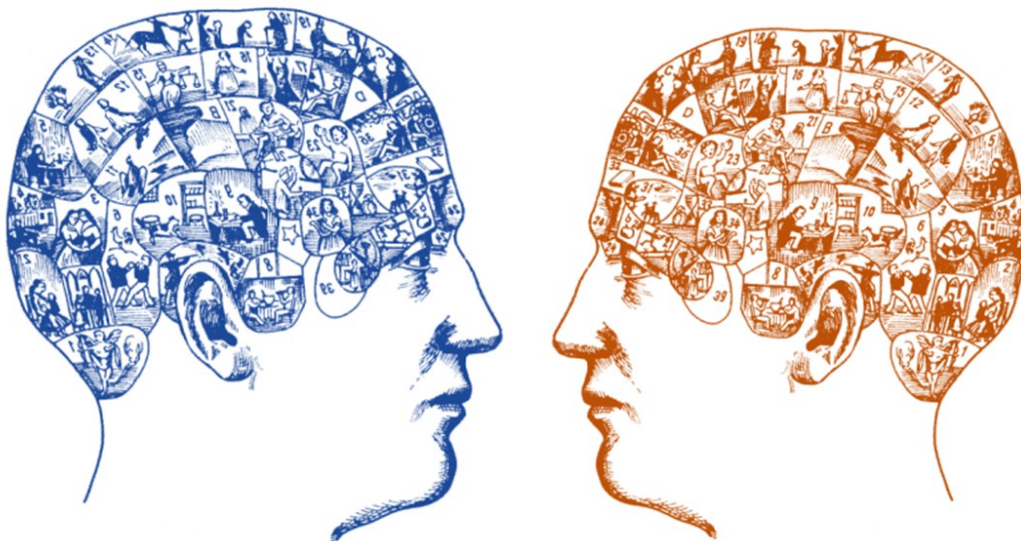


Der Zugang zu Patientinnen und Patienten mit psychischen Störungen*

Tobias Spiller, Dagmar Pauli, Achim Burrer

*Revision 2023 von «Der Zugang zu Patienten mit psychischen Störungen» von
Paul Hoff, Dagmar Pauli und Wolfgang Gerke (2010)

Herausgegeben von der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich



Inhaltsverzeichnis

1. Diese Kurzanleitung
 2. Das Arzt-Patienten Gespräch
 - 2.1 Ziele des Gesprächs
 - 2.2 Die Beziehung gestalten, Vertrauen schaffen, Empathie ausdrücken
 - 2.3 Anamnese vs. Psychopathologischer Befund
 - 2.4 Struktur des Gesprächs
 3. Der psychopathologische Befund
 - 3.1 Die Erhebung des psychopathologischen Befunds
 - 3.2 Das AMDP-System
 - 3.3 Gliederung des psychopathologischen Befundes nach dem AMDP-System
 4. Die Anamnese
 - 4.1 Anlass des Gespräches & Hauptproblem
 - 4.2 Substanzanamnese
 - 4.3 Psychiatrische und somatische Vorgeschichte
 - 4.4 Familienanamnese
 - 4.5 Biografie und aktuelle soziale Situation
 5. Die Diagnose
 - 5.1 Der Begriff „Diagnose“
 - 5.2 Ebenen des diagnostischen Prozesses
 - 5.3 Das WHO ICD-10 System
 6. Der Zugang zu Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen
 - 6.1 Der altersgerechte Zugang
 - 6.2 Das psychopathologische Befund-System für Kinder und Jugendliche CASCAP-D
 - 6.3 Merkmalsbereiche des CASCAP-D
 - 6.4 Besonderheiten im Kontext mit den Bezugspersonen
 7. Die Präsentation
 - 7.1 Struktur
 - 7.2 Beispiel
 8. Literaturempfehlungen
- Anhänge:
- I. Beispielfragen zur Erhebung des psychopathologischen Befundes
 - II. Beispielfragen zur Erhebung der Suizidalität
 - III. Glossar psychopathologischer Begriffe nach dem AMDP-System
 - IV. Beispielfragen zur Erhebung des psychopathologischen Befundes bei Kindern und Jugendlichen nach dem CASCAP-D-System

1. Zum Gebrauch dieser Kurzanleitung

Diese Kurzanleitung ist zur Unterstützung Ihrer praktischen Arbeit mit Patientinnen und Patienten¹ im Einführungskurs Psychiatrie (3. SJ B Med) und im Kurs Psychiatrie (1. SJ M Med) bestimmt.

Die übergeordneten Lernziele dieser Kurse lauten:

- 1. Ein Gespräch mit Patienten mit psychischen Störungen zu führen**
- 2. Eine empathische Beziehung aufzubauen**
- 3. Den psychopathologischen Befund strukturiert zu erheben**
- 4. Selbst- und Fremdgefährdung zu beurteilen**
- 5. Diagnostische Überlegungen mit Fokus auf psychische Störungen zu formulieren**
- 6. Die relevanten Befunde strukturiert zu präsentieren.**

Die Kurzanleitung soll Ihnen die notwendigen Hintergründe vermitteln und Ihnen bei der Umsetzung des Wissens im praktischen Kurs helfen. Die genannten Ziele und das beschriebene Vorgehen wird in den standardisierten Prüfungen mit Schauspielpatienten am Ende des vierten Studienjahres und am eidgenössischen Staatsexamen am Ende des sechsten Studienjahres geprüft.

Wir bitten Sie, diese Kurzanleitung in Vorbereitung auf die Kurse zu lesen und allfällige Fragen am ersten Kurstag mit den Dozierenden zu klären. Bringen Sie die Kurzanleitung zu den Kursen mit.

Diese Kurzanleitung erscheint im Herbstsemester 2023 in einer überarbeiteten Version. Wir möchten Sie ausdrücklich ermuntern, uns Ihre Kommentare und Verbesserungsvorschläge mitzuteilen. Wenden Sie sich dazu bitte an Tobias Spiller, den Koordinator Lehre Psychiatrie, E-Mail: tobias.spiller@access.uzh

Wie wünschen Ihnen viel Erfolg und viel Freude bei Ihren Begegnungen mit Patientinnen und Patienten, die von psychischen Störungen betroffen sind.

Die Verfasserinnen und Verfasser

¹ Wenn möglich werden inklusive, geschlechtergerechte Begriffe verwendet, ansonsten wechseln sich geschlechterbezeichnende Begriffe ab, wobei stets alle Geschlechter mitgemeint sind.

2. Das Ärztin-Patientin Gespräch

2.1 Ziele des Gesprächs

Das Arzt-Patienten Gespräch dient dazu

1. Eine tragfähige, vertrauensvolle Beziehung aufzubauen
2. Den Psychopathologischen Befund und die Anamnese zu erheben
3. Verständnis für die Situation des Patienten zu entwickeln

2.2 Die Beziehung gestalten, Vertrauen schaffen, Empathie ausdrücken

Diese Ziele erreichen sie am einfachsten, in dem Sie sich der Patientin zuwenden und aktiv zuhören. Dazu gehört es, der Patientin Raum zu geben, so dass sie ihre Sicht der Dinge zu schildern kann. Dabei sollten Sie versuchen sowohl das inhaltliche als auch das emotionale Erleben ihres Gegenübers zu verstehen und dies zurückzuspiegeln. Letzteres kann non-verbal (beispielsweise durch Nicken), paraverbal (eine verständnisvolle Stimmlage) oder verbal (explizit oder implizit) erfolgen. Füllen Sie keine negativen Werturteile, sondern nehmen Sie das Gesagte und Erlebte erst auf.

2.3 Anamnese vs. Psychopathologischer Befund

Im Gespräch wird sowohl der psychopathologische Befund (PPB), als auch die Anamnese erhoben. Beide sind relevant für die (diagnostische) Beurteilung und das Verständnis der Situation des Patienten. Analog zu anderen Fächern der Medizin werden die Anamnese und der Status (PPB) voneinander getrennt. Auf beide, die Anamnese und den PPB, wird in eigenen Kapiteln eingegangen. In der Psychiatrie werden beide, die Anamnese und der PPB, im Gespräch mit dem Patienten erhoben. Zu Beginn kann es einfacher sein, die Anamnese und den PPB getrennt voneinander zu erheben und sich dabei an einer klaren Struktur zu orientieren. Mit der Übung fällt es leichter, beide Teile in den natürlichen Gesprächsfluss zu integrieren.

2.4 Struktur des Gesprächs

2.4.1. Eröffnung

Zu Beginn des Gespräches ist es sinnvoll, das «Setting» zu klären. Stellen Sie sich (und ggf. Ihre Mitstudierenden) kurz vor, nennen Sie das Ziel des Gespräches und informieren Sie, dass alles, was gemeinsam besprochen wird, der Schweigepflicht untersteht. Anschliessend beginnen Sie das Gespräch mit möglichst offenen Fragen zu eröffnen. Lassen Sie die Patientin eine Zeit lang möglichst frei über ihre Situation reden und achten Sie zu Beginn darauf, die Patientin nicht durch Zwischenfragen zu unterbrechen.

2.4.2. Exploration

Im zweiten Teil des Gesprächs gehen Sie dazu über, die Aussagen der Patientin zu strukturieren und sich durch gezieltes Nachfragen einen Überblick über die gegenwärtige Situation, in der sich die Patientin befindet zu verschaffen. Erheben Sie anschliessend den PPB und ergänzen Sie zum Schluss die Anamnese, soweit es für die Situation adäquat ist.

2.4.3. Abschluss

Zum Ende des Gesprächs fassen Sie den Inhalt des Gesprächs, so wie Sie ihn verstanden haben, in Ihren eigenen Worten zusammen, fragen die Patientin, ob dies ihrem Erleben entspricht und bitten sie darum, allfällige fehlende Aspekte zu ergänzen. Geben Sie der Patientin ausserdem Gelegenheit, selbst Fragen zu stellen. Bedanken Sie sich zum Schluss für das Gespräch und das Vertrauen.

Bitte beachten Sie:

=> Stellen Sie sich mit Namen und Funktion (Medizinstudentin) vor, erklären Sie die Gesamtsituation ("Dies sind alles Medizinstudierende, ich führe das Gespräch mit Ihnen, es wird etwa XX Minuten dauern, ...") und weisen Sie auf die Schweigepflicht aller Anwesenden hin. Erwähnen Sie, dass die Krankengeschichte und Akten des Patienten nicht kennen. Weisen Sie den Patienten ausdrücklich darauf hin, dass er selbstverständlich keine Fragen beantworten muss, wenn er dies nicht möchte. Er soll sich auch melden, wenn es ihm zu viel wird oder er sich unwohl fühlt, dann wird das Gespräch beendet werden. Bedanken Sie sich für die Möglichkeit mit dem Patienten ein Gespräch führen zu dürfen. Beginnen Sie am besten mit der aktuellen Situation ("Könnten Sie berichten, wie es Ihnen aktuell geht?" oder "Könnten Sie berichten, weshalb Sie hier jetzt in Behandlung sind?")

=> Grundsätzlich muss die Form des Gespräches an die aktuellen Möglichkeiten des Patienten angepasst werden. Im Allgemeinen gilt: Je weniger der Patient aufgrund des Krankheitsbilds (z.B. bei Demenz) selbst in der Lage ist das Gespräch zu strukturieren, desto mehr müssen Sie dieses leiten. Werden Sie nicht ungeduldig, wenn die Aussagen unverständlich oder nicht nachvollziehbar sind, sondern konzentrieren Sie sich auf die Beobachtung und Beschreibung dieses Zustandsbildes einschliesslich der Psychomotorik.

3. Der Psychopathologische Befund

Der psychopathologische Befund (PPB) ist das Resultat einer strukturierten und systematisierten Erhebung psychiatrischer Symptome. Analog zu einer körperlichen Untersuchung erfolgt die Erhebung gezielt, wobei gewisse Symptome immer erfragt werden sollten.

3.1 Die Erhebung des psychopathologischen Befunds

Zu Beginn lohnt es sich den PPB nach einer festgelegten Struktur zu erfragen, so dass alle relevanten Symptome exploriert werden. Da der natürliche Gesprächsfluss dadurch unterbrochen wird, ist es hilfreich die Patientin darüber zu informieren. Sie können erklären, dass sie bei allen Patientinnen gewisse Symptome erfragen und dies nun auch gerne tun würden. Mit ein wenig Übung gelingt es, einige Fragen bereits in das Gespräch zu integrieren und den PPB dann gezielt zu komplettieren.

3.2 Das AMDP-System

Es gibt verschiedene Methoden einen PPB zu erheben und dokumentieren. Im Deutschsprachigen Raum hat es sich das AMDP-System als Standard etabliert (und wird auch beim Staatsexamen angewendet). Das AMDP-System teilt den PPB in verschiedene Bereiche ein, wobei jeder Bereich aus verschiedenen Symptomen besteht. Weiter unten sind die Bereiche und die einzelnen Symptome aufgeführt. Weitere Erläuterungen und Beispielfragen zur Erhebung der einzelnen Items entnehmen Sie dem Anhang.

3.3 Gliederung des psychopathologischen Befundes nach dem AMDP-System

1. Bewusstsein

Quantitativ: Bewusstseinsverminderung

Qualitativ: Bewusstseinstrübung/ Bewusstseinsverengung/ Bewusstseinsverschiebung

2. Orientierung

Zeitlich/ örtlich/ situativ/ zur Person

3. Aufmerksamkeit und Gedächtnis

Auffassung/ Konzentration/ Merkfähigkeit / Gedächtnis/ Konfabulationen/ Paramnesien

4. Formales Denken

Gehemmt/ verlangsamt/ umständlich/ eingengt/ Perseveration/ Grübeln/ Gedankendrängen/ Ideenflucht/ Vorbeireden/ Gesperrt/ inkohärent, zerfahren/ Neologismen

5. Zwänge und Ängste

Misstrauen / Hypochondrie/ Phobien/ Panikattacken/ Zwangsgedanken/ Zwangshandlungen/ Zwangsimpulse

6. Wahn und inhaltliches Denken

Wahnstimmung/ Wahnwahrnehmung/ Wahneinfall/ Wahngedanken/ Systematisierter Wahn/ Wahndynamik/ Beziehungswahn/ Beeinträchtigungs- und Verfolgungswahn/ Eifersuchtschwahn/ Schuldswahn/ Verarmungswahn/ Hypochondrischer Wahn/ Grössenwahn/ andere Wahninhalte

7. Sinnestäuschungen

Illusionen/ Stimmen Hören/ andere akustische Halluzinationen/ optische Halluzinationen/ Körperhalluzinationen/ Geruchs- und Geschmackshalluzinationen

8. Ich-Störungen

Derealisation/ Depersonalisation/ Gedankenausbreitung/-entzug/-eingung/ andere Fremdbeeinflussungserlebnisse

9. Affektivität

Ratlosigkeit/Gefühl der Gefühllosigkeit/ affektarm/ Störung der Vitalgefühle/ deprimiert/ hoffnungslos/ ängstlich/euphorisch/ dysphorisch/gereizt/ innerlich unruhig/ klagsam, jammerig/ Insuffizienzgefühle/ gesteigertes Selbstwertgefühl/ Schuldgefühle/ Verarmungsgefühle/ ambivalent/ Parathymie/ affektlabil/ affektinkontinent/ affektstarr

10. Antrieb und Psychomotorik

Antriebsarm/ antriebsgehemmt/ antriebsgesteigert/ motorisch unruhig/ Parakinesien/ Hyperkinesien/ Hypokinesie/ maniert, bizarr/ mutistisch/ logorrhöisch

11. Zirkadiane Besonderheiten

Morgens schlechter/abends schlechter/ abends besser

12. Andere Störungen

Aggressivität/ Selbstschädigung/ Suizidalität/ Mangel an Krankheitseinsicht/ Mangel an Krankheitsgefühl/ Ablehnung der Behandlung/ sozialer Rückzug/ soziale Umtriebigkeit

4. Die Anamnese

Die Anamnese gestaltet sich in der Psychiatrie in grossen Teilen analog zur somatischen Medizin und umfasst typischer Weise den Grund der Konsultation, das Hauptproblem und dessen Quantität und Qualität, die Substanzanamnese, die psychiatrische und somatische Vorgeschichte, die Familienanamnese und die Biografie. Die Anamnese sollte der Situation angepasst werden, so dass nicht immer alle Teile der Anamnese in einem Gespräch erhoben werden (müssen). Nachfolgend finden sie die Bestandteile der Anamnese mit einige Beispielfragen.

4.1 Anlass des Gespräches & Hauptproblem

Handelt es sich um eine geplante oder notfallmässige Aufnahme? Erfolgte diese freiwillig oder unfreiwillig? Was war der Anlass der Aufnahme? Welche Beschwerden und Symptome bestehen? Wie stark ist die subjektive Betroffenheit und die Schwere des Leidens? Besteht ein Gefahrenpotenzial in Bezug auf Selbstgefährdung (Suizidalität) oder Fremdgefährdung? Wann haben die Symptome begonnen, gab es einen bestimmten Anlass? Wie war der Verlauf? Gab es Besserungen, Verschlechterungen? Wie sind die Auswirkungen auf das Familien-, Berufs-, und soziale Leben? Welche (Selbst-) Behandlungsversuche hat der Patient unternommen? Wie erklärt der sich die Patientin die Symptome (subjektives Krankheitskonzept)?

4.2 Substanzanamnese

Welche Drogen und Genussmittel konsumiert der Patient regelmässig oder gelegentlich?

4.3 Psychiatrische und somatische Vorgeschichte

4.3.1 psychiatrisch: Bestehen unabhängig vom Hauptproblem weitere psychische Erkrankungen? Oder bestanden solche in der Vergangenheit? Gab es frühere stationäre Aufenthalte oder ambulante psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlungen?

4.3.2 somatisch: Bestehen oder bestanden somatische Erkrankungen? Gab es stationäre Klinikaufenthalte oder ambulante Behandlungen? Sind die Funktionen der somatischen Organsysteme in Ordnung? Welche Medikamente werden eingenommen?

4.4 Familienanamnese

Gab es in der Familie Fälle von psychischen Erkrankungen (z.B. Psychosen oder Abhängigkeits-erkrankungen)? Gab es in der Familie Suizide oder Suizidversuche? Gab es Epilepsien oder gravierende somatische Erkrankungen? Sind Eltern und Geschwister noch am Leben und gesund (ggf. Sterbedaten und Todesursachen)?

4.5 Biografie und aktuelle soziale Situation

4.5.1 Aktuell: Wo arbeitet der Patient zurzeit? Wie ist die sozioökonomische Situation? Wie wohnt der Patient? Wie sind die Lebensgewohnheiten und das Freizeitverhalten? Wie ist das soziale Umfeld, in das der Patient eingebunden ist? Hat er Freunde und Vertrauenspersonen?

4.5.2 Biografie: Wie ist die Lebensgeschichte der Patientin? Wie verlief die frühkindliche Entwicklung? Wie war die Atmosphäre in der Familie? Welche Partnerschaften ist sie eingegangen? Wie verlief die sexuelle Entwicklung? Ist sie alleinstehend oder verheiratet? Gibt es Kinder, und wie ist das Verhältnis zu ihnen? Gibt es in der Biografie der Patientin besonders einschneidende Erlebnisse oder Traumata?

5. Die Diagnose

5.1 Der Begriff „Diagnose“

Diagnose heisst Entscheidung, womit im medizinischen Bereich Erkennung und Benennung einer Krankheit gemeint sind. Diagnostik ist der dazu gehörige Untersuchungsgang. „Diagnose“ ist also nicht identisch mit „Krankheit“ und erst recht nicht mit der erkrankten Person.

5.2 Ebenen des diagnostischen Prozesses

Es ist in der Medizin, besonders in der Psychiatrie, sinnvoll drei Ebenen des diagnostischen Prozesses konsequent zu unterscheiden:

- (1) Symptome (in der Psychiatrie: Psychopathologische Einzelphänomene wie beispielsweise Stimmenhören oder Antriebslosigkeit)
- (2) Syndrome (Charakteristische Verbindungen von Symptomen, in der Psychiatrie: etwa das depressive oder paranoid-halluzinatorische Syndrom)
- (3) Diagnose als Bezeichnung einer Krankheit (in der Psychiatrie: „z.B. Paranoide Schizophrenie ICD-10: F20.0“)

5.3 Das WHO ICD-10 System ²

Die aktuelle psychiatrische Diagnostik gemäss ICD-10 zeichnet sich durch ein operationalisiertes Vorgehen aus. Das bedeutet, dass für jede einzelne Diagnose explizite diagnostische Kriterien angegeben werden, die erfüllt sein müssen, damit die Diagnose gestellt werden kann. Es handelt sich um ein alphanumerisches System, bei dem die psychischen Störungen stets mit dem Buchstaben „F“ beginnen. Die einzelnen diagnostischen Kategorien und Subkategorien werden durch die folgenden (hierarchisch organisierten) Ziffern bezeichnet (Beispiel: F31.5 = Bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen).

Bitte beachten Sie:

=> Psychopathologische Symptome und Syndrome sind bezüglich der zugrundeliegenden Krankheit unspezifisch. So etwa kann das Symptom Panikattacke bei unterschiedlichen Erkrankungen auftreten wie Depressiver Störung, Generalisierter Angststörung oder Hyperthyreose. Umgekehrt formuliert: Es ist unzulässig (und im Einzelfall gefährlich), von einem Symptom oder Syndrom unmittelbar auf die Diagnose zu schliessen.

=> Für den Übergang von der Syndromebene zur diagnostischen Ebene braucht es zahlreiche Zusatzinformationen wie etwa Fremdanamnese, somatischer Befund, Laborwerte, EEG, Bildgebung. Der Entscheid, welche Zusatzuntersuchungen es im Einzelfall braucht und auf welche verzichtet werden kann, ist ein wesentlicher Bestandteil des diagnostischen Prozesses.

=> Diagnosen - speziell in der Psychiatrie - können sich über den Lauf der Zeit verändern. Beispielsweise kann sich eine Patientin in der Adoleszenz mit mehreren depressiven Episoden vorstellen, so dass von einer rezidivierenden depressiven Störung ausgegangen wird. In den frühen

² Das ICD System wird in regelmässigen Abständen überarbeitet. Die elfte Version (ICD-11) ist seit dem 1.1.2022 offiziell in Kraft. Da gegenwärtig noch keine offizielle Übersetzung vorliegt wird klinisch in der Schweiz weiterhin das ICD-10 verwendet, wobei sich dies in den nächsten Jahren ändern wird. Damit werden sich auch die Kriterien für gewisse Störungen ändern.

Erwachsenen Jahren manifestiert sich erstmalig eine Manie, so dass die Diagnose dann zu einer bipolaren affektiven Störung, gegenwärtig mit manischer Episode geändert werden muss. Die kontinuierliche Überprüfung der diagnostischen Hypothesen gehört daher unabdingbar zum psychiatrischen Behandlungsprozess.

6. Der Zugang zu Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen

6.1 Der altersgerechte Zugang

Der Zugang zu Kindern und Jugendlichen in der psychiatrischen Untersuchung sollte auf die jeweilige Altersstufe abgestimmt sein. Dem Kind wird mit einer dem Alter angemessenen Sprache und altersgerechten Anforderungen in der Untersuchungssituation begegnet. Versuchen Sie mit jüngeren Kindern in einfachen verständlichen Sätzen, aber nicht mit Imitation eines kindlichen Tonfalls Beziehung aufzunehmen. Ältere Kinder und Jugendliche fühlen sich nicht ernst genommen, wenn Sie einen zu kindlichen Zugang wählen. Vermeiden Sie komplizierte Satzkonstruktionen und Fremdworte, sprechen Sie aber ansonsten so wie mit Erwachsenen.

Kinder werden von Ihnen geduzt und sollten ab dem Alter von ca. 6-7 Jahren dazu in der Lage sein, Sie in der Untersuchungssituation zu siezen. Ab dem Alter von ca. 16 Jahren werden Jugendlichen üblicherweise gesiezt. Im Alter von 16 bis 17 Jahren können Sie die Frage stellen, ob den Jugendlichen das Duzen oder Siezen lieber ist. Selbstverständlich sollten Sie sich von Jugendlichen siezen lassen, die geduzt werden.

Vorschulkinder können nicht lange ruhig sitzen und der Zugang über das Gespräch ist nur bedingt möglich. Nach einigen kurzen Sätzen der Beziehungsaufnahme sollten Sie ein Spielangebot machen und die weitere Beobachtung und Exploration begleitend zum Spiel durchführen. Auch Primarschulkindern bis ca. zum Alter von 10-12 Jahren fällt es schwer, eine Stunde lang mit einer erwachsenen unbekannten Person zu sprechen. Sie sollten daher nach einer gewissen Zeit der Unterhaltung zu Spiel oder Zeichnungen übergehen und begleitend dazu weiter Fragen stellen.

Als Einstiegsfragen sollten Sie nicht unbedingt über die Symptomatik sprechen. Interessieren Sie sich zunächst für das Kind bzw. den/die Jugendliche/n. Nehmen Sie Kontakt auf, indem Sie einige einfache und konkrete Fragen über die Schule, Freunde, Hobbys und Familie stellen, um eine gute möglichst angstfreie Atmosphäre herzustellen. Die Introspektionsfähigkeit nimmt erst im Laufe des Primarschulalters zu. Erwarten Sie nicht unbedingt eine differenzierte Schilderung der Problematik vom Kind. Mit der einfachen Frage: «Weisst du, warum deine Eltern mit dir hierher gekommen sind?» bzw. «Weisst du, warum du hier in der Klinik bist?», können Sie abschätzen, inwieweit das Kind darüber sprechen kann und will. Zeigt es sich erzählfreudig, können Sie den Sachverhalt explorieren. Möchte oder kann es nicht darüber sprechen, bohren Sie nicht nach, sondern beschränken Sie sich auf allgemeine Fragen und Beobachtungen während des Spieles.

Sie benötigen Grundkenntnisse über die normale kindliche Entwicklung, um die Äusserungen und beobachteten Verhaltensweisen der Kinder einordnen zu können. Sprachliche und motorische Fertigkeiten, aber auch Denkinhalte und Beziehungsverhalten variieren innerhalb einer Bandbreite je nach Altersstufe erheblich. So ist zum Beispiel Ängstlichkeit in einer fremden Untersuchungssituation bei einem 3jährigen Kind normal, wohingegen ein 8jähriges Kind mit diesem Verhalten als sozial ängstlich zu bezeichnen ist und Schwierigkeiten sich von der Bezugsperson zu lösen für ein Untersuchungsgespräch bei Kindern im Schulalter auf Trennungsangst hindeuten.

6.2 Das psychopathologische Befund-System für Kinder und Jugendliche „CASCAP-D“

Das CASCAP-D wurde entwickelt, da das AMDP-System die Besonderheiten der psychiatrischen Untersuchung von Kindern und Jugendlichen zu wenig abbildet. Insbesondere der Bereich der externalen Störungen (Hyperkinetische Störung, Störung des Sozialverhaltens) wird häufiger beobachtet, aber auch Auffälligkeiten des frühen Kindesalters (z.B. beim frühkindlichen Autismus) sind im CASCAP-D besser abgebildet.

Ein Teil der Merkmale kann innerhalb der Untersuchungssituation beobachtet werden. Ein Teil der Merkmale bezieht sich aber situationsspezifisch auf andere Kontexte (z.B. Schule, Peergruppe, Familie). Bei diesen Symptomen wird in der Untersuchung meist durch Fremdanamnese mit Bezugspersonen das Ausmass eingeschätzt, in dem die Symptomatik in anderen Kontexten auftritt.

6.3 Merkmalsbereiche des CASCAP-D

1. Interaktion

überangepasst, scheu/unsicher, sozial zurückgezogen/isoliert, Sprechverweigerung/Mutismus, demonstrativ, distanzgemindert, verminderte Empathie, Mangel an sozialer Gegenseitigkeit/Kommunikation

2. Oppositionell-dissoziales Verhalten

dominant, oppositionell-verweigernd, verbale Aggression, körperliche Aggression, Lügen/Betrügen, Stehlen, Weglaufen/Schulschwänzen, Zerstören von Eigentum/Feuerlegen

3. Entwicklungsstörungen

Intelligenzminderung, Artikulationsstörung, Expressive Sprachstörung, Rezeptive Sprachstörung, Stottern/Poltern, Störungen der Motorik, Spielstörung, Störung schulischer Fertigkeiten

4. Aktivität und Aufmerksamkeit

verminderte, gesteigerte körperliche Aktivität, Impulsivität, unaufmerksam/ablenkbar

5. Psychomotorik

motorische Tics, vokale Tics, Manierismen/Stereotypien, Abnorme Gewohnheiten

6. Angst

Trennungsangst, umschriebene Phobie, Leistungsangst, soziale Angst, Agoraphobie, Panikattacken, generalisierte Angst

7. Zwang

Zwangsgedanken, Zwangshandlungen
(Exploration möglich ab ca. 6 Jahren)

8. Stimmung und Affekt

depressiv/traurig, reizbar/dysphorisch, Anhedonie, mangelndes Selbstvertrauen, Hoffnungslosigkeit/Verzweiflung, Schuldgefühle/Selbstanklage, affektarm, Interesselosigkeit/Apathie, affektlabil, innere Unruhe/getrieben, gesteigertes Selbstwertgefühl/euphorisch

9. Essverhalten

selbst herbeigeführter Gewichtsverlust, verminderte/auffällig kontrollierte Nahrungsaufnahme, Heisshunger- und Essattacken, erhöhte Nahrungsaufnahme, Rumination, Pica

10. Körperliche Beschwerden

Appetitverlust, Erbrechen, Bettnässen, Einnässen tagsüber, Einkoten, Schlafprobleme, Dissoziation/Konversion, Autonome Dysfunktionen, Schmerzen, Fatigue, Hypochondrie

11. Denken und Wahrnehmung

analog zum psychopathologischen Befund bei Erwachsenen (Exploration ab ca. 10 Jahren, vor 10 Jahren nur bei Verdacht auf intellektuelle Retardierung oder Autismus)

12. Gedächtnis, Orientierung und Bewusstsein

analog zum psychopathologischen Befund bei Erwachsenen (Exploration, wenn Hinweise auf intellektuelle Retardierung, Hinweise auf Drogenkonsum oder psychotische Symptome vorliegen)

13. Andere

abnorme Bindung an Objekte, Abnorme Vorlieben/Interessen, selbstverletzendes Verhalten, Suizidgedanken, suizidale Handlungen, Alkoholmissbrauch, Drogenmissbrauch, Körperschema-Störung, Geschlechtsdysphorie und sexuelle Orientierung (angemessene Vorsicht in der Exploration, nicht nachbohren)

Die Exploration des psychopathologischen Befundes soll bei Kindern und Jugendlichen altersentsprechend erfolgen. Vermeiden Sie monotones Abfragen, versuchen Sie, die Informationen in ein Gespräch einzubauen und zeigen Sie Interesse an der Person. Holen Sie sich zunächst die Erlaubnis der Jugendlichen ein, wenn Sie eine Frage zur Privatsphäre wie z.B. Beziehungsstatus / Geschlechtsidentität / Körperempfinden stellen möchten. Suizidalität kann direkt angesprochen werden bei depressiven Jugendlichen mit der Frage: «Das klingt sehr belastend. Hast Du in dieser Situation schon einmal daran gedacht, dir selbst etwas anzutun?».

6.4 Besonderheiten im Kontext mit den Bezugspersonen

Eine psychiatrische Untersuchungssituation beinhaltet in aller Regel auch eine Exploration der wichtigen Bezugspersonen, insbesondere der Eltern. Das Erheben einer vollständigen Anamnese und das Erfassen der störungsspezifischen Symptomatik gelingt erst durch den Einbezug der Informationen der Bezugsperson über die Vorgeschichte und die Symptome, die der Patient ausserhalb der Untersuchungssituation zeigt.

Da die Untersuchungssituation im Kurs in aller Regel ohne die Eltern stattfindet, beschränken Sie sich auf die während der Untersuchung direkt beim Kind bzw. Jugendlichen zu erhebenden Befunde, wobei die Beobachtung des averbalen Verhaltens insbesondere bei jüngeren Kindern einen höheren Stellenwert als die verbale Exploration einnimmt.

7. Die Präsentation der Patientin

7.1 Struktur der Präsentation

Die erhobenen Befunde und Anamnese werden wie in anderen Fachgebieten schriftlich festgehalten und den fachlichen Vorgesetzten (im klinischen Alltag der Oberärztin, im Kurs der Kursleitung) präsentiert. Bei der Vorstellung der Patientin ist es wichtig, die Informationen strukturiert und fokussiert zusammenzufassen. Dies ist eine komplexe Aufgabe, welche Übung verlangt. Zu Beginn ist es deswegen hilfreich, wie in anderen Fachgebieten auch, sich an einer vorgegebenen Struktur zu orientieren. Diese könnte beispielsweise folgendermassen aussehen:

- Name, Alter, Beruf
- Rechtsgrundlage der Behandlung (z.B. freiwillig, Fürsorgerische Unterbringung)
- Psychopathologisches Syndrom, das zur Aufnahme führte
- Hauptpunkte des psychopathologischen und somatischen Befundes
- Knappe Angaben zur aktuellen Lebenssituation und Anamnese
- Diagnostische Hypothese
- Medikamentöse und sonstige Vorbehandlung

7.2 Beispiel

Herr Müller ist ein 34-jähriger Patient, der als Primarschullehrer arbeitet. Er trat freiwillig aufgrund eines schweren depressiven Syndroms mit Suizidgedanken vor dem Hintergrund einer bekannten rezidivierenden depressiven Störung ein. Im psychopathologischen Befund imponieren eine Antriebslosigkeit, Freudlosigkeit, ein depressiver Affekt, sowie konkrete Suizidgedanken, jedoch kein Wahn. Der Patient plante sich zu erhängen, traf jedoch keine Vorbereitungen. Einen Suizidversuch gab es vor 2 Jahren durch Medikamentenintoxikation. Er selbst führt die Verschlechterung seines Zustandes, welche vor ca. 3 Monaten begonnen hat, auf die Trennung von seiner Lebenspartnerin und Schwierigkeiten am Arbeitsplatz zurück. Die körperliche Untersuchung war unauffällig. Wir gehen von einer rezidivierenden depressiven Störung mit einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome aus. Als Medikation nimmt der Patient Sertralin 200mg und Mirtazapin 30mg ein. Somatisch ist eine Hypothyreose bekannt, für welche er täglich Schilddrüsenhormone einnimmt.

8. Literaturempfehlungen:

Falkai, P.; Laux, G.; Deister, A.; Möller, H-J: Psychiatrie und Psychotherapie. 7. Auflage, Thieme-Verlag, 2022

Haug, A: Psychiatrische Untersuchung, 8.Aufl, Springer-Verlag, 2017

AMDP (Hg): Das AMDP-System, 11. Aufl., Hogrefe-Verlag, 2023

Fähndrich, E.; Stieglitz, R.-D.: Leitfaden zur Erfassung des psychopathologischen Befundes. 6. Auflage, Hogrefe-Verlag, 2023

Döpfner, M; Berner, W.; Flechtner, H.; Lehmkuhl, G.; Steinhausen, H.-C.: Psychopathologisches Befund-System für Kinder und Jugendliche (CASCAP-D), Hogrefe-Verlag, 1999.

Anhang I: Beispielfragen zur Erhebung des psychopathologischen Befundes nach dem AMDP-System

1. Bewusstsein:

Quantitativ – Wachheit: Ist die Patientin wach, weckbar oder nicht? Wendet sie Ihnen ihre Aufmerksamkeit zu? Spontan oder nur auf Ansprache hin?

Qualitativ: Sind die Bewusstseinsinhalte des Patienten die situationsgemäss adäquat oder ist das Bewusstsein verändert oder auf wenige Inhalte eingengt?

2. Orientierung:

Welcher Wochentag, welches Datum ist heute, welche Tages- und Jahreszeit ist gerade? Wo befinden Sie sich jetzt, örtlich und in welcher Situation? Wie ist ihr Name, Alter, Familienstand, Beruf etc.?

3. Aufmerksamkeit und Gedächtnis:

Fällt es Ihnen schwer, dem Gespräch zu folgen? Fällt es Ihnen in bestimmten Situationen schwer, bei der Sache zu bleiben? Können Sie sich nicht so gut wie früher konzentrieren? Bitte geben Sie ein Beispiel! Wie schätzen Sie Ihr Gedächtnis ein? Vermissen Sie z. Zt. vermehrt Dinge? Haben Sie Schwierigkeiten, sich etwas zu merken? Sprechen Sie mir bitte nach: «Zitrone, Schlüssel, Baum». Ich werde Sie in 5 Minuten nochmals nach den Begriffen fragen, versuchen Sie sich diese zu merken (Gedächtnisstörungen). Wie viel ergibt 100-7? Und nochmals minus 7? Und nochmals? (Konzentrationsstörungen).

4. Formales Denken:

Haben Sie das Gefühl, dass sich an Ihrem Denken etwas verändert hat? Fällt Ihnen das Denken schwerer/leichter als üblicherweise? Müssen Sie über bestimmte Dinge vermehrt grübeln? Haben Sie das Gefühl, zu viele Gedanken gleichzeitig im Kopf zu haben? Kreisen die Gedanken im Kopf? Drängen sich Ihnen zu viele Gedanken auf? Haben Sie das Gefühl, dass Ihnen Gedanken plötzlich abreissen?

5. Zwänge und Ängste

Gab es in den letzten Tagen Gefühle der Ängstlichkeit? Ängstigen Sie sich im Augenblick mehr als üblich? Haben Sie Angst, weil Sie erwarten, etwas Schlimmes könnte passieren? Geraten Sie in bestimmten Situationen in massive Angst und Panik mit dem Gefühl, sterben zu müssen? Haben Sie übermäßige Furcht vor bestimmten Dingen? Geraten Sie in bestimmten Situationen in starke Angst (öffentliche Plätze, Kaufhäuser, Aufzüge)? Sind Sie oft sehr ängstlich oder besorgt über Dinge des täglichen Lebens, z.B. Finanzen, Arbeit, Familie, Freunde? Befürchten Sie ernsthaft krank zu sein? Haben Sie das Gefühl, dass im Körper irgendetwas nicht in Ordnung ist? Denken Sie viel über Ihr körperliches Befinden nach?

6. Wahn und inhaltliches Denken:

Haben Sie das Gefühl beobachtet oder verfolgt zu werden? Haben Sie das Gefühl, dass gegen Sie gearbeitet wird? Haben Sie das Gefühl, dass es einen Plan gibt, den sie, aber andere nicht durchschauen? Haben Sie das Gefühl, dass etwas Schlechtes passieren wird (auch wenn sie

nicht wissen was)? Haben Sie das Gefühl, bestohlen oder betrogen zu werden? Haben Sie das Gefühl, dass alles miteinander in Verbindung steht?

7. Sinnestäuschungen:

Gibt es etwas, was Sie ängstigt oder ablenkt? Wirkt irgendetwas auf Sie ein, was Sie stört oder beunruhigt? Hören Sie manchmal jemanden sprechen oder Gerüche, obwohl niemand im Raum ist? Hören Sie Stimmen? Äussern sich diese Stimmen negativ über Sie? Geben Ihnen diese Stimme Aufträge? Sind es vielleicht nur Ihre eigenen Gedanken, die da laut werden? Haben Sie Personen oder Gegenstände gesehen, die andere nicht sehen konnten? Haben Sie in letzter Zeit merkwürdige Gerüche bemerkt? Gehen in Ihrem Körper merkwürdige Dinge vor?

8. Ich-Störungen:

Kommt Ihnen die sonst vertraute Umgebung in letzter Zeit irgendwie verändert oder fremd vor? Fühlen Sie sich selbst irgendwie körperlich verändert? Haben Sie das Gefühl, andere können Ihre Gedanken lesen? Haben Sie den Eindruck, dass Sie Gedanken denken, die man Ihnen eingibt? Haben Sie das Gefühl, von Anderen beeinflusst zu werden?

9. Affektivität:

Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos? Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun? Leiden Sie unter Angstzuständen? Glauben Sie, dass Sie weniger wert sind als andere Menschen? Machen sie sich oft Gedanken, etwas falsch gemacht zu haben? Sind sie schnell wütend, aufbrausend und gereizt? Ändert sich Ihre Stimmung manchmal von einer Minute zur anderen? Gab es Phasen, in denen es Ihnen extrem gut ging, in denen Sie kaum noch schlafen mussten (weniger als 5h) oder zu viel Geld ausgegeben haben.

10. Antrieb und Psychomotorik:

Hat sich ihre Energie oder ihr Antrieb geändert? Fällt es Ihnen schwer am Morgen aufzustehen, weil sie sich nicht motivieren können? Unternehmen Sie weniger oder mehr als üblich? Fühlen Sie sich innerlich unruhig?

11. Zirkadiane Besonderheiten:

Sind ihr Befinden oder ihr Zustand morgens schlechter? Oder abends schlechter? Oder fühlen Sie sich abends erleichtert, gebessert?

12. Andere Störungen:

Suizidalität: Haben Sie in letzter Zeit Gedanken an den Tod; wollten sterben, tot sein? Glauben Sie manchmal, dass Sie nur eine Belastung für Ihre nächsten Angehörigen sind? Haben Sie das Gefühl, dass Alles keinen Sinn hat oder dass es besser wäre, tot zu sein? Haben Sie vor sich das Leben zu nehmen? Haben Sie konkrete Ideen, wie Sie Ihrem Leben ein Ende setzen könnten? Haben Sie schon einmal einen Versuch unternommen, sich selbst zu töten?

Anhang II: Beispielfragen zur Erhebung der Suizidalität

Es ist zentraler Bestandteil ärztlichen Handelns, in der Psychiatrie aber auch in allen anderen Fachrichtungen, nach einer möglichen Selbstgefährdung zu fragen und die Suizidalität einer Patientin einzuschätzen. Wichtig ist zu wissen, dass Suizidalität nicht mit Fragen dazu «ausgelöst» oder verschlimmert wird. Ganz im Gegenteil, berichten die Patientinnen häufig erleichtert zu sein, dass dies aktiv von der Ärztin angesprochen wird. Ein stufenbasiertes Vorgehen wird empfohlen, wobei mit ungenauen Fragen begonnen wird und im Verlauf konkretere Gefährdungen erfragt werden. Berichtet die Patientin beispielsweise von unkonkreten Suizidgedanken, aber verneint konkrete Gedanken oder Handlungsabsichten, kann die Exploration abgekürzt werden. Vergangene Suizidversuche sollten jedoch immer erfragt werden, da dies ein wichtiger Prädiktor für weitere Suizidversuche darstellt.

Lebensmüde Gedanken / Todeswunsch:

Haben Sie das Gefühl so nicht mehr weiterleben zu wollen? Dachten Sie, dass es besser wäre nicht mehr aufwachen zu müssen? Hatten Sie den Gedanken, dass es einfacher wäre tot zu sein?

Unkonkrete Suizidgedanken

Haben Sie mal darüber nachgedacht sich selbst zu verletzen, oder das Leben zu nehmen?

Konkrete Suizidgedanken

Hatten Sie eine konkrete Idee, wie Sie diese Gedanken umsetzen wollten? Beispielsweise Medikamente einzunehmen, oder aus grosser Höhe zu springen?

Suizidale Handlungsabsichten

Waren dies nur Gedanken, oder haben Sie darüber nachgedacht diese auch umzusetzen? Wie dachten Sie, dass sie dies tun würden? Beispielsweise: Haben Sie sich überlegt, von wo Sie springen würden?

Suizidale Vorbereitungshandlungen

Haben Sie versucht diese Pläne umzusetzen? Beispielsweise: Haben Sie den Ort von dem Sie springen würden aufgesucht? Haben Sie sich an die Kante gestellt?

Suizidversuche

Haben Sie sie bereits einen Suizidversuch unternommen? Wann war das? Kam es ganz plötzlich dazu, oder geplant? Was war der Auslöser? Ist die Situation jetzt ähnlich oder ganz anders?

Protektive Faktoren

Was hindert Sie daran diese Gedanken umzusetzen? Können Sie mir 3 konkrete Dinge nennen?

Anhang III: Glossar psychopathologischer Begriffe nach dem AMDP-System

S = Selbst bedeutet, dass der Patient selbst etwas zu einem Sachverhalt berichten muss, spontan oder auf Befragen. F = Fremd bedeutet, dass die Beobachtung des Sachverhalts (sprachlich oder auf Verhaltensebene) durch den Interviewer notwendig ist. SF = Selbst oder Fremd bedeutet, dass sowohl der alleinige Bericht der Patientin oder die alleinige Beobachtung des Sachverhalts durch eine dritte Person ausreichen, um das Vorhandensein zu beurteilen.

1. Bewusstseinsstörungen

1. Bewusstseinsverminderung(F):
Störung der Wachheit

2. Bewusstseinsstrübung(F):
Beeinträchtigung der Bewusstseinsklarheit. Gestörte Fähigkeit verschiedene Aspekte von Person und der Umwelt zu verstehen, miteinander zu verbinden, mitzuteilen und sinnvoll zu handeln.

3. Bewusstseinsseinerung(SF):
Fokussierung des Denkens, Fühlens und Wollens auf wenige Themen. Verminderte Ansprechbarkeit auf Aussenreize.

4. Bewusstseinsverschiebung(S):
Subjektive Bewusstseinsstörung. Steigerung der Wachheit, intensiver Wahrnehmung von Raum und Zeit, Sinnesempfindungen und erweiterter Erfahrungshorizont.

2. Orientierungsstörungen

5. Zeitliche Orientierungsstörung(S):
Wochentag und/oder Jahreszeit werden nicht gewusst

6. Örtliche Orientierungsstörung(S):
Gegenwärtiger Aufenthaltsort wird nicht oder nur teilweise gewusst.

7. Situative Orientierungsstörung(S):
Gegenwärtige Situation wird in ihrem Bedeutungs- und Sinnzusammenhang für die eigene Person nur teilweise oder gar nicht erfasst.

8. Orientierungsstörungen zur eigenen Person(S):
Aktuelle persönliche lebensgeschichtliche Situation wird nicht oder nur teilweise gewusst.

3. Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen

9. Auffassungsstörungen(SF):
Störung der Fähigkeit, Wahrnehmungen in ihrer Bedeutung zu begreifen und zu verbinden, im weiteren Sinne auch in den Erfahrungsreich einzubauen (gedankliche Verarbeitung einer Wahrnehmung).

10. Konzentrationsstörungen(SF):
Verminderte Fähigkeit, die Aufmerksamkeit ausdauernd einer Tätigkeit oder einem Thema zuzuwenden.

11. Merkfähigkeitsstörungen(SF):
Herabsetzung bis Aufhebung der Fähigkeit, sich frische Eindrücke über eine Zeit von ca. 10 Minuten zu merken.

12. Gedächtnisstörungen(SF):
Eindrücke oder Erfahrungen werden nicht längerfristig (länger als ca. 10 Minuten) gespeichert; Erlerntes kann nicht aus dem Gedächtnis abgerufen werden.

13. Konfabulationen(F):
Erinnerungslücken werden mit Einfällen ausgefüllt,

14. Paramnesien(S):
Falsches Wiedererkennen/ vermeintliche Vertrautheit („déjà-vu“ Ekmnesien (Störungen des Zeiterlebens/ zeitlichen Einordnung, Vergangenheit wird als Gegenwart erlebt) Hypermnesien (Steigerungen des Erinnerns), Flashbacks.

4. Formale Denkstörungen

15. Gehemmt(S):
Subjektiv gebremstes oder blockiertes Denken (wie gegen einen inneren Widerstand).

16. Verlangsamt(F):
Denken ist verlangsamt und schleppend.

17. Umständlich(F):
Trennt Nebensächliches nicht vom Wesentlichen. Inhaltlicher Zusammenhang bleibt gewahrt.

18. Eingeengt(SF):
Einschränkung des inhaltlichen Denkfanges, Verhaftetsein an ein Thema oder an wenige Themen, Fixierung auf wenige Zielvorstellungen.

19. Perseverierend(F):
Haftenbleiben an zuvor gebrauchten Worten oder Angaben; **im** aktuellen Zusammenhang nicht mehr sinnvoll..

20. Grübeln(S):
Unablässiges Beschäftigtsein mit meist unangenehmen Themen.

21. Gedankendrängen(S):
Dem Druck vieler Einfälle oder Gedanken ausgeliefert.

22. Ideenflüchtig(F):
Vermehrung von Einfällen, die aber nicht mehr von einer Zielvorstellung straff geführt werden. Ziel des Denkens kann aufgrund dazwischenkommender Assoziationen ständig wechseln oder verloren gehen.

23. Vorbeireden(F):
Patient geht nicht auf die Frage ein, bringt etwas inhaltlich anderes vor, obwohl ersichtlich ist, dass er die Frage verstanden hat.

24. Gesperrt/ Gedankenabreissen(SF):
Abbruch eines flüssigen Gedankenganges/Sprechens ohne erkennbaren Grund, was vom Patienten erlebt (Gedankenabreissen) und/oder vom Interviewer beobachtet wird (gesperrt).

25. Inkohärent/zerfahren(F):
Denken und Sprechen verlieren verständlichen Zusammenhang, sind im Extrem in einzelne, zufällig durcheinander gewürfelte Sätze, Satzgruppen oder Gedankenbruchstücke zerrissen.

26. Neologismen(F):
Wortneubildungen, die der sprachlichen Konvention nicht entsprechen und oft nicht verständlich sind.

5. Ängste und Zwänge

27. Misstrauen(SF):
Wahrnehmungen werden ängstlich-unsicher auf die eigene Person bezogen. Anderen Menschen wird eine feindselige Haltung unterstellt.

28. Hypochondrie(S):
Ängstlich getönte Beziehung zum eigenen Körper, oft Missempfindungen, unbegründete Befürchtung, krank zu sein oder zu werden, normale Körpervorgänge bekommen eine übermässige Bedeutung.

29. Phobien(S):
Angst vor bestimmten Situationen oder Objekten; meist mit Vermeidungsreaktionen.

30. Zwangsdenken(S):
Gegen inneren Widerstand aufdrängende Gedanken oder Vorstellungen. Lassen sich nicht oder nur schwer unterbinden.

31. Zwangsimpulse(S):
Immer wieder gegen inneren Widerstand sich aufdrängende Impulse, bestimmte Handlungen auszuführen, die zwar abgelehnt werden, aber nur schwer unterbinden lassen.

32. Zwangshandlungen(S):
Zwangshandlungen müssen (aufgrund von Zwangsimpulsen oder -gedanken) immer wieder gegen inneren Widerstand ausgeführt werden, lassen sich nicht oder nur schwer unterbinden.

6. Wahn und inhaltliches Denken

Allgemeine Veränderung des Erlebens, Fehlbeurteilung der Realität, die mit Gewissheit auftritt und an der festgehalten wird, auch wenn sie im Widerspruch zur Wirklichkeit Kein Bedürfnis nach einer Begründung seiner wahnhaften Meinung.

33. Wahnstimmung(S):
Unbestimmtes Betroffensein. Bedeutungszumessen, Inbeziehungsetzen, Meinen, Vermuten, Erwarten. Nicht nachvollziehbar. Stimmung der Unheimlichkeit, Misstrauen, Verändertseins, Erschüttert- und Erschrecktseins, Bedrohung, Angst,

Argwohn, manchmal gehoben euphorisch. Wahninhalt meist nicht definiert.

34. Wahnwahrnehmung(S): Reale Sinneswahrnehmungen erhalten abnorme Bedeutung (meist im Sinne der Eigenbeziehung). Wahnhafte Fehlinterpretation einer an sich richtigen Wahrnehmung. „Dass der Arzt mit dem Kopf nickte, als er mir zum Abschied die Hand gab, bedeutete dass ich Krebs habe“!

35. Wahneinfall(S): Gedankliches (im Gegensatz zur Wahnwahrnehmung) Auftreten von wahnhaften Vorstellungen und Überzeugungen. Meist plötzlich und unvermittelt auftretend.

36. Wahngedanken(S): Wahnhafte Denken.

37. Systematisierter Wahn(S): Grad der Verknüpfung einzelner Wahnsymptome mit anderen Wahnphänomenen, Sinnestäuschen, Ich-Störungen oder auch nicht krankhaft veränderten Beobachtungen und Erlebnissen. Zwischen den "Aufbauelementen" werden Verbindungen hergestellt, die als Beweise und Bestätigungen angesehen werden.

38. Wahndynamik(SF): Anteilnahme am Wahn, die Kraft des Antriebes und die Stärke der Affekte, die im Zusammenhang mit dem Wahn wirksam werden.

39. Beziehungswahn(S): Wahnhafte Eigenbeziehung, selbst belanglose Ereignisse werden Ich-bezogen gedeutet.

40. Beeinträchtigungs- und Verfolgungswahn(S): Pat. erlebt sich als Ziel von Feinseligkeiten. Wähnt sich bedroht, gekränkt, beleidigt, verspottet, verhöhnt, die Umgebung trachte nach seinem Hab und Gut, nach seiner Gesundheit oder gar seinem Leben.

41. Eifersuchtswahn(S): Überzeugung, vom Lebenspartner betrogen und hintergangen zu werden.

42. Schuldwahn(S): Überzeugung, Schuld auf sich geladen zu haben.

43. Verarmungswahn(S): Überzeugung, nicht genug Mittel zum Lebensunterhalt zu haben.

44. Hypochondrischer Wahn(S): Überzeugung, krank zu sein.

45. Grössenwahn(S): Wahnhafte Selbstüberschätzung und Selbstüberhöhung.

46. Andere Inhalte(S): Wahnthemen, die nicht in die genannten Kategorien passen.

7. Sinnestäuschungen

47. Illusionen(S): Verfälschte wirkliche Wahr-

nehmungen. Reizquelle wird verkannt.

48. Stimmenhören(S): Wahrnehmung menschlicher Stimmen, ohne dass tatsächlich jemand spricht.

49. Andere akustische Halluzinationen (Akoasmen)(S): Akustische Halluzinationen, (nicht Stimmenhören!). „Es macht immer Klick in meinem Kopf, und jedes Mal werde ich intelligenter“.

50. Optische Halluzinationen(S): Lichtblitze, Muster, Gegenstände, Personen oder ganzen Szenen ohne entsprechende Reizquelle.

51. Körperhalluzinationen(S): Taktiles Wahrnehmen von nicht vorhandenen Objekten und Störungen des Leibempfindens (Zönästhesien). „Elektrischer Strom fliesst durch meinen Bauch.“

52. Geruchs- und Geschmackshalluzinationen(S): Geschmacks- und Geruchswahrnehmungen, ohne Reizquelle.

8. Ich-Störungen

53. Derealisation(S): Personen, Gegenstände und Umgebung erscheinen unwirklich, fremdartig oder räumlich verändert. Umwelt wirkt unvertraut, sonderbar, oder gespenstisch. „Alles ist so weit weg“

54. Depersonalisation(S):

Störung des Einheitserlebens oder der Identität. Pat. kommt sich selbst fremd, unwirklich, unmittelbar verändert, wie ein anderer und/oder uneinheitlich vor. „spüre meinen Körper nicht mehr“.

55. Gedankenausbreitung(S): Die Gedanken gehören Patientinnen nicht mehr alleine, andere haben daran Anteil und wissen, was sie denken (Gedankenlesen)

56. Gedankenentzug(S): Patienten werden die Gedanken weggenommen oder abgezogen.

57. Gedankeneingebung(S): Gedanken/Vorstellungen werden als von aussen her beeinflusst, gemacht, gelenkt, gesteuert, eingegeben, aufgedrängt empfunden. „Sie hypnotisieren mir Gedanken in den Kopf, die nicht meine sind.“

58. Andere Fremdbeeinflussungsergebnisse(S): Fühlen, Streben, Wollen oder Handeln werden als von aussen gemacht erlebt. „Ich bin eine Marionette, die gesteuert wird.“

9. Störungen der Affektivität

59. Ratlos(F): Pat. Findet sich nicht zurecht; Situation, Umgebung/Zukunft werden nicht mehr begriffen. Versteht nicht mehr, was geschieht, wirkt verwundert, hilflos.

60. Gefühl der Gefühllosigkeit(S): Reduktion oder Verlust affektiven Erlebens, Gefühlsleere. Erlebt sich als gefühlsverarmt, -leer, -verödet, für Freude und Trauer.

61. Affektarm(F): Spektrum der Gefühle vermindert. Wenige dürftige Affekte beobachtbar.

62. Störung der Vitalgefühle(S): Herabsetzung des Gefühls von Kraft und Lebendigkeit der körperlichen und seelischen Frische und Unge-störtheit.

63. Deprimiert: Negativ getönte Befindlichkeit (niedergedrückt, niedergeschlagen).

64. Hoffnungslos(S): Pessimistische Grundstimmung, fehlende Zukunftsorientierung. Glaube an eine positive Zukunft vermindert/abhanden gekommen ("Schwarz- sehen").

65. Ängstlich(SF): Angst, ohne angeben zu können, wovor.

66. Euphorisch(SF): Übersteigertes Wohlbefinden, Behagens, der Heiterkeit, der Zuversicht, des gesteigerten Vitalgefühls.

67. Dysphorisch(SF): Missmutige Verstimmtheit. Übellaunig, mürrisch, nör-

gelnd, missgestimmt, unzufrieden, ärgerlich.

68. Gereizt(SF): Erhöhte Reizbarkeit bis Gespanntheit.

69. Innerlich unruhig(S): Innere Aufregtheit, Spannung oder Nervosität.

70. Klagsam/jammrig(F): Schmerz, Kummer, Ängstlichkeit werden ausdrucksstark vorgetragen ("Wehklagen").

71. Insuffizienzgefühle(S): Das Vertrauen in die eigene Leistungsfähigkeit/ Selbstwert ist vermindert oder verloren gegangen.

72. Gesteigertes Selbstwertgefühl(S): Positiv erlebtes Gefühl von Steigerung des eigenen Wertes, der Kraft und/oder der Leistung.

73. Schuldgefühle(S): Patient fühlt sich für Tat/ Gedanken/ Wünsche verantwortlich, die seiner Ansicht nach verwerflich sind.

74. Verarmungsgefühle(S): Pat. fürchtet, ihm fehlten die Mittel, seinen Lebensunterhalt zu bestreiten, er sei verarmt.

75. Ambivalent(S): Koexistenz widersprüchlicher Gefühle, Vorstellungen, Wünsche, Intentionen und/oder Impulse. Gleichzei-

tig vorhanden, meist quälend.

76. Parathymie(F):
Gefühlsausdruck und Inhalt stimmen nicht überein (paradoxe Affekte, erzählen über Belastendes und Lachen dabei).

77. Affektlabil(SF):
Schneller Stimmungswechsel, auf Anstoss von aussen erfolgt (Vergrösserung der affektiven Ablenkbarkeit) oder auch scheinbar spontan auftritt.

78. Affektinkontinent(SF):
Affekte können bei geringem Anstoss überschossen, nicht beherrscht werden, manchmal eine übermässige Stärke annehmen.

79. Affektstarr(F):
Verminderung der affektiven Modulationsfähigkeit. Schwingungsfähigkeit verringert.

10. Antrieb, Psychomotorik

80. Antriebsarm(SF):
Mangel an Energie, Initiative und Anteilnahme.

81. Antriebsgehemmt(S):
Energie, Initiative und Anteilnahme werden als gebremst/blockiert erlebt.

82. Antriebsgesteigert(SF):
Zunahme an Energie, Initiative und Anteilnahme.

83. Motorisch unruhig(SF):
Gesteigerte/ungerichtete motorische Aktivität.

84. Parakinesen(F):
Abnorme, komplexe Bewegungen in Gestik, Mimik und Sprache.

85. Maniert/bizarr(F):
Verstiegene, verschrobene, possenhafte, verschnörkelte, spielerische Bewegungen und Handlungen.

86. Theatralisch(F):
Selbstdarstellung.

87. Mutistisch(F):
Wortkargheit bis hin zum Nichtsprechen (Verstummen).

88. Logorrhöisch(F):
Verstärkter Redefluss.

11. Circadiane Besonderheiten

89. Morgens schlechter(SF):

90. Abends schlechter(SF):

91. Abends besser(SF):

12. Andere Störungen

92. Sozialer Rückzug(SF):

Einschränkung der Kontakte zu anderen Menschen.

93. Soziale Umtriebigkeit(SF):
Vermehrung der Kontakte zu anderen Menschen.

94. Aggressivität(SF):
Aggressionstendenzen und -handlungen.

95. Suizidalität(SF):
Suizidgedanken und -handlungen.

96. Selbstbeschädigung(SF):
Selbstverletzung ohne Suizidabsichten

97. Mangel an Krankheitsgefühl(S):
Pat. fühlt sich nicht krank, obwohl er aktuell krank ist.

98. Mangel an Krankheitseinsicht(S):
Pat. Erkennt seine krankhaften Erlebens- und Verhaltensweisen nicht als krankheitsbedingt an, sondern führt sie auf andere Faktoren zurück.

99. Ablehnung der Behandlung(S):

100. Pflegebedürftigkeit(SF):
Pat. ist bei Aktivitäten des täglichen Lebens auf fremde Hilfe angewiesen.

Anhang IV: Beispielfragen zur Erhebung des psychopathologischen Befundes nach dem CASCAP-D-System

Die im Folgenden angegebenen Beispielfragen müssen in der Formulierung an das jeweilige Alter angepasst werden. Sie sollten möglichst in ein Gespräch über den konkreten Alltag des Kindes eingebettet werden.

1. Interaktion

Kannst du dich schlecht behaupten? Bist du leicht unsicher? Bist du meistens für dich alleine? Sprichst du in manchen Situationen/mit manchen Personen überhaupt nicht?

2. Oppositionell-dissoziales Verhalten

Möchtest du gerne bestimmen, was andere tun und lassen sollen? Beschimpfst oder bedrohst du manchmal andere? Hast du manchmal Schlägereien?

Vor allem Exploration der Bezugspersonen.

3. Entwicklungsstörungen

Prüfung durch Beobachtung von Spontansprache, Ausdrucksfähigkeit und Verhalten, evtl. mittels altersangemessener Fragen nachprüfen.

4. Aktivität und Aufmerksamkeit

Bewegst du dich nicht so gerne? Fällt es dir schwer, ruhig sitzen zu bleiben? Musst du ständig in Bewegung sein? Platzt du in der Schule häufig mit einer Antwort heraus ohne dran zu sein? Machst du häufig Flüchtigkeitsfehler? Vergisst du leicht Gegenstände? Vergisst du oft, was man dir gesagt hat? Lässt du dich leicht ablenken (z.B. bei den Hausaufgaben)?

Vor allem Beobachtung während der Untersuchung und Exploration der Bezugspersonen.

5. Psychomotorik

Hast du manchmal plötzliche Zuckungen von einzelnen Körperteilen, die du nur schwer unterdrücken kannst? Musst du manchmal Laute oder Wörter ausstossen, die du nicht unterdrücken kannst?

Vor allem Beobachtung während der Untersuchung und Exploration der Bezugspersonen.

6. Angst

Hast du vor bestimmten Dingen Angst? Bist du allgemein ängstlich? Hast du Angst vor Tieren, Gewittern, Arztbesuchen, Verletzungen? Hast du Angst in der Schule aufgerufen zu werden? Hast du Angst vor Prüfungen? Hast du Angst vor anderen Kindern oder vor Erwachsenen? Hast du Angst aus dem Haus zu gehen/ mit dem Bus zu fahren? Hast du manchmal plötzlich panische Angst und dabei Herzrasen, Schweissausbrüche oder Todesangst? Machst du dir über verschiedene Dinge Sorgen, z.B. dass etwas Schlimmes passieren könnte?

7. Zwang

Gehen dir immer wieder bestimmte Gedanken durch den Kopf, von denen du dich kaum lösen kannst, sodass du andere Dinge gar nicht mehr tun kannst? (z.B. dass etwas Schlimmes passiert, oder dass du dich von Keimen anstecken könntest?) Musst du bestimmte Handlungen ständig wiederholen, obwohl sie eigentlich unsinnig sind? (z.B. die Hände waschen oder etwas kontrollieren?)

8. Stimmung und Affekt

Fühlst du dich traurig? Musst du oft weinen? Bist du manchmal extrem gut gelaunt und euphorisch? Bist du oft schlecht gelaunt? Hast du keine Freude mehr an Dingen, die dir früher Spass gemacht haben? Hast du das Gefühl nichts wert zu sein? Findest du deine Situation auswegslos? Machst du dir oft selbst Vorwürfe? Spürst du fast keine Gefühle? Hast du keine Kraft und Energie mehr? Verändert sich deine Stimmung von einer Minute zur anderen z.B. zwischen Lachen und Weinen?

9. Essverhalten

Hast du oft keinen Hunger? Passt du genau auf, was du isst? Lässt du bestimmte Nahrungsmittel weg? Hast du manchmal Heisshungeranfälle, bei denen du extrem viel isst? Hast du mehr Hunger als andere? Isst du Dinge, die man eigentlich nicht essen kann? Hast du schon mal Nahrung wieder hochgewürgt?

10. Körperliche Beschwerden

Machst du manchmal tagsüber in die Hose? Machst du manchmal nachts ins Bett? Kommt es vor, dass du einkotest? (Enuresis und Enkopresis in Untersuchungskurs nur explorieren bei Hinweisen aus der Anamnese).

Musst du in letzter Zeit häufig erbrechen? Hast du Probleme mit Schlafen? Ist es schon passiert, dass du dich an wichtige Ereignisse nicht mehr erinnern kannst? Hast du manchmal seltsame körperliche Beschwerden (wie Gangstörungen, Blindheit, Taubheitsgefühle)?

11. Denken und Wahrnehmung

Fragen analog zum PPB bei Erwachsenen (ab 10-12 Jahren)

12. Gedächtnis, Orientierung und Bewusstsein

Fragen analog zum PPB bei Erwachsenen (ab 10-12 Jahren)

13. Andere

Gibt es Gegenstände, ohne die du nicht sein kannst? Hast du besondere Interessen, die andere kaum haben? Hast du dich schon mal selbst verletzt? Hast du das Gefühl zu dick oder unförmig zu sein? Hast du das Gefühl, dass einzelne Körperteile an dir besonders schlecht aussehen?

Exploration von Suizidalität analog zum PPB bei Erwachsenen. Zusätzlich: *Hat jemand aus deinem Freundes-/Bekanntenkreis versucht sich umzubringen? Hast du im Internet Kontakt mit anderen, die über Suizid sprechen?*

Danksagung

Die Verfasser danken den Erstverfassern Prof. Dr. med. Dr. phil. Paul Hoff und Dr. med. Wolfgang Gerke, sowie allen Kolleginnen und Kollegen des Fachbereichs Psychiatrie an der Universität Zürich, die durch ihre Anregungen und kritischen Kommentare zur Entstehung dieser Kurzanleitung beigetragen haben.