

Diagnostik – ein vielschichtiges Thema

Renate Malek

Eva Wagner

Einleitung

Das Wort Diagnose bedeutet im Altgriechischen Unterscheidung, Entscheidung und setzt sich aus den Wörtern dia – durch und gnosis – Erkenntnis, Urteil zusammen.

Wenn man KlientInnen möglichst umfassend kennen lernen will, gibt es verschiedene Wege dies zu tun:

- die Ebene der persönlichen existenziellen Dimension
- die Ebene der Diagnostik

Natürlich fließen diese Ebenen miteinander und ineinander. Es hat sich deshalb bei der folgenden Beleuchtung des diagnostischen Blickwinkels aus psychiatrischer und körperpsychotherapeutischer Sicht als hilfreich erwiesen, diese Ebenen künstlich zu trennen, um das Bewusstmachen, die Reflexion und die Einordnung dieser Wahrnehmungsvielfalt zu erleichtern.

Wir haben uns folgende grundsätzliche Fragen zum Thema Diagnostik gestellt, die uns während der Beschäftigung mit dem therapeutischen Prozesses immer wieder begegnet sind:

- Wie weit reichen Empathie und existenzielle Begegnung allein für gelungene Prozesse in der Psychotherapie?
- Wie kann man KlientInnen mit Diagnostik kennen lernen?
- Wann ist Diagnostik nützlich und hilfreich?
Kann sie Prozesse führen, unterstützen und erhellen? Oder lähmt eine Diagnosestellung die Lebendigkeit der therapeutischen Beziehung und deren Entwicklung?
- Verstellt Diagnostik den Blick auf Ressourcen, Möglichkeiten und Kompetenzen der KlientInnen/TherapeutInnen?
- Brauche ich als TherapeutIn eine Diagnose, um mich sicherer und kompetenter zu fühlen?
Was brauche ich an diagnostischem Wissen, um eventuell schwere Fehler und vielleicht unnötige Umwege zu vermeiden?
- Lege ich mit einer Diagnosestellung nicht etwas fest, das ich dann wieder auflösen will?

Dieses Modul ist ein Versuch, aus zwei verschiedenen Ansätzen ein Mehr an diagnostischer Qualität zu erlangen.

Mit den psychiatrischen diagnostischen Klassifikationssystemen hat man einerseits auch ein standardisiertes einheitliches Bezugssystem, das eine grobe diagnostische Wegrichtung vorgeben kann und andererseits eine zusätzliche Blickrichtung, die helfen kann, KlientInnen auf einer anderen Ebene zu begreifen.

Körperpsychotherapeutische Diagnosemethoden (eine Auswahl)

Störungsbegriff

Grundsätzlich gehen wir in der KPT von einem radikalen Erlebensbegriff aus – das Erleben des Selbst gründet im Körpererleben, was in der gesamten Embodimentforschung bewiesen wird.

Wir sprechen primär von frühen Erfahrungen und Lernprozessen, die in der gegenwärtigen Situation zu Leidenszuständen und Schwierigkeiten führen, die ehemals aber Problemlösungen boten und damit hilfreich waren. Diese Probleme werden spätestens in einer Krise sichtbar, wenn man mit altbewährten Mustern nicht mehr weiter kommt.

Lernerfahrungen sind möglicherweise nicht völlig reversibel, aber es können neue Erfahrungen gemacht und damit neue Bewertungen gebildet werden.

Der spezielle KPT-Blickwinkel

Ausgehend vom ganzheitlichen Erleben der KlientInnen bilden wir im Rahmen einer prozessualen Diagnostik Hypothesen zu den Fragestellungen

- Was hat dieser Mensch erlebt, das ihn zu seinem gegenwärtigen Erleben/Leiden veranlasst hat?
- Wie hat er darauf reagiert?
- Welches Erleben könnte diesem Menschen hilfreich sein und anregen, bisherige Strategien zu verändern?

In der KPT arbeiten wir mit dem erlebenden und erlebten Körper und gleichen ständig Körpersignale mit Inhalten ab und greifen Inkongruenzen auf.

Wir versuchen bewusst aus der Körpererfahrung heraus Bedeutung zu verstehen: Das, was der Körper erfahren hat, erlebt und erfährt, wird in der Gegenwart aktualisiert. Die Aufgabe der TherapeutInnen ist es, nachdem sie verschiedene wiederkehrende Muster der KlientInnen auf mehreren Ebenen wahrgenommen und eine Hypothese dazu gebildet haben, das Augenmerk der KlientInnen darauf zu richten und sie dabei zu unterstützen/begleiten, diese Äußerung wahrzunehmen, zu erleben und deren Bedeutung zu verstehen.

Wie und was diagnostizieren wir in der KPT, auf welche Diagnoseelemente achten wir besonders?

Neben der verbalen Information seitens der KlientInnen über Befindlichkeit, Inhalte, Anliegen und Ziele achten wir auch auf Tonfall, Wortwahl, Redeweise sowie Haltung, Mimik, Gesten, Gesichts- und Körperausdruck, Hautfarbe, Ausstrahlung, Atmung der KlientInnen. Besonderes Augenmerk richten wir auf folgende Diagnoseelemente:

- Über welche Ressourcen verfügt dieser Mensch?
- Wie sicher und fest ist dieser Mensch gegroundet, wie stark ist das Kernselbst, wie klar sind seine Grenzen, wie ist er in der Realität verankert?
- Wie weit ist dieser Mensch in Kontakt/Nicht-Kontakt, welche Kontaktkanäle sind offen/verschlossen, besteht Blickkontakt, wie fühlt sich der Händedruck bei der Begrüßung an, wie erlebe ich seine Stimme (Klang, Sprachmelodie)?
- Wie geht dieser Mensch mit Selbstregulation um, wie reguliert er basal seine emotionale Erregung? Wie erlebt er seine eigene Kernaffektivität, d.h. welches Ausmaß an Erregung und Lust/Unlust kann er regulieren, ist seine Spannung generell zu hoch/niedrig?
- In welchen Abschnitten des Körpers (Segmenten) sind die KlientInnen hypoton oder hypertont?
 Wo zeigt sich eine Blockade?/Wo sind die KlientInnen im Fluss?
 Wo gibt es eine Hemmung des emotionalen Erlebens, die sich äußern kann in einer
 - Motorischen Blockade (z.B. Spannung, Lähmung...)
 - Vegetativen Blockade (z.B. Bluthochdruck)
 - Gedankenblockade (z.B. Grübeln, Gedankenkreisen)

Da Blockaden immer der Kontrolle unerwünschter Impulse, Affekte, Bedürfnisse, Handlungen dienen und immer mit einer beeinträchtigten Atmung einhergehen, gilt es, sie einerseits wahrzunehmen und sie bewusst erlebbar zu machen und andererseits in ihrer Funktion verstehen zu lernen.

Damit ist erstmals Veränderung möglich. Sie wird entweder unwillkürlich angeregt oder bedarf einer gezielten Erprobung.

- Welches Bewusstsein hat dieser Mensch über sein Kernselbst, wie versteht er sein Erleben in seinem Körper (z.B. weiß und spürt er, dass er seinen Atem anhält, die Schultern hochzieht und Muskeln anspannt, wenn er Angst bekommt) oder wie weit ist er von dieser Erfahrung der bewussten Wahrnehmung entfernt?
- Wie ist sein Auftritt, die gesamte Erscheinungsform (Mimik, Haltung, Ausdruck, Bewegung, Körperkommunikation)? Welche gesellschaftliche Zugehörigkeit, die Bewegung im Raum (z.B. raumgreifend oder zurückweichend), welche Mimik zeigt dieser Mensch (z.B. Mundwinkel fallen nach unten), was zeigen die Augen (z.B. sind stumpf oder sie strahlen), wie ist die Hautbeschaffenheit (z.B. blass oder rot), die Körpertemperatur (und ihre Verteilung (z.B. heißer Kopf, kalte Hände)?
- Sind verbaler Ausdruck, Verhalten und Körperausdruck kongruent?
- Was kommuniziert der Körper der KlientInnen im Moment nonverbal und welche Hypothesenbildungen entstehen in den TherapeutInnen in Bezug auf mögliche lebensgeschichtlich prägende Erfahrungen auf Seiten der

KlientInnen? (im nächsten Kapitel wird genauer auf affektmotorische Schemata und Charakterstrukturen eingegangen, bzw. die Charakterstrukturen in aller Ausführlichkeit im Skriptum „Reichianische Grundprinzipien“ beschrieben und erklärt).

- Welche Atmosphäre entsteht mit diesem Menschen (z.B. sicher, symbiotisch, ängstlich angespannt, dunkel...), die sich in der somatisch-affektiven Resonanz der TherapeutInnen niederschlägt (wurde ausführlich im Modul Übertragung und Gegenübertragung behandelt)?

Charakterstrukturen und affektmotorische Schemata

Menschen zeigen wichtige Aspekte ihrer lebensgeschichtlichen Erfahrungen direkt mit, über und durch ihren Körper – und zwar gleichermaßen lang vergangenes sowie hochaktuelles gegenwärtiges Erleben.

Über Charakterstrukturen und den möglicherweise zugehörigen Themen und Problembereichen sowie das gezielte Filtern von für den Therapieprozess wichtigen affektmotorischen Schemata versuchen wir unseren diagnostischen Blickwinkel zu erweitern.

Die Sicht auf die diagnostische Nutzung der Charakterstrukturen hat sich im Laufe der langen Entwicklungsgeschichte in der KPT differenziert.

Marlock und Geuter betrachten Charakterstrukturen lediglich als Prototypen und keine am einzelnen Menschen objektivierbaren Realitäten: „Man kann sie als Konstrukte verstehen, die dabei helfen, einen Menschen zu beschreiben und seine Gewordenheit zu verstehen.“ In der KPT sehen wir diese Anhaltspunkte immer auch verkörpert.

Affektmotorische Schemata als körperliche Narrative und Kommunikationsangebote

Downing versteht unter affektmotorischen Schemata ein einheitliches Zusammenspiel der sensorischen, motorischen, affektiven und kognitiven Ebenen in einer bestimmten Situation. Er geht davon aus dass es in minimaler Ausführung eine angebotene, vorgegebene Version des affektmotorischen Schemas gibt. Er sieht dies als Potential, das wahrscheinlich eines sehr langen Lernprozesses bedarf, damit es zum Bestandteil des Repertoires wird, das dem Kleinkind zur Verfügung steht. Das Körpererleben ist jedenfalls die Basis für die Ausbildung affektmotorischer Schemata und Bindungsmuster. Erlern wird nicht nur eine Verfeinerung der Bewegungsmuster selbst, sondern auch sich die affektive Komponente zunutze zu machen und sie zu regulieren. Gelernt wird auch die Fähigkeit zur Einschätzung, die später in Überzeugungen resultiert, die sich im vorsprachlichen Bereich aber motorisch/affektiv zeigt.

Affektmotorische Schemata regeln nicht die Beziehung zwischen dem Individuum und der Welt der Dinge, sondern das Verhältnis zwischen dem Ich und dem Anderen in zwischenmenschlichen Beziehungen.

Downing unterscheidet Verbindungs- und Differenzierungsschemata. Verbindungsschemata spiegeln die Themen Nähe und Erreichbarkeit wider und Differenzierungsschemata finden sich, wo es um Gestaltung und Regulierung von Autonomie, Abstand und Trennung geht.

Es gibt hilfreiche affektmotorische Schemata und zumindest für das aktuelle Leben der KlientInnen nicht (mehr) hilfreiche Schemata. Maladaptive Schemata sind Bewältigungsversuche, mit einem gestörten inneren Gleichgewicht umzugehen.

