

Von der Anamneseerhebung zu Psychodynamik und Diagnose

(orientiert an den Richtlinien für ein Kassengutachten)

Vorbemerkung

(Im folgenden ist geschlechtsneutral vom „Patienten“ die Rede, um umständliche Formulierungen wie „Patient/Patientin“ zu vermeiden.)

Die Anamneseerhebung ist ein belastender Eingriff für den Patienten. Darüber muß sich der Behandler immer im klaren sein. Für viele Patienten ist es eine generelle Lebensbeichte, ein Aufwühlen von Ver- oder Zurückgedrängtem, ein Erinnern von Traumata oder eine peinliche und zermürbende Bestandsaufnahme. In jedem Fall kann die Exploration selber ein Trauma sein und muß so schonend wie möglich durchgeführt werden.

Dem Patienten ist immer der Freiraum zu lassen, über Punkte hinweg- bzw. nicht auf sie einzugehen. Der Widerstand muß respektiert werden. Bei schwer gestörten Patienten ist ganz zu Anfang u.U. keine kohärente Anamneseerhebung möglich. Ein forciertes Vorgehen beinhaltet die Gefahr der Dekompensation oder einer massiven Symptomverschlechterung. Mit einer aktuellen Verschlimmerung der Symptomatik des Patienten für einige Tage bis Wochen ist immer zu rechnen.

Der Therapeut sollte also vorsichtig und nicht-invasiv vorgehen. In einzelnen Fällen muß für eine vollständige Anamnese mit mehreren Sitzungen gerechnet werden. Signalisiert der Patient, daß das Gespräch sehr belastend ist, ist die Anamnese auf das für den Kassenantrag unbedingt Nötige zu beschränken. Die Vervollständigung der Biographie ergibt sich später von alleine aus dem Behandlungsprozeß und insbesondere durch die Traumarbeit.

1. Die aktuelle Symptomatik

Im allgemeinen eröffnet man das Erstgespräch mit der Frage an den Patienten, was ihn herführe, weswegen er Behandlung suche oder worunter er leide? Meist beginnen auch die Patienten spontan damit.

Hier ist genau die psychische oder psychosomatische Symptomatik des Patienten auf-

zunehmen. Wie sieht das Symptom genau aus? Um was für eine Angst z.B. handelt es sich? Sind es diffuse Ängste und Selbstunsicherheit bei Depression, umschriebene Phobien, Angstzustände bei bestimmten Auslösesituationen, herzneurotische Ängste oder Panikattacken mit Todesangst, usw.?

Hier können wörtliche Formulierungen des Patienten in Gänsefüßchen übernommen werden. Entscheidende, für das Verständnis der Patienten wichtige Sätze, sollten so festgehalten werden.

Weiterhin ist die Frage wichtig, seit wann die Symptomatik besteht, ob sie sich im Laufe der Zeit verändert hat und ob es eine auslösende Ursache gab? Oft können äußere oder innere Faktoren eruiert werden, die mit dem Beginn oder einer Exacerbation der Symptomatik im Zusammenhang stehen.

Was gehört zur aktuellen Symptomatik?

- Die genaue Beschreibung der Symptome. (Worunter leidet der Patient?)
- Auslösende Ursache, Beginn und Entwicklung der Symptomatik
- Inwieweit beeinträchtigt die Symptomatik den Patienten in Beruf, Familie, Beziehungen und im Lebensalltag?

2. Die biographische Anamnese

Man kann den Patienten seine Lebensgeschichte frei erzählen lassen. Meist ist es aber besser ein semistrukturiertes Interview zu führen. Dazu mache ich mir eine innere Merkliste, welche Punkte ich wissen muß. Entsprechend kann ich auf das Gespräch Einfluß nehmen, nachhaken und bestimmte Vorgaben machen. Z.B.: „Wie war Ihre Geburt? Wie war das Verhältnis zu den Eltern? Gab es irgendwelche Auffälligkeiten im Vorschulalter?“, usw. Zu diesen Fragen kann sich der Patient dann frei äußern. Oft ist es notwendig, die Äußerungen des Patienten durch gezieltes Nachfragen zu vertiefen. Widerstandsphänomene und Abwehrmanöver des Patienten sind aber immer zu respektieren.

