

Checkliste ✓

Psychiatrie und Psychotherapie

Theo R. Payk
Martin Brüne

Checklisten der
aktuellen Medizin
Begründet von
F. Largiadèr, A. Sturm,
O. Wicki

6. Auflage

Ich bin eine

App

→ Siehe Rückseite



Thieme

1.2 Explorationsmethoden

nung, Sichtweisen, Motivationen, Strebungen und Zielsetzungen als Merkmale der individuellen Charakterstruktur.

Die oft nur annäherungsweise beschreibbaren, auf vorbewusster Ebene ablaufenden Anmutungen und Eindrücke, die dem individuellen psychischen Befund seine besondere Tönung verleihen, können durch Gegenübertragungsprozesse oder anderweitige Besonderheiten der subjektiven Wahrnehmung des Untersuchers verzerrt werden. Vor allem der „erste Eindruck“ kann täuschen. Diese Problematik, die einen Verlust an diagnostischer Objektivität (und therapeutischer Distanz) bedeuten kann, lässt sich anhand von Vergleichen interindividueller Untersuchungsergebnisse belegen. Sie sollte erkannt, reflektiert und gegebenenfalls durch Nachuntersuchungen oder Supervision (z. B. als Fallbesprechung in der Balint-Gruppe) kontrolliert werden.

Vorgeschichte, Fremangaben, aktueller psychopathologischer Befund, Therapieplanung und weiterer Verlauf sind in verständlicher Sprache nachvollziehbar abzufassen und übersichtlich gegliedert zu **dokumentieren**, insbesondere vor dem Hintergrund des Patientenrechtegesetzes (PRG) von 2013 (Behandlungs- und Arzthaftungsrecht laut BGB)! Bei Verdacht auf groben Behandlungsfehler Umkehr der Beweislast durch Nachweis korrekt erfolgter Aufklärung und fachgerechten Behandlungsmanagements!
Hinweis: Die Verwendung von Bild- oder Tonträgern bedarf stets der Einwilligung des Patienten oder dessen gesetzlichen Vertreters, ebenso die Hinzuziehung Dritter.

► Gliederung der Krankengeschichte:

- aktuelle Beschwerden
- spezielle Anamnese
- weitere Anamnese
- Familienanamnese
- Sozialanamnese, Biografie
- psychopathologischer Befund (Psychostatus)
- körperlich-neurologischer Befund (Somatostatus)
- (neurosenpsychologischer Befund)
- (verhaltensdiagnostischer Befund)
- (neuropsychologischer Befund)
- Laborbefunde
- apparative Diagnostik (Elektroenzephalografie, bildgebende Verfahren)
- Konsiliarbefunde
- (Vorläufige) Diagnose, Differenzialdiagnose, evtl. Prognose
- Therapiekonzept, Behandlungsplan
- Konkrete therapeutische Maßnahmen
- Verlauf, Therapiekontrolle
- Epikrise

1.2 Explorationsmethoden

Diagnostisches Gespräch: Unstrukturierte Befragung

- **Definition:** Psychopathologische Standarduntersuchungsmethode beim Erstkontakt in Form eines ausführlichen Gesprächs mit dem Patienten. Ziele sind eine Bestandsaufnahme der subjektiven Beschwerden und die Ermittlung des aktuellen psychopathologischen Befundes.
- **Prinzip:** Routineuntersuchung zur ersten – oft auch nur vorläufigen – diagnostischen und differenzialdiagnostischen Orientierung (insbesondere bei akuterer psychiatrischen Störungen). Die Informationssammlung sollte entsprechend der aktuellen klinischen Situation mehr global oder detaillierter gestaltet werden.
- **Durchführung:** Anzustreben ist ein zunächst nur wenig gelenktes Gespräch in entspannter, ungestörter und vertrauensbildender Atmosphäre. Der hinreichend orientierte und kommunikationsfähige Patient sollte sich frei und ohne Zeitdruck äußern können. Verschlussene oder gar mutistische Patienten sollten nicht hartnäckig

bedrängt werden. Besser sind hier (vorlaufende) häufigere, kurze Aufwärmkontakte. Die vertrauliche, meist entlastende Aussprache kann bereits therapeutische Auswirkungen haben (Dauer etwa 30–50 Minuten).

