



Leseprobe aus: Born, Psychotherapeutische Diagnostik in der Praxis, ISBN 978-3-621-28180-5

© 2014 Beltz Verlag, Weinheim Basel

<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-621-28180-5>

1 Einführung

Die erfahrenen Hochschullehrer haben uns jungen Medizinstudenten damals immer wieder gesagt, dass die »Götter vor die Behandlung die Diagnose gesetzt haben«. Ohne eine klare Diagnose sollten die Patienten nicht behandelt werden. Das gilt für alle Fachbereiche der Medizin, d. h. auch für das Fachgebiet Psychotherapie. In der Medizin werden Krankheiten behandelt, die in der »Internationalen Krankheitsklassifikation« der WHO (ICD) aufgeführt sind. Die ICD liegt aktuell in der 10. Version vor. Diese Krankheitsdiagnosen werden nach dem folgenden Prinzip definiert: Patienten haben bestimmte Symptome und zeigen bestimmte körperliche Veränderungen. Wenn diese immer wieder zusammen auftreten, werden sie zu einem Syndrom zusammengefasst. Wenn das Syndrom wiederholt bei verschiedenen Menschen auftritt, typische pathologische anatomische und physiologische Veränderungen nachgewiesen werden können und wenn möglich auch eine Ursache entdeckt wird, wird dieses Syndrom als eine Krankheit mit einem passenden Eigennamen definiert. Das ist dann die Diagnose. Die Fächer Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie haben ein eigenes Kapitel in der ICD (Kapitel 5 – Psychische Störungen). Auch hier wurden die Diagnosen nach dem Prinzip »Symptom – Syndrom – Diagnose« definiert, wobei das Problem bestand und weiterhin besteht, dass bei den überwiegenden Diagnosen keine körperlichen Veränderungen festgestellt werden können. Es wird subjektives Erleben geschildert und Handeln berichtet. Bestimmte Handlungen können auch beobachtet werden. Eine Ausnahme sind die klar organisch verursachten psychischen Störungen wie z. B. Demenzen, Hirnschäden nach Unfällen oder neurologische Erkrankungen. Deshalb wurde seit der Veröffentlichung des »Diagnostischen und Statistischen Manuals psychischer Störungen« (DSM) in der dritten Version (DSM-III) der American Psychiatric Association (APA) die Diagnosen im Fachgebiet weitgehend von ätiologischen Modellen befreit. Es wurden nur noch Kriterien beschrieben, die für die Vergabe der Diagnose vorhanden sein müssen. Aufgrund der fehlenden somatischen Ätiologie ziehen die ICD und das DSM in den aktuellen Versionen den Begriff »psychische Störung« dem der »Krankheit« vor. Diese Störungen haben aber »Krankheitswert«, d. h. sie führen zu psychosozialen Belastungen und Beeinträchtigungen und sind behandlungswürdig, weshalb die Behandlungen von der Solidargemeinschaft über die Krankenkassen finanziert werden.

Die umfangreiche Forschung in unserem Fachgebiet hat eine große Menge an störungsspezifischem Wissen geliefert. Vor den 80er Jahren war die klassifikatorische Diagnostik aufgrund fehlenden oder eingeschränkten störungsspezifischen Wissens in der Psychotherapie kaum richtungswesend, welche Behandlungsmethode bei einem bestimmten Beschwerdebild eingesetzt werden sollte. Spätestens seit den 90er Jahren wurde zunehmend klar, dass störungsspezifisches Vorgehen in der Therapie wirksam ist und berücksichtigt werden muss, um Patienten effektiv und nachhaltig zu helfen.

Der Therapieschulenstreit hat die Integration dieser nützlichen störungsspezifischen Behandlungsmethoden in den gesamten Bereich der Psychotherapie verhindert und auch heute erscheint dieser Streit noch nicht überwunden, obwohl Grawe, Donati und Bernauer ihn spätestens mit ihrer umfangreichen Metaanalyse 1994 und dem Herausarbeiten der allgemeinen psychotherapeutischen Wirkfaktoren ausgeräumt haben. Aus rein wissenschaftlicher Sicht hätte dieser Streit damals als beendet erklärt werden müssen. Gerade die so genannten tiefenpsychologisch- und analytisch-orientierten Therapieschulen taten sich damit schwer und griffen die Autoren teilweise vehement an. Die so genannte Verhaltenstherapie orientiert sich generell an Forschungsergebnissen und tut sich leichter, neue Erkenntnisse in ihr Methodenarsenal zu integrieren. Da die wissenschaftlichen Ergebnisse letztendlich überzeugend sind, veröffentlichen nun auch Forscher der tiefenpsychologisch-orientierten Therapieschulen störungsspezifische Manuale (z. B. Hofmann, 2008). Auch die Weiterentwicklung der »Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD)« (1995) und darauf Bezug nehmende Behandlungsvorschläge (z. B. Rudolf, 2013) versuchen die tiefenpsychologisch-orientierte Psychotherapie zu systematisieren. Im Gegenzug wird die Verhaltenstherapie immer psychodynamischer, indem zunehmend Grundbedürfnisse und habituelle Kompensationsschemata berücksichtigt werden, was sich beispielsweise in der Schematherapie nach Young (1990) widerspiegelt. Auch wurde klar, dass die rein störungsspezifischen Vorgehensweisen zu kurz greifen, machen sie in der Effektstärke bei den Therapieergebnissen im Durchschnitt doch »nur« 0.15 aus. Auf einzelne Störungsbilder bezogen gibt es aber deutlich höhere Effektstärkenunterschiede, was eindeutig gegen das immer wieder herangezogene »Dodo-Verdikt« spricht, das in diesem Kontext bedeutet, dass alle Therapiemethoden gleich gut seien und alle einen Preis verdient hätten. Störungsspezifisches Wissen sollte daher keinesfalls vernachlässigt werden; es ist aber eben auch nicht alles.

