

Explorationsleitfaden Psychiatrie

für die Tertiäre Psychiatrie

Version 5.1 (Sommersemester 2015)

Von Gerhard Lenz und Heinz Katschnig

überarbeitet von Dietmar Winkler und Siegfried Kasper

Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Wien

Sämtliche Bezeichnungen sind geschlechtsneutral zu verstehen.

Vorbemerkung: Dieser Leitfaden ist in erster Linie als Hilfe für den praktischen Teil der Tertiäre Psychiatrie gedacht und auf diese Situation zugeschnitten. Um ihn optimal nutzen zu können, ist es erforderlich, sich zunächst mit den psychopathologischen Begriffen und ihren Definitionen vertraut zu machen. Die kommunikativen Fähigkeiten, die gerade für ein Gespräch mit psychisch Kranken notwendig sind, können naturgemäß in einem schriftlichen Leitfaden nicht vermittelt werden.

A. Allgemeine Richtlinien

Dieser Leitfaden befasst sich vorwiegend mit der Erhebung der Symptomatik der **aktuellen Krankheitsepisode**, deren Beurteilung bei der Exploration im Rahmend der Tertiärüberprüfung im Vordergrund stehen soll. Der Student soll dabei zeigen, dass er durch **gezieltes Fragen** und durch **Beobachtung des Patienten während des Gespräches** Informationen über die wichtigsten psychopathologischen Bereiche erhalten kann. Vom Prüfer wird zu berücksichtigen sein, dass man in der für den Patienten und den Prüfling stress belasteten Situation der Prüfung nicht auf alle Fragen verwertbare Antworten erhält.

Eine psychiatrische Untersuchung umfasst darüber hinaus auch eine **ausführliche Krankheitsanamnese**, die Erfassung **biographischer und soziodemographischer Sachverhalte, psychosozialer Belastungssituationen** und des Vorkommens psychischer Erkrankungen in der **Familie**, die Erhebung des **somatischen und neurologischen Status** sowie von **Hilfsbefunden** (z.B. psychologischer Test, EEG u.ä.). Ein **Gespräch mit Angehörigen** ist wichtig, wenn eine Information durch den Patienten nicht ausreichend möglich ist (z.B. bei akut psychotischen Patienten, bei bewusstseinsgetrübten Patienten, bei

starker Erregung oder bei Stupor), wenn die biographischen Daten vertieft werden sollen und um das engere soziale Umfeld näher kennenzulernen und in die weitere Behandlung einzubeziehen.

Im Gespräch mit dem Patienten geht es einerseits um die **Kontaktaufnahme** (der Untersucher sollte sich namentlich vorstellen, er sollte in einführender Weise auf die Wünsche und Beschwerden des Patienten eingehen), andererseits aber auch um die **Informationsgewinnung** (das bedeutet, dass auch aktiv Fragen gestellt werden müssen, um die nötigen Informationen zur Diagnose bzw. Differentialdiagnose zu erhalten).

Kontaktaufnahme und Informationsgewinnung können einander behindern. Um bestimmte Informationen zu erhalten, kann es beispielsweise notwendig sein, einen logorrhöischen Patienten in seinem Redefluss zu unterbrechen, was bei diesem Ärger und Enttäuschung auslösen kann. Wenn man den Patienten aber nicht unterbricht, dann wird der Kontakt zwar gut sein, der Informationsgewinn aber möglicherweise gering.

In vielen Fällen können bereits durch Beobachtung des Patienten, in dem Moment, in dem er das Zimmer betritt bzw. sich setzt, wichtige Informationen gewonnen werden (z.B. Parkinsonsyndrom als Neuroleptikanebenwirkung; Gangstörung - organisch oder konversionsneurotisch bedingt; Grimassieren oder periorale Unruhe als Spätdyskinesie; nicht ruhig sitzen können - Akathisie; distanzloses, lautes, inadäquat fröhliches Verhalten - Manie)

Erste Frage: **Warum sind Sie ins Krankenhaus gekommen?**

Aus der Antwort kann man oft schon erste Vermutungen anstellen, worum es sich handeln könnte bzw. in welche Richtung die Exploration vorerst weitergehen sollte. Der

Patient wird dann gebeten, über seine aktuellen Beschwerden zu berichten. Früher oder später wird der Untersucher gezielt Fragen stellen und dem Gespräch eine bestimmte Richtung geben.