Die Eltern des Patienten

Bezüglich der Familienanamnese sind Daten über die Großeltern des Patienten nur selten

von Belang und gehören nur in eine große, vollständige Anamnese, die aber das Maß eines Kassenantrages in der Regel überschreitet.

Auch die Fakten, die die Eltern betreffen, sind auf das Wesentliche zu beschränken. Alter, Herkunft, Beruf, Erkrankungen und eine kurze Beschreibung des Lebensweges der Eltern genügen. Wichtig sind die Umstände der Heirat und der Lebenskontext zum Zeitpunkt der Geburt des Patienten.

Bedeutsam ist die Beziehung, die zwischen dem Patienten und dem jeweiligen Elternteil bestand bzw. besteht. Ist das Verhältnis zur Mutter sehr eng gewesen? Bestand permanente Angst vor dem Vater? Usw.

Schwangerschaft, Geburt und Stillzeit

Von Bedeutung sind die Umstände, unter denen der Patient zur Welt kam. In welchen Lebensverhältnissen lebten die Eltern. Wann war die Heirat? War der Patient der Heiratsgrund? War er/sie ein Wunschkind? Oder ist er/sie unehelich geboren? Usw. Gab es körperliche Komplikationen während der Schwangerschaft und in welcher psychischen Situation war die Mutter während der Gravidität? Gab es sonstige belastende Faktoren zu dieser Zeit, z.B. Abtreibungswünsche oder –versuche.

Wie war die Geburt? Normale Geburt oder komplizierte Geburtslage, Kaiserschnitt, Frühgeburt? Schwere oder leichte Geburt? Gab es Geburtskomplikationen wie Nabelschnurumschlingung oder Asphyxie?

Ist der Patient gestillt worden und wie lange? Welche Besonderheiten gab es in der Stillzeit?

Geschwister

Hat der Patient Geschwister und welche Stellung hat er in der Geschwisterfolge? Gab es besondere Reaktionen und Verhaltensweisen, als Geschwister des Patienten geboren wurden? Wie war die Beziehung der Geschwister untereinander?

Zu erwähnen sind kurz Alter, Familienumstände und berufliche Entwicklung der Geschwister sowie Besonderheiten.

Frühkindliche Entwicklung

Wie war die Entwicklung des Betreffenden während der ersten Lebensjahre? Gab es Erkrankungen der Säuglings- und Kleinkind-

zeit? Ist die motorische und psychophysische Entwicklung zeitgerecht und komplikationlos verlaufen, wie Laufenlernen, Sprechenlernen, Trockensein, usw.? Gab es eine Primordialsymptomatik wie Gedeihstörungen, Eßstörungen, Stottern, Hyperaktivität, verstärkte Trotzphase, Nägelkauen, Schlafstörungen, nächtliche Ängste, Jaktationen, usw.? Wie war die Kindergartenzeit? Wie fühlte sich der Patient im Kindergarten?

Einschulung, Schulzeit und berufliche Entwicklung

Wie erging es dem Patienten mit der Einschulung? Wie erlebte er diesen Einschnitt? Wurde er früh oder später eingeschult? Wie war er in der Schule? Wie erlebte er die Schule? Wie war der Kontakt zu Kameraden? Gab es Freundschaften? Gab es Krisen, Einbrüche oder Lernstörungen während der Schulzeit? Bestand z.B. eine Legasthenie?

Vom thematischen Zusammenhang ergibt sich hier oft ein Gesprächsverlauf, daß die weitere berufliche Entwicklung geschildert werden kann. Welchen Schulabschluß hat der Patient? Welche Ausbildung schloß sich an? War die Berufsfindung problematisch? Wie war der weitere Weg bis in den heutigen Beruf? Gab es Abbrüche oder Umorientierungen? Wie ist die Zufriedenheit des Patienten mit seinem Beruf? Ist er über- oder unterfordert? Entspricht der Beruf seinem intellektuellen Status und seiner Herkunft? Liegen Konflikt- und Problembereiche im Beruflichen?

Pubertät, sexuelle Entwicklung und Partnerschaften

Wie hat der Patient die Pubertät erlebt? Wie war die sexuelle Aufklärung? Bei Frauen: Wann war die Menarche? Wie wurden die erste Regel, die Brustentwicklung und das Frauwerden erlebt? Bei Männern: Wann war der erste Samenerguß, Stimmbruch und beginnende Sekundärbehaarung. Wie wurde die Pubertät erlebt?