► **Aussage:**

- Mit gutem Einfühlungsvermögen und beruflicher Erfahrung kann eine ausreichende diagnostische Valenz erreicht werden. Bei prägnanter Symptomatik (und typischer Anamnese) gelingt eine verlässliche Arbeitsdiagnose bereits nach kurzer Kontaktaufnahme.
- Wahrnehmungs- und Interpretationsverfälschungen können durch eine hohe subjektive Evidenz des ersten Eindrucks sowie durch Gegenübertragungsprozesse entstehen. Nachuntersuchung und Supervision sind daher bei weniger Geübten dringend erforderlich. Empfehlenswert ist eine Absicherung durch fremdanamnestic Angaben. Stets exakte Dokumentation!

▣ **Hinweis:** Keine Suggestivfragen stellen! Evtl. Widersprüchlichkeiten bzw. Pseudoerinnerungen nachgehen. Näheres s. dissoziative Identitätsstörung (S. 232)!

Strukturierte Befragung

► **Definition:** Untersuchungsmethode in Form gezielter Befragung des Patienten, die sich an einer bestimmten diagnostischen Intention des Untersuchers orientiert.

► **Prinzip:** Hinsichtlich der Thematik bzw. Inhalte mehr oder weniger gelenktes Gespräch mit vorgegebener Zielrichtung, auch im Rahmen strafferer zeitlicher Begrenzung. Es gibt dabei zwar keinen festgelegten Fragenkatalog, einzelne Themen werden aber besonders beachtet.

► **Durchführung:**

- (Wiederholte) psychopathologische (Nach-)Untersuchungen einer Erkrankung mit dem Ziel, Umfang, Ausprägung und Intensität spezieller Symptome oder Syndrome gezielter zu verfolgen und in ihrem Verlauf zu vergleichen.
- Die Patienten müssen ausreichend reflexions- und kommunikationsfähig sein und sich verständlich äußern können. (Dauer nicht > 40–50 Minuten.)

► **Aussage:** Ausreichend zuverlässig bei bereits stabiler Diagnose bzw. zur Überprüfung der Differenzialdiagnose. (Die Validitätsproblematik liegt in einer möglichen Verfestigung einer vorgefassten diagnostischen Meinung oder therapeutischen Strategie, weniger in der Gefahr von Wahrnehmungs- und Urteilsverzerrungen. Gegenkontrollen und Supervision durch Fachkollegen sind daher auch hier empfehlenswert. Dokumentation stets obligatorisch!)

Erstinterview

► **Definition:** Frei flottierendes, inhaltlich und zeitlich eher breit angelegtes Gespräch, das als Standarduntersuchungsmethode der Indikationsstellung für eine psychodynamische bzw. tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie dient (OPD). Weitere Informationen s. neurosenpsychologische Untersuchung (S. 31).

► **Prinzip:**

- Weiter ausholende Abklärung von Entstehungsbedingungen und Entwicklung psychischer Beeinträchtigungen, insbesondere von neurotischen bzw. Anpassungs- und Persönlichkeitsstörungen.
- Der tiefere Einstieg in die Psychodynamik berührt immer auch schon therapeutische Aspekte auf der Basis sich entwickelnder kathartischer und Übertragungseinwirkungen.

► **Durchführung:**

- Ziel ist ein umfassender Eindruck über die Persönlichkeit, deren Entwicklung und Sozialisation wie auch über die aktuelle Symptomatik des Patienten.
- Volle Kommunikationsfähigkeit und -bereitschaft des Patienten sind wesentliche Voraussetzungen der Interviewgestaltung.
- Die Atmosphäre sollte weitgehend entspannt, ungestört und von gegenseitigem Vertrauen geprägt sein. (Dauer bis zu 90 Minuten.)

