

44 Bio-psycho-soziale Anamnese

Ulrich T. Egle

Kernaussagen

- Die Erhebung einer bio-psycho-sozialen Anamnese stellt ein wesentliches diagnostisches Instrument im Rahmen eines bio-psycho-sozialen Krankheitsverständnisses dar.
- Ausgangspunkt ist die sorgfältige Exploration der körperlichen ebenso wie der psychischen Beschwerden des Patienten/der Patientin und deren Entwicklung.
- Es erfolgt die Erhebung der krankheitsbezogenen Vorgeschichte bei dem Patienten/der Patientin und seiner/ihrer Familie.

- Ausgehend von der Familienanamnese wird die psychosoziale Entwicklung in Kindheit und Jugend sowie die aktuelle private und berufliche Lebenssituation abgeklärt.
- Dazu gehört auch, heute gesicherte Stress- und Resilienz-faktoren als Risikoparameter für Gesundheit und Krankheit zu eruieren und ggf. zeitliche Zusammenhänge zum Auftreten der Beschwerden herauszuarbeiten.
- Der Aufbau einer vertrauensvollen Arzt-Patient-Beziehung erfordert eine spezielle Schulung in Gesprächsführung sowie die Erkennung von bindungstypologisch geprägten Verhaltensmustern.

44.1 Einleitung

Der erste Kontakt zwischen Arzt und Patientin bzw. Patient geschieht üblicherweise bei der Erhebung der Anamnese. Es liegt also nahe, bei deren Gestaltung ein Vorgehen zu wählen, das auch einem bio-psycho-sozialen Krankheitsverständnis (► Kap. 1) entspricht. Ein solches liegt mit dem von G. L. Engel entwickelten halbstrukturierten Interview vor (Engel und Morgan 1973; Adler und Hemmeler 1986). Empirische Ergebnisse (Hampton et al. 1975) bestätigen die Einschätzung erfahrener Kliniker, dass eine sorgfältige Anamnese im Durchschnitt 80 % der für die Diagnose notwendigen Informationen erbringt und damit das differenzialdiagnostische Spektrum wesentlich reduziert.

Durch die Technisierung der Medizin ist das Erlernen ebenso wie die Durchführung einer umfassenden Anamnese allerdings deutlich in den Hintergrund getreten. Studenten werden nicht selten schon im Untersuchungskurs, in dem sie die Anamneseerhebung erlernen sollen, von ihren Dozenten – mit Hinweis auf den Zeitdruck des Klinikalltags – auf »Schnell-Anamnesen« trainiert, welche von den spezifischen Gesichtspunkten des jeweiligen Faches geprägt sind. Dies gilt auch für den psychiatrischen und den psychotherapeutischen Bereich, wie etwa im Rahmen eines psychiatrischen Diagnosegesprächs, eines psychoanalytischen Erstinterviews oder eines verhaltensmedizinisch orientierten Erstgesprächs, bei denen oft die differenzierte Erhebung der medizinisch-biologischen Dimension vernachlässigt wird, auch wenn diese für den Leidensdruck des Patienten bzw. der Patientin ganz im Vordergrund steht. So gibt es auch hier – ähnlich wie bei den Ergebnis-

sen technisch-diagnostischer Spezialuntersuchungen – Zufallsbefunde oder zusätzliche weitere Erkrankungen, die oft vorschnell und von der einseitig fachspezifischen Sichtweise geprägt kausal in Verbindung gesetzt werden. Damit soll keineswegs zum Ausdruck gebracht werden, dass Spezialuntersuchungen in den verschiedenen Fächern bei einer zuvor sorgfältig erhobenen Anamnese überflüssig sind. Bei vielen Patienten und Patientinnen sind sie unverzichtbar (vgl. Eckert et al. 2010). Gleichzeitig ist jedoch wesentlich, dass der jeweilige Spezialist seine diagnostische Abklärung als Mosaikstein auf dem Hintergrund eines bio-psycho-sozialen Krankheitsverständnisses sieht, dessen Ergebnis er dem die Diagnostik koordinierenden »Generalisten« zukommen lässt (► Kap. 1).

Den betroffenen Patienten und Patientinnen selbst ist ebenfalls ein bio-psycho-soziales Krankheitsverständnis zu vermitteln. Auch dabei ist diese Art der Anamnese als Einstieg in die diagnostische Abklärung ausgesprochen nützlich, macht sie dem Patienten bzw. der Patientin doch von Anfang an deutlich, dass biologische, psychische und soziale Faktoren zusammengehören und vom Untersucher als in ihrer Bedeutung gleichwertig angesehen werden. Damit kann auch früh der Schwierigkeit entgegengewirkt werden, dass sich der Patient/die Patientin nach Beendigung einer ausschließlich somatischen Diagnostik, falls diese keine hinreichenden Befunde erbracht hat, als Simulant/Simulantin etikettiert und mit seinen/ihren stressbedingten körperlichen Beschwerden nicht ernst genommen fühlt.

44.2 Ziele

Diese integrative Form der Anamneseerhebung verfolgt folgende Ziele:

- a) Den Aufbau einer Beziehung zum Patienten bzw. zur Patientin als Grundlage für ein tragfähiges Arbeitsbündnis.
- b) Die Klärung sowohl der aktuellen körperlichen als auch der psychischen und der sozialen Situation des Patienten/der Patientin (Querschnittsbefund).
- c) Das Verstehen dieser Situation vor dem Hintergrund der bisherigen biografischen Entwicklung des Patienten/der Patientin (Längsschnittsbefund).
- d) Die Erkennung seines Beziehungsverhaltens und seiner Strategien im Umgang mit dem Stressor Krankheit.
- e) Die Exploration von sozialer Unterstützung, individuellen Ressourcen und protektiven Faktoren (Resilienz).
- f) Das Ergebnis sollte ein valider und reliabler bio-psycho-sozialer Befund sein, der für eine differenzierte Therapieplanung eine fundierte Grundlage bietet.

Die Erhebung einer bio-psycho-sozialen Anamnese hat somit eine Informations- ebenso wie eine Beziehungsfunktion. Durch die Reflexion der im Gespräch ablaufenden Interaktion kann der dafür sensibilisierte Arzt oder Psychologe sich eine weitere diagnostische und therapeutische Dimension erschließen. Aufgrund seiner großen klinischen Erfahrung – vor allem auch als psychosomatischer Konsiliarius – entwickelte Engel das im Folgenden dargestellte Vorgehen der Anamneseerhebung, das natürlich stark schematisiert ist und nur als idealtypischer Leitfaden verstanden werden sollte, der vor allem dem klinisch noch unerfahrenen Untersucher eine Orientierungshilfe bietet. Weiterentwicklungen erfolgten in den letzten Jahren vor allem von den Arbeitsgruppen um Robert C. Smith (Smith 1996; Smith et al. 1998, 2006, 2010, 2013; Fortin et al. 2012) und Karl Köhle (u. a. Koerfer und Albus 2018).

44.3 Durchführung

1. Der Untersucher begrüßt den Patienten bzw. die Patientin mit seinem/ihrer Namen, stellt sich vor und definiert seine Rolle (»Vorstellung«). Auch wenn dies eigentlich banal erscheint, so ist es trotzdem erwähnenswert, da vor allem in der Klinik diese Art der Kontaktaufnahme nicht selten übersprungen bzw. nicht hinreichend wichtig genommen wird, so dass der Patient/die Patientin im Nachhinein oft nicht weiß, mit wem er/sie geredet hat und welche Funktion derjenige hat.

Er klärt, ob sich der Patient/die Patientin in der Lage sieht, ein längeres Gespräch zu führen und kümmert sich darum, dass die Rahmenbedingungen hinreichend Vertraulichkeit (und Datenschutz) gewährleistet sind, d. h. möglichst keine Störungen stattfinden und ggf. Mitpatienten in dieser Zeit den Raum verlassen. Er erkundigt sich nach dem augenblicklichen Befinden des Patienten/der Patientin und ergreift die nötigen Maßnahmen, um für das Gespräch eine angenehme Atmosphäre zu schaffen (»Anteilnahme«) und ggf. kommunikative Hindernisse auszuräumen. Liegt der Patient/die Patientin z. B. im Bett, so ist das Kopfteil so weit hochzustellen, dass während des Gesprächs ein Blickkontakt mit dem Untersucher möglich ist. Sitzt der Patient/die Patientin auf einem Stuhl, so tut dies auch der Untersucher (»nicht von oben herab«). Darüber hinaus ist darauf zu achten, dass der Patient/die Patientin während des ganzen Gesprächs nicht etwa gegen das Licht blickt usw. Auch sollte der Untersucher darauf achten, dass das Gespräch möglichst ungestört stattfinden kann!

2. Wichtig ist auch die Mitteilung des für das Gespräch zur Verfügung stehenden Zeitrahmens, so dass der Patient/die Patientin dieses mitgestalten kann. Der Untersucher skizziert seine Zielsetzung für das Gespräch und die dabei zu erörternden Themen. Er versucht dann, die Themen zusammenzustellen, deren Klärung für den Patienten/die Patientin wichtig sind (z. B. spezielle Symptome und damit

verbundene Befürchtungen, besondere Anliegen und Erwartungen, offene Fragen). Falls für den verfügbaren Zeitrahmen zu viele Themen zusammenkommen, versucht der Untersucher eine Priorisierung vorzunehmen und für die ggf. verbleibenden Themen auf einen weiteren Termin zu verweisen.

3. Der Untersucher fordert den Patienten bzw. die Patientin mit einer allgemeinen und offenen Frage auf, alle seine Beschwerden und den Grund für das Aufsuchen des Arztes in seinen Worten zu schildern (»Landkarte der Beschwerden«). Dabei erhält er gleichzeitig einen ersten Einblick in die psychosoziale Situation des Patienten, so etwa wenn der Patient/die Patientin wichtige Bezugspersonen nennt, die ihn/sie in irgendeiner Weise seit dem Auftreten der Beschwerden bzw. bereits zuvor unterstützen. Im Verhalten des Untersuchers steht aufmerksames Zuhören (offene Fragen, Fördern des Gesprächsflusses des Patienten, nonverbale Ermunterungen, Pausen zulassen, neutrale Äußerungen, Blickkontakt) im Vordergrund. Dadurch gewinnt er zusätzlich Informationen auf der nonverbalen Ebene, z. B. nonverbales Verhalten, Äußeres bzw. Kleidung, vegetative Veränderungen, körperliche Auffälligkeiten. Adler und Hemmeler (1992) wiesen darauf hin, dass aus dem Verhalten des Patienten und seinem Stil, seine Beschwerden zu schildern, erste Hinweise auf seinen Persönlichkeitsstil abgeleitet werden können. So kann etwa eine Darstellungsform, bei der der Patient/die Patientin vor lauter Einzelheiten die Übersicht verliert, auf eine zwanghafte Persönlichkeit hindeuten, ein Überfluten des Untersuchers mit Angaben, so dass dieser keine Fragen stellen kann, auf die Tendenz hinweisen, Wesentliches hinter Vordergründigem zu verbergen, oder sehr abstrakte Darstellungen unter Verwendung von Fachjargon können Anzeichen sein für die Abspaltung von Gefühlen. Neigt der Patient/die Patientin dazu, immer wieder das Gleiche zu wiederholen und lange

Pausen einzulegen, aus denen der Interviewer ihn/sie herausholen muss, kann dies als erster Hinweis auf eine zerebrale Insuffizienz oder auch auf ein dissoziatives Geschehen gesehen werden. Die Wahrnehmung und Hypothesenbildung solcher oder ähnlicher Beobachtungen hilft dem Untersucher relativ früh, sein eigenes Vorgehen bei der Gestaltung der Anamnese zu planen, so etwa bei einem/einer immer wieder abschweifenden, Detail besessenen Patienten/Patientin das Gespräch zu straffen.

4. Der Untersucher erforscht die jetzigen Beschwerden (»Symptomabklärung«), indem er jedes der beim 3. Schritt erwähnten Symptome nach den folgenden sieben Kategorien abklärt:

- a) Lokalisation und Ausstrahlung
- b) Qualität
- c) Quantität bzw. Intensität
- d) Zeitpunkt des Auftretens und zeitlicher Verlauf bis heute
- e) Umstände, unter denen das Symptom auftritt
- f) Umstände, unter denen es sich intensiviert oder bessert
- g) Zusammenhang mit anderen Beschwerden, Begleitsymptome.

Die zu a) bis g) gewonnenen Informationen sind vom Untersucher später mit den bio-psycho-sozialen Informationen in den Schritten 5 bis 8 zu verknüpfen (► Abb. 44.1).

Bei diesem Schritt lassen sich aus der Art der Schilderung des Patienten/der Patientin, der von ihm/ihr verwendeten Begriffe und dargestellten Zusammenhänge sowie seiner/ihrer affektiven Beteiligung deutliche Hinweise auf emotionale Einfluss- bzw. Kontextfaktoren ablesen. Diese sollten thematisiert werden: Benennen, bestätigen, verstehen, respektieren.

Zur genauen Abklärung der sieben Dimensionen sind in der Gesprächstechnik zunehmend engere, d. h. »geschlossene« Fragen nötig, während der 3. Schritt und auch die folgenden überwiegend von offenen Fragen geprägt sind, die dem Patienten/der Patientin dann Raum zur Darstellung seiner subjektiven Wahrnehmung lassen.

Nach Abschluss dieser Symptomschilderung gibt der Untersucher eine erste Zusammenfassung dessen, was ihm der Patient/die Patientin bisher mitgeteilt hat und stellt ggf. gezielt ergänzende Fragen (»Was ich noch gerne wissen würde«, »Was ich noch nicht ganz verstanden habe«).

Wichtig ist es auch, einen Überblick über die aktuell eingenommenen Medikamente zu bekommen.

5. Der Untersucher fragt nach früheren Krankheiten, indem er bereits gemachte Angaben des Patienten bzw. der Patientin aufgreift und versucht, dabei die bisherigen Vorerfahrungen mit Ärzten und Umgangsweisen mit Krankheit zu erfahren (»medizinische Vorgeschichte«). Bei der Abklärung dieser früheren Erkrankungen stellt sich der Untersucher innerlich folgende Fragen:

- Besteht ein Zusammenhang zu den jetzigen Beschwerden?
- Gibt es Hinweise auf stressbedingte körperliche Beschwerden (Somatisierung) in der Vergangenheit?

Wichtig ist vor allem, dass sich der Untersucher den Zeitpunkt des Auftretens früherer Beschwerden und Erkrank-

kungen möglichst genau nennen lässt oder – falls dies nicht möglich ist – zumindest zeitlich einzugrenzen versucht, ganz ähnlich wie dies beim 4. Schritt im Zusammenhang mit Beginn und Verlauf der jetzigen Beschwerden der Fall ist.

6. Über die Einstiegsfrage »Wer gehört zu Ihrer Familie« erkundigt sich der Untersucher nach Gesundheit bzw. Krankheit der Familienmitglieder, wobei er zunächst ebenfalls auf die bisher schon erwähnten Familienmitglieder zurückgreift. Davon ausgehend klärt er die Beziehungen des Patienten/der Patientin zu den einzelnen Familienmitgliedern sowie die Entwicklung des Patienten in Kindheit und Jugend (»Familien- und Entwicklungsanamnese«) ab. In diesem 6. Schritt findet in der Anamnese die Akzentverlagerung von der körperlichen auf die psychosoziale Seite statt. Dies beginnt damit, dass neben körperlichen auch psychische und psychosomatische Erkrankungen bei Eltern und Geschwistern abgeklärt werden.

7. Davon ausgehend wird der Patient bzw. die Patientin mit einer allgemeinen offenen Frage zur Schilderung seiner/ihrer Kindheit und Jugend aufgefordert. Vermieden werden sollten Fragen wie »Hatten Sie eine glückliche Kindheit?«, da diese für die meisten Patienten/Patientinnen – und ganz besonders für solche, bei denen die Antwort besonders interessiert – einen suggestiven Charakter haben und meistens pauschal mit »ja« beantwortet werden (zur Gesprächstechnik vgl. mehrere Verbatim-Protokolle in Adler und Hemmeler 1992). Es sollte das Ziel des Untersuchers sein, aufgrund der Darstellung des Patienten/der Patientin selbst zu einer diesbezüglichen Einschätzung zu kommen.

Wichtige Entwicklungsparameter, von denen heute als gesichert gelten kann, dass sie im Sinne einer Disposition für psychische und psychosomatische Erkrankungen im Erwachsenenalter bedeutsam sind, sind in der folgenden Übersicht zusammengestellt. Neben diesen Risikofaktoren sollten auch potenziell kompensatorisch wirksame Schutzfaktoren exploriert werden (► Kasten 44.1).

Kasten 44.1: Risiko- und Schutzfaktoren in der Kindheit für die spätere Gesundheit

Risikofaktoren (≤ 15 Lj.)

- biologisch
 - Mutter bereits vor Schwangerschaft psychisch traumatisiert (z. B. Flucht/Vertreibung)
 - (familiärer) Stress der Mutter während der Schwangerschaft
 - häufig bzw. schwer krank als Kind
 - wechselnde funktionelle Beschwerden (v. a. Bauch-, Kopfschmerzen)
 - früher Beginn der Pubertät; bei Frauen: frühes Alter bei Menarche
 - »action-proneness«/ADHS
 - Schlafstörungen
 - hoher Alkohol- bzw. regelmäßiger Drogenkonsum
- psychisch
 - körperliche/sexuelle Misshandlung
 - emotionale Vernachlässigung/fehlende Geborgenheit

- starke Begrenzung des Neugierverhaltens durch ängstlich-überfürsorgliches Elternteil
- chronische familiäre Disharmonie
- häufig wechselnde frühe Beziehungen
- Zeuge von Gewaltverhalten zwischen Eltern
- ängstliches Kind
- Verlust eines Elternteils durch Tod (»bereavement«)
- Elternteil chronisch/schwer körperlich krank
- Elternteil psychisch krank/Suchtproblem
- postpartale Depression der Mutter
- Altersabstand zum nächsten Geschwister < 24 Monate (→ Bindung!)
- Parentifizierung
- sozial
 - kärgliche sozioökonomische Bedingungen
 - soziale Ausgrenzung (z. B. Migrationshintergrund, Elternhaus, Gleichaltrige → »peer victimization«)
 - häufig verbale Herabsetzungen durch Hauptbezugsperson
 - fehlender/schlechter Schulabschluss der Eltern
 - keine abgeschlossene Berufsausbildung der Eltern
 - längere Arbeitslosigkeit eines Elternteils
 - alleinerziehende Mutter/Elternteil
 - Heim-/Waisenhaus-Aufenthalt (Dauer, Entwicklungsphase)
 - »Scheidungskrieg« der Eltern
 - Kriminalität/Dissozialität eines Elternteils
 - längere Zeit Kontakte mit Einrichtungen der sozialen Kontrolle

Resilienzfaktoren

- biologisch
 - weibliches Geschlecht
 - extravertiertes Temperament (aktiv, kontaktfreudig)
- psychisch
 - sichere Bindung
 - ausgeprägtes Pflichtbewusstsein
 - hohe Intelligenz (z. B. sehr gute/r Schülerin/Schüler)
 - besondere Fähigkeiten (z. B. Sport, Kunst, Musik) → Selbstwirksamkeit
- sozial
 - emotional Sicherheit gebende Bezugsperson (intra-/extrafamiliär)
 - überdurchschnittlich gute sozioökonomische familiäre Bedingungen
 - empathische und verlässliche Partnerbeziehung

8. Der Untersucher erforscht die jetzigen Lebensumstände (Arbeitsplatz, Partnerbeziehung, Kinder, andere wichtige Bezugspersonen), wobei er wiederum von den bisher gemachten Angaben des Patienten/der Patientin ausgeht

(»Sozialanamnese«). Hier geht es zum einen darum, belastende Lebenssituationen zu eruieren (z. B. Pflege eines chronisch kranken Angehörigen, langjährige Konflikte mit der Schwiegermutter, gesundheitliche bzw. psychische Probleme eines Kindes) und möglichst genau in ihrem zeitlichen Auftreten zu datieren. Nur so ist es möglich, zeitliche Zusammenhänge zu der in Schritt 4 festgehaltenen Beschwerdeentwicklung zu erkennen. Immer wieder wird der Fehler gemacht, den Patienten direkt nach solchen zeitlichen Zusammenhängen zu fragen. Macht man sich klar, dass körperliche Beschwerden die Funktion haben können, seelische Belastungen und Konflikte zu verdrängen, weil sie sehr belastend bzw. nicht lösbar erlebt werden, so wird offensichtlich, dass ein solches Vorgehen selten erfolgreich sein kann. Meist führt es viel eher dazu, dass die Abwehr des Patienten verstärkt wird und somit das Herausarbeiten solcher Zusammenhänge im Rahmen der Anamnese noch schwieriger, wenn nicht ganz unmöglich wird. In diesem Schritt sind auch die Auswirkungen der Beschwerden auf Familienleben und Arbeitsplatz abzuklären.

- Wie groß sind das Verständnis und die Unterstützung seitens des Partners bzw. der Partnerin?
- Die Frage »Wer ist Ihnen (neben den Familienmitgliedern) sonst noch wichtig?« kann andere wichtige Bezugspersonen erschließen, auf deren emotionale wie tatkräftige Unterstützung der Patient/die Patientin sich verlassen kann (»social support«)?
- Hat der Patient/die Patientin durch seine Beschwerden möglicherweise familiär oder beruflich einen erheblichen sekundären Gewinn (»Verstärker«)?
- Was bedeuten die Beschwerden für die ökonomische Situation des Patienten/der Patientin?
- Gibt es ein laufendes Verfahren seitens einer (Renten-)Versicherung?

9. Der Untersucher fragt systematisch nach Beschwerden in den einzelnen Körperregionen (»von Kopf bis Fuß«), falls der Patient/die Patientin doch noch etwas vergessen haben sollte (»Organ- bzw. Systemübersicht«). Auch inhaltliche Versäumnisse während der Anamneseerhebung können hier noch behoben werden.

10. Der Untersucher fragt den Patienten/die Patientin schließlich, ob etwas für ihn/sie Wichtiges noch nicht besprochen wurde, ob der Patient/die Patientin noch etwas ergänzen möchte oder selbst noch Fragen hat. Er fasst die Ergebnisse des Gespräches nochmals zusammen und berücksichtigt dabei auch die Vorstellungen und Befürchtungen des Patienten bzw. der Patientin (Krankheitserleben). Zusätzlich versichert sich der Untersucher, dass er den Patienten richtig verstanden hat. Er bespricht mit dem Patienten/der Patientin das weitere Vorgehen. Dabei nimmt sich der Untersucher Zeit, um verständliche und sachbezogene Begründungen für vorgesehene Untersuchungen und mögliche Behandlungen zu geben (► Kasten 44.2).

Kasten 44.2: Grundprinzipien für das Verhalten des Untersuchers bei einer bio-psycho-sozialen Anamnese (vgl. Smith et al. 2013)

Regel 1 – Investiere in den Beginn

- Verhalte Dich dem Patienten/der Patientin gegenüber ungezwungen, gleichzeitig professionell
- Begrüße ihn/sie warmherzig
- Plaudere mit ihm/ihr zu Beginn über allgemeine Themen
- Stelle offene Fragen
- Fördere, dass der Patient/die Patientin seine Sorgen/Befürchtungen ausreichend thematisieren kann
- Erstelle eine umfassende Übersicht über das Anliegen des Patienten/der Patientin

Regel 2 – Eruiere die Perspektive des Patienten bzw. der Patientin

- Erfasse das Problemverständnis des Patienten/der Patientin
- Eruiere die Ziele des Patienten/der Patientin für das Gespräch
- Erfasse die Auswirkungen der Probleme/Beschwerden auf den Alltag des Patienten/der Patientin

Regel 3 – Zeige Dich empathisch

- Ermutige emotionale Äußerungen
- Akzeptiere und validiere Gefühle
- Identifiziere und benenne Gefühle
- Zeige einfühlsames non-verbales Verhalten

Regel 4 – Investiere in das Ende

- Fasse die gewonnenen Informationen unter Einbeziehung der Sicht des Patienten/der Patientin zusammen
- Nimm Dir Zeit, um Informationen zu vertiefen
- Erkläre verständlich und verwende möglichst wenig Fachbegriffe
- Bespreche das weitere Vorgehen
- Fördere die Einbeziehung des Patienten bei der Entscheidungsfindung
- Gebe sachliche Begründungen für geplante Untersuchungen und Behandlung

- Überprüfe, ob der Patient/die Patientin die vermittelten Inhalte verstanden hat
- Exploriere die Akzeptanz des Behandlungsplans
- Exploriere mögliche Hindernisse bei der praktischen Umsetzung
- Ermuntere den Patienten/die Patientin, Fragen zu stellen

Es wurde schon darauf hingewiesen, dass diese Art der Anamneseerhebung von Beginn an der Beziehungsgestaltung ebenso viel Bedeutung einräumt wie der Gewinnung von Informationen, wobei letztere sich nicht ausschließlich auf den körperlichen Bereich beschränken, sondern von Beginn an und im gleichen Arbeitsgang den psychosozialen Aspekten ebenso viel Beachtung schenkt.

Die Erarbeitung der bio-psycho-sozialen Wechselwirkungen beschränkt sich bei dieser Art der Anamneseerhebung nicht nur auf einen Querschnittsbefund, sondern beinhaltet auch eine Erfassung des biografischen Längsschnitts, d. h. postnatal und später einwirkende deprivierende und traumatisierende Faktoren der sozialen Umwelt auf Körper und Gehirn/Geist im Sinne früher Prägungen. Damit werden auf der individuellen Ebene Erkenntnisse von Epigenetik, Bindungs- und Stressforschung, Neurobiologie und Psychoneuroimmunologie im diagnostischen Prozess von Beginn an umgesetzt (► Kap. 5, ► Kap. 7, ► Kap. 11, ► Kap. 13) – vorausgesetzt, der Untersucher ist damit vertraut.

Diese Art der Anamneseerhebung beinhaltet auch eine andere Art der Gesprächsführung: Der Untersucher stellt vorwiegend offene anstatt geschlossene Fragen und lässt somit dem Patienten/der Patientin den Freiraum, seine/ihre Beschwerden und deren Entwicklung sowie seine/ihre persönliche Situation und deren Entwicklung in eigenen Worten darzustellen. Dieser Freiraum ermöglicht auch, dass der Patient/die Patientin seine/ihre Beziehung zum Untersucher im Gespräch maßgeblich mitgestalten kann. Dadurch werden nicht selten auch »unwissenschaftliche« Vorstellungen des Patienten/der Patientin (irrationale Kognitionen) deutlich, in denen sich z. B. Ängste im Hinblick auf die Erkrankung ebenso wie vorherrschende Bewältigungsstrategien widerspiegeln können.

Das beobachtete Interaktionsverhalten und die beim Untersucher ausgelöste Gegenübertragung können Hinweise auf Bindungstypologie, Persönlichkeitsstil und Copingstrategien (► Kap. 20) des Patienten geben – alles Parameter, die für die Planung des weiteren Procedere bei einem patientenzentrierten Vorgehen vor dem Hintergrund eines bio-psycho-sozialen Krankheitsverständnisses bedeutsam sind.

44.4 Der Einfluss der Bindungstypologie auf die Arzt-Patient-Beziehung

Es ist heute gut gesichert, dass die ersten wichtigen Beziehungserfahrungen quasi prototypisch für die späteren Beziehungen als Erwachsene sind (► Kap. 14). In den letzten Jahren wurde insbesondere auch die Bedeutung von Bindung und Bindungsverhalten für die Aufnahme und die Verarbeitung sozialer Informationen herausgearbeitet (Dykas und Cassidy 2011). Auch das Erleben und Verhalten im Zusammenhang mit dem Stressor Krankheit und

dessen Verarbeitung (Feeney et al. 2000) und damit verbunden die Gestaltung der Arzt-Patient-Beziehung wird davon geprägt (Brenk-Franz et al. 2011, 2017; Nickel und Egle 2014).

Ein *sicher gebundener Mensch* kann Situationen, die ihn verunsichern und ggf. auch seine Autonomie beeinträchtigen, meist gut aushalten und bewältigen. Es besteht eine positive Sicht von sich und den eigenen Möglichkei-

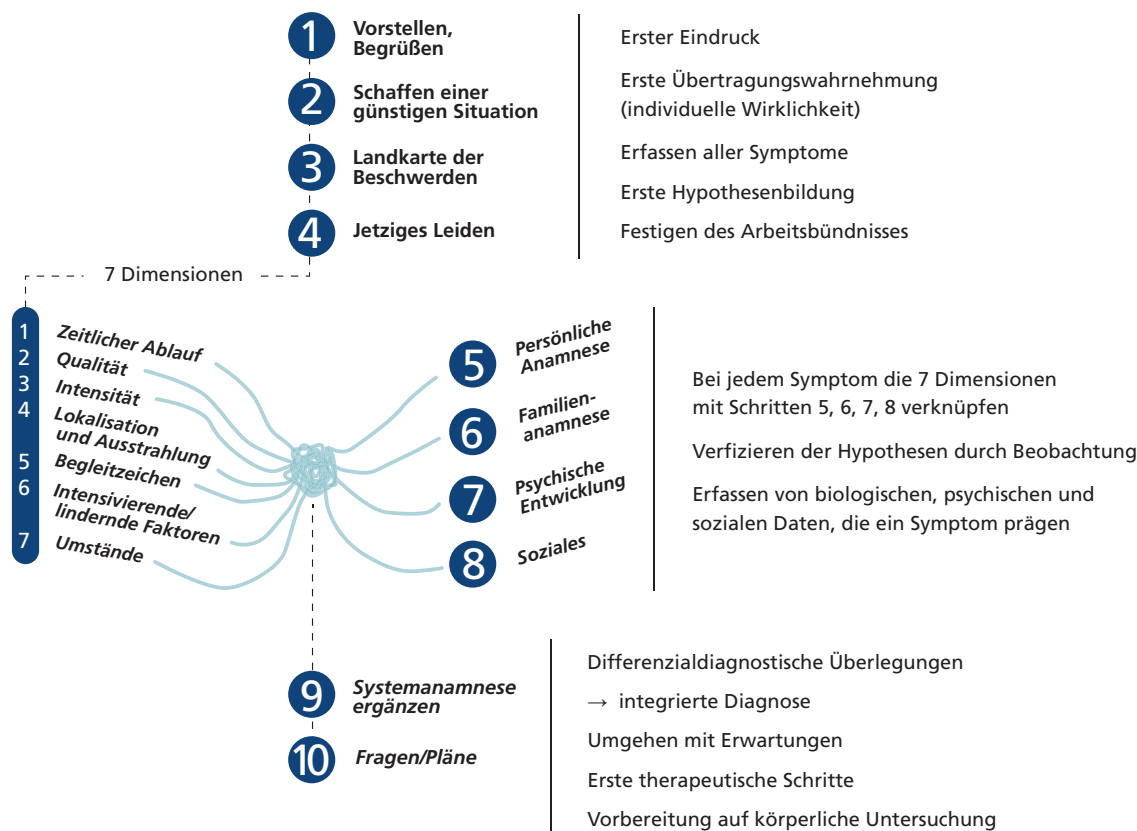


Abb. 44.1: Schritte der bio-psycho-sozialen Anamnese und Verknüpfung der Beschwerden mit der biografischen Entwicklung (nach Adler und Hemmeler 1992)

ten. Gleichzeitig ist die Wahrnehmung anderer Menschen differenziert. Bei körperlichen Beschwerden kann er aktiv Hilfe suchen und diese auch annehmen. Das Annehmen von Hilfe wird durch eine positive Sicht von anderen, in diesem Fall des Arztes oder Psychologen, erleichtert. Die Arzt-Patient-Beziehung ist offen und kooperativ, das Gespräch insgesamt »unkompliziert«. Die Patienten bzw. Patientinnen sind reflexionsfähig, stellen Fragen, verhalten sich engagiert und arbeiten in der Behandlung verlässlich und konstruktiv mit. Es entwickelt sich eine positive Arbeitsbeziehung. Die Vereinbarung von Therapiezielen sowie die Problemfokussierung gelingen leichter. Untersucher bzw. Behandler fühlen sich durch solche Patienten und Patientinnen meist nicht besonders belastet.

Patienten und Patientinnen mit einem unsicheren Bindungsverhalten, bei denen eine sichere Basis in der frühen Entwicklung nicht ausreichend gegeben war, stellen hingegen andere Anforderungen an das Gespräch und den behandelnden Arzt.

44.4.1 Patienten bzw. Patientinnen mit einer unsicher-vermeidenden (abweisenden) Bindung

Diese haben ein starkes Bedürfnis nach Abgrenzung als Schutz vor Zurückweisung und Enttäuschung. Eine unsi-

chere Bindung entwickelt sich dann, wenn eine hinreichende Feinfühligkeit seitens der bzw. den Hauptbezugsperson(en) in der frühen Entwicklung, insbesondere in einem Zustand der Not und Angst, nicht ausreichend gegeben war. Sie haben früh die Erfahrung gemacht, sich nur auf sich verlassen zu können. Diese Erfahrung beeinflusst ihr Verhalten. Sie sind hinsichtlich ihrer Affektwahrnehmung und insbesondere ihrer Affektkommunikation überreguliert und tendieren eher zur Bagatellisierung und Verleugnung ihrer Beschwerden. Der Besuch beim Arzt wird aufgeschoben bzw. vermieden. Dadurch ist oft die Ausgangssituation für die Behandlung ungünstig. Typisch sind eine geringe Antwortbereitschaft und Erinnerungsfähigkeit sowie kurze, inkohärente und unvollständige Schilderungen und Erinnerung. Die Kindheit wird oft pauschal idealisiert, ohne dass Details beschrieben werden können. Der Behandler hat mitunter das Gefühl, abgelehnt oder kritisch geprüft zu werden, fühlt sich misstrauisch beobachtet und spürt eine offene oder unterschwellige Aggression. Im ungünstigsten Fall distanziert er sich, reagiert eventuell seinerseits entwertend, was dann solche Patienten und Patientinnen in ihrem Misstrauen bzw. ihrer Befürchtung, letztlich alleingelassen zu werden, bestätigt.

44.4.2 Unsicher-verwickelte Patienten

Diese sind durch eine überfürsorgliche, ihre Neugierde als Kind einschränkende und zugleich wenig feinfühlig und

emotional wenig verlässliche Bezugsperson geprägt. Sie haben zwar gelegentlich, aber unvorhersehbar Nähe und Wärme erfahren, aber vorwiegend dann, wenn die Bezugsperson selbst das Bedürfnis nach Nähe hatte. Die Bedürfnisse der Bezugspersonen – und seien sie auch nur durch einen Erziehungsratgeber induziert – stehen im Vordergrund und verhindern die Wahrnehmung der kindlichen Bedürfnisse. Es entwickelt sich ein eher negatives Selbstbild mit der Neigung, Schutz und Sicherheit bei anderen zu suchen. Die Darstellung von Beziehungserfahrungen ist ungeordnet, vage und weitschweifig. Affekte sind nicht hinreichend reguliert, d. h. vor allem Ärger und Ängste werden in der Arzt-Patient-Beziehung affektreich kommuniziert (► Kap. 14). Beim Auftreten körperlicher Beschwerden erfolgt ein ängstliches Hilfesuch-Verhalten; ärztliche Hilfe wird eher rasch aufgesucht. Die Affektkommunikation ist unterreguliert und die Mitarbeit in der Behandlung eingeschränkt, da diese Patienten und Patientinnen wenig Zutrauen zu ihren eigenen Möglichkeiten haben. In die Behandlung durch den Arzt wird alle Hoffnung gesetzt. Sie fordern viel Aufmerksamkeit, wollen oft zusätzliche Termine oder melden sich vor dem Hintergrund einer ängstlichen Selbstbeobachtung häufig telefonisch. Da die Wahrscheinlichkeit, dass der Behandler den überhöhten Ansprüchen dieser Patienten und Patientinnen nicht genügen kann, hoch ist, kann es wegen enttäuschter Erwartungen zum Abbruch der Behandlung kommen. Die Kommunikation ist asymmetrisch und der Arzt fühlt sich

aufgrund des Verhaltens des Patienten/der Patientin überlegen oder eventuell sogar geschmeichelt. So wird er dann nicht selten verführt, mehr zu tun als erforderlich ist. Mitunter fühlt er sich aber auch bedrängt, überfordert und eingeengt. Irgendwann kann es dem Behandler dann zu viel werden und er grenzt sich ab.

Bei den beiden skizzierten Konstellationen unsicherer Bindung wird der Behandler bei sich eine höhere Anspannung und Belastung sowie Ermüdung und Erschöpfung, teilweise auch Gefühle von Ärger oder Ungeduld wahrnehmen.

Diese Ausführungen berücksichtigen nicht die Bindungstypologie des Untersuchers. Auch wenn dieser sich in der helfenden, nicht in der Hilfe suchenden Position befindet, kann auch dessen Bindungssystem im Kontakt mit solchen Patienten stressbedingt aktiviert sein. Ist auch der Untersucher bzw. Behandler unsicher gebunden, kann die gesamte Interaktion noch komplexer werden. Für die Bearbeitung solcher Schwierigkeiten in der Arzt-Patient-Beziehung bieten die von dem ungarisch-britischen Psychoanalytiker Michael Balint entwickelten Balint-Gruppen (Balint 2001) eine wichtige Hilfe.

Die Erkennung der Bindungstypologie des Patienten/der Patientin hilft dem Untersucher, für die Therapieplanung sein Beziehungsverhalten gezielter auf die Erwartungshaltung des Patienten/der Patientin abzustimmen und mögliche Probleme in der Arzt-Patient-Beziehung zu antizipieren.

44.5 Evaluation

Wie jede andere Art von Untersuchung muss die bio-psycho-soziale Anamnese speziell erlernt werden (vgl. Schüffel et al. 1979; Schüffel und Egle 1983; Smith 1996; Langewitz 2012; Smith et al. 2013).

In einer Reihe von richtungsweisenden Publikationen legte die Arbeitsgruppe um Robert C. Smith dar, dass eine solche Anamnese auch einen wesentlichen Beitrag zur wissenschaftlichen Fundierung des bio-psycho-sozialen Krankheitsmodells darstellt. Die Arbeitsgruppe entwickelte ein spezielles Training für Medizinstudenten (Anamnese-gruppen), für das er auch eine Spezifizierung des patientenzentrierten Vorgehens in der Grundhaltung ebenso wie im geschäftstechnischen Vorgehen vornahm und dieses auch

unter dem Aspekt reliabler Ergebnisse untersuchte (Fossli Jensen et al. 2011). Eine Übersichtsarbeit (Langewitz 2012) kommt zu dem Ergebnis, dass ein gezieltes Interview-Training bei Medizinstudenten zu messbaren Veränderungen im Hinblick auf ein patientenzentriertes Verhalten führt. Die Wirksamkeit eines solchen Interviewtrainings konnte auch für angehende Ärzte im psychiatrischen Bereich nachgewiesen werden (Smith et al. 2018). Belegt werden konnte auch, dass die in ein solches Training eingebundene Förderung der Reflexionsfähigkeit bei Ärzten als Burnout-Prävention wirkt (► Kap. 43.2). Ein umfassendes Lehrbuch zur kommunikativen Kompetenz für Ärzte wurde von Koerfer und Albus (2018) herausgegeben.

Literatur zur Vertiefung

- Adler RH, Hemmeler W (1992) Anamnese und Körperuntersuchung. (3. Aufl.). Stuttgart: G. Fischer.
- Brenk-Franz K, Strauß B, Ciechanowski P, Gensichen J (2011) Entwicklungspsychologische Konstrukte für die Primärversorgung. Welche Erkenntnisse bringt Hausärzten die Bindungstheorie? *Z Allgemeinmed* 87: 14–21.
- Fortin AH, Dwamena VI, Frankel F, Smith RC (2012) Smith's evidencebased interviewing: an evidence-based method (3rd edition). New York: McGraw-Hill.

- Koerfer A, Albus C (Hrsg.) (2018) Kommunikative Kompetenz in der Medizin. Ein Lehrbuch zur Theorie, Didaktik, Praxis und Evaluation der ärztlichen Gesprächsführung. Verlag für Gesprächsforschung Göttingen. (online unter: <http://www.verlag-gespraechsforschung.de>).
- Morgan WL, Engel GL (1977) Der klinische Zugang zum Patienten. Bern: H. Huber.
- Smith RC, Fortin AH, Dwamena F, Frankel RM (2013) An evidence based patient-centered method makes the biopsychosocial model scientific. *Patient Educ Couns* 91: 265–270.