

Krise der psychiatrischen Diagnostik in 60-70-ern

(Saß 1984, 1994)



- Die „**antipsychiatrische**“ Kritik stellte Diagnosen prinzipiell in Frage. Sie verstand diese im Sinne von Etikettierungen für abweichendes Verhalten - als Mechanismus sozialer Kontrolle;
- Die **psychoanalytische** Kritik betrachtete psychiatrische Diagnostik als unangemessen, da sie entscheidende strukturelle Merkmale vernachlässigte, sich an symptomatologischem „Oberflächenmaterial“ orientierte & nur geringe Relevanz für den therapeutischen Prozess aufweise;
- Die **psychiatrische** Kritik orientierte sich (entlang der Diskussion um biologische Konzepte und Therapieverfahren) zunehmend an der Notwendigkeit einer differentiellen diagnosenbezogenen Indikationsstellung - vor allem für psychopharmakologische Behandlungen;

© 2009: Prof. Dr. Karin Tritt, Grafinger Ring 36, 85293 Reichertshausen, Tel.: +49 8441 78 42 62, Fax +49 8441 78 42 61, karin@tritt.de

Varianzquellen bei der Diagnosestellung

(Spitzer & Fleiß 1974)



- Die **Subjektvarianz**, d.h. eine Patient wird zu zwei Zeitpunkten untersucht, in denen er sich in verschiedenen Krankheitsphasen befindet;
- Die **Situationsvarianz**, d.h. ein Patient wird zu zwei Zeitpunkten untersucht, in denen sich seine Lebenssituation verändert hat;
- Die **Informationsvarianz**, d.h. verschiedenen Untersuchern stehen unterschiedliche Informationen zum Patienten und der Erkrankung zur Verfügung;
- Die **Beobachtungsvarianz**, d.h. verschiedenen Untersuchern kommen zu unterschiedlichen Urteilen & Bewertungen über Vorhandensein & Relevanz der vorliegenden Symptome;
- Die **Kriterienvarianz**, d.h. verschiedenen Untersuchern verwenden unterschiedliche diagnostische Kriterien für die Diagnose derselben Störung;

© 2009: Prof. Dr. Karin Tritt, Grafinger Ring 36, 85293 Reichertshausen, Tel.: +49 8441 78 42 62, Fax +49 8441 78 42 61, karin@tritt.de

Psychosomatische Anamnese nach Engel



- 1) Vorstellen, Begrüßen
- 2) Schaffen einer günstigen Situation
- 3) Landkarte der Beschwerden

==> erster Eindruck

==> Wahrnehmen der individ. Wirklichkeit, Erfassen aller Symptome

- 4) jetziges Leiden (zeitlicher Ablauf, Qualität, Intensität, Lokalisation & Ausstrahlung,...
- 5) persönliche Anamnese
- 6) Familienanamnese
- 7) psychische Entwicklung
- 8) soziale Situation
- 9) Systemanamneseergänzungen
- 10) Fragen/Therapiepläne

==> integr. Biopsychosoziale Diagnose

==> Patientenerwartungen, erste Therapieschritte

© 2009: Prof. Dr. Karin Tritt, Grafinger Ring 36, 85293 Reichertshausen, Tel.: +49 8441 78 42 62, Fax +49 8441 78 42 61, karin@tritt.de

Der Psychose- & Neurosebegriff im ICD-9, Kap.V

(WHO 1980)



- **Psychosen (290-299):** Psychiatrische Erkrankungen, in denen die Beeinträchtigung der psychischen Funktionen ein so großes Ausmaß erreicht hat, daß dadurch Einsicht & Fähigkeit, einigen der üblichen Lebensanforderungen zu entsprechen, oder der Realitätsbezug erheblich gestört sind. Es handelt sich um keinen exakten oder genau definierten Begriff. Die Oligophrenien gehören nicht dazu. Unterformen: Organische Psychosen (290-294) & Andere Psychosen (295-299);
- **Neurosen (300-316):** Die Unterscheidung zwischen Neurose & Psychose ist schwierig zu definieren & bleibt umstritten, wird jedoch beibehalten, da sie allgemein gebräuchlich ist. Neurosen sind psychisch Störungen ohne jede nachweisbare organische Grundlage, in denen der Patient beträchtliche Einsicht und ungestörte Realitätswahrnehmung haben kann & im allgemeinen seine krankhaften subjektiven Erfahrungen & Phantasien nicht mit der äußeren Realität verwechselt. Das Verhalten kann stark beeinträchtigt sein, obwohl es im allgemeinen innerhalb sozial akzeptierter Grenzen bleibt, aber die Persönlichkeit bleibt erhalten. Die wesentlichen Symptome umfassen: ausgeprägte Angst, hysterische Symptome, Phobien, Zwangssymptome & Depression;

© 2009: Prof. Dr. Karin Tritt, Grafinger Ring 36, 85293 Reichertshausen, Tel.: +49 8441 78 42 62, Fax +49 8441 78 42 61, karin@tritt.de

ICD-9 - Primäres Klassifikationssystem nach Ursache

Die Schichtenregel nach K. Jaspers:



Abnorme Variationen seelischen Lebens, endogene Psychosen (in der Reihenfolge affektive → schizophrene Psychosen) & organische Psychosen bilden 3 Schichten. Die Symptome der tiefsten erreichten Sicht (3 → 2 → 1) bestimmen die Diagnose.

Beispiele: Beim gleichzeitigen Auftreten von schizophrenen und manisch-depressiven Symptomen wird eine Schizophrenie diagnostiziert, beim Auftreten von schizophrenen Symptomen bei im bisherigen Verlauf neurotischen Störungen wird eine Schizophrenie diagnostiziert, beim Auftreten von organischen Symptomen oder organischen Befunden in der Zusatzdiagnostik bei einer ansonsten rein schizophrenen Symptomatik wird eine organische Psychose diagnostiziert.

© 2009: Prof. Dr. Karin Tritt, Grafinger Ring 36, 85293 Reichertshausen, Tel.: +49 8441 78 42 62, Fax +49 8441 78 42 61, karin@tritt.de

Vor- & Nachteile des ätiologischen Klassifikationssystems



Vorteile:

- Der Versuch, nach Ursachen zu klassifizieren gilt als das beste Klassifikationssystem, nur wenn die Voraussetzungen erfüllt sind (d.h. Ursachen bekannt und diagnostizierbar sind).
- Die Schichtenregel führt zu relativ klaren diagnostischen Anweisungen und eindeutigen Diagnosen.

Nachteile:

- Bei wichtigsten psychiatrischen Erkrankungen sind Ursachen (i.S. eines morphologischen Substrats) nicht nachzuweisen. Die Diagnosen werden durch die Meinung des Diagnostikers (über Angemessenheit einer Reaktion) bestimmt.
- Schichtenregel verhindert eine angemessene Differenzierung (z.B. keine Komorbidität auf verschiedenen Ebenen möglich).

© 2009: Prof. Dr. Karin Tritt, Grafinger Ring 36, 85293 Reichertshausen, Tel.: +49 8441 78 42 62, Fax +49 8441 78 42 61, karin@tritt.de

Prinzipien der operationalen Klassifikationsansätze



- „atheoretischer“ Ansatz - deskriptiver Anspruch, der mit einer weitgehenden Aufgabe der traditionellen Differenzierung zwischen Neurosen & Psychosen sowie einer Eliminierung des Neurosen- & des Endogenitätskonzepts verbunden ist.
- Kriterienorientierter Ansatz - Störungen sollten anhand einfach zu beobachtenden und explorierbaren psychopathologischen Zeit- & Verlaufskriterien bestimmt werden.
- Mindestanforderungen an die Reliabilität (& Validität) sollten mit diesen Systemen erfüllt werden.
- Komorbiditätsprinzip - postuliert Präsenz mehrerer voneinander unabhängiger deskriptiv gefasster Störungen (Hauptdiagnose = Diagnose mit der größten aktuellen klinischen Bedeutung).
- Multiaxiale Diagnostik - für Ätiologie, Pathogenese, Therapie, Verlauf & Prognose relevante Aspekte sollen separat abgebildet werden (Erfassung nicht-syndromaler Aspekte).

© 2009: Prof. Dr. Karin Tritt, Grafinger Ring 36, 85293 Reichertshausen, Tel.: +49 8441 78 42 62, Fax +49 8441 78 42 61, karin@tritt.de

ICD-10: Das Multiaxiale System (Freyberger & Stieglitz 2000)



- Achse Ia: Diagnosen der psychischen Störungen nach ICD-10 (Kapitel V);
- Achse Ib: somatische Diagnosen nach ICD-10 (andere Kapitel);
- Achse II: Ausmaß der psychosozialen Funktionseinschränkungen gemäß der WHO Disability Diagnostic Scale (WHO-DDS; WHO 1993c) – umfasst: Globaleinschätzung, Selbstfürsorge & Alltagsbewältigung, berufliche Funktionsfähigkeit, familiäre Funktionsfähigkeit, & andere soziale Rollen & Aktivitäten;
- Achse III: Faktoren der sozialen Umgebung & der individuellen Lebensbewältigung gemäß dem Kapitel XXI (Z) „Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen & zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen“ der ICD-10: umfasst negative Kindheitserlebnisse & Probleme mit der Erziehung, Probleme in Verbindung mit Ausbildung & Bildung, Problem in der primären Bezugsgruppe, einschl. familiäre Umstände, Probleme in Verbindung mit der sozialen Umgebung, Probleme mit den Wohnbedingungen & finanziellen Verhältnisse, Probleme in Verbindung mit Berufstätigkeit & Arbeitslosigkeit, Probleme in Zusammenhang mit Umweltbelastungen, Probleme bei bestimmten psychosozialen oder juristischen Situationen, Probleme mit Krankheiten oder Behinderungen in der Familienanamnese, Probleme bei der Lebensführung, sowie bei der -bewältigung;

© 2009: Prof. Dr. Karin Tritt, Grafinger Ring 36, 85293 Reichertshausen, Tel.: +49 8441 78 42 62, Fax +49 8441 78 42 61, karin@tritt.de

DSM-IV: Das Multitaxiale System

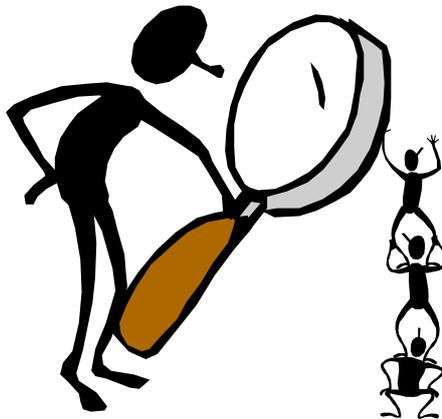
(Freyberger & Stieglitz 2000)



- **Achse I:** psychische Störungen, andere Zustandsbilder von klinischer Relevanz;
- **Achse II:** Persönlichkeitsstörungen, Intelligenzminderungen;
- **Achse III:** körperliche Störungen;
- **Achse IV:** psychosoziale & umgebungsbezogene Probleme (mit der primären Bezugsgruppe, in der sozialen Umgebung, Erziehung, Beruf, Wohnsituation, Finanzen, Zugang zu Gesundheitsdiensten, juristische Probleme, andere);
- **Achse V:** Global Assessment of Functioning (GAF) Scale;
- Optional: Skala zur Erfassung des Abwehryniveaus, Global Assessment of Relational Functioning (GARF) Scale, Social & Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS);

© 2009: Prof. Dr. Karin Tritt, Grafinger Ring 36, 85293 Reichertshausen, Tel.: +49 8441 78 42 62, Fax +49 8441 78 42 61, karin@tritt.de

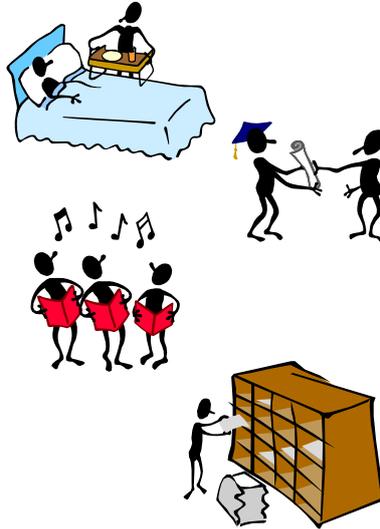
Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik



- **I: Krankheitserleben & Behandlungsvoraussetzungen (18 Items)**
- **II: Beziehung (4 x 30 Items)**
- **III: Konflikt (9 Dimen.)**
- **IV: Struktur (7 Items)**
- **V: Psychische & Psychosomatische Störungen (ICD-10 Diagnose)**

© 2009: Prof. Dr. Karin Tritt, Grafinger Ring 36, 85293 Reichertshausen, Tel.: +49 8441 78 42 62, Fax +49 8441 78 42 61, karin@tritt.de

OPD Einsatzbereiche



- **Klinisch-diagnostische Leitlinien**
- **Therapieausbildung** (dynamischer & phänomenologischer Klassifikation)
- **Kommunikationsverbesserung** (Vieldeutigkeit psychodynamischer Konstrukte)
- **Forschungsinstrument**

© 2009: Prof. Dr. Karin Tritt, Grafinger Ring 36, 85293 Reichertshausen, Tel.: +49 8441 78 42 62, Fax +49 8441 78 42 61, karin@tritt.de

Ziele der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik

- Etablierung **klinisch-diagnostischer Leitlinien**, die sowohl psychodynamisch relevante Merkmale abbilden, als auch Spielraum für die Entwicklung idiographischer psychodynamischer Hypothesen gewähren.
- **Kommunikationsverbesserung** zwischen Klinikern und Theoretikern (hohe Abstraktionsniveau der PA, Vieldeutigkeit psychodynamischer Konstrukte).
- Bei **Therapieausbildung** sollte Verbindung zwischen dynamischer & phänomenologischer Klassifikation verdeutlicht werden.
- **Forschungsinstrument** (Stichprobenbeschreibung, Erfassung unterschiedlicher Behandlungsvoraussetzungen, Vorhersagekraft, Veränderungsmessungen).



© 2009: Prof. Dr. Karin Tritt, Grafinger Ring 36, 85293 Reichertshausen, Tel.: +49 8441 78 42 62, Fax +49 8441 78 42 61, karin@tritt.de

OPD – Achse I: Krankheitserleben & Behandlungsvoraussetzungen

Skala: nicht vorhanden-niedrig-mittel-hoch-nicht beurteilbar; Zeitraum: 1 W.

- Schweregrad des somatischen Befundes;
- Schweregrad des psychischen Befundes;
- Leidensdruck;
- Beeinträchtigung des Selbsterlebens;
- Ausmaß der körperlichen Behinderung;
- Sekundärer Krankheitsgewinn;
- Einsichtsfähigkeit für psychosomatische Zusammenhänge;
- Einsichtsfähigkeit für somatopsychische Zusammenhänge;
- Selbsteinschätzung der geeigneten Behandlungsform: Psychotherapie;
- Motivation zur Psychotherapie;
- Motivation zur körperlichen Behandlung;
- Compliance;
- Psychische Symptomdarbietung;
- Somatische Symptomdarbietung;
- Psychosoziale Integration;
- Persönliche Ressourcen;
- Soziale Unterstützung;
- Angemessenheit der subjektiven Beeinträchtigung:



© 2009: Prof. Dr. Karin Tritt, Grafinger Ring 36, 85293 Reichertshausen, Tel.: +49 8441 78 42 62, Fax +49 8441 78 42 61, karin@tritt.de

OPD – Achse II: Beziehung

Erfassung der kognitiv-affektiven Schemata, die aus lebenslangen „Ablagerungen“ von Beziehungserfahrungen entstanden sind, anhand von jeweils 3 Eigenschaften mit dem Interpersonellen Kreismodell von Leary (1957) .

Perspektive A:

Das Erleben des Patienten

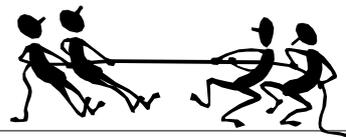
- Der Patient erlebt sich immer wieder so, daß...
- Der Patient erlebt andere immer wieder so, daß...



