

Institut für Psychologische Psychotherapie
Staatlich anerkanntes Ausbildungsinstitut
Direktor: Prof. Dr. Rainer Sachse
www.ipp-bochum.de
www.kop-bochum.de

Rainer Sachse

Therapie-relevante Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen

www.ipp-bochum.de
www.kop-bochum.de

Worum es geht

Worum es geht

Meine Absicht ist es zu zeigen,

- was eine therapie-relevante Diagnostik ist,
- warum Therapeuten eine therapie-relevante Diagnostik brauchen,
- welches die spezifischen, diagnostischen Probleme von Klienten mit Persönlichkeitsstörungen (PD) sind
- und wie man diese lösen kann.

Sinn von therapeutischer Diagnostik

Sinn von therapeutischer Diagnostik

- Eine Diagnostik ist niemals Selbstzweck.
- Man stellt nicht Diagnosen, weil es Spaß macht oder weil man „es kann“.
- Diagnosen dienen immer einem bestimmten Zweck.
- Sie erfüllen immer eine bestimmte Funktion.

Sinn von therapeutischer Diagnostik

Man kann diagnostizieren,

- um eine Gutachten-Beurteilung einer Person anzufertigen,
- um therapeutische Entscheidungen zu treffen,
- um einer Person selbst Information zu geben,
- um Ressourcen zu verteilen usw. usw.

Sinn von therapeutischer Diagnostik

- Eine Diagnose muss dabei immer einem bestimmten Zweck dienen.
- Das kann sie aber nur, wenn sie bestimmte Charakteristika aufweist.
- Nicht alle diagnostischen Vorgehensweisen können für alle Zwecke geeignet sein.
- Daher kann man auch Diagnostik falsch einsetzen!

Sinn von therapeutischer Diagnostik

Hier soll vor allem deutlich werden,

- welche Charakteristika eine Diagnostik haben muss, wenn sie
- eine sinnvolle therapeutische Funktion erfüllen soll,
- wenn sie, darüber hinaus, sinnvoll PD erfassen soll.

Sinn von therapeutischer Diagnostik

- Und es soll dargelegt werden, welche diagnostischen Vorgehensweisen dazu ungeeignet sind.
- Das ist besonders wesentlich, da einige diagnostischen Vorgehensweisen sehr häufig falsch eingesetzt werden.
- Und sich weder für Therapie-Zwecke, noch zur Diagnostik von PD eignen.

**Was muss eine therapie-
relevante Diagnostik leisten?**

Was muss eine therapie-relevante Diagnostik leisten?

- Die therapeutische Funktion einer Diagnose besteht darin, einem Therapeuten relevante Informationen zur Verfügung zu stellen, die er im Psychotherapie-Prozess sinnvoll anwenden kann.

Was muss eine therapie-relevante Diagnostik leisten?

Eine sinnvolle und relevante therapie-bezogene Diagnostik muss bestimmte Aufgaben erfüllen können:

- Sie muss eine allgemeine Indikationsentscheidung ermöglichen.
- Sie muss eine spezifische Indikationsentscheidung ermöglichen.

Allgemeine Indikationsentscheidung

Die erste Aufgabe besteht darin festzustellen, ob Psychotherapie überhaupt angezeigt ist, d.h.

- ob eine bestimmte Art von Störung besteht,
- die nachweislich sinnvoll therapeutisch behandelbar ist,
- sodass eine Therapie bei diesem Klienten sinnvoll eingesetzt werden könnte,
- von der der Klient profitieren kann.

Allgemeine Indikationsentscheidung

- Dies ist die Frage nach einer allgemeinen Indikation von Psychotherapie.

Allgemeine Indikationsentscheidung

Um das zu leisten, sollte die Diagnostik

- in der Lage sein, eine bestimmte, definierte, psychische Störung zu identifizieren;
- und das valide, also mit einer hohen Wahrscheinlichkeit zutreffend;
- und zwar eine Störung, von der man weiß, dass sie prinzipiell therapiebar ist.

Allgemeine Indikationsentscheidung

- Diese Funktion einer allgemeinen Indikationsstellung ist wichtig.
- Sie reicht aber bei weitem nicht aus, um Diagnostik für Therapie relevant zu machen.

Spezifische Indikationsentscheidung

- Man benötigt ebenfalls die Möglichkeit einer spezifischen Indikation.
- D.h. man muss ableiten können, welche Art von Therapie in dem vorliegenden Fall sinnvoll, also indiziert ist.
- Eine solche spezifische Indikation stellt deutlich höhere Anforderungen an ein Diagnostik-System.

Spezifische Indikationsentscheidung

Eine genaue Analyse zeigt: Will man aus einer Diagnose einen Schluss ziehen können, auf die Indikation zu einer spezifischen Therapie, dann muss

- der Diagnostik eine bestimmte theoretische Basis zugrunde liegen,
- die der theoretischen Basis der spezifischen Therapie entspricht.

Spezifische Indikationsentscheidung

- Caspar: Will man eine Diagnose als Grundlage von Entscheidungen verwenden, dann muss man der Diagnostik ein theoretisches Konzept zugrunde legen.

Spezifische Indikationsentscheidung

Das hat einige Implikationen:

- Die Diagnose, die gestellt wird, muss genau die zentralen Merkmale einer Störung erfassen (können), die von der Therapie-Theorie als besonders relevant, zentral angesehen werden;
- denn die Therapie-Theorie nimmt an, dass die Therapie genau an diesen zentralen Variablen ansetzen muss.

Spezifische Indikationsentscheidung

Wenn eine Therapie aber

- insbesondere an Variablen A, B und C ansetzt,
- dann sollte der Klient auch diese Merkmale aufweisen,
- da ansonsten die Therapie gar nicht „greifen“ kann.

Spezifische Indikationsentscheidung

- System-theoretisch gesehen weist eine Störung immer zentrale und periphere Variablen auf.
- Eine Therapie sollte vor allem an den zentralen Variablen ansetzen.

Spezifische Indikationsentscheidung

Daraus folgt, dass eine Diagnostik in der Lage sein muss,

- zentrale und periphere Merkmale zu definieren
- und sie getrennt zu erfassen,
- sie valide zu erfassen.

Spezifische Indikationsentscheidung

Welche Merkmale einer Störung

- überhaupt relevant sind,
- welche zentral und welche peripher sind,
lässt sich nur theoretisch bestimmen.

Spezifische Indikationsentscheidung

Daher muss einem Diagnose-System, wenn es therapie-relevant sein will,

- ein Theorie-System zugrunde liegen,
- das gleiche Theorie-System zugrunde liegen, wie der Therapie, die man anwenden will.

Spezifische Indikationsentscheidung

Daraus folgt aber auch,

- dass einem Diagnostik-System immer eine spezifische Theorie zugrundeliegen muss,
- dass das System daher immer nur spezifisch sein kann und nicht allgemeingültig.

Spezifische Indikationsentscheidung

- Allgemeingültig könnte ein solches System nur dann sein, wenn es eine einheitliche, verbindliche Therapie- bzw. Störungstheorie gäbe.
- Das ist aber eindeutig nicht der Fall, insbesondere nicht bei PD.
- Daher kann es keine allgemeingültige therapie-relevante Diagnostik geben.

Spezifische Indikationsentscheidung

- