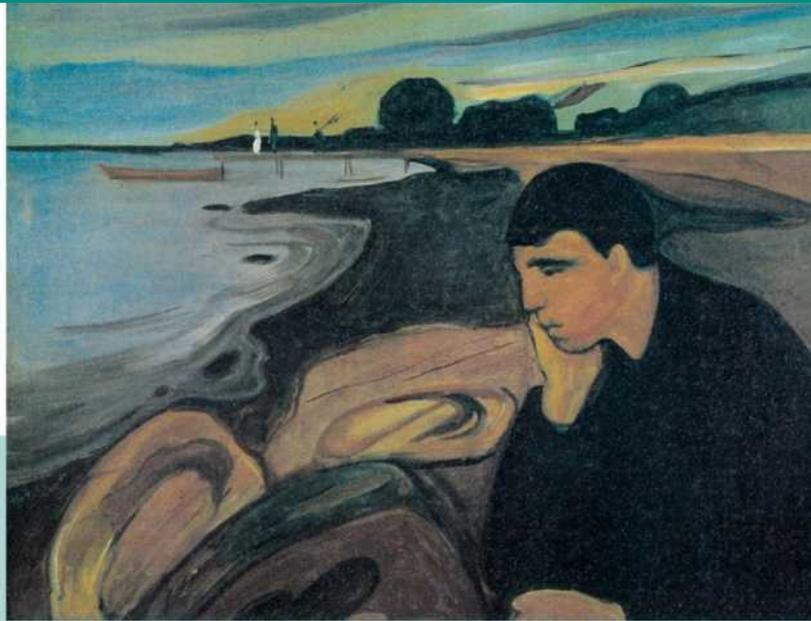


Huber

Psychiatrie

Lehrbuch für
Studium und
Weiterbildung

7. Auflage



Huber

Psychiatrie

Lehrbuch für Studium und
Weiterbildung

7. Auflage

This page intentionally left blank

Psychiatrie

Lehrbuch für Studium und
Weiterbildung

Gerd Huber

Unter Mitarbeit von
Gisela Gross

Siebte,
vollständig überarbeitete und
aktualisierte Auflage

Mit 3 Abbildungen und
44 Tabellen

Prof. Dr. med. Dr. med. h. c. Gerd Huber

emerit. o. Professor für Psychiatrie
Universitäts-Nervenlinik
D-53105 Bonn (Venusberg)

**Bibliografische Information
der Deutschen Bibliothek**

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese
Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie;
detaillierte bibliografische Daten sind im Internet
über <<http://dnb.ddb.de>> abrufbar.

Besonderer Hinweis:

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung des Buches entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollten bitte im allgemeinen Interesse dem Verlag mitgeteilt werden. Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische oder therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.

In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entspre-

chenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Das Werk mit allen seinen Teilen ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert werden.

© 2005 by Schattauer GmbH, Hölderlinstraße 3,
70174 Stuttgart, Germany
E-Mail: info@schattauer.de
Internet: <http://www.schattauer.de>
Printed in Germany

Umschlagabbildung: „Melancholie“ von Edvard Munch

© The Munch Museum/The Munch Ellingsen Group/
VG Bild-Kunst, Bonn 2005

Satz: Satzpunkt Ewert GmbH, 95444 Bayreuth
Druck und Einband: Druckhaus Köthen GmbH,
06366 Köthen

ISBN 3-7945-2214-1

Dr. med. Fritz Huber (1886–1954)

Praktischer Arzt in Echterdingen 1919–1954

Zum Gedenken

Ihm verdanke ich für mein ärztliches Denken und Handeln wesentliche Grunderfahrungen. Wie bei vielen Allgemeinärzten seiner Epoche war seine Beziehung zum Patienten durch Toleranz und Respekt vor der Singularität des Individuums, Kontinuität des Kontaktes, intimes Vertrautsein mit Lebensgeschichte und sozialem Milieu und natürliche Autorität bestimmt. Er war Arzt der Persönlichkeit aus Intuition, originärer Erfahrung und Nächstenliebe, auch, ohne darüber zu reden und es als etwas Besonderes anzusehen, Seelenarzt mit Spürsinn für menschliche Wirklichkeiten und Engagement von Herz und Geist, führender und haltgebender Psychotherapeut aus erster Hand. So wie der Nervenarzt und Psychiater heute vielerorts Teile der Rolle des Hausarztes alten Stils übernommen hat, wird künftig der Allgemeinarzt, durch das Studium besser hierfür vorbereitet als früher, auch psychiatrische, also seelenärztliche Funktionen wahrnehmen müssen. Das Buch ist dem Andenken eines

Landarztes gewidmet, in dessen Wirken die krankheits- und patientenzentrierte Einstellung, die allgemein- und seelenärztliche Aufgabe zu einer selbstverständlichen Einheit integriert waren.

Seit über vier Jahrzehnten wird die Tätigkeit des praktischen Arztes und Geburtshelfers in neuen Räumen und mit modernen Organisationsformen, doch im Geiste der Tradition des Vaters, von Dr. Hans Huber weitergeführt, jetzt als Gemeinschaftspraxis mit den Söhnen Dr. Thomas und Dr. Christian Huber. Hans Huber hat in einem historisch-anekdoteschen Essay (»Bloß a Stupferle!«, Wegra-Verlag, Tamm, 4. Auflage 1999, Bezug über: Buchhandlung Fischer, Bernhäuserstr. 7, 70771 Leinfelden-Echterdingen), das vielleicht nur dem mit den Eigenheiten des schwäbischen Dialekts und der schwäbischen Dialektik Vertrauten ganz zugänglich ist, über Personen und Begebenheiten aus »75 Jahre Praxis Dr. Huber« berichtet.

Vorwort zur 7. Auflage

Habent sua fata libelli. Der »Lehrtext«, der vor über 30 Jahren für die Ulmer Medizinstudenten geschrieben wurde, die den gesamten Psychiatrie-Unterricht im Epochensystem bei internatsmäßiger Unterbringung in der »Weißenau« absolvierten, könnte in der vorliegenden Form als Anachronismus erscheinen. Wohl sehr bald wird es das letzte Ein-Autor-Lehrbuch »Psychiatrie« sein, das sich auch sonst in mancher Hinsicht von den an die aktuellen Entwicklungen in unserem Fach besser angepassten Lehrbüchern für »Psychiatrie und Psychotherapie« unterscheidet. Von ihnen wurden im deutschen Sprachgebiet im letzten Jahrzehnt eine Reihe ausgezeichnete Texte in hervorragender Ausstattung publiziert, in denen die einzelnen Abschnitte von für ihr Thema besonders kompetenten Autoren dargestellt werden.

Die großen wissenschaftlichen Fortschritte auch in unserer Disziplin, so auf dem Gebiet der Neuropsychiatrie, der organischen Psychosyndromen zugrunde liegenden Gehirnerkrankungen, des »Brain Imaging«, der Psychopharmakotherapie und Psychotherapie, der Primär- und Sekundärprävention bei den affektiven und besonders schizophrenen Erkrankungen, der Früherkennung in den Prodromen machten eine vollständige Überarbeitung notwendig. Andere Einfügungen und Erweiterungen betreffen die »unterschwellig«, mit den üblichen Kriterien nicht erfaßten, subklinischen Typen und *Formes frustes*, die für organische wie für idiopathische Psychosyndrome, für manche psychoreaktiven und Persönlichkeitsstörungen, für die Suchten, die Drogen- und Alkoholabhängigkeit bedeutsamen neuen Befunde und Konzepte der Neurobiologie mit den Hypothesen der Neuroneogenese und neuralen Plastizität, die Entwicklungsstörungen mit Beginn in der Kindheit mit dem Aufmerksam-

keits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom, dann die Weiterentwicklung der Verhaltens- und kognitiven Therapie, die »Psychotherapie in der Psychiatrie« mit dem Vorrang von störungsgegenüber methodenspezifischen Verfahren, die Sozialpsychiatrie, Prävention und Rehabilitation, die Psychiatriereform mit Fortschritten und Fehlentwicklungen in der Krankenversorgung mit dem nach wie vor nicht bewältigten Kernproblem der Tabuierung, Stigmatisierung und Diskriminierung psychiatrischer Erkrankungen und seinen Implikationen für das Ansehen des Faches (»*Medicine's least respectable branch?*«), weiter Probleme der epidemiologischen Forschung, der Klassifikation und Prävalenz, z.B. affektiver Störungen (»*The classification of depression – a review of contemporary confusion*« – 22, 24), der Angst-, somatoformen und dissoziativen Störungen und der »posttraumatic stress disorder«, schließlich Neuerungen in der psychiatrischen Rechtskunde und Begutachtung mit offenen Fragen hinsichtlich der Maßregeln der Besserung und Sicherung, der Kriminalprognose und forensischen Psychotherapie und der Ablösung des BSHG durch SGB XII.

Konzeption, Anliegen und Ziel des Buches bleiben gegenüber früher unverändert. Das gilt auch für unsere klinisch-psychiatrische, an Jaspers und Kurt Schneider orientierte psychiatrische Grundposition. Gerade als Psychiater sollten wir uns nicht zu sehr beeindruckt lassen durch die immer kürzeren Halbwertszeiten des Wissens, auch wenn sie z. B. in der Computertechnik nur drei Jahre betragen. In der Psychiatrie ist das Wissen von 2002, 1999 oder von Anfang der 70er Jahre, als das Buch erstmals erschien, nicht zur Hälfte oder gar vollständig überholt. Was Jaspers 1946 in der 4. Auflage der »Allgemeinen Psychopathologie« (50) und K.

Schneider in der »Klinischen Psychopathologie« (80) schreiben, ist wie viele andere anthropologische, psychologische und psychopathologische Grundtatsachen weitgehend ohne Verfallsdatum und dabei undogmatisch und offen für neue Einsichten und Korrekturen, bedeutet nicht Abschluß und Kodifizierung und gibt vielfältige Anregungen zum Weiterdenken in den Grundfragen der Psychiatrie, auch für die endlich doch gelingende Überwindung der Vorurteile gegenüber psychisch Kranken, dem wohl wichtigsten Hemmnis für wirkliche Fortschritte in der Psychiatrie. Dieses Stereotyp bedingt auch, daß bis heute viele Menschen, denen bei rechtzeitiger und adäquater Behandlung geholfen werden könnte, nicht oder viel zu spät in Behandlung kommen.

Auch in der 7. Auflage werden die traditionelle, auf Jaspers zurückgehende triadische Gliederung in somatogene, endogene und psychogene Störungen beibehalten und dabei die vielfältigen Überschneidungen, die potentielle »Ausdrucksgemeinschaft« und phänomenologische Übereinstimmung enzephalogener und psychoreaktiver psychiatrischer Syndrome betont. Psychopathologie wird bei den einzelnen, zumal den affektiven und schizophrenen Erkrankungen, und nicht gesondert beschrieben. Auch die Psychotherapie und die Somato- und Psychopharmakotherapie werden vorrangig bei den Einzelkrankheiten, darüber hinaus noch in den Abschnitten »Leitlinien der Psychopharmakotherapie«, »Psychiatrische Notfalltherapie«, »Psychotherapie« und »Prävention und Rehabilitation« dargestellt. Querverweise führen zu anderen Textstellen, wo das gleiche Thema in anderem Kontext behandelt wird. Im Literaturverzeichnis werden die Publikationen und Bücher, dabei auch ältere, für die Psychiatrie und die eigene Position bedeutsame Arbeiten in den einzelnen Kapiteln alphabetisch und durchgehend für alle Kapitel in fortlaufender Numerierung (1–1051) angeführt. Das sehr ausführliche Sachverzeichnis dient dem Nachschlagen und Auffinden bestimmter Stichworte und Einzelthemen in bestimmten Zusammenhängen.

Das Buch will dem Leser, Studierenden in der Ausbildung, den Ärzten in der psychiatrischen Weiter- und Fortbildung, Psychologen, Nervenärzten und Neurologen und darüber hinaus Fachärzten anderer medizinischer Disziplinen und Grundlagenwissenschaftlern eine möglichst umfassende Orientierung über den heutigen Wissensstand in der klinischen Psychiatrie und Psychotherapie und Verständnis für die vielen offenen und drängenden Fragen unseres in lebendiger Entwicklung begriffenen Faches vermitteln. Auch in den USA wird diskutiert, warum es der Psychiatrie trotz großer Fortschritte in den Grundlagenwissenschaften nicht gelang, sich von ihrem schlechten Image zu befreien (s. o.) und die ihr angesichts der Bedeutung psychiatrischer Erkrankungen zukommende dominierende Position zu gewinnen (961, 961a, 978), vor allem auch, weil es ihre »Opinion Leader« nicht schafften, die negativen Stereotype gegenüber ihren Patienten und Einrichtungen zu ihrer Behandlung zu überwinden. Wie in den früheren Auflagen wird nicht auf Kritik dort verzichtet, wo eigene Auffassungen mit zeitgenössischen Lehrmeinungen und Tendenzen nicht kompatibel sind, so bei den modernen Klassifikationssystemen, der pauschalen »Pseudodiagnose Depression«, der vollständigen Aufgabe der Unterscheidung von »endogen« und »psychogen« oder der Drogenpolitik. Die Skepsis gegenüber der Psychiatrie wuchs nicht zuletzt durch ihre Anfälligkeit für Ideologien und Zeitgeistmoden, ihre Neigung, die Lücken biologischer und Ursachenforschung durch teils faszinierende, z. B. philosophische und soziologische Theorien und Spekulationen, durch Psychoanalyse und Daseinsanalyse zu ersetzen und gut begründete Befunde, Konzepte und Klassifikationen aufzugeben, ohne bessere Alternativen zu haben, auch durch die Omnipotenzideen mancher Psychowissenschaftler, eine »Funktion am Krankenbett der Epoche« übernehmen zu können und psychiatrische und soziale Probleme durch Überwindung des politischen und gesellschaftlichen Systems lösen zu können (35, 42).

In der jüngsten Vergangenheit führte der durch das weitgehende Scheitern der »Community Psychiatry« induzierte notwendige Umschwung zur biologischen Psychiatrie zur Vernachlässigung der Psychopathologie mit einem drohenden Verlust an klinisch-psychiatrischer Kompetenz. Alte wurden durch neue Verabsolutierungen ersetzt, so der psychoanalytische und soziologische Mythos durch eine einseitig biologische Psychiatrie. Die warnenden Stimmen klassischer Psychiater werden vielleicht dann beachtet, wenn solche Monita von führenden Repräsentanten der biologischen Psychiatrie der USA kommen, so von Andreasen (359), nach der wir »High-Tech«-Psychiater in 10 Jahren mit leeren Händen dastehen könnten, wenn nicht eine neue Generation von Psychiatern ein intensives Training in Psychopathologie erhält. Wir brauchen phänomenologische Psychopathologie, gemäß dem Axiom »First things first« (20, 42, 43). Doch auch die zugespitzte Pointe kanadischer Psychiater: »All of psychiatry is neuropsychiatry. The rest is commentary« (45) ist nicht unberechtigt, wenn damit eine wieder engere Verbindung der Psychiatrie mit der Neurologie gemeint ist, wie sie gerade auch für den Prozeß der Entdiskriminierung unseres Faches wichtig ist. Die Psychiatrie muß versuchen von jeder Wissenschaft zu profitieren, die etwas über das Gehirn aussagt, so von der Neuropsychologie, Neurochemie, Neuroimmunologie, von Neuroimaging, Neuroendokrinologie und Molekulargenetik. Werden beide Desiderate, das psychopathologische und das neuropsychiatrische realisiert, wird auch dieses Lehrbuch eher in die wissenschaftliche Landschaft passen, die seit einiger Zeit oft durch »scientific correctness« und opportunistische Adaptations- und Überlebensstrategien zur Be-

wältigung des modernen Wissenschaftsbetriebes unter bestmöglicher Berücksichtigung von Rankingsystemen und Impactfaktoren geprägt ist. Schließlich noch: Evidenz- und konsensusgestützte Richtlinienmedizin auch in der Psychiatrie – ja, doch nicht auf Kosten der subjektiven Dimension und der Individualität der Behandlung. Individualisierende Handlungsweise und Therapie des Nervenarztes dürfen nicht als vermeintliches Hemmnis einer Standardisierung nach ökonomischen Kriterien ihre Priorität verlieren.

Das Studium der Psychiatrie darf sich auch nicht darauf beschränken in den jeweils neuesten Forschungsstand einzuführen, Lehre und Lehrtexte müssen auch mit den Grundzügen der Geschichte des Faches vertraut machen, auch um den Dunstkreis des Aktuellen zuungunsten des vermeintlich Überholten zu durchbrechen und die Relativität und Zeitbedingtheit von Methoden und Problemen und Gegenständen zu vergegenwärtigen. Dies kann auch resistent gegen Ideologiefälligkeit und modische Attitüden machen und verlorengegangene Einsichten und Befunde wieder in Erinnerung rufen. Gerade in der Psychiatrie geraten früher erworbene Erfahrungen leicht in Vergessenheit (»Das einmal Gefundene wird wieder verscharrt«, wie es bei GOETHE heißt) und werden als neue Erkenntnisse publiziert.

Mein Dank gilt auch wieder den Lesern, die sich mit Fragen und konstruktiver Kritik an uns wandten. Besonderen Dank schulde ich Frau Professor Dr. Gisela Gross, ohne die diese wie schon die letzte Auflage nicht zustande gekommen wäre. Dr. Bertram danke ich, daß er an dem Konzept des Buches festhielt.

Bonn, im Juli 2005

Gerd Huber

Vorwort zur 1. Auflage

Das Buch wurde für die Ulmer Medizinstudenten verfaßt, die den Psychiatrieunterricht erstmals in der Bundesrepublik im Epochensystem absolvierten. Eine Gruppe von 60 Studentinnen und Studenten ist für die Dauer von 2 Wochen im Krankenhaus internatsmäßig untergebracht und wird in dieser Zeit ganztägig in Psychiatrie ausgebildet. Auf diese Weise läßt sich durch den engen Kontakt mit den Patienten und die Integration in den Krankenhausbetrieb nach einhelliger Meinung der beteiligten Studierenden und Dozenten am ehesten ein praxisnaher und patientenorientierter psychiatrischer Unterricht verwirklichen. Doch kann in der relativ kurzen Ausbildungsperiode nicht der gesamte Stoff vorgetragen werden, der im Examen geprüft und für die spätere ärztliche Tätigkeit gebraucht wird. Dem Studierenden muß daher ein Lehrtext zur Verfügung stehen, der es ihm ermöglicht, den Wissensstoff vor, während und nach der psychiatrischen Unterrichtsepoche zu erarbeiten.

Das im März 1974 abgeschlossene Buch vermittelt, ausgehend vom triadischen System der Psychiatrie, den wesentlichen Lehrstoff, den der Student im Examen und der Allgemeinarzt oder Facharzt der verschiedenen Disziplinen in der Praxis benötigt. Das Buch soll ihn instand setzen, den psychiatrisch gestörten Teil seiner Klientel zu erkennen und, soweit er diese große Gruppe von Patienten nicht selbst betreuen kann, die Indikation für die Überweisung zum Nervenarzt richtig und rechtzeitig zu stellen oder die Vermittlung von sozialen Hilfen in die Wege zu leiten. Der Studierende soll Verständnis und Kenntnisse gewinnen, die ihn zu einer rationalen Diagnostik, Differentialdiagnostik, Prognostik und Therapie psychiatrischer Krankheitsbilder und Störungen befähigen. Der Text soll zugleich Perspektiven eröffnen, in de-

nen sich der Blick auf die Person des Patienten, auf biographische und psychodynamische Zusammenhänge und psycho- und soziotherapeutische Ansatzpunkte richtet.

Für die Auswahl des Stoffes, bei der schon die Erfahrungen mit dem neuen Unterrichtsmodell und der Gegenstandskatalog für Psychiatrie berücksichtigt werden konnten, waren die Notwendigkeit und die Brauchbarkeit für die praktische Tätigkeit des Allgemeinarztes und des niedergelassenen und Klinikarztes aller Fachgebiete der vorrangige Gesichtspunkt. Der Text will aber den Leser auch dazu anregen, statt einfach nur den Stoff zu lernen und sich ein äußeres, bruchstückhaftes Scheinwissen zu verschaffen, sich in sinnvoller und organischer Weise ein psychiatrisches und psychopathologisches Grundwissen anzueignen, das einen Zugang zu den zentralen Problemen unseres Faches eröffnet. Trotz einer gewissen Systematisierung und dem Streben nach Begrenzung auf das für jeden Arzt unentbehrliche Basiswissen wird der Leser auch mit zahlreichen offenen Fragen und verschiedenen und entgegengesetzten Auffassungen konfrontiert. Wir waren bemüht, das Erfahrungsgut der Psychiatrie von einem eklektischen, kritisch abwägenden Standpunkt aus darzustellen; dies bedeutet aber nicht einen Verzicht auf eigene Stellungnahme auch dort, wo unsere Erfahrungen und Überzeugungen mit dominierenden Meinungen und modischen Strömungen nicht übereinstimmen. Die wichtigsten Arbeiten, denen wir die für die Praxis bedeutsamsten Erkenntnisse verdanken und auf die sich unsere Darstellung wesentlich stützt, sind am Schluss für die einzelnen Kapitel zusammengestellt.

Der Lehrtext greift zurück auf Erfahrungen im Psychiatrieunterricht, die in 2 Jahrzehnten in Heidelberg, Bonn und Ulm-Weißenau ge-

sammelt wurden. Aus Raumgründen, aber auch im Hinblick auf die genannte Zielsetzung – Vor- und Nachbereitung des Epochenunterrichtes, der im wesentlichen ein Psychiatriepraktikum ist –, wurde auf Kasuistik weitgehend und auf Abbildungen ganz verzichtet. Die allgemeine und klinische Psychopathologie wird nicht in einem eigenen Kapitel abgehandelt; die wichtigsten psychopathologischen Phänomene und Begriffe werden bei den einzelnen Krankheitsbildern beschrieben und erläutert. Besonderer Wert wurde darauf gelegt, durch zahlreiche Verweise Beziehungen, Zusammenhänge, Überschneidungen und untrennbare Verflechtungen deutlich zu machen. Das Inhaltsverzeichnis ist ungewöhnlich ausführlich, um dem Leser bereits eine Übersicht über die behandelten Themen und den Kontext, in dem sie dargestellt werden, zu geben.

Dank schulde ich den Dozenten und Lehrbeauftragten Dr. ASCHOFF, Dr. FRIEDL, Dr. GROSS, Dr. HOLZBACH, Dr. KRETSCHMER und

Dr. SCHÜTTLER, unserer Sachbearbeiterin für Forschung und Lehre, Frau MARIA LINZ, und Verwaltungsdirektor GESSLER, die alle an der Vorbereitung und Durchführung des Epochenunterrichtes maßgeblich beteiligt waren, besonders aber den Ulmer und den ehemaligen Bonner und Heidelberger Studenten. Sie trugen durch aktive engagierte Mitarbeit und konstruktive Kritik dazu bei, daß der Text, der mehrere, nur als Skripta existierende Vorläufer hat, zu der vorliegenden Buchfassung weiterentwickelt wurde. Dank gebührt dem Schattauer Verlag, Herrn Professor MATIS und seinen Mitarbeitern, die es möglich machten, das Buch schon zum Wintersemester 1974/75, wenige Monate nach der Ablieferung des Manuskriptes, herauszubringen und so die den Studenten gegebene Zusage einzuhalten.

Weißenaue, im Juni 1974

Gerd Huber

Inhalt

1 Die psychiatrische Untersuchung _____ 1

Allgemeines _____	1
Untersuchungsmethoden _____	5
Untersuchungsziele _____	6
Beurteilung der Untersuchungsergebnisse _____	6

Erhebung der Anamnese _____ 7

Eigenanamnese _____	9
Krankheitsgeschichte: Entwicklung der aktuellen Beschwerden und Störungen _____	9
Lebensgeschichte (Biographie) _____	13
Familienanamnese _____	14
Fremdanamnese _____	15

Befund _____ 15

Psychischer Befund _____	15
Testpsychologischer Befund. Fremd- und Selbstbeurteilungsskalen _____	17

Diagnose _____ 20

Krankengeschichte (Krankenakte) _____ 21

2 Psychiatrische Diagnostik und Klassifikation. Das triadische System der Psychiatrie. ICD-10 und DSM-IV _____ 23

Allgemeines _____ 23

Gruppen des triadischen Systems _____ 30

Körperlich begründbare Psychosen _____	30
Endogene (idiopathische) Psychosen; Schizophrenien und Zykllothymien (affektive Psychosen) _____	32
Variationen seelischen Wesens _____	33

Zusammenfassende Betrachtung _____ 35

3 Körperlich begründbare (organische, symptomatische) Psychosen _____ 39

3.1 Allgemeiner Teil _____ 39

Reversible und irreversible organische

Psychosyndrome _____	39
Bezeichnung und Begriff _____	39
Häufigkeit _____	40
Aussehen _____	40
Leitsymptome _____	42
Symptomatische Schizophrenien. Symptomatische Zykllothymien _____	45
Praktisches Vorgehen bei der Diagnosestellung _____	46

Akute (reversible) Formen _____	47	Endokrinopathien. »Endokrines Psychosyndrom« _____	82
Symptomatologie _____	47	Generationspsychosen. Klimakterium. Prämenstruelle dysphorische Störung _____	84
Bewußtseinstrübung _____	47		
Durchgangssyndrome _____	50		
Prognose _____	53		
Ätiologie und Pathogenese _____	53		
Körperliche Symptome _____	54	Psychosen nach Arzneimitteln, bei medikamentösen, gewerblichen und anderen Intoxikationen, bei Medikamenten-, Drogen- und Alkoholabhängigkeit _____	86
Diagnose und Differentialdiagnose _____	55	Arzneimittel _____	86
Rechtliche Beurteilung _____	56	Gewerbliche und andere Intoxi- kationen _____	88
		Medikamenten- und Drogenabhängig- keit _____	89
		Alkoholabhängigkeit _____	92
Chronische (irreversible) Formen _____	56	Entzündliche Hirnerkrankungen _____	93
Symptomatologie _____	56	Luische Erkrankungen des Zentralnervensystems _____	93
Chronische pseudoneurasthenische Syndrome _____	57	Lues cerebros spinalis _____	93
Organische Persönlichkeits- und Wesensänderung _____	57	Progressive Paralyse _____	94
Demenz _____	60	Nichtluische Hirnhaut- und Hirnentzündungen _____	96
Häufigkeit der Typen _____	64		
Verlauf und Ausgang (Prognose) _____	65	Traumatische Hirnschädigungen _____	99
Körperliche Symptome _____	66	Commotio cerebri _____	99
Ätiologie _____	66	Contusio cerebri _____	100
Diagnose und Differentialdiagnose _____	66	Traumatische Hirnhautblutungen _____	101
Rechtliche Beurteilung _____	67	Posttraumatische Dauerschäden _____	102
Testpsychologische Verfahren _____	67		
Bildgebende Verfahren _____	70		
		Gefäßbedingte Hirnprozesse und zerebrale Zirkulationsstörungen.	
Therapie der körperlich begründbaren Psychosen _____	74	Multiinfarktsyndrom _____	103
		Diagnose _____	104
		Beginn und Verlauf. Prognose _____	105
		Psychopathologische Symptome _____	105
		Differentialdiagnose _____	107
		Zerebraler Insult _____	107
		Extrakraniell bedingte Störungen der Hirndurchblutung _____	110
		Psychogeriatric und psychogeriatric Therapie _____	111
3.2 Spezieller Teil: Einzelne Krankheitsbilder _____	78		
Psychosen bei Infektionen, nach Operationen, bei körperlichen Allgemeinleiden, Erkrankungen innerer Organe und Generationsvorgängen _____	79		
Infektionskrankheiten _____	79		
Postoperative Psychosen _____	80		
Allgemeinerkrankungen _____	81		
Funikuläre Spinalerkrankung. Vitaminmangelkrankheiten _____	82		
Erkrankungen innerer Organe _____	82		
Herz- und Leberkrankheiten _____	82		

Sogenannte degenerative Hirnprozesse _____ 116

Alzheimersche Erkrankung und senile Demenz: Demenzen vom Alzheimer-Typ _____ 117

Morbus Pick (Frontotemporale Demenz; Pick-Komplex; fokale Demenzen; Tauopathien) _____ 125

Chorea Huntington _____ 126

Parkinsonsche Krankheit (Morbus Parkinson; früher: Paralysis agitans) _____ 128

Andere degenerative und/oder zur Demenz führende Hirnprozesse. Neurologische Krankheiten mit organischem Psychosyndrom _____ 131

Ätiologisch unklare vorzeitige Versagenszustände _____ 133

Raumfordernde intrakranielle Prozesse _____ 134

Frühkindliche Hirnschädigungen _____ 136

Epilepsien _____ 137

Reversible Psychosyndrome _____ 138

Irreversible Psychosyndrome _____ 139

Epilepsie und Schizophrenie _____ 141

Ätiologie. Genuine und symptomatische Formen _____ 143

Klassifikation der epileptischen Anfälle und der Epilepsien _____ 145

Therapie _____ 146

Der sogenannte Dermatozoenwahn (chronische taktile Halluzinose) _____ 149

4 Endogene Psychosen _____ 153

Allgemeines _____ 153

Bezeichnung und Begriff _____ 153

Formen und Typen _____ 154

4.1 Zykllothymien (manisch-depressive Krankheiten, affektive Psychosen) _____ 156

Allgemeines. Klassifikation.

