

## 4.2

# Biographische Anamnese

U.T. Egle

### Inhalt

Grundlagen	193
Anamnestiche und biographische Indikatoren für die Relevanz psychischer Faktoren in der Schmerzgenese	195

## Grundlagen

Grundlage einer bio-psycho-sozialen Abklärung körperlicher Beschwerden ist die von G. L. Engel entwickelte biographische Anamnese. Das von Engel skizzierte Vorgehen erweitert die traditionelle Anamnese um einen genauso ausführlichen psycho-sozialen Teil und berücksichtigt darüber hinaus das bei diesem ersten Kontakt zwischen Arzt und Patient ablaufende Interaktionsverhalten. Diese Art der Anamneseerhebung hat insofern eine **Informations-** und eine **Interaktionsfunktion**.

Aufgrund seiner großen klinischen Erfahrung, vor allem als psychosomatischer Konsiliarier, entwickelte Engel das im Folgenden dargestellte Vorgehen der Anamneseerhebung, das natürlich stark schematisiert ist und nur als abstrahierter Leitfaden verstanden werden sollte:

**1. Schritt.** Der Arzt begrüßt den Patienten, stellt sich vor und definiert seine Rolle („**Vorstellung**“). Auch wenn dies eigentlich banal ist, so ist es trotzdem erwähnenswert, da in der Klinik diese Art der Kontaktaufnahme nicht selten übersprungen wird, sodass der Patient im nachhinein oft nicht weiß, mit wem er geredet hat und welche Funktion der Betreffende hatte.

**2. Schritt.** Der Arzt erkundigt sich nach dem augenblicklichen Befinden des Patienten und ergreift die nötigen Maßnahmen, um für das Gespräch eine angenehme Atmosphäre zu schaffen („**Anteilnahme**“). Liegt der Patient z. B. im Bett, so wäre etwa das Kopfteil so weit hochzustellen, dass während des Gespräches dem Patienten auch ein Blickkontakt mit dem Untersucher möglich ist. Sitzt der Patient auf einem Stuhl, so wäre etwa darauf zu achten, dass er nicht während des ganzen Gespräches gegen das Licht blickt. Auch sollte der Untersucher darauf achten, dass das Gespräch, falls möglich, ungestört stattfinden kann. Auch die Mitteilung der für das Gespräch zur Verfügung stehenden Zeit, sodass der Patient diese auch mitgestalten kann, gehört zur Schaffung einer angenehmen Gesprächsatmosphäre.

**3. Schritt.** Der Untersucher fordert den Patienten mit einer allgemeinen Frage auf, alle seine Beschwerden und den Grund für das Aufsuchen des Arztes in seinen Worten zu schildern („**Landkarte der Beschwerden**“). Dabei erhält der Untersucher gleichzeitig einen ersten Einblick in die psychosoziale Situation des Patienten, so etwa, wenn der Patient wichtige Bezugspersonen nennt, die ihn in irgendeiner Weise bei Auftreten der Beschwerden unterstützen. Aus dem Verhalten des Patienten und seinem Stil der Beschwerdeschilderung können erste Hinweise auf Persönlichkeitsmerkmale abgeleitet werden. So kann etwa eine Darstellungsform, bei der der Patient vor lauter Einzelheiten die Übersicht verliert, auf eine zwanghafte Persönlichkeit, ein Überfluten des Untersuchers mit Angaben, sodass dieser keine Fragen stellen kann, auf die Tendenz hinweisen, Wesentliches hinter Vordergründigem zu verbergen. Eine sehr abstrakte Darstellungen unter Verwendung von Fachjargon kann auf die Abspaltung von Gefühlen seitens des Patienten hindeuten. Neigt der Patient dazu, immer wieder das Gleiche zu wiederholen und lange Pausen einzulegen, aus denen der Interviewer ihn herausholen muss, kann dies als Hinweis auf eine zerebrale Insuffizienz gesehen werden. Die Wahrnehmung und die Interpretation solcher oder ähnlicher Beobachtungen hilft dem Untersucher relativ früh, sein eigenes Vorgehen bei der Gestaltung der Anamnese zu planen, so etwa bei einem immer wieder abschweifenden, detailbesessenen Patienten das Gespräch zu straffen.

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

- Lokalisation und Ausstrahlung
- Qualität
- Quantität bzw. Intensität
- Zeitpunkt des Auftretens und zeitlicher Verlauf bis zum Untersuchungszeitpunkt
- Umstände, unter denen das Symptom auftritt
- Umstände, unter denen sich das Symptom intensiviert oder bessert

- Zusammenhang mit anderen Beschwerden, Begleitsymptome

Wichtig ist es hierbei, sich vom Patienten möglichst genau Daten hinsichtlich des ersten Auftretens bzw. der Verstärkung der Beschwerden nennen zu lassen, um später (Schritt 7) in der Lage zu sein, eventuelle zeitliche Zusammenhänge zu belastenden Lebensereignissen und Konfliktsituationen herzustellen. Im Rahmen einer Eruiierung dessen, was der Patient selbst zur Linderung seiner Beschwerden tun kann, sollte auch eine genaue Medikamentenanamnese durchgeführt werden. 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 Raum zur Darstellung seiner subjektiven Wahrnehmung lassen.

**5. Schritt.** Der Untersucher fragt nach früheren Krankheiten, indem er bereits gemachte Angaben des Patienten aufgreift und versucht, dabei die bisherigen Vorerfahrungen mit Ärzten und Umgangsweisen mit Krankheit zu erfahren („**Altanamnese**“). Bei der Abklärung dieser früheren Erkrankungen stellt sich der Untersucher innerlich folgende Fragen:

- Besteht ein Zusammenhang zu den jetzigen Beschwerden, z. B. Beschwerden oder sogar Schmerzen im gleichen Körperareal, die jetzt als „Modell“ dienen könnten?
- Gibt es Hinweise auf psychisch bedingte körperliche Beschwerden in der Vergangenheit, z. B. Konversionssymptome, funktionelle Symptome?

Zu klären ist auch, ob der Patient eine Suchtproblematik in der Vorgeschichte aufweist, da dies eine Kontraindikation bei der Verordnung bestimmter Medikamente darstellt, vor allem von Tranquilizern und zentral wirksamen Analgetika.

Wichtig ist vor allem, dass sich der Untersucher den Zeitpunkt des Auftretens früherer Beschwerden und Erkrankungen möglichst genau vom Patienten nennen lässt oder – falls dies nicht möglich ist – zumindest diesen zeitlich einzugrenzen versucht, ganz ähnlich, wie dies beim 4. Schritt im Zusammenhang mit Beginn und Verlauf der jetzigen Beschwerden der Fall ist.

**6. Schritt.** Der Untersucher erkundigt sich nach Gesundheit bzw. Krankheit der Familienmitglieder, wobei er zunächst ebenfalls auf die bisher schon erwähnten Angaben zurückgreift. Davon ausgehend klärt er die Beziehungen des Patienten zu den einzelnen Familienmitgliedern sowie die Entwicklung des Patienten in Kindheit und Jugend ab („**Familien- und Entwicklungsanamnese**“). 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 psychiatrische und psychosomatische Erkrankungen bei Eltern und Geschwistern erfragt werden. Davon ausgehend wird der Patient mit einer allge-

meinen offenen Frage zur Schilderung seiner Kindheit und Jugend aufgefordert. Vermieden werden sollten Fragen wie „Hatten Sie eine glückliche Kindheit?“, da diese für die meisten Patienten – und ganz besonders für solche, deren Antwort besonders interessiert – einen suggestiven Charakter haben und meistens pauschal mit „Ja“ beantwortet werden. Ziel des Untersuchers sollte sein, aufgrund der Darstellungen des Patienten selbst zu einer diesbezüglichen Einschätzung zu kommen.

**7. Schritt.** Der Untersucher erforscht die jetzigen Lebensumstände (Arbeitsplatz, Partnerbeziehung, Kinder, andere wichtige Bezugspersonen), wobei er wiederum von den bisher gemachten Angaben des Patienten ausgeht („**Sozialanamnese**“). Hier geht es darum, belastende Lebenssituationen zu eruieren (z. B. Pflege eines chronisch kranken Angehörigen, langjährige Konflikte mit Schwiegermutter, schwere Erkrankung oder Drogenprobleme 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, nach solchen zeitlichen Zusammenhängen den Patienten direkt zu befragen. Macht man sich klar, dass körperliche Beschwerden – gerade wenn sie psychisch bedingt sein sollten – die Funktion haben können, seelische Belastungen und Konflikte zu verdrängen, weil diese als nicht lösbar erscheinen, 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 Hauptbezugsperson?
- Gibt es noch andere wichtige Bezugspersonen, auf deren emotionale wie tatkräftige Unterstützung der Patient sich verlassen kann („social support“)?
- Hat der Patient durch seine Beschwerden möglicherweise familiär oder beruflich einen erheblichen sekundären Gewinn („Verstärker“)?
- Was bedeuten die Beschwerden für die ökonomische Situation des Patienten?

**8. Schritt.** Der Untersucher fragt systematisch nach Beschwerden in den einzelnen Körperregionen, falls der Patient doch noch etwas vergessen haben sollte („**Organ- bzw. Systemübersicht**“). Auch Versäumnisse während der Anamneseerhebung können hier noch behoben werden.

**9. Schritt.** Der Untersucher fragt den Patienten schließlich, ob etwas noch nicht besprochen wurde, ob der Patient noch

etwas ergänzen möchte oder selbst noch Fragen hat. Er fasst die Ergebnisse des Gesprächs, falls notwendig, nochmals kurz zusammen und bespricht mit dem Patienten das weitere Vorgehen.

Diese Art der Anamneseerhebung setzt eine andere Art der Gesprächsführung als die sonst übliche voraus: Der Untersucher stellt primär offene anstatt geschlossener Fragen und lässt somit dem Patienten den Freiraum, seine Beschwerden und deren Entwicklung sowie seine persönliche Situation und deren Entwicklung in eigenen Worten darzustellen. Dieser Freiraum ermöglicht auch, dass der Patient seine Beziehung zum Untersucher im Gespräch maßgeblich mitgestalten kann. Dadurch werden nicht selten auch irrationale bzw. „unwissenschaftliche“ Vorstellungen des Patienten deutlich (Kognitionen, Krankheitskontrollüberzeugungen), in denen sich z. B. Ängste im Hinblick auf die Erkrankung widerspiegeln können.

Wie jede andere Art von Untersuchung muss die biographische Anamnese speziell erlernt werden.

## Anamnestische und biographische Indikatoren für die Relevanz psychischer Faktoren in der Schmerzgenese

In den letzten Jahren wurde vor allem bei der Differenzierung psychisch determinierter von körperlich verursachten Schmerzen eine ganze Reihe von Parametern gesichert, die als „**Screeningfaktoren**“ bei der Erkennung funktioneller Erkrankungen schon im Rahmen der Anamnese abgeklärt werden können, auch wenn natürlich nicht ein einzelner dieser Faktoren für sich dies leisten kann. Grundlage ist dabei eine zwar kleine, methodisch jedoch ausgesprochen elaborierte Zahl von Studien zur Frage biographischer Risikofaktoren.