Es ist daran zu denken, dass viele Patienten die Beschwerden zunächst in ihrer eigenen Sprache formulieren. Manche Patienten verschleiern die Symptomatik gewollt oder ungewollt (bezeichnen ihre Beschwerden etwa als "Depression", obwohl sich dahinter psychotische Symptome verbergen). Manche Symptome können nur beobachtet werden (z.B. Zerkahrenheit, Neologismen), andere können wieder nur berichtet werden (Halluzinationen, Wahnideen), bei wieder anderen sind beide Möglichkeiten in Betracht zu ziehen (z.B. depressive Verstimmung).

Es sollte getrachtet werden, den Beginn der Beschwerden möglichst genau zu datieren und die Art des Beginns (z.B. plötzlich, schleichend) und den Verlauf (z.B. episodisch, chronisch) zu eruieren. Stellt sich heraus, dass ein Störungsbild "schon immer" vorhanden war, sollte man an das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung (abnorme Persönlichkeit, früher "Psychopathie") denken.

Eine Diagnose sollte nicht voreilig aufgrund von wenigen gerade verfügbaren Informationen gestellt werden.

Achtung: Im Wesentlichen die **aktuelle Krankheitsepisode explorieren - dabei nicht nur den jetzigen Zeitpunkt, sondern die ganze Episode berücksichtigen - dann aber auch nach früheren Episoden (einschließlich Krankenhausaufenthalten) fragen.**

B. Hinweise zur Exploration von zwölf wichtigen Symptombereichen

Es wird zweckmäßig sein, mit der Exploration in dem Bereich zu beginnen, in dem der Patient Beschwerden angibt, bzw. in dem der Untersucher aufgrund des Verhaltens des Patienten Beschwerden vermutet. Auch wenn im Gespräch zunächst ein bestimmter Bereich im Vordergrund steht, sollten auf jeden Fall **alle Bereiche** angesprochen werden. Insbesondere sollte nicht vergessen werden, Suizidalität, Alkohol-, Medikamenten- sowie Drogenabusus, produktive Symptome (Halluzinationen, Wahnideen) und kognitive Symptome (Bewusstseinslage, Orientierung, Gedächtnis, Intelligenz und formale Denkstörungen) zu erfragen.

Merke: Wenn ein bestimmtes Symptom zum Zeitpunkt der Exploration nicht vorhanden ist (z.B. weil die Therapie schon gewirkt hat), nicht zu fragen vergessen, ob es früher vorhanden war (z.B.: "Wie war Ihr Schlaf, bevor Sie Medikamente genommen haben?").

1. Depressive Verstimmung
2. Manische Verstimmung
3. Angstzustände/ Zwangspänomene
4. Kognitive Störungen
5. Wahnideen
6. Halluzinationen
7. Suizidalität
8. Alkoholprobleme
9. Medikamenten-, Drogenprobleme
10. Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)
11. Somatoforme Störungen
12. Essstörungen

1. DEPRESSIVE VERSTIMMUNG

Vorschläge für Fragen

Waren Sie in letzter Zeit sehr traurig, niedergeschlagen?

(Befindlichkeit, Stimmung)

Hat Sie in letzter Zeit irgend etwas aus dieser Traurigkeit herausreißen können? Haben Sie sich noch über irgend etwas freuen können?

(Affizierbarkeit = gefühlsmäßiges Ansprechen auf Außenreize; affektives Ansprechen nur im negativen Bereich)

Haben Sie in letzter Zeit weniger als sonst unternommen, konnten Sie sich schwerer als gewöhnlich zu Alltagstätigkeiten aufrufen? Wie ging Ihnen die Arbeit (der Haushalt) von der Hand?

(Antrieb = zielgerichtete Aktivität)

Wann hat die Störung der Befindlichkeit, der Affizierbarkeit oder des Antriebs begonnen?

(zeitlich abgesetztes Auftreten)

Fühlen Sie sich regelmäßig zu bestimmten Tageszeiten besonders schlecht? Wann?

