom Ziel gänzlich abzukommen.Weitschweifigkeit
Eingeengtes Denken (SF)	<ul style="list-style-type: none">Einschränkung des Denkens auf wenige Inhalte bzw. Hängenbleiben, Fixierung oder Haften an einem oder wenigen Themen.Patient hat Mühe, auf ein anderes Thema überzugehen oder er kommt immer auf das alte Thema zurück.
Perseverierendes Denken (F)	<ul style="list-style-type: none">Denkinhalte werden wiederholend vorgetragen, sodass sie im aktuellen Zusammenhang unsinnvoll erscheinen.Sinnentleerte Fixierung an Worten und Angaben (Wortwiederholungen, Verbigerationen).
Grübeln (S)	<ul style="list-style-type: none">Unablässige, aber nicht zwanghafter Wiederholung unangenehmer Gedankeninhalte/Gedankenkreisen (aktuelle Probleme oder auch zurückliegende ungewollte Ereignisse)kein Fremderleben.



Symptom	Definition
Gedankendrängen (S)	<ul style="list-style-type: none">• Patient fühlt sich dem Druck vieler verschiedener Einfälle oder Gedanken ausgeliefert.• Die Fülle der sich andrängenden, immer wieder neuen Einfälle oder Gedanken sind nicht mehr zu ordnen oder zu beherrschen.• Dem Beobachter muss das Denken nicht zwangsweise als beschleunigt auffallen.
Ideenflüchtiges Denken (F)	<ul style="list-style-type: none">• Denkinhalte werden nicht straff oder zielführend sondern assoziativ aufgelockert vorgetragen.• Vermehrung von Einfällen.
Vorbeireden (F)	<ul style="list-style-type: none">• Der Patient verfehlt mit seiner Antwort das Thema der Frage, obwohl der die Frage verstanden hat.
Gedankenabreißen (gesperrtes Denken) (SF)	<ul style="list-style-type: none">• Plötzlicher Abbruch eines sonst flüssigen Gedankenganges ohne erkennbaren Grund.
Inkohärentes (zerfahrenes) Denken (F)	<ul style="list-style-type: none">• Denken und Sprechen des Patienten verlieren den verständlichen Zusammenhang.• Im Extremfall sind Denkinhalte bis in einzelne, zufällig durcheinandergewürfelte Sätze oder Gedankenbruchstücke zerrissen (dissoziiertes Denken, Sprachzerfall).
Neologistisches Denken (F)	<ul style="list-style-type: none">• Wortneubildungen, die nicht unmittelbar verständlich sind.

Hilfreiche Einstiegsfragen zu formalen Denkstörungen:

- Haben Sie das Gefühl, dass sich an Ihrem Denken etwas verändert hat?
- Fällt Ihnen das Denken schwerer/leichter als sonst?
- Haben Sie das Gefühl, zu viele Gedanken gleichzeitig im Kopf zu haben?
- Haben Sie erlebt, dass Ihnen ein Gedanke öfter einfach abhanden gekommen oder abgerissen ist?





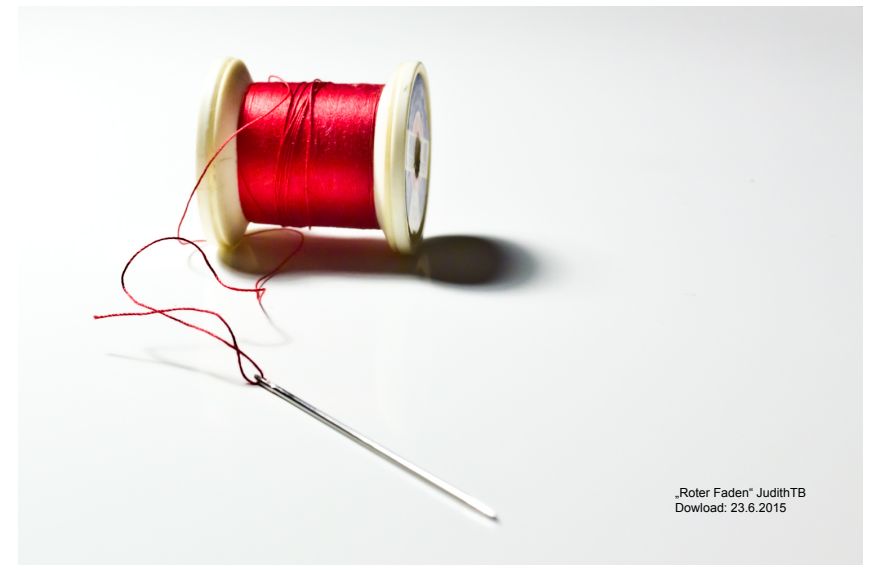
Bei welchen psychischen Erkrankungen erwarten Sie formale Denkstörungen?



1. Übersicht Diagnostik psychischer Erkrankungen

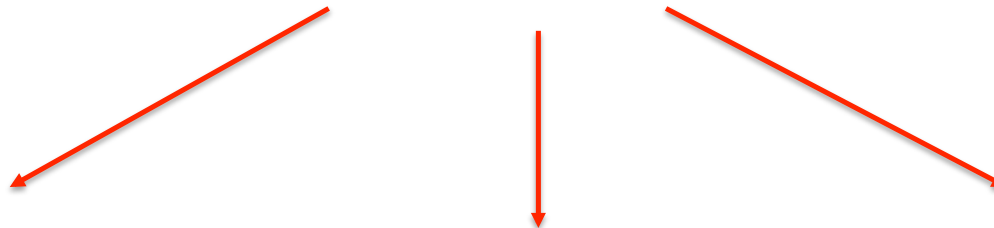
2. Der psychopathologische Befund

- 2.1 Definition
- 2.2 Informationsquellen und Erfassungsmethoden
- 2.3 Kategorien im AMPS-System
- 2.4 Selbst- und Fremdbeurteilungsmerkmale
- I Bewusstseinsstörungen
- II Orientierungsstörungen
- III Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen
- IV Formale Denkstörungen
- **V Befürchtungen und Zwänge**
- VI Wahn
- VII Sinnestäuschungen
- VIII Ich-Störungen
- IX Störungen der Affektivität
- X Antriebs- und psychomotorische Störungen
- XI Circadiane Besonderheiten
- XII Andere Störungen





Abnorme Befürchtungen sind psychopathologische Symptome, bei denen die Vorstellungen ängstlich (nicht wahnhaft!) verändert sind und das Verhalten mit bestimmen.



Misstrauen (SF)

Das Verhalten anderer Menschen wird ängstlich, unsicher oder feindselig auf die eigene Person bezogen.

Hypochondrie (S)

Befürchtung, krank zu sein oder zu werden, obwohl man objektiv gesund ist. Körperlichen Symptomen wird viel Aufmerksamkeit beigemessen, sie werden ängstlich-sorgenvoll beobachtet oder überwertet.

Phobie (S)

Angst vor bestimmten Situationen oder Objekten, die meist Vermeidungsreaktionen zur Folge haben.



Zwänge sind psychopathologische Symptome, bei denen Gedanken, Impulse und Handlungen wiederkehrend auftreten, nicht abgestellt werden können und als unsinnig erlebt werden.



Zwangsgedanken (S)

Immer wieder sich aufdrängende Gedanken oder Vorstellungen, die als unsinnig oder übertrieben erlebt werden und die willentlich nicht abstellbar sind.

Zwangsimpulse (S)

Immer wieder sich aufdrängende Impulse, bestimmte Handlungen auszuführen, die als unsinnig oder übertrieben erlebt werden.

Zwangshandlungen (S)

Immer wieder ausgeführte Handlungen, die meist als unsinnig oder übertrieben wahrgenommen werden. Z.B. Kontrollzwänge, Waschzwänge etc.



Hilfreiche Einstiegsfragen zu abnormen Befürchtungen und Zwängen:

- Ängstigen Sie sich in den letzten Tagen mehr als üblich?
- Haben Sie übermäßige Furcht vor bestimmten Dingen?
- Befürchten Sie, ernsthaft krank zu sein?
- Müssen Sie bestimmte Gedanken immer wieder denken, obwohl Sie Ihnen unsinnig vorkommen?
- Müssen Sie bestimmte Dinge immer wieder tun, obwohl Sie Ihnen unsinnig vorkommen?

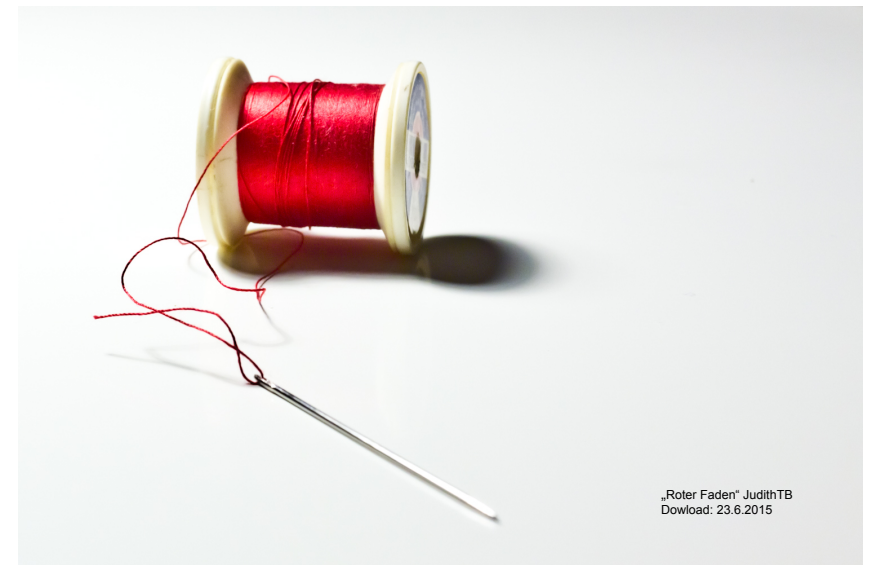




1. Übersicht Diagnostik psychischer Erkrankungen

2. Der psychopathologische Befund

- 2.1 Definition
- 2.2 Informationsquellen und Erfassungsmethoden
- 2.3 Kategorien im AMPS-System
- 2.4 Selbst- und Fremdbeurteilungsmerkmale
- I Bewusstseinsstörungen
- II Orientierungsstörungen
- III Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen
- IV Formale Denkstörungen
- V Befürchtungen und Zwänge
- **VI Wahn**
- VII Sinnestäuschungen
- VIII Ich-Störungen
- IX Störungen der Affektivität
- X Antriebs- und psychomotorische Störungen
- XI Circadiane Besonderheiten
- XII Andere Störungen



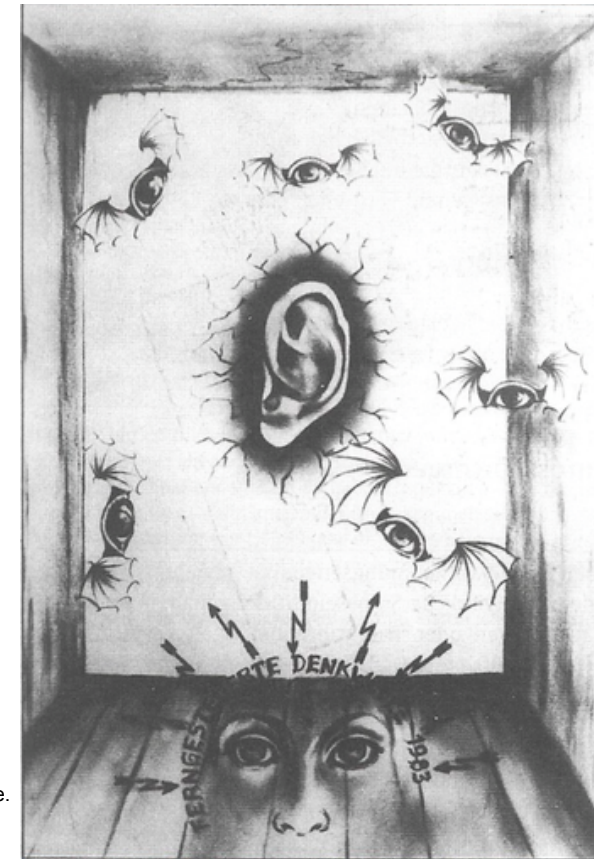
Wahn entsteht auf dem Boden einer allgemeinen Veränderung des Erlebens und imponiert als Fehlbeurteilung der Realität, die mit apriorischer Evidenz auftritt und an der mit subjektiver Gewissheit festgehalten wird, auch wenn sie im Widerspruch zur Wirklichkeit und zur Erfahrung der gesunden Mitmenschen sowie zu ihrem kollektiven Meinen und Glauben steht.

Inhaltliche Beschreibung des Wahns:

- Beziehungswahn
- Beeinträchtigungs- und Verfolgungswahn
- Eifersuchtschwahn
- Schuldswahn
- Verarmungswahn
- Hypochondrischer Wahn
- Größenwahn

Darstellung des Verfolgungswahn einer Patientin mit paranoid-halluzinatorischer Psychose, die sich u.a beobachtet und abgehört fühlt.

Bild entnommen aus: H.J. Möller, G. Laux & Deister, A. (2013). Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. Stuttgart: Thieme.





Formale Merkmale des Wahns		Definition
Wahnstimmung (S)	ist eine Stimmungsveränderung	mit einem wahnhaften Bedeutungszumessen, Meinen und Vermuten. Z.B. „Es liegt etwas in der Luft...“
Wahnwahrnehmung (S)	ist eine Wahrnehmung	mit einer wahnhaften Deutung richtiger Sinneswahrnehmungen und wahnhafter Interpretation wirklicher Wahrnehmungen (reale Personen werden als Verfolger wahrgenommen). „Die Ampel ist rot, das bedeutet man will mich aufhalten und festnehmen.“
Wahneinfall (S)	ist ein Einfall	von wahnhaften Meinungen, die plötzlich auftreten. Z.B. „Ich bin Napoleon“
Wahngedanken (S)	sind Gedanken	die dauerhaft festgehalten werden und wahnhaft sind. Z.B. persistierender Verfolgungswahn.
Systematischer Wahn (S)	ist ein Wahn	der systematisiert ist, d.h. ein inneres System hat. Z.B. umfassendes Verfolgungssystem.
Wahndynamik (SF)	ist der Affekt	mit der der Wahn erlebt wird.

**Wahneinfälle und Wahnwahrnehmungen gehen den Wahngedanken
(zeitlich gesehen) immer voraus.**



Wichtig: Zur Beschreibung des Wahns müssen immer formale Merkmale und inhaltliche Beschreibungen angegeben werden!



Selbstdarstellung eines akut
Psychosekranken

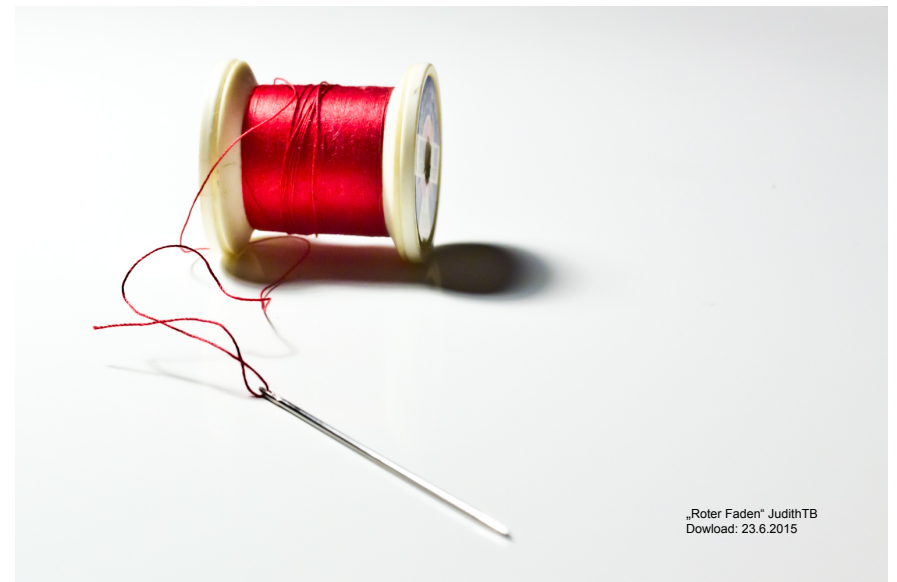
Bild entnommen aus: Entnommen aus: H.J. Möller, G.
Laux & Deister, A. (2013). Psychiatrie, Psychosomatik
und Psychotherapie. Stuttgart: Thieme.
„Sammlung Prof. G.Laux, Wasserburg“