Gab es besondere Konflikte mit den Eltern? Gab es anderweitige Autoritätskonflikte? Gab es Umbrüche in der Weltanschauung oder im Religiösen?

Das Thema Sexualität ist behutsam zu eruiieren. Zwar wird heute sehr offen darüber gesprochen, dennoch bleibt es ein sehr intimes Thema und ist oft stark schambesetzt, wenn

es auch überspielt wird. Auf das Angebot einer allgemeinen Frage hin kann der Patient entscheiden, wieviel er darüber im Anamnesegespräch sagen möchte. Von Interesse ist, wann der erste sexuelle Kontakt war und wie er erlebt wurde, welche ersten Freundschaften und Beziehungen es gab. Gab es besondere Liebesenttäuschungen? Wie waren die vorangegangenen Partnerschaften? Gibt es vielleicht Probleme, die sich immer wieder in Beziehungen wiederholen? Besteht eine Ehe und gibt es Kinder? Wie ist die aktuelle Partnerschaft oder Ehe? Besteht eine Partnerschaftsproblematik?

Wichtige Punkte der Biographie

- Angaben zu den Eltern und Geschwistern und die Beziehung zu ihnen
- Schwangerschaft, Geburt, Stillzeit
- Frühkindliche Entwicklung und Primordialsymptomatik
- Kindergarten, Schule und berufliche Entwicklung
- Pubertät und sexuelle Entwicklung, Beziehungen, Ehe und Kinder

3. Körperliche und psychische Vorerkrankungen

Welche körperlichen Leiden gab es bisher? Gab es eine Geburtsschädigung, Milchschorf, frühe Gedeihstörungen, häufiges Kranksein im Kindesalter, besonders schwere Kinderkrankheiten, usw.? Gab es Unfälle, Knochenbrüche, Operationen, spätere schwere Krankheiten oder bestehen chronische Leiden?

Gab es psychische oder psychiatrische Vorerkrankungen und Behandlungen? Gibt es psychotherapeutische Vorerfahrungen (welche Verfahren), Teilnahme an Selbsterfahrungs- oder Selbsthilfegruppen, frühere Kontakte mit Beratungsstellen, usw.?

4. Der psychische Befund

Äußerer Habitus. Zum psychischen Befund gehört eine kurze Beschreibung des Patienten, seiner äußeren Erscheinung, wie er sich bewegt, wie er sich gibt und wie er auf den Behandler wirkt (Gegenübertragung). Wie ist seine Kontaktfähigkeit, seine Motorik und

Gestik? Wie ist sein Intelligenzniveau, sein Bildungsstand, seine Ausdrucksfähigkeit (Differenziertheit). Wie ist seine Motivation, sein Einblick in die psychische Herkunft seiner Erkrankung, seine Introspektionsfähigkeit?

Abwehrmechanismen. Welche Abwehrmechanismen, Persönlichkeitszüge (Charakterstruktur) und welche strukturellen Defizite werden sichtbar? Besteht z.B. eine Logorrhoe oder ein mißtrauischer oder depressiver Rückzug? Sind die Mechanismen der Rationalisierung und Intellektualisierung (Dominanz der Denkfunktion) oder andere wie Emotionalisierung (hysterischer Modus), usw. vorherrschend? Sind ängstlich-anklammernde, süchtige, depressive, oral-kaptative, anankastische oder hysterische Persönlichkeitszüge erkennbar?

Bewußtseinsfunktionen. Fakultativ: Wie ist die Verteilung und Gewichtung der Orientierungsfunktionen des Bewußtseins (Denken, Fühlen, Empfinden, Intuieren)? Liegt z.B. eine undifferenzierte, unbewußte Fühlfunktion bzw. eine dominierende, das Fühlen verdrängende Denkfunktion vor? Ist die Intuition undifferenziert und bricht immer wieder ins Bewußtsein ein (Tagträumerei, mangelnde Realitätsfunktion, borderline- oder psychosenah)? Wie gut ist die Empfindungsfunktion, die ja Grundlage der Realitätsfunktion ist? Sind die Funktionen introvertiert oder extravertiert eingestellt?

