

1. VORLESUNG / 1.3.2000 (LENZ)

Literatur:

Tölle, Psychiatrie -Lehrbuch (für Mediziner), Springer-Verlag
 Lenz/Küfferle, Klinische Psychiatrie
 Möller/Laux/Deister, Psychiatrie - Lehrbuch (Hippokrates - Verlag)

DIE PSYCHIATRISCHE UNTERSUCHUNG

Psychiater	Gespräch	Patient
	Beschwerden, Verhalten, Anamnese	
1. Abstraktionsebene	Psychopathologie Verlauf Ätiologie	-> biologisch -> psychosozial
2. Abstraktionsebene	Diagnose	

Psychiater hört sich Beschwerden des Patienten an, **beobachtet** sein Verhalten (= Anamnese);
 auf 1. Abstraktionsebene: **Psychopathologie** -> **Verlauf** (kann chronisch, rezidivierend, etc. sein)
 und **Ätiologie** (Entstehung / Gründe)

BEISPIEL: **Demenz** - Störung der intellektuellen Leistungsfähigkeiten
 -> bei CT: **Schrumpfung des Hirngewebes** feststellbar
 -> immer zuerst Hirnerkrankung als Grundlage für psychische Erkrankung
 abchecken)

Oft **multikausale Ursachen von psychischen Erkrankungen**

BEISPIEL: **Schizophrenie** - durch keine bildgebenden Verfahren nachweisbar
 -> **nur aus Gespräch und Verhaltensbeobachtung erschließbar**;
 durch Konvention quasi festgelegt, was eine Schizophrenie ist.
Fazit: Konventionen können wechseln
 -> 60er Jahre: Schizophrenie überall auf der Welt,
 ABER: Was so bezeichnet wurde, war überall anders.
 -> USA / UdSSR: sehr weiter Schizophreniebegriff
 -> Europa: engerer Schizophreniebegriff
 (d.h. USA-Schizophrenie sind keine Euro-Schizophrenen!)

Fazit: Operationalisierung von Diagnosen weltweit (genaue Definitionen festgelegt)

=> **ICD-10** (in Österreich gilt noch immer ICD-9) <- WHO (für ALLE Krankheiten)
 => **DSM-4** <- APA (älter, nur für mental disorders)

- * Es gibt auch **psychische Erkrankungen, die erst „neu“ entstehen**, z.B. Panikattacken
- * **Krankheiten, die aus soziologischer Sicht abgeschafft** werden, z.B. Homosexualität (z.B. in USA heute nur Krankheit, wenn von Betroffenen als solche empfunden und wenn er darunter leidet)

WAS GEHÖRT ZUR PSYCHIATRISCHEN UNTERSUCHUNG ?

1. ANAMNESE:

- a) **Krankheitsgeschichte** (Entwicklung der jetzigen Störung -> wie, seit wann, unter welchen Bedingungen, usw.)
- b) **Biographie**: Lebenslauf und körperliche Krankheiten; frühere psychische Erkrankungen
- c) **Familienanamnese**: ähnliche oder andere psychische Erkrankungen in Verwandtschaft
 - 1. Grades, ABER: Häufung in Familie sagt nichts über Ursachen aus, kann auch sein: Erziehungsstil; genetische Faktoren (erfaßbar durch Zwillingen-/Adoptionsstudien)
- d) **Fremdanamnese**: z.B. bei Kindern, bei bewußtseinsgetriebenen, denkgestörten Patienten
 - > je ärger, desto wichtiger (z.B. bei bewußtlosem Patienten, oder in tiefenpsychologischer Therapie - bewußter Verzicht auf Info, damit psychotherapeutischer Prozeß nicht beeinträchtigt wird)

2. BEFUND:

- a) **körperlicher und neurologischer** Befund
- b) **psychologischer** Befund
- c) **testpsychologischer** Befund

3. DIAGNOSE

UNTERSUCHUNGSMETHODEN:

- a) **Exploration** (= Gespräch mit dem Patienten)
- b) **Beobachtung von Verhalten und Ausdruck des Patienten**
- c) **Fremdanamnese**
- d) **Akten aller Art** (z.B. wenn schon irgendwo behandelt -> Krankengeschichte, Ambulanzkarten, Infos von Niedergelassenen, etc. -> wichtig, weil Patient sich eventuell nicht mehr erinnern kann; besonders wichtig ist alles, was mit früheren stationären Aufenthalten zusammenhängt)

PSYCHIATRISCHE UNTERSUCHUNG:

- Besonders wichtig =
- a) **Kontaktaufnahme**
 - b) **Informationsgewinnung**
- => beides kann sich fördern, aber auch behindern

ad a) **Kontaktaufnahme:**

wichtig = vor allem die Bereitschaft, dem Patienten zuzuhören, ihn sagen zu lassen, was ER für wichtig hält -> = kontaktfördernd!

MERKE: Arzt läßt Patient nicht zu Wort kommen, liest nur sein standardisiertes Interview herunter -> Patient geht, weil er sich unverstanden fühlt

ad b) **Informationsgewinnung:**

gezieltes Fragen und bloßes Zuhören in Kombination

* **Nachteil des reinen gezielten Fragens:** wenn es zu früh erfolgt, wenn Arzt noch nicht das Vertrauen des Patienten erworben hat -> Patient verläßt die Therapie

* **Nachteil des bloßen Zuhörens:** man bekommt nicht die nötige Info (vgl. Maniker, der den Arzt gar nicht zu Wort kommen läßt -> Ratlosigkeit des Arztes!)

Fazit: wichtig = Gleichgewicht zwischen beiden

ERSTINTERVIEW:1. **Einleitungsphase:** = „Was führt Sie zu mir?“

- * **subjektive Beschwerdeschilderung** des Patienten
- * **Untersucher abwartend**, aufmerksame Zuwendung zum Patienten
- * **neutrale Fragen**, um Mitteilungen noch deutlicher zu machen
- * **konkrete Beispiele** erfragen
- * Infos über **gegenwärtige Lebenssituation** des Patienten

2. **mittlere Phase:**

- * Früher oder später wird **Untersucher selbst aktiv und fragt gezielt**, um dem Gespräch eine bestimmte Richtung zu geben (strukturiertes Gespräch / Leitsymptome beachten!)
- * **gezielte Fragen** abhängig von **Leitsymptomatik**
- * Beziehungen zwischen **Beschwerden und psychosozialen Belastungen / somatische Faktoren**
- * **Familienanamnese**
- * **Biographie**
- * **Bewältigungsstrategien** des Patienten erforschen

3. **Abschlußphase:**

- * eventuell **nochmalige Klärung der Anliegen des Patienten**
- * **Stellungnahme des Untersuchers** zu Beschwerden und Vorgangsweise (wurde was vergessen, etc.)
- * Besprechung eventuell **geplanter Untersuchungen und deren Relevanz**
- * eventuell **Planung von Gesprächen mit Angehörigen** mit Einverständnis des Patienten

MERKE: * **Alles soll für Patienten so transparent wie möglich sein.**

- * **Manche Diagnosen = stigmatisierender als andere**
(z.B. Schizophrenie = stigmatisierender als Angststörung, daher nicht einfach zum Patienten sagen: „Sie haben Schizophrenie.“)

WAS GEHÖRT ZUR BIOGRAPHIE:

1. Familienanamnese:

- * psychische Auffälligkeiten bei Verwandten,
- * familiäre Belastung / Kommunikationsmuster,
- * soziale Situation der Eltern,
- * Familienmilieu, Familiengröße, Geschwister

2. Lebensgeschichte des Patienten:

- * Geburtsverlauf,
- * frühkindliche Entwicklung (Verzögerungen bei Gehen / Sprechen),
- * Beziehung zu Eltern und Geschwistern,
- * Stellung in der Geschwisterreihe,
- * schulische Entwicklung (z.B. Anführer, etc. Bettnässer, nächtliche Alpträume, Ängste, etc.),
- * berufliche Entwicklung (Beruf überhaupt erlernbar, wurde überhaupt gearbeitet, Jobhopper wegen Kontaktproblemen am Arbeitsplatz, etc.)
- * Partnerbeziehungen, Ehe und Familie
- * soziale Kommunikation, Lebensgewohnheiten
- * Interessen / Freizeitgestaltung, Werthaltungen
- * aktuelle Lebensumstände (dazu auch: inwiefern durch Krankheit behindert im Alltag; vgl. Spinnenphobie - Agoraphobie)

ARTEN VON FRAGEN:

- 1) **offene Fragen** (bringen meiste Info, Beispiel: Können Sie mir etwas aus Ihrer Kindheit erzählen?)
- 2) **alternative Fragen** (= Entscheidungsfragen, oder: Haben Sie sich besser mit Ihrer Schwester oder mit Ihrem Bruder verstanden? -> bringen weniger Info)
- 3) **suggestive Fragen** (eher meiden; eventuell bei Zwängen angebracht -> wenn Patient Hilfe braucht, um über Probleme reden zu können. Beispiel: Ich habe den Eindruck, Sie werden von Ihren Gedanken gequält.)
- 4) **Fragen, die sich aus unmittelbarer Beobachtung** (z.B. Patient beginnt zu weinen) bzw. **aus dem Verhalten des Patienten sich ergeben** (z.B. Patient schaut dauernd nach oben -> hört er Stimmen?)

LEITSYMPTOME ERFRAGEN:

entspricht **hierarchischer Ordnung der Krankheiten**

1) **hirnorganische Erkrankungen:** Bewußtseinstörung; Merkfähigkeits-, Denk-, Orientierungsstörungen

2) **psychotische Erkrankungen:**

a) **Schizophrenie:** Denkstörungen, Wahn, Stimmenhören

(Bsp.: Können Sie sich gut konzentrieren? Kommt es zum Gedankenabreißen?

-> ABER: könnte auch von Ermüdung / Depression kommen.

Haben Sie in letzter Zeit Stimmen gehört, obwohl niemand da war? Haben Sie in letzter Zeit Dinge beobachtet, die Ihnen seltsam, unheimlich vorgekommen sind?

b) **manisch-depressive Erkrankung:** Niedergeschlagenheit / Euphorie (-> muß vor allem der Umgebung aufgefallen sein)

3) **Alkohol- / Drogensucht:**

Haben Sie jemals Probleme mit Alkohol gehabt? Nicht fragen: Na, wieviel trink' ma denn?

Welche Erfahrungen mit Drogen haben Sie? Welche Drogen, nicht verschriebene Medikamente (Beruhigungs-, Schmerz-, Schlafmittel) nehmen Sie?

4) **neurotische Erkrankungen:**

Angst und alle vegetativen Begleitscheinungen. War Angst gerichtet oder ungerichtet (z.B. bei Panikstörung); Zwänge (Zwangshandlungen / Zwangsgedanken)

Lenz führt ein „Erstgespräch“ mit einer Patientin (Disthymie und depressive Episoden):

Wichtig: Vorstellen und sagen, wie lange man für den Patienten Zeit hat

-> Warum ist er ins Spital gekommen? / Beschwerden erzählen lassen

-> Zustand vor der Hospitalisierung beschreiben lassen

Wichtig z.B. bei sehr ängstlichen Patienten -> Frage nach seinen Stärken, besonderen Interessen; Ressourcen fördern!