1. Übersicht Diagnostik psychischer Erkrankungen

2. Der psychopathologische Befund

- 2.1 Definition
- 2.2 Informationsquellen und Erfassungsmethoden
- 2.3 Kategorien im AMPS-System
- 2.4 Selbst- und Fremdbeurteilungsmerkmale
- I Bewusstseinsstörungen
- II Orientierungsstörungen
- III Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen
- IV Formale Denkstörungen
- V Befürchtungen und Zwänge
- VI Wahn
- VII Sinnestäuschungen
- VIII Ich-Störungen
- IX Störungen der Affektivität
- X Antriebs- und psychomotorische Störungen
- XI Circadiane Besonderheiten
- XII Andere Störungen





Es werden 3 Arten von Sinnestäuschungen unterschieden:

- **Illusionen**
 - **Halluzinationen**
 - **Pseudohalluzinationen**
-
- Als Unterscheidungsmerkmal zwischen Halluzinationen und Illusionen dient das Vorhandensein einer Reizquelle!
 - Es kann auf sämtlichen Sinnesgebieten halluziniert werden, häufig auf mehreren Gebieten gleichzeitig.



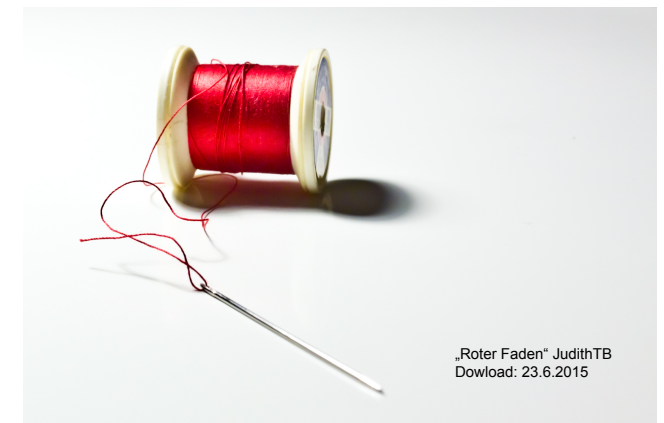
Symptom	Definition und Erläuterung
Illusionen (S)	<ul style="list-style-type: none">Stimmungsabhängige Verfälschungen oder Verkennung von realen Gegenständen, Geräuschen, Personen oder Situationen.
Akustische Halluzinationen (S)	<ul style="list-style-type: none">Hören von Stimmen, ohne das tatsächlich jemand spricht.Kein entsprechender akustischer Reiz.
Optische Halluzinationen (S)	<ul style="list-style-type: none">Visuelle Wahrnehmung ohne entsprechende Reizquelle.
Körperhalluzinationen (Zönästhesien) (S)	<ul style="list-style-type: none">Taktilen Wahrnehmen ohne entsprechende Reizquelle oder Störung des Leibesempfinden bzw. der Körperwahrnehmung ohne entsprechenden Reiz.
Geruchshalluzinationen (S)	<ul style="list-style-type: none">Geruchswahrnehmung ohne entsprechenden Geruchsreiz (olfaktorische Halluzination).
Geschmackshalluzinationen (S)	<ul style="list-style-type: none">Geschmackswahrnehmung ohne entsprechenden Geschmacksreiz (gustatorische Halluzination).



1. Übersicht Diagnostik psychischer Erkrankungen

2. Der psychopathologische Befund

- 2.1 Definition
- 2.2 Informationsquellen und Erfassungsmethoden
- 2.3 Kategorien im AMPS-System
- 2.4 Selbst- und Fremdbeurteilungsmerkmale
- I Bewusstseinsstörungen
- II Orientierungsstörungen
- III Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen
- IV Formale Denkstörungen
- V Befürchtungen und Zwänge
- VI Wahn
- VII Sinnestäuschungen
- **VIII Ich-Störungen**
- IX Störungen der Affektivität
- X Antriebs- und psychomotorische Störungen
- XI Circadiane Besonderheiten
- XII Andere Störungen





Wie würden Sie einen Patienten fragen, ob er Halluzinationen erlebt?

- Gibt es etwas, was Sie ablenkt oder ängstigt?
- Hören Sie Stimmen?
- Sind es vielleicht nur Ihre Gedanken, die da laut werden?
- Haben Sie Personen oder Gegenstände gesehen, die andere nicht sehen können?
- Gehen in Ihrem Körper merkwürdige Dinge vor?
- Haben Sie noch andere eigenartige Wahrnehmungen gemacht?

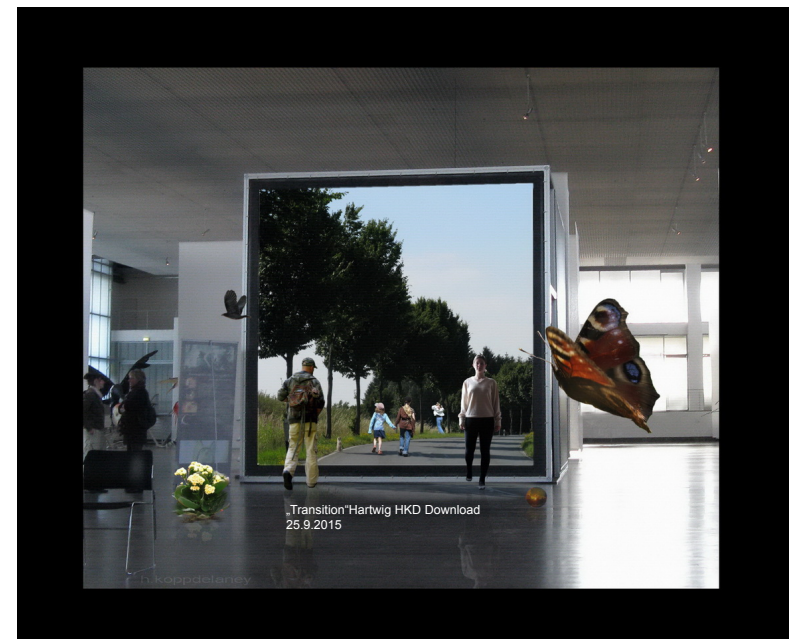


Unter **Ich-Störungen** werden Erlebensweisen abgebildet, bei denen es zu Störungen der Ich-Umweltgrenze oder zu Störungen des personellen Einheitserlebens kommt.