Psychopathologica. Wie ist der psychopathologische Befund hinsichtlich Antrieb (vermindert, gesteigert?), Denken, Wahrnehmung und Affektlage? Liegen inhaltliche Denkstörungen vor (Wahnideen, fixe Ideen, Zwangsideen) oder formale Denkstörungen (Grübelzwänge, Unkonzentriertheit, flüchtiges Denken)? Gibt es als Störungen der Wahrnehmung, Depersonalisations- bzw. Derealisationserscheinungen oder sogar psychotische Symptome wie z.B. Halluzinationen? Ist die Stimmung gehoben oder gedrückt bzw. stark depressiv und besteht eine affektive Schwingungsfähigkeit im Kontakt? Sind Gedächtnis und Merkfähigkeit beeinträchtigt? Sind suicidale Tendenzen erkennbar (manifest oder latent)?

Elemente des psychischen Befundes

- Äußeres, Gestik, Intelligenz und emotionaler Kontakt. Eindruck in der Gegenübertragung

- Vorherrschende Abwehrmechanismen und Charakterhaltungen (eventuell Orientierungsfunktionen)
- Psychopathologica

5. Körperlicher Untersuchungsbefund

Für einen Kassenantrag ist ein organischer Untersuchungsbefund notwendig. Entweder geschieht das beim Hausarzt und dem Antrag wird ein Attest des Untersuchers beigefügt, oder der Psychotherapeut – sofern er Arzt ist – untersucht den Patienten selber. Wenn der Therapeut sich in seiner ärztlichen Rolle sicher fühlt und Übertragung und Gegenübertragung handhaben kann, bestehen keine Bedenken, einen Patienten, der zu uns in Psychotherapie kommt, auch körperlich selber zu untersuchen.

Manchmal liegen aktuelle Klinikberichte mit körperlichem Status vor, so daß eine erneute Untersuchung entfallen kann.

6. Psychodynamik

Allgemeines. Bei der Abfassung der Psychodynamik sollte man im Zusammenhang mit den psychodynamischen Hypothesen eine Zusammenfassung derjenigen biographischen Daten geben, die hier relevant sind. Also alle Störungsmomente, Traumata, besondere Konstellationen, usw. sollten noch einmal kurz genannt werden. Sie dienen als Grundlage der psychodynamischen Hypothesen, die direkt mit den anamnestischen Details logisch verknüpft werden sollten.

Dabei würde ich es begrüßen, wenn Sie dabei ein ganz einfache Sprache wählen. Es ist mir lieber, wenn deskriptiv und mit dem normalen Wortschatz die psychologischen Zusammenhänge beschrieben werden, als wenn voreilig schlagwortartig und ohne tieferes Verständnis analytische Termini benutzt werden. Die Begriffe, wie z.B. hysterisch, narzißtisch, symbiotisch, ödipal, usw. werden sonst inhaltsleer. So ist es besser, in der Umgangssprache die Einflüsse und Reize darzustellen, die zu den später sichtbaren Wirkungen und Resultaten bei dem Patienten geführt haben. Erst daran anschließend kann

der passende tiefenpsychologische Terminus benutzt werden.

Nicht alles ist dabei Psychogenese, also historisch-biographisch bedingt. Zu berücksichtigen ist auch der Teil der Psychodynamik, der durch die mitgebrachten Anlagen des Patienten bestimmt ist. Zumindest ist zu vermuten, daß es auch angeborene konflikthafte und komplexe Strukturen gibt, die aus dem Charakter, dem Verhalten, der Lebensgestaltung, der Symptomatik und dem unbewußten Material (vor allem aus den Träumen) erschlossen werden können. (Hierzu gehört auch die typologische Anlage der Orientierungsfunktionen, die im Zusammenhang mit Umgebungseinflüssen zu einer neurotischen Phänomenologie führen kann.)

