

Psychopathologische Befunderhebung nach dem AMDP-System

Prof. Dr. Rolf-Dieter Stieglitz
(Universität Basel)

Bielefeld, 25.10.2018

Gliederung

- Einführung in die Psychopathologie
- Einführung in das AMDP-System
 - Historie
 - Struktur
 - Praxisrelevante Aspekte
 - Ratingbogen
 - Darstellung der Symptome
 - Entscheidungsbaum
 - Datenquellen
 - Beurteilungszeitraum
 - Schwellenproblem
- Anwendungsmöglichkeiten und praktische Beispiele
- Fazit

Gliederung

- **Einführung in die Psychopathologie**
- Einführung in das AMDP-System
 - Historie
 - Struktur
 - Praxisrelevante Aspekte
 - Ratingbogen
 - Darstellung der Symptome
 - Entscheidungsbaum
 - Datenquellen
 - Beurteilungszeitraum
 - Schwellenproblem
- Anwendungsmöglichkeiten und praktische Beispiele
- Fazit

Psychopathologie allgemein: Relevanz

- in allen Bereichen relevant, in denen man es mit psychisch Kranken bzw. potentiell psychisch Kranken zu tun hat
- mit unterschiedlichen Assessmentzielen
- nicht nur in der «klassischen» Psychiatrie, sondern auch in Teildisziplinen wie
 - Gerontopsychiatrie
 - Forensische Psychiatrie

(Deskriptive) Psychopathologie

- "Lehre von den Leiden der Seele"
- Beschreibung psychischer Erlebens- und Verhaltensweisen
- psychopathologische Symptome:
kleinste "Beschreibungseinheiten" psychischer Phänomene
- psychopathologischer Befund:
Zuordnung der im Gespräch mit dem Patienten erhobenen Informationen zu definierten Symptomen

AMDP = deskriptiv

- **deskriptiv** = nicht interpretierend, nicht deutend ...
- **Beispiele**
 - Patient berichtet anfänglich über Schlafstörungen, nach schlaffördernder Medikation nicht mehr.
 - ☛ Schlafstörungen ja/nein?
 - Patient berichtet nach Medikation über innere Unruhe.
 - ☛ Innere Unruhe ja/nein?

Vorurteile/Fehleinschätzungen

- «Psychopathologie brauche ich nicht»
- «Psychopathologie kann ich sowieso»
- «Psychopathologie brauche ich nicht, ich mache sowieso DSM-IV»

Warum (deskriptive) Psychopathologie?

- keine Einigung in der Verwendung psychopathologischer Begriffe (“Privatpsychopathologie”)
- viele Begriffe sind unpräzise, unklar oder mehrdeutig (z.B. der Patient "agiert" oder ist "verwirrt", "paranoid")
- Durcheinander von Symptom - Syndrom - Diagnose (z.B. "Pat. ist delirant" oder "Pat. hat Depression")
- **Konsequenz:** geringe Reliabilität (Zuverlässigkeit) der Untersuchungsbefunde

Warum präzise Psychopathologie?

- einige Stilblüten -

- «Patient ist depressiv herabgestimmt»
- «Patient ist ambivalent» (gemeint: Pat. kann sich nicht entscheiden)
- «Patient ist affektlabil» (gemeint: hat Tagesschwankungen)
- «Patient ist im Antrieb logorrhöisch» (dummes Zeug!)

Übung

Lesen Sie bitte nachfolgenden Text
aufmerksam durch.

Durch welche psychopathologischen
Merkmale oder Symptome lässt sich der
aktuelle „Zustand“ dieser Person
beschreiben?

Beispiel aus der Literatur

“Die ersten Wochen waren gut und ruhig, dann kam allmählich die alte Traurigkeit wieder, blieb tagelang, wochenlang und verging auch bei der Arbeit nicht. Wer nicht an sich selbst gespürt hat, was Schwermut ist, versteht das nicht. Wie soll ich es beschreiben? Ich hatte das Gefühl einer schauerlichen Einsamkeit. Zwischen mir und den Menschen und dem Leben der Stadt, der Plätze, Häuser und Straßen war fortwährend eine breite Kluft. Es geschah ein Unglück, es standen wichtige Dinge in den Zeitungen - mich ging es nichts an. Es wurden Feste gefeiert, Tote begraben, Märkte abgehalten, Konzerte gegeben - wozu? wofür?”

Beispiel aus der Literatur

“Die ersten Wochen waren gut und ruhig, dann kam allmählich die alte Traurigkeit wieder, blieb tagelang, wochenlang und verging auch bei der Arbeit nicht. Wer nicht an sich selbst gespürt hat, was **Schwermut** ist, versteht das nicht. Wie soll ich es beschreiben? Ich hatte das Gefühl einer schauerlichen Einsamkeit. Zwischen mir und den Menschen und dem Leben der Stadt, der Plätze, Häuser und Straßen war fortwährend eine breite Kluft. Es geschah ein Unglück, es standen wichtige Dinge in den Zeitungen - mich ging es nichts an. Es wurden Feste gefeiert, Tote begraben, Märkte abgehalten, Konzerte gegeben - wozu? wofür?”

Beispiel aus der Literatur

“Die ersten Wochen waren gut und ruhig, dann kam allmählich die alte Traurigkeit wieder, blieb tagelang, wochenlang und verging auch bei der Arbeit nicht. Wer nicht an sich selbst gespürt hat, was **Schwermut** ist, versteht das nicht. Wie soll ich es beschreiben? Ich hatte das Gefühl einer schauerlichen Einsamkeit. Zwischen mir und den Menschen und dem Leben der Stadt, der Plätze, Häuser und Straßen war fortwährend eine breite Kluft. Es geschah ein Unglück, es standen wichtige Dinge in den Zeitungen - mich ging es nichts an. Es wurden Feste gefeiert, Tote begraben, Märkte abgehalten, Konzerte gegeben - wozu? wofür?”

Literatur-Beispiel	Psychopathologische Begrifflichkeiten
„Schwermut“	

Beispiel aus der Literatur

“Die ersten Wochen waren gut und ruhig, dann kam allmählich die alte Traurigkeit wieder, blieb tagelang, wochenlang und verging auch bei der Arbeit nicht. Wer nicht an sich selbst gespürt hat, was **Schwermut** ist, versteht das nicht. Wie soll ich es beschreiben? Ich hatte das Gefühl einer schauerlichen Einsamkeit. Zwischen mir und den Menschen und dem Leben der Stadt, der Plätze, Häuser und Straßen war fortwährend eine breite Kluft. Es geschah ein Unglück, es standen wichtige Dinge in den Zeitungen - mich ging es nichts an. Es wurden Feste gefeiert, Tote begraben, Märkte abgehalten, Konzerte gegeben - wozu? wofür?”

Literatur-Beispiel	Psychopathologische Begrifflichkeiten
„Schwermut“	deprimiert

Beispiel aus der Literatur

“Die ersten Wochen waren gut und ruhig, dann kam allmählich die alte Traurigkeit wieder, blieb tagelang, wochenlang und verging auch bei der Arbeit nicht. Wer nicht an sich selbst gespürt hat, was **Schwermut** ist, versteht das nicht. Wie soll ich es beschreiben? Ich hatte das Gefühl einer **schauerlichen Einsamkeit**. Zwischen mir und den Menschen und dem Leben der Stadt, der Plätze, Häuser und Straßen war fortwährend eine breite Kluft. Es geschah ein Unglück, es standen wichtige Dinge in den Zeitungen - mich ging es nichts an. Es wurden Feste gefeiert, Tote begraben, Märkte abgehalten, Konzerte gegeben - wozu? wofür?”

Literatur-Beispiel	Psychopathologische Begrifflichkeiten
„Schwermut“	deprimiert
„schauerliche Einsamkeit“	

Beispiel aus der Literatur

“Die ersten Wochen waren gut und ruhig, dann kam allmählich die alte Traurigkeit wieder, blieb tagelang, wochenlang und verging auch bei der Arbeit nicht. Wer nicht an sich selbst gespürt hat, was **Schwermut** ist, versteht das nicht. Wie soll ich es beschreiben? Ich hatte das Gefühl einer **schauerlichen Einsamkeit**. Zwischen mir und den Menschen und dem Leben der Stadt, der Plätze, Häuser und Straßen war fortwährend eine breite Kluft. Es geschah ein Unglück, es standen wichtige Dinge in den Zeitungen - mich ging es nichts an. Es wurden Feste gefeiert, Tote begraben, Märkte abgehalten, Konzerte gegeben - wozu? wofür?”

Literatur-Beispiel	Psychopathologische Begrifflichkeiten
„Schwermut“	deprimiert
„schauerliche Einsamkeit“	Sozialer Rückzug

Beispiel aus der Literatur

“Die ersten Wochen waren gut und ruhig, dann kam allmählich die alte Traurigkeit wieder, blieb tagelang, wochenlang und verging auch bei der Arbeit nicht. Wer nicht an sich selbst gespürt hat, was **Schwermut** ist, versteht das nicht. Wie soll ich es beschreiben? Ich hatte das Gefühl einer **schauerlichen Einsamkeit**. Zwischen mir und den Menschen und dem Leben der Stadt, der Plätze, Häuser und Straßen war fortwährend eine breite Kluft. Es geschah ein Unglück, es standen wichtige Dinge in den Zeitungen - **mich ging es nichts an**. Es wurden Feste gefeiert, Tote begraben, Märkte abgehalten, Konzerte gegeben - wozu? wofür?”

Literatur-Beispiel	Psychopathologische Begrifflichkeiten
„Schwermut“	deprimiert
„schauerliche Einsamkeit“	Sozialer Rückzug
„mich ging es nichts an“	

Beispiel aus der Literatur

“Die ersten Wochen waren gut und ruhig, dann kam allmählich die alte Traurigkeit wieder, blieb tagelang, wochenlang und verging auch bei der Arbeit nicht. Wer nicht an sich selbst gespürt hat, was **Schwermut** ist, versteht das nicht. Wie soll ich es beschreiben? Ich hatte das Gefühl einer **schauerlichen Einsamkeit**. Zwischen mir und den Menschen und dem Leben der Stadt, der Plätze, Häuser und Straßen war fortwährend eine breite Kluft. Es geschah ein Unglück, es standen wichtige Dinge in den Zeitungen - **mich ging es nichts an**. Es wurden Feste gefeiert, Tote begraben, Märkte abgehalten, Konzerte gegeben - wozu? wofür?”

Literatur-Beispiel	Psychopathologische Begrifflichkeiten
„Schwermut“	deprimiert
„schauerliche Einsamkeit“	Sozialer Rückzug
„mich ging es nichts an“	antriebsarm

Reales Beispiel

"Ich muss so schnell weinen, obwohl es keinen Grund gibt. Morgens vor dem Aufstehen ist es besonders schlimm. Seit mehreren Wochen geht es mir jetzt so schlecht, und ich kann mir nicht vorstellen, dass es nochmal besser wird. Ich habe so einen Druck auf der Brust.

Ich schaffe nichts mehr und bin so vergesslich geworden. Außerdem kann ich kaum noch schlafen. Innerlich bin ich wie tot. Den Kindern gegenüber bin ich ungerecht, und ich kann mich nicht mehr freuen. Ich habe kaum noch Lust, etwas zu unternehmen, und verkrieche mich am liebsten ins Schlafzimmer. Die Kinder kommen dabei zu kurz – ich bin keine gute Mutter mehr."

Reales Beispiel

"Ich muss so schnell weinen, obwohl es keinen Grund gibt. Morgens vor dem Aufstehen ist es besonders schlimm. Seit mehreren Wochen geht es mir jetzt so schlecht, und ich kann mir nicht vorstellen, dass es nochmal besser wird. Ich habe so einen Druck auf der Brust.

Ich schaffe nichts mehr und bin so vergesslich geworden. Außerdem kann ich kaum noch schlafen. Innerlich bin ich wie tot. Den Kindern gegenüber bin ich ungerecht, und ich kann mich nicht mehr freuen. Ich habe kaum noch Lust, etwas zu unternehmen, und verkrieche mich am liebsten ins Schlafzimmer. Die Kinder kommen dabei zu kurz – ich bin keine gute Mutter mehr."

Reales Beispiel

"Ich muss so schnell weinen, obwohl es keinen Grund gibt. Morgens vor dem Aufstehen ist es besonders schlimm. Seit mehreren Wochen geht es mir jetzt so schlecht, und ich kann mir nicht vorstellen, dass es nochmal besser wird. Ich habe so einen Druck auf der Brust.

Reales-Beispiel	Psychopathologische Begrifflichkeiten
"Ich muss so schnell weinen, obwohl es keinen Grund gibt."	

Reales Beispiel

"Ich muss so schnell weinen, obwohl es keinen Grund gibt. Morgens vor dem Aufstehen ist es besonders schlimm. Seit mehreren Wochen geht es mir jetzt so schlecht, und ich kann mir nicht vorstellen, dass es nochmal besser wird. Ich habe so einen Druck auf der Brust.

Reales-Beispiel	Psychopathologische Begrifflichkeiten
"Ich muss so schnell weinen, obwohl es keinen Grund gibt."	affektlabil

Reales Beispiel

"Ich muss so schnell weinen, obwohl es keinen Grund gibt. Morgens vor dem Aufstehen ist es besonders schlimm. Seit mehreren Wochen geht es mir jetzt so schlecht, und **ich kann mir nicht vorstellen, dass es nochmal besser wird**. Ich habe so einen Druck auf der Brust.

Reales-Beispiel	Psychopathologische Begrifflichkeiten
"Ich muss so schnell weinen, obwohl es keinen Grund gibt."	affektlabil
„... ich kann mir nicht vorstellen, dass es nochmal besser wird.“	

Reales Beispiel

"Ich muss so schnell weinen, obwohl es keinen Grund gibt. Morgens vor dem Aufstehen ist es besonders schlimm. Seit mehreren Wochen geht es mir jetzt so schlecht, und **ich kann mir nicht vorstellen, dass es nochmal besser wird**. Ich habe so einen Druck auf der Brust.

Reales-Beispiel	Psychopathologische Begrifflichkeiten
"Ich muss so schnell weinen, obwohl es keinen Grund gibt."	affektlabil
„... ich kann mir nicht vorstellen, dass es nochmal besser wird.“	hoffnungslos

Reales Beispiel

"Ich muss so schnell weinen, obwohl es keinen Grund gibt. Morgens vor dem Aufstehen ist es besonders schlimm. Seit mehreren Wochen geht es mir jetzt so schlecht, und ich kann mir nicht vorstellen, dass es nochmal besser wird. Ich habe so einen Druck auf der Brust.

Ich schaffe nichts mehr und bin so vergesslich geworden. Außerdem kann ich kaum noch schlafen. Innerlich bin ich wie tot. Den Kindern gegenüber bin ich ungerecht, und ich kann mich nicht mehr freuen. Ich habe kaum noch Lust, etwas zu unternehmen, und verkrieche mich am liebsten ins Schlafzimmer. Die Kinder kommen dabei zu kurz – ich bin keine gute Mutter mehr."

Reales Beispiel

Reales-Beispiel	Psychopathologische Begrifflichkeiten
"Ich muss so schnell weinen, obwohl es keinen Grund gibt."	affektlabil
„... ich kann mir nicht vorstellen, dass es nochmal besser wird.“	hoffnungslos
„Innerlich bin ich wie tot.“	

geworden. Außerdem kann ich kaum noch schlafen. **Innerlich bin ich wie tot.** Den Kindern gegenüber bin ich ungerecht, und ich kann mich nicht mehr freuen. Ich habe kaum noch Lust, etwas zu unternehmen, und verkrieche mich am liebsten ins Schlafzimmer. Die Kinder kommen dabei zu kurz – ich bin keine gute Mutter mehr."

Reales Beispiel

Reales-Beispiel	Psychopathologische Begrifflichkeiten
"Ich muss so schnell weinen, obwohl es keinen Grund gibt."	affektlabil
„... ich kann mir nicht vorstellen, dass es nochmal besser wird.“	hoffnungslos
„Innerlich bin ich wie tot.“	Gefühl der Gefühllosigkeit

geworden. Außerdem kann ich kaum noch schlafen. **Innerlich bin ich wie tot.** Den Kindern gegenüber bin ich ungerecht, und ich kann mich nicht mehr freuen. Ich habe kaum noch Lust, etwas zu unternehmen, und verkrieche mich am liebsten ins Schlafzimmer. Die Kinder kommen dabei zu kurz – ich bin keine gute Mutter mehr."

Reales Beispiel

Reales-Beispiel	Psychopathologische Begrifflichkeiten
"Ich muss so schnell weinen, obwohl es keinen Grund gibt."	affektlabil
„... ich kann mir nicht vorstellen, dass es nochmal besser wird.“	hoffnungslos
„Innerlich bin ich wie tot.“	Gefühl der Gefühllosigkeit
„... verkrieche mich am liebsten ins Schlafzimmer.“	

geworden. Außerdem kann ich kaum noch schlafen. **Innerlich bin ich wie tot.** Den Kindern gegenüber bin ich ungerecht, und ich kann mich nicht mehr freuen. Ich habe kaum noch Lust, etwas zu unternehmen, und **verkrieche mich am liebsten ins Schlafzimmer.** Die Kinder kommen dabei zu kurz – ich bin keine gute Mutter mehr."

Reales Beispiel

Reales-Beispiel	Psychopathologische Begrifflichkeiten
"Ich muss so schnell weinen, obwohl es keinen Grund gibt."	affektlabil
„... ich kann mir nicht vorstellen, dass es nochmal besser wird.“	hoffnungslos
„Innerlich bin ich wie tot.“	Gefühl der Gefühllosigkeit
„... verkrieche mich am liebsten ins Schlafzimmer.“	Sozialer Rückzug

geworden. Außerdem kann ich kaum noch schlafen. Innerlich bin ich wie tot. Den Kindern gegenüber bin ich ungerecht, und ich kann mich nicht mehr freuen. Ich habe kaum noch Lust, etwas zu unternehmen, und verkrieche mich am liebsten ins Schlafzimmer. Die Kinder kommen dabei zu kurz – ich bin keine gute Mutter mehr."

Reales Beispiel

Reales-Beispiel	Psychopathologische Begrifflichkeiten
"Ich muss so schnell weinen, obwohl es keinen Grund gibt."	affektlabil
„... ich kann mir nicht vorstellen, dass es nochmal besser wird.“	hoffnungslos
„Innerlich bin ich wie tot.“	Gefühl der Gefühllosigkeit
„... verkrieche mich am liebsten ins Schlafzimmer.“	Sozialer Rückzug
„... ich bin keine gute Mutter mehr.“	

gegenüber bin ich ungerecht, und ich kann mich nicht mehr freuen. Ich habe kaum noch Lust, etwas zu unternehmen, und verkrieche mich am liebsten ins Schlafzimmer. Die Kinder kommen dabei zu kurz – **ich bin keine gute Mutter mehr.**"

Reales Beispiel

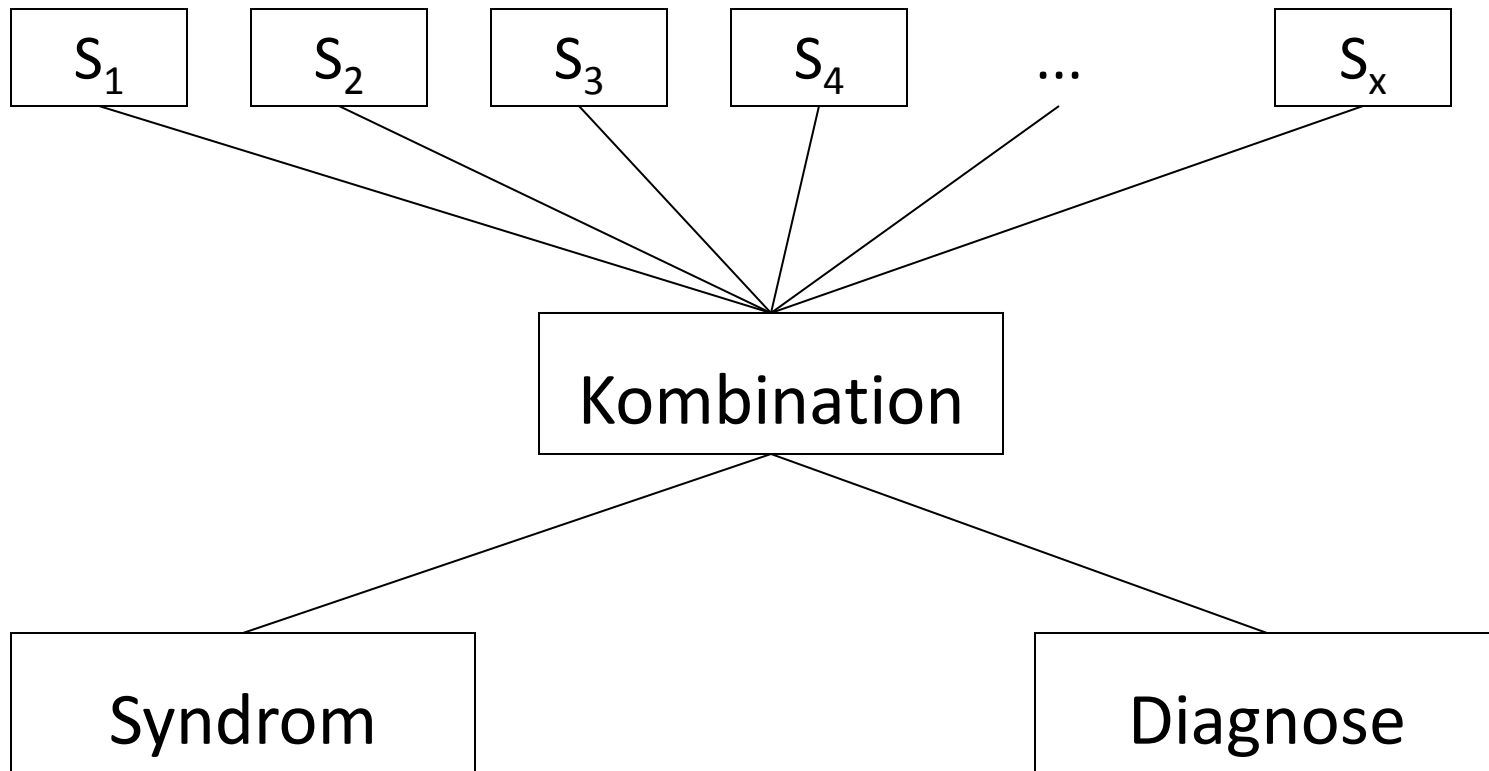
Reales-Beispiel	Psychopathologische Begrifflichkeiten
"Ich muss so schnell weinen, obwohl es keinen Grund gibt."	affektlabil
„... ich kann mir nicht vorstellen, dass es nochmal besser wird.“	hoffnungslos
„Innerlich bin ich wie tot.“	Gefühl der Gefühllosigkeit
„... verkrieche mich am liebsten ins Schlafzimmer.“	Sozialer Rückzug
„... ich bin keine gute Mutter mehr.“	Schuldgefühle

gegenüber bin ich ungerecht, und ich kann mich nicht mehr freuen. Ich habe kaum noch Lust, etwas zu unternehmen, und verkrieche mich am liebsten ins Schlafzimmer. Die Kinder kommen dabei zu kurz – **ich bin keine gute Mutter mehr.**"

Ziele der Psychopathologie

- Deskription (Querschnitt / Verlauf)
- Zuordnung von Patienten zu diagnostischen Gruppen (Kategorien → ICD-10/DSM-5)
- Therapeutische Interventionen
 - Indikation
 - Evaluation der Effektivität
- Gemeinsame Sprache

Diagnostische Ebenen: Symptom - Syndrom - Diagnose



Diagnostische Ebenen

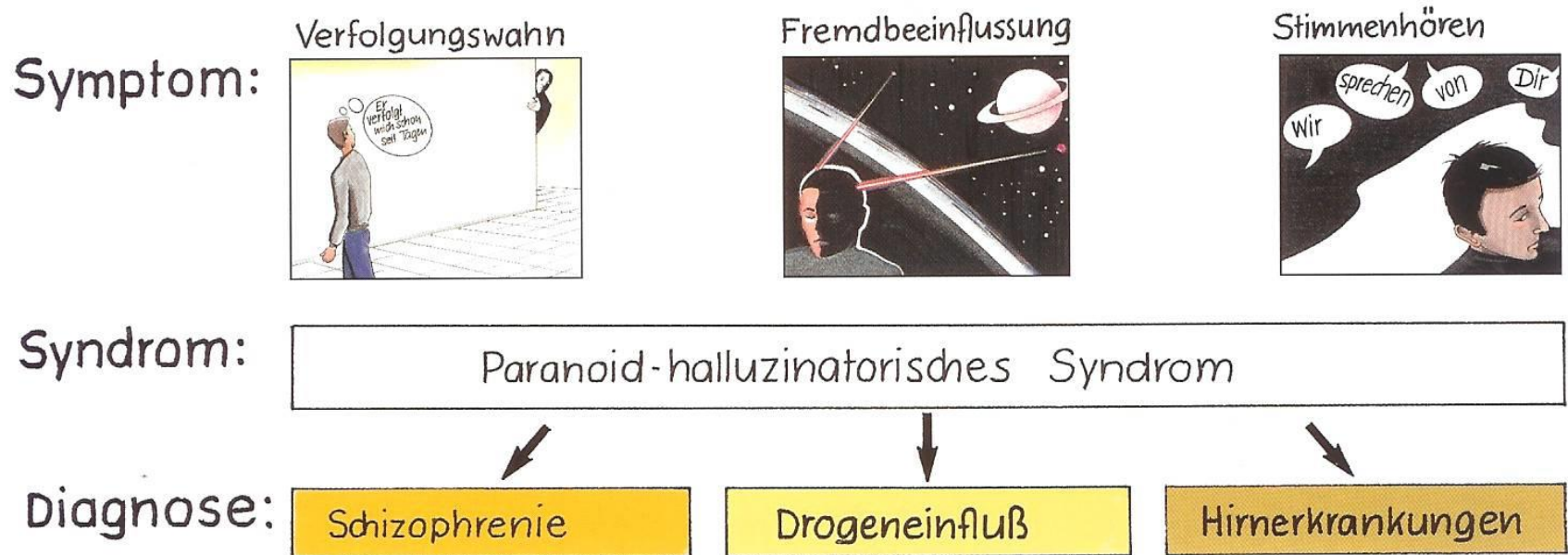


Abb. 3 Der Zusammenhang zwischen Symptom, Syndrom und Diagnose

Gliederung

- Einführung in die Psychopathologie
- **Einführung in das AMDP-System**
 - Historie
 - Struktur
 - Praxisrelevante Aspekte
 - Ratingbogen
 - Darstellung der Symptome
 - Entscheidungsbaum
 - Datenquellen
 - Beurteilungszeitraum
 - Schwellenproblem
- Anwendungsmöglichkeiten und praktische Beispiele
- Fazit

Was ist das AMDP-System?

- **A**rbeitsgemeinschaft für **M**ethodik und **D**okumentation in der **P**sychiatrie
- Dokumentationssystem (Kernstück: Psychischer Befund)
- Fremdbeurteilungsverfahren

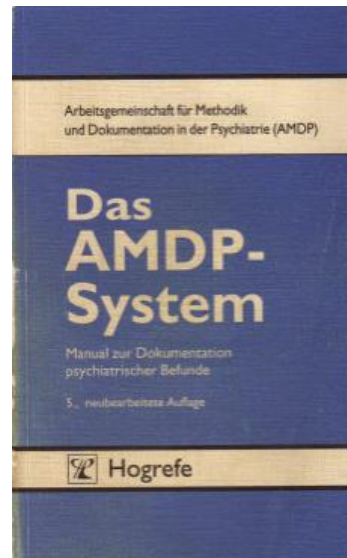
Das AMP-System

Manual zur Dokumentation
psychiatrischer Befunde

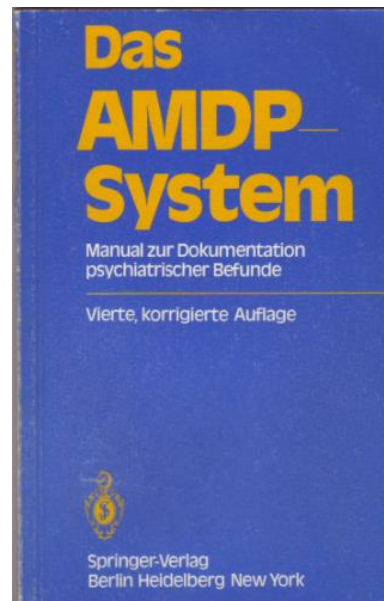


Springer-Verlag
Berlin Heidelberg New York

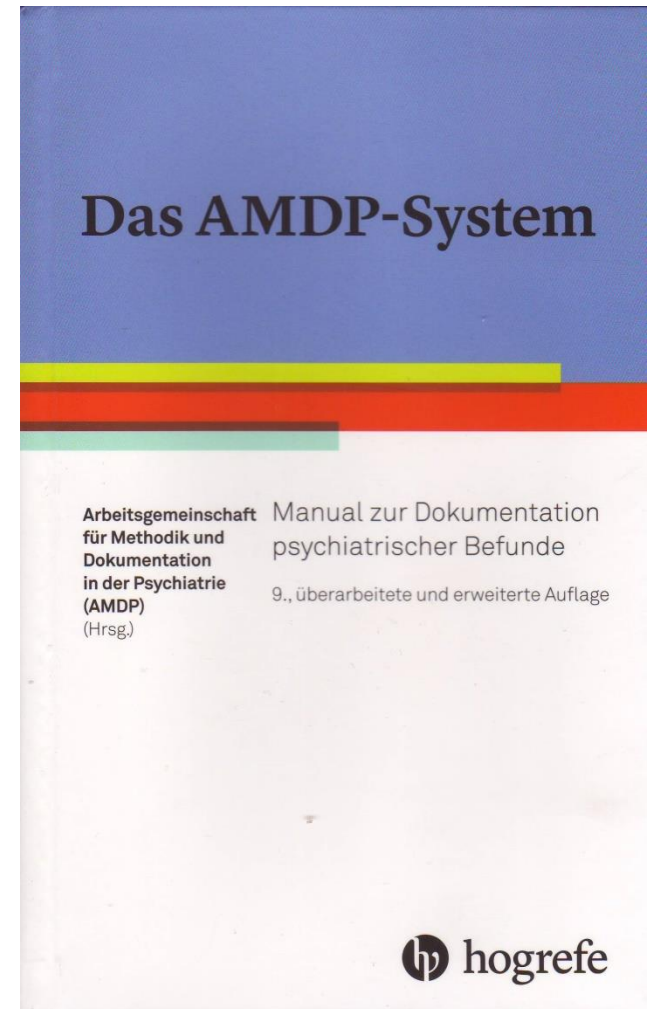
1971



1985

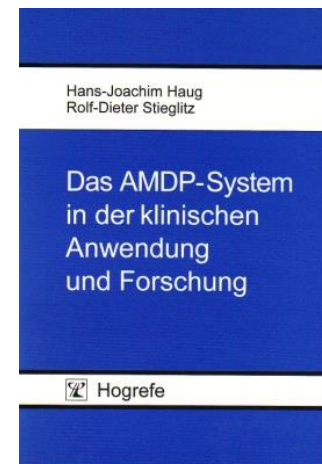
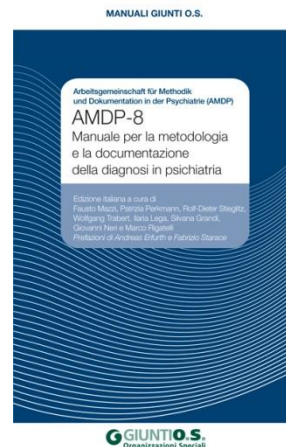
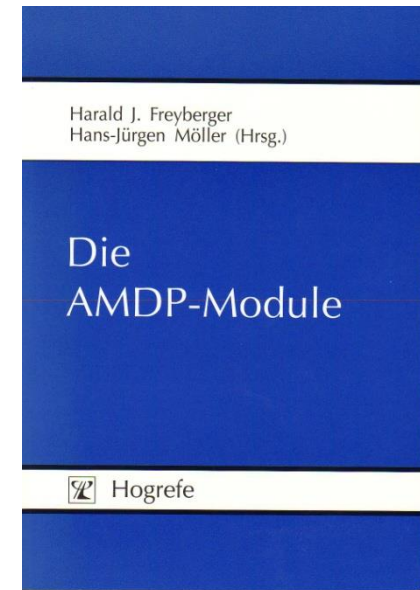
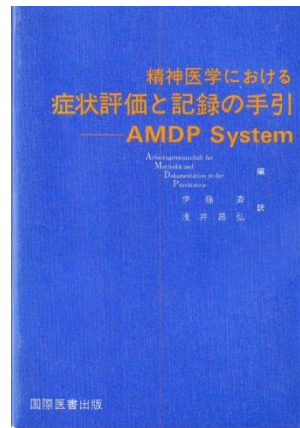
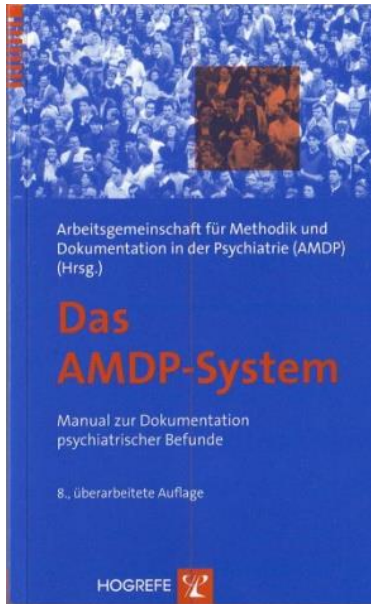


1979



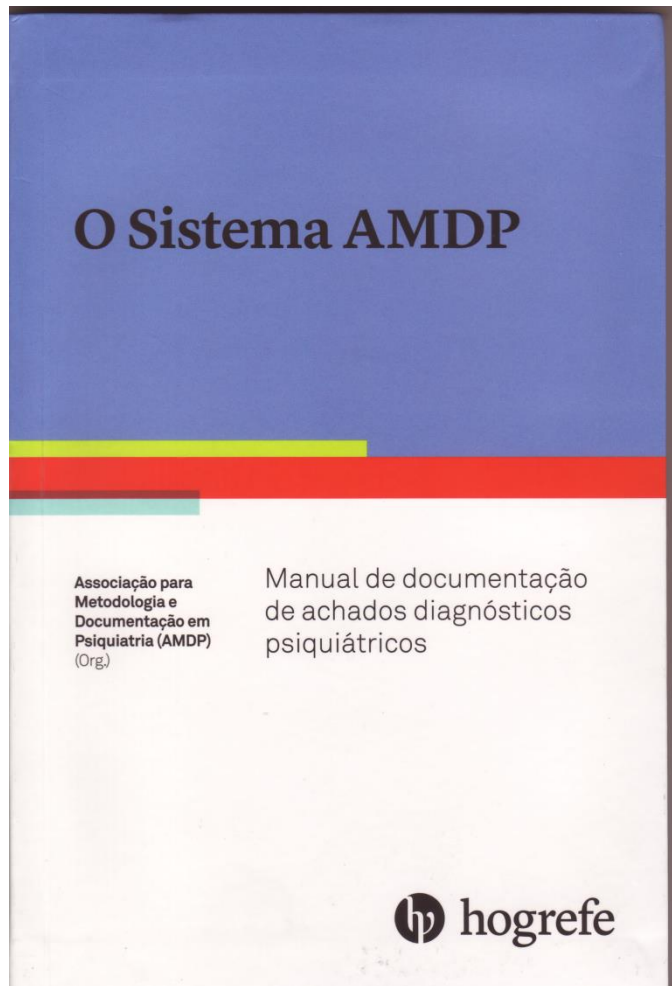
2016/2018

«Family of Instruments»

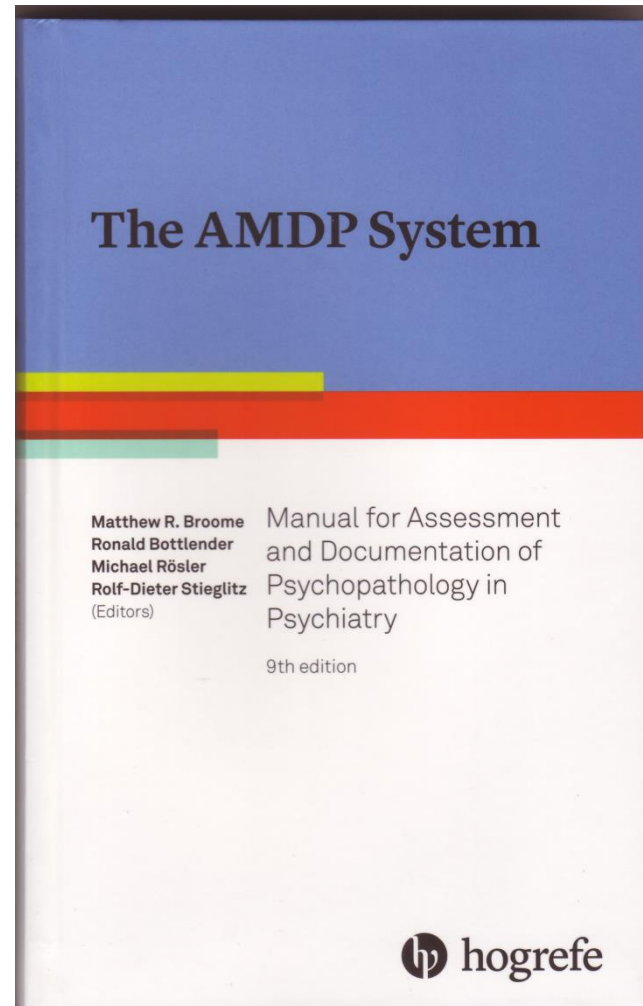


☛ in Vielzahl Sprachen übersetzt,
u.a. serbo-kroatisch, französisch,
niederländisch, italienisch

die letzten Übersetzungen



2016

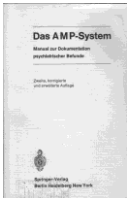
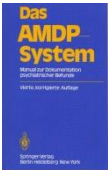
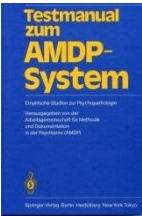
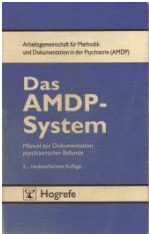


2018

Meilensteine seit Beginn der 50er Jahre

Jahr	Psychopharmakologie	Ratingskalen
1949	Entdeckung der antimanischen Wirkung des Lithiums durch Cade	
1952	Entdeckung der antipsychotischen Wirkung des Chlorpromazins durch Delay & Deniker	
1957	Entdeckung der antidepressiven Wirkung des Imipramins (Tofranil) durch Kuhn	
1958	Entdeckung des Haloperidols (Haldol) durch Janssen	
1959		Hamilton Anxiety Scale (HAMA)
ab 1960	Beginn systematische Untersuchung der prophylaktischen Wirkung der Lithumsalze (u.a. durch Schou)	Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) Beck Depressions Inventar (BDI) Beginn Entwicklung <u>AMP-System</u> Comprehensive Psychiatric Scale (CPRS) Inpatient Multidimensional Psychiatric Scale (IMPS)
1962		Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)

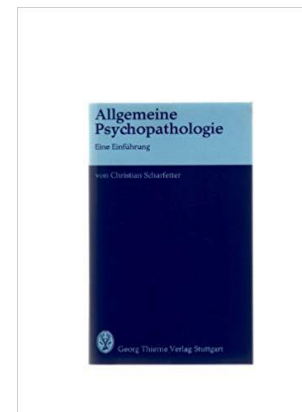
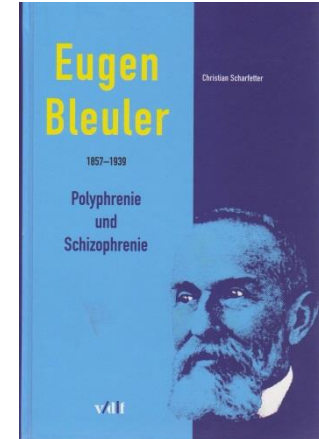
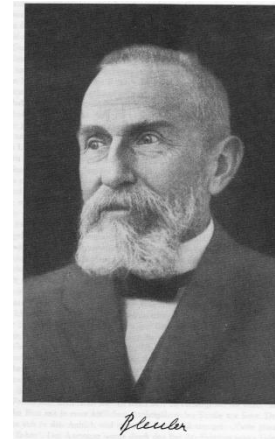
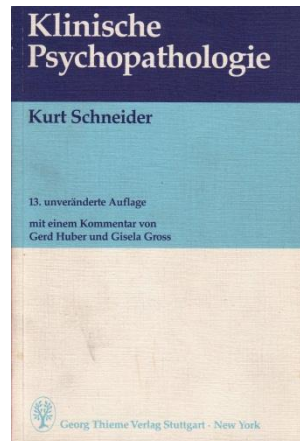
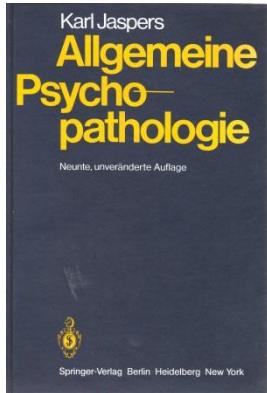
Geschichte der AMDP: “Meilensteine”

1965	Gründung AMP	
1971	1. Aufl. Manual (<i>Scharfetter</i>)	
1979	3. Aufl. Manual - Umbenennung: AMDP - Reduktion Merkmalspools auf 100 Symptome	
1983	Testmanual (<i>Baumann & Stieglitz</i>) - alle empirischen Arbeiten bis 1983	
1989	Interviewleitfaden (<i>Fähndrich & Stieglitz</i>)	
1989	Gründung AMDP e.V.	
2005	5., neubearbeitete Auflage - einheitliche Darstellung aller Symptome	
2016	Manual (9. Aufl.): Zusatzsymptome (3. Aufl.)	

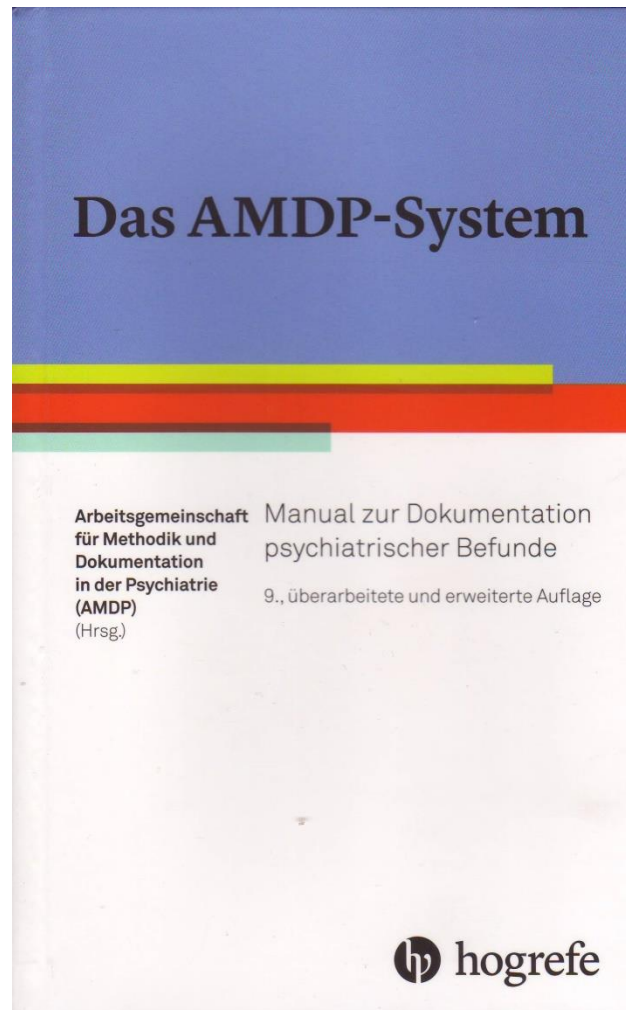
Theoretische Grundlagen der Entwicklung des AMDP-Systems

- **Traditionelle, deutschsprachige deskriptive Psychopathologie**
 - Bleuler: Lehrbuch der Psychiatrie
 - Jaspers: Allgemeine Psychopathologie
 - Schneider: Klinische Psychopathologie
 - Scharfetter: Allgemeine Psychopathologie
- **deutsche, englische, anglo-amerikanische Arbeiten zur Psychopathologie**

„Geistige Väter“



Aktuelle Auflagen: AMDP 2016/2018



2018:
10., korrigierte Aufl.

Das AMDP-System

Anamnese	12 Merkmale	Minimalkatalog von allgemeinen Variablen (u. a. soziale, berufliche) sowie zur Erkrankung (inkl. ICD-10 Diagnose)
Psychischer Befund	100 Symptome sowie 11 Zusatz-symptome	graduiert nach leicht – mittel – schwer bzw. nicht vorhanden und keine Aussage, verteilt auf 12 Merkmalsgruppen
Somatischer Befund	40 Symptome sowie 3 Zusatz-symptome	7 Merkmalsgruppen

AMDP-System

Psychischer Befund

Angaben zur Person

Alter: _____ Geburtsdatum: .. Geschlecht: m w

Patienten-Nr.: _____ Untersucher-Nr.: _____ Untersuchungsdatum: ..

Beurteilungszeitraum: (in Tagen) ICD-10-Kodierung: _____

AMDP-System

Psychischer Befund

Angaben zur Person

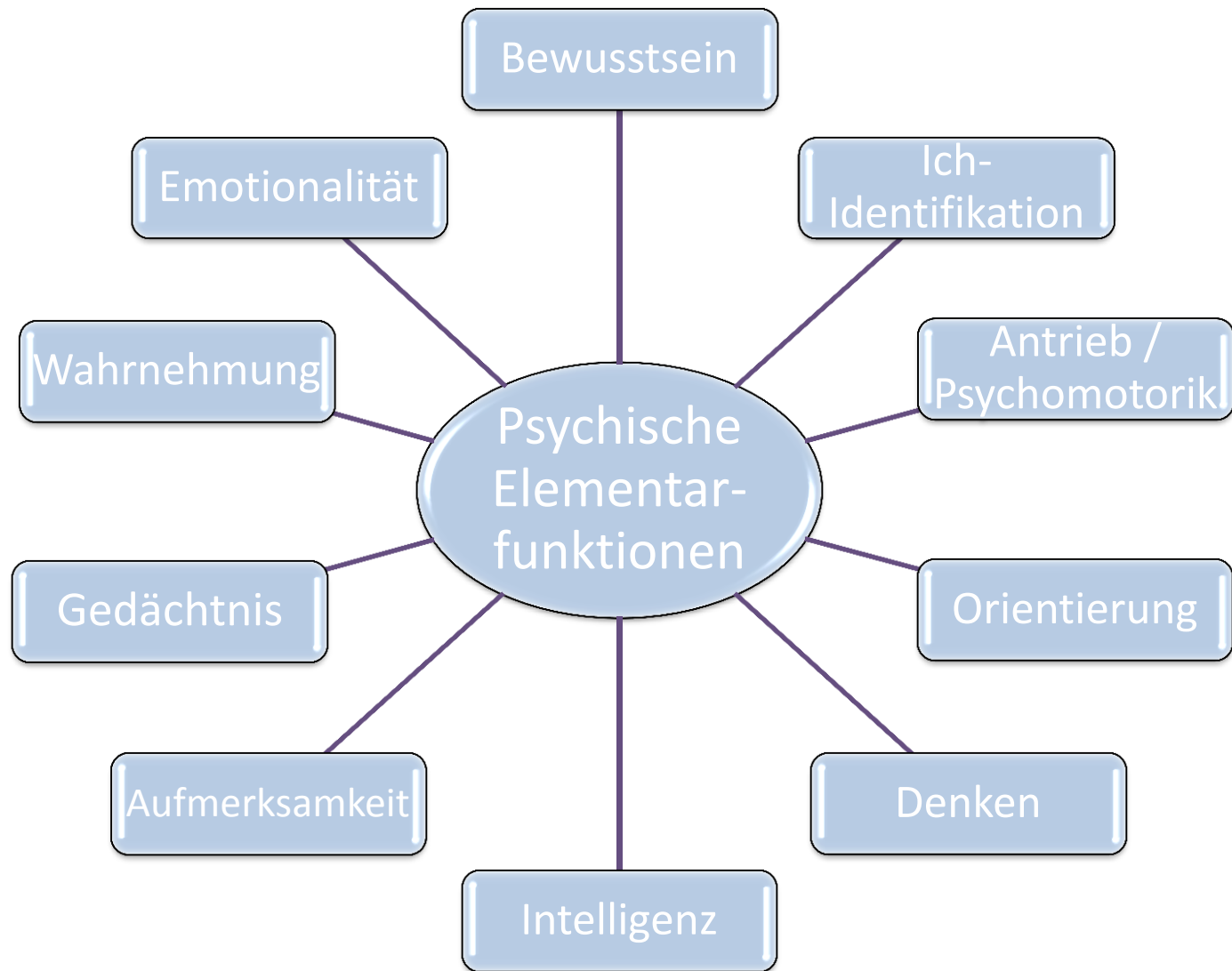
Patient: _____ Untersucher: _____ Untersuchungsdatum:

Alter: _____ Geburtsdatum: Geschlecht: ☐ m ☐ w

Beurteilungszeitraum: (in Tagen) Diagnosen: _____

Befund						Befund					
Symptom		Datenquellen	nicht vorhanden	leicht	mittel ausgeprägt	Symptom		Datenquellen	nicht vorhanden	leicht	mittel ausgeprägt
					schwer						schwer
					keine Aussage						keine Aussage
Bewusstseinsstörungen						Befürchtungen und Zwänge					
1. Bewusstseinsverminderung	F					23. vorbeireden	F				
2. Bewusstseinsstörung	F					24. gesperrt/Gedankenabreißen	SF				
3. Bewusstseinsverengung	SF					25. inkohärent/zerfahren	F				
4. Bewusstseinsverschiebung	S					26. Neologismen	F				
Orientierungsstörungen						Wahn					
5. zeitliche Orientierungsstör.	S					27. Misstrauen	SF				
6. örtliche Orientierungsstör.	S					28. Hypochondrie	S				
7. situative Orientierungsstör.	S					29. Phobien	S				
8. O.-Stör. über die eigene Person	S					30. Zwangsdenken	S				
Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen						31. Zwangsimpulse	S				
9. Auffassungsstörungen	SF					32. Zwangshandlungen	S				
10. Konzentrationsstörungen	SF					Wahn					
11. Merkfähigkeitsstörungen	SF					33. Wahnstimmung	S				
12. Gedächtnisstörungen	SF					34. Wahnwahrnehmung	S				
13. Konfabulationen	F					35. Wahnneinfall	S				
14. Paramnesien	S					36. Wahngedanken	S				
Formale Denkstörungen						37. systematisierter Wahn	S				
15. gehemmt	S					38. Wahndynamik	SF				
16. verlangsamt	F					39. Beziehungswahn	S				
17. umständlich	F					40. Beeinträcht.-/Verfolgungswahn	S				
18. eingeengt	F					41. Eifersuchtschwahn	S				
19. perseverierend	F					42. Schuldswahn	S				
20. grübeln	S					43. Verarmungswahn	S				
21. Gedankendrängen	S					44. Hypochondrischer Wahn	S				
22. ideenflüchtig	F					45. Größenwahn	S				
						46. andere Wahninhalte	S				

Befund						Befund					
Symptom		Datenquellen	nicht vorhanden	leicht	mittel ausgeprägt	Symptom		Datenquellen	nicht vorhanden	leicht	mittel ausgeprägt
					schwer						schwer
					keine Aussage						keine Aussage
Sinnestäuschungen						Antriebs- und psychomotorische Störungen					
47. Illusionen	S					80. antriebsarm	SF				
48. Stimmenhören	S					81. antriebsgehemmt	S				
49. andere akust. Halluzinationen	S					82. antriebsgesteigert	SF				
50. Optische Halluzinationen	S					83. motorisch unruhig	SF				
51. Körperhalluzinationen	S					84. Parakinesen	F				
52. Geruchs-/Geschmackshalluzi.	S					85. maniert/bizar	F				
Ich-Störungen						86. theatralisch	F				
53. Derealisation	S					87. mutistisch	F				
54. Depersonalisation	S					88. logorrhöisch	F				
55. Gedankenausbreitung	S					Circadiane Besonderheiten					
56. Gedankenentzug	S					89. morgens schlechter	SF				
57. Gedankeneingebung	S					90. abends schlechter	SF				
58. and. Fremdbeeinfluss.-Erleb.	S					91. abends besser	SF				
Störungen der Affektivität						Andere Störungen					
59. ratlos	F					92. sozialer Rückzug	SF				
60. Gefühl der Gefühllosigkeit	S					93. soziale Umtriebigkeit	SF				
61. affektarm	F					94. Aggressivität	SF				
62. Störung der Vitalgefühle	S					95. Suizidalität	SF				
63. deprimiert	SF					96. Selbstbeschädigung	SF				
64. hoffnungslos	S					97. Mangel an Krankheitsgefühl	S				
65. ängstlich	SF					98. Mangel an Krankheitseinsicht	S				
66. euphorisch	SF					99. Ablehnung der Behandlung	SF				
67. dysphorisch	SF					100. pflegebedürftig	SF				
68. gereizt	SF					R1- bis R14-Symptome					
69. innerlich unruhig	S					R1					
70. klagsam/jammerig	F					R2					
71. Insuffizienzgefühle	S					R3					
72. gesteigerte Selbstwertgefühle	S					R4					
73. Schuldgefühle	S					R5					
74. Verarmungsgefühle	S					R6					
75. ambivalent	S					R7					
76. Parathymie	F					R8					
77. affektlabil	SF					R9					
78. affektinkontinent	SF					R10					
79. affektstarr	F					R11					
						R12					
						R13					
						R14					
Befundunsicherheit											



12 Merkmalsbereiche

- Bewußtseinsstörung
- Orientierungsstörungen
- Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen
- Formale Denkstörungen
- Befürchtungen und Zwänge
- Wahn
- Sinnestäuschungen
- Ich-Störungen
- Störungen der Affektivität
- Antriebs- und psychomotorische Störungen
- Circadiane Besonderheiten
- Andere Störungen

Ratingbogen

Befund						
Symptom	S-/F-Beurteilung	nicht vorhanden	leicht	mittel ausgeprägt	schwer	keine Aussage
Sinnestäuschungen		☐				☐
47. Illusionen	S	☐	☐	☐	☐	☐
48. Stimmenhören	S	☐	☐	☐	☐	☐
49. andere akust. Halluzinationen	S	☐	☐	☐	☐	☐
50. Optische Halluzinationen	S	☐	☐	☐	☐	☐
51. Körperhalluzinationen	S	☐	☐	☐	☐	☐
52. Geruchs-/Geschmackshalluzi.	S	☐	☐	☐	☐	☐

Aufbau Ratingbogen

**Merkmals-
bereich**

Graduierung

Befund					
Symptom	S-/F-Beurteilung	nicht vorhanden	leicht	mittel ausgeprägt	schwer
Sinnestäuschungen		☐			
47. Illusionen	S	☐	☐	☐	☐
48. Stimmenhören	S	☐	☐	☐	☐
49. andere akust. Halluzinationen	S	☐	☐	☐	☐
50. Optische Halluzinationen	S	☐	☐	☐	☐
51. Körperhalluzinationen	S	☐	☐	☐	☐
52. Geruchs-/Geschmackshalluzi.	S	☐	☐	☐	☐
					keine Aussage

keine Aussage

Symptomname

S-/F-/SF-Beurteilung

Einheitlicher Darstellung Symptome

- **Definition**
- **Erläuterungen und Beispiele**
- **Hinweise zur Graduierung**
- **Abzugrenzende Begriffe**

Merkmal 48: Stimmenhören (S)

Definition

Hören von Stimmen (Phoneme), ohne dass tatsächlich jemand spricht.

Erläuterungen und Beispiele

Die Stimmen können den Patienten direkt ansprechen, ihm Befehle geben, sein Handeln kommentieren oder in Rede und Gegenrede über ihn sprechen. Die Stimmen müssen nicht immer von außen wahrgenommen werden, sondern können als fremde (!) Stimme auch im eigenen Körper leibhaftig gehört werden. Auch das „laute Hören“ eigener Gedanken wird hier abgebildet.

- „Ich habe die Stimme meiner toten Mutter gehört. Sie hat mich immer gelobt oder getadelt, je nachdem was ich gemacht habe.“
- Ich habe die Stimmen mehrerer Männer gehört, die sich über mich unterhalten haben. Eine davon hat mir dann den Befehl gegeben, nach Emden zu fahren.“

Merkmal 48: Stimmenhören (S)

Unverständliche oder unartikulierte Lautäußerungen (z. B. Stöhnen, Seufzen, unverständliches Murmeln) werden bei „Andere akustische Halluzinationen“ abgebildet.

Hinweise zur Graduierung

- „leicht“ Ein Patient berichtet, dass er seinen gelegentlichen Stimmen keinerlei Bedeutung beimesse.
- „schwer“ Ein Patient gibt an, ganz deutlich die Stimme Gottes gehört zu haben, der ihm befohlen habe, das Familiensilber zu verkaufen und das Geld den Armen zu spenden.

Abzugrenzende Merkmale

- 47 Illusionen
- 49 andere akustische Halluzinationen
- 55 Gedankenausbreitung
- 57 Gedankeneingebung

2.5 Formale Denkstörungen

Vorbemerkungen

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 nicht durchgängig vorhanden sein muss. Formale Denkstörungen können bei emotionaler Belastung im Gespräch oder längerer Gesprächsdauer besonders deutlich werden.

15. Gehemmt (S)

Definition

Das Denken wird vom Patienten subjektiv als gebremst, verlangsamt oder blockiert (wie gegen einen inneren Widerstand) empfunden.

Erläuterungen und Beispiele

Der Patient kann die Hemmung des Denkablaufes nicht aufheben. Denkhemmung kann sich bis zu dem subjektiven Erleben ausweiten, überhaupt nicht mehr denken zu können.

Hinweise zur Graduierung

- „leicht“ Der Patient fühlt sich durch die Denkhemmung nur geringfügig beeinträchtigt. Er kann seinen üblichen Aufgaben aber nachkommen.
- „schwer“ Der Patient ist nahezu vollständig gehemmt, er berichtet, dass ihm die Worte nur äußerst mühsam über die Lippen kommen. Oder die Hemmung des Denkablaufes führt zu einer deutlichen subjektiven

Beeinträchtigung der Funktionen bzw. quält den Patienten.

Abzugrenzende Merkmale

- 16 verlangsamt
20 grübeln
81 antriebsgehemmt.

16. Verlangsamt (F)

Definition

Das Denken erscheint dem Beobachter verlangsamt und schleppend.

Erläuterungen und Beispiele

Das verlangsamte Denken führt zu einem zähflüssigen, trägen Gesprächsablauf.

Hinweise zur Graduierung

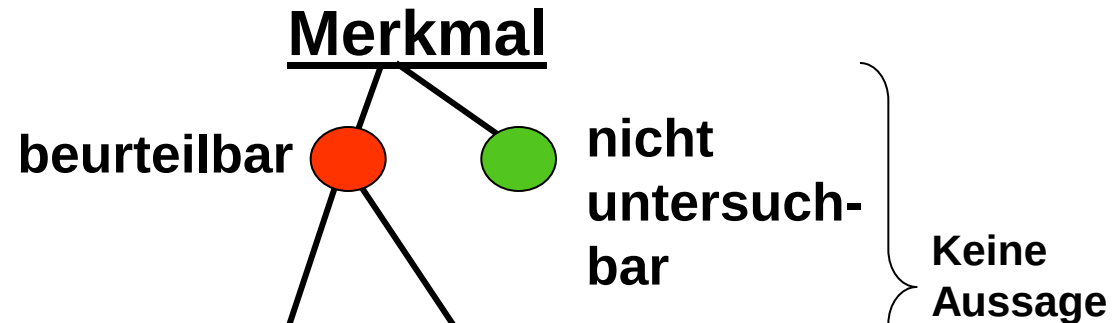
- „leicht“ Die Verlangsamung des Denkens wird vom Untersucher bemerkt, sie behindert aber den Verlauf von Exploration oder Unterhaltung nicht wesentlich.
- „schwer“ Der Gesprächsablauf wird durch den stockenden Gedankengang und längere Gesprächspausen, die aus der Denkverlangsamung resultieren, erheblich behindert.

Abzugrenzende Merkmale

- 15 gehemmt
80 antriebsarm
87 mutistisch

Entscheidungsbaum

1. Beurteilbarkeit



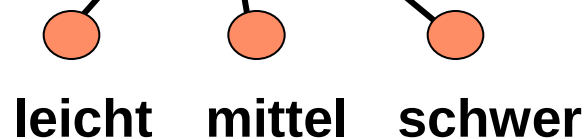
2. Entscheidungssicherheit über das Vorhandensein oder Nicht-Vorhandensein



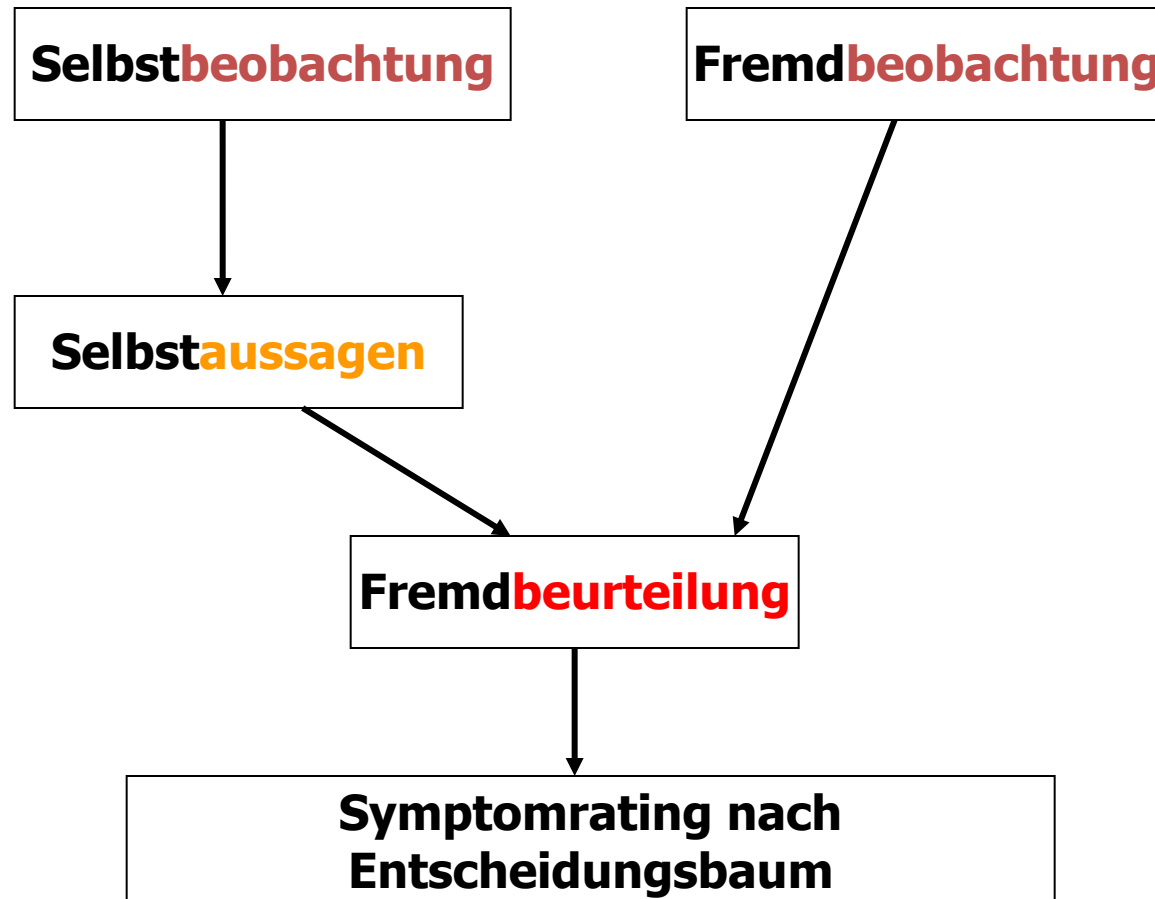
3. Vorhandensein



4. Quantifizierung



Beurteilungsprozess



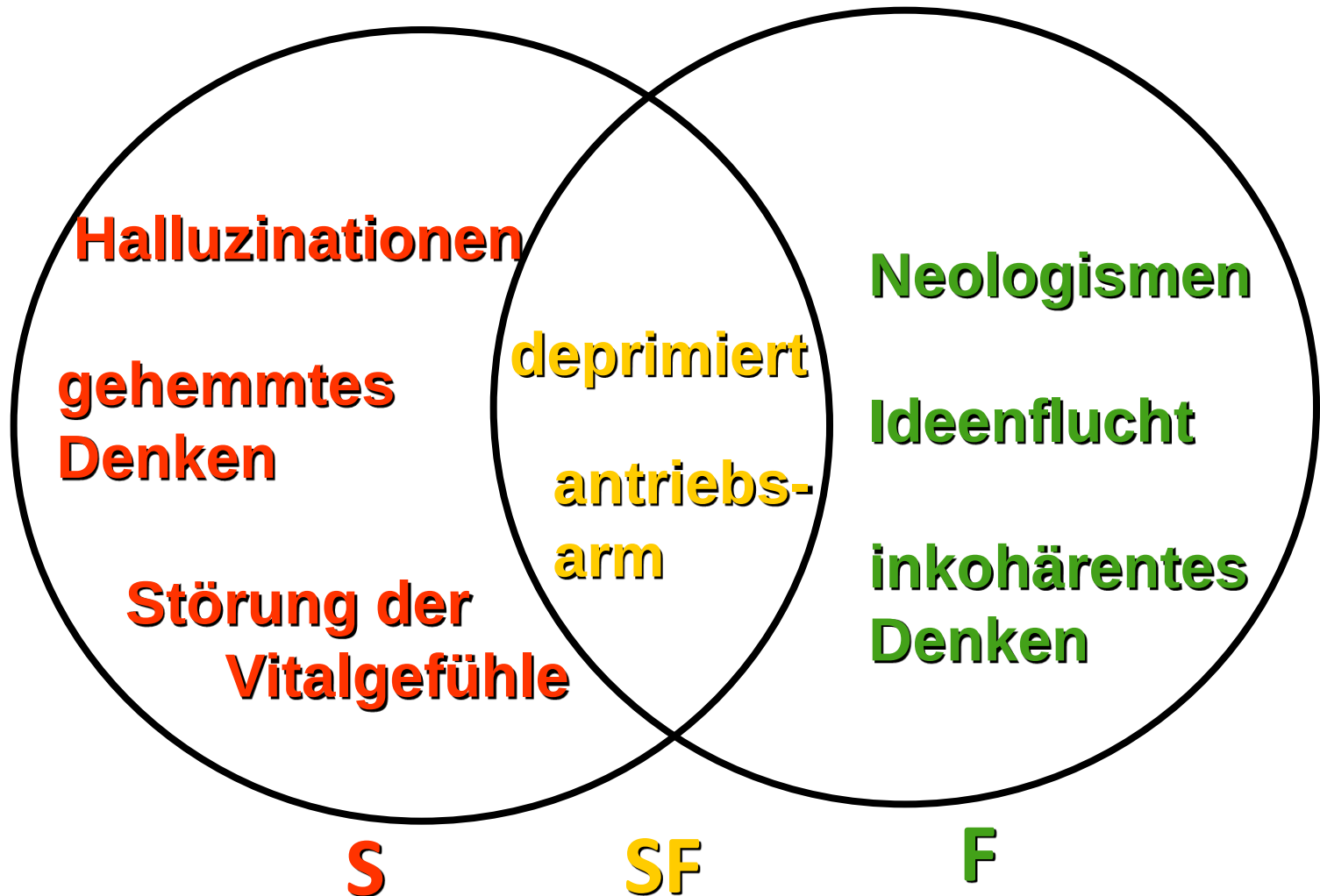
„Datenquellen“ zur Beurteilung psychischer Phänomene

- **S** (= Selbst):
Selbstaussage, -bericht, -schilderung eines Patienten zu einem Phänomen ist notwendig.
- **F** (= Fremd):
Fremdbeobachtung des Phänomens durch den Interviewer ist notwendig
- **SF** (= Selbst oder Fremd):
Eine der beiden Datenquellen ist für die Beurteilung ausreichend.

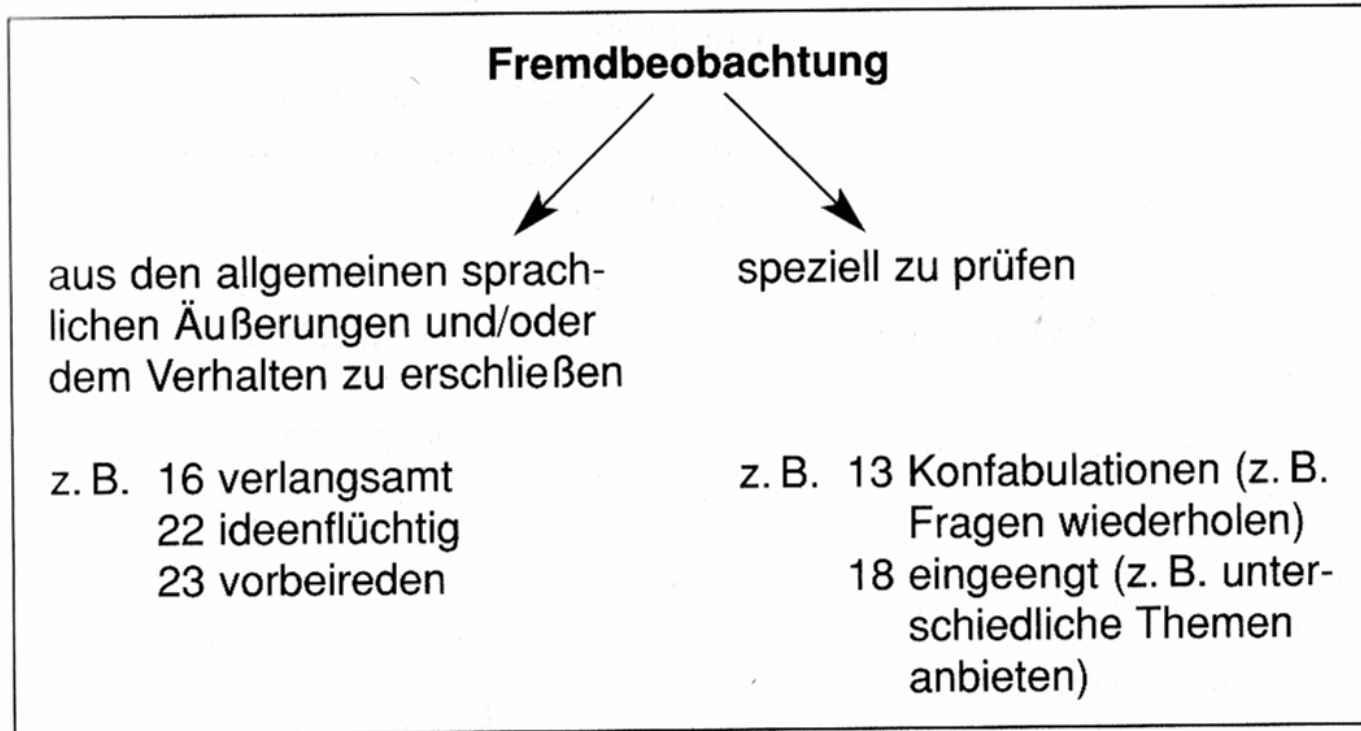
Daten- oder Informationsquellen

Datenquelle	Abkürzung	Beispiele
Patient	S (= Selbst)	gehemmt, Störung der Vital- gefühle, Stimmenhören
Dritte (z. B. Unter- sucher, Pflegeper- sonal, Angehörige)	F (= Fremd)	verlangsamt, Neologismen, eingeengt
Patient oder Dritte	SF (= Selbst oder Fremd)	antriebsarm, deprimiert, Konzentrationsstörungen

Beispiele für S- und F-Einstufungen



Fremdbeobachtung



weitere Prüfungen:

- Orientierungsstörungen
- Konzentrationsstörungen
- Merkfähigkeits- und Gedächtnisstörungen
- Auffassungsstörungen

Merkmalsbereich	Anzahl Symp-tome	S-Symp-tome	F-Symp-tome	SF-Symp-tome
Bewusstseinsstörungen	4	1	2	1
Orientierungsstörungen	4	4	0	0
Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen	6	1	1	4
Denkstörungen	12	3	7	2
Befürchtungen und Zwänge	6	5	0	1
Wahn	14	13	0	1
Sinnestäuschungen	6	6	0	0
Ich-Störungen	6	6	0	0
Störungen der Affektivität	21	9	5	7
Antriebs- und Psycho-motorische Störungen	9	1	5	3
Circadiane Besonderheiten	3	0	0	3
Andere Störungen	9	2	0	7
Summe	100	51	20	29

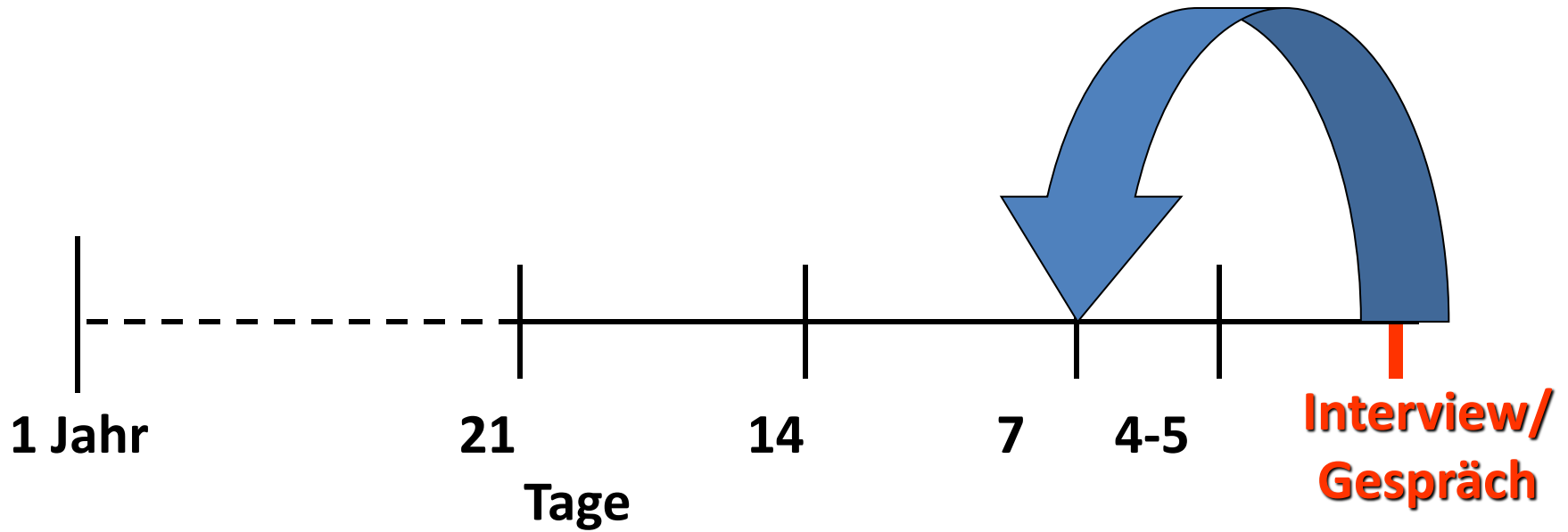
Anmerkung: S: Informationsquelle sind Aussagen und Angaben des Patienten zur Symptomatik, Thema; F: Informationsquelle sind Beobachtungen Dritter (meist Interviewer, aber auch z.B. Pflegepersonal, Angehörige); SF: S und /oder F

AMDP = Fremdbeurteilungsverfahren!!!

Beurteilungszeitraum

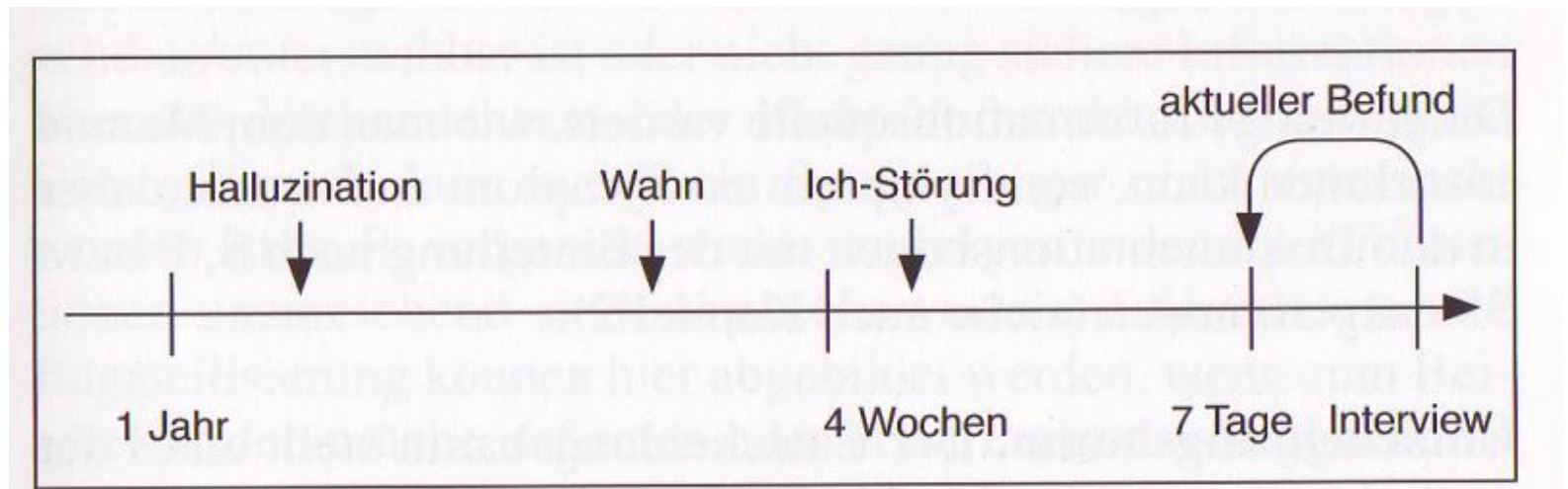
- **allgemein** für alle Symptome gleich
- **jedoch** entsprechend Intention variabel
festzulegen (z.B. Aufnahmebefund > aktueller Status im Verlauf)
- **Empfehlung** letzte 3-4 Tage oder letzte 7 Tage (→ vergleichbar mit anderen Verfahren)
- **wichtig** Patient zu Beginn des Gesprächs erklären; wiederholen im Verlauf meist notwendig

Beurteilungszeitraum

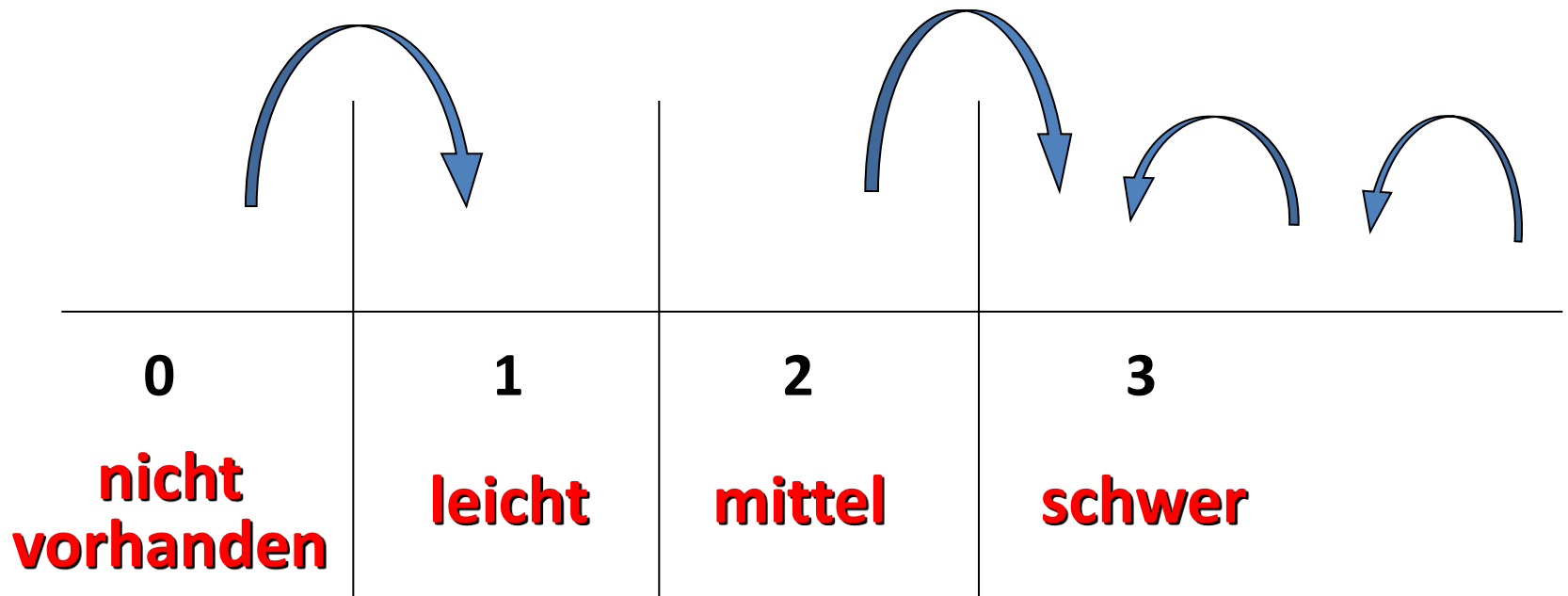


wichtig: gleicher Beurteilungszeitraum bei allen Symptomen

Beurteilungszeitraum: Beispiel

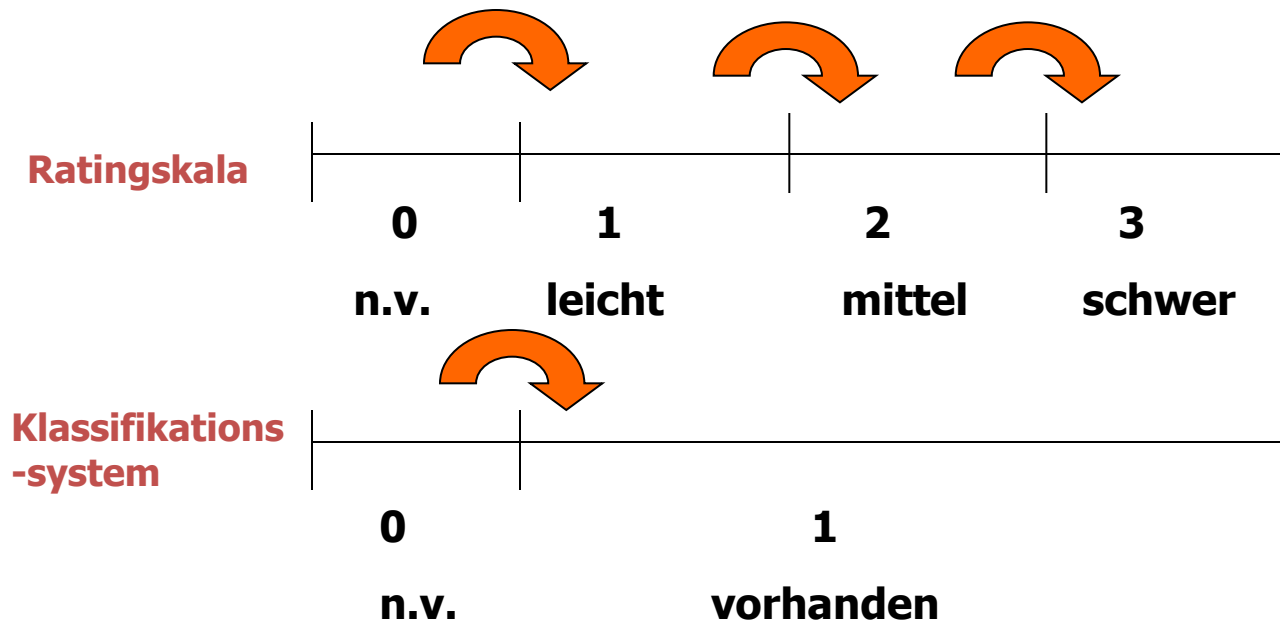


Graduierung (“Schwellenproblem”)



Symptomskalierung:

Unterschied Klassifikationssysteme und Ratingskalen



Übung

- Lesen Sie nachfolgende Kriterienliste der Schizophrenie nach ICD-10?
- Welche diagnostischen Kriterien könnten Sie definieren?
- Bei welchen hätten Sie Schwierigkeiten?

Diagnostische Eingangskriterien:

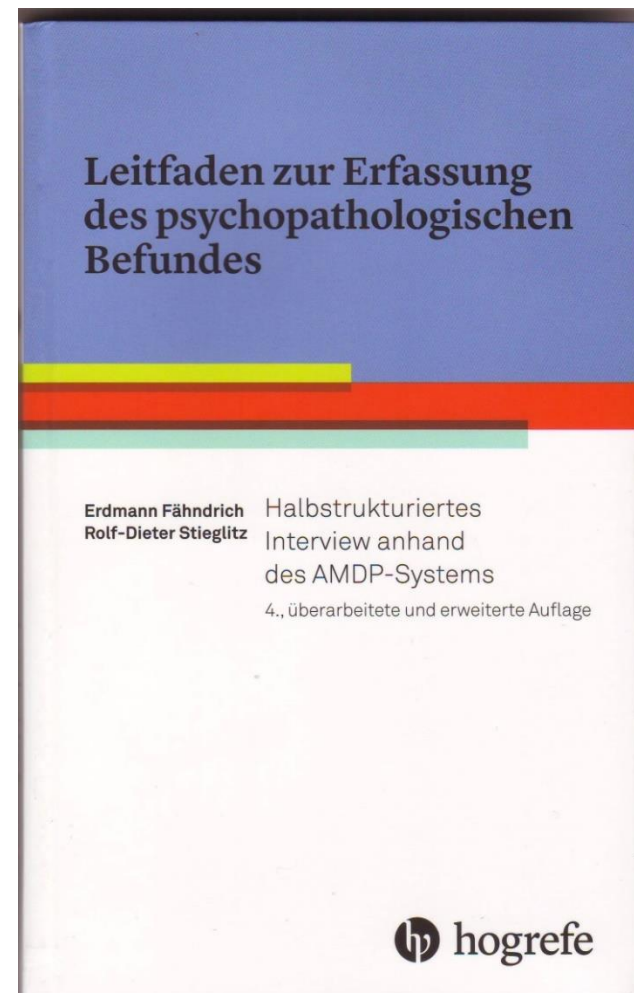
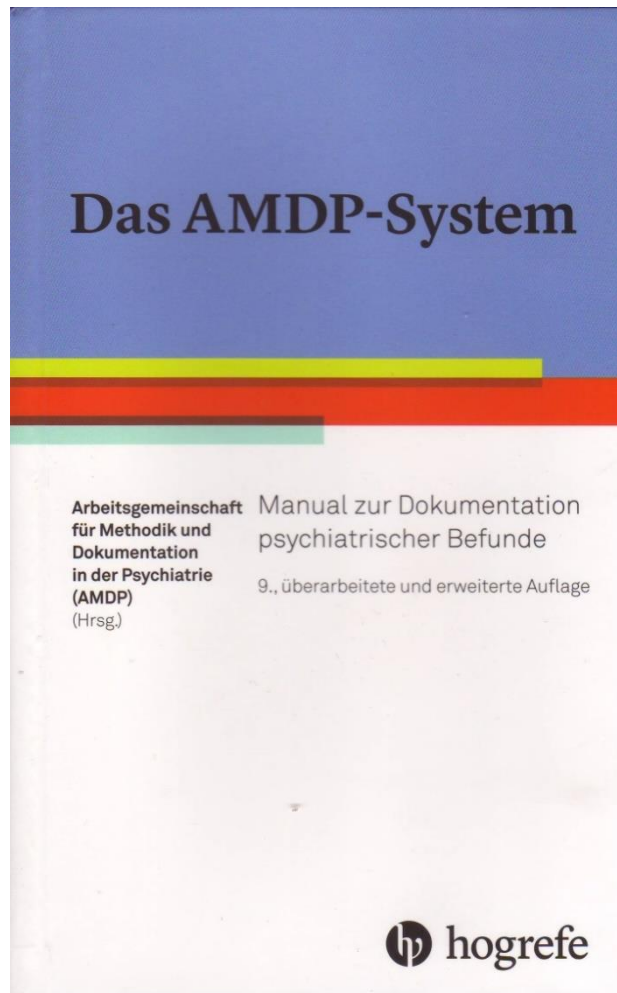
G1. Während eines Zeitraumes von mindestens einem Monat sollten vorliegen:

1. Mindestens eines der folgenden Merkmale:
 - a. Gedankenlautwerden, -einklang, -entzug oder -ausbreitung,
 - b. Kontroll-, Beeinflussungswahn, Gefühl des Gemachten, Wahnwahrnehmung,
 - c. kommentierende oder dialogische Stimmen,
 - d. anhaltender kulturell unangemessener, bizarrer Wahn.
2. Oder mindestens zwei der folgenden Merkmale:
 - a. Anhaltende Halluzinationen jeder Sinnesmodalität, begleitet von flüchtigen Wahngedanken oder von langanhaltenden überwertigen Ideen,
 - b. Neologismen, Gedankenabreißen, Zerfahrenheit oder Danebenreden,
 - c. katatone Symptome,
 - d. "negative" Symptome.

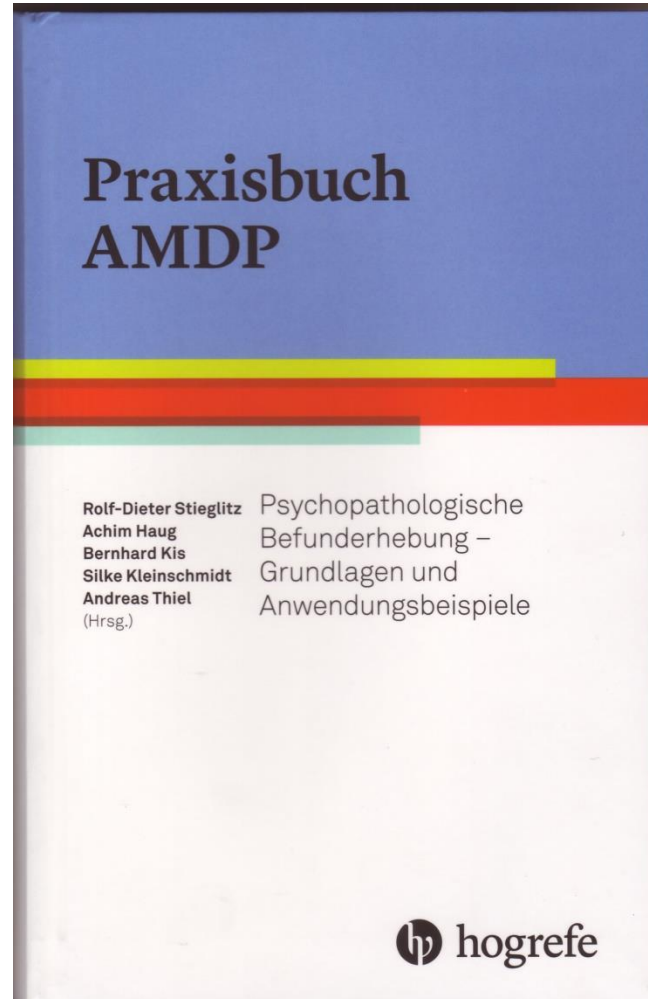
G2. Häufigste Ausschlußkriterien:

1. Die Kriterien für eine manische (F30) oder depressive Episode (F32) waren bereits vor dem Auftreten der schizophrenen Symptome (G1) erfüllt.
2. Organische Gehirnerkrankungen, Alkohol- oder Substanzintoxikation, Abhängigkeits- oder Entzugssyndrom.

Basisliteratur AMDP



Ergänzung zur Basisliteratur



Gliederung

- Einführung in die Psychopathologie
- Einführung in das AMDP-System
 - Historie
 - Struktur
 - Praxisrelevante Aspekte
 - Ratingbogen
 - Darstellung der Symptome
 - Entscheidungsbaum
 - Datenquellen
 - Beurteilungszeitraum
 - Schwellenproblem
- **Anwendungsmöglichkeiten und praktische Beispiele**
- Fazit

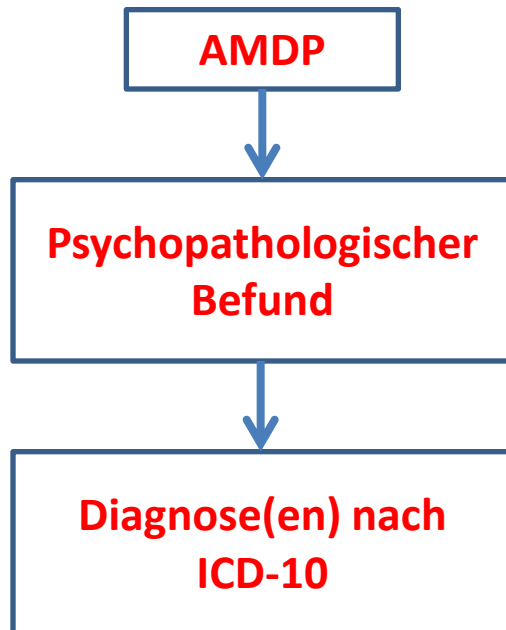
Psychopathologie: Assessmentziele

- Psychopathologie im Querschnitt (z.B. Psychopathologischer Befund)
- Psychopathologie und Diagnosestellung
- Psychopathologie im Verlauf
- Psychopathologie und Therapieevaluation
- Psychopathologie und Begutachtung

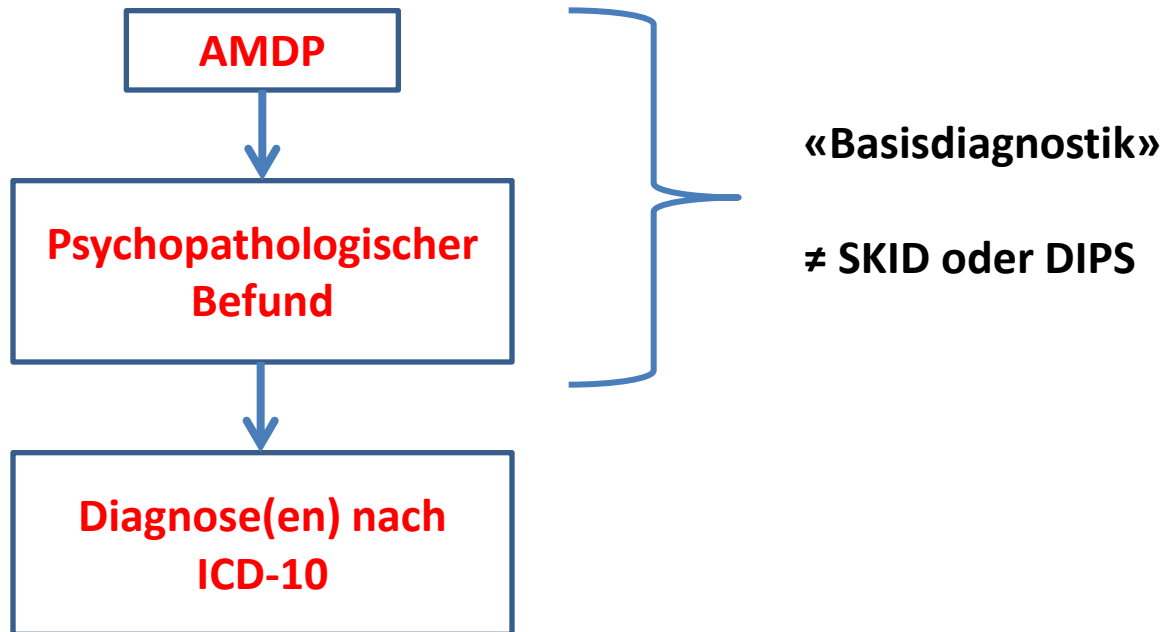
Psychopathologie: Assessmentziele

- **Psychopathologie im Querschnitt (z.B. Psychopathologischer Befund)**
- Psychopathologie und Diagnosestellung
- Psychopathologie im Verlauf
- Psychopathologie und Therapieevaluation
- Psychopathologie und Begutachtung

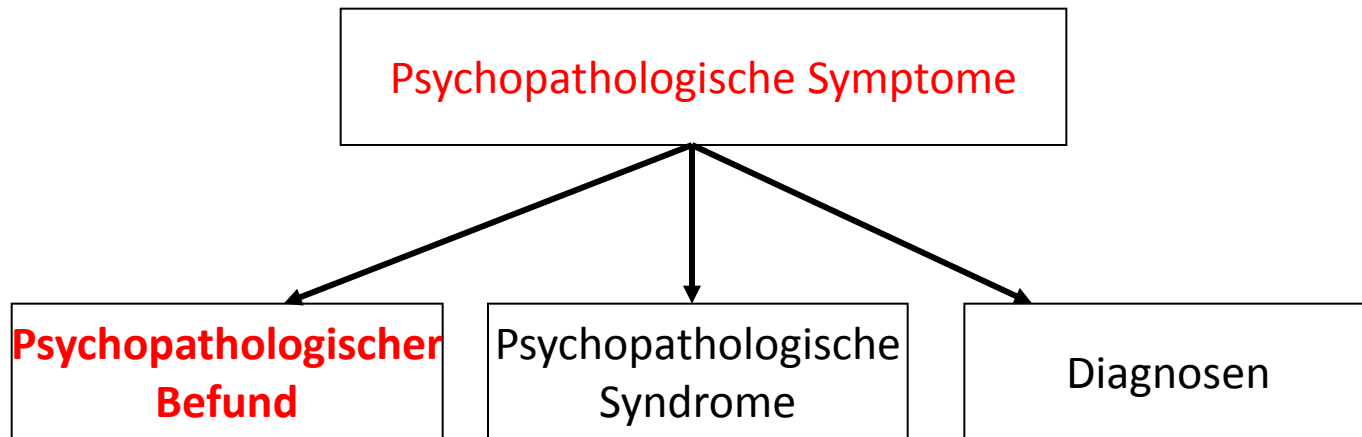
AMDP/Psychopathologie und klinische Praxis/Routine



AMDP/Psychopathologie und klinische Praxis/Routine



Symptom - Syndrom - Diagnose



Psychopathologischer Befund

**Der psychopathologische Befundbericht ist
die Zusammenfassung der
psychopathologischen Auffälligkeiten eines
Patienten.**

**☞ Es gibt keine allgemeine verbindliche Definition
und Struktur des psychopathologischen Befundes.**

Vom Symptom zum psychopathologischen Befund

(Thiel et al., 2018)

- zur Abfassung des psychopathologischen Befundberichts existiert **kein «Goldstandard»**
- in Lehrbüchern meist vernachlässigt, keine Angaben
- oft klinikinterne Regelungen
- bei AMDP als Grundlage 2 Möglichkeiten hinsichtlich Abfolge im Befundbericht
 - entsprechend den Merkmalsbereichen
 - beginnend bei der klinischen Relevanz der Symptomatik

Der Psychische Befund nach AMDP:

Vorschlag (Thiel et al., 2018)

- **Teil 1:** äussere Erscheinung und Kleidung, Auffälligkeiten, Verhalten in der Untersuchungssituation
- **Teil 2:** Psychopathologischen Merkmale nach AMDP
- **Teil 3:** ggf. bisher nicht beschriebene Symptomatik, nicht im AMDP wie dissoziative Symptome, Angstsymptome

Vom Symptom zum psychopathologischen Befund

(Thiel et al., 2018)

Tabelle 3.1:

Gliederung des psychopathologischen Befundes

Teil 1	Einleitung	– Äußere Erscheinung – Verhalten in der Untersuchungssituation – Bewusstseins und Orientierungsstörungen
Teil 2	Hauptteil (psychopathologische Merkmale nach AMDP)	– Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen – Formale Denkstörungen – Befürchtungen und Zwänge – Wahn – Sinnestäuschungen – Ich-Störungen – Störungen der Affektivität – Antriebs- und psychomotorische Störungen – Circadiane Besonderheiten – Andere Störungen
Teil 3	Sonstige Symptome	Alle sonstigen klinisch relevanten Symptome – z. B. Essverhalten (Essanfälle, Erbrechen, Diäten, Laxanzienabusus) – z. B. dissoziative Symptome – z. B. Albträume, Flashback-Erleben – z. B. andere Angstsymptome

25 AMDP-Fallbeispiel Depressive Episode und Soziale Phobie

Rolf-Dieter Stieglitz

Vorgeschichte

Der 30-jährige Herr R. stellt sich auf Zuweisung seines Hausarztes wegen einer depressiven Symptomatik, die sich seit einigen Wochen verstärkt habe, sowie einer seit Jahren bestehenden Angstsymptomatik vor.

AMDP-System

Psychischer Befund

Angaben zur Person

Patient: 25

Untersucher:

Untersuchungsdatum:

Alter: 30 Jahre

Geburtsdatum:

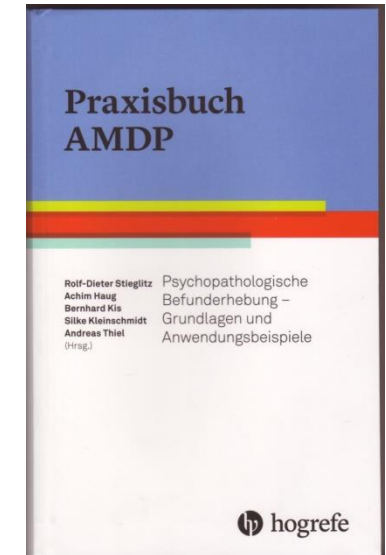
Geschlecht: ☒ m ☐ w

Beurteilungszeitraum: 14 (in Tagen)

Diagnosen: F32.1, F41.0

Befund					Befund				
Symptom	Datenquellen	nicht vorhanden	leicht	mittel ausgeprägt	Symptom	Datenquellen	nicht vorhanden	leicht	mittel ausgeprägt
Bewusstseinsstörungen					23. vorbereiten	F			
1. Bewusstseinsverminderung	F				24. gesperrt/Gedankenabreißen	SF			
2. Bewusstseinsstörung	F				25. inkohärent/zerfahren	SF			
3. Bewusstseinsengung	SF				26. Neologismen	F			
4. Bewusstseinsverschiebung	S				Beurteilungen und Zwänge				
Orientierungsstörungen					27. Misstrauen	SF			
5. zeitliche Orientierungsstör.	S				28. Hypochondrie	S			
6. örtliche Orientierungsstör.	S				29. Phobien	S			
7. situative Orientierungsstör.	S				30. Zwangsgedanken	S			
8. O.-Stör. über die eigene Person	S				31. Zwangsimpulse	S			
Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen					32. Zwangshandlungen	S			
9. Auffassungsstörungen	SF				Wahn				
10. Konzentrationsstörungen	SF				33. Wahnstimmung	S			
11. Merkfähigkeitsstörungen	SF				34. Wahrnehmung	S			
12. Gedächtnisstörungen	SF				35. Wahnneinfall	S			
13. Konfabulationen	F				36. Wahngedanken	S			
14. Paramesien	S				37. systematisierter Wahn	S			
Formale Denkstörungen					38. Wahndynamik	SF			
15. gehemmt	S				39. Beziehungswahn	S			
16. verlangsamt	F				40. Beeinträcht.-Verfolgungswahn	S			
17. umständlich	F				41. Eifersuchtswahn	S			
18. eingeengt	F				42. Schuldswahn	S			
19. perseverierend	F				43. Verarmungswahn	S			
20. grübeln	S				44. Hypochondrischer Wahn	S			
21. Gedankendrängen	S				45. Größenwahn	S			
22. ideenflüchtig	F				46. andere Wahninhalte	S			

Befund					Befund				
Symptom	Datenquellen	nicht vorhanden	leicht	mittel ausgeprägt	Symptom	Datenquellen	nicht vorhanden	leicht	mittel ausgeprägt
Sinnesstörungen					Antriebs- und psychomotorische Störungen				
47. Illusionen	S				80. antriebsarm	SF			
48. Stimmenhören	S				81. antriebsgehemmt	S			
49. andere akust. Halluzinationen	S				82. antriebsgesteigert	SF			
50. Optische Halluzinationen	S				83. motorisch unruhig	SF			
51. Körperhalluzinationen	S				84. Parakinesen	F			
52. Geruchs-/Geschmackshalluzi.	S				Ich-Störungen				
Ich-Störungen					85. manieriert/bizar	F			
53. Derealisation	S				86. theatralisch	F			
54. Depersonalisation	S				87. multistatisch	F			
55. Gedankenausbreitung	S				88. logonhoisch	F			
56. Gedankenentzug	S				Circadiane Besonderheiten				
57. Gedankeneingebung	S				89. morgens schlechter	SF			
58. and. Fremdbeeinfluss.-Erb.	S				90. abends schlechter	SF			
Störungen der Affektivität					91. abends besser	SF			
59. raptos	F				Andere Störungen				
60. Gefühl der Gefühlslosigkeit	S				92. sozialer Rückzug	SF			
61. affektarm	F				93. soziale Umrteibigkeit	SF			
62. Störung der Vitalgefühle	S				94. Aggressivität	SF			
63. depressiert	SF				95. Suizidalität	SF			
64. hoffnungslos	S				96. Selbstbeschädigung	SF			
65. ängstlich	SF				97. Mangel an Krankheitsgefühl	S			
66. euphorisch	SF				98. Mangel an Krankheitsseinsicht	S			
67. dysphorisch	SF				99. Ablehnung der Behandlung	SF			
68. gereizt	SF				100. pflegebedürftig	SF			
69. innerlich unruhig	S				R1- bis R14-Symptome				
70. klagsam/jammrig	F				R1				
71. Insuffizienzgefühle	S				R2				
72. gesteigerte Selbstwertgefühle	S				R3				
73. Schuldgefühle	S				R4				
74. Verarmungsgefühle	S				R5				
75. ambivalent	S				R6				
76. Parathymie	F				R7				
77. affektibel	SF				R8				
78. affektinkontinent	SF				R9				
79. affektstarr	F				R10				
					R11				
					R12				
					R13				
					R14				
					Befundunsicherheit				



2018

insgesamt
15 Fallbeispiele

Psychopathologischer Befund (Beurteilungszeitraum: 14 Tage)

Zum Erstgespräch erscheint der Patient in sportlicher Kleidung. Er kann seine Schwierigkeiten differenziert beschreiben. Der wache Patient ist bewusstseinsklar und zu allen Qualitäten vollständig orientiert.

Im Gespräch wirken Mimik und Gestik von Herrn R. deutlich reduziert (63, mittel) und leicht affektarm (61, leicht). Es macht ihm Mühe, ruhig auf dem Platz sitzen zu bleiben (83). Er gibt an, seit ca. drei Wochen zunehmend deprimierter (63) zu sein, was er sonst bei sich eigentlich nur kurz kenne. Er habe weniger Appetit (106) als sonst, schlafe auch deutlich weniger (103) und wache zudem relativ früh morgens auf (104). Die Arbeit schaffe er noch, aber er hätte nicht mehr so viel Schwung (80), etwas zu tun, und müsse sich größere Mühe geben, überhaupt etwas in Angriff zu nehmen (81). Zudem habe er Konzentrationsprobleme und sei im Großraumbüro leichter ablenkbar; im Gespräch zeigen sich diese Konzentrationsstörungen jedoch nicht (10, leicht). Suizidalität (95) wird verneint. Körperlich fühle er sich eher matt (62) und die auch sonst immer wieder auftretenden Ängste hätten sich verstärkt und beeinträchtigten ihn deutlich (65, schwer). Insgesamt traue er sich kaum noch etwas zu (71, schwer) und habe sich sehr zurückgezogen (92, schwer). Er müsse sich immer damit beschäftigen, die Gedanken würden immer darum kreisen (20, mittel). Es würde ihm zudem schwerfallen, zu glauben, dass alles wieder besser wird (64).

Seine Ängste bestünden schon deutlich länger als drei Wochen. Speziell soziale Situationen vermeide er deshalb (29, schwer). Der Patient gibt an, dass er in sozialen Situationen, wenn es be-

sonders schlimm sei, neben der Angst oft auch starkes Schwitzen (122), Hitzegefühle (129), Herzklopfen (119), einen trockenen Mund (111) und manchmal sogar Schwindelgefühle (118) verspüre. Zudem sei seine Stimme dann sehr unsicher. Solche angstausslösenden Situationen erlebe er mehrmals pro Woche, insbesondere an der Arbeitsstelle. Hinweise auf Wahn-, Halluzination oder Ich-Störung ergeben sich nicht.

Kommentar und Diskussion

Herr R. stellt sich wegen einer depressiven Symptomatik und wegen Ängsten vor, die sich nach ausführlicher Exploration im AMDP-Befund gut abbilden. Die Diagnosekriterien einer mittelgradigen depressiven Episode nach ICD-10 (F32.1) sowie die Kriterien einer sozialen Phobie (F41.0) sind erfüllt.

Dieses Beispiel mit zwei komorbiden Erkrankungen zeigt die Notwendigkeit einer sorgfältigen und umfassenden Exploration. Bei zu früher Fokussierung auf das depressive Syndrom wäre die Angsterkrankung möglicherweise übersehen worden. Für die Beschreibung der Ängste ist es hilfreich, neben dem Psychischen Befund auch den Somatischen Befund einzubeziehen, da Angsterkrankungen auch körperliche Symptome beinhalten, die den Schweregrad prägen. Eine Komorbidität von Depression und sozialer Phobie ist nicht selten. Speziell wenn die soziale Phobie nicht erkannt wird, kann es zur Entwicklung einer depressiven Störung kommen, wie es auch in diesem Fall war.

Hinweis:

Anders als im richtigen Arztbrief werden zur Erleichterung für die Leser und aus didaktischen Gründen hier in den folgenden Fallbeispielen an vielen Stellen die Nummern der entsprechenden AMDP-Merkmale mit ihrer Graduierung in Klammern genannt.

AMDP-System

Somatischer Befund

Angaben zur Person

Patient: _____ Untersucher: _____ Untersuchungsdatum:

Alter: _____ Geburtsdatum: Geschlecht: m w

Beurteilungszeitraum: (in Tagen) Diagnosen: _____

Befund						Befund							
Symptom	Datenquellen	nicht vorhanden	leicht	mittel ausgeprägt	schwer	keine Aussage	Symptom	Datenquellen	nicht vorhanden	leicht	mittel ausgeprägt	schwer	keine Aussage
Schlaf- und Vigilanzstörungen		☐	☐	☐	☐	☐	125. Menstruationsstörungen	S	☐	☐	☐	☐	☐
101. Einschlafstörungen	S	☐	☐	☐	☐	☐	Weitere Störungen		☐	☐	☐	☐	☐
102. Durchschlafstörungen	S	☐	☐	☐	☐	☐	126. Kopfdruck	S	☐	☐	☐	☐	☐
103. Verkürzung der Schlafdauer	S	☐	☐	☐	☐	☐	127. Rückenbeschwerden	S	☐	☐	☐	☐	☐
104. Früherwachen	S	☐	☐	☐	☐	☐	128. Schweregefühl in den Beinen	S	☐	☐	☐	☐	☐
105. Müdigkeit	SF	☐	☐	☐	☐	☐	129. Hitzegefühl	S	☐	☐	☐	☐	☐
Appetenzstörungen		☐	☐	☐	☐	☐	130. Frösteln	S	☐	☐	☐	☐	☐
106. Appetit vermindert	S	☐	☐	☐	☐	☐	131. Konversionssymptome	SF	☐	☐	☐	☐	☐
107. Appetit vermehrt	S	☐	☐	☐	☐	☐	Neurologische Störungen		☐	☐	☐	☐	
108. Durst vermehrt	S	☐	☐	☐	☐	☐	132. Rigor	F	☐	☐	☐	☐	☐
109. Sexualität vermindert	S	☐	☐	☐	☐	☐	133. Muskeltonus erniedrigt	SF	☐	☐	☐	☐	☐
Gastrointestinale Störungen		☐	☐	☐	☐	☐	134. Tremor	SF	☐	☐	☐	☐	☐
110. Hypersalivation	SF	☐	☐	☐	☐	☐	135. Dyskinesien	SF	☐	☐	☐	☐	☐
111. Mundtrockenheit	S	☐	☐	☐	☐	☐	136. Hypokinesien	SF	☐	☐	☐	☐	☐
112. Übelkeit	S	☐	☐	☐	☐	☐	137. Akathisie	SF	☐	☐	☐	☐	☐
113. Erbrechen	SF	☐	☐	☐	☐	☐	138. Ataxie	SF	☐	☐	☐	☐	☐
114. Magenbeschwerden	S	☐	☐	☐	☐	☐	139. Nystagmus	F	☐	☐	☐	☐	☐
115. Obstipation	S	☐	☐	☐	☐	☐	140. Parästhesien	S	☐	☐	☐	☐	☐
116. Diarrhoe	S	☐	☐	☐	☐	☐	R1- bis R7-Symptome		☐	☐	☐	☐	☐
Kardio-respiratorische Störungen		☐	☐	☐	☐	☐	R1		☐	☐	☐	☐	☐
117. Atembeschwerden	SF	☐	☐	☐	☐	☐	R2		☐	☐	☐	☐	☐
118. Schwindel	SF	☐	☐	☐	☐	☐	R3		☐	☐	☐	☐	☐
119. Herzklopfen	S	☐	☐	☐	☐	☐	R4		☐	☐	☐	☐	☐
120. Herzdruck	S	☐	☐	☐	☐	☐	R5		☐	☐	☐	☐	☐
Gastrointestinale Störungen		☐	☐	☐	☐	☐	R6		☐	☐	☐	☐	☐
121. Akkommodationsstörungen	S	☐	☐	☐	☐	☐	R7		☐	☐	☐	☐	☐
122. Schwitzen vermehrt	SF	☐	☐	☐	☐	☐	Seitendifferenzen		☐ nein	☐ ja			
123. Seborrhoe	SF	☐	☐	☐	☐	☐	Cerebrale Krampfanfälle		☐ nein	☐ ja			
124. Miktionsstörungen	S	☐	☐	☐	☐	☐	Messwerte:						

Vom Symptom zum psychopathologischen Befund

(Thiel et al., 2018)

- zu beachten:
 - auch Bereiche erwähnen, die **unauffällig** sind
 - **«keine Aussage»** – die Beschreibung unklarer Befunde
 - Formulierung eher ungeeignet
 - präziser beschreiben, warum der Fall

Vom Symptom zum psychopathologischen Befund

(Thiel et al., 2018)

Beispiele:

«keine Aussage»

- Herr A. verneinte zögernd Fragen nach Stimmenhören. Im Gespräch blickte er sich jedoch wiederholt um und flüsterte leise in die Zimmerecke, sodass der Eindruck entstand, er halluziniere.
- Frau B. antwortete auf Fragen nach Sinnestäuschungen nicht. Während der Untersuchung nestelte die Patientin unruhig im Bett, schaute wiederholt unter die Decke und schien mit den Fingern Dinge vom Bettlaken entfernen zu wollen, weshalb der Eindruck entstand, sie habe optische Halluzinationen.
- Herr C. bejahte Fragen nach akustischen Halluzinationen und beschrieb imperative Stimmen, die ihn quälten. Optische Halluzinationen und Wahnwahrnehmungen wurden nicht exploriert.

Vom Symptom zum psychopathologischen Befund

(Thiel et al., 2018)

- Dokumentation von Suizidalität
 - unbedingt dazu immer Stellung nehmen
 - Floskeln vermeiden wie «latent suizidal»
 - besser genau Aussagen des Patienten beschreiben

Vom Symptom zum psychopathologischen Befund

(Thiel et al., 2018)

Beispiele:

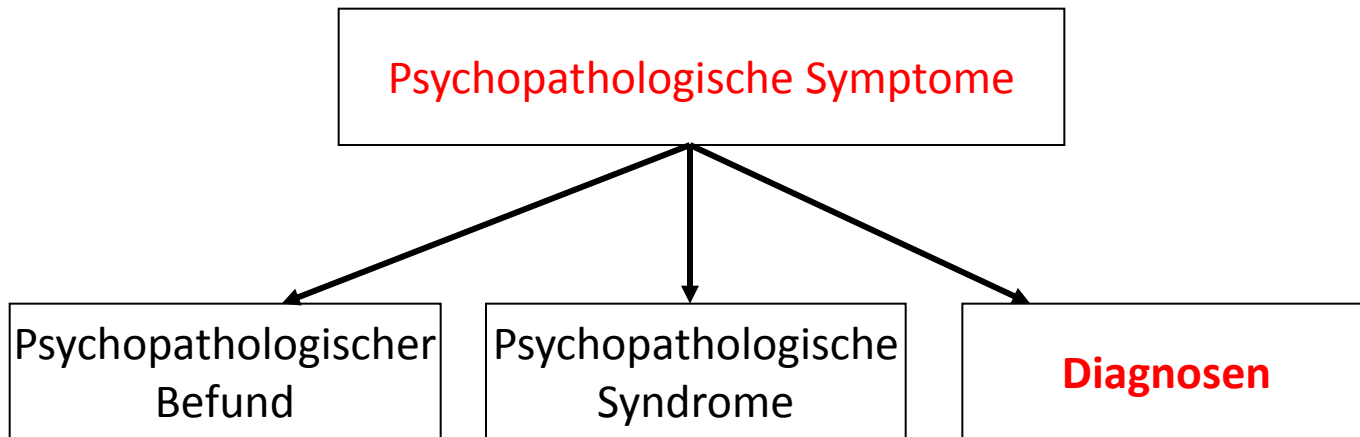
Suizidalität

- Herr A. verneinte zögernd Fragen nach Suizidgedanken, berichtete jedoch, seit dem Tod seiner Frau wünsche er sich, zu sterben. Auf weitere Nachfrage distanzierte er sich von konkreten Suizidgedanken und -plänen.
- Frau B. berichtet auf Nachfrage, sie wolle gern sterben, d. h. sie wolle wegen der fortgeschrittenen Krebserkrankung nicht mehr weiterleben. Sie verneinte glaubhaft konkrete Suizidgedanken und die Absicht, ihrem Leben selbst ein Ende setzen zu wollen.
- Herr C. bestätigte auf Nachfrage, er habe seit mehreren Tagen drängende Suizidgedanken, die ihn erheblich belasteten. Er überlege, sich im Wald zu erhängen. Im weiteren Gespräch war er von diesen Suizidgedanken nicht ausreichend distanziert.
- Auf Fragen nach Suizidgedanken gab Frau D. wiederholt keine eindeutigen Antworten, weshalb die Suizidgefahr als hoch eingeschätzt wurde.

Psychopathologie: Assessmentziele

- Psychopathologie im Querschnitt (z.B. Psychopathologischer Befund)
- **Psychopathologie und Diagnosestellung**
- Psychopathologie im Verlauf
- Psychopathologie und Therapieevaluation
- Psychopathologie und Begutachtung

Symptom - Syndrom - Diagnose



Exkurs: Prävalenz psychischer Störungen im Justizvollzug

Conrad (2017)

- **Psychische Störungen häufig**, alle Störungsbereiche betreffend (F0 – F9)
- **aktuell** wie unter der **Lebenszeitperspektive**
- **Hauptprobleme:**
 - Dissimulation
 - fehlende Krankheitseinsicht
 - Ablehnung der Behandlung (bes. Psychopharmaka)
 - Komorbidität
- **Psychiatrische Behandlung:** Diagnostik und Therapie gemäss den Standards der psychiatrischen Behandlung ausserhalb des Justizvollzuges

Förster (2005): Psychische Kranke im Strafvollzug

- Prävalenzraten im Vergleich zur Normalbevölkerung deutlich höher
- ganze Diagnosespektrum vorzufinden
- internationale Studien: 5% - 37%

Schröder (2005): Psychische Erkrankungen bei männlichen Gefangenen im geschlossenen Vollzug

- Zusammenfassend zeigt der **gegenwärtige Stand der Forschung** zur Häufigkeit psychischer Störungen bei Inhaftierten ein **heterogenes Bild** in Bezug auf die **Prävalenzraten** einzelner Erkrankungen.
- Dennoch konnte durchgängig eine gegenüber der Allgemeinbevölkerung substantiell **erhöhte Gesamtprävalenz** gezeigt werden. Insbesondere der Anteil der Inhaftierten mit substanzbezogenen Störungen scheint erheblich gegenüber Vergleichsdaten der Allgemeinbevölkerung erhöht, eine darüber hinaus erhöhte aktuelle Prävalenz psychischer Erkrankungen wurde in mehreren Studien bei Untersuchungshäftlingen gefunden.
- In der klinischen Befragung der Untersuchungshäftlinge wurde darüber hinaus deutlich, dass **nur ein vergleichsweise geringer Anteil der psychischen Erkrankungen der Studienteilnehmer im Vollzug bekannt** war. Während die aktuelle Prävalenz nach den Eintragungen in den Gesundheitsakten bei 39,8 % lag, betrug diese Rate in der Studie 74,0 % (Missoni et al., 2003).

Vom Symptom zur Diagnose

(Stieglitz et al., 2018)

- AMDP nicht im Hinblick Diagnosenstellung entwickelt worden
- primäres Ziel Abbildung der Symptomatik und deren Veränderung im Therapieverlauf
- zudem: in den 60er Jahren noch keine Operationalisierung von Störungen, eher «prosaische» Umschreibungen

296.0 Endogene Manie, bisher nur monopolar

Psychische Störungen mit gehobener Stimmung oder Erregung, die mit den augenblicklichen Verhältnissen des Patienten nicht im Einklang stehen. Sie variieren von gesteigerter Lebhaftigkeit (Hypomanie) zu heftiger und fast unkontrollierbarer Erregung. Aggression und Gereiztheit, Ideenflucht, Ablenkbarkeit, beeinträchtigte Urteilsfähigkeit und Größenideen sind häufig.

ICD-9

Vom Symptom zur Diagnose

(Stieglitz et al., 2018)

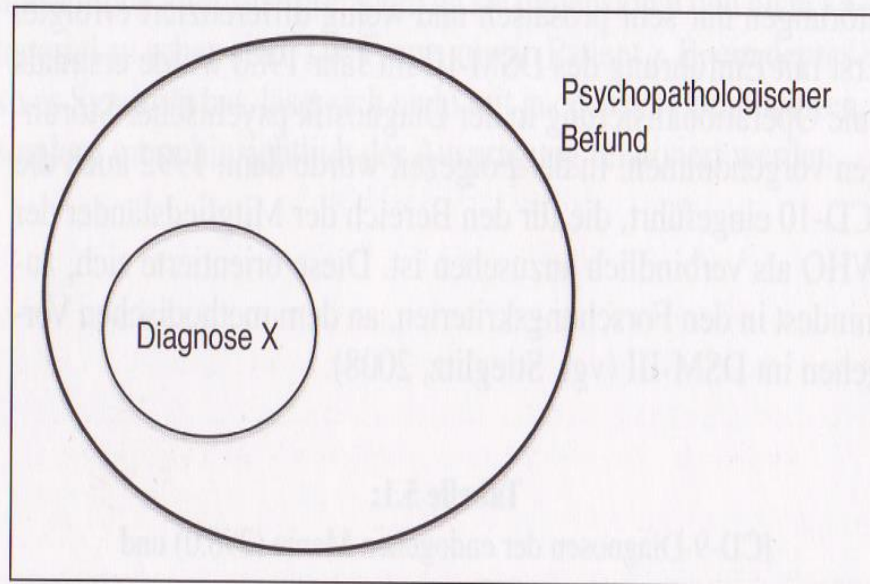


Abbildung 5.1:

Relation psychopathologischer Befund und Diagnose

Vom Symptom zur Diagnose

(Stieglitz et al., 2018)

Tabelle 5.2:

Klassifikatorische Diagnostik nach ICD-10 mit dem AMDP-System

geeignet	bedingt geeignet	ungeeignet
– Depressive Episode – Manische Episode – Bipolare affektive Störung – Schizophrenie – Zwangsstörung	– Angststörungen – Organische Störungen	– Persönlichkeitsstörungen – Störungen durch psychotrope Substanzen

ICD-10

Schizophrenie-Kriterien (1)

Mindestens eines der folgenden Merkmale

- a. Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung, Gedankenentzug oder Gedankenausbreitung
- b. Kontrollwahn, Beeinflussungswahn, Gefühl des Gemachten, deutlich bezogen auf Körper- oder Gliederbewegungen oder bestimmte Gedanken, Tätigkeiten oder Empfindungen;
Wahnwahrnehmung
- c. Kommentierende oder dialogische Stimmen, die über die Patienten reden oder andere Stimmen, die aus bestimmten Körperteilen kommen
- d. Anhaltender kulturell unangemessener, bizarrer Wahn, wie der, das Wetter kontrollieren zu können oder mit Ausserirdischen in Verbindung zu stehen

AMDP

Merkmalsbereiche

Ich-Störungen

Wahn

**Akustische
Halluzinationen**

Wahn

ICD-10

Schizophrenie-Kriterien (2)

oder mindestens zwei der folgenden
Merkmale

- a. Anhaltende Halluzinationen jeder Sinnesmodalität
- b. Neologismen, Gedankenabreissen oder Einschiebungen in den Gedankenfluss, was zu Zerfahrenheit oder Danebenreden führt
- c. Katatone Symptome wie Erregung, Haltungsstereotypien oder wächserne Biegsamkeit (Flexibilitas cerea), Negativismus, Mutismus und Stupor
- d. "Negative" Symptome wie auffällige Apathie, Sprachverarmung, verflachte oder inadäquate Affekte.

AMDP

Merkmalsbereiche

Halluzinationen

**Formale
Denkstörungen**

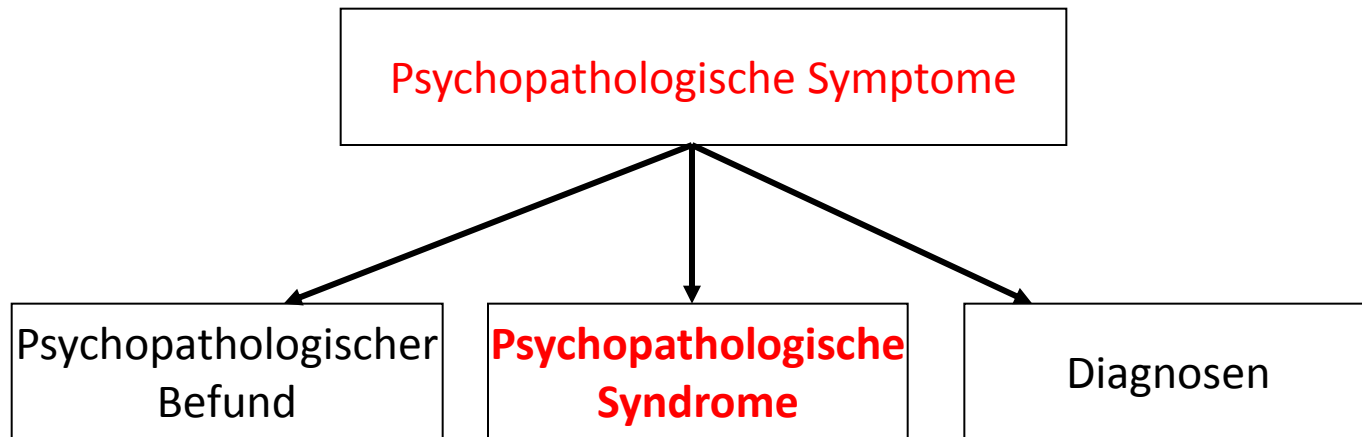
**Antriebs- und
psychomotorische
Störungen**

**Affektive und
Andere Störungen**

Psychopathologie: Assessmentziele

- Psychopathologie im Querschnitt (z.B. Psychopathologischer Befund)
- Psychopathologie und Diagnosestellung
- **Psychopathologie im Verlauf**
- **Psychopathologie und Therapieevaluation**
- Psychopathologie und Begutachtung

Symptom - Syndrom - Diagnose



Psychopathologie und Therapieevaluation

- Eines der **originären Anliegen von AMDP** Evaluation der Wirksamkeit psychopharmakologischer Substanzen (ab 60er Jahre), d.h. Veränderungen zu erfassen (Stichwort «Ergebnisqualität»)
- **diagnostische Ebenen**
 - Symptomebene
 - Syndromebene
- **3 Möglichkeiten**
 - Prä-Post-Vergleich
 - Therapie-begleitende Diagnostik (Messung in kürzeren Abständen)
 - Langzeitbeobachtung

Unterscheidung syndromale und kategoriale Diagnostik

Symptome als
Erlebens- und Verhaltensmerkmale

Syndrome
(Ratingskalen)

Diagnosen
(Klassifikationssysteme)

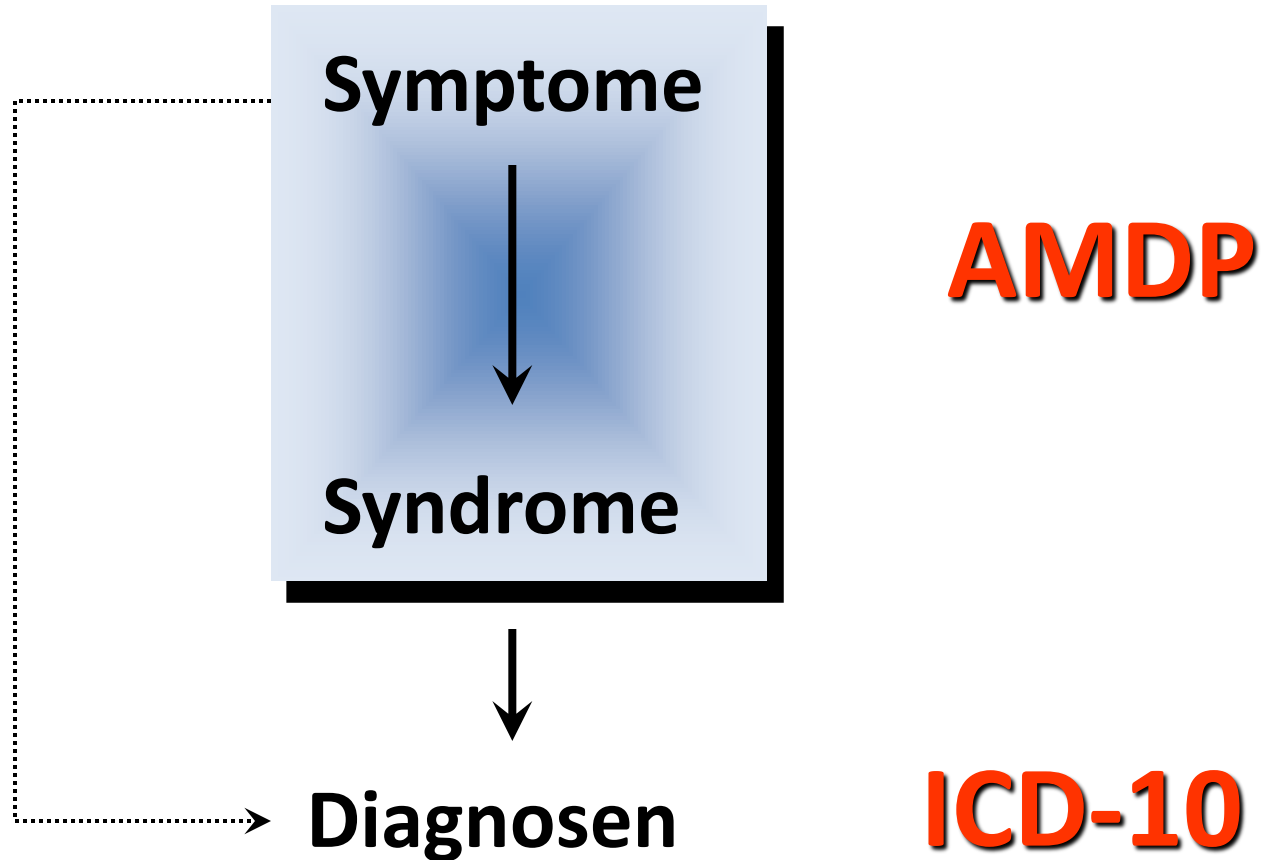
Schweregradbestimmung
(Querschnitt/Verlauf)

(Schweregradbestimmung,
implizit)

(klassifikatorische Zuordnung)

klassifikatorische Zuordnung
(inkl. Subgruppen)

Gegenüberstellung AMDP versus ICD-10



AMDP-Syndrombildung

Symptome

Psychischer Befund	1
	:
	:
	:
	100

Somatischer Befund	101
	:
	:
	:
	140

Syndrome

- paranoid-halluzinatorisches Syndrom
- depressives Syndrom
- psychoorganisches Syndrom
- manisches Syndrom
- Hostilitätssyndrom
- vegetatives Syndrom
- apathisches Syndrom
- Zwangssyndrom

AMDP-Syndrome

Skala 1: Paranoid-halluzinatorisches Syndrom (PARHAL)

- 33 Wahnstimmung
- 34 Wahnwahrnehmung
- 35 Wahneinfall
- 36 Wahngedanken
- 37 Systematisierter Wahn
- 38 Wahndynamik
- 39 Beziehungswahn
- 40 Beeinträchtigungs-
und Verfolgungswahn
- 48 Stimmenhören
- 51 Körperhalluzinationen
- 54 Depersonalisation
- 56 Gedankenentzug
- 58 Andere Fremd-
beeinflussungserlebnisse

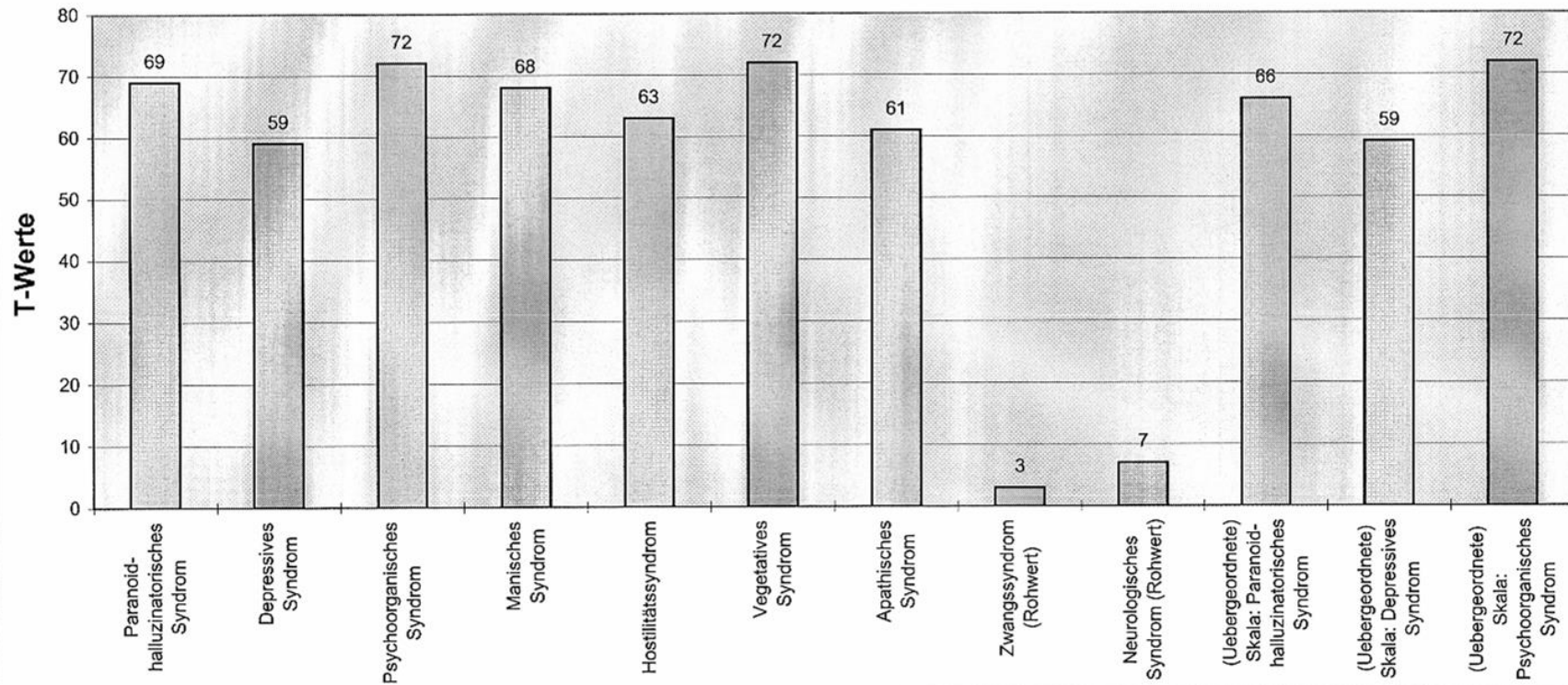
Name:

Vorname:

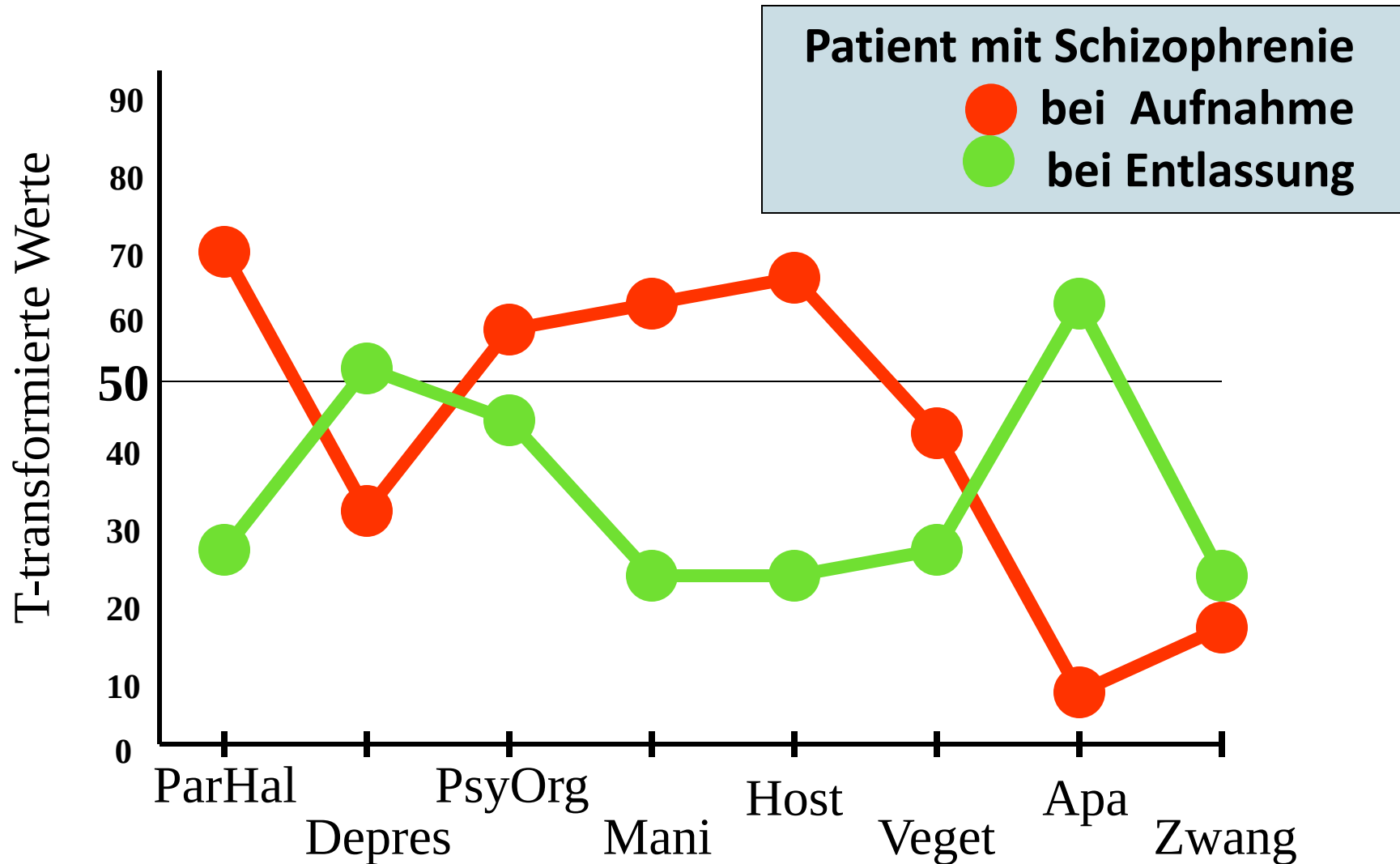
Geburtsdatum:

Untersuchungsdatum: 25.02.01

	T-Werte	Items
Paranoid-halluzinatorisches Syndrom	69	33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 38, 51, 54, 56, 58
Depressives Syndrom	59	20, 60, 62, 63, 64, 71, 73, 81, 89, 102, 103, 104, 106
Psychoorganisches Syndrom	72	2, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 100
Manisches Syndrom	68	22, 66, 72, 82, 83, 88, 93
Hostilitätssyndrom	63	27, 67, 68, 94, 97, 98, 99
Vegetatives Syndrom	72	28, 112, 117, 118, 119, 120, 122, 126, 129
Apathisches Syndrom	61	15, 16, 17, 18, 61, 79, 80, 92
Zwangssyndrom (Rohwert)	3	30, 31, 32
Neurologisches Syndrom (Rohwert)	7	132, 133, 134, 135, 136, 137, 139, cerebr. Krampfanf.
(Uebergeordnete) Skala: Paranoid-halluzinatorisches Syndrom	66	33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 48, 51, 54, 56, 58, 97, 98
(Uebergeordnete) Skala: Depressives Syndrom	59	15, 16, 18, 20, 60, 62, 63, 64, 71, 73, 80, 81, 89, 92, 102, 106
(Uebergeordnete) Skala: Psychoorganisches Syndrom	72	2, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 100



Syndromprofile: Querschnitt und Verlauf



Psychopathologie: Assessmentziele

- Psychopathologie im Querschnitt (z.B. Psychopathologischer Befund)
- Psychopathologie und Diagnosestellung
- Psychopathologie im Verlauf
- Psychopathologie und Therapieevaluation
- **Psychopathologie und Begutachtung**

Retz et al. (2018)

AMDP in der Begutachtung

- **Anforderungen**: formale und inhaltlich Mindeststandards (z.B. Boetticher et al., 2006)
- **wesentliche Aspekte**: u.a. Transparenz, Vollständigkeit, Nachvollziehbarkeit
- **weiterhin** u.a. Vergleichbarkeit der Befunderhebung
- **Psychiatrische Begutachtung**: psychopathologischer Befund von besonderer Bedeutung

Retz et al. (2018)

AMDP in der Begutachtung

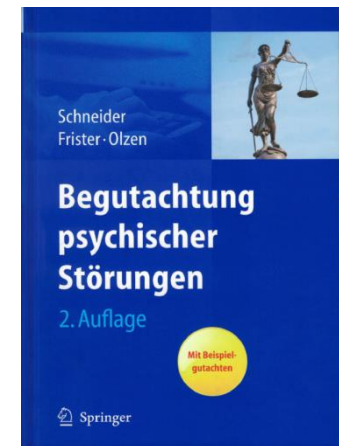
- AMDP-System von verschiedenen **Begutachtungsleitlinien** empfohlen
 - AWMF (2012): Schmerz
 - Colomb et al. (2012): Invalidenversicherung (CH)
 - Ärztekammer Hamburg (2011): Betreuungsrecht
- in **Lehrbüchern** empfohlen
 - forensisch
 - Müller & Nedopil (2017)
 - Hoff & sass (2011)
 - Rasch & Conrad (2004)
 - allgemein
 - Schneider et al. (2019)

Psychopathologie und Begutachtung

Schneider et al. (2019, 4. Auflage)

1. Grundlagen psychiatrischer Begutachtung

1.2. Psychopathologie (☞ AMDP-System)



Psychopathologie und Begutachtung

Nedopil & Müller (2012, 4. Aufl.)

Die Psychopathologie ist die Grundlage psychiatrischer Beurteilung und psychiatrischen Handelns. Sie beinhaltet nicht nur die genaue Beschreibung und Benennung psychischer Auffälligkeiten, sondern auch deren Inbezugsetzen zum Kontext der lebensgeschichtlichen Entwicklung und der sozialen Gegebenheiten sowie der gesunden Persönlichkeitsanteile (Scharfetter 1976, 2002).

Eine wichtige Aufgabe der Psychopathologie ist somit die Benennung und Aufzählung einzelner psychischer Auffälligkeiten und deren Ordnung zu immer wieder beobachtbaren Symptomenkomplexen. Darüber hinaus ist nach spezifischen Verlaufskriterien zu suchen, aufgrund derer charakteristische Syndromverläufe erkannt werden können. Die psychopathologische Beschreibung enthält somit neben der Querschnittssymptomatik auch den Wandel der Symptome in der Längsschnittbetrachtung.

Psychopathologische Dokumentationssysteme
(u.a. AMDP-System)

Psychopathologie und Begutachtung

Hausotter (2004)

Begutachtung somatoformer und funktioneller Störungen

**Vom Untersucher selbst zu erhebende
«Befundtatsachen»**

Psychopathologischer Befund

- der Bewusstseinslage mit Orientierung,
- des äußeren Erscheinungsbildes mit Verhalten und Ausdruck,
- der Affektivität,
- des Antriebs und der Psychomotorik,
- des Denkens und der kognitiven Leistungen,
- der Gedächtnisfunktion,
- der Wahrnehmung des Ich-Erlebens,
- der intellektuellen Leistungsfähigkeit und auch
- der Mitarbeit und Motivation des Probanden enthalten.

Psychopathologie und Begutachtung

2.6 Psychischer Befund

Die Erhebung des psychischen bzw. psychopathologischen Befundes ist das Kernstück der psychiatrischen Begutachtung. Ein Gutachten, in dem ein eigenständiger Abschnitt „psychischer Befund“ fehlt, ist unbrauchbar.

Venzlaff & Foerster (2009, 5. Aufl.)

Forensisch-psychiatrische
Untersuchung

2.6.2 Psychische Funktionen

Zur Erhebung des psychischen Befundes ist es sinnvoll, ein strukturiertes Vorgehen zugrunde zu legen, bei dem die gesamte Symptomatik bestimmten, im Einzelfall detailliert zu beschreibenden Bereichen zugeordnet wird:

- **Bewusstsein:** quantitative Einschränkung (Bewusstseinsverminderung) oder qualitative Veränderung (Bewusstseinsverengung, Bewusstseinsverschiebung)
- **Orientierung:** zeitlich, örtlich, situativ, zur Person
- **Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen:** Auffassungsprobleme, Konzentrationsstörung, Kurz- und Langzeitgedächtnis
- **Sprechverhalten und Sprache:** Klang, Modulation, Störungen, Sprachverständnis und Ausdrucksvermögen
- **Formales Denken:** Verlangsamung, Hemmung, umständliches Denken, eingegengtes Denken, Perseverationen, Grübeln, Gedankendrängen, Ideenflucht, Vorbeireden, Sperrung, Gedankenabreißen, Neologismen, Zerfahrenheit
- **Inhaltliches Denken:** Zwänge, Hypochondrien, Phobien, überwertige Ideen, Wahn
- **Sinnestäuschungen:** Halluzinationen, Illusionen
- **Ich-Störungen:** Derealisation, Depersonalisation, Gedankenbreitung, Gedankenentzug, Gedankeneingebung
- **Affektivität:** depressiv, ängstlich, euphorisch, dysphorisch, gereizt, unruhig, jammerig, gesteigertes Selbstwertgefühl, Schuldgefühle, Verarmungsgefühle, Hoffnungslosigkeit, Gefühl der Gefühllosigkeit, Ratlosigkeit, affektarm, Ambivalenz, Affektlabilität, affektstarr
- **Antriebs- und psychomotorische Störungen:** antriebsarm, antriebsgehemmt, antriebsgesteigert, motorisch unruhig, Hypokinese, Stupor
- **Sonstige Auffälligkeiten:** bizarres Verhalten, theatrales Verhalten, Selbstbeschädigung, Suizidalität, Aggressivität, sozialer Rückzug, soziale Umrtriebigkeit.

Retz et al. (2018)

AMDP in der Begutachtung

- Merkmalsbestand geeignet, forensische Patienten zu beschreiben (Rösler & Stieglitz, 1996)
- Erweiterungen
 - AMDP-Checkliste zur Beurteilung der Selbst- und Fremdgefährdung (Stieglitz & Ermer, 2004)
 - Ergänzende Module (Möller & Freyberger, 2004) wie zu Dissoziativen Störungen und Konversion (Spitzer & Freyberger, 2004)
- Teil forensischer Dokumentationssysteme
 - Forensisch-psychiatrische Dokumentation
 - HOMDOK/AMDP (Rösler et al.)

Gliederung

- Einführung in die Psychopathologie
- Einführung in das AMDP-System
 - Historie
 - Struktur
 - Praxisrelevante Aspekte
 - Ratingbogen
 - Darstellung der Symptome
 - Entscheidungsbaum
 - Datenquellen
 - Beurteilungszeitraum
 - Schwellenproblem
- Anwendungsmöglichkeiten und praktische Beispiele
- **Fazit**

AMDP: Grenzen

- **Kernbereich** 100 psychische und 40 somatische Symptome, in Studien als die wichtigsten erwiesen (Baumann & Stieglitz, 1983)
- **Praxis**: Psychopathologie umfangreicher (vgl. z.B. ICD-10: diagnostische Kriterien)
- **Abhilfe im Kontext AMDP**
 - Zusatzitems (11 psychische, 3 somatische)
 - Zusatzmodule
 - Reservesymptome (frei zu wählen)
 - ergänzend im frei formulierten Befund
- Zur **Diagnosestellung** nach ICD-10 nur bedingt geeignet
 - gut: Schizophrenie, Depression, Manie, Organische Störungen, Zwangsstörungen
 - weniger bis gar nicht: Störungen durch psychotrope Substanzen, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen
- **jedoch bei allen Patienten: Psychopathologischer Befund**

Warum das AMDP-System?

- kein aktuelles Lehrbuch zur Psychopathologie
- kein Lexikon zur Psychopathologie (ICD-10 Lexikon nur rudimentär)
- Bestandteil (fast) aller Lehrbücher, z.B. Berger, Möller, Kasper & Volz, Schneider et al., Freyberger et al.
- Psychopathologiebücher (z.B. Payk)
- keine andere Möglichkeit des systematischen Lernens ausser AMDP (Aus-, Fort- und Weiterbildung)
- lange Tradition im deutschsprachigen Bereich, kontinuierliche Weiterentwicklungen seit 50 Jahren
- Regelmässige Trainingsseminare in D und CH seit 30 Jahren

Psychopathologie und AMDP: Fazit

- Grundwissen Psychopathologie unabdingbar notwendig
- AMDP als einzige Möglichkeit im deutschsprachigen Raum Psychopathologie **systematisch** zu lernen
- Anwendung in vielfältigen Kontexten mit unterschiedlichen **Assessmentzielen**
- bietet **vielfältige Möglichkeiten** («Baukasten», «Steinbruch»)
- **Anwendungsvoraussetzungen/-empfehlungen**
 - Mindestvoraussetzung: Kenntnis des Manuals
 - einführendes Trainingsseminar
 - wenn möglich kontinuierliche (kollegiale) Supervision

Vielen Dank
für Ihre
Aufmerksamkeit!