

Allgemeine Grundlagen

1 Psychische Untersuchung und Befunderhebung

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

Das diagnostische Gespräch und die Beziehung zum Patienten

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

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

Anamneseerhebung

1.2.1 Familienanamnese

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

Tabelle 1.1. Familienanamnese

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

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

1.2.2 Biographie des Patienten

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

Tabelle 1.2. Biographie des Patienten

<p>Schwangerschafts- und Geburtsumstände Krankheiten oder psychosoziale Auffälligkeiten während der Schwangerschaft der Mutter, Alter der Mutter und des Vaters zum Zeitpunkt der Geburt, eheliches/uneheliches Kind, Geburtsort, Art der Geburt (Früh- oder Spätgeburt, Zangengeburt oder Kaiserschnitt)</p> <p>Frühkindliche Entwicklung Entwicklungsschritte des Laufens, Sprechens und der Reinlichkeitserziehung, frühkindliche Störungen (Bettnässen, Alpträume usw.), Erziehungsstil und Beziehung zu Eltern und Geschwistern, emotionale Besonderheiten</p> <p>Vorschulische und schulische Entwicklung Kindergarten, Schulentwicklung und Abschluss und damit verbundene Entwicklungsschritte (Schulwechsel, Sitzenbleiben, Stellung gegenüber bestimmten Fächern, Mitschülern und Lehrern; äussere Faktoren mit Einfluss auf die schulische Entwicklung, wie Wohnortwechsel der Eltern usw.)</p> <p>Pubertät und frühes Erwachsenenalter Ablösungskonflikte vom Elternhaus, sexuelle Entwicklung (Doktorspiele, Masturbation, hetero- und homosexuelle Kontakte, Perversionen, Schwangerschaften)</p> <p>Berufliche Entwicklung Militär-/Zivildienst, Gründe der Ausbildungs- und Berufswahl, Ausbildungsgang und -abschluss, Hintergründe für Berufs- und Stellungswechsel, subjektive Befriedigung durch den Beruf</p> <p>Partnerschaften, Ehe, Familie und Kinder Dauer der Partnerschaften, Alter, Persönlichkeit und sozioökonomischer Status der Partner, Umstände der Eheschliessung, Zahl, Alter und Herkunft der Kinder, partnerschaftliche Einstellungen (Erziehungs- und Lebensstil, Sexualität)</p> <p>Sozioökonomische Besonderheiten Wohnverhältnisse, wirtschaftliche Situation, Zugehörigkeit zu Religionsgemeinschaften, Vereinen, politischen Organisationen, soziale Kontakte ausserhalb der Familie</p>
--

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

1.2.3 Krankheitsanamnese (psychische und somatische Anamnese)

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

Tabelle 1.3. Krankheitsanamnese

<p>Frühere psychiatrische und somatische Erkrankungen</p> <ul style="list-style-type: none"> – Entwicklung und Art der Erkrankung, Diagnosen – Zeitpunkt, Dauer und Verlauf der Erkrankungen, ambulanter und stationärer Therapien und psychosozialer Konsequenzen (Krankschreibungen, Arbeitslosigkeit, Berentung, Behinderungen usw.) <p>Jetzige Erkrankung</p> <ul style="list-style-type: none"> – Chronologische Entwicklung der Beschwerden und Symptome – Subjektive Gewichtung der Symptomatik/Erleben der Erkrankung – Auslösesituation und dazugehörige Konfliktkonstellationen, die in Anlehnung an Dührssen [1997] folgende Problemfelder betreffen können: <ol style="list-style-type: none"> a. Persönliche Bindungen, Liebesbeziehungen und Familienleben <ul style="list-style-type: none"> – Partnerwahl und Bindungs- bzw. Beziehungsverhalten – Aufnahme einer neuen Beziehung – besondere sexuelle Konflikte in der Partnerschaft b. Auftauchen von Rivalitätskonflikten, Macht- oder Geltungsansprüchen in einer Beziehung – Konflikt in bezug auf Besitz, Eigentum – Beziehung zu den eigenen Kindern – Verluste durch (reale oder phantasierte) Trennung – Verluste durch Tod c. Herkunftsfamilie (z.B. Ablösungskonflikte) d. Berufsprobleme, Arbeitsstörungen und Lernschwierigkeiten e. Besitzerleben und -verhalten f. umgebender soziokultureller Raum – Art und Erfolg der bisherigen Behandlungsversuche (psychotherapeutisch, pharmakologisch, Heilpraktiker u.a.) – Therapiemotivation, Erwartungen an die Behandlung – Komplikationen (Selbstbeschädigung, Suizidalität, delinquentes Verhalten, Missbrauch psychotroper Substanzen)
--