Frühe Engramme. Ich gehe hier chronologisch vor, die anamnestischen Einflüsse auf ihren psychodynamischen Gehalt zu untersuchen. Schon vor der Geburt und während der Schwangerschaft gibt es Relevantes. War das Kind geplant und gewollt oder mußten die Eltern heiraten? War die Lebenssituation der Eltern so ungünstig, daß ein Baby nur eine Belastung darstellte? Waren Gedanken an Abtreibung da oder gab es gar einen Abtreibungsversuch? (Oft kommt so etwas erst sehr viel später in Träumen oder unbewußt gemalten Bildern zutage.) Wurde das Kind emotional abgelehnt oder sogar massiv körperlich traumatisiert? Solche frühen Negativengramme können zeitlebens bestehen bleiben als Urvertrauensstörung und als primäres (nicht objektiv aus dem Sein des Patienten erklärbares) Minderwertigkeits- oder Schuldgefühl.

Schwere psychische Erkrankungen wie schizophrene Psychosen, affektive Psychosen, Borderline-Störungen, narzißtische Neurosen aber auch partielle schwerwiegende depressive Phänomene können hier ihre Wurzel haben (aber meist nicht alleinig).

Der matriachale Entwicklungsraum mit Oralität und Analität

(Neben der psychoanalytischen Phasenlehre, die mit Modifikationen immer noch gültig und sehr hilfreich ist, können auch die Phasen nach M. Mahler einbezogen werden.)

Oralität. Welche Faktoren rühren aus dem ersten Lebensjahr her? Wurde das Neugeborene gestillt und wie lange? Gab es Frustrati-

onen und ungenügende Versorgung, ungenügende Bemutterung in irgendeiner Weise? Gab es Trennungen und Objektverluste? Oder gab es Verwöhnung und Overprotection vielleicht als Reaktionsbildung einer Mutter mit unbewußter Ablehnung oder unbewußten Schuldgefühlen? Gab es Gedeih- und Entwicklungsstörungen?

In diese Zeit fällt die beginnende Unterscheidung zwischen der Mutter (und der Welt) und Eigenem. Auch die Integration von „guten“ und „bösen“ Anteilen bei einem selbst und bei anderen findet normalerweise am Ende dieser Periode statt. Entsprechend rühren frühe Abwehrmechanismen wie die der Spaltung aus dieser Phase.

Folgende Symptombildungen bzw. folgende psychische Erkrankungen können hier ihre Wurzel haben: Eßstörungen wie Anorexie, Bulimie und hyperphage Adipositas; schwere Depressionen; manche Angsterkrankungen, Borderline- und narzißtische Störungen; allgemein Frühstörungen.

Analität. Im 2. und 3. Lebensjahr werden wichtige Entwicklungsschritte gemacht, die mit der Ausdifferenzierung des motorischen Systems und damit der Welteroberung, mit Autonomie und Abgrenzung von der Mutter (und vom Vater), mit einer zunehmenden Kontrolle über die Ausscheidungsfunktionen und einer wachsenden Eigenständigkeit und stärkeren Ausbildung des Ich zu tun haben. Hier ist zu explorieren, wie die motorische Entwicklung (Laufenlernen), die Sauberkeitsentwicklung, die Trotzphase, usw. durchlaufen wurden. Eine fehlende Trotzphase spricht für eine Unterdrückung der aggressiven expansiven Energien und damit für eine Retardierung der Entwicklung von Autonomie und einem eigenständigen Ich. Ein zu heftiges und verlängertes Trotzen zeigt ebenfalls Konflikthaftes in dieser Phase an.

Störungen und Fixierungen in dieser Phase ziehen Autonomie-Abhängigkeitskonflikte, einen Zwangscharakter oder eine Zwangneurose, übertriebenes Leistungsdenken und Perfektionismus oder Aggressionshemmung, usw. nach sich.

Der patriarchale Entwicklungsraum mit Ödipalität und nachfolgenden Phasen

Ödipalität. Im 4. und 5. Lebensjahr kommt es zur Ausbildung der Geschlechtsidentität, zur besseren Unterscheidungsfähigkeit zwi-

schon Phantasie und Wirklichkeit (Differenzierung der Orientierungsfunktionen Intuition und Empfindung) und zur beginnenden Entwicklung der Denkfunktion, die als letzte der vier Orientierungsfunktionen (Empfinden, Intuieren, Fühlen, Denken) ausreift. Man spricht auch von der phallisch-genitalen Entwicklungsstufe, wobei „phallisch“ nicht nur konkret auf das Geschlechtsorgan bezogen ist sondern auch die beginnende geistige Entwicklung (geistige Erektivität) umgreift.

In dieser Phase können (während der Einfluß der Triangulierung schon früher wirkt) deutlicher die mütterliche Dyade verlassen und Dreiecksbeziehungen aufgenommen werden. Hier können ödipale Konflikte auftreten. All das ist bei der Anamneseerhebung zu erkunden. Inwieweit gibt es unbewußt libidinöse Bindungen an den gegengeschlechtlichen Elternteil? Oder konnte aufgrund der frühen Fixierungen die ödipale Stufe gar nicht erreicht werden? Konnte sich das Kind mit dem gleichgeschlechtlichen Elternteil identifizieren und eine solide Identität ausbilden?

Eine gestörte Entwicklung im 4. und 5. Lebensjahr kann zu hysterischen Symptomen, zu Fehlidentifikationen, zu Sexualstörungen, usf. führen.

Latenz, Pubertät, Adoleszenz. Hier wird die geistig-patriarchale Entwicklung fortgesetzt mit der Ausdifferenzierung insbesondere der Denkfunktion in der Schulzeit. Auch die Identitätsfindung wird noch einmal in der Pubertät aktualisiert und möglicherweise abgeschlossen, wobei hier die gleichgeschlechtliche peer group eine große Rolle spielt und vorübergehende homoerotische Betätigungen normal sind.

Zu erwähnen sind Besonderheiten von Kindergarten- und Schulzeit, der Pubertät und alle **Primordialsymptome** (das gilt auch für die früheren Phasen). Die Primordialsymptome verweisen meist schon auf die gestörte Phase und bilden oft eine Brücke zur aktuellen Störung.

Elternkomplexe. Viele der vorgenannten psychodynamischen Fakten können auch in der Sprache der Elternkomplexe ausgedrückt werden. Frühstörungen wie überhaupt Frustrationen, Überforderungen und Traumatisierungen in der oralen und analen Phase (matriarchaler Entwicklungsraum) manifestieren

sich als **negativer Mutterkomplex**. Unbewußt und meist auch im Bewußtsein ist dann die Mutterbeziehung negativ geprägt. Auch ein **positiver Mutterkomplex** kann (beim Mann) entwicklungshemmend wirken, wenn der Entwicklungsimpuls zum Väterlichen hin zu schwach ist. Der **negative Vaterkomplex** spiegelt die negativen Erfahrungen am Vater und geht meist mit einer einseitigen Dominanz des patriarchalen Ordnungs- und Leistungssystems einher. Ein **positiver Vaterkomplex** bei der Frau kann – muß aber nicht – die Libido auf der ödipalen Stufe fixieren und die Übertragung der Libido auf den Partner verunmöglichen.

Orientierungsfunktionen. Wenn Erfahrung damit besteht, kann auch die Dynamik der Orientierungsfunktionen dargestellt werden, sofern neurotische Einseitigkeiten bestehen. Die Abwehrmechanismen der Affektisolierung, Rationalisierung und Intellektualisierung zeigen eine hypertrophe und einseitig dominierende Denkfunktion an. Eine Emotionalisierung kann einer überwertigen und undifferenzierten Fühlfunktion entsprechen. Eine Beeinträchtigung der Realitätsfunktion hängt mit einer mangelnden Trennung von Intuition (Phantasie) und Empfindung (äußere Wahrnehmung) plus nicht genügend kritikfähiger Denkfunktion oder Fühlfunktion zusammen. (Auch die Fühlfunktion ist „kritikfähig“, indem sie Menschen, Situationen oder die zwischenmenschliche Atmosphäre z.B. nach dem Kriterium von angenehm oder unangenehm beurteilen kann.)

Es würde hier zu weit führen darzustellen, inwieweit die Orientierungsfunktion in die einzelnen Neuroseformen und Charakterhaltungen hineinwirken bzw. diese bestimmen.

Zusammenfassend möchte ich sagen, daß in der Psychodynamik eine Hypothese bzw. Hypothesen geäußert werden sollen (z.B. schwerpunktmäßig präödpale Störung), die durch das anamnestische Material eingehend begründet werden müssen. Die aktuelle Auslösung der Symptomatik sollte – wenn möglich – psychodynamisch geklärt werden. Fixierungen, die sich symptomatisch oder charakterneurotisch zeigen, sind in ihrer Herkunft einzuordnen. Auch das Ich ist hinsichtlich seiner Stabilität (und fakultativ hinsichtlich

seiner Orientierungsfunktionen) zu untersuchen.

Manchmal kann unbewußtes Material des Patienten, z.B. ein aktueller Traum oder ein Initialtraum, unsere psychodynamische Arbeitshypothese untermauern und bestätigen. Dieser Traum kann dann aufgenommen und in seiner Bedeutung erklärt werden.

Merkmale der Psychodynamik

- Schilderung der psychodynamisch bedeutsamen biographischen Faktoren
- Aufstellen der psychodynamischen Hypothesen (psychoanalytische Phasen, patriarchaler und patriarchaler Entwicklungsraum) aufgrund der anamnestischen Fakten
- Eventuell Dynamik des Ich (Orientierungsfunktionen)
- Eventuell bestätigendes unbewußtes Material (Traum)

7. Diagnose

Symptomdiagnose. Als erstes kommt die deskriptive Beschreibung der Symptomatik in der Symptomdiagnose. Z.B. „depressive Symptomatik“, „Angstsymptomatik“, „Panikatacken“, „Konversionssymptomatik“, „Psychosomatische Störungen“ (genau angeben, z.B. „funktionelle Magen-Darm-Beschwerden“, „psychogene Tachycardie“, usw.), „Partnerschaftskonflikt“, usw. Hier kann auch die Art der Neurose genannt werden, z.B. „neurotische Depression“, „Herzphobie“, „Angstneurose“, „Zwangsneurose“, „hysterische Neurose“, „Eßstörung“, usw. genannt werden.

Persönlichkeitsdiagnose. Hier ist die vorherrschende Persönlichkeitsstruktur zu nennen. Z.B. depressive, hysterische, zwanghafte, narzißtische, infantile, schizoide, oral-süchtige Persönlichkeitsstruktur oder Kombinationen wie z.B. depressiv-hysterisch, usw. Gleichzeitig kann die Strukturebene (hoch, mittel, niedrig) angegeben, wobei bei den meisten Persönlichkeitsdiagnosen das Strukturniveau festliegt. Z.B. ist die Borderline-Störung fast ganz auf der niedrigen Strukturebene angesiedelt, die klassischen Psychoseformen dagegen auf der höheren, während die narzißtische Störung auf der mittleren oder niedrigen Ebene liegen kann.

Wichtige Fixierungen. Die wichtigsten Fixierungen können in die Diagnose mit hineingenommen werden. Z.B. „mit vorherrschender Regression auf die orale Stufe“, „mit hauptsächlichlicher Fixierung auf der analen Ebene“, „mit ungelöstem Ödipuskomplex“, „bei negativem Mutterkomplex“, „auf der Basis eines negativen Vaterkomplexes“, usw.

Organische Diagnosen. Auch die körperlichen Diagnosen dürfen nicht vergessen werden und sollten hinten angehängt werden, wie z.B. „essentieller Hypertonus“, „Asthma bronchiale“, „Neurodermitis“, usw.

Beispiel. Ein vollständiges Diagnosebeispiel könnte so aussehen: „Angstneurose mit Hyperventilationsanfällen bei depressiver Persönlichkeitsstruktur mit vorwiegend oraler Fixierung.“ Oder: „Einzelne Panikattacken, depressive Symptomatik, Somatisierungen (migräneartige Kopfschmerzen, Schulter-Arm-Schmerzen, psychogene Diarrhöen) sowie Beziehungsstörung bei Borderline-Persönlichkeitsstruktur; vorwiegend präödipler Störungsanteil mit ausgeprägtem negativen Mutterkomplex; Psoriasis.“

8. Indikation und Prognose

Zuletzt wird die Indikation gestellt. Welches Verfahren, z.B. tiefenpsychologisch fundiert oder Kurzzeittherapie, usw. ist angezeigt? Gruppen- oder Einzeltherapie?

Wie sind Introspektionsfähigkeit, Regressionsfähigkeit und Motivation? Welche Entwicklungspotentiale des Patienten sind sichtbar? Was ist das Therapieziel? Wie ist die Prognose einzuschätzen? Leidensdruck, Verlässlichkeit, die Persönlichkeit sowie das Entwicklungspotential bestimmen die Prognose mit.