

**Prof. Dr. Wolfgang Hiller**

**Stichworte aus den gezeigten Folien zur Vorlesung Klinische Psychologie**

**Thema: Klinische Diagnostik**

### **Klinische Diagnostik**

Aufgaben der Diagnostik bei ...

- ❖ Beschreibung
- ❖ Klassifikation
- ❖ Erklärung
- ❖ Prognose
- ❖ Evaluation

Anwendung der Diagnostik auf ...

- ❖ Einzelpersonen
- ❖ Gruppen
- ❖ Familien
- ❖ andere soziale Systeme

Gültigkeit der Diagnostik in ...

- ❖ Forschung
- ❖ klinischer Praxis

### **Klinisch-diagnostische Zielbereiche**

- Diagnostik von *Auffälligkeiten* und *Symptomen*

z.B. Schlafstörungen, Herzrasen, Übelkeit, Angstzustände, soziale Unsicherheiten, bizarre Geruchsempfindungen, starker Alkoholkonsum

einzusetzen: Symptomlisten, Ratingskalen, Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren

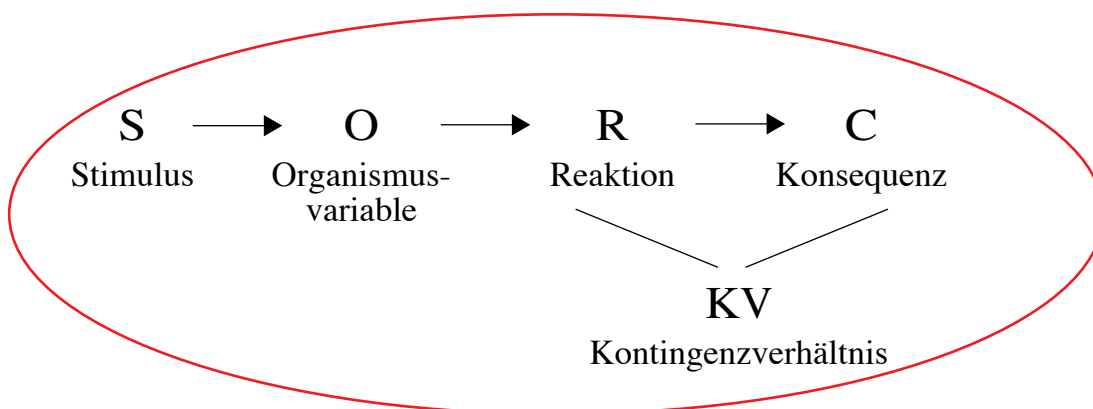
- Diagnostik von *Eigenschaften*

z.B. Gewohnheiten, Persönlichkeitsmerkmale (Extraversion, Offenheit, psychische Labilität, allgemeine Ängstlichkeit)

einzusetzen: Persönlichkeitsinventare

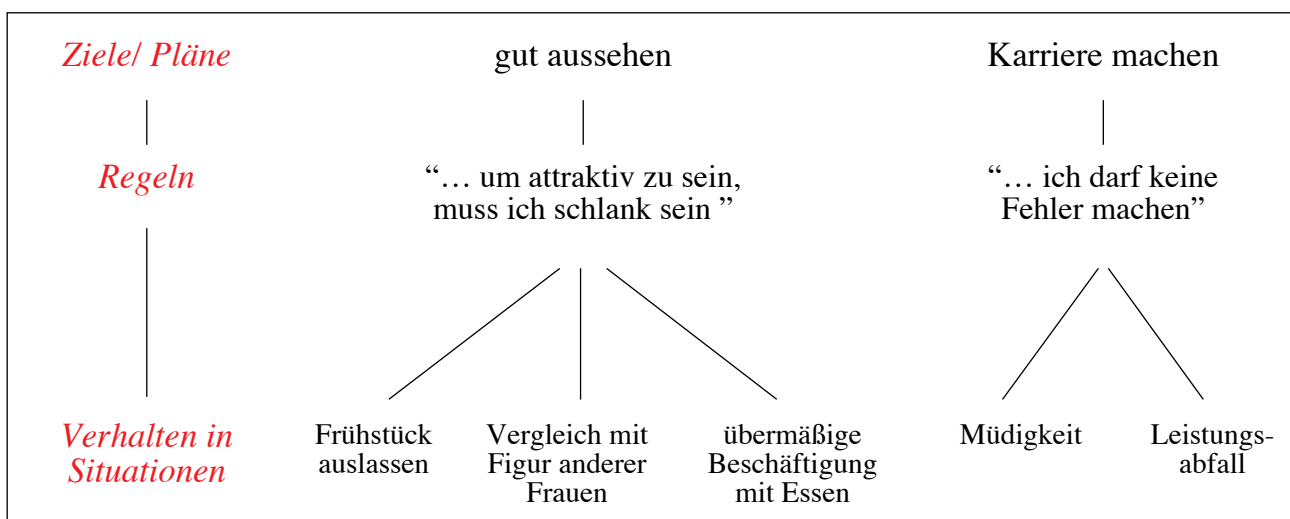
- *Verhaltensdiagnostik*

z.B. Problemverhalten (Verhaltensdefizite oder -exzesse), auslösende Situationen, aufrechterhaltende Bedingungen, Verhaltenskonsequenzen

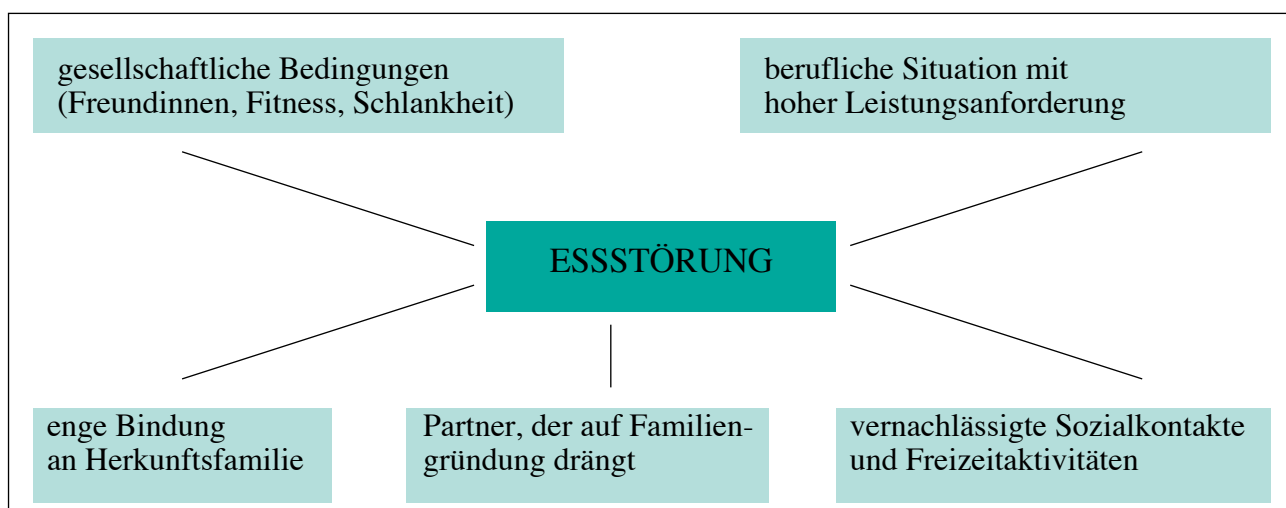


- Übergeordnete Ebene #1: *Ziel- und Plananalyse* (“vertikale Verhaltensanalyse”)

Erhebung von übergeordneten Plänen, Zielen und davon abgeleiteten Regeln; entscheidend für längerfristige Motivationen, situationsübergreifende Lernprozesse



- Übergeordnete Ebene #2: *Systembedingungen*



### **Datenquellen in der Diagnostik**

- *die betroffene Person selbst*: subjektive verbale Schilderung, Fragebögen, Selbstbeobachtung (z.B. mit Hilfe von Tagebüchern)
- *andere Personen*: Fremdmittelungen, Fremdbeobachtungen (z.B. mit Hilfe von Ratingskalen, Interviews), Verhaltensbeobachtungen
- *apparative Diagnostik*: Funktions- und Leistungskennwerte (z.B. Computer-unterstützte Testdurchführung, physiologische Messungen wie EEG, EKG; Laborparameter, etc.)

### **Fremdbeurteilungsverfahren = Ratingskalen**

### **Selbstbeurteilungsverfahren = Fragebögen**

folgende Fremdbeurteilungsverfahren werden häufig verwendet: Global Clinical Impressions (CGI), Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), Hamilton Depressionsskala (HAMD), Hamilton Angstsskala (HAMA), Nurses' Observation Scale for Geriatric Persons (NOSGER), Mini-Mental-Status-Test (MMST), Global Deterioration Scale der Reisberg-Skalen (GDS), AMDP-System (Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie), Inpatient Multidimensional Psychiatric Scale (IMPS)

### **AMDP-System**

= Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie

- gegründet 1965 durch Arbeitsgruppen psychiatrischer Kliniken in Deutschland und der Schweiz
- Ziele: System zur Befunderhebung und Dokumentation; Vereinheitlichung von Anamnese und psychopathologischen/ somatischen Merkmalen in der Diagnostik und Forschung
  1. *Sozioökonomische Grunddaten* (z.B. Familienstand, Haushalt, Schul- und Berufsbildung, Beruf)
  2. *Biographische Grunddaten und bisherige kritische Lebensereignisse* (z.B. Trennung von Eltern, Scheidung der Eltern, abgebrochene Schul- oder Berufsausbildungen, Heirat, Wohnortwechsel)
  3. *Krankheitsanamnese* (z.B. Zeitpunkt der Erstmanifestation, Vorbehandlungen, Suizidversuche)
  4. *Psychischer Befund* (z.B. Störungen von Bewusstsein, Orientierung, Denken, Affekt, Psychomotorik)
  5. *Somatischer Befund* (z.B. gastrointestinale, kardiorespiratorische, neurologische Störungen)
- Rahmenbedingungen: verschiedene Datenquellen berücksichtigen (z.B. Eigen- und Fremangaben); unabhängig von Diagnose beurteilen; Beurteilungszeitraum definieren (meist 3-4 Tage)

### **Psychische Funktionen (AMDP)**

- Bewusstseinsstörungen
- Orientierungsstörungen
- Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen
- Formale Denkstörungen
- Befürchtungen und Zwänge
- Wahn
- Sinnestäuschungen
- Ich-Störungen
- Störungen der Affektivität
- Antriebs- und psychomotorische Störungen

### **Historische Bedeutung der Fremdbeurteilungsskalen**

- *Patientenbeurteilungen wurden objektiver und quantifizierbar* (ausschließlich qualitative Beurteilungen waren zu fehleranfällig)
- *Befunde verschiedener Kliniker wurden vergleichbarer* (durch einheitliche Symptomdefinitionen, Schweregradbestimmungen, Untersuchungsmethodik z.B. mit standardisierter Befragung, vorformulierten Fragen) [demonstriert z.B. in der Studie von Cooper et al. (1972) zum Diagnosevergleich zwischen den USA und Großbritannien]
- *es konnten erstmals typische Symptom- und Syndromprofile zur Charakterisierung bestimmter Patientengruppen ermittelt werden* (Stereotypen durch Beschreibung von “Idealpatienten”)
- *transkulturelle Vergleichsstudien wurden ermöglicht* [z.B. “Hébéphrénie” in Frankreich ≈ “catatonic schizophrenia” in den USA]

### **Qualitätskriterien für Fremdbeurteilungen**

Instrumente:

- möglichst klare Ankerpunkte zur Skalierung setzen
- Häufigkeit, Dauer, Intensität nicht konfundieren
- Beobachtungsbegriffe (z.B. Patient weint) anstelle von theoretischen Konstruktbegriffen (z.B. aggressiv)
- keine mehrdeutigen Begriffe
- komplexe Begriffe in einfache und beobachtbare Begriffe zerlegen (autistisch => wenig Blickkontakt, schweigsam, zeigt wenig Interesse an Umwelt)

Untersuchungssituation:

- standardisieren
- zeitlichen Rahmen festlegen
- (teil-)strukturierte Interviews durchführen

Ausbildung:

- ausreichendes Training und Supervision (z.B. Video, gemeinsames Interview, Fallberichte)

### **Selbstbeurteilungsverfahren**

folgende Selbstbeurteilungsverfahren werden häufig verwendet (Auswahl): Symptom Checklist (SCL-90R) sowie deren Kurzversion Brief Symptom Inventory (BSI), Befindlichkeitsskala (Bf-S), Eigenschaftswörterliste (EWL 60S), Beck Depressions-Inventar (BDI), State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Self-Rating Anxiety Scale (SAS)

### **Analyse von Symptomen**

Symptommhäufigkeiten bei psychiatrischen Patienten (Mombour, W.: Symptommhäufigkeiten bei psychiatrischen Erkrankungen. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 1974, 219, 133-152.)

- Fragestellung: Wie häufig und spezifisch sind psychische (psychopathologische) Symptome bei bestimmten psychischen Störungen (psychiatrischen Erkrankungen) ?
- Untersuchung: 454 stationäre psychiatrische Patienten; Aufnahmebefund; Rating durch IMPS (90 Items) und AMP-System (123 + 31 Items)
- Auswertung: Prozenzhäufigkeiten von Einzelsymptomen für 6 diagnostische Gruppen (ICD)
- Ergebnisse:
  1. Starke Überschneidung zwischen den Diagnosengruppen; sehr ähnliche Häufigkeitswerte; daher keine ausreichende differentialdiagnostische Trennung *zwischen den Gruppen* durch Einzelsymptome
  2. Häufigkeitswerte von IMPS- und AMP-Items innerhalb der Diagnosengruppen durchaus ähnlich (z.B. sehr häufig bei "Neurosen": Gespanntheit, Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen); daher vergleichbare Symptomprofile *innerhalb der Gruppen*
  3. Generell höhere Prozentzahlen bei IMPS im Vergleich zum AMP-System; Gründe: "Hinüberhuschen" über nicht zutreffende AMP-Items, Fehleranfälligkeit des maschinenlesbaren AMP-Bogens; *daher Angabe von allgemeinen Normwerten nicht sinnvoll*

### **Analyse von Syndromen**

Syndrome bei psychiatrischen Patienten (Mombour, W.: Syndrome bei psychiatrischen Erkrankungen. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 1974, 219, 331-350.)

- Fragestellung: Gibt es störungs- (krankheits-)spezifische Syndromprofile ?
- Untersuchung: 454 stationäre psychiatrische Patienten; Aufnahmebefund; Rating durch IMPS (10 Syndrome) und AMP-System (8 Syndrome)
- Auswertung: Syndromprofile für 14 Gruppen (ICD); Säulendiagramme mit Angabe des Prozent des Maximalwerts
- Ergebnisse:
  - Manien* ↑ manisches Syndrom, aggressive Gereiztheit
  - Depressionen* ↑ depressives und apathisches Syndrom, keine Unterschiede zwischen Involutions-, endogener und neurotischer Depression
  - Schizophrenien* ↑ paranoides, depressives, apathisches, katatonisches Syndrom, aggressive Gereiztheit, bei schizophrenem Defekt alle Werte unter 10% abgesunken
  - Neurosen* ↑ IMPS ähnlich wie bei Depressionen, AMP hier differenzierter mit phobisch-anankastischem SyndromInsgesamt *charakteristische Syndromprofile*, am prägnantesten für Manien und Depressionen; depressives Syndrom am wenigsten spezifisch, da bei allen Gruppen vorhanden (außer Manie)

### **Syndrome bei psychiatrischen Patienten (Mombour 1974)**

=> Depression (n = 125), IMPS-Items

deprimiert	86%
Schlafstörungen	78%
Energiemangel	76%
Unfähigkeit, etwas zu Wege zu bringen	74%
definierte Ängste	73%
Konzentrationsstörung	67%
Interessenverlust	67%
spricht mit tiefem Gefühl	66%
suizidal	58%
hoffnungslos	58%
Gespanntheit	55%
Minderwertigkeitsgefühle	52%
Selbstbeschuldigungen	50%
Appetitverlust	49%
verlangsamte Bewegungen	49%
Libidoverlust	46%
verlangsamte Sprechweise	44%
starrer Gesichtsausdruck	43%
unbestimmte Ängste	41%
undefinierte somatische Symptome	41%
Schuldgefühl	35%
flüsternde Sprechweise	33%
vom Thema abschweifend	31%
Gewichtsverlust	30%
unkontrolliert	29%

=> Schizophrenie (n = 152), IMPS-Items

Gespanntheit	63%
mißtrauisch	61%
wahnhaft	62%
Mangel an Einsicht	57%
vom Thema abschweifend	56%
äußert feindselige Gefühle	52%
starrer Gesichtsausdruck	51%
verlangsamte Sprache	50%
deprimiert	48%
Konzentrationsstörungen	48%
definierte Ängste	46%
verlangsamte Bewegungen	43%
unkontrolliert	45%
Apathie	43%
Beziehungsideen	43%
Schlafstörungen	43%
antwortet nicht oder einsilbig	41%
Energiemangel	41%
gleichgültig gegenüber der eigenen Zukunft	41%
Unfähigkeit, etwas zu Wege zu bringen	39%
feindselige Haltung	39%

beschuldigt andere	38%
verbittert	37%
stockt beim Sprechen	37%
ungepflegt	36%
Verfolgungsideen	35%
Vorbeireden	34%
flüsternde Sprechweise	33%
Interessenverlust	33%

### **Verlaufsformen psychischer Störungen (Längsschnittdiagnostik)**

- *paroxysmaler* ~: punktueller, anfallsartiges Auftreten einer Störungsepisode (z.B. Panikattacken)
- *chronischer, kontinuierlicher* ~: längerfristig auftretende Symptomatik (z.B. dysthyme Störung)
- *stabiler* ~: gleichbleibende Ausprägung innerhalb einer Störungsepisode
- *progredienter* ~: zunehmende Verschlechterung (z.B. Schizophrenie)
- *fluktuierender* ~: ständig wechselnder Ausprägungsgrad einer Episode
- *episodischer, phasenhafter, rezidivierender* ~: zwei oder mehr Episoden treten in bestimmten Zeitabständen auf (z.B. bipolare Störung)
- ~ *mit völliger Remission*: völliges Verschwinden einer Symptomatik ("Heilung")
- ~ *mit Teilremission*: Restsymptome bleiben bestehen, erfüllen jedoch nicht mehr die Kriterien der Störung
- ~ *mit Chronifizierung*: Symptomatik dauert sehr lange, evtl. bis zum Lebensende an
- ~ *mit Tod*: Störung ist mit tödlichem Ausgang verbunden (z.B. Suizid)

[Stand: WS 2009/10]