



Untersuchungs- methoden

Inhaltsverzeichnis

- 2.1 Erster Eindruck – 77
- 2.2 Kommunikation – 79
- 2.3 Exploration. Gesprächsführung – 83
- 2.4 Ausdrucksdeutung –
Verhaltensbeobachtung – 88
- 2.5 Psychostatus (psychopathologischer
Befund) – 95
- 2.6 Anamnese und Katamnese – 96
- 2.7 Beobachtungs- und
Beurteilungsfehler – 102
- 2.8 Aggravation und Simulation – 105
- 2.9 Psychometrie – 109
- 2.10 Somatische Basisdiagnostik – 119

- 2.11 Dokumentation – 123
- 2.12 Diagnostische Zuordnung – 126
- 2.13 Klassifizierung – Krankheitslehre – 130

2.1 Erster Eindruck

Die psychopathologische Untersuchung einer Person mit dem Ziel einer ebenso exakten wie umfassenden Identifizierung eines Krankheitsbildes erfolgt stets mehrgleisig, d. h. die Informationen entstammen unterschiedlichen, verbalen und nonverbalen Quellen (**multimodale Diagnostik**). Bereits bei einem kurzen **Erstkontakt** wird in Bruchteilen von Sekunden ein Eindruck vermittelt, der zwar auf der einen Seite vage durch unbestimmte, nur pauschale Anmutungsqualitäten (z. B. „sympathisch“, „verschlossen“, „bedrückt“) bestimmt wird, auf der anderen Seite jedoch häufig als ziemlich zutreffend erlebt wird.

Gerade psychische Auffälligkeiten werden **intuitiv** (lateinisch: *intueri* = in sich hineinschauen) schon bei der ersten Begegnung über das Äußere der Betroffenen reflexartig registriert, instinktiv mit früheren Erfahrungen abgeglichen und bewertet (**Framing**). Kommunikationsvermögen, Interaktionsstil, Stimme, Psychomotorik, Haltung, körperliche Verfassung, Frisur, Pflegezustand, Kleidung und Schmuck u. ä. können in der Tat unmittelbar Aufschluss über Art und Intensität einer psychischen Störung geben. Am ehesten werden Persönlichkeitsbesonderheiten wahrgenommen, die sich im Verhalten, Benehmen und Sprechen ausdrücken, darüber hinaus jedoch auch Merkmale wie motorische Geschicklichkeit, affektive Ansprechbarkeit und mentale Beweglichkeit (z. B. Aufmerksamkeit, Reagibilität, Konzentration). Summarisch erfasst dieses vorbewusste Vermuten eher das ganzheitliche Gestalthafte einer Person als einzelne Details (► Abschn. 2.4).

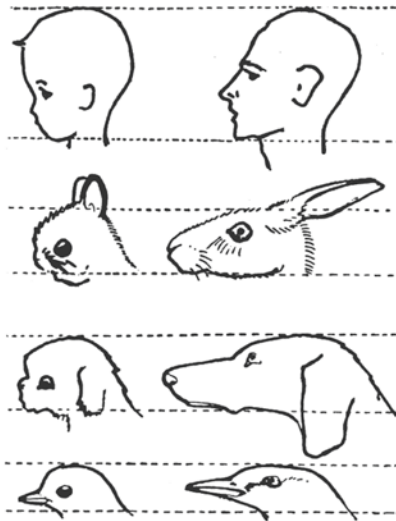
Hintergrund

In der klinischen Psychiatrie ist als Beispiel die nicht weiter interpretierbare Anmutung bekannt, die sich aufgrund der oft unverständlich-uneinfühlbaren Kommunikation im Kontakt mit Schizophrenen einstellt, insbesondere an Hebephrenie Erkrankten. Dieses globale, nicht weiter differenziert beschreibbare, befremdliche Erleben wurde von H. C. Rümke (1893–1967) – in Anlehnung an die frühere Bezeichnung „*Dementia praecox*“ für früh sich manifestierende Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis – „*Praecox-Gefühl*“ genannt. Es entstammt längerer beruflicher Erfahrung und beruht offenbar auf damit verbundenen, nicht ins Ich-Bewusstsein tretenden Erinnerungsfragmenten.