(Tagesschwankung von Befindlichkeit, Affizierbarkeit oder Antrieb)

Wie war Ihr Schlaf bevor Sie Medikamente einnahmen? Konnten Sie leicht einschlafen, wachten Sie in der Nacht öfters auf, wachten Sie morgens früher als gewöhnlich auf?

(Schlafstörungen: Durchschlafstörungen, vorzeitiges Erwachen oder Schlafverlängerung)

Vegetative Symptome erfragen (Mundtrockenheit, Appetitabnahme, Gewichtsverlust, ...)

In erster Linie denken an:

a) Syndromdiagnose
Depressives Syndrom

b) nosologischen Diagnose-Längsschnitt

affektive Störung (unipolar oder bipolar)

(bisherigen Krankheitsverlauf erfragen: episodisch mit freien Intervallen oder chronisch depressiv, Vorhandensein früherer depressiver/manischer Episoden; affektive Störung bei Verwandten ersten Grades)

Dysthymie (Dauer mehr als 2 Jahre, leichtere Ausprägung)

Auch denken an:

Depressive Verstimmung bei Schizophrenie, organisch-afektive Störung (z.B. Hirntumor - neurologische Untersuchung!)

Nicht vergessen:

Suizidalität, Alkohol-, Drogen-, Medikamentenabusus ansprechen

2. MANISCHE VERSTIMMUNG

Vorschläge für Fragen

Waren Sie in letzter Zeit in einer übersteigerten Hochstimmung? War diese so ausgeprägt, dass Ihre Umgebung meinte, mit Ihnen sei etwas nicht in Ordnung?

(Euphorisch, expansive Befindlichkeit)

Haben Sie alles angenehm und lustvoll erlebt? Auch traurige Ereignisse?

(Affektives Ansprechen nur im positiven Bereich)

Haben Sie sich in letzter Zeit besonders energiegeladener und voller neuer Ideen gefühlt? Haben Sie in letzter Zeit mehr als sonst unternommen? Haben Sie mehr gesprochen? Sind Ihre Gedanken schneller als sonst abgelaufen? Was hat Ihre Umgebung an Veränderungen bei Ihnen bemerkt? Waren Sie entscheidungsfreudiger? Haben Sie sich in finanzieller Hinsicht sehr verausgabt?

(Antriebssteigerung)

Wann hat das alles begonnen?

(zeitlich abgesetztes Auftreten)

War Ihre Stimmung bzw. Ihre Aktivität regelmäßig zu bestimmten Tageszeiten besonders gut bzw. gesteigert?

(Tagesschwankungen der Symptome)

Wie viele Stunden Schlaf brauchten Sie in der letzten Zeit (bevor Sie Medikamente nahmen)?

(Schlafverkürzung)

Andere manische Symptome erfragen bzw. beobachten (Kritiklosigkeit, Enthemmung, Distanzlosigkeit, ...)

In erster Linie denken an:

a) Syndromdiagnose
Manisches Syndrom

b) nosologische Diagnose Längsschnitt

Bipolare affektive Störung, Vorliegen früherer manischer oder depressiver Episoden und Vorkommen bei Verwandten ersten Grades erfragen

Auch denken an:

organische Ursachen (z.B. Medikamente, Drogen, frontaler Hirntumor)

- Manchmal ist eine manische bzw. mischbildhafte Verstimmung mit einer katathymen (d.h. nicht der Stimmung entsprechenden) psychotischen Symptomatik (Wahn oder Halluzinationen) verbunden (Beispiel: Manie mit Verfolgungswahn). Häufiger ist eine Manie mit holothymen (= der Stimmung entsprechenden) psychotischer Symptomatik (z.B. Größenwahn).

3. ANGSTZUSTÄNDE/ ZWANGSPHÄNOMENE

Vorschläge für Fragen bei Angst

Haben Sie in letzter Zeit besonders unter Angst oder Furcht gelitten? (Wenn ja, weiterfragen nach vegetativen Begleitsymptomen wie Herzklopfen, Schwitzen, Magendruck, Zittern, trockenem Mund, ...)

War die Angst dauernd/über längere Zeit anhaltend

(Generalisierte Angststörung) und/oder in Form von Angstattacken

(Panikattacken = Angst tritt plötzlich auf und verschwindet nach wenigen Minuten bis zu einer halben Stunde von selbst)?