Affektmotorische Schemata resultieren aus vielmals erprobten und wiederholten gleichlaufenden Vollzügen wechselseitiger Regulationen mit frühen Bindungs-/ Bezugspersonen.

Wir geben den affektmotorischen Schemata im diagnostischen Prozess viel Aufmerksamkeit, da wir davon ausgehen, dass wir als TherapeutInnen auf diesem Weg mit hochwichtigem impliziten Wissen über Beziehungserfahrungen der KlientInnen konfrontiert werden. Sie zeigen uns auch, wie ein Mensch aktuell seine Kernaffekte und Emotionen interpersonal und intrapersonal reguliert. Sie zeigen sich im Verhalten, in Emotionen/Affekten/Gefühlen und in Gedanken.

Das implizite Wissen kann in der therapeutischen Beziehung bewusst erlebt und nachvollzogen werden. Im therapeutischen Prozess versuchen wir, hilfreiche Schemata zu stärken und maladaptive zu verändern. Werden affektmotorische Schemata bewusst erlebt und verstanden, erweitern sie die persönliche Erkenntnis-, Entscheidungs- und Handlungsfreiheit.

Beispiel:

Eine Klientin dreht ihren Körper immer wieder zur Seite und beobachtet mich mit nach schräg rechts gedrehter Körperhaltung, ich bekomme ein Empfinden von „sich Entziehen wollen“ seitens der Klientin, fühle mich selbst aber wie gebannt in dieser Situation. Als ich sie einlade, dieser Haltung nachzuspüren, lehnt sie es ab mit: „Das will ich nicht.“ Ich akzeptiere das, ohne die Wichtigkeit dieses Ausdrucks aus den Augen zu verlieren. Gleichzeitig begrüße ich ihren Mut, sich so deutlich zu äußern. Mit wachsendem Vertrauen und nach vielen stabilisierenden Interventionen ist sie bereit wahrzunehmen, was in ihrem Körper in dieser Situation vorgeht. Spürend nähert sie sich ihrem Ekel und ihrem ganzkörperlichen Abwehrverhalten gegenüber den erfolgten Zugriffsversuchen des Adoptivvaters; gleichzeitig nimmt sie wahr, dass sie ihn mit dieser Haltung aber auch irgendwie bannen und fernhalten konnte. Sie spürt auch, dass sie sich diese Haltung gar nicht bewusst erfahrbar machen wollte, weil ihre gesamte innere Organisation auf dieses einzige implizite „nein“ ausgerichtet

war. Sie konnte ein Stück ihrer Angst spüren, zu „zerbröseln“, wenn sie diese Abwehrhaltung aufgeben würde, d.h. dieses Schema gab ihr auch Grenzen und damit Kraft und Struktur. Es war nur so unflexibel, dass sie Nähe und Halt ohne heftige gleichzeitige Ablehnung nicht annehmen konnte, da Nähe und Halt mit der Erfahrung völligen Zugriffs auf sie verbunden waren. Ab diesem Zeitpunkt erlebte sie mehr und mehr in ihrem Körper das Bedürfnis gehalten aber nicht festgehalten zu werden.

Psychiatrische Diagnostik (ein kurzer Abriss)

Die Psychiatrie verwendet in der Diagnostik eine Reihe von Methoden, von denen jene der Beobachtung, der Beschreibung und des Verstehens des Untersuchten in weiterer Folge des gesunden und kranken Seelenlebens, im Vordergrund stehen. Die Beobachtung erfolgt in einer nach Maßgabe unvoreingenommenen und theoriefreien inneren Haltung. Über Verhalten und Ausdruck der PatientInnen hinausgehend wird im sog. phänomenologischen Vorgehen versucht, die seelischen Zustände so zu vergegenwärtigen, wie sie der Kranke erlebt, ergänzt durch eine verbale Schilderung der PatientInnen selbst, wenn möglich. Durch einfühlsames Verstehen – Empathie – soll die Erlebensweise des anderen Menschen erfasst werden, Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene in der Untersuchungssituation berücksichtigt und auch das Beziehungsangebot und Kontaktmuster gesehen werden. Um ein möglichst umfassendes Gesamtbild zu erhalten wird außerdem ein psychodynamischer Blickwinkel eingenommen, welcher tiefere Sinnzusammenhänge, das Wechselspiel psychischer Kräfte, Triebe, Motivationen, Charakterhaltungen, Widerstände, Ängste und der möglichen Entstehung (der Störung) zu erfassen sucht wie Töller es ausdrückt.

Die Psychiatrie stützt sich auf Erkenntnisse der Lernpsychologie die sich mit erlernten (nicht angeborenen) Reaktionen und Verhaltensweisen und der Analyse dieser Lernprozesse befasst, ferner die sich auf die biologischen Grundlagen instinktiven und affektiven Verhaltens beziehende Verhaltensforschung, die experimentellen Methoden, die objektivierend-quantifizierend vorgehen und auf allgemeine Gesetzmäßigkeiten abzielen. Natürlich stellen auch die Erkenntnisse der aktuellen neurobiologischen Hirnforschung, die sowohl neurobiologische Grundlagen immer genauer beschreibt, als auch nach biologischen Markern für bestimmte Krankheiten sucht, einen wichtigen Beitrag an Information dar.

Eine weitere Grundlagenwissenschaft ist die Epidemiologie, die einen Überblick über Häufigkeit, Verteilung und soziokulturelle Bedingungen gibt. Zu diesem Teilgebiet gehört auch die Verlaufsforschung von Störungsprozessen, welche über Longitudinaluntersuchungen die Prognose psychischer Krankheiten zu erfassen und dadurch in manchen unklaren Fällen auch die Diagnose zu untermauern sucht.

Zur Abrundung der psychiatrischen Untersuchung werden auch testpsychologische Verfahren und direkt körperliche apparative Untersuchungen sowie soziologische Vorgangsweisen angewandt.

Der psychiatrische Befund gibt das Querschnittbild der seelischen Verfassung zum Zeitpunkt der Untersuchung wieder und ermöglicht im besten Fall die seelischen Erscheinungen in solche nicht krankhafter und solche krankhafter Art aufzuteilen.

Die Psychopathologie, die Lehre der "Leiden der Seele", stellt das wichtigste Teilgebiet der Psychiatrie dar und befasst sich mit der Beschreibung abnormen Erlebens, Befindens und Verhaltens in seinen seelischen, sozialen und biographischen Bezügen. Ihre praktischen Aufgaben sind Wahrnehmen, Erkennen und Ordnen von psychischen Störungen, das Erfassen ihrer inneren Zusammenhänge und deren Beziehungen zu tiefenpsychologischen und zwischenmenschlichen Vorgängen. Sie ist der zentrale Ansatzpunkt der psychiatrischen Begutachtung.

Es stellt sich natürlich in allen genannten Disziplinen die Frage der Norm bzw. des Normalitätsbegriffes. Psychisch normal gilt, wer sich mit sich und seiner soziokulturellen Umgebung in einem adäquaten Gleichgewicht befindet.

Die wichtigste psychiatrische Untersuchungsmethode ist das Gespräch, durch welches man die PatientInnen in ihrer Gesamtheit kennen lernen möchte. Das Untersuchungsgespräch besteht in der Regel aus einer Kombination eines strukturierten oder unstrukturierten Interviews, in dem die PatientInnen eine Selbstdarstellung geben, der psychiatrischen Exploration und der Anamneseerhebung.

