

Psychodynamische Psychotherapie

Die Arbeit an Konflikt, Struktur und Trauma

Bearbeitet von
Gerd Rudolf

2., überarb. Aufl. 2014. Buch. ca. 272 S. Hardcover
ISBN 978 3 7945 2988 9
Format (B x L): 16,5 x 24 cm

[Weitere Fachgebiete > Psychologie > Psychotherapie / Klinische Psychologie > Psychodynamische Therapieverfahren](#)

Zu [Inhaltsverzeichnis](#)

schnell und portofrei erhältlich bei


DIE FACHBUCHHANDLUNG

Die Online-Fachbuchhandlung beck-shop.de ist spezialisiert auf Fachbücher, insbesondere Recht, Steuern und Wirtschaft. Im Sortiment finden Sie alle Medien (Bücher, Zeitschriften, CDs, eBooks, etc.) aller Verlage. Ergänzt wird das Programm durch Services wie Neuerscheinungsdienst oder Zusammenstellungen von Büchern zu Sonderpreisen. Der Shop führt mehr als 8 Millionen Produkte.

4 Psychodynamische Diagnostik

Diagnostik steht am Anfang jeder klinischen Überlegung und therapeutischen Planung. Wir diskutieren Diagnostik hier erst im vierten Kapitel, nachdem zuvor geklärt wurde, welche pathogenen Muster der Psychodynamik unterschieden werden können, welche differenziellen Ätiologien psychischer Störungen möglich sind und welche therapeutischen Konsequenzen daraus abgeleitet werden. Damit ist umrissen, worauf der diagnostische Blick sich richten und was er abklären sollte.

4.1 Charakteristik der psychodynamischen Diagnostik

Nach anfänglicher psychoanalytischer Skepsis gegenüber diagnostischen Zielsetzungen und Befunden haben sich in der psychodynamischen Diagnostik teilstrukturierte Interviews durchgesetzt, die geeignet sind, aktuelle klinische Aspekte, biographisch prägende Erfahrungen, psychodynamische Dispositionen und symptomauslösende Situationen zu erfassen und daraus psychodynamische Befunde und eine diagnostische Klassifikation abzuleiten.

In einer Zeit, in der Diagnostik in der Medizin mit großem technischen Aufwand und in der Psychologie mit umfangreichen Testinstrumenten durchgeführt wird, betont die psychodynamische Diagnostik den Aspekt der persönlichen Begegnung zwischen dem Patienten und einem Psychotherapeuten, der, falls eine Behandlung zustande kommt, meist auch der künftige Therapeut ist. Diese Konstellation zeigt bereits die große Nähe von psychotherapeutischer Diagnostik und psychotherapeutischer Behandlung. In der traditionellen Psychoanalyse war der Akzent ganz zur therapeutischen Seite hin verschoben, die diagnostischen Fragen wurden in dem anfänglichen Behandlungsabschnitt, der Probetherapie geklärt. Darüber hinaus war man in Abgrenzung zu der psychopathologischen Beschreibung der Psychiatrie bemüht, den Patienten nicht durch frühzeitige diagnostische Zuordnungen zu „pathologisieren“; dieser Vorbehalt blieb auch später gegenüber der Zuordnung zu einem Krankheitsbild im Rahmen der diagnostischen Klassifikation bestehen. Noch heute ist in der Richtlinienpsychotherapie von den „**probatorischen Sitzungen**“ die

Rede, in denen die Situation des Patienten diagnostisch und prognostisch geklärt werden soll.

Historisch wurden in den 1950er Jahren im Bereich institutioneller Psychoanalyse und Psychiatrie Bemühungen verstärkt, den Patienten in mehr oder weniger strukturierten Interviews systematisch zu untersuchen. Dies hatte zum Ziel, die aktuelle Situation des Patienten vor dem Hintergrund seiner Entwicklung zu verstehen und die erhobenen Befunde systematisch zu dokumentieren. In Deutschland stellte Schultz-Hencke (1951) sein Konzept der Tiefenpsychologischen Anamnese vor, in den USA entwickelten Sullivan (1954) und Gill et al. (1954) Interviewmodelle. In England beschäftigten sich Balint u. Balint (1962) und Malan (1965) mit diagnostischen Aspekten der Patient-Therapeut-Begegnung; Anna Freuds „Metapsychological assessment“ erschien 1965.

Aus einer strikt psychoanalytischen Sicht wurde in den 1970er Jahren das Bemühen systematisiert, den Patienten hinsichtlich seiner unbewussten Beziehungsangebote zu verstehen, indem sich die Aufmerksamkeit des Untersuchers auf die Gestaltung der ersten Begegnungen mit dem Patienten, vor allem auf die Wahrnehmung der Gegenübertragung, zentrierte. Die Äußerungen und Verhaltensweisen des Patienten in der diagnostischen Situation werden vom Therapeuten als unbewusste Inszenierung verstanden, mit der der Patient seine unbewussten Motive und Gefühle zum Ausdruck bringt und dadurch den Therapeuten in einen Handlungsdialog einbindet, so dass dieser einen Einblick in das unbewusste innerpsychische Geschehen des Patienten gewinnen kann (Argelander 1970). Dass sich entsprechend der psychoanalytischen Annahme die entscheidenden Konflikte des Patienten bereits im ersten Kontakt zum Therapeuten abbilden und erfassen lassen, nennt Hoffmann (2008) eine „zurückhaltend ausgedrückt, sehr mutige Annahme“ und die Vorstellung, dass die ersten Patientenäußerungen bereits seine Lebensprobleme zusammenfassen, einen „liebenswerten Mythos“.

Die Verknüpfung aktueller psychodynamischer Befunde und biographischer Aspekte beschrieben Dührssen (1981, „Die biographische Anamnese unter tiefenpsychologischen Aspekten“, neu herausgegeben mit einer Einführung von Rudolf u. Rieger 2011) und Rudolf (1981, „Untersuchung und Befund bei Neurosen und psychosomatischen Erkrankungen“). Im gleichen Jahr veröffentlichte Kernberg seinen Ansatz des Strukturellen Interviews, das darauf abzielte, psychische Funktionsniveaus des Patienten (im Sinne von neurotisch, Borderline, psychotisch) zu differenzieren. Luborsky u. Crits-Christoph (1990) und Dahlbender et al. (1993) beschrieben ein Beziehungsepi-sodeninterview, das auf die Erfassung des zentralen Beziehungskonflikts ausgerichtet ist. Zunehmend wurde auch die Dynamik von Paaren und Familien zum Gegenstand diagnostischen Interesses (Cierpka 1996). In den 1990er Jahren wurden verschiedene Instrumente zur Erfassung von Bindungserfahrungen und Bindungsstilen entwickelt. In der heutigen psychodynamischen Diagnostik, z. B. nach OPD, sind die erwähnten diagnostischen Ansätze integriert (s. Kap. 4.1.1).

In der Richtlinienpsychotherapie ist Diagnostik derzeit noch ein Stiefkind. Die Richtlinien und der Kommentar fordern zwar die Klärung der aktuellen und biographischen Psychodynamik als Grundlage der Therapieplanung und Antragstellung, es gibt jedoch keine zeitgemäßen Ausführungen über diagnostische Verfahren,

diagnostische Schlussbildung, Befundbeschreibung (z. B. OPD) und diagnostische Klassifikation (z. B. ICD). Ebenso fehlt die Nutzung von Selbsteinschätzungen des Patienten, die geeignet wären, der Therapeutensicht die Patientenperspektive gegenüber zu stellen (z. B. Persönlichkeitsinventare wie SCL-90 oder IIP-D zur Erfassung interpersoneller Probleme), was besonders für die Einschätzung von Verlauf und Ergebnis bedeutsam wäre.

4.1.1 Operationalisierte psychodynamische Diagnostik (OPD)

Die Entwicklung der Operationalisierten psychodynamischen Diagnostik in den 1990er Jahren (Arbeitskreis OPD 1996) erfolgte in dem Bemühen, die bewährten psychoanalytischen Konzepte so zu fassen, dass sie in wissenschaftlichen Fragestellungen reliabel erfasst und untersucht werden können. Bis dahin galten psychoanalytische Befunde wegen der historisch vielfältigen Bedeutungsnuancen der Konzepte und Begriffe, aber auch wegen der subjektiven Handhabung durch die einzelnen Therapeuten, als wissenschaftlich kaum kommunizierbar.

Das Ergebnis der Entwicklung ist ein diagnostisches Instrument, das psychische Störungen hinsichtlich ihrer Psychodynamik auf vier Ebenen abbildet und mit der ICD-10-Klassifikation verknüpft (Achse V). Die vier Ebenen betreffen das Krankheitserleben und die Motivation des Patienten (Achse I), die Beziehungsdynamik (Achse II), die lebensbestimmenden unbewussten Konflikte (Achse III) und die strukturellen Fähigkeiten (Achse IV). Das Wesensmerkmal des Systems OPD ist die sorgfältige Operationalisierung aller verwendeten Merkmale, so dass sich unterschiedliche Untersucher, auch solche mit unterschiedlichem theoretischen Hintergrund, anhand der Begriffsdefinitionen über Qualität und Ausprägungsmerkmale einigen können, was durch zahlreiche Reliabilitätsstudien belegt ist. Mit Hilfe des Instruments konnten zahlreiche Studien zur Charakterisierung von unterschiedlichen Patientenstichproben hinsichtlich psychodynamischer Gegebenheiten und therapeutischer Entwicklungen durchgeführt werden. Einen großen Entwicklungsschritt bedeutete die Einführung des Systems OPD-2 (2006), das die **psychodynamische Behandlungsplanung** von dem diagnostischen Befund ausgehend konzeptualisiert. Die Diagnostik nach OPD stößt auf großes Interesse, was sich an der Zahl der jährlich in Trainingskursen ausgebildeten Therapeuten ablesen lässt, ebenso an der Tatsache, dass viele Ausbildungsinstitute und Kliniken OPD als Standardinstrument psychodynamischer Diagnostik und nicht zuletzt als Instrument der Qualitätssicherung eingeführt haben. Manche psychotherapeutische Kliniken beschreiben alle neu aufgenommenen Patienten mit OPD, manche Einrichtungen haben ihre Behandlungsprogramme OPD-basiert auf konfliktbezogene, strukturbezogene und traumabezogene Therapien ausgerichtet. Es gibt Übersetzungen des OPD-Manuals ins Englische, Spanische, Ungarische, Chinesische, Italienische, Russische, Tschechische, Rumänische und Arbeitsgruppen in den entsprechenden Ländern, die sich mit psychodynamischer Psychotherapieforschung auf OPD-Grundlage beschäftigen. OPD ist eines der wenigen Instrumente, das sich nicht auf Selbsteinschätzungsdaten der Patienten, sondern auf eine Experteneinschätzung stützt. Die Handhabung des

zugrunde liegenden OPD-Interviews ist beschrieben bei Janssen et al. (1996), Schauenburg et al. (1998) und sehr ausführlich in dem Buch OPD-2 (2006). Zweckmäßigerweise werden die Akzente des OPD-Befundes (Abklärung des klinischen Bildes, der Biographie, der psychodynamischen Zusammenhänge) auf unterschiedliche Termine verteilt. Dies geschieht zum einen, weil sie verschiedene Zielsetzungen haben und sich nicht einfach hintereinander schalten lassen, zum anderen weil in einer Abfolge von Terminen deutlich wird, wie der Patient auf die angesprochenen Themen reagiert und sich in dieser Entwicklung ein Indikator für die Möglichkeiten einer künftigen Therapie zeigt.

Die OPD-Diagnostik verknüpft Aspekte psychoanalytischer Beziehungsdiagnostik mit solchen einer wissenschaftlich beschreibenden und einschätzenden Vorgehensweise:

- In der diagnostischen Begegnung nimmt der Therapeut Aussagen und szenische Mitteilungen des Patienten auf, lässt sie auf sich wirken und reflektiert sie in sich, so dass in ihm ein vorläufiges Arbeitsmodell der Situation des Patienten entsteht. Dieser heuristische Ansatz ermöglicht dem künftigen Therapeuten eine Beziehungsaufnahme des einführenden Verstehens. Sich allein darauf zu beschränken, würde allerdings das aus der psychoanalytischen Diagnostik bekannte Risiko einer subjektiv-persönlichen und theoriegeleiteten Einschätzung beinhalten. Daher sind die folgenden diagnostischen Schritte unerlässlich.
- Mit Hilfe explorativer Techniken, d. h. mit Fragen zu bestimmten Themen und z. B. mit Hilfe der biographischen Anamnese, wird das Leben und Erleben des Patienten in seiner biographischen und aktuellen Dimension erkennbar. Dieser phänomenologische Zugang beinhaltet das sorgfältige Erfassen und Beschreiben des Erlebten auf der bewussten Oberfläche.
- Anhand der Systematik von OPD erfolgt im nächsten Schritt eine dimensionale Zuordnung z. B. zu den operationalisierten Konflikten und strukturellen Merkmalen des Patienten. Damit wird die sehr große Vielfalt des Intrapsychischen und Interpersonellen auf eine begrenzte Anzahl von Mustern (z. B. sieben Konflikte in jeweils aktivem oder passivem Modus) reduziert. Der Untersucher kann sich dabei auf die Modellsätze der Checklisten stützen. Wie mit diesen, in fünf Achsen beschriebenen, diagnostischen Merkmalen weiter verfahren wird und wie daraus eine Behandlungsplanung abgeleitet werden kann, ist in Kapitel 4.6.2 beschrieben.

4.1.2 Der diagnostische Prozess im Überblick

Wer viel klinische Erfahrung besitzt, beginnt das diagnostische Gespräch an einer beliebigen, vom Patienten angebotenen Stelle und bewegt sich zirkulär von Thema zu Thema bis er nach vielen Schleifen ein schlüssiges Bild gewonnen hat. Diese „Kunst“ ist schwer zu beschreiben (etwas davon findet sich in Kap. 4.6.1). Vorläufig beschränken wir uns auf das Handwerkliche des diagnostischen Vorgehens und gliedern den Vorgang in eine Reihe von Schritten, die unterschiedliche Teilziele der diagnostischen Klärung beinhalten. Auch dieser Vorgang muss nicht strikt linear absolviert werden, wichtig ist lediglich, dass am Ende die gesamte beschriebene Sequenz geklärt ist.

Tab. 4-1 Die Teilschritte des diagnostischen Prozesses

	Diagnostischer Teilschritt	Leitfragen
1	Abklärung des klinische Bildes und der aktuellen sozialen Situation	Woran leidet der Patient und wie lebt er aktuell?
2	Die biographische Situation	Wie ist der Patient geworden, welche prägenden Erfahrungen und Belastungserfahrungen hat er erlebt?
3	Hypothesen zur Ätiopathogenese	Welche Belastungen haben welche Störungsdispositionen hinterlassen?
4	Hypothesen zur symptomauslösenden Situation	Was hat die Erkrankung ausgelöst?
5	Psychodynamische Fallformulierung	Welches psychodynamische Verständnis der Persönlichkeit, ihrer Entwicklung und aktuellen Erkrankung lässt sich gewinnen?
6	Therapeutische Zielsetzung und Behandlungsplanung	Welcher Therapieentwurf resultiert aus der Diagnostik?

Die in Tabelle 4-1 beschriebenen Teilschritte werden in den Kapiteln 4.2 bis 4.6 näher ausgeführt.

4.1.3 Die diagnostische Haltung

Einer anderen, bis dahin fremden Person zu begegnen, sich mit ihr auszutauschen, sie mehr und mehr kennen zu lernen, ist eine immer wieder faszinierende Erfahrung. Eine günstige Voraussetzung dafür ist eine Einstellung gegenseitigen Respekts und wechselseitigen wohlwollenden Interesses.

Manche Psychotherapeuten befürchten, ein Kennenlernen mit dem Ziel der Diagnostik trage das Risiko, eine Situation zu schaffen, in der der Patient sich belauscht, bedrängt, überführt und bewertet, d. h. in der Regel entwertet und pathologisiert, fühlt. Eine solche inquisitorische Tendenz liegt nicht im Wesen der Diagnostik begründet. Grundsätzlich kann jede Beziehungssituation zwischen Menschen auch feindselig, misstrauisch, destruktiv gestaltet werden, das liegt in der Verantwortung der Beteiligten. Im Gespräch mit schwer belasteten Patienten, etwa traumatisierten Borderline-Patienten, können durchaus aggressiv-feindselige Themen in der diagnostischen Situation aktualisiert werden, aber auch das ist keine spezifische Auswirkung der Diagnostik, sondern eine Folge der dysfunktionalen Beziehungsbereitschaft des Patienten, die in jeder neuen Beziehungssituation aktiviert werden kann.

Der Diagnostiker ist nicht jemand, der dem Patienten Negatives nachweisen will, sondern er ist jemand, der dem Patienten seine Expertensicht zur Verfügung stellt. Er versucht, die innere und äußere Situation des Patienten zu verstehen und ihm zu einem besseren Selbstverständnis zu verhelfen. Das kann für den Patienten belastend