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

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

Erhebung des psychopathologischen Befunds

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

der Inhalt des Denkens und die Realitätskontrolle beeinträchtigt sind.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Illusionen

Verfälschte wirkliche Wahrnehmungen; die tatsächlich vorhandene gegenständliche Reizquelle wird verkannt (im Gegensatz zur Wahrnehmung)

Stimmenhören

Form der akustischen Halluzination, bei der menschliche Stimmen wahrgenommen werden, ohne dass tatsächlich jemand spricht; die Stimmen können den Patienten direkt ansprechen, imperativ oder kommentierend seine Handlungen begleiten oder in Rede und Gegenrede über ihn sprechen; Vorkommen u.a. bei schizophrenen Psychosen (Kap. 6)

Andere akustische Halluzinationen

Akustische Halluzinationen, die nicht Stimmen beinhalten (halluzinierte Geräusche, Akoasmen)

Optische Halluzinationen

Wahrnehmen von Lichtblitzen, Mustern, Gegenständen, Personen oder ganzen Szenen ohne entsprechende Reizquelle; Vorkommen u.a. beim Alkoholentzugsdelir (Kap. 5)

Körperhalluzinationen

Taktile oder haptische Halluzinationen (Wahrnehmen von nicht vorhandenen Objekten auf Haut und Schleimhäuten) und Störungen des Leibempfindens (Koenästhesien, qualitativ abnorme Leibsensationen)

Geruchs-/Geschmackshalluzinationen

Geruchs- und Geschmackswahrnehmungen, ohne dass eine Reizquelle ausgemacht werden kann

Pseudohalluzinationen

Trugwahrnehmungen, bei denen die Unwirklichkeit der Trugwahrnehmung vom Patienten erkannt wird

Hypnagoge Halluzinationen

Optische und/oder akustische Halluzinationen, die beim Einschlafen, Aufwachen oder im Halbschlaf auftreten

«Primärpersönlichkeit» und Persönlichkeitsstruktur

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

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

Derealisation

Personen, Gegenstände und Umgebung erscheinen unwirklich, fremdartig oder räumlich verändert; dadurch wirkt die Umwelt z.B. unvertraut, sonderbar oder gespenstisch

Depersonalisation

Störung des Einheitserlebens der Person im Augenblick oder der Identität in der Zeit des Lebenslaufs; die Person kommt sich selbst fremd, unwirklich, unmittelbar verändert als oder wie ein anderer und/oder uneinheitlich vor

Gedankenausbreitung

Die Gedanken gehören nicht mehr dem Patienten allein, andere haben Anteil und wissen, was er denkt (Gedankenlesen)

Gedankenentzug

Dem Patienten werden die Gedanken weggenommen oder «abgezogen»

Gedankeneingebung

Gedanken und Vorstellungen werden als von aussen her beeinflusst, gemacht, gelenkt, gesteuert, eingegeben oder aufgedrängt empfunden

Andere Fremdbeeinflussungserlebnisse

Fühlen, Streben, Wollen oder Handeln werden als von aussen gemacht erlebt

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

Körperliche Untersuchung und apparative Verfahren

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