Es scheint so zu sein, dass sich die gesamte Psychotherapie nun langsam in Richtung einer so genannten »Allgemeinen Psychotherapie« nach Grawe (1994, 1998, 2004) bewegt und damit unsere gesamte Berufsgruppe auf dem Weg »von der Konfession zur Profession« (Grawe et al., 1994) fortschreitet.

Wenn in der Medizin eine Erkrankung bekannt ist und sie diagnostiziert werden kann, wird sie auch behandelt, in der Regel biochemisch, physikalisch und/oder chirurgisch. Je akuter die Erkrankung, desto sinnvoller ist dieses Vorgehen. Je weniger akut und je chronischer eine Erkrankung ist, desto weniger reicht es aus, nur die Erkrankung zu diagnostizieren und mit Medikamenten zu behandeln. Der langfristige Verlauf, der Umgang mit der Krankheit, die Auswirkungen auf das Umfeld und das subjektiv erlebte Leid hängen von vielen psychosozialen Faktoren ab. Der Hausarzt muss diese Faktoren diagnostizieren und in seinem Therapieplan berücksichtigen, will er den Betroffenen wirksam und nachhaltig helfen. Psychische Störungen können so akut sein, dass die Betroffenen in einer psychiatrischen Akutklinik behandelt werden müssen. In diesem Zustand ist in der Regel das akutmedizinische Vorgehen zielführend: Es wird eine klassifikatorische Diagnose gestellt und eine medikamentöse Behandlung durchgeführt, bis eine Entaktualisie-

rung eingetreten ist und sich der Patient stabilisiert hat. Erst dann wird die Diagnostik erweitert und ein langfristiger Behandlungsplan erstellt. Wenn Patienten in die psychotherapeutische Praxis kommen, besteht die Störung häufig schon länger und/oder ist subakut. Dann muss prinzipiell eine Mehr-Ebenen-Diagnostik durchgeführt werden, um alle maßgeblichen Faktoren zu erfassen, die ins Störungsgeschehen hineinspielen. Grawe schlägt vor, den Patienten und sein Leben aus verschiedenen Perspektiven zu beurteilen, um am Ende ein Gesamtbild von ihm und seinen Problemen zu haben. Die folgenden Ebenen tragen wesentlich zum Störungsgeschehen bei und sollten deshalb in der Diagnostik und im Behandlungsplan berücksichtigt werden:

- ▶ Psychische Störungen nach ICD (Achse Ia) oder DSM (Achse I)
- ▶ Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörungen nach ICD (Achse Ia) oder DSM (Achse II)
- ▶ Problem- und Konfliktebene
- ▶ Somatische Ebene
- ▶ Kognitionsebene
- ▶ Emotions- und Motivationsebene
- ▶ Beziehungsebene
- ▶ Ressourcenebene

Diese Ebenen hängen funktional eng miteinander zusammen. Therapeuten müssen deshalb eine Vorstellung haben, wie diese Ebenen miteinander interagieren. Dafür wird ein Modell vom normalen Funktionieren des Menschen und ein stringentes Modell zur Störungsentwicklung und -aufrechterhaltung (s. Kap. 2) benötigt. Ebenso brauchen Therapeuten ein Therapierational, das sie befähigt, Störungen und Probleme effektiv und effizient zu behandeln.

Die Diagnostik beschränkt sich aber nicht nur auf den Therapiebeginn, sondern auch auf das Therapieende und den Therapieverlauf. Am Ende der Therapie sollten die pathologischen Parameter deutlich gebessert sein oder sich sogar im normalen Bereich befinden. Im Therapieverlauf wird erwartet, dass sich diese Parameter verbessern. Sie können aber auch unverändert bleiben oder sich sogar verschlechtern. Wenn dies erst am geplanten Ende der Therapie klar würde, wäre es möglicherweise für weitere Interventionen zu spät. Nur wenn der Therapeut diese Parameter kontinuierlich erfasst, kann er den Prozess bei Auffälligkeiten frühzeitig zielorientiert beeinflussen.

In den folgenden Kapiteln werden die oben genannten Ebenen betrachtet und für die Praxis geeignete diagnostische Prozeduren vorgestellt. Im Anschluss werden die Einzelbefunde in ein Gesamtbild integriert, von dem dann sinnvolle Ziele und entsprechende Behandlungsstrategien abgeleitet werden können. Letzten Endes soll der diagnostische Prozess so gestaltet werden, dass er zügig durchlaufen wird, alle therapielevanten Bereiche erfasst werden und – soweit möglich – sichergestellt ist, dass nichts Wichtiges übersehen wurde.

Wer Qualitätsmanagement nicht nur als von der Politik aufgezwungene Zusatzarbeit ansieht, kann hier zudem viele Anregungen finden, wie der diagnostische Prozess verbessert werden kann (Beginn, Verlauf, Outcome), u. a. auch, wie der Bericht

im Rahmen des Gutachterverfahrens in einer Stunde fertig gestellt werden kann. Idealerweise kann das Buch teilweise oder ganz als Leitfaden für das praxisinterne QM-Handbuch genutzt werden und spart damit viel Schreibarbeit.

Im Anhang findet sich eine umfangreiche Materialiensammlung zur Unterstützung des diagnostischen Prozesses, zur Dokumentation und für das Berichtswesen.