

Spezielle Psychopathologie

PD Dr. med. Dan Baciuc
Universitäre Psychiatrische
Dienste
Bern

Spezielle Psychopathologie

- Krankheitsbilder
- Neurobiologische Grundlagen
- Behandlungsgrundlagen

- ..\Eigene
Bilder\PictureProject\0005\DSCN00
73.MOV
- **Selbsthilfeorganisationen**

Bibliographie

MLP



Duale Reihe



Hans-Jürgen
Möller,
Gerd Laux,
Arno Deister

**Duale Reihe Psychiatrie und
Psychotherapie**

Test

3. überarbeitete Auflage
2005

620 Seiten

290 Abbildungen

Inklusive Video CD-ROM

EUR 49,95 | CHF 82,00

ISBN 3131285435

Wolfgang Gaebel
Franz Müller-Spahn (Hrsg.)

Diagnostik und Therapie psychischer Störungen

Kohlhammer

Wolfgang Gaebel
Franz Müller-Spahn (Hrsg.)

Diagnostik und Therapie psychischer Störungen

ISBN / Artikel-Nr: 3-17-015158-4

Arbeitsgemeinschaft für Methodik
und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP)

Das AMDP- System

Manual zur Dokumentation
psychiatrischer Befunde

7., unveränderte Auflage



Hogrefe

Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde, AMDP

herausgegeben von der
**Arbeitsgemeinschaft für Methodik und
Dokumentation in der Psychiatrie**
(1995). Dieses Manual enthält auch
kurze, aber prägnante **Definitionen
der psychopathologischen
Befunde**, welche im Interesse
allgemeiner Verständigung immer
gleich gebraucht werden sollten.

Hans Kind

Psychiatrische Untersuchung

Ein Leitfaden
für Studierende und Ärzte
in Praxis und Klinik

Fünfte, korrigierte
und ergänzte Auflage



Springer

Die psychiatrische Untersuchung

- dem Kranken die Gelegenheit zu verschaffen, seine offenen und verborgenen Nöte und Sorgen mitzuteilen,
- dem Arzt die Möglichkeit zu geben, den Kranken in allen seinen Aspekten kennenzulernen, Gesundes und Krankhaftes zu registrieren, um eine Diagnose zu stellen.

- Herr J. 1947
- Bipolare affektive Störung
- ..\Eigene
Bilder\PictureProject\0005\DSCN0
074.MOV
- Depression
- Psychoedukation

Die psychiatrische Untersuchung

Lernziele:

- **Gesprächsablauf**
 - **Erstkontakt und Gesprächseröffnung**
 - **Einleitungsphase**
 - **Krankheits- und Lebensgeschichte**
 - **Häufige Fehler im Gespräch**
- **Abschlußphase und Gesprächsende**

Äussere Bedingungen

- Möglichst frei von äusseren Störungen
- Den Raum organisieren
- Keine Unterbrechungen
- Keine Zuhörer
- Keine Schreibtischschranke
- Freie Wahl der Blickrichtung
- Beleuchtung, Möbel, Gleichstellung
- Bekleidung
- Empatische Haltung

Erstkontakt und Gesprächseröffnung

- **Erscheinung**
 - **Kleidung, Haare, Gang, Körperhaltung, Händedruck**
- **Dokumentation der Personalien des Patienten**
- Name, Geburtsdatum, Wohnadresse, Telefon, Beruf, Staatsangehörigkeit (Kinder, Zivilstand, Position im Beruf ergeben sich im Gespräch)
- **Geheimhaltung / Schweigepflicht**
- **Gesprächsdauer**
- **Gesprächseröffnung**

Einleitungsphase

Der erste Eindruck

- In den ersten Minuten:
Hauptkonflikt oder Hauptsymptome

Gespräch in der Einleitungsphase

- den Redefluß des Patienten in Gang zu halten,
(ihn anzuregen, Aussagen zu verdeutlichen oder durch konkrete Beispiele anschaulich zu machen, seine Gefühle und Empfindungen in Worte zu fassen)

- ..\
Bilder\PictureProject\0005\DSCN0
071.MOV

- Beginn der Depression
- Manie

Dies kann auf eine der folgenden Weisen geschehen:

- unterstützende Bemerkungen wie mhm, ja, ich verstehe usw..; ferner sichtbares Interesse des Arztes in seiner Haltung; entspanntes Zurücklehnen im Stuhl. Aufmerksame Zuwendungen regen den Patienten an, das angeschnittene Thema weiterzuverfolgen;
- durch Wiederholung der letzten Aussage des Patienten mit fragendem Unterton wird er aufgefordert, zu verdeutlichen und zu ergänzen;
- durch Verdeutlichung des Gefühlsgehaltes, den der Patient zum Ausdruck bringt. Indem dieses Gefühl direkt angesprochen wird, fühlt sich der Patient bestätigt und in seinen Mitteilungen verstanden;
- eine kurze Zusammenfassung des vom Patienten Gesagten, unter Verdeutlichung der relevanten Punkte, kann demselben Zwecke dienen.

Einleitungsphase (1)

Hinweise auf psychopathologische Symptome

Es sind in den bisherigen Schilderungen des Kranken schwerwiegende Hinweise auf psychopathologische Symptome erkennbar geworden, wird das Gespräch durch Fragen strukturiert, welche eine Klärung dieser Symptome anstreben. Dabei wird man sich mit Vorteil zunächst an den aktuellen Zustand des Kranken halten und erst allmählich die Lebens- und Krankheitsgeschichte aufrollen. **Erst wenn dieser Zustand geklärt ist, kann man sich der Vergangenheit des Patienten zuwenden.**

Einleitungsphase (2)

Hinweise auf intrapsychischen Konflikte

- Die bisherigen Angaben haben keine groben psychopathologischen Symptome erkennen lassen jedoch Hinweise auf intrapsychische Konflikte, die vermutlich mit den geklagten Beschwerden in Beziehung stehen könnten.
- **Das weitere Gespräch wird sich in diesem Fall der Entstehung und Bedeutung dieser Konflikte zuwenden.**

Einleitungsphase (3)

SCHLÜSSELFRAGEN

"Was, glauben Sie, ist die Ursache Ihrer Beschwerden?" oder "Aus welchen Gründen, glauben Sie, sind Sie krank geworden?"

"Was, denken Sie, könnte Ihnen zur Behandlung Ihres Leidens am ehesten helfen?" Oder etwas allgemeiner- "Welche Veränderungen müßten in Ihrem Leben eintreten, damit Sie gesund werden könnten?"

Krankheits- und Lebensgeschichte

- Strukturierte Gesprächsführung
- Zusätzliche Informationen und Präzisierungen
 - Beginn
 - Verlaufsformen
 - Umstände
 - Grad der Beeinträchtigung
 - im Beruf, in der Familie, in der Freizeit

Fragestellung

Krankheits- und Lebensgeschichte

- Offene, allgemeine Fragen
(Themenzentriert)
- Alternative Fragen (Tertium non datum)
- Passive Suggestivfragen (interrogativ)
- Aktive Suggestivfragen (affirmativ)

Erweiterung der Krankheitsgeschichte zur Lebensgeschichte

- Informationsbereiche einengen
- Von neutralem zur intimen Bereiche
- Bedeutungsvolle Fragen emotional entladen
 - Als Routinefragen
 - Durch ermöglichen einer Projektion

Lebensgeschichte

- Familienanamnese
- Frühe Kindheit
- Spätere Kindheit
- Schul- und Berufsausbildung, berufliche Stellung
- Sexualität, Partnerbeziehungen, Ehe
- Soziale und kulturelle Interessen, Freizeitgestaltung
- Lebensgewohnheiten und durchgemachte Krankheiten