Der wichtigste Eckpfeiler des psychiatrischen Diagnoseprozesses ist die Psychopathologische Befunderhebung:

Diese läuft auf verschiedenen Ebenen ab. Die elementarste Ebene ist die der Symptome, bei denen es sich um die kleinsten Beschreibungseinheiten krankhafter psychischer Phänomene handelt. Auf der nächsthöheren Ebene der Hierarchie sind die Symptomenverbände, die psychopathologischen Syndrome, angesiedelt. Syndrome sind Kombinationen von Symptomen, die überzufällig häufig bei PatientInnen mit bestimmten Erkrankungen auftreten und bereits entscheidende Hinweise für die zugrundeliegende Krankheit liefern. Auf der dritten Ebene, jener der psychiatrischen Diagnose, wird die Krankheit durch Integration von Syndromen, anamnestischen Daten und Zusatzbefunden identifiziert.

Das Symptom

Unter Symptomen versteht man körperliche und psychische Zeichen, die einen veränderten Funktionszustand eines Organs, z.B. des Gehirns, anzeigen. In der Psychiatrie werden meist Merkmale oder Abweichungen, welche mit anderen

zusammen eine psychiatrische Diagnose ermöglichen, als Symptome bezeichnet. Objektive Symptome sind vom Arzt beobachtete, subjektive von PatientInnen beschriebene Krankheitszeichen und Störungen. Im Gegensatz zur körperlichen Medizin gibt es im psychischen Bereich kein Symptom, das für sich allein eine Diagnose erlaubt, also für ein Krankheitsbild spezifisch wäre. Jedes isoliert auftretende psychopathologische Symptom ist auch beim Gesunden zu beobachten, etwa wenn während der Einschlafphase Sinnestäuschungen auftreten oder Nachträume in den Wachzustand hineinreichen.

Das Erfassen von psychopathologischen Störungen ist nur möglich, wenn man sich den Normzustand der jeweiligen psychischen Kategorie vor Augen hält. Pathologisch wird ein Symptom dann, wenn es zu qualitativen und quantitativen Abweichungen vom normalpsychologischen Zustand kommt. Dann spricht man von einem psychopathologischen Symptom. Mit der Erhebung des psychopathologischen Befundes sollen jene Symptome und Symptomenkombinationen erfasst werden, die eine psychische Störung kennzeichnen, für die sie charakteristisch sind.

Die psychologischen Merkmale werden durch Selbst- und Fremdbeurteilung oder durch Kombination dieser beiden Methoden erfasst. Mimik, Gestik oder äußeres Erscheinungsbild müssen beobachtet, Temperament, Antrieb oder Motivation aus dem Verhalten erschlossen werden. Andere Phänomene, wie etwa Zwangsideen und Halluzinationen, können allein von PatientInnen formuliert werden. Die Beurteilung der meisten Merkmale, z.B. von Stimmung und Antrieb, basiert zwangsläufig sowohl auf Fremd- als auch auf Selbstbeurteilung.

Nach folgender Gliederung wird bei der Befunderhebung vorgegangen:

äußeres Erscheinungsbild	Allgemeinerscheinung, „outfit“, Kleidung, Körperpflege, Gestik, Mimik, Physiognomie
Verhalten in der Untersuchungssituation	Auftreten, Auskunftsbereitschaft, Kooperation, Simulation, Dissimulation, Aggravation, interaktionelles Verhalten
Sprechen und Sprache	Klang, Modulation, Sprechstörungen (Stammeln, Stottern), Sprachverständnis und Ausdrucksvermögen
Bewusstsein	quantitative und qualitative Störungen
Orientierung	zeitlich, örtlich, situativ und zur Person
Auffassung	Sinnesfunktionen, Aufmerksamkeit, Konzentration
Intelligenz	Normbereich, intellektuelle Minderbegabung, Oligophrenie, Genialität
Gedächtnis	Kurz-, Mittel- und Langzeitgedächtnis (Vergesslichkeit)
formales Denken	Verlangsamung, Hemmung,