1.2 Explorationsmethoden

► **Aussage:**

- Als Bestandteil der operationalisierten psychodynamischen Diagnostik (OPD) werden die wesentlichen Basisinformationen zu Lebensgeschichte, Persönlichkeitsstruktur sowie pathogenetischen und -plastischen Faktoren gewonnen.
- Informationsdefizite können entstehen, wenn der Gesprächsverlauf weitgehend vom Patienten bestimmt wird. Sie sollten in weiteren Sitzungen ausgeglichen werden. Eventuell sind fremdanamnestic Angaben heranzuziehen. Ausführliche Dokumentation!

Semistandardisiertes Interview

- **Definition:** Deutlich strukturierte Befragung des Patienten als vorherrschend einseitige Erhebungsmethode, bei der Art, Inhalt und Umfang der Fragen vom Untersucher bestimmt werden und der Ablauf weitgehend festgelegt ist.
- **Prinzip:** Wegen der zweckgebundenen Zielsetzung wird der Kommunikationsprozess zwischen Untersucher und Patienten asymmetrisch, lässt aber noch Spielraum für eine Gesprächsgestaltung. Der Fragenkatalog liegt mehr oder weniger fest. Die Antworten dienen meist größeren Datenerhebungen, etwa zu Forschungszwecken und zur Verlaufskontrolle.
- **Durchführung:**
 - Im Gegensatz zur Standardexploration ökonomischerer Informationsgewinn, der sich in der strafferen Gesprächsführung mit thematischer Leitlinie widerspiegelt. Die atmosphärischen Bedingungen treten eher in den Hintergrund.
 - Die Patienten müssen voll orientiert, kommunikationsfähig und kooperativ sein. Die Antworten werden nur stichwortartig festgehalten. (Dauer um 30–40 Minuten.)
- **Aussage:**
 - Objektiver und höher operationalisierbar im Vergleich zu den vorgenannten Untersuchungsverfahren.
 - Die Einbeziehung statistischer Methoden zur Auswertung ist möglich und wird meist angestrebt. Nicht abgefragte Symptome werden dagegen kaum erfasst, da der Antwortspielraum des Patienten deutlich eingeengt ist. Auch hier stets exakte Dokumentation!

Standardisiertes Interview

- **Definition:** Fest strukturierte, zielgerichtete Befragung des Patienten mittels nach Anzahl und Inhalt vorgegebener Items, meist in Form sogenannter Persönlichkeitsinventare (S. 59).
- **Prinzip:**
 - Ziel dieser vergleichsweise am höchsten standardisierten Explorationsform ist die Erfassung bestimmter vorformulierter psychopathologischer Daten.
 - Durch Übernahme der entsprechenden Reliabilitäts- und Validitätskriterien besteht große Ähnlichkeit mit psychometrischen Testverfahren im engeren Sinn.
 - Die hohe Objektivität und Vergleichbarkeit kann zu Forschungszwecken (etwa bei multizentrischen Studien oder zur Aufstellung systematisierter Therapie- und Trainingsprogramme) genutzt werden.
- **Durchführung:**
 - Vorgegebener Fragenkatalog, meist mit binärer oder abgestufter Antwortmöglichkeit (z. B. Ja/Nein-Antworten).
 - Der Patient muss voll orientiert und kommunikationsfähig sowie hinsichtlich seiner Antworten korrekt und motiviert sein (Dauer um 30–40 Minuten).
- **Aussage:**
 - Standardisierte, einfache Auswertungsmöglichkeiten, deren Resultate statistisch gut bearbeitet werden können.

- Weitgehende Unabhängigkeit vom Untersucher und von anderen Variablen. Andererseits Informationsverlust durch das einseitige Abfragen bezüglich weitergehender Befunde. Dokumentation!

