

Leitfaden zur psychiatrischen Exploration

Liebe Kommilitoninnen und Kommilitonen,

im Blockpraktikum Psychiatrie sollen Sie u.a. auch Kenntnisse und Fertigkeiten im Bereich der psychiatrischen Exploration erwerben. Hierzu dienen die Veranstaltungen:

- **Einführung in die psychiatrische Exploration** (Montagnachmittag), die Ihnen eine Übersicht über grundsätzliche Techniken der psychiatrischen Exploration sowie die Erstellung und Dokumentation eines psychopathologischen Befundes geben soll.
- **Explorationspraktikum**, das Ihnen (unter Anleitung) Gelegenheit zur selbständigen Exploration psychiatrischer Patienten geben soll.

Der vorliegende Leitfaden soll Sie bei der erfolgreichen Durchführung dieser beiden Veranstaltungen unterstützen.

Inhalt:

Allgemeines	S. 2
Psychiatrische Anamnese	S.3
Schema des psychopathologischen Befundes	S. 4-6
Psychopathologischer Befundbogen nach AMDP	S.7-8
Einige Grundregeln zum Ablauf der psychiatrischen Exploration	S.9
Hinweise zur Erstellung der Explorationsprotokolle	S.10



Allgemeines:

Grundsätzlich kommen dem Explorationsgespräch in der Psychiatrie drei wichtige **Funktionen** zu:

- Kontaktaufnahme und Beziehungsaufbau (u.a. Etablierung eines therapeutischen Arbeitsbündnisses)
- Informationsgewinn über wichtige anamnestische Daten
- Informationsgewinn über psychopathologische Symptome zur Erstellung eines psychopathologischen Befundes

Das Explorationsgespräch ist in der Psychiatrie nicht selten die erste Kontaktaufnahme zwischen Patient und Arzt. Psychische Erkrankungen gehen häufig mit vielfältigen Ängsten aber auch Misstrauen einher. Hier gilt es erst einmal, Vertrauen zu schaffen und eine tragfähige Beziehung zwischen Patient und Arzt zu etablieren. Allein diese Erfahrung kann den Patienten u.U. schon entlasten und entängstigen.

Während in den somatischen Disziplinen die Anamnese- und Befunderhebung in der Regel getrennt sind und aufeinander folgen, sind diese beiden Aspekte der ärztlichen Informationssammlung in der psychiatrischen Exploration oft untrennbar miteinander verwoben.

Eine weitere Besonderheit der psychiatrischen Exploration ist, die Tatsache, dass der „Untersuchungsgegenstand“ im Bereich des subjektiven Erlebens eines anderen Menschen liegt. Zwar gibt es auch bei der Erstellung des psychopathologischen Befundes Symptome, die sich auf objektiver Beobachtung basieren (insbesondere im Ausdruck und Verhalten des Patienten); gleichwohl bedürfen aber auch diese Symptome in der Regel einer Interpretation, die letztlich im subjektiven Erleben des Patienten gründet. **In der Exploration wird daher der Arzt immer auch zum Medium des diagnostischen Prozesses:** Eine gute Exploration wird ohne Empathie und einfühlerndem Verstehen nicht gelingen. Entscheidend ist es jedoch, dabei die richtige Balance zwischen (einfühlernder) Nähe und (objektivierender) Distanz zu finden.

Psychiatrische Anamnese:

Die Folgenden anamnestischen Informationen sind von Relevanz:

- ◆ Aufnahmemodus, Umstände der Zuweisung etc.

 - ◆ Eigenanamnese
 - Unmittelbare Vorgeschichte
 - Psychische und soziale Entwicklung (biographische Anamnese)
 - Körperliche Entwicklung
 - Sexualanamnese
 - Allgemeine Interessen, kulturelle Besonderheiten etc.

 - ◆ Familienanamnese

 - ◆ Fremdanamnese (nahe Angehörige, Kontaktpersonen, Vorbehandler etc.)

