

Untersuchung

- 2.1 Psychiatrischer Aufnahmebefund – 6**
 - 2.1.1 Allgemeine Tipps zum Umgang mit Patienten – 6
 - 2.1.2 Gliederung der Krankengeschichte – 6
- 2.2 Körperliche Untersuchung – 8**
- 2.3 Apparative und testpsychologische Diagnostik – 8**
- 2.4 Laborbefunde – 9**
- 2.5 Testpsychologie – 9**
- 2.6 Beurteilung und Mitteilung des Befundergebnisses – 9**

2.1 Psychiatrischer Aufnahmebefund

Zum psychiatrischen Aufnahmebefund ■ Abb. 2.1.

2.1.1 Allgemeine Tipps zum Umgang mit Patienten

- Den Patienten zuerst immer nach den aktuellen Beschwerden fragen, erst dann die vollständige Anamnese abarbeiten.
- Den Patienten konkret nach einem Behandlungsziel fragen.
- Keine unhaltbaren Versprechungen hinsichtlich der Heilungschancen und der Therapiedauer abgeben, aber dennoch eine positive Grundstimmung beibehalten.
- Nicht mit der Tür ins Haus fallen – z. B. im ersten Gespräch keine Fragen zur Sexualität, keine Bemerkungen über die Chronizität einer Erkrankung, keine vorschnellen folgenschweren Diagnosen.
- Fremdwörter vermeiden.
- Dem Patienten Gelegenheit geben, seine Meinung über die Qualität der Betreuung zu äußern.
- Auch gegenüber Patienten, die unrechtmäßiges oder unsoziales Verhalten zeigen, eine neutrale Haltung einnehmen.
- Hinsichtlich der eigenen Person neutral bleiben, d. h. dem Patienten gegenüber nichts über eigene Gefühle oder Lebensumstände preisgeben.
- Niemals Patienten duzen.
- Niemals folgenschwere Ratschläge außerhalb des Therapiekonzepts geben (»Sie sollten sich von Ihrem Mann jetzt endlich trennen!« oder: »Warum kündigen Sie nicht?«).
- Niemals abwertende Urteile über Kollegen abgeben, vor allem, wenn man den Sachverhalt nur von einer Seite dargestellt bekommt.
- Schweigepflicht beachten (gilt übrigens auch gegenüber Ärzten anderer Kliniken, auch gegenüber Eltern bei über 17-Jährigen und natürlich auch gegenüber Arbeitgebern).
- In den Krankenunterlagen unvoreilhaft subjektive Einschätzungen und kränkende Bemerkungen

über die Patienten vermeiden. Nach neuerer Rechtsprechung müssen alle Unterlagen dem Patienten zugänglich sein, selbst wenn therapeutische Bedenken gegenüber einer Offenlegung psychiatrischer Befunde bestehen.

2.1.2 Gliederung der Krankengeschichte

Eine psychiatrische Untersuchung muss immer individuell erfolgen; die folgende Checkliste soll nur als Gedächtnisstütze dienen.

Aufnahmemodus (nach Angaben des Patienten, der Angehörigen und des Aufnahmearztes)

- Aufnahmegrund
- Selbstständig zur Aufnahme gekommen, von Verwandten oder Bekannten gebracht?
- Freiwilligkeit und Rechtsgrundlage der Aufnahme
- Eventuelle Sprachprobleme
- Intoxikationsgrad
- Körperliche Verletzungen (Selbstbeschädigungen, Suizidversuche, Misshandlung)
- Erwartungen des Patienten bei der Aufnahme (»Behandlungsziel«)

Familienanamnese

- Psychosoziale Situation der Eltern, Großeltern, Geschwister, Familienatmosphäre; Adoptivstatus?
- Wesentliche psychische und somatische Erkrankungen in der Familie: Suizidversuche, psychische Krankheiten, Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken, Suchterkrankungen, Hinweise für Diabetes, Malignome, Gefäßerkrankungen, Allergien, Anfallsleiden usw.
- Todesursachen der Großeltern und der bereits verstorbenen Angehörigen, Todesfälle nahe stehender Personen.

Biografische Anamnese

- Schwangerschaft (ehelich, erwünscht?), Geburt, Entwicklung des Patienten, von wem aufgezogen?
- Heimunterbringung/Pflegefamilie?