Prävalenz _____ 156

Begriffsbestimmung und Bezeichnung _____ 159

Verlaufsformen _____ 162

Zahl der Phasen. Dauer und Verlauf der einzelnen Phasen. Intervall- und Zyklusdauer _____ 163

Prognose quoad vitam _____ 165

Lebensalter bei Ersterkrankung. Jahreszeitliche Bindung _____ 166

Morbidität. Geschlechtsdisposition _____ 167

Unterschwellige depressive und andere psychische Störungen. _____ 167

Symptomatologie der affektiven Psychosen _____ 170

Symptomatologie der endogenen (zykllothymen) Depression _____ 171

Depressive Verstimmung _____ 172

Denkhemmung _____ 173

Psychomotorische Hemmung _____ 174

Vitalstörungen (leibliche Mißempfindungen). Larvierte Depression _____ 176

Vegetative Symptome _____ 181

Depressive Wahngedanken _____ 184

Symptomatologie der endogenen (zykllothymen) Manie _____ 186

Manische Verstimmung _____ 186

Ideenflucht _____ 187

Psychomotorische Erregung und Enthemmung _____ 187

Gehobenheit der Vitalgefühle _____ 187

Körperlich-vegetative Symptome _____ 188

Wahn _____ 188

Mischzustände von endogener Depression und Manie _____ 188

Diagnose _____ 189

Differentialdiagnose	191
Körperlich begründbare Depressionen (und Manien)	193
Symptomatische Depressionen (und Manien) i. e. S.	193
Hirnorganische Depressionen (und Manien)	194
Endogene Depressionen (und Manien) ____	194
Spätdepressionen	194
Mono- und bipolare Zykllothymien ____	195
Endogene Depressionen (und Manien) bei Schizophrenien	196
Endoreaktive Dysthymien	197
Psychogene Depressionen	197
Ausgang (Prognose)	199
Ätiologie. Vererbung und Konstitution.	
Psychische und somatische Auslösung ____	202
Heredität. Biochemische und neuroendokrinologische Befunde	202
Konstitution. Primärpersönlichkeit ____	209
Psychische und somatische Auslösung ____	212
Therapie	214
Endogene Depression	214
Psychopharmakotherapie	214
Neuere Antidepressiva	223
Lichttherapie	235
Schlafentzug (»Wachtherapie«)	235
Elektrokrampftherapie	236
Psychotherapie	238
Endogene Manie	240
Prophylaxe (Sekundärprävention)	241
Lithiumprophylaxe	242
Andere prophylaktische Langzeit- behandlungen: Antidepressiva; Carbamazepin; Valproat	244
Präventive Maßnahmen der Information und Aufklärung	248
Rechtliche Beurteilung	249

4.2 Psychosen des schizoaffektiven Zwischenbereichs	250
Klinik und Psychopathologie	250
Therapie	252
4.3 Die Schizophrenien	253
Allgemeines	254
Bezeichnung und Begriff	254
Häufigkeit und Erkrankungsalter	256
Symptomatik	257
Psychopathologische Symptomatologie ..	258
Äußeres Erscheinungsbild	260
Verhalten und Ausdruck	260
Störungen von Bewußtsein und Orientierung	263
Verstimmungen, Affekt- und Kontaktstörungen	263
Störungen von Antrieb und Psychomotorik. Katatone Störungen	266
Formale und inhaltliche Denkstörungen	270
Störungen des formalen Denkablaufs ____	270
Inhaltliche Denkstörungen	273
Wahrnehmungsstörungen.	
Sinnestäuschungen	278
Akustische Halluzinationen. Akoasmen ____	279
Leibliche Halluzinationen	280
Zönästhesien	280
Geruchs- und Geschmacks- halluzinationen	283
Optische Halluzinationen	283
Illusionäre Verkennungen	284
Einfache kognitive Wahrnehmungs- veränderungen (sensorische Störungen) ____	284
Störungen des Ich-Erlebnisses	287
Störungen des Gedächtnisses	288

Störungen der Intelligenz _____	289	Psychopathologische Ausgänge. Charakteristische und uncharakteristische Residualzustände. Verlaufstypen _____	325
Persönlichkeit _____	290	Soziale Prognose. Prognostische Einzelkriterien _____	331
Somatische Symptome und somato- psychische Übergangssymptome _____	291	Ätiologie _____	340
Vegetative Störungen _____	291	Familien-, Zwillings- und Adoptionsstudien _____	341
Motorische Symptome _____	293	Indizien für eine somatische Hypothese. Biochemische, pathophysiologische, neuro- pathologische und neuroradiologische Befunde _____	346
Erhebungsinstrumente zur Erfassung schizophrener Symptomatik. Positiv- und Negativsymptomatik. Krankheitsmodelle der Schizophrenie _____	295	Konstitution, Körperbau und Primärpersönlichkeit _____	359
Unterformen _____	297	Multikonditionalität. Peristatische Faktoren. Auslösung. Soziale Schicht. Psycho- und soziogenetische Theorien _____	363
Hebephren-einfache Form _____	298	Therapie _____	370
Katatone Form _____	299	Elektrokrampftherapie _____	370
Paranoid-halluzinatorische Form _____	301	Psychopharmakotherapie _____	372
Zönästhetische Schizophrenie _____	302	Neuroleptika der zweiten und dritten Generation _____	386
Diagnose _____	306	Rehabilitation. Soziotherapie. Psychotherapie _____	395
Abnorme Erlebnisweisen und abnormer Ausdruck i. w. S. _____	306	4.4 Basisstadien, Formes frustes (subdiagnostische Typen) des Schizophreniespektrums und »Borderline«. Früherkennung und Frühbehandlung _____	406
Symptome 1. Ranges _____	307	Rechtliche Beurteilung schizophrener Erkrankungen _____	422
Symptome 2. Ranges _____	312	5 Variationen seelischen Wesens _____	424
Ausdrucksymptome i. w. S. _____	313	5.1 Variationen der Verstandes- anlage: Intelligenzminderung als Minusvariante der Verstandesbegabung _____	424
Diagnose in Prodromen und postpsychotischen Residuen _____	314		
Differentialdiagnose _____	315		
Körperlich begründbare Psychosen _____	315		
Persönlichkeitsstörungen und abnorme Erlebnisreaktionen _____	316		
Verlauf und Ausgang _____	318		
Erkrankungsbeginn. Prä- und postpsychotische Basisstadien _____	318		
Akuität des Einsetzens der psychotischen Erstmanifestation _____	318		
Prodrome _____	318		
Vorpostensyndrome _____	319		
Prä- und postpsychotische Basisstadien _____	319		
Depressive Symptome und Syndrome _____	322		
Blander Wesenswandel _____	322		
Verlaufsweise. Verlaufseigentümlichkeiten. Situative Abhängigkeit und Wandelbarkeit _____	322		

5.2 Persönlichkeitsstörungen (Psychopathien, Persönlichkeitsvarianten, abnorme Persönlichkeiten)	424
Definition	425
Konstanz und Wandelbarkeit	426
Pseudopsychopathien	428
Psychopathie (Persönlichkeitsstörung) und Neurose	428
Einteilungsmöglichkeiten.	
Typologien	429
Klassifikation der Persönlichkeitsstörungen in den modernen Diagnosesystemen	430
Therapie	431
Einzeltypen von Persönlichkeitsstörungen	432
Hyperthyme Persönlichkeiten	434
Depressive Persönlichkeiten	434
Selbstunsichere (sensitive und anankastische) Persönlichkeiten	435
Fanatistische (und querulatorische) Persönlichkeiten	437
Geltungsbedürftige (geltungssüchtige, »hysterische«) Persönlichkeiten	438
Stimmungslabile Persönlichkeiten	440
Explosible Persönlichkeiten	441
Gemütsarme (gemütlose) Persönlichkeiten	442
Schizoide (und paranoide) Persönlichkeiten	443
Willenlose Persönlichkeiten	444
Asthenische Persönlichkeiten	444
Weitere Typen von Persönlichkeitsstörungen nach ICD-10	446
Moderne Modelle von Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörung.	
Zukunftsperspektiven der Pathogenese-, Diagnose- und Therapieforschung	448

5.3 Erlebnisreaktionen (psychoreaktive Störungen): Unmittelbare Erlebnisreaktionen. Erlebnisreaktive und neurotische Entwicklungen. Zweckreaktionen	450
Allgemeines	451
Begriff und Kriterien der Erlebnisreaktion	451
Bezeichnungen und Einteilungen	453
Diagnose und Differentialdiagnose	454
Prognose	454
Unmittelbare Erlebnisreaktionen	455
Mehr übercharakterliche unmittelbare Erlebnisreaktionen	455
Depressive Reaktionen (reaktive Depressionen). Abnorme Trauerreaktion	455
Schreckerlebnisreaktionen	457
Angstreaktionen	458
Psychogene Körperstörungen, Schmerzen und Mißempfindungen	460
Charakterogene unmittelbare Erlebnisreaktionen	463
Einfache erlebnisreaktive Entwicklungen	464
Erlebnisreaktiver Persönlichkeitswandel durch Extrembelastungen (Verfolgungssituationen)	465
Neurotische Entwicklungen	467
Allgemeines	467
Entstehungsbedingungen der Neurose.	
Neurosetheorien	468
Neurotische Symptomatik. Einzelne Neuroseformen	477
Neuroseformen mit vorwiegend psychischen Symptomen	479
Angstneurosen. Phobien	479
Neurotische Depression (depressive Neurose)	484
Zwangsstörungen	486
Masochistische Neurosen	490

Neuroseformen mit psychischen und körperlichen Symptomen _____	491
Neurotisches psychovegetatives Erschöpfungssyndrom. Neurasthenie ____	491
Hypochondrische Neurosen. Differentialdiagnose des hypochondrischen Syndroms _____	494
Neurotische Herzphobie _____	496
Neurotische Depersonalisation _____	498
Pubertätsmagersucht (Anorexia mentalis, Anorexia nervosa). Bulimie ____	500
Neuroseformen mit vorwiegend körperlicher Symptomatik _____	503
Konversionsneurose (Konversionshysterie). Organneurose. Somatoforme und dissoziative Störungen _____	505
Psychosomatische Krankheiten _____	511
Zweckreaktionen (Tendenzreaktionen) ____	514
Tendenziöse Unfallreaktionen. Sogenannte Renten- und Entschädigungsneurosen _____	515
Reaktive Haftzustände. Ganser-Syndrom, Puerilismus und Pseudodemenz _____	517
Artefizielle Störungen. Münchhausen-Syndrom _____	518
Sogenannte kollektive Neurosen:	
Jugendsekten _____	518
5.4 Rechtliche Beurteilung von erlebnisreaktiven, neurotischen und Persönlichkeitsstörungen _____	519
6 Suchtleiden _____	520
Allgemeines _____	520
Begriffsbestimmung _____	522
Entstehungsbedingungen. Häufigkeit ____	523
Psychische und physische Auswirkungen ____	526

Medikamenten- und Drogenabhängigkeit _____	526
Morphintyp _____	527
Analgetika _____	529
Hypnotika und Tranquilizer. Barbiturat-Alkohol-Typ der Drogenabhängigkeit ____	529
Psychostimulanzien: Kokain, Weckamine, Designer-Drogen _____	531
Psychodysleptika: Cannabis und Halluzinogene _____	533
Schnüffeln, sogenannte Thinner-Sucht ____	536
Drogenabhängigkeit der Jugendlichen ____	537
Therapie, Prävention und Rehabilitation. Prognose _____	538
Alkoholismus (Alkoholabhängigkeit) ____	545
Allgemeines. Verbreitung _____	545
Definition. Prävention _____	546
Diagnose _____	547
Typen und Stadien _____	549
Körperliche, psychische und soziale Folgen _____	551
Entstehungsbedingungen _____	554
Therapie und Prognose _____	556
Rechtliche Folgen der Suchterkrankungen _____	561
Nikotinabhängigkeit _____	561
Nicht stoffgebundene Suchtformen oder suchtähnliche Verhaltensweisen. Glücksspielsucht _____	563
7 Sexualstörungen und Sexualabweichungen ____	565
Sexuelle Funktionsstörungen _____	565
Störungen der Sexualpräferenz (Paraphilien, abweichendes sexuelles Verhalten) _____	568

Sexuelle Orientierung: Hetero- und homosexuelles Verhalten _____ 573

Transvestismus und Transsexualismus _____ 575

8 Oligophrenien (Intelligenzminderung). Entwicklungsstörungen. Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend _____ 577

Intelligenzminderung (Oligophrenie) als Variation und als Krankheitsfolge _____ 577

Ausprägungsgrade der Oligophrenien _____ 580

Begriffliches. Definition _____ 580

Erscheinungsbild und Diagnose _____ 581

Differentialdiagnose _____ 581

Persönlichkeit _____ 583

Erlebnisreaktionen und Psychosen bei Oligophrenen _____ 583

Prävention und Therapie _____ 584

Entwicklungsstörungen _____ 585

Lese- und Rechtschreibstörung (Legasthenie, Dyslexie) _____ 586

Frühkindlicher Autismus (Kanner-Syndrom) _____ 587

Asperger-Syndrom (autistische Psychopathie) _____ 588

Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend _____ 588

Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) _____ 588

Tourette-Syndrom _____ 590

9 Suizidalität _____ 592

Begriffsbestimmung _____ 592

Epidemiologie _____ 593

Vorgehensweisen _____ 594

Suizidhandlungsmotive _____ 594

Kriterien der Suizidalität. Suizidale Verläufe _____ 596

Prävention und Therapie _____ 597

Rechtliche Beurteilung _____ 600

10 Psychopharmakotherapie _____ 604

Leitlinien _____ 604

Einteilung (Klassifikation) der Psychopharmaka _____ 608

Indikationsstellung _____ 609

Antidepressiva und Neuroleptika _____ 614

Nebenwirkungen und Komplikationen _____ 614

Kombinationstherapie. Wechselwirkungen _____ 623

Tranquilizer und Psychostimulanzien _____ 625

Neuroleptika und Antidepressiva (Thymoleptika) in Tranquilizerindikation _____ 632

Schmerzbehandlung _____ 633

Therapie der Schlafstörungen _____ 636

11 Psychiatrische Notfalltherapie _____	641	Neuere Entwicklungen, Evaluation psychotherapeutischer Verfahren _____	670
Schizophrene Psychosen _____	642	Gruppenpsychotherapie. Balint-Gruppen. Paar- und Familientherapie _____	676
Endogen-depressive und manische Psychosen _____	644	13 Sozialpsychiatrie. Epidemiologie und Krankenversorgung. Prävention und Rehabilitation _____	682
Körperlich begründbare Psychosen _____	645	Epidemiologie _____	684
Alkohol- und Arzneimitteldelirien _____	646	Krankenversorgung und Krankenhauswesen _____	687
Erregungszustände bei Betrunknen und Alkoholikern. Akute Alkoholintoxikation _____	647	Prävention und Rehabilitation _____	702
Entgiftung (Entziehung) Drogenabhängiger. Drogennotfälle _____	647	14 Psychiatrische Rechtskunde und Begutachtung _____	713
Hirndurchblutungsstörungen _____	649	Strafrecht _____	714
Kontusionspsychosen _____	649	Schuldunfähigkeit und verminderte Schuldfähigkeit wegen seelischer Störungen: §§ 20, 21 StGB. Unterbringung nach §§ 63, 64 StGB: Maßregeln der Besserung und Sicherung _____	714
Epileptische Psychosen _____	650	Jugendgerichtsgesetz: § 3 und § 105 _____	723
12 Psychotherapie _____	651	Bürgerliches Recht (Zivilrecht) (BGB) _____	725
Nicht aufdeckende (zudeckende), suggestive und übende Verfahren _____	653	Geschäftsunfähigkeit. Nichtigkeit der Willenserklärung _____	725
Aufdeckende, einsichtsfördernde (psychodynamische) Verfahren _____	657	Gesetz über die Betreuung Volljähriger (Betreuungsgesetz – BtG) _____	727
Psychoanalyse _____	657	Eherecht _____	730
Analytisch orientierte Psychotherapien und Kurzzeittherapien. Katathymes Bilderleben _____	659		
Klientenzentrierte Psychotherapie (Gesprächspsychotherapie) _____	661		
Ärztlich-psychotherapeutisches Gespräch. Supportive, führende und stützende Psychotherapie (Kontaktpsychotherapie). Logotherapie und Existenzanalyse _____	663		
Verhaltenstherapie _____	666		

**Unterbringungsgesetze. Aufklärungspflicht
und Einwilligung zur Behandlung.
Fremd- und selbstgefährdendes Verhalten.
Einsicht in Krankenunterlagen** _____ 731

**Sozialversicherungsrecht.
Soziales Entschädigungsrecht.
Bundesversorgungsgesetz.
Schwerbehindertengesetz.
Bundesentschädigungsgesetz** _____ 737

**Bundessozialhilfegesetz. SGB XII.
Arbeitsförderungsgesetz** _____ 743

Fahrtüchtigkeit _____ 744

Literaturverzeichnis _____ 749

**Anhang A:
Verzeichnis der ICD-Kategorien
und klinischen Diagnosen** ____ 783

**Anhang B:
Verzeichnis zum
Gegenstandskatalog (GK)** ____ 792

Sachverzeichnis _____ 804

1 Die psychiatrische Untersuchung [31]

Allgemeines

Wie man psychiatrisch untersucht, kann man nur am Patienten lernen. Es gibt für die psychiatrische Untersuchung kein in gleicher Weise feststehendes Schema wie für die neurologische Untersuchung. Dort kann man den Gang der Untersuchung nach bestimmten Gesichtspunkten, z. B. nach topographischen Aspekten oder nach Funktionsgruppen, festlegen. In der Psychiatrie ist dies nur sehr begrenzt möglich. Doch sollte der Untersucher wissen, über welche Punkte er sich unterrichten und klar werden muß. Insbesondere der Anfänger in der Psychiatrie sollte als Orientierungshilfe einige Richtlinien und Regeln der Vorgehensweise kennen.

Zunächst muß er sich anhand eines groben Gerüsts über den ungefähren **Gang der psychiatrischen Untersuchung** unterrichten (s. Tab.

1). Weiter muß er bestimmte Gesichtspunkte haben, nach denen er bei seinen Fragen und Beobachtungen, bei der Erhebung der **Anamnese**, der Krankheits- und Lebensgeschichte [GK 3.1²], vorgeht. Schließlich sollte er annäherungsweise ein Schema haben, in das er die mittels der psychiatrischen Exploration (der wichtigsten Untersuchungsmethode, s. S. 5 ff.) erlangten Ergebnisse und seine Beobachtungen über Verhalten und Ausdruck des Patienten einordnet: **Psychischer Befund** (s. Tab. 2, S. 2). Dabei muß er sich stets vor Augen halten, daß die Einhaltung dieses Schemas nur in ganz groben Umrissen, mit Abweichungen je nach Persönlichkeit, Situation und Krankheitszustand, möglich ist. Die Untersuchung des einzelnen Patienten muß also entsprechend variiert und an die Situation angepaßt werden.

Zweierlei ist bei der Untersuchung von Patienten mit psychiatrischen Störungen notwen-

Tab. 1 Gang der psychiatrischen Untersuchung.

Anamnese
<ul style="list-style-type: none">• Eigenanamnese Krankheitsgeschichte: Entwicklung der jetzigen Beschwerden und Störungen, aktuelle Inhalte Lebensgeschichte (Biographie) Familienanamnese• Fremdanamnese
Befund
<ul style="list-style-type: none">• Körperlicher und neurologischer Befund• Psychischer Befund• Testpsychologischer Befund
Diagnose

1, 2 Diese und alle folgenden Ziffern in eckigen Klammern beziehen sich auf den Gegenstandskatalog (GK).

dig: ein Mindestmaß an festen Gesichtspunkten und leitenden Zielen, andererseits die Fähigkeit, sich einführend und hingebungsvoll an die Individualität des Patienten anzupassen. Dies hängt eng zusammen mit der Notwendigkeit, sowohl die Krankheit richtig zu erkennen wie der je einmaligen Persönlichkeit des Kranken in ihrer Besonderheit gerecht zu werden.

Wie in anderen Disziplinen der Medizin müssen sich auch in der Psychiatrie »diagnosezentrierte« und »patientenzentrierte« (»persönlichkeitszentrierte«) Einstellung (s. S. 23) verbinden; keine dieser Betrachtungsweisen darf verabsolutiert werden.

Die notwendigen Gesichtspunkte und Auffassungsschemata, das Gerüst des begrifflichen Wissens, das wir bei der Erhebung der Vorgeschichte und bei der Anfertigung des psychopathologischen Befundes benötigen, lehrt die **allgemeine und klinische Psychopathologie** als Lehre von den **Phänomenen**, die bei verschiedenen psychiatrischen Krankheiten und Störungen vorkommen, und den **Methoden**, mit denen diese Phänomene erfaßt werden können. Die Kenntnis der verschiedenen Krankheiten und Störungen, die wesentlich auf die klinische Psychopathologie und somatische Befunde ge-

stützte **spezielle psychiatrische Krankheitslehre**, ermöglicht die Diagnose.

Im Rahmen dieses Textes wird die allgemeine und klinische Psychopathologie nicht gesondert dargestellt, vielmehr werden die wichtigsten psychopathologischen Symptome und Begriffe bei den Krankheitsbildern, für die sie die größte Bedeutung haben, beschrieben und erläutert. Die verschiedenen Punkte des psychischen Befundes (s. Tab. 2) werden anhand der psychopathologischen Symptomatologie der Schizophrenien (s. S. 258ff.) veranschaulicht.

In der Psychiatrie erfordern schon Diagnostik [3.12] und (als ihre Voraussetzung) Untersuchung die Einbeziehung der Person des Patienten und sind insofern bereits ein Stück Therapie. Untersuchung, Erkennung und Behandlung bilden hier, mehr noch als in den anderen Fächern der Medizin, eine Einheit.

Die wichtigste Untersuchungsmethode, das **ärztliche Gespräch** (s. S. 5f.) mit dem Patienten, ist schon der Beginn einer *Psychotherapie*, die bei jedem Patienten mit einer psychiatrischen Krankheit oder Störung erforderlich ist, auch wenn, je nach der Art

Tab. 2 Psychischer Befund.

- Äußeres Erscheinungsbild
- Verhalten und Ausdruck
- Bewußtseinslage und Orientierung inkl. Aufmerksamkeit, Auffassung und Konzentration
- Affektivität (Fühlen und Werten): Stimmung, affektive Reaktivität, Kontakt
- Antrieb, »Wille« und Psychomotorik
- Denken: formale und inhaltliche Denkstörungen
- Wahrnehmen: Wahrnehmungsstörungen in Form von Illusionen und Halluzinationen
- Ich-Erlebnis: Störungen der Meinhaftigkeit auf dem Gebiet des Denkens, Strebens und Wollens
- Gedächtnis: Störungen der Erinnerungs- und Merkfähigkeit
- Intelligenz
- Persönlichkeit

der Störung, ihr Stellenwert im Gesamtbehandlungsplan verschieden ist und Methoden und Techniken, Arbeitsweisen und zeitlicher Aufwand sehr unterschiedlich sind (s. S. 651ff.).

Schon zu Beginn des 20. Jahrhunderts hat sich die Einstellung des Psychiaters insofern gewandelt, als er die Entwicklung der Persönlichkeit, die gesamte Lebensgeschichte, die zwischenmenschlichen Interaktionen und dabei vor allem das **subjektive Erleben** des Kranken zu erfassen versuchte.

Diese Entwicklung geht wesentlich auf die **phänomenologische Richtung** in der Psychiatrie zurück, die mittels *Introspektion seitens des Patienten und Einfühlung seitens des Untersuchers* den Erlebnisablauf selbst (und nicht nur sein Ergebnis) ins Auge faßte und so den Sprung vom Objektiven, von der *Verhaltensbeobachtung*, zum Subjektiven und *Erlebnishaften* vollzog (50, 80).

Allerdings ist die Bezeichnung »Phänomenologie« (Lehre von den Erscheinungen) insofern mißverständlich (78), als in ihr der Standpunkt im Subjekt, im Erlebenden, zuwenig zum Ausdruck kommt.

Schon früh kam es in der traditionellen Psychiatrie zu einer engen Verbindung von analytischer Deskription (Beschreibung) und Introspektion.

In der phänomenologischen Richtung (50, 80) geht es sehr wesentlich darum, Erleben und Anschauungen des Kranken anhand seiner **Selbstschilderungen** zu eruieren und mit Hilfe der *Methode des genetischen Verstehens* (JASPERS) Bewegung und Zusammenhang des Seelischen sich zu vergegenwärtigen. Mehr **statisches Erfassen** als das Sichzur-Gegebenheit-Bringen seelischer Zustände, Phänomene und Qualitäten geht dabei Hand in Hand mit dem **genetischen Verstehen**, dem Einfühlen oder Nachvollziehen,

»wie Seelisches aus Seelischem mit Evidenz hervorgeht« (Verstehen der seelischen Zusammenhänge, des seelischen Auseinander-Hervorgehens = »**verstehende Psychopathologie**«).

Dabei stützt sich die Phänomenologie zwar vorrangig auf die **Selbstschilderungen**, die *sprachlichen Mitteilungen* des Patienten (die Erlebnisweisen, die der Untersucher vom Patienten erfährt), berücksichtigt aber auch **Verhalten und Ausdruck**.

Karl JASPERS gilt seit seinem 1913 erschienenen Buch »Allgemeine Psychopathologie« als Begründer und Repräsentant der »*phänomenologischen Richtung*« und der »*verstehenden Psychopathologie*« in der Psychiatrie. Mit seiner »von innen beschreibenden« Phänomenologie schuf er eine eigene, neue Methode; erst seither gibt es eine wissenschaftlich befriedigende Psychopathologie. Er zeigte, daß Wahrnehmen auf körperlichem und seelischem Gebiet grundverschieden sind und kam von hier, von der phänomenologischen Vergegenwärtigung des Seelischen, zum **genetischen Verstehen** seelischer Zusammenhänge, das er dem naturwissenschaftlichen **kausalen Erklären** gegenüberstellte. Diese Unterscheidungen blieben auch für Nachfolger und Gegner wegleitend und Ausgangspunkt kritischer Auseinandersetzungen (23, 42).

JASPERS klammerte *nosologische* und *somatologische* Aspekte nicht aus, auch wenn er deutlich machte, daß Psychopathologie ganz ohne sie betrieben werden kann und zunächst betrieben werden muß. Dies gilt auch für Versuche, mit der JASPERSschen Psychopathologie Ansatzpunkte für eine somatische Hypothese schizophrener Erkrankungen zu gewinnen: Auch hier sind zunächst die psychopathologischen und/oder phänomenologischen Tatbestände ohne Rücksicht auf somatologische oder nosologische Erwägungen zu untersuchen [s. (50); s. a. (38, 39, 80)].

Die *phänomenologische Psychopathologie* von JASPERS, die im deutschen Sprachraum besonders von GRUHLE und K. SCHNEIDER weiterentwickelt wurde, darf nicht mit der

phänomenologischen Philosophie verwechselt und vermengt werden. Seine *Phänomenologie i. e. S.* (phänomenologische Vergegenwärtigung, statisches Erfassen), die etwa der *deskriptiv-analytischen* Methode von K. SCHNEIDER entspricht, ist für ihn ein empirisches, allein durch die Mitteilungen seitens der Kranken in Gang gehaltenes Verfahren, Vergegenwärtigung dessen, was im Patienten seelisch vorgeht, was er erlebt, wie ihm etwas im Bewußtsein gegeben ist.

Die von JASPERS geforderte »*phänomenologische Einstellung*« ist nicht ursprünglicher Besitz, sondern mühsamer Erwerb in kritischer, immer von neuem Vorurteile überwindender Arbeit.

JASPERS distanziert sich klar von HUSSERL, der das Wort »Phänomenologie« später für »Wessensschau« gebrauchte, und betont, daß seine auf Erleben und Erlebnisweisen zielende Phänomenologie in ihrem Bestreben, die subjektiven Phänomene möglichst sorgsam zu beschreiben und voneinander zu trennen, von etwas »zugrunde liegend Gedachtem« ganz absehe. Auch die Suche nach verstehbaren Zusammenhängen, der Versuch, über die reine Beschreibung, das »statische Erfassen« psychischer Phänomene hinaus ihr Zustandekommen, den Erlebnisablauf, Bewegung und Zusammenhang des Seelischen soweit als möglich zu verstehen (genetisches Verstehen, s. S. 3), ist erst der zweite, spätere Schritt.

Die Psychopathologie in der Richtung von JASPERS und K. SCHNEIDER entgeht der Gefahr, das psychopathologische Material durch den Begriff zu vergewaltigen, ohne andererseits den Fehler zu begehen, angesichts der Unbeständigkeit und der fließenden Übergänge der Phänomene auf fest umrissene **Begriffe** und **Definitionen** zu verzichten: Klare und deutliche begriffliche Grenzen sind mit Übergängen im klinisch-psychopathologischen Erscheinungsbild durchaus vereinbar. In bezug auf die **Beschreibung**, dem »Vergegenwärtigen von Er-

lebnisweisen, seelischen Zuständen und Qualitäten«, die in Selbstschilderungen und Ausdruck begegnen, ist ihre **Abgrenzung** und **Festlegung**, so daß man mit den Begriffen immer dasselbe meinen kann, *sekundär*, auch wenn die analytische Differenzierung und Begriffsbildung erst die Möglichkeit schuf, mit Hilfe der so gewonnenen und definierten psychopathologischen Begriffe überprüfbare wissenschaftliche Ergebnisse zu erhalten. Auch wenn es in der psychopathologischen Wirklichkeit *inter- und intraindividuell alle möglichen fließenden Übergänge* gibt, ist die Rede von den Übergängen oft das »Faulbett des Denkens und Beobachtens«: *Erkennen geht durch Unterscheidung*. Damit ist durchaus vereinbar, daß voreilige Zuordnung und begriffliche Benennung ein möglicher und häufiger Fehler ist.

Der Psychopathologe soll unetikettiert stehen lassen, was nicht aufgeht (80): Das Aufpassen in mitteilbaren *Begriffen*, das Messen an möglichst eindeutig festgelegten und konsensfähigen Fachausdrücken ist sekundär. Gleichfalls erst in einem weiteren, späteren Schritt folgt der Versuch, genetisch zu verstehen oder kausal zu erklären, d. h., anhand der beschriebenen und, soweit möglich, begrifflich benannten und definierten Phänomene Symptome, Syndrome und letztlich *psychopathologische* oder (sensu strictu nur bei den körperlich begründbaren Psychosen!) *nosologische* Einheiten zu gewinnen. Dabei wird das Phänomen unter Aufgabe der Psychonomie (s. S. 10) zum *Symptom*, zum Hinweis auf Krankheitsvorgänge; die Psychopathologie verliert ihre nosologische Neutralität und wird zur *Symptomlehre*.

Wir sehen: Phänomenologie und »verstehende Psychologie« (»verstehende Psychopathologie«) als das »von innen« gewonnene Anschauen des Seelischen (im Gegensatz zum kausalen Erklären) gehörten in der Entwicklung der Psychiatrie eng zusammen.

