

Anamnese

Definition/ Begriffsbestimmung: Oberbegriff = Gespräch

→ *anamnesis* = Erinnerung: Darstellung der Vorgeschichte einschließlich Beschreibung der aktuellen Situation. Sammlung von Informationen und deren diagnostische Verarbeitung bzw. Einordnung und therapeutische Indikationsstellung und die strategische Therapieplanung.

→ *Persönlichkeit als Prozessgestalt interpretieren* = deshalb kann man Individuum nur aus seiner Geschichte erklären; gesamte Entwicklung zählt, nicht nur Störungsverhalten.

→ Abgrenzung zu Exploration = ausforschen, ermitteln, erkunden = es geht wie in der Anamnese um die Persönlichkeit des Menschen im Gespräch mit demselben; laut Fisseni ist die Anamnese eher Gespräch mit Dritten

→ Abgrenzung zu Interview = miteinander diskutieren, Meinungen austauschen = sachbezogen, Info zählt, nicht die Person

Zielsetzungen

In einem oder mehreren Gesprächen wird dann hinsichtlich einer bestimmten Fragestellung die Vorgeschichte eines Menschen erhoben. Dabei sind drei Zielsetzungen der Anamnese zu unterscheiden:

1. Die deskriptive Ausrichtung: Es geht hier primär um die Erfassung von Eigenschaften, Dispositionen und Motiven sowie Verhaltensweisen, um das Persönlichkeitsbild des Pat. zu beschreiben.
2. Die ätiologische Ausrichtung: Hier sucht der Diagnostiker in erster Linie nach Ursachen, Determinanten und Einflussgrößen von Störungsmerkmalen
3. Die maßnahmenorientierte Ausrichtung: Bei dieser Zielsetzung steht die Auswahl der therapeutischen Intervention im Vordergrund. Es geht um eine Erleichterung der Indikationsstellung, d.h. der Festlegung möglicher Therapiemethoden- und -ziele.

- Um sich ein genaues Bild der Vorgeschichte zu schaffen, kann sich der Diagnostiker zudem der Fremdanamnese bedienen. Hierbei werden Angehörige des Pat. in das Gespräch mit einbezogen, darüber hinaus können Dokumente u. Zeugnisse hinzugezogen werden.
- Ein Nachteil bei diesem Vorgehen ist die doppelte Asymmetrie. Es besteht einmal ein Machtgefälle, zudem sorgt sich der Klient wohlmöglich um die Bewertung seiner Angaben. Ebenfalls werden nonverbale Reaktionen wie z.B. Körperhaltung, Stimme u. Kleidung aufgenommen.
- Möglich ist auch der Einsatz von Anamnesefragebögen, auf dessen Grundlage dann in einem persönlichen Gespräch fehlende und gezielte Informationen ergänzend erfragt werden können, als Beispiel ist hier der Fragebogen zur Lebensgeschichte von Lazarus aus dem Jahre 1973 genannt.

Vorteil:

- Pat. ist freier
- Kann sich zur Beantwortung mehr Zeit lassen
- Erwartung des Therapeuten fallen hinaus

Nachteil:

- Effekte der sozialen Erwünschtheit

- Unterschiedliche Funktion des Befragers in verschiedene Therapieausrichtungen =< Ergebnis hängt ab von der Form, wie das Gespräch geführt wird:
 1. PA: eher schweigender Zuhörer
 2. GT: spiegeln, keine Einschränkungen
 3. VT: präzise erfragen der Störungssituation und korrekte Erörterung der Therapie

Klassifikation: unstandardisiert, standardisiert oder halbstandardisiert

- Standardisierung Vorteile:
 1. ökonomische Auswertung
 2. Leichte Vergleichbarkeit
 3. Gütekriterien können ermittelt werden
- Nachteile: unzureichende Abbildung des Individuums => evtl. Versperrung des Kerns

Vorbereitung:

1. Leitfaden schreiben – Hauptthemen
2. Gesprächsart und Frageklassen wählen
3. Rahmenbedingung regeln (Raum, Licht, Temp.)
4. Kontrolle

Fragearten: alle sollen vorkommen => Trichtermodell

- Funktionale Fragen:
- Kontakt- Einleitungsfragen = Eisbrecherfunktion
- Überleitungs- oder Übergangsfrage zu relevanten Themen
- Kontrollfragen = Verständnis
- Formale Fragen:
- Offene, geschlossene
- direkte/indirekte
- zirkuläre (in der Gruppe)
- Suggestivfragen: ein Gespräch, das auf Suggestion beruht ist diagnostisch wertlos (Fisseni)

Auswertung:

- *Formal: relevante Teile vollständig wiedergeben, Inhalte eindeutig darstellen, in disjunktive Kategorien einordnen*
- *Inhaltlich: bei Tonbandmitschnitten: detailliert planbarer als bei Mitschriften, ansonsten Ziel festlegen = bei Gutachten sehr genau, bei Beratung reicht Überblick*

Schematische Zusammenfassung

- *Wesentlich für die Untersuchung und Bewertung von Anamnesegesprächen ist der **Grad der Schematisierung**. Nicht schematisierte Anamnese beinhalten keine oder nur eine minimale Strukturierung des Gesprächs (ohne eine gewisse Strukturierung wird die Anamnese zur einer Kunst).*
- *Deshalb greifen die Diagnostiker zumeist auf **Diagnoseschemata** zurück. Grundsätzlich sind dies gesprächsstrukturierende Hilfen, die es ermöglichen in begrenzter Zeit das Wesentliche einer Biographie zu erheben.*

Thematische Zusammenfassung:

1. Themenbereiche identifizieren
2. Aussagen zu Themenbereichen zusammenstellen
3. Verarbeitung zu einem fortlaufenden Text

Beitrag zur Diagnostik:

- Erarbeitung der diagnostischen Fragestellung
- Abklärung des Kontextes
- Erhebung persönlicher und intimer Informationen, Biographie
- Informationen zu einer Stellungnahme verarbeiten
- Schlussmitteilung an den Probanden über die Zuweisung einer Intervention

Beitrag zur Intervention:

=> Anamnese kann hier immer gute Dienste tun, ist aber nie isoliert zu betrachten

- Funktion Therapie: Störungen identifizieren, Korrekturinstrument, Ergebnis evaluieren
=> helfen
- Funktion A & O: individuelle Eignungsfragen, Aufgaben in der Personalentwicklung lösen Bedingungen erkennen für eine optimale Entwicklung, Steigerung der Gruppeneffektivität und Interessenbeziehungen, Integration der Kompetenzen in die Gesamtorganisation

Fehlertendenzen:

1. Allg. Fehler: zentrale Tendenz, Hof- und Positionseffekte
2. Spez. Fehler: Frageformulieren kann bestimmte Antwort provozieren, Voreinstellungen können lenkend sein, Dynamik des Gesprächs kann verzerren, nonverbale Äußerungen Fehlinterpretieren und lenken, selektive Registrierung.

Gütekriterien

- Lässt sich das Messmodell der KT auf explorative Daten anwenden? => viele Studien
- Gütekriterien können nicht bewiesen werden
- Aber es gibt die prinzipielle Möglichkeit sich die Anamnese in Grenzen als objektiv, reliabel und valide erweisen. => für alle gibt es unterschiedlich hohe und niedrige Kriterien

Objektivität

- ist von der Sache her unangemessen, da eine gegenseitige Beeinflussung der Interaktionspartner nicht vermieden werden kann und soll.
- Bei standardisierte Anamnese annähernd objektiv,
- 1. Durchführungsobjektivität fast unmöglich => Beobachter einsetzen unterschiedlicher Wortlaut = unterschiedliche Antworten = Dilemma, weil Fragen sollen so sein, dass man bedeutungsvolle Antworten kommen
- 2. Auswertungsobjektivität: gewährleistet durch eindeutige Formulierungen und Experten
- 3. Interpretationsobjektivität: gut definierte Kategorien + Interraterobjektivität

Reliabilität

- Retest- und Paralleltestreliabilität:
völlig standardisierte Anamnese kann die Durchführung so regeln, dass sie KT entspricht
- Halbierungsreliabilität und Konsistenz: Gespräche lassen sich fast nie in 2 gleiche Hälften teilen und Homogenität ist in der Gesamtheit im Gespräch meist nicht erwünscht
=> Einheiten bilden, die homogen sind und für einzelne Abschnitte Konsistenz berechnen
=> wenn parallel gestaltet ist auch Halbierungsreliabilität möglich
- Evaluation Fisseni:
237 Frauen im Altersheim => Exploration => Tonband => Transkription => Auswerter kodierten unabhängig; Auswerter- Objektivität: $r = .92$ Konsistenz: $r(k) = .74$

Erfahrungsregeln zur Reliabilität:

1. Formal:

- besser standardisierte Fragen
- Baterein von Fragen zu einem Thema
- Doppelbefragung durch gleiche Person
- Globale Auskünfte reliabler als Einzelaussagen

2. Inhaltlich:

- Fakten besser als Meinungen
- Gegenwart besser als Vergangenheit
- Persönliches zuverlässiger als neutrales
- Qualitativeangaben besser als Quantitative

Validität

- Inhaltliche Validität: gut zu ermitteln = Expertenranking
- Kriteriumsbezogene Validität: Übereinstimmungs- und Vorhersagevalidität möglich, quantitatives Kategoriensystem
- Konstruktvalidität: Korrelation mit anderen Tests/ Außenkriterien möglich
=> Aber: KT geht von Invarianzkonzept aus => im Gespräch kaum möglich
- Kommunikative (kognitive Repräsentanz auch erfasst)– und Handlungsvalidierung (tatsächliches Verhalten) für kriteriumsorientierte V. angemessen bei explorativen Daten, z.B. durch Selbst- und Fremdauswertung einer Anamnese (Durchschnitt bei $r = .67$)
- Evaluation: Kommunikative Validierung: Kalinowsky- Czech:
50 Medizinstudenten => Exploration Selbstbild => Tonband => 2 Auswerter => Selbst + Fremdrating wurden korreliert; Validitätskoeffizient: $r = .67$
- Handlungsvalidierung: Lehr, Thomae, et al.
Subjektive A.: Schätzung des Gesundheitszustands => objektive A.: internistische Untersuchung => Gesamturteil in einem Score; Validitätskoeffizient: $r = .25$

Fazit:

1. Nur mit einer Vielzahl von Differenzierungen ist eine Bewertung der Gütekriterien möglich. Die Modellvorstellungen der KT sind nicht immer mit explorativen Daten vereinbar.
2. Die Anamnese kann die Gewinnung objektiver, reliabler und valider Informationen liefern aber sich nicht dafür verbürgen. Jedes muss im Einzelfall geprüft werden, wie bei Tests auch.
3. Ein alleiniger Einsatz der Anamnese ist nicht ausreichend aber eine wertvolle Ergänzung/Erkenntnisquelle zu Testverfahren, z.B. projektive Verfahren, Fragebögen etc.

Literatur: „Formen seelischen Alterns“ von Lehr und Thomae
Bonner Studie zur Geriatrie