■ **Abb. 2.1** Erhebung des psychiatrischen Aufnahmebefundes

- Geburtsort, Wohnorte
- Ethnische Herkunft und Sprachkenntnisse
- Schule, Bildungsweg, Prüfungen, Beruf, Arbeitsverhältnisse und Tätigkeiten
- Wirtschaftliche Situation
- Eheschließungen, Partnerschaften, Scheidungen und Kinder
- Konflikte mit dem Gesetz
- Kriegsteilnahme
- Berentung/Pensionierung
- Frühere und aktuelle Hobbies
- Einstellung (zur eigenen Person, zu politischen und weltanschaulichen Fragen, Religion)

Psychiatrische und somatische Krankheitsanamnese des Patienten selbst

- Jetzige Erkrankung
- Frühkindliche Entwicklungsstörungen (komplizierte Geburt, Gedeihstörungen, wie lange gestillt, wann Sprechen und Laufen gelernt, Schlafwandeln, Stottern, epileptische Anfälle)
- Frühere Erkrankungen
- Chronische Infektionen
- Unfälle
- Behinderungen
- Berufskrankheiten (einschl. Intoxikationen)
- Psychiatrische Vorbehandlungen und Hospitalisierungen (Arztbriefe anfordern, hierfür Schweigepflichtentbindung notwendig)
- Operationen
- Suizidversuche
- Essstörungen

- Sucht: Alkohol (Frequenz, Menge), Rauchen, Schlafmittel, Schmerzmittel, illegale Drogen
- Bisherige Therapien (immer fragen: »Was hat geholfen?«)
- Psychotherapien (Behandlungsziele, Therapie-richtung, Frequenz, Dauer)
- Arzneimittel (Namen, Dosis, Frequenz, Dauer; insbesondere Frage nach Psychopharmaka einschließlich Beruhigungs- und Schlafmitteln, Schmerzmitteln, Abführmitteln, Antikonzeptiva, Antikonvulsiva)

- — **Die genaue Medikamentenanamnese ist besonders wichtig, wenn mehrere frühere Behandlungsversuche gescheitert waren.**
- **Häufig werden Medikamente wie Antidepressiva nicht lange genug genommen (z. B. wird das Antidepressivum wegen mangelnder Wirksamkeit nach 3 Tagen abgesetzt, obwohl die Wirkung erst nach 14 Tagen eintreten kann). Auch werden in der Primärversorgung oft viel zu niedrige Dosen von Antidepressiva verordnet.**

Fremdanamnese

- Die Fremdanamnese erfordert in der Regel das Einverständnis des Patienten und wird in Anwesenheit des Patienten erhoben.
- Die Angaben der Ehepartner, Kinder u. a. können u. U. erheblich von den Angaben des Patienten differieren.
- Ggf. Hausarzt kontaktieren.

Aktueller psychopathologischer Befund

- Zu erheben aus Exploration, Fremdanamnese und Verhaltensbeobachtung
- Orientierungs- und Bewusstseinsstörungen
- Ansprache (freundlich-zugewandt, kooperativ, abweisend, misstrauisch)
- Kommunikationsstil (einsilbig, antwortet nicht konkret auf Fragen, weitschweifig, detailreich, umständlich)
- Affektivität (gedrückte oder auffällig heitere Stimmung)
- Suizidalität (Lebensüberdruß, konkrete Pläne)
- Antrieb, Psychomotorik und Motorik
- Ich-Störungen

- Denkstörungen (formale, inhaltliche)
- Gedächtnis und Konzentration
- Halluzinationen
- Angst (Phobie, unbestimmte Angst, psychotische Angst?)
- Vegetative Störungen einschließlich Schlafstörungen, Sexualität, Miktion, Stuhlgang, Appetit, Körpergewicht, allgemeines Befinden
- Leidensdruck, Krankheitsgefühl und Krankheitseinsicht
- Selbstkritik
- Grad der Selbständigkeit (z. B. bettlägerig, muss angekleidet werden, isst alleine etc.)