 - ◆ Zu jeder vollständigen psychiatrischen Befunderhebung gehört selbstverständlich auch die (zumindest orientierende) körperliche (internistische/neurologische) Untersuchung des Patienten
-

Schema des psychopathologischen Befundes (nach D. Sigmund)

Das folgende psychopathologische Befundschema soll Ihnen eine Übersicht der wichtigsten psychopathologischen Beschreibungsebenen geben. Gleichzeitig dient es der Strukturierung bei der Abfassung/Dokumentation des psychopathologischen Befundes.

1. **Äußeres Erscheinungsbild**, Verhalten, Ausdruck.
 2. **Bewusstseinslage**; quantitative oder qualitative Bewusstseinsstörungen (z.B. wach, somnolent etc.).
 3. **Orientierung** (Person, Ort, Situation, Zeit)
 4. **Verhalten in der Gesprächssituation**, z.B. bezogen, kooperativ, Hilfe suchend, ablehnend, misstrauisch, aggressiv etc.
 5. **Gedächtnis**: Störungen der Erinnerungs- und Merkfähigkeit, umschriebene Gedächtnisstörungen (Amnesien), systematische Amnesien.
 6. **Intelligenz**
 7. **Aufmerksamkeit**
 8. **Konzentrationsfähigkeit** und Konzentrationsbereitschaft
 9. **Auffassungsgabe**
 10. Veränderungen von **Sprache und Sprachproduktion**: z.B. Aphasien, Wortkargheit, Mutismus, Rededrang, Verbalisation etc. (siehe auch: formales Denken)
 11. **Formales Denken**
Gesichtspunkte der Beurteilung: Gedankenproduktion (z.B. gesteigert, herabgesetzt, gehemmt, Gedankenabreißen, Sperrungen etc.); Geschwindigkeit des Ablaufs; Kohärenz; Stringenz; Repetition; Veränderungen im Bedeutungsumfang der Begriffe.

Formen formaler Denkstörungen:
- Formale Denkstörungen mit erhaltener Kohärenz, z.B. Denkverlangsamung, Denkhemmung, verarmtes Denken, assoziative Lockerung bis zur Ideenflucht, Weit-schweifigkeit, Umständlichkeit, Haften etc.
 - Inkohärente Denkstörungen: z.B. Zerfahrenheit, Inkohärenz.
 - Paralogisches Denken: z.B. Entgleisungen, Auslassungen, paralogische Verknüpfungen etc.
 - Unklares Denken
 - Neologismen, Konkretismus
-

12. Inhaltliches Denken und seine Störungen

- Imaginative Phänomene
- Fixe und überwertige Ideen
- Wahn

Gesichtspunkte der Beschreibung: Expressionsstufe (Wahnstimmung; Beziehungsidee – Bedeutungserlebnis; Wahneinfall – Wahnwahrnehmung); Thematik; primär oder sekundär. Systematisiert – unsystematisiert; bizarr – nicht bizarr.

13. Störungen der Wahrnehmung

- Sinnestäuschungen.
 - Halluzinationen (primär – sekundär).
 - Pseudohalluzinationen; hypnagoge Halluzinationen
 - Illusionäre Verkennungen: Primär (Pareidolie) – sekundär (z.B. Affektillusion)
- Imaginative Phänomene
- Einfache Veränderungen der Wahrnehmung, z.B. Hyperästhesien, Hypästhesien, Mikropsie, Makropsie, Nachbilder etc.

14. Ich-Störungen (Störungen der Meinhaftigkeit):

(z.B. Gedankeneingebung, -ausbreitung, -entzug, Depersonalisation, Derealisation etc.)

15. Affektivität

- Grundstimmung.
Gesichtspunkte der Beschreibung: Qualität (z.B. gehoben, euphorisch, beglückt, moros, unzufrieden, traurig, gequält-leer, ängstlich, gereizt, belle indifférence etc.); Ablenkbarkeit und situative Varianz.
- Affektverhalten und affektive Schwingungsfähigkeit: z.B. eingeschränkt, gesteigert, vermehrte affektive Anregbarkeit, Affektverflachung, Affektlabilität, Affektinkontinenz etc.
- „Kohärenz“ von Affektivität und Affektausdruck (inadäquater Affekt, Parathymie, Paramimie etc.).

