

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

PSYCHOPATHOLOGIE 10

Psychiatrische Krankheitslehre 10: Krankheits-Geschichte und Befund

Jede Kranken-Geschichte ist nicht nur Krankheits-Geschichte, sondern auch Lebens-Geschichte. Leben und Krankheit sind nicht zu trennen. Grundlage jeder Untersuchung, vor allem bei seelischen Störungen, aber auch körperliche Beschwerden, vor allem ohne nachweisbaren Grund, muss den individuellen Zusammenhang von Lebensgeschichte und psychosozialer Situation berücksichtigen – je ausführlicher, desto ergiebiger.

Nachfolgend deshalb als Abschluss der mehrteiligen Serie über die Psychopathologie, d. h. psychiatrische Krankheitslehre, eine ausführlichere Darstellung zu Anamnese und Befund. Und dies unterteilt in einen mehr psychiatrisch bzw. psychotherapeutisch orientierten Teil.

Erwähnte Fachbegriffe:

Anamnese – Krankheitsgeschichte – Vorgeschichte des Kranken – Lebensgeschichte – Anamnese-Erhebung – Familien-Anamnese – körperliche Anamnese – vegetative Funktionen – soziale Anamnese – psychosoziale Aspekte – Partnerschaft – Ehe – sexuelle Anamnese – gynäkologische Anamnese – Genuss- und Arzneimittel sowie Rauschdrogen – aktuelle Anamnese – erster Eindruck – Verhaltenshinweise des Patienten – Exkurs: Anamnese aus psychotherapeutischer Sicht: Untersuchungsverhalten, Beschwerdebild, konflikt-auslösender Situationen, Persönlichkeitsstruktur, Psychogenese – u. a. m.

ALLGEMEINE ASPEKTE

„Bewusstseinsklar und allseitig orientiert“ ist kein akzeptabler psychischer Befund.

Wer sich in Untersuchung und Dokumentation auf diese leider gängige Floskel beschränkt, vergibt so manche diagnostische, differentialdiagnostische und sogar therapeutische Möglichkeit.

Keine Kranken-Geschichte ist nur Krankheits-Geschichte, sondern immer auch Lebens-Geschichte des Betroffenen.

Diese alte Erkenntnis haben die Psychiater seit jeher angemahnt und erfahrene Ärzte jeglicher Disziplin schon immer berücksichtigt. Leben und Krankheit sind nicht zu trennen.

Was anamnestisch zusammengetragen wird, gewinnt erst durch die biographischen Beziehungen einen Sinn. Grundlage jeder Untersuchung ist deshalb eine ausführliche *biographische Anamnese*, die sich nicht nur mit den Symptomen und Beschwerden befasst, sondern auch den Zusammenhang mit Lebensgeschichte und psychosozialer Situation berücksichtigt - je ausführlicher, desto ergiebiger. Dies auch und vor allem im - oft nur scheinbar - nicht-psychiatrischen Bereich.

Einzelheiten zur Anamneseerhebung siehe das immer reicher werdende Literaturangebot, von historischen Aspekten bis in unsere Tage (s. weiterführende Literatur).

Nachfolgend eine komprimierte Übersicht zur Anamnese-Erhebung in Stichworten:

ANAMNESE-ERHEBUNG

Angaben zur Person

Name, Vorname(n), eigene Adresse, ggf. Adresse(n) von Bezugspersonen.

Alter, Zivilstand, Beruf.

Datum und Uhrzeit der Aufnahme/Einweisung (vorangemeldet oder Notfall). Erste oder (wievielte?) Wiederaufnahme. Einweisender Haus- oder Facharzt.

Einweisungsgrund, ggf. Verdachts- oder Einweisungsdiagnose(n), Aufenthaltsmodus (eigener Wunsch, von einweisendem Arzt nahegelegt, notfallmäßige Einweisung, Unterbringung).

Familien-Anamnese

Zur *Familien-Anamnese* einige spezielle Überlegungen:

Wie bei den meisten Anamnese-Vorgaben liegt auch bei der vorliegenden der Akzent auf der individuellen Anamnese. Das kann dazu verleiten, die eigentliche Krankheits-Anamnese zu vernachlässigen. Deshalb sei gleich zu Beginn auf folgende Fehlermöglichkeiten hingewiesen:

Es ist wichtig, die psychodynamischen Gesichtspunkte zu erkennen und zu nutzen. Das heißt aber nicht, dass alle seelischen Störungen nur durch das bestimmt werden, was die individuelle Persönlichkeit erlebt hat. Auch die körperliche Bedingtheit des Seelischen und seine gesellschaftspolitische und kulturelle Einbindung sind gleichwertig einzubeziehen und deshalb anamnestisch entsprechend zu berücksichtigen.

Nachfolgend einige Stichworte zur Aufzählung von anamnestisch bedeutungsvollen Fakten ohne Bezug auf die psychologischen Aspekte einer Exploration.

Wichtig: Falls möglich, jeweils angeben, ob Fremd-Anamnese (FA) oder Eigen-Anamnese (EA).

Vater des Patienten

Alter (falls verstorben: Alter im Todesjahr und Todesursache), Beruf, berufliche Besonderheiten. Körperliche Erkrankungen. Neben den üblichen Fragen nach Allergie, Herz-Kreislauf- sowie Magen-Darm-Störungen, Rheuma, Diabetes mellitus, Krebs usw. auch nach „Lähmungen“, „Ohnmachten“, „Anfällen“, ferner nach Missbildungen/Behinderungen, offensichtlich vererbten Krankheiten („seit Generationen“, „hatte der Vater auch“) u. a. Fragen. Ambulante und stationäre Behandlung, Operationen, Verletzungen/Verwundungen (z. B. Schädel-Hirn-Traumata aus Unfall oder Krieg).

Persönlichkeitsstruktur („Wesensart“, „Charakter“): ggf., psychische Auffälligkeiten, Störungen oder Krankheiten.

Wichtig: mit im allgemeinen Verständnis unbelasteten Befindlichkeitsstörungen beginnen: Schlafstörungen, Nervosität, Erschöpfungszustände, ggf. Nervenzusammenbruch, Angstzustände, Schwermut/Melancholie/Niedergeschlagenheit usw., u. U. mit selbstaggressiven Neigungen (s. u.).

Ferner Beziehungsverhalten, Fremd-Aggressivität, Missbrauch von Genussmitteln, Rauschdrogen und Medikamenten, Spielsucht u. a.

Ggf. absonderliches Verhalten („Sonderling“), Suizidversuche/Suizid („Hand an sich legen“, „lebensmüde“), Geisteskrankheit, Geistesschwäche usw.

Deshalb ambulante oder stationäre Therapie?

Psychosoziale Belastungen: Krieg, Flucht/Vertreibung, Gefangenschaft, Aussiedlung, Asyl? Kriminelle Vergehen oder Anschuldigungen, Haft?

Wichtig: geduldig nach weiteren, ggf. belangvollen Aspekten fragen, wenn sich ein Verdacht ergibt. Keine spontanen Antworten erwarten, lieber zeitlich verschoben mehrmals nachfragen (Problem: Erinnerung, noch nachhaltiger: Scham).

Verwandte des Vaters: Auffälligkeiten seiner Eltern, Großeltern, Geschwister oder weiteren Verwandten? Immer daran denken:

Die „Generation der Großeltern“ einschließlich deren Verwandter (Onkel, Tanten, Nichten, Neffen) ist in hereditärer (erblicher) Hinsicht weitaus ergiebiger als man allgemein annimmt („überspringt oft eine Generation“). Deshalb mehrfach eigen- und fremd-anamnestisch nachfragen.

Ggf. Kontakt mit Haus- oder Facharzt aufnehmen, Krankengeschichten, Arztbriefe, Gutachten anfordern u. a.

Mutter des Patienten

Gleiche Fragestellungen wie beim Vater (s. o.). Darüber hinaus nicht vergessen: frühere oder jetzige haupt- bzw. nebenberufliche Tätigkeiten. Bei den körperlichen Erkrankungen Zahl und Belastungen durch Entbindungen, Geburten, Schwangerschaftsunterbrechung u. a. Bei den seelischen Störungen insbesondere psychischer Zustand während Schwangerschaft, vor, während und vor allem nach der Geburt, während Stillzeit, ferner Wechseljahre usw.

Bei den psychosozialen Belastungen spezielle Aspekte berücksichtigen: Missbrauch, Misshandlung, Vergewaltigung (auch in der Ehe), sexuelle Kontakte.

Auch beim weiblichen Geschlecht Missbrauch oder Abhängigkeit von Medikamenten (z. B. Schlaf- und Beruhigungsmittel), Alkohol oder Rauschdrogen sowie kriminelle Vergehen oder Anschuldigungen nicht übergehen.

Wichtig: Bei entsprechenden Anfragen bei Haus- oder Facharzt, beim Anfordern fremder Krankengeschichten und Gutachten auf Mädchennamen der Mutter achten.

Verwandte der Mutter: Auffälligkeiten von Eltern, Großeltern, Geschwistern

oder weiteren Verwandten (s. o.).

Geschwister des Patienten

Chronologische Geschwisterreihe: Vornamen (ggf. zusätzlich neue Nachnamen von verheirateten Schwestern) mit Positionsangabe des Patienten (... Kind von ... Geschwistern). Jeweils Alter, Geschlecht, Beruf, Persönlichkeitsstruktur, seelische, körperliche und psychosoziale Auffälligkeiten. Hinweise, ob Halb- oder Stiefgeschwister. Kurze Anmerkungen bezüglich Verhältnis zum Patienten: früher, jetzt. Zeigen die Kinder der Geschwister Besonderheiten?

Kinder des Patienten

Eigene Kinder, Halb-, Stief- und Adoptivkinder (immer mehr geschiedene Partner bringen ihre Kinder mit in die neue Ehe). Chronologische Folge mit Vornamen, bei verheirateten Töchtern mit neuen Nachnamen. Auch hier Geschlecht, Alter, Beruf, seelische, körperliche und psychosoziale Auffälligkeiten nicht vergessen. Verhältnis zum Patienten: früher, jetzt. Ggf. Auffälligkeiten von Enkeln.

Somatische Anamnese

Die *körperliche Anamnese* beginnt bereits mit dem

- *Gesundheitszustand der Mutter*: seelisch, psychosozial, körperlich während Schwangerschaft, Geburt und Stillzeit. Mögliche Erkrankungen: Allgemein- oder Infektionskrankheiten, Operationen, Traumen (jeweils Schwangerschaftswoche angeben). Ferner Konsum und Missbrauch von Alkohol, Nikotin, Medikamenten und Rauschdrogen (was, kurzfristig oder durchgehend, ab oder in welchem Schwangerschafts-Abschnitt?).
- *Schwangerschaft und Geburt*: Schwangerschaftsverlauf, Risikoschwangerschaft, Zwillingschwangerschaft? Geburtsverlauf und Geburtsdauer: Geburtsverzögerung, operative Entbindung, abnorme Lage, Nabelschnur-Umschlingung, Frühgeburt, Terminüberschreitung, bei Zwillingsgeburt Erst- oder Zweitgeburt usw.
- *Zustand des Neugeborenen*: Gewicht, Reife, Asphyxie (Pulslosigkeit und Atemschwäche), Lebensfrische, Ikterus (Gelbsucht) usw.?
- *Frühkindliche Entwicklung*: Stehen, Laufen, Sauberkeit, Sprachentwicklung, Dyspepsien (Verdauungsstörungen), Ess-Störungen, Gedeih-Störungen, Hinweise auf frühkindliche Hirnschädigung (prä-, peri- oder postpartal) u. a.

- *Weitere Auffälligkeiten einschließlich Kinderkrankheiten:* Bettnässen, Nägelkauen, nächtliches Aufschrecken, Schlafwandeln, psychomotorische Verlangsamung oder Unruhe- bzw. Erregungszustände, Haare ausreißen, hyperkinetisches Syndrom u. a. (weitere Einzelheiten s. später). Ferner Impf-Komplikationen, rheumatisches Fieber (wiederholte Mandelentzündung), Masern oder andere Infektionskrankheiten u. a.
- *Spätere körperliche Auffälligkeiten, Störungen und Erkrankungen:* nach System abfragen: Kopf, Hals, Herz, Lunge, Magen-Darm, Wirbelsäule, Gelenke, Sexualorgane u. a., ferner Stoffwechsel- und Systemerkrankungen, Intoxikationen (Vergiftungen), Geschlechtskrankheiten, orthopädische Leiden, Gefäß-erkrankungen, Missbildungen, Unfallfolgen (s. u.) usw.

Insbesondere auf ästhetisch entstellende oder körperlich behindernde Folgen achten: Gesichtsnarben, Hautkrankheiten, Amputationen, Sehschwäche, hochgradige Hörverminderung u. a.

- *Unfallfolgen/Operationen:* wann, wo, wie, Freizeit- oder Arbeitsunfall, wesentliche Einzelheiten und Komplikationen festhalten (s. o.).
- *Varia:* bestimmte Behandlungsverfahren (z. B. Impfungen, ggf. mit Impf-Komplikationen), Reisen in exotische Länder mit ggf. Infektionsgefahr u. a.

Wichtig: Allergie-Anamnese: frühere oder derzeitige Allergien, z. B. Ekzem oder Asthma? Irgendwann eine unerwartete Reaktion auf ein bestimmtes Arzneimittel (welches, hier sorgfältig nachfassen)?

- *Arzt-Kontakte:* Zum Abschluss der Krankheitsgeschichte auf körperlicher Ebene evtl. nach Arzt-Kontakten fragen, weil diese eher im Gedächtnis haften bleiben als die Ursache, was die Erhebung der Vorgeschichte vervollständigt: Hausarzt, Facharzt, Ambulanz/Poliklinik, Kurklinik, Krankenhaus, Inland/Ausland. Welche Arzt-Konsultationen, warum, wie oft, Arztwechsel?

Vegetative Funktionen

Die meisten vegetativen Funktionen/Funktionsstörungen (s. u.) gehen schon in den anderen Sparten auf, können aber auch besonders aufgeführt werden. Im Einzelnen:

- *Schlaf:* unauffällig, zu viel, zu wenig, z. B. als Ein- oder Durchschlafstörungen bzw. Früherwachen. Bei Schlafstörungen ggf. Ursachen erfragen: Schmerzen, Grübelneigung, Ängste, Schlaflosigkeit „ohne Grund“. Während des Schlafs belastende Träume?

- *Appetit*: Essgewohnheiten, Gewichtsänderung (seit wann, wie viel).
- *Durst*: zu viel, zu wenig Flüssigkeitsaufnahme.
- *Verdauung*: entsprechende Beschwerden, insbesondere was Zahl, Umfang und Konsistenz des Stuhlgangs anbelangt.
- *Wasserlassen*: Häufigkeit, Art der Beschwerden, Inkontinenz (im Wachen, Schlaf).
- *Schweißsekretion / Speichelfluss*: Intensität, tages- oder nachzeitliche Unterschiede.
- *Tremor*: Häufigkeit, Art, Intensität, Zeitpunkt u. a. des Zitterns.

Soziale Anamnese

Die *soziale Anamnese* kann man unterteilen in allgemeine und psychosoziale Aspekte. Im Einzelnen:

Allgemeine Aspekte

- *Ausbildung*: frühe Interessen und Neigungen. Kindergarten/Tagesstätte, Vorschule, ggf. Sonderschule, Spezialschule (z. B. Gehörlosenschule, Blindenschule), höhere Schule. Lehre: Anlernberuf, Facharbeiter, Erwachsenen-Qualifizierung. Studium: Fach- oder Hochschule mit/ohne Abschluss. Spezialisierung, Studienwechsel.
- *Bedeutsame Einzelheiten*: Leistung, Schwierigkeiten, Heimweh, Einstellung, Lern- und disziplinarische Probleme, unerwünschte und Lieblingsfächer. Verlauf und Erfolg/Misserfolg, Schulwechsel, Schulnoten, Abschluss (Alter), Kontakte, Schul- bzw. Ausbildungswechsel (warum: soziale bzw. finanzielle Situation, Umzug, Krankheiten, Interessenwechsel, Leistungsgrenzen)?
- Beruf: erzwungen (von wem, durch was, wie?) oder erwünscht? Berufswechsel (warum: soziale, finanzielle, orts-, krankheits-, interessen-, leistungsbedingte Aspekte u. a.)?

Ausgeübte Tätigkeiten chronologisch auflisten, am besten mit Gründen für Aufnahme und Abschluss/Kündigung. Einstellung zur Arbeit und Leistung. Verhältnis zu KollegenInnen, Untergebenen, Vorgesetzten. Disziplinarische Probleme? Zufriedenheit mit Beruf, speziell Bedingungen und Umgebung, Teil-beschäftigt, vollbeschäftigt? Im erlernten oder in einem anderen Beruf?

Zahl der Arbeitsstunden? Arbeit tagsüber, Nachtdienst, Schichtdienst, ständiger Wechsel (wie lange schon)?

Welche Art von Arbeit, was besonderen unangenehm, schwierig, belastend, beschämend, was positiv? Umorganisation (EDV!), Mehrbelastung, Überforderung, Misserfolgs-Erlebnisse (unbezahlte, weil heimliche Überstunden um die geforderte Leistung doch noch zu erbringen?). Häufiger Wechsel des Arbeitsplatzes? Entspricht Arbeit den eigenen Vorstellungen, Fähigkeiten, Ansprüchen? Langeweile oder Stress bzw. beides abwechselnd? Früher oder derzeit besonderen Belastungen/Gefährdungen ausgesetzt (physikalisch, chemisch)? Arbeitsplatz-Unsicherheit, durch Entlassung, arbeitslos (seit wann?), Vorruhestand, berentet/pensioniert, Invaliden- oder Altersrente (weshalb, seit wann)? Nebentätigkeit(en), Doppelbelastung (Hausfrau und halbtags oder ganztags beschäftigt)?

Wie oft krankgeschrieben? Derzeit arbeitsunfähig?

- *Sozialer und finanzieller Status:* sozialer Auf- oder Abstieg (gegenüber Elternstatus)? Einkommens- oder Vermögensverhältnisse, wirtschaftliche Lage, finanzielles Auskommen, Schuldenlast? Verhältnis zu materiellen Gütern im Allgemeinen und dem allgemeinen Besitz im Besonderen.

- *Wohnverhältnisse:* obdachlos, nicht-sesshaft, häufiger Wohnortwechsel? Zimmer, Wohnung, Wohngemeinschaft, Untermiete, Pflegeheim, Altersheim, Behindertenheim, psychiatrische Klinik, Familienpflege u. a. In Herkunftsfamilie, mit Partner, mit eigener Familie? Wohnort, Wohnverhältnisse, häusliche Umgebung, finanzielle oder Nachbarschaftsprobleme: Auseinandersetzungen mit Vermietern, anderen Mietern, Untermietern, Grundstücksnachbarn, Wohnungsnachbarn usw.?

- *Besondere Belastungen:* Kriegsteilnahme, Gefangenschaft, Konzentrationslagerhaft, Vertreibung, Flucht, Folter, Vergewaltigung, Spätaussiedlung, Asyl, sonstige Entwurzelung u. a.?

- *Auswärtiger Arbeitnehmer:* woher, seit wann, wo untergebracht, wo übrige Familie, welche Arbeitsbedingungen?

- *Freizeit:* Art, Dauer, Interessen, Beschäftigung, Hobbies (welche)? Welche Freizeitwünsche bei mehr Zeit und Geld? Ist der Beruf das Hobby?

- *Reisen:* Wann und wo zuletzt, welche Bedingungen, Impfungen, ggf. Erkrankungen, Unfälle oder unzulängliche Behandlungen in entsprechenden Regionen?

- *Varia:* Lebensstil: Wie wird der Tag verbracht, was macht man abends, an

den Wochenenden? - Gibt es einen tragfähigen Freundeskreis? Wer? Was wird ggf. mit den Freunden unternommen? Gibt es diesbezüglich Änderungen (z. B. Enttäuschungen, Schicksalsschläge, Rückzug)? - Religiöse Einstellung und konfessionelle Bindung, Glaubensfähigkeit, Frömmigkeit u. a.? Politische, ethische u. a. Einstellung bzw. Weltanschauung. - Prägende Freundschaften und Vorbilder. - Aktivitäten in Clubs, Vereinen, karitativen Einrichtungen. - Rassische Vorurteile bzw. Vor- und Nachteile aus Nationalitäts- oder Volkszugehörigkeit u. a.?

- *Juristische Aspekte:* ggf. dissoziale oder asoziale Neigungen mit Folgen wie kriminelle Vergehen, Gerichtsverhandlungen, Verurteilungen, Bewährung, weitere Konsequenzen u. a.?

Psychosoziale Aspekte

- *Psychosoziale Ausgangslage:* erwünschtes oder unerwünschtes (auch Geschlecht), voreheliches, außereheliches/uneheliches Kind. Seelische Reaktion und psychischer Gesundheitszustand der Eltern, vor allem der Mutter vor, während und nach der Geburt.

- *Psychosozial vertiefte Charakterisierung* von Persönlichkeitsstruktur und Verhältnis bezüglich Vater, Mutter, Geschwister, Großeltern, anderen Bezugspersonen untereinander und vor allem zum Patienten: früher und jetzt. Kurzer Vergleich und Hinweis auf die Familiensituation.

- *Spezielle psychosoziale Aspekte:* familiäre Atmosphäre, Lebensstil, pathogene Umweltfaktoren. Belastende frühkindliche Bedingungen: z. B. zerrüttete Familienverhältnisse, längerer Krankenhaus- oder Heimaufenthalt von Vater oder Mutter bzw. Patient selber. Verwöhnungs- und Versagungs-Situationen, Schaukelerziehung u. a.

Wer dominierte in der Familie? Wer litt durch wen? Wen hat der Patient lieber gehabt - warum? Früher Tod eines Elternteils, Trennung oder Scheidung (als Patient ... Jahre alt war). Stiefvater/Stiefmutter, Pflegefamilie, Heimaufenthalt, Erziehung durch Großeltern oder andere Verwandte/Bekanntes: Halbweise, Waise, Adoptivkind, Stiefkind, Tageskrippe, im Ausland aufgewachsen, häufiger Wechsel von Wohnung, Ort oder Land usw.

- *Spezielle Erziehungs-Aspekte:* Einzelkind, ein oder mehrere Geschwister, Pendelerziehung, Inkonsequenz, überstrenge, leidvolle, überverwöhnende Erziehung, Mangel an Erziehung, Überforderung, Konkurrenz, Geschwister usw.

- *Wirtschaftliche Situation:* besonders belastende Vermögenslage und -Verteilung, soziale Notlage, alleinstehende (-erziehende) Mutter usw.

- *Spezielle psychische/psychosoziale Anamnese:* frühkindliche familiäre Situation (s. o.) sowie spätere psychosoziale Besonderheiten und ihre Folgen: Spielfähigkeit, Rolle/Position in der Gruppe der Gleichaltrigen, Außenseiter, Einzelgänger, „Rädelsführer“, Zugehörigkeit zu Gruppen, Vereinen, Clubs, ggf. Banden, verträglich/unverträglich, schüchtern, aggressiv. Entsprechende Hinweise auf seelische Unausgeglichenheit.
- *Psychische Brückensymptome* zu einem späteren Beschwerdebild, meist „neurotischer“/psychosomatischer Art (so genannte Primordial-Symptomatik): Erröten, Scheu, Schüchternheit, Scham, Weglaufen, Kopfschaukeln, langes Daumenlutschen, Nägelkauen, Ess- und Sprachstörungen, Erbrechen, Bett-nässen, Einkoten, verstärkte Angstzustände (wann, wo, warum - z. B. Dunkel-angst, Schulangst), nächtliches Aufschrecken, Schlafwandeln, Stottern, „Krämpfe“, „Anfälle“, Haare-ausreißen, Blut-quetschen, Schneiden, Ritzen, besondere Marotten u. a.
- In *psychosomatischer Hinsicht* von Interesse, weil ggf. ohne konkrete organische Ursachen (Fachbegriffe):

Herz-Kreislauf-Störungen, z. B. Hypertonie / Hypotonie, „Ohnmachten“ u. a.; Lungenfunktionsstörungen, z. B. funktionelle Atemstörungen, Hyperventilation, Husteln, Asthma, ständige Infektionen im Respirationstrakt; funktionelle Störungen im Gastrointestinaltrakt, z. B. Globusgefühl, Reflux, Reizmagen, Aerophagie, Flatulenz, Durchfall, chronisch-entzündliche Darmerkrankungen, Ess-Störungen; Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis, z. B. Weichteil-Rheumatismus, Fibromyalgie-Syndrom, Lumbalgien, Ischialgien, Polyarthrit; Stoffwechselerkrankungen und endokrine Störungen, z. B. Diabetes mellitus, Gicht, Hyperthyreose; somatoforme Störungen, z. B. psychovegetatives Syndrom (Somatisierungsstörung), psychogene Schmerzen (vor allem Spannungskopfschmerz), Schwindelzustände, psychogene Anfälle; gynäkologische Leiden, z. B. prämenstruelles Syndrom, chronischer Unterbauchschmerz, Klimakterium und Menopause, Operationsfolgen; dermatologische Leiden, z. B. Neurodermitis, Schuppenflechte, Akne vulgaris, periorale Dermatitis, Urtikaria, Alopecia, Kollagenosen u. a. m.

- *Suizidphantasien und -Impulse:* aktiv intendierte oder sich bereits passiv aufdrängende Suizidphantasien, Suizidimpulse, heimliche Suizidvorbereitungen oder gar -versuche, wann, wo, wie, warum?

Partnerschaft / Ehe

- *Allgemeine Aspekte:* ledig, verheiratet, verwitwet, geschieden, mehrfach verheiratet/geschieden, getrennt lebend?
- Erste und frühere *Freundschaften* oder ernstere Bindungen (wann, Alter-Differenz)? Derzeit Freund/Freundin (Zahl, wie lange), sonstige Beziehun-

gen/Verhältnisse? Partnerwechsel, wie häufig, wie alt? Gleichgeschlechtliche Partner (s. u.)?

- *Spezielle Aspekte:* derzeitige Partnerschaft/ Ehe: Partnerschaftsbeginn/ Eheschließung, Verhältnis, Altersdifferenz zum Partner (... Jahre jünger/ älter). Wie ist die Partnerschaft/Ehe entstanden? Was gefiel bzw. gefällt, irritiert, belastet, reizt, stößt ab? Welches sind die guten/schlechten Eigenschaften des Partners? Harmonisches/dysharmonisches Partner-/Eheleben? Konflikte, Auseinandersetzungen (offen, versteckt), Streit (wie oft, warum), Vorwürfe, Konsequenzen?

Verhältnis zu eigenen und Angehörigen des Partners, zu eigenen und gemeinsamen Freunden, Kollegen, Nachbarn u. a.?

Sexuelle Anamnese

Im Gegensatz zur Psychoanalyse wird die sexuelle Anamnese in der Psychiatrie noch immer zu zurückhaltend erhoben. Und dies, obgleich sie von großer Wichtigkeit ist und auch von der überwiegenden Mehrzahl der Patienten so empfunden wird.

Hemmungen bei der gezielten Exploration (Befragung) scheinen vor allem bei Frauen im Allgemeinen und solchen in mittleren und höheren Lebensalter im Speziellen, bei psychotischen Patienten eher als bei „neurotischen“ und bei der Grundsicht öfter als bei der Oberschicht vorzukommen.

Viel zu selten gefragt wird auch nach sexuellen Variationen und traumatischen sexuellen Erfahrungen (Inzest-Erlebnisse, Bedrängung, Bedrohung, Vergewaltigung). Ohne gezielte Fragen kann man aber nur selten entsprechende Informationen erwarten.

Um den Einstieg etwas zu erleichtern, bietet sich die Frage an, wie die damaligen Erziehungsberechtigten des Patienten ihrer Aufklärungspflicht nachgekommen sind. Dieses -meist übliche - Aufklärungs-Defizit erleichtert es dem Patienten oftmals, auch die anderen Fragen gezielt anzugehen. Zum Beispiel:

- Erste Sexualphantasien und -spiele, erste Pollution (Samenerguss), Onanie-Verhalten, erster sexueller Kontakt generell, dann erster Geschlechtsverkehr (jeweils Alter, wie erlebt?).

- Sexuelle Erlebnisfähigkeit (Orgasmus Fähigkeit früher, heute). Einstellung zur Sexualität generell und angesichts des derzeitigen Partners im Speziellen. Sexuelle Zufriedenheit, sexuelle Appetenz (Verlangen, Begehren, Bedürfnis), sexuelle Praktiken, sexuelle Empfindens-Störungen, Schmerzen beim Geschlechtsverkehr u. a.

- Frühere Beziehungen, Verhältnisse, Partnerschaften (Dauer, Zufriedenheit, Vor- und Nachteile).
- Aktuelle Partnerschaft (Dauer, Zufriedenheit), Partnerwechsel, Partnerwunsch, Heiratswunsch.

Dabei konkrete Fragen nach Erfüllung/Frustration, Einstellung zu Ehe, Promiskuität, Familienplanung (Konzeptionsverhütung, Interruptio u. a).

- Einstellung zu homoerotischen Aspekten generell, zu konkreten gleichgeschlechtlichen Sexualwünschen, ggf. eigene homoerotische Phasen bzw. aktuelles homoerotisches Sexualverhalten. Sexuelle Variationen?
- Sexueller Missbrauch (wann, wer, wo)? Vergewaltigung (in der Partnerschaft, außerhalb)? Sonstige traumatische sexuelle Vorerfahrungen. Inzest-erlebnisse (sexualisierte Beziehung zu einem Familienmitglied: von sexualisierten Liebkosungen bis zum Geschlechtsverkehr) usw.?

Gynäkologische Anamnese

Menarche (erste Menstruation/Monatsblutung). Periode: letzte Monatsblutung (Häufigkeit, Stärke, Dauer, Regelmäßigkeit), Menstruations-Beschwerden, körperliche, seelische und psychosoziale: Beschwerden, Stimmung, Aktivität, vegetative Folgen, zwischenmenschlich, Leistung beeinträchtigt u. a.

- Schwangerschaft und Entbindung, Fehlgeburten, Schwangerschaftsabbrüche (gewollt, erzwungen - von wem, durch was, wie verarbeitet)?
- Gynäkologische Operationen. Folgen.
- Menopause, klimakterische Beschwerden (körperlich, seelisch, psychosozial).
- Antikonzeptiva (welche?) und andere Hormon-Präparate?

Genuss- und Arzneimittel, Rauschdrogen

- *Genussmittel*: Alkohol (auch in Form von meist hochprozentigen „Gesundheitsmitteln“), Nikotin, Coffein (Kaffee, Tee, Cola-Getränke im Übermaß).
- *Arzneimittel*: besonders Schlafmittel, Schmerzmittel, Beruhigungsmittel, Weckmittel (auch Schlankheitsmittel!), Asthmamittel, Hormonpräparate (auch „Pille“), Abführmittel, ferner (in Fachbegriffen) Antidepressiva, Neuroleptika, Beta-Blocker, Anti-Parkinsonmittel, Antikonvulsiva, Antihistaminika u. a. Verordnet oder Selbstmedikation? Einnahmezuverlässigkeit? Missbrauch oder Abhängigkeitsgefahr? Einnahmearart (auch Tropfen, Suppositorien oder Spray kön-

nen bei entsprechender Substanz abhängig machen). Ferner Dosis, Häufigkeit, Dauer.

Wichtig: Auch nach Arzneimitteln fragen, die erst kürzlich abgesetzt wurden.

- *Rauschdrogen:* Art, Dosis, Häufigkeit, Dauer, auf welchem Wege erlangt?
- *Nicht-substanzgebundene Süchte:* z. B. Spielsucht, Kaufsucht.

Aktuelle Anamnese

- *Eigen-Anamnese:* Weswegen ist der Patient hier? Worunter leidet er? Weshalb kam er? Aus eigenem Antrieb, mehr oder weniger freiwillig oder gegen seinen Willen? Symptome genau beschreiben (lassen), möglichst in direkter Rede und in der vom Patienten angegebenen Reihenfolge (persönliche Wertung). Beginn der Symptomatik zeitlich genau fixieren: konkrete Fragen nach ersten Zeichen, Störungen, Folgen, ggf. ambulanten und stationären Behandlungen (wann, wo, wie, bei wem, wie lange, welche Therapie?). Wann Rückfälle, weshalb?

- *Fremd-Anamnese:* ärztliche Einweisung, telefonischer oder schriftlicher Arzt- oder Klinikbericht, Betreuer (früher Vormund), Sanitäter, Notarzt, Polizei? Partner, Kinder, Eltern, sonstige Angehörige, Heimleiter, Mitarbeiterinnen oder Vorgesetzte des Patienten sowie weitere Personen, die etwas wissen könnten (Kontaktaufnahme soweit ärztliche Schweigepflicht nicht berührt).

Wichtig: direkte Rede jeweils aufmerksam registrieren (Fehlleistungen!). Adressen und Telefonnummern notieren, ggf. Rückfragen ankündigen.

Eigene Namen, Klinikadresse und Klinik-Telefonnummer angeben (wenn es sich um den Aufnahmearzt handelt, dann auch die ab jetzt zuständige Station nennen).

Erster Eindruck

Der erste Eindruck ist wichtig (im Übrigen nicht nur für den Arzt, auch für den Patienten!). Beim Versuch, sich einen ersten Überblick über das äußere Erscheinungsbild zu beschaffen, empfiehlt es sich auf folgende Aspekte zu achten (häufig fließende Übergänge, die bisweilen nur aus didaktischen Gründen voneinander abgegrenzt sind):

- *Äußere Erscheinung:* allgemeines Aussehen, Kleidung, Größe/Statur, Mimik, Gestik, Sprache, Kontaktfähigkeit, Allgemein- und Ernährungszustand, Missbildungen und Gebrechen u. a. Im Einzelnen:

- *Konkrete äußere Hinweise:* Haarschnitt, Frisur, Rasur, Makeup, Zustand und Sauberkeit der Kleidung, sichtbare Narben, Behaarung. Diskrepanzen zwischen Alter und körperlicher Verfassung bzw. zwischen äußerem Erscheinungsbild und psychischem Zustand, Hygiene, auffallender Schmuck, Tätowierungen usw.
- Versuch einer ersten *intellektuellen Einschätzung:* globaler Eindruck, was mögliche geistige oder praktische Begabungen oder Mängel anbelangt.

Verhaltenshinweise des Patienten

Im Weiteren gilt es auf bestimmte Verhaltenshinweise im Verlaufe der Untersuchung zu achten. Im Einzelnen:

- *Sprechweise:* Lautstärke, Artikulation, Modulation, Tempo (beschleunigt, verzögert), Duktus (wechselnd, gleichmäßig), Klangfarbe, Pausen, Abbrüche, Sperrungen u. a.
- *Sprache:* grammatikalischer Aufbau, Wortschatz, Weitschweifigkeit, Sprachverarmung, Floskeln, Jargon-Ausdrücke sowie erste Registrierung psychopathologischer Auffälligkeiten, z. B. (in Fachbegriffen) Ideenflucht, Inkohärenz, Perseverationen usw.
- *Körperhaltung:* aufrecht, straff, Imponiergehabe, steif, verkrampft, gespannt, drohend, gelöst, ungezwungen, locker, schlaff, gebeugt, unscheinbar, bizarr, abwehrend usw.
- *Spezielles Ausdrucksverhalten, insbesondere Mimik:* differenzierte Betrachtungsweise von Obergesicht (Stirn, Brauen, Lider, Augen) und Untergesicht (Nasenflügeln, Ober- und Unterlippe, Mundwinkel, Unterkiefer, Kaumuskulatur).

Äußerlich: ausgewogen, lebhaft, locker, überexpressiv, ungesteuert, ausdrucksarm, spärlich, müde, stumpf, unmoduliert, verkniffen, grimassierend, Tics, maskenhaft, verschoben u. a.

Innerlich: ausgeglichen, gelassen, zuversichtlich, unbeschwert, optimistisch, fröhlich, heiter, euphorisch, ernst, skeptisch, pessimistisch, resigniert, verzagt, mutlos, bedrückt, niedergeschlagen, gequält-depressiv, missgestimmt, missmutig, ängstlich, angstvoll, in Panik, misstrauisch, argwöhnisch, gereizt, dysphorisch, aggressiv, wütend, feindlich u. a.

- *Gestik:* Kopf, Fingerspiel, Beine, Arme, Rumpf. Beispiele: zögernd, schleppend, adynamisch, fahrig, zappelig, hastig, zuckend, sich windend, „zerfahren“, hochgezogene Schultern, Kopf geduckt, Oberarme eng am Körper angelegt, abwehrende Gesten der Arme, Händeringen, Rumpfbewegung versteift,

ruckweises Hin- und Her-Bewegen, Ballen der Faust, stoßende Fußbewegungen, „Barriere-Gesten“ (Verschränkung der Arme vor der Brust, ausgesteckte Beine) usw.

- *Gangart*: kraftvoll, ausgreifend, schwungvoll, elastisch, federnd, schleppend, schlurfend, trippelnd, verspannt, kleinschrittig, mehrschrittiges Umdrehen u. a.
- *Körperpflege*: gepflegt, aufgemacht, parfümiert, „inadäquat“ (Geschlecht, Alter und Mode berücksichtigen!), ungepflegt, verwahrlost, verschmutzt usw.
- *Kleidung*: geordnet, betont modisch, schlicht, unauffällig, salopp, unangepasst, skurril, verwahrlost u. a.
- *Kontakt und Mitarbeit*: distanziert, distanzlos (z. B. Mangel an Taktgefühl, Witzeleien, plumpe Vertraulichkeiten, sexuelle Anzüglichkeiten, unangemessene, z. B. aufreizende Haltung usw.). Eingehen auf oder Übergehen von Fragen des Untersuchers, absichtliche Fehlantworten, Gereiztheit, Simulations- bzw. Dissimulationsversuche, ggf. Verdacht auf Aggravation oder vorge-täuschte Störungen.
- *Benehmen / Umgangsformen*: natürlich, unbefangen, scheu, schüchtern, befangen, devot-unterwürfig, ratlos, gewandt, sicher, korrekt, höflich, steif, gekünstelt, leutselig, herablassend, burschikos, distanzlos, aufdringlich, rücksichtslos, verbal/brachial aggressiv, gleichgültig, abweisend, stumpf, apathisch u. a.

<p>EXKURS: ANAMNESE BEI PATIENTEN MIT „NEUROTISCHEN“, BELASTUNGS- UND SOMATOFORMEN STÖRUNGEN</p>

Beim Studium der eher psychiatrischen bzw. mehr psychotherapeutisch orientierten Anamnese-Techniken fällt auf: Einerseits gibt es viele Parallelen und fließende Übergänge, andererseits konkrete Unterschiede, die das jeweilige Krankheitsbild nahelegt. Entscheidend ist dabei jedoch nicht die schematische oder gar rigide Anwendung des Anamnese-Schemas, sondern das Gespür, wie man bei welchem Patienten mit seinem spezifischen Leiden den besten Zugang und die größtmögliche Hilfestellung über eine adäquate Anamnese und Befunderhebung sichern kann. Daraus ergibt sich im Laufe der Erfahrung eine flexible, vor allem dem jeweiligen Kranken und seiner spezifischen Situation angepasste Art der Anamnese-Erhebung.

Nachfolgend eine stichwortartige Auswahl der wichtigsten Aspekte (nach R. Klußmann u. a.), wobei in diesem Falle ganz besonders auf die weiterfüh-

rende Spezial-Literatur hingewiesen werden soll (siehe Literaturverzeichnis am Ende dieser Serie):

Ziele der Diagnostik

Ziele der Diagnostik sind das Erkennen der Krankheit, der Vorschlag zur konkreten Therapie und der Aufbau eines Arbeitsbündnisses. Im Einzelnen, ohne dabei auf nomenklatorische Aspekte einzugehen, d. h. wie nannte man früher und bezeichnet heute die einzelnen Krankheitsbilder, je nach Zeit und Klassifikation (z. B. ICD-10 der WHO oder DSM-5[®] der APA):

- *Erkennen der Krankheit:* Versuch, mittels positiver Kriterien zu bestimmen, welche „neurotische“ (und/oder psychosomatische) Störung/Erkrankung vorliegt. Dabei gilt es einen Zusammenhang zwischen krankheitsauslösender Konfliktsituation und der (äußeren) Lebens- bzw. der (inneren) Erlebensgeschichte nachzuweisen.
- *Vorschlag zur Therapie:* Dabei muss die Entscheidung getroffen werden, ob die Erkrankung mit psychotherapeutischen Verfahren zu verbessern/heilen ist und wenn ja, mit welchen.
- *Aufbau eines Arbeitsbündnisses:* Zuletzt muss die Grundlage der Zusammenarbeit zwischen Arzt/Therapeut einerseits, zwischen dem Erstuntersucher und weiterbetreuenden und/oder behandelnden Kollegen andererseits geschaffen werden.

Vorbedingungen für die Anamnese-Erhebung

Als Vorbedingungen für die Anamnese-Erhebung gelten:

- dem Patienten einen breiten Freiraum lassen
- dem Patienten die Aktivität des spontanen Erzählens gewähren
- den Patienten nicht drängen
- auf seine Wünsche nur soweit eingehen, wie es der Realität entspricht
- viel Zeit einplanen zum Erstinterview
- keine Störung (Telefonanrufe von außen) zulassen
- keine Ungeduld, kein Zeitmangel
- behagliche räumliche Umgebung

Zur *Gesprächshaltung des Interviewers* gilt:

- freischwebende Aufmerksamkeit
- verständnisvolle Zurückhaltung
- keine Kritik, kein Urteil fällen, keine Auseinandersetzungen provozieren

Konkrete Hinweise zur Anamnese-Erhebung

Die Anamnese bei Patienten mit neurotischen bzw. psychosomatischen Störungen gliedert sich wie folgt:

- *Beschreibung der Symptomatik (Beschwerdebild)* im psychischen, charakterologischen und körperlichen Bereich
- Darstellung der inneren und äußeren Situation des Patienten bei *Beginn der Symptomatik, wesentlicher Verbesserung, wesentlicher Verschlechterung bzw. bei Symptomwandel (Änderung des Leidensbildes)*
- *Persönlichkeitsstruktur* bei Beginn der Erkrankung und zum Zeitpunkt der Untersuchung: Reaktion auf Symptomatik, Konstitution, Intelligenz, Begabung usw.
- *Psychogenetische Faktoren*, die zu dieser Persönlichkeitsstruktur geführt haben: frühkindliche Situation, vermutliche Anlagefaktoren, spätere Entwicklung
- *Zusammenfassung und prognostische Beurteilung (Heilungsaussichten)*

Zweck der Anamnese-Erhebung

Die erweiterte Anamnese ist anders als die übliche klinische Erhebung der Krankheitsgeschichte:

Sie stellt keine Einleitung oder Ergänzung eines Untersuchungsverfahrens dar, sondern ist bereits das Untersuchungsverfahren selber. Sie dient der Diagnose-Stellung, der ersten prognostischen Orientierung sowie der Differential-Indikation psychotherapeutischer Verfahren (d. h. was könnte besonders zielführend sein).

Untersuchungs-Verhalten bei Anamnese-Erhebung

Der Untersucher muss möglichst nicht-direktiv, zurückhaltend und rezeptiv bleiben. D. h. er muss den Patienten mit sparsamen Anregungen viel sprechen lassen, ihn aufmerksam beobachten und den Eindruck einer „mechanischen Abfragetechnik“ unbedingt vermeiden.

Gezielte anamnestische Fragen

Bei den gezielten anamnestischen Fragen geht es nicht nur um Symptomatik und konfliktauslösende Situationen, sondern auch um Persönlichkeitsstruktur, Psychogenese u. a. Im Einzelnen:

Symptomatik

„Was hat Sie zu uns geführt?“ „Worunter leiden Sie?“ „Weswegen haben Sie den Arzt aufgesucht?“ Spontane Äußerungen abwarten. Sich ein Bild von den subjektiv quälenden Symptomen machen.

Welche Symptomatik, über die der Patient spontan berichtet, ist zu beobachten (Tic, Tremor), welche sichtbaren Symptome erwähnt er nicht? Zusätzliche Fragen nach Stimmungslage, Zwangsvorstellungen, -impulsen und -handlungen, nach Angst, kognitiven (geistigen) Einbußen, körperlichen Beeinträchtigungen und organischem Befund (Appetit, Stuhlgang, Schlaf, Magen-Darm- oder Herzbeschwerden u. a.).

Welche Befunde und Diagnosen liegen vor? Sind noch Ergänzungs-Untersuchungen notwendig und zu veranlassen? Frühere körperliche Erkrankungen und Behandlungen?

Konfliktauslösende Situationen

Beginn der Symptomatik: möglichst genau, besonders im letzten halben Jahr; Lebensalter und Jahr für Jahr jede Symptomatik angeben.

Wie war die damalige Lebenssituation?

„Lebenssituation“ ist ein komplexer Begriff. Man pflegt zu differenzieren in

- *Familie und Beziehungsperson(en)*: Ist jemand gestorben, neu in die Familie gekommen oder in Beziehung zu dem Patienten getreten? Verlobung, Heirat, Abbruch einer Partnerschaft, Kinder, sonstige Veränderungen, Sexualität u. a.
- *Berufs-Situation*: Veränderungen, Pläne, Fehlschläge, Wünsche, Befürchtungen usw.
- *Besitz-Verhältnisse*: Erbschaft, Änderung des Einkommens, Ansprüche, Verpflichtungen, Schulden, Befürchtungen, Hoffnungen.
- *Besondere Erlebnisse*: Umzug, Flucht, Krieg, Bedrohung jeglicher Art, Gefangenschaft, politische Schwierigkeiten u. a.

- *Charakteristisches Verhalten*: Was vergisst der Patient? Was äußert er nicht spontan? Wo verhält er sich auffällig, ungewöhnlich? Versuchungs- und Versagungssituationen in Beziehung zu Erleben, Fehlverhalten und Symptomatik.

Persönlichkeitsstruktur

Wichtig ist nicht zuletzt der prä morbide Zustand. Im Einzelnen:

- Wie hat der Patient die entsprechende Situation damals erlebt und sich verhalten?
 - Allgemeines Lebensgefühl, Wünsche, Pläne, Hoffnungen, Religiosität, Freizeit
 - mitmenschlicher Kontakt, Einordnen, Geselligkeit
 - Einstellung dem Besitz gegenüber (im weitesten Sinne)
 - Geltungs- und Aggressionsstreben
 - Einstellungen in Bezug auf Liebesfähigkeit und Sexualität
- Was hat sich dem gegenüber heute verändert (Verschlechterung, Besserung, Reaktionen auf die Symptomatik)?

Wichtig: Bei der Sparte Persönlichkeitsstruktur / prä morbider Zustand (vor der Erkrankung) sind besonders „neurosen“-strukturelle Zusammenhänge (Bequemlichkeit, Riesen-Ansprüche, -Erwartungen und -Wünsche, Selbstbild, Selbstvertrauen, Eigen-Fürsorge und Selbst-Schutz, Überkompensation, Schuldgefühle, Ideologien usw.) zu beachten, auch hinsichtlich der auslösenden Situation.

Beschreibung des Patienten: Außer den tiefenpsychologischen Fakten sind zur Beurteilung der Persönlichkeit wichtig:

Konstitution (evtl. familiäre Belastung), äußeres Aussehen, Intelligenz, besondere geistige und handwerkliche bzw. praktische Begabungen und Mängel sowie Beruf (Ausbildung, Wissen, Können).

Falls nötig, sind entsprechende Tests zu nutzen: Intelligenz, Charakter, Initialtraum, „drei Wünsche“, „das Liebste“ usw.

Psychogenese

Die Frage lautet: Wie ist gerade diese Persönlichkeitsstruktur zustande ge-

kommen, auf deren Boden sich dann die vorliegende Symptomatik entwickelte? Dabei geht es um ein möglichst genaues Bild von den Lebensumständen und Beziehungspersonen in der frühen Kindheit sowie von der Art, wie sich der Patient damals erlebt, verhalten und weiterentwickelt hat.

Die sorgfältige Anamnese bezüglich Lebensumständen und Beziehungspersonen ist unverzichtbar. Allerdings hat man damit keinesfalls alle relevanten Aspekte erfasst. Denn zur Persönlichkeitsstruktur gehören auch Temperament- und Begabungsfaktoren, die Lebensschicksal und -erfolg sowie vielleicht sogar den Typus der evtl. späteren psychischen Erkrankung erheblich mitbestimmen. Bei diesen Temperaments- und Begabungsfaktoren handelt es sich wahrscheinlich eher um den somatischen (körperlich begründeten) Untergrund der Persönlichkeit, dem sich die Lebens- und Lernerfahrungen mit Bildung von Einstellungen, Haltung, Motivation, Vorurteilen überlagern. So gesehen zeigt sich erst die ganze Vielschichtigkeit einer Persönlichkeitsstruktur.

Nachfolgend die wichtigsten Einzel-Aspekte, die zu klären sind:

1. Aus *welchem sozialen Milieu* stammt der Patient: Berufs- und Ehesituation der Eltern, Wohnung, Hausangestellte, Großeltern usw., sozialer Auf- oder Abstieg?
2. *Charakteristik der Eltern*: zu erfragen ist die Persönlichkeitsstruktur von Vater und Mutter getrennt, ferner Alter, Religion, „Frömmigkeit“, „Sittensstreng“ usw. Wer hat in der Ehe dominiert? Welche geistigen Bezugspersonen waren vorhanden?
3. Was ist über *Geburt und Schwangerschaft* bekannt: erwünschtes Kind? Auch im Geschlecht? Seelische Reaktion und Gesundheitszustand der Mutter vor, während und nach der Geburt. Ist das Kind gestillt worden?
4. Datum der *Eheschließung der Eltern* und deren Alter.
5. Auffälligkeiten in der frühen Kindheit, so genannte *Prämordial-Symptomatik*: Nägelkauen, langes Daumenlutschen, Ess- und Sprachstörungen, Erbrechen, Einnässen, Einkoten, Pavor nocturnus (nächtliche Angstanfälle), Anfälle, Haarausreißen u. a. Ferner frühkindliche Erkrankungen wie Ernährungsstörungen, Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivität, Dreimonats-Kolik, Krankenhausaufenthalte u. a.
6. *Stellung in der Geschwisterreihe, Beziehung zu den Geschwistern*: Geschlecht, Altersunterschiede, Reaktion auf die Geburt neuer Geschwister; Erlebnisse mit ihnen; spätere Beziehungen; Familien-Anekdoten u. a.
7. *Verlauf der Kindheit*: nach frühesten Erinnerungen fragen (wörtlich, direkte Rede, oft entstellt, Deckerinnerungen). - Was ist aus Berichten von Ange-

hörigen bekannt: Sauberkeitsgewöhnung, motorische Entwicklung, Trotzphase, Sprachentwicklung, Frage-Alter, Erziehungs-Prinzipien, Tischgewohnheiten (musste aufgegessen werden oder nicht?) usw. Sprechen bei Tisch? - Eigene Erinnerungen: Vorschulalter, Spiele/Spielfähigkeit, Einzelgänger, Rädelsführer, lebhaftes/stilles Kind, verträglich/unverträglich, schüchtern / aggressiv, Störer, Klassenclown, Schulzeit (Art der Schule, Abschluss, Leistungen, Lieblingsfächer), Spitznamen u. a.

- *Späterer Lebenslauf*: Pubertät, Aufklärung, Onanie, erster Sexualverkehr, sexuelle Entwicklung, Berufsausbildung, Ehe, Entwicklung bis zum Beginn der Symptomatik u. a.

Anhang: „Biographie der Freude“ nicht vergessen

Zum Schluss noch einige Zeilen zu einem Aspekt, der meist unberücksichtigt bleibt, obgleich er hilfreiche Einblicke ermöglichen kann (nach Verena Kast):

Bei der Erhebung der Anamnese - sei sie psychiatrisch oder „neurosen“-psychologisch orientiert - besteht oftmals die Neigung, das schwierige Erleben in den Vordergrund zu rücken. Selbstverständlich kommt ein Patient zu seinem Arzt oder Psychologen in der Regel nur dann, wenn er unüberwindbare Probleme oder Sorgen hat bzw. unter Funktionsstörungen oder Krankheiten leidet. So konzentriert sich die Erhebung von Anamnese und psychischem Befund notgedrungen auf diese negativen, belastenden Erlebnisse - und bleibt dabei.

D. h.: Meist werden die „Oasen der Freude“ übergangen. Dabei ist dieser Begriff viel zu eng und umfasst natürlich noch Aspekte wie Glück, Geborgenheit, Zufriedenheit, Dankbarkeit, aber auch Bescheidenheit, inneren Frieden u. a. Doch werden diese Aspekte angesprochen, dann stellt sich heraus, dass sie häufig übersehen wurden.

Das aber ist ein großer Fehler. Denn die „Biographie des Leids“ umfasst nicht das ganze Leben und den ganzen Menschen. Auch die Freude und ihre verschiedenen Variationen gehört dazu und ist ein wichtiger Teil von Leben und Erleben, auch wenn ihre Bedeutung bisher verkannt wurde. Das kann zu einem folgenschweren anamnestischen Defizit werden, und zwar nicht nur in der Technik der Anamnese-Erhebung (emotionale Öffnung), sondern auch im therapeutischen Sinne.

Deshalb gilt es den Patienten zu der Erkenntnis zu führen, dass selbst ein Leben voller Probleme oder gar Leid nicht ohne stille und offene Freuden sein muss - und dass man solche Oasen der Freude als Quelle der Kraft nicht brachliegen lassen sollte.

Die Freuden-Erinnerungen werden umso lebendiger, je mehr es gelingt, diese Erinnerungen so eindrucksvoll wie möglich in das Bewusstsein zurückzuholen, am besten in mehreren Wahrnehmungs-Modalitäten. Dies gelingt beispielsweise mit der Methode der Imagination, der bildhaften Vorstellung. Der einfachste Zugang scheint zur Freude des Vorschulkindes zu sein, wobei man sich durch seine Einbildung in eine Bewegung oder ein ruhiges Spiel zurückversetzen lässt, auf jeden Fall Ereignisse, die damals viel Freude ausgelöst haben. Vertiefen kann man das noch durch Geräusche, Düfte usw.

Die Frage, was aus diesen Freuden geworden ist, schlägt dann die Brücke zur aktuellen Lebenssituation. Außerdem vermittelt sie Erkenntnisse zum Thema Freuden-Kontrolle, aber auch zur Art, wie Freuden stimuliert, zugelassen oder gedämpft werden. In diesem Zusammenhang werden im Übrigen auch die „stillen Freuden“ immer wichtiger. Auch darf durchaus einmal das Thema der Schadenfreude gestreift werden.

Dieser Aspekt betont im Übrigen noch einmal die bereits dargestellte Erkenntnis, dass in der „neurosen“-psychologischen Exploration die Anamnese bereits Beginn und damit Teil der Therapie ist. In der psychiatrischen Exploration wird dies zwar nicht so deutlich, ist aber im Grunde ähnlich.

Deshalb ist eine fundierte Anamnese so wichtig. Sie entscheidet nicht nur bezüglich Information und damit Datenlage, sondern auch zwischenmenschlich ganz wesentlich über das, was danach kommt: die Therapie und damit die Frage der Prognose, d. h. Behandlungserfolg oder nicht.

LITERATUR

Grundlage vorliegender Ausführungen aus psychopathologischer Sicht sind unter anderem die Fachbücher:

Kast, V.: Freude – Inspiration – Hoffnung. Walter-Verlag, Olten und Freiburg 1991

Klußmann, R.: Psychotherapie. In: V. Faust (Hrsg.): Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Klinik, Praxis und Beratung. Gustav Fischer-Verlag, Stuttgart-Jena-New York 1996

Scharfetter, C.: Allgemeine Psychopathologie. Eine Einführung. 7. Auflage. Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 2017

Weitere Literaturhinweise siehe am Ende dieser Psychopathologie-Serie.