Häufige Fehler im Gespräch

- Führung und Kontrolle dem Pat. zu überlassen
- Empfindliche Themen am Anfang anzusprechen
- Vertrauensbeziehung nicht aufzubauen
- Vorschnelle eigene Interpretation oder Jargon
- Irrelevantes Gespräch fortführen
- Autoritär, dogmatisch, suggestiv, deplaziert
- Pausen, das Thema abrupt wechseln, dozieren

Abschlussphase und Gesprächsende

- Deutung des Krankheitsgeschehens für Pat.
 - Pat. Will wissen was der Arzt über seine Zustand denkt
 - therapeutischer Effekt
- Mitteilung weiterer Massnahmen
 - weitere Gespräche zur Vervollständigung der Untersuchung, Tests, körperliche Untersuchungen,
 - Einleitung einer Behandlung,
 - Krankenhausaufenthalt,
 - Überweisung an einen anderen Kollegen zur Behandlung usw..
- Ende des Gespräches

die Benommenheit

- **die Aufmerksamkeit des Kranken ist herabgesetzt, er ist verlangsamt und schläfrig**

die Somnolenz

- **der Kranke schläft leicht ein, ist aber ohne Mühe weckbar, er ist apathisch und uninteressiert**

der Sopor

- **der Kranke ist nur mit Mühe weckbar, die Reflexe sind aber erhalten**

das *Präkoma*

- **einzelne Reflexe sind erloschen, der Kranke läßt sich nicht wecken, reagiert aber auf starke Reize.**

Bewusstseinstrübung

- **meint gemäß AMDP-System mangelnde Klarheit der Vergegenwärtigung des Erlebens im Eigenbereich oder in der Umgebung, z. B. im deliriösen Zustand.**

Bewusstseinsengung

- **Einengung des im Lichte des Bewußtseins erscheinenden inneren und äußeren Wahrnehmungsfeldes. Sie kann durch Fixierung oder gar Faszination auf ein bestimmtes inneres oder äußeres Erleben zustande kommen und z.B. Symptom eines Dämmerzustandes sein. Hypnose ist durch Bewußtseinsengung charakterisiert.**

Bewusstseinsverschiebung

Veränderung gegenüber dem durchschnittlichen Tagesbewußtsein im Sinne eines Gefühls der Intensitäts- und Helligkeitssteigerung, der erhöhten Wachheit und Wahrnehmung intrapsychischer oder außenweltlicher Vorgänge und allenfalls einer Erweiterung des bewußt erfahrbaren Raumes. Sie kann durch Meditation erreicht werden, toxisch durch Halluzinogene bedingt sein oder auch im Rahmen endogener Psychosen auftreten. Der Begriff Ekstase gehört hierher.

Orientierung

- Orientierung in der Zeit (Keine mnestische Störungen)
- Orientierung im Ort
- Orientierung bezüglich der eigenen Person (Autopsychisch)
- Situative Orientierung (allopsychisch)

Wahrnehmung

- Seh- und Hörkraft
- Geruchsempfindungen und Sensibilität
- Fehlinterpretationen
 - **Verkennungen**
 - **Illusionen**
- Sinnestäuschungen
 - **Halluzinationen**
 - **Metamorphopsien**

- ..\Eigene
Bilder\PictureProject\0003\DSCN0
067.MOV

Auffassungsstörungen

- Störung der Fähigkeit, Wahrnehmungserlebnisse in ihrer Bedeutung zu begreifen und sinnvoll miteinander zu verbinden; im weiteren Sinne auch in den Erfahrungsbereich einzubauen (Auslegungs- und Betrachtungsweise).

Auffassungsstörungen

- **Auffassungsstörungen aus neurologischen Gründen** (Auffassungsstörungen bei Aphasien sind im neurologischen Befund einzutragen)
 - **Aphasie (Sprachverständnis / Sprachvermögen)**
 - **Paraphasien (Literale /verbale)**
 - **Wortfindungsstörungen**
- **Prüfung der Auffassung im Gespräch**
 - **Die Auffassung kann falsch, verlangsamt sein ("schwerbesinnlich"), sie kann fehlen**
 - **nur konkrete Gesprächsinhalte**
 - **Lesen und Nacherzählen kleiner Fabeln**
 - **Bilder interpretieren**

Konzentrationsstörungen

- Unfähigkeit zur Ausrichtung, Sammlung und Hinordnung auf einen Gegenstand.
- Störung der Fähigkeit, "bei der Sache" zu bleiben, seine Aufmerksamkeit ausdauernd einer bestimmten Tätigkeit oder einem bestimmten Gegenstand zuzuwenden.

Merkfähigkeitsstörungen

- Herabsetzung bis Aufhebung der Fähigkeit, sich frische Eindrücke über eine Zeit von ca. 10 min zu merken.
- Prüfung z. B. durch Zahlen nachsprechen, Wiedererkennen von Gegenständen, Sätzen etc.. nach 10 min.
 - Die Merkfähigkeit differiert je nach Sinnesgebiet und Material und ist auch von der Affektlage abhängig; daher sollte möglichst neutrales Merkgut verwendet werden

Gedächtnisstörungen

- **Hypomnesien** Störungen der Erinnerungsfähigkeit. Herabsetzung oder Aufhebung der Fähigkeit, länger als ca.. 10 min zurückliegende Eindrücke, Kenntnisse usw.. im Gedächtnis zu behalten (daher auch wiederzugeben, zu ekphorieren)

Gedächtnisstörungen

- **Amnesien** sind inhaltliche oder zeitlich begrenzte Gedächtnislücken. Man unterscheidet einfache, retrograde und anterograde Amnesien; hinsichtlich eines bestimmten Zeitraumes totale und lakunäre Amnesien.

- ..\Eigene
Bilder\PictureProj
ect\0005\DSCN00
72.MOV
- J
- Hypomnesie
- Medikamenten-
wirkung/
Nebenwirkungen

Gedächtnisstörungen

- **K o n f a b u l a t i o n e n**
Erinnerungslücken werden mit Einfällen ausgefüllt, die vom Patienten selbst für Erinnerungen gehalten werden. Dabei können vom Patienten immer wieder andere Inhalte für dieselbe Erinnerungslücke angeboten werden.(Dieser letzte Punkt ist wichtig zur Unterscheidung gegenüber pseudologischem Fabulieren.)

Paramnesien

- *Wahnerinnerung:*
Umänderung der Erinnerung im Sinne eines Wahns oder auch scheinbare Erinnerungen.

Paramnesien

- Zu den Paramnesien gehört auch das sogenannte falsche Wiedererkennen (schon einmal gesehen, gehört, erlebt) und auch ihr Gegenteil (noch nie gesehen), vermeintliche Vertrautheit (**dejà-vu**) oder Fremdheit (**jamais vu**).

Paramnesien

- ***Ekmnesie***: Störung des Zeiterlebens, der zeitlichen Einordnung, wobei die Vergangenheit als Gegenwart erlebt wird. Bei seniler Gedächtnisschwäche, bei Bewußtseinstrübungen und emotionalen Ausnahmezuständen.

Hypermnese

- Steigerung der Erinnerungsfähigkeit, zum Beispiel in Fieberzuständen, drogeninduziert, eventuell in Untergangserlebnissen.

Denken

- **Fähigkeit zum begrifflichen und abstrakten Denken.**
Speziell geprüft wird diese Fähigkeit im Rahmen der Intelligenztests.
- **Urteilkraft und Kritikfähigkeit**
für die eigene aktuelle Lebenssituation
- **Einsichtsfähigkeit** in seine innerseelischen Vorgänge. Diese Eigenschaften des Kranken werden im Gespräch aus der Art und Weise, wie er über sich selbst, seine Lebensumstände
- **Abhängigkeit des Denkens von Affekten**

Gedankengang

formales Denken

- gehemmt,
- gesperrt,
- verlangsammt,
- eingeengt,
- umständlich,
- Grübelnd.
- Gedankendrängen,
- ideenflüchtig,
- vorbeireden,
- gesperrt/
Gedankenabreißen,
- inkohärent/zerfahren,
- Neologismen.

Gedankeninhalte

- Befürchtungen
- Zwangsgedanken
- **Wahnideen**
 - Wahnstimmung
 - Wahnwahrnehmung
 - Wahneinfall
 - Wahngedanken
 - Wahndynamik

Ich- Störungen

- Depersonalisation
- Derealisation,
- Entfremdungsgefühle,
- wahnhaftige Verkennungen der eigenen Person,
- Beeinflussungserlebnisse
 - Gedankenausbreiten
 - Entzug der eigenen Gedanken
 - Eingebung fremder Gedanken
 - Gefühl des Hypnotisiert- und Ferngelenktwerden.

- ..\Eigene
- Wss
- Depersonalistic

..\Eigene Bilder\PictureProject\0003\DSCN0065.MOV

d`H

- Verschobene Realitäten
- Ichstörungen
- Autoskopische Halutinationen
- Zeittheorien

Zwanghafte Vorstellungen und Zwangshandlungen / OCD

- **Zwangsideen,**
- **Zwangsrübeln,**
- **Zwangserinnerungen,**
- **Zwangsfragen (gemeint als innerer Vorgang).**
- **Entscheidend aber ist, daß der Kranke seinen bewußten Willen davon unterscheiden kann, daß er den Zwang als ich-fremd, aber doch nicht als von außen kommend erlebt, und daß der Widerstand dagegen im vornherein fruchtlos ist.**

Phobien

Zwangsbefürchtungen

- Agoraphobie
- Klaustrophobie
- Zoophobie
- Nosophobie
- Soziale Phobie
- Erythrophobie
- Akrophobie
- Dysmorphophobie
- Antropophobie
- Vermeidung
angsterregender
Situationen &
Rationalisierung

Störungen der Affektivität

- 59. Ratlos
- 60. Gefühl der Gefühllosigkeit
- 61. Affektarm
- 62. Störung der Vitalgefühle
- 63. Deprimiert
- 64. Hoffnungslos
- 65. Ängstlich
- 66. Euphorisch

Störungen der Affektivität

- 67. Dysphorisch
- 68. Gereizt
- 69. Innerlich unruhig
- 70. Klagsam / jammerig
- 71. Insuffizienzgefühle
- 72. Gesteigerte Selbstwertgefühle
- 73. Schuldgefühle
- 74. Verarmungsgefühle
- 75. Ambivalent
- 76. Parathymie
- 77. Affektlabil
- 78. Affektinkontinent
- 79. Affektstarr

Antriebs- und psychomotorische Störungen

- 80. Antriebsarm
- 81. Antriebsgehemmt
- 82. Antriebsgesteigert
- 83. Motorisch Unruhig
- 84. Parakinesen
- 85. Manierirt / bizarr
- 86. Theatralisch
- 87. Mutistisch
- 88. Logorrhöisch

Circadiane Besonderheiten

- 89. Morgens schlechter
- 90. Abends schlechter
- 91. Abends besser

Andere Störungen

- 92. Sozialer Rückzug
- 93. Soziale Umtriebigkeit
- 94. Aggressivität
- 95. Suizidalität
- 96. Selbstschädigung

- 97. Mangel an Krankheitsgefühl
- 98. Mangel an Krankheitseinsicht
- 99. Ablehnung der Behandlung
- 100. Pflegebedürftig

Beurteilung der Suizidalität

Risikofaktoren

- Frühere Suizidversuche,
- Suizide in der Familie oder im nahen Bekanntenkreis,
- eine Depression, die durch ängstliche Unruhe und Getriebensein charakterisiert ist,
- schwere Schuld- und Insuffizienzgefühle,
- wirklich oder vermeintlich unheilbare Krankheit,
- Verlust der bisherigen sozialen Stellung und des Ansehens.

Phasen der Suizidalität