Wovor hatten Sie Angst? Gibt es bestimmte Situationen/Dinge, in/vor denen Sie Angst bekommen?

(einfache Phobie: z.B. Tierphobie, Höhenphobie; Sozialphobie; Agoraphobie)

Vermeiden Sie bestimmte Situationen/Dinge, um keine Angst zu bekommen? Sind Sie dadurch im Alltag behindert?

Vorschläge für Fragen bei Zwang

Müssen Sie Handlungen, die Sie schon verrichtet haben *immer wieder* durchführen, um etwas nachzukontrollieren (z.B. Gashahn, Türen, Schalter), obwohl Sie wissen, dass dieses Verhalten unsinnig ist?

Waschen Sie sich immer wieder, obwohl Sie wissen, dass Sie sauber sind? Haben Sie Angst vor Ansteckung mit Bakterien?

(Zwangshandlungen)
Kommen Ihnen immer wieder die gleichen Gedanken in den Kopf, die Sie dauernd denken müssen, obwohl Sie dies eigentlich nicht tun wollen? Welche Gedanken sind das?

(Zwangsgedanken)

Merke: Manchmal handelt es sich um Gedankeninhalte, die dem Patienten peinlich sind und die er deshalb nicht preisgeben möchte.

In erster Linie denken an:

- a) Panikstörung
ungerichtete Angst, anfallsartig
- b) Generalisierte Angststörung
ungerichtete Angst, dauernd
- c) Phobie
gerichtete Angst - Agoraphobie, Sozialphobie, spezifische Phobie
- d) Zwangsstörung

Auch denken an:

Angstgefühle als Folge von Wahninhalten, Angst bei Schizophrenie, bei affektiven Störungen (ängstlich-depressive Verstimmung, Mischbild), bei Alkohol- und Medikamentenentzug, bei organischen Störungen (z.B. Delir). Zwangsrubeln bei Melancholie (Zwangshandlungen) als Bewältigungsversuch bei Schizophrenie.)

4. KOGNITIVE STÖRUNGEN/ DENKSTÖRUNGEN

a. Bewusstseinslage, Orientierung

Vorschläge für Fragen

Beurteilung der Bewusstseinslage:

Klares Bewusstsein, Benommenheit, Somnolenz, Sopor, Präkoma, Koma

Prüfung der Orientierung:

Zeitliche Orientierung: Welche Tageszeit haben wir jetzt? Welchen Wochentag? Welches Monat? Welche Jahreszeit? Welches Jahr? (Nach Datum fragen, ist nicht günstig)

Örtliche Orientierung: Wo sind wir hier?
In welcher Stadt befinden Sie sich?
Situative Orientierung: Warum sind Sie hier? Was machen wir hier?
Persönliche Orientierung: Wie heißen Sie? Wann sind Sie geboren? Wo wohnen Sie?

In erster Linie denken an:

Hirnorganische Störungen/
Demenzkrankungen, akut bei Intoxikation
(z.B. medikamentös: Schlafmittelüberdosierung, anticholinerges Delir bei trizyklischen Psychopharmaka), Enzephalitis, Schädel-Hirn-Trauma, Alkoholdelir

b. Gedächtnis, Intelligenz

Vorschläge für Fragen

Prüfung des Gedächtnisses:

Merkfähigkeit: Bitte merken Sie sich folgende vierstellige Zahl (Patient soll die Zahl wiederholen, damit man weiß, dass er sie verstanden hat). Ich frage Sie in fünf Minuten wieder danach.

Altgedächtnis: Prüfung (z.B. Wo in die Schule gegangen? Wohnung in der Kindheit?) ist ohne zusätzliche Informationsquelle schwer überprüfbar.

Prüfung der Intelligenz:

Umgang mit Zahlen: Mündliche Subtraktionsaufgaben: Ziehen Sie von 100 immer wieder 7 ab (100, 93, 86, 79, ...).

Denkvermögen: Abstraktionsvermögen (Finden eines Oberbegriffes z.B. für Apfel, Birne, Banane), Unterscheidungsfragen (Kind/Zwerg, Fluss/Teich, Lügen/Irren).

Allgemeinwissen (Hauptstadt von Frankreich? Wann endete der Zweite Weltkrieg? Wozu braucht der Mensch seine Lunge?)