Ebenso zählen dazu Erlebnisweisen, in denen körperliche Vorgänge sowie das eigene Denken, Fühlen und Handeln als von außen gelenkt empfunden werden.

Es werden folgende Ich-Störungen unterschieden:

- **Derealisation (S)**
- **Depersonalisation (S)**
- **Gedankenausbreitung (S)**
- **Gedankenentzug (S)**
- **Gedankeneingebung (S)**





Übung: Können Sie die Aussagen der Patienten den passenden Ich-Störungen zuordnen?

„Sie hypnotisieren mir Gedanken in den Kopf, die garnicht meine eigenen sind.“

Gedankeneingebung

„In den Angstattden spüre ich meinen Körper nicht mehr, er fühlt sich an, als gehöre er nicht mehr zu mir.“

Depersonalisation

„Alles ist so weit weg...“

Derealisation

“Jedes Mal implantieren Sie mir ein eigenes ich, damit ich die Erinnerungen nicht behalte. Mein wirkliches ich haben Sie dafür in einen anderen Menschen eingepflanzt.“

Depersonalisation



„Da, wo meine Gedanken waren, ist jetzt ein großes schwarzes Loch. Alle meine Gedanken hat mir meine erste Freundin weggenommen.“

Gedankenentzug

„Die Leute merken, was sich denke. Alle wissen, was in meinem Kopf vorgeht.“

Gedankenausbreitung

„Plötzlich schien die Sonne so grell, alles war in weißes Licht getaucht.“

Derealisation

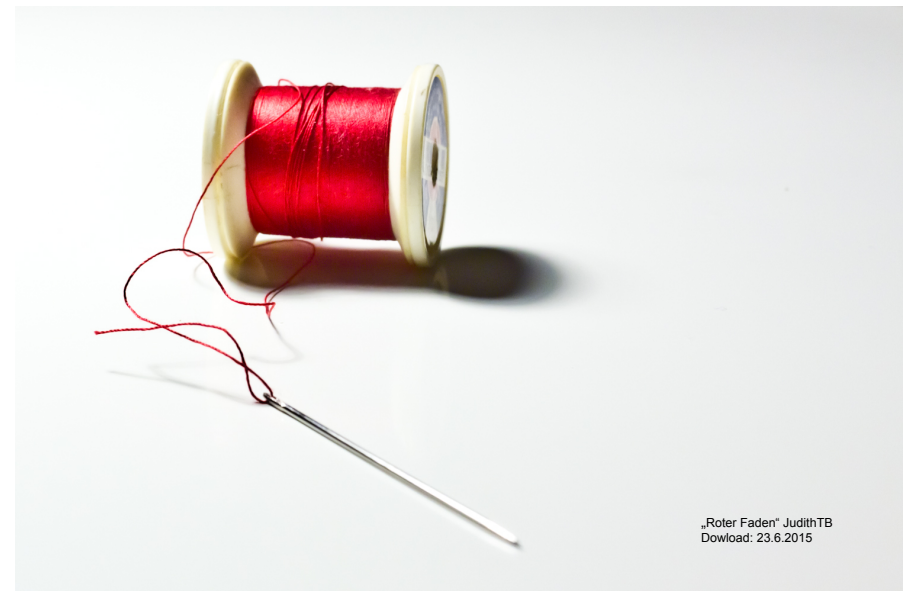
„Mein Vater kann meine Gedanken immer mithören“

Gedankenlautwerden

1. Übersicht Diagnostik psychischer Erkrankungen

2. Der psychopathologische Befund

- 2.1 Definition
- 2.2 Informationsquellen und Erfassungsmethoden
- 2.3 Kategorien im AMPS-System
- 2.4 Selbst- und Fremdbeurteilungsmerkmale
- I Bewusstseinsstörungen
- II Orientierungsstörungen
- III Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen
- IV Formale Denkstörungen
- V Befürchtungen und Zwänge
- VI Wahn
- VII Sinnestäuschungen
- VIII Ich-Störungen
- **IX Störungen der Affektivität**
- X Antriebs- und psychomotorische Störungen
- XI Circadiane Besonderheiten
- XII Andere Störungen





- Die Beurteilung affektiver Störungen führt immer wieder zu besonderen Schwierigkeiten, da hier die Grenzen zwischen Psychopathologie und gesundem Erleben besonders unscharf sind.
- Es ist im Einzelfall auch schwierig, Affekte isoliert von anderen Störungen zu betrachten. Ein Wahn z.B. ist fast immer mit einem Affekt verbunden.
- Hier muss deskriptiv vorgegangen werden. Wenn ein Patient beispielsweise das Gefühl von Schuld erlebt, müssen Schuldgefühle markiert werden, auch wenn diese im Rahmen eines Schuldwahns auftreten.

