

Klinikmanual Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Bearbeitet von
Prof. Dr. Frank Schneider

2., aktualisierte Auflage 2016. Buch. XVIII, 682 S. Kartoniert

ISBN 978 3 642 54570 2

Format (B x L): 12,7 x 19 cm

Gewicht: 647 g

[Weitere Fachgebiete > Medizin > Sonstige Medizinische Fachgebiete > Psychiatrie,
Sozialpsychiatrie, Suchttherapie](#)

Zu [Inhaltsverzeichnis](#)

schnell und portofrei erhältlich bei


DIE FACHBUCHHANDLUNG

Die Online-Fachbuchhandlung beck-shop.de ist spezialisiert auf Fachbücher, insbesondere Recht, Steuern und Wirtschaft. Im Sortiment finden Sie alle Medien (Bücher, Zeitschriften, CDs, eBooks, etc.) aller Verlage. Ergänzt wird das Programm durch Services wie Neuerscheinungsdienst oder Zusammenstellungen von Büchern zu Sonderpreisen. Der Shop führt mehr als 8 Millionen Produkte.

Diagnostik

F. Schneider, W. Niebling, U. Habel, T. Nickl-Jockschat

F. Schneider (Hrsg.), *Klinikmanual Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*
 DOI 10.1007/978-3-642-54571-9_2,
 © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016

2.1 Ärztliche Gesprächsführung

- Wichtigstes Element der psychiatrischen Diagnostik: das psychiatrisch-psychotherapeutische Gespräch
 - Zur Informationsgewinnung im Rahmen der Diagnostik
 - Zum Aufbau einer **tragfähigen Arzt-Patient-Beziehung**
- Grundlegende Regeln der Gesprächsführung:
 - Patienten aussprechen lassen
 - Zu frühe Strukturierung des Gesprächs führt dazu, dass Patienten ihr eigentliches Anliegen nicht vorbringen, sie verunsichert werden und die Kommunikation dauerhaft gestört bleibt
 - Aktives Zuhören mit verbalen (kurzes Nachfragen, Zusammenfassungen) und nonverbalen Elementen (Kopfnicken, Blickkontakt) unterstützen
 - Emotionen zulassen und aufgreifen
 - Dem Patienten vermitteln, dass es wichtig und von Interesse ist, wie er selbst seine Probleme und Schwierigkeiten sieht:
 - »Was meinen Sie denn selbst?«
 - »Haben Sie eine Erklärung dafür?«
 - »Was befürchten Sie denn?«
 - Pausen (»kommunikative Knotenpunkte«) akzeptieren
 - Gezielt nachfragen:
 - »Seit wann haben Sie diese Beschwerden?«
 - »Wie würden Sie diese Gefühle beschreiben?«
 - »Gibt es auslösende Situationen?«
 - Eigenes Verständnis des Gesagten dem Gesprächspartner zurückmelden, durch wortwörtliche oder umschreibende Wiedergabe oder Zusammenfassungen

- — Eindeutige Fragen stellen
- Eine dem Patienten angepasste Sprache wählen, keine Fachbegriffe verwenden
- Konkrete statt allgemeine Fragen, offene statt suggestive Fragen stellen
- Begriffe, die der Patient verwendet, selbst aufgreifen

2.2 Anamneseerhebung

- Inhalte der psychiatrischen Anamnese:
 - Soziodemografische Daten (Name, Geschlecht, Geburtsdatum, -ort, Adresse, telefonische Erreichbarkeit von Angehörigen, Familienstand)
 - Spezielle Krankheitsanamnese
 - Eigenanamnese
 - Familienanamnese
- Bei allen psychischen Erkrankungen, v. a. in besonderen Situationen – wie z. B. bei schizophrenen, affektiv erkrankten, dementen oder bewusstseinsgestörten Patienten – sind ergänzende fremdanamnestiche Angaben für eine Beurteilung wichtig. Diese sollten – gegebenenfalls nach entsprechender Schweigepflichtentbindung – eingeholt werden.

2.2.1 Spezielle Krankheitsanamnese

- Aktuelle und frühere Symptomatik, Krankheitsbeginn und -verlauf (Wann und unter welchen Umständen traten die aktuellen Symptome auf? Was verändert die Beschwerden? Ist es manchmal stärker oder weniger stark?)
- Psychische Erkrankungen können mit spezifischen somatischen Symptomen einhergehen, die aktiv erfragt werden sollten:
 - Schlafstörungen (Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen, morgendliches Früherwachen)
 - Appetitstörungen, Libidostörungen
 - Gastrointestinale Störungen (Übelkeit, Erbrechen, Meteorismus, Obstipation, Diarrhö, Hypersalivation, Geschmacksstörungen)
 - Kardiorespiratorische Beschwerden (Atemnot, Palpitationen, Schwindel)
 - Vegetative Störungen (Hyperhidrosis, Miktionsstörungen)
 - Schmerzen (Zephalgie, Rückenschmerzen, Dysmenorrhö)
 - Müdigkeit und Adynamie, Schweregefühl der Beine, Hitzegefühl oder Frösteln
- Immer muss Suizidalität abgeklärt werden!

2.2.2 Eigenanamnese

■ Soziale Anamnese (Biografie)

■ ■ Frühe Entwicklung

- Wo aufgewachsen, frühkindliche Entwicklung (wann Laufen, wann Sprechen gelernt, wann sauber gewesen?), Primordialsymptome (Nägelkauen, Bettnässen, verlängertes Daumenlutschen, Haareausreißen, Ängste, Angstträume, Stottern)
- Entwicklung in Pubertät und Adoleszenz, besondere Konfliktkonstellationen, Wohnorte, Kindergarten, Grundschule

■ ■ Soziale Beziehungen

- In der »Altfamilie«: Verhältnis zu Mutter, Vater, Geschwistern und anderen Bezugspersonen, Erziehungsstil der Eltern, Kindheitserinnerungen
- Gegebenenfalls in der »Neufamilie«: Art und Dauer der Partnerbeziehung (Partnerkonflikte?), Trennungen; Einstellungen zur aktuellen Beziehung, Einstellungen zu den Kindern
- Sonstige Partnerbeziehungen: Freunde/Freundinnen (wie viele?, wie lange?), Beziehung zu Arbeitskollegen, sonstige Sexualpartner

■ ■ Freizeitgestaltung

- Interessen, Hobbys (Art und Dauer)

■ ■ Schule und Beruf

- Schulbildung (wann, wie lange, welche Schulform, Schulabschluss?) und -leistung (Lieblingsfächer, besondere Schwierigkeiten, Klasse wiederholt?)
- Berufsausbildung und Beruf, Berufswechsel (warum?)
- Militär (Probleme beim Militär? Ausgemustert? Warum?)
- Aktuelle berufliche Situation (zufrieden mit beruflicher Situation?)
- Sonstiges: wirtschaftliche Situation (Vermögen, finanzielle Probleme, Schulden), Wohnverhältnisse, religiöse Einstellungen, Fahrerlaubnis (Fahrerlaubnis mal entzogen worden? Warum?), ggf. Aufenthaltsstatus, Verurteilungen und Haft (warum?)

■ Vegetative Anamnese

- Schlaf, Appetit, Gewichtsveränderungen, sexuelle Lust und Potenz, Durst, Miktion, Stuhlgang, Allergien, Überempfindlichkeiten, körperliches Grundgefühl (z. B. Wohlbefinden, Mattigkeit)

■ Gynäkologische Anamnese

- Menarche, Menopause, Menstruation (letzte Menstruation, Frequenz, Dauer, Stärke, Regelmäßigkeit, Menstruationsbeschwerden), Partus, Abortus, gynäkologische Operationen

■ Psychosexuelle Anamnese

- Eine umfassende psychosexuelle Anamnese ist nicht in jedem Fall notwendig
- Inhalte der psychosexuellen Anamnese:
 - Angaben zur Sexualaufklärung (durch Erziehungsberechtigten, Schule oder andere Vertrauensperson?), Beginn der Pubertät, erster Samenerguss, besondere Ängste, Belastungen oder Verhaltensänderungen während der Pubertät, erster Geschlechtsverkehr
 - Sexuelle Erlebnisfähigkeit (früher bzw. aktuell), Masturbationsverhalten, weitere Sexualkontakte in partnerschaftlichen Beziehungen (häufiger Wechsel des Sexualpartners, Qualität und Zufriedenheit der jeweiligen sexuellen Beziehungen?), Einstellung zur Promiskuität, Einstellung zur Verhütung, sexuelle Funktionsstörungen, spezielle sexuelle Präferenzen, ungewöhnliche sexuelle Phantasien (z. B. Gewalt- oder Unterwerfungsphantasien, besondere sexuelle Rituale oder Inszenierungen), homoerotische Neigungen
 - Sexuelle Missbrauchserlebnisse, Inzesterlebnisse

➤ Dezent und der Situation angepasst Sexualität erfragen.

■ Medikamentenanamnese

- Einnahme von Psychopharmaka, internistischen und anderen Medikamenten, Medikamentenunverträglichkeiten
 - Welche Medikamente werden in welcher Dosis regelmäßig oder gelegentlich eingenommen?
 - Gab es schlechte Erfahrungen mit früher verordneten Arzneimitteln?

■ Suchtanamnese

- Schädlicher Alkohol-, Tabak-, Drogen- oder Medikamentenkonsum (z. B. Schlafmittel, Schmerzmittel, Beruhigungsmittel, Schlankheitsmittel, Laxanzien)
- Nicht stoffgebundene Süchte (z. B. Spielsucht, Internet)

■ Frühere Erkrankungen

- Chronologische Erfassung früherer somatischer und psychischer Erkrankungen und bisheriger diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen (auch Fragen nach Besonderheiten bei Schwangerschaft oder Geburt)
 - Operationen, Unfälle (speziell mit Schädel-Hirn-Traumata)
 - Krankenhausaufenthalte, Kuren

2.2.3 Familienanamnese

- Angaben zu Erkrankungen von Eltern, Großeltern, Geschwistern und Kindern sowie zu Todesursachen bereits verstorbener Angehöriger
 - Übersicht zu den Besonderheiten des Patienten in seiner Familie (Stellung in der Geschwisterreihe, Kontakt zu den Eltern, Partnern, Kindern)
 - Familiäre Belastung im Hinblick auf psychische Erkrankungen
- **Von besonderer Relevanz sind affektive oder schizophrene Erkrankungen, Suchterkrankungen, versuchte oder vollendete Suizide in der Familienanamnese.**

2.3 Körperliche Untersuchung

- Bei jedem psychisch Kranken ist
 - möglichst beim Erstkontakt
 - eine körperliche Untersuchung durchzuführen
- Dies beinhaltet eine allgemeinkörperliche und neurologische Untersuchung, wobei je nach Fragestellung ggf. symptomorientiert auch nur Untersuchungen einzelner Bereiche in Betracht kommen

2.3.1 Allgemeinkörperliche Untersuchung

- Allgemeinzustand, Ernährungszustand, Größe und Gewicht
- Haut, Gesichtsfarbe und Schleimhäute; Narben, Tätowierungen, Piercings, Hämatome
- Kopf und Hals, Lymphknoten, Schilddrüse
- Inspektion, Perkussion des Thorax, Auskultation von Lunge, Herz und Halsgefäßen
- Periphere Pulse, Blutdruck

- Abdomen: Spontanlagerung, Form der Bauchdecken, abdomineller Behaarungstyp, Striae, Narben, Rektusdiastase, Druckschmerzhaftigkeit, Abwehrspannung, Resistenzen, Palpation von Leber und Milz, Darmgeräusche, Klopf- oder Druckdolenz des Nierenlagers
- Wirbelsäule: Klopf- oder Druckdolenz, Lordosen, Kyphosen, Skoliosen, Beckenstand, Muskelverspannungen
- Extremitäten: Beweglichkeit, Defekte, Muskelkontur, Druckempfindlichkeit der Muskeln oder Muskelansätze, Veränderungen der Gelenke

2.3.2 Neurologische Untersuchung

- **Hirnnervenstatus** (■ Tab. 2.1)
- **Motorik:** Muskelatrophie, Tonus, Armvorhalteversuch, Beinvorhalteversuch, Feinmotorik, Kraftprüfung
- **Eigenreflexe:** Bizepssehnenreflex (BSR), Radiusperiostreflex (RPR), Trizepssehnenreflex (TSR), Trömner-Reflex, Knipsreflex, Adduktorenreflex, Patellarsehnenreflex (PSR), Tibialis-posterior-Reflex, Achillessehnenreflex (ASR), Rossolimo-Reflex
- **Kloni:** Patellarklonus, Fußklonus
- **Physiologische Fremdreflexe:** Glabellareflex, Mayer-Grundgelenkreflex, Bauchhautreflex (BHR), Cremasterreflex, Analreflex
- **Pathologische Fremdreflexe (Pyramidenbahnzeichen):** Babinski-Reflex (träge Dorsalflexion der Großzehe nach druckvollem Bestreichen des seitlichen Fußsohlenrandes), Gordon-Reflex (Dorsalflexion der Großzehe bei Druck auf die Wadenmuskulatur), Oppenheim-Reflex (tonische Dorsalflexion der Großzehe bei kräftigem Entlangstreichen am medialen Tibiarand), Chaddock-Reflex (träge Dorsalflexion der Großzehe mit Beugung und Spreizung der übrigen Zehen bei Druck hinter dem Außenknöchel oder Bestreichen des lateralen Fußrandes)
- **Nervendehnungszeichen:** Meningismus, Lasègue, umgekehrter Lasègue, Kernig, Brudzinski, Lhermitte
- **Koordination:** Finger-Nase-Versuch (FNV), Finger-Finger-Versuch (FFV), Knie-Hacken-Versuch (KHV), Diadochokinese, Romberg-Versuch, Unterberger-Tretversuch, Gangprüfung
- **Sensibilität:** Berührungsempfindung, Schmerzempfindung, Spitz-stumpf-Diskrimination, Temperaturempfindung, Lagesinn, Vibrationsempfindung

■ **Tab. 2.1** Überprüfung der Hirnnervenfunktionen

Hirnnerv	Funktion	Überprüfung
N. olfaktorius (N. I)	Riechen	Frage nach Geruchsveränderungen Riechproben
N. opticus (N. II)	Sehen (Visus) Gesichtsfeld	Visustafeln oder Text lesen lassen Orientierend Fingerperimetrie Spiegelung des Augenhintergrunds
N. oculomotorius (N. III) N. trochlearis (N. IV) N. abducens (N. VI)	Augenmotilität	Augenfolgebewegungen Nach Doppelbildern fragen Lichtreaktion der Pupillen
N. trigeminus (N. V)	Sensibilität im Gesichtsbereich Motorisch Kaumuskulatur	Trigeminusdruckpunkte im Gesicht berühren, Kornealreflex Kaumuskulatur prüfen, Masseterreflex
N. facialis (N. VII)	Mimische Muskulatur Geschmack	Grimassieren (Stirn runzeln, Nase rümpfen, Mund spitzen, Backen aufblasen lassen) Frage nach Geschmack Geschmacksproben
N. vestibulocochlearis (N. VIII)	Hören, Gleichgewicht	Fingerreiben vor dem Ohr, Flüstersprache Weber-Test, Rinne-Test Augenfolgebewegungen prüfen
N. glossopharyngeus (N. IX)	Würgereflex, Pharynxsensibilität, Geschmack/Sensibilität hinteres Zungendrittel	Rachenhinterwand mit Mundspatel berühren
N. vagus (N. X)	Würgereflex Schlucken	Wie N. IX und Schluckversuch
N. accessorius (N. XI)	M. sternocleidomastoideus M. trapezius	Schulterhebung prüfen Kopfwendung gegen Widerstand
N. hypoglossus (N. XII)	Zungenmotilität	Zunge herausstrecken lassen (Abweichung zur kranken Seite)

2.4 Laborchemische Untersuchungen

2.4.1 Allgemeine Laboruntersuchungen

- Zum Ausschluss organisch begründbarer psychischer Erkrankungen sollten bei Aufnahme jedes Patienten mindestens folgende Basislaborparameter erhoben werden: Blutbild und Differenzialblutbild, C-reaktives Protein (CRP), Glutamat-Oxalacetat-Transaminase (GOT), Glutamat-Pyruvat-Transaminase (GPT), Gamma-Glutamyltransferase (GGT), alkalische Phosphatase (AP), Laktatdehydrogenase (LDH), Bilirubin, Kreatinin, Harnstoff, Gesamteiweiß, Glukose, Natrium, Kalium, Kalzium, TSH, Urinstatus
- Zur Überwachung von Arzneimittelnebenwirkungen sind vor einer Psychopharmakotherapie sowie im Verlauf der Therapie weitere regelmäßige Laborkontrollen indiziert
- Bei entsprechendem klinischen Verdacht sind neben der Basisdiagnostik weitere, spezifische Laborparameter zu erheben (■ Tab. 2.2, ■ Tab. 2.3)

■ **Tab. 2.2** Laborchemische Basisdiagnostik bei psychischen Auffälligkeiten.
(Aus Schneider u. Hettmann 2012)

Laborwerte	Erhöht (↑) Erniedrigt (↓)	Mögliche psychiatrische Relevanz und Beispiele für somatische Differenzialdiagnosen (DD)
Serum		
Alkalische Phosphatase (AP)	↑	<ul style="list-style-type: none"> – Organische psychische Erkrankungen DD: Knochentumoren, Hyperparathyreoidismus, Hyperthyreose, Akromegalie – Alkoholerkrankung DD: Cholestase (Leber-, Gallenwegserkrankungen) – Therapie mit Antikonvulsiva DD: durch andere Arzneimittel induziert wie z. B. Allopurinol, Verapamil, manche Antibiotika
Amylase	↑	<ul style="list-style-type: none"> – Therapie mit Valproinsäure, Alkoholerkrankung, Essstörungen DD: Erkrankungen des Pankreas (Pankreatitis, Tumor)
Bilirubin (gesamt)	↑	<ul style="list-style-type: none"> – Organische psychische Erkrankungen DD: Hämolyse – Alkoholerkrankung, Virushepatitiden bei Opiatabhängigkeit DD: Leber-, Gallenwegserkrankungen – Carbamazepintherapie DD: durch andere Arzneimittel induziert wie z. B. manche Antibiotika

■ **Tab. 2.2** (Fortsetzung)

Laborwerte	Erhöht (↑) Erniedrigt (↓)	Mögliche psychiatrische Relevanz und Beispiele für somatische Differenzialdiagnosen (DD)
Blutkörperchen-senkungsgeschwindigkeit (BKS)	↑	– Organische psychische Erkrankungen DD: Entzündungen, Infektionen (v. a. bakteriell), maligne Erkrankungen
Erythrozyten, Hämoglobin	↓	– Alkoholkrankung, Carbamazepintherapie DD: Anämie, medikamentös induzierte Panzytopenie
	↑	– Opiatentzug DD: Erbrechen, Diarrhö
γ-Glutamyltransferase (γ-GT)	↑	– Alkoholkrankung DD: Leber- und Gallenwegserkrankungen – Angststörung DD: Herzinfarkt – Therapie mit Antipsychotika, malignes neuroleptisches Syndrom, Therapie mit Antidepressiva oder Antikonvulsiva DD: durch andere Arzneimittel induziert wie z. B. NSAR, manche Antibiotika, Statine
Glukose (nüchtern)	↓/↑	– Organische depressive Störung, organische Angststörung (bei Hypoglykämie) DD: Diabetes mellitus (oder dessen Therapie)
	↓	– Organische psychische Erkrankungen DD: Hypophyseninsuffizienz, Nebenniereninsuffizienz, Insulinom – Münchhausen-Syndrom DD: faktitielle Hypoglykämie (Insulin, Sulfonylharnstoffe)
GOT, GPT	↓	– Anorexia nervosa, Alkoholkrankung DD: Vitamin-B ₆ -Mangel
	↑	– Alkoholkrankung DD: Lebererkrankungen – Angststörung DD: Herzerkrankungen (GOT erhöht) – Therapie mit Antipsychotika, malignes neuroleptisches Syndrom, Therapie mit Antidepressiva oder Antikonvulsiva DD: durch andere Arzneimittel induziert wie z. B. Statine, NSAR, Heparinbehandlung

Tab. 2.2 (Fortsetzung)

Laborwerte	Erhöht (↑) Erniedrigt (↓)	Mögliche psychiatrische Relevanz und Beispiele für somatische Differenzialdiagnosen (DD)
Harnsäure	↑	<ul style="list-style-type: none"> – Alkoholkrankung, Essstörung DD: Gicht, maligne Neoplasien, Hungerzustände
Harnstoff	↑	<ul style="list-style-type: none"> – Organische psychische Erkrankungen DD: maligne Neoplasien – Anorexia nervosa DD: häufiges Erbrechen, Katabolie – Bulimia nervosa DD: eiweißreiche Kost – Depression, Demenz, Vergiftungswahn, Delir DD: Exsikkose, Sepsis
Kalium	↓	<ul style="list-style-type: none"> – Essstörungen, Alkoholkrankung, Opiatentzug DD: Erbrechen, Diarrhö, verminderte intestinale Kaliumaufnahme – Angststörung DD: Herzinfarkt, Asthma
	↑	<ul style="list-style-type: none"> – Organische psychische Erkrankungen DD: Niereninsuffizienz, Addison-Krise, systemischer Lupus erythematodes, Tumorzelllyse – Suizidversuch, Intoxikationen DD: Muskeltraumata, Digitalisintoxikation, Rhabdomyolyse
Kalzium (gesamt)	↓	<ul style="list-style-type: none"> – Organische psychische Erkrankungen DD: Niereninsuffizienz, M. Cushing, Hypoparathyreoidismus, akute Pankreatitis, osteoblastische Knochenmetastasen – Therapie mit Lithium, Antikonvulsiva DD: durch andere Arzneimittel induziert wie z. B. Thiaziddiuretika
	↑	<ul style="list-style-type: none"> – Organische psychische Erkrankungen DD: Hyperthyreose, Hyperparathyreoidismus, Morbus Addison, Akromegalie, Sarkoidose, Knochenmetastasen
Kreatinin	↑	<ul style="list-style-type: none"> – Analgetikamissbrauch, malignes neuroleptisches Syndrom DD: Einnahme anderer Arzneimittel wie z. B. Cephalosporine – Rhabdomyolyse nach Suizidversuch DD: chronische Niereninsuffizienz, akutes Nierenversagen

■ **Tab. 2.2** (Fortsetzung)

Laborwerte	Erhöht (↑) Erniedrigt (↓)	Mögliche psychiatrische Relevanz und Beispiele für somatische Differenzialdiagnosen (DD)
Laktatdehydrogenase (LDH), γ-Laktatdehydrogenase (GLDH)	↑	<ul style="list-style-type: none"> – Organische psychische Erkrankungen DD: Hämolyse, Epilepsie – Alkoholkrankung, Anorexia nervosa DD: Lebererkrankungen, Vitamin-B₁₂-, Folsäuremangel – Angststörung DD: Herzinfarkt – Malignes neuroleptisches Syndrom DD: arzneimittelinduziert, z. B. durch Aspirin, Paracetamol, Allopurinol, Cumarine
Leukozyten, Granulozyten	↓	<ul style="list-style-type: none"> – Alkoholkrankung DD: Lebererkrankungen, megaloblastäre Anämie – Therapie mit trizyklischen Antidepressiva, Phenothiazinen, Clozapin, Carbamazepin DD: durch andere Arzneimittel induziert wie z. B. Zytostatika, Thyreostatika
	↑	<ul style="list-style-type: none"> – Organische psychische Erkrankungen DD: Infektionen, Leukämie, metabolische Erkrankungen, maligne Neoplasien – Suizidversuch, Opiatentzug DD: Blutverlust, Intoxikationen – Malignes neuroleptisches Syndrom, Lithiumtherapie DD: durch andere Arzneimittel induziert wie z. B. Kortison
Lipase	↑	<ul style="list-style-type: none"> – Therapie mit Valproinsäure, Alkoholkrankung, Essstörungen DD: Erkrankungen des Pankreas (Pankreatitis, Tumor)
Lipide (Cholesterin, Triglyzeride)	↑	<ul style="list-style-type: none"> – Organische depressive Störung, Psychosen, Demenz, Anorexia nervosa, Lithiumtherapie DD: Hypothyreose – Organische depressive Störung, organische Angststörung (bei Hypoglykämie) DD: Diabetes mellitus
Mittleres korpuskuläres Erythrozytenvolumen (MCV)	↑	<ul style="list-style-type: none"> – Alkoholkrankung, Anorexia nervosa DD: Lebererkrankungen, Vitamin-B₁₂-, Folsäuremangel

 Tab. 2.2 (Fortsetzung)

Laborwerte	Erhöht (↑) Erniedrigt (↓)	Mögliche psychiatrische Relevanz und Beispiele für somatische Differenzialdiagnosen (DD)
Natrium	↓	<ul style="list-style-type: none"> – Opiatentzug, Essstörungen DD: Erbrechen, Diarrhö – Alkoholerkrankung, Psychosen DD: Polydipsie – Einnahme von Antidepressiva, Antipsychotika, Carbamazepin, Morphine, Diuretikamissbrauch bei Essstörungen, chronischer Steroidmissbrauch DD: durch andere Arzneimittel induziert wie z. B. ACE-Hemmer
Partielle Thromboplastinzeit (PTT)	↓	<ul style="list-style-type: none"> – Organische psychische Erkrankungen DD: Entzündungen
	↑	<ul style="list-style-type: none"> – Organische psychische Erkrankungen DD: Autoimmunerkrankungen, Blutverlust, Hämophilie, maligne Neoplasien – Alkoholerkrankung DD: Lebererkrankungen, Vitamin-K-Mangel – Trizyklische Antidepressiva, selektive Serotoninwiederaufnahmememmer sowie Antipsychotika können die Wirkung von Antikoagulanzen verstärken DD: arzneimittelinduziert (Heparin, Cumarine)
Protein	↓	<ul style="list-style-type: none"> – Anorexia nervosa, Depression, Vergiftungswahn DD: Hungerzustände, Katabolie – Alkoholerkrankung, Psychosen DD: Polydipsie
Quick-Test (TPZ), INR	Quick ↓ bzw. INR ↑	<ul style="list-style-type: none"> – Alkoholerkrankung DD: Lebererkrankungen, Vitamin-K-Mangel – Trizyklische Antidepressiva, selektive Serotoninwiederaufnahmememmer sowie Antipsychotika können die Wirkung von Antikoagulanzen verstärken DD: arzneimittelinduziert, z. B. Cumarine, Salicylate, Paracetamol
Thrombozyten	↓	<ul style="list-style-type: none"> – Organische psychische Erkrankungen DD: Kollagenosen, Sarkoidose, Leukämie, maligne Lymphome – Therapie mit Carbamazepin, Analgetikamissbrauch DD: durch andere Arzneimittel induziert, z. B. Heparin, Zytostatika

■ **Tab. 2.2** (Fortsetzung)

Laborwerte	Erhöht (↑) Erniedrigt (↓)	Mögliche psychiatrische Relevanz und Beispiele für somatische Differenzialdiagnosen (DD)
TSH (wenn pathologisch fT ₃ und fT ₄)	↓	– Organische affektive Störungen, organische Angststörung, Schlafstörungen, schizophreniform imponierende Psychosen DD: Hyperthyreose
	↑	– Organische depressive Störung, Psychosen, Demenz, Anorexia nervosa, Lithiumtherapie DD: Hypothyreose
Urin		
Cortisol (24-h-Urin)	↑	– Organische psychische Erkrankung, depressive Störung DD: Cushing-Syndrom
Eiweiß	Positiv	– Organische psychische Erkrankungen DD: Infekte, maligne Neoplasien – Analgetikamissbrauch DD: Nephropathien – Suizidversuch, Intoxikation (Medikamente, Alkohol, Drogen) DD: Intoxikationen, Rhabdomyolyse
Erythrozyten	Positiv	– Organische psychische Erkrankung DD: Nephritiden, maligne Neoplasien – Analgetikamissbrauch DD: Nephropathien – Carbamazepintherapie DD: Blutungsneigung bei Thrombozytopenie
Glukose	Positiv	– Organische depressive Störung, organische Angststörung (bei Hypoglykämie) DD: Diabetes mellitus
Keton	Positiv	– Organische depressive Störung, organische Angststörung (bei Hypoglykämie) DD: Diabetes mellitus – Anorexia nervosa, Vergiftungswahn DD: Hungerzustände, Erbrechen
Leukozyten	Positiv	– Organische psychische Erkrankungen DD: Pyelonephritiden, Harnwegsinfekte

Tab. 2.2 (Fortsetzung)

Laborwerte	Erhöht (↑) Erniedrigt (↓)	Mögliche psychiatrische Relevanz und Beispiele für somatische Differenzialdiagnosen (DD)
pH	Sauer	<ul style="list-style-type: none"> – Anorexia nervosa, Vergiftungswahn DD: Hungerzustände – Malignes neuroleptisches Syndrom DD: Fieber anderer Ursache
	Alkalisch	<ul style="list-style-type: none"> – Organische psychische Erkrankungen DD: Harnwegsinfekte
Urobilinogen	Positiv	<ul style="list-style-type: none"> – Intoxikationen, Suizidversuch, organische psychische Erkrankungen DD: Hämolyse – Alkoholerkrankung DD: Lebererkrankungen

Tab. 2.3 Fakultative Laboruntersuchungen bei psychischen Auffälligkeiten. (Aus Schneider u. Hettmann 2012)

Laborwerte	Erhöht (↑) Erniedrigt (↓)	Mögliche psychiatrische Relevanz und Beispiele für somatische Differenzialdiagnosen (DD)
ACTH	↑	<ul style="list-style-type: none"> – Organische depressive Störung DD: Nebennierenrindeninsuffizienz
Adrenalin, Noradrenalin, Metanephrine, Vanillinmandelsäure (24-h-Urin)	↑	<ul style="list-style-type: none"> – Organische Angststörung DD: Phäochromozytom
Carbohydratdefizientes Transferrin (CDT)	↑	<ul style="list-style-type: none"> – Alkoholerkrankung DD: Lebererkrankungen, schwere Lungen-, Pankreas- und Herzerkrankungen, maligne Erkrankungen, Schwangerschaft, erheblicher Eisenmangel, niedrige Ferritinwerte
C-reaktives Protein (CRP)	↑	<ul style="list-style-type: none"> – Organische psychische Erkrankungen DD: Entzündungen, Tuberkulose, Sarkoidose, rheumatische Erkrankungen, Parasitenbefall

■ **Tab. 2.3** (Fortsetzung)

Laborwerte	Erhöht (↑) Erniedrigt (↓)	Mögliche psychiatrische Relevanz und Beispiele für somatische Differenzialdiagnosen (DD)
Insulin-like growth factor 1 (IGF-1)	↑	– Organische psychische Erkrankungen DD: Akromegalie
Kreatinkinase (CK)	↑	– Organische Angststörung DD: Herzinfarkt – Andere organische psychische Erkrankungen DD: Epilepsie – Psychosen DD: körperliche Aktivität – Suizidversuch DD: Traumata, Rhabdomyolyse, Intoxikationen – Nach Injektion eines Depotantipsychotikums DD: andere intramuskuläre Injektionen
Cystatin C	↑	– Organische psychische Erkrankungen DD: Nierenfunktionsstörung
FSH, LH, Gestagene, Östrogene, Testosteron	↓/↑	– Affektive Störungen, Anorexie (niedrige Konzentration von Geschlechtshormonen) DD: Klimakterium, Sexualhormonstörungen
Parathormon	↓/↑	– Organische depressive Störung, kognitive Störungen bis hin zu Demenz DD: Hypo-, Hyperparathyreoidismus
Vitamine (B ₁ , B ₆ , B ₁₂ , Folsäure)	↓	– Alkoholerkrankung, B ₁₂ -Mangel-Psychose, organische depressive Störung, Demenz DD: Makrozytäre/hyperchrome Anämie, Malassimilation, Polyneuropathie

2.4.2 Alkoholbestimmung

2

- Bestimmung der **Atemalkoholkonzentration** als schnell durchzuführendes Screeningverfahren mittels einfach zu handhabender Geräte (z. B. Alkotest der Firma Dräger)
- Genauer ist die Bestimmung der **Blutalkoholkonzentration (BAK)** durch eine Blutentnahme
 - BAK sollte aber stets individuell bewertet werden (eine BAK von z. B. 1,5‰ wirkt bei einem alkoholgewöhnten und -abhängigen Menschen anders als auf einen Menschen, der selten und wenig Alkohol konsumiert)
 - Alkoholabbaurrate beträgt durchschnittlich 0,15‰/h bei einer Variation von 0,10–0,20‰/h
- Bestimmung von **Ethylglukuronid (EtG)** im Blutserum oder im Urin: eignet sich zum Nachweis von Alkoholkonsum, der Stunden bis wenige Tage zurückliegt, jedoch durch eine Blutalkoholbestimmung nicht mehr erfassbar ist
 - EtG ist ein Phase-II-Metabolit des Alkohols
 - Halbwertszeit im Serum beträgt ca. 2–3 h
 - Nachweisbarkeit im Urin beträgt ca. 3,5 (+/-1,5) Tage
- Zur Objektivierung eines **chronischen Alkoholkonsums** können folgende Laborparameter dienen:
 - **Gamma-Glutamyltransferase (GGT)**: steigt bei starkem Alkoholkonsum erst nach mehreren Monaten an; bei Abstinenz fallen erhöhte Werte aber schon nach Tagen bis Wochen wieder ab
 - **Mittleres korpuskuläres Erythrozytenvolumen (MCV)**: steigt ebenfalls erst nach längerem erhöhten Alkoholkonsum an, ist aber aufgrund der 3-monatigen Lebensdauer der Erythrozyten noch längere Zeit (auch bei Abstinenz) erhöht
 - **Carbohydratdefizientes Transferrin (CDT)**: steigt bei einem mindestens 2- bis 3-wöchigen täglichen Konsum von mehr als 60 g Alkohol an; der Wert normalisiert sich bei Abstinenz innerhalb von 2–3 Wochen wieder (bei Männern aber langsamer als bei Frauen)
 - Besitzt eine höhere Sensitivität (50–90%) und Spezifität (80–100%) als GGT und MCV, dennoch sind auch hier falsch-positive Befunde möglich
 - Erhöhte CDT-Werte z. B. auch bei Schwangerschaft, deutlichem Eisenmangel, niedrigen Ferritinwerten oder malignen Erkrankungen, bei genetisch determinierter Variante des Transferrins, bei biliärer Zirrhose, bei Autoimmunhepatitis, fortgeschrittener Leberinsuffizienz, bei schweren Lungen-, Pankreas- und Herzerkrankungen oder bei der seltenen Glukanose
 - Die Sensitivität des CDT-Wertes als »Alkoholmarker« ist bei Frauen insgesamt geringer als bei Männern

■ **Tab. 2.4** Zeitraum der Nachweisbarkeit relevanter Substanzgruppen beim Urindrogenscreening. (Aus Schneider u. Hettmann 2012)

Substanz	Zeitraum
Amphetamine	Ca. 1–3 Tage
Barbiturate	Ca. 24 h bis 7–21 Tage (je nach Präparat und Halbwertszeit)
Benzodiazepine	Bis zu einer Woche (bei Leberinsuffizienz bis zu 2 Wochen) (abhängig von Präparat, Metaboliten und Halbwertszeit)
Cannabis	Einmalige Einnahme: ca. 3–4 Tage Gelegentliche Einnahme: ca. 10 Tage Regelmäßige, dauerhafte Einnahme: bis ca. 35 Tage
Kokain	Ca. 1–2 Tage
Methadon	Bis zu 5 Tage
Opiate	Ca. 1–4 Tage

2.4.3 Urindrogenscreening

- Urindrogenscreening zum Nachweis eines **aktuellen** Drogenkonsums (■ Tab. 2.4)
- Wegen Gefahr der Manipulation: Urinabgabe nur unter direkter Sichtkontrolle

2.4.4 Liquoruntersuchung

- Indikation: Bei V. a. entzündlichen (z. B. Multiple Sklerose oder Herpes-simplex-Enzephalitis) oder tumorösen Prozess im ZNS (**Cave:** dann häufig erhöhter Hirndruck! s. unten), bei unklaren Bewusstseinszuständen, bei V. a. eine demenzielle Erkrankung
- **Vor Durchführung einer Lumbalpunktion müssen ein erhöhter Hirndruck (mittels Bildgebung oder Augenhintergrundspiegelung), Gerinnungsstörungen (Thrombozytenzahl <20.000/ml absolute Kontraindikation, Thrombozytenzahl <50.000/ml relative Kontraindikation, INR >1,5) und Entzündungen im Punktionsbereich ausgeschlossen werden.**

- Durchführung der Lumbalpunktion:
 - Vor Durchführung der Lumbalpunktion: Aufklärung (über das Vorgehen und mögliche Komplikationen) sowie schriftliches Einverständnis des Patienten (mind. 24 h vor der Punktion)
 - Steriles Arbeiten!
 - Am nach vorne gebeugten (runder Rücken) oder liegenden Patienten
 - Punktion zwischen dem 4. und 5. oder 3. und 4. Lendenwirbel
 - Nach der Punktion Bettruhe von etwa 2 h
 - Patient soll nach der Punktion viel trinken wegen Gefahr des postpunktionellen Kopfschmerzes
 - Bei postpunktionellem Kopfschmerz: ausreichende Flüssigkeitszufuhr und ggf. symptomatische Schmerztherapie, Inspektion der Einstichstelle (Liquorkissen? Liquoraustritt?)
- Zur Beurteilung des Liquors **■** Tab. 2.5

■ Tab. 2.5 Beurteilung des lumbal entnommenen Liquors. (Aus Schneider u. Hettmann 2012)

Parameter	Normal	Pathologisch
Farbe	Farblos, wasserklar	Xanthochromer Überstand, z. B. bei Subarachnoidalblutung Trübung: Pleozytose, z. B. bei Meningitis Gelbfärbung: Eiweiß ↑, z. B. bei Stoppliquor
Zellzahl	Leukozyten <5/μl, keine Erythrozyten	Pleozytose >5 Leukozyten/μl, z. B. bei viralen oder chronisch entzündlichen Erkrankungen, Traumen, Durchblutungsstörungen, nach epileptischem Anfall, nach vorangegangener Lumbalpunktion; massive Pleozytose (>100 Zellen) ist ein Hinweis auf eine bakterielle Meningitis
Zellbild	70–100 % Lymphozyten, bis 30 % Monozyten	Verschiebung der Zellverhältnisse, z. B. bei chronischer Entzündung (lymphozytär), bakterieller Meningitis (granulozytär), Tumoren
Glukose	40–70 mg/dl (2,2–3,9 mmol/l)	Erhöhung z. B. bei Diabetes mellitus, Tumoren Erniedrigung z. B. bei bakterieller Meningitis
Laktat	10–23,5 mg/dl (1,1–2,5 mmol/l)	Erhöhung z. B. bei zerebraler Hypoxie, bakterieller Meningitis, intrakraniellen Blutungen, Hirntumoren
Eiweiß	20–50 mg/dl (0,2–0,5 g/l)	Erhöhung z. B. bei Tumoren, entzündlichen Prozessen, degenerativen Prozessen

2.5 Apparative Untersuchungen

2.5.1 Elektroenzephalographie

- Messung der Hirnfunktion durch Ableitung von Potenzialschwankungen an der Oberfläche der Hirnrinde mittels Elektroden an der Schädeloberfläche
- Indikation: zur Diagnostik und Differenzialdiagnostik bei epileptischen Syndromen, bei V. a. metabolisch-toxische Einflüsse (Delirien, Intoxikationen), unklaren Bewusstseinszuständen, bei V. a. demenzielle Erkrankungen
- Unterschieden werden folgende Frequenzbereiche:
 - Alpha-Wellen: 8–13 Hertz
 - Bei den meisten Menschen bei entspannter Wachheit und geschlossenen Augen vorkommender Grundrhythmus; über den okzipitalen Hirnregionen ableitbarer Grundrhythmus
 - Wird bei Augenöffnen durch Beta-Wellen ersetzt (sog. Berger-Effekt)
 - Beta-Wellen: 14–30 Hertz
 - Kommen bei etwa 5% aller Menschen als normale EEG-Grundrhythmusvariante vor
 - Treten auch bei aktiver Angespanntheit, infolge des Einflusses von Psychopharmaka sowie während des REM-Schlafes auf
 - Theta-Wellen: 4–7 Hertz
 - Treten vermehrt bei Schläfrigkeit und in leichten Schlafphasen auf (► Kap. 20)
 - Sind im Wachzustand bei Kindern physiologisch, können bei Erwachsenen Ausdruck von Hirnläsionen oder -funktionsstörungen sein
 - Delta-Wellen: <4 Hertz
 - Treten im Tiefschlaf auf (► Kap. 20)
 - Sind im Wachzustand bei Säuglingen/Kindern physiologisch, können bei Erwachsenen Ausdruck von Hirnläsionen oder -funktionsstörungen sein
- Häufige Pathologien im EEG:
 - Sog. epilepsietypische Potenziale (z. B. Spikes, Sharp Waves, Spike-Wave-Komplexe)
 - Zeichen einer Allgemeinveränderung (z. B. Grundrhythmusverlangsamung oder Veränderung der Rhythmizität) oder
 - Eine lokal begrenzte Verlangsamung (Herdbefund)

Praxistipp

Beispiel eines EEG-Normalbefunds im entspannten Wachzustand: Alpha-Grundrhythmus mit frontookzipitaler Gliederung. Berger-Effekt positiv. Keine Seitendifferenz, kein Herdbefund, keine epilepsietypischen Potenziale.

2.5.2 Bildgebung

- Klassische schnittbildgebende Verfahren sind die kraniale Computertomographie und die kraniale Magnetresonanztomographie
 - Können valide Aussagen zu hirnstrukturellen Auffälligkeiten geben
 - In der klinischen Diagnostik v. a. zu 2 wesentlichen Zwecken eingesetzt:
 - Ausschluss symptomatischer psychischer Erkrankungen, die infolge zerebraler Raumforderungen, vaskulärer oder entzündlicher Prozesse oder als Folge von Traumata auftreten (etwa bei der Abklärung von Schizophrenien oder affektiven Störungen)
 - Sicherung, bzw. Erhärtung einer Verdachtsdiagnose, z. B. bei neurodegenerativen Erkrankungen
 - Indikation einer solchen zerebralen Bildgebung: Besonders indiziert bei Erstmanifestation einer diagnostisch unklaren, schweren und/oder länger währenden psychischen Erkrankung
 - Bei Auffälligkeiten in der Anamnese, der neurologischen Untersuchung und/oder im EEG
 - Neben den klassischen schnittbildgebenden Verfahren kommen in der psychiatrischen Diagnostik manchmal auch nuklearmedizinische Verfahren wie die Positronenemissionstomographie (PET) oder Single-Photon-Emissions-Computertomographie (SPECT) zur Anwendung
- **Kraniale Computertomographie**
- Mittels Röntgenstrahlung werden rechnergestützt Schichtaufnahmen angefertigt
 - Angefertigt werden zahlreiche Röntgenaufnahmen aus verschiedenen Raumrichtungen, welche mittels Detektoren erfasst werden, anschließend 3-dimensionale Rekonstruktion
 - Schichtdicken üblicherweise zwischen 1 und 10 mm
 - Röntgenstrahlung wird bei der Durchdringung von Gewebe je nach Dichte des Gewebes in unterschiedlichem Maße abgeschwächt
 - Schwächungswerte der Röntgenstrahlen werden in Graustufen dargestellt
 - Angabe der Schwächungswerte in Hounsfield-Einheiten (HE);
Luft = -1000 HE, Wasser = 0 HE, kompakter Knochen = 1000 HE

- Bei der CT-Untersuchung wird ein diagnostisch relevanter Dichtebereich festgelegt, welchem die Grauwerte zugeordnet werden (sog. Fensterung)
 - Je enger ein Fenster, desto stärker der Kontrast
 - Durch die Lage des Fensters wird die Helligkeit, bzw. die Schwärzung dargestellt
- **Regionen geringerer Strahlenabsorption stellen sich als dunklere Bildanteile (z. B. Liquor, Luft), Regionen hoher Strahlenabsorption als hellere Bildanteile (z. B. Knochen) dar.**
- Üblich sind sowohl Nativuntersuchungen als auch Scans nach intravenöser Gabe eines jodhaltigen Kontrastmittels
 - Verstärkte Anreicherung von Kontrastmittel z. B. in abnormen Gefäßen (etwa bei Tumoren), hyperämischen Bereichen oder bei gestörter Blut-Hirn-Schranke
- **Bei V. a. einen neoplastischen oder entzündlichen Prozess sollte ein Scan mit Kontrastmittel erfolgen. Vor der Applikation müssen zur Vermeidung von Komplikationen die Nieren- und Schilddrüsenparameter kontrolliert werden (sofern es sich nicht um eine akute Notfallsituation handelt, dann allerdings strenge Risikoabwägung!). Ebenso sollte eine mögliche Allergie gegen jodhaltiges Kontrastmittel erfragt werden!**
- Vorteile:
 - Gute Verfügbarkeit
 - Schnell durchführbar
 - Vergleichsweise kostengünstig
 - Möglichkeit des raschen Ausschlusses einer grobmorphologischen Pathologie in Notfallsituationen, z. B. bei deliranten Patienten
 - Aufgrund der Kürze der Scans auch Anwendbarkeit bei unruhigen Patienten
 - Gute Toleranz bei Patienten mit Klaustrophobie
- Nachteile:
 - Strahlenbelastung
 - Im Vergleich zur cMRT schlechtere Kontrastdiskriminierung der intrakraniellen Gewebetypen und niedrigere Sensitivität und Spezifität bei zerebrovaskulären Läsionen, entzündlichen und neoplastischen Prozessen, v. a. bei Nativscans
 - Schlechtere Detektion atrophischer Prozesse, daher hinsichtlich der Frage nach einem demenziellen Prozess der cMRT unterlegen
- **Die Strahlenbelastung einer cCT entspricht in etwa der einer konventionellen Röntgenuntersuchung des Schädels in 3 Ebenen (etwa 2 mSv).**

■ **Kraniale Magnetresonanztomographie**

- Basiert auf dem Einsatz sehr starker Magnetfelder (in der Diagnostik i.d.R. 1,5–3 Tesla)
- In der psychiatrischen Diagnostik kommt die strukturelle kraniale Magnetresonanztomographie zum Einsatz, je nach Fragestellung mit oder ohne Kontrastmittel
- Es werden Rückschlüsse gezogen aus den Protonendichten unterschiedlicher Körperregionen
- Anatomische Strukturen bilden sich in verschiedenen Grauwerten ab, die Grauwertverteilung ist von den Aufnahmeparametern abhängig
 - Sog. T1-gewichtete Aufnahmen: wasserhaltige Strukturen stellen sich als hypointens dar:
 - Liquor cerebrospinalis erscheint dunkel
 - Das Kortexband stellt sich gegenüber der weißen Substanz als hypointenser (dunkler) dar
 - Sog. T2-gewichtete Aufnahmen: eignen sich v. a. für die Detektion von Veränderungen im Bereich der weißen Substanz
 - Liquor cerebrospinalis ist hyperintens
 - Die weiße Substanz stellt sich gegenüber dem Kortexband als hypointenser (dunkler) dar
 - FLAIR-Sequenz (»fluid-attenuated inversion recovery«): ein wichtiges Anwendungsgebiet ist die Diagnostik bzw. Verlaufskontrolle der Enzephalomyelitis disseminata
 - Hirnparenchym stellt sich in den Graustufen einer T2-gewichteten Aufnahme dar
 - Liquor cerebrospinalis zeigt sich aber hypointens
- Vorteile:
 - Keine Strahlenbelastung
 - Im Vergleich zur Computertomographie bessere räumliche Auflösung
 - Hohe Kontrastdiskriminierung im Bereich des Hirnparenchyms
- Nachteile:
 - Im Vergleich zur cCT relativ lange Dauer der Untersuchung (sehr unruhige Patienten müssen ggf. sediert werden)
 - Hohe Lautstärkepegel
 - Relativ hohe Kosten
 - »Beengende Verhältnisse«, die ein Problem bei klaustrophobischen Patienten sein können (diese müssen ggf. sediert werden oder ggf. Anwendung eines offenen MR-Systems)

- Kontraindikationen:
 - Vorhandensein magnetischer Fremdkörper im oder am Körper des Patienten (z. B. Metallclips, Splitter nach Unfällen oder Kriegsverletzungen, magnetische Gefäßclips)
 - Tätowierungen, v. a. im Untersuchungsgebiet (Gefahr der Erhitzung metallhaltiger Bestandteile und dadurch von Verbrennungen)
 - Herzschrittmacher
 - Bei einer Untersuchung mit Kontrastmittel: Allergie gegen paramagnetische Kontrastmittel
- **Bei Frauen, die eine Spirale aus Metall tragen, kann diese durch die MRT-Untersuchung verrutschen. Der Sitz der Spirale sollte daher nach der MRT-Untersuchung durch einen Gynäkologen kontrolliert werden.**
- **Positronenemissionstomographie (PET) oder Single-Photon-Emissions-Computertomographie (SPECT)**
 - Nuklearmedizinische Verfahren
 - Stellen Hirnstoffwechselforgänge oder Rezeptor-/Transporterverteilungen dar
 - Indikation: v. a. zur Differenzialdiagnose und Früherkennung neurodegenerativer Erkrankungen (insbesondere von Demenzerkrankungen)
 - Zur Anwendung kommt dabei häufig ein 18FDG-PET

2.6 Testpsychologische Untersuchung

- Testpsychologische Befunde können wertvolle zusätzliche Informationen zur Diagnose oder Differenzialdiagnose sowie zur Bestimmung des Verlaufs einer psychischen Erkrankung geben
- Beinhalten die Durchführung standardisierter Tests zur Messung verschiedener Funktionen und Persönlichkeitsdimensionen
- Eignung als psychologischer Test ergibt sich aus folgenden Gütekriterien:
 - Validität (gibt an, wie gut der Test das Merkmal erfasst, das er zu messen vorgibt)
 - Reliabilität (gibt an, wie genau und zuverlässig der Test das Merkmal misst)
 - Objektivität (gibt an, inwieweit die Ergebnisse unabhängig sind vom Untersucher; dies wird dadurch garantiert, dass Testvorgabe und Auswertung standardisiert erfolgen)

- Unterschieden werden im Wesentlichen:
 - **Leistungstests:** Intelligenztests, allgemeine Leistungstests, spezielle Funktionsprüfungs- und Eignungstests, Entwicklungstests, Schultests
 - **Psychometrische Persönlichkeitsverfahren:** Persönlichkeitsstrukturtests, klinische Verfahren, Einstellungs- und Interessentests
 - **Persönlichkeitsentfaltungungsverfahren (projektive Verfahren):** Formdeuteverfahren, verbal-thematische Verfahren, zeichnerische und Gestaltungsverfahren
 - Die Verwendung projektiver Verfahren wird aufgrund mangelnder Durchführungs-, Auswertungs- und Interpretationsobjektivität für den klinischen Einsatz i.d.R. nicht empfohlen
- Testpsychologische Befunde müssen ergänzt und zu einem schlüssigen Gesamtbild integriert werden durch:
 - Klinischen Eindruck
 - Verhaltensbeobachtung während der Testung
 - Ergebnisse einer Exploration
 - Alle weiteren Informationen (z. B. Krankengeschichte, Fremdanamnese)
- **Allein aufgrund eines testpsychologischen Befundes darf niemals auf eine psychische Erkrankung wie beispielsweise eine Persönlichkeitsstörung oder eine Depression geschlossen werden. Testpsychologische Befunde liefern immer nur ergänzende Hinweise.**
- Vor allem bei der Durchführung von Leistungstests ist die Verhaltensbeobachtung wesentlich, um
 - Widersprüche und Kontraste innerhalb der Gesamtleistung aufzuklären
 - Aussagen über die Leistungseinstellung (Leistungsmotivation und Anstrengung) zu gewinnen
 - Simulations- und Verfälschungstendenzen aufzudecken
 - Beziehungen zu Alltagsleistungen (Schule, Beruf, Ausbildung) herstellen zu können
- Testpsychologische Untersuchungen sollten immer von entsprechend ausgebildeten Personen durchgeführt, ausgewertet und insbesondere interpretiert werden, i.d.R. Diplompsychologen oder Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie

2.6.1 Leistungstests

■ Intelligenz

Intelligenz

Eine operationale Definition der Intelligenz ist, dass sie das ist, was der Intelligenztest misst. Da die Abschätzungen der Intelligenz je nach Testanforderungen schwanken können, sollte man diese Definition vor Augen haben und bei Angaben von Intelligenzquotienten immer das verwendete Verfahren mit angeben.

- Intelligenz kann nach Wechsler als globale oder zusammengesetzte Fähigkeit angesehen werden, die zu zweckgerichtetem Handeln, rationalem Denken und Urteilen sowie zu Lernen in neuen Situationen befähigt
 - Meist haben **IQ-Werte** einen Mittelwert von 100 und eine Standardabweichung von 15:
 - Ab einem IQ-Wert von 115 spricht man von überdurchschnittlicher Intelligenz
 - Werte im Bereich von 85 bis 114 entsprechen durchschnittlicher Intelligenz
 - Bei Werten ≤ 84 spricht man von unterdurchschnittlicher Intelligenz
 - Etwa zwei Drittel aller Probanden der Normstichprobe weisen Werte zwischen 85 und 115 Punkten auf
 - Problematisch gestaltet sich die Anwendbarkeit der meisten Tests bei Personen mit **Sprachschwierigkeiten**, da der Inhalt der Tests häufig sprach-, kulturgebunden und bildungsabhängig ist; hier können sprachfreie Verfahren einen Ausweg bieten (z. B. CFT, SPM; ■ Tab. 2.6)
 - Bei einigen Fragestellungen ergibt sich die Notwendigkeit von **Testwiederholungen** (z. B. um Verbesserungen infolge von Therapie oder Verschlechterungen bei Abbauprozessen nachzuweisen)
 - Da es sich bei der Intelligenz um ein im Wesentlichen zeitstabiles Merkmal handelt, ist eine Testwiederholung neuropsychologisch nicht nach kurzen Zeitabständen indiziert, es kann aber sinnvoll sein, 2 verschiedene Verfahren mit unterschiedlichen Anforderungen einzusetzen
- ### ■ Aufmerksamkeit
- Aufmerksamkeitsstörungen kennzeichnen das psychopathologische Bild der meisten psychischen Erkrankungen; sie sind nosologisch unspezifisch, haben deutliche Auswirkungen auf das alltägliche Leben der Betroffenen und sind damit von hoher klinischer Relevanz

Tab. 2.6 Auswahl gebräuchlicher Verfahren zur Intelligenzmessung

Verfahren	Einsatzbereich	Beschreibung	Bearbeitungszeit
WAIS-IV: Wechsler Adult Intelligence Scale (Petermann 2012)	16–89 Jahre Dient der Erfassung der globalen Intelligenz und wichtiger Teilbereiche der intellektuellen Leistungsfähigkeit	Deutlich modifizierte Nachfolgeversion des Wechsler-Intelligenztests für Erwachsene (WIE; von Aster et al. 2006). Neben einem Gesamt-IQ lassen sich 4 Indexwerte zu den Bereichen Sprachverständnis, wahrnehmungsgeladenes logisches Denken, Arbeitsgedächtnis und Verarbeitungsgeschwindigkeit ermitteln	Etwa 75–110 min
Grundintelligenztest Skala 2, revidierte Fassung (CFT 20-R; Weiß 2008)	Kinder und Jugendliche von 8,5 bis 19 Jahren; Erwachsene von 20 bis 60 Jahren (Kurzform) Misst die allgemeine intellektuelle Leistungsfähigkeit im nichtverbalen Bereich	Der CFT 20-R besteht aus 2 gleichartig aufgebauten Testteilen mit je 4 Unter- tests (Reihenfortsetzen, Klassifikationen, Matrizen und topologische Schlussfolgerungen), die die Fähigkeit erfassen, komplexe Beziehungen, Gesetzmäßigkeiten und Regelmäßigkeiten in neuartigen Situationen wahrnehmen und erfassen zu können; Verfahren ist weitgehend sprach- und kulturunabhängig	Bei Durchführung der Kurzform (1. Testteil) rund 35–40 min; insgesamt ca. 60 min
Standard Progressive Matrices (SPM; Raven et al. 2009)	Ab 6 Jahren Zur sprachfreien Erfassung des allgemeinen Intelligenzpotenzials	Die Aufgaben bestehen aus geometrischen Figuren oder Mustern, die aus jeweils 6 dargebotenen Antwortalternativen ergänzt werden sollen (»multiple choice«); Verfahren ist weitgehend sprach- und kulturunabhängig	Etwa 45 min

■ **Tab. 2.6** (Fortsetzung)

Verfahren	Einsatzbereich	Beschreibung	Bearbeitungszeit
Mehrfachwahl-Wortschatztest (MWT; Lehl 2005)	20–65 Jahre Dient der Erfassung kristalliner, auf Lernen und Erfahrung beruhender Intelligenzkomponenten; da Wortschatzleistungen relativ störungsunfällig sind, gilt die Messung auch als Abschätzung des prämorbidem Intelligenzniveaus	Aufgabe ist es, ein bekanntes Wort aus 4 sinnlosen Nicht-Wort-Alternativen herauszufinden; liegt in den Versionen A und B vor	Etwa 4–6 min
Wortschatztest (WST; Schmidt u. Metzler 1992)	16–90 Jahre Zur Einschätzung der verbalen, kristallinen Intelligenz bzw. des prämorbidem Intelligenzniveaus, ähnlich dem MWT	Das jeweils einzige sinnvolle Wort soll aus 5 sinnlosen Wortgebilden herausgefunden und markiert werden; der WST differenziert v. a. im unteren Fähigkeitsbereich	Etwa 5–10 min

- Als kognitive Basisfunktionen haben Aufmerksamkeitsprozesse Einfluss auf nahezu alle weiteren kognitiven Funktionen, wie Gedächtnis (s. im Folgenden »Gedächtnis«) oder Exekutivfunktionen (s. im Folgenden »Exekutive Funktionen«)
- Unterschieden werden verschiedene Aufmerksamkeitskomponenten, die auch testpsychologisch gesondert erhoben werden können (■ Tab. 2.7), insbesondere:
 - **Alertness:** ungerichtete Aufmerksamkeit
 - Zustand allgemeiner Wachheit: tonische Alertness
 - Kurzfristige Aktivierungssteigerung als Reaktion auf einen Warnreiz (Orientierungsreaktion): phasische Alertness

Tab. 2.7 Aufmerksamkeitskomponenten und ihre testpsychologische Erfassung

Aufmerksamkeitskomponente	Verfahren	Einsatzbereich	Beschreibung	Bearbeitungszeit
Selektive Aufmerksamkeit	Aufmerksamkeitsbelastungstest (d2-R; Brickenkamp 2010)	9–60 Jahre	Misst Tempo und Sorgfalt des Arbeitsverhaltens bei der Unterscheidung ähnlicher visueller Reize: ein Zielreiz (d mit 2 Strichen) soll aus einer Reihe ähnlicher Distraktoren (p und d mit 1 oder mehr als 2 Strichen) so schnell wie möglich erkannt und durchgestrichen werden	Etwa 5 min
Geteilte Aufmerksamkeit	Trail-Making-Test (TMT-A und TMT-B; Reitan 1992)	20–90 Jahre	Teil A: so schnell wie möglich sollen 25 Zahlen in der richtigen Reihenfolge verbunden werden (misst visuomotorische Geschwindigkeit) Teil B: so schnell wie möglich sollen insgesamt 25 Zahlen und Buchstaben abwechselnd in der richtigen Reihenfolge verbunden werden (erfasst Fähigkeit zur kognitiven Flexibilität)	Etwa 5 min
Erfasst zahlreiche spezifische Teilfunktionen der Aufmerksamkeit: Alertness, Vigilanz, Reaktionswechsel, geteilte Aufmerksamkeit, selektive Aufmerksamkeit u. a.	Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung (TAP; Zimmermann u. Fimm 2006)	20–69 Jahre	13 Paradigmen (Version 2.0/2.1), in denen am Computer mittels Tastendruck selektiv auf Reize zu reagieren ist	In der Regel wird nicht die komplette Testbatterie durchgeführt. Die Bearbeitungszeit einzelner Untertests variiert je nach Untertest zwischen 2 und 30 min

- **Selektive oder gerichtete Aufmerksamkeit:** Fähigkeit zum flexiblen Wechsel des Aufmerksamkeitsfokus, die eine Auswahl und schnelle Reaktion auf verschiedene Reize ermöglicht, was gleichzeitig impliziert, dass irrelevante Distraktorreize ausgeblendet werden können
 - Störungen führen im Extremfall zu starker Ablenkbarkeit und perseverierendem Verhalten
 - **Daueraufmerksamkeit:** längere Aufmerksamkeitszuwendungen im Sinne einer kontinuierlichen selektiven Aufmerksamkeit
 - **Vigilanz:** Aufmerksamkeitserhaltung unter monotonen Reizbedingungen mit geringer Reaktionsfrequenz
 - **Geteilte Aufmerksamkeit:** Fähigkeit, auf 2 oder mehr Reize gleichzeitig seine Aufmerksamkeit zu richten
- **Gedächtnis**
- Unterschieden werden verschiedene Gedächtniskomponenten (■ Tab. 2.8):
 - **Kurzzeitgedächtnis:** hat eine begrenzte Kapazität: über einen Zeitraum von ca. 60 s können geringe Mengen gespeichert werden, die ca. 7 ± 2 beliebige sprachlich-auditive bzw. visuelle Einheiten umfassen
 - **Arbeitsgedächtnis:** Fähigkeit des Individuums zur aktiven Informationsverarbeitung
 - **Langzeitgedächtnis:**
 - Implizites Gedächtnis: Gedächtnisinhalte, die man nicht bewusst abrufen und verbalisieren kann
 - Explizites Gedächtnis: Gedächtnisinhalte, an die man sich bewusst erinnern kann
 - Deklaratives Gedächtnis: episodisches Gedächtnis (erlebte Inhalte des persönlichen und öffentlichen Lebens) sowie semantisches Gedächtnis (erlerntes Faktenwissen)
 - Prozedurales Gedächtnis (gelernte Handlungs-, Wahrnehmungs-, Denkprozesse und -routinen)

Tab. 2.8 Auswahl gebräuchlicher Testverfahren zur Erfassung von Gedächtniskomponenten

Verfahren	Einsatzbereich	Beschreibung	Bearbeitungsdauer
Wechsler Gedächtnis Test, revidierte Fassung (WMS-R; Härting et al. 2000)	16–75 Jahre Erfasst ein breites Spektrum von verbalen und nonverbalen KZG- und LZG-Komponenten sowie Aufmerksamkeitsfunktionen	Testbatterie aus 13 Untertests (unmittelbare und verzögerte Abfrage): Merkmalfang für Zahlenreihen und Blockspannen vorwärts (Kurzeitgedächtnis) und rückwärts (Arbeitsgedächtnis), kurzfristige und langfristige Reproduktion von Kurzgeschichten, Behalten und Lernen von Paarassoziationen, Orientierung und mentale Kontrolle	Etwa 45–60 min (Kurzfassung ca. 30 min); einzelne Untertests können separat durchgeführt werden
Verbaler Lern- und Merkfähigkeitstest (VLMT; Helmstaedter et al. 2001)	Ab 6 Jahren Erfasst werden unterschiedliche Parameter des episodischen Gedächtnisses für bedeutungshaltiges sprachliches Material wie Lernleistung, mittelfristige Einkodierungs- bzw. Abrufleistung und Wiedererkennensleistung	Test zum seriellen Wortlistenlernen mit nachfolgender Distraction durch eine Interferenzliste, Abruf nach Distraction sowie nach halbständiger Verzögerung und einem Wiedererkennensdurchgang; der VLMT differenziert v. a. im unteren Leistungsbereich	Inklusive halbständiger Verzögerung ca. 50–55 min
Benton-Test (Benton 2009)	Ab 7 Jahren Prüft kurz- bis mittelfristiges Gedächtnis für komplexe figurale Informationen; Leistungsabweichungen geben Hinweise auf erworbene Störungen der kognitiven Leistung	Es werden je 10 Vorlagen für 10 s dargeboten, dann sollen sie unmittelbar bzw. mit Verzögerung reproduziert bzw. wiedererkannt werden; es gibt 3 Parallelförmigkeiten; die Auswertung ist recht komplex und erfordert Erfahrung	Etwa 10 min

■ Exekutive Funktionen

- Diese umfassen alle höheren mentalen Prozesse, die ein breites neuronales Netzwerk involvieren und wesentlich sind, um zielgerichtete Handlungen auszuführen bzw. flexible Anpassung an sich wechselnde Umwelterfordernisse zu ermöglichen (■ Tab. 2.9), u. a:
 - Planung
 - Organisation
 - Problemlösung
 - Logisches bzw. strategisches Denken
 - Interferenz-, Aufmerksamkeits- und Handlungssteuerung
 - Zielsetzung
 - Erkennung/Einhaltung von Regeln
 - Arbeitsgedächtnisleistungen
 - Kreativität und Ideenreichtum
 - Kognitive Umstellfähigkeit
 - Flexibilität
- Exekutive Beeinträchtigungen werden häufig als **frontale Dysfunktionen** (Dysexekutives Syndrom) gesehen, da der frontale Kortex maßgeblich für die meisten der genannten exekutiven Prozesse zuständig ist
- Störungen der Exekutivfunktionen können deutliche Verhaltensauffälligkeiten produzieren, z. B. perseverierendes, impulsgesteuertes Verhalten, motivationale und emotionale Beeinträchtigungen, Zwangssymptome

2.6.2 Demenzdiagnostik

- Bei der neuropsychologischen Demenzdiagnostik empfiehlt sich immer der Einsatz mehrerer Verfahren (■ Tab. 2.10)
- Neben verschiedenen Screeningverfahren (z. B. MMST, DemTect oder TFDD) stehen für eine differenzierte Quantifizierung des Ausmaßes der kognitiven Einschränkung auch verschiedene Testbatterien zur Verfügung (z. B. CERAD-Testbatterie oder ADAS)
- Eine häufige klinische Fragestellung betrifft die Abgrenzung **depressiver Pseudodemenz** von Demenz (► Kap. 9):
 - Generell muss zum Ausschluss einer depressiven Pseudodemenz eine Depressionserfassung erfolgen, wozu sich neben dem klinischen Urteil zahlreiche Selbst- oder Fremdbeurteilungsverfahren anbieten (■ Tab. 2.10)

■ Tab. 2.9 Auswahl gebräuchlicher Verfahren zur Erfassung exekutiver Funktionen

Verfahren	Einsatzbereich	Beschreibung	Bearbeitungsdauer
<p>Wisconsin Card Sorting Test (WCST; Grant u. Berg 1993) (Kurzform: WCST-64; Kongs et al. 2000)</p>	<p>6,5–89 Jahre Erfasst kognitive Flexibilität, schlussfolgerndes Denken und Regellernen</p>	<p>Anhand eines von 3 möglichen Kriterien müssen verschiedene Karten sortiert werden. Wesentlich ist, dass das relevante Kriterium wiederholt ohne Hinweis wechselt (was nur aus der Rückmeldung des Versuchsleiters, ob die Karte richtig oder falsch zugeordnet wurde, indirekt erschlossen werden kann); ein zuerst gelerntes Ordnungsschema muss dann aktiv unterdrückt werden, um zu einem neuen, gültigen Schema zu wechseln. Erfordert die Erstellung und Prüfung zielgerichteter Lösungsstrategien, die Fehlerkorrektur nach Rückmeldung und Konzeptanpassung an die jeweilige Rückmeldung sowie Beibehaltung des handlungsleitenden Konzepts trotz ablenkender Reize</p>	<p>Etwa 20–30 min (Kurzform ca. 10–15 min)</p>
<p>Turm von London (TL-D; dt. Version von Tucha u. Lange 2004)</p>	<p>6–15 Jahre und Erwachsene ab 18 Jahren Erfasst die Planungs- und Problemlösefähigkeit</p>	<p>3 unterschiedlich farbige Holzkugeln, die auf 3 nebeneinander positionierten vertikalen Stäben von unterschiedlicher Länge angeordnet sind, müssen in der minimal möglichen Anzahl von Zügen rearrangiert werden, um eine vorgegebene Zielkonfiguration herzustellen</p>	<p>Etwa 20–25 min</p>

<p>Farbe-Wort-Interferenztest (STROOP-Test; Bäumler 1985)</p>	<p>10–85 Jahre Erfasst inhibitorische Kontrollprozesse und selektive Aufmerksamkeit</p>	<p>Es wird eine kognitive Interferenz erzeugt, indem dem Probanden farblich inkongruent dargestellte Farbwörter vorgelegt werden, deren Druckfarbe der Proband nennen soll. Erfordert die Fähigkeit, eine stark überlernete und automatisierte Reaktion (Lesen des Wortes) zugunsten einer eher willentlichen Reaktion (Benennung der Farbe des Wortes) aktiv zu unterdrücken</p>	<p>Etwa 10–15 min</p>
<p>Regensburger Wortflüssigkeitstest (RWT; Aschenbrenner et al. 2001)</p>	<p>8–15 Jahre und Erwachsene ab 18 Jahren Erfasst Wortflüssigkeit und kognitive Flexibilität im formallexikalischen und semantischen Bereich</p>	<p>Beinhaltet 5 Untertests zur formallexikalischen Wortflüssigkeit sowie 5 Untertests zur semantischen Wortflüssigkeit. Innerhalb von 1 oder 2 min sollen jeweils möglichst viele Worte generiert werden, die einer bestimmten Regel folgen</p>	<p>1–2 min pro Untertest</p>
<p>Trail-Making-Test (TMT-A, TMT-B; Reitan 1992)</p>	<p>20–90 Jahre TMT-B: erfasst geteilte Aufmerksamkeit und kognitive Flexibilität</p>	<p>Teil B: so schnell wie möglich sollen insgesamt 25 Zahlen und Buchstaben abwechselnd in der richtigen Reihenfolge verbunden werden (erfasst Fähigkeit zur kognitiven Flexibilität)</p>	<p>Etwa 5 min (TMT-A + TMT-B)</p>

Tab. 2.10 Auswahl gebräuchlicher neuropsychologischer Tests zur Demenzdiagnostik

Verfahren	Beschreibung
Mini-Mental-Status-Test (MMST; Kessler et al. 1990)	Erfasst mit 30 Items Orientierung, Merk- und Erinnerungsfähigkeit, Aufmerksamkeit, Rechenfähigkeit, Sprache, Anweisungen befolgen, Nachzeichnen. Als auffällig im Sinne des Hinweises auf eine Demenz gilt, wer einen Wert unter dem Cut-off-Wert von 23 hat (die Cut-off-Werte variieren je nach Quelle). Geringe Sensitivität für beginnende Demenzen
Test zur Früherkennung von Demenzen mit Depressionsabgrenzung (TFDD; Ihl u. Grass-Kapanke 2000)	Kurzer Screeningtest; erfasst unmittelbare Reproduktion, zeitliche Orientierung, Anweisungen befolgen, konstruktive Praxis, Wortflüssigkeit, verzögerte Reproduktion; Uhrentest plus Fremd- und Selbstbeurteilung der Depressivität auf 10-stufiger Ratingskala; hohe Sensitivität und Spezifität; Cut-off-Werte für Demenz und Depressivität (Demenz <35, Depressivität >8), möglich auch für Verlaufsmessungen
Demenzdetektionstest (DemTect; Kessler et al. 2000; ► Arbeitsmaterial Demenzdetektionstest DemTect)	Kurzer, 10-minütiger Test; erfasst werden unmittelbare Wiedergabe einer Wortliste, Zahlentranskodieren, verbale Flüssigkeit, Zahlenspanne, verzögerter Abruf; Testscores von 9 bis 12 gelten als leichte kognitive Beeinträchtigung, bei <8 Demenzverdacht (max. Score 18 Punkte); Sensitivität und Spezifität für Cut-offs werden nicht genannt
Syndrom-Kurz-Test (Erzigkeit 2001)	9 Untertests mit Zeitbegrenzung; diagnostische Abgrenzung, Schweregraderfassung, Verlaufsmessung bei leichten, mittelschweren Demenzen; Deckeneffekt bei schweren Demenzen
Uhrentest (Sunderland et al. 1989; ► Arbeitsmaterial Uhrentest)	Patienten sollen eine Uhr zeichnen und die Zeiger auf eine bestimmte Uhrzeit stellen. Erfasst werden damit Instruktionsverständnis, Ausführungsplanung, visuelles Gedächtnis und visuokonstruktive Ausführung. Es gibt viele Testversionen und Auswertungsrichtlinien (z. B. Sunderland et al. 1989, Wolf-Klein et al. 1989). Ist im TFDD bereits integriert
CERAD-Testbatterie (Satzger et al. 2001)	Umfasst 7 Untertests: Mini-Mental-Status-Test, Wortflüssigkeit, Modified-Boston-Naming-Test, konstruktive Praxis, Lernen, Wiedergeben und Wiedererkennen einer Wortliste. Eignet sich zur Diagnostik und Verlaufsmessung über alle Stadien der Demenz. Das Verfahren ist sensitiv, Alzheimerorientiert, weltweiter Standard (Durchführungsdauer ca. 45 min)

■ **Tab. 2.10** (Fortsetzung)

Verfahren	Beschreibung
Alzheimer's Disease Assessment Scale (ADAS; Rosen et al. 1993)	Erfasst werden kognitive Leistungen (Orientierung, Gedächtnis, Benennen von Gegenständen, Befolgen von Anweisungen), aber auch das Verhalten während des Interviews und psychopathologische Symptome. Es lassen sich 3 Testteile unterscheiden: <ol style="list-style-type: none"> 1. Aktiver Testteil: Der Proband bearbeitet aktiv eine Reihe von Aufgaben (Einprägen und Reproduzieren von Wörtern, Benennen von Gegenständen, Fragen zur Orientierung, Abzeichnen von einfachen geometrischen Formen, Befolgen von Anweisungen u. a.) 2. Interview (evtl. unter Einbeziehung eines Informanten), das auf affektive, motorische und psychotische Symptome abzielt 3. Verhaltensbeobachtung während der Durchführung der Untersuchung

2.6.3 Neuropsychologische Diagnostik bei Simulationsverdacht

- Neuropsychologische Testergebnisse unterliegen nicht selten dem Problem der Verfälschbarkeit, da sich reduzierte Leistungen besonders leicht simulieren lassen
- Simulationsverdacht besteht z. B. bei Versagen des Probanden bei einfachsten Anforderungen oder Unstimmigkeiten zwischen vorgetragenen und beobachteten Symptomen
- Zur neuropsychologischen Diagnostik bei Simulationsverdacht wurde z. B. die computergestützte **Testbatterie zur Forensischen Neuropsychologie** (TBFN; Heubrock u. Petermann 2000) entwickelt:
 - Wird eingesetzt, wenn der Verdacht besteht, dass es sich bei geschilderten sensorischen (Seh- oder Hörstörungen) oder kognitiven Störungen (Gedächtnisstörungen) nicht um authentische Störungen handelt
 - Bezieht sich auf folgende Funktionssysteme:
 - 5 Gedächtnistests
 - 6 visuell-figurale Wahrnehmungstests
 - 11 akustische Wahrnehmungstests
 - Je nach Fragestellung: Anwendung eines einzelnen oder mehrerer Tests aus der Testbatterie

- Ein weiterer Test zur Symptomvalidierung ist der **Word Memory Test** (WMT; Brockhaus u. Merten 2004):
 - Besteht aus 2 Lern- und 6 Abrufdurchgängen
 - 20 Wortpaare werden mündlich oder auf dem Bildschirm dargeboten, woran sich unmittelbare und zeitlich verzögerte (um 30 min) Wiedererkennungsdurchgänge (Alternativwahlverfahren) anschließen
 - Ausgewertet werden Antwortinkonsistenzen und 3 simulationssensible Variablen
- Der Amsterdamer Kurzzeitgedächtnistest kann ebenfalls zur Diagnostik bei vorgetäuschten oder übertriebenen Gedächtnis- und Konzentrationsproblemen, negativen Antwortverzerrungen und unzureichender Leistungsmotivation herangezogen werden (AKGT; Schmand et al. 2005)
 - Computergestützte Vorgabe
 - Ausreichende Sensitivität (91%) und Spezifität (89%)

2.6.4 Psychometrische Persönlichkeitsverfahren

- Es handelt sich dabei um Fragebögen, bei denen die Probanden vorgegebene Aussagen dahingehend beurteilen sollen, inwieweit sie ihr eigenes Verhalten und Erleben charakterisieren
 - Merkmalsabhängig werden die Antworten bei den einzelnen Aussagen zu Skalen zusammengefasst, die für bestimmte Interessen, Werthaltungen und Einstellungen stehen
 - Dienen der quantitativen Beschreibung und Charakterisierung von Personen auf den jeweils erfassten Persönlichkeitsdimensionen; einzelne Verfahren können Hinweise auf klinisch relevante Persönlichkeitsakzentuierungen oder Persönlichkeitsstörungen geben
 - Klinisch können Art und Ausmaß von Persönlichkeitsveränderungen im Rahmen hirnerkranklicher Psychosynndrome objektiviert werden
 - Generell besteht das Problem der systematischen Verfälschung der Antworten des Probanden; einige Persönlichkeitsverfahren bieten die Möglichkeit, dies durch Kontrollskalen abzuschätzen (z. B. MMPI-2)
- **Der alleinige Einsatz von Persönlichkeitstests berechtigt nicht zur Diagnosestellung einer Persönlichkeitsstörung.**
- Psychometrische Persönlichkeitsverfahren werden unterschieden in:
 - **Persönlichkeitsstrukturtests** (■ Tab. 2.11): mehrdimensionale Persönlichkeitstests; sie erfassen mehrere Persönlichkeitsmerkmale, wobei diese im Bereich der »normalen« Persönlichkeit angesiedelt sein müssen
 - **Einstellungs- und Interessentests**
 - **Klinische Tests** (■ Tab. 2.12): erfassen meist ein oder mehrere klinische Merkmale, teils als Selbst-, teils aber auch als Fremdbeurteilungsverfahren

Tab. 2.11 Auswahl gebräuchlicher Persönlichkeitsstrukturtests			
Verfahren	Einsatzbereich	Beschreibung	Bearbeitungszeit
Freiburger Persönlichkeitsinventar, revidierte Fassung (FPI-R; Fahrenberg et al. 2010)	Ab 16 Jahren Objektiver Fragebogen zur mehrdimensionalen Persönlichkeitsdiagnostik	138 Items erfassen 10 Persönlichkeitsmerkmale, z. B. Lebenszufriedenheit, soziale Orientierung und Leistungsorientierung. Eine Offenheitsskala ermöglicht die Erfassung sozial erwünschter Antworten als Index der Verfälschungstendenz (wobei niedrige Werte auf der Offenheitsskala nicht nur hinweisend auf soziale Erwünschtheit, sondern auch Ausdruck von Selbstidealisation oder Verschlossenheit sein können). Zusätzlich können die Sekundärskalen Extraversion und Emotionalität bestimmt werden	Etwa 20–30 min
NEO-PI-R (Ostendorf u. Angleitner 2004)	Ab 16 Jahren Fragebogen zur Messung des Fünf-Faktoren-Modells der Persönlichkeit	240 Items messen 5 Dimensionen der Persönlichkeit, Neurotizismus, Extraversion, Offenheit für Erfahrung, Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit durch insgesamt 30 Facetten. Weltweit das in der Forschung und Klinik wohl am häufigsten eingesetzte Persönlichkeitsverfahren	Etwa 30–45 min

■ Tab. 2.12 Auswahl gebräuchlicher klinischer Verfahren

Einsatzbereich	Verfahren	Selbstbeurteilung (S)/ Fremdbeurteilung (F)	Beschreibung
Allgemeines aktuelles Befinden und psychische Belastung	Symptom-Checkliste von Derogatis (SCL-90-S; Franke 2014) (Kurzform der SCL-90-R: Brief Symptom Checklist, BSCL 53-S; Franke 2015)	S	Erfasst die subjektive Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome innerhalb eines Zeitraums von 7 Tagen. Die 90 Items der SCL-90-R (bzw. 53 Items des BSI) der 9 Skalen beschreiben die Bereiche Aggressivität/Feindseligkeit, Ängstlichkeit, Depressivität, paranoides Denken, phobische Angst, Psychotizismus, Somatisierung, Unsicherheit im Sozialkontakt und Zwanghaftigkeit. Drei globale Kennwerte geben Auskunft über das Antwortverhalten bei allen Items. Es existieren aktuelle, bevölkerungsrepräsentative Normen und eine separate Normierung Studierender
Störungen durch Alkohol	Trierer Alkoholismusinventar (TAI; Funke et al. 1987)	S	Anhand von 90 Items werden Trinkgewohnheiten und Folgeerscheinungen erfasst. Die 7 Skalen des Fragebogens beziehen sich auf Schweregrad, soziales Trinken, süchtiges Trinken, Motive, Schädigung, Partnerkonflikte wegen Trinkens, Trinken wegen Partnerproblemen. Kann behandlungsrelevante und differenzialdiagnostische Informationen liefern
Schizophrenie	Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS; Kay et al. 2005)	F	30 Items zur Beurteilung der psychopathologischen Symptomatik bei Schizophrenien oder anderen psychotischen Störungen. Der Schwerpunkt der Beurteilung liegt auf der Differenzierung von Positiv- und Negativsymptomen; zusätzlich werden allgemeine psychopathologische Symptome erfasst

	Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS; Andreasen 2005)	F	30 Items zur Beurteilung des Schweregrades der Positivsymptomatik bei Schizophrenie und anderen psychotischen Störungen. Die Skala wird fast ausschließlich gemeinsam mit der komplementären Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS) eingesetzt und gestattet in Kombination mit dieser eine differenzierte Beschreibung der psychopathologischen Symptomatik in klinisch relevanten Bereichen
	Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS; Andreasen 2005)	F	20 Items zur Beurteilung des Schweregrads der Negativsymptomatik bei Schizophrenie und anderen psychotischen Störungen. Erfasst werden Affektverflachung und -starrheit, sprachliche Verarmung und Denkstörungen, Antriebsdefizit und Apathie, Anhedonie und sozialer Rückzug, Aufmerksamkeitsstörungen
	Calgary Depression Rating Scale for Schizophrenia (CDSS-G; Addington et al. 2005)	F	9 Items messen die Ausprägung depressiver Symptomatik bei Schizophrenien; eignet sich zur Differenzierung depressiver und negativer Symptomatik bei Schizophrenien und zum Screening bei Verdacht auf eine komorbide Major Depression. In 38 Sprachen verfügbar
Depression	Beck-Depressions-Inventar (BDI-II; Hautzinger et al. 2009)	S	21 Items messen die Ausprägung depressiver Symptome; ein Cut-off-Wert gibt Auskunft über die klinische Relevanz. Erfasst werden Verstimmtheit, Pessimismus, Versagensgefühle, Unzufriedenheit, Schuldgefühle, Strafbedürfnis, Selbstanklage, Suizidalität, Weinerlichkeit, Reizbarkeit, Isolation, Entschlussunfähigkeit, Körperbild, Leistungsfähigkeit, Ermüdbarkeit, Appetit- und Gewichtsverlust, Hypochondrie und Libidoverlust
	Allgemeine Depressionskala ADS-L (Langform), ADS-K (Kurzform) (Hautzinger u. Bailer 1993)	S	Erfasst werden aktuelle depressive, darunter sowohl emotionale, motivationale, kognitive, somatische als auch motorisch-interaktionale Symptome mit 20 bzw. 15 Items innerhalb der letzten Woche; Messung der Schwere der depressiven Symptomatik; als Screening einsetzbar

■ Tab. 2.12 (Fortsetzung)

Einsatzbereich	Verfahren	Selbstbeurteilung (S)/ Fremdbeurteilung (F)	Beschreibung
Depression	Hamilton Depressionsskala (HAM-D; Hamilton 2005)	F	Misst die Ausprägung depressiver Symptomatik mit 17, 21 oder 24 Items. Beurteilt werden Niedergeschlagenheit, Schuldgefühle, Suizidalität, Schlafstörungen, Antriebsverhalten, Angst und Zwänge, Vitalstörungen. Es handelt sich um die weltweit am häufigsten angewandte Skala zur Fremdbeurteilung von Depressionen
	Bech-Rafaelson-Melancholie-Skala (BRMS; Stieglitz et al. 1998)	F	11 Items werden einheitlich auf einer 5-stufigen, hinsichtlich des Schweregrads operationalisierten Skala beurteilt. Der Gesamtwert eignet sich zur Einschätzung des Schweregrads des depressiven Syndroms im Querschnitt wie im Verlauf
	Montgomery-Asberg-Depressions-Rating-Skala (MADRS; Montgomery u. Asberg 2005)	F	10 Items zur Einschätzung des Schweregrads depressiver Symptomatik. Beurteilt werden: sichtbare und mitgeteilte Niedergeschlagenheit, Angespanntheit, Schlaf- und Appetitstörungen, Konzentrations-schwierigkeiten, Antriebsmangel, Interessenverlust, Pessimismus und Suizidalität
	Geriatrische Depressions-skala (GDS; Sheikh u. Yesavage 1986; ► Arbeitsmaterial Depressionskala)	S	15 Items zur Beurteilung des Schweregrads einer Depression; speziell für die Untersuchung älterer Menschen entwickelt

Manie	Young Mania Rating Scale (YMRS; Young et al. 1978)	F	11 Items zur Erfassung manischer Symptome: gehobene Stimmung und gesteigerte motorische Aktivität, sexuelles Interesse, Schlafstörungen und Irritierbarkeit, Sprache und Denkfstörungen, aggressives Verhalten, äußeres Erscheinungsbild, Krankheitseinsicht. Einsatz sowohl zur Erstdiagnostik wie auch zur weiteren Verlaufsbeobachtung
	Bech-Rafaelson-Manie-Skala (BRMAS; Bech 2005)	F	11 Items zur Abschätzung des Schweregrads eines manischen Zustands; geeignet auch zur Verlaufsbeobachtung. Beurteilt werden motorische Aktivität, Verbalaktivität, Ideenflucht, Stimme und Lautstärke, Feindseligkeit und Destruktivität, Gestimmtheit, Selbstwertgefühl, Kontakt, Schlaf, sexuelle Aktivität, Arbeit und Interessen. Als zeitlicher Bezugsrahmen gelten der Tag der Beobachtung und die 2 vorhergehenden Tage und Nächte
	Manie-Selbstbeurteilungsskala (MISS; Krüger et al. 1998)	S	Erfasst manische Symptome anhand von 48 Items. Der Test kann sowohl als diagnostisches Instrument als auch zur Erfassung von Veränderungen der Symptomatik im Therapieverlauf angewandt werden
Angststörungen	Beck-Angst-Inventar (BAI; Margraf u. Ehlers 2007)	S	Erfassung der Schwere klinisch relevanter Angst während der letzten 7 Tage, die möglichst nicht mit Depressivität konfundiert ist; für Erwachsene und Jugendliche; 21 Items mit 4-stufigem Antwortmodus eng angelehnt an DSM-IV für Panik und generalisierte Angst, sensitiv für Therapieerfassungen
	Panik- und Agoraphobieskala (PAS; Bandelow 1997)	S, F (als Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren erhältlich)	Fragebogen zur Erfassung von Panik und/oder Agoraphobie. 13 Items werden zu 5 Subscores zusammengefasst, sowie 1 Zusatzitem (unerwartete vs. erwartete Panikattacken). Die 5 Subscores können getrennt ausgewertet werden und umfassen die Bereiche Panikattacken, Agoraphobie Vermeidung, antizipatorische Angst, Einschränkungen im täglichen Leben sowie Gesundheits Sorgen (Befürchtung körperlicher Schädigungen bzw. Befürchtung einer organischen Ursache). Einsatz zur Bestimmung des Schweregrads der Störung und zur Therapieeffizienzkontrolle

■ Tab. 2.12 (Fortsetzung)

Einsatzbereich	Verfahren	Selbstbeurteilung (S)/ Fremdbeurteilung (F)	Beschreibung
Zwangsstörung	Hamburger Zwangsinventar (HZI; Zaworka et al. 1983)	S	<p>188 Items, mit denen 6 Subskalen erfasst werden: 1. Kontrollhandlungen, Wiederholungen von Kontrollhandlungen und gedankliches Kontrollieren nach einer Handlung, 2. Waschen und Putzen, 3. Ordnen, 4. Zählen, Berühren und Sprechen, 5. Gedankenzwänge und 6. zwanghafte Vorstellung, sich selbst oder anderen Leid zuzufügen. Durch Vergleich der Antworten auf unterschiedlich schwierige Items können Verfälschungstendenzen abgeschätzt werden. Der Test ist, von wenigen Einschränkungen abgesehen, bei allen Personen ab 16 Jahren, unabhängig von der übergeordneten Störung, anwendbar.</p> <p>Eine Kontraindikation der HZI-Vorgabe scheint bei Personen mit ausgeprägter endogener oder neurotischer Depression und bei schweren Kontrollzwingen wie auch bei Manien vorzuliegen</p>
	Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS; Goodman et al., dt. Übersetzung von Hand et al. 1991)	F	<p>Verfahren zur Quantifizierung und Spezifizierung von Zwangsstörungen (in Anlehnung an das DSM) in Form eines halbstrukturierten Interviews. Anhand von 10 Items werden beurteilt: Schweregrad von Denk- und Handlungszwängen und Vermeidung sowie Zeitaufwand, Beeinträchtigung im Alltagsleben, Leidensdruck, Widerstand und ausgeübte Kontrolle über die Symptomatik. Der maximale Score liegt bei 40. Liegt inzwischen auch als Selbstbeurteilungsversion vor (vgl. Schaible 2001)</p>

<p>Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)</p>	<p>Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5; Weathers et al., dt. Übersetzung der Vorgängerversion für DSM-IV von Schnyder u. Moergeli 2002)</p>	<p>F</p>	<p>An den DSM-5-Kriterien orientiertes strukturiertes Interview zur Diagnostik (aktuell oder Lebenszeit) der PTBS und Beurteilung der PTBS-Symptomatik der letzten Woche; erfasst den dissoziativen Subtypus. Zusätzlich werden Beginn und Dauer der Symptome, subjektiver Stress, Auswirkung auf soziales Funktionsniveau und Beschäftigung, Antwortvalidität und generelle PTBS-Schwere erfasst. Umfasst 30 Items, Dauer ca. 45–50 min</p>
<p>Dissoziative Störungen</p>	<p>Kurze Screening Skala für PTBS (Breslau Skala, Siegrist u. Maercker 2010)</p>	<p>S</p>	<p>Deutsche Fassung der Kurzen Screening Skala für Posttraumatische Belastungsstörung nach DSM-IV (Breslau et al. 1999). 7 Items, bei der 9-Item-Version werden zusätzlich Intrusionen und Flashbacks gemessen. Die englische Version zeigt eine sehr gute Testgüte. Die deutsche Version wurde an großen Stichproben in Deutschland und der Schweiz eingesetzt und weist gute Anwendungseigenschaften und eine hohe interne Konsistenz auf sowie hohe Übereinstimmung mit der mittels strukturierterem Interview erhobenen Symptomatik der PTBS</p>
<p>Dissoziative Störungen</p>	<p>Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS; Spitzer et al. 2005)</p>	<p>S</p>	<p>Screeninginstrument zur Erfassung verschiedener dissoziativer Phänomene einschließlich Depersonalisation und Derealisation</p>
<p>Somatiforme Störungen</p>	<p>Screening für somatoforme Störungen (SOMS; Rief u. Hiller 2008)</p>	<p>S</p>	<p>Dient der Erfassung von körperlichen Beschwerden ohne organische Grundlage sowie der Verlaufsbeschreibung von Personen mit somatoformen Störungen. Es werden sowohl die Kriterien von DSM-IV als auch von ICD-10 berücksichtigt. Es gibt eine Form zur Statusdiagnostik (SOMS-2) und eine zur Veränderungsmessung (SOMS-7T). Für SOMS-2 können 3 Somatisierungsindizes gebildet werden, nach DSM-IV, nach ICD-10, und ein SAD-Index zur Abklärung einer somatoformen autonomen Funktionsstörung. Die überarbeitete und neu normierte Auflage bietet nun auch Normen für die Veränderungsmessung bei gesunden Personen</p>

■ Tab. 2.12 (Fortsetzung)

Einsatzbereich	Verfahren	Selbstbeurteilung (S)/ Fremdbeurteilung (F)	Beschreibung
Essstörungen	Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2; Paul u. Thiel 2004)	S	Standardverfahren zur mehrdimensionalen Beschreibung der spezifischen Psychopathologie von Patienten mit Anorexia und Bulimia nervosa sowie anderen psychogenen Essstörungen. 11 Skalen erfassen die folgenden Dimensionen: Schlankheitsstreben, Bulimie, Unzufriedenheit mit dem Körper, Ineffektivität, Perfektionismus, Misstrauen, interozeptive Wahrnehmung, Angst vor dem Erwachsenwerden, Askese, Impulsregulation und soziale Unsicherheit
	Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q; dt. Übersetzung Hilbert u. Tuschen-Caffier 2006)	S	Zur Erfassung der spezifischen Psychopathologie von Essstörungen bei Jugendlichen und Erwachsenen; erfasst werden in 4 Subskalen gezieltes Essverhalten, essbezogene Sorgen, Gewichtsorgen und Figursorgen
Schlafstörungen	Epworth Sleepiness Scale (ESS; Johns 2005) Schlaffragebogen A und B – revidierte Fassung (SF-A/R und SF-B/R; Görtelmeyer 2011)	S S	Screeninginstrument zur Erfassung der subjektiv erlebten Tagesschläfrigkeit bei Schlafstörungen, vor allem bei Hypersomnien Dient der Erfassung der quantitativen und qualitativen Beschreibung und Evaluation des Schlafverhaltens und -erlebens. Der SF-A/R bezieht sich mit 25 Fragen auf die vergangene Nacht. Der SF-B/R erhebt mit 31 Fragen die vergangenen 2 Wochen. Die revidierte Form enthält zusätzliche Items und die Auswertungsvorschriften wurden überarbeitet

Persönlichkeitsstörungen	Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2; Hathaway u. McKinley, dt. Bearbeitung von Engel 2000)	S	Mit 567 Items werden 10 Basisskalen und 15 rational/faktorenanalytisch konstruierte homogene Inhabtskalen und weitere Inhaltskomponentenskalen erfasst. Zu den Basisskalen gehören: Hypochondrie, Depressivität, Hysterie, Psychopathie, Maskulinität/Feminität, Paranoia, Psychasthenie, Schizoide, Hypomanie, soziale Introversion/Extraversion. Mit 3 Validitätsskalen lassen sich Verfälschungen in Richtung sozialer Erwünschtheit sowie Simulation und Dissimulation einschätzen. Die Kurzform beinhaltet nur die ersten 370 Items und deckt damit die Basis- und Validitätsskalen ab
	International Personality Disorder Examination (IPDE; Mombour et al. 1996)	F	Strukturiertes Interview zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen nach ICD-10. Offizielles Instrument der WHO zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen
	Inventar klinischer Persönlichkeitskzentuierungen (IKP; Andresen 2006)	S	Für Erwachsene und Jugendliche ab 16 Jahren. Dient schwerpunktmäßig der vollständigen dimensional Erfassung von Persönlichkeitskzentuierungen nach DSM-IV und ICD-10. Das Verfahren geht über die Diagnoseeinheiten der internationalen Klassifikationssysteme hinaus und bietet etablierte und explorative Zusatzskalen an
	Borderline-Persönlichkeits-Inventar (BPI; Leichsenring 1997)	S	Psychoanalytisch fundierter Fragebogen mit 53 Items, aus denen 4 Skalen abgeleitet werden können: Entfremdungserlebnisse und Identitätsdiffusion, primitive Abwehrmechanismen und Objektbeziehungen, mangelhafte Realitätsprüfung, Angst vor Nähe. Zusätzlich kann ein Summenwert über 51 Items normiert werden. Verfälschungstendenzen bleiben unberücksichtigt

■ Tab. 2.12 (Fortsetzung)

Einsatzbereich	Verfahren	Selbstbeurteilung (S)/ Fremdbeurteilung (F)	Beschreibung
ADHS im Erwachsenenalter	Homburger ADHS-Skalen für Erwachsene (HASE; Rösler et al. 2008) (ADHS-SB Rösler et al. 2004)	S + F	Einsatz bei Patienten ab 18 Jahren. Das Instrument besteht aus 4 Einzelverfahren: (1) Die Wender Utah Rating Scale – deutsche Kurzform: WURS-K – dient der retrospektiven Diagnostik kindlicher ADHS-Symptome (2) Die ADHS-Selbstbeurteilungsskala (ADHS-SB) beinhaltet die 18 diagnostischen Kriterien von DSM-IV und der ICD-10-Forschungsversion (3) Die ADHS-Diagnostische Checkliste (ADHS-DC) ist eine Fremdbeurteilungsskala für Experten auf der Basis der 18 diagnostischen Kriterien von DSM-IV und der ICD-10-Forschungsversion (4) Das Wender-Reimherr-Interview (WRI) ist ein strukturiertes Interview mit 28 psychopathologischen Merkmalen
	Conners' Skalen zu Aufmerksamkeit und Verhalten für Erwachsene (CAARS; Conners et al.; dt. Christiansen et al. 2014)	S, F (liegt als Selbst- und Fremdbeurteilungsvorfahren vor)	Verfahren zur Erfassung der aktuellen ADHS-Symptomatik im Erwachsenenalter einschließlich der 18 DSM-IV-Kriterien; in 3 Versionen verfügbar: Screening, Kurzform und Langform

2.7 Diagnosestellung

- Grundlage der psychiatrischen Diagnostik bildet der psychopathologische Befund (► Kap. 1)
 - Die dabei erhobenen Leitsymptome können zu Syndromen (z. B. depressives Syndrom) zusammengefasst werden
 - Unter Berücksichtigung von Zeit- und Verlaufskriterien sowie den Befunden der klinischen, laborchemischen, apparativen und testpsychologischen Befunde wird dann eine Diagnose gestellt
- Diagnosestellung orientiert sich an den beiden international anerkannten Klassifikationssystemen ICD-10 (International Classification of Diseases) und DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), welche die Diagnosekriterien enthalten
- ICD-10:
 - Klassifikationssystem der WHO, liegt in der 10. Version vor, wird aber derzeit für eine 11. Version überarbeitet
 - International verbindliches Klassifikationssystem, das im versorgungsärztlichen Kontext Anwendung findet
 - Umfasst nicht nur psychische Erkrankungen; die psychischen Erkrankungen werden in der F-Kategorie abgebildet (■ Tab. 2.13)
- DSM-5:
 - Klassifikationssystem der American Psychiatric Association (APA), nationales amerikanisches Klassifikationssystem mit internationaler Verbreitung
 - Findet v. a. in der Forschung Anwendung
- Im Gegensatz zum DSM-5 existieren für die ICD-10 verschiedene Versionen, z. B. die klinisch-diagnostischen Leitlinien (finden primär in der klinischen Routine Anwendung) und die Forschungskriterien (sind stärker operationalisiert)
- Gemeinsamkeiten von ICD-10 und DSM-5:
 - Einteilung der Erkrankungen nach deskriptiven und nicht nach ätiologischen Gesichtspunkten, Beschreibung von Patienten auf Störungsebene
 - Operationalisierte Diagnostik: spezifische Symptom-, Zeit-, Verlaufs- und Ausschlusskriterien für die einzelnen Störungsbilder
 - Komorbiditätsprinzip: unterschiedliche, gemeinsam auftretende psychische Störungen bei einer Person können getrennt diagnostiziert und kodiert werden
 - Multiaxiale Diagnostik: mehrere Achsen können zur Beschreibung eines Patienten herangezogen werden (z. B. bei der ICD-10: Achse I »Psychische und somatische Störungen«, Achse II »Soziale Funktionseinschränkungen«, Achse III »Umgebungs- und situationsabhängige Einflüsse/Probleme der Lebensführung und Lebensbewältigung«)

Tab. 2.13 Hauptkategorien der ICD-10

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

- Hilfreich bei der Erfassung der Diagnosekriterien können spezielle Erhebungsinstrumente sein: Checklisten, strukturierte oder standardisierte Interviews

2.8 Dokumentation

- Erhobene Befunde, veranlasste diagnostische Maßnahmen, Ergebnisse sowie therapeutische Interventionen müssen handschriftlich in einer papiergestützten Patientenakte oder elektronisch dokumentiert werden (► Arbeitsmaterial Dokumentationsbogen für psychische Erkrankungen)
- Die Dokumentation sollte beinhalten:
 - Äußere Bedingungen der Untersuchung (Einweisungs-/Unterbringungsmodus?) mit dem Untersuchungsanlass
 - Äußere Erscheinung des Patienten und erster Eindruck
 - Psychopathologischer Befund (► Kap. 1)
 - Krankheits- und Lebensgeschichte
 - Ergebnisse und Therapieplanung (Diagnose, Therapie, weitere Maßnahmen)

Weiterführende Literatur

- Brähler E, Holling H, Leutner D, Petermann F (2002) Brickenkamp-Handbuch psychologischer und pädagogischer Tests. Hogrefe, Göttingen
- Dahmer J (2006) Anamnese und Befund: Die ärztliche Untersuchung als Grundlage klinischer Diagnostik. Thieme, Stuttgart
- Dahmer H, Dahmer J (2003) Gesprächsführung. Eine praktische Anwendung. Thieme, Stuttgart
- Füeßl HS, Middeke M (2010) Anamnese und Klinische Untersuchung. Thieme, Stuttgart
- Habel U, Schneider F (2012) Testpsychologische Untersuchung. In: Schneider F (Hrsg) Facharztwissen Psychiatrie und Psychotherapie. Springer, Heidelberg, S 53–66
- Haug HJ, Kind H (2008) Psychiatrische Untersuchung. Ein Leitfaden für Studierende, Ärzte und Psychologen in Praxis und Klinik. Springer, Heidelberg
- Nickl-Jockschat T, Vernaleken I, Schneider F (2012) Bildgebung. In: Schneider F (Hrsg) Facharztwissen Psychiatrie und Psychotherapie. Springer, Heidelberg, S 83–93
- Schneider F (Hrsg) (2012) Facharztwissen Psychiatrie und Psychotherapie. Springer, Heidelberg
- Schneider F, Hettmann M (2012) Laborchemische Untersuchung. In: Schneider F (Hrsg) Facharztwissen Psychiatrie und Psychotherapie. Springer, Heidelberg, S 67–75
- Schneider F, Niebling W (2012) Klinische Untersuchung. In: Schneider F (Hrsg) Facharztwissen Psychiatrie und Psychotherapie. Springer, Heidelberg, S 47–51
- Schneider F, Frister H, Olzen D (2015) Begutachtung psychischer Störungen. 3. Aufl. Springer, Heidelberg

Testliteratur

- Anhang

<http://www.springer.com/978-3-642-54570-2>

Klinikmanual Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Schneider, F. (Hrsg.)

2016, XVIII, 682 S. 10 Abb. in Farbe., Softcover

ISBN: 978-3-642-54570-2