

# 1 Die psychiatrische Untersuchung [31]

## Allgemeines

Wie man psychiatrisch untersucht, kann man nur am Patienten lernen. Es gibt für die psychiatrische Untersuchung kein in gleicher Weise feststehendes Schema wie für die neurologische Untersuchung. Dort kann man den Gang der Untersuchung nach bestimmten Gesichtspunkten, z. B. nach topographischen Aspekten oder nach Funktionsgruppen, festlegen. In der Psychiatrie ist dies nur sehr begrenzt möglich. Doch sollte der Untersucher wissen, über welche Punkte er sich unterrichten und klar werden muß. Insbesondere der Anfänger in der Psychiatrie sollte als Orientierungshilfe einige Richtlinien und Regeln der Vorgehensweise kennen.

Zunächst muß er sich anhand eines groben Gerüsts über den ungefähren **Gang der psychiatrischen Untersuchung** unterrichten (s. Tab.

1). Weiter muß er bestimmte Gesichtspunkte haben, nach denen er bei seinen Fragen und Beobachtungen, bei der Erhebung der **Anamnese**, der Krankheits- und Lebensgeschichte [GK 3.1<sup>2</sup>], vorgeht. Schließlich sollte er annäherungsweise ein Schema haben, in das er die mittels der psychiatrischen Exploration (der wichtigsten Untersuchungsmethode, s. S. 5 ff.) erlangten Ergebnisse und seine Beobachtungen über Verhalten und Ausdruck des Patienten einordnet: **Psychischer Befund** (s. Tab. 2, S. 2). Dabei muß er sich stets vor Augen halten, daß die Einhaltung dieses Schemas nur in ganz groben Umrissen, mit Abweichungen je nach Persönlichkeit, Situation und Krankheitszustand, möglich ist. Die Untersuchung des einzelnen Patienten muß also entsprechend variiert und an die Situation angepaßt werden.

Zweierlei ist bei der Untersuchung von Patienten mit psychiatrischen Störungen notwen-

Tab. 1 Gang der psychiatrischen Untersuchung.

<b>Anamnese</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Eigenanamnese Krankheitsgeschichte: Entwicklung der jetzigen Beschwerden und Störungen, aktuelle Inhalte Lebensgeschichte (Biographie) Familienanamnese</li><li>• Fremdanamnese</li></ul>
<b>Befund</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Körperlicher und neurologischer Befund</li><li>• Psychischer Befund</li><li>• Testpsychologischer Befund</li></ul>
<b>Diagnose</b>

1, 2 Diese und alle folgenden Ziffern in eckigen Klammern beziehen sich auf den Gegenstandskatalog (GK).

dig: ein Mindestmaß an festen Gesichtspunkten und leitenden Zielen, andererseits die Fähigkeit, sich einführend und hingebungsvoll an die Individualität des Patienten anzupassen. Dies hängt eng zusammen mit der Notwendigkeit, sowohl die Krankheit richtig zu erkennen wie der je einmaligen Persönlichkeit des Kranken in ihrer Besonderheit gerecht zu werden.

Wie in anderen Disziplinen der Medizin müssen sich auch in der Psychiatrie »diagnosezentrierte« und »patientenzentrierte« (»persönlichkeitszentrierte«) Einstellung (s. S. 23) verbinden; keine dieser Betrachtungsweisen darf verabsolutiert werden.

Die notwendigen Gesichtspunkte und Auffassungsschemata, das Gerüst des begrifflichen Wissens, das wir bei der Erhebung der Vorgeschichte und bei der Anfertigung des psychopathologischen Befundes benötigen, lehrt die **allgemeine und klinische Psychopathologie** als Lehre von den **Phänomenen**, die bei verschiedenen psychiatrischen Krankheiten und Störungen vorkommen, und den **Methoden**, mit denen diese Phänomene erfaßt werden können. Die Kenntnis der verschiedenen Krankheiten und Störungen, die wesentlich auf die klinische Psychopathologie und somatische Befunde ge-

stützte **spezielle psychiatrische Krankheitslehre**, ermöglicht die Diagnose.

Im Rahmen dieses Textes wird die allgemeine und klinische Psychopathologie nicht gesondert dargestellt, vielmehr werden die wichtigsten psychopathologischen Symptome und Begriffe bei den Krankheitsbildern, für die sie die größte Bedeutung haben, beschrieben und erläutert. Die verschiedenen Punkte des psychischen Befundes (s. Tab. 2) werden anhand der psychopathologischen Symptomatologie der Schizophrenien (s. S. 258ff.) veranschaulicht.

In der Psychiatrie erfordern schon Diagnostik [3.12] und (als ihre Voraussetzung) Untersuchung die Einbeziehung der Person des Patienten und sind insofern bereits ein Stück Therapie. Untersuchung, Erkennung und Behandlung bilden hier, mehr noch als in den anderen Fächern der Medizin, eine Einheit.

Die wichtigste Untersuchungsmethode, das **ärztliche Gespräch** (s. S. 5f.) mit dem Patienten, ist schon der Beginn einer *Psychotherapie*, die bei jedem Patienten mit einer psychiatrischen Krankheit oder Störung erforderlich ist, auch wenn, je nach der Art

Tab. 2 Psychischer Befund.

- Äußeres Erscheinungsbild
- Verhalten und Ausdruck
- Bewußtseinslage und Orientierung inkl. Aufmerksamkeit, Auffassung und Konzentration
- Affektivität (Fühlen und Werten): Stimmung, affektive Reaktivität, Kontakt
- Antrieb, »Wille« und Psychomotorik
- Denken: formale und inhaltliche Denkstörungen
- Wahrnehmen: Wahrnehmungsstörungen in Form von Illusionen und Halluzinationen
- Ich-Erlebnis: Störungen der Meinhaftigkeit auf dem Gebiet des Denkens, Strebens und Wollens
- Gedächtnis: Störungen der Erinnerungs- und Merkfähigkeit
- Intelligenz
- Persönlichkeit

der Störung, ihr Stellenwert im Gesamtbehandlungsplan verschieden ist und Methoden und Techniken, Arbeitsweisen und zeitlicher Aufwand sehr unterschiedlich sind (s. S. 651ff.).

Schon zu Beginn des 20. Jahrhunderts hat sich die Einstellung des Psychiaters insofern gewandelt, als er die Entwicklung der Persönlichkeit, die gesamte Lebensgeschichte, die zwischenmenschlichen Interaktionen und dabei vor allem das **subjektive Erleben** des Kranken zu erfassen versuchte.

Diese Entwicklung geht wesentlich auf die **phänomenologische Richtung** in der Psychiatrie zurück, die mittels *Introspektion seitens des Patienten und Einfühlung seitens des Untersuchers* den Erlebnisablauf selbst (und nicht nur sein Ergebnis) ins Auge faßte und so den Sprung vom Objektiven, von der *Verhaltensbeobachtung*, zum Subjektiven und *Erlebnishaften* vollzog (50, 80).

Allerdings ist die Bezeichnung »*Phänomenologie*« (Lehre von den Erscheinungen) insofern mißverständlich (78), als in ihr der Standpunkt im Subjekt, im Erlebenden, zu wenig zum Ausdruck kommt.

Schon früh kam es in der traditionellen Psychiatrie zu einer engen Verbindung von analytischer Deskription (Beschreibung) und Introspektion.

In der phänomenologischen Richtung (50, 80) geht es sehr wesentlich darum, Erleben und Anschauungen des Kranken anhand seiner **Selbstschilderungen** zu eruieren und mit Hilfe der *Methode des genetischen Verstehens* (JASPERS) Bewegung und Zusammenhang des Seelischen sich zu vergegenwärtigen. Mehr **statisches Erfassen** als das Sichzur-Gegebenheit-Bringen seelischer Zustände, Phänomene und Qualitäten geht dabei Hand in Hand mit dem **genetischen Verstehen**, dem Einfühlen oder Nachvollziehen,

»wie Seelisches aus Seelischem mit Evidenz hervorgeht« (Verstehen der seelischen Zusammenhänge, des seelischen Auseinander-Hervorgehens = »**verstehende Psychopathologie**«).

Dabei stützt sich die Phänomenologie zwar vorrangig auf die Selbstschilderungen, die *sprachlichen Mitteilungen* des Patienten (die Erlebnisweisen, die der Untersucher vom Patienten erfährt), berücksichtigt aber auch **Verhalten und Ausdruck**.

Karl JASPERS gilt seit seinem 1913 erschienenen Buch »Allgemeine Psychopathologie« als Begründer und Repräsentant der »*phänomenologischen Richtung*« und der »*verstehenden Psychopathologie*« in der Psychiatrie. Mit seiner »von innen beschreibenden« Phänomenologie schuf er eine eigene, neue Methode; erst seither gibt es eine wissenschaftlich befriedigende Psychopathologie. Er zeigte, daß Wahrnehmen auf körperlichem und seelischem Gebiet grundverschieden sind und kam von hier, von der phänomenologischen Vergegenwärtigung des Seelischen, zum **genetischen Verstehen** seelischer Zusammenhänge, das er dem naturwissenschaftlichen **kausalen Erklären** gegenüberstellte. Diese Unterscheidungen blieben auch für Nachfolger und Gegner wegleitend und Ausgangspunkt kritischer Auseinandersetzungen (23, 42).

JASPERS klammerte *nosologische* und *somatologische* Aspekte nicht aus, auch wenn er deutlich machte, daß Psychopathologie ganz ohne sie betrieben werden kann und zunächst betrieben werden muß. Dies gilt auch für Versuche, mit der JASPERSschen Psychopathologie Ansatzpunkte für eine somatische Hypothese schizophrener Erkrankungen zu gewinnen: Auch hier sind zunächst die psychopathologischen und/oder phänomenologischen Tatbestände ohne Rücksicht auf somatologische oder nosologische Erwägungen zu untersuchen [s. (50); s. a. (38, 39, 80)].

Die *phänomenologische Psychopathologie* von JASPERS, die im deutschen Sprachraum besonders von GRUHLE und K. SCHNEIDER weiterentwickelt wurde, darf nicht mit der

*phänomenologischen Philosophie* verwechselt und vermengt werden. Seine *Phänomenologie i. e. S.* (phänomenologische Vergegenwärtigung, statisches Erfassen), die etwa der *deskriptiv-analytischen* Methode von K. SCHNEIDER entspricht, ist für ihn ein empirisches, allein durch die Mitteilungen seitens der Kranken in Gang gehaltenes Verfahren, Vergegenwärtigung dessen, was im Patienten seelisch vorgeht, was er erlebt, wie ihm etwas im Bewußtsein gegeben ist.

Die von JASPERS geforderte »*phänomenologische Einstellung*« ist nicht ursprünglicher Besitz, sondern mühsamer Erwerb in kritischer, immer von neuem Vorurteile überwindender Arbeit.

JASPERS distanziert sich klar von HUSSERL, der das Wort »Phänomenologie« später für »Wessensschau« gebrauchte, und betont, daß seine auf Erleben und Erlebnisweisen zielende Phänomenologie in ihrem Bestreben, die subjektiven Phänomene möglichst sorgsam zu beschreiben und voneinander zu trennen, von etwas »zugrunde liegend Gedachtem« ganz absehe. Auch die Suche nach verstehbaren Zusammenhängen, der Versuch, über die reine Beschreibung, das »statische Erfassen« psychischer Phänomene hinaus ihr Zustandekommen, den Erlebnisablauf, Bewegung und Zusammenhang des Seelischen soweit als möglich zu verstehen (genetisches Verstehen, s. S. 3), ist erst der zweite, spätere Schritt.

Die Psychopathologie in der Richtung von JASPERS und K. SCHNEIDER entgeht der Gefahr, das psychopathologische Material durch den Begriff zu vergewaltigen, ohne andererseits den Fehler zu begehen, angesichts der Unbeständigkeit und der fließenden Übergänge der Phänomene auf fest umrissene **Begriffe** und **Definitionen** zu verzichten: Klare und deutliche begriffliche Grenzen sind mit Übergängen im klinisch-psychopathologischen Erscheinungsbild durchaus vereinbar. In bezug auf die **Beschreibung**, dem »Vergegenwärtigen von Er-

lebnisweisen, seelischen Zuständen und Qualitäten«, die in Selbstschilderungen und Ausdruck begegnen, ist ihre **Abgrenzung** und **Festlegung**, so daß man mit den Begriffen immer dasselbe meinen kann, *sekundär*, auch wenn die analytische Differenzierung und Begriffsbildung erst die Möglichkeit schuf, mit Hilfe der so gewonnenen und definierten psychopathologischen Begriffe überprüfbare wissenschaftliche Ergebnisse zu erhalten. Auch wenn es in der psychopathologischen Wirklichkeit *inter- und intraindividuell alle möglichen fließenden Übergänge* gibt, ist die Rede von den Übergängen oft das »Faulbett des Denkens und Beobachtens«: *Erkennen geht durch Unterscheidung*. Damit ist durchaus vereinbar, daß voreilige Zuordnung und begriffliche Benennung ein möglicher und häufiger Fehler ist.

Der Psychopathologe soll unetikettiert stehen lassen, was nicht aufgeht (80): Das Aufpassen in mitteilbaren *Begriffen*, das Messen an möglichst eindeutig festgelegten und konsensfähigen Fachausdrücken ist sekundär. Gleichfalls erst in einem weiteren, späteren Schritt folgt der Versuch, genetisch zu verstehen oder kausal zu erklären, d. h., anhand der beschriebenen und, soweit möglich, begrifflich benannten und definierten Phänomene Symptome, Syndrome und letztlich *psychopathologische* oder (sensu strictu nur bei den körperlich begründbaren Psychosen!) *nosologische* Einheiten zu gewinnen. Dabei wird das Phänomen unter Aufgabe der Psychonomie (s. S. 10) zum *Symptom*, zum Hinweis auf Krankheitsvorgänge; die Psychopathologie verliert ihre nosologische Neutralität und wird zur *Symptomlehre*.

Wir sehen: Phänomenologie und »verstehende Psychologie« (»verstehende Psychopathologie«) als das »von innen« gewonnene Anschauen des Seelischen (im Gegensatz zum kausalen Erklären) gehörten in der Entwicklung der Psychiatrie eng zusammen.

Der Psychiater war insofern stets zugleich ein *distanzierter* und *teilnehmender* Arzt, der sowohl Krankheitszeichen eruiert als auch verstehend sich selbst als Untersuchungsinstrument einsetzt, beides um dem Zweck der Untersuchung, der Therapie und ihrer unerläßlichen Voraussetzung, der Diagnose, zu genügen (s. S. 7, S. 20).

Evident ist auch, daß der psychiatrische Untersucher stets nicht nur Fakten und Daten der Biographie i. S. objektiver Informationen zu gewinnen versucht; erst die Bedeutung, die für den Patienten die Daten seiner äußeren Lebensgeschichte haben, das **subjektive Gewicht**, der **Stellenwert eines Erlebnisses**, erlaubt insbesondere bei den erlebnisreaktiven, neurotischen und Persönlichkeitsentwicklungen eine zureichende Erkennung und Würdigung der seelischen Störung und eine sinnvolle und zielgerichtete Behandlung des Kranken.

Fähigkeit zur **Kommunikation** und zur **Distanz** müssen sich also in der Person des Psychiaters vereinen; er sollte imstande sein, aus der Haltung des distanzierten Beobachters in die des engagierten, einfühlenden Partners zu wechseln und umgekehrt (s. S. 13, S. 23, S. 396, S. 440).

## Untersuchungsmethoden

Die wichtigste Untersuchungsmethode ist das ärztliche Gespräch, die planmäßig nach bestimmten Gesichtspunkten geleitete, gezielte **psychopathologische Exploration** des Patienten [3.1]. Sie ist zugleich die Methode, die mit relativ einfachen Mitteln, jedoch stets mit mehr oder weniger erheblichem Zeitaufwand, auch in der Sprechstunde des Allgemeinarztes durchführbar ist. Mit der Exploration Hand in Hand geht die **Beobachtung von Verhalten und Ausdruck**; bei nicht explorierbaren Patienten, z. B. bei Kranken in katatonem Stupor, muß die Ver-

haltensbeobachtung zunächst die Exploration ersetzen.

Für das *ärztliche Gespräch* mit dem Patienten werden verschiedene Begriffe verwendet. Mit der Bezeichnung **Interview** (Unterredung, Befragung) will man betonen, daß dem Patienten bzw. »Klienten« (lateinisch »cliens« = Höriger, Abhängiger, obschon die Bezeichnung – im Unterschied zu dem als zu passiv erscheinenden »Patient« = Leidender – gerade Eigenverantwortlichkeit und Selbstbestimmung zum Ausdruck bringen möchte!) Gelegenheit geboten wird, seine eigenen Ansichten zu äußern, sich selbst darzustellen. Mit dem Begriff der psychopathologischen (oder psychiatrischen) **Exploration** (»Erkundung«) verbindet sich die Vorstellung, daß der Untersucher mehr die Initiative ergreift und nach bestimmten Bewußtseinsinhalten aktiv fragt. *Wir verwenden die Begriffe ärztliches Gespräch, psychopathologische Exploration und Interview annähernd synonym.*

- Die **Exploration** bei psychiatrischen Patienten enthält in der Regel einen mehr **unstrukturierten** Teil, in dem der Untersucher sich zurückhält, aufmerksam zuhört und die Wahl des Themas dem Patienten überläßt. Ein sog. **strukturiertes Interview**, in dem der Untersucher durch Fragen und Bemerkungen dem Gespräch eine bestimmte Richtung gibt, entspricht weitgehend der »Exploration«, die gewöhnlich in der *Anfangsphase mehr unstrukturiert* ist und später zu einer *strukturierten, gezielten Befragung* übergeht.
- Bei der **Anamnese** (Vorgeschichte, s. S. 7ff.), die wieder durch Befragen (Exploration) erhoben wird, unterscheidet man die **subjektive Anamnese** (Autoanamnese, Eigenanamnese, Befragung des Patienten selbst) von der sog. **objektiven oder Fremdanamnese**, d. h. der Erhebung der Vorgeschichte bei Angehörigen, Bekannten und anderen Bezugspersonen des Patienten.

- Weitere Hilfsmittel neben der Exploration mit der Erhebung der Eigen- und Fremdanamnese können **testpsychologische Untersuchungen** mit Intelligenz-, Leistungs- und Persönlichkeitstests (s. S. 17ff., S. 67f., S. 327f.) sein sowie die **Heranziehung von Akten** und persönlichen Unterlagen aller Art (Zeugnisse, Briefe, Selbstschilderungen, Zeichnungen, künstlerische Produktionen).

## Untersuchungsziele

Ziel der Untersuchung ist es, mit Hilfe der genannten Methoden, vor allem der psychiatrischen Exploration, Kenntnisse zu erhalten über die **unmittelbare Krankheitsgeschichte**, d. h. die Entwicklung der jetzigen, den Patienten zum Arzt führenden Beschwerden und Störungen, und über die **aktuellen Inhalte** seines Seelenlebens sowie über die Lebensgeschichte, die **Biographie** des Patienten in psychischer, sozialer und körperlicher Hinsicht.

Bei den aktuellen Inhalten ist neben den Themen auch die *Form* (Seinsweise) der seelischen Erlebnisse des Patienten zu beachten. Dazu muß man den Patienten auffordern, verschiedene, heute und früher erlebte Zustände miteinander zu vergleichen. In der zweiten, strukturierten Phase der Exploration wird der Arzt immer wieder einmal einhaken und z. B. nur nebenbei vorgebrachte scheinbare Kleinigkeiten zum Ausgangspunkt einer näheren Befragung machen. Die Beobachtung und Registrierung von Auffälligkeiten in Verhalten und Ausdruck geht der Exploration parallel.

Die Erhebung der unmittelbaren Krankheitsgeschichte und der Biographie ist nur möglich, wenn der Patient bewußteinsklar und zur Mitarbeit bereit und fähig ist. Bei Patienten, die nicht sprechen, sich sperren oder nicht fixierbar sind (s. S. 269), muß man sich mit der **Beschreibung des aktuellen Zustandbildes**, der Besonderheiten in Verhalten und Ausdruck und gegebenenfalls einer Registrierung der spontanen Äußerungen des Patienten begnügen. Dies ist nicht selten bei Patienten mit Bewußtseinstrü-

bung (s. S. 42ff.) und akuten schizophrenen Psychosen der Fall.

Auffälligkeiten in **Verhalten und Ausdruck**, in der **Bewußtseinslage**, **Aufmerksamkeit und Auffassung**, im **formalen Denkablauf**, in der **Stimmungslage** und im **Antrieb** sowie in den übrigen Funktionen des Seelenlebens (s. Tab. 2: »Psychischer Befund«, S. 2) sind durch Beobachtung und geeignete Fragen zu eruieren.

## Beurteilung der Untersuchungsergebnisse

Bei den **Selbstschilderungen** und Angaben der Patienten über ihre **Erlebnisse** ist zu prüfen, ob und inwieweit sie zuverlässig und verwertbar sind. Dabei spielen beabsichtigte und tendenziöse Unaufrichtigkeit und Simulation in der Praxis eine geringere Rolle als unbeabsichtigte Entstellung, Verdrängungen (s. S. 467ff.) oder psychologisches Unvermögen der Patienten, ihre Erlebnisse zu verbalisieren. Die *Transponierung des Erlebten in die Sprache* ist schon im normalen und erst recht im abnormen Seelenleben, besonders bei den qualitativ abnormen Erlebnisweisen der Psychosen, ein besonderes Problem. Viele abnorme Erlebnisweisen sind nicht oder nur annäherungsweise adäquat auszudrücken.

Häufiger als bewußte *Simulation* (Vortäuschung) einer psychischen Störung ist **Dissimulation**, die Verheimlichung ungewöhnlicher Erlebnisse: Der paranoide schizophrene Patient verbirgt sein Wahnsystem gegenüber der Umwelt, weil er befürchtet, man halte ihn für »verrückt«, wenn er es offenbart; der endogen Depressive versucht, über eine tiefe Verzweiflung hinwegzutäuschen, um eine Gelegenheit zum Suizid zu erhalten (s. S. 12f., S. 217, S. 592ff.). Auch dann, wenn man nichts oder nichts Sicheres in Erfahrung bringen kann, können dennoch abnorme Erlebnisweisen vorhanden sein. Abgesehen von der normalen Schwierigkeit, seelisches Erleben auszudrücken, kann sprach-

liche Unbeholfenheit, etwa bei Minderbegabten, den Zugang und die Exploration abnormer Inhalte verhindern. Auch wenn der Patient durchgehend glaubwürdig, rückhaltlos und anschaulich über seine Erlebnisse berichtet, gilt es, das psychologische (psychopathologische) Material im Hinblick auf seine Bedeutung für Krankheits- und Lebensgeschichte und die Diagnose zu sichten und zu werten.

Die **Diagnose** (s. a. S. 20f., S. 23f., 30ff.) ist das erste und gerade im Hinblick auf eine rationale, erfolgversprechende Behandlung wichtigste Ziel der psychiatrischen Untersuchung. Wir müssen also zum Schluß der Untersuchung unter Verwertung aller Untersuchungsergebnisse versuchen, zu einer Diagnose zu gelangen.

## Erhebung der Anamnese [3.1]

Wie das Schema »Gang der psychiatrischen Untersuchung« (s. Tab. 1, S. 1) zeigt, erstreckt sich die Erhebung der **Anamnese** nicht nur auf die Entwicklung der gegenwärtigen Störung: **Krankheitsgeschichte**, sondern versucht, den gesamten Lebenslauf: **Lebensgeschichte** (Biographie), die sozialen Verhältnisse und das Familienbild zu erfassen. Die Anamnese (Vorgeschichte, wörtlich: Wiedererinnerung) ist oft noch wichtiger als der Befund. Es gibt Patienten mit wenig ergiebigem (psychopathologischem und neurologischem) Befund, aber ergiebiger Vorgeschichte; hierher gehören bestimmte Patienten mit erlebnisreaktiven oder psychopathischen Persönlichkeitsentwicklungen, Alkohol- und Medikamentenabhängige sowie ein Teil der Anfallskranken. Die Anamnese ist gewöhnlich die wichtigste Quelle für Informationen über die Persönlichkeit und das soziale Verhalten des Patienten. Doch sind während der klinischen Beobachtung und auch bei der anamnestischen Exploration manche Patienten bemüht, Symptome zu verbergen, sich zu beherr-

schen und/oder sich möglichst »von ihrer besten Seite« zu zeigen.

Bei der Erhebung der Anamnese ist der Untersucher nicht an eine bestimmte Reihenfolge gebunden.

Im allgemeinen wird man hier von der **Krankheitsgeschichte**, d. h. der Eruiierung der Entwicklung der gegenwärtigen Beschwerden und Störungen (die den Patienten zum Arzt führten) ausgehen, zur **Lebensgeschichte** (Biographie) übergehen und erst am Schluß die **Familienanamnese** erheben, jedenfalls soweit diese einen Überblick über in der Familie vorkommende Erkrankungen und Störungen, über den biologischen und sozialen Rahmen, in den der Patient hineingestellt ist, verschaffen soll.

Viele Patienten und ihre Angehörigen wollen von psychischen Krankheiten in der Familie nichts wissen, zumal von solchen, die als vererbbar gelten. Wir beginnen in der Regel mit der Exploration der *Entwicklung der aktuellen Störung*. Sie gab gewöhnlich auch Anlaß zur psychiatrischen Untersuchung.

Für das ärztliche Gespräch mit dem Patienten (wir gehen aus von einem Patienten, der aus eigener Initiative oder auf Wunsch naher Bezugspersonen oder von einem Kollegen überwiesen den Nervenarzt oder Psychiater konsultiert) sollen möglichst schon bestimmte **äußere Bedingungen** erfüllt sein:

- Es muß ein eigener Raum zur Verfügung stehen,
- Dritte sollen dem Gespräch in der Regel nicht zuhören können,
- Unterbrechungen durch Telefonate oder andere, den Arzt beanspruchende Personen sollen möglichst vermieden werden,
- Bezugspersonen (Angehörige, Partner usw. – »Fremdanamnese«) sollen in der Regel erst nach dem ersten Gespräch mit dem Patienten hinzugezogen werden. Dies sollte nur, von Ausnahmen abgesehen (s. Fremdanam-

nese S. 15), mit dessen ausdrücklichem Einverständnis erfolgen.

Der Arzt stellt sich dem Patienten vor und reicht ihm zur Begrüßung die Hand; dies ist kein überflüssiges Ritual, konstituiert vielmehr »Gegenwärtigsein«. Unter Umständen wird man dem Patienten sagen, daß seine Bereitschaft zu rückhaltloser **Offenheit** eine Vorbedingung für eine sinnvolle ärztliche, zumal psychiatrische und psychotherapeutische Hilfe ist.

Mehr als in anderen Disziplinen der Medizin ist zu bedenken, daß im Patienten, ungeachtet eines mehr oder weniger bewußten Wunsches nach Hilfe, auch eine Ablehnung gegen das ärztliche Gespräch und die psychiatrische Behandlung ist. Der Entschluß, seelische Probleme zuzugeben, die Anerkennung, mit Konflikten nicht aus eigener Kraft fertig zu werden, bedeutet für manche Menschen auch heute noch so etwas wie eine »Capitis deminutio« (Verlust der persönlichen Würde, »geistiges Todesurteil«). Schon immer, unverändert bis heute, gibt es neben einer *propsychiatrischen* und *propsychotherapeutischen Einstellung* auch das *antipsychiatrische* und *antipsychotherapeutische Vorurteil*. Der Patient glaubt, mit der Anerkennung von Behandlungsbedürftigkeit auf psychischem Gebiet eine Einbuße an Selbstverfügbarkeit, einen Freiheitsverlust zu erleiden.

Dabei ist die psychiatrische Behandlung an sich eher weniger angstbesetzt als andere medizinische Therapien. Etwas anderes ist aber eine auch und oft gerade in den oberen sozialen Schichten deutliche Tendenz, die Konsultation des Psychiaters, ob sie nun die eigene Person oder Angehörige betrifft, zu verheimlichen. Sie ist maßgeblich durch die **Angst vor der Meinung der anderen und vor negativen sozialen und u. U. auch rechtlichen Konsequenzen** bedingt.

Wie sehr die Einstellung hier weltweit noch von *Vor-eingenommenheit* bestimmt, zumindest eher ambivalent ist, zeigte das Beispiel des Politikers EAGLETON in den USA: Die Tatsache, daß er früher wegen einer – vollständig heilbaren! – psychiatrischen Erkrankung (einer endogenen Depression) behandelt wurde, erwies sich als »*skeleton in the closet*«, auf das die öffentliche Meinung, anders als auf eine körperliche, noch so gravierende Krankheit, so reagierte, als handele es sich um einen Charakterfehler, um moralisches Versagen oder doch um ein untragbares, unkalkulierbares Risiko (s. a. S. 653f).

Der unabdingbaren Offenheit des Patienten beim Bericht über seine Krankheits- und Lebensgeschichte entspricht auf der Seite des Arztes die strikte Verpflichtung zur **Geheimhaltung**, die man bei manchen Kranken von vornherein ausdrücklich hervorheben wird. Man sagt dem Patienten, daß ohne seine ausdrückliche Einwilligung niemandem, auch nicht den nächsten Bezugspersonen, Auskünfte gegeben werden. Bei floriden Psychosen und akuter Suizidalität (heute auch bei AIDS) ist allerdings eine sorgfältige **Güterabwägung** notwendig; hier wird man oft auch ohne ausdrückliches Einverständnis des Patienten die Angehörigen unterrichten müssen. Hier wird die Problematik einer möglichen Durchbrechung der ärztlichen *Schweigepflicht*, wie sie standes-, vertrags- und strafrechtlich (Sanktion einer Verletzung von Privatgeheimnissen zum Schutz des Persönlichkeitsrechtes – §§ 203 und 204 StGB) geboten ist, besonders deutlich.

Die Pflicht zur Verschwiegenheit gilt nicht absolut; höherrangige Interessen, so die unmittelbare Lebensgefährdung (Suizidalität) des Patienten oder die Gefährdung eines anderen (z. B. Planung einer Gewalttat), können die Durchbrechung der Schweigepflicht als eine durch Güterabwägung gerechtfertigte *Erlaubnis* gebieten (s. a. S. 723).

Doch müßte man u. E. eine *Verpflichtung zur Offenbarung* dann annehmen, wenn (nach §§ 138, 139 StGB) »Mord, Totschlag oder Völkermord geplant« sind (s. a. 1032).

Bei der Erhebung der Anamnese ist die am Patienten selbst erhobene **Eigenanamnese** (Synonyma: subjektive oder Autoanamnese) von der **Fremdanamnese** (»objektive Anamnese«) zu unterscheiden, die sich auf Angaben naher Bezugspersonen stützt (s. S. 15). Wir wenden uns zunächst der Eigenanamnese zu.

## Eigenanamnese

Krankheitsgeschichte:

Entwicklung der aktuellen Beschwerden und Störungen

Der Patient wird zunächst gebeten, über seine aktuellen Beschwerden und Störungen zu berichten; im Anschluß daran soll er möglichst detailliert erzählen, wie sich diese Beschwerden entwickelt haben.

Dabei interessieren der Zeitpunkt des Beginns, die näheren Umstände (wann und wie, plötzlich oder allmählich), die Reihenfolge des Auftretens verschiedener Beschwerden und Symptome, ihr dauerndes oder nur zeitweiliges Vorhandensein (gesunde Zeiten zwischen den gestörten), die Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit im Beruf oder Haushalt, der Eintritt der Arbeitsunfähigkeit usw. Auf diese Weise soll möglichst lückenlos ein Bild der *Entwicklung der Störung* auch im zeitlichen Verlauf entstehen.

**Initiale, mehr unstrukturierte Phase des Gesprächs.** In ihr wird dem Patienten möglichst viel Freiheit gewährt und ihm Gelegenheit gegeben, seine Meinung und dabei das zentrale Anliegen, das ihn zum Arzt führt, zum Ausdruck zu bringen. Der Untersucher überläßt also die Initiative mehr oder weniger weitgehend dem Patienten. Wenn ein Begleitbrief oder Befundberichte vorliegen, wird dem Patienten eindringlich dargelegt, daß es dem Untersucher gerade darauf ankommt, von *ihm selbst* zu erfahren, wie er die Beschwerden und Störungen erlebt, welche Schwierigkeiten er hat, und wo

nach seiner Meinung die Gründe hierfür zu suchen sind.

In der **Initialphase** nimmt der Arzt also eine Haltung des Abwartens und der gleichzeitigen aufmerksamen Zuwendung ein und vermeidet jede eigene Stellungnahme und Kritik. Er läßt den Patienten ausreden und interveniert nur, um das Gespräch mit neutralen Fragen in Gang zu halten, den Patienten dazu zu bringen, seine Mitteilungen noch deutlicher und verständlicher zu machen und anhand von konkreten Beispielen zu veranschaulichen. Er wird ihn auch anregen, seine Einstellungen, Gefühle und Wertungen zu äußern. Dies kann durch ermunternde und unterstützende, doch suggestionsfreie Kommentare geschehen, die das Verständnis des Arztes zum Ausdruck bringen. Andere Möglichkeiten sind die Wiederholung oder Zusammenfassung der letzten Mitteilungen des Patienten oder die Verdeutlichung des emotionalen Gehaltes der Aussagen des Patienten.

Der Patient soll so in der ersten Gesprächsphase Gelegenheit haben, seine Beschwerden, Sorgen und Befürchtungen, seine Wünsche, Hoffnungen und Erwartungen an den Arzt spontan und möglichst unbeeinflußt zu verbalisieren.

Viele Patienten, solche mit psychoreaktiven Störungen, aber auch psychotisch Kranke, bringen schon in der Einleitungsphase des Gesprächs den wesentlichen Konflikt oder psychotischen Inhalt zum Ausdruck. Der »*erste Eindruck*« und die initialen Aussagen des Patienten sind daher vom Arzt besonders aufmerksam zu registrieren.

**Strukturierte Phase der Exploration.** Früher oder später wird der Untersucher selbst aktiv und gezielt fragen und dem Gespräch eine bestimmte Richtung geben müssen. In manchen Fällen, wenn der Patient sich nicht spontan und ohne spezielle Fragen des Arztes äußert, schon nach kurzer Zeit verstummt oder überhaupt nicht zu einer verständlichen Mitteilung fähig