Fallbeispiele für psychopathologische Kurzbefunde

»Der Patient ist bewusstseinsklar und orientiert. Er hat jedoch akustische Halluzinationen (redet mit nicht vorhandenen Personen) und paranoide Ideen (glaubt, man könne seine Gedanken hören; glaubt, in die Wand seien Mikrophone eingebaut).«

»Der Patient ist deutlich benommen. Er antwortet langsam, versteht Fragen erst im 2. Versuch, muss für die Antwort lange überlegen. Er ist zeitlich einigermaßen orientiert (weiß, dass Juli 2012 ist, glaubt aber, es sei Weihnachten). Er ist zur Situation orientiert, verläuft sich aber mehrfach auf der Station.«

2.2 Körperliche Untersuchung

Zur körperlichen Untersuchung ■ Abb. 2.2.

- Neurologische und internistische Untersuchung
- Aspekt: Zeichen der Alkoholabhängigkeit, Schnittverletzungen der Unterarme, Injektionseinstiche, Tätowierungen, mangelnde Körperpflege?
- Gewicht, Körpergröße, Blutdruck, Pulsfrequenz

2.3 Apparative und testpsychologische Diagnostik

- Bildgebung (MRT, CCT, SPECT): Suche nach Tumor, Blutung, Hirninfarkt, Hirndruck, Abszess, Atrophien oder Fehlbildungen



■ Abb. 2.2 Neurologische Untersuchung

- EEG (Allgemeinveränderungen, epileptische Muster, Veränderungen durch Medikamente wie Neuroleptika, v. a. Clozapin, Antidepressiva oder Benzodiazepine)
- Evozierte Potenziale (z. B. bei V. a. multiple Sklerose)
- Doppleruntersuchung (Verengung der Gefäße zum Gehirn?)
- Lumbalpunktion (entzündliche Prozesse wie multiple Sklerose, tumoröse Prozesse)
- Testpsychologie (s. unten)
- EKG (insbesondere in Hinblick auf eine Therapie mit Antidepressiva, Antipsychotika, Lithium oder Carbamazepin; auf QT_c-Zeitverlängerung bei bestimmten Medikamenten achten)
- Polysomnografie bei Schlafstörungen (nur in spezialisierten Zentren)

2.4 Laborbefunde

- Blutbild
- Elektrolyte
- Gerinnung (wg. Lumbalpunktion!)
- Leber- und Gallenwerte
- Kreatinin
- Blutzucker
- Blutfette
- Schilddrüsenwerte
- ggf. Schwangerschaftstest
- ggf. Drogenscreening (Urin oder Blut)
- u. a.

2.5 Testpsychologie

- **Fremdbeurteilungsskalen** zur Feststellung des Schweregrades und Überprüfung des Therapieerfolgs. International anerkannt sind folgende Instrumente:
 - für alle Störungen: Clinical Global Impression Scale (CGI)
 - Depression: Hamilton Depression Scale (HAMD); Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS)
 - Manie: Young Mania Rating Scale (YMRS)
 - Schizophrenie: Positive and Negative Symptoms Scale (PANSS)
 - Panikstörung: Bandelow-Panik- und Agoraphobia-Skala (PAS)
 - generalisierte Angststörung: Hamilton Anxiety Scale (HAMA)
 - soziale Phobie: Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS)
 - Zwangsstörung: Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS)
 - Demenz: Mini-Mental-Status-Test (MMST), Alzheimer's Disease Assessment Scale – cognitive subscale (ADAS-Cog)
- **Selbstbeurteilungsskalen:** Zahlreiche Verfahren existieren, z. B.:
 - Beck Depression Inventory (BDI)
- Intelligenztests: z. B. Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Erwachsene bzw. Kinder (HAWIE/HAWIK-III)
- Tests zur Messung von Konzentrationsleistungen (z. B. d2-Test)

2.6 Beurteilung und Mitteilung des Befundergebnisses

- Vorläufige Diagnose mit Differenzialdiagnose
- Erörterung der Pathogenese
- Behandlungsplanung: Therapieversuch, prognostische Erörterung, sozialpsychiatrische Maßnahmen (z. B. Heimunterbringung etc.)
- Der Arzt wird den Patienten zeitnah über die Verdachtsdiagnosen informieren, aber bei der Mitteilung chronischer Erkrankungen behutsam vorgehen und auf gute Behandlungsmöglichkeiten hinweisen

Kurzlehrbuch Psychiatrie

Bandelow, B.; Gruber, O.; Falkai, P.

2013, XIX, 218 S. 28 Abb., 9 Abb. in Farbe., Hardcover

ISBN: 978-3-642-29894-3