Symptom	Definition und Erläuterung
Ratlos (F)	<ul style="list-style-type: none">• Meint das Nicht-Zurechtfinden mit sich selbst, seiner Situation und seiner Umgebung.• Der Patient erscheint „stauning“, perplex, hilflos oder verwundert.
Gefühl der Gefühllosigkeit (S)	<ul style="list-style-type: none">• Leidvoll erlebter Mangel an affektiver Mitschwingungsfähigkeit, Gemütsleere und –öde im Selbsterleben.• Patienten berichten, die Gefühle seien „wie abgestorben“.



Symptom	Definition und Erläuterung
Affektarm (F)	<ul style="list-style-type: none">• Anzahl (das Spektrum) der gezeigten Affekte ist vermindert.• Gefühlsarmut, Affektarmut, emotionale Indifferenz, Gleichgültigkeit, Interessenlosigkeit, Anhedonie.
Störung der Vitalgefühle (S)	<ul style="list-style-type: none">• Herabsetzung des allgemeinen Gefühls von Kraft und Lebendigkeit, körperlicher und seelischer Frische, Spannkraft, Schwung.• Isolierte körperliche Beschwerden ohne Störungen der Vitalgefühle werden im somatischen Befund erfasst.
Deprimiert (SF)	<ul style="list-style-type: none">• Negativ getönte Befindlichkeit i.S. von Unbehagen, Niedergeschlagenheit, Freudlosigkeit, Lustlosigkeit, Interessenverlust, Sorge, Gram, Verzagtheit, Hilflosigkeit.
Hoffnungslos (S)	<ul style="list-style-type: none">• Pessimistischer Grundstimmung mit beeinträchtigtem Glaube an eine positive Zukunft.
Ängstlich (SF)	<ul style="list-style-type: none">• Patient hat Angst, manchmal ohne angeben zu können wovor.• Die grundlose Angst ist nicht immer im Ausdruck und im Verhalten ersichtlich und muss deshalb werden.
Euphorisch (SF)	<ul style="list-style-type: none">• Übersteigertes Wohlbefinden, Behagen, Heiterkeit, Zuversicht und gesteigertes Vitalgefühl.
Dysphorisch (SF)	<ul style="list-style-type: none">• Missmutige Stimmungslage, übellaunig, mürrisch, nörgelnd, unzufrieden.
Gereizt (SF)	<ul style="list-style-type: none">• Bereitschaft zu aggressiv getönten, affektiven Ausbrüchen.



Symptom	Definition und Erläuterung
Innerlich unruhig (S)	<ul style="list-style-type: none">• Patient erlebt innere Aufgeregtheit, Spannung oder Nervosität.• Aufgewühlt, innerlich getrieben oder gehetzt.
Klagsam / jammerig (F)	<ul style="list-style-type: none">• Schmerzen, Kummer, Ängstlichkeit werden ausdrucksstark in Worten, Mimik und Gestik vorgetragen („Wehklagen“).
Insuffizienzgefühle (S)	<ul style="list-style-type: none">• Das Vertrauen in die eigene Leistungsfähigkeit oder in den eigenen Wert ist vermindert oder verloren gegangen.• Gefühl, nichts wert, unfähig, untüchtig, etc. zu sein.
Gesteigerte Selbstwertgefühle (S)	<ul style="list-style-type: none">• Gefühl, besonders viel wert, besonders fähig, besonders tüchtig, etc. zu sein.• Positiv erlebtes Gefühl von Steigerung des eigenen Wertes, der Kraft oder der Leistung.
Schuldgefühle (S)	<ul style="list-style-type: none">• Gefühl, für eine Tat, einen Gedanken oder für Wünsche verantwortlich zu sein, die vor einer weltlichen oder religiösen Instanz verwerflich sind.• Realistische Schuldgefühle; falls Wahnkriterien zutreffen zusätzlich Schuldwahn.
Verarmungsgefühle (S)	<ul style="list-style-type: none">• Gefühl, den Lebensunterhalt nicht mehr bestreiten zu können. Muss nicht in depressives Erleben eingebettet sein.• Falls Wahnkriterien zutreffen zusätzlich Verarmungswahn.
Ambivalent (S)	<ul style="list-style-type: none">• Koexistenz von gegensätzlichen Gefühlen oder Impulsen.• Können als quälend erlebt werden und führen zu einem angespannten Zustand.• Der Patient berichtet z.B. eine andere Person werde von ihm gleichzeitig gehasst und geliebt.



Symptom	Definition und Erläuterung
Parathymie (F)	<ul style="list-style-type: none">• Gefühlsausdruck und berichteter Erlebnisinhalt stimmen nicht überein (paradoxe Affekte, inadäquate Gefühlsreaktion).• Patient berichtet z.B. lachend, dass er in der vergangenen Nacht missbraucht wurde.
Affektlabil (SF)	<ul style="list-style-type: none">• Rascher Wechsel der Affekt- oder Stimmungslage, der auf einen Anstoß von Außen erfolgt (Vergrößerung der affektiven Ablenkbarkeit) oder spontan auftritt (emotionale Instabilität).
Affekt-inkontinent (SF)	<ul style="list-style-type: none">• Affekte können bei geringem Anstoß überschießen, vom Patienten nicht mehr beherrscht werden und nehmen manchmal eine übermäßige Stärke an.• z.B. „Fassungsloses Weinen“ und „Ausrasten“ in Wut.
Affektstarr (F)	<ul style="list-style-type: none">• Verminderung der affektiven Modulationsfähigkeit.• Verringerung der Schwingungsfähigkeit (Amplitude).



Bei welchen psychischen Erkrankungen könnten welche affektiven Symptome vorkommen?

Aquarellbilder einer Patientin mit Depression.



Aquarellbilder einer schizodepressiven Patientin.



mit freundlicher Genehmigung der Psychiatrischen Klinik der LMU München

Hilfreiche Einstiegsfragen zu Affektstörungen:

- Hat sich etwas in Ihrem Gefühlsleben verändert?
- Fühlen Sie sich niedergeschlagen, traurig?
- Leiden Sie unter Angstzuständen?
- Fühlen Sie sich innerlich unruhig?