Das gefühlsmäßige Angesprochenwerden führt zum **Evidenzerlebnis** (lateinisch: *evidentia* = Deutlichkeit) einer subjektiven Sicherheit, die sich aus dem speziellen beruflichen Training entwickeln kann, das systematisch auf prägnanztypische Abweichungen ausgerichtet wird. Infolge dieser Prägung entsteht bereits beim Initialkontakt das Gefühl einer Vertrautheit mit einer vorgefundenen Symptomatik, falls zuvor ähnliche Krankheitsbilder und -verläufe mehrmals erlebt wurden (**Primingeffekt**).

Die spontane Gewissheit einer Urteilsbildung aufgrund des „ersten Eindrucks“ ohne jede bewusste persönliche Vorerfahrung hat ihre Wurzeln im evolutionären Erbe der stammesgeschichtlichen Entwicklung (Phylogenese). Höher entwickelte Tiere verständigen sich untereinander weitgehend und unmissverständlich auf der Basis **angeborener Auslösemechanismen**, die als biologisch verankerte Verhaltensreaktionen auf ein bestimmtes Ausdrucksverhalten (Schlüsselreiz) quasi reflexhaft erfolgen. Diese genetisch verankerten Ausdruck-Eindrucks-Verschränkungen sind für das Überleben des einzelnen Lebewesens bzw. seiner Art notwendig. Beim Menschen sind diese Interaktionsregulatoren unter dem Gewebe der Sozialisation nur noch rudimentär an bestimmten, rituell anmutenden Verhaltensweisen erkennbar, z. B. am sog. Kindchenschema, das den Pflegeinstinkt aktiviert (■ Abb. 2.1), im Balz- oder Dominanzverhalten, in Droh-, Schutz- und Demutsgebärden (z. B. als Proskinese).

Ebenfalls im Biologischen begründet sind offensichtlich das Angeregtwerden und emotionale Mitschwingen (**affektive Resonanz**) des Betrachters als Reaktion auf entsprechende Befindens- und Verhaltensweisen seines Gegenübers (**Theory of Mind – ToM**). Diese „Gefühlsansteckung“ ist



■ **Abb. 2.1** Pflegetriebbaulösende „Kindchenschemata“ (linke Spalte) als angeborene Auslösemechanismen (AAM). (Aus Lorenz 1943, mit freundlicher Genehmigung von John Wiley and Sons)

bereits in der frühesten Kindheit zu beobachten; sie wird vermutlich durch sog. Spiegelneurone in verschiedenen Hirnarealen mitreguliert, die in Millisekunden über eine Dekodierung wahrgenommener, mimischer, gestikulatorischer und auditiver bzw. phonischer Äußerungen unbewusst analoge Imitationen auslösen (**Empathie** ▶ Abschn. 2.4).

Die Auffassung, vielleicht aufgrund einiger Menschenkenntnis und Lebenserfahrung in kurzer Zeit ein sicheres (diagnostisches) Urteil über andere abgeben zu können, kontrastiert allerdings zum Ergebnis entsprechender empirischer Untersuchungen. Dennoch gelingt es selbst kritischen Untersuchern oft nur schwer, das gewonnene Bild des ersten Eindrucks zu revidieren, wenn erneute Begegnungen andere, vielleicht sogar gegensätzliche Informationen liefern (**kognitive Dissonanz**). Irrtümer, gekennzeichnet durch stereotype und verfestigte Vorurteile, sind häufig, sodass auch ein routinierter Diagnostiker sich nicht zu sehr auf seine diesbezüglichen, vermeintlichen Fähigkeiten verlassen sollte (▶ Abschn. 2.7).

