

Heilpraktiker (Psychotherapie)

Einführung in die Psychotherapie



2.3 DIE ANAMNESE

Der erste Schritt in einer Untersuchung ist die Erhebung der Vorgeschichte, die sogenannte Anamnese. Die Angaben des Patienten selbst werden auch Eigenanamnese genannt, die von Begleitpersonen und Verwandten die Fremdanamnese.

- 1) Der Patient wird im Allgemeinen ein oder mehrere Symptome benennen, die ihn zur Inanspruchnahme professioneller Hilfe bewegen.
- 2) In manchen Fällen, z. B. einer isolierten Phobie, ist aus den Eigenangaben bereits ein zutreffendes orientierendes Bild der Störung zu gewinnen.

P

RAXISFALL 3

Patrizia Perlhuhn

Eine 25-jährige Studentin stellt sich vor und klagt über eine ausgeprägte Spinnenangst. Sie wird beim Anblick auch nur einer kleinen Hausspinne nach eigenem Bekunden „panisch“, der Herzschlag rast, sie ist gleichzeitig nahezu handlungsunfähig und kann den Raum, in dem die Spinne sitzt, nicht mehr betreten. Sie ruft dann jeweils ihren Freund oder, in dessen Abwesenheit, Nachbarn zur Hilfe, um die Spinne zu beseitigen. Frühere körperliche oder seelische Probleme werden verneint. Der Hausarzt hat ihr eine Zeit lang Beruhigungsmittel (Valium®) verschrieben, das jedoch nur in immer höheren Dosen eine leichte Entspannung brachte.

Die Fremdanamnese wird hier auf den ersten Blick wenig beitragen können, da das Angsterleben unmittelbar nur dem Betroffenen zugänglich ist. Dennoch wird es im Verlauf der Therapie sinnvoll sein, z. B. den Lebenspartner oder auch Geschwister von Frau Perlhuhn einzubeziehen. Wir werden Patrizia Perlhuhn später noch im Studiengangverlauf wiedertreffen. Wie Sie sicher schon vermuten, spielt die Störung auch in der Art der Beziehungsgestaltung von Frau Perlhuhn eine erhebliche Rolle, die über die „Spinnenfrage“ weit hinausgeht.

- 3) In anderen Fällen wird der Patient selbst wenig oder gar keine Angaben machen. Dies kann durch die Art bzw. Schwere der Störung oder auch dadurch bedingt sein, dass z. B. Verhaltensauffälligkeiten nur der Umgebung auffallen, während sie dem Betroffenen selbst als vollkommen natürlich und wenig bemerkenswert erscheinen.

P

RAXISFALL 4

Frank Flink

Ein 40-jähriger leitender Mitarbeiter eines großen Unternehmens wird nur mit Mühe dazu gebracht, eine psychiatrische Ambulanz aufzusuchen. Er ist angespannt, gleichzeitig redselig und verwickelt zufällige Passanten sofort in Gespräche. Einige weibliche Mitarbeiter der Ambulanz finden den gutaussehenden, südländischen Typus dabei attraktiv und gewinnend.

Es ist zu erfahren, dass er in den letzten Wochen etliche jeweils kurzlebige sexuelle Affären mit Kolleginnen seines Unternehmens gehabt hat. Er selbst berichtet, es gehe ihm „so gut wie noch nie“, er liebe zwar „auch“ seine Ehefrau, „aber wer will schon immer Eintopf?“. Er bietet dem Erstuntersucher unaufgefordert an, ihm „schnell ein paar Tricks“ beizubringen, um seine „erfolgreichen Eroberungen“ nachahmen zu können und berichtet über ein nie dagewesenes Hochgefühl und hochspekulative Finanzgeschäfte.

Die begleitende Ehefrau schildert ein fehlendes Schlafbedürfnis, scheinbar unerschöpfliche Energiereserven und einen nie erlebten Redefluss ihres bis dahin eher verschlossenen Mannes. Die Finanztransaktionen mit Briefkastenfirmen auf den Bahamas hätten die Familie bereits mehrere zehntausend Mark gekostet; ihr Mann bestehe aber darauf, dass sie bald Millionäre sein werden.

manische Episode

Herr Flink hätte von sich aus niemals eine Beratungsstelle oder gar eine Klinik aufgesucht, da es ihm ja nach eigenem Bekunden „so gut wie noch nie“ geht. Erst die Informationen der Ehefrau ermöglichen die vorläufige Diagnose „manische Episode“. Ohne den Anstoß von außen wäre er nie gekommen. Auch Herrn Flink werden wir im Übrigen in diesem Studiengang bei der Besprechung der Krankheitsbilder wieder begegnen.

In den beiden geschilderten Fällen wurde Ihnen das akute Beschwerdebild, das zur Inanspruchnahme von Hilfe führte, entweder vom Patienten oder von Begleitpersonen geschildert.

