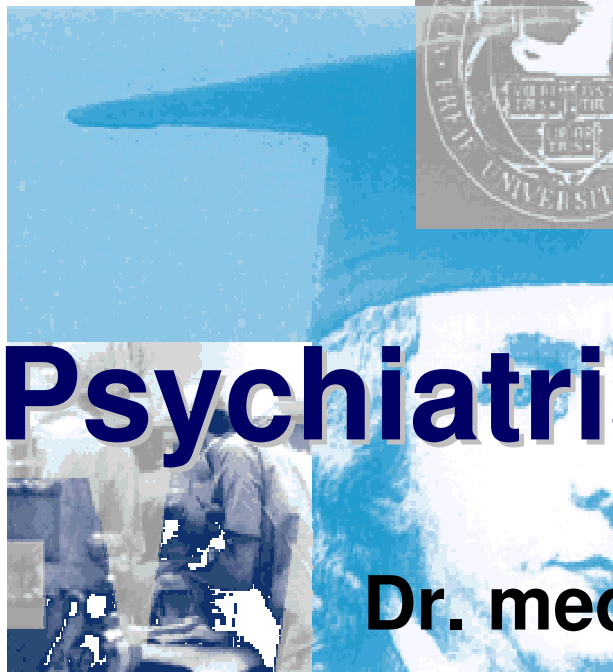




Psychiatrische Diagnostik

Dr. med. Peter Neu



Symptom, Syndrom, Diagnose

**Psychopathologie = Lehre von den Symptomen
und Syndromen psychischer Erkrankungen**

Symptome

Objektiv (Fremdbeobachtung)

Subjektiv (Selbstbeobachtung)

Syndrome

Muster von obligaten und/oder fakultativen Symptomen
bestimmen die Schwere der Erkrankung
messbar mit Fremd- und Selbstbeurteilungsskalen
erlauben wenig Differentialdiagnose

Diagnosen

Bezeichnung von Krankheiten im Sinne hypothetischer
Konstrukte

Aufgaben der Psychopathologie sind:

- Symptome psychischer Erkrankungen auf eine einheitliche Art zu erfassen, zu beschreiben und zu benennen,
- Syndrome, d.h. Muster typischer Symptomkonstellationen zu beschreiben,
- Symptome und Syndrome nosologischen Klassen, d.h. Diagnosen zuzuordnen.

Schlussfolgerungen aus

- Symptomen
- Syndromen
- Ätiologie
- Verlauf

erlauben **Vorhersagen** über

- Krankheitsverlauf
- Prognose
- Behandlung

Basierend auf Internationalen, operationalisierten diagnostischen Klassifikationssystemen wie DSM-IV, ICD-10

- **Spezielle Anamnese** (warum kommt Pat. **jetzt** zum Arzt?)
- **Aktueller Psychopathologischer Befund/** ärztliche Untersuchung
- **Psychiatrische Vorgeschichte** (war Pat. schon einmal wegen derselben Beschwerden in Behandlung? Wie oft? Wann begann die Störung? Kam es zur Remission? Gab es Suizidversuche?)
- **Familienanamnese** (leiden oder litten Familienmitglieder an psychiatrischen Krankheiten? Beziehung zu Eltern/Geschwistern)
- **Suchtmittelanamnese**
- **Soziobiographische Anamnese** (Schulabschluss, Berufstätigkeit, Partnerschaften, Kinder, Psychosoziale Funktionsfähigkeit/Belastung)
- **Sonstige medizinische Anamnese** (andere dauerhafte Erkrankungen, Operationen, Unfälle, etc.)
- **Medikamentenanamnese**

Psychopathologischer Befund

- Verhalten/äußere Erscheinung
- Orientierung
- Kognitive Leistungen
- Affekt
- Antrieb
- Denken (formales und inhaltliches)
- Ich-Störungen
- Sinnestäuschungen
- Eigen-/Fremdgefährdung

Orientierung

- Zeitlich (Datum, Jahr, Wochentag, Jahreszeit)
- Örtlich (gegenwärtiger Aufenthaltsort)
- Situativ (gegenwärtige Situation in ihrem Bedeutungs- und Sinnzusammenhang)
- Zur eigenen Person (Geburtstag/-ort, Beruf, Wohnort)

Merkfähigkeitsstörung

- Herabsetzung der Fähigkeit, neue Informationen über einen Zeitraum von bis zu 10 Minuten zu speichern

Testung in der Untersuchung:

Drei Wörter vorsagen, nachsprechen lassen und nach etwa 10 min. abfragen.

Gedächtnisstörungen

- Herabsetzung der Fähigkeit, Informationen länger zu speichern und abzurufen.

Hierzu gehören auch Amnesien (inhaltlich oder zeitlich begrenzte Gedächtnislücken), sowie Zeitgitterstörungen.

Konzentrationsfähigkeit

- Fähigkeit, die Aufmerksamkeit ausdauernd einer Tätigkeit oder einem Thema zuzuwenden.

Testung in Exploration: Monatsnamen rückwärts oder Subtraktionsfolge

Auffassungsstörung

- Störung der Fähigkeit, Wahrnehmungen in ihrer Bedeutung zu begreifen und sinnvoll miteinander zu verbinden.

Prüfung durch Sprichwörter, Fabeln, etc.

Affekt

Beschreibt Stimmungen, Gefühle,
Emotionalität, Befindlichkeit

Grenze zwischen Psychopathologie und gesundem Erleben ist in diesem Bereich besonders unscharf. Daher sollen die Affekte im Befund vor allem deskriptiv abgebildet werden, unabhängig von der diagnostischen Einordnung.

Ratlos – Es ist nicht der im umgangssprachlichen Sinne Ratsuchende gemeint.
Ratlosigkeit ist aus Mimik, Gestik und Worten zu erkennen.

Gefühl der Gefühllosigkeit – Subjektiv vom Pat. erlebte Gefühlsleere, nicht nur für Freude, sondern auch z.B. für Trauer.

Störung der Vitalgefühle – Herabsetzung des Gefühls von Kraft und Lebendigkeit, der körperlichen und seelischen Frische.

Hoffnungslos

Deprimiert

Ängstlich

Euphorisch

Dysphorisch/Gereizt

Klagsam

Insuffizienzgefühl

Schuldgefühl

Verarmungsgefühl

Gesteigertes Selbstwertgefühl

Ambivalent

- Parathymie - Gefühlsausdruck und berichteter Erlebnisinhalt stimmen nicht überein.
- Affektlabil – Schneller Stimmungswechsel, der auf einen Anstoß von außen erfolgt oder spontan erfolgt (landesübliches Temperament beachten).
- Affektinkontinent – Affekte können bei geringem Anstoß überschießen, werden nicht beherrscht oder können übermäßige Stärke annehmen.
- Affektstarr – Verminderung der affektiven Modulierbarkeit (Amplitude)
- Affektarm – Anzahl (Spektrum) gezeigter Gefühle ist vermindert

Antrieb

Vom Willen weitgehend unabhängig wirkende Kraft, die die Bewegung aller seelischen Funktionen hinsichtlich Tempo, Intensität und Ausdauer bewirkt.

Der Antrieb wird in erste Linie erkennbar am Aktivitätsniveau und an der Psychomotorik.

Störungen im Bereich des Antriebs und psychomotorische Störungen

- Antriebsarm
- Antriebsgehemmt
- Antriebsgesteigert
- Motorisch unruhig
- Parakinesen (Stereotypien, Befehlsautomatismus, Negativismus)
 - Maniriert/Bizarr (schnörkelhaft, gekünstelt, posenhaft)
 - Theatralisch
 - Mutistisch
 - Logorrhöisch

Parakinesen:

Qualitativ abnorme, meist komplexe Bewegungen, die häufig Gestik, Mimik und Sprache betreffen.

Stereotypien:

Sprachliche und motorische Äußerungen, die über längere Zeit in immer gleicher Weise wiederholt werden. Hierunter fallen auch Verbigerationen (Wortstereotypien), Katalepsie (Haltungstereotypien) und die „flexibilitas cerea“ (wächserne Biegsamkeit)

Formales Denken

„wie denkt der Patient?“ (Geschwindigkeit, Kohärenz und Stringenz des Gedankenablaufs unabhängig vom Inhalt)

- Verlangsamt
- Umständlich
- Eingeengt
 - Grübeln
- Ideenflüchtig
- Vorbeireden
- Zerfahren
- Neologismen
- Perseverieren

Frage: „Wie fühlen sie sich zur Zeit?“

Antwort: „Ziemlich einsam.“

Frage: „Sind sie berufstätig?“

Antwort: „Ziemlich einsam würde ich sagen.“

„Ich bin jetzt im Hause ein Jahre lang links und rechts geimpft
und wer kein Menschfresser ist, ist über 30 Jahre“

Frage: „Wie fühlen sie sich?“

Antwort: „Ich bin traurarm“

Inhaltliches Denken („Was denkt der Patient“)

- Wahnstimmung
- Wahnwahrnehmung
- Wahndynamik
- Systematisierter Wahn
- Beziehungswahn
- Verfolgungswahn
- Eifersuchtswahn
- Größenwahn
- Schuldwahn
- Hypochondrischer Wahn

Wahn

Krankhafte Fehlbeurteilung der Realität, die erfahrungsunabhängig auftritt und an der mit subjektiver Gewissheit festgehalten wird.

Subjektive Gewissheit

Unkorrigierbarkeit

Unwiderlegbarkeit

Abgrenzung zu Fanatismus?

Steht im Widerspruch zur Wirklichkeit und
Erfahrung des soziokulturellen Umfeld

Ich-Störung

(Störung im Gefühl des Erlebens von Person und Umwelt
oder der Ich-Umwelt Grenze)

- Gedankenausbreitung
- Gedankeneingebung
- Gedankenentzug
- Depersonalisation
- Derealisation

Sinnestäuschungen

- Illusionen
- Halluzinationen
 - Stimmenhören
 - Akoasmen (andere akustische H.)
 - Optische Halluzinationen
 - Körperhalluzinationen
 - Geruchs- und Geschmackshalluzinationen

Hinweise für hohe Suizidgefährdung

- Pat. kann sich auch nach einem ausführlichen Gespräch nicht von Suizidgedanken distanzieren
- Pat. hat bereits Suizidversuche in der Vorgeschichte
- Pat. hat bei früheren Suizidversuchen „harte“ Methoden verwendet
- Pat. hat positive Familienanamnese für Suizide/-versuche
- Suizide in der Umgebung des Pat. (Modelle, „Werthereffekt“)
- Pat. wirkt in der Untersuchung ausgesprochen hoffnungslos
- Pat. kann relativ detailliert beschreiben, wie er einen Suizid planen würde
- Pat. fantasiert ein Suizidarrangement, welches eine Auffindung schwierig oder unmöglich macht.
- Komorbidität (auch nicht-psychiatrische Krankheiten)
- Lang anhaltende Schlafstörung

Zusammenfassung

Die **Diagnose** ist in der Psychiatrie die **Schlussfolgerung** aus:

- dem psychopathologischen Befund
- den Zusatzuntersuchungen und
- anamnestischen Hinweisen zu Verlauf und ggf. verursachenden Faktoren.

Vorteile der Klassifikation

1. Kommunikation:
wenn standardisiert, überall in gleicher Weise benutzt
2. Glaubwürdigkeit erhöht
3. Forschungskriterien

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)

Entstehung

- Bei einer Volkszählung in den USA (1840) wurde erstmalig eine Kategorie für Schwachsinn/Wahnsinn erhoben.
- Bei der nächsten Volkszählung (1880) wurden bereits 7 Kategorien für schwere Geisteskrankheit eingeführt.
- 1917 publizierte die „American Psychiatric Association“ ein offizielles Klassifikationssystem, das sich vorwiegend auf die Kategorien des deutschen Psychiaters Emil Kraepelin (1856-1926) stützte.
- Nach dem II. Weltkrieg mußten auch Veteranen mit weniger schweren psychischen Strg. versorgt werden, was zu umfassenderen Klassifikationen führte.

International Classification of Diseases (ICD) Entstehung

- 1853 hatte in England und Schweiz Bestrebungen nach einer einheitlichen „Nomenklatur für Todesursachen“ begonnen, die in der ICD mündeten.
- Mit der Gründung der WHO 1948 übernahm diese dann die Verantwortung für die regelmäßige Überarbeitung.
- Anfangs wurden die Kategorien der DSM fast unverändert übernommen.
- WHO musste aber ein für alle Länder und Gesundheitssysteme akzeptables System schaffen und daher mehr und mehr Kompromisse eingehen.

Probleme der Klassifikation

1. Konventionen - nicht naturwissenschaftlich begründete Einheiten
2. Diagnose als Schema
 - Versuchung, sich nur auf die formale Differentialdiagnose zu beschränken
3. Forschung an Klassifikationseinheiten, aber Therapie nach Syndromen

Hauptprinzipien aktueller operationalisierter Diagnostik

- Deskriptiv diagnostischer Ansatz
- Komorbiditätsprinzip
- Multiaxiale Diagnostik

Deskriptiv diagnostischer Ansatz

- Psychopathologische Kriterien
- Ausschlußkriterien
- Entscheidungs- und Verknüpfungsregeln

Der deskriptiv diagnostische Ansatz erhebt den Anspruch, von ätiologischen Annahmen frei zu sein und nahezu nur der Störungsbeschreibung zu dienen. Dieser Anspruch wird aber nicht durchgehalten.

ICD-10 Kapitel V (F)

Übersicht über die diagnostischen Kategorien

F0	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
F1	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
F3	Affektive Störungen
F4	Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F7	Intelligenzminderung
F8	Entwicklungsstörungen
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen

Komorbiditätsprinzip

Gemeinsames Auftreten verschiedener psychiatrischer Erkrankungen bei einer Person

- Simultane oder Querschnittskomorbidität
- Sukzessive oder Längsschnittkomorbidität

Noch in ICD-9 galt das „Hierarchiekonzept“. Danach sind psychiatrischen Erkrankungen in Schichten angeordnet. Jeder „tieferliegende Erkrankung“ kann das Erscheinungsbild der darüber liegenden annehmen.

Nachteil: Verzicht auf komplexe Störungsmodelle

Multiaxiale Diagnostik

1. klinisch psychiatrische Störungen
2. Persönlichkeit, Intelligenzstörung
3. allgemeine medizinische Zustandsbilder
4. psychosoziale und Umgebungsfaktoren
5. globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus (z.B. mittels *Global Assessment of Functioning Scale*)

Multiaxiale Diagnostik – DSM-IV

1. klinisch psychiatrische Störungen

2. Persönlichkeit

Intelligenzstörung

3. allgemeine medizinische Zustandsbilder

4. psychosoziale und Umgebungsfaktoren

5. globale Beurteilung des psychosozialen

Funktionsniveaus (Global Assessment of Functioning Scale)

Multiaxiale Diagnostik - ICD-10

- I Psychische Störungen und körperliche Erkrankungen
 - Psychische Störungen
 - Persönlichkeitsstörungen
 - Störung durch psychotrope Substanzen
 - Körperliche Störungen
- II soziale Funktionseinschränkung (WHO Disablement Scale)
 - Körperliche Selbstfürsorge
 - Beruf
 - Familie und Haushalt
 - Weiterer soz. Kontext – Gemeinde, Hobbies
 - Globaleinschätzung
- III psychosoziale Belastungsfaktoren
 - Kindheit, Erziehung, Bildung, Familie, soziale Umgebung,
Wohnung/Finanzen, Beruf, Umweltbelast., psychosoz./juristisch,
Krankheiten Familie, Lebensführung

DSM	ICD
Mehr forschungsorientierte Gesichtspunkte	Mehr interkulturelle Perspektive
genauere und striktere Definitionen	deutlich kürzer und weniger kategorisch
psychosoziale Kriterien werde als Ursachen von Störungen angenommen	Vermeidung von psychosozialen Kriterien (Kompromiss zwischen verschiedenen Kulturen)

Substanzmißbrauch in ICD und DSM

- ICD-10
 - Ein Konsummuster psychotroper Substanzen, welches zu einer **Gesundheitsschädigung** führt
 - (körperlich oder psychisch)
 - ...
- DSM-IV
 - Ein unangepasstes Muster von Substanzgebrauch führt zu Beeinträchtigung oder Leiden
 - (auch **nur** im sozialen Bereich)
 - ...

Kriterien für Major Depression (DSM-IV)

- **A. Mindestens 5 der folgenden Symptome während einer 2-Wochen-Periode**
- 1. Depressive Verstimmung an fast allen Tagen.....
- 2. Deutlich vermindertes Interesse oder Freude.....
- 3. Deutlicher Gewichtsverlust oder Gewichtszunahme (5% in 1 Monat)...
- 4. Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf
- 5. Psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung.....
- 6. Müdigkeit oder Energieverlust....
- 7. Gefühle der Wertlosigkeit oder Schuld.....
- 8. Verminderte Fähigkeit zu denken oder sich zu konzentrieren....
- 9. Wiederkehrende Gedanken an den Tod....
- **B. keine gemischte Episode**
- **C. bedeutsames Leiden**
- **D. nicht direkte Wirkung einer Substanz**
- **E. nicht nur einfache Trauer**

Symptomatik der Depression (nach ICD-10)

- **Hauptsymptome:**
 - gedrückte Stimmung
 - Interessenverlust
 - Freudlosigkeit
 - Verminderung des Antriebs
 - erhöhte Ermüdbarkeit
- **Andere häufige Symptome:**
 - verminderte Konzentrationsfähigkeit
 - vermindertes Selbstwertgefühl
 - Schuldgefühle
 - negative Zukunftsperspektive
 - Suizidgedanken oder -handlungen
 - Schlafstörungen
 - verminderter Appetit