Allgemeine Grundlagen

1 Psychische Untersuchung und Befunderhebung

Harald J. Freyberger, Anneliese Ermer, Rolf-Dieter Stieglitz

Das diagnostische Gespräch und die Beziehung zum Patienten

Die diagnostische Erstuntersuchung und Befunderhebung erfüllt mehrere Funktionen. Erstens geht es um eine **Beziehungsaufnahme** zum Patienten, die es ihm ermöglicht, über seine Beschwerden, Probleme und Lebensumstände in einer offenen und vertrauensvollen Atmosphäre zu sprechen. In diesem Sinne hat die Erstuntersuchung auch eine psychotherapeutische Funktion, zumal sie in der Regel eine Behandlung einleitet. Zweitens geht es um eine **systematische Erhebung** der **Krankheitsanamnese**, der **Biographie**, relevanter **Persönlichkeitsaspekte**, der aktuellen **Lebenssituation** und der **psychopathologischen Merkmale**. Die Erstuntersuchung hat also primär eine diagnostische Funktion, auf deren Grundlage ein Konzept zur Störungsgenese entwickelt und erste Behandlungsmassnahmen eingeleitet werden müssen.

Die **Techniken der Befunderhebung** reichen heute von standardisierten Interviews (Kap. 2), in denen für jedes zu erhebende Merkmal vorformulierte Fragen gestellt werden, über das strukturierte klinische Interview bis zur weitgehend unstrukturierten Situation des psychodynamisch orientierten Erstinterviews, in dem es weitgehend dem Patienten vorbehalten bleibt, mit welchem Inhalt und wie er das Gespräch gestaltet. Das Ziel der Untersuchungsansätze ist dabei unterschiedlich. Während mit dem Strukturierungsgrad die Vollständigkeit und Zuverlässigkeit (Reliabilität) der erhaltenen Informationen ansteigen, gehen gleichzeitig subjektive Aspekte des Erlebens verloren, die für das Verständnis des Patienten und seiner Störung in der psychosozialen Medizin ebenso relevant sind.

Anamneseerhebung

1.2.1 Familienanamnese

Die Familienanamnese dient der Erfassung psychosozialer und krankheitsrelevanter Befunde aus der **Herkunftsfamilie** des Patienten. Im Rahmen

Tabelle 1.1. Familienanamnese

Psychosoziale Situation der Grosseltern und Eltern Alter, Beruf, finanzielle Verhältnisse, Daten und Ursachen des möglichen Todes
Geschwister Anzahl, Alter, Geschlecht, Familienstand, Stellung des Patienten in der Geschwisterreihe
Familienatmosphäre Persönlichkeitsstruktur und interaktionelle Besonderheiten von Eltern und weiteren primären Bezugspersonen, Einstellungen der Eltern zu Familie, Erziehung, Sexualität und anderen relevanten Bereichen
Familiäre Belastung mit psychiatrischen und somatischen Störungen Psychiatrische und somatische (Erb-)Krankheiten und Behandlungen in der Familie (Verwandte 1. und 2. Grades), Suizide, Suizidversuche, Störungen durch psychotrope Substanzen, delinquentes Verhalten und andere Auffälligkeiten

eines **Mehrgenerationenansatzes** sollten dabei zumindest Grosseltern, Eltern und Geschwister berücksichtigt werden. Bei der Erhebung der einzelnen Gesichtspunkte (Tab. 1.1) sollte systematisch zwischen der mütterlichen und der väterlichen Linie unterschieden werden, wobei die Erstellung eines Familienstammbaums (Kap. 25) hilfreich sein kann.

1.2.2 Biographie des Patienten

Der Biographie des Patienten kommt in der psychosozialen Medizin besondere Bedeutung zu, da bei Erkrankungen der lebensgeschichtliche Kontext, die Persönlichkeitsstruktur und die die Erkrankung auslösende biographische Situation in engem Zusammenhang stehen können. Bei der Erhebung der biographischen Daten und Umstände (Tab. 1.2) ist es sinnvoll, zwischen **äusserer** und **innerer Biographie** zu unterscheiden. Während mit der äusseren Lebensgeschichte «objektive» Daten erhoben werden, geht es bei der inneren Lebensgeschichte um den subjektiven Aspekt, d.h.

Tabelle 1.2. Biographie des Patienten

Schwangerschafts- und Geburtsumstände

Krankheiten oder psychosoziale Auffälligkeiten während der Schwangerschaft der Mutter, Alter der Mutter und des Vaters zum Zeitpunkt der Geburt, eheliches/uneheliches Kind, Geburtsort, Art der Geburt (Früh- oder Spätgeburt, Zangengeburt oder Kaiserschnitt)

Frühkindliche Entwicklung

Entwicklungsschritte des Laufens, Sprechens und der Reinlichkeitserziehung, frühkindliche Störungen (Bettnässen, Alpträume usw.), Erziehungsstil und Beziehung zu Eltern und Geschwistern, emotionale Besonderheiten

Vorschulische und schulische Entwicklung

Kindergarten, Schulentwicklung und Abschluss und damit verbundene Entwicklungsschritte (Schulwechsel, Sitzenbleiben, Stellung gegenüber bestimmten Fächern, Mitschülern und Lehrern; äussere Faktoren mit Einfluss auf die schulische Entwicklung, wie Wohnortwechsel der Eltern usw.)

Pubertät und frühes Erwachsenenalter

Ablösungskonflikte vom Elternhaus, sexuelle Entwicklung (Doktorspiele, Masturbation, hetero- und homosexuelle Kontakte, Perversionen, Schwangerschaften)

Berufliche Entwicklung

Militär-/Zivildienst, Gründe der Ausbildungs- und Berufswahl, Ausbildungsgang und -abschluss, Hintergründe für Berufs- und Stellungswechsel, subjektive Befriedigung durch den Beruf

Partnerschaften, Ehe, Familie und Kinder

Dauer der Partnerschaften, Alter, Persönlichkeit und sozioökonomischer Status der Partner, Umstände der Eheschliessung, Zahl, Alter und Herkunft der Kinder, partnerschaftliche Einstellungen (Erziehungs- und Lebensstil, Sexualität)

Sozioökonomische Besonderheiten

Wohnverhältnisse, wirtschaftliche Situation, Zugehörigkeit zu Religionsgemeinschaften, Vereinen, politischen Organisationen, soziale Kontakte ausserhalb der Familie

Tabelle 1.3. Krankheitsanamnese

Frühere psychiatrische und somatische Erkrankungen

- Entwicklung und Art der Erkrankung, Diagnosen
- Zeitpunkt, Dauer und Verlauf der Erkrankungen, ambulanter und stationärer Therapien und psychosozialer Konsequenzen (Krankschreibungen, Arbeitslosigkeit, Berentung, Behinderungen usw.)

Jetzige Erkrankung

- Chronologische Entwicklung der Beschwerden und Symptome
- Subjektive Gewichtung der Symptomatik/Erleben der Erkrankung
- Auslösesituation und dazugehörige Konfliktkonstellationen, die in Anlehnung an Dührssen [1997] folgende Problemfelder betreffen können:
 - a. Persönliche Bindungen, Liebesbeziehungen und Familienleben
 - Partnerwahl und Bindungs- bzw. Beziehungsverhalten
 - Aufnahme einer neuen Beziehung
 - besondere sexuelle Konflikte in der Partnerschaft
 - Auftauchen von Rivalitätskonflikten, Macht- oder Geltungsansprüchen in einer Beziehung
 - Konflikt in Bezug auf Besitz, Eigentum
 - Beziehung zu den eigenen Kindern
 - Verluste durch (reale oder phantasierte) Trennung
 - Verluste durch Tod
 - b. Herkunftsfamilie (z.B. Ablösungskonflikte)
 - c. Berufsprobleme, Arbeitsstörungen und Lernschwierigkeiten
 - d. Besitzerleben und -verhalten
 - e. umgebender soziokultureller Raum
- Art und Erfolg der bisherigen Behandlungsversuche (psychotherapeutisch, pharmakologisch, Heilpraktiker u.a.)
- Therapiemotivation, Erwartungen an die Behandlung
- Komplikationen (Selbstbeschädigung, Suizidalität, delinquentes Verhalten, Missbrauch psychotroper Substanzen)

wie biographische Einzelheiten erlebt worden sind und wie sie in ein inneres Konzept von sich selbst integriert werden. Neben der Würdigung von inneren oder äusseren Konflikten in der Lebensgeschichte wird in den letzten Jahren die Bedeutung von Realtraumatisierungen, wie etwa sexueller Missbrauch oder Kindsmisshandlung, stärker in den Vordergrund gerückt.

