

M. Schulte-Markwort

Operationalisierte Diagnostik und tiefenpsychologische Psychotherapie – ICD-10, DSM-IV, OPD und die Bedeutung für die Psychotherapie

Zusammenfassung Der Konflikt zwischen Deskription und Psychodynamik hat sich mit der Veröffentlichung von ICD-10 und DSM-IV für tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapeuten verschärft. Um der Abkehr von diesen operationalisierten Klassifikations-schemata vorzubeugen, wird in diesem Artikel nach einem historischen Abriss und einer Darstellung operationalisierender Konzepte der Versuch unternommen, eine sinnvolle Verbindung von Deskription, Phänomenologie und Psychodynamik herzustellen.

Schlüsselwörter: ICD-10, DSM-IV, OPD, Operationalisierung, Qualitätssicherung.

Operationalized Diagnostic and Psychoanalytic Psychotherapy – The significance of ICD-10, DSM-IV and OPD for psychotherapy

Abstract Since publication of ICD-10 and DSM-IV for psychoanalytic oriented therapists the conflict between description and psychodynamic has been intensified. To prevent a break with these operationalized systems of classification this paper – after outlining the history and the concepts of operationalizing – tries to connect description, phenomenology and psychodynamic in a meaningful way.

Keywords: ICD-10, DSM-IV, Operationalized classification, Quality management.

Diagnose opérationnelle – l'ICD-10, le DSM IV, l'OPD et leur signification en psychothérapie

Résumé Dès leurs débuts la psychiatrie et la psychothérapie ont eu à résoudre la tension entre deux perspectives, l'une descriptive et l'autre psychodynamique. Au cours des vingt dernières années on a progressivement adopté des schémas et classifications diagnostiques tels l'ICD-10 et le DSM-IV, qui permettent de décrire les troubles psychiques à un niveau opérationnel, "affranchi de toute considération étiologique". Les psychanalystes ont souvent considéré cette évolution comme désavantageuse, ce qui dans la pratique, les a incités à ne pas utiliser ces instruments

de classification. D'autres approches, telle celle ayant servi de base à l'élaboration de l'OPD (Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik / "diagnostic psychodynamique opérationnalisé"), ont tenté d'introduire une dimension opérationnelle correspondant aux théories et concepts psychanalytiques, tout en visant à améliorer la manière dont ces diagnostics sont communicables, ainsi que leur fiabilité. Dans le présent article nous cherchons à mettre en évidence l'utilité et le sens de diagnostics associant description et perspective psychodynamique.

Einleitung

Insbesondere die tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie und Psychoanalyse steht spätestens seit der Veröffentlichung von ICD-10 (Dilling et al., 1992) und DSM-IV (Saß et al., 1996) in dem Spannungsfeld zwischen Deskription und Psychodynamik. Schon mit der Veröffentlichung des DSM-III (Köhler und Saß, 1984) entstand besonders in den USA eine intensive Diskus-

sion z.B. um den damaligen Wegfall des Begriffes der Neurose und die Eliminierung psychodynamischer ätiologischer Modelle (Blustone, 1985).

Insgesamt fällt bei der Durchsicht der Literatur auf, dass es seit der Zeit wenig Publikationen gibt, die sich mit dem Thema der ICD-10 und Psychotherapie beschäftigen. Etwas anders verhält es sich mit der Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin, für die der Prozess der Diagnosenstellung im Sinne einer Identifizierung

pathologischer Verhaltensmuster schon immer eine notwendige Voraussetzung der Therapie war (z.B. Schulte, 1974; Schulte und Wittchen, 1988). Hier hat der „Blick von außen“ eine Akzeptanz deskriptiver Diagnostik erleichtert. Sowohl die Bedeutung interaktioneller als auch intrapsychischer psychodynamischer Bedingungsgefüge erschwert dagegen in der tiefenpsychologisch orientierten Psychotherapie und Psychoanalyse (nachfolgend immer nur als Psychotherapie bezeichnet) die Auseinandersetzung mit deskriptiver und operationalisierter Klassifikation und Diagnostik. Das Freudsche Junktum vom „Forschen und Heilen“ (Freud, 1927) bezieht sich in der deutschsprachigen Psychotherapie zumindest im ambulanten Bereich wesentlich auf das Heilen und auch über 70 Jahre danach ist die von Freud geforderte Selbstverständlichkeit von Wissenschaft und Therapie kaum gegeben.

Historischer Abriss zu ICD-10 und DSM-IV

Schon Kraepelin (1883) stellte die Forderung auf, „das psychiatrische Forschungsgebiet von zwei verschiedenen Seiten her in Angriff zu nehmen, indem man einmal die körperlichen Grundlagen des krankhaften Seelenlebens, dann aber die Erscheinungen dieses letzteren selbst mit den Hilfsmitteln und Methoden der Erfahrungswissenschaften zu studieren sucht“. Und auch Bleuler (1943) verweist auf das Spannungsfeld zwischen „deskriptiver und statischer“ und „dynamischer“ Psychiatrie. Schon damals wird auf die von der Gesetzgebung geforderte „Statik“ im Sinne klarer Abgrenzungsmöglichkeiten zwischen psychisch krank und gesund einerseits und die Notwendigkeit eines „menschlichen Verstehens“ hingewiesen. Mit dem Würzburger Diagnosenschema (Wilmanns, 1930) lag für den deutschsprachigen Raum schließlich ein diagnostisches Schema vor, das in seiner Bedeutung erst von der ICD-8 (WHO, 1967) und ICD-9 (WHO, 1977) abgelöst wurde. Vorher hatte die WHO 1948 die Arbeit vom Völkerbund übernommen und von Stengel (1959) eine Übersicht über alle existierenden Klassifikationen erarbeiten lassen, nachdem die 7. Revision nur von fünf Mitgliedsländern der Vereinten Nationen angenommen worden war. Im angloamerikanischen Sprachraum wurde die Arbeit von Feighner et al. (1972) zur Grundlage für das DSM. Die dritte Fassung des DSM wurde 1980 (APA, 1980) eingeführt und nur sieben Jahre später dessen Revision (APA, 1987). Seit 1992 bzw. 1994 sind die beiden Systeme ICD-10 und DSM-IV in ihrer neuesten Version publiziert. Während das DSM-IV bei wissenschaftlichen Publikation unumgängliche internationale Grundlage ist, hat sich die ICD-10 insbesondere in der klinischen und wissenschaftlichen Diagnostik in Europa – und hier insbesondere in den deutschsprachigen Ländern – durchgesetzt.

