

Alternative psychopathologische Diagnostik SBLC

Gerhard Kugler

Oktober 2014

1 Zusammenfassung:

Psychopathologische Diagnostik findet traditionell vor dem Hintergrund einer Erkenntnistheorie des naiven Realismus statt. Im Kontrast dazu wird ein Modell vorgeschlagen, das den Eingriff des Diagnostizierenden berücksichtigt. Unabhängig von der Form der Auffälligkeit wird der gestaltende Mensch bzw. seine diesbezügliche Beeinträchtigung ins Blickfeld genommen, dazu sein Lebensfeld, die Möglichkeiten der Kooperation und das vermutlich nötige Setting einer Hilfe/Intervention. Eine übersichtliche Codierungsform soll trotz der Komplexität der Gesichtspunkte die Praktikabilität demonstrieren.

2 Funktionen bisherigen psychopathologischen Diagnostizierens

Psychopathologische Diagnosen sind Worte mit Konsequenzen. Fachleute und Gesellschaft haben sie aus der Tradition von Geschichten übernommen und weiter geformt, um die Konsequenzen zu steuern. Doch verschiedene Gruppen betonen teilweise verschiedene Konsequenzen. Diagnostizieren dient dadurch verschiedenen Funktionen:

- abweichendes Verhalten ordnen, d.h. für den Laien und den Fachmann mit abgrenzbaren Begriffen belegen
- den beobachteten und erlebten Verhaltensabweichungen wenigstens teilweise ihren unheimlichen, d.h. unkontrollierbaren Charakter nehmen
- Menschen mit schwerwiegenden Abweichungen ausgrenzen, wenn nicht mehr physisch, dann wenigstens sozial; dabei ist Ausgrenzungen nicht jegliche Legitimität abzusprechen

- einen Teil kriminellen Verhaltens entschulden, der üblichen Rechtssprechung entziehen
- Verhaltens- und Erlebensabnormitäten körperlichen Krankheiten vergleichbar machen, so dass Schutz und Schonung zugeteilt werden kann (Krankschreibung bis zur Berentung)
- eine Selbstzuschreibung der Betroffenen ermöglichen, die ihnen Druck zu rascher Veränderung nimmt
- die Betroffenen ermutigen, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen
- die Bezahlung professioneller Hilfe durch Krankenkassen ermöglichen
- Möglichkeiten und Richtungen pharmakologischer und psychotherapeutischer Maßnahmen wenigstens im ersten Anlauf andeuten

Dabei lehnt sich psychopathologisches Diagnostizieren an somato-medizinisches an, profitiert wenigstens teilweise davon.

Psychopathologie und Psychotherapie können sich aber nur teilweise an der somatischen Medizin orientieren. Mehr als dort geht es um das Verständnis und das Ansprechen des ganzen Menschen. Dieser ganze Mensch hat ggf. „Symptome“; er hat sie aber vor einem Hintergrund an Ressourcen und an Resilienz. Er hat sie im Lauf einer kurzen oder langen Geschichte des Entstehens und des Umgangs damit. Diese Einbettung hat enorme Konsequenzen für das Weitere.

Wissenschaftlichkeit des Diagnostizierens hat also Kriterien des Langzeitverlaufs und der involvierten (sozialen) Lebenswelt zu berücksichtigen.

Weiterhin ist Leiden nur im Extremfall eines Verschollenen eine individuelle Angelegenheit. Es provoziert mehr oder weniger Zuwendung, Abwendung oder Gleichgültigkeit. Im Lauf der Kulturgeschichte haben sich Appelle und Hilfen etabliert, die im besten Fall in eine Kooperation zwischen Leidendem und Helfendem münden.

Die Mitwirkung des Leidenden ist noch wesentlicher als in Bereichen klar umzirkelbarer körperlicher Störungen; denn die zentralen Änderungen und ihre Konsolidierung geschehen erst im Lebensalltag.

Die tradierten und immer wieder reformierten Modelle (DSM, ICD) versuchen einen Kompromiss und gemeinsame Nenner zwischen Medizin und Psychologie,

zwischen Symptom- und Ganzheits-Orientierung. Wohl großenteils aus wirtschaftlichen und politischen Interessen ordnen sie sich der Diktion eines medizinischen Krankheitsmodells unter. Die traditionelle Diagnostik würde dann aber Psychotherapie dazu verführen, lediglich Auffälligkeiten zu vermindern oder zu beseitigen, ganz in Anlehnung an die Somatik, die wieder einen Körper ohne Störungen herstellen will. Das tut sie glücklicherweise oft nicht, sie muss sich aber dann trotzdem um die Einordnung der Symptome kümmern, mit unverhältnismäßigem Aufwand.

Die Darstellung der Modelle erwähnt mit Genugtuung ihre Standardisierung und Objektivierung[9], ohne sich der Problematik bewusst zu sein, was da eigentlich standardisiert wird.

Sogar von einem ehemaligen Macher des DSM werden inzwischen Zweifel am Sinn eines solchen Systems geäußert[3].

Ein weiterer Kritiker ist Sponzel¹.

Schon ihr Wandel über die Jahrzehnte stellt die Unabhängigkeit von der kulturellen Einbettung in Frage.

2.1 Wissenschaftlichkeit

Traditionelle psychopathologische Diagnostik fußt erkenntnistheoretisch auf einem naiven Realismus.

Psychopathologische Kategorien müssten ihre Wissenschaftlichkeit auf heutigem Stand dadurch unter Beweis stellen, dass sie einen funktionalen Zusammenhang zu Resultaten ihrer Anwendung herstellen. Welche sind aber die kritischen Resultate? Psychische Gesundheit bzw. Krankheit ist entweder statistisch genormt und/oder ihre Einschätzung orientiert sich an Anstößigkeiten im Ablauf des Alltäglichen oder des Zeitgeists[7].

Das könnte zwar legitim sein. Dass sich Anstößigkeiten in Intensität und zeitlichem Bezugsrahmen verschieden darstellen, ist natürlich. Problematisch ist nur, dass sich der implizite Bezugsrahmen hinter dem gesellschaftlichen Wert einer

1

wertfreien Wissenschaftlichkeit versteckt. So kommt es, dass „Schuld“ oder Nicht-Schuld, Verantwortlichkeiten oder Verpflichtungen nicht mehr gesellschaftlich ausgehandelt werden. Die psychopathologischen Kategorien sollen als letzte Entitäten begründen, was tolerabel oder eingriffsbedürftig ist. Die Gesellschaft will generell regeln, was psychisch krank ist, und tut so, als wäre psychische Krankheit eine Entität, so dass ihre Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr in Frage steht. In der Forensik entscheiden dann nicht mehr Gerichte, sondern Gutachter, die ihre Entscheidungskriterien nur noch scheinbar offenlegen. Dem Diskurs weitgehend entzogen, erleichtert es in manchen Ländern auch politischen Missbrauch. Außerhalb juristischer Fragestellungen wird Behandlungsbedürftigkeit zwischen Therapeuten und Patienten unreflektiert im Sinne der ersteren ausgehandelt, so dass den Patienten als Machtinstrumente nur noch geschickte Simulation oder Dissimulation bleiben.

2.2 Kausalitätsmodell

Diagnosen dienen im Anwendungsalltag, in der „Theory of Mind“ und im Selbst-Konzept oft als letzte Begründungen, auch wenn sie wissenschaftlich eher deskriptiven Charakter haben. Da psychologische und neurophysiologische Theorien vielfältig und in ihrer Haltbarkeit meist noch unsicher oder gar widersprüchlich sind, sollen Diagnosen als kausale Entitäten über den Theorien stehend dienen. Hintergrund ist ein naiver Realismus und ein mechanistisches Modell des Erkennens: Es gibt letzte Gründe für menschliche Probleme. Wenn sie beseitigt werden oder in Schach gehalten werden können, ist es für den Betroffenen und/oder seine Umgebung wieder in Ordnung.

In der Darstellung der Finanzierungsbedürftigkeit vor den Kostenträgern scheint man dieses gängige Modell auch zu brauchen, um Auftrag und Honorierung des Aufwands zu bekommen. Das zementiert allerdings auch die öffentliche Wahrnehmung der psychopathologischen Phänomene, statt sie herauszufordern. Dagegen ist Wissenschaft – gerade auch in sozialen Bereichen – immer Herausforderung, weil sie an der Spitze kultureller Veränderung stehen kann.

2.3 Sinn und Unsinn in der Praxis

Die traditionelle psychopathologische Diagnostik ist überflüssig, teilweise hinderlich und manchmal schädlich.

Im Alltag der psychotherapeutischen und nervenfachärztlichen Behandlung dienen Diagnosen üblicherweise (und sinnvollerweise) der Verständigung zwischen Behandlern, Patienten und Kostenträgern. Zwischen Behandlern sind sie aber meist eine reine Andeutung mit wenig kooperativen Konsequenzen. Zwischen Behandlern und Patienten erzeugen sie immer wieder Machtspiele und sekundären Krankheitsgewinn. Den Ausführenden der Kostenträger geben sie teilweise unnötig Persönliches preis. Die komplexe Realität zeigt oft eine sogenannte Komorbidität oder einen fließenden Übergang von einem Syndrom in ein anderes. Symptome lösen einander ab oder stehen im Zeitablauf in unterschiedlicher Gewichtung zueinander. Die bloße Beseitigung von Symptomen steht konsequenterweise in manchen Therapieansätzen (Psychoanalyse, ACT) nicht im Vordergrund des Bemühens, oder ihr Verschwinden beruhigt die Erfahrenen oft nicht. Man ist aber gezwungen, die präsentierten Probleme in das vorgegebene Schema einzuordnen. So ergibt sich immer wieder ein Eiertanz um Diagnosen, der unnötig Ressourcen bindet.

Im Rahmen der frühen Kritik der Psychiatrie wurde die Problematik der Etikettierung bereits ausreichend Beachtung geschenkt. Dessen ungeachtet sind Etikettierung und Selbst-Etikettierung inzwischen weiter vorangeschritten, teilweise mit einer gewissen respektvollen Anerkennung psychischer Problematiken einhergehend. Oft dient dann aber das Etikett der Verfestigung des Rückzugs in eine Schonhaltung oder gar in eine lebenslange Nische.

Ein gewisser Nutzen der traditionellen psychopathologischen Diagnostik für die Beteiligten soll also nicht bestritten werden, sie kann aber einem aufgeklärten wissenschaftlichen Verständnis menschlicher Krisen und Fehlentwicklungen nicht standhalten.

Immer noch und immer wieder ist die Diagnosenstellung Teil einer oft missbrauchten Macht der Fachleute über die Betroffenen auch im Therapieverlauf (s. z. B. J.M.Masson²).

2

2.4 Rolle der Kooperation

In einer wohl typischen Abhandlung schreibt etwa Scharfetter unter der Überschrift „Zur Problematik von normal, gesund, abnorm, krank“: „Diese Begriffe sind keineswegs zureichend klar festzulegen. Darum ist ihre Problematik deutlich aufzuweisen. Der wertende (sozial diskriminierende) Gebrauch dieser Begriffe ist dabei das Hauptunglück.“[6, S. 6].

Unschärfe und Wertung sind dabei – „unglücklicherweise“ – Störfaktoren in einer sauberen Darstellung objektiver Definitionen. Alle diese Ansätze bleiben hinter einer kontextuell funktionalistischen Sichtweise³ zurück, in der die mögliche oder beabsichtigte Kooperation von Betroffenen und Professionellen Voraussetzung des sogenannten Erkenntnisprozesses ist. Wertung ist ein natürlicher Teil einer kooperativen Situation. Es geht in ihr um Eingriffe und damit Vorstellungen, wie etwas sein sollte. Die Beteiligten müssen sich einigen; sonst scheitert Kooperation. Wenn in der diagnostischen Situation, also der Situation, in der ein Professioneller (Psychiater oder Psychotherapeut) und ein Betroffener eine unbefriedigende Lage antreffen, sie beurteilen und eventuelle Konsequenzen ziehen sollen, keine Einigung zustande kommt oder wenn die Einigung eine scheinbare in dem Sinne ist, dass der Professionelle einseitig festlegt, was der Fall ist oder getan werden muss, verlieren sich alle sogenannten Erkenntnisse. Sie werden zu Spekulationen oder Setzungen, letztlich Machtfragen.

Über die Verschleierung nötiger, aber manchmal scheiternder Kooperation der unmittelbar Beteiligten hinaus dienen Diagnosen dem Interesse der Gesellschaft an Rechtssprechung oder Kostenklärung. Das ist legitim. Doch auch darin verbirgt sich eine versuchte Kooperation, in der eben auch die umgebende Gesellschaft eine Rolle spielen kann. Dies sollte aber expliziert werden, wenn etwa ein Schutzbedürfnis vor eventuellen Wiederholungen von Gewalt herrscht oder wenn gesellschaftliche Ressourcen zu Gunsten von Individualinteressen verbraucht werden sollen, die nicht auch in einen gesellschaftlichen Gewinn⁴ zurückfließen. Es sind dann Interessen zu klären und zu explizieren, statt dass ontologisch formulierte Erkenntnisse Herrschaft verbrämen.

³ „Das Kriterium der Wahrheit ist erfolgreiches Arbeiten.“[2, S. 72]

⁴ Das ist hier nicht nur materiell/finanziell gemeint. Kranke Menschen belasten die Umgebung oft durch ihr Kranksein und beteiligen sich auf allen Ebenen weniger an gemeinsamen Anliegen.

3 Grundidee einer Alternative

Das Menschenbild hinter den folgenden Ausführungen ist der gestaltende Mensch: individuell und kooperativ (in gegenseitiger Ergänzung).

Unter psychischer Gesundheit soll verstanden werden:

- Das Individuum kann seine Lebensbedingungen *nach seiner Wahl* im Rahmen der aktuellen biologischen und kulturellen Möglichkeiten *gestalten*.
- Das Individuum ist in einem Zeitraum, der seine Entwicklung nicht gefährdet, in der Lage, wichtige *Wahlen zur Gestaltung seines Lebens* zu treffen.
- Wahlen und Gestaltungen verlaufen in sichtlicher Kontinuität entsprechend dem Stand in der Ontogenese (lebensgeschichtlichen Entwicklung).
- Hindernisse kann das Individuum selbst oder mit Hilfe von Menschen aus seinem natürlichen Lebensfeld beseitigen oder durchschreiten.

Blockierungen von Wahl und/oder Gestaltung sollen im folgenden als psychische Störungen bezeichnet werden. Abzugrenzen sind sie von biologischen oder entwicklungsbedingten Grenzen der Gestaltungsfähigkeit.

Vor dem Hintergrund eines kontextuell-funktionalistisches Konzepts von Erkenntnis ist es zulässig, dass im Einzelfall über das Vorliegen von psychischer Gesundheit vs. Krankheit zwischen den Betroffenen und Mitbetroffenen (Gestörter, Helfer, Kostenträger) verhandelt wird, da es sich bei den Störungen nicht um unhinterfragbare Entitäten handelt.

Die hier dargestellte Grundidee einer Alternative zur herkömmlichen Psychopathologie ist, dass lediglich die Eigenständigkeit und Funktionstüchtigkeit (Gestaltungsfähigkeit) des einzelnen Menschen im Lebensvollzug und im Zusammenwirken mit der gesellschaftlichen Umwelt erfasst werden. Es werden im Feststellen der Hilfebedürftigkeit keine Hypothesen über angebliche Gründe dieses (Nicht-)Funktionierens aufgestellt, abgesehen von *Circuli vitiosi*, die im Zeitverlauf der Abkoppelung von nötiger Lebensbewältigung entstehen. Solche Hypothesen und ihre Überprüfung im Verlauf werden dem Therapeuten überlassen, der sie bei Nichttaugen flexibel revidieren können soll.

Traditionelle psychopathologische Diagnosen blieben und bleiben am Einzelnen immer noch haften. Das hier vorgeschlagene Modell bietet dazu weniger

Möglichkeiten, da es keine geheimnisvollen Hintergründe des Offensichtlichen erzeugt, die im Verborgenen weiterbrodeln, auch wenn er sich wieder tatkräftig ins Leben mischt.

Funktionsstüchtigkeit (im Sinne der Gestaltung) und Eigenständigkeit des Menschen können grundsätzlich auch vom Laien eingeschätzt werden oder ergeben sich aus reliabel erfassbaren Konsequenzen in den Lebensumständen. Damit wird das Machtgefälle zwischen Fachmann und Betroffenen nicht nur aufgehoben, sondern es ergibt sich ein Vorrang der Einschätzungen der Betroffenen und ihrer Mitmenschen, da sie über mehr - in der Regel bereits bewusste - Informationen zu den mehr oder weniger gut gestalteten Lebensumständen verfügen als der außenstehende Fachmann. Dies wäre eine vorteilhafte Konstellation im Hinblick auf eventuelle Eingriffe (Therapien). Sowohl Indikationen zum Einleiten von Hilfen als auch zum Zeitpunkt ihrer Beendigung könnten dann durchsichtiger für die Beteiligten, aber auch für Kostenträger verhandelt werden.

Ausdrücklich erwünscht ist die Verhandlungsfähigkeit des Vorhabens eines Einstiegs in eine Behandlung oder ihre Fortsetzung bzw. Wiederaufnahme. Kooperation beruht auf kompatibler Einschätzung. Am Verhandlungstisch sitzen aber nicht nur Betroffener und Behandler, sondern auch – wenigstens virtuell – der Kostenträger.

Wo bleibt die Berücksichtigung von Leiden und Schmerz?

Es ist Absicht, dass diese nicht direkt in die Diagnose eingeht, was übrigens auch in der traditionellen Diagnosestellung der Fall ist. Leiden oder psychischer Schmerz sind Ausdruck von Lebensschwierigkeiten, die im hier vorgestellten Schema berücksichtigt werden.

3.1 Theoretische Enthaltsamkeit

Eine Theorie-Enthaltsamkeit kann nur relativ sein. Es ist aber wohl konsensfähiger, diagnostische Kategorien aufzustellen, die weitgehend deskriptiv, also möglichst wenig kausalitätsbezogen sind. Sie sollten berücksichtigen :

- dass psychische Störungen den Ablauf der Lebensbewältigung aufhalten und stören,
- dass es sich bei der Nicht-Bewältigung meist eher um Defizite als um Auffälligkeiten handelt, ,

- dass es um Leben und Überleben *in sozialen Feldern* geht,
- dass das Gelingen der Kooperation zwischen Hilfebedürftigen und Helfenden bedeutsam ist.

4 Schema

Hier wird ein alternatives „Diagnose“-Schema vorgeschlagen, das den Anspruch erhebt, die Zwecke der Kommunikation bzw. der nötigen Hilfeleistung zu erfüllen, ohne den Ballast des alten Systems mitzuschleppen. Es sollte durchsichtiger und handhabbarer sein und damit vor allem auch die Kooperation zwischen Behandlern und Behandelten auf einer gleichwertigeren Ebene fördern. Traditionelle Symptome können darin eingeordnet oder zusätzlich erfasst werden, sind aber weder ausschlaggebend noch unverzichtbar. Das Schema sollte weniger kategorial, eher dimensional sein und Labeling-Probleme berücksichtigen (vgl. Weinmann[8]).

Teilweise mag die Einteilung ähnlich Gesichtspunkten gängiger Fall-Konzeptualisierungen sein. Diese sind aber meist theorie- bzw. therapiemethodenspezifisch. Im Sinne der Diversität möglicher Behandlungen sind sie nicht konsensfähig genug.

4.1 Schwere

Die erste und wichtigste Einschätzung betrifft die Schwere der Störung. Diese umfasst Gefahr (letztlich Lebensgefahr), Selbstversorgung, Chronifizierung und Verengung.

Akute Schwere, Chronifizierung oder Lebensgefahr gehen auch traditionell in Diagnose-Schemata ein. Sie sind jedoch von primärer Relevanz für alle Beteiligten. Ihre Einschätzung oder Messung mag nicht immer reliabel sein, sie ist aber eine Herausforderung, der man sich nicht entziehen kann. Jedenfalls hat meist auch der Betroffene eine Einschätzung oder wenigstens eine Ahnung von der Ausprägung, so dass er bei Vermögen mitsprechen kann.

4.1.1 Akute Gefährdung

Bei Gefährdung soll es an dieser Stelle um Gefahr für Leben und materielles Wohl aller Betroffenen gehen. Offensichtlich gefährdet Suizidalität⁵ den Patienten selbst. Es kann sich aber auch um Fremdgefährdung handeln, etwa bei direkter Bedrohung. Gefährdet kann auch die Versorgung abhängiger Menschen sein, etwa von Kindern.

Längerfristige Gefährdungen sind hier noch nicht relevant. Die berücksichtigte Zeit ist hier weniger wichtig als die Absehbarkeit: Die Schädigungen und ihre Absehbarkeit können nach menschlichem Ermessen (Erfahrung) eingeschätzt werden.

4.1.2 Selbstversorgung

Dazu gehören Erwerbsfähigkeit und alltägliche Selbstsorgehandlungen (Essen , Wohnen, Hygiene). Vorrangig geht es dabei um die Fähigkeit zur materiellen Selbstversorgung. Bei Kindern kann diese selbstverständlich noch nicht gegeben sein. Hier geht ein statistisch normativer Aspekt (s.o. S.7) ein, da die Sorge für sich selbst im Laufe der Sozialisation zunehmen sollte.

4.1.3 Stand der Chronifizierung

Art des *bisherigen* Verlaufs und *daraus abgeleitet* Prognose bei Nichtbehandlung. Gemeint ist der vermutete Verlauf der Schädigungen und Blockierungen, wenn die Probleme nicht beseitigt werden. Darunter fällt z.B. die zu erwartende Selbstzerstörung (etwa bei Sucht).

4.1.4 (Dynamik der) Progredienz und Aggravierung

Dazu gehört die Verengung und Einschränkung von Funktionen und Lebensfeld bei Fortschreiten. Während die Chronifizierung eine Fortschreibung auf Grund des Stands der Entwicklung erfasst, geht hier Wissen und Erfahrung über weitere Veränderungen ein, die zu erwarten sind.

⁵ Der Suizid könnte als eigene Wahl angesehen werden. Das kann aber in Zweifel gezogen werden, wenn sich diese Wahl in absehbarem Zeitraum (z.B. innerhalb von 6 Monaten) ändern könnte.

4.1.5 Grad (Schärfe oder Häufigkeit) der Intermittierung

Ausprägung eines Musters des Auftretens und Verschwindens oder der Wiederkehr von Lebensblockierungen (z.B. bei zyklischen Verläufen, aber auch durch oberflächliche Problemlösungen).

Bei einem schwerfälligen Muster der Intermittierung müsste dann die Katamnese sehr langfristig angelegt sein, um Therapieerfolge zu erfassen.

4.1.6 Persönlichkeit und Entfaltung

Hierunter fallen die sog. Persönlichkeitsstörungen. Sie brauchen nicht differenziert zu werden, zumal es Mischformen gibt. Wesentlich ist das Ausgreifen eines psychischen Problems auf die Gesamtpersönlichkeit (in ihrer Fähigkeit, das Leben zu gestalten).

Außerdem ist an dieser Stelle die Breite der Beeinträchtigung oder Blockade der Gestaltungs- und Entfaltungsfähigkeit des Betroffenen einzubeziehen.

Kritisch wird hier die Grenze sein, unter der von einer mangelnden Gestaltungsfähigkeit gesprochen werden kann. Bedeutsam sollte sein, ob in wesentlichen Bereichen⁶ Gestaltungswunsch vorliegt, der durch eigenes Verhalten blockiert wird.

Im kooperativen Gefüge von Betroffenenem, Behandler und mitbetroffener Gesellschaft (einschließlich Kostenträger) könnte es hier die größten Differenzen in der Einschätzung geben. Es könnte durchaus angebracht sein, dass der Kostenträger eine Untergrenze (etwa $p=3$) für die Finanzierung einer Therapie sowie einen nicht in die mögliche Therapie involvierten Gutachter fordert.

4.2 Somatik

Somatik meint die Mitbeteiligung somatischer Prozesse.

- vorauslaufende

⁶ Wesentliche Bereiche sind: Äußere Lebensbedingungen entsprechend dem aktuellen zivilisatorischen Standard, Bewegungsfreiheit, Knüpfen und Aufrechterhaltung von beidseitig gewollten zwischenmenschlichen Beziehungen.

Hierunter fallen somatische Probleme/Störungen, die eindeutig einseitig die psychische Problematik ausgelöst haben, vor allem, wenn sie noch nicht beseitigt sind. Dabei sollen aber plausible oder wissenschaftlich evidente Sachverhalte maßgeblich sein, nicht Spekulationen wie bei den sogenannten endogenen Psychosen.

- nachfolgende

Hierunter fallen somatische Probleme, die eindeutig Folgen von Verhaltensweisen sind. Ein Beispiel ist wieder substanzgebundene Sucht.

- kreislaufartige Zusammenhänge

Das Ausmaß der psychophysischen Verwobenheit. Psychische (Verhaltens-) Probleme ziehen somatische Probleme nach sich. Diese wirken aber wieder auf psychische Störungen zurück. Der Ort des ursprünglichen Anstoßes wird allmählich irrelevant.

Wichtig für die vorrangige Einschätzung sollte sein, ob auch auf der somatischen Seite Eingriffsbedarf vorhanden ist, bzw. ob vorrangig psychologische Interventionen von Nöten sind.

4.3 Lebensbedingungen

Jede ernsthaft wissenschaftliche Herangehensweise an psychische Probleme bezieht Lebensbedingungen des Betroffenen in Erklärung und Therapie mit ein. Unter dem Begriff der *Ressource* findet sich das z.B. bei Petermann[5] und wird dort auch aufgefächert. Doch ihre Klassifizierung wird meist eher dem Alltagsverständnis und der Intuition des Diagnostizierenden überlassen. Dabei verdient sie nicht nur eine berücksichtigende Beachtung bei der Einschätzung des Leidens, sondern sie ist im Extremfall oft der Ort des Veränderungsansatzes, etwa wenn zu einem Berufswechsel geraten werden muss, weil kein Person-Environment-Fit gegeben ist. Würde sie routinemäßig Beachtung finden, dann könnte ihre mit dem Betroffenen geteilte oder sogar ausgearbeitete Analyse ein mächtiges Werkzeug zur Veränderung werden.

Auch Forschung sollte vom Einbezug der Lebensbedingungen in die Diagnostik profitieren. So lässt sich etwa die Wirkung von Therapieansätzen und -techniken differenzierter isolieren.

Es ist keine Frage, dass Menschen Teile ihrer aktuellen Lebensbedingungen selbst gestaltet bzw. verursacht haben. Das enthebt aber nicht von der Notwendigkeit, nötigenfalls den Fokus darauf zu lenken. Wer dann diesbezüglich intervenieren kann, ist eine Frage der Therapieplanung.

4.3.1 Mitbetroffenheit von Bezugspersonen

Der systemische Therapieansatz legt darauf einen Schwerpunkt. Doch auch außerhalb dieses Ansatzes ist es unumstritten, dass das soziale Umfeld in psychische Störungen eingebunden ist. In vielen Fällen leiden Partner, Kinder, Kollegen oder andere Menschen daran, dass der Betroffene in seiner Funktionstüchtigkeit geschwächt ist, je nach Abhängigkeit von ihm. Klassisch ist etwa die Ko-Abhängigkeit bei Suchtproblematiken.

4.3.2 Unterstützung durch Bezugspersonen

Fragestellung hier ist, ob und in welchem Umfang Menschen im natürlichen Umfeld zur Verfügung stehen, die schon bisher lindernd bezüglich der psychischen Problematik waren oder potenziell dafür dafür gewonnen werden könnten.

4.3.3 Belastende Lebensbedingungen

Es sind Menschen, Umstände, Aufgaben, Anforderungen, die jedem Menschen oder gerade diesem betroffenen Menschen Schwierigkeiten in seinem täglichen oder langfristigen Lebensweg bereiten.

4.3.4 Nutzbare Lebensbedingungen

Es geht dabei um potenziell nutzbare Bedingungen, die an sich zur Verfügung stehen. Solche, die eventuell noch gar nicht oder noch nicht im möglichen Umfang für ein stabiles und lebbares Leben herangezogen werden.

4.4 Bereitschaft und Rolle

Traditionell wurde von Therapie-Motivation gesprochen. Dass der Betroffene in ein Rollenmuster geht, ist teilweise funktional, da es Offenheit für professionelle

Einflüsse beinhalten kann. Je nach Chronifizierung tendiert eine solche Rolle aber zur Verfestigung durch Rückzüge aus selbständiger Lebensfeld-Gestaltung (Arbeit, Selbstversorgung, Beweglichkeit usw.).

4.4.1 Qualität der Kooperation im diagnostischen Prozess

Bereits der Vorgang des Diagnostizierens findet in einem Kooperationsverlauf statt⁷. Dabei passen die Interaktionsmuster des Diagnostizierers und des Diagnostizierten mehr oder weniger geeignet zueinander. Der Diagnostizierende kann diese Qualität aus seiner Perspektive einschätzen. Das sollte aber auch durch eine Einschätzung des Diagnostizierten ergänzt werden. Das Ergebnis ist kein Durchschnitt, sondern die gemeinsame Schnittmenge dieser Einschätzungen.

4.4.2 Kommunikations- und Kooperationsfähigkeit und -bereitschaft

Therapie ist im gelingenden Fall Kooperation. Dafür sind auf Seiten des Betroffenen mehr oder weniger günstige Voraussetzungen vorhanden. Seine Bereitschaft, seine Kommunikationsfähigkeit und seine interaktiven Umsetzungsfähigkeiten sind aber in Bezug auf Fähigkeiten (potenziell) professionell Helfender zu sehen. Welche Möglichkeiten bietet der Betroffene vermutlich vielen professionell Helfenden an?

4.4.3 Selbstdefinition und Krankheitsgewinn

Sowohl die Weigerung zur Selbstdefinition als hilfebedürftig als auch die bereitwillige bis exzessive Nutzung eines Etiketts für die eigene Schwäche können Hindernisse sein, die Hilfebedürftigkeit wieder hinter sich zu lassen.

4.4.4 Vermutlich nötiges Therapie-Setting

Nominal skalierbar sind hier Therapie-Bedingungen, die nötig oder hilfreich bei der Behandlung sein dürften: Einzel-Psychotherapie, Gruppen-Psychotherapie, Psychopharmaka-Therapie, stationäre oder teilstationäre Behandlung.

⁷ Das ist vergleichbar mit Erkenntnissen der Physik über das Erkennen: „...observations do not refer to properties of observation-independent objects“[1, S. 116].

5 Kriterien der Einschätzung

Folgende Kriterien sollen bei den Einschätzungen dienlich sein:

<i>Kategorie</i>	<i>Sub-Kategorie</i>	<i>Anhaltspunkte</i>
Schwere	Dringlichkeit	Suizidalität Lebensgefahr für andere andere akute Lebensgefahr keine Voraussagbarkeit
	Selbstversorgung	Erwerbsleben Alltag (Wohnen, Essen, Schlaf)
	Chronifizierung	bisherige Dauer voraussichtliche Dauer bei Fortschreibung
	Progredienz	zu erwartende Steigerung der Problematik
	Intermittierung	erkennbares Muster von Überaktivität und Passivität Wechsel von Auffälligkeit und Unauffälligkeit Frequenz der Intermittierung Schärfe der Intermittierung
Körper	Gesamtpersönlichkeit	Grad der Einseitigkeit persönlicher Ausprägungen, die bekanntermaßen zu Problemen führen oder bereits geführt haben Einengung der Interessen Einengung der Effektivität Isolation der Person Vereinnahmung der Person durch andere mangelnde Fähigkeit, die anstehenden Wahlen des Lebenswegs zu treffen mangelnde Fähigkeit, getroffene Wahlen umzusetzen
	vorauslaufend	verhaltensbeeinträchtigend nicht ausreichend verarbeitet oder angepasst
	nachfolgend	Ausmaß und Perspektive der Selbstschädigung akute Beeinträchtigungen, vorläufig ohne Selbstschädigung
Lebensumstände	gegenseitig	Ausmaß der psychophysischen Kreislaufprozesse Perspektive der Dynamik solcher Prozesse
	Mitbetroffene	Kinder, Partner, Verwandte Kollegen, Untergebene, Übergeordnete Öffentlichkeit
	Hilfe	Grad der (bereits wirksamen, direkten, persönlichen) Unterstützung im natürlichen Lebensfeld

	Belastungen	Soziale Belastungen Materielle Belastungen
	Unterstützendes	Potenziell nutzbare soziale Unterstützungen im Lebensfeld
Kooperation	Diagnostik als Kooperation	Vertrauensaufbau gemeinsame Sprache Vollständigkeit
	kooperative Voraussetzungen	sprachliche Übermittlung (gemeinsame Sprache) gemeinsame Sicht (Einsicht) Durchhaltevermögen und Konsequenz im Vorgehen
	Identifikation	Selbstaugrenzung und abnormale Selbstsicht sekundärer Krankheitsgewinn Vermeidungscharakter der Symptomatik vor Verantwortung
	Setting	Kombination nürzlicher professioneller Hilfen

Die „Anhaltspunkte“ sollen in ihrer stärksten Ausprägung auf die Codierung durchschlagen, d.h. wenn akute Suizidalität gegeben ist, ergibt das in der Einschätzung eine „9“, auch wenn andere Anhaltspunkte dieser Subkategorie niedriger eingeschätzt werden. Oder wenn in der Subkategorie „Gesamtpersönlichkeit“ eine extreme Isolation gesehen wird, sind andere Anhaltspunkte für die Einschätzung der Subkategorie uninteressant (auch wenn sie das therapeutisch natürlich nicht sind).

Die Einschätzung „9“ ist in den Kategorien Selbstversorgung, Hilfe, Ressourcen und kooperativen Voraussetzungen nicht negativ, sondern (prognostisch) positiv zu sehen (und entsprechend zu codieren). Die Ober-Kategorie Lebensumstände bekommt eine hohe Zahl bei stärkerer Problematik, die Ober-Kategorie Kooperation erhält eine hohe Zahl bei günstigen Voraussetzungen.

6 Codierung

Die Codierung der Störung eines Betroffenen (Patienten) sollte alle 4 genannten Bereiche erfassen. Ihre jeweiligen Komponenten sind je nach Sinn quasi-metrisch, also ordinal und im Fall der nützlichen Hilfen nominal skaliert. Die einschätz-Skala variiert von **0** (= nicht vorhanden) bis **9** (= stark oder extrem). Die vorgeschlagenen Skalen sind erst eine Annäherung an ein wünschenswertes Schema.

Die 4 Hauptgruppen könnten folgendermaßen codiert werden: S (Schwere, severity), B (Body, körperliche od. somatische Einbindung), L (Lebensbedingungen, Living conditions) und C (Kooperationsbedingungen, cooperative preconditions). Die Unter-Kategorien wären für

- S (**S**everity): u: **u**rgency (Dringlichkeit), y: **y**self-supply (Selbstversorgung), r: **r**chronicity (Chronifizierung), g: **g**progress (Progredienz), i: Ausmaß der Intermitterung (**i**ntermittent pattern), p: **p**ersonality (Gesamtpersönlichkeit),
- B (**B**ody): e: **e**precursory (vorauslaufend), w: **w**following (nachfolgend), m: **m**utual (gegenseitig, kreislaufartig, spiralenförmig)
- L (**L**iving conditions): a: **a**ffected persons (Mitbetroffene), h: **h**elp (Hilfe aus natürlichem Umfeld), n: **n**incriminatory life conditions (belastende Lebensbedingungen), f: **f**acilitating life conditions (unterstützende Lebensbedingungen)
- C (**C**ooperation): q: **q**uality of the diagnostic process (Qualität des stattgefundenen diagnostischen Prozesses), o: **o**perative precondition (kooperative Voraussetzungen), d: **d**isease identification (Selbstdefinition), t: **t**required setting (therapeutisches Setting)

Bis auf den letzten Unter-Punkt wird von 0 (nicht vorhanden) bis 9 (extrem bzw. perfekt) codiert. Bei der Hauptkategorien bedeutet 0 eine fehlende Problematik und 9 eine extreme Problematik. Der letzte Unterpunkt wird nominal angegeben: t: r (residential), o (outpatient), m (ambulant), d (drug), (s) single, g (group). Bei ihm ist eine Kombination möglich, z.B.: m+g+d.

Eine Diagnose sieht dann etwa so aus: S(7), u(5), r(8), g(4), i(7), p(9), y(6), B(0), L(7), a(2), h(0), i(5), u(2), C(-), o(6), d(9), t(r+d). Auch Bereichsangaben sind möglich, etwa: y(5-7). Außerdem ist ein Fragezeichen möglich. Es soll kennzeichnen, dass das Feld wichtig ist, aber noch nicht geklärt werden konnte. Ein "-" weist auf eine Uneinheitlichkeit der Unterkategorien hin, so dass trotz Problematik nicht eingeschätzt werden kann.

Codiert wird nur, was bekannt ist. Teilweise kann man sich auch auf die Oberkategorien beschränken. Kostenträgern wird möglicherweise nur ein Teil der Diagnose bekannt gegeben. An welchen Problembereich angesetzt wird, bleibt absichtlich offen.

6.1 Beispiele

Als Beispiele für Codierungen seien 3 Fälle angedeutet:

Fall A

Der ca. 55-jährige Patient kommt wegen Antriebslosigkeit und Freudlosigkeit. Vom Hartz-4-Amt komme er immer wieder in Bedrängnis. Er könne aber keine Arbeit mehr annehmen, zumal man ihn auch nirgendwo mehr wolle. Er lebt allein in einer kleinen Eigentumswohnung, die er von der Mutter geerbt hat. Morgens komme er nicht aus dem Bett.

Codierung: S(6), u(3), y(5), r(8), g(3), i(2), p(7), B(0), L(7), a(0), h(0), n(7), f(4), C(3), q(6), o(6), d(8), t(m).

S	6	3	5	8	3	2	7
B	0	e	w	m			
L	7	0	0	7	4		
C	3	6	6	8	m		

Fall B

Die ca. 40-jährige Patientin hat es geschafft, sich von ihrem Lebensgefährten zu trennen. Auch eine frühere Partnerschaft hatte sie sehr lange ausgelaugt, bevor sich den Schritt zur Trennung schaffte. Danach kommen aber alle Erwägungen, Selbstzweifel, Schuldgefühle. Sie schläft immer noch nicht erholsam. Ihre verantwortungsvolle Berufstätigkeit schafft sie wie immer ohne Auffälligkeiten. Privat ist sie aber in einem Loch. Ihre Lebensperspektive (Familie mit Kindern) scheint nach zwei langen aufzehrenden Beziehungen verloren.

Codierung: S(4), u(9), y(9), r(3), g(2), i(4), p(6), B(2), e(0), w(4), m(1), L(0), a(0), h(3), i(3), f(8), C(9), q(8), o(9), d(2), t(m)

S	9	9	3	2	4	6
B	0	4	1			
L	0	3	3	8		
C	8	9	2	m		

Fall C

Die ca. 40-jährige Patientin hat keinen Beruf gelernt, ist aber intellektuell und sprachlich überdurchschnittlich. Sie lebt allein, bezieht Hartz-4, nimmt mit Unterstützung des Amts verschiedene Jobs an. Sie hatte in jüngerer Zeit eine schwer traumatisierende Erlebniskette. Sie war bereits in stationärer Behandlung. Sie ist stark übergewichtig, hat Schlafstörungen, Flashbacks.

Codierung: S(9), u(9), y(5), r(7), g(3), i(7), p(8), B(4), e(0), w(6), m(8), L(7), a(1), h(3), n(7), f(4), C(8), q(8), o(7), d(8), t(m)

S	9	7	3	7	8	5
B	0	6	8			
L	1	3	7	4		
C	8	7	8	m		

7 Vergleich der Diagnose-Konzepte und Perspektive

Das SBLC-Verfahren wirkt auf den ersten Blick kompliziert und möglicherweise zu differenziert für den Alltag des Behandelns. Seine Vorteile sind aber:

- Für die Verständigung von Behandlern oder Kostenträgern können bestimmte Teile herausgenommen oder gar allein zu Grunde gelegt werden, etwa die Dringlichkeit.
- In vielen der Kategorien kann der Behandlungsverlauf dargestellt (codiert) werden. Die Kategorien sind nämlich wenigstens teilweise keine unabänderlichen Größen, sondern im Fluss. Patienten haben dann auch nicht ihr Leben lang eine Diagnose „weg“.
- Die differenzierte Codierung lenkt von vornherein den Blick auf relevante Teile der Problematik.

Das SBLC-Diagnose-Verfahren erfordert ein Training wie die traditionelle Diagnostik. Zur Vereinheitlichung sollten Anweisungen zur Codierung entwickelt werden, evtl. auch Check-Listen oder Referenz-Beispiele. Wünschenswert wären auch Erhebungsverfahren für PatientInnen, in denen diese zu relevanten Einschätzungen gebeten werden. Teilweise könnten sich diese dann auch als Verlaufsmessungen eignen.

8 Folgen einer alternativen psychopathologischen Diagnostik

Ein hier skizzierter Wechsel in der psychopathologischen Diagnostik würde nicht nur in der Forschung weit reichende Folgen haben.

Etwa in der Bedarfsplanung. Wenn es zentral um Wahl und Gestaltung geht, könnte eine entsprechende Landkarte der Wahrnehmungen und wahrgenommenen Möglichkeiten der Menschen entwickelt werden, auf der Abstufungen und Schwerpunkte von Mangel und Bedürftigkeit abgebildet werden. Auf die Genehmigung von Kassensitzen müsste aber nicht direkt Einfluss genommen werden. Es genügt, die Behandlung schwererer und schwieriger zu therapierender Störungen und zeitnahe Hilfe höher zu honorieren, um die Niederlassung von Psychotherapeuten zu steuern. Damit wären auch Unzufriedenheiten der Kostenträger⁸ mit der derzeitigen psychotherapeutischen Versorgung aufgefangen.

8

http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/versorgungsforschung/article/838562/psychotherapie-verstopfen-leichte-faelle-wartezimmer.html

Das Anzeigen der Bedürftigkeit nach psychosozialen Hilfen ist nun nicht mehr abhängig von der Feststellung quasi ontologischer Feststellung von psychischen Erkrankungen, sondern kann von allen Forschungen profitieren, in denen der gestaltende Mensch im Mittelpunkt steht. Auch eine Verbindung zu Prävention ist naheliegend.

1 Literatur

- 1 Barad, K. (2007). *Meeting the Universe Halfway*. Duke University Press, Durham & London.
- 2 Ciarrochi, J. und Bailey, A. (2010). *Akzeptanz- und Commitmenttherapie in der KVT: Mit Online-Materialien*. Beltz.
- 3 Frances, A. (2013). *Gegen die Inflation psychiatrischer Diagnosen*. DuMont, Köln.
- 4 Payk, T. R. (2010). *Psychopathologie. Vom Symptom zur Diagnose*. Springer.
- 5 Petermann, F. und Schmidt, M. H. (2006). Ressourcen-ein grundbegriff der entwicklungspsychologie und entwicklungspsychopathologie?. *Kindheit und Entwicklung*, 15(2):118–127.
- 6 Scharfetter, C. (2002). *Allgemeine Psychopathologie: eine Einführung*. Georg Thieme Verlag.
- 7 Schulte, D. (1998). Psychische gesundheit, psychische krankheit, psychische störung. *Lehrbuch Klinische Psychologie–Psychotherapie*. Bern, Seiten 19–32.
- 8 Weinmann, S. (2008). *Erfolgsmythos Psychopharmaka*. Psychiatrie-Verlag, Bonn.
- 9 Wittchen, H.-U. und Jacobi, F. (2001). Die versorgungssituation psychischer störungen in deutschland eine klinisch-epidemiologische abschätzung anhand des bundes-gesundheitssurveys 1998. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 44(10):993–1000.