1.2.3 Krankheitsanamnese (psychische und somatische Anamnese)

Mit der Krankheitsanamnese sollen *frühere psychische und somatische Erkrankungen* sowie die *Vorge-*

schichte der jetzigen Störung erfasst werden (Tab. 1.3). Dabei ist es nicht nur notwendig, die «objektiven» Daten von Krankheitsentwicklung, -verlauf und bisherigen Behandlungsversuchen zu erheben, sondern darüber hinaus die Einstellung zur Erkrankung und bisher durchgeführten Therapien. Dem Krankheitskonzept des Patienten, d.h. seinen eigenen Vorstellungen über Ursachen und Entwicklung seiner Erkrankung, seiner sich daraus ableitenden Therapiemotivation und seinem Krankheitsverhalten (Kap. 2) kommt für die Therapieplanung eine entscheidende Rolle zu. Ein besonders wichtiger Aspekt der Krankheitsanamnese ist

die Herausarbeitung einer möglicherweise die Symptomatik auslösenden Situation, in der bestimmte intrapsychische oder interpersonelle Konflikte wirksam geworden sind.

Erhebung des psychopathologischen Befunds

Mit der Erhebung des psychopathologischen Befunds sollen die *psychischen Merkmale und Symptome* erfasst werden, die für die *Kennzeichnung der aktuellen psychischen Störung* charakteristisch sind. Während die Psychopathologie den Querschnitt wie den Verlauf symptomatologisch bzw. syndromal abbildet, sagt sie allein nichts Definitives über Ätiologie und Pathogenese der zugrundeliegenden Störung aus.

Psychopathologische Merkmale werden auf unterschiedliche Weise erfasst. Die Entscheidung, ob ein bestimmtes Phänomen als pathologisch anzusehen ist, basiert letztlich auf der Fremdbeurteilung des Untersuchers. Die Beurteilungsgrundlagen können jedoch unterschiedlich sein:

- Etliche Merkmale, wie etwa das äussere Erscheinungsbild, können nicht exploriert, sondern müssen beobachtet oder aus dem verbalen und/oder nichtverbalen Verhalten des Patienten (z.B. Neologismen) erschlossen werden (*Fremdbeobachtung*).
- Andere Phänomene, wie etwa das Merkmal «grübeln», sind allein vom Patienten wahrzunehmen und zu berichten (*Selbstaussagen*).
- Zahlreiche Merkmale basieren auf *Fremdbeobachtung und/oder Selbstaussagen* (z.B. das Merkmal «antriebsarm»).

In der psychopathologischen Befunderhebung hat sich ein systematisches Vorgehen zunehmend durchgesetzt, wie es etwa mit dem AMDP-System [AMDP, 2000] vorgeschlagen wird, wobei die psychopathologischen Symptome in Merkmalsbereiche unterteilt werden (Tab. 1.4), die der nachfolgenden Darstellung zugrundegelegt werden sollen. Als Hilfsmittel der Befunderhebung kann beim AMDP-System ein *Interviewleitfaden* herangezogen werden [Fähndrich und Stieglitz, 1998]. Dort finden sich Hinweise zur Gesprächsführung und -strukturierung und spezifische Beispielfragen für die Erfassung relevanter Merkmale.

Im Verlauf jedes Gesprächs sind *äusseres Erscheinungsbild, Verhalten in der Untersuchungssitua-*

tion und Sprechverhalten bzw. die Sprache zu beurteilen. Diese Merkmale sind zwar nicht im engeren Sinne Teil des psychopathologischen Befunds, geben aber wichtige Hinweise zur psychosozialen Integration des Patienten, zu seiner interpersonellen Kompetenz und zum Krankheitsverhalten. Eine Einschätzung von Intelligenzniveau und Begaubungsniveau ist vorzusehen.

Bewusstseinsstörungen werden aufgrund des Gesamteindrucks des Patienten im Untersuchungsgespräch beurteilt. Unterschieden werden *quantitative Bewusstseinsstörungen (Bewusstseinsverminderung)*, die durch eine Störung der *Vigilanz (Wachheit)* bedingt sind, von *qualitativen Bewusstseinsstörungen*. *Vigilanzstörungen* weisen nahezu immer auf eine organische Ätiologie hin und werden entsprechend dem Wachheitsgrad weiter unterteilt (Tab. 1.5).

Die qualitativen Bewusstseinsstörungen stellen Veränderungen des Bewusstseins dar. Dabei ist die *Bewusstseinsstrübung* durch unzureichende Klarheit bzw. Verwirrtheit von Denken und Handeln gekennzeichnet, wie sie etwa bei deliranten Zustandsbildern (Kap. 4, 5) gefunden wird. Bei der *Bewusstseinsseinerung*, wie sie für epileptische Dämmerzustände (Kap. 4) charakteristisch sein kann, kommt es bei weitgehend erhaltener Handlungsfähigkeit zur Einengung von Denkinhalten und Erlebnissen bei gleichzeitig vorhandener verminderter Ansprechbarkeit auf Aussenreize. Das Erleben ist insgesamt traumartig verändert. Bei der *Bewusstseinsverschiebung oder -erweiterung* handelt es sich um einen Zustand, der durch das Gefühl des gesteigerten Intensitäts- und Helligkeitserlebens, erhöhter Wachheit und Vergrösserung des Bewusstseinsraums gekennzeichnet ist. Derartige Zustände treten häufiger im Zusammenhang mit der Einnahme von Halluzinogenen auf (Kap. 5).

Orientierungsstörungen können teilweise aus dem Gesprächsverlauf geschlossen werden, teilweise sind sie zu explorieren. Sie erfassen die Fähigkeit, sich in der zeitlichen, räumlichen und gegenwärtigen persönlichen Situation zurechtzufinden. Die *zeitliche Orientierung* wird etwa durch Abfragen des Datums, des Wochentags, des Jahrs oder der Jahreszeit überprüft, während sich die *örtliche Orientierung* stets auf die Kenntnis des Orts bezieht, an dem sich der Patient gegenwärtig befindet. Mit *situativer Orientierung* ist die Fähigkeit gemeint, die gegenwärtige Situation (z.B. die Untersuchungssituation) zu erkennen und zu

Tabelle 1.4.
Psychopathologische
Merkmalsbereiche
(in Anlehnung an das
AMDP-System)

Äusseres Erscheinungsbild	Kleidung, Körperpflege, Gestik, Mimik, Physiognomie
Verhalten in der Untersuchungssituation	Auskunftsbereitschaft, Kooperation, Simulation, Dissimulation, interaktionelles Verhalten
Sprechverhalten und Sprache	Klang, Modulation, Sprechstörungen (Stammeln, Stottern), Sprachverständnis und Ausdrucksvermögen
Bewusstsein	Quantitativ (Bewusstseinsverminderung) Qualitativ (Bewusstseinsstrübung, -einstellung, -verschiebung)
Orientierung	Zeitlich, örtlich, situativ und zur Person
Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen	Auffassungsstörungen, Konzentrationsstörungen, Immediatgedächtnis, Kurz- und Langzeitgedächtnis
Formales Denken	Verlangsamung, Hemmung, umständliches Denken, eingeengtes Denken, Perseveration, Grübeln, Gedankendrängen, Ideenflucht, Vorbeireden, gesperrt, Gedankenabreissen, inkohärent/erfahren, Neologismen
Inhaltliches Denken	Nicht wahnhaft: Zwang, Hypochondrie, Phobien, überwertige Ideen, formale und inhaltliche Wahnmerkmale
Sinnestäuschungen	Illusion, Halluzinationen
Ich-Störungen	Derealisation, Depersonalisation, Gedankenausbreitung, -entzug, -eingebug, andere Fremdbeeinflussungserlebnisse
Affektivität	Ratlosigkeit, Gefühl der Gefühllosigkeit, affektarm, Störung der Vitalgefühle, deprimiert/depressiv, hoffnungslos, ängstlich, euphorisch, dysphorisch, gereizt, innerlich unruhig, klagsam/jammrig, Insuffizienzgefühle, gesteigertes Selbstwertgefühl, Schuldgefühle, Verarmungsgefühle, ambivalent, Parathymie, affektlabil, Affektdurchlässigkeit (-inkontinenz), affektstarr
Antriebs- und psychomotorische Störungen	Antriebsarm, -gehemmt, -gesteigert, motorisch unruhig, Parakinesen, Hyperkinesen, Akinese, Hypokinese, Stupor, Raptus, maniert/bizar, theatralisch, mutistisch, logorrhöisch
Zirkadiane Besonderheiten	Morgens schlechter Abends schlechter Abends besser
Sonstige Merkmale	Aggressivität Selbstbeschädigung Suizidalität Krankheitseinsicht, Krankheitsgefühl Sozialer Rückzug, soziale Umtriebigkeit

überblicken, während die **Orientierung zur Person** das Wissen um Merkmale der eigenen Person und lebensgeschichtliche Zusammenhänge widerspiegelt.

Aus dem Gesprächsverlauf ergeben sich zumeist erste Hinweise, ob der Patient in der Fähigkeit, seine Wahrnehmung, seine Vorstellungen und sein Denken in vollem Umfang den durch

seine Sinne vermittelten Eindrücken zuzuwenden, beeinträchtigt ist. Der Verdacht auf derartige **Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen** kann überprüft werden, indem man den Patienten bittet, fortlaufend von einer Zahl den gleichen Betrag abzuziehen (z.B. bei 81 beginnend jeweils 7 abzuziehen) oder etwa die Wochentage rückwärts aufzusagen. Hiervon sind die **Auffassungsstörungen**

Tabelle 1.5. Vigilanzstörungen (in Anlehnung an das AMDP-System)

Benommenheit
Patient ist schwer besinnlich und verlangsamt, Informationsaufnahme und -verarbeitung sind eingeschränkt
Somnolenz
Patient ist schläfrig, aber aufweckbar
Sopor
Patient schläft und ist nur durch starke Reize für kurze Zeit aufzuwecken
Koma
Patient ist bewusstlos und nicht aufweckbar

abzugrenzen, die sich auf eine Störung der Fähigkeit beziehen, Wahrnehmungserlebnisse in ihrer Bedeutung zu begreifen und mit früheren Erfahrungen zu verknüpfen. Prüfen lässt sich diese Funktion, indem man den Patienten bittet, den Sinn eines Sprichworts oder einer kurzen Fabel zu erklären.

Hinweise auf Störungen im Bereich des **Gedächtnisses** ergeben sich in der Regel bereits aus dem Gesprächsverlauf. Die Gedächtnisleistung ist ein komplexer Prozess, dessen verschiedene Komponenten (Informationsaufnahme und -entschlüsselung, Behalten dieser Informationen sowie Aufruf alter oder neuer Gedächtnisinhalte) gestört sein können. Meist wird eine Unterscheidung zwischen **Ultrakurzzeit**-, **Kurzzeit**- und **Langzeitgedächtnis** getroffen. Beim **Ultrakurzzeitgedächtnis** (Immediatgedächtnis) geht es um die unmittelbare Aufnahme und sofortige Reproduktion von Informationen, beim **Kurzzeitgedächtnis** um die Reproduktion dieser Informationen nach einem Zeitabstand von etwa 5–10 Minuten. Die Überprüfung des Ultrakurzzeit- und Kurzzeitgedächtnisses kann z.B. durch die Vorgabe von Begriffen (z.B. «Oslo, 34, Aschenbecher») oder das Nacherzählen einer Fabel nach einem entsprechenden Zeitintervall erfolgen. Beim **Langzeitgedächtnis** geht es um die Reproduktion von Informationen oder Ereignissen, die Tage bis Jahre zurückliegen können. Dem Erscheinungsbild nach werden weitere Gedächtnisstörungen differenziert (Tab. 1.6).

Gedächtnisstörungen sind zumeist ein Kardinalsymptom wie auch immer bedingter Hirnfunktionsstörungen (Kap. 4, 5); sie treten aber auch als «pseudodementielle Symptome» als subjektive

Tabelle 1.6. Weitere Gedächtnisstörungen (in Anlehnung an das AMDP-System)

Amnesien
Totale oder lakunäre, d.h. zeitlich oder inhaltlich begrenzte Erinnerungslücken; abhängig vom Zeitpunkt eines schädigenden Ereignisses (z.B. Hirntrauma oder Intoxikation) wird die retrograde (Störung für die vor dem Ereignis liegende Zeit) von der anterograden Amnesie (Störung für die Zeit nach dem Ereignis) unterschieden
Hypermnésie
Steigerung der Erinnerungsfähigkeit (z.B. bei Fieberzuständen)
Hypomnesie
Herabsetzung der Erinnerungsfähigkeit
Paramnesie
Erinnerungstäuschungen, Gedächtnisillusionen oder Truginnerungen, die z.B. im Rahmen einer wahnhaften Veränderung der Erinnerung bei schizophrenen Patienten (Kap. 6) auftreten oder als Déjà-vu - (falsches Wiedererkennen bzw. vermeintliche Vertrautheit) oder Jamais-vu-Erlebnisse (vermeintliche Fremdheit) vorkommen
Ekmnesie
Störung des Zeiterlebens und des Zeitgitters, bei der die Vergangenheit als Gegenwart erlebt wird
Zeitgitterstörung
Störung des zeitlichen Rasters und der Chronologie des Erinnerten
Konfabulation
Erinnerungslücken werden vom Patienten mit Einfällen gefüllt, die dieser tatsächlich für Erinnerungen hält

Beeinträchtigungen bei schwerer depressiven Patienten auf (Kap. 7), können sich jedoch prinzipiell bei fast allen psychischen Störungen zeigen.

In der Psychopathologie wird zwischen **formalen** und **inhaltlichen Denkstörungen** unterschieden. Bei den **formalen Denkstörungen** (Tab. 1.7) handelt es sich um «objektive» oder subjektive Veränderungen in Geschwindigkeit, Kohärenz und Stringenz des Gedankengangs oder -ablaufs, während unter **inhaltlichen Denkstörungen** in der Regel Wahnphänomene zusammengefasst werden. Als wesentliches Kriterium für den Schweregrad von Denkstörungen kann die Erschwerung des Interviews angesehen werden, wobei sich im Gespräch die formalen Denkstörungen manchmal erst bei längerem Verlauf oder im Zusammenhang mit emotionalen Belastungssituationen zeigen.

Von den formalen Denkstörungen sind die **inhaltlichen Denkstörungen** abzugrenzen, bei denen

Tabelle 1.7. Formale Denkstörungen (in Anlehnung an das AMDP-System)

Denkverlangsamung
Vom Untersucher wahrgenommene Verlangsamung des Denkens mit schleppendem Ablauf
Denkhemmung
Das Denken wird vom Patienten subjektiv als gebremst, wie gegen inneren Widerstand empfunden
Umständliches Denken
Bezogen auf den Gesprächsinhalt wird das Nebensächliche nicht vom Wesentlichen getrennt; der inhaltliche Zusammenhang bleibt aber stets erhalten
Eingeengtes Denken
Der inhaltliche Gedankenumfang ist eingeschränkt, der Patient ist mit einem oder wenigen Themen verhaftet und auf wenige Zielvorstellungen fixiert
Perseveration
Haftenbleiben an zuvor gebrauchten Worten oder Angaben, die im aktuellen Gesprächszusammenhang nicht mehr sinnvoll sind
Grübeln
Unablässiges Beschäftigtsein mit (nicht nur, aber meist) unangenehmen Themen, die vom Patienten nicht als fremd erlebt werden
Gedankendrängen
Der Patient ist dem Druck vieler Einfälle oder Gedanken ausgesetzt
Ideenflucht
Vermehrung von Einfällen, die aber nicht mehr von einer Zielvorstellung straff geführt werden; das Ziel des Denkens kann aufgrund dazwischkommender Assoziationen ständig wechseln oder verlorengehen
Vorbeireden
Der Patient geht nicht auf die Frage ein, bringt etwas inhaltlich anderes vor, obwohl aus Antwort und/oder Situation ersichtlich ist, dass er die Frage verstanden hat
Gesperrt/Gedankenabreißen
Plötzlicher Abbruch eines sonst flüssigen Gedankengangs ohne erkennbaren Grund, was vom Patienten erlebt (Gedankenabreißen) und/oder vom Interviewer beobachtet wird (gesperrt)
Inkohärent/zerfahren
Denken und Sprechen des Patienten verlieren für den Untersucher ihren verständlichen Zusammenhang, sind im Extremfall bis in einzelne, scheinbar zufällig durcheinandergewürfelte Sätze, Satzgruppen oder Gedankenbruchstücke zerrissen; von einigen Autoren wird die Inkohärenz als zerfahrenes Denken bei gleichzeitiger Bewusstseins-trübung definiert
Dazugehöriger Begriff: Kontamination (Verschmelzung heterogener Sachverhalte)
Neologismen
Wortneubildungen, die der sprachlichen Konvention nicht entsprechen und oft nicht unmittelbar verständlich sind

Tabelle 1.8. Zwangsmerkmale und nichtwahnhaftes inhaltliche Denkstörungen (in Anlehnung an das AMDP-System)

Zwangsmerkmale
Zwangsdenken
Zwanghafte Gedanken oder Vorstellungen, z.B. Zwangsgrübeln und Zwangsbefürchtungen
Zwangsimpulse
Zwanghafte Impulse, bestimmte Handlungen auszuführen
Zwangshandlungen
Auf der Grundlage von Zwangsimpulsen oder -handlungen immer wieder ausgeführte Handlungen, z.B. Wasch- oder Kontrollzwang
Nichtwahnhaftes inhaltliche Denkstörungen
Hypochondrie
Ängstlich getönte Beziehung zum eigenen Körper, an dem z.B. Missempfindungen mit der unbegründeten Befürchtung wahrgenommen werden, körperlich krank zu sein oder zu werden; normale Körpervorgänge erhalten oft eine übermäßige Bedeutung
Phobien
Angst vor bestimmten Objekten oder Situationen, die zumeist vermieden werden, z.B. soziale Phobien, Agoraphobie, Klaustrophobie, spezifische Phobien (Kap. 8)
Überwertige Ideen
Emotional stark besetzte Erlebnisinhalte oder Gedanken, die die gesamte Person in unangemessener Weise beherrschen

der Inhalt des Denkens und die Realitätskontrolle beeinträchtigt sind.

Bei den **Zwängen** handelt es sich um immer wieder gegen inneren Widerstand andrängende Merkmale, die vom Patienten als weitestgehend unsinnig erlebt werden (Tab. 1.8). Sie lassen sich nicht oder nur schwer unterbinden, bei Unterdrückung dieser Phänomene tritt Angst auf. Bei nichtwahnhaften inhaltlichen Denkstörungen werden zudem die in Tabelle 1.8 wiedergegebenen Merkmale unterschieden.

Als **Wahn** wird eine Fehlbeurteilung der Realität bezeichnet, die mit erfahrungsunabhängiger und damit unkorrigierbarer Gewissheit auftritt und an der apodiktisch festgehalten wird, auch wenn sie im Widerspruch zur Erfahrung der gesunden Mitmenschen sowie ihres kollektiven Meinens und Glaubens steht. Es besteht kein Bedürfnis nach Begründung dieser Fehlbeurteilung. Bei den Wahnphänomenen lassen sich **formale** und **inhaltliche Merkmale** unterscheiden (Tab. 1.9).

Tabelle 1.9. Formale und inhaltliche Wahnmerkmale (in Anlehnung an das AMDP-System)

<i>Formale Wahnmerkmale</i>	<i>Inhaltliche Wahnmerkmale</i>
Wahngedanken Wahnhafte Meinungen und Überzeugungen	Beziehungswahn Wahnhafte Eigenbeziehung; selbst belanglose Ereignisse werden ich-bezogen gedeutet, der Patient ist davon überzeugt, dass etwas nur seinetwegen geschieht
Wahneinfälle Meist plötzliches und unvermitteltes gedankliches Auftreten von wahnhaften Vorstellungen und Überzeugungen	Beeinträchtigungs- und Verfolgungswahn Der Patient erlebt sich selbst als Ziel von Feindseligkeiten; er fühlt sich wahnhaft bedroht, beleidigt, verspottet, er meint, die Umgebung trachte ihm nach seiner Gesundheit oder dem Leben
Wahnwahrnehmung Reale Sinneswahrnehmungen erhalten eine abnorme Bedeutung (meist im Sinne der Eigenbeziehung); die Wahnwahrnehmung ist eine wahnhafte Fehlinterpretation einer an sich richtigen Wahrnehmung	Eifersuchtswahn Wahnhafte Überzeugung, vom Lebenspartner betrogen und hintergangen worden zu sein
Wahnstimmung Die erlebte Atmosphäre des Betroffenseins, der Erwartungsspannung und des bedeutungsvollen Angemetetwerdens in einer verändert erlebten Welt; diese Stimmung besteht in einem Bedeutungszumessen und Inbeziehungsetzen, Meinen, Vermuten und Erwarten, das vom Gesunden nicht nachvollzogen werden kann	Schuldwahn Wahnhafte Überzeugung, Schuld auf sich geladen zu haben (z.B. gegenüber Gott, anderen sittlichen Instanzen, Gesetzen)
Systematisierter Wahn Beschreibt den Grad der logischen oder paralogischen Verknüpfung einzelner Wahnsymptome mit anderen Wahnphänomenen, Sinnestäuschungen, Ich-Störungen oder auch nicht krankhaft veränderter Beobachtungen oder Erlebnisse; zwischen diesen einzelnen Elementen werden Verbindungen hergestellt, die oft einen kausalen oder finalen Charakter besitzen und vom Patienten als Beweise oder Bestätigungen angesehen werden	Verarmungswahn Wahnhafte Überzeugung, nicht genug finanzielle Mittel zum Lebensunterhalt zu haben
Wahndynamik Emotionale Anteilnahme am Wahn; die Kraft des Antriebs und die Stärke der Affekte, die im Zusammenhang mit dem Wahn wirksam werden	Hypochondrischer Wahn Wahnhafte Überzeugung, krank zu sein
	Grössenwahn Wahnhafte Selbstüberschätzung und Selbstüberhöhung, z.B. Wahn hoher Abstammung, Herrscher der Welt zu sein
	Phantastischer Wahn Wahnhafte Überzeugung, sich phantastisch verwandelt oder verändert zu haben, z.B. ein Monster oder Werwolf zu sein
	Symbiontischer Wahn («folie à deux») Ein primär «Gesunder» wird vom primär «Kranken» induziert, so dass beide das Wahnerleben teilen

Zum Merkmalsbereich der Sinnestäuschungen werden Illusionen, Halluzinationen und Pseudohalluzinationen gerechnet (Tab. 1.10). Differenziert werden können die Sinnestäuschungen anhand des Vorhandenseins oder der Abwesenheit einer Reizquelle und/oder der Fähigkeit bzw. der Unfähigkeit zur Realitätskontrolle.

Unter Ich-Störungen werden Störungen des Einheitserlebens, der Identität im Zeitverlauf, der Ich-Umwelt-Grenze sowie der Ich-Haftigkeit aller Erlebnisse verstanden (Tab. 1.11).

Die Störungen der Affektivität werden teilweise aus dem Gesprächsverlauf erschlossen und teilweise gezielt exploriert (Tab. 1.12).

Antriebs- und psychomotorische Störungen werden erkennbar am Aktivitätsniveau und der Psychomotorik. Antrieb ist dabei die vom Willen weitgehend unabhängig wirkende Kraft, die die Bewegung aller psychischen Funktionen bewirkt (Tab. 1.13).

Mit den zirkadianen Besonderheiten sollen Schwankungen der Befindlichkeit und des Verhaltens des Patienten während einer 24-Stunden-Periode abgebildet werden (z.B. Befinden morgens schlechter).

Darüber hinaus sind Sozial- und Krankheitsverhalten zu beachten sowie aggressive Erlebens- und Verhaltensmuster im weiteren Sinne (Tab. 1.14).

Tabelle 1.10. Sinnestäuschungen (in Anlehnung an das AMDP-System)

<p>Illusionen Verfälschte wirkliche Wahrnehmungen; die tatsächlich vorhandene gegenständliche Reizquelle wird verkannt (im Gegensatz zur Wahnwahrnehmung)</p> <p>Stimmenhören Form der akustischen Halluzination, bei der menschliche Stimmen wahrgenommen werden, ohne dass tatsächlich jemand spricht; die Stimmen können den Patienten direkt ansprechen, imperativ oder kommentierend seine Handlungen begleiten oder in Rede und Gegenrede über ihn sprechen; Vorkommen u.a. bei schizophrenen Psychosen (Kap. 6)</p> <p>Andere akustische Halluzinationen Akustische Halluzinationen, die nicht Stimmen beinhalten (halluzinierte Geräusche, Akoasmen)</p> <p>Optische Halluzinationen Wahrnehmen von Lichtblitzen, Mustern, Gegenständen, Personen oder ganzen Szenen ohne entsprechende Reizquelle; Vorkommen u.a. beim Alkoholentzugsdelir (Kap. 5)</p> <p>Körperhalluzinationen Taktile oder haptische Halluzinationen (Wahrnehmen von nicht vorhandenen Objekten auf Haut und Schleimhäuten) und Störungen des Leibempfindens (Koenästhesien, qualitativ abnorme Leibsensationen)</p> <p>Geruchs-/Geschmackshalluzinationen Geruchs- und Geschmackswahrnehmungen, ohne dass eine Reizquelle ausgemacht werden kann</p> <p>Pseudohalluzinationen Trugwahrnehmungen, bei denen die Unwirklichkeit der Trugwahrnehmung vom Patienten erkannt wird</p> <p>Hypnagoge Halluzinationen Optische und/oder akustische Halluzinationen, die beim Einschlafen, Aufwachen oder im Halbschlaf auftreten</p>

«Primärpersönlichkeit» und Persönlichkeitsstruktur

Der *Beurteilung der Persönlichkeitsstruktur*, auf deren Grundlage sich psychopathologische Symptome entwickeln, ist in der psychosozialen Medizin seit jeher besondere Beachtung geschenkt worden. In diagnostischen Interviews geht es zum einen darum, bestimmte strukturelle Dimensionen der Persönlichkeit zu erfassen, andererseits um die gezielte Exploration auffälliger Persönlichkeitszüge (Tab. 1.15). Als **strukturelle Merkmale** können Aspekte der Selbstwahrnehmung (Wünsche, Bedürfnisse, Gefühle) und der Wahrnehmung von anderen, das Ausmass der Selbststeuerung bzw. der Impuls-

Tabelle 1.11. Ich-Störungen (in Anlehnung an das AMDP-System)

<p>Derealisation Personen, Gegenstände und Umgebung erscheinen unwirklich, fremdartig oder räumlich verändert; dadurch wirkt die Umwelt z.B. unvertraut, sonderbar oder gespenstisch</p> <p>Depersonalisation Störung des Einheitserlebens der Person im Augenblick oder der Identität in der Zeit des Lebenslaufs; die Person kommt sich selbst fremd, unwirklich, unmittelbar verändert als oder wie ein anderer und/oder uneinheitlich vor</p> <p>Gedankenausbreitung Die Gedanken gehören nicht mehr dem Patienten allein, andere haben Anteil und wissen, was er denkt (Gedankenlesen)</p> <p>Gedankenentzug Dem Patienten werden die Gedanken weggenommen oder «abgezogen»</p> <p>Gedankeneingebung Gedanken und Vorstellungen werden als von aussen her beeinflusst, gemacht, gelenkt, gesteuert, eingegeben oder aufgedrängt empfunden</p> <p>Andere Fremdbeeinflussungserlebnisse Fühlen, Streben, Wollen oder Handeln werden als von aussen gemacht erlebt</p>
--

kontrolle, die Abwehr und die Kommunikations- und Beziehungsfähigkeit herangezogen werden (Kap. 2, 34). Die zu erfassenden Persönlichkeitszüge entsprechen den Typologien der Persönlichkeitsstörungen (Kap. 14). In diesem Zusammenhang wird auch das Konzept der «prämorbidem Persönlichkeit» verständlich, das die mögliche Veränderung der Persönlichkeitsstruktur durch oder als Folge einer psychischen Erkrankung impliziert. Hiermit ist also die Persönlichkeitsstruktur zum Zeitpunkt vor dem Auftreten der Störung gemeint.

Körperliche Untersuchung und apparative Verfahren

Zu jeder Erstuntersuchung gehört eine körperlich-neurologische Untersuchung, um die mögliche organische Ursache einer psychischen Störung zu diagnostizieren bzw. auszuschliessen. Ergänzt werden sollte dies durch eine zumindest orientierende Labordiagnostik (Blutfette, -salze, Leberenzyme u.a.) und zusätzliche apparative Verfahren (EEG, CCT, MRT usw.).

Tabelle 1.12.
Störungen der
Affektivität
(in Anlehnung an das
AMDP-System)

Ratlos	Der Patient findet sich stimmungsmässig nicht mehr zurecht und begreift Situation, Umgebung oder Zukunft kaum oder gar nicht mehr; er versteht nicht mehr, was mit ihm geschieht und wirkt auf den Beurteiler «staunig» (verwundert, hilflos)
Gefühl der Gefühllosigkeit	Reduktion oder Verlust affektiven Erlebens, subjektiv erlebte Gefühlsleere; der Patient erlebt sich als gefühlsverarmt, leer, verödet, nicht nur für Freude, sondern auch für Trauer
Affektarm	Die Anzahl (das Spektrum) gezeigter Gefühle ist vermindert; wenige oder nur sehr dürftige Affekte (z.B. gleichgültig, unbeteiligt, teilnahmslos) sind beobachtbar
Störung der Vitalgefühle	Herabsetzung des Gefühls von Kraft und Lebendigkeit, der körperlichen und seelischen Frische und Ungestörtheit
Deprimiert/ depressiv	Negativ getönte Befindlichkeit im Sinne einer niedergedrückten und niedergeschlagenen Stimmung
Hoffnungslos	Pessimistische Grundstimmung, fehlende Zukunftsorientierung; der Glaube an eine positive Zukunft ist vermindert oder abhanden gekommen («Schwarzsehen»)
Ängstlich	Der Patient hat Angst, manchmal ohne angeben zu können, wovor; die Angst kann sich frei flottierend, unbestimmt, in Angstanfällen und/oder durch körperliche Symptome (Schwitzen, Zittern) äussern
Euphorisch	Zustand übersteigerten Wohlbefindens, Behagens, der Heiterkeit, der Zuversicht, des gesteigerten Vitalgefühls
Dysphorisch	Missmutige Verstimmtheit; der Patient ist schlecht gelaunt, mürrisch, moros, nörgelnd, missgestimmt, unzufrieden, ärgerlich
Gereizt	Der Patient ist in einem Zustand erhöhter Reizbarkeit bis hin zur Gespanntheit
Innerlich unruhig	Der Patient spürt innere Aufregtheit, Spannung oder Nervosität
Klagsam/jammrig	Schmerz, Kummer, Ängstlichkeit werden ausdrucksstark in Worten, Mimik und Gestik vorgetragen («Wehklagen»)
Insuffizienzgefühle	Das Vertrauen in die eigene Leistungsfähigkeit oder den eigenen Wert ist vermindert oder verlorengegangen
Gesteigertes Selbstwertgefühl	Ein positiv erlebtes Gefühl der Steigerung des eigenen Werts, der Kraft und/oder der Leistungsfähigkeit
Schuldgefühle	Der Patient fühlt sich für eine Tat, Gedanken oder Wünsche verantwortlich, die seiner Ansicht nach vor einer weltlichen oder religiösen Instanz, anderen Personen oder sich selbst gegenüber verwerflich sind
Verarmungsgefühle	Der Patient fürchtet, dass ihm die Mittel zur Bestreitung seines Lebensunterhalts fehlen
Ambivalent	Koexistenz widersprüchlicher Gefühle, Vorstellungen, Wünsche, Intentionen und Impulse, die als gleichzeitig vorhanden und meist auch als qualend erlebt werden
Parathymie	Gefühlsausdruck und berichteter Erlebnisinhalt stimmen nicht überein (paradoxe Affekte, inadäquate Gefühlsreaktion)
Affektlabil	Schneller Stimmungswechsel, der auf einen Anstoss von aussen erfolgt (Vergrösserung affektiver Ablenkbarkeit) oder auch scheinbar spontan auftritt
Affektdurchlässigkeit (Affektinkontinenz)	Affekte können bei geringem Anstoss überschliessen, vom Patienten nicht beherrscht werden und manchmal eine übermässige Stärke annehmen
Affektstarr	Verminderung der affektiven Modulationsfähigkeit; hier ist die Schwingungsfähigkeit (Amplitude) verringert

Tabelle 1.13. Störungen des Antriebs und der Psychomotorik (in Anlehnung an das AMDP-System)

Antriebsarm
Mangel an Energie, Initiative und Anteilnahme
Antriebsgehemmt
Energie, Initiative und Anteilnahme werden vom Patienten als gebremst/blockiert erlebt
Antriebsgesteigert
Zunahme an Energie, Initiative und Anteilnahme
Motorisch unruhig
Gesteigerte und ungerichtete motorische Aktivität
Parakinesen
Qualitativ abnorme, meist komplexe Bewegungen, die häufig Gestik, Mimik und auch Sprache betreffen;
Stereotypien sind sprachliche oder motorische Äusserungen, die oft längere Zeit hindurch in immer gleicher Form wiederholt werden; hierzu gehören
Verbigerationen (Wortstereotypien), Katalepsie (Haltungstereotypien), Echolalie (Wiederholen von vorgesprochenen Worten und kurzen Sätzen) und die
wächserne Biegsamkeit (Flexibilitas cerea); beim Befehlsautomatismus führt der Patient automatisch Handlungen aus, die er selbst nicht als von ihm intendiert erlebt; beim Negativismus tun Patienten gerade das nicht, was man von ihnen erwartet, oder sie tun genau das Gegenteil
Hyperkinesen
Bewegungsunruhe von impulsivem Charakter
Akinese/Hypokinese
Bewegungslosigkeit/Mangel an Bewegung
Stupor
Relative Bewegungslosigkeit mit Einschränkung von Reizaufnahme und Reaktionen
Raptus
Ungeordneter, plötzlich auftretender Bewegungssturm aus einem Zustand der Ruhe heraus
Maniert/bizar
Alltägliche Bewegungen und Handlungen (auch Gestik, Mimik und Sprache) erscheinen dem Beobachter verstiegen, verschroben, posenhaft und verschnörkelt
Theatralisch
Die Patienten erwecken den Eindruck, als würden sie sich selber darstellen
Mutistisch
Wortkargheit bis zum Nichtsprechen (Verstummen)
Logorrhöisch
Verstärkter Redefluss

Tabelle 1.14. Sozial- und Krankheitsverhalten und aggressive Erlebens- und Verhaltensmuster (in Anlehnung an das AMDP-System)

Sozial- und Krankheitsverhalten
Sozialer Rückzug
Einschränkung der Kontakte zu anderen Menschen
Soziale Umtriebigkeit
Vermehrung der Kontakte zu anderen Menschen
Mangel an Krankheitsgefühl
Der Patient fühlt sich nicht krank, obwohl er krank ist
Mangel an Krankheitseinsicht
Der Patient erkennt seine krankhaften Erlebnis- und Verhaltensweisen nicht als krankheitsbedingt an
Ablehnung der Behandlung
Widerstreben gegen verschiedene therapeutische Massnahmen und/oder gegen Krankenhausaufnahme und -aufenthalt
Aggressive Erlebens- und Verhaltensmuster
Aggressivität
Aggressionstendenzen (verbale Aggression, erhöhte Bereitschaft zu Tätlichkeiten als Angriff oder als Verteidigung) und Aggressionshandlungen (Gewalthandlungen gegen Personen oder Gegenstände)
Suizidalität
Suizidgedanken oder -handlungen
Selbstbeschädigung
Selbstverletzungen ohne damit verbundene Suizidabsichten

Tabelle 1.15. Persönlichkeitsstruktur [in Anlehnung an AK OPD, 1998]

Strukturelle Dimensionen
Selbstwahrnehmung
Wahrnehmung von anderen
Selbststeuerung/Impulskontrolle
Abwehr
Beziehungsfähigkeit
Kommunikationsfähigkeit
Auffällige Persönlichkeitszüge
Abhängig (dependent)
Affektiv
Anankastisch
Asthenisch
Dissozial (antisozial)
Hysterisch
Narzisstisch
Paranoid
Schizoid
Selbstunsicher

Psychologische Diagnostik

In den letzten Jahren hat die psychologische Diagnostik zusehends mehr Bedeutung im Gesamtkontext der Diagnostik psychischer Störungen gefunden [Stieglitz et al., 2001]. Entsprechend ihren unterschiedlichen Zielsetzungen und Funktionen kann die psychologische Diagnostik Beiträge zu verschiedenen Aufgaben leisten, z.B. Deskription, Klassifikation, Prognose oder Evaluation von Therapiemaßnahmen [Stieglitz, 2000].

Aufgrund der langen Tradition psychologischer Diagnostik sind viele kaum noch zu überblickende Verfahren entwickelt worden, die sich hinsichtlich unterschiedlicher Merkmale strukturieren und klassifizieren lassen. Im folgenden soll eine Unterscheidung hinsichtlich dreier Hauptgruppen getroffen werden: **klinische Verfahren** im eigentlichen Sinne, **Verfahren zur Leistungs- sowie Persönlichkeitsdiagnostik**. Es werden Verfahren exemplarisch genannt, die hinsichtlich **psychometrischer Kriterien** hinreichend evaluiert worden sind: Objektivität (Grad der Unabhängigkeit der Durchführung, Auswertung und Interpretation vom Untersucher), Reliabilität (Grad der Zuverlässigkeit) und Validität (Grad der Gültigkeit), für welche Normwerte bzw. zumindest Referenzwerte zur Einordnung individueller Werte in Relation zu Vergleichsstichproben vorliegen. Weitere Selektionskriterien der aufgeführten Verfahren stellen besonders die Bewährung in der klinischen Praxis wie Forschung dar, sowie das Vorliegen deutschsprachiger Versionen.

Die **Einbeziehung psychologischer Untersuchungsverfahren** stellt zwar einen wichtigen Teilaspekt innerhalb des diagnostischen Prozesses dar, muss jedoch als ein «Baustein» angesehen werden, der durch andere Aspekte ergänzt werden muss, z.B. fremdanamnestische Angaben oder auch die Verhaltensbeobachtung während einer testpsychologischen Untersuchung.

Psychologische Untersuchungsverfahren sollten immer dann **Anwendung** finden, wenn sich aus der Anamnese (Abschnitt 1.2), dem klinischen Gespräch, der klinischen Prüfung bestimmter Funktionen (Gedächtnis, Konzentration) bzw. den subjektiven Berichten/Klagen des Patienten Hinweise auf Beeinträchtigungen, Störungen oder Defizite ergeben.

Aufgrund der Normierung der meisten Verfahren ergibt die **testpsychologische Untersuchung** in der Regel formal leicht zu klassifizierende

Ergebnisse ($IQ = 96$ = durchschnittliche Intelligenz). Es gilt jedoch, bei jedem Verfahren die spezifischen Messfehler zu berücksichtigen (Reliabilität immer <1), die Aussagen erlauben, in welchem «Vertrauensintervall» ein ermittelter Testwert liegt. Zudem sind bei der Interpretation eines Ergebnisses weitere Faktoren zu berücksichtigen, die sich zum einen aus der Untersuchungssituation ergeben können, wie situative Faktoren (z.B. Lärm, Hitze), oder auch mit der zu untersuchenden Person im Zusammenhang stehen (z.B. Motivation, Anstrengungsbereitschaft). Darüber hinaus ist bei der Interpretation von Persönlichkeits- und Leistungsdaten das prämorbid Nivea in Rechnung zu stellen, da immer nur der aktuelle Querschnittbefund erhoben werden kann (z.B. Leistung: u.a. Schul- und Berufsabschluss).

Es liegen zwar heute für viele relevante Bereiche bzw. Teilbereiche psychischer Störungen geeignete Instrumente vor. Dennoch lassen sich einige nicht oder nur schwer mittels psychologischer Untersuchungsansätze objektivieren (z.B. Halluzinationen). Hier stellen weiterhin die klinische Beobachtung und das klinische Gespräch die geeignetsten Untersuchungsmethoden dar.

Der **Einsatz psychologischer Verfahren**, die zumeist – die Durchführung betreffend – durch einen hohen Grad an Standardisierung gekennzeichnet sind, bedeutet jedoch nicht deren schematische Anwendung. Die Durchführung einer testpsychologischen Untersuchung setzt neben einer fundierten Ausbildung in psychologischer Diagnostik unter anderem die gezielte Auswahl geeigneter Verfahren entsprechend den jeweiligen Fragestellungen (wichtig: Absprache Arzt/Psychologe) und die Planung der Abfolge der eingesetzten Verfahren voraus sowie eine längere Phase der Kontaktaufnahme zum Patienten («Warming-up»-Phase), unter anderem mit dem Ziel, ihn über Sinn und Zweck der Untersuchung zu informieren und zur Mitarbeit zu motivieren.

1.6.1 Klinische Verfahren

Unter klinischen Verfahren sollen solche verstanden werden, die unter der Zielsetzung der **Erfassung spezifischer Aspekte psychischer Störungen** entwickelt wurden, z.B. Depressivität. Diese wurden bisher zumeist in der Forschung eingesetzt, finden jedoch immer mehr auch Anwendung in der klinischen Praxis, da sie besonderes zur Schweregradbestimmung gewisser klinisch relevanter Syndro-

Tabelle 1.16. Klinische Skalen (Beispiele)

Bereiche	Verfahren	Abkürzung	S/F	Autor(en)
Gesamt-psychopathologie	Symptom Check List	SCL-90R	S	Derogatis et al.
	AMDP-System	AMDP	F	AMDP
Befindlichkeit	Befindlichkeitsskala	Bf-S/Bf-S'	S	von Zerssen
Beschwerden	Beschwerdenliste	B-L/B-L'	S	von Zerssen
	Freiburger Beschwerdenliste	FBL/FBL-K	S	Fahrenberg
Depressivität	Depressivitätsskala	D-S/D-S'	S	von Zerssen
	Beck-Depressions-Skala	BDI	S	Beck et al.
Angst/Ängstlichkeit	Hamilton-Depressions-Inventar	HAMD	F	Hamilton
	Self-Rating Anxiety Scale	SAS	S	Zung
	State-Trait-Angstinventar	STAI	S	Spielberger et al.
	Hamilton-Angst-Skala	HAMA	F	Hamilton
Zwang	Hamburger Zwangsinventar	HZI	S	Zaworka et al.
	Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale	Y-BOCS	F	Goodman et al.
S = Selbstbeurteilung, F = Fremdbeurteilung. Nähere Angaben zu den Verfahren finden sich bei Stieglitz et al. [2001], CIPS [1996], AMDP und CIPS [1990].				

me (*Statuserfassung*) als auch Therapieevaluation (*Veränderungserfassung*) Anwendung finden und damit zur Objektivierung beitragen können. Die ermittelten **Syndromwerte** oder das Erreichen eines bestimmten «Cut-off»-Werts bedeutet nicht, dass eine bestimmte Diagnose vorliegt (z.B. Depression). Die Ergebnisse können jedoch im Kontext des gesamten diagnostischen Prozesses neben anderen Informationen mit zur Diagnosestellung herangezogen werden (Kap. 3).

Klinische Verfahren lassen sich hauptsächlich hinsichtlich der einbezogenen **Datenquellen**, d.h. der Personen, von denen bestimmte Informationen eingeholt werden, unterteilen (meist Selbst- und Fremdbeurteilungen) sowie des Indikationsbereichs, d.h. des Anwendungsbereichs, unterscheiden. Gerade im Bereich klinischer Verfahren wurde in den letzten 30 Jahren eine nicht mehr zu überblickende Flut von Skalen zu unterschiedlichen Indikationsbereichen entwickelt. In Tabelle 1.16 finden sich daher nur Beispiele von Verfahren, die sich hinreichend bewährt haben.

Die einzelnen Verfahren erlauben, ein unterschiedlich breites Spektrum klinisch/psychopathologisch relevanter Syndrome abzubilden. Unterschieden werden **ein- und mehrdimensionale Verfahren**. So erlaubt z.B. das AMDP-System

mit seinen 140 Merkmalen die Erfassung von 8 Syndromen (u.a. paranoid-halluzinatorisches Syndrom, depressives Syndrom, manisches Syndrom), während andere Verfahren nur spezifische Syndrombereiche abbilden (z.B. Hamilton-Depressionsskala, HAMD). Besonders für den Depressionsbereich sind viele Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren entwickelt worden. Gleiche Skalenbezeichnungen bedeuten dabei jedoch nicht notwendigerweise gleiche Inhalte, da mit den einzelnen Skalen zum Teil sehr unterschiedliche Aspekte eines depressiven Syndroms erfasst werden (z.B. HAMD: Fokus auf körperlichen Aspekten; Beck-Depressions-Inventar (BDI): Fokus auf kognitiven Aspekten).

Insbesondere aus Ökonomiegründen (z.T. geringe Durchführungszeit, Durchführung durch Patienten), aber auch aufgrund guter psychometrischer Qualität (Reliabilität und Validität) finden **Selbstbeurteilungsverfahren** sehr häufig Anwendung. Sie sind in der Regel auch bei Patienten mit psychischen Störungen gut einsetzbar (Ausnahme: sehr schwer gestörte psychotische Patienten in der Akutphase), setzen jedoch ein bestimmtes intellektuelles Mindestniveau voraus.

Daneben stellen **Fremdbeurteilungsverfahren** eine ebenfalls in Routine wie Forschung sehr

Tabelle 1.17.
Leistungsverfahren
(Beispiele)

Bereiche	Verfahren	Abkürzung	Autor(en)
Intelligenz	Hamburg-Wechsler-Intelligenztest	HAWIE-R	Wechsler
	Reduzierter Hamburg-Wechsler-Intelligenztest	WIP	Dahl
	Intelligenzstrukturtest	IST-70	Amthauer
	Leistungsprüfsystem	LPS	Horn
	Standard Progressive Matrices	SPM	Raven
Aufmerksamkeit/ Konzentration	Test d2	d2	Brickenkamp
Merkfähigkeit/ Gedächtnis	Wechsler Memory Scale-revised Lern-Gedächtnis-Test	WMS-R LGT-3	Wechsler Bäumler
Nähere Angaben zu den Verfahren finden sich bei Stieglitz et al. [2001].			

häufig eingesetzte Verfahrensgruppe dar. Die Anwendung setzt jedoch in der Regel klinische Erfahrung voraus, zusätzlich ein umfassendes Training mit dem jeweiligen Instrument als notwendige Voraussetzung für eine adäquate Anwendung. Von da her stellt das Kriterium der Interrater-Reliabilität (Grad der Übereinstimmung zwischen verschiedenen Untersuchern) ein weiteres wichtiges Evaluationskriterium für diese Verfahrensgruppe dar.

Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren stimmen in der Regel nicht vollständig überein (Korrelationen meist im Bereich 0,5–0,6). Empirische Studien zeigen zudem, dass beide unterschiedliche Perspektiven abbilden, die nicht austauschbar sind und sich beide gegenseitig ergänzen. In Studien zur Evaluation therapeutischer Interventionen wird jedoch den Fremdbeurteilungsverfahren eine etwas grössere Bedeutung zugesprochen, da sie auch bei schwerer gestörten Patienten anwendbar sind und therapeutische Effekte oft differenzierter abzubilden erlauben.

1.6.2 Leistungsdiagnostik

Der *psychologischen Leistungsdiagnostik* kommt bei Patienten mit psychischen Störungen unter verschiedenen Aspekten besondere Bedeutung zu, z.B. die *Quantifizierung von Leistungsstärken wie -defiziten* im Hinblick auf Therapie, Rehabilitation oder Prognose, aber auch im Hinblick auf *diagnostische Fragestellungen* (z.B. Demenzdiagnostik, Intelligenzminderung). Erfasst bzw. überprüft werden in der Regel die Bereiche *Intelligenz, Aufmerksamkeit/Konzentration sowie Merkfähigkeit/Gedächtnis*.

Auch hier findet sich, wie bei den klinischen Verfahren, eine Reihe hinsichtlich psychometrischer Kriterien bewährter Verfahren, von denen an dieser Stelle ebenfalls nicht alle genannt werden können [Brickenkamp, 1997]. In Tabelle 1.17 findet sich daher wiederum nur eine Auswahl an Verfahren, die in der psychosozialen Medizin als hinreichend bewährt anzusehen sind.

Unter dem Aspekt der Leistungsdiagnostik auch zu subsumieren sind Verfahren, die zur *neuropsychologischen Diagnostik* verwendet werden. Sie werden zum Teil mit ähnlicher Zielsetzung eingesetzt wie Verfahren zur allgemeinen Leistungsdiagnostik. Sie zielen jedoch zusätzlich darauf ab, den Funktionszustand bestimmter Hirnfunktionen zu objektivieren bzw. Störungsmuster differenziert zu beschreiben. Auch hier gibt es eine Reihe von klinisch bewährten Verfahren, von denen einige in Tabelle 1.18 aufgeführt sind.

Darüber hinaus findet sich eine Reihe *Verfahren zur Überprüfung spezifischer Funktionen* [Stieglitz et al., 2001], wie Apraxie oder Händigkeit.