Prinzipien einer operationalisierten Klassifikation

Operationalisierung bedeutet „Handhabbarmachung“. In bezug auf diagnostische Kategorien bedeutet es die Definition derselben anhand bzw. auf der Grundlage von beobachtbaren und empirisch überprüften und

überprüfbar diagnostischen Klassen. Sie muss an symptomatischen Kriterien und am Krankheitsverlauf orientiert sein. Grundlegende Konzepte einer operationalen Diagnostik sind (modifiziert nach Dilling, 1998):

- ein atheoretischer Ansatz
- eine Auflistung diagnostisch relevanter Kriterien
- Angaben über den zeitlichen Verlauf
- Angaben über Verknüpfungsregeln (Algorithmen)
- Formulierung von Ein- und Ausschlusskriterien
- Überprüfung der Reliabilität (und Validität) der Kategorien
- das Komorbiditätsprinzip
- das Prinzip der Multiaxialität.

Bei der Einführung der ICD-10 war besonders das neue Prinzip der Komorbidität für Kliniker neu und ungewohnt. Sie waren damit sozialisiert worden, dass sich die meisten Diagnosen ausschließen, d. h., dass ein Patient entweder depressiv oder hysterisch sein konnte, aber nicht beides zusammen. Nun aber sollte es möglich sein, Symptome so lange zu diagnostizieren, bis alle relevanten Beeinträchtigungen des Patienten abgebildet sind.

Eine wichtige Grundlage einer Klassifikation, die den Anspruch auf internationale Akzeptanz erhebt, ist deren Annahme durch die einzelnen Länder, durch die Kliniker in ihrer Arbeit mit den Patienten. Damit entsteht auch in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Gemeinschaft ein Globalisierungseffekt mit allen Vor- und Nachteilen: der Vorteil – bei hoher Akzeptanz – ist die große und erleichterte Kommunizierbarkeit von Diagnosen, was nicht nur für wissenschaftliche Zwecke von unschätzbarem Wert ist. Ein Nachteil liegt unzweifelhaft in der notwendigen Reduktion von Komplexität, in der Notwendigkeit von Kompromissen im internationalen Ringen um Eindeutigkeit. Kulturelle Besonderheiten können (und dürfen) dann nicht berücksichtigt werden und finden sich allenfalls im Anhang des Kapitels V (F) der ICD-10 oder im Anhang F des DSM-IV. Oder sie müssen durch jeweils nationale Verabredungen ausgeglichen werden, wie z. B. in der Klassifikation der Intelligenz durch das multiaxiale Klassifikationschema (MAS; Remschmidt und Schmidt, 1994) in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.

Ein unbestreitbarer Vorteil operationalisierter Klassifikation liegt in der Genauigkeit, die im Austausch bei exakter Anwendung der Kriterien erreicht werden kann. Interessanterweise schneiden berufsunerfahrene Ärzte und Psychologen bei der Anwendung der ICD-10 deutlich besser ab als die erfahrenen. Sie sind offensichtlich besser in der Lage, das Manual z. B. mit seinen eindeutigen Zeit- und Verlaufskriterien zu lesen und auf den jeweiligen Fall anzuwenden. Der Nachteil liegt darin, dass die ICD-10 mit einem Lehrbuch verwechselt werden kann und die Gefahr einer Komplexitätsreduktion im direkten Patientenkontakt übersehen wird, worauf Kraepelin und Bleuler (a.a.O.) schon hingewiesen hatten. Im DSM-IV wird explizit auf diese Gefahr hingewiesen (Saß, 1996).

Eine Klassifikation nach ICD-10 oder DSM-IV bedeutet nicht, dass damit Diagnosenschemata auf die nächsten 30 Jahre festgeschrieben sind. Die Verpflichtung auf

eine empirische Basis macht es notwendig, dass sie beständig überprüft wird. Dies ist ein Punkt, den man auch allen Kritikern entgegen halten muss, weil sich kein biologischer Psychiater einem empirischen Argument entziehen wird. Damit sind Forschergruppen jedweder psychiatrischen und/oder psychotherapeutischen Provenienz aufgefordert, ihre Einwände empirisch zu überprüfen und einzubringen. So ist z. B. absehbar, dass angesichts von 20 Millionen Flüchtlingen auf der Welt eine weiter ausdifferenzierte Diagnostik traumatischer Störungen entwickelt werden muss (Fischer und Riedesser, 1998; Schauenburg et al., 1998).

Kritik an ICD-10 und DSM

Hoffmann (1986) verstand die Entwicklung des DSM-III vor dem Hintergrund einer biologisch orientierten Psychiatrie, die insbesondere für ihre pharmakologische Forschung eine Vereinheitlichung der Klassifikation brauchte. Innerhalb der Psychotherapie gab und gibt es die neurosenpsychologische Klassifikation, die insbesondere für die Psychoanalyse schon immer notwendige Grundlage ihrer Behandlungen war. Allerdings gibt es gerade innerhalb der Psychoanalyse auch eine breite Diskussion – interessanterweise kaum in Publikationen –, die sich explizit gegen jede Klassifikation wendet. Auch das Gutachterverfahren, das in Deutschland die Antragspsychotherapie regelt und vielfach als qualitätssicherndes Instrument beschrieben wird, schützt davor nicht. In persönlichen Gesprächen kann man auch immer wieder Positionen hören, die für sich in Anspruch nehmen, immer dieselbe Diagnose zu verwenden, um dem Verfahren gerecht zu werden, nicht aber der symptomatischen oder syndromalen Wirklichkeit des jeweiligen Patienten. Dahinter verbirgt sich eine Position, die sich selbst als radikal psychodynamisch beschreibt und von daher außer Stande sieht, diese Psychodynamik eines Patienten auf eine Diagnose zu reduzieren. Aus psychoanalytischer Sicht ist diese Argumentation sowohl konsequent als auch verständlich. Wer darum bemüht ist, in der therapeutischen Beziehung einen möglichst breiten und freien Raum für die Arbeit am Unbewussten, an Übertragung und Gegenübertragung entstehen zu lassen, der ist u. U. durch das „Eingangs-Labeln“ für bestimmte Prozesse nicht mehr so frei (Leupold-Löwenthal, 1985). Allerdings ist hier kritisch einzuwenden, dass eine Behandlung ohne Diagnose – allenfalls eine der neurotischen intrapsychischen Bedingungen und der Interaktion – auch ohne eine Bezahlung durch die Krankenkassen erfolgen müsste. Der Preis für eine Anerkennung der Psychoanalyse und tiefenpsychologischen Psychotherapie als Richtlinienverfahren durch die Krankenkassen und die regelmäßige Teilnahme daran erzwingt die Anerkennung der Grundlagen – oder führt mindestens zu massiver für die Patienten u. U. ebenso schädlichen Verleugnung wie die „Unfreiheit durch die Diagnose“. Der Vorwurf an die biologisch orientierten Psychiater, die legitimerweise für ihre Wissenschaft und Behandlung eine Grundlage schaffen wollten greift ins Leere, weil es auch den psychotherapeutisch arbeitenden Kolleginnen und Kollegen möglich gewesen wäre, sich zu Wort zu

melden und die eigene empirische Grundlage in die diagnostischen Systeme einzubringen. Drauf hatte Bluestone (1985) schon hingewiesen und die Angst vor deiner Dehumanisierung von „Psychoanalyse und Psychotherapie“ als letztlich unbegründet zurückgewiesen. Bildet die ICD-10 die Wirklichkeit der Komplexität unserer Patienten ab? So lautet häufig eine rhetorische Frage aus der Praxis und sie dient der Ablehnung des gesamten Systems. Darüber hinaus werden wissenschaftspolitische Veränderungen verantwortlich gemacht für eine mangelhafte Berücksichtigung psychoanalytischer Positionen.

Sehr viel schwieriger und komplexer wird die kontroverse Diskussion jedoch, wenn erfolgreichen – pharmakologisch und/oder verhaltensmedizinisch – psychiatrischen Behandlungen z. B. der neurotischen Depression (Dysthymia) das dynamische Verständnis „von Schuld, Wendung der Aggression gegen das Selbst, Verarbeitung von Verlusten, Identifizierung mit dem verlorenen Objekt...“ (Hoffmann, 1985) entgegen gestellt wird. Das Problem dabei entsteht durch die unterschiedlichen und nicht direkt vergleichbaren wissenschaftstheoretischen Theoreme. Wollte die Psychotherapie das zitierte und beispielhafte Verständnis neben die anderen quantitativ-empirisch geprüften Symptome setzen, so müsste sie quantifizieren. Dies aber ist ein Unterfangen, gegen das neben dem Widerstand vieler niedergelassener Kolleginnen und Kollegen auch die Problematik der Reduktion zumindest in bestimmten Teilen spricht.

Ein anderer Kritikpunkt an ICD-10 und DSM-IV ist allerdings nicht ohne weiteres auszuräumen. So weist z. B. auch Hoffmann (1985) darauf hin, dass die postulierte Ätiologiefreiheit der genannten Systeme gar nicht besteht. Dies ist eine Kritik, auf die von „biologischer“ Seite bis heute trotz mehrfacher Nennung kaum eingegangen worden ist. Lediglich Dilling (1998) räumt ein, dass der atheoretische Ansatz sowohl durch die explizite Aufnahme biologischer Modelle als auch die Berücksichtigung von aktuellen Belastungsfaktoren nicht aufrechterhalten wurde.

Erfahrungen aus der Praxis

Erfahrungen aus der Praxis zeigen z. B. im Rahmen von Begutachtungsverfahren für Psychotherapie, dass viele Praktiker die ICD-10 benutzen wie ein Art Checkliste, in der sie nach der eigenen Diagnose das suchen, was sie für sich schon bestimmt haben. Neben auffällig vielen „falschen“ Diagnosen, bei denen die Beschreibung der Symptomatik im Gutachten in keiner Weise mit der gestellten ICD-10 Diagnose übereinstimmen und subjektiven Uminterpretationen, die belegen, dass die jeweiligen Kolleginnen und Kollegen wenig klinische Erfahrung in bestimmten Gebieten haben (z. B. wird immer wieder im Bereich der Kinder- und Jugendpsychotherapie die Störung des Sozialverhaltens (ICD-10 F91/F92) gleichgesetzt mit allen Auffälligkeiten die ein Kind im Sozialverhalten hat, ohne dass es in einem dissozialen Sinn auffällig wäre), fallen immer wieder die häufig gestellten .8 und .9 Diagnosen auf. Damit werden in der ICD-10 „sonstige“ und „nicht näher bezeich-

nete“ Störungen klassifiziert. Im Manual wird in der Einleitung ausdrücklich darauf hingewiesen, dass diese Kategorien nur im Ausnahmefall angewendet werden sollten. Die Häufigkeit der Anwendung impliziert, das im niedergelassenen Bereich viele Störungen gesehen und behandelt werden, die von der ICD-10 nicht abgedeckt sind, was sehr unwahrscheinlich ist. In Rücksprachen mit den Kollegen wird deutlich, dass sie das Manual gar nicht ganz gelesen haben und sich auch schwer tun mit dem genauen Durcharbeiten und Anwenden der Leitlinien.

Neuere Kritik und neuere Entwicklungen

In neueren Arbeiten insbesondere aus dem Bereich der Psychosomatik wird auf die psychiatrische Orientierung von ICD-10 und DSM-IV hingewiesen (Fava et al., 1995). Daraus ergebe sich, so die Autoren, eine ungenügende Abdeckung psychosomatischer Diagnosen, so dass einige neue Operationalisierungen vorgeschlagen werden:

- Alexithymie
- Typ-A-Verhalten bei koronaren Herzkrankheiten
- Krankheitsphobie
- Thanatophobie
- Gesundheitsangst
- Fehlende Krankheitseinsicht (illness denial)
- funktionale somatische Symptome in Folge einer psychiatrischen Erkrankung
- Anhaltende Somatisierung
- Konversion
- Jahrestagsreaktion (bezogen auf die Krankheit/den Tod eines Familienangehörigen)
- Irritable Stimmung
- Demoralisation

Auf die Notwendigkeit, mit bestimmten Diagnosen z.B. aus dem Bereich der Neurosen auch ätiologische Ansätze mit abbilden zu müssen, weisen Schneider et al. (1995) hin. In der engen Zusammenarbeit zwischen Psychiatern und Psychosomatikern bei der Überprüfung der ICD-10 (Dilling et al., 1990) und den Forschungskriterien (Schneider et al., 1993; Freyberger et al., 1995) sahen die psychosomatischen Wissenschaftler eine wichtige Möglichkeit der zukünftigen Beeinflussung der weiterführenden Arbeiten im Rahmen der ICD bezüglich der Krankheitsbilder, die für die Psychosomatik von Bedeutung sind. Mezzich und Schmolke (1995) weisen auf die unterschiedlichen und spezifischen Konsequenzen hin, die sich aus einer multiaxialen Diagnostik innerhalb der Psychotherapie für die jeweilige Intervention ergeben. Sie plädieren damit für eine Weiterentwicklung der operationalisierten Diagnostik im Bereich der Psychotherapie, indem z. B. biographische und psychodynamische Formulierungen erarbeitet werden.

Allerdings darf die breite Einigkeit über den Nutzen der operationalisierten Klassifikation nicht darüber hinweg täuschen, dass auch dort die Interraterreliabilität nicht in allen diagnostischen Bereichen zufriedenstellend ist. Muhs und Öri zeigen z. B., dass im Bereich der Persönlichkeitsstörungen (Kapitel F6) die Übereinstimmung zwischen 54% und 94% schwankt, für die

psychosomatischen Störungen aus dem Kapitel F4 bei 65% (Jantschek et al., 1995) liegt.

Inzwischen haben die Überlegungen zur Operationalisierung auch vor psychodynamischen Überlegungen nicht halt gemacht. Mit dem Wunsch, die Vieldeutigkeit und Beliebigkeit (Hoffmann, 1996) psychoanalytischer Termini zu begrenzen, wurden einige Anstrengungen unternommen. So haben z. B. Ehlers et al. (1995) ein Konzept zur Operationalisierung von Abwehrmechanismen vorgelegt.

Qualitätssicherung und Psychotherapie

Auch wenn Qualitätssicherung heute im wörtlichen Sinne zu einem „Schlagwort“ geworden ist, bei dem nicht immer ganz klar ist, was unter Qualität verstanden wird, und vielfach der Eindruck entsteht, dass alleine durch die Durchführung einer Qualitätssicherung Qualität entstehen sollte, so muss dennoch die Einführung einer operationalen Diagnostik unter diesem Gesichtspunkt diskutiert werden. So verwendet das Manual zur Psy-Bado (Heuft und Senf, 1998) als „Praxis der Qualitätssicherung in der Psychotherapie“ als Grundlagen zu Therapiebeginn und -ende selbstverständlich ICD-9 bzw. ICD-10 Diagnosen (ICD-9 noch, weil die ICD-10-Gesamt zum Zeitpunkt der Drucklegung des Manuals noch nicht offiziell eingeführt war und somit noch nicht Grundlage der Abrechnungen mit den Krankenkassen war). Da es den Autoren offensichtlich völlig selbstverständlich war, dass auf der Grundlage von IC-9 oder -10 verschlüsselt wird, findet sich im Manual auch kein besonderer Hinweis darauf. Von seiten der DGPT wird allerdings darauf hingewiesen, dass die Psy-Bado „keinesfalls geeignet“ ist, „vergleichende Aussagen über Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit von analytischer Therapie in der Praxis zu machen“ (Piechotta, 1999). Damit wird unter Hinweis auf die Komplexität erneut z. T. die Teilnahme an – notwendigerweise reduzierter – Empirie verweigert.

Operationalisierte Diagnostik und Psychotherapie

Inzwischen hat sich auch in der Psychoanalyse mehr Offenheit gegenüber der Notwendigkeit, Hypothesen nach „allgemeinwissenschaftlichen Prinzipien“ (Leikert und Ruff, 1994) zu überprüfen, durchgesetzt. Auch wenn Kächele (1992) zu dem Schluss kommt, dass psychoanalytische Therapieforschung „nach wie vor ein Stiefkind“ der Psychoanalyse ist, so sind auch Arbeiten zu verzeichnen, die sich um eine empirische Fundierung der Psychoanalyse über die Falldarstellung hinaus bemühen. Nach Kächele (a.a.O.) lassen sich diese Bemühungen aus dem Zeitraum 1930 bis 1990 in drei Phasen unterteilen: In der ersten (bis 1970) ging es wesentlich um Legitimationsüberprüfungen psychoanalytischer Behandlungen, die zweite Phase (bis 1980) beschäftigte sich mit dem Zusammenhang von Verlauf und Ergebnis und die dritte schließlich ist durch eine detaillierte Erforschung des psychoanalytischen Prozesses gekennzeichnet. Allerdings ist die Gesamtzahl der durchgeführten Untersuchungen so relativ klein, dass die Kennzeichnung eines Stiefkinds berechtigt

ist. Für den Zusammenhang mit operationalisierter Diagnostik ist dies von großer Bedeutung, weil nur über empirische Forschung Grundlagen für Operationalisierungen gelegt werden können.

Man mag von der Untersuchung von Grawe et al. (1994) halten, was man will (z.B. Mertens, 1994; Kächele, 1995): Sie hat die Diskussion über Wirksamkeit und Ökonomie von Psychotherapie neu belebt. So lange Psychotherapie den Anspruch erhebt, eine Krankenbehandlung zu sein, die von den Krankenkassen bezahlt wird und weiterhin werden soll, so lange muss sie nachweisen, dass sie mehr ist als freundschaftliche Gespräche oder esoterische Geistheilerei. Natürlich muss jede Form von Psychotherapie im Vergleich untereinander die Kriterien bestimmen, nach den gemessen werden soll. Geht es um eine reine Symptomreduktion und wenn ja, wie lange muss sie bestehen, um von einem Therapieerfolg sprechen zu können? Oder geht es um die Bearbeitung der wesentlichen Konflikthaftigkeit eines Menschen z. B. mit dem Ziel, die „depressive Position“ (Klein, 1935) zu erreichen? Ist es gerechtfertigt, dass dieses letztgenannte Ziel der Solidargemeinschaft der Beitragszahler zuzumuten ist oder handelt es sich um ein individuelles, privates Ziel eines Menschen, der sein Leben verbessern möchte, so, wie sich jemand um sportliche Fitness oder gesunde Ernährung kümmert?

Natürlich kann es im Bereich der Psychotherapie nicht nur um bloße Symptomreduktion gehen und es soll hier auch keinesfalls einer rein ökonomisch zu bewertenden Behandlung das Wort geredet werden. Auch in der Chirurgie hat man heute verstanden, dass der somatische Heilungsprozess nicht unwesentlich von der psychischen Verfasstheit der Patienten abhängt. Wenn also psychische Prozesse der Veränderung Zeit brauchen, dann muss es darum gehen, diese Ziele zu benennen, sie fassbar und überprüfbar zu machen. Das Argument, dass sich bestimmte Prozesse oder psychodynamische Entitäten der empirischen Überprüfung entziehen, ist fast immer ein Argument von Psychotherapeuten, die sich mit wissenschaftlicher Methodik, zumal moderner z. B. quantitativer und qualitativer gemischter Ansätze, nicht beschäftigt haben und auch nicht auskennen. Welche Fragestellungen sich beantworten lassen, zeigt z. B. die Arbeit von Leikert und Ruff (1994), in der es um die Erarbeitung eines Prozessmodells für die Verarbeitung psychischer Konflikte geht. Leuzinger-Bohleber et al. (1998) oder auch Deneke (1999) zeigen auf, wie es zu sinnvollen und konstruktiven Verknüpfungen zwischen Psychoanalyse und Neurobiologie kommen kann. Damit scheinen Positionen wie die von Kaiser (1993), die auch schon innerhalb der Psychoanalyse nicht unwidersprochen blieben (Hartkamp, 1994), zugunsten eines Dialogs überwunden.

Allerdings können einige Argumente aus der psychotherapeutischen Praxis nicht unberücksichtigt bleiben. Natürlich wird der therapeutische Prozess verändert, wenn er zeitgleich zum Behandeln beforscht wird. Vielleicht lässt sich die Situation mit der Ausbildungssituation vergleichen, wenn Kandidaten immer mit dem imaginären Blick des Supervisors und dem der Kollegen

aus dem kasuistischen Seminar über ihrer Schulter arbeiten müssen. Natürlich verändert diese Konstellation die therapeutische Arbeit – wobei in der Regel davon ausgegangen wird, dass dies nicht zum Nachteil der Patienten geschieht. Im Gegenteil, es wird auf die besondere Sicherheit für die Patienten hingewiesen, die sich sicher sein können sollen, dass der therapeutische Prozess besonders sorgfältig und genau verstanden, begleitet und u. U. korrigiert wird. Allerdings gibt es auch Ausbildungsinstitute, an denen den Kandidaten empfohlen wird, die Ausbildungssituation den Patienten gegenüber nicht zu thematisieren, um sie nicht zu verunsichern. Zum Ersteren ist zu sagen, dass unter Abwägung aller Risiken und Nebenwirkungen nicht verständlich ist, warum analog zur Ausbildungssituation nicht auch Untersuchungen zum Prozess und Erfolg der Behandlung für den Patienten von großem Nutzen sein können. Im zweiten Fall könnte die Unoffenheit den Patienten gegenüber auch für Untersuchungen gelten (soweit nicht spezielle Informationen vom Patienten eingeholt werden müssen). Jede Behandlerin und jeder Behandler, die ernsthaft um den Therapieerfolg seiner Patienten bemüht sind, müssen ein Interesse an Weitergabe und Verallgemeinerungen ihrer Erfahrungen haben. Diese Verallgemeinerungen dürfen sich natürlich aber nicht nur aus Einzelfalldarstellungen speisen – so wertvoll diese auch immer sind. Wer bei unterschiedlichen Supervisoren seine Ausbildungsfälle hat supervidieren lassen, weiß, das auch an einem Institut die Unterschiede zwischen den Ausbildern so groß sein können, wie die Anzahl der Ausbilder. Damit ist nicht eine bloße individuelle Unterschiedlichkeit gemeint, sondern so krasse Gegensätze wie die Kennzeichnung einer bestimmten Haltung anderer Supervisoren als Kunstfehler. Dennoch gelingt eine psychotherapeutische Ausbildung, weil es Theoreme und Behandlungstechniken gibt, die im common sense des jeweiligen Ausbildungsinstitutes und der psychotherapeutic community verankert sind. In dem Spannungsfeld zwischen Vieldeutigkeit und Beliebigkeit auf der einen Seite und dem Verstehen und Beschreiben psychodynamischer Prozesse auf der anderen Seite liegt ein Dilemma, das nicht nur mit der Verweigerung operationalisierter Diagnostik und Klassifikation beantwortet werden kann – und darf.

Einen wichtigen eigenen Schritt im Rahmen des Dialogs zwischen Forschen und Behandeln ist der Arbeitskreis „Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik“ (1996) u. a. auf der Basis von Arbeiten von Blanck und Blanck (1974, 1979), Vaillant et al. (1986), Perry und Cooper (1989) sowie Weinryb und Rössel (1991) gegangen. Mit „sehr heterogenen Theorien“ und einer „Mehrdeutigkeit“ der „psychoanalytischen Begriffsbildung“ als Ausgangspunkt auf der einen Seite und Unzufriedenheit mit der „phänomenalen Klassifikationen des DSM-III und der ICD-10“ auf der anderen Seite hat ein Arbeitskreis psychoanalytisch orientierter Psychotherapeuten ein Manual vorgelegt, dass mit fünf Achsen die wichtigsten Grundlagen psychoanalytischer Theorie und Behandlung einer psychodynamischen Phänomenologie zuzuführen versucht. Folgende Achsen sind dabei erarbeitet worden:

- Krankheitserleben
- Beziehung
- Konflikt
- Struktur
- Psychische und psychosomatische Störungen.

Dazu wurde eine Auswahl psychodynamischer Konstrukte getroffen, die es erlaubt, dem Paradoxon von Beobachtbarkeit und Überprüfbarkeit auf der einen Seite und unbewusster Prozesse auf der anderen Seite konstruktiv zu begegnen: „Es ging um die Reduzierung psychoanalytischer Beliebigkeit in der Diagnostik und die Festlegung akzeptierter und kommunizierbarer Standards“ (Hoffmann, 1996). Die fünfte Achse beinhaltet die Diagnostik nach ICD-10 Forschungskriterien sowie optional nach DSM-IV. Damit ist eine direkte Verbindung zwischen OPD und ICD-10 gegeben und deutlich, dass zu einer kompletten Diagnostik beide Systeme sinnvoll sind.

Bei dieser Hinwendung zu Empirie und Beobachtbarkeit bleibt allerdings die grundlegende Notwendigkeit bestehen, dass ein Anwender die Inhalte psychoanalytischer Basiskonzepte (dynamisches Unbewusstes, Übertragung, Gegenübertragung, innerer unbewusster Konflikt, Selbst- und Objektrepräsentanzen) kennt und vertritt.

Wie bei jeder psychiatrischen oder psychotherapeutischen Operationalisierung stellt sich eine hohe Übereinstimmung, die Grundlage einer breiten Anwendung ist, nurnach dem Studium des Manuals und entsprechenden Interview- und Diagnose- Trainings ein, die somit Voraussetzung der Anwendung der OPD sind. Das ein- bis dreistündige OPD-Interview, das einem zunächst offenen, dann strukturierter werdenden psychodynamischen Erstinterview nahe kommt, bedarf anhand eines Leitfadens (Janssen et al., 1996) der Übung und Disziplinierung, da die operationalisierten und manualisierten Konzepte von den je individuellen Therapeutenkonzepten abweichen können. Erste empirische Überprüfungen haben akzeptable Interraterreliabilitätskoeffizienten für die meisten Achsen ergeben (Cierpka et al., 1995; Freyberger et al., 1996), wobei die Werte für das gewichtete Kappa zwischen .59 und .75 lagen (Rudolf et al., 1996) und damit nur unwesentlich unter den Ergebnissen für die ICD-10 (Freyberger et al., 1992). Die Vergleichsergebnisse für das DSM-II-R waren allerdings besser. Auch bezüglich der Validität der OPD liegen erste ermutigende Ergebnisse vor (Strauß et al., 1997).

Auf die einzelnen Achsen soll hier nicht näher eingegangen werden, da sie besser im Manual (Arbeitskreis OPD, 1996) nachgelesen werden können. Inzwischen ist die OPD auch Grundlage für eine Adaptation dieser Diagnostik für das Kindes- und Jugendalter geworden (Schulte-Markwort et al., 1998). Hier allerdings wird es keine V. Achse der ICD-10 geben, weil das innerhalb der Kinder- und Jugendpsychiatrie geläufige, sechsachsige multiaxiale Klassifikationsschema (Renschmidt und Schmidt, 1994) das primäre diagnostische Schema ist und bleiben soll. Sollte es möglich sein, auch für das Kindes- und Jugendalter eine valide und reliable operationalisierte psychodynamische Diagnostik zu erstellen, so könnte sie das MAS optional ergänzen.

Auch von der Seite der psychiatrisch-psychotherapeutischen Diagnostik wird darauf hingewiesen, dass Indikationen für eine Psychotherapie nur mit Hilfe einer Ergänzung der ICD-10 durch die OPD gelingen kann (Dilling, 1998). Auch wenn ebenso darauf hingewiesen wird (und werden muss), dass theoretische und praktische Zusammenhänge zwischen den Kategorien der ICD-10 und der OPD noch erarbeitet werden müssen – wenn die OPD sich als reliables und valides Instrument erwiesen hat –, so ist doch auch deutlich, dass es nicht mehr um „Glaubenskriege“ oder „Grabenkämpfe“ zwischen Psychiatrie und Psychotherapie, zwischen biologischer Psychiatrie und psychodynamischer Verstehensweise, zwischen „Statik und Dynamik“ (s.o.) geht, sondern um eine notwendige und unumgängliche Ergänzung im Bestreben um eine ganzheitliche Sichtweise.

Zusammenfassung und Ausblick

Ein besonderes Ziel der modernen operationalisierten diagnostischen Klassifikationsschemata liegt in dem Erreichen einer möglichst hohen Reliabilität. Der Austausch von Klinikern und Forschern sollte national und international auf möglichst hohem Niveau möglich sein. Die beiden Systeme ICD-10 und DSM-IV leisten dies ohne Zweifel. Natürlich konnte dies nur um den Preis einer erheblichen Selektion des in jedem diagnostischen Prozess zu berücksichtigenden Materials erreicht werden (Schneider und Freyberger, 1990). Dennoch ist es möglich geworden, nahezu alle vorkommenden psychischen Störungen reliabel zu operationalisieren. Auch wenn damit – nicht weniger evidente – erlebnisnahe Aspekte einer psychodynamischen und interaktionellen Diagnostik nicht berücksichtigt sind, ist das unmittelbare diagnostische Geschehen davon unbeeinträchtigt. Außer der OPD und vereinzelt Vorläufern davon (s.o.) ist es bislang keinem psychodynamischen Konzept gelungen, eine derart hohe Kommunizierbarkeit zu erreichen. Bezüglich der Validität gilt sowohl für die deskriptiven wie die psychodynamischen Systeme, dass sie wesentlich auf eine Konstruktvalidität angewiesen sind. Diese wiederum hängt ab vom jeweiligen theoretischen Hintergrund, was die Stärke psychodynamischer Modelle (und inzwischen in einigen Aspekten ihrer empirischen Überprüfung) ist.

Zusammenfassend lässt sich festhalten:

1. Grundlage jeder Behandlung, unabhängig, ob sie somatischer oder psychotherapeutischer Natur ist, ist eine möglichst valide *und* reliable Diagnostik.
2. Jede Psychotherapeutin/jeder Psychotherapeut sollte an einer hohen Kommunizierbarkeit seiner Diagnosen interessiert sein.
3. Die ICD-10 DSM-IV und OPD haben ihr Ziel einer guten Reliabilität ausreichend gut erreicht.
4. Durch Systeme wie die OPD sind die ICD-10 und das DSM-IV sinnvoll und notwendig zu ergänzen.
5. Der Verlust weiterer psychodynamischer Zusammenhänge kann in der Realität durch ausführlichere Beschreibungen erreicht werden.
6. Eine Anwendung von ICD-10 oder DSM-IV bei gleichzeitigem Offenhalten eines psychodynamisch-

psychotherapeutischen Prozesses schließt sich nicht aus, wenn die Psychotherapeutin/der Psychotherapeut das Manual ausreichend gut beherrscht. Er wird dann nur in Einzelfällen gezwungen sein, „psychiatrische“ Nachfragen zu stellen, die er aber auch ohne die Existenz solcher Leitlinien stellen müsste.

Literatur

- American Psychiatric Association (1980) Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd edn, DSM-III. APA, Washington DC
- American Psychiatric Association (1987) Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd revised edn, DSM-III-R. APA, Washington DC
- American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edn, DSM-IV. APA, Washington DC
- Blanck G, Blanck R (1974) Angewandte Ich-Psychologie. Klett-Cotta, Stuttgart
- Blanck G, Blanck R (1979) Angewandte Ich-Psychologie II. Klett-Cotta, Stuttgart
- Bleuler E (1943) Lehrbuch der Psychiatrie. Springer, Berlin Heidelberg
- Bluestone H (1985) Psychoanalysis and DSM-III. Academy Forum 29: 3–4 (Deutsche Übersetzung von A. Turkel: DSM-III und Psychoanalyse. Forum der Psychoanalyse 1: 157–160)
- Cierpka M, Buchheim P, Freyberger HJ, Hoffmann SO, Janssen PL, Muhs A, Rudolf G, Rüger U, Schneider W, Schüsler G (1995) Die erste Version einer operationalisierten psychodynamischen Diagnostik (OPD-1). Psychotherapeut 40: 69–87
- Deneke F-W (1999) Psychische Struktur und Gehirn. Schattauer, Stuttgart
- Dilling H (1998) Die Entwicklung der Diagnostik von neurotischen und psychosomatischen Störungen in der ICD-10. In: Schauenburg H, Freyberger HJ, Cierpka M, Buchheim P (Hrsg) OPD in der Praxis. Huber, Bern
- Dilling H, Dittmann V, Freyberger HJ (1990) ICD-10 Field trial in German-speaking countries. Pharmacopsychiatry 23: 135–216
- Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (1992) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Huber, Bern
- Fava GA, Freyberger HJ, Bech P, Christodoulou G, Sensky T, Theorell T, Wise TN (1995) Diagnostic criteria for use in psychosomatic research. Psychother Psychosom 63: 1–8
- Feighner JP, Robins E, Guze SB, Winokur G, Woodruff RA jr, Munoz R (1972) Diagnostic criteria for use in psychiatric research. Arch Gen Psychiatry 26: 57–67
- Fischer G, Riedesser P (1998) Lehrbuch der Psychotraumatologie. Reinhardt, München
- Freud S (1927, 1960) Nachwort zur Frage der Laienanalyse. Gesammelte Werke, Bd 14. Fischer, Frankfurt/Main
- Freyberger HJ, Dittmann V, Stieglitz RD, Dilling H, Gutzmann H, Helmchen H, Hoff P, Mombour W, Trabert W, von Cranach M, Saß H (1992) ICD-10 Mermalslistenstudie: Zusammenfassung und Perspektiven. In: Dittmann V, Dilling H, Freyberger HJ (Hrsg) Psychiatrische Diagnostik nach ICD-10 – klinische Erfahrungen bei der Anwendung. Huber, Bern
- Freyberger HJ, Schneider W, Malchow CP (1995) Assessment of comorbidity in the diagnosis of psychosomatic and neurotic disorders: results from the ICD-10 field trials with the diagnostic criteria for research in Germany. Psychother Psychosom 63: 90–98
- Freyberger HJ, Dierse B, Schneider W, Strauß B, Heuft G, Schauenburg H, Pouget-Schors D, Seidler GH, Küchenhoff J, Janssen PL, Hoffmann SO (1996) Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik in der Erprobung – Ergebnisse einer multizentrischen Anwendungs- und Praktikabilitätsstudie. Psychother, Psychosom Med Psychol 46: 356–365
- Hartkamp N (1994) Brandstifter. Anmerkungen zu E. Kaiser „Quantitative Psychotherapieforschung – modernes Paradigma oder Potemkinsches Dorf?“ Forum der Psychoanalyse 10: 87–93
- Heuft G, Senf W (1998) Praxis der Qualitätssicherung in der Psychotherapie: Das Manual zur Psy-Bado. Thieme, Stuttgart
- Hoffmann SO (1985) Können wir mit dem DSM-III leben? Forum der Psychoanalyse 1: 320–323
- Hoffmann SO (1986) Anmerkung zur Diskussion um das DSM-III. Psychotherapie und Medizinische Psychologie 36: 91–93
- Hoffmann SO (1996) Einführung in die operationalisierte psychodynamische Diagnostik. In: Buchheim P, Cierpka M, Seifert Th (Hrsg) Lindauer Texte. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Janssen PL, Dahlbender RW, Freyberger HJ, Heuft G, Mans EJ, Rudolf G, Schneider W, Seidler G (1996) Leitfaden zur psychodynamisch-diagnostischen Untersuchung. Psychotherapeut 41: 297–304
- Jantschek G, Rodewig K, von Wietersheim J, Muhs A (1995) Concepts of psychosomatic disorders in ICD-10: results of the research criteria study. Psychother Psychosom 63: 112–123
- Kächele H (1992) Psychoanalytische Therapieforschung 1930–1990. Psyche 46: 259–285
- Kächele H (1995) Klaus Grawes Konfession und die psychoanalytische Profession. Psyche 49: 481–492
- Kaiser E (1993) Quantitative Psychotherapieforschung – modernes Paradigma oder Potemkinsches Dorf? Forum der Psychoanalyse 9: 348–366
- Klein M (1935) Zur Psychogenese der manisch-depressiven Zustände. Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse 23: 275–305
- Köhler K, Saß H (1984) Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen – DSM-III. Beltz, Weinheim
- Kraepelin E (1883) Compendium der Psychiatrie. Abel, Leipzig
- Leikert S, Ruff W (1994) Methodische Prinzipien psychoanalytischer Therapieforschung. Forum der Psychoanalyse 10: 77–86
- Leupold-Löwenthal H (1985) Zur Frage der psychoanalytischen Nosologie und Diagnostik. Zeitschrift für Psychoanalytische Theorie und Praxis 0: 33–46
- Leuzinger-Bohleber M, Pfeifer R, Röckerath K (1998) Wo bleibt das Gedächtnis? Psychoanalyse und Embodied Cognitive Science im Dialog. In: Koukkou M, Leuzinger-Bohleber M, Mertens W (Hrsg) Erinnerung von Wirklichkeiten. Psychoanalyse und Neurowissenschaften im Dialog. Internationale Psychoanalyse, Stuttgart
- Mertens W (1994) Psychoanalyse auf dem Prüfstand. Eine Erwiderung auf die Meta-Analyse von Klaus Grawe. Quintessenz, München
- Mezzich JE, Schmolke MM (1995) Multiaxial diagnosis and psychotherapy planning: on the relevance of ICD-10, DSM-IV and complementary schemas. Psychother Psychosom 63: 71–80
- Muhs A, Öri C (1995) Concepts of neurotic and personality disorders in ICD-10: results of the research criteria study. Psychother Psychosom 63: 99–111
- Perry JC, Cooper SH (1989) An empirical study of defence mechanism. Arch Gen Psychiatry 46: 444–452
- Piechotta B (1999) Qualitätssicherung. In: Rundbrief der DGPT an alle ordentlichen und außerordentlichen Mitglieder vom 24. 6. 99, Hamburg
- Remschmidt H, Schmidt M (1994) Multiaxiales Klassifikationsschema für psychiatrische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter nach Rutter, Shaffer und Sturge. Huber, Bern

- Rudolf G, Grande T, Oberbracht C, Jakobsen T (1996) Erste empirische Untersuchungen zu einem neuen diagnostischen System: Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD). *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 42: 343–357
- Saß H, Wittchen H-U, Zaudig M (1994, 2. Aufl 1996) *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen, DSM-IV*. Hogrefe, Göttingen
- Schneider W, Freyberger HJ (1990) Diagnostik in der psychoanalytischen Psychotherapie unter besonderer Berücksichtigung deskriptiver Klassifikationsmodelle. *Forum der Psychoanalyse* 6: 316–330
- Schneider W, Freyberger HJ, Muhs A, Schüssler G (1993) Diagnostik nach ICD-10, Kapitel V. Ergebnisse der ICD-10-Forschungskriterienstudie aus dem Bereich Psychosomatik/Psychotherapie. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen
- Schneider W, Heuft G, Freyberger HJ, Janssen PL (1995) Diagnostic concepts, multimodal and multiaxial approaches in psychotherapy and psychosomatics. *Psychother Psychosom* 63: 63–70
- Schulte D (1973) *Diagnostik in der Verhaltenstherapie*. Urban und Schwarzenberg, München
- Schauenburg H, Freyberger HJ, Sartorius N (1998) Diagnostik und Klassifikation als Grundlage einer internationalen Verständigung in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Forschung und Therapie. In: Schauenburg H, Freyberger HJ, Cierpka M, Buchheim P (Hrsg) *OPD in der Praxis*. Huber, Bern
- Schulte D, Wittchen HU (1988) Wert und Nutzen klassifikatorischer Diagnostik für die Psychotherapie. *Diagnostika* 34: 85–98
- Schulte-Markwort M, Bilke O, Janssen PL (1998) Wie ist psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter operationalisierbar? *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 26: 211–220
- Stengel E (1959) Classification of mental disorders. *Bulletin de Organisation Mondial Santé* 21: 601–663
- Strauß B, Huttmann B, Schulz N (1997) Kategorienhäufigkeit und prognostische Bedeutung einer Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik: Erste Erfahrungen mit der OPD-1 im stationären Rahmen. *Psychother Psychosom Med Psychol* 47: 58–63
- Vaillant GE, Bond M, Vaillant CO (1986) An empirically validated hierarchy of defence mechanisms. *Arch Gen Psychiatry* 43: 786–794
- Weinryb RM, Rössel RJ (1991) Karolinska Psychodynamic Profile. *KAPP. Acta Psychiatr Scand* 83: 1–23
- Wilmanns K (1930) Entwurf einer für die Reichsstatistik bestimmten Diagnosentabelle für die Geisteskrankheiten. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie* 93: 223–234
- World Health Organization (1967) *International classification of diseases, 8th Rev.* World Health Organization, Geneva
- World Health Organization (1977) *International classification of diseases, 9th Rev.* World Health Organization, Geneva
- Korrespondenz:** Prof. Dr. Michael Schulte-Markwort, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Kinder- und Jugendalters, UKE, Universitätskrankenhaus Eppendorf, Martinistraße 52, D-20246 Hamburg, Bundesrepublik Deutschland.

Schulte-Markwort, Michael, Prof. Dr. med., seit 1996 stellvertretender Direktor der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Universität Hamburg, Universitätskrankenhaus Eppendorf. Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Depressionen im Kindes- und Jugendalter, Evaluation, Schizophrenie, OPD, kinder- und jugendpsychiatrische Forensik.