	Umständlichkeit, Weitschweifigkeit, Kohärenz, eingengtes Denken, Perseveration, Grübeln, Gedankendrängen, Ideenflucht, Zerfahrenheit, Vorbeireden, Sperrungen, Gedankenabreißen, Neologismen
inhaltliches Denken	Zwang, Phobien, Hypochondrie, überwertige Ideen, Wahn
Ich-Gefühl	Depersonalisation, Gedankenausbreitung, -entzug, -eingung, Beeinflussungserlebnisse, Derealisation
Sinnestäuschungen	Illusionen, Halluzinationen
Stimmung und Affektivität	Gefühl der Gefühllosigkeit, Affektarmut, Störung der Vitalgefühle, Depressivität, Hoffnungslosigkeit, Ängstlichkeit, Euphorie, Dysphorie, Insuffizienzgefühle, gesteigertes Selbstwertgefühl, Schuldgefühle, Verarmungsgefühle, Ambivalenz, Parathymie, Affeklabilität, Affektdurchlässigkeit (-inkontinenz), Affektstarre
Antrieb und Psychomotorik	Antriebsarmut, -gehemtheit, -steigerung, motorische Unruhe, Parakinesen, Hyperkinesen, Akinese, Hypokinese, Stupor, Raptus, Manieriertheit, Mutismus, Logorrhoe
Biorhythmusstörungen	Morgen- oder Abendtief, jahreszeitliche Verschlechterung
sonstige Merkmale	Aggressivität, Suizidalität, Krankheitseinsicht, Sozialverhalten, Suchtverhalten, vegetative Störungen

Kategorien der psychologisch-psychopathologischen Befunderhebung (aus *Haller*, Das psychiatrische Gutachten, Tabelle 2, S. 13)

Es ist hilfreich, sich bei der Befunderhebung an diese Gliederung bzw. an verschiedene Hauptpunkte der Symptomexploration zu halten. Die Exploration soll sich trotz des inneren Leitfadens in ihrer Abfolge aber weitgehend an die individuelle Situation der jeweiligen PatientInnen anpassen.

Vom Symptom zum Syndrom

Von Syndromen spricht man, wenn psychopathologische Einzelsymptome in einer mehr oder weniger charakteristischen Kombination vorkommen, die in regelhafter oder gesetzmäßiger Verbindung miteinander stehen, und man sie als einheitliches Bild zusammenfasst.

Weist jemand z.B. die Einzelzeichen Benommenheit, Konzentrationsstörungen, Enthemmung, Kritiklosigkeit, Unsicherheit und Sprechstörungen auf, so spricht man von einem „Rauschsyndrom“ und kann daraus auf eine Intoxikation mit psychotropen Substanzen schließen.

Mit der Erfassung eines Syndroms ist prinzipiell aber noch nichts über die zugrunde liegende Störung oder Krankheit gesagt. Es sind jedoch manche Symptomgruppen typisch für ganz bestimmte Krankheitsbilder. Lässt sich dann, um bei dem oben angeführten Beispiel zu bleiben, bei PatientInnen mit einem Rauschsyndrom nachweisen, dass sie zuvor reichlich Alkohol getrunken haben, so lässt sich daraus die Diagnose „Alkoholrausch“ ableiten; ist es zum Konsum von Beruhigungs- oder Schlafmitteln gekommen, wird man diagnostisch von einem „Medikamentenrausch“ sprechen. Die Erfassung eines Syndroms ist somit in der Psychiatrie wichtige Voraussetzung für die Diagnosestellung. Ein Problem liegt allerdings im nahezu identen syndromalen Bild völlig unterschiedlicher psychischer Krankheiten. So lässt sich eine paranoid-halluzinatorische Schizophrenie im reinen Querschnittsbild oft nicht von einer drogeninduzierten psychischen Störung differenzieren.

Einige wichtige psychopathologische Syndrome:

- Rauschsyndrome
- Verwirrheitszustand/Delirantes Syndrom
- depressives Syndrom
- manisches Syndrom
- halluzinatorisches Syndrom
- Wahnsyndrom
- suizidales Syndrom

Im diagnostischen Prozess ist eine Verlaufsbeschreibung der Syndrome vorzunehmen und insbesondere zu unterscheiden, ob es sich um akute oder chronische, um phasenhaft oder schubhaft verlaufende Störungen oder um Residualzustände handelt.