1.6.3 Persönlichkeitsdiagnostik

Die Persönlichkeitsdiagnostik stellt den letzten wichtigen Bereich psychologischer Diagnostik dar, der für die Diagnostik psychischer Störungen von Bedeutung ist. Zwar werden Verfahren aus dieser Gruppe im Vergleich zu den anderen Gruppen weniger häufig eingesetzt, jedoch liefern diese Verfahren wichtige Informationen zur Beschreibung der Persönlichkeit, die durch die anderen Verfahrensgruppen nicht zu erhalten sind.

Tabelle 1.18.
Neuropsychologische
Verfahren (Beispiele)

Bereiche	Verfahren	Abkürzung	Autor(en)
Aufmerksamkeit	Zahlenverbindungstest	ZVT	Oswald
	Continuous Performance Test	CPT	Rossvold et al.
Gedächtnis	Benton-Test	BT	Benton
	Diagnostikum für Zerebralschädigung	DCS	Weidlich und Lamberti
Denken	Verschiedene Untertests	LPS	Horn
	Leistungsprüfsystem	IST-70	Amthauer
	Intelligenzstrukturtest		
	Wisconsin Card Sorting Test	WCST	Nelson
Nähere Angaben zu den Verfahren finden sich bei Stieglitz et al. [2001].			

Tabelle 1.19.
Persönlichkeitstests
(Beispiele)

Bereiche	Verfahren	Abkürzung	Autor(en)
Persönlichkeit			
	Gesamt	Minnesota Multiphasic Personality Inventory	MMPI-Saarbrücken
		Freiburger Persönlichkeitsinventar	FPI-R
Teilbereiche	State-Trait-Angstinventar	STAI	Fahrenberg et al.
	Eysenck-Persönlichkeitsinventar	EPI	Spielberger et al. Eysenck
Prämorbid	Münchener Persönlichkeitstest	MPT	von Zerssen
	Biographisches Persönlichkeitsinventar	BPI	von Zerssen
Nähere Angaben zu den Verfahren finden sich bei Stieglitz et al. [2001] und Jäger [1988].			

Entsprechend den unterschiedlichen **Zielsetzungen** lassen sich zwei Hauptgruppen unterscheiden:

1. Verfahren zur Erfassung der Persönlichkeit im eigentlichen Sinn.
2. Verfahren zur Erfassung der prämorbiden Persönlichkeit.

Für diesen Bereich sind in Tabelle 1.19 die wichtigsten **psychometrischen Verfahren** aufgeführt. Nicht aufgenommen wurden die «projektiven Verfahren», da sie hinsichtlich psychometrischer Kriterien in der Regel weniger gut abgesichert sind. Über Möglichkeiten und Grenzen projektiver Verfahren informieren Leichsenring und Hiller [2001].

Bei der **Beschreibung der Persönlichkeit** geht es um die Erfassung relativ **zeitstabiler**, für eine Person charakteristischer Merkmale (Persönlich-

keitsmerkmale, Dispositionen, «traits») im Gegensatz zu **zeitveränderlichen**, situations- oder zustandsabhängigen Merkmalen («states»), wie sie z.B. mit den klinischen Verfahren erfasst werden (z.B. Depressivität als ein unter Therapie veränderliches Syndrom). Die Persönlichkeitsdiagnostik hat neben der Leistungsdiagnostik die längste Tradition, so dass auch hier auf eine Reihe von Verfahren zurückgegriffen werden kann. International am bekanntesten ist das Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) bestehend aus 566 Fragen zu unterschiedlichen Bereichen, wie Psychopathie, Depression. Das Verfahren hat sich trotz einer Reihe methodischer Einwände besonders im klinischen Bereich bewährt, ist jedoch vom Umfang her betrachtet nur bedingt einsetzbar. Im deutschen Sprachbereich wird das Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI-R) mit seinen 212 Items,

die sich auf 10 «Primärskalen» (u.a. Gehemmtheit, Aggressivität, Leistungsorientierung) und 2 übergeordnete Skalen (Extraversion, Emotionalität) verteilen, am häufigsten eingesetzt. Beide Verfahren erfassen als mehrdimensionale Verfahren unterschiedliche Facetten der Persönlichkeit. Zahlreiche empirische Studien belegen, dass für den Bereich «Persönlichkeit» besonders den Faktoren «Extraversion» und «Neurotizismus» Bedeutung zukommt, da sie sich in zahlreichen Studien unterschiedlicher Zielsetzung immer wieder haben replizieren lassen. Diese sind, wenngleich zum Teil mit unterschiedlicher Bezeichnung, Inhalt der meisten mehrdimensionalen Verfahren. Daneben gibt es Verfahren, die spezifische Teilaspekte erfassen, z.B. das «State-Trait»-Angstinventar (STAI), das zeitvariante wie zeitstabile Aspekte von Ängstlichkeit erfasst.

Problematisch bei Verfahren zur Persönlichkeitsdiagnostik, die fast alle als Selbstbeurteilungsverfahren konzipiert worden sind, ist die Gefahr von «Antworttendenzen» (Tendenz zu sozial erwünschten Antworten, Tendenz zur Mitte bei mehrstufigen Antwortmöglichkeiten), die eine Einschränkung der Interpretierbarkeit bedeuten. Um diese zu kontrollieren, wurde versucht, in die entsprechenden Verfahren Kontroll- oder Lügenskalen einzubauen (z.B. FPI-R: Offenheitsskala).

In den letzten Jahren erst stärker an Bedeutung gewonnen haben Verfahren zur Erfassung der **prämorbid**en Persönlichkeit, die darauf abzielen, das Erleben und Verhalten von Personen vor der Zeit des Ausbruchs einer psychischen Erkrankung zu erfassen. Nach von Zerssen [2001], der sich im wesentlichen um diesen Bereich verdient gemacht hat, hat die Diagnostik der prämorbiden Persönlichkeit grosse praktische Bedeutung im Hinblick auf die Krankheitsdiagnostik wie für Indikation bzw. therapeutische und/oder rehabilitative Massnahmen. Von Zerssen entwickelte sowohl Selbst- als auch Fremdbeurteilungsverfahren (Tab. 1.19),

die besonders im Bereich der affektiven Störungen evaluiert worden sind und in Beziehung zu klassischen psychopathologischen Konzepten stehen, wie Typus melancholicus nach Tellenbach. Empirische Studien belegen den Zusammenhang zwischen bestimmten prämorbid manifesten Persönlichkeitsmerkmalen und bestimmten Erkrankungen.

Literatur

- Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP, 2000): Das AMDP-System. Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde. 6. Aufl. Hogrefe, Göttingen.
- AMDP, CIPS (1990): Rating Scales for Psychiatry. Beltz, Weinheim.
- Arbeitskreis OPD (Hrsg, 1998): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Grundlagen und Manual. Huber, Bern.
- Brickenkamp R (1985): Erster Ergänzungsband zum Handbuch psychologischer und pädagogischer Tests. Hogrefe, Göttingen.
- Brickenkamp R (1997): Handbuch psychologischer und pädagogischer Tests. 2. Aufl. Hogrefe, Göttingen.
- CIPS (1996): Internationale Skalen für Psychiatrie. 4. Aufl. Beltz, Weinheim.
- Dührssen A (1997): Die biographische Anamnese unter tiefenpsychologischem Aspekt. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- Fährdrich E, Stieglitz RD (1998): Leitfaden zur Erfassung des psychopathologischen Befundes. Halbstrukturiertes Interview anhand des AMDP-Systems. Springer, Berlin.
- Jäger RS (1988): Psychologische Diagnostik. Psychologie Verlags Union, München.
- Leichsenring F, Hiller W (2001): Projektive Verfahren; in Stieglitz RD, Baumann U, Freyberger HJ (Hrsg): Psychodiagnostik psychischer Störungen. Thieme, Stuttgart, pp 162–176.
- Stieglitz RD (2000): Diagnostik und Klassifikation psychischer Störungen. Hogrefe, Göttingen.
- Stieglitz RD, Baumann U, Freyberger HJ (Hrsg, 2001): Psychodiagnostik psychischer Störungen. Thieme, Stuttgart.
- Zerssen D von (2001): Diagnostik der prämorbiden Persönlichkeit; in Stieglitz RD, Baumann U, Freyberger HJ (Hrsg): Psychodiagnostik psychischer Störungen. Thieme, Stuttgart, pp 216–229.