Der Psychiater war insofern stets zugleich ein *distanzierter* und *teilnehmender* Arzt, der sowohl Krankheitszeichen eruiert als auch verstehend sich selbst als Untersuchungsinstrument einsetzt, beides um dem Zweck der Untersuchung, der Therapie und ihrer unerläßlichen Voraussetzung, der Diagnose, zu genügen (s. S. 7, S. 20).

Evident ist auch, daß der psychiatrische Untersucher stets nicht nur Fakten und Daten der Biographie i. S. objektiver Informationen zu gewinnen versucht; erst die Bedeutung, die für den Patienten die Daten seiner äußeren Lebensgeschichte haben, das **subjektive Gewicht**, der **Stellenwert eines Erlebnisses**, erlaubt insbesondere bei den erlebnisreaktiven, neurotischen und Persönlichkeitsentwicklungen eine zureichende Erkennung und Würdigung der seelischen Störung und eine sinnvolle und zielgerichtete Behandlung des Kranken.

Fähigkeit zur **Kommunikation** und zur **Distanz** müssen sich also in der Person des Psychiaters vereinen; er sollte imstande sein, aus der Haltung des distanzierten Beobachters in die des engagierten, einführenden Partners zu wechseln und umgekehrt (s. S. 13, S. 23, S. 396, S. 440).

Untersuchungsmethoden

Die wichtigste Untersuchungsmethode ist das ärztliche Gespräch, die planmäßig nach bestimmten Gesichtspunkten geleitete, gezielte **psychopathologische Exploration** des Patienten [3.1]. Sie ist zugleich die Methode, die mit relativ einfachen Mitteln, jedoch stets mit mehr oder weniger erheblichem Zeitaufwand, auch in der Sprechstunde des Allgemeinarztes durchführbar ist. Mit der Exploration Hand in Hand geht die **Beobachtung von Verhalten und Ausdruck**; bei nicht explorierbaren Patienten, z. B. bei Kranken in katatonem Stupor, muß die Ver-

haltensbeobachtung zunächst die Exploration ersetzen.

Für das *ärztliche Gespräch* mit dem Patienten werden verschiedene Begriffe verwendet. Mit der Bezeichnung **Interview** (Unterredung, Befragung) will man betonen, daß dem Patienten bzw. »Klienten« (lateinisch »cliens« = Höriger, Abhängiger, obschon die Bezeichnung – im Unterschied zu dem als zu passiv erscheinenden »Patient« = Leidender – gerade Eigenverantwortlichkeit und Selbstbestimmung zum Ausdruck bringen möchte!) Gelegenheit geboten wird, seine eigenen Ansichten zu äußern, sich selbst darzustellen. Mit dem Begriff der psychopathologischen (oder psychiatrischen) **Exploration** (»Erkundung«) verbindet sich die Vorstellung, daß der Untersucher mehr die Initiative ergreift und nach bestimmten Bewußtseinsinhalten aktiv fragt. *Wir verwenden die Begriffe ärztliches Gespräch, psychopathologische Exploration und Interview annähernd synonym.*

- Die **Exploration** bei psychiatrischen Patienten enthält in der Regel einen mehr **unstrukturierten** Teil, in dem der Untersucher sich zurückhält, aufmerksam zuhört und die Wahl des Themas dem Patienten überläßt. Ein sog. **strukturiertes Interview**, in dem der Untersucher durch Fragen und Bemerkungen dem Gespräch eine bestimmte Richtung gibt, entspricht weitgehend der »Exploration«, die gewöhnlich in der *Anfangsphase mehr unstrukturiert* ist und später zu einer *strukturierten, gezielten Befragung* übergeht.
- Bei der **Anamnese** (Vorgeschichte, s. S. 7ff.), die wieder durch Befragen (Exploration) erhoben wird, unterscheidet man die **subjektive Anamnese** (Autoanamnese, Eigenanamnese, Befragung des Patienten selbst) von der sog. **objektiven oder Fremdanamnese**, d. h. der Erhebung der Vorgeschichte bei Angehörigen, Bekannten und anderen Bezugspersonen des Patienten.

- Weitere Hilfsmittel neben der Exploration mit der Erhebung der Eigen- und Fremdanamnese können **testpsychologische Untersuchungen** mit Intelligenz-, Leistungs- und Persönlichkeitstests (s. S. 17ff., S. 67f., S. 327f.) sein sowie die **Heranziehung von Akten** und persönlichen Unterlagen aller Art (Zeugnisse, Briefe, Selbstschilderungen, Zeichnungen, künstlerische Produktionen).

Untersuchungsziele

Ziel der Untersuchung ist es, mit Hilfe der genannten Methoden, vor allem der psychiatrischen Exploration, Kenntnisse zu erhalten über die **unmittelbare Krankheitsgeschichte**, d. h. die Entwicklung der jetzigen, den Patienten zum Arzt führenden Beschwerden und Störungen, und über die **aktuellen Inhalte** seines Seelenlebens sowie über die Lebensgeschichte, die **Biographie** des Patienten in psychischer, sozialer und körperlicher Hinsicht.

Bei den aktuellen Inhalten ist neben den Themen auch die *Form* (Seinsweise) der seelischen Erlebnisse des Patienten zu beachten. Dazu muß man den Patienten auffordern, verschiedene, heute und früher erlebte Zustände miteinander zu vergleichen. In der zweiten, strukturierten Phase der Exploration wird der Arzt immer wieder einmal einhaken und z. B. nur nebenbei vorgebrachte scheinbare Kleinigkeiten zum Ausgangspunkt einer näheren Befragung machen. Die Beobachtung und Registrierung von Auffälligkeiten in Verhalten und Ausdruck geht der Exploration parallel.

Die Erhebung der unmittelbaren Krankheitsgeschichte und der Biographie ist nur möglich, wenn der Patient bewußteinsklar und zur Mitarbeit bereit und fähig ist. Bei Patienten, die nicht sprechen, sich sperren oder nicht fixierbar sind (s. S. 269), muß man sich mit der **Beschreibung des aktuellen Zustandsbildes**, der Besonderheiten in Verhalten und Ausdruck und gegebenenfalls einer Registrierung der spontanen Äußerungen des Patienten begnügen. Dies ist nicht selten bei Patienten mit Bewußtseinstrü-

bung (s. S. 42ff.) und akuten schizophrenen Psychosen der Fall.

Auffälligkeiten in **Verhalten und Ausdruck**, in der **Bewußtseinslage**, **Aufmerksamkeit** und **Auffassung**, im **formalen Denkablauf**, in der **Stimmungslage** und im **Antrieb** sowie in den übrigen Funktionen des Seelenlebens (s. Tab. 2: »Psychischer Befund«, S. 2) sind durch Beobachtung und geeignete Fragen zu eruieren.

Beurteilung der Untersuchungsergebnisse

Bei den **Selbstschilderungen** und Angaben der Patienten über ihre **Erlebnisse** ist zu prüfen, ob und inwieweit sie zuverlässig und verwertbar sind. Dabei spielen beabsichtigte und tendenziöse Unaufrichtigkeit und Simulation in der Praxis eine geringere Rolle als unbeabsichtigte Entstellung, Verdrängungen (s. S. 467ff.) oder psychologisches Unvermögen der Patienten, ihre Erlebnisse zu verbalisieren. Die *Transponierung des Erlebten in die Sprache* ist schon im normalen und erst recht im abnormen Seelenleben, besonders bei den qualitativ abnormen Erlebnisweisen der Psychosen, ein besonderes Problem. Viele abnorme Erlebnisweisen sind nicht oder nur annäherungsweise adäquat auszudrücken.

Häufiger als bewußte *Simulation* (Vortäuschung) einer psychischen Störung ist **Dissimulation**, die Verheimlichung ungewöhnlicher Erlebnisse: Der paranoide schizophrene Patient verbirgt sein Wahnsystem gegenüber der Mitwelt, weil er befürchtet, man halte ihn für »verrückt«, wenn er es offenbart; der endogen Depressive versucht, über eine tiefe Verzweiflung hinwegzutäuschen, um eine Gelegenheit zum Suizid zu erhalten (s. S. 12f., S. 217, S. 592ff.). Auch dann, wenn man nichts oder nichts Sicheres in Erfahrung bringen kann, können dennoch abnorme Erlebnisweisen vorhanden sein. Abgesehen von der normalen Schwierigkeit, seelisches Erleben auszudrücken, kann sprach-

liche Unbeholfenheit, etwa bei Minderbegabten, den Zugang und die Exploration abnormer Inhalte verhindern. Auch wenn der Patient durchgehend glaubwürdig, rückhaltlos und anschaulich über seine Erlebnisse berichtet, gilt es, das psychologische (psychopathologische) Material im Hinblick auf seine Bedeutung für Krankheits- und Lebensgeschichte und die Diagnose zu sichten und zu werten.

Die **Diagnose** (s. a. S. 20f., S. 23f., 30ff.) ist das erste und gerade im Hinblick auf eine rationale, erfolgversprechende Behandlung wichtigste Ziel der psychiatrischen Untersuchung. Wir müssen also zum Schluß der Untersuchung unter Verwertung aller Untersuchungsergebnisse versuchen, zu einer Diagnose zu gelangen.

Erhebung der Anamnese [3.1]

Wie das Schema »Gang der psychiatrischen Untersuchung« (s. Tab. 1, S. 1) zeigt, erstreckt sich die Erhebung der **Anamnese** nicht nur auf die Entwicklung der gegenwärtigen Störung: **Krankheitsgeschichte**, sondern versucht, den gesamten Lebenslauf: **Lebensgeschichte** (Biographie), die sozialen Verhältnisse und das Familienbild zu erfassen. Die Anamnese (Vorgeschichte, wörtlich: Wiedererinnerung) ist oft noch wichtiger als der Befund. Es gibt Patienten mit wenig ergiebigem (psychopathologischem und neurologischem) Befund, aber ergiebiger Vorgeschichte; hierher gehören bestimmte Patienten mit erlebnisreaktiven oder psychopathischen Persönlichkeitsentwicklungen, Alkohol- und Medikamentenabhängige sowie ein Teil der Anfallskranken. Die Anamnese ist gewöhnlich die wichtigste Quelle für Informationen über die Persönlichkeit und das soziale Verhalten des Patienten. Doch sind während der klinischen Beobachtung und auch bei der anamnestischen Exploration manche Patienten bemüht, Symptome zu verbergen, sich zu beherr-

schen und/oder sich möglichst »von ihrer besten Seite« zu zeigen.

Bei der Erhebung der Anamnese ist der Untersucher nicht an eine bestimmte Reihenfolge gebunden.

Im allgemeinen wird man hier von der **Krankheitsgeschichte**, d. h. der Eruierung der Entwicklung der gegenwärtigen Beschwerden und Störungen (die den Patienten zum Arzt führten) ausgehen, zur **Lebensgeschichte** (Biographie) übergehen und erst am Schluß die **Familienanamnese** erheben, jedenfalls soweit diese einen Überblick über in der Familie vorkommende Erkrankungen und Störungen, über den biologischen und sozialen Rahmen, in den der Patient hineingestellt ist, verschaffen soll.

Viele Patienten und ihre Angehörigen wollen von psychischen Krankheiten in der Familie nichts wissen, zumal von solchen, die als vererbbar gelten. Wir beginnen in der Regel mit der Exploration der *Entwicklung der aktuellen Störung*. Sie gab gewöhnlich auch Anlaß zur psychiatrischen Untersuchung.

Für das ärztliche Gespräch mit dem Patienten (wir gehen aus von einem Patienten, der aus eigener Initiative oder auf Wunsch naher Bezugspersonen oder von einem Kollegen überwiesen den Nervenarzt oder Psychiater konsultiert) sollen möglichst schon bestimmte **äußere Bedingungen** erfüllt sein:

- Es muß ein eigener Raum zur Verfügung stehen,
- Dritte sollen dem Gespräch in der Regel nicht zuhören können,
- Unterbrechungen durch Telefonate oder andere, den Arzt beanspruchende Personen sollen möglichst vermieden werden,
- Bezugspersonen (Angehörige, Partner usw. – »Fremdanamnese«) sollen in der Regel erst nach dem ersten Gespräch mit dem Patienten hinzugezogen werden. Dies sollte nur, von Ausnahmen abgesehen (s. Fremdanam-

nese S. 15), mit dessen ausdrücklichem Einverständnis erfolgen.

Der Arzt stellt sich dem Patienten vor und reicht ihm zur Begrüßung die Hand; dies ist kein überflüssiges Ritual, konstituiert vielmehr »Gegenwärtigsein«. Unter Umständen wird man dem Patienten sagen, daß seine Bereitschaft zu rückhaltloser **Offenheit** eine Vorbedingung für eine sinnvolle ärztliche, zumal psychiatrische und psychotherapeutische Hilfe ist.

Mehr als in anderen Disziplinen der Medizin ist zu bedenken, daß im Patienten, ungeachtet eines mehr oder weniger bewußten Wunsches nach Hilfe, auch eine Ablehnung gegen das ärztliche Gespräch und die psychiatrische Behandlung ist. Der Entschluß, seelische Probleme zuzugeben, die Anerkennung, mit Konflikten nicht aus eigener Kraft fertig zu werden, bedeutet für manche Menschen auch heute noch so etwas wie eine »Capitis deminutio« (Verlust der persönlichen Würde, »geistiges Todesurteil«). Schon immer, unverändert bis heute, gibt es neben einer *propsychiatrischen* und *propsychotherapeutischen Einstellung* auch das *antipsychiatrische* und *antipsychotherapeutische Vorurteil*. Der Patient glaubt, mit der Anerkennung von Behandlungsbedürftigkeit auf psychischem Gebiet eine Einbuße an Selbstverfügbarkeit, einen Freiheitsverlust zu erleiden.

Dabei ist die psychiatrische Behandlung an sich eher weniger angstbesetzt als andere medizinische Therapien. Etwas anderes ist aber eine auch und oft gerade in den oberen sozialen Schichten deutliche Tendenz, die Konsultation des Psychiaters, ob sie nun die eigene Person oder Angehörige betrifft, zu verheimlichen. Sie ist maßgeblich durch die **Angst vor der Meinung der anderen und vor negativen sozialen und u. U. auch rechtlichen Konsequenzen** bedingt.

Wie sehr die Einstellung hier weltweit noch von *Vor-eingenommenheit* bestimmt, zumindest eher ambivalent ist, zeigte das Beispiel des Politikers EAGLETON in den USA: Die Tatsache, daß er früher wegen einer – vollständig heilbaren! – psychiatrischen Erkrankung (einer endogenen Depression) behandelt wurde, erwies sich als »*skeleton in the closet*«, auf das die öffentliche Meinung, anders als auf eine körperliche, noch so gravierende Krankheit, so reagierte, als handele es sich um einen Charakterfehler, um moralisches Versagen oder doch um ein untragbares, unkalkulierbares Risiko (s. a. S. 653f).

Der unabdingbaren Offenheit des Patienten beim Bericht über seine Krankheits- und Lebensgeschichte entspricht auf der Seite des Arztes die strikte Verpflichtung zur **Geheimhaltung**, die man bei manchen Kranken von vornherein ausdrücklich hervorheben wird. Man sagt dem Patienten, daß ohne seine ausdrückliche Einwilligung niemandem, auch nicht den nächsten Bezugspersonen, Auskünfte gegeben werden. Bei floriden Psychosen und akuter Suizidalität (heute auch bei AIDS) ist allerdings eine sorgfältige **Güterabwägung** notwendig; hier wird man oft auch ohne ausdrückliches Einverständnis des Patienten die Angehörigen unterrichten müssen. Hier wird die Problematik einer möglichen Durchbrechung der ärztlichen *Schweigepflicht*, wie sie standes-, vertrags- und strafrechtlich (Sanktion einer Verletzung von Privatgeheimnissen zum Schutz des Persönlichkeitsrechtes – §§ 203 und 204 StGB) geboten ist, besonders deutlich.

Die Pflicht zur Verschwiegenheit gilt nicht absolut; höherrangige Interessen, so die unmittelbare Lebensgefährdung (Suizidalität) des Patienten oder die Gefährdung eines anderen (z. B. Planung einer Gewalttat), können die Durchbrechung der Schweigepflicht als eine durch Güterabwägung gerechtfertigte *Erlaubnis* gebieten (s. a. S. 723).

Doch müßte man u. E. eine *Verpflichtung zur Offenbarung* dann annehmen, wenn (nach §§ 138, 139 StGB) »Mord, Totschlag oder Völkermord geplant« sind (s. a. 1032).

Bei der Erhebung der Anamnese ist die am Patienten selbst erhobene **Eigenanamnese** (Synonyma: subjektive oder Autoanamnese) von der **Fremdanamnese** (»objektive Anamnese«) zu unterscheiden, die sich auf Angaben naher Bezugspersonen stützt (s. S. 15). Wir wenden uns zunächst der Eigenanamnese zu.

Eigenanamnese

Krankheitsgeschichte:

Entwicklung der aktuellen Beschwerden und Störungen

Der Patient wird zunächst gebeten, über seine aktuellen Beschwerden und Störungen zu berichten; im Anschluß daran soll er möglichst detailliert erzählen, wie sich diese Beschwerden entwickelt haben.

Dabei interessieren der Zeitpunkt des Beginns, die näheren Umstände (wann und wie, plötzlich oder allmählich), die Reihenfolge des Auftretens verschiedener Beschwerden und Symptome, ihr dauerndes oder nur zeitweiliges Vorhandensein (gesunde Zeiten zwischen den gestörten), die Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit im Beruf oder Haushalt, der Eintritt der Arbeitsunfähigkeit usw. Auf diese Weise soll möglichst lückenlos ein Bild der *Entwicklung der Störung* auch im zeitlichen Verlauf entstehen.

Initiale, mehr unstrukturierte Phase des Gesprächs. In ihr wird dem Patienten möglichst viel Freiheit gewährt und ihm Gelegenheit gegeben, seine Meinung und dabei das zentrale Anliegen, das ihn zum Arzt führt, zum Ausdruck zu bringen. Der Untersucher überläßt also die Initiative mehr oder weniger weitgehend dem Patienten. Wenn ein Begleitbrief oder Befundberichte vorliegen, wird dem Patienten eindringlich dargelegt, daß es dem Untersucher gerade darauf ankommt, von *ihm selbst* zu erfahren, wie er die Beschwerden und Störungen erlebt, welche Schwierigkeiten er hat, und wo

nach seiner Meinung die Gründe hierfür zu suchen sind.

In der **Initialphase** nimmt der Arzt also eine Haltung des Abwartens und der gleichzeitigen aufmerksamen Zuwendung ein und vermeidet jede eigene Stellungnahme und Kritik. Er läßt den Patienten ausreden und interveniert nur, um das Gespräch mit neutralen Fragen in Gang zu halten, den Patienten dazu zu bringen, seine Mitteilungen noch deutlicher und verständlicher zu machen und anhand von konkreten Beispielen zu veranschaulichen. Er wird ihn auch anregen, seine Einstellungen, Gefühle und Wertungen zu äußern. Dies kann durch ermunternde und unterstützende, doch suggestionsfreie Kommentare geschehen, die das Verständnis des Arztes zum Ausdruck bringen. Andere Möglichkeiten sind die Wiederholung oder Zusammenfassung der letzten Mitteilungen des Patienten oder die Verdeutlichung des emotionalen Gehaltes der Aussagen des Patienten.

Der Patient soll so in der ersten Gesprächsphase Gelegenheit haben, seine Beschwerden, Sorgen und Befürchtungen, seine Wünsche, Hoffnungen und Erwartungen an den Arzt spontan und möglichst unbeeinflußt zu verbalisieren.

Viele Patienten, solche mit psychoreaktiven Störungen, aber auch psychotisch Kranke, bringen schon in der Einleitungsphase des Gesprächs den wesentlichen Konflikt oder psychotischen Inhalt zum Ausdruck. Der »*erste Eindruck*« und die initialen Aussagen des Patienten sind daher vom Arzt besonders aufmerksam zu registrieren.

Strukturierte Phase der Exploration. Früher oder später wird der Untersucher selbst aktiv und gezielt fragen und dem Gespräch eine bestimmte Richtung geben müssen. In manchen Fällen, wenn der Patient sich nicht spontan und ohne spezielle Fragen des Arztes äußert, schon nach kurzer Zeit verstummt oder überhaupt nicht zu einer verständlichen Mitteilung fähig