



APOLLON
Akademie

HPPS01Y

Psychotherapie

Untersuchung und Befund
Allgemeine Psychopathologie (Teil 1)



HPPS01Y

Psychotherapie

**Untersuchung und Befund
Allgemeine Psychopathologie (Teil 1)**

Dr. Björn Migge

Werden Personenbezeichnungen aus Gründen der besseren Lesbarkeit nur in der männlichen oder weiblichen Form verwendet, so schließt dies das jeweils andere Geschlecht mit ein.

Falls wir in unseren Studienheften auf Seiten im Internet verweisen, haben wir diese nach sorgfältigen Erwägungen ausgewählt. Auf die zukünftige Gestaltung und den Inhalt der Seiten haben wir jedoch keinen Einfluss. Wir distanzieren uns daher ausdrücklich von diesen Seiten, soweit darin rechtswidrige, insbesondere jugendgefährdende oder verfassungsfeindliche Inhalte zutage treten sollten.

Psychotherapie

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	1
1 Untersuchung und Anamnese	3
1.1 Erstgespräch	4
1.2 Patiententypen im Erstgespräch	6
1.2.1 Motivierte Klienten	7
1.2.2 Abwehrende/geschickte Klienten	7
1.2.3 Schwer kranke Klienten	7
1.3 Anamnese	9
1.4 Befund	13
Zusammenfassung – Kapitel 1	15
2 Allgemeine Psychopathologie	19
2.1 Bewusstseinsstörungen	21
2.1.1 Quantitative Störungen des Bewusstseins	23
2.1.2 Qualitative Störungen des Bewusstseins	24
2.2 Störungen von Aufmerksamkeit, Konzentration und Auffassung	25
2.3 Gedächtnisstörungen	26
2.4 Orientierungsstörungen	28
2.5 Denkstörungen	28
2.5.1 Formale Denkstörungen	29
2.5.2 Inhaltliche Denkstörungen	31
Zusammenfassung – Kapitel 2	39
Schlussbetrachtung	46
Anhang	
A. Lösungen der Aufgaben zur Selbstüberprüfung	47
B. Abbildungsverzeichnis	51
C. Einsendeaufgabe	53

Einleitung

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,

herzlich willkommen zum ersten Studienheft dieses Fernkurses. Sie haben bereits die Einführung zum Kurs in Ihrer Kursinformation gelesen. Daher wissen Sie schon ungefähr, wohin unser Ausflug in die menschliche Psyche gehen wird.

Zunächst lernen Sie die Grundlagen der westlichen wissenschaftlichen Psychiatrie und Psychotherapie kennen. Sie erfahren, wie die psychischen Grundfunktionen genannt werden und welche Störungen auftreten können. Dabei müssen Sie zunächst viele Fachbegriffe der **allgemeinen Psychopathologie** erlernen.

Warum beginnen wir nicht sofort mit interessanten psychischen Erkrankungen und deren Behandlung? Um diese Frage zu beantworten, erinnern Sie sich:

Um in Deutschland als Psychotherapeut zu arbeiten, ist Folgendes erforderlich:

- Arzt zu sein (mit ärztlicher Approbation^{a)}) oder
- psychologischer Psychotherapeut zu sein (psychotherapeutische Approbation) oder
- Heilpraktiker zu sein, begrenzt auf das Gebiet der Psychotherapie.



a) **Approbation** (lat. *approbatio* Zustimmung, Anerkennung): staatliche Erlaubnis zur Ausübung des Berufes als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker, psychologischer Psychotherapeut.

In der amtsärztlichen Prüfung werden Sie **von mindestens einem Arzt (manchmal auch vom Amtsarzt und einem Psychiater) geprüft**. Daher sollten Sie mit der medizinischen und wissenschaftlich-psychologischen Herangehensweise an das Thema Psychotherapie vertraut sein.

In der westlichen Welt haben sich Ärzte, Psychologen und andere Wissenschaftler auf Folgendes geeinigt:

- eine wissenschaftliche Denktradition (über Entstehungsursachen, Kategorien u. a.) und
- ein spezielles Fachvokabular (eine spezielle Terminologie¹).

Es ist uns wichtig, dass Sie diese Weise des Denkens, Einteilens und Benennens erlernen, damit Sie in der amtsärztlichen Prüfung ein kompetenter Gesprächspartner sein können, – jemand, der die gleiche Sprache wie der Prüfer spricht.

Doch auch wenn Sie nicht planen, die eingeschränkte Heilpraktikerprüfung abzulegen, werden Sie davon profitieren, zunächst die anerkannten Grundlagen des Fachs zu erlernen.

Die meisten erfahrenen Psychotherapeuten und auch Psychiater berichten, dass sie die Themen der allgemeinen Psychopathologie zunächst wenig interessiert haben und dass sie den Stoff recht „trocken“ fanden. Erst im weiteren Studium entwickeln die meisten Fachleute ein großes Interesse für die Grundfunktionen des Geistes, mit denen sich die beiden ersten Studienhefte beschäftigen.

1. **Terminologie** (lat. *terminus* Grenze, Schluss, Bezeichnung, Abgrenzung; gr. *logos* Wort, Sprache, Lehre): Fachsprache einer Wissenschaft (hier: „Medizinersprache“); **Terminus**: Fachbegriff.

Einen wichtigen Punkt haben wir noch nicht erwähnt: Erst wenn Sie die Grundzüge der Fachsprache beherrschen, werden Sie die interessanten seelischen Erkrankungen und Fallgeschichten der folgenden Studienhefte richtig verstehen und somit auch professionelle Diagnosen stellen und Therapiepläne entwickeln können.

Hinweis:

Damit Sie es leichter haben, diese Fachsprache zu beherrschen, haben wir nach jedem Kapitel eine Zusammenfassung für Sie erstellt. Die Seiten der Zusammenfassung können Sie dann kopieren oder aus dem Studienheft sogar abtrennen. Auf diese Weise werden Sie jederzeit, auch unterwegs, die Fachbegriffe lernen und wiederholen können.