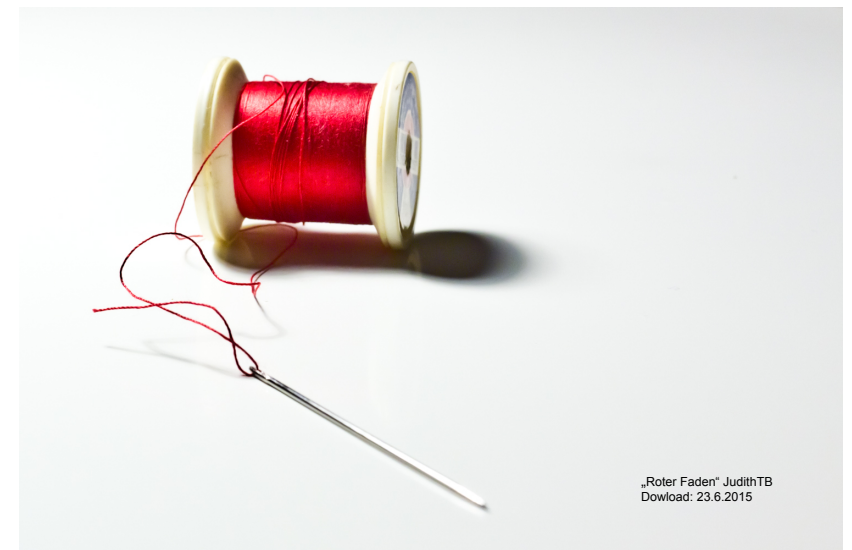




1. Übersicht Diagnostik psychischer Erkrankungen

2. Der psychopathologische Befund

- 2.1 Definition
- 2.2 Informationsquellen und Erfassungsmethoden
- 2.3 Kategorien im AMPS-System
- 2.4 Selbst- und Fremdbeurteilungsmerkmale
- I Bewusstseinsstörungen
- II Orientierungsstörungen
- III Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen
- IV Formale Denkstörungen
- V Befürchtungen und Zwänge
- VI Wahn
- VII Sinnestäuschungen
- VIII Ich-Störungen
- IX Störungen der Affektivität
- **X Antriebs- und psychomotorische Störungen**
- XI Circadiane Besonderheiten
- XII Andere Störungen





- **Antrieb** bedeutet die belebende Kraft, die die Bewegung aller psychischen Funktionen hinsichtlich Tempo, Intensität und Ausdauer bewirkt.
- So unterhält der Antrieb Lebendigkeit, Schwung, Initiative, Zuwendung, Aufmerksamkeit, Tatkraft und Unternehmergeist.
- Der Antrieb wird in erster Linie erkennbar am Aktivitätsniveau und an der Psychomotorik
- **Antriebsarm (SF):** Mangel an Energie und Initiative, mit spärlicher spontaner Motorik und mangelnder Initiative im Gespräch. Der Patient wirkt in sich selbst versunken, vernachlässigt bisherige Hobbies („Ich mache zur Zeit viel weniger als früher“).
- **Antriebsgehemmt (S):** Gebremste Energie und Initiative. Der Patient möchte gern, bringt es aber nicht zuwege, bricht ab, fühlt sich blockiert und gebremst, rafft sich wieder auf, etc.
- **Antriebsgesteigert (SF):** Zunahme der Aktivität und der Initiative im Rahmen einer geordneten (zielgerichteten) Tätigkeit, die aber nicht unbedingt sinnvoll sein muss.



Psychomotorische Störungen sind psychopathologische Symptome, bei denen die Bewegungen und der Bewegungsablauf beeinträchtigt sind.

Symptom	Definition und Erläuterung
Motorisch unruhig (SF)	<ul style="list-style-type: none">• Ziellose und ungerichtete motorische Aktivität, die sich bis zur Tobsucht steigern kann.• Patienten sind in Bewegung, laufen herum oder bewegen sich auf der Stelle. In umschriebener Form im Sinne von z.B. isolierten Kratzbewegungen .
Parakinesen (F)	<ul style="list-style-type: none">• Qualitativ abnorme, meist komplexen Bewegungen, die häufig Gestik, Mimik und auch die Sprache betreffen.• Stereotypien, Befehlsautomatismen, Negativismus
Maniriert / bizarr (F)	<ul style="list-style-type: none">• Alltägliche Bewegungen und Handlungen, die verstiegen, verschroben, posenhaft und verschnörkelt , auch spielerisch ausgeführt werden.
Theatralisch (F)	<ul style="list-style-type: none">• Aufbauschen von Situationen, Beschwerden, Störungen.
Mutistisch (F)	<ul style="list-style-type: none">• Wortkargheit bis hin zum Nichtsprechen aus psychischen Gründen.
Logorrhöisch (F)	<ul style="list-style-type: none">• Übermäßiges Reden als Folge eines unstillbaren Rededranges.• Kann stringent und logisch sein, muss nicht beschleunigt sein.



Hilfreiche Einstiegsfragen zu Antriebs- und psychomotorische Störungen:

- Hat sich in Ihrer Energie und Initiative, bestimmte Dinge zu tun, etwas verändert?
- Gehen Ihnen alltägliche Dinge schwerer von der Hand?
- Haben Sie zur Zeit besonders viel Aktivität, sind Sie besonders unternehmungslustig?
- Fühlen Sie sich innerlich unruhig?



