

Annemarie Dührssen



Die biographische Anamnese unter tiefenpsychologischem Aspekt

Mit einer Einführung von Gerd Rudolf und Ulrich Rüger

Annemarie Dührssen

**Die biographische Anamnese
unter tiefenpsychologischem Aspekt**

This page intentionally left blank

Annemarie Dührssen

Die biographische Anamnese unter tiefenpsychologischem Aspekt

Mit einer Einführung von
Gerd Rudolf und Ulrich Rüger

Mit 3 Abbildungen und 4 Tabellen

Verfasser der Einführung

Prof. Dr. med. Gerd Rudolf

Psychosomatische Klinik
Universität Heidelberg
Thibautstraße 2
D-69115 Heidelberg
gerd.rudolf@med.uni-heidelberg.de

Prof. Dr. med. Ulrich Rüger

Mittelbergring 59
D-37085 Göttingen
urueger@gwdg.de

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Besonderer Hinweis

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung des Buches entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollten bitte im allgemeinen Interesse dem Verlag mitgeteilt werden. Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische oder therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.

In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Das Werk mit allen seinen Teilen ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert werden.

© 2011 by Schattauer GmbH, Hölderlinstraße 3, 70174 Stuttgart, Germany

E-Mail: info@schattauer.de

Internet: www.schattauer.de

Printed in Germany

Die ersten vier Auflagen erschienen bei Vandenhoeck & Ruprecht.

Lektorat: Dr. Annette Gesien, Stuttgart

Umschlagabbildung: Paul Klee, Zitronen-Ernte, 1937, 219; Aquarell auf Grundierung auf Jute; 70×46 cm; Collection Fondation Pierre Gianadda, Martigny

© VG BILD-KUNST, Bonn 2010

Satz: am-productions GmbH, Wiesloch

Druck und Einband: AZ Druck und Datentechnik GmbH, Kempten/Allgäu

ISBN 978-3-7945-2769-4

Inhalt

Einführung.....1

Gerd Rudolf, Ulrich Rürger

Das Interesse an Biographie.....2

Zur Entwicklung psychodynamischer Diagnostik.....4

Die biographische Anamnese in der heutigen psychodynamischen Diagnostik.....7

Die biographische Anamnese in der Richtlinien-Psychotherapie.....9

Wesentliche Grundlinien der biographischen Anamnese nach Annemarie Dührssen.....11

Die Annäherung an die Lebensgeschichte als Grundlage einer triangulären therapeutischen Beziehung.....12

Literaturverzeichnis.....14

Die biographische Anamnese unter tiefenpsychologischem Aspekt 17

A.	Zur Einführung: Psychiatrie, Psychoanalyse und Life-Event-Forschung	19
B.	Der erste Kontakt mit dem Patienten	29
C.	Der Gegenwartsconflikt und seine Vorgeschichte – die Merkmale einer neurotischen Charakterbildung	35
D.	Konfliktkonstellationen in verschiedenen Lebensbereichen ...	45
	I. Persönliche Bindungen, Liebesbeziehungen und Familienleben ...	45
	1. Partnerwahl und Bindungsverhalten	46
	2. Die Aufnahme einer neuen Beziehung.....	56
	3. Besondere sexuelle Probleme in der Partnerschaft.....	60
	4. Die Rivalität in der Familie.....	66
	5. Besitzkonflikte in Partnerschaft und Familie („orale“ Problematik)	70
	6. Die Beziehung zu den eigenen Kindern.....	77
	7. Verlust durch Trennung	83
	8. Verlust durch Tod	88
	II. Die Herkunftsfamilie: Die ödipale Konstellation und das Drei-Generationen-Konzept	93
	III. Berufsprobleme, Arbeitsstörungen und Lernschwierigkeiten	105
	IV. Besitzerleben und -verhalten	118
	V. Der umgebende sozio-kulturelle Raum	125
E.	Die Anordnung und Interpretation der Befunde	131
F.	Nachwort	141
	Literaturverzeichnis	143
	Sachverzeichnis	147

Einführung

Gerd Rudolf und Ulrich Rüger

Die Erhebung der biographischen Anamnese ist wesentlicher Teil einer jeden Diagnostik vor Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung. Die 1981 von Annemarie Dührssen (1916–1998) vorgelegte Monographie *Die biographische Anamnese unter tiefenpsychologischem Aspekt* kann nach wie vor als Standardwerk für diese Thematik gelten. Annemarie Dührssens Verdienst liegt darin, dass sie hier erstmals ein umfassendes psychodynamisches Konzept des menschlichen Lebensschicksals mit seiner Persönlichkeitsentwicklung und Krankheitsgeschichte vorgelegt hat, in dem sie die innere Welt eines Patienten mit seiner äußeren verknüpft hat und damit die Dynamik einer Krankheitsentwicklung nachvollziehen lässt (zur Person Annemarie Dührssens siehe Rüger 1999).

Annemarie Dührssen hatte bereits 1958 bei ihrer Untersuchung an Heimkindern und Pflegekindern biographischen Aspekten eine große Bedeutung beigegeben. In der zwei Jahre später erschienenen Monographie *Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen* (1960) räumte sie dann den Lebensproblemen erwachsener Menschen sehr breiten Raum ein, da nach ihrer – damals noch nicht selbstverständlichen – Auffassung psychische Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen ohne Einbezug der Eltern und deren Lebenswelt nicht hinreichend verstanden werden können. In ihrer dann 1972 erschienenen Monographie *Analytische Psychotherapie – Theorie, Praxis, Ergebnisse* steht die biographische Anamnese im Mittelpunkt des Diagnostik-Kapitels. Dieses wurde dann zur Grundlage der 1981 erstmals veröffentlichten Monographie *Die biographische Anamnese unter tiefenpsychologischem Aspekt*, erschienen seinerzeit in mehreren Auflagen im Verlag Vandenhoeck & Ruprecht. Zunächst über mehrere Jahre vergriffen, steht das Werk jetzt – neu erschienen im Schattauer Verlag – Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wieder zur Verfügung.

In der 1967 in die kassenärztliche Versorgung eingeführten Richtlinien-Psychotherapie ist die biographische Anamnese wesentlicher Bestandteil der Diagnostik vor Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung. Allerdings ist der konzeptuelle Bezug den „Nutzern“ häufig nicht mehr bekannt.

Dührssens Ansatz bezieht sich auf die Methodik psychoanalytischer Diagnostik, wie sie von Harald Schultz-Hencke 1951 in seiner *Anleitung für das Erheben und Fixieren der psychotherapeutischen Anamnese* (S. 181 ff.) dargelegt ist. Darüber hinausgehend betont der Dührssen'sche Ansatz den biographischen Aspekt der Diagnostik und gibt eine systematische Anleitung zu seinem psychodynamischen Verständnis. Wir werden daher im Folgenden sowohl den Aspekt des Biographischen, wie auch den der psychoanalytischen Diagnostik nochmals aufgreifen, ehe wir den heutigen Stand psychodynamischer Diagnostik und die Bedeutung des Dührssen'schen Vorgehens abschließend würdigen.

Wenn wir heute den Neudruck von Annemarie Dührssens Biographischer Anamnese begrüßen und mit einer Einführung versehen, so tun wir das nicht überwiegend aus historischem Interesse. Vielmehr ist inzwischen zwar die Notwendigkeit einer psychodynamischen Diagnostik unstrittig. Gleichzeitig scheint es aber erhebliche Unsicherheiten in der Erfassung und Bewertung biographischer Mitteilungen innerhalb des diagnostischen Prozesses zu geben. Wir sind deshalb froh, dass der schon klassisch zu nennende Text jetzt wieder zur Verfügung steht und hoffen, dass dadurch auch die Vermittlung therapeutischer Kompetenz verbessert wird.

Das Interesse an Biographie

Biographische Darstellungen in der Literatur haben zu allen Zeiten ihre Leser fasziniert. Insbesondere mit Beginn der Aufklärung im späten 18. Jahrhundert wuchs das Interesse an authentischen Berichten, die es erlaubten, die Entwicklung einer Persönlichkeit nicht nur an ihrem äußeren Lebensweg, sondern auch aus der Innenperspektive des Erlebens, der Gefühlswelt, nachvollziehen zu können. *Anton Reiser* (Moritz 1785) ist ein solcher „psychologischer Roman“ mit unübersehbar autobiographischen Anteilen; Rousseaus *Bekenntnisse* (1765) oder Jung-Stillings *Lebensgeschichte* (1776) haben den Anspruch, „einen Menschen in aller Wahrheit der Natur zu zeichnen“ (Rousseau), wobei er fälschlich annahm, ein solches Unternehmen werde niemals einen Nachahmer finden. Kaum etwas stieß auf soviel Interesse wie die Novellen und Romane des 18. und 19. Jahrhunderts, deren Kunst darin bestand, eine Persönlichkeit und ihr Leben so stimmig zu beschreiben, dass der Leser durch das dargestellte Schicksal zutiefst berührt wurde: Die *Leiden des jungen Werther* (Goethe 1774), endend mit dem Selbstmord des Titelhelden, lösten eine Welle von Suizidhandlungen bei jungen Menschen aus. Spätere Entwicklungsromane beschränkten sich nicht nur auf die innere Entwicklung eines Menschen, sondern veranschaulichten die Verflechtung mit den äußeren, im weitesten Sinne sozialen Lebensbedingungen. Schicksalseinbrüche, Krankheit und Tod wurden bezogen auf eigene Verantwortung und Schuld erörtert, aber auch im sozialkritischen Sinne als Folge von Not und gesellschaftlicher Ungerechtigkeit dargestellt. Besonderes Interesse fanden Lebensgeschichten von Menschen, die durch herausragende künstlerische Leistungen oder durch begangene Verbrechen hervorgetreten waren (Pathographien).

So verwundert es nicht, dass die Grenze zwischen literarischer Darstellung menschlichen Lebens und psychotherapeutischer Krankengeschichte lange Zeit fließend blieb. In seiner Epikrise zum Fall der Elisabeth v. R. äußert sich Sigmund Freud dazu 1895: „*Es berührt mich selbst noch eigentümlich, daß die Krankengeschichten, die ich schreibe, wie Novellen zu lesen sind, und daß sie sozusagen des ernstesten Gepräges der Wissenschaftlichkeit entbehren*“ (Freud 1895, S. 227).

Beide Gattungen, die literarische Novelle und die Fallgeschichte, sind gleichermaßen bemüht, persönlichkeitsstypische Verflechtungen von innerem Erleben und äußerem Verhalten anhand von narrativen Episoden und typischen Beziehungsepisoden anschaulich zu machen. Darin liegt ihre Beweiskraft.

In der Medizin generell und in der Psychiatrie speziell war es geläufige Praxis, anamnestisch die Krankengeschichte und die Lebensgeschichte des Patienten nebeneinander zu erheben. Systematische Regeln der Verknüpfung beider fehlten zunächst. Mit zunehmendem Interesse für Fragen der Lebensphilosophie und Anthropologie intensivierte sich im 20. Jahrhundert die systematische Beschäftigung mit Biographie als wissenschaftlichem Thema (Bühler 1955, Clauser 1963, Thomae 1952). Viktor von Weizsäcker verfolgte den Anspruch, der naturwissenschaftlichen Organmedizin eine anthropologische Medizin zur Seite zu stellen, die sich auch mit dem „Sinn“ der Krankheit beschäftigte; später griff Alexander Mitscherlich den Begriff der biographischen Medizin auf (vgl. Dehli 2007).

Biographie und speziell Autobiographie ist der Versuch von Menschen, ihrem Lebensgang Schlüssigkeit, Kontingenz und Sinn zuzuschreiben, das gilt auch für erlittene Krankheiten. Der Biographieforscher und speziell der Psychotherapeut schauen von außen auf diesen Vorgang, wie ein Leben sich ereignet und wie das erlebende Subjekt sich das Geschehen erklärt. Sie stehen vor der Aufgabe, diese beiden Perspektiven zu verknüpfen – die subjektive Sicht des Patienten und die objektivierbaren Ereignisse seines Lebens – die Bedeutungen, die der Patient ihnen zuschreibt, und die harten Fakten im geschichtlichen Ablauf der sozialen Realität. Aufgabe des Psychotherapeuten ist es, diese beiden Ebenen zusammenzuführen und ihnen ihrerseits auf der Grundlage seiner psychodynamischen Persönlichkeits- und Krankheitstheorie eine Bedeutung zuzuschreiben. Dieser Vorgang bildet den Kern der psychodynamischen Fallformulierung.

Im Übrigen beschäftigen sich auch Geschichts- und Sozialwissenschaften aus ihrem jeweiligen Blickwinkel mit Biographien. *„Die Arbeit von Historikern ist, so könnte man formulieren, nichts anderes als Wiederverknüpfen und Aufrollen von gerissenen Biographien, Lebenszusammenhängen und Ereignisketten“* – so der Historiker Karl Schlögel (1998, S. 11). Die Sozialwissenschaften wiederum erweitern unseren Blick für biographische Krisen im menschlichen Leben. Danach geht einer solchen Krise meist der Verlust von Kohärenzregeln voraus, mit denen wir bis dahin das Leben bewältigt haben und die bis dahin unserem Handlungs- und Erfahrungsraum Grenzen und Richtung gegeben haben (Bude 1999). Solche Krisen treten regelhaft beim Übergang von einer Lebensphase in die nächste auf – der Eintritt in die Pubertät ist hier nur eines von vielen Beispielen. Aber auch unabhängig von einzelnen Lebensphasen treten Krisen immer dann auf, wenn eine zuvor erreichte innere und äußere Lebensbalance nachhaltig gestört wird. Eine schwere körperliche Erkrankung kann dies auslösen, Verluste im persönlichen Umfeld aber auch gesellschaftliche und politische Umwälzungen, die bis dahin gültige Lebensregeln außer Kraft setzen. Der von vielen Deutschen für das Kriegsende 1945 benutzte Begriff „Zusammenbruch“ dürfte in diesem Sinne

weniger den damaligen militärischen Zusammenbruch sondern das persönliche innere Erleben vieler Betroffener kennzeichnen. Ähnliches dürfte auch für das Jahr 1989 gelten, das für viele Menschen aus der ehemaligen DDR eine ganz persönliche „Wende“ mit sich gebracht hat.

In biographischen Krisen setzt eine oft aufwändige Dekonstruktion unseres Bildes von unserem bisherigen Leben ein, gefolgt von einer oft sehr mühseligen Rekonstruktion, an deren Ende ein verändertes Bild von der eigenen Biographie stehen kann – Grundlage für ein neues Lebenskonzept.

Biographische Krisen als solche haben demnach nicht regelhaft eine pathogene Wirkung; vielmehr fördern sie bei gelungener Bewältigung die Reifungsentwicklung und unser Kompetenz-Gefühl. Damit begründet eine Krise als solche auch nicht die Indikation von Psychotherapie. Erst das Scheitern entsprechender Bewältigungsversuche mit nachfolgender Entwicklung von Krankheitssymptomen kann eine psychotherapeutische Behandlung notwendig machen.

Zur Entwicklung psychodynamischer Diagnostik

Thomä und Kächele stellen 1985 mit einer gewissen Verwunderung fest, dass über lange Zeit keine elaborierte psychoanalytische Diagnostik entwickelt worden sei und dass sie auch nach ihrer Entwicklung wenig Interesse fand. In den klassischen Werken der Neurosenlehre und psychoanalytischen Behandlungskonzeption (Fenichel 1931, Nunberg 1931, Loch 1967) fand in der Tat Diagnostik keine Erwähnung.

Die Zurückhaltung gegenüber Diagnostik hat im Übrigen eine lange psychoanalytische Tradition. Sigmund Freud äußerte sich dazu 1932 in der *Neuen Folge der Vorlesung zur Einführung in die Psychoanalyse* fast sarkastisch, indem er die Diagnostik mit einer Hexenprobe verglich (bei der man erst nach einer tödlichen Prozedur weiß, ob es sich um eine Hexe gehandelt hat oder nicht). Er fährt fort:

„Wir können den Patienten, der zur Behandlung, oder ebenso den Kandidaten, der zur Ausbildung kommt, nicht beurteilen, ehe wir ihn durch einige Wochen oder Monate analytisch studiert haben. Der Patient brachte unbestimmte, allgemeine Beschwerden mit, die eine sichere Diagnose nicht gestatteten. Nach dieser Probezeit mag sich herausstellen, dass es ein ungeeigneter Fall ist. Wir schicken dann den Kandidaten weg, versuchen dann beim Patienten noch eine Weile, ob wir ihn nicht in günstigerem Licht sehen können.“ (Freud 1932)

Dieses Thema der Probetherapie und der zwangsläufigen Belastung für jene Patienten, die sich dabei als nicht analysierbar erweisen, wird auch in dem 10-Jahres-Bericht des Berliner Psychoanalytischen Instituts kritisch diskutiert (Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft 1930). Hier wird immerhin „das Erhe-

ben der Anamnese“ erwähnt, wenngleich ohne inhaltliche Konkretisierung. Es wird eine Dokumentation vorgenommen, welche neben Sozialdaten eine klinische Diagnose, die Dauer der Behandlung und eine Ergebniseinschätzung enthält. Es verwundert nicht, dass spätere Aktivitäten zu Diagnostik, Dokumentation (und Forschung) von Analytikern ausgingen, die in diesem Institut tätig waren, sei es von solchen, die in die USA emigriert sind (z. B. Alexander) und von anderen, die in Berlin geblieben sind und 1946 das Zentralinstitut für Psychogene Erkrankungen gegründet haben. Erste Leiter des Instituts waren Werner Kemper und Harald Schultz-Hencke, später leitete Annemarie Dührssen das Institut.

Schultz-Henckes Darstellung der „gezielten Anamnese“ erfolgte 1951, Dührssen arbeitete diesen diagnostischen Ansatz aus und präziserte darin den biographischen Aspekt („biographische Anamnese“) bereits 1958, ehe sie ihn später monographisch ausführte. Diese Entwicklungen wurden allerdings von den traditionellen Psychoanalytikern nicht als psychoanalytisch anerkannt.

Zeitlich parallel dazu lässt sich eine weitere Entwicklungslinie nachzeichnen. In der amerikanischen Psychiatrie wurden unter dem Einfluss psychoanalytisch-beziehungstheoretischer Konzepte (Sullivan 1954) diagnostische Verfahren beschrieben: Das dynamische Interview (Gill 1954), das klinische Interview (Deutsch und Murphy 1955). Diese Interviewverfahren betonen den Aspekt der Beziehungsgestaltung, das Verständnis der psychosozialen Situation des Patienten und die gemeinsame Planung von Behandlungsschritten.

Eine dritte Linie schließlich lässt sich in England beobachten, wo Balint und Balint 1962, bezugnehmend auf das geringe psychoanalytische Interesse für Diagnostik, ein „diagnostisches Interview“ entwarfen. Auch in dieser Entwicklung geht es zunächst nicht um Diagnostik im Vorfeld von Psychoanalyse, sondern in der psychotherapeutischen Medizin. Das Verfahren und seine Anwendung wurden bezogen auf die Situation in der Allgemeinmedizin beschrieben (Balint u. Norell 1975). Ein auf psychoanalytisches Persönlichkeitsverständnis zugeschnittenes Instrument, eher ein psychoanalytischer Befund als eine Beschreibung der Diagnostik, legten Anna Freud und ihre Gruppe 1965 mit *The adult profile* vor.

Psychodynamisch-diagnostische Bemühungen waren also am ehesten dort erkennbar, wo in poliklinischen Institutionen Krankenbehandlungen durchgeführt wurden. Das gilt auch für die psychosomatische Medizin, die in Deutschland psychoanalytische und anthropologische Aspekte an die Medizin herantrug und dabei auch dem biographischen Aspekt besondere Bedeutung zuschrieb (v. Weizsäcker 1947).

In den siebziger Jahren des 20. Jahrhunderts kam ein starkes Interesse an psychotherapeutischer Diagnostik auf. Es galt dem diagnostischen Verfahren, dem Prozess der Begegnung zwischen Patient und Therapeut, dem Verständnis lebensgeschichtlicher Entwicklung und der Frage, auf welche Weise welche relevanten Informationen gewonnen werden können. Die akademische Psychologie hatte sich bis dahin diagnostisch auf Testdaten, Fragebogendaten und Life-Record-Daten beschränkt (Cattell 1965), daneben bestand ein eher geisteswis-

senschaftliches Interesse an Biographik (Clauser 1963, Thomae 1952). In der Medizin war die Anamneseerhebung gebräuchlich, speziell im psychiatrischen Bereich wurde nach dem Krieg aus der amerikanischen Literatur der Begriff des psychiatrischen Interviews übernommen. Großes wissenschaftliches Gewicht fanden Fragen der sprachlichen Kommunikation, sodass zahlreiche sprachinhaltliche und psycholinguistische Untersuchungen realisiert wurden.

Die Vertreter der traditionellen Psychoanalyse wandten sich vergleichsweise spät Fragen der Diagnostik zu und fanden in dem Erstinterview im Sinne Arge-landers (1970) eine „*erste Möglichkeit für eine flexible Anwendung der psychoanalytischen Methode auf die Gegebenheiten des jeweiligen Kranken*“ (Thomä u. Kächele 1985, S. 173). Gegenstand des Erstinterviews ist nicht eine systematische anamnestische Klärung der Krankheitssituation des Patienten, sondern die Erfassung seiner im Erstgespräch unbewusst inszenierten Beziehungserfahrungen. Der Untersucher soll daraus den hier und jetzt wirksamen unbewussten Konflikt des Patienten, d. h. seine Übertragungsbereitschaft erkennen und auf die prägenden Beziehungserfahrungen des Patienten zurückschließen können. Sven-Olaf Hoffmann (2008) nennt das „*zurückhaltend ausgedrückt, eine mutige Annahme*“. Zweifellos kann auf diesem Wege ein wichtiger diagnostischer Aspekt erfasst werden, der jedoch für sich alleine nicht ausreicht, um eine klinische Situation abzuklären und eine Behandlungsindikation zu begründen. Eine hilfreiche psychotherapeutische Behandlung wird aber nur dann möglich sein, wenn die jeweilige Therapeutin/der jeweilige Therapeut über hinreichende Kenntnisse über frühere Krisen im Leben ihrer Patienten verfügen und gleichzeitig auch bereit ist, sich deren Lebensgeschichte im therapeutischen Dialog anzunähern. Die Biographische Anamnese tabellarisch abfragen zu lassen oder diese gar durch Hilfspersonen erheben zu lassen, wie dies seinerzeit von Arge-lander (1970) vorgeschlagen worden ist, vergibt eine wesentliche Chance für die Annäherung an einen hilfeschuchenden Menschen.

Für Psychoanalytiker, die in Ambulanzen oder Kliniken arbeiten ist es heute selbstverständlich, dass die aktuellen Beziehungsaspekte des szenischen Erstinterviews mit der biographischen Anamnese verknüpft werden müssen, um eine Klärung der Ätiologie, der Psychodynamik, der Struktur und der klassifikatorischen Zuordnung einer aktuellen Erkrankung zu ermöglichen (Ermann 2007). In diesem Vorgehen wird die Logik der OPD (1996) erkennbar, die eine systematische Klärung der Aspekte Krankheitserleben, Beziehungsgestaltung, Konflikt, Struktur und Klassifikation in einem multiaxialen System empfiehlt und daraus die Behandlungsplanung ableitet (OPD 2006). Dieser aktuelle Stand wird im folgenden Abschnitt beschrieben.

Die biographische Anamnese in der heutigen psychodynamischen Diagnostik

Eine zeitgemäße psychodynamische Diagnostik integriert die bewährten psychodynamischen Ansätze und gelangt damit abschließend zu einer psychodynamischen Fallformulierung, aus der sich auch eine diagnostische Klassifikation und eine individuelle Behandlungsplanung ableiten lassen. Dabei spielt die biographische Anamnese eine wichtige Rolle. Folgendes sind (in Anlehnung an Rudolf 2010) die wichtigen diagnostischen Teilschritte:

- **Erfassung der Eingangsszene:** Der Untersucher nimmt die spontane Begegnung mit dem Patienten zum Ausgangspunkt für die ersten Hypothesen über das unbewusste Beziehungsangebot und die Übertragungsbereitschaft des Patienten.
- Bei Verzicht auf diesen Teilschritt fehlt die atmosphärische subjektive Sicht auf den Patienten und das intersubjektive Geschehen. Beschränkt sich aber die Diagnostik auf diesen Schritt, besteht das Risiko einer stark subjektiven und darin irrtumsanfälligen diagnostischen Einschätzung.
- **Beschreibung des klinischen Bildes und der aktuellen Lebenssituation:** Der Untersucher klärt Art und Schwere des aktuellen Beschwerdebildes und „übersetzt“ diese Klagen des Patienten in krankheitswertige Symptome und Syndrome. Insbesondere bedeutsam ist dabei die Auswirkung der Symptomatik auf die Alltagsgestaltung und Lebensbewältigung des Patienten. Speziell zu beachten sind der Krankheitsverlauf und eine eventuelle Symptomchronifizierung.
- Die aktuelle Symptomatik wird verstanden vor dem Hintergrund der aktuellen Lebenssituation des Patienten. Hier geht es um ein erstes Bild der eventuell krankmachenden Belastungen oder stabilisierenden Ressourcen. Ohne eine Beschreibung der aktuellen sozialen Realität des Patienten würde eine klinische Beschreibung und vor allem eine psychodynamische Interpretation in der Luft hängen.
- **Biographische Anamnese:** Der Untersucher erarbeitet sich zusammen mit dem Patienten ein Bild von dessen prägenden lebensgeschichtlichen Erfahrungen in der Primärfamilie, seiner Schul- und Ausbildungsentwicklung, seiner psychosexuellen Entwicklung unter den Bedingungen der soziokulturellen Einflüsse seiner Bezugsgruppe. Es entsteht dabei zum einen ein Bild vom subjektiven Selbstverständnis des Patienten, zum anderen ein objektivierbares Bild seiner Sozialgeschichte. Das Verständnis der biographischen Entwicklung bildet die Grundlage für die psychodynamischen Hypothesen über internalisierte Erfahrungen und pathogene Überzeugungen, die als „neurotische“ Störungsdispositionen bis zu einer schließlich erfolgenden Symptombildung mitgetragen werden.

- **Erfassung der Psychodynamik:** Aus dem Verhalten und Erleben des Patienten (Beziehungsepisoden) werden im Sinne der OPD-2 die Aspekte der Beziehungsdynamik (das für den Patienten typische dysfunktionale Verhalten), der Konfliktdynamik (der aktualisierten vorherrschenden, lebensbestimmenden Konflikte) und der Strukturdynamik (die Einschränkungen des Struktur-niveaus und der Ausfall struktureller Fähigkeiten) beschrieben. Der entscheidende Punkt dabei ist die Operationalisierung, d. h. die psychodynamischen Befunde können nicht nur benannt (d. h. gewissermaßen behauptet werden: „ein Individuations-Abhängigkeits-Konflikt liegt vor“), sondern sie müssen aus dem individuellen Erleben und Verhalten des Patienten belegt werden. Ein entscheidendes Element der psychodynamischen Fallformulierung ist das Verständnis der symptomauslösenden Situation, die aus dem Zusammenwirken pathogener Dispositionen und Veränderungen der aktuellen Lebensumstände abgeleitet werden kann.
- **Formulierung der psychodynamischen Diagnose und der Klassifikation:** Im Sinne einer psychodynamischen Fallformulierung sollten die wichtigsten klinischen und psychodynamischen Fakten dargestellt und mit ICD-10-Diagnosen verknüpft werden. Somit enthält die Diagnose:
 - ein symptombezogenes klinisches Bild (Beschreibung der krankheitswertigen Symptome und ihrer Auswirkung auf die Lebensbewältigung),
 - eine psychodynamische Beschreibung der für den Patienten typischen dysfunktionalen Beziehungsgestaltung,
 - eine psychodynamische Hypothese über die aktualisierten lebensbestimmenden Konflikte des Patienten,
 - eine psychodynamische Beschreibung des generellen Strukturniveaus und der eingeschränkten einzelnen Funktionen,
 - eine Zuordnung zur ICD-10-Klassifikation, wobei die komorbiden Persönlichkeitsstörungen und die ebenfalls bestehenden somatischen Erkrankungen mit berücksichtigt werden sollen.
- **Therapeutische Zielsetzung und Behandlungsplan:** Aus dem klinischen Bild und der psychodynamischen Fallformulierung wird ein Behandlungsplan abgeleitet. Er formuliert fokale therapeutische Zielsetzungen bezüglich der wichtigsten psychodynamischen Elemente (Beziehung, Konflikt, Struktur) und begründet die Wahl des notwendigen und geeigneten Therapieverfahrens bzw. der methodischen Varianten und Settingformen (Differenzialindikation).
- **Probetherapie:** Die verfügbaren probatorischen Sitzungen im Anschluss an die diagnostischen Sitzungen sind geeignet, zu prüfen, ob sich die diagnostische Akzentsetzung bestätigt und die therapeutische Zielsetzung bewährt. Im Anschluss daran kann der Antrag für Kurzzeittherapie oder Langzeittherapie gestellt werden.

Die beschriebene Sequenz der diagnostischen Teilschritte zeigt, dass die biographische Anamnese nicht alles ist, dass aber eine psychodynamische Diagnostik ohne diese nicht vorstellbar ist.

Die biographische Anamnese in der Richtlinien-Psychotherapie

Wie bereits erwähnt, hat Annemarie Dührssen in ihrer *Biographischen Anamnese* psychoanalytische und biographische Konzepte zusammengefügt. Dies wird auch in den Psychotherapie-Richtlinien berücksichtigt. Danach muss die einem Behandlungsverfahren zugrundeliegende Krankheitstheorie „den gegenwärtigen, lebensgeschichtlichen und gesellschaftlichen Faktoren in ihrer Bedeutung für das Krankheitsgeschehen gerecht werden.“ (§ 3, 2 der aktuellen Psychotherapie-Richtlinie). Demnach müssen die lebensgeschichtliche Vorentwicklung und die prämorbid Persönlichkeit, insbesondere aber auch die aktuelle Lebenssituation in ihrer Bedeutung für die Entstehung und den Verlauf einer Erkrankung geklärt werden. In den Berichten, die einen Antrag auf Übernahme der Behandlungskosten für eine Psychotherapie begründen sollen, muss dies hinreichend berücksichtigt sein.

Neben vielen guten Berichten fallen hier aber zwei Extremvarianten auf, die ein mangelhaftes biographisches Verständnis erkennen lassen:

Auf der einen Seite gibt es Darstellungen mit **einer ausschließlichen Aneinanderreihung von** Lebensdaten, ohne dass eine biographische Entwicklungslinie erkennbar wird. Hier fehlt die notwendige „*Differenzierung der pathogenen Faktoren nach ihrem ursächlichen Rang für das Krankheitsgeschehen*“ (Rüger et al. 2009, Faber-Haarstrick-Kommentar, S. 18).

Biographisches Verständnis aber besagt, „*dass wir es in einem menschlichen Leben nicht mit einer Abfolge beliebiger Vorkommnisse, also auch nicht mit einer fortlaufenden Kette objektivierbarer life events*“ zu tun haben (Lang 2000, S. 42), sondern mit einer Abfolge von Geschehnissen (Blankenburg 1989), die die Geschichte eines Lebens bestimmen.

Auf der anderen Seite fallen Berichte auf, in denen die Lebensgeschichte nur sehr selektiv und theoriegeleitet erfasst wird (Rüger et al. 1996). So ermöglicht eine häufig zu beobachtende überwiegende „*Zentrierung auf lebensgeschichtliche Daten der Kindheit ... kein hinreichendes Verständnis dafür, warum der Patient aktuell krank ist und um Behandlung nachsucht*“ (Rüger et al. 2009, Faber-Haarstrick-Kommentar, S. 20).

Bei einem Vergleich typischer Weiterbildungsanamnesen aus den 1960er und aus den 1990er Jahren konstatiert Rudolf darüber hinaus eine „*Verringerung der Aufmerksamkeit für die biographische und aktuelle soziale Lebenswirklichkeit des Patienten ... eine Zunahme der Beschreibung interpersonellen Geschehens zwischen Patient und Therapeut, ferner ... eine deutlich vermehrte Bereitschaft, theoriegeleitete Interpretationen zu formulieren*“ (1993, S. 29).

In diesen theoriegeleiteten biographischen Anamnesen wird vielfach die aktuelle Lebenssituation mit ihren familiären, sozialen und ökonomischen Rahmenbedingungen nicht hinreichend berücksichtigt. Damit ist in diesen Fällen ein ätiopathogenetisches Verständnis einer aktuellen Erkrankung erschwert,

weil eine richtige Gewichtung im Zusammenspiel innerer Bedingungen (z. B. repetitive pathologische Beziehungskonstellationen) und äußerer Lebensbedingungen nicht möglich ist. Beide Seiten müssen im Rahmen einer biographischen Anamnese berücksichtigt werden.

An dieser Stelle stellt sich zwangsläufig die Frage nach der „biographischen Wahrheit“. In einem Brief an Arnold Zweig vom 2. Mai 1936 stellt Sigmund Freud fest: „Die biographische Wahrheit ist nicht zu haben“. Dieses Zitat wird häufig als Argument gegen eine eingehendere Beschäftigung mit der Biographie eines Patienten im diagnostischen Erstgespräch ins Feld geführt. Dabei geht es in der biographischen Anamnese nicht um die „biographische Wahrheit“. Es geht um die Frage, an welchen Knotenpunkten eines Lebens ein Mensch krank geworden ist und welche Vorentwicklung mit dazu beigetragen hat. Dabei sind zwei unterschiedliche Perspektiven zu berücksichtigen: der äußere Rahmen der Lebensentwicklung einschließlich objektivierbarer Daten (Lebensraum) auf der einen Seite und auf der anderen Seite die innere Welt des Patienten. Zu dieser erhalten wir einen ersten und noch sehr vorläufigen Zugang durch beispielhafte Berichte aus dem Leben (Narrative) und deren retrospektive Bedeutungszumessung (vgl. Küchenhoff 1996). Ähnlich wie in der Geschichtswissenschaft gilt auch für die Biographik ein Strukturzusammenhang zwischen Erinnerung und Bedeutungsetzung. Diese Bedeutungsetzung ist immer retrospektiv und erfolgt aus der Sicht der Gegenwart. Das Leben wird vorwärts gelebt und rückwärts verstanden, wie bereits Søren Kierkegaard seinerzeit festgestellt hat und auf den sich der Historiker Arno Esch (1994) bei seiner biographischen Ausleuchtung historischer Persönlichkeiten bezieht.

In dem, was wir anderen Menschen aus unserem Leben erzählen (Narrative), werden persönliche Ereignisse unseres Lebens zu einer subjektiven historischen Einheit konfiguriert und so unsere Existenz zu einem einheitlichen Ganzen gemacht. Damit tragen Narrative ganz wesentlich zu einer konturierten Ich-Identität bei (Rüger 2009). Annemarie Dührssen hatte entsprechende Bedeutungszuschreibungen seinerzeit unter dem Begriff „Innere Formeln“ (1972) zusammengefasst.

Die biographische Anamnese ist demnach nicht auf der Suche nach der „biographischen Wahrheit“; vielmehr soll anhand der geschilderten Lebensereignisse und deren subjektiver Bedeutungszumessung durch den Patienten ein erstes Bild vom Patienten, so wie dieser sich selbst sieht, ermöglicht werden. Dass dieses Bild sich im Verlauf einer Behandlung ändert und einzelne Lebensereignisse eine andere „Be-Deutung“ erhalten, ist bei einer erfolgreichen psychotherapeutischen Behandlung zu erwarten.

Um das zu ermöglichen, ist aber auch die Klärung objektiver Rahmenbedingungen eines Lebensweges notwendig. Nur so wird das Ausmaß irrationaler Bedeutungszuschreibungen durch den Patienten und Unstimmigkeiten in der Abfolge von Lebensereignissen hinreichend erkennbar. Auch insistierendes Klären von Lebensdaten kann hier bereits in den ersten diagnostischen Gesprächen angezeigt sein. In ihren Fallbeispielen lässt uns Annemarie Dührssen an diesem Teil des diagnostischen Prozesses eindrücklich teilnehmen.