1.3 Verhaltensbeobachtung

Physiognomie

- ▶ **Definition:** Überdauernder Gesichtsausdruck und Körperhaltung, die im Laufe des Lebens allmählich geprägt wurden bzw. „gewachsen“ sind, unabhängig von der Fluktuation der Gesichtszüge im Mienenspiel.
- ▶ **Hinweis:** Historischer Vorläufer war die populäre Phrenologie des 19. Jahrhunderts
- ▶ **Prinzip:**
 - Kontinuierlich einwirkende, habituelle Gestimmtheiten und Befindlichkeiten können Einfluss auf die Physiognomie nehmen, wenn sich dominierende mimische Attitüden allmählich verfestigen.
 - Rückwirkend können daraus Vermutungen hinsichtlich der zugrundeliegenden prägenden Faktoren angestellt werden.
- ▶ **Anwendung:** Ziel der Beobachtung ist der hinter der aktuellen Mimik liegende Ausdruckskern, der vom Untersucher wahrgenommen und „entschlüsselt“ werden soll.
- ▶ **Aussage:** Irrtümer sind häufig, die diagnostische Valenz ist spekulativ und daher kritisch zu bewerten. Sowohl angeborene als auch erworbene Knochen-, Muskel- und Hautveränderungen können mit physiognomischen Besonderheiten einhergehen, denen keine der vermuteten besonderen seelischen Eigenschaften zugrunde liegt (Pseudoexpressivität). Die vermeintliche „Denkerstirn“ oder das „brutale Kinn“ stellen keineswegs psychopathologisch verwertbare Kriterien dar!

Mimik

- ▶ **Definition:** Im Gegensatz zur Physiognomie (meist unbewusste) dynamische Fluktuation des Mienenspiels als Ausdruck ständig wechselnder Innervation von Muskulatur und Hautdurchblutung des Gesichts.
- ▶ **Prinzip:**
 - Phylogenetisch verankerte Widerspiegelung seelischer Qualitäten im mimischen Ausdrucksverhalten, das teilweise kulturell überformt ist und als unreflektiertes, vorbewusstes Anmutungserlebnis vom Untersucher registriert, eingeschätzt und eingeordnet wird. Hauptausdrucksträger der Mimik sind die Stirn-, Augen- und Mundregion.
 - Enge Verknüpfungen von lust- und unlustbetonten Gefühlen mit zentralnervösen und hormonellen Vorgängen über entsprechende Schaltstellen in Hypothalamus, limbischem System und Hirnrinde und dem individuellen Nachempfinden bzw. Einfühlungsvermögen u. a. über das zerebrale Netzwerk von Spiegelneuronen.
- ▶ **Anwendung:**
 - Im Bereich der nonverbalen Untersuchungsmethoden nimmt die Beurteilung der Mimik eine zentrale, oft unterschätzte Rolle ein.
 - Betrachtung und Deutung der mimischen Äußerungen lassen Rückschlüsse auch auf Gemütszustände und Gestimmtheiten zu, die nicht verbal geäußert werden wollen oder können (insbesondere können sich depressive, ängstliche, aggressive wie auch wahnhaftige Inhalte in der Mimik widerspiegeln).
- ▶ **Aussage:** Bei geschulter Wahrnehmung und gutem Einfühlungsvermögen kann eine belastbare diagnostische Validität erzielt werden, die allerdings explorativ abzugleichen ist. Verfälschte bzw. irritierende Rückschlüsse können aus einer Entkopplung von mimischem Ausdruck und vermuteten Affekten resultieren, die bei zentralnervösen und Muskelerkrankungen zu beobachten ist (z. B. Zwangslachen oder Zwangswainen, Paramimie, Bewegungstereotypien, Hyperkinesien, Automatis-

1.3 Verhaltensbeobachtung

men, Jaktationen, Greifreflexe, Tics, Myoklonien, mimisches Beben, Spasmen, fokale bzw. psychomotorische Anfälle.)

▶ **Hinweis:** Neurophysiologische Emotionserfassung klinisch noch nicht ausgereift!

Phonik

▶ **Definition:** Art und Weise des Sprachausdrucks und des Sprechverhaltens.