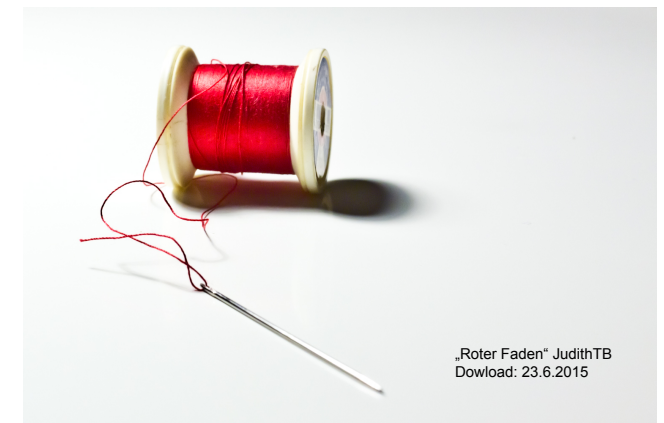
„drive“ Mark_K_Download
23.9.2015



1. Übersicht Diagnostik psychischer Erkrankungen

2. Der psychopathologische Befund

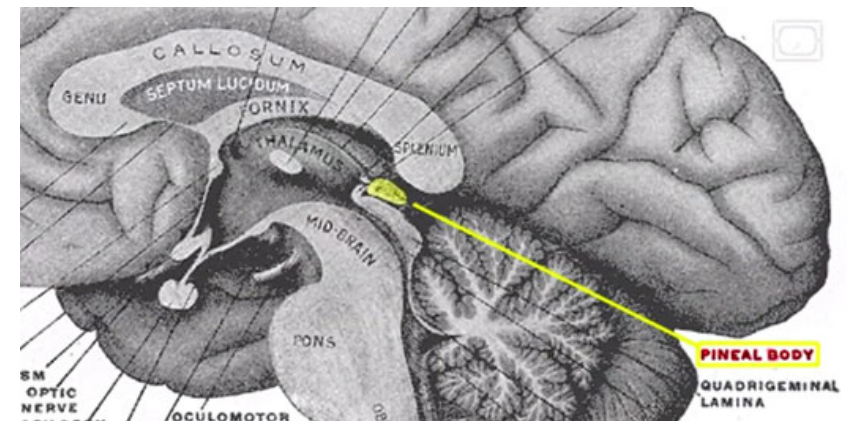
- 2.1 Definition
- 2.2 Informationsquellen und Erfassungsmethoden
- 2.3 Kategorien im AMPS-System
- 2.4 Selbst- und Fremdbeurteilungsmerkmale
- I Bewusstseinsstörungen
- II Orientierungsstörungen
- III Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen
- IV Formale Denkstörungen
- V Befürchtungen und Zwänge
- VI Wahn
- VII Sinnestäuschungen
- VIII Ich-Störungen
- IX Störungen der Affektivität
- X Antriebs- und psychomotorische Störungen
- **XI Circadiane Besonderheiten**
- XII Andere Störungen





XI. Circadiane Besonderheiten

- Unter circadianen Besonderheiten sollen regelhafte Schwankungen der Befindlichkeit und des Verhaltens des Patienten während 24-Stunden Perioden abgebildet werden.
- Es soll dabei die Gesamtbefindlichkeit beurteilt werden und nicht nur Einzelaspekte wie z.B. die circadiane Veränderung des Affektes „deprimiert“ in den klassischen Tagesschwankungen der Stimmung.
- Man unterscheidet zwischen:
 - **Morgens schlechter (SF)**
 - **Abends schlechter (SF)**
 - **Abends besser (SF)**





Hier werden psychopathologische Symptome erfasst, die diagnose-unspezifisch vorkommen können und keinem anderen Merkmalsbereich zugeordnet werden können.

Symptom	Definition und Erläuterung
Sozialer Rückzug (SF)	Reduktion bzw. Abbruch von sozialen Beziehungen und/oder sozialer Aktivitäten (z.B. Schule, Arbeit).
Soziale Umtriebigkeit (SF)	Verstärkung sozialer Aktivitäten (z.B. bei Manie).
Aggressivität (SF)	Aggressives Verhalten gegenüber Personen, Dingen, selbst.
Suizidalität (SF)	Suizidale Gedanken, Handlungen, Versuche.
Selbstbeschädigung (SF)	Selbstverletzendes Verhalten (z.B. bei Borderline-PS).
Mangel an Krankheitsgefühl (S)	Nicht vorhandenes Gefühl, krank zu sein.
Mangel an Krankheitseinsicht (S)	Nicht vorhandene Einsicht, krank zu sein.
Ablehnung der Behandlung (SF)	Ablehnung der Behandlung (z.B. Abbruch der Behandlung, medikamentöse Non-Adhärenz).
Pflegebedürftigkeit (SF)	Bedarf an Pflege durch psychische Erkrankung (z.B. Demenz).



Besonders Motivierte, die ihr Psychopathologie-Wissen testen möchten, können hier „Vokabeln üben“. 😊

<http://www.amdp.de/onlinetest/>



AMDP (2007). *Das AMDP-System - Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde (8.Auflage)*. Göttingen: Hogrefe Verlag.

AMDP Arbeitsgemeinschaft für Methodik und
Dokumentation in der Psychiatrie e. V.



Fähndrich, E., & Stieglitz, R. D. (2006). *Leitfaden zur Erfassung des psychopathologischen Befundes: halbstrukturiertes Interview anhand des AMDP-Systems*. Hogrefe Verlag.



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Weiterführende Literatur zum Thema...





Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Die kompletten Foliensätze mit allen relevanten
Inhalten finden Sie im Downloadbereich in moodle
<http://elearning.uke.uni-hamburg.de/m/course/view.php?id=6>