Zusammenfassung

Die Beurteilung aufgrund des ersten Eindrucks kann eine subjektive Sicherheit suggerieren, die sich empirisch nicht belegen lässt. Dessen ungeachtet lässt das Erscheinungsbild einer Person einschließlich ihrer motorischen, sprachlichen und Verhaltensaktivitäten bei ausreichender Berufserfahrung durchaus eine globale (differenzial-)diagnostische Einschätzung des aktuellen Befindens und der psychischen Verfassung zu. Offensichtlich ermöglichen neuronale Potenziale wie auch soziales Lernen die Befähigung zu intuitiver Empathie und emotionaler Resonanz.

2.2 Kommunikation

Die menschliche Kommunikation (lateinisch: *communicare* = teilnehmen, besprechen) dient der gegenseitigen Verständigung. Sie besteht in einer **Informationsübermittlung** die sowohl in Form der Lautsprache auf verbalem Weg, als auch nonverbal über Symbole und Zeichen als Schrift, oder mittels der Körpersprache stattfinden kann. Bezüglich der Mitteilungsdichte und -differenziertheit hat die **Sprache** den höchsten semantischen Gehalt, in Bezug auf die Authentizität und Unmittelbarkeit die nonverbale Informationsübermittlung, insbesondere das **Ausdrucksverhalten**. Grundsätzlich ist stets die folgende Dreigliedrigkeit des Informationsprozesses kennzeichnend: Sender (Kommunikator) – Information (Botschaft) – Empfänger (Kommunikant; ▶ Abschn. 1.6).

Im Rahmen psychopathologischer Diagnostik (z. B. bei Erstkontakt, Exploration, Anamneseerhebung oder Verhaltensbeobachtung (folgende Abschnitte) haben – wie auch bei allen therapeutischen Interventionen – sämtliche Informationswege Bedeutung, allerdings in wechselndem Ausmaß und mit unterschiedlichem Gewicht.

Hintergrund

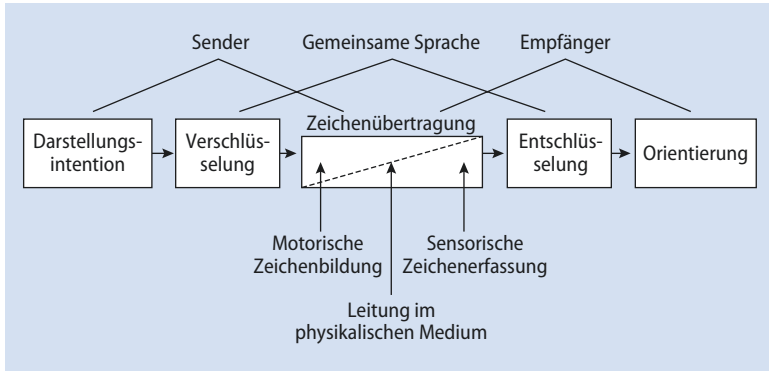
Alles Verhalten in interpersonalen Situationen hat Mitteilungscharakter – unabhängig davon, ob es vorsätzlich oder ohne Absicht gezeigt wird. Hierbei enthält jede Mitteilung eine inhaltliche Information (**Sach-** oder **Inhaltsaspekt**) sowie eine metakommunikative Anweisung an den Empfänger, wie bzw. in welchem Kontext dieser Inhalt zu verstehen ist (**Beziehungsaspekt**).

Die Informationsübertragung bleibt asymmetrisch bzw. einseitig durch Sichverschließen, Sichentziehen, Nichtverstehen, Gleichgültigkeit oder Kontakunfähigkeit (► Abschn. 8.1, ► Abschn. 4.1). In diagnostischen (und therapeutischen) Situationen ist zudem bisweilen die Verwendung eines **Berufsjargons** („special language“, „Fachchinesisch“) üblich, dessen sich Angehörige eines bestimmten Berufsstandes bevorzugt untereinander bedienen. Er eignet sich meist nicht zu aufklärenden Mitteilungen an Laien, da er oft unverständlich ist und daher einschüchternd oder distanzierend wirken kann.

Die in der Regel bilateralen („face to face“) Kommunikations- und Interaktionsprozesse zwischen Fachkundigen und deren Klientel umfassen sowohl kognitive als auch emotionale Dimensionen einschließlich Bedürfnissen und Motivationen sowie Rollenerwartungen und -verhaltensweisen. Bereits bei der ersten Kontaktaufnahme (► Abschn. 1.12) können mit Händedruck und Begrüßungsformel berufsbezogene **Interaktionsrituale** wirksam werden, erst recht, wenn signifikante Statussymbole im Untersuchungszimmer sichtbar werden (z. B. Tonbandgerät oder Videorekorder, Fachliteratur, Schreibzeug, Testmaterial, Diktiergerät und PC, Untersuchungsliege und -instrumente, diverse Messapparate, Medikamentenschrank, Schautafeln).

Während die **sprachliche** (verbale bzw. digitale) **Kommunikation** sich auf die inhaltlich-begriffliche Seite des Mitgeteilten bezieht, umfasst die **wordlose** (nonverbale bzw. analoge) das Sprechverhalten (Prosodie, Phonik) oder andere akustische, paraphrasische Äußerungen (z. B. Räuspern, Hüsteln, Seufzen, Stöhnen, Schreien, Lachen), darüber hinaus Mimik, Körperhaltung, Gestik bzw. Pantomimik und Körpergeruch, d. h. alle anderen sensorischen Qualitäten (Embodiment).

Die auf dieser Ebene mitgeteilten Informationen werden von der untersuchenden Person meist nicht bewusst und kontrolliert wahr- und aufgenommen, sondern in der Regel sprachbegleitend über mehr oder weniger deutliche Ahnungen, Anmutungen und Impressionen (► Abb. 2.2). Die Fähigkeit zur Interpretation dieser reflexhaften Eindrucks-Ausdrucks-Verschänkungen ist teils über anlagebedingte Auslösemechanismen



■ **Abb. 2.2** Kommunikationsmodell. (Aus Hofstätter 1993)

vorprogrammiert, teils wird sie innerhalb der verschiedenen Kulturkreise von Kind auf im Rahmen der Sozialisation erlernt. Instinkt, Gespür, Intuition und Fantasie lassen unter dem Einfluss von Gedächtnis und Vorerfahrung Einschätzungen bzw. (vorläufige) Beurteilungen mit Evidenzcharakter entstehen (► Abschn. 1.12), wobei sicherlich große individuelle Unterschiede bestehen.

Die **sprachliche Kommunikation** umfasst auf der Ebene der **Lautbildung** die Art und Weise des Sprechens (z. B. Lautstärke, Modulation, Tempo, Sprechfluss, Stimmqualität, Rhythmus, Kontinuität), aber auch Begleiterscheinungen mit Ausdrucksfunktion wie Betonungen, Pausen, Einschübe u. Ä. Diese Übermittlung von Informationen über Intonation und Sprechmelodie gehört zum **prosodischen** (griechisch: pro=zu, oide=Gesang) Potenzial der Sprache. Sie setzt jeweils eine ausreichend intakte, akustisch-sinnliche Wahrnehmung des Gegenübers (und umgekehrt) voraus (► Abschn. 8.10). Bei Gehörlosigkeit werden – außer der Schrift – ersatzweise mimische und gestikulierende Übersetzungen verwendet.