16. Antrieb

(z.B. gesteigert bzw. herabgesetzt)

17. **Psychomotorik** (z.B. reduziert, expressiv, Gebundenheit, Parakinesen, kataleptische Phänomene, Negativismus, Flexibilitas cerea etc.)

18. „Somatoforme“ Phänomene, z.B.

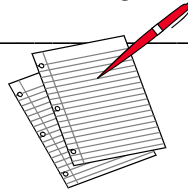
- Vitalstörungen
- Konversionserscheinungen

19. Zirkadiane Besonderheiten**20. Persönlichkeit** einschließlich des Sexualverhaltens**21. Eigen- oder Fremdgefährdung** (u.a. Suizidalität!)**22. Krankheitseinsicht, Krankheitsgefühl**

Nach Abschluss der psychiatrischen Anamneseerhebung und Exploration/Untersuchung sollten Sie in der Lage sein, zumindest eine vorläufige Behandlungsdiagnose/Differentialdiagnose zu erstellen!

Im Folgenden noch einige Grundregeln zum Ablauf der Psychiatrischen Exploration (ohne Anspruch auf Vollständigkeit):

- Einleitend sollte es selbstverständlich sein, sich vorzustellen und das Ziel des Gespräches zu erklären (z.B.: „Guten Tag, mein Name ist Dr. Müller und ich wollte mich mit Ihnen gerne zusammensetzen, um zu verstehen, was Sie in den letzten Wochen/Monaten so belastet hat.“)
 - Die ärztliche Schweigepflicht hat allerhöchste Priorität
 - Es sollte ein eigener Raum zur Verfügung stehen (also: Explorationen zwischen „Tür und Angel“ sollten möglichst vermieden werden.)
 - Man sollte sich Zeit nehmen
 - Fragen Sie nach, wenn Sie etwas nicht verstanden haben
 - Unterbrechungen und Störungen sollten möglichst vermieden werden (Piepser, Telefon etc.)
 - Dritte bleiben in der Regel ausgeschlossen (Ausnahmen möglich: z.B. Pflegepersonal oder andere Mitglieder des therapeutischen Teams)
-



Hinweise zur Erstellung der Explorationsprotokolle

Jeder Student muss ein klar gegliedertes, gut lesbares, selbst verfasstes mehrseitiges Explorationsprotokoll über einen im Praktikum vorgestellten Patienten verfassen. Interviewer und Protokollant sollten nicht identisch sein.

Das Explorationsprotokoll sollte folgende Punkte enthalten:

- Name des Studenten, Initialen des Patienten/in, Datum der Anamnese
- Ausführliche Anamnese einschließlich Sozial- und Familienanamnese sowie Angaben zum bisherigen Krankheitsverlauf
- Ausführlicher psychopathologischer Befund
- Sonstige auffällige Befunde (z.B. neurologische Symptome etc.)
- Diagnose und differentialdiagnostische Überlegungen, möglichst auch prognostische Einschätzung (z.B. Suizidgefährdung, soziale Reintegration) und weitere diagnostische Maßnahmen
- Therapievorschlag (medikamentös, Psychotherapie etc.), wenn möglich mehrere Alternativen

Das Explorationsprotokoll muss spätestens eine Woche nach Beendigung des Blockpraktikums beim Kursleiter abgegeben werden.

- Die Explorationsprotokolle sind eine Voraussetzung für die Scheinvergabe!
- Jedes Protokoll muss eindeutig mit Ihren Namen und dem Datum der Exploration versehen sein.
- Im Interesse der Patienten dürfen die Namen und Geburtsdaten der Patienten NICHT auf den Protokollen auftauchen!! Verwenden Sie ggf. Initialen (Z.B. Patientin A.B., 35 Jahre alt)
- Die Explorationsprotokolle sollten möglichst leserlich (am besten mit dem PC) abgefasst sein.
- Wenn Sie Rückfragen zur Abfassung des Protokolls haben, scheuen Sie sich nicht, den zuständigen Dozenten zu kontaktieren.