Mit einer korrekten syndromalen Zuordnung ist allerdings das Problem des Schweregrades der psychischen Störung, d.h. der Quantifizierung psychopathologischer Merkmale nicht gelöst. Während sich die einzelnen Syndrome qualitativ gut voneinander trennen lassen, ist deren quantitative Einschätzung wissenschaftlich noch nicht befriedigend gelungen.

Ziel des psychiatrischen Untersuchungsgesprächs ist die Erstellung einer medizinisch-psychiatrischen und persönlichkeitsbezogenen Diagnose. Nach Erhebung vieler verschiedener Informationen und Kriterien (im Gespräch, in der Anamneseerhebung, in der psychopathologischen Exploration) wird ein eventueller Zusammenhang einzelner Syndrome untereinander hergestellt und zu den auf der nächsten diagnostischen Ebene anzusiedelnden psychopathologischen Syndromen

zusammengefasst, die dann in weiterer Folge mit den bekannten Störungs- und Krankheitsbildern der Psychiatrie verglichen werden, wobei diese Zuordnung intuitiv in logischer Analyse oder in Kombination dieser beiden Verfahren erfolgen kann.

Die dann gestellte Verdachtsdiagnose ist soweit wie möglich durch testpsychologische und medizinische Zusatzbefunde abzusichern. Der diagnostische Prozess richtet sich nach einem Leitsyndrom aus und führt zu einer Hauptdiagnose, welche dann für die Auswahl und Art der Behandlung von Relevanz ist.

Daneben können auch noch Zusatz- oder Nebendiagnosen erstellt werden, da bei vielen PatientInnen gleichzeitig mehrere Störungen (Comorbidität) vorliegen.

Die Bezugssysteme, die eine Auflistung der meisten in der Psychiatrie bekannten Störungsbilder enthalten, sind zurzeit das ICD-10 und das DSM-IV.

Moderne Klassifikationssysteme definieren psychische Störungen durch einen sog. deskriptiven diagnostischen Ansatz, welcher genau festgelegte psychopathologische Ein- und Ausschlusskriterien sowie diagnostische Entscheidungs- und Verknüpfungsregeln (sog. Algorithmen) enthält. Der Vorteil liegt nicht nur in der Standardisierung bestimmter Merkmale, sondern in der einheitlichen internationalen Verwendung.

ICD-10 (International Classification of Diseases and Related Health Problems)

Ist eine von der Weltgesundheitsorganisation herausgegebene Klassifikation der Krankheiten, welche seit 1992 in der zehnten Version gültig ist. Kernstück stellen die sog. klinisch diagnostischen Leitlinien dar.

DSM-V (Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen)

Liegt mittlerweile schon in der fünften Version vor. Es wurde von der amerikanischen psychiatrischen Vereinigung herausgegeben und ist im Gegensatz zum ICD-10 ein nationales Klassifikationssystem. Es beinhaltet genauere diagnostische Kriterien und geschlechtsspezifische Unterschiede. Das DSM systematisiert psychologische Diagnosen in fünf Achsen. Die Achsen enthalten Merkmale und Merkmalsbereiche, die als klinisch bedeutsam gelten, sowie verschiedene Betrachtungsebenen, mit deren Hilfe der Komplexität der klinischen Bedingungen von psychiatrischen Diagnosen Rechnung getragen werden soll.

Dieser kursorische kurze Überblick über psychiatrische Diagnostik ist teilweise in modifizierter Form dem Lehrbuch von Reinhard Haller „Das psychiatrische Gutachten“ entnommen.

Literaturliste

Marlock/Weiss, Handbuch der Körperpsychotherapie

Frank/Röhrich, Körperorientierte Psychotherapie psychischer Störungen

Joraschky/Loew/Röhrich, Körpererleben und Körperbild – Ein Handbuch zur Diagnostik

Downing, Körper und Wort in der Psychotherapie – Leitlinien für die Praxis

Reich, Charakteranalyse