

Editorial

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

PsychotherapeutInnen sind befähigt, selbständig seelische oder seelisch verursachte körperliche Störungen zu diagnostizieren und zu behandeln. Wie aber kommen PsychotherapeutInnen zu einer Diagnose, von der die Indikation und Wahl einer Behandlungsmethode und die Prognose abhängen? Diese Frage gliedert sich in zwei Teilfragen: 1. Wie kommen PsychotherapeutInnen zu Einsichten über einen Menschen? 2. Wie können PsychotherapeutInnen diese Einsichten anderen, z. B. dem Gutachter der Krankenversicherung, mitteilbar machen?

Die erste Frage, die Frage des Mittels oder Instruments der diagnosebildenden Erkenntnisse, führt zu einer Reihe von Antworten: Die PsychotherapeutIn bedient sich der objektiven Informationen (Anamnese) sowie subjektiver Aussagen des Patienten („mein Vater war ein Despot“), sie nutzt die szenischen Eindrücke während des Erstinterviews (Interaktionsmuster, Übertragungs-Gegenübertragungsgefühle), sie setzt u. U. psychologische Tests oder andere Fragebögen ein. Aus diesen Angaben setzt sie ein (vorläufiges) Bild zusammen. Dieses Bild wird dann in einem nächsten Schritt mit vorhandenen Diagnosekategorien eines bestimmten diagnostischen Systems in Beziehung gesetzt. Die Diagnose ist also eine Reduktion der komplexen Information durch Zuweisung des Patienten zu einer klinischen Kategorie. Damit ist der Prozess von der möglichst breiten und umfassenden Informationsgewinnung bis zur Komplexitätsreduktion durch die Wahl einer oder mehrerer diagnostischer Labels abgeschlossen. Der Erkenntnisgewinn ist eine Objektivierung des einzelnen Patienten, der dadurch mit anderen ähnlichen Fällen in Verbindung gebracht wird. Dieser größere Abstand zum Patienten, der durch die Diagnosestellung hergestellt wird, öffnet dem Psychotherapeuten den Fundus an Erkenntnissen über die betreffende durch die Diagnose gekennzeichnete Störung, sie koppelt ihn gewissermaßen ans Universum aller Patienten und aller PsychotherapeutInnen an.

Die Diagnose darf im Bereich der Psychotherapie immer nur eine vorläufige sein. Psychotherapie ist ein Prozess, der Eindruck aus dem Erstinterview kann sich in den folgenden Gesprächen wandeln, das Problem der Reliabilität stellt sich.

Auch die zweite Frage der Kommunizierbarkeit der Einsichten über einen Patienten birgt Sprengstoff: Sind die Diagnosen nicht zu stark auf Symptome bezogen, deshalb oberflächlich und nichtssagend? Geht nicht die wesentliche Information verloren? Ist die Diagnosestellung eine inhaltsleere Legitimationsübung, um die Re-

fundierung der Therapie-Kosten zu sichern? Das Problem der Validität steht im Mittelpunkt.

Weil die Frage der Diagnose und Indikation und damit auch der Behandlungsevaluation durch den gegenwärtigen Effizienz- und Kostendruck im Gesundheitswesen sich für viele PsychotherapeutInnen zugespitzt hat, hat sich die Redaktion entschlossen, ein Themenheft zu diesem Fragenkomplex zu gestalten. In vier Beiträgen werden allgemeine und spezielle Aspekte der Diagnosestellung in der Psychotherapie am Beispiel der heute im deutschen Sprachraum gebräuchlichsten Diagnosesysteme ICD-10 und OPD abgehandelt. Die Beiträge nehmen nicht in Anspruch, diese Diagnosesysteme erschöpfend darzustellen oder gar Gebrauchsanweisungen für den Kliniker bereitzustellen. Dazu ist die entsprechende Fachliteratur geeignet. Die Autoren führen vielmehr in die Problematik der Diagnosesysteme und Diagnosestellung ein und geben dem Leser Anregungen für eine vertiefte Auseinandersetzung mit dem Thema. Der Beitrag von Schulte-Markwort führt in das von PsychotherapeutInnen sehr ambivalent geliebte ICD-10 ein und setzt sich mit den häufigsten Einwänden gegen seinen Einsatz auseinander. Der Beitrag von Schauenburg gibt einen allgemeinen Überblick über die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik, die zunächst für Erwachsene entwickelt wurde und mittlerweile recht gut etabliert ist. Die Arbeit von Heuft und Mitautoren setzt sich mit einer wichtigen Diagnose-Achse (Konflikt) der OPD speziell auseinander. Beide Beiträge machen deutlich, wie OPD versucht, die Anliegen der Objektivierung und der Differenziertheit bzw. Komplexitätserhaltung unter einen Hut zu bringen. Der Konflikt bleibt bestehen, die Leser mögen die Auseinandersetzung mit dieser Frage selber weiterführen. Zeller Steinbrich und Co-Autoren geben einen interessanten Einblick in die Entwicklung der OPD für Kinder und Jugendliche unter spezieller Berücksichtigung der Diagnose-Achse Beziehung.

Beide Diagnose-Systeme, ICD-10 und OPD, welche sich übrigens in der Anwendung gut ergänzen, sind Versuche der Systematisierung der Informationen, welche bei Behandlungsbeginn anfallen. Wie beim Schachspiel – so der berühmte Vergleich Freuds! – gestattet in der Psychotherapie nur die Eröffnungsphase (und die Beendigungsphase) überhaupt eine Systematisierung, da die Mannigfaltigkeit der Dynamiken sich noch nicht in solch verwirrenderweise potenziert hat wie im Mittelteil der Therapie.

Ich wünsche den Lesern, dass ihnen dieses Heft für das Nachdenken über ihre eigene diagnostische Tätigkeit wichtige Anregungen gibt.

Markus Fähr