

1 Psychische Gesundheit und psychische Störung/Krankheit

*Wenn dir's im Kopf und Herzen schwirrt,
was kannst du besseres haben?
Wer nicht mehr liebt und nicht mehr irrt,
der lasse sich begraben.*

(Johann W. Goethe)

Auch wenn in diesem Buch der Schwerpunkt auf dem Verstehen und Behandeln von psychischen Störungen liegt, möchte ich diese in ein generelles Verständnis von psychischer Gesundheit eingebettet betrachten. Psychische Gesundheit ist ein Aspekt von Gesundheit schlechthin und ist insofern nicht zu trennen von allgemeinen Gesundheitskonzepten, die den psychischen Zustand als integralen Bestandteil mit einbeziehen.

Im Folgenden werden einige Modelle von psychischer Gesundheit und Krankheit/Störung vorgestellt. Psychische Störung wird als ein psychisches Phänomen betrachtet, welches auf einem Kontinuum als Steigerung oder Hemmung normaler psychischer Prozesse angesiedelt ist. Der Begriff „psychische Störung“ wird als Oberbegriff verstanden, der verschiedene Störungsarten bzw. Krankheiten einschließt. Auch wenn psychische Störungen dimensional mit unterschiedlicher Ausprägung betrachtet werden, bleibt doch immer die Frage, ab wann eine Person als psychisch krank gilt. Zur Orientierung werden einige allgemeine und psychodynamisch spezifische Merkmale ausgeführt. Es werden international anerkannte Klassifikationssysteme zur Einordnung psychischer Störungen vorgestellt. Die Betrachtung von psychischer Störung und Gesundheit wird mit der Vorstellung eines operationalisierten diagnostischen Instruments abgeschlossen, das auf psychodynamischen Grundlagen basiert.

1.1 Modelle psychischer Gesundheit und Störung/Krankheit

Das bio-psycho-soziale Modell

Voranstellen möchte ich die Charta der Weltgesundheitsorganisation von 1986. Darin wird Gesundheit als ein „umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden“ verstanden. „Gesundheit steht für ein positives Konzept, das die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit ebenso betont wie die körperlichen Fähigkeiten“ (Ottawa Charta der Weltgesundheitsorganisation 1986). Entscheidend ist dabei, dass in der Charta von einem körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefinden gesprochen wird. Dies zeigt die Annahme eines bio-psycho-sozialen Modells von psychischer Gesundheit bzw. Krankheit.

Bereits Ende der 1970er Jahre formulierte Engel (1980, 1996) ein bio-psycho-soziales Modell von Gesundheit – Störung/Krankheit. Der Grundgedanke dieses

Modells besteht darin, dass alle drei Faktoren – biologisch-organische, psychische und soziale – sowohl für sich genommen als auch in sich kontinuierlich ändernden Wechselbeziehungen stehen. Aus diesen Faktoren und deren Veränderungen lassen sich die Entstehung und der Verlauf von Störungen erklären. Die entscheidende Ebene für die Wahrnehmung einer Krankheit oder Störung ist nach Engel die Person mit ihren Verhaltensweisen und Erfahrungen. Ebenen für die Behandlung sind die partnerschaftlichen, familiären, gesellschaftlichen Ebenen bis hin zur Biosphäre/Umwelt. Psychische und soziale Faktoren sind genauso bedeutsam wie biologische und müssen bei der Diagnostik und der Behandlung mit einbezogen werden. Dies belegt die psycho-biologische und psycho-neuro-immunologische Forschung, die vielfältige Zusammenhänge und Verknüpfungen aufzeigt zwischen psychosozialen Belastungen (Stressoren), psycho-sozialen Bewältigungsmechanismen und immunologischen und hormonalen Reaktionen, die über psychophysiologische Vorgänge zu Erkrankungen führen.

Genau im Spannungsfeld dieses Dreiecks von bio-psycho-sozialen Faktoren oder Bedingungen lokalisiert Lorenzer (1988), Psychoanalytiker, Philosoph und Soziologe, der zur Frankfurter Schule gerechnet werden kann, den wissenschaftlichen Ansatz der Psychoanalyse. Danach kann menschliches Verhalten und Erleben nur unter der Berücksichtigung biologischer, psychologischer und sozialer Einflüsse hinreichend verstanden und erklärt werden. Da die Psychoanalyse der Boden aller psychodynamischen Konzepte ist, entspricht das bio-psycho-soziale Modell dem psychodynamischen Denken.

Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell

Auch dem Vulnerabilitäts-Stress-Modell liegt die Annahme zugrunde, dass bio-psycho-soziale Faktoren in ihrem Zusammenwirken bei der Entstehung psychischer Störungen eine zentrale Rolle spielen. Sie bedingen eine gewisse Vulnerabilität (Verletzlichkeit, Verwundbarkeit) des Individuums, d. h. eine Bereitschaft zu erkranken. Die Bereitschaft oder Disposition ist nicht notgedrungen zeitstabil. Zur manifesten (psychischen) Erkrankung kommt es jedoch erst dann, wenn noch äußere oder innere Stressfaktoren bzw. besondere Belastungen hinzukommen. Es wird von einer individuell unterschiedlichen Vulnerabilität wie auch manifesten Erkrankung ausgegangen. So reagieren manche Menschen bei privatem oder beruflichem Stress mit Ängsten, andere mit Zwängen, Depressionen, psychotischen Episoden oder mit körperlichen Erkrankungen wie z. B. einem Magengeschwür. Weiterhin spielt eine erhebliche Rolle, welches soziale Netz bzw. welche Unterstützung der Betroffene hat und welche eigenen Bewältigungsmöglichkeiten er in der Erkennung und Bewältigung von typischen Krankheitssymptomen entwickelt hat. Dieses Modell wurde von Zubin und Spring (1977) für die Entstehung der Schizophrenie eingeführt, gilt aber nach heutigem Verständnis als allgemeines Erklärungsmodell bei vielen psychischen Störungen. Es wird auch „Diathese-Stress-Modell“ genannt.

Das Salutogenese-Modell

Der Medizinsoziologe Antonovsky (1997) kritisierte die pathogenetische Sichtweise für die Entstehung und Behandlung von (psychischen) Störungen. Er stellt der pathogenetischen Sichtweise die salutogenetische Sichtweise gegenüber. (Salus

lateinisch: Heil, Glück, Unverletztheit, Gesundheit; Genese griechisch: Entstehung). Für ihn ist die Frage nach der Entstehung von Störungen ineffektiv. Viel wichtiger sei es, zu fragen, wie es Individuen trotz enormer Belastungen schaffen, gesund zu bleiben bzw. keine Auffälligkeiten oder Störungen zu entwickeln. Der Gesundheitswissenschaftler fordert eine Erforschung der Ressourcen, also jener Faktoren, die die Menschen widerstandsfähiger machen. Diese Widerstandsressourcen nennt er „generalisierte Widerstandsressourcen“. Es sind Ressourcen, die stabile Menschen bei belastenden Lebens- und Alltagserfahrungen mobilisieren, um nicht krank zu werden oder zu dekompensieren. Diese Widerstandsressourcen wirken nicht allein, sie sind an ein individuelles Kohärenzgefühl gebunden. Bezogen auf das Kohärenzgefühl unterscheidet Antonovsky drei Dimensionen:

- Verstehbarkeit (Sense of Comprehensibility): eine grundlegende Lebenseinstellung und ein überdauerndes und zugleich dynamisches Gefühl von Zuversicht; so sind etwa Krankheitserfahrungen interpretierbar und brechen nicht völlig unerklärlich und unbeeinflussbar über die betroffene Person herein.
- Machbarkeit (Sense of Manageability): die Überzeugung, dass dem Einzelnen verschiedene Ressourcen zur Problem- und Krisenbewältigung zur Verfügung stehen.
- Bedeutsamkeit (Sense of Meaningfulness): das Leben wird als emotional und sinnvoll empfunden; Kranke sehen etwa die Anforderungen der Krankheit als eine Lebenskrise an, die es zu bewältigen gilt.

Antonovsky lehnt eine ideale Definition von Gesundheit ab. Er versteht Gesundheit und damit auch psychische Gesundheit als einen dynamischen Prozess, der sehr labil und nie ganz erfolgreich ist. Die salutogenetische Sichtweise psychischer Störungen ist eine notwendige und enorm bereichernde Sichtweise, die im psychosozialen Bereich wie auch in der Forschung häufig zu kurz kommt. Sie ist für die konkrete Diagnose und Behandlung in der psychosozialen Praxis jedoch nicht ausreichend und bedarf der Ergänzung.

Das Strukturmodell

Da der zentrale theoretische Ansatz hier ein psychodynamischer ist, darf ein psychodynamisches Modell von psychischer Gesundheit und Störung nicht fehlen. Wie bereits erwähnt, geht die Annahme eines bio-psycho-sozialen Modells von psychischer Gesundheit und Krankheit ebenfalls ins psychodynamische Denken ein. Auch die Annahme einer Vulnerabilität als Disposition verknüpft mit Stressfaktoren, die als Auslöser wirken, ist in psychodynamischen Theorien zentral. Die salutogenetische Sicht geht im Kontext der verstärkten Ressourcenorientierung ebenfalls in psychodynamische Konzepte ein.

Die psychodynamisch-psychoanalytische Theorieentwicklung erfolgte überwiegend aus der Sicht der Störung, insofern mangelt es an einer Definition von Gesundheit. „Gesundheit ist ein virtuelles Ideal, das zwar angestrebt, aber selten erreicht wird“ (Rudolf & Grande, 2002, 175). Gesund ist, wer noch nicht die Kriterien von Krankheit bzw. Störung erfüllt. An anderer Stelle beschreibt Rudolf ein gesundes Lebensgefühl als die Fähigkeit, freudvolle Affekte wie „Freude, Glück, Interesse, Neugier, Zuneigung, Lust, Stolz, Zufriedenheit“ ebenso zu erleben und auszudrücken wie „Angst, Ärger, Traurigkeit, Scham, Schuldgefühle“ (Rudolf, 2004, 49). Auf der Seite der Störung gibt es im psychodynamischen

Denken sehr differenzierte und sehr brauchbare Konzepte. Innerpsychisch spielen die unbewusste Konfliktneigung sowie strukturelle Merkmale und Funktionen eine zentrale Rolle bei der Störungsdisposition, die sich dann als Symptomatik, als dysfunktionale Beziehungsgestaltung, als dysfunktionale Auseinandersetzung mit den Lebensanforderungen und im subjektiven Erleben zeigen können. Es geht nicht nur um Konfliktneigungen und strukturelle Merkmale, sondern auch um den Umgang damit, d. h. um sog. Coping-Strategien.

Das Besondere im psychodynamisch-psychoanalytischen Verständnis ist die Einbeziehung oder Fokussierung der Tiefendimension des Menschen. Hinter dem beobachtbaren Verhalten existiert die Schicht des subjektiven Erlebens und Denkens und dahinter die Schicht der unbewussten psychischen Bereitschaften und Dynamiken. Diese innerpsychischen Kräfte sind dem Bewusstsein primär nicht zugänglich, haben aber eine enorme Wirkkraft und spielen bei der Ausbildung psychischer Störungen eine wesentliche Rolle. Zentrale Konzepte sind die der innerpsychischen Konflikte und der innerpsychischen Struktur. Die Konfliktdisposition ist zentral bei der psychoneurotischen Entwicklung. Die Konfliktverarbeitung ist immer auch abhängig von der innerpsychischen Struktur. Insofern kann die Struktur bzw. das funktionelle Strukturniveau als übergeordnetes Konzept im psychodynamischen Denken angesehen werden. Der Begriff psychische Struktur hat selbst im psychoanalytisch-psychodynamischen Diskurs unterschiedliche Bedeutungen. Zusammengefasst kann Struktur als ein System von psychischen Funktionen beschrieben werden, „welche für die Organisation des Selbst und seine Beziehungen zu inneren und äußeren Objekten erforderlich sind“ (Rudolf, 2004, 58). Bei diesen Funktionen handelt es sich um intrapsychische und um interpersonale Vorgänge. Sie dienen der Aufrechterhaltung des inneren Gleichgewichts und der Beziehung zu den anderen. Die strukturellen Auffälligkeiten sind umso ausgeprägter, je schwerer die psychische Störung ist und umgekehrt. Ich werde noch ausführlicher darauf eingehen.

1.2 Psychische Störung als Steigerung oder Hemmung normaler psychischer Prozesse

In medizinisch-psychiatrischen Konzepten von psychischer Krankheit geht es um eine krankhaft veränderte Psyche, um einen Defekt. Gesund ist jemand, der keinen Defekt hat und symptomfrei ist. In medizinischen Konzepten von Gesundheit und Krankheit bilden Kategorien die Voraussetzungen für Diagnose und Klassifikationsmöglichkeiten und dienen der Verständigung und Forschungszwecken. Es geht um qualitativ anderes, abnormes Verhalten und Erleben; somit sind es qualitativ andere Tatbestände, die ein Individuum hat oder nicht hat (Vollmüller, 2001, 51).

In psychoanalytischen Konzepten von psychischer Gesundheit oder Krankheit imponiert bereits Freud mit seinem damals neu eingeführten Paradigma, dass zwischen psychischer Gesundheit und Krankheit eine Kontinuität bestehe. Freud sieht das psychische Geschehen bei psychischer Krankheit qualitativ nicht unterschiedlich zu psychischer Gesundheit. Die beiden durchaus unterschiedlichen

Zustände können als Komplementärbegriffe bezeichnet werden, die auf einem Kontinuum die beiden Extreme bezeichnen. Der Unterschied zwischen den beiden Zuständen bemisst sich nach Freud an dem Maß von Genuss- und Leistungsfähigkeit, über das der Mensch verfügt bzw. das er bewahren konnte (vgl. Fischer & Steinlechner, 1992, 71).

In psychologischen und sozialwissenschaftlichen Konzepten geht es um gestörtes und auffälliges Verhalten und Erleben. Der entscheidende Unterschied ist die Annahme eines Kontinuums zwischen normalen und abnormalen Prozessen. Demnach sind psychische Störungen oder Auffälligkeiten lediglich „Steigerungen oder Hemmungen der normalen psychischen Prozesse“ (Münsterberg, 1912; zit. in Baumann & Perrez, 1998, 28), ein Defekt wird nicht angenommen. Mit anderen Worten wird bei der Analyse von abnormalem Verhalten und Erleben kein „qualitativer Sprung“ von der Kategorie gesund in die Kategorie defekt angenommen. Auch Antonovsky (1997) hat die Annahme eines Kontinuums zwischen Gesundheit und Krankheit postuliert. Danach sind Menschen mehr oder weniger gesund oder krank/gestört.

Wittchen weist darauf hin, dass eine kategoriale Definition kein Widerspruch zur dimensional Herangehensweise sein muss. Es wird grundsätzlich anerkannt, dass die meisten psychischen Phänomene befriedigender dimensional als kategorial zu beschreiben sind. Für eine Diagnose oder für Forschungszwecke werden jedoch dimensional erfasste Phänomene „über Cut-off-Werte kategorial interpretiert“ (2006, 29).

Da der Begriff Krankheit mehr den medizinischen Modellen zugerechnet und bei psychischen Phänomenen ein Kontinuum angenommen wird, wird in neueren Konzepten der neutralere Begriff der psychischen Störung bevorzugt. Der Begriff „psychische Störung“ eignet sich als übergeordnetes Paradigma; er bietet sich als Oberbegriff an, der die verschiedenen Störungsarten – einschließlich der Krankheiten – umfasst. Dies ist auch in die aktuellen Klassifikationssysteme aufgenommen worden. So wird heute von disorder (Störung) und nicht mehr von disease (Krankheit) gesprochen. Daher werde ich im Folgenden von psychischer Störung sprechen.

1.3 Merkmale psychischer Störung

Auch wenn psychische Störungen dimensional als Steigerung oder Hemmung normaler psychischer Prozesse betrachtet werden, bleibt doch immer die Frage, ab wann eine Person als psychisch krank gilt. Die Beantwortung dieser Frage ist von einer Vielzahl von Faktoren abhängig, so vom Alter, vom Geschlecht, von der kulturellen und sozialen Umgebung, von gesellschaftlich bedingten Störungskonzepten, vom Zeitgeist sowie vom Gesundheitssystem. Auch kann sie von der subjektiven Befindlichkeit des Betroffenen, vom Krankheitserleben als auch von außen anhand von diagnostischen Kriterien beurteilt werden.

Es gibt keine einheitliche, allgemein akzeptierte Definition psychischer Störungen; die Definitionen sind abhängig von den Perspektiven und Konzepten der Diagnostiker. Nach Comer hat sich keine der im Laufe der Jahre vorgeschlagenen Definitionen durchgesetzt. Die meisten Definitionen haben jedoch folgende

gemeinsamen Merkmale: „Devianz, Leidensdruck, Beeinträchtigung und Gefährdung“ (Comer, 1995, 3). Dies sind zentrale Merkmale, die in der Fachliteratur zur Definition von psychischer Störung diskutiert werden.

Devianz/Abweichung: Gestörtes Erleben und Verhalten ist abweichend oder deviant. Das Merkmal der Abweichung beinhaltet das Problem, dass Abweichungen immer einen Bezugspunkt, eine Norm benötigen, wonach man sie feststellen kann. Erschwerend kommt hinzu, dass es ganz unterschiedliche Arten von Normen zur Orientierung gibt. So gibt es statistische, soziale, gesellschaftliche, funktionale und ideale Normen, nach denen ein Verhalten und Erleben als angemessen oder unangemessen beurteilt werden kann. Statistische Normabweichungen allein als Bezugssystem für psychische Störungen eignen sich nicht, denn es besteht nicht zwangsläufig ein Zusammenhang zwischen statistischer Normabweichung und psychischer Störung. Dies zeigen Beispiele von Extrembegabungen wie Intelligenz oder Musikalität, die keinesfalls als psychische Störung bezeichnet werden.

Was als normal angesehen wird und was nicht, variiert von Gesellschaft zu Gesellschaft. Die Normen einer Gesellschaft wurzeln in ihrer jeweiligen Kultur, ihrer Geschichte, ihren Werten, Institutionen, Gewohnheiten, Fähigkeiten, ihrer Technologie, ihrer Kunst und ihrer Wissenschaft. So kann eine Gesellschaft, deren Kultur Wettbewerb und Durchsetzungskraft sehr schätzt, aggressives Verhalten akzeptieren. Eine andere, die Wert auf Höflichkeit, Zusammenarbeit und Freundlichkeit legt, mag dies als inakzeptabel und sogar gestört betrachten. Die Werte einer Gesellschaft können sich auch mit der Zeit ändern und damit die Ansichten über psychische Normabweichungen oder Störungen ebenfalls. In der westlichen Gesellschaft beispielsweise galt es vor 100 Jahren als unangemessen und seltsam, wenn eine verheiratete Frau berufstätig war, heute ist es beinahe umgekehrt, genau dieses Verhalten wird geschätzt. Ein anderes Beispiel für die normative Veränderung für das, was als normal gilt, ist die Einstellung zur Sexualität. In bestimmten Kulturen muss eine Frau jungfräulich in die Ehe gehen, in anderen wiederum gehört sexuelle Vorerfahrung zur Norm. Die Norm, ob ein Verhalten als abweichend eingeschätzt wird, ist auch abhängig von institutionellen und ärztlichen oder psychotherapeutischen Vorstellungen und Konzepten sowie sozialpolitischen Erwägungen und Bewegungen. Auch die öffentlichen Medien spielen eine herausragende Rolle bei der Festschreibung dessen, was normal und was abweichend ist, z. B. im sexuellen Verhalten oder Schönheitsideal.

Leidensdruck: Viele klinische Theoretiker vertreten die Ansicht, dass der Leidensdruck der Betroffenen für die Definition einer psychischen Störung von zentraler Bedeutung ist. Ganz sicher leiden Menschen mit Angststörungen oder Depressionen sehr. Es gibt aber auch Betroffene, die die Abweichung gar nicht als solche wahrnehmen und daher nicht darunter leiden. So ist z. B. der fehlende Leidensdruck ein Charakteristikum bei vielen Persönlichkeitsstörungen und manchen Psychosen; oft leidet die Umgebung unter der Störung und nicht der Betroffene selbst. Manche als manisch bezeichnete Menschen fühlen sich oft wunderbar und werden dennoch als psychisch gestört diagnostiziert. In manchen Fällen sind es gerade die Euphorie und das unverhältnismäßige Gefühl von Wohlbefinden, welches als psychisch gestört betrachtet wird. Neben dem Leidensdruck als subjektive Einschätzung gibt es noch viele andere Facetten des Krankheitserlebens (vgl. 3.1).

Beeinträchtigung: Eine psychische Störung beeinträchtigt tendenziell die Alltags-tüchtigkeit, die Bewältigung der Lebensanforderungen allgemein. Sie erregt oder verwirrt die Betroffenen oder lenkt sie so sehr ab, dass sie nicht mehr für sich sorgen, die üblichen sozialen Beziehungen aufrechterhalten oder effektiv arbeiten können. Natürlich spielt der Grad der Beeinträchtigung eine Rolle wie auch das Umfeld, in dem der Betroffene lebt. Wenn jemand nicht in der Lage ist, eine Flugreise zu unternehmen, beeinträchtigt dies das Leben eines Bankangestellten wahrscheinlich nicht sehr. Das Leben eines Piloten würde dadurch jedoch sehr beeinträchtigt. Auch bei diesem Merkmal spielt der Einfluss der Kultur eine Rolle, denn unsere westliche Gesellschaft hält es für sehr wichtig, dass man alltägliche Verrichtungen in einer effektiven und selbstbestätigenden Weise ausführt.

Gefährdung: Psychische Störungen können in solchen Verhaltensweisen gip-feln, die die Betroffenen selbst oder andere Menschen gefährden. Eine psychische Verfassung, die gekennzeichnet ist durch ein herabgesetztes Urteilsvermögen, Feindseligkeit oder Fehlinterpretationen, kann eine Gefahr bedeuten. So kann beispielsweise ein Klient, der sich in einem psychotischen Wahn einen Waffen- und Munitionsvorrat anlegt, sich selbst und andere gefährden. „Zwar wird Selbst- oder Fremdgefährdung gewöhnlich als Kriterium für psychische Störungen genannt, doch nach den Ergebnissen der Forschung ist beides eher die Ausnahme als die Regel. Trotz populärer Fehleinschätzungen stellen die meisten Menschen, die mit Angst, Depression und sogar bizarren Verhaltensmustern zu kämpfen haben, keine unmittelbare Gefahr für sich oder andere dar“ (Comer, 1995, 6). Selbstgefährdung kann im Rahmen von Suizidalität auftreten, Fremdgefährdun-gen bei ausgeprägtem destruktiven Verhalten.

Dysfunktionale Beziehungsmuster: Im psychodynamischen Verständnis wird dann von einer psychischen Störung gesprochen, wenn dysfunktionale Bezie-hungsmuster und Lebensbewältigungsmuster vorliegen. Das als psychisch gestört bezeichnete Verhalten und Erleben kann in einen Zusammenhang zu einer unbe-wussten Konfliktdynamik und strukturellen Funktionsstörungen gebracht wer-den. Das psychodynamische Verständnis von psychischer Störung sei hier nur angedeutet, da in den nachfolgenden Kapiteln differenziert darauf eingegangen wird.

Kranken- bzw. Sozialversicherung: Nicht unerwähnt bleiben soll noch die Festlegung einer psychischen Störung durch das Leistungsgesetz der Kranken-bzw. Sozialversicherung. In diesem Sinne ist Störung oder Krankheit ein recht-licher Zweckbegriff, durch den festgelegt wird, ab wann die Leistungspflicht der Versicherung greift. Die Diagnose wird im Allgemeinen durch einen Arzt oder einen zugelassenen Psychotherapeuten festgelegt. „In der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes ist Krankheit im Sinne gesetzlicher Krankenversicherung ein regelwidriger körperlicher oder geistiger Zustand, der entweder Behandlungs-bedürftigkeit oder Arbeitsunfähigkeit oder beides zur Folge hat“ (Meyer et al., 1991; zit. in Pauls, 2004, 77). Dies zeigt die Etikettierungs- oder Definitions-macht der Ärzte und des Gesundheitssystems.

1.4 Klassifikationssysteme psychischer Störung

Klassifikationssysteme dienen aufgrund der internationalen Vereinheitlichung der Verständigung und der Forschung, jedoch nicht primär dem Verstehen. Da es in diesem Kapitel um Konzepte von psychischer Gesundheit und Störung geht, dürfen sie nicht unerwähnt bleiben, da in unserem Gesundheits- und Sozialsystem häufig auf dieser Basis definiert wird, ob eine Person psychisch krank oder gesund ist. Auch wird bei der Beschreibung der einzelnen Störungsbilder in Teil II immer darauf Bezug genommen. Es gibt zwei wichtige Klassifikationssysteme:

ICD-10 (International Classification of Diseases) der WHO

Das in Deutschland am häufigsten verwendete, seit 1998 gültige und verbindliche Klassifikationssystem ist das ICD-10 der WHO. Die Gliederung erfolgte nach ätiologischen und syndromatologischen Gesichtspunkten sowie nach Verlaufsmerkmalen. Das ICD-10 umfasst insgesamt 10 Hauptkategorien, die durch den vorangestellten Buchstaben F das Vorliegen einer psychischen Störung anzeigen und durch nachfolgende, meist vierstellige Zahlenkombinationen weitere Spezifikationen bezeichnen.

- F0 Organische, einschließlich symptomatische psychische Störungen
- F1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
- F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
- F3 Affektive Störungen
- F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
- F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren
- F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- F7 Intelligenzminderung
- F8 Entwicklungsstörungen
- F9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
- F99 Nicht näher bezeichnete psychische Störungen (vgl. Dilling et al., 2005).

DSM-IV (Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen)

Das zweite bekannte Klassifikationssystem ist das DSM-IV, das von der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung herausgegeben wird und eine Beurteilung auf fünf verschiedenen Achsen erlaubt.

- Achse I: Alle psychischen Störungen mit Ausnahme von Persönlichkeitsstörungen und geistiger Behinderung.
- Achse II: Persönlichkeitsstörungen und geistige Behinderung.
- Achse III: Medizinische Krankheitsfaktoren.
- Achse IV: Psychosoziale und umgebungsbedingte Probleme.
- Achse V: Globale Beurteilung des Funktionsniveaus.

Achse I erfasst alle psychischen Störungen mit Ausnahme von Persönlichkeitsstörungen und geistiger Behinderung, die auf Achse II eingeordnet werden. Die Achsen I und II stellen die eigentliche Klassifikation psychischer Störungen dar. Es

wurden zwei Achsen definiert, um sicher zu stellen, dass mögliche Langzeitstörungen nicht übersehen werden. Störungen auf der Achse II sind häufig die Folge von Störungen auf Achse I. Die meisten Menschen suchen psychische Hilfe bei einer Störung auf Achse I, z.B. bei einer Angststörung oder depressiven Verstimmung. Die Achsen III bis V wurden für die umfassende Beurteilung eines Menschen mit aufgenommen. Die Hinzunahme zeigt, dass auch in diesem Klassifikationssystem zum Verständnis der gesamten Lebenssituation eines Menschen mehr gehört als nur seine psychischen Symptome. Achse III erfasst die körperliche Verfassung eines Menschen, Achse IV die psychosozialen Problemen eines Menschen, dazu gehören Probleme am Arbeitsplatz, Schulden, Partnerschaftsprobleme etc. Auf Achse V erfolgt eine globale Beurteilung des Funktionsniveaus des Betroffenen in sozialen Beziehungen, im beruflichen Bereich sowie im Freizeitverhalten. Das Funktionsniveau (Ich-Funktionen) gibt Auskunft über die notwendige Art der Behandlung (vgl. Hautzinger, 2002, 58 ff.). Auch in diesen Ansatz gehen bio-psycho-soziale Aspekte wie beim ICD-10 ein. Diagnosen sind anhand dieser beiden Klassifikationssysteme vergleichbar, wenn auch nicht vollständig. Das DSM-IV wird in Deutschland nicht so häufig angewendet.

1.5 Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik

Das diagnostische Instrument der ODP-2 wurde im Bereich der psychodynamischen und psychoanalytischen Psychotherapie vom Arbeitskreis OPD (2006) entwickelt und hat die Form eines multitaxialen Systems. Das Besondere an diesem diagnostischen System ist, dass psychodynamische Konzepte operationalisiert sind. Die psychischen Dimensionen wurden auf der Basis zahlreicher empirischer Untersuchungen entwickelt und operationalisiert. Das Manual wurde wiederholt überarbeitet und besitzt somit eine hohe klinische Validität. In der OPD werden die psychodynamisch relevanten Merkmale des individuellen Klienten auf vier Achsen erfasst. Eine fünfte Achse erlaubt die Verknüpfung mit der ICD-10. Ziel der OPD ist es, zwischen ausschließlich deskriptiven Systemen und psychodynamischer Diagnostik zu vermitteln. Die OPD-2 ermöglicht eine Therapieplanung durch die Bestimmung von Schwerpunkten und darauf abgestimmte Behandlungsstrategien. Sie dient ebenfalls der Veränderungsmessung und ist somit auch ein Instrument zur Qualitätssicherung. Die OPD ist für psychodynamisch orientierte Behandlungskonzepte sehr brauchbar und wird in der Praxis zunehmend häufiger zur Diagnostik, Therapieplanung und Veränderungsmessung verwendet. Die Achsen I–IV entsprechen zentralen psychodynamischen Konzepten.

Achse I – Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen

Hier liegt der Akzent auf den Erlebnismomenten des Betroffenen wie dem Leidensdruck, der Veränderungsmotivation, den persönlichen Ressourcen zur Problembewältigung und der subjektiven Krankheitstheorie. Diese subjektiven Aspekte sind für die Behandlungsorientierung von großer praktischer Relevanz.

Achse II – Beziehung

Sie basiert auf dem psychodynamischen Paradigma, dass jede Diagnostik zu jedem Zeitpunkt immer auch Beziehungsdiagnostik ist, wobei auf das Wechselspiel von Übertragung und Gegenübertragung ein großes Gewicht gelegt wird. Folgende Perspektiven werden auf dieser Achse eingenommen:

Perspektive A: Das Erleben des Patienten

Der Patient erlebt sich immer wieder so, dass...

Der Patient erlebt andere immer wieder so, dass...

Perspektive B: Das Erleben anderer/des Untersuchers

Der Untersucher/andere erleben den Patient immer wieder so, dass...

Der Untersucher/andere erleben sich immer gegenüber dem Patienten wieder so, dass...

Achse III – Konflikt

Die innere Konfliktdynamik gehört zur klassischen psychoanalytischen Diagnostik. In der OPD werden lebensbestimmende, internalisierte Konflikte aktuellen äußerlich determinierten konflikthaften Situationen gegenübergestellt. Die Behandlung eines Konfliktes kann als Behandlungsziel definiert werden. In der OPD wurden folgende Grundkonflikte herauskristallisiert:

1. Abhängigkeit vs. Autonomie
2. Unterwerfung vs. Kontrolle
3. Versorgung vs. Autarkie
4. Selbstwertkonflikte
5. Über-Ich und Schuldkonflikte
6. Ödipal-sexuelle Konflikt
7. Identitätskonflikte
8. Mangelhafte Konfliktwahrnehmung
9. Konflikthafte äußere Lebensbelastung

Die Grundkonflikte werden in 3.3.3 unter Konfliktarten genauer beschrieben.

Achse IV – Struktur

Auf dieser Achse werden Stärken und Insuffizienzen psychischer Funktionen abgebildet. Zu den bedeutsamen strukturellen Funktionen gehören:

- Selbstwahrnehmung
- Selbststeuerung
- Abwehr
- Objektwahrnehmung
- Kommunikation
- Bindung

Teilfunktionen können – in Kombination mit Konflikten – als Behandlungsziel festgelegt werden. Auf diese Achse/Dimensionen wird in 3.4.3 differenzierter eingegangen.