

5 Spezielle, störungsorientierte Facharztanamnese

Gerd Laux

5.1 Abhängigkeiten/ Sucht

► **Alkohol.** Ein offensichtlich an Alkoholismus leidender Patient, der jeglichen Alkoholkonsum negiert, kann beispielsweise durch die Feststellung, dass es sehr ungewöhnlich ist, gar keinen Alkohol zu trinken, in seiner bagatellisierenden Tendenz verunsichert werden. Bei einem Patienten, der seinen Medikamentenabusus leugnet und betont, er nehme nur bei Kopfschmerzen eine Schmerztablette ein, hilft die Frage nach der Häufigkeit der Kopfschmerzen und der Anzahl der Tabletten pro Kopfschmerzattacke, um das Ausmaß des Abusus abzuschätzen.

Folgende Punkte sind bei der Anamnese zu eruierten (► Abb. 5.1):

- Vorliegen von „Craving“ (zwanghaftes Verlangen), Kontrollverlust, Vernachlässigung von Interessen
- typische Auslöser: Langeweile, Einsamkeit, Frustration, Angst, Depressivität/ Dysphorie, Nervosität/Anspannung, freudige Ereignisse, Misserfolge, Konflikte, sozialer Druck, Entzugssymptome → Trinktagebuch führen
- Persönlichkeitsstruktur, Konfliktkonstellationen
- Konsummuster: schädlicher Alkoholkonsum, Binge-Drinking („Komasaufen“: rascher zu schwerem Rauschzustand führender Konsum großer Alkoholmengen)
- Folgen für Partnerschaft, Arbeit, körperliche und juristische Folgen (Strafen, Verurteilungen, laufende Anklagen, Verkehrsdelikte)

Die motivierende Gesprächsführung dient dem Aufbau von Veränderungsmotivation und der Konkretisierung von Zielen unter Aufdeckung von Widersprüchen (change talk).

Die Früherkennung der Alkoholkrankheit gelingt nur über die Anamnese. Diese ist schwierig, da Alkoholabhängige bewusst und unbewusst oft die Unwahrheit sagen sowie zur Rationalisierung, Bagatellisierung und Negierung neigen. Die Eruiierung eines riskanten Alkoholgebrauchs kann anhand des Konsummusters und beispielsweise mithilfe des CAGE-Tests erfolgen:

- Frage 1: Hatten Sie jemals das Gefühl, Sie müssen ihren Alkoholkonsum drosseln?
- Frage 2: Haben Sie sich jemals geärgert, wenn jemand ihren Alkoholkonsum kritisiert hat?
- Frage 3: Hatten Sie jemals Schuldgefühle, wenn Sie an Ihren Alkoholkonsum denken?
- Frage 4: Mussten Sie jemals morgens trinken, um sich zu beruhigen oder in Gang zu kommen (eye opener)?

Zur Erfassung von Alkoholismus können auch Fragebögen eingesetzt werden, z. B. AUDIT, MALT (Kap. 8). Fragen aus dem AUDIT-C-Fragebogen lauten:

- Wie oft trinken Sie Alkohol?
- Wenn Sie an einem Tag Alkohol trinken, wie viel alkoholhaltige Getränke trinken Sie dann typischerweise?
- Wie oft haben Sie an einem Tag des vergangenen Jahres mehr als 6 (Frau) bzw. 8 (Mann) alkoholische Getränke getrunken.

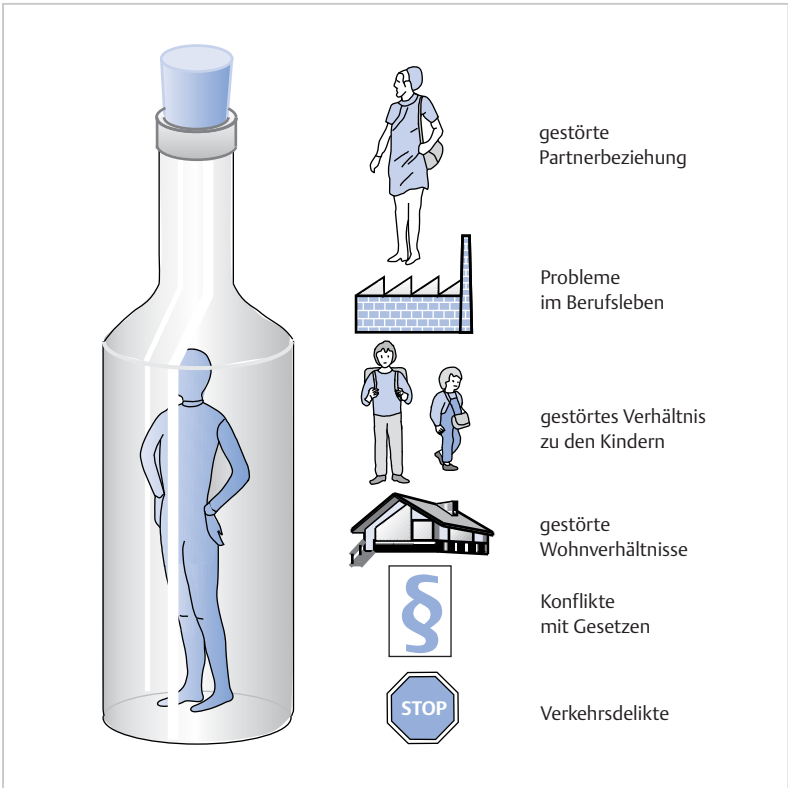


Abb. 5.1 Alkoholismus. Mögliche psychosoziale Folgen. (Möller HJ, Laux G, Deister A: Duale Reihe Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. Stuttgart: Thieme; 2015)

Weiterhin sollte die Dokumentation körperlicher Alkoholfolgeschäden (Leberwerte) erfolgen. Dem Patienten können Patientenbroschüren als Infomaterial mitgegeben werden. Als Hilfsangebot kann auf Suchtberatungsstellen verwiesen werden.

► **Drogen.** Folgende Punkte sind bei der Anamnese zu eruieren:

- familiäres Umfeld, eventuell vorliegende Entwicklungsdefizite, traumatische Le-

benserfahrungen, negatives Rollenlernen, Kontakte zu dissozialen Peers, Probleme in der Schule oder am Arbeitsplatz, Wohnsituation

- Triggerfaktoren (Personen, Plätze), auslösende Gedanken und Gefühlen
- Verhalten vor und während des Drogenkonsums: Beschaffung, typische Konsumsituationen
- Drogenart und Einnahmeform (oral, intravenös, nasal)

► **Medikamente.** Die Tablettensucht ist eine „stille, heimliche Sucht“. Folgende Punkte sind bei der Anamnese zu eruiieren:

- Medikamentenart und -dosis
- Dauer der Abhängigkeit, Einnahmegründe (Schlafstörungen, Angst- und Unruhezustände, vor allem bei Alterspatienten)
- Abhängigkeit von Alkohol und/oder Benzodiazepinen
- „Neurodoping“ (Hirndoping) mit Stimulanzien

► **Nicht stoffgebundene Abhängigkeiten.**

Dazu zählen beispielsweise:

- Computerspielabhängigkeit
- Videospielsucht, z. B. Online-(Rollen-) Spiele, Ego-Shooter
- Internetabhängigkeit

Das Spielen wird zur Haupttätigkeit des Tages. Die Entzugssymptomatik tritt auf, wenn das Spielen entfällt; sie äußert sich in Form von Reizbarkeit, Ängstlichkeit oder Traurigkeit. Es wird zunehmend mehr Zeit mit dem Internetspielen verbracht (Toleranzentwicklung) und es kommt zum Interessenverlust (frühere Hobbys). Die Betroffene täuschen ihre Familienangehörigen und andere bezüglich des Umfangs des Spielens.

Weiterhin kann eine Sucht in und eine Abhängigkeit von sozialen Netzwerken (z. B. Facebook, Twitter) bestehen, z. B. Online-Sexsucht, -Kaufsucht, -Glücksspielsucht.

Vorstufen sind eine ständige Erreichbarkeit am Handy („nicht abschalten können“), steigender Zeitbedarf sowie das Verlangen nach immer besserer technischer Ausrüstung und Software. Eine pathologische Nutzung liegt vor, wenn täglich mehr als 6 Stunden (exklusive Beruf) darauf verwendet werden. Weiterhin werden elementare Bedürfnisse (z. B. Essen) vernachlässigt.

Im Fokus der Anamnese stehen die psychosozialen Folgen des exzessiven Verhaltens, z. B. der Funktionsverlust in Familie, Beruf und im sozialen Umfeld.

5.2 Affektive Störungen

► **Hypomanie, Manie.** Die Patienten zeigen oft einen logorrhöischen Redefluss, sind kaum zu unterbrechen, kommen zum Teil unzusammenhängend „vom Hölzchen aufs Stöckchen“ und zeigen keinerlei Leidensdruck oder Krankheitsgefühl geschweige denn Krankheitseinsicht. Distanzlose Annäherungen, auch aggressives Verhalten sind möglich. Die (bizarren) Ideen und der Charme der Betroffenen können aber ebenso wie die inadäquat gehobene Stimmung durchaus faszinieren.

Die Erhebung einer strukturierten Anamnese ist schwierig, eine Fremdanamnese ist unbedingt erforderlich; dabei ist es ratsam, ein Zeitlimit zu setzen. Es sollte nach Verkehrsdelikten und laufenden Rechtsstreitigkeiten/Anklagen gefragt werden.

► **Depressive Störungen.** Sie umfassen ein weites Spektrum und zeigen ein heterogenes Bild. Im Zentrum stehen eine über Wochen oder Monate andauernde gedrückte Stimmung und Niedergeschlagenheit, Antriebslosigkeit und Interessenverlust. Im DSM-5 werden 227 verschiedene Symptome aufgelistet.

Wichtige Anamnesepunkte sind Schwere/Tiefe, Dauer, Auslöser/Stressoren/Gründe, Ablenkbarkeit, Tagesschwankungen. Zu den Kern- und Schlüsselfragen gehören „Losigkeitssymptome“: Freudlosigkeit, Antriebslosigkeit, Interessenslosigkeit, Schlaflosigkeit, Appetitlosigkeit, Wertlosigkeit, Hoffnungslosigkeit.

Zu erfragen ist das Leitsymptom („was quält Sie am meisten“). Weitere wichtige Symptome sind Anhedonie (Unfähigkeit, sich freuen zu können), kognitive Störungen (Konzentrationsstörungen) ständiges Grübeln, Tagesschwankungen („Morgentief“) und suizidale Gedanken. Je nach Person und sozialer Rolle haben die einzelnen erhobenen Symptome sehr unterschiedliche Bedeutung: Für eine Lehrerin sind Kon-

zentrationstörungen, für einen Ingenieur Ideenarmut und für einen Bauarbeiter körperliche Mattigkeit von höchster Relevanz.

Merke

Die Abschätzung der Suizidalität ist obligat. Eventuell können hierfür Risikochecklisten verwendet werden.

Folgende Punkte sind bei der Anamnese zu eruiieren:

- Lebensereignisse, vor allem Trennungen (Partner, Kinder, Wohnung), Rollenwechsel und -verluste (Mutterschaft, Pensionierung)
- Vorliegen von Komorbidität, z. B. koronare Herzerkrankung, Typ-2-Diabetes, Morbus Parkinson und andere somatische Erkrankungen einschließlich Medikation (pharmakogene Depression, z. B. durch Kortison); Sonderfall: Depression bei Morbus Parkinson oder Tumorerkrankungen mit Symptomüberschneidungen
- Persönlichkeitsstruktur (spielt bei der Genese depressiver Syndrome eine Rolle): „Typus melancholicus“, Ehrgeiz, zwanghafte Züge, „Perfektionismusfalle“, Wertvorstellungen, Selbstoptimierung/Überforderung, „Burnout“
- familiäre Belastung (Genetik)
- Vorbehandlungen
- Differenzialdiagnose: bipolare affektive Störung (manische Phasen?)

Depressive Männer neigen zum Verschweigen von Problemen und Traurigkeit. Ihre Depression wird als Chamäleon beschrieben; Männer sind oft unruhig-impulsiv, reizbar, ja feindselig, wollen in Ruhe gelassen werden, ziehen sich zurück, zeigen Risikoverhalten (Autorasen, Alkoholabusus, Arbeits-, Sport-, Sexsucht) und nehmen ungen Hilfe in Anspruch. Es besteht Suizidrisiko. Dies muss aktiv exploriert werden. Dabei sind nicht nur die Symptome abzufragen, sondern auch Mimik, Gestik, Bewegung und Sprache (leise, verlangsamte) sind zu beobachten.

Depressive Patienten erfordern besondere Empathie (Einfühlungsvermögen mit erforderlicher emotionaler Distanz) und Geduld (Zeitraumen). Bei gehemmt Depressiven ist eine aktive Explorationsrolle angezeigt; große Sensibilität erfordern Schuldgefühle und eine oft schambesetzte sexuelle Dysfunktion (Problem: männlicher Patient und junge Ärztin).

Der *Verlauf* (rezidivierende Phasen) wird sinnvollerweise durch das Erstellen eines Episoden-/Phasenkalenders (Life-Chart/Mood Charting) veranschaulicht (Beginn, Phasen, Bipolar) (► Abb. 5.2).

Reaktive Depressionen werden im DSM-5 als Anpassungsstörung eingeordnet, an die Stelle der Dysthymie tritt die persistierende depressive Störung als chronisch verlaufende Form der Major Depression. In der ICD-10 ist die Dysthymia im Sinne einer anhaltenden depressiven Störung der depressiven Episode diagnostisch untergeordnet.

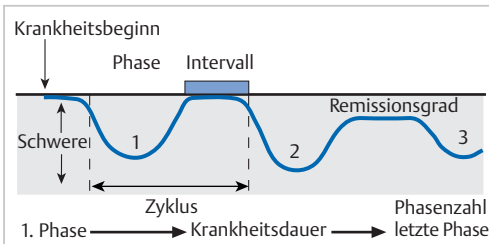


Abb. 5.2 Phasenkalender bei rezidivierenden depressiven Störungen (nach Laux).

Zu beachten ist, dass die Diagnosekriterien nach ICD-10 und DSM-5 fast nur quantitativ nach Schweregrad sind, was zu einer Nivellierung depressiver Syndrome („Allerweltsdiagnose“) geführt hat.

Wichtig ist es, die *Subtypen* depressiven Erlebens und Verhaltens zu erfassen und eine psychopathologische Differenzierung vorzunehmen (vergleiche Konzepte Melancholie, endoreaktive Dysthymie). Zu den Subtypen zählen unter anderem antriebsgehemmte, ängstlich-agitierte, larvierte oder somatisierte Depression, psychotisch-wahnhaft Depression, selbstquälerische, anankastische Depression, somatogene Depression (hirnorganische, körperliche Erkrankung, Medikamentennebenwirkung).

► **„Burnoutsyndrom“.** Es handelt sich um eine ausgeprägte Form der Erschöpfung („Ausgebranntsein“), die durch anhaltenden übermäßigen beruflichen Stress bedingt ist; eine Regenerierung gelingt nicht mehr.

Oft stellen sich Patienten wegen „Burnouts“ mit folgenden Beschwerden/Symptomen vor: starke körperliche und emotionale Erschöpfung, (subjektive) Leistungs- und Antriebschwäche, innere Leere, fehlende Fähigkeit sich zu erholen, negativ-zynische Haltung zur Arbeit, depressive Stimmung, Interesseverlust, Aktivitätseinschränkung, Schlafstörungen.

Gezielte anamnestiche Fragen: Sind die Arbeitsanforderungen zu hoch? Bestehen zu wenig Kontrolle (Handlungsspielraum, Selbstbestimmung), zu wenig Belohnung (Bezahlung, Aufstieg, Anerkennung, Arbeitsplatzsicherheit) oder zu wenig soziale Unterstützung (Team, Vorgesetzte).

Risikokonstellationen und typische Ursachenfelder am *Arbeitsplatz*: monotone Arbeit, mangelnde Anerkennung, fehlende Entscheidungsfreiheit, Ehrgeiz, Perfektionismus (→ Arbeitswelt, Arbeitsverdichtung, fehlende Autonomie); zunehmend weniger Raum für eigene Entscheidungen, fehlende Anerkennung (Gratifikationskrisen); zu wenig Handlungsspielraum und

Wertschätzung, zu wenig menschliche Unterstützung, zu wenig Regenerationsmöglichkeiten, unsicherer Arbeitsplatz.

Zu den *persönlichen* Eigenschaften, welche die psychische Erschöpfung beschleunigen, gehören überzogener Perfektionismus, schlecht Nein-Sagen-Können, Angst vor Fehlern und Schwächen, Neigung, es allen recht machen zu wollen, übermäßiges Engagement – enttäuschte Erwartungen.

Das Burnoutsyndrom läuft in der Regel in mehreren Phasen/Stadien ab:

- idealistische Begeisterung (hoher Einsatz, Überidentifikation mit der Arbeit)
- Stillstand (Leben auf Arbeit reduziert, Enttäuschungen)
- Frustration und psychosomatische Beschwerden (Motivationsverlust, Zynismus, körperliche Beschwerden)
- Apathie und Verzweiflung (Resignation, Gefühl der Sinnlosigkeit)

Zu den einzelnen Symptomen bzw. Verhaltensmustern zählen:

- übertriebener Ehrgeiz, Zwang, sich zu beweisen
- Vernachlässigung eigener nicht beruflicher Bedürfnisse
- Verdrängung von Konflikten und Bedürfnissen
- Rückzug
- Innere Leere, Angstgefühle, Suchtverhalten
- zunehmende Sinnlosigkeit und Desinteresse

Es gibt eine sehr große Zahl an assoziierten Symptomen, die einen Zusammenhang mit dem Burnout-Syndrom zu haben scheinen. Diese umfassen unzählige Symptome, die in Clustern zusammengefasst sind:

- Warnsymptome der Anfangsphase: vermehrtes Engagement für Ziele, Erschöpfung
- reduziertes Engagement
- emotionale Reaktionen (Depression, Aggression)

- Abbau von Leistungsfähigkeit, Motivation, Kreativität
- Verflachung (emotional, sozial)
- psychosomatische Reaktionen
- Verzweiflung

Burnout ist kein eigenständiges Krankheitsbild, sondern ein Risikozustand. Da die Erkrankung nicht stigmatisierend ist, besteht die Gefahr, sie als Merkmal besonderer Leistungsfähigkeit zu verstehen. Sie kann Vorboten einer Depression sein bzw. sich mit einer Depression überschneiden; dies ist diagnostisch abzuklären (► Abb. 5.3). Das Maslach Burnout Inventory ist als Testinstrument zur Evaluierung eines Burnoutsyndroms zwar weit verbreitet, aber nicht valide und deshalb nicht hilfreich.

5.3 Angststörungen

Die folgenden angsttypischen Symptome sollten exploriert werden: kognitive Symptome wie ständiges Besorgtsein, gestörte Konzentration, Entscheidungsunfähigkeit, Angst die Kontrolle zu verlieren oder verrückt zu werden, körperliche Symptome (Schwindel, Tremor, Unruhe, Atemnot), Verhaltensauffälligkeiten (Vermeidungsstrategien).

Eine einmalige, umfassende körperliche Untersuchung ist notwendig; dabei sind vor allem Schilddrüsenerkrankungen, Anfallsleiden, Herz- und Lungenerkrankungen auszuschließen.

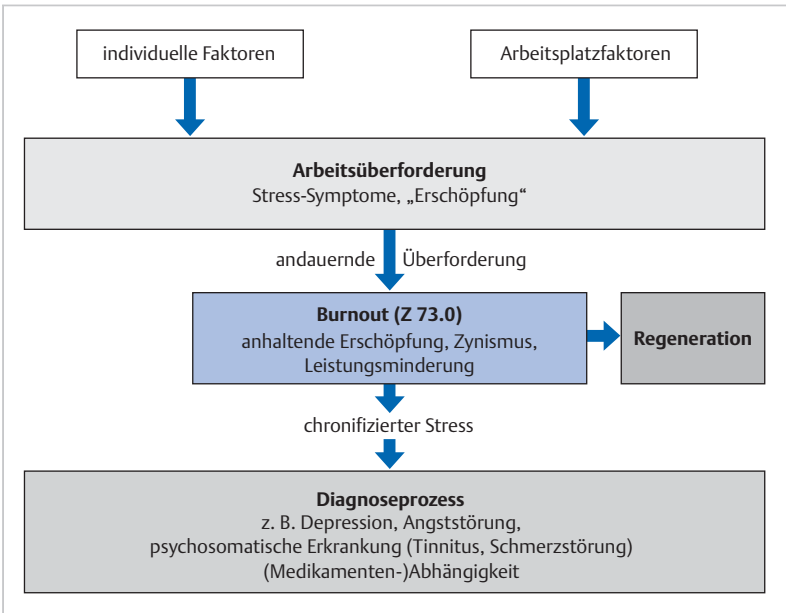


Abb. 5.3 Burnout. Entstehungsfaktoren und Diagnoseprozess. (Möller HJ, Laux G, Deister A: Duale Reihe Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. Stuttgart: Thieme; 2015)

Unterschieden werden:

- generalisierte Angststörung (GAD)
- Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst)
- phobische Störungen (Agoraphobie, soziale Phobie, spezifische Phobien, z. B. Klaustrophobie, Akrophobie, Examensangst, Flugangst)
- Angst und depressive Störung, gemischt

Typische zu eruiierende Symptome:

- **Generalisierte Angststörung:** schwer kontrollierbare, „frei flottierende“, übermäßige, anhaltende Angst in Form von Befürchtungen und Sorgen, motorischer Spannung und vegetativer Übererregbarkeit
- **Panikstörung:** ohne reale Bedrohung plötzlich minutenlang auftretende Angst, die Kontrolle zu verlieren, verückt zu werden oder zu sterben; Herzklopfen, Hitzewallungen, Zittern, Brustschmerzen, Erstickungsgefühl, Schwindel, eventuell Todesangst; Fragen nach Häufigkeit (täglich, wöchentlich, zweimal im Monat?), Auslösern und Dauer der Beschwerden
- **Agoraphobie:** Angst vor engen, geschlossenen Räumen oder Menschenmengen; Angst, das eigene Haus zu verlassen, sich auf öffentlichen Plätzen aufzuhalten, Geschäfte zu betreten, Verkehrsmittel zu benutzen

Weitere Fragen:

- Wann sind die Symptome erstmals aufgetreten? War der Patient schon in der Kindheit ängstlich?
- Werden Medikamente eingenommen? Besteht ein exzessiver Kaffeekonsum?
- Welche angstauslösenden Situationen gibt es? Wie sind Verhalten und Reaktionen auf diese Situationen (Vermeidung)?
- Welche Konflikte bestehen aktuell?

M!

Merke

Bei Angstpatienten ist es wichtig, durch Stimmlage und Wortwahl im Gespräch Ruhe und ein Gefühl der Geborgenheit zu vermitteln.

5.4 Anpassungs-/ Belastungsstörungen

Zu den Trauma- und belastungsbezogenen Störungen Erwachsener zählen Anpassungsstörungen, akute Belastungsreaktion und posttraumatische Belastungsstörung (PTSD, PTBS).

► **Anpassungsstörung.** Hierbei treten emotionale Symptome und Verhaltensauffälligkeiten (Angst, depressive Stimmung, Hilflosigkeit; tägliche Routine kann nicht mehr bewältigt werden) als Reaktion auf belastende Lebensereignisse für meist nicht länger als 6 Monate auf.

Belastungsfaktoren sind der Verlust enger Beziehungspersonen, gravierende Veränderungen der sozialen Umgebung (z. B. Flucht) oder Schwierigkeiten am Arbeitsplatz. Subtypen sind kurze oder längere depressive Reaktion, Angst und depressive Reaktion gemischt. Die Kriterien für eine Major Depression werden nicht erfüllt.

► **Akute Belastungsreaktion.** Sie treten innerhalb von Minuten nach einem massiv traumatisierenden Ereignis auf (schwerer Unfall, Gewalt, Katastrophen) und klingen nach 3 Tagen (maximal 4 Wochen) ab („akute Krisenreaktion, psychischer Schock, Nervenzusammenbruch“). Nach einem „Betrübungszustand“ zeigen sich rasch wechselnde Symptome (z. B. Intrusionen, Schlafstörung, Angst, Wut, Reizbarkeit, Schreckreaktionen).

Merke

Die Übergänge zwischen normalen Reaktionen und Reaktionen mit Krankheitswert sind fließend.

M!

► **Posttraumatische Belastungsstörung.** Dieses Störungsbild wurde in den 1980er-Jahren bei amerikanischen Soldaten nach schrecklichen Erlebnissen im Vietnamkrieg beschrieben. Es entsteht aufgrund außergewöhnlicher, katastrophentypischer Ereignisse wie Entführung, Terroranschlag, Gefangenschaft oder erlebter Gewalt. Das klinische Bild ist vielfältig, typische Symptome sind:

- sich aufdrängende belastende Gedanken und Erinnerungen an das Trauma (wiederholtes Traumaerleben – Intrusionen, Flashbacks, Alpträume)
- Symptome der Übererregung wie Schlafstörung, Schreckhaftigkeit, Reizbarkeit
- Vermeiden von Situationen oder Aktivitäten, die an das Trauma erinnern
- negative Emotionen (Ärger, Schuld, emotionale Stumpfheit, Teilnahmslosigkeit, innere Leere)
- Wiederkehr durch „Trigger“ (spezifische Auslösesituationen)

Relevant für die Entstehung sind Persönlichkeitsfaktoren (Empfindlichkeit, Verletzlichkeit, Selbstunsicherheit), Lebensphilosophie, biografische Brüche und Reaktionen der Umwelt. Unterschieden werden eine Typ-1- und Typ-2-Traumatisierung (kurz, einmalig versus lang andauernd, mehrfach). Traumareaktion und -bewältigung sind individuell sehr unterschiedlich; sie äußern sich unter anderem in Trauer, Rückzug, Alleinsein oder Sich-in-die-Arbeit-Stürzen. Wichtig ist die Unterstützung durch Freunde, Familie und Selbsthilfegruppen.

Hintergründe für aktuelle Zunahme: Die Menschen fühlen sich via Mediennachrichtenflut von Ereignissen belastet, die früher nahezu alltäglich waren. Es gibt Hinweise für eine reduzierte Frustrations-/Stresstoleranz und Resilienzkapazität.

Eine Sonderform ist die *posttraumatische Verbitterungsstörung* nach Linden als Reaktion auf Ungerechtigkeit. Wenn Menschen in ausgeprägter Verbitterung gefangen sind, kann es zu einer krankheitswertigen Störung kommen mit Niedergeschlagenheit, Antriebshemmung und multiplen psychosomatischen Beschwerden, auch Lebensüberdruß.

5.5 Essstörungen

Die Betroffenen sind ständig mit dem Körpergewicht, dem Körperbild und den Möglichkeiten der Gewichtsreduktion beschäftigt. Zu eruieren sind Kontrollverhalten (häufiges Wiegen), Auftreten von Essanfällen, Einnahme von Abführmitteln, exzessives Betreiben von Sport, Induktion von Erbrechen.

Typisch ist das Präsentieren von Symptomen, die auf andere Erkrankungen hindeuten: Oft werden gynäkologische und gastrointestinale Symptome zuerst präsentiert (Dys- oder Amenorrhö, Gastritis). Die Vorstellung beim Arzt erfolgt auf Druck der Eltern oder des Partners. Häufig bestehen ambivalente Motivation, Scham, Schuldgefühle und Verleugnung.

Da Essen, Gewicht und Ernährung zentrale Themen sind, sind Essverhalten und eventuell bestehende Fressattacken zu eruieren; hierzu kann der Fragebogen zum Essverhalten (FEV) verwendet werden. Weitere wichtige Anamnese-punkte sind die Rolle und Bedeutung des Körpers, Fasten, Diäten, Schönheitsideal, Selbstbild/Selbstideal, Einnahme von Appetitzüglern und/oder Laxanzien, gesteigerte körperliche Aktivität.

► **Anorexie.** Zu explorieren sind Essmuster, Einnahme von Appetitzüglern, körperliche Hyperaktivität, (induziertes) Erbrechen, Angst vor Gewichtszunahme.

► **Bulimie.** Die Patientinnen verschweigen ihre Symptome häufig aus Scham. Sie haben die überwertige Vorstellung, dass sie nur etwas wert seien, wenn sie schlank und perfekt aussehen.

Leitsymptome sind Heißhungeranfälle, (induziertes) Erbrechen, Dauerdiet und die Vorgabe einer niedrigen Gewichtsgrenze. Die Essanfälle sind unterschiedlich häufig. Auf körperliche Folgesymptome ist zu achten (Haarausfall, Zahnschäden, Elektrolytstörungen, Osteoporose). Oft ist kaum zu erkennen, dass die Patientinnen ständig mit Essen beschäftigt sind.

5.6 Forensische Psychiatrie

Die Forensische Psychiatrie befasst sich mit den rechtlichen Auswirkungen von psychischen Krankheiten. Letztere können dazu führen, dass ein Erwachsener z. B. nicht schuldfähig, nicht geschäftsfähig oder nicht einwilligungsfähig ist (Kap. 9.2). Psychiater mit dem Schwerpunkt Forensische Psychiatrie befassen sich mit der Erkennung und Behandlung psychisch kranker Straftäter und mit Fragen des Zivilrechts (Geschäftsfähigkeit, Betreuungsrecht, Einwilligungsfähigkeit, Unterbringung) und des Sozialrechts. Die gutachterliche Beurteilung umfasst vor allem die Beurteilung der Voraussetzungen der Schuldfähigkeit von Straftätern (Vorliegen einer krankhaften seelischen Störung, einer tief greifenden Bewusstseinsstörung, einer schweren

anderen seelischen Abartigkeit). Wichtige Bereiche sind der Maßregelvollzug, das Erstellen von Kriminalprognosen (Risikofaktoren für Rückfälle z. B. mittels Prognoseinstrumenten wie der Psychopathy Checklist nach Hare; Notwendigkeit einer Sicherungsverwahrung) und die empirisch-psychopathologische Forschung,

Bereits 1651 beschrieb der englische Staatsmann und Philosoph Thomas Hobbes drei Konfliktursachen, aus denen Gewalt entsteht:

- Konkurrenz und Wettbewerb → zu Gier, eventuell Sucht und Neid führend
- Zaghaftigkeit und Ängstlichkeit → zu Vertuschung, Gefahrenabwehr führend
- Stolz, Ruhm → zu Kränkungen führend und Genugtuung verlangend

Die Disziplin im Übergangsfeld zu Kriminologie und Jurisprudenz orientiert sich an objektiven Fakten, Ermittlungsakten und rechtlichen Tatbeständen einerseits sowie an Persönlichkeitspsychopathologie und Motivanalyse des Beschuldigten andererseits.

Das Feld der Forensischen Psychiatrie ist bezüglich Anamnese und Exploration eine besondere Herausforderung und erfordert hohen Zeitaufwand sowie profunde Gesprächstechniken. Oft sind Antworten nur über indirekte, scheinbar „harmlose“ Fragen zu erhalten (z. B. „Sie treiben doch gerne Sport und haben spannende Hobbies“). Neben „Fakten“ sollen vor allem emotional-affektive Aspekte exploriert werden; die Herstellung eines „Sich-Öffnens“ angesichts fehlender ärztlicher Schweigepflicht ist schwierig. Nachfolgend sind Struktur und Inhalte eines Gutachtens wiedergegeben.

Aufbau und Inhalte eines Gutachtens

Formale Angaben

- Auftraggeber, Aktenzeichen
- Personalien des Probanden
- Fragestellung an den Gutachter (Wortzitat aus dem Beweisbeschluss)
- benutzte Quellen (Akten, Arztberichte, Krankengeschichten)
- Datum der ambulanten Untersuchung bzw. Zeit und Dauer der klinischen Beobachtung
- Zusatzuntersuchungen und -gutachten

Sachverhalt

gestraffte Darstellung des Sachverhalts

Vorgeschichte

- Aktenvorgeschichte
- eigene Angaben des Probanden
- Fremdanfragen

Aufgabe des Gutachters ist es, die für die medizinische und psychologische Beurteilung wichtigen Tatsachen des Akteninhalts herauszuarbeiten und zwar in Form einer sachlich-referierenden Darstellung.

Im Einzelnen soll dies umfassen:

- Tatvorgeschichte und -hergang (z. B. Entwicklung der Täter-Opfer-Beziehung, Alkoholisierungsgrad, psychische Auffälligkeiten nach der Tat)
- psychische Krankheiten oder Auffälligkeiten
- frühere psychiatrische Gutachten

Untersuchungsergebnisse

- körperlicher Befund
- psychischer Befund (möglichst frei von Fachausdrücken)
- psychologische Testbefunde
- Verweis auf andere Zusatzbefunde

Zusammenfassung und Beurteilung

Dies ist das eigentliche Kernstück des Gutachtens und beinhaltet die zusammenfassende Würdigung aller anamnestischen und befundmäßigen Tatsachen.

- Wiederholung der Fragestellung
- Zusammenfassung von Biografie, Anamnese, Befund einschließlich sorgfältiger Persönlichkeitsanalyse
- diagnostischer Abschnitt (hier präzise formulierte und begründete Diagnose mit ICD-10-Nummer)
- gericht psychiatrische Folgerungen (§§ 20, 21, §§ 63, 64)
 - allgemeine forensische Aspekte zur Beurteilung der Art der Erkrankung in Bezug auf die Art des Delikts
 - individuelle Gesichtspunkte bei der forensischen Beurteilung im konkreten Fall

Kurzzusammenfassung

Extrakt des Gutachtens in Kurzform, d. h. Wiedergabe der Diagnose und Feststellung, ob und gegebenenfalls welchem Exkulpierungsmerkmal der festgestellte psychische Zustand zuzuordnen ist. Es ist eine Aussage zu machen, ob hierdurch die Einsichts- und Handlungsfähigkeit nicht oder erheblich vermindert bzw. sogar aufgehoben waren.