Im Rahmen der „**Landkarte der Beschwerden**“ (Schritt 3) ist es sinnvoll, über die vom Patienten angebotenen körperlichen Beschwerden hinaus auch nach seelischen (z. B. Ängste, Verstimmungen) zu fragen, da für die meisten dieser Patienten ihre körperliche Beschwerden alles andere überdecken und sie die seelischen oft nicht von sich aus erwähnen.

Bei der **Symptomabklärung** sprechen folgende Kriterien für ein nicht organisch bedingtes Schmerzsyndrom:

- fehlende Abhängigkeit der Schmerzen von der Willkürmotorik
- Fehlen schmerzverstärkender bzw. schmerzlindernder Faktoren
- Fehlen schmerzfreier Intervalle, vage Lokalisation, inadäquate Affekte, sei es überzogen/theatralisch oder aber völlig abgespalten, als ob der Betreffende über jemand anderen sprechen würde

Auch die bei der Schmerzbeschreibung verwendeten Begriffe geben Hinweise, inwieweit eine affektive Komponente bei den geklagten Schmerzen eine Rolle spielt (Abb. 4.2-1). Kennzeichnet der Patient aus einer der vorgegebenen schmerzbeschreibenden Wortgruppen mindestens zwei Begriffe, die zu den affektiven Schmerzqualitäten gezählt werden (Wortgruppen 14 bis 17 und 20 der Abb. 4.2-1), so ist dies ein wichtiger Hinweis, wenngleich natürlich noch kein Beleg für die Bedeutsamkeit emotionaler Faktoren.

Ein Beschwerdebeginn vor dem 35. Lebensjahr ist ein weiterer Hinweis auf ein funktionelles Geschehen. Ist die Beziehung zum Untersucher ausreichend vertrauensvoll, beschreiben Patienten mit nicht organisch bedingten Schmerzzuständen eine Verstärkung ihrer Beschwerden in bestimmten Gefühlssituationen wie Ärger, Anspannung, Druck bzw. eine Linderung bei Entspannung. Auch der bisherige Gebrauch von Medikamenten und speziell Analgetika ist möglichst genau zu eruieren, können diese bei Abusus doch Qualität und Intensität der Schmerzen wesentlich beeinflussen. Schildert ein Patient seine Schmerzen als „immer gleich“, so ist dies ein deutliche Hinweis auf einen Analgetikaabusus (medikamenteninduzierter Schmerz) oder die Relevanz psychischer Faktoren.

In der „**Altanamnese**“ können andere Somatisierungssymptome in der Vorgeschichte des betreffenden Patienten auf das Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung hinweisen. Besonders häufig sind hier Bauchschmerzen (oft schon als Kind), Kloß- und Beklemmungsgefühle oder auch Atembeschwerden ohne körperliche Belastung, Mund- und Schleimhautbrennen, Appetitlosigkeit, starke Periodenschmerzen oder auch Suizidgedanken bzw. -handlungen.

Abgeklärt werden sollte auch die Frage, inwieweit in der Vorgeschichte eventuell ein „**Krankheitsmodell**“ besteht, an dem sich der Patient bei der Wahl seiner jetzigen Schmerzen unbewusst orientiert, d. h. Schmerzen, die Jahre zuvor z. B. als Folge eines Unfalls oder einer anderen körperlichen Erkrankung aufgetreten waren.

Besonders bedeutsam ist eine sorgfältige Erhebung der **Familien- und Entwicklungsanamnese** für die differenzialdiagnostische Abrenzung psychisch bedingter Schmerzen. Auch hier ist die Abklärung von Krankheitsmodellen bei wichtigen Bezugspersonen hilfreich, so z. B. der Tod des Vaters an den Folgen eines Herzinfarktes und die bald darauf einsetzenden linksthorakalen Schmerzen des Patienten. Abzuklären ist auch, inwieweit ein Elternteil während Kindheit und Jugend des Patienten unter einer psychischen, psychosomatischen oder auch einer Suchterkrankung litt und welche Auswirkungen dies auf die Familie hatte. Letzteres ist auch im Hinblick auf chronische körperliche Erkrankungen eines Elternteils bedeutsam.

