

Das Verhältnis von Symptom und Krankheit am Beispiel der psychischen Störungen bzw. Erkrankungen

Einleitung

I. Von der Diagnose als natürlich gedachter Krankheitseinheiten zur Diagnose von Symptomen

1. Die Vorstellung von „natürlichen Krankheitseinheiten“ und der Prozess der Denosologisierung
2. Die *Achse I a* (= die psychischen Störungen, Kapitel V (F)) der 10. Revision der Internationalen Klassifikation von Krankheiten (*ICD-10*), als *Achse der Symptomatologie*

II. Eindeutigkeit der Symptombehandlung, Vieldeutigkeit der Krankheitsbehandlung

3. Ansätze zur zusätzlichen Erhebung und Dokumentation der sozialen und der individuell-subjektiven Aspekte von psychischen Störungen bzw. Erkrankungen
 - a) Soziale Aspekte: Die *Achse III* (= Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, Kap. XXI (Z)) der *ICD-10* als *potentielle Achse der sozialen Bedingungen von Krankheiten*
 - b) Individuell-subjektive Aspekte: Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD).
Die OPD als potentielle Achse der individuell-subjektiven Bedingungen von Krankheiten
4. Vieldeutigkeit der Krankheitsbehandlung

Fazit: Ein neuer Krankheitsbegriff?

Einleitung

Der Versuch der Beschreibung von Krankheit und die Frage nach der Krankheit sind so alt, wie die Menschheit selbst¹. Als sowohl alltägliches wie oft folgenschweres und zugleich rätselhaftes Ereignis wandte sich das Denken der Magier, Priester, Philosophen und Forscher diesem zu, ohne dass Krankheit – bis heute nicht – ihre Rätselhaftigkeit verloren hätte². Mit der Entstehung der wissenschaftlichen Medizin wird der aus der Umgangssprache stammende *Krankheitsbegriff* wissenschaftlichen Zwecken untergeordnet. Seine Aufgabe wird es nun, der ärztlichen Orientierung an den Zielen Diagnose, Therapie, Prävention und Palliation zu dienen, wodurch er zu einem zentralen, praktischen und handlungsleitenden Fachbegriff³ wird. An diesem lassen sich drei Aspekte unterscheiden, ein objektivierend-natürlicher, ein subjektiver und ein sozialer⁴, die in einer Diagnose, der Kurzbeschreibung von Krankheit, in unterschiedlicher Gewichtung miteinander kombiniert werden: Werden zum Beispiel in der Chirurgie Unfallfolgen behandelt, haben die subjektive und die soziale Komponente ein geringeres Gewicht, als wenn in der Psychiatrie depressive oder Angststörungen behandelt werden.

¹ Lanzerath, D. (2000): Krankheit und ärztliches Handeln, Freiburg/München: Alber, S. 15

² Historisches Wörterbuch der Philosophie (1976), Basel, Stuttgart: Schwabe & Co., Stichwort Krankheit

³ Lanzerath, D., a.a.O., S. 15 und S. 255

⁴ Lanzerath, D., a.a.O., S. 17

In einem knappen historischen Abriss soll 1. zunächst die jüngste Entwicklung der Beschreibungsmodi von Krankheit nachgezeichnet werden. Sie beginnt mit den ehemals als natürlich betrachteten Krankheitseinheiten und geht bis zu der sie dekonstruierenden, sie auf ihre naturalistisch-biologischen, beobachtungsnah beschreibbaren Aspekte reduzierenden Achse I der ICD-10, der „Krankheits-“ bzw. Störungsachse. Anschließend soll 2. für den Bereich der psychischen Störungen aufgezeigt werden, welche Ansätze es gibt, diese Störungsdiagnosen der Achse I der ICD-10, welche aktuell allein verbindlich sind, wieder durch die Hinzunahme der sozialen wie der individuell-subjektiven Bedingungen von Krankheit zu vervollständigen. Nicht zuletzt ist damit die Hoffnung verbunden, dass für diese umfassendere Betrachtung auch die fachlichen, zeitlichen und personellen Ressourcen zur Verfügung gestellt werden. Abschließend wird 3. die Frage aufgeworfen, ob sich mit diesen Ansätzen der Krankheitsbegriff nur im Sinne einer höheren Komplexität weiterentwickelt, oder ob ein kategorial neuer Krankheitsbegriff erkennbar wird. Letzteres kann verneint werden. Seit dem ersten Bruch mit den diagnostischen Traditionen durch DSM III, IV und ICD-10 beginnt vielmehr der damals im Keim angelegte neue Krankheitsbegriff sich überhaupt erst umfassend zu entfalten. Deutlicher erkannt wird dabei die funktionalistische Norm, an welchem er sich überwiegend orientiert, wie auch ein zu diesem Krankheitsbegriff möglicherweise passender Gesundheitsbegriff. Dieser könnte – realistisch und positiv anstatt idealisierend⁵ und negativ – beschrieben werden als Bewältigung von Krankheit⁶, als konstruktiver Umgang mit ihr, und nicht nur als deren formale Abwesenheit. Der funktionalistische Rahmen wird nicht verlassen; die Gesundheit ist nicht mehr „verborgen“⁷. Damit dürfte der von Menschen immer auch empfundene rätselhafte Aspekt von Krankheit hier nicht wirklich aufgehoben sein. Er wird wohl weiterhin das Aufgabenfeld von paramedizinischen Disziplinen bleiben und deren Attraktivität sichern⁸.

I. Von der Diagnose als natürlich gedachter Krankheitseinheiten zur Diagnose von Symptomen

1. Die Vorstellung von „natürlichen Krankheitseinheiten“ und der Prozess der Denosologisierung

Diagnosen können als Überschriften für kleine Erzählungen aufgefasst werden. Erzählungen davon, was zuerst von einzelnen, dann von vielen und schließlich von Generationen von Ärzten und Patienten im Rahmen bestimmter Gesellschaften als kritisch und/oder veränderungswürdig im Vergleich zu vorgestellten oder empirischen Normen⁹ erlebt, gesehen und schließlich konzipiert

⁵ Gesundheitsdefinition der WHO von 1946, noch unter dem Eindruck des Zweiten Weltkrieges: „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease and infirmity.“ Zitiert in: Lanzerath, D., a.a.O., S. 168

⁶ Hierzu passt die Auffassung von Parsons, T. (zitiert in: Lanzerath, D., a.a.O., S. 172), wonach Gesundheit verstanden werden kann als die optimale Leistungsfähigkeit eines Individuums für die wirksame Erfüllung der Rollen und Aufgaben, für die es sozialisiert worden ist.

⁷ Gadamer, H.-G. (1993): Über die Verborgenheit der Gesundheit. Frankfurt/M: Suhrkamp

⁸ Das meine ich so wenig geringschätzend, wie das folgende Zitat von Marcel Proust als zynisch aufgefasst werden darf: „Gelobt sei die Krankheit, denn die Kranken sind ihrer Seele näher als die Gesunden.“ Zitiert im Duden (2002): Zitate und Aussprüche, Teil II, Stichwort Krankheit. Mannheim: Bibliographisches Institut & F.A. Brockhaus Arbeitsgruppe. Es bleibt ein Rest an Rätselhaftigkeit, den aufzulösen kaum die Aufgabe der wissenschaftlichen Medizin sein dürfte.

⁹ Arbeitskreis OPD (Hrsg.) (2014³): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Bern: Hans Huber, S. 28

wurde. Diese Kurzzusammenfassungen des medizinischen Blicks auf das Kranksein bzw. die Krankheit des Patienten entwickelte und differenzierte sich im Rahmen der wissenschaftlichen Medizin auf eine ganz spezifische Weise. Über fast ein Jahrhundert hinweg fand oder schuf er im somatischen wie im psychisch-geistigen Bereich eine Abfolge von je typischen Krankheitsbildern mit definierter Ätiologie und Pathogenese, welche mehr oder weniger als natürliche Krankheitseinheiten¹⁰ gesehen wurden und zu entsprechenden Nosologien führten. Nicht einzuordnende Symptome oder Symptomkomplexe, die es schon immer gab, waren „Diagnosen im Wartestand“, wie es noch in den 70er Jahren¹¹ hieß. Es schien lediglich eine Frage der Zeit, bis auch diese nach Aufklärung von Ätiologie und Pathogenese einem der bisher empirisch im Laufe der Zeit aufgelesenen Krankheitsbilder zugeordnet würden.

Es kam anders. Die weitere Erforschung der Krankheitsbilder wie auch der noch nicht zugeordneten Syndrome löste die Grenzen der als natürlich gedachten Krankheitseinheiten und damit die entsprechenden Nosologien zunehmend auf. Je genauer man untersuchte, umso mehr an bekannten wie auch neuen Ursachen erkannte man bei ein- und derselben Erkrankung, im somatischen wie im psychisch-geistigen Bereich. Auch diese Grenze, also die zwischen somatischen und psychischen Erkrankungen, begann sich aufzulösen, und es traten soziale Faktoren als ätiologisch wirksam anzuerkennende hinzu. Ursache und Wirkung verloren ihre Eindeutigkeit. Was als ein- und dasselbe Krankheitsbild erschien, konnte die unterschiedlichsten Ursachen haben, ein- und dieselbe Ursache konnte ganz unterschiedliche Krankheitsbilder hervorbringen. Die Hoffnung auf Unterscheidbarkeit und Eindeutigkeit von „natürlichen“ Krankheitsbildern mit ihrer Anschaulichkeit ging ebenso verloren wie die Unterscheidbarkeit und Eindeutigkeit der therapeutischen Option. Gegenüber dem monokausalen Erklärungsmodell wurden nun multikausale und multikonditionalistische Modelle gefordert. Diese begannen, ein mehrdimensionales und unanschauliches Geflecht unterschiedlich zu gewichtender, interner und externer Bedingungen¹² aufzubauen, in welchem die drei bisherigen nosologischen Ebenen von Symptomatologie, Ätiologie und Pathogenese relativiert und entkoppelt wurden¹³. Dies bedeutete einen erheblichen Bruch mit der Tradition mit ihrem „ontologischen“ oder „substantiellen“ Krankheitsbegriff¹⁴. Der Prozess der Denosologisierung hatte begonnen¹⁵.

¹⁰ Lanzerath, D., a.a.O., S. 91

¹¹ „Diagnose im Wartestand“ war eine Zuschreibung, die ich Mitte der 70er Jahre im Studium in Heidelberg regelhaft in Verbindung mit den damals schon zahlreicher werdenden „Syndromen“ hörte. Syndrome wurden nicht als „echte“ Diagnosen betrachtet, weil ihnen eine Annahme über Ätiologie und Pathogenese fehlte.

¹² Wieland, W. (1975), zitiert in Lanzerath, D., a.a.O., S. 95, Fußnote 21

¹³ Fischer, G. (2007): Kausale Psychotherapie. Kröning: Asanger, S. 88

¹⁴ Lanzerath, D., a.a.O., S. 95

¹⁵ Lanzerath, D., a.a.O., S. 95, Fußnote 21 und S. 96: „Die Bemühungen, jeden individuellen Krankheitszustand unter einen eindeutigen Krankheitsbegriff zu subsumieren ... sind bislang gescheitert, weil es immer wieder zwischen den Gebieten der zu klassifizierenden Begriffen zu unvermeidlichen Überschneidungen gekommen ist.“

2. Die zehnte Revision der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD-10

Der Eindruck der Insuffizienz der „alten“ Diagnosen war im Bereich der psychischen Störungen wohl am eklatantesten und wurde 1981 plötzlich auch politisch brisant. Im März dieses Jahres kam es zu einem Attentat auf den damaligen Präsidenten Reagan. Ein 25-jähriger Mann schoss mehrfach auf den Präsidenten und verletzte ihn und drei weitere Personen schwer. 1982 wurde er, nach mehreren hundert Stunden psychiatrischer Untersuchungen, wegen Schuldunfähigkeit freigesprochen und in einer psychiatrischen Institution untergebracht – aus welcher er erst 2016 wieder entlassen werden sollte¹⁶. Der Fall erregte damals größtes öffentliches Aufsehen, weil die psychiatrischen Gutachter zu gegensätzlichen Ergebnissen kamen, und die Öffentlichkeit, in der sich der Attentäter ausführlich äußerte, nicht den Eindruck hatte, dass er geisteskrank sei. Das Gericht folgte jedoch den Psychiatern der Verteidigung, die eine Schizophrenie diagnostiziert hatten, während die Psychiater der Anklage von einer Persönlichkeitsstörung ausgegangen waren. Die begutachtenden Psychiater gehörten zwei verschiedenen Generationen an: die der Verteidigung waren durchweg älter als die der Anklage, welche sich, im Gegensatz zu ersteren, bei ihrer Diagnosestellung an dem 1980 gerade erschienenen DSM III orientierten. Das Urteil hatte weitreichende Konsequenzen. Der Psychiatrie wurde vorgeworfen, nicht in der Lage zu sein, eine Diagnose zu stellen, und der Psychotherapie (der Täter war zuvor in psychotherapeutischer Behandlung gewesen, die aus 22 Stunden Biofeedback und Valiumverordnung bestanden hatte), das Unglück nicht verhindert zu haben. In der Folge flossen die verfügbaren Gelder nach dem Attentat praktisch ausschließlich in die biologisch - psychopharmakologische Forschung, welche zudem verpflichtet wurde, bei der Diagnosestellung das DSM III zu verwenden, von dem man sich wissenschaftliche und objektive, das heißt v.a. reproduzierbare Diagnosen versprach. Dieses bisher nationale Klassifikationssystem der amerikanischen Psychiater-Vereinigung erfuhr damit eine Popularität und Allgemeinverbindlichkeit, wie sie noch nie zuvor ein diagnostisches System erreicht hatte¹⁷.

Neben Rechtsprechung und psychopharmakologischer Forschung kam Druck auch von politischer Seite. Die WHO engagierte sich schon seit längerem aktiv für eine Verbesserung v.a. der Reliabilität von Klassifikation und Diagnostik psychischer Störungen, um die Internationalisierung von Forschung und Kommunikation zu intensivieren und damit eine Verbesserung der Versorgung zu erreichen, wobei sie sich jetzt auch mit dem DSM III auseinandersetzte. Gut zehn Jahre später,

¹⁶ Washington Post vom 27. Juli 2016. Zitiert in dem Wikipedia-Artikel zu Ronald-Reagan, wo auch das Attentat geschildert wird. Abgerufen am 05.08.2017

¹⁷ Peters, U.H. (1990): Der Hinckley-Fall und einige Folgen für die Psychiatrie. Fortsch.Neurol.Psychiatr. 58: S. 339-342.

Ich habe mich dieser Entwicklung der Diagnostik 2001 schon einmal in einer Publikation gewidmet („Logik der Krankheitsbilder“, Gießen: Psychosozial), wobei es mir damals darum ging, die bisherigen Krankheitsbilder mit Hilfe psychoanalytischer Modellannahmen im somatischen wie im psychischen Bereich von der Logik ihrer Konzeptualisierung her zu untersuchen und deren Analogie herauszuarbeiten. Die OPD befand sich zu dieser Zeit noch in ihren Anfängen und schien nicht wirklich einen Ausweg aus der unbefriedigenden Situation mit der ausschließlich zur Verfügung stehenden ICD-10 aufzuzeigen.

1991, veröffentlichte sie schließlich im Rahmen der 10. Revision der im WHO-Bereich gültigen Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) als erstes als Achse Ia das Kapitel V (F), die *klinischen Beschreibungen und diagnostischen Leitlinien der psychischen Störungen*, und feierte dies als „Höhepunkt einer langjährigen internationalen Gemeinschaftsleistung“¹⁸. Die Kapitel mit den somatischen Störungen/ Erkrankungen folgten als Achse Ib drei Jahre später. Das Neue an der ICD-10 war, dass sie auf dem Weg zu dem erklärten Ziel der internationalen Verständigung die bisherigen Krankheitsbilder ersetzte durch Störungen, welche *kriteriell*, also durch Auflistung bestimmter Merkmale oder Kriterien, und *operational*, das heißt durch Anweisungen zur Zusammenstellung dieser Kriterien, definiert wurden. Störungen sind keine Bilder mehr, sondern durch eine bestimmte Rechenoperation definierte Abweichungen von einer Norm. Diese Norm ist implizit erkennbar als *funktionale Norm*, also eine sich an der Fähigkeit, bestimmte Funktionen erfüllen zu können¹⁹, orientierende Norm. Diese zeigt sich auch in unseren umgangssprachlich so bezeichneten „Krankmeldungen“, die medizinisch und sozialrechtlich korrekt tatsächlich „Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen“ sind. Anstelle der einst anschaulichen, substantiellen Krankheitsbilder, die immer mit der Vorstellung von natürlichen Krankheitseinheiten und ihrer Lehre, der *Nosologie* (Pathologie und Ätiologie) verbunden gewesen waren, gibt es nun nur noch die viel zahlreicheren, unanschaulichen Störungen, die sich dem Bedürfnis nach einem nosologischen Denken bisheriger Art widersetzen und sich diesem auch widersetzen sollen; denn die für Ätiologie, Pathogenese, Therapie, Verlauf und Prognose relevanten Aspekte sollten mit Hilfe dieser nur die „pathologische Endstrecke“²⁰ abbildenden *Symptomatologie* neu erforscht und separat abgebildet werden²¹. Die Kriterien für die Diagnosen waren per Handabstimmung und Mehrheitsentscheid in der WHO in Genf festgelegt worden. Konzepte, die auf Erfahrung beruhen und Kenntnisse brauchen, fielen zugunsten einfach und idealerweise auch ohne Erfahrung erhebbarer, operationalisierbarer Kriterien heraus, um mit Hilfe dieses Manuals weltweit, im Gegensatz zum DSM, nämlich von Angola und Australien, Deutschland und China bis hin zu Finnland, Niger und den Vereinigten Arabischen Emiraten eine zuverlässige Diagnosestellung zu ermöglichen. Die Reliabilität war zunächst wichtiger als die Validität.

¹⁸ WHO (Hrsg.) (1993²), Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, Kapitel V (F), klinisch-diagnostische Leitlinien, S. 15

¹⁹ Berking, M.; Rief, W. (Hrsg.) (2012): Klinische Psychologie und Psychotherapie, Bd. I: Grundlagen und Störungswissen, Berlin, Heidelberg: Springer, S. 11. Hier werden fünf Normalitätsbegriffe aufgeführt: Idealnorm, Statistische Norm, Soziale Norm, Subjektive Norm und Funktionale Norm. Bei der funktionalen Norm wird jemand „als krank definiert, wenn er zum Beispiel nicht mehr arbeiten, soziale Beziehung eingehen oder genießen kann. Die gängigen Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV orientieren sich in weiten Bereichen an diesem Konzept der funktionalen Norm zur Definition, was gesund und was krank ist.“

²⁰ Fischer, G. (2007): Kausale Psychotherapie. Manual zur ätiologieorientierten Behandlung psychotraumatischer und neurotischer Störungen. Kröning: Asanger, S. 119

²¹ Das Programm einer Reduktion auf reine Deskription von Pathologie und Elimination ätiologischer Vorstellungen gelang nicht durchgängig: Im Kapitel V (F) sind insbesondere die ersten beiden Unterkapitel über organische (F0) und substanzbedingte (F1) psychische Störungen mit einer klaren, nämlich organisch-biologischen Ätiologie verbunden. Da diese nicht strittig war, hätte eine rein deskriptive Aufzählung auch hier zu einer weiteren Vermehrung der Störungen geführt.

Wenn Krankheiten jedoch nicht darin aufgehen, die Beschreibung eines empirisch erfassbaren natürlichen Zustandes zu sein²², weder im Sinne der ehemaligen „natürlichen Krankheitseinheiten“, noch im Sinne der in der ICD-10 Achse I gelisteten Symptome, den naturalistischen Fragmenten dieser ehemaligen Bilder, dann kann man die ICD-10 sowohl als notwendigen Schritt im Rahmen der Denosologisierung sehen als auch als ersten Schritt hin zu einem komplexeren und zugleich international kommunizierbaren Verständnis von Krankheit. Das ist und war tatsächlich auch von Anfang an das Anliegen der ICD-10 selbst, die die beiden symptomatologischen Achsen „als Zentral- oder Kernklassifikation für eine ganze Gruppe von krankheits- und gesundheitsbezogenen Klassifikationen konzipiert“²³ verstanden haben wollte. Diese zusätzlichen Klassifikationen jedoch waren bzw. sind teilweise erst noch zu erstellen.

II. Eindeutigkeit der Symptombehandlung, Vieldeutigkeit der Krankheitsbehandlung

Seit der verbindlichen Einführung der ICD-10-Diagnostik in Deutschland als *ICD-10 GM* („German Modification“) im Jahr 2000 ist bis heute ausschließlich diese Störungsdiagnostik abrechnungsrelevant, von Seiten der Kostenträger interessieren keine weiteren Aspekte. Das mag ein Grund dafür sein, dass man sich in Therapievergleichs- und Wirksamkeitsstudien der psychotherapeutischen Verfahren lange Zeit auf die Veränderung der manifesten Symptomatik bei den einfacher zu untersuchenden Kurzzeittherapien konzentrierte und weniger auf die nachhaltige Änderung der Innenwelt des Patienten, die eher einer Langzeittherapie bedarf und auf rein symptomatologische Weise nicht abgebildet werden kann²⁴. Diese Konzentration auf die manifeste Symptomatik als Fokus der Therapie dürfte auch die Ausweitung der Psychopharmakotherapie begünstigt haben, indem ein auf naturalistische Symptomatologie reduziertes Diagnosesystem schon aus Ressourcengründen zu ebensolchen naturalistisch reduzierten Therapien verleiten dürfte; denn für eine umfassendere Betrachtung stehen die zeitlichen, fachlichen und personellen Ressourcen nicht wirklich zur Verfügung.

3) Ansätze zu einer zusätzlichen Erhebung und Dokumentation der sozialen und der subjektiven Aspekte von Krankheit bei den psychischen Erkrankungen

- a) *Soziale Aspekte*: Die WHO hat für den psychiatrischen Bereich ein eigenes triaxiales System der ICD-10 vorgesehen. Das Kapitel V(F) soll hierbei weiterhin Achse I bleiben. Als Achse II war die Erfassung sozialer Funktionseinschränkungen vorgesehen und als Achse III, in Anlehnung an die Konzepte der Life-Event-Forschung, die Erfassung umgebungs- und situationsabhängiger Einflüsse

²² Lanzerath, D., a.a.O., S. 98

²³ WHO (Hrsg.)(1993²), a.a.O., S. 21: „Die ICD-10 ist als Zentral- oder Kernklassifikation für eine ganze Gruppe von krankheits- und gesundheitsbezogenen Klassifikationen konzipiert.“ In der Aktualisierung von 2016 wird von einer „Familie der krankheits- und gesundheitsrelevanten Klassifikationen“ gesprochen. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI: www.dimdi.de), Downloadcenter: Systematisches Verzeichnis der ICD-10-2016

²⁴ Leuzinger-Bohleber, M. u.a. (2010): „Psychoanalytische und kognitiv-verhaltenstherapeutische Langzeittherapien bei chronischer Depression: Die LAC-Depressionsstudie.“ *Psyche – Z Psychoanal* 64, 2010, 782 – 832, S. 784

se und Probleme, welche die Lebensführung und Lebensbewältigung betreffen, und die schon in dem Kapitel XXI (Z) der ICD-10 gelistet sind²⁵. Damit steht von Seiten der WHO schon lange eine umfangreiche Listung und Kodiermöglichkeit sozialer und Lebensstil-Umstände, die sich auf Krankheiten auswirken können und therapeutisch Berücksichtigung finden müssten, zur Verfügung. Diese sind in Deutschland bis heute jedoch nicht in die offiziell verbindliche und abrechnungsrelevante Diagnostik der ICD-10-GM aufgenommen. Möglicherweise ändert sich dies in 2018: Das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), dem die Herausgabe der jeweils deutschen Übersetzung und Modifikation der ICD obliegt, sammelt im Rahmen eines Vorschlagsverfahrens Vorschläge zur jährlichen Anpassung der ICD-10-GM. Wenn ich das richtig sehe, ist erstmals für die Version 2018 ein Vorschlag für das Kapitel V (F) eingegangen, der die Integration der Z-Codes aus Kapitel XXI als eigene Achse für das Kapitel der psychischen Störungen fordert. Der Vorschlag stammt von den Kinder- und Jugendpsychiatern innerhalb des Verbands der Universitätsklinika in Deutschland und bezieht sich daher zunächst auch nur auf die Kinder- und Jugendpsychiatrie. Begründet wird er folgendermaßen: „Abnorme psychosoziale Umstände können psychische Störungen bedingen und erhalten Symptome oft aufrecht. Sie sind in der Therapieplanung daher äußerst relevant. Sie beeinflussen den Aufwand für die Therapie maßgeblich und sind häufig enorm kostenrelevant.“²⁶ Eine weitere Verbesserung der Behandlung von Kindern und Jugendlichen (ich ergänze: wie auch von Erwachsenen) mit psychischen Störungen könne nur durch die Bereitstellung entsprechender zeitlicher und fachlicher Ressourcen und damit Vergütung der Leistung erfolgen²⁷.

Sollte dem Vorschlag gefolgt werden (hoffentlich auch für die Erwachsenenpsychiatrie), würden soziale Mitbedingungen von Krankheit demnächst in der Diagnostik auch dokumentations- und abrechnungsrelevant berücksichtigt werden können und wären nicht mehr dem individuellen Engagement von Ärzten und Einrichtungen überlassen. Die Berücksichtigung dieser Faktoren würde, wie schon die Auflistung der Achse I-Störungen auch, weiterhin kumulativ erfolgen, also ohne dass ein theoretischer Bezugsrahmen eine Beziehung zwischen den Achsen herstellte. Es wird aufgesammelt und der Umfang des Aufsammelns erweitert, es wird kumuliert, nicht jedoch – oder noch nicht – werden Verbindungen hergestellt, also konzipiert.

- b) *Individuell/subjektive Aspekte*: 1992, also ein Jahr nach Veröffentlichung des Kapitels V (F) der ICD-10, wurde in Deutschland von Psychoanalytikern, Psychosomatikern und Psychiatern ein Arbeitskreis „Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik“ gegründet. Ziel des Arbeitskreises war und ist, die symptomatologisch-deskriptiv orientierte ICD-10-Klassifikation psychischer Stö-

²⁵ Arbeitskreis OPD (Hrsg): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2 (2014³), Bern: Hans Huber, S. 126.

Homepage der OPD-Arbeitsgruppe: www.opd-online.net

²⁶ www.dimdi.de, Link „Downloadcenter“, weiter zu: „Vorschläge für 2018“ weiter zu: „Nr. 053“. Abgerufen am 05.08.2017, S. 5 des Vorschlags

²⁷ a.a.O. S. 4 des Vorschlags

rungen um grundlegende psychodynamische Dimensionen zu erweitern²⁸. Analog zur ICD-10 war die erste Version der OPD noch eine reine Querschnitts- oder Statusdiagnostik, was sich erst mit der Version OPD-2 ändert, welche zu einem Instrument für Therapieplanung und Veränderungs-messung weiterentwickelt wurde. Damit wollte man nicht nur dem Praktiker eine Hilfestellung für die Therapieplanung geben, sondern sich auch einer in der Psychotherapie-Forschung formulierten Leitlinie annähern, die als „Problem-Treatment-Outcome-Kongruenz“ (PTO-Kongruenz) bekannt wurde. Diese fordert eine Kongruenz, also Übereinstimmung, bei der Beurteilung eines klinischen Problems, bei der Konzeptualisierung der gewünschten therapeutischen Veränderung und der Beschreibung des klinischen Erfolgs. Die Begründung für diese Forderung ist, dass die Beschreibungen des zu behandelnden Problems, des Interventionsprozesses und des Behandlungsergebnisses auf einer gemeinsamen konzeptuellen Basis beruhen²⁹ müssen, um eine wirkliche Beurteilung zu erlauben. Das schließt eine Beurteilung zum Beispiel des Behandlungsergebnisses durch konzeptfremde Messinstrumente (zum Beispiel Messung der Veränderung des Cortisol-tagesprofils im Laufe einer psychoanalytischen Behandlung) nicht aus; letztere können jedoch keine Hinweise auf den Zusammenhang ihrer Befunde mit dem Therapieprozess geben.

- *Ausgangsbasis*: Als „psychodynamische Psychotherapien“ werden jene Psychotherapieformen zusammengefasst, welche psychische Phänomene in der Regel auf dem Hintergrund (meta)psychologischer Konstrukte der psychoanalytischen Theorie klassifizieren. Deren Theorien allerdings wurden im Laufe der Zeit auf so hohem Abstraktionsniveau formuliert, dass sie sich von den klinisch beobachtbaren Phänomenen zunehmend abhoben und spekulativ wurden. Heterogenität der Theorien und Mehrdeutigkeiten in der psychoanalytischen Begriffsbildung waren ebenso die Folgen wie eine hierdurch eingeschränkte Kommunikation unter Klinikern wie Forschern³⁰. Als noch die Unzufriedenheit mit den deskriptiven Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM III,IV hinzukam, welche die Validität diagnostischer Systeme gegenüber der Reliabilität vernachlässigten und für die Praxis psychodynamisch orientierter Psychotherapeuten kaum handlungsleitend sein konnten, war der Ausgangspunkt für die Gründung des Arbeitskreises „Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik“ gegeben³¹. Den Mitgliedern war dabei von Anfang an bewusst, dass Operationalisierung zwar ohne Rückgriff auf nicht selbst operational zu definierende Fakten auskommen sollte, dies aber für die Operationalisierung psychoanalytischer Inhalte nicht bis in letzter Konsequenz möglich ist, „ohne die Essenz dessen, was definiert werden sollte, bis zur Unkenntlichkeit zu verändern.“ Als Ziel wurde ein Kompromiss gewählt, der „so viel Widerspruchsfreiheit wie möglich zu gewinnen und so viel

²⁸ Arbeitskreis OPD (Hrsg): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (2014³), Bern: Hans Huber, S. 27.

Homepage der OPD-Arbeitsgruppe: www.opd-online.net

²⁹ a.a.O., S. 29f

³⁰ a.a.O., S. 32

³¹ a.a.O., S. 32

dynamischen Gehalt wie möglich zu wahren“³² suchte. Damit verbunden war die Hoffnung, dass ein solcher Kompromiss sich als fruchtbarer erweisen möge als die bisherige Abgrenzung, wenn nicht sogar gegenseitige Abschottung von psychotherapeutischen und auch psychoanalytischen Schulen.

- *Multiaxialität*: Die OPD konstituiert sich aus vier psychodynamischen Achsen und einer deskriptiven Achse³³:
 - *Achse I: Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen*. Bei dieser modular aufgebauten Achse zu Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen gibt es zwei Module, ein einfach anzuwendendes Basismodul für die erste Orientierung und ein deutlich aufwendigeres Psychotherapiemodul. Mit Hilfe des Basismoduls soll bestimmt werden können, ob es überhaupt um die Klärung einer differentiellen Psychotherapieindikation geht und damit die aufwendige, weiterreichende Diagnostik unter Einbeziehung aller Achsen der OPD notwendig ist, oder ob andere Interventionen indiziert sind. Anhand eines klinischen Ratings (Global Assessment of Functioning, GAF) sowie eines Ratings der Fähigkeit, alltägliche Aktivitäten verrichten zu können, wird die klinische Schwere wie auch die Dauer der Störung/des Problems eingeschätzt. Das Krankheitserleben ebenso wie das Krankheits- und Veränderungskonzept werden dahingehend erfasst, inwieweit diese an somatischen, psychischen und / oder sozialen Faktoren orientiert sind und welche Interventionen erwartet werden. Ferner werden therapierelevante Veränderungsressourcen und äußere wie innere Veränderungshemmnisse erfasst. Erst das Psychotherapiemodul zielt dann auf die Erfassung von Faktoren und Fähigkeiten, welche eine differentielle Indikation für die verschiedenen Psychotherapieverfahren ermöglichen.
 - *Achse II: Beziehung*. Diese Achse erfasst die Beziehungsdynamik, orientiert an der zentralen Frage: Wie interagiert der Patient mit anderen? „Die Diagnose dysfunktionaler Beziehungsmuster ist von essentieller Bedeutung für die Psychotherapie: Störungen zwischenmenschlicher Beziehungen bilden einen wichtigen Teil der Klagen, mit denen Patienten Psychotherapeuten aufsuchen; sie formen die Übertragungsangebote von Patienten und prägen die entstehende therapeutische Beziehung, in der sich biografisch bedeutsame Beziehungsfiguren reinszenieren; sie werden dadurch zum Material und Gegenstand der therapeutischen Arbeit, die solche Szenen aufgreift und dem Patienten aufzuzeigen versucht; sie sind schließlich jener Bereich, in dem der therapeutische Fortschritt besonders deutlich sichtbar und erlebbar wird.“³⁴

³² a.a.O., S. 41

³³ Dahlbender, R.W. und Tritt, K. (2011): „Einführung in die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD)“ in: Psychotherapie 16. Jg. 2011, Band 16, Heft 1

³⁴ Arbeitskreis OPD (Hrsg.), a.a.O., S. 82

➤ *Achse III: Konflikt.* Konflikte sind universelle Phänomene. In der Psychologie wird unter einem Konflikt übereinstimmend das Aufeinandertreffen entgegengesetzter Verhaltenstendenzen (Motive, Bedürfnisse, Wünsche) verstanden, die Genese letzterer jedoch in unterschiedlichen Theorien auf unterschiedliche Weise aufgefasst. Im psychodynamischen Verständnis haben innere Konflikte eine zentrale Stellung. Dabei können lebensbestimmende, verinnerlichte, bewusste wie unbewusste Konflikte und / oder auch eher aktuelle, äußerlich determinierte und in der Regel eher bewusste konflikthafte Situationen bestimmt werden.³⁵ Innere wie äußere Konflikte spielen bei der Entstehung psychischer und psychosomatischer Störungen eine entscheidende Rolle. Es werden in der OPD sieben idealtypische Konflikte differenziert, welche der Konzeption basaler menschlicher Motivationssysteme und nicht den traditionellen psychoanalytischen Modellvorstellungen entnommen sind. Diese sind:

1. Individuation versus Abhängigkeit
2. Unterwerfung versus Kontrolle
3. Versorgung versus Autarkie
4. Selbstwertkonflikt
5. Schuldkonflikt
6. Ödipaler Konflikt
7. Identitätskonflikt (Identität versus Dissonanz)

Eine Untersuchung der inneren Logik dieser Konflikte erfolgt nicht wirklich, sie werden scheinbar gleichberechtigt gelistet.

➤ *Achse IV: Struktur.* „Als Struktur wird deskriptiv die geordnete Zusammenfügung von Teilen in einem Ganzen verstanden. (...) Um Strukturen als sinnvoll und zweckmäßig zu verstehen, erfolgt in der Regel ein Rekurs auf ihre Entwicklungsgeschichte ... Da über Funktion, Aufbau und Geschichte von Strukturen stets Hypothesen gebildet werden, haben Strukturen, die nicht dem Augenschein oder der direkten Untersuchung zugänglich sind, den Charakter von Modellen und erklärenden Konstrukten. Diese können nur im Rahmen von theoretischen Annahmen formuliert werden. Daher sind solche Strukturmodelle stets auf bestimmte Theorien bezogen und in deren Theoriesprache abgefasst. (...)“³⁶ Die OPD beschreibt Struktur funktional anhand der Fähigkeit eines Patienten zur Selbstreflexion, zur Impuls-, Affekt- und Selbstwertregulierung, zu Kommunikation und Bindung³⁷.

➤ *Achse V: Psychische und psychosomatische Störungen.* Diese Achse ist identisch mit der deskriptiv-phänomenologischen Diagnostik der Achsen I a und b der ICD-10 sowie des DSM.

³⁵ Arbeitskreis OPD (Hrsg.), a.a.O., S. 95f

³⁶ Arbeitskreis OPD (Hrsg.), a.a.O., S. 113

³⁷ Arbeitskreis OPD (Hrsg.), a.a.O., S. 118

Zu den klinischen Achsen mag folgender Hinweis ergänzt werden: Es besteht weitgehend Übereinstimmung darin, dass psychische Phänomene eine hohe Komplexität aufweisen und sich eher in einem kontinuierlichen, dimensional-denn in einem kategorialen Ansatz abbilden lassen. Dem entspricht der Erklärungspluralismus mit unterschiedlichen Informationsperspektiven, wie ihn der multiaxiale Ansatz der OPD inklusive der ICD-10 zur Verfügung stellt. Die in mathematisch-theoretischen Vorstellungen und auch von der ICD-10 geforderte Unabhängigkeit der Achsen voneinander trifft tatsächlich auf klinische Achsen nicht zu: Nicht nur seelische Phänomene werden mit unterschiedlicher Tiefe erfasst und stehen natürlich miteinander in Wechselwirkung³⁸. Darüber hinaus wird sich ein Gesamtbild der Person im Sinne einer psychosomatischen Einheit aus der Summe dieser somatischen, psychischen und sozialen Informationen, die unterschiedlichen Zugängen entstammen, nicht herstellen lassen: Der funktional-kausalanalytische und der intentional-hermeneutische Zugang sind einander komplementär. Sie erschließen unterschiedliche Horizonte, die nicht zu einer übergreifenden, einheitlichen Erkenntnis des Menschen zusammengefügt werden können³⁹.

Dass das Ganze mehr und auch etwas anderes ist als die Summe seiner Teile ist zwar bekannt. Dennoch überrascht es vielleicht immer wieder, wenn man bemüht ist, etwas möglichst vollständig zu erfassen und hierbei auf diese prinzipielle Grenze stößt. Sie ist auch der Physik bekannt, die konstatiert, „dass der sich am gesunden Menschenverstand orientierende Leitgedanke der antiken Naturphilosophie unzutreffend ist, der doch meint, dass niemand teilen kann, was keine Teile hat. Natürlich kann man physikalische Gegenstände weiterhin in Teile wie Atome zerlegen, und man kann sogar die unteilbaren Atome teilen. Es ist nur einfach so, dass ‚Teilbarkeit‘ etwas anderes bedeutet als ‚Zusammengesetztsein‘. Gegenstände können in Atome zerlegt werden, ohne aus ihnen zu bestehen.“⁴⁰ Analog kann das Kranksein von Menschen in die Feststellungen einer multiaxialen Diagnostik zerlegt und dargestellt werden, ohne aus diesen zu bestehen.

4) Vieldeutigkeit der Krankheitsbehandlung:

Die OPD ist bisher in zahlreiche Sprachen übersetzt, weltweit laufen entsprechende Forschungsprogramme. In Deutschland wie im Ausland finden Trainingsseminare statt, die von Therapeuten aller Therapierichtungen besucht werden können und besucht werden. Training und Verwendung sind jedoch vom individuellen Engagement und Interesse des Therapeuten abhängig. Wünschenswert wäre ein systematischerer Einsatz: Mit Hilfe des Basismoduls könnte anhand nachvollziehbarer Kriterien und in Abstimmung mit den Bedürfnissen und Fähigkeiten des Patienten

³⁸ Arbeitskreis OPD, a.a.O., S. 38

³⁹ a.a.O., S. 40

⁴⁰ Fischer, E.P. (2002⁸): Die andere Bildung. Was man von den Naturwissenschaften wissen sollte. München: Ullstein, S. 211

die Differenzierung von (im engeren Sinne) psychiatrischer bzw. psychopharmakologischer⁴¹, psychosozialer und/oder psychotherapeutischer Therapieindikation erfolgen und, bei Bedarf, mit Hilfe des Psychotherapiemoduls die weiterführende differentielle Therapieindikation erstellt werden. Selbst wenn – als Gedankenexperiment – die individuelle Krankheit als Summe von Symptomatologie, Ätiologie und Pathogenese, soweit diese erfasst werden könnten, bei zwei Patienten relativ ähnlich oder sogar gleich aussähe, würde letztlich bei einem solchen Vorgehen mit Hilfe der OPD die individuelle Präferenz des Patienten zu einem bestimmten therapeutischen Vorgehen den Ausschlag für die dann zu wählende Behandlung geben. Damit könnte die bisher für den Patienten intransparente und kaum zu durchschauende Psychotherapie-Landschaft⁴² nicht nur zielgenauer und mit höherem Aufklärungs- und Selbstbestimmungspotential in Anspruch genommen werden; auch für die Therapeuten dürfte sich eine befriedigendere, weil genauer auch auf ihre Qualifikationen und Fähigkeiten abgestimmte Arbeit mit dem Patienten ergeben.

Fazit:

Man kann mit guten Gründen den Krankheitsbegriff, der in DSM III und ICD-10 zunächst nur im Keim angelegt wurde und sich seither zunehmend und umfassend zu entfalten beginnt, als neu betrachten. Symptom und Krankheit wurden entkoppelt, ihr Zusammenhang ist in jedem individuellen Fall neu zu bestimmen. Damals hat der Bruch mit den diagnostischen Traditionen stattgefunden, seither wird expliziert. Zu dieser Explikation gehört auch die Ergänzung durch die OPD. Der funktionalistische Rahmen wird nicht verlassen. Die OPD lässt lediglich, ohne sich auf die psychischen Krankheiten einschränken zu müssen, auch eine Diagnose der Qualität von Krankheitserleben und Krankheitsverarbeitung so zu, dass damit ein *Gesundheitsbegriff* aufscheint, der sich am *Umgang mit und nicht an der Freiheit von Krankheit* orientiert. Da die Aussage „frei sein von“ prinzipiell nur Sinn macht im Zusammenhang mit einer Aussage zu einem „frei sein für“, kann Gesundheit angenommen werden dann, wenn jemand, trotz krankheitsbedingter Einschränkungen, sich für die Entfaltung seiner Fähigkeiten einsetzen kann. Medizinische (somatische, psychosoziale, psychotherapeutische...) Hilfe wäre dann über mehrere Stufen hinweg letztlich auf dieses Ziel hin gerichtet.

⁴¹ „im engeren Sinne“ deswegen, weil die moderne im Gegensatz zur traditionellen Psychiatrie sich inzwischen durchaus zuständig für alle drei Bereiche des psychopharmakologischen, psychosozialen und psychotherapeutischen Vorgehens sieht.

⁴² Es gibt 1. psychologische und 2. ärztliche Psychotherapeuten, wobei letztere entweder a) Fachärzte für Psychosomatische Medizin oder b) Fachärzte für Psychiatrie sind, gelegentlich auch beides. Ferner gibt es noch c) die facharztgebundene Psychotherapie, für die sich jeder Facharzt (Hausarzt, Internist, Gynäkologe, Anästhesist,...) qualifizieren und sie bei seinen Patienten durchführen kann, wenn diese zusätzlich eine psychische Problematik haben, welche das somatische Krankheitsbild kompliziert. Dabei entscheidet sich in der Regel jeder Arzt/ psychologische Therapeut für eines der drei Therapieverfahren (nur Psychoanalytiker haben zusätzlich die Möglichkeit zur tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie) und bietet auch nur dieses an; die facharztgebundene Psychotherapie ist von vorneherein grundsätzlich auf die im Vergleich zur analytischen Psychotherapie unaufwändigeren Verfahren der Verhaltenstherapie oder tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie beschränkt. Alle Verfahren können zudem entweder im Einzel- oder im Gruppensetting durchgeführt werden.