In erster Linie denken an:

Hirnorganische Störung, besonders Delir oder Demenz. Geistige Behinderung (nach Schulbildung fragen). Achtung: Auch depressive Patienten klagen oft über Merkfähigkeitsstörungen ("Pseudodemenz"). Unterschied zu echter Demenz: Patienten mit Demenz verbergen dieses Symptom eher, depressive Patienten klagen darüber.

Merke: Hirnorganisch bedingte Störungen können sich zusätzlich zu den hier besprochenen Symptomen, auch in zahlreichen anderen Symptomen manifestieren (z.B. Depression bei Hirntumor, Manie bei Morbus Pick, Wahnideen bei Demenz, Halluzinationen bei anticholinergem Delir - Tollkirsche, Antidepressivaintoxikation). Die unter a. und b. genannten kognitiven Symptome müssen deshalb immer auf ihr Vorliegen überprüft werden - nicht zuletzt auch deshalb, weil es bei organisch bedingten Störungen eine kausale Therapie geben kann. Auf der anderen Seite braucht dann, wenn im Gespräch bald klar ist, dass keine hirnorganische Störung vorliegt, die Intelligenz nicht in allen Einzelheiten überprüft werden.

c. Störungen des Gedankenablaufes ("formale" Denkstörungen)

Derartige Denkstörungen können eventuell nur in den sprachlichen Äußerungen des Patienten beobachtet werden. Allerdings können viele Patienten darüber auch Auskunft geben, besonders wenn die Denkstörungen jetzt nicht mehr vorhanden sind.

Vorschläge für Screening-Fragen

Können/konnten Sie klar denken oder ist/war Ihr Denken irgendwie beeinträchtigt?

Wie ist/war Ihre Konzentration?

Schizophrenie:

Beobachtbare Denk- bzw. Sprachstörungen: Zerfahrenheit (logischer Zusammenhang zwischen den einzelnen Gedankengängen geht verloren), Sperrungen (subjektive Beschreibung durch den Patienten: "Die Gedanken reißen ab"). Gedankenentgleisen, Faseln; Neologismen.

Vorschläge für Fragen in Richtung Schizophrenie

Kommt/kam es vor, dass Ihnen die Gedanken plötzlich abreißen? Geraten die Gedanken manchmal durcheinander?

Beachte: Diese Symptome sind nicht beurteilbar, wenn der Patient unter ausgeprägter Angst, Müdigkeit oder ausgeprägter Denkbeschleunigung oder -verlangsamung leidet.

Manie:

Beschleunigter Gedankengang, oft mit Gedankensprüngen. Logischer Zusammenhang zwischen den Gedankensprüngen meist erhalten.

Vorschläge für Fragen in Richtung Manie

Laufen/liefen Ihre Gedanken schneller als sonst ab? Haben/hatten Sie mehr Einfälle als sonst?

Schwere Depression:

Depressive Denkverlangsamung bzw. Denkhemmung; Unvermögen, sich auch in einfachen Dingen zu entscheiden; langsames Versanden des Gedankenganges (Unterschied zur Sperrung: dort plötzlicher Abbruch). Störungen der Auffassung, Aufmerksamkeit und Merkfähigkeit kommen auch im Rahmen einer Depression vor ("Pseudodemenz"). Symptome des depressiven Syndroms erfragen!

Vorschläge für Fragen in Richtung schwere Depression

Laufen/liefen Ihre Gedanken langsamer als sonst ab? Geht das Denken nur wie gegen einen Widerstand? Fallen Ihnen auch in alltäglichen Dingen die Entscheidungen schwer? Haben Sie weniger Einfälle als sonst?

Zwangsneurose:

Zwangsgedanken (siehe Abschnitt 3)

Organisch bedingte formale Denkstörungen: Inkohärenz, Perseveration, Umständlichkeit.

5. WAHNIDEEN

Vorschläge für Fragen

Sind in letzter Zeit Dinge passiert, die Ihnen eigenartig vorgekommen sind und/oder die Sie sich nicht erklären konnten? Werden Sie von jemandem verfolgt oder beeinträchtigt? Sind Sie sich selbst oder ist Ihnen die Umgebung in letzter Zeit in eigenartiger Weise verändert vorgekommen?