Normalerweise sind sprachliche und nichtsprachliche Kommunikationselemente miteinander verschränkt, d. h. der verbale Informationsaustausch wird stets von einem nonverbaler Art in Form phonischer und (panto-)mimischer Ausdrucksmerkmale stimmig (**synthym**) begleitet und umgekehrt. Eine Diskrepanz führt infolge einer Überforderung der Fähigkeit zum Ausgleich wahrgenommener Widersprüchlichkeiten (Ambiguitätstoleranz) zu einer **Kommunikationsstörung**, die Ausdruck einer psychischen Erkrankung sein kann. Infolge der hierdurch bedingten Missverständnisse, Verschleierungen oder Mehrdeutigkeiten kann die verbale Verständigung lückenhaft,

desinformativ oder gar irreführend sein (**kognitive Dissonanz**). So werden z. B. bei zweckgebundenen Nachrichten oder in der Werbung Informationen häufig nur selektiv übermittelt, entweder besonders betont oder unterdrückt, um bestimmte Wirkungen zu erzielen bzw. Fakten vorzuenthalten oder sogar zu verfälschen („Fake news“) (► Abschn. 7.5).

Von Anfang an ist zu prüfen, ob jemand freiwillig, vielleicht unter **Leidensdruck** stehend, in die Sprechstunde kommt, oder gleichgültig-distanziert, oder gar genötigt bzw. gezwungenermaßen. Erweist sich jemand bei krankheitsbedingt fehlender Einsicht als schwer krank und willigt in keinerlei Behandlung ein, muss die Einrichtung einer **rechtlichen Betreuung** mit Übertragung der Gesundheitsfürsorge in Erwägung gezogen werden. Bei aktueller Selbst- oder Fremdgefährdung ist über die zuständige Ordnungsbehörde eine **Zwangsunterbringung** in einer psychiatrischen Einrichtung in die Wege zu leiten (► Abschn. 2.8).

Hintergrund

Widersprüchlichkeiten zwischen Informationen auf den genannten, verschiedenen Kommunikationsebenen sind Ausdruck einer **paradoxen** (inadäquaten) **Kommunikation** (griechisch: para = gegen, doxa = Meinung). Sie können – in Abhängigkeit von der sich dahinter verbergenden Motivation und Absicht – zu Ratlosigkeit, Verwirrung und Konfusion führen. Von G. Bateson (1904–1981) wurde seinerzeit die „Beziehungsfalle“ einer doppeldeutigen, paradoxen Kommunikation als Ursache für eine Erkrankung an Schizophrenie angesehen („Double-bind“-Hypothese).

Diese Theorie hat sich allerdings als unzutreffend erwiesen; möglicherweise wurden Ursache und Auswirkungen miteinander verwechselt. Gleichwohl belastet ein inadäquater Kommunikationsstil mit Ironisierungen, Mehrdeutigkeiten und Anspielungen eine Verständigung mit psychisch Kranken, vor allem Psychotikern oder Autisten, weil sie metaphorische Äußerungen nicht zu deuten vermögen. Auch belehrende Bemerkungen erweisen sich als unpassend; erst recht sind moralisierende unangebracht.

Kommunikationsstörungen entstehen grundsätzlich – außer bei Sprech- und Sprachstörungen (► Abschn. 8.10),

- wenn die untersuchende Person „geistesabwesend“ ist und dadurch ihr Gegenüber verunsichert oder gar blockiert („Präokkupation“),
- durch Interaktionsbezogenheit, d. h. wenn das Bemühen um einen gefälligen oder vereinfachten Kommunikationsablauf keine Authentizität und Offenheit entstehen lässt,
- durch ausschließliche Bezogenheit auf die untersuchte Person, die aus unechter, narzisstischer oder unaufrichtiger Haltung resultiert.

Wenn verbale (digitale) und nonverbale (analoge) Kommunikation divergieren, wird Letzterer instinktiv meist mehr vertraut. Beispielsweise wird

der Selbstschilderung von Personen als zufrieden und ausgeglichen mit Skepsis begegnet, wenn sie – offensichtlich unter erheblichem Leidensdruck stehend – zusammengesunken und mit ängstlich-deprimiertem Gesichtsausdruck gegenüberstehen. In diesem Fall ist es notwendig, innerhalb einer vertrauensbildenden Atmosphäre die damit einhergehenden Verständigungsprobleme zu klären, um sich ein authentisches Bild machen zu können (► Abschn. 2.8).

Zusammenfassung

Die zur Diagnostik notwendige Kommunikation verläuft auf den Ebenen der sprachlichen (verbalen) und nichtsprachlichen (nonverbalen) Mitteilung (Embodiment). Erstere ist informativer, auch willentlich kontrollierbarer, Letztere authentischer, weil autonomer, d. h. weniger steuerbar. Divergenzen zwischen diesen beiden Informationskanälen hinterlassen infolge inadäquater (paradoxe) Kommunikation den Eindruck von Zwiespältigkeit, Zweifel und diagnostischer Unsicherheit. Das Medium der verbalen (digitalen) Kommunikation ist das auf einer Lautsymbolik beruhende **Sprechen** (Prosodik); nonverbale (analoge) Kommunikation beruht auf dem Ausdrucksverhalten bzw. der **Körpersprache**.

2.3 Exploration. Gesprächsführung

Als Standardmethode zur Ermittlung des psychischen Befundes vermittelt das Gespräch (**Exploration**, lateinisch: explorare = erforschen) in allen seinen Varianten die wichtigsten diagnostischen Bausteine. Es soll als klassische Form der psychiatrischen und psychologischen Untersuchung soweit wie möglich ein Bild über Befinden und Erleben der hilfebedürftigen Person vermitteln. Von deren Seite ist hierzu ein gewisses Maß an Introspektion sowie Mitteilungsfähigkeit und -bereitschaft notwendig, vom Gegenüber Aufmerksamkeit, Einfühlungsvermögen, Taktgefühl und Aufgeschlossenheit.

Im **Erstgespräch** werden die einzelnen psychischen Qualitäten entweder in freier Form oder nach einem bestimmten Muster abgefragt, insbesondere diejenigen, die als abweichend, eingeschränkt, störend oder krankhaft in Erscheinung treten oder vermutet werden (► Abschn. 2.10). Zuvor sollte sich der/die Untersucher/-in einen globalen Überblick über das aktuelle Beschwerdebild der Betroffenen aufgrund deren – anfangs möglichst nicht unterbrochenen – Schilderung verschafft haben. Auf die Bedeutung der synchronen Registrierung von Prosodik und Körpersprache wurde bereits oben hingewiesen.

Hintergrund

Mit (schriftlich fixiertem) Einverständnis können **Audio-** oder **Videoaufzeichnungen** angefertigt werden. Ihr störender Einfluss wird meistens überschätzt; bereits nach wenigen Minuten haben die meisten – ausgenommen wahnkranke oder extrem misstrauische – Patienten/-innen sich daran gewöhnt und beachten die Technik nicht weiter, zumal die zur Verfügung stehenden Kleinstgeräte kaum auffallen und leicht zu bedienen sind. Zum Studium von Behandlungsverläufen (Katamnesen) bzw. zur Langzeitbeobachtung psychischer Störungen übertreffen sie wegen ihrer Objektivität und Datenfülle alle anderen Methoden der notwendigen Dokumentation. Allerdings ist jeder Eindruck einer Art polizeilichen Verhörs strikt zu vermeiden (► Abschn. 2.10)!

Die explorierten Daten dienen dem Ziel, die wichtigsten und wichtigen **aktuellen Beschwerden** und **Auffälligkeiten** von Krankheitswert zu sammeln und zu ordnen. In einem zweiten Schritt wird der/die Untersucher/-in Reflexionen über Struktur und Gestalt der Symptomatik anstellen, um daraus die Arbeitshypothese einer vorläufigen Diagnose mit dem Ziel eines Behandlungsvorschlags entwickeln zu können (► Abschn. 1.7). Darüber hinaus sind – auch aus dem Blickwinkel einer Qualitätskontrolle – über eine weiterlaufende, begleitende **Prozessdiagnostik** prognostische Faktoren im Auge zu behalten.

Außer dem Querschnittsbefund ist hierzu die Einbeziehung der Vorgeschichte (**Anamnese**) notwendig (► Abschn. 2.6). Zu diesem Zweck werden störungsübergreifend, d. h. über die spezifischen Symptome hinaus auch andere psychische Besonderheiten gezielt abgefragt, wobei der/die Untersucher/-in den Gesprächsverlauf weitgehend lenkt und bestimmt. Soweit es die aktuelle Untersuchungssituation zulässt, sollten prägnante Angaben wörtlich dokumentiert werden.

Hintergrund

Für das Gespräch, dem der Patient meist erwartungsvoll und/oder angespannt entgegenseht, muss ein separater, freundlicher und angenehm temperierter Raum zur Verfügung stehen. Unterbrechungen (z. B. durch Telefonate) sind zu vermeiden – schon aus Höflichkeit, aber auch, um die Atmosphäre der **gleichschwebenden Aufmerksamkeit** (nach S. Freud) nicht zu beeinträchtigen. Unverständliche oder verschwommene Angaben sollten durch präziseres Nachfragen geklärt werden, falls nicht von vornherein von Patientenseite Widerstände mit Ausweichtendenzen vorliegen. Widersprüchliche Mitteilungen sind – mit Einverständnis des/der Klienten/-in – evtl. fremdanamnestisch zu überprüfen. Die hierzu angesprochenen Bezugspersonen sollten allerdings nicht oder nur im Ausnahmefall beim Erstgespräch anwesend sein.

Unentbehrlich ist eine sachliche und vertrauensbildende Untersuchungsatmosphäre, in der ohne Zeitdruck „das aktive Zuhören“ als Methode einer interaktionalen Psychopathologie Platz findet und zugleich Überlegungen zum weiteren Vorgehen angestellt werden. Verschlossene oder gar

mutistische Patienten sollten nicht hartnäckig bedrängt oder durch suggestive Formulierungshilfen beeinflusst werden. Wichtig sind Blickkontakt, Zurückhaltung und Bedachtsamkeit des Therapeuten, der die Balance zwischen Distanz und Engagement zu halten hat, dazu Taktgefühl, Offenheit, Konzentration und Geduld. Der/die Patient/-in muss die Gewissheit haben, dass – abgesehen von geplanten Straftaten oder aus anderen schwerwiegenden Gründen – die berufs- und strafrechtlich sanktionierte Pflicht zur Verschwiegenheit (**Schweigepflicht**) strikt eingehalten wird.

Die zeitliche Inanspruchnahme darf Belastbarkeit und Ausdauer der explorierten Person nicht überfordern; sie schwankt zwischen wenigen Minuten bei einem Kurzkontakt bis zu eineinhalb Stunden bei der neurosenpsychologischen Untersuchung. Zur Befunderhebung und Anamnese für eine forensische Begutachtung sind in der Regel mehrere Sitzungen erforderlich.

Auch trotz einer gründlichen, verständlichen Aufklärung und Beratung über eine evtl. angezeigte Therapie kann eine Einwilligung in die vorgeschlagene Behandlung ausbleiben. Vor allem medikamentöse oder anderweitige, körperbezogene Interventionen stimmen oft misstrauisch, insbesondere bei vorinformierten und skeptischen Hilfesuchenden (s. oben). Wiederholte, geduldige **Aufklärungen** fördern Einsicht, Compliance und Therapietreue (Therapieadhärenz).