▶ **Prinzip:**

- Das Sprechverhalten umfasst Lautstärke, Betonung, Deutlichkeit, Modulation und Tonfall des Sprechens. Es wird weitgehend durch psychische Vorgänge mitbestimmt. Der Sprachausdruck repräsentiert die globale Expression des Sprechens unter Integration der genannten Elemente.
- Registrierung und Analyse von Sprechweise und Sprachausdruck lassen Rückschlüsse auf die seelische (und körperliche) Befindlichkeit zu, insbesondere bestehen enge Beziehungen zu Motivation, Volition, Stresserleben, Antriebsverhalten und Gestimmtheit.

▶ **Hinweis:** Die Sprache bezieht sich auf die *Inhalte* des Gesprochenen – s. unten.

▶ **Anwendung:** Sprechverhalten und Sprachausdruck des Patienten sollten stets bei allen verbalen Interaktionen im Rahmen der Verhaltensbeobachtung beachtet und bewusst wahrgenommen werden. Voraussetzungen sind die Bereitschaft und Fähigkeit des Patienten, sich hörbar bzw. verständlich verbal mitzuteilen.

▶ **Aussage:**

- *Funktionelle Sprachstörungen* wie Stottern oder Stimmlosigkeit (Aphonie) können auftreten unter Stress, bei Belastungs-, Anpassungs- (S.218) und Persönlichkeits- (S.268) bzw. somatoformen Störungen (S.219).
- *Stammeln*, *Poltern* oder *Lispeln* kommen als Begleiterscheinungen hirnorganischer Dysfunktionen vor.
- Sprechstörungen aufgrund einer inneren Gehemmtheit (*Logophobie*) oder nach Traumatisierung können bis zum Mutismus (S.93) reichen.
- Logorrhö (S.96) und Inkohärenz (S.96) deuten auf einen Verlust von sprachlicher Selbstkontrolle hin, der psychisch bzw. psychotisch wie auch hirnorganisch bedingt sein kann.

▶ **Hinweis:** Von den Veränderungen des Sprachausdrucks bzw. den psychogenen Sprechstörungen sind krankhafte Beeinträchtigungen der *Sprachinhalte* zu unterscheiden wie z. B. wahnhaftige Äußerungen, Neologismen, Echolalie und Sprachzerfall bei Psychosen (S.184) oder künstlerische Attitüden wie z. B. dadaistische Lyrik.

Gestik (Pantomimik)

▶ **Definition:** Dynamische, expressive Bewegungskomplexe der Gliedmaßen, vor allem der Hände (im Gegensatz zur statischen Körperhaltung).

▶ **Prinzip:** Auf der Wahrnehmung der Körperbewegungen wird auf vermutlich zugrundeliegende Antriebs-, Stimmungs- und Aktivitätsimpulse geschlossen. Mimik, Phonik und Gestik sind Formen der analogen Kommunikation. Sie stellen evolutionsbiologisch den wesentlichen Verständigungsmodus im Sinne sog. angeborener Auslöseschemata dar, d. h. eine spezifische Reizsituation löst reflexhaft eine einprogrammierte Antwortreaktion aus (z. B. „Kindchenschema“, „Demutsgebärde“). Als neurophysiologische Vermittler fungieren offenbar u. a. Spiegelneuronen. Weiteres s. Psychomotorik (S.21).

▶ **Anwendung:** Die (meist rasche, unmittelbare und unreflektierte) Wahrnehmung des gestikulativen Verhaltens wird als unentbehrliche diagnostische Hilfe vor allem bei psychischen Erkrankungen einbezogen, die mit voluntativen (den Willen betreffenden), emotionalen und kognitiven Beeinträchtigungen einhergehen.

▶ **Aussage:**

- Die Beurteilung von Mimik und Gestik ist der wichtigste klinisch-diagnostische Zugang bei Patienten, die nicht verbal kommunikationsfähig sind, z. B. bei Stupor