Haben Sie das Gefühl, dass Sie unter Kontrolle von Kräften und Mächten stehen, die nicht Ihrem eigenen Willen entstammen?

Haben Sie das Gefühl, dass Sie über besondere Fähigkeiten verfügen? Eine besondere Persönlichkeit sind?

Nicht vergessen:

- Subjektive Gewissheit und Unkorrigierbarkeit explorieren (Könnten Sie sich irren? Könnte dies zufällig so sein?)
- Aufbauelemente eruieren (z.B. Interpretation normaler Wahrnehmungen, Interpretation von akustischen Halluzinationen, etc. ...)
- Wahnstruktur (unstrukturiert - strukturiert, logisch - paralogisch)

- Weltbezug (polarisiert, juxtaponiert, autistisch)
- holothym (bei affektiven Störungen) oder katathym (bei Schizophrenie oder schizoaffektiven Psychosen?)
- Wahninhalte (Verfolgungswahn, Größenwahn, Schuldwahn, Eifersuchtswahn)

In erster Linie denken an:

Schizophrenie
organische Störung
Affektive Störung
Substanzinduzierte Psychose
Wahnhafte Störung

6. HALLUZINATIONEN

Vorschläge für Fragen

Hören Sie manchmal Geräusche oder Stimmen, ohne dass jemand um Sie herum ist und ohne dass Sie sich deren Herkunft erklären können? (akustische Halluzinationen)

Trifft das für bildliche Erscheinungen oder andere ungewöhnliche Erfahrungen zu? (Optische Wahrnehmungen, Berührung, Geschmack, Geruch, ...)

In erster Linie denken an:

Schizophrenie, organische Störung, affektive Störung, substanzinduzierte Störung

Kommentierende Stimme (spricht über den Patienten in der dritten Person, z.B. "jetzt steigt er in die Straßenbahn ein"), dialogische Stimmen (zwei oder mehrere Stimmen unterhalten sich miteinander) - Symptome 1. Ranges nach K. Schneider.

Imperative Stimmen

Stimmen häufig in der zweiten Person - sprechen den Patienten direkt an und geben Befehle.

Akustische Elementarhalluzinationen; optische Halluzinationen, Beispiele: Alkoholhalluzinose, Delirium tremens (Mikropsien), LSD (optische Illusionen/Halluzinationen).

Merke: Unterscheide Halluzinationen (kein reales Substrat) von illusionären Verkennungen (reales Substrat vorhanden, wird aber verändert wahrgenommen). Unterscheide echte von Pseudohalluzinationen (= Patient ist sich dessen bewusst, dass er Trugwahrnehmungen hat).

7. SUIZIDALITÄT

Vorschläge für Fragen

Kam Ihnen in letzter Zeit der Gedanke, dass es besser wäre, wenn Sie nicht mehr leben würden (Lebensüberdruß)?

Haben Sie daran gedacht, mit dem Leben Schluss zu machen (Suizidgedanken)? Haben Sie sich konkret vorgestellt, wie Sie dies tun würden (konkrete Selbstmordphantasien)? Sind Sie soweit gegangen, dass Sie es sogar versucht haben (Suizidhandlung)?

Beurteile das Vorliegen eines präsuizidalen Syndroms: Konkrete Selbstmordphantasien, Einengung (dynamisch, situativ, Sozialkontakt, Wertwelt: Patient zieht sich zurück, sieht alles aussichtslos, frühere Werte gelten nicht mehr - z.B. Religion, Kinder), Wendung der Aggression gegen sich selbst

In erster Linie denken an:

"Depression"
„Akute Belastungsreaktion
„Anpassungsstörung“
"Persönlichkeitsstörung"

Merke: Nicht die nosologische Zuordnung, sondern die Antriebslage ist für die Suizidgefahr entscheidend! Gesteigerter Antrieb ist gefährlich!

Auch denken an:

Alkohol, Medikamenten-, Drogenprobleme, Schizophrenie, organische Störung

8.a. ALKOHOLPROBLEME

Vorschläge für Fragen:

Trinken Sie (regelmäßig) Alkohol? (Die Art des Getränkes und die Menge kann man erfragen, beides ist jedoch nicht der zentrale Aspekt bei Alkoholproblemen.)
Trinken Sie Alkohol nur, weil er Ihnen schmeckt, oder auch, um Beschwerden zu bekämpfen (Angst, Depression, Flucht vor nicht bewältigbaren Krisen, etc.)?
Mussten Sie die Menge des Alkohols steigern, um die Wirkung zu erhalten? (Dosissteigerung, Toleranzbildung, Umstieg auf konzentriertere Getränke)
Könnten Sie die Alkoholaufnahme jederzeit stoppen oder gibt es eine Menge, ab der Sie den Genuss nicht mehr kontrollieren können? (Kontrollverlust) Wenn Sie keinen Alkohol trinken (z.B. 24 Stunden), werden Ihre Beschwerden dann stärker oder treten neue Beschwerden auf? (Entzugserscheinungen: Es sollte generell nach Zittern, Schwitzen in der Nacht und am Morgen, Schlafstörungen, Angstzuständen, Gedächtnisstörungen gefragt werden.) Nach Alkoholfolgekrankheiten fragen: Leiden Sie an Leberstörungen, Wadenschmerzen, brennenden Schmerzen in den Beinen (PNP) etc.?

8.b. MEDIKAMENTEN-/DROGENPROBLEME

Vorschläge für Fragen

Haben Sie in letzter Zeit Medikamente oder Drogen genommen? Woher haben Sie diese Medikament/Drogen bekommen?

Für jede(s) Droge/Medikament

gesondert fragen: Ist dieses Medikament, diese Droge für Sie ein Problem geworden? Wollten Sie damit irgendwelche Probleme oder Beschwerden bekämpfen (Langeweile, Leere, Angst, Depression, Schmerzen, Spannungen, Schlafstörungen, Entzugserscheinungen, etc.)? Wie viel haben Sie genommen (Menge, Häufigkeit der Einnahme)? Wie haben Sie die Medikamente/Drogen genommen (oral, Injektion, Schnupfen, Kauen, etc.)?

Mussten Sie die Menge der Medikamente/Drogen steigern, um die Wirkung zu erhalten? (Dosissteigerung, Toleranzbildung)
Treten früher bekannte oder neue Beschwerden auf, wenn Sie keine Medikamente/Drogen zu sich nehmen (Entzugserscheinungen)?

Nach Folgekrankheiten der Medikamente/Drogensucht fragen! (Leberschäden, Spritzenabsatz, etc.) Soziale Folgen erfragen (beruflicher Abstieg, kriminelle Delikte, etc.)

9. DISSOZIATIVE STÖRUNGEN, (KONVERSIONSSTÖRUNGEN, INKL. ANFÄLLE)

a) An dissoziative Bewegungs- und Sensibilitätsstörungen denken, wenn bei Gangstörungen, motorischen Lähmungen, Sensibilitätsstörungen, plötzlich auftretender Blindheit oder Taubheit keine organische Ursache

nachgewiesen werden kann. Konversion ist ein aus tiefenpsychologischer Sicht spezifischer Mechanismus der Symptombildung, wobei der unbewusste psychische Konflikt in symbolischer Form in körperlichen Symptomen im Bereich des sensomotorischen Nervensystems zum Ausdruck gebracht wird. Beachte: meist normaler Reflex-Status bei dissoziativer Lähmung, dissoziative Sensibilitätsstörung meist nicht dem Versorgungsgebiet bestimmter Nerven entsprechend; normale evozierte Potentiale bei dissoziativer Blindheit oder Taubheit.

b) Anfälle

Haben Sie jemals Anfälle gehabt? Differentialdiagnose verschiedener epileptischer Anfallstypen: Was haben Sie selbst oder andere beobachtet, als Sie einen Anfall hatten? Wie häufig treten Anfälle auf? Zu welcher Tageszeit? Treten die Anfälle immer in der gleichen Art auf oder gibt es verschiedene Anfallstypen? (generalisierte Anfälle oder partielle, mit oder ohne Bewusstlosigkeit, etc.) Haben Sie sich in die Zunge gebissen, ist es zu Harn- oder Stuhlabgang gekommen? Differentialdiagnose epileptischer Anfall (Grand Mal, Jackson, etc.) zu dissoziativem Anfall: bei dissoziativem Anfall meist keine Verletzungen, kein Zungenbiss, kein Harn- oder Stuhlabgang, Anfälle meist vor Publikum, dauern meist länger als nur einige Minuten. Auch denken an: Synkopen bei internistischer Grundkrankheit (z.B. Adam- Stokes- Anfälle, etc.). Fragen nach Schädeltraumen, Alkohol- und Medikamenten- bzw. Drogenmissbrauch nicht vergessen!

10. SOMATOFORME STÖRUNGEN

Vorschläge für Fragen

1. Leiden Sie an mehreren der folgenden Beschwerden schon länger als 2 Jahre, ohne dass diese durch eine diagnostizierbare körperliche Krankheit erklärt werden können (Magenschmerzen, Rückenschmerzen, Schmerzen in Armen, Beinen oder Gelenken, Schmerzen beim Urinieren, häufiger Harndrang, Menstruationsbeschwerden oder starke Menstruationsblutung, Schmerzen oder Probleme beim Geschlechtsverkehr, Kopfschmerzen, Schmerzen in der Brust, Schwindel, Ohnmachtsanfälle, Herzklopfen oder Herzrasen, Kurzatmigkeit, Verstopfung, weicher Stuhl oder Durchfall, Übelkeit, Erbrechen, Blähungen, fleckige Hautrötung, Hautverfärbung, Taubheits- oder Kribbelgefühl in der Haut.

2. Fällt es Ihnen schwer, die Ansicht der Ärzte zu teilen, dass Sie keine entsprechende körperliche Krankheit haben? (Somatisierungsstörung)

3. Haben Sie in den vergangenen 6 Monaten an Schmerzen gelitten, die nicht erklärt werden konnten? (Somatoforme Schmerzstörung)

4. Haben Sie in den letzten 6 Monaten befürchtet, dass Sie an einer ernsthaften nicht erkannten Krankheit leiden, obwohl medizinisch nichts gefunden wurde? (Hypochondrie)

12. ESSSTÖRUNGEN

Vorschläge für Fragen

Wiegen Sie weniger, als Sie nach der Meinung anderer Leute wiegen sollten? Warum? Wie viel kg haben Sie? Welche Körpergröße?

Haben Sie große Angst davor, zu dick zu werden? Fühlen Sie sich zu dick? Haben Sie Essanfälle, bei denen Sie innerhalb kurzer Zeit große Menge von Nahrung zu sich nehmen? Ist Ihr Gewicht niedrig? (Erbrechen, Abführmittel) Bei Frauen: Hat die Regel aufgehört?

C. Abschließende Darstellung der erhobenen psychopathologischen Sachverhalte

Nach dem Ende der Exploration sollte der Student die wichtigsten beobachteten und erfragten psychopathologischen Sachverhalte zusammenfassend darstellen, wobei auch wichtig ist, zu erwähnen, was nicht vorliegt, beginnend etwa mit: „Es handelt sich um eine(n) x-jährige(n) Patient(in), der (die) ...“ Diese Darstellung soll auch eine **Beschreibung des Patienten während der Exploration** umfassen. Dabei sollten folgende Bereiche beurteilt werden:

1. Äußere Erscheinung/Verhalten

z.B. äußerliche Vernachlässigung bizarre äußere Erscheinung (besondere Kleider oder Zierrat mit besonderer symbolischer Bedeutung), Verlangsamung und Aktivitätsverlust, Agitiertheit; Unruhe, distanzloses Verhalten, Ablenkbarkeit, Manierismen, bizarre Körperhaltung, Stereotypen, Patient verhält sich, als ob er halluziniere, katatonisches Verhalten.

2. Befindlichkeit/Affekt

z.B. beobachtete Angst, beobachtete Depression, Weinen, theatralisch-hysterisches Verhalten, hypomanische bzw. manische Stimmungslage Gereiztheit, Ratlosigkeit, Affektlabilität, Affektinkontinenz, Affektverarmung, Affektdissoziation

3. Sprache

z.B. verlangsamte Sprache, Sprachverarmung, Mutismus, Rededrang; Sperrungen, Zerrfahrenheit, Faseln, Inkohärenz; Ideenflucht, Neologismen; irreführende Antworten, Ausweichen.

Abschließend sollte sich der Student darüber äußern, woran diagnostisch/differentialdiagnostisch zu denken wäre.