Hintergrund

In der psychotherapeutischen Diagnostik sind das Vermögen zu einfühlendem Verständnis, d. h. zu **Empathie** (griechisch: empatheia = Leidenschaft), **Echtheit** (Kongruenz – lateinisch: congruens = entsprechend) und **positiver Wertschätzung** von Bedeutung; sie wurden von C. Rogers (1902–1987) als essentielle Therapeuteneigenschaften in den Vordergrund gestellt (Komplementäre Therapeuten-Patienten-Beziehung). Sie beruhen ebenso auf kognitiven wie affektiven Vorgängen, d. h. auf Beobachten, Vorstellen und Deuten wie auf emotionalem Mitschwingen. Über Diagnostik im engeren Sinn hinausgreifend ist diese Fähigkeit zu symbiotischem Verstehen auch Ausdruck einer Metakommunikation, die eine intuitive Wahrnehmung nonverbaler Ausdrucksmerkmale einschließt (► Abschn. 2.4).

Im Einzelnen ist zwischen dem mehr **unstrukturierten Erstgespräch** (offenes Interview) als Routineanfangsuntersuchung zur vorläufigen Orientierung und einer ausführlicheren, mehr **strukturierten Exploration** zu unterscheiden, bei der hinsichtlich der Thematik und Inhalte bereits eine Zielrichtung vorgegeben ist. Von vornherein zeitlich breiter angelegt ist das **Erstinterview** (lateinisch: inter = zwischen, videre = sehen). Hierbei handelt es sich um ein inhaltlich differenziertes, diagnostisches Gespräch als Standarduntersuchungsmethode zur Indikationsprüfung für eine **klärungs-** bzw. **tiefenpsychologisch orientierte** Therapie, in dem Entstehungsbedingungen und

Entwicklung psychischer Störungen erhellt werden sollen. Ziel ist eine Analyse der Patientenpersönlichkeit, deren Entwicklung und Sozialisation wie auch der aktuellen Symptomatik. Der betroffenen Person, die weitgehend kommunikations- und reflexionsfähig sein muss, wird dadurch Gelegenheit gegeben, sich selbst freimütig und umfassend darzustellen. Die auf diesem Weg gewonnene **biografische Anamnese** erfordert daher einen größeren zeitlichen Aufwand.

(Am Beginn einer **Verhaltenstherapie** steht demgegenüber die andersartig konzipierte Verhaltensanalyse ▶ Abschn. 2.4).

Erfolgt die Beschreibung einer psychischen Störung in Form des oben erwähnten Erstinterviews im Rahmen einer **neurosenpsychologischen Untersuchung**, ist ein mehrschrittiges diagnostisches Vorgehen empfehlenswert, das zunächst die Erhebung der **biografischen Anamnese** (äußere Lebensgeschichte) vorsieht (▶ Abschn. 2.6) und sodann um eine Erfassung von Entwicklung und Formung der Persönlichkeit unter psychodynamischen und interaktionellen Gesichtspunkten erweitert wird, einschließlich evtl. pathoplastisch mitgestaltender, soziodynamischer Krankheitsfaktoren (innere Lebensgeschichte).

Diese erweiterte, **operationalisierte psychodynamische Diagnostik (OPD)** erfolgt auf Symptom-, Syndrom- und Störungsebene und berücksichtigt darüber hinaus Anpassung, soziale Kompetenz, Körperkrankheiten, Komorbidität, Resilienz, Risiko- und Adaptivfaktoren.

Sie umfasst die Ebenen

- Krankheitserleben
- Beziehung
- Konflikt
- Struktur
- Störungen

Die multiaxiale OPD dient nicht nur einer genaueren Therapieplanung, sondern auch der Verlaufskontrolle. Sie kann durch die Einbeziehung psychometrischer (z. B. projektiver oder Persönlichkeitstests) Verfahren ergänzt werden (▶ Abschn. 2.9).

Zusammenfassend werden abschließend in Form einer Epikrise dargestellt:

- Angaben des Patienten
- Lebensgeschichtliche Entwicklung
- Krankheitsanamnese
- psychopathologischer Befund
- Psychodynamik



<https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-662-63574-2>

Psychopathologie: Vom Symptom zur Diagnose (5. Auflage)

Payk, Theo R.

2021, XI, 385 S. Mit Online-Extras

Softcover ISBN: 978-3-662-63573-5

eBook ISBN: 978-3-662-63574-2