Für die Entscheidung,

- ob ein Notfall vorliegt,
- ob die Behandlung durch Sie geleistet werden kann,
- an wen Sie ggf. die Behandlung weiterleiten müssen,

können (und müssen manchmal) diese ersten Informationen ausreichen.

Um ein zutreffendes und vollständiges Bild zu gewinnen, sind Sie darüber hinaus aber auf weitere Informationen angewiesen. Über die unmittelbare Vorgeschichte und Entstehung der Beschwerden hinaus ist die Biografie des Patienten nicht nur im Blick auf die groben kalendarischen Daten wichtig. Einige Aspekte werden hier schon näher ausgeführt, da sie für eine Mehrzahl der Patienten von Belang sind; Details der störungsspezifischen Anamnese, z. B. bei Angsterkrankungen, werden bei der Besprechung der Krankheitsbilder erläutert.

BESTANDTEILE DER BIOGRAFISCHEN ANAMNESE

Natürlich wird jeder Therapeut seinen ganz persönlichen Stil haben, die Anamnese zu erheben. Es gibt kein Patentrezept dafür, wie man die Informationen zur Biografie des Patienten „sortiert“. Auch wird nicht alles gleich im Erstgespräch deutlich. Im Folgenden finden Sie aber eine „Checkliste“, die aufführt, was wünschenswert ist und welche Informationen Sie grundsätzlich haben sollten. Diese Liste soll vor allem der Gefahr entgegenwirken, dass man etwas vergisst, weil man schon einen scheinbar vielversprechenden biografischen Ansatzpunkt gefunden hat. Blättern Sie noch einmal zurück zum Praxisfall Nr. 3 „Patrizia Perlhuhn“!

*Praxisfall Nr. 3
„Patrizia Perlhuhn“*

M ERKE

„Checkliste“ Teil 1/2

1. Geburtsanamnese: Schwangerschafts- und Geburtsverlauf, Erwünschtheit der Geburt („Muss-Heirat“ der Eltern wegen des Patienten?)
2. Kindheit: Geschwisterreihe, frühkindliche Entwicklung, Kindergarten- und Grundschulzeit (Integration?, Einzelgängerrolle?)
3. Pubertät und Jugendentwicklung: Ablösungsprozesse, Protestverhalten, Anschluss an Gruppen, jugendtypische Konflikte und Delinquenz, Drogen-, Alkoholkonsum
4. Sexualität: Orientierung, Selbstbefriedigung, erste sexuelle Beziehungen, Bewusstsein eigener Attraktivität, Fantasien, abweichende Praktiken, Prostitution
5. Erziehung: Erziehungsstil der Eltern, unterschiedliche Behandlung der Geschwister, evtl. eigener Erziehungsstil, wenn Kinder vorhanden sind
6. Weltanschauliche Orientierung: religiöse Bindung, bedeutsame Überzeugungen, Zugehörigkeit zu Glaubens- oder Wertegemeinschaften; besonders zu beachten ist die Mitgliedschaft in Sekten und Splittergruppen
7. Ausbildungsanamnese: Schul- und Ausbildungs- bzw. Studiengang, Interessen und Begabungsschwerpunkte, Schwierigkeiten mit Lehrkräften und Klassenkameraden, „Sitzenbleiben“, Prüfungsversagen
8. Berufsanamnese: Werdegang, Motivation der Berufswahl, Arbeitsplatzsituation, Erfolgseinschätzung, Veränderungswünsche, Verhalten gegenüber Kollegen, Vorgesetzten, nachgeordneten Mitarbeitern

M ERKE

„Checkliste“ Teil 2/2

9. Partnerschaft: aktuelle Situation, Dauer, Festigkeit der Bindung und Ausgestaltung der Beziehung, Kontakte außerhalb der Beziehung, frühere Beziehungen
10. Lebenskrisen: Scheitern in Prüfungen, schwere Erkrankungen, Verlust von Angehörigen, Partnerverlust, Arbeitslosigkeit, finanzielle Krisen (siehe auch das nachfolgende Schema zur Einschätzung von Belastungen)
11. Gesundheitliche/medizinische Anamnese: Operationen, Unfälle, chronische Erkrankungen
12. Psychiatrische und psychotherapeutische Eigen- und Familienanamnese
13. Genuss- und Suchtmittelanamnese: Alkohol, Tabak, illegale Drogen, nicht stoffgebundene Süchte (Spiel-, Arbeits-, Sexsucht)
14. Hobbys, Interessen, ehrenamtliches Engagement
15. Selbstbild und -wahrnehmung

Aus der Anamnese sollte sich neben einem „biografischen Profil“ des Patienten vor allem auch eine Einschätzung der körperlichen, psychischen und ggf. sozialen Belastungsfaktoren vor und im Zusammenhang mit der jetzigen Erkrankung ergeben. Wichtig ist hier, dass nicht nur gemeinhin als „negativ“ eingeschätzte Umstände und Ereignisse eine Rolle spielen können, sondern durchaus „positive“, dennoch aber physisch, intellektuell und emotional kraftraubende Sachverhalte.

Um die ja theoretisch unendlich große Palette von Belastungsfaktoren zu strukturieren, gibt es Konventionen, nach denen eine Abstufung oder Hierarchie „sehr leichter“ bis „katastrophaler“ Belastungen möglich ist. Teilt man diese wiederum in „akute“ und „chronische“ Belastungen ein, so ergibt sich folgendes, zum Beispiel im amerikanischen Raum verbreitetes Schema:

Beispiele für Belastungsfaktoren		
Schwere der Belastung	Akutereignis	länger dauernder Umstand
leicht	Verlust eines Freundes, Schulbeginn oder Schulabschluss	Familiäre Streitigkeiten, Arbeitsunzufriedenheit
mittel	Heirat, Trennung der Ehepartner, Arbeitsplatzverlust	Eheprobleme, schwere finanzielle Sorgen
schwer	Scheidung, Geburt des ersten Kindes	Arbeitslosigkeit, Armut
sehr schwer	Tod eines nahen Verwandten	Chronische Erkrankung, fortwährende Misshandlung, sexueller Missbrauch
katastrophal	Tod eines Kindes, Selbstmord eines nahen Angehörigen	Gefangennahme als Geisel, Erfahrungen im Konzentrationslager

1. **Abbildung:** Schwere der Belastung
Quelle: eigene Darstellung

2.4 DER PSYCHISCHE BEFUND

Der psychische Befund ist, wie oben dargestellt, das Hauptinstrument für Diagnose und Therapiekontrolle.

Er ist im Idealfall

- die Beschreibung aller bedeutsamen Eigenschaften und Eigenarten von Erscheinung, Denken, Fühlen und Handeln des Patienten;
- in einer, wenn schon nicht einheitlichen, dann doch zumindest vergleichbaren Sprache und Begrifflichkeit, die für andere Fachleute nachvollziehbar ist;
- so plastisch und konkret, dass auch der Leser des Befundes sich ein „Bild“ von dem Patienten machen kann;
- zusammen mit der Vorgeschichte die Grundlage für eine Diagnose, d.h. eine Zuordnung des individuellen Störungsbildes zu einer definierten Erkrankung.

2.4.1 BESTANDTEILE DES PSYCHISCHEN BEFUNDES

Im Folgenden sollen die Bestandteile des psychischen Befundes nacheinander dargestellt und, wo nötig, durch Beispiele illustriert werden.



MERKE

Nicht jeder psychische Befund muss alle diese Elemente enthalten.

*Patientin
Patrizia Perlhuhn*

Es wäre z. B. wenig sinnvoll, bei der Patientin Patrizia Perlhuhn detailliert die intellektuellen Fähigkeiten zu prüfen oder zu beschreiben. Da Sie aus der Vorgeschichte schon wissen, dass sie ihr Studium erfolgreich und zeitgerecht durchführt, sind bedeutungsvolle Intelligenz- und Leistungsmängel nicht zu erwarten. Wenn Sie dann auch im Gespräch keinerlei Anhalt für Störungen in diesen Bereichen haben, reicht eine zusammenfassende Einschätzung, wie etwa „keine kognitiven Defizite“, aus.

Routinemäßig alle Bestandteile des Befundes umfangreich zu beschreiben, stellt zu meist nur eine Zeitverschwendung dar und verstellt den Blick auf das Wesentliche. Wichtig ist aber, dass aus Ihrer Dokumentation hervorgeht, dass neben den im Mittelpunkt stehenden Störungen und Defiziten ein Gesamteindruck der psychischen Funktionen gewonnen wurde.

Normalzustand

Nach diesen Vorbemerkungen nun zu den Elementen des Befundes: Es werden für jeden Bestandteil Begriffe für die Beschreibung des „Normalzustandes“ genannt. Anschließend folgen dann mögliche Abweichungen und bei den Begriffen, die sich nicht aus dem Alltagssprachverständnis ergeben, Erläuterungen. Bitte bedenken Sie, dass die Begriffe nur theoretisch so trennscharf formuliert werden können. In der Praxis können sie sich überschneiden.

BEWUSSTSEINSLAGE

Normalzustand: „wach“, „klar“, „ungetrübt“, „Der Patient ist wach und bewusstseinsklar.“

Abweichungen: Ein Zustand des subjektiv erhöhten oder erweiterten Bewusstseins wird als „hellwach“ oder „hypervigilant“ (lat. Vigilanz = Wachsamkeit) bezeichnet und kann unter Drogeneinfluss auftreten.

Der Zustand eingeschränkten Bewusstseins wird mit zunehmender Verschlechterung als „schwerbesinnlich“, „schläfrig“ („somnolent“), „eingetrübt“ bis hin zu „Sopor“ (Starre, Fehlen von Spontanbewegungen, aber Reaktion auf Geräusch- und Schmerzreize) und „Koma“ (Bewusstlosigkeit und Nichterweckbarkeit durch Sinnesreize, im tiefen Koma einschließlich starker Schmerzreize) beschrieben.