Weitere Risikofaktoren, die im Rahmen der Entwicklungsanamnese zu eruieren sind und die heute als **Risikofaktoren** im Hinblick auf psychische Gesundheit im Erwachsenenalter als gesichert gelten, sind in Tabelle 4.2-1 zusammengestellt.

### Wie empfinden Sie Ihre Schmerzen ?

Einige Worte, die unten angeführt sind, beschreiben Ihre augenblicklichen Schmerzen. Nachfolgend finden Sie 20 Wortgruppen.

Unterstreichen Sie pro Wortgruppe ein Wort, das Ihre Schmerzempfindung wiedergibt.

Lassen Sie die Wortgruppen weg, die nicht auf Sie zutreffen.

Beispiel: elektrisierend

stromstoßartig

blitzartig durchzuckend

Wenn Ihre Schmerzen z. B. „stromstoßartig“ sind, unterstreichen Sie dieses Wort wie im Beispiel. Trifft kein Wort dieser Wortgruppe auf Sie zu, gehen Sie bitte zur nächsten Gruppe über.

<b>1</b> pulsierend klopfend hämmernd pochend sägend	<b>2</b> durchzuckend einschließend blitzartig elektrisierend	<b>3</b> spitz stechend bohrend wühlend	<b>4</b> druchtrennend scharf schneidend zerreißend sägend
<b>5</b> dumpf <u>drückend</u> zermalmend schwer	<b>6</b> ziehend zerrend reißend dehnend	<b>7</b> heiß brennend <u>glühend</u> siedend	<b>8</b> kribbelnd juckend beißend
<b>9</b> empfindlich weh wund gefühllos	<b>10</b> kühl kalt eisig	<b>11</b> kneifend klemmend krampfartig nagend	<b>12</b> wellenförmig wehenartig kolikartig
<b>13</b> beengend beklemmend würgend	<b>14</b> ermüdend erschöpfend betäubend <u>zermürend</u>	<b>15</b> schweißtreibend Übelkeit erregend Ohnmacht hervorrufend erstickend	<b>16</b> plagend quälend marternd grausam peinigend
<b>17</b> beunruhigend <u>beängstigend</u> furchterregend erschreckend	<b>18</b> unangenehm störend lästig scheußlich	<b>19</b> umschrieben ausstrahlend ausbreitend	<b>20</b> wütend rasend mörderisch <u>vernichtend</u>

**Abb. 4.2-1:** Berner Schmerzfragebogen (nach Radvila et al. 1987), 1–13 = sensorische Wortgruppen; 14–17 = affektive Wortgruppen; 18–20 = evaluative Wortgruppen.

Anzumerken ist, dass gegenwärtig die Tendenz besteht, von den genannten Faktoren die Bedeutung des sexuellen Missbrauchs überzubewerten. Es hat sich gezeigt, dass ein solcher, zumindest wenn er über längere Zeit bestand, fast nur dann auftritt, wenn andere Risikofaktoren gegeben sind. Relativ häufig (40–60%) findet sich ein sexueller Missbrauch allerdings bei Frauen mit chronischen Unterleibsschmerzen.

Als **protektive Faktoren**, die zumindest teilweise auch die genannten Risikofaktoren wieder ausgleichen können, gelten eine verlässlich gute Beziehung zu einer durchgehend anwesenden primären Bezugsperson, Entlastung der Mutter, vor allem wenn sie allein stehend ist, bei der Kinderbetreuung sowie ein späteres Eingehen „schwer auflösbarer Bindungen“, d. h. bei Vorhandensein einiger der genannten Risikofaktoren das Vermeiden einer frühen Heirat, die oft eine Art Flucht aus dem nicht mehr ertragenen Elternhaus darstellt.

Bei chronischen Schmerzpatienten konnte gezeigt werden, dass sich die nicht körperlich bedingten von den organisch

verursachten Schmerzen anhand von insgesamt fünf Parametern signifikant unterscheiden:

- Alter bei Schmerzbeginn < 35 Jahre
- weibliches Geschlecht
- sexueller Missbrauch und/oder körperliche Misshandlung
- beide Eltern von klein auf beruflich stark absorbiert

Im Rahmen der „**Sozialanamnese**“ sind folgende „Indikatoren“ im Hinblick auf die pathogenetische Bedeutung psychischer Faktoren abzuklären:

- insgesamt unbefriedigende Partnerbeziehung
- Alkoholabusus oder körperliche Misshandlung seitens des Ehepartners
- belastende Lebensereignisse, die im engen zeitlichen Zusammenhang mit dem Beschwerdebeginn stehen
- Fehlen sozialer Unterstützung
- fehlende Zufriedenheit mit der beruflichen Situation
- länger dauernde Pflege eines Angehörigen

Tab. 4.2-1: Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren für die psychische Entwicklung

Biographische Risikofaktoren	Biographische Schutzfaktoren
<ul style="list-style-type: none"> <li>• niedriger sozioökonomischer Status</li> <li>• mütterliche Berufstätigkeit während des 1. Lebensjahres</li> <li>• schlechte Schulbildung der Eltern</li> <li>• große Familie und sehr wenig Wohnraum</li> <li>• Kontakte mit Einrichtungen der „sozialen Kontrolle“</li> <li>• Kriminalität oder Dissozialität eines Elternteils</li> <li>• chronische Disharmonie/Beziehungspathologie in der Familie</li> <li>• unsicheres Bindungsverhalten nach dem 12./18. Lebensmonat</li> <li>• psychische Störungen der Mutter/des Vaters</li> <li>• allein erziehende Mutter</li> <li>• autoritäres väterliches Verhalten</li> <li>• Verlust der Mutter</li> <li>• häufig wechselnde frühe Beziehungen</li> <li>• sexueller und/oder aggressiver Missbrauch</li> <li>• schlechte Kontakte zu Gleichaltrigen</li> <li>Altersabstand zum nächsten Geschwister &lt; 18 Monate</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• dauerhafte gute Beziehung zu mindestens einer primären Bezugsperson</li> <li>• Großfamilie/kompensatorische Elternbeziehungen/Entlastung der Mutter</li> <li>• gutes Ersatzmilieu nach frühem Verlust der Mutter</li> <li>• überdurchschnittliche Intelligenz</li> <li>• robustes, aktives, kontaktfreudiges Temperament</li> <li>• sicheres Bindungsverhalten</li> <li>• soziale Förderung, z. B. in Jugendgruppe, Schule, Kirche</li> <li>• verlässlich unterstützende Bezugsperson(en) im Erwachsenenalter</li> <li>• lebenszeitlich späteres Eingehen „schwer auflösbarer Bindungen“</li> </ul>
<b>Hoher Gesamtrisiko-Score</b>	
<b>Jungen vulnerabler als Mädchen</b>	<b>Mädchen weniger vulnerabel als Jungen</b>

Der zeitliche Aufwand für die Durchführung einer solchen biographischen Anamnese liegt bei 50–60 min. In der Praxis des niedergelassenen Arztes muss eine solche biographische Anamnese natürlich nicht unbedingt am Stück durchgeführt werden. Darüber hinaus sind dort möglicherweise eine Reihe der familiären Parameter dem Arzt ohne spezielle Erhebung

schon bekannt, ohne dass er sie vielleicht bisher als Screeningparameter gezielt nutzen konnte. Dem Argument der fehlenden Zeit muss der bei fehlender diagnostischer Erkennung über Jahre nötige diagnostische Zeitaufwand und der durch wiederholte technisch-apparative Untersuchungen bedingte finanzielle Aufwand gegenübergestellt werden.