Perspektive B:

Das Erleben anderer/des Untersuchers

- Der Untersucher/andere erleben den Patient immer wieder so, daß...
- Der Untersucher/andere erleben sich immer gegenüber den Patienten wieder so, daß...

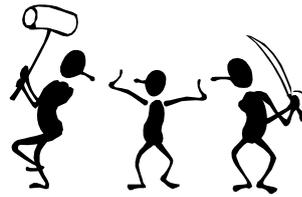


© 2009: Prof. Dr. Karin Tritt, Grafinger Ring 36, 85293 Reichertshausen, Tel.: +49 8441 78 42 62, Fax +49 8441 78 42 61, karin@tritt.de

OPD – Achse III: Konflikt

Erfassung der inneren **Konflikte** (Widerstreit von Motiven, Wünschen, Werten & Vorstellungen innerhalb einer Person oder zwischen Personen) bzw. äußeren Konflikte → Symptom als Verarbeitungs- & Kommunikationsversuch. **Relevanz** von jedem typischen Konflikt wird beurteilt & ob **aktiver oder passiver Verarbeitungsmodus** vorliegt; **Skala**: nicht vorhanden-wenig bedeutsam-bedeutsam-sehr bedeutsam-nicht beurteilbar;

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



© 2009: Prof. Dr. Karin Tritt, Grafinger Ring 36, 85293 Reichertshausen, Tel.: +49 8441 78 42 62, Fax +49 8441 78 42 61, karin@tritt.de

OPD – Achse IV: Struktur



Erfassung der **„strukturellen“ Aspekte**, d.h. die Gesamtheit der Persönlichkeitsmerkmalen, die im Zuge der lebensgeschichtlichen Entwicklung zu festgefügt psychischen Dispositionen geworden sind. Strukturelle Persönlichkeitsmerkmale ergänzen einerseits die intrapsychischen & neurotischen Konflikte → Figur-Hintergrund-Verhältnis. Die beschriebenen Grundkonflikte sind für alle Menschen bedeutsam. Ihre Integration hängt aber von den **strukturell vorgegebenen Verarbeitungsmöglichkeiten** bzw. **Defiziten** des Einzelnen ab. Es wird angenommen, daß strukturelle Defizite v.a. in der Folge von (sequentiellen) Traumatisierungen und schweren Beziehungsbeeinträchtigungen entstehen. **Zeitraum**: 2 Jahre;

Skala: gut integriert-mäßig integriert-niedrig integriert-desintegriert-nicht beurteilbar;

1. Selbstwahrnehmung (Fähigkeit zur Selbstreflexion, zum Gewinnen eines integrierten, kohärenten, korrigierbaren Selbstbildes, Affektwahrnehmung,...)
2. Selbststeuerung (Affekttoleranz, Selbstwertregulation, Impulssteuerung,...)
3. Abwehr (Stabilität und Verfügbarkeit von reifen Abwehrmechanismen, Flexibilität)
4. Objektwahrnehmung (Subjekt-Objekt-Differenzierung, Empathie, Ganzheitliche Objektwahrnehmung, Objektbezogene Affekte,...)
5. Kommunikation (Kontakt, Verstehen fremder Affekte, Mitteilen eigener Affekte, Reziprozität,...)
6. Bindung (Fähigkeit diese einzugehen, Loslösungen, Variabilität der Bindungen,...)

© 2009: Prof. Dr. Karin Tritt, Grafinger Ring 36, 85293 Reichertshausen, Tel.: +49 8441 78 42 62, Fax +49 8441 78 42 61, karin@tritt.de

OPD – Achse V: ICD-10-Syndrome

Die syndromal-deskriptiven Diagnosen nach ICD-10 Kapitel V (F) werden hier abgebildet. Hierbei sollten die Forschungskriterien zugrundegelegt werden.

Diagnose nach ICD-10:

- Hauptdiagnose:
- Weitere Diagnose 1:
- Weitere Diagnose 2:
- Weitere Diagnose 3:

Persönlichkeitsstörung nach ICD-10:

- Hauptdiagnose:
- Weitere Diagnose 1:
- Weitere Diagnose 2:
- Weitere Diagnose 3:

