

Das AMDP-System

**Arbeitsgemeinschaft
für Methodik und
Dokumentation in der
Psychiatrie (AMDP)**
(Hrsg.)

Manual zur Dokumentation
des psychischen
Befundes in Psychiatrie,
Psychotherapie und
Psychosomatik

11., vollständig überarbeitete Auflage

Das AMDP-System

**Arbeitsgemeinschaft für Methodik und
Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP)**
(Hrsg.)

Das AMDP-System

Manual zur Dokumentation des psychischen
Befundes in Psychiatrie, Psychotherapie
und Psychosomatik

11., vollständig überarbeitete Auflage



AMDP-Geschäftsstelle
Prof. Dr. med. Wolfgang Retz
Institut für Gerichtliche
Psychologie und Psychiatrie
Kirrberger Straße
66421 Homburg/Saar
E-Mail: wolfgang.retz@uks.eu

Organisation AMDP-Trainingsseminare
PD Dr. med. Bernhard Kis
St. Elisabeth-Krankenhaus
Niederwenigern
Essener Straße 31
45529 Hattingen
E-Mail: b.kis@contilia.de

AMDP-Homepage: www.amdp.de

Zu diesem Manual ist außerdem der *AMDP-Dokumentationsbogen* (Bestellnr.: 01 199 11) lieferbar. Zu beziehen ist dieser Bogen über www.testzentrale.de

Zu diesem Manual ist außerdem ein Interviewleitfaden lieferbar: Fähndrich, E. & Stieglitz, R.-D. (2023). *Leitfaden zur Erfassung des psychopathologischen Befundes. Halbstrukturiertes Interview anhand des AMDP-Systems* (6., überarb. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

Zu diesem Manual ist außerdem folgender Titel lieferbar: Stieglitz, R.-D., Haug, A., Kis, B., Kleinschmidt, S. & Thiel, A. (Hrsg.) (2023). *Praxisbuch AMDP. Psychopathologische Befunderhebung – Grundlagen und Anwendungsbeispiele* (2., akt. und erw. Aufl.) Göttingen: Hogrefe.

Copyright-Hinweis:

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar.

Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Merkelstraße 3
37085 Göttingen
Deutschland
Tel. +49 551 999 50 0
Fax +49 551 999 50 111
info@hogrefe.de
www.hogrefe.de

Satz: Franziska Stolz, Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen
Format: PDF

11., vollständig überarbeitete Auflage 2023

© 1995, 1997, 2000, 2007, 2016, 2018 und 2023 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen
(E-Book-ISBN [PDF] 978-3-8409-3157-4; E-Book-ISBN [EPUB] 978-3-8444-3157-5)
ISBN 978-3-8017-3157-1
<https://doi.org/10.1026/03157-000>

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden. Davon ausgenommen sind Materialien, die eindeutig als Vervielfältigungsvorlage vorgesehen sind (z.B. Fragebögen, Arbeitsmaterialien).

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Download-Materialien.

Vorwort zur 11. Auflage

Das AMDP-System verfolgt einen umfassenden deskriptiven psychopathologischen Ansatz, damit bei der Befunderhebung keine wesentlichen Symptombereiche ausgespart bleiben. Insbesondere deswegen spielt das AMDP-System unverändert eine zentrale Rolle bei der Vermittlung und dem Erwerb von psychopathologischem Grundwissen. Schon während des Studiums, wenn Studierende der Medizin und Psychologie erstmals professionell mit psychischen Leiden konfrontiert werden und dieses in einer verständlichen und einheitlichen Sprache beschreiben sollen, kommen sie in Kontakt mit dem AMDP-System. Während der gesamten klinischen Weiterbildungszeit – und auch danach – behält das AMDP-System seinen wichtigen Stellenwert als Grundlage der Darstellung psychopathologischer Befunde in Krankengeschichten und Arztbriefen. Aus gutem Grund wird daher mittlerweile in fast allen Lehrbüchern der Psychiatrie und Psychotherapie auf die Begrifflichkeit des AMDP-Systems Bezug genommen, und von AMDP werden kontinuierlich Trainingsseminare angeboten. Die praktische Anwendung des Systems wird dabei unterstützt durch den Interviewleitfaden (Fähndrich & Stieglitz, 2023) sowie das Praxisbuch (Stieglitz et al., 2023).

Für die 11. Auflage des Manuals wurden die 100 psychischen und 40 somatischen Kernsymptome sowie die jeweiligen Zusatzsymptome sprachlich und definitorisch weiter verbessert, zudem wurden Inkonsistenzen beseitigt. Bei allen Symptomen werden nun, getrennt von den Erläuterungen, Beispiele angegeben. Grundlegend überarbeitet und vereinheitlicht wurden auch die Hinweise zur Graduierung.

Hinzugekommen sind weiterhin zwei neue Anhänge: In einem wird versucht, einen Bezug zur International Classification of Functioning (ICF) herzustellen, im anderen finden sich einige grundlegende Überlegungen zur aktuellen Relevanz der Psychopathologie.

Der Untertitel des Bandes wurde angepasst („Manual zur Dokumentation des psychischen Befundes in Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik“), um den weiten Einsatzbereich des Systems zu unterstreichen. Im Manual werden die Begriffe Patient und Betroffener synonym verwendet, womit im Sinne der geschlechtergerechten Sprache immer beide Geschlechter gemeint sind. Ebenso werden die Begriffe Symptom und Merkmal synonym verwendet.

Nach dem Erscheinen der 10. Auflage des AMDP-Manuals sind Prof. Dr. med. Harald J. Freyberger und PD Dr. med. Bernd Ahrens plötzlich und unerwartet verstorben. Beide haben an allen Auflagen der letzten 20 Jahre aktiv mitgearbeitet. AMDP wird ihnen immer ein ehrendes Andenken bewahren.

Basel und Zürich,
Sommer 2022

Rolf-Dieter Stieglitz
und *Achim Haug*

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	9
1 Allgemeine Einführung	13
1.1 Allgemeine Struktur des AMDP-Systems	13
1.2 Darstellung der Einzelmerkmale im Manual	14
1.3 Anwendungsvoraussetzungen	14
1.3.1 Allgemeine Voraussetzungen	14
1.3.2 AMDP-Trainingsseminare	16
1.4 Abbildungsgrundlage	17
1.4.1 Allgemein	17
1.4.2 Beurteilungsgrundlagen	17
1.4.3 Beurteilungszeitraum	19
1.4.4 Dokumentation	20
1.5 Die formale Logik der Entscheidung	21
1.5.1 Entscheidungsebene 1: Beurteilbarkeit bzw. Untersuchbarkeit	22
1.5.2 Entscheidungsebene 2: Entscheidungssicherheit über Vorhandensein oder Nichtvorhandensein	22
1.5.3 Entscheidungsebene 3: Vorhandensein	23
1.5.4 Entscheidungsebene 4: Quantifizierung	24
1.6 Datenverarbeitung	27
1.7 AMDP-Anamnese	28
2 Psychischer Befund	30
2.1 Vorbemerkungen	30
2.2 Bewusstseinsstörungen	31
2.3 Orientierungsstörungen	37
2.4 Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen	41
2.5 Formale Denkstörungen	48
2.6 Befürchtungen und Zwänge	61
2.7 Wahn	68
2.8 Sinnestäuschungen	85
2.9 Ich-Störungen	93
2.10 Störungen der Affektivität	100

2.11	Antriebs- und psychomotorische Störungen	122
2.12	Circadiane Besonderheiten	132
2.13	Andere Störungen	136
2.14	Zusatzmerkmale des Psychischen Befundes	146

3 Somatischer Befund 162

3.1	Vorbemerkungen	162
3.2	Schlaf- und Vigilanzstörungen	163
3.3	Appetenzstörungen	167
3.4	Gastrointestinale Störungen	170
3.5	Kardio-respiratorische Störungen	174
3.6	Andere vegetative Störungen	177
3.7	Weitere Störungen	180
3.8	Neurologische Störungen	185
3.9	Zusatzmerkmale des Somatischen Befundes	193

Literatur 197

Anhang 201

Anhang A:	Dokumentationsbögen	203
Anhang B:	Deutsch-, englisch- und französischsprachige Bezeichnung der AMDP-Merkmale	207
Anhang C:	AMDP-Syndrome	216
Anhang D:	Das AMDP-System als Messverfahren zur Beurteilung von Körperfunktionen im Kontext der ICF	224
Anhang E:	Psychopathologie und das AMDP-System	238

Sachverzeichnis 243

Einleitung

Die Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP) wurde 1965 aus der Verbindung einer deutschen (Bente, Engelmeier, Heinrich, Hippus, Schmitt) und einer schweizerischen Arbeitsgruppe (Angst, Battegay, Cornu, Dick, Heimann, Pöldinger, Schmidlin, Weis) zunächst unter der Abkürzung AMP gegründet. Kurz darauf schloss sich die Wiener Klinik (Berner) an. In den folgenden Jahren wurde von den AMP-Mitarbeitern das System für die Dokumentation der psychiatrischen Anamnese sowie des psychopathologischen und somatischen Befundes auf Markierungsleserbelegen entwickelt, die den heutigen Dokumentationsbögen schon sehr ähnlich waren.

Dieses System machte ein großes, einheitlich dokumentiertes Erfahrungsgut aus verschiedenen psychiatrischen Zentren und Ländern vergleichbar, nicht zuletzt, indem es eine unmittelbare elektronische Datenverarbeitung ermöglichte (vgl. Kapitel 1.6). Das AMDP-System, wie es seit 1979 heißt, trug damit zur internationalen Vereinheitlichung psychiatrischer Diagnostik und Forschung bei. Die AMP- bzw. AMDP-Manuale wurden daher auch in viele Sprachen übersetzt (u. a. englisch, französisch, italienisch, portugiesisch; siehe im Überblick auch Bobon et al., 1983 sowie Literatur).

Aufgabe des vorliegenden Manuals ist es, die Vorgehensweisen beim Einsatz des Systems sowie die Definitionen der Merkmale zusammenzufassen und damit den Anfängern eine Einführung, den Erfahrenen ein Nachschlagewerk zu geben, das die einheitliche Anwendung des Systems gestattet.

Das AMDP-System umfasst unverändert folgende, auf einem vierseitigen Bogen enthaltene Dokumentationsbelege:

- Anamnese,
- Psychischer Befund und
- Somatischer Befund.

Der Merkmalsbestand des Psychischen und Somatischen Befundes wurde aufgrund empirischer Analysen der dokumentierten Befunde von mehr als 2.500 Patienten (siehe Baumann &

Stieglitz, 1983) gewonnen. Bei den Erkrankungen handelte es sich in der Mehrzahl um früher als endogene Psychosen bezeichnete Störungen (vor allem Schizophrenien, schizoaffektive Psychosen, affektive Psychosen).

Mehrere Interrater-Reliabilitätsstudien und die Kriterien Häufigkeit, Spezifität und Verlaufssensitivität trugen zur Merkmalsauswahl bei (siehe Baumann & Stieglitz, 1983). Die psychopathologischen Symptomdefinitionen bauen dabei auf der traditionellen deskriptiven deutschsprachigen Psychopathologie auf.

In der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP) hat seit 1965 eine große Zahl von Kollegen mit unterschiedlicher Intensität und für kürzere oder längere Zeit mitgewirkt. Im Folgenden werden jene Kolleginnen und Kollegen genannt, die an der Entwicklung des Systems und insbesondere der vorliegenden Fassung Anteil hatten.

AMP-Gründer

J. Angst, Prof. Dr., Psychiatrische Universitätsklinik Zürich

R. Battegay, Prof. Dr., Psychiatrische Universitätspoliklinik Basel

D. Bente, Prof. Dr., Abt. für Psychophysiologie der FU Berlin

F. Cornu, Prof. Dr., Psychiatrische Privatklinik WYSS AG, Münchenbuchsee, Bern

P. Dick, Dr., Psychiatrische Universitätsklinik Chêne-Bourg, Genf

M. P. Engelmeier, Prof. Dr., Psychiatrische Klinik/Städt. Krankenanstalten Essen

H. Heimann, Prof. Dr., Psychiatrische Universitätsklinik Tübingen

K. Heinrich, Prof. Dr., Psychiatrische Universitätsklinik Düsseldorf

H. Helmchen, Prof. Dr., Psychiatrische Klinik und Poliklinik der FU Berlin

H. Hippus, Prof. Dr., Psychiatrische Universitätsklinik
München

W. Pöldinger, Prof. Dr., Psychiatrische Universitätsklinik Basel

P. Schmidlin, Dr., CIBA-GEIGY Basel

W. Schmitt, Prof. Dr., Sozialpsychiatrische Klinik Sonnenberg,
Saarbrücken

P. Weis, Dr., CIBA-GEIGY Basel

AMDP-System-Vorsitzende

<i>H. Heimann</i> (Tübingen)	1970–1972
<i>P. Berner</i> (Wien)	1972–1974
<i>H. Helmchen</i> (Berlin)	1974–1978
<i>U. Baumann</i> (Kiel)	1979–1983
<i>B. Woggon</i> (Zürich)	1984–1989
<i>R.-D. Stieglitz</i> (Freiburg)	1990–1998
<i>W. Trabert</i> (Emden)	1998–2018

AMDP e.V.-Vorsitzende

<i>E. Fährdrich</i> (Berlin)	1989–1992
<i>H.-J. Möller</i> (München)	1992–2000
<i>W. Maier</i> (Bonn)	2000–2003
<i>H.-J. Freyberger</i> (Greifswald/Stralsund)	2003–2006
<i>R.-D. Stieglitz</i> (Basel)	2006–2012
<i>M. Rösler</i> (Homburg)	seit 2012

AMDP-Revisionsgruppe (11. Auflage)

Koordination: Rolf-Dieter Stieglitz (Basel)

Matthias Albers (Köln)

Ronald Bottlender (Warstein)

Andreas Broocks (Schwerin)

Thomas Dietzfelbinger (München)

Sascha Eugster (Berlin)
Erdmann Fähndrich (Berlin)
Claudia Haslacher-Steck (Konstanz)
Achim Haug (Zürich)
Markus Jäger (Kempten)
Bernhard Kis (Hattingen)
Silke Kleinschmidt (Westerstede)
Roman Knorr (Konstanz)
Hans-Jürgen Luderer (Heilbronn)
Berend Malchow (Göttingen)
Patrizia Perkmann (Berlin)
Friedel Reischies (Berlin)
Wolfgang Retz (Homburg/Saar)
Michael Rösler (Homburg/Saar)
Rainer T. Schaub (Weinsberg)
Carsten Spitzer (Rostock)
Rolf-Dieter Stieglitz (Basel)
Andreas Thiel (Rotenburg/Wümme)
Johannes Thome (Rostock)
Wolfgang Trabert (Emden)

Schlussredaktion:

Achim Haug (Zürich)
Michael Rösler (Homburg/Saar)
Rolf-Dieter Stieglitz (Basel)

1 Allgemeine Einführung

1.1 Allgemeine Struktur des AMDP-Systems

Das AMDP-System umfasst die Dokumentationsbögen zum Psychischen und Somatischen Befund sowie zur Anamnese. Eine Ergänzung des AMDP-Systems um andere Merkmale im Sinne eines „Modul-Systems“ steht auch zur Verfügung (Freyberger & Möller, 2003). Dadurch ist es möglich, zusätzliche Symptombereiche (z. B. dissoziative Symptome, Angstsymptome) zu erfassen bzw. einzelne, schon im AMDP-System vorhandene Bereiche, noch differenzierter abzubilden (z. B. depressive Symptomatik, Zwangssymptomatik, Negativsymptomatik).

Die Kernbereiche des AMDP-Systems stellen der *Psychische Befund* und der *Somatische Befund* dar, die aus Gründen der praktischen Handhabbarkeit zusammen mit der Anamnese auf einem vierseitigen Dokumentationsbogen zusammengefasst sind, jedoch auch unabhängig voneinander verwendet werden können. Meist wird der Psychische Befund eingesetzt. Für die Einbeziehung auch des Somatischen Befundes sprechen folgende Gründe:

- Zur Berechnung der sog. *AMDP-Syndrome* (Gebhardt et al., 1983; vgl. Anhang C) sind auch einige somatische Symptome notwendig (z. B. beim vegetativen Syndrom, depressiven Syndrom).
- Im Somatischen Befund sind einige auch für die *klassifikatorische Diagnostik nach ICD-10/-11* relevante Symptome enthalten (z. B. depressive Episode, somatisches Syndrom, einige Angststörungen).
- Der Somatische Befund wird in vielen psychopharmakologischen Studien als sog. *Nebenwirkungsskala* eingesetzt und kann auch im Einzelfall diese Funktion übernehmen.

Die 11. Revision des Manuals hat sich sowohl auf den Psychischen als auch Somatischen Befund konzentriert. Der nur leicht überarbeitete Anamnesebogen soll den Systemcharakter von

AMDP weiterhin unterstreichen (siehe auch Baumann & Stieglitz, 1983).

Im Kopfteil des Psychischen und Somatischen Befundes können unter „*Angaben zur Person*“ folgende Kodierungen gemacht werden:

- Patient
- Untersucher
- Untersuchungsdatum (TT,MM,JJJJ)
- Alter (in Jahren)
- Geburtsdatum (TT,MM,JJJJ)
- Geschlecht (m: männlich, w: weiblich, d: divers)
- Beurteilungszeitraum (in Tagen)
- Diagnose(n)

Das AMDP-System ist von Anfang an in viele Sprachen übersetzt worden (siehe auch Bobon et al., 1983). Im Anhang befinden sich die englischen und französischen Merkmalsbezeichnungen (vgl. Seiten 207–215). Sie können u.a. dazu dienen, bei fremdsprachigen Publikationen einheitlich die entsprechenden Begriffe zu verwenden. Im Literaturverzeichnis finden sich auch Hinweise auf die *fremdsprachigen Manuale*.

1.2 Darstellung der Einzelmerkmale im Manual

Zur Vereinheitlichung werden alle Symptome nach der folgenden Struktur aufgeführt (ausführlich vgl. Kapitel 2):

- Definition,
- Erläuterungen und Beispiele,
- Hinweise zur Graduierung,
- abzugrenzende Merkmale.

1.3 Anwendungsvoraussetzungen

1.3.1 Allgemeine Voraussetzungen

Vertrautheit mit dem AMDP-System ist eine Voraussetzung für die angemessene Anwendung und für die Zuverlässigkeit der

dokumentierten Daten. Es wird deshalb empfohlen, vor einer selbstständigen Arbeit mit dem AMDP-System das Manual ausführlich durchzuarbeiten und Trainings mit AMDP-erfahrenen Kollegen durchzuführen. Zudem werden von zertifizierten AMDP-Trainern und -Trainerinnen Seminare angeboten (vgl. Kapitel 1.3.2). Das Praxisbuch AMDP (Stieglitz et al., 2023) liefert weitere Hinweise zur Durchführung und zu Anwendungsmöglichkeiten des AMDP-Systems.

Vor einer Routineanwendung des AMDP-Systems sollten mehrere, durch Erfahrene supervidierte Interviews mit anschließender Befunddokumentation des Psychischen (ggf. auch Somatischen) Befundes durchgeführt werden. Dabei ist darauf zu achten, dass das Gespräch mit dem Patienten den Merkmalsbestand der jeweils verwendeten AMDP-Belege abdeckt. Sehr bewährt hat sich bei der Befunderhebung der „Leitfaden zur Erfassung des psychopathologischen Befundes. Halbstrukturiertes Interview anhand des AMDP-Systems“ (Fähndrich & Stieglitz, 2023). Dieser bietet Hilfestellung, vor allem bei der Exploration des Psychischen Befundes, und ist insbesondere Anfängern zu empfehlen.

Die *Trainings* können mithilfe von Videoaufzeichnungen oder als Live-Interviews durchgeführt werden. Beide Vorgehensweisen haben Vor- und Nachteile. Für das Üben der Interviewtechnik und insbesondere für die Beurteilung affektiver Symptome haben Live-Interviews Vorteile, da sie oft lebendiger wirken und die Möglichkeit für alle Teilnehmer besteht, ergänzende Fragen zu stellen. Geht es mehr um das Einüben einer einheitlicheren Beurteilung, sind Videoaufzeichnungen nützlich, die man wiederholt oder auch in Gruppen bearbeiten kann. Durch die AMDP-Trainings lässt sich die Interrater-Reliabilität, d.h. die Übereinstimmung zwischen Untersuchern, deutlich verbessern. Dies ist für die Anwendung sowohl in der Forschung als auch Praxis von großer Relevanz (siehe z. B. Baumann & Stieglitz, 1983).

Der *Zeitaufwand* für die Befunderhebung nach AMDP entspricht dem einer üblichen, mit Sorgfalt durchgeführten psychiatrischen Exploration, also mindestens 30 Minuten, beim Erstinterview meist 45 bis 60 Minuten. Dagegen dauert die Do-

kumentation auf den Dokumentationsbögen bei guter Kenntnis des Manuals nur wenige Minuten.

Es empfiehlt sich, nicht nur für den AMDP-Anfänger, das Manual bei der Dokumentation immer wieder zu benutzen. Gerade psychopathologisch erfahrene Kollegen haben oft Mühe, die präzisen *Symptomdefinitionen* zu verwenden. Nur bei genauer Beachtung der im Manual festgehaltenen Merkmalsdefinitionen lässt sich eine gute Interrater-Reliabilität erreichen. Aber auch die *Vorbemerkungen zu den Merkmalsbereichen* sind unbedingt zu beachten, was besonders für die Bewusstseinsstörungen und den Wahn gilt.

1.3.2 AMDP-Trainingsseminare

Zum Erlernen des Systems hat sich der Besuch mindestens eines von AMDP angebotenen Trainingsseminars durch ausgebildete AMDP-Trainer bewährt. Diese Seminare werden kontinuierlich vor allem im deutschsprachigen Raum angeboten.

Vor der Teilnahme an einem Seminar empfiehlt es sich, sich mit dem Manual vertraut zu machen. Der zeitliche Umfang und die Inhalte der Seminare richten sich nach den Vorkenntnissen der Teilnehmer. Alle Seminare legen den Fokus auf die praktische Anwendung des Systems. Anhand von videodokumentierten Patienten oder Live-Interviews mit Patienten wird die Befunderhebung demonstriert. Nach der Dokumentation der Befunde durch die Teilnehmer werden die Symptome ausführlich diskutiert. Theorieblöcke in den Seminaren beschäftigen sich vor allem mit der Einführung in das System sowie der Gesprächsführung. Einführungsseminare für bisher wenig mit dem System vertraute Teilnehmer umfassen 1 bis 1,5 Tage. „Auffrischungsseminare“ können nach Rücksprache mit den Trainern hinsichtlich Dauer und Inhalten konzipiert werden. Aktuelle Informationen über Trainingsseminare finden sich auf der Homepage unter www.amdp.de.

1.4 Abbildungsgrundlage

1.4.1 Allgemein

Für die Beurteilung des jeweiligen Merkmals sind alle zur Verfügung stehenden *objektiven* (bei der Untersuchung, im Gespräch und aus der Verhaltensbeobachtung durch Arzt, Pflegepersonal, Angehörige u. a. gewonnenen) und *subjektiven* (vom Patienten selbst berichteten) Informationen heranzuziehen. Die Bewertung der Symptome soll deskriptiv erfolgen, die vermuteten Ursachen (z. B. Stress bei der Arbeit) oder schon bekannte bzw. vermutete Diagnosen sollen dabei keine Rolle spielen. Aus einer (Verdachts-)Diagnose dürfen keine automatischen Rückschlüsse auf das Vorhandensein oder Nicht-Vorhandensein von Symptomen gezogen werden.

Ein Problem beim Beurteilungsprozess stellt die Frage des Einflusses der Medikation auf die Bewertung der psychopathologischen Symptome dar. Da das AMDP-System eine *deskriptive Beschreibung der Symptomatik* anstrebt, sollte damit auch der vermutete Einfluss nicht in die Bewertung eingehen. Erst bei der späteren Interpretation der erfassten AMDP-Symptome gilt es, dies ggf. zu berücksichtigen.

1.4.2 Beurteilungsgrundlagen

Das AMDP-System gehört zur Gruppe der *Fremdbeurteilungsverfahren*, d. h., die Beurteilung der Symptome erfolgt immer durch den Untersucher. Datenquellen für die Beurteilung von Erleben und Verhalten sind jedoch einerseits Aussagen der Patienten selbst, andererseits Beobachtungen durch den Untersucher oder andere Personen (z. B. Angehörige, Pflegepersonal). Da dies in der praktischen Arbeit mit dem System von großer Bedeutung ist, wurde(n) für jedes Symptom die Datenquelle(n) festgelegt.

Die *Bezeichnung S* (= Selbst) kennzeichnet die Datenquelle Patient und bedeutet, dass der Patient zum zu beurteilenden Phänomen selbst etwas sagen muss. Die *Bezeichnung F* (= Fremd) kennzeichnet die anderen Datenquellen (z. B. In-

terviewer/Untersucher, Pflegepersonal, Angehörige und andere) und bedeutet damit, dass allein die Beobachtung durch andere relevant ist.

Zusätzlich gibt es die Einstufung *SF*, die besagt, dass beide Datenquellen (der Bericht des Patienten *und/oder* die Beobachtung des Untersuchers bzw. anderer Personen) zur Einschätzung des Symptoms relevant sind. Die Information aus einer Datenquelle reicht aus, um zu einer positiven Einschätzung des jeweiligen Merkmals zu gelangen.

S (= Selbst)

Selbstaussage, -bericht, -schilderung eines Patienten zu einem bestimmten Phänomen ist notwendig, sei es, dass der Patient darüber spontan berichtet oder vom Interviewer dazu befragt werden muss.

F (= Fremd)

Fremdbeobachtung des Phänomens durch den Interviewer (oder andere Personen) ist notwendig, je nach Symptom bezieht sich dies auf die sprachlichen Äußerungen oder das Verhalten des Patienten.

Beispiele für S- oder F-Einstufungen

- Symptom 15 „gehemmt“ (S): Der Patient muss über die Beeinträchtigung seines Denkablaufs berichten.
- Symptom 62 „Störung der Vitalgefühle“ (S): Der Patient muss über das von ihm erlebte Gefühl der körperlichen Trägheit, Schläppheit berichten.
- Symptom 22 „ideenflüchtig“ (F): Das Auftreten vermehrter Einfälle wird dem Untersucher aus den sprachlichen Äußerungen des Patienten deutlich, unabhängig davon, worüber der Patient berichtet.
- Symptom 26 „Neologismen“ (F): Wortneubildungen oder semantisch ungewöhnlicher Gebrauch von Worten, was dem Untersucher beides im Gespräch auffällt.

Beispiele für SF-Einstufungen

- Symptom 24 „gesperrt/Gedankenabreißen“ (SF): Der Patient berichtet darüber, wiederholt bemerkt zu haben, dass seine Gedanken plötzlich abreißen (S-Anteil) bzw. der Untersucher beobachtet auch im Gespräch die Sperrung des Gedankenganges (F-Anteil).
- Symptom 80 „antriebsarm“ (SF): Der Patient berichtet über weniger Schwung, Elan (S-Anteil) oder der Interviewer beobachtet dies in der Interviewsituation bzw. erhält zuverlässige Informationen dazu z. B. vom Pflegepersonal (F-Anteil).

Diese Kategorisierungen nach den *Datenquellen* der Symptome wurden nicht nur in das *Manual* aufgenommen, sondern zusätzlich auf dem *Dokumentationsbogen* jeweils neben dem Symptom aufgeführt, um sich schnell orientieren zu können. Es soll noch einmal auf folgenden Punkt explizit hingewiesen werden: Die S-, F- bzw. SF-Kennzeichnungen beziehen sich lediglich auf die Datenquellen. Da es sich beim AMDP-System jedoch um ein Fremdbeurteilungsverfahren handelt, liegt letztlich die Bewertung und Gewichtung der zur Verfügung stehenden Informationen immer beim Untersucher (Rater). So wäre z. B. bei reinen S-Items die Plausibilität der Berichte des Patienten in das Rating einzubeziehen. Die alleinige Ja-Antwort, z. B. auf die Frage nach Stimmenhören, reicht nicht aus, sondern der Patient soll sein Erleben zusätzlich durch plausible Beispiele und differenzierte Beschreibungen erläutern. Informationen dazu, wie Informationen genau zu erheben sind, finden sich im Interviewleitfaden (Fähndrich & Stieglitz, 2023).

1.4.3 Beurteilungszeitraum

Der Psychische und der Somatische Befund stellen den Querschnittsbefund einer bestimmten, vorher festgelegten Beurteilungsperiode dar. Die Dauer dieser Periode muss jeweils im Kopfteil des Bogens bei „Beurteilungszeitraum“ in Tagen festgehalten werden.

Die *gewählte Dauer* ist weitgehend von der Zielsetzung der Befunderhebung abhängig. Der Beurteilungszeitraum kann auch

beim selben Patienten zu verschiedenen Zeitpunkten der Behandlung unterschiedlich sein, z. B. bei der Dokumentation des Aufnahmebefundes und der Einbeziehung anamnestischer Angaben die letzten 2 Wochen, bei Dokumentation eines Befundes im Verlauf einer Behandlung nur der Zeitraum bis zur vorangegangenen Untersuchung. Für Dokumentationen ohne spezifische Zielsetzungen wird empfohlen, den Beurteilungszeitraum auf die letzten 3 bis 4 Tage zu beschränken, um den aktuellen Status zu erfassen. Will man einen Vergleich mit anderen Ratingskalen (Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren), so bietet sich ein Beurteilungszeitraum von 7 Tagen an, da dieser den meisten anderen Skalen zugrunde liegt (z. B. Symptom-Check-Liste SCL-90-R). Hat man zu Beginn einer Untersuchung bereits eine Hypothese im Hinblick auf eine bestimmte Diagnose, so sind die entsprechenden Zeitkriterien des jeweiligen Klassifikationssystems zu verwenden (z. B. nach ICD-10/-11 Depressive Episode 14 Tage; Manische Episode 7 Tage; Schizophrenie 4 Wochen).

Bezüglich der sog. *F-Symptome* gibt es einige *Besonderheiten* zu beachten, da deren Bewertung, bezogen auf den definierten Beurteilungszeitraum, oft schwierig ist. Liegen keine Informationen für den Beurteilungszeitraum vor, kann die Bewertung dieser Symptome nur aufgrund des Gesprächs erfolgen. Dies gilt z. B. für das Symptom „affektarm“. Kennt der Untersucher den Patienten nicht und liegen keine Informationen Dritter vor, kann nur das aktuelle Gespräch als Grundlage der Bewertung dienen. Gleiches gilt auch für den F-Anteil von SF-Symptomen.

1.4.4 Dokumentation

Bei Verwendung des *Dokumentationsbogens* ist systematisch zu jedem Merkmal Stellung zu nehmen. Dies soll durch eine Kodierung bei jedem Merkmal belegt werden. Besteht ausreichende Sicherheit, dass im ganzen Merkmalsbereich zu jedem Merkmal die Kodierung „nicht vorhanden“ zutreffend ist, kann die neben der Bezeichnung des Merkmalsbereichs aufgeführte Markierung „nicht vorhanden“ genutzt werden. Es wird emp-

fohlen, mit dieser Globalmarkierung eines Merkmalsbereichs vorsichtig umzugehen, da die Gefahr besteht, eine vorhandene Symptomatik zu übersehen. Die Verwendung besonders des Psychischen Befundes bietet sich als Strukturierungshilfe bei der Dokumentation der erhobenen Befunde und in der Untersuchungssituation als eine Art Leitfaden an.

1.5 Die formale Logik der Entscheidung

Der formale Prozess der Entscheidung kann mit dem sog. *Entscheidungsbaum* dargestellt werden (siehe Abbildung 1). Dieser enthält vier Entscheidungsebenen.

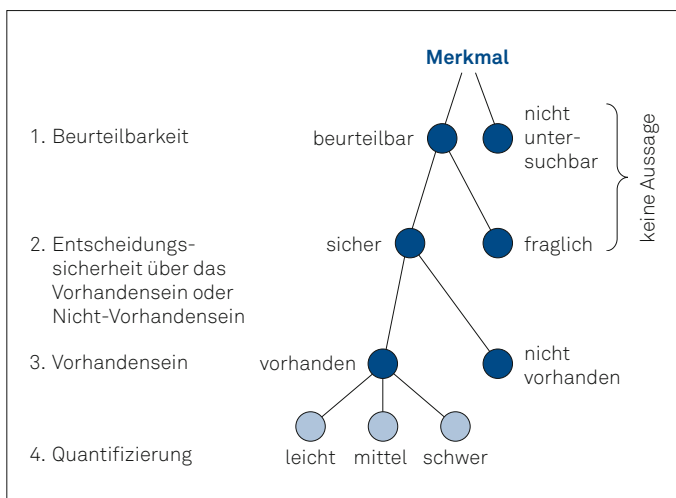


Abbildung 1: AMDP-Entscheidungsbaum

Wichtig

Der Entscheidungsbaum muss bei jedem Merkmal „durchlaufen“ werden, d.h., vor jeder Markierung auf dem Dokumentationsbogen muss geprüft werden, auf welcher Ebene man sich befindet.

1.5.1 Entscheidungsebene 1: Beurteilbarkeit bzw. Untersuchbarkeit

Fehlende Beurteilbarkeit liegt vor, wenn der Patient sich trotz gezielten Bemühens bezüglich eines bestimmten S- oder SF-Merkmals (vgl. Kapitel 1.4.2) nicht untersuchen lässt. Es wird dann „keine Aussage“ kodiert. Diese Markierungen können auch dazu genutzt werden, ggf. die Symptome zu einem späteren Zeitpunkt erneut zu explorieren.

Beispiel

Ein mutistischer Patient kann hinsichtlich des Vorliegens von Orientierungsstörungen, Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen, formalen Denkstörungen und einer Reihe anderer psychopathologischer Symptome nicht beurteilt werden. Ein anderer Patient verweigert sogar die Mitarbeit.

1.5.2 Entscheidungsebene 2: Entscheidungssicherheit über Vorhandensein oder Nicht-Vorhandensein

Die Aussage über das Vorhandensein oder Nicht-Vorhandensein eines Merkmals kann sicher oder fraglich sein. Letzteres ist ebenfalls als „keine Aussage“ zu dokumentieren, wenn z. B. dem Untersucher keine hinreichenden Informationen für eine sichere Einschätzung vorliegen.

Beispiel

Mangelnde Kooperation eines Patienten kann die Entscheidung darüber unsicher machen, ob er z. B. halluziniert oder nicht. Die Verhaltensbeobachtung kann den Verdacht auf das Vorliegen von Halluzinationen nahelegen (z. B. der Patient schaut im Verlauf des Gesprächs mehrfach an die Decke), während der Patient sie negiert. In diesem Fall ist „keine Aussage“ zu markieren.

Die Rubrik „keine Aussage“ sollte nicht die persönliche Unsicherheit des Untersuchers widerspiegeln, sondern muss sich auf die nicht sichere Feststellbarkeit eines psychopathologischen oder somatischen Symptoms am Patienten beziehen.

Fehlende, fragliche oder unsichere Untersuchbarkeit und Beurteilbarkeit werden alle als „keine Aussage“ markiert. „Keine Aussage“ ist aber auch dann zu markieren, wenn versäumt wurde, ein bestimmtes Symptom zu explorieren. Eine Markierung in dieser Rubrik bedeutet für den Untersucher in der Regel, das Phänomen zu einem späteren Zeitpunkt erneut zu explorieren.

1.5.3 Entscheidungsebene 3: Vorhandensein

Die Entscheidung über Vorhandensein oder Fehlen eines psychopathologischen oder somatischen Merkmals ist bei regelmäßigen Explorations- und Dokumentationsübungen oft mit hoher Übereinstimmung zu treffen. Schwierigkeiten der Objektivierung ergeben sich am ehesten bei Merkmalen mit fließendem Übergang vom Gesunden zur psychopathologischen Auffälligkeit (sog. *Schwellenproblem*, vgl. Abbildung 2), z. B. in der Beurteilung affektiver Merkmale.

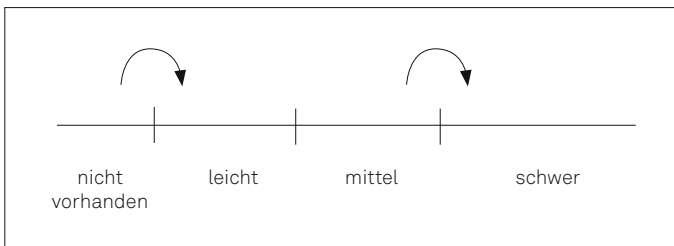


Abbildung 2: Schwellenprobleme im AMDP-System

Besonders wichtig ist die *Schwelle* zu „leicht“, da ab dann ein Symptom als vorhanden gewertet wird. Dies ist insofern bedeutsam, da in Klassifikationssystemen wie ICD-10/-11 und DSM-5 das Vorhandensein eines Symptoms bereits als erfülltes Kriterium gewertet wird; der Schweregrad ist dort nicht relevant!

Probleme können bei Begriffen entstehen, die auch in der Umgangssprache verwendet werden. Der Begriff „ambivalent“ meint umgangssprachlich etwas anderes (zwiespältig, unent-