Sie werden in diesem Studienheft Folgendes lernen:

- **Informationen erfragen:** Sie werden lernen, welche Daten Sie in den ersten Gesprächen mit dem Patienten² erfragen sollten. Diese Befragung wird traditionell „Untersuchung“ genannt. In unserem Kurs werden wir meist von einem **Erstgespräch** und einer **Anamneseerhebung**³ sprechen.
- **Befund erheben:** Der Befund beschreibt, welche Störungen der psychischen Grundfunktionen beim Patienten vorliegen. Sie werden beispielsweise lernen, welche Störungen des Denkens es gibt, wie man diese einteilt und benennt. Die einzelnen Bausteine normaler und gestörter Funktionen fügen wir dann zusammen zu einem **psychopathologischen Befund**⁴. Wir werden von dieser traditionellen Bezeichnung abweichen und meist von einem **psychischen Befund** sprechen, da nicht alles „pathologisch“ (krankhaft) sein muss, was wir an Informationen sammeln. Der Befund setzt gute Kenntnisse der **allgemeinen Psychopathologie** voraus. Daher werden wir uns mit diesem Grundlagenfach etwas näher befassen.

In den ersten Studienheften beschäftigen wir uns mit dem Thema der seelischen Gesundheit und der seelischen Krankheit aus einer allgemeinen wissenschaftlichen Perspektive, wie sie Ärzten und nicht spezialisierten Psychologen vertraut ist.

Zunächst wenden wir uns nun den Themen Untersuchung und Befund zu.

Viel Erfolg mit dem ersten Studienheft!

Hinweis:

Anmerkung zu den Fällen oder Patientenvorstellungen: Jede Ähnlichkeit mit tatsächlich lebenden Personen wäre rein zufällig und ist nicht beabsichtigt.

2. **Patient:** Wir gebrauchen synonym häufig den Begriff Klient.

3. **Anamnese** (gr. anamnesis Erinnerung): Gespräch mit dem Kranken über Art, Beginn, Verlauf der Erkrankung, über persönliche Daten, Lebensgeschichte u. a.

4. **Pathologie** (gr. patho-: Präfix mit der Bedeutung Schmerz/Krankheit; gr. -logie, von logo, logos: Lehre): Lehre von den abnormen körperlichen und seelischen Veränderungen, von ihrer Ursache (**Ätiologie**), ihrer Entstehung und Entwicklung (**Pathogenese**) u. a.

1 Untersuchung und Anamnese

Lernziele:

In diesem Kapitel lernen Sie, wie eine Untersuchung bzw. ein Erstgespräch mit einem Klienten durchgeführt wird und wie in diesem Rahmen eine Anamnese erhoben wird.

Außerdem lernen Sie, verschiedene Typen von Klienten zu unterscheiden.

Psychische Erkrankungen wurden anfangs von Ärzten mit wissenschaftlichen Methoden untersucht. Zumindest gilt dies für unsere westliche Welt. Daher wurden Begriffe der somatischen Medizin in die Fächer Psychiatrie und Psychotherapie übernommen. Aus dieser Tradition ist es verständlich, dass wir auch heute noch von **Untersuchung** (oder **Exploration**⁵) sprechen, wenn es darum geht, vom Patienten Informationen zu erhalten.

In der **körperlich orientierten (somatischen⁶) Medizin** besteht die Untersuchung u. a. aus:

- Anamnese (Krankengeschichte)
- Inspektion (Anschauen)
- Palpation (Befühlen, Abtasten)
- Perkussion (Beklopfen)
- Auskultation (Abhören)
- Zusatzuntersuchungen (EKG, Labor, Röntgen usw.)
- Tests

In der **Psychotherapie** verfolgt die Untersuchung drei wesentliche Ziele:

1. Aufbau eines Arbeitsbündnisses
2. Erkennen einer Krankheit oder Störung vor dem Hintergrund der Lebensgeschichte
3. Planen des weiteren Handelns: einen spezifischen Therapieplan für diesen speziellen Klienten entwickeln und mit den gewonnenen Informationen wissenschaftlich begründen können



5. **Exploration** (lat. *explorare* erproben): Erkundung, Untersuchung.

6. **Soma** (gr. Körper), **somatisch**: den Körper betreffend;

somatische Medizin (Jargon: Organmedizin): Fächer, die nicht psychotherapeutisch, psychiatrisch, sozialmedizinisch orientiert sind, also Chirurgie, innere Medizin, Urologie usw.



Übung 1.1:

Bevor Sie weiterlesen, überlegen Sie sich bitte, wie Sie im Kontakt mit einem Patienten diese drei Ziele erreichen können.

Wie würden Sie ihm gegenüberreten? Welche Fragen müssten Sie ihm stellen? Was wäre für Sie wichtig zu wissen? Was würden Sie konkret tun?

In den folgenden Abschnitten finden Sie die Antworten auf diese Fragen.



Abb. 1.1: Erster Kontakt mit Patienten

1.1 Erstgespräch

Vor dem ersten ausführlichen Patientengespräch wird es einen kurzen **Kontakt** zwischen Klient/Patient und Therapeut geben, in dem Termine, Kosten und andere organisatorische Fragen geklärt werden. Dies kann auch schriftlich (z.B. per E-Mail) oder telefonisch geschehen. Dieser Kontakt wird aber noch nicht Erstgespräch genannt.

Der erste ausführliche Patientenkontakt – das **Erstgespräch** – hat folgende Bausteine:

- die Erhebung einer Anamnese
- die Erhebung des Befunds
- das Stellen einer vorläufigen Diagnose (als Arbeitshypothese).

Woraus besteht eine psychotherapeutische oder psychiatrische Untersuchung genau?

Anamnese

- aktuelle psychische Krankengeschichte
- psychische Vorgeschichte
- somatische Vorgeschichte
- Biografie (inkl. beruflicher Werdegang, soziale Situation u.a.)
- Familienanamnese (soziale, somatische, psychische Vorgeschichte)

Befund

- psychischer Befund (auf der Grundlage der allgemeinen Psychopathologie)
- körperlicher Befund
- Testverfahren

Diagnose⁷ und Differenzialdiagnose

Zunächst wird eine vorläufige Diagnose gestellt („Arbeits- oder Verdachtsdiagnose“, siehe Studienheft HPPS02Y).

Wie verläuft ein Erstgespräch?

Das Gespräch beginnt zunächst als **unstrukturiertes Interview**: Der Therapeut lässt den Klienten über den Grund seines Kommens berichten. Der Klient bestimmt dabei meist die Themen. Der Therapeut sollte darauf achten, dass der erzählerische Anteil des Gesprächs (narrativer Anteil) genügend Raum erhält. Die Atmosphäre sollte offen und akzeptierend sein.

Im weiteren Verlauf des Gesprächs übernimmt der Therapeut eine aktivere Rolle und strukturiert das Gespräch (**gezielte Exploration**). Dies darf und sollte dem Klienten auch angekündigt werden, zum Beispiel wie folgt formuliert:

„Soweit ich bisher verstanden habe, geht es Ihnen u. a. darum, dass ... / machen Sie sich Sorgen um ... / wollen Sie gern erreichen, dass ...“ Greifen Sie hier bitte die Aussagen des Klienten auf.

„Damit ich mir ein genaueres Bild machen kann, würde ich Ihnen gern eine Reihe von Fragen stellen, damit ich ein Grundgerüst an Informationen erhalte. Da ich mir vermutlich nicht alles merken kann, werde ich während unseres Gesprächs Notizen machen und mir wichtige Daten und Aussagen aufschreiben.“

Diese Informationen können Sie durch **Fragebögen, Lebensläufe** u. a. ergänzen, die der Klient bereits zu Hause ausgefüllt hat oder die er im Wartezimmer ausfüllt. **Partner- und Familiengespräche** führen zu weiteren wichtigen Informationen und erlauben einen Einblick in das persönliche Umfeld des Klienten.

Hinweis:

Welche weiteren Informationen später erhoben werden müssen, um eine **tiefenpsychologische Anamnese** zu gewinnen, werden wir Ihnen im Verlauf dieses Fernkurses an verschiedenen Stellen noch aufzeigen. Durch eine tiefenpsychologische Befunderhebung soll vor dem Hintergrund einer psychodynamischen Theoriebildung ein umfassender Überblick über das aktuelle und zurückliegende Leben gewonnen werden. Dabei werden Gegenwartsconflikt, neurotische Charakterbildung, zugrunde liegender Konflikt, Ich-Struktur, Verarbeitungsmodus u. a. berücksichtigt.

7. **Diagnose** (gr. Entscheidung): zweifelsfreies Zuordnen von Krankheitszeichen (Symptomen) zu einem Krankheitsbegriff (Diagnose);

Differenzialdiagnose: Abwägen/Entscheiden zwischen verschiedenen Krankheiten, die gleiche oder ähnliche Krankheitszeichen aufweisen.



Das Erstgespräch dient nicht nur dazu, Informationen zu sammeln und eine Diagnose zu gewinnen. Ebenso bedeutsam sind Beziehungsaufnahme, gegenseitiges Kennenlernen, Abklären unterschiedlicher Erwartungen und Vertrauensbildung zwischen Klient und Therapeut.

Da Sie als Therapeut niemals neutral sein können, fließen in den Kontakt Ihre eigenen Vorstellungen, Ängste und Wünsche ein. Aus diesem Grund werden von unterschiedlichen Untersuchern auch unterschiedliche Daten erhoben. Diese werden unterschiedlich gewertet und führen gelegentlich zu unterschiedlichen Diagnosen. Somit ist jede Diagnose, die Sie später stellen werden, auch eine Beziehungsdiagnose – sie sagt etwas darüber aus, wie *Sie* die Welt, Ihre Mitmenschen und sich selbst sehen.



Eine Diagnose ist auch eine Beziehungsdiagnose.

Sie enthält:

- Übersetzungen von Beobachtungen in ein Fachvokabular
- Anliegen des Klienten
- Problemdefinitionen des Therapeuten (individuelle Interpretationen)
- Aspekte von Übertragung und Gegenübertragung
- Denktraditionen, Werte und Wünsche der Gesellschaft, kulturelle Aspekte u. a.

1.2 Patiententypen im Erstgespräch

In Ihrer zukünftigen Praxis als Psychotherapeut werden Sie verschiedene Kliententypen kennenlernen.



Drei „Kategorien“ von Klienten finden sich häufig:

- motivierte Klienten
- abwehrende/geschickte Klienten
- schwer kranke Klienten

Da freie Psychotherapeuten (nach dem Heilpraktikergesetz) keine Partner der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) sind, werden sie meist von motivierten, selbst zahlenden⁸ Klienten aufgesucht.

Doch auch in der Klientel freier Psychotherapeuten finden sich oft Menschen, die in die zweite oder dritte Kategorie von Klienten gehören. Hinzu kommt, dass der oberflächliche erste Eindruck oft täuscht: Eine „zu gute“ Motivation kann auch eine Form der Abwehr sein.

8. **Selbstzahler:** Sie tragen die Kosten einer Behandlung selbst, bekommen diese aber oft von einer privaten Krankenkasse (PKV) erstattet (Privatpatienten).

Übung 1.2:

Überlegen Sie: Wer könnte in diese Kategorien passen? Überlegen Sie sich einen Beispielkunden für jede der drei Kategorien, bevor Sie weiterlesen.

**1.2.1 Motivierte Klienten**

Der gut motivierte Klient besucht freiwillig und aus eigenem Antrieb die Praxis eines Psychotherapeuten. Er meldet sich vorher zu einem Erstgespräch an. Solche Klienten haben einen gewissen Leidensdruck und gehen davon aus, dass eine Psychotherapie ihnen helfen wird. Mit diesen Klienten entwickelt sich häufig ein angenehmer und unkomplizierter Kontakt.

Wenn Sie „ein komisches Gefühl“ wahrnehmen (z. B. kaum erklärbare Antipathie, Wut, unterdrückte Aggression, angedeutete Vorwürfe), sollten Sie dies als wichtige Information werten. Es kann sich um Übertragungen handeln, die später in der Therapie sinnvoll werden. Darauf kommen wir im Abschnitt über Tiefenpsychologie zurück. Dann erklären wir Ihnen auch, wie Sie mit diesen Wahrnehmungen im Erstgespräch umgehen sollten.

1.2.2 Abwehrende/geschickte Klienten

Der abwehrende/geschickte Klient kommt oft auf Fremdveranlassung: Angehörige, Freunde oder Vorgesetzte schicken ihn. Gelegentlich verstehen diese Klienten auch die Aussage ihres Hausarztes falsch, wenn dieser für körperliche Beschwerden keine somatische Ursache findet und eine psychosomatische Erkrankung diagnostiziert: „*Mein Hausarzt meint, das sei psychisch. Jetzt bin ich mal gespannt, ob Sie etwas finden.*“

Hinter der oberflächlich abwehrenden Haltung verbirgt sich oft ein Leiden und der unbewusste Wunsch nach Hilfe.

Bei abwehrenden Klienten ist es wichtig, dass Sie offen und ehrlich sind. Die Sorgen und der Ärger des Klienten sollten respektiert werden.



Dabei ist es allerdings wichtig, dass Sie keine falschen Allianzen mit dem Klienten eingehen und nicht beispielsweise über den Hausarzt schimpfen. Bleiben Sie sachlich und freundlich und konzentrieren Sie sich darauf, den Leidensdruck des Klienten zu erfassen.

1.2.3 Schwer kranke Klienten

Der psychisch schwer erkrankte Klient wird gelegentlich als Notfall von Angehörigen gebracht. Oft wenden sich diese Klienten in ihrer Verzweiflung auch direkt an Therapeuten und kommen ohne Termin in die Praxis. Sie sollten diesen Klienten gegenüber ruhig und sicher auftreten und eine ausreichende räumliche Distanz wahren. Die Gegenwart dritter Personen ist sehr hilfreich. Seien Sie vorsichtig, da es – selten – zu

aggressiven Handlungen solcher Klienten kommen kann. Aus diesem Grunde sollten in Ihrer Praxis auch nie Scheren, Messer, schwere Aschenbecher und ähnliche Gegenstände frei zugänglich herumliegen.

Stellen Sie dem Klienten einfache Fragen, ohne ihn zu bedrängen. Es geht in diesen Notfällen nicht darum, eine korrekte Diagnose zu stellen oder eine komplette Anamnese zu erheben. Wenn Sie den Eindruck gewinnen, dass der Klient dringend ärztliche Hilfe oder auch eine stationäre Behandlung benötigt, weisen Sie ihn ruhig und sachlich darauf hin und versuchen Sie, diese Hilfe in seinem Beisein zu organisieren (Telefonat mit dem Hausarzt, dem Facharzt für Psychiatrie, dem diensthabenden Arzt in der psychiatrischen Klinik). Wenn der Klient darauf nicht eingehen kann oder will, haben Sie keine weitere Handhabe.

Die Verweigerung einer dringend erforderlichen Therapie ist kein Grund für die Einleitung von Zwangsmaßnahmen – auch dann nicht, wenn diese Verweigerung **langfristig** zum Tode führen könnte. Sie sollten Ihr Vorgehen aber sorgfältig dokumentieren und zumindest versuchen, vom Klienten die Zustimmung zu bekommen, dass Sie den Hausarzt telefonisch informieren dürfen (mündliche Entbindung von der Schweigepflicht).

Anders verhält es sich, wenn Sie den Eindruck gewinnen, der Klient sei **akut** selbst gefährdet oder akut fremdgefährdend.

Beispiele für akute Selbstgefährdung

- Selbsttötungsabsichten, zwanghaftes oder aufdrängendes Denken an Suizid⁹, „kann für nichts garantieren“
- extreme Unvorsichtigkeit (läuft unachtsam/achtlos auf die Straße)
- gefährliche unrealistische Vorstellungen (denkt, er könne fliegen oder schweben, wenn er von Hausdächern springt) u. a.

Beispiele für akute Fremdgefährdung

- will jemanden zusammenschlagen, sich rächen, „kann für nichts garantieren“, ist sehr aggressiv und aufbrausend, droht mit körperlicher Gewalt
- will Auto fahren, obwohl er offensichtlich nicht mehr in der Lage dazu ist u. a.



Achtung: Eine Therapieverweigerung mit **langfristig** schädlichen oder sogar tödlichen Folgen ist kein Grund für eine Zwangsbehandlung.

Sollte die Therapieverweigerung **akut** zum Tode führen, könnte allerdings eine Zwangsbehandlung erforderlich sein.

In einem solchen Fall müssen Sie – notfalls mithilfe der Polizei und des Amtsarztes – auf eine geschützte („geschlossene“) stationäre Behandlung des Klienten drängen. Dabei dürfen Sie sich jedoch nicht selbst in Gefahr bringen.

9. **Suizid:** Selbsttötung, Selbstmord; **suizidal:** selbstmörderisch, suizidgefährdet.

1.3 Anamnese

Anamnese und Befund bilden immer eine Einheit, da Leben und Gesundheit bzw. Leben und Krankheit nie zu trennen sind. Die psychischen Befunde gewinnen erst auf der Grundlage einer individuellen Biografie ihren Sinn. Dadurch wird es erst möglich, Symptome und Beschwerden in einen komplexen **bio-psycho-sozialen Zusammenhang** einzuordnen und zu verstehen.

Bausteine der bio-psycho-sozialen Anamnese:

- **bio:** körperliche, medizinische Daten über Erkrankungen, Behandlungen, Erbveränderungen, körperliche Abhängigkeiten, Risikofaktoren usw.
- **psycho:** psychischer Befund, subjektives psychisches Erleben, Glauben, Wünsche, Hoffnungen, Werte, Überzeugungen usw.
- **sozial:** Umfeld, Familie, Familiengeschichte, Verpflichtungen, Hobbys, Arbeit usw.



Je ausführlicher die Anamnese im „nicht psychischen Bereich“ ist, desto ergiebiger wird sie für diese umfassende Perspektive.

Die Anamneseerhebung sollte als **strukturierte Exploration** erfolgen, nachdem der Klient ausreichend Zeit und Gelegenheit hatte, sich in die neue Behandlungssituation einzufinden und über seine Sorgen oder Wünsche frei zu erzählen. Es ist üblich, die Anamnese in verschiedene Abschnitte einzuteilen, die auf speziellen Formularen, sogenannten Anamnesebögen, häufig schon vorgegeben sind.

Hinweis:

Im Anhang von Studienheft HPPS02Y finden Sie ein solches Formular. Im Anhang von Studienheft HPPS03Y erhalten Sie außerdem noch einen Befundbogen.

Welche Informationen werden in der Anamnese erhoben?

- **Personendaten:** Name, Geburtsdatum, Geschlecht, Adresse, Telefon, Fax, E-Mail, Krankenkasse
- **Zuweisungsinformation:** Datum und Uhrzeit des Telefonats oder der Konsultation¹⁰, genannter Grund der Konsultation oder Überweisung (Überweisungsdiagnose), Vorbehandler oder Mitbehandler (Name des Hausarztes u. a.), Art des Kommens (allein, in wessen Begleitung), mit Termin oder als Notfall u. a.
- **aktuelle psychische Anamnese** (Grund der Konsultation), auslösende Situation, Beginn der Symptomatik
- **spezielle Vorgeschichte** zu dieser Anamnese: Beginn erster Symptome¹¹, Lebensalter, damalige Situation (privat, beruflich: Ist jemand gestorben, neu in die Familie gekommen? Gab es Existenzsorgen, Arbeitslosigkeit, Verpflichtungen, Schulden u. a.?). Was „vergisst“ der Patient zu erwähnen?

10. **Konsultation** (lat.): Untersuchung und Beratung durch einen Fachmann.

11. **Symptom** (gr.): fassbares Krankheitszeichen, Beschwerde.

- **prämorbid¹² Persönlichkeit:** Wie hat der Klient krisenauslösende Situationen damals erlebt (bevor er krank war), wie war das allgemeine Lebensgefühl, die Lebenspraxis? Was für ein Mensch war er vor der psychischen Störung oder dem Auftreten der Symptome?
- **Eigenanamnese** (EA – aus der Perspektive des Klienten): jetzige und frühere Erkrankungen, Unfälle, Krankenhausaufenthalte (inkl. Beginn, Behandlung, Verlauf), Auffälligkeiten in der eigenen Kindheit (Nägelkauen, Probleme, Störungen), Allergien und Unverträglichkeiten
- **Fremdanamnese** (FA – aus der Perspektive anderer): Sofern der Klient keine weiterführenden Aussagen machen kann, werden die Informationen von anwesenden oder hinzugezogenen Angehörigen eingeholt (Achtung: nur mit Einverständniserklärung des Klienten!). Diese Informationen sollten Sie später in Ihren schriftlichen Aufzeichnungen immer kennzeichnen mit Hinweisen wie „fremdanamnestisch“ oder „nach Aussage der Schwester“
- **gynäkologische¹³ Anamnese:** erste Monatsblutung (Menarche), Periode (Häufigkeit, Dauer, Stärke, Regelmäßigkeit, Beschwerden), Schwangerschaften, Entbindungen, Schwangerschaftsabbrüche (gewollt, erzwungen, wie verarbeitet), Verhütung, Beschwerden im Klimakterium¹⁴, letzte Regelblutung (Menopause) u. a. Die gynäkologische Anamnese kann auch in die Sexualanamnese integriert werden (s. u.)
- **Familienanamnese:** körperliche und seelische Erkrankungen in der Familie, Alter und Beruf von Vater und Mutter (noch lebend bzw. Todesjahr, Todesalter, Todesursache), Charakter der Eltern, Elternehe, Geschwisterreihe, soziales Milieu, Großeltern und deren Geschichte, Beziehungen zueinander, Werte in der Familie u. a.
- **Sozialanamnese:** Kindheit, Kindergarten, Schule, Partnerschaft/Ehe (seit wann, Qualität), Kinder (wie viele, wie alt), finanzielle Situation (Einkommensquellen), Wohnsituation, Interessen, Freunde, Freizeitgestaltung usw.
- **Berufsanamnese/Arbeitsanamnese:** Berufsausbildung/Studium, Stellung und Status, Arbeitslosigkeit, Pläne, Wünsche, Hoffnungen, Sorgen, Perspektive
- **Sexualanamnese¹⁵:** Stellenwert der Sexualität, Aufklärung, Pubertät, Onanie, erste Regelblutung (siehe gynäkologische Anamnese), erster Geschlechtsverkehr, Schwangerschaften, Schwangerschaftsunterbrechungen, sexuelle Befriedigung, Unlust, Beschwerden, sexuelle Funktionsstörungen (Dysfunktionen wie Impotenz, Unfähigkeit, zum Orgasmus zu gelangen, verfrühte Ejakulation¹⁶) usw.
- **vegetativ¹⁷ Anamnese:** Verdauung, Stuhlgang (Defäkation), Durst und Trinkgewohnheiten, Wasserlassen (Miktion), Schlaf (Ein- und Durchschlafen, subjektiv erholsam?), Speichelfluss und Schwitzen, Zittern, Frieren u. a.

12. **prämorbid** (lat. *prae* vor, vorher; *morbus* Krankheit): Zustand vor Ausbruch der Krankheit.

13. **Gynäkologie** (gr. *gyn-* Präfix mit der Bedeutung Frau, -logie: gr. Lehre); **gynäkologisch:** die weiblichen Besonderheiten oder Frauenerkrankungen betreffend.

14. **Klimakterium** (gr. eigentlich: kritischer Punkt im Leben): Wechseljahre – Übergangsphase mit langsamem Nachlassen der Regelblutung bis zu deren völligem Erliegen. Die Zeit danach wird **Postmenopause** genannt.

15. Viele Untersucher sprechen diesen Anamneseblock aus „Rücksichtnahme“ nicht an.

16. **Ejakulation** (lat. *ejaculari* hinausschleudern): Samenerguss.

17. **vegetativ** (lat. *vegetare* beleben, anreizen): bezieht sich auf selbstständige Nervenfunktionen des Körpers (des sog. vegetativen Nervensystems), die für die Steuerung der Verdauungstätigkeit, der Ausscheidung, der Temperaturregulation und vieles andere mehr zuständig sind.

- **Suchtanamnese:** Alkohol, Tabletten (aufputschend, beruhigend, schmerzstillend u. a.), Zigaretten, Kaffee/Tee, andere Suchtmittel. Grundfragen: Seit wann, wie viel, wie oft, wo, mit wem, welche Wirkung, welcher Grund, Auslassphasen, Entwöhnungen, Vorbehandlungen? Speziell: Alkoholmenge, Trinkgewohnheiten (Wann und warum? Bringt es Erleichterung/Entspannung? Fördert es das Einschlafen?) Gab es Abstinenzphasen¹⁸ mit oder ohne Entzugserscheinungen (Unruhe, Zittern, Blutdruckschwankungen, Schwitzen u. a.)? Gab es epileptische Reaktionen (Krampfanfälle bei Alkoholabstinenz)? Schmerz- oder Beruhigungsmittel? Wie viele Zigaretten pro Tag?

Übung 1.3:

Als Psychotherapeut werden Sie vermutlich weniger Gewicht auf medizinische Daten legen. Es braucht Sie auch nicht zu interessieren, ob beispielsweise ein Oberschenkelhalsbruch „verplattet“ oder „verschraubt“ wurde. Schließlich möchten Sie kein besserer Hausarzt werden.

Überlegen Sie, bevor Sie weiterlesen: Weshalb müssen Sie jedoch trotzdem biologische Daten erheben? Worauf sollten Sie dabei achten?

Sie werden beim Erfragen medizinischer (biologischer) Daten eher darauf achten müssen, welche Bedeutung und welche Folgen der Einschnitt durch eine körperliche Erkrankung und Behandlung hatte oder hat:

- im psychischen Erleben
- im sozialen Leben
- in der praktischen Lebensführung

Biografische Daten ergeben eine komplexe Lebensgeschichte

Ziel der Biografiearbeit ist es nicht, eine historische Wahrheit zu finden oder die Vergangenheit neu aufzurollen. Aus der Biografie wird jedoch eine Lebens- und Lerngeschichte erkennbar. In ihr sind viele Beziehungs- und Bewältigungsmuster verborgen, die Aufschluss darüber geben, mit welchen seelischen Strategien ein Patient seine **aktuellen Probleme oder Konflikte** verarbeitet.

18. **Abstinenz** (lat. *abstinencia* Enthaltensamkeit).



Von einigen Untersuchern wird eine **äußere Lebensgeschichte** von einer **inneren Lebensgeschichte** unterschieden:

- **äußere Lebensgeschichte:** Personendaten, Erkrankungen, Schulzeit, berufliche Ausbildung, Konfession usw.
Diese Daten finden Sie häufig in Lebensläufen, die für Bewerbungszwecke geschrieben werden.
- **innere Lebensgeschichte:** Erwünschtheit als Kind, frühkindliche Entwicklung, Familiengeschichte (Mythos über die Gründung der Kleinfamilie), Geburt und frühe Kindheit, Bezugspersonen, Erziehungsstil, Zärtlichkeit, Kränkungen, Traumatisierungen, Pubertäterleben, sexuelle Phantasien, Probleme und Sorgen, Freunde, Heimweh, Lieblings- und „Hassfächer“ in der Schule, Haustiere und die Beziehung zu ihnen, sekundäre Gruppen (peer groups), Reaktionen auf Verluste und Umgang mit Todesfällen, Kränkungen, Geheimnisse der Familie, Themen, „über die man nicht sprechen sollte“, Umgang mit Geld und Einstellung zu Besitz und Macht, Ehrgeiz, Ordnung, Lebensgefühl, religiöse Bindung und Überzeugung, Hobbys, Interessen, Träume usw.
Diese Daten finden Sie eher in einem mehr oder weniger geheimen Tagebuch.

Bitte lassen Sie viele subjektive und wörtliche Aussagen des Klienten in Ihre schriftlichen Aufzeichnungen einfließen: *„Fühlte sich verraten, war hilflos, irgendwie bedrängt. Bekam nichts auf die Reihe, wollte endlich Ruhe haben. Mutter war die Beste, mit Vater gab es nur Stress.“*

Wie lange dauert ein Erstgespräch, in dem die Anamnese stattfindet?

In einer ärztlichen Praxis für Psychiatrie und Psychotherapie dauert ein Erstgespräch selten länger als 25-30 Minuten. Viele Psychiater würden sich gern mehr Zeit nehmen. Das ist jedoch meist wegen der hohen Patientenzahlen nicht möglich, die dazu führen, dass Patienten oft mehrere Monate auf einen Termin warten müssen. Aus diesem Grund sind die Psychiater gezwungen, schnell sehr strukturiert zu explorieren. Bei psychologischen Psychotherapeuten oder Ärzten für Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatik dauert ein Erstgespräch meist 50 bis 60 Minuten. Psychotherapeutisch tätige Heilpraktiker lassen sich oft mehr Zeit und investieren circa 90 Minuten in ein Erstgespräch.

Es ist nicht erforderlich, dass Sie alle Informationen in einer Sitzung erfragen. Das „Erstgespräch“ kann sich auch über drei Sitzungen verteilen.

Auch die positive Lebensgeschichte gehört in die Anamnese

Haben Sie es bemerkt? In unserem Anamneseschema wird sehr viel nach Problemen, Krankheiten und Störungen gefragt. Das liegt daran, dass unsere westliche Medizin traditionell störungsorientiert arbeitet. Diese Vorstellung wird auch von Klienten mitgetragen: Sie kommen mit der Überzeugung zu Ihnen, dass sie nicht richtig funktionieren oder krank sind. Diese negative Perspektive stärken wir durch eine Anamnese, die ausschließlich an Sorgen und Nöten Interesse zeigt.

Genauso wichtig sind deshalb auch **Fragen zur Sonnenseite des Lebens, zu Stärken, zu Quellen der Lebensfreude:**

- *In welchen Situationen fühlen/fühlten Sie sich ganz akzeptiert?*
- *Wann sind oder waren Sie mit sich ganz einverstanden?*
- *Wo sind oder waren Ihre Oasen der Freude?*
- *Was haben Sie geschafft, erreicht, immer schon gut gemacht?*
- *Wo fühlen Sie sich sicher, geborgen und kompetent?*



Viele dieser Fragen sollten Sie in das oben aufgeführte Schema mit einfließen lassen und sich zu den Aussagen Ihrer Klienten wieder wörtliche Aufzeichnungen machen.

In den folgenden Behandlungsstunden können Sie darauf immer wieder zurückkommen und diese **Oasen der Freude**¹⁹, Selbstliebe und Akzeptanz in ein eindrucksvolles Erleben zurückverwandeln, indem Sie diese Oasen in mehreren Wahrnehmungsmodalitäten erinnern lassen (Sehen, Hören, Fühlen usw.).

Mit diesen Erlebnissen können Sie danach auch weiterarbeiten: *„Was ist aus diesem schönen Gefühl geworden, wann fingen Sie an, es nach und nach zu vergessen oder es nur noch gedämpft zu erleben?“* (Nicht: *„Was/wer hat es gedämpft, wo ging es verloren?“* Das würde suggerieren: Das Schicksal nahm es, und der Patient hat dies passiv zu erdulden.)

Es ist wichtig, dass Sie durch Ihre Formulierungen indirekt und nicht schulmeisterhaft die Selbstverantwortung und den Glauben an die Selbstwirksamkeit stärken.



1.4 Befund

Die Anamnese wird durch den Befund ergänzt.

Der Befund weist folgende Bausteine auf:

- psychischer Befund
- körperlicher Befund
- Zusatzuntersuchungen, z. B. spezielle psychologische Tests, Blutuntersuchungen, Hirnstrommessungen (EEG), bildgebende Untersuchungen des Gehirns (Computertomografie u. a.)



Wir beschäftigen uns zunächst mit jenen elementaren Funktionen des menschlichen Geistes, die traditionell als **„psychopathologischer Befund“** oder **„psychischer Befund“** zusammengefasst werden. Dabei konzentriert sich der Untersucher zu einem gro-

19. Hierbei handelt es sich nicht um einen allgemein anerkannten Fachterminus. Der Begriff wurde vom Psychiater Volker Faust geprägt.

ßen Teil auf Grundfunktionen des Psychischen, wie sie in der „allgemeinen Lehre der psychischen Funktionsweise und ihrer Erkrankungen“ (allgemeine Psychopathologie) zusammengetragen und eingeteilt wurden.



Die Lehre von den psychischen Grundfunktionen und ihren Störungen wird **allgemeine Psychopathologie** genannt. Sie ist die Grundlage für die Erhebung des psychischen Befunds (Studienhefte 1 und 2).

Die Lehre der einzelnen Erkrankungen und ihrer Behandlung wird **spezielle Psychopathologie** genannt (Studienheft 3 und folgende).

Andere Qualitäten der Persönlichkeit oder des Geistes werden hierbei zunächst nicht erfragt oder dokumentiert (wie etwa „Teamfähigkeit, Kreativität, Liebesfähigkeit“ usw.). Diese wichtigen Qualitäten werden vereinbarungsgemäß nicht zu den **psychischen Grundfunktionen** gezählt. Trotzdem sind sie bedeutsam. Daher sollten sie in einer ausführlichen Anamnese und Biografie an anderer Stelle dokumentiert werden. Nach diesen Qualitäten fragen viele Untersucher nicht, doch sie können im Gespräch in den „Oasen der Freude“ (siehe vorheriger Abschnitt) auftauchen und deutlich werden. Dann sollten sie auch dokumentiert werden.

Zusammenfassung – Kapitel 1

In diesem Kapitel haben Sie gelernt, wie eine Untersuchung bzw. ein Erstgespräch mit einem Klienten durchgeführt wird und wie in diesem Rahmen eine Anamnese erhoben wird.

Außerdem können Sie nun verschiedene Typen von Klienten unterscheiden.

Hinweis:

Die folgenden Inhalte können Sie abtrennen oder kopieren und abheften.

Untersuchung/Anamnese

Die Untersuchung (Exploration) dient mehreren Zwecken:

- Aufbau eines Arbeitsbündnisses
- Erkennen und Benennen eines Leids oder einer Krankheit
- Planung des weiteren Handelns bzw. der Therapie

Im Erstgespräch bilden folgende Bausteine eine Einheit:

- Erheben der Anamnese
- Erheben des Befunds
- Stellen der Diagnose

Eine Diagnose ist auch eine Beziehungsdiagnose!

Drei Patiententypen (Kliententypen) im Erstgespräch:

- der motivierte Patient
- der abwehrende/geschickte Patient
- der schwer erkrankte Patient

Gefährdungsarten:

- Selbstgefährdung
- Fremdgefährdung
- Therapieverweigerung

Die Unterscheidung zwischen „akut“ und „nicht akut“ ist wichtig!

Die bio-psycho-soziale²⁰ Herangehensweise berücksichtigt folgende Ebenen:

- bio: körperlich/medizinisch
- psycho: Befund, inneres Erleben
- sozial: Umfeld, Familie u. a.

20. Bio-psycho-sozial ist kein psychiatrischer Fachterminus.

Wichtige Anamnesebausteine:

- Personendaten
- Zuweisungsdaten
- aktuelle Anamnese
- spezielle Vorgeschichte (inkl. präorbider Persönlichkeit)
- Eigenanamnese (EA), ggf. ergänzt durch eine Fremdanamnese (FA)
- gynäkologische Anamnese (nicht zwingend erforderlich)
- Familienanamnese
- Sozialanamnese
- Berufs- und Arbeitsanamnese
- Sexualanamnese
- vegetative Anamnese
- Suchtanamnese

Bausteine einer Lebensgeschichte:

- äußere Lebensgeschichte (Ähnlichkeiten mit einem Bewerbungslebenslauf)
- innere Lebensgeschichte (Ähnlichkeiten mit einem geheimen Tagebuch)

Dauer eines Erstgesprächs:

Im Durchschnitt 50 bis 60 Minuten, die Exploration kann auch auf mehrere Sitzungen verteilt werden.

Positive Lebensgeschichte:

Oasen der Freude erfragen, später vertiefen und therapeutisch nutzen

Der Befund besteht aus folgenden Bausteinen:

- psychischer Befund
- körperlicher Befund
- Zusatzuntersuchungen

Aufgaben zur Selbstüberprüfung

Überprüfen Sie nun bitte Ihr neu erworbenes Wissen. Lösen Sie die Aufgaben zunächst selbstständig und vergleichen Sie anschließend Ihre Lösungen mit den Angaben im Anhang.

- 1.1 Zu welchen Patienten- oder Kliententypen gehören folgende drei Personen? Bitte begründen und kommentieren Sie Ihre Entscheidung.
- Der 49-jährige Lehrer leidet daran, dass zwei Jahre nach einer Hautkrebsoperation eine Metastase im Operationsbereich aufgetreten ist. Er hat das Gefühl, nun könne ihm „niemand mehr helfen“, und er wisse genau, dass alles hoffnungslos sei. Er sei nur noch verzweifelt und wolle von Operationen und „guten Ratschlägen“ nichts mehr wissen. Seine Frau habe ihm die „Pistole auf die Brust gesetzt“, da er zu Hause nur noch herumjammere. Er solle endlich zu einer Therapie gehen und sein Immunsystem dadurch stärken! Er sieht das anders: „Wie soll man Metastasen mit Herumreden weg bekommen? Das ist doch Quatsch!“
 - Die 42-jährige leitende Angestellte war bei ihrem Heilpraktiker, da sie sich „fürchterlich ausgelaugt“ fühle und unter Rückenschmerzen leide. Sie wisse genau, dass ihre Lebensführung daran schuld sei und sie sich zu viel zumute. Daran wolle sie arbeiten, um zu einer neuen inneren Einstellung zu gelangen.
 - Der 19-jährige Klient wird von seiner Mutter gebracht, die sechs Monate zuvor Ihre Klientin war. Der junge Mann weigere sich zu essen, da er genau wisse, dass in alle Speisen und auch ins Trinkwasser Gift hineingemischt sei. Verschiedene Behörden planten außerdem, ihn gedanklich zu beeinflussen. Noch könne er die Gedanken der Behörden jedoch von seinen eigenen Gedanken trennen und teilweise abblocken. Die Mutter des Klienten drängt auf ein „Intensiv-Coaching“ des Sohns, da er so das Abitur unmöglich schaffen könne.
- 1.2 Bitte kreuzen Sie an:
- Die psychotherapeutische Anamnese enthält u. a. Informationen zu/zur:
 - früheren Erkrankungen
 - unmittelbaren Vorgeschichte der jetzigen Beschwerden
 - Krankheiten und psychischen Beschwerden innerhalb der Familie
 - sexuellen Problemen des Klienten
- Wählen Sie eine Antwort aus:
- (A) nur 1 und 2 sind richtig
 - (B) nur 2 und 3 sind richtig
 - (C) nur 1, 2 und 3 sind richtig

(D) nur 1, 2 und 4 sind richtig

(E) alle sind richtig (1–4)

b) Folgende Aspekte sollten in einem Erstgespräch berücksichtigt werden:

1) Oasen der Freude

2) Diskussion über wichtige tagespolitische Ereignisse

3) ausführliche Informationen über Ihre eigene Lebensgeschichte und Philosophie

4) moralische Belehrung des Klienten

5) Selbstmordabsichten oder -gedanken

Wählen Sie eine Antwort aus:

(A) nur 1 ist richtig

(B) nur 4 ist richtig

(C) nur 1, 2 und 5 sind falsch

(D) nur 1 und 5 sind richtig

(E) nur 1, 2 und 4 sind richtig

1.3 Erklären Sie die Bezeichnung „bio-psycho-sozial“.

1.4 Ist eine Therapieverweigerung – bei schwerer seelischer oder körperlicher Erkrankung – ein Grund für eine sogenannte Zwangseinweisung mithilfe der Polizei oder des Gesundheitsamts?

1.5 Was unterscheidet die äußere von der inneren Lebensgeschichte? Glauben Sie, die Patienten haben ihre innere Lebensgeschichte „ständig parat“? Haben Sie eine Vermutung, welche der beiden Lebensgeschichten „emotional mehr aufgeladen“ ist?

1.6 Wie sollten Sie die Oasen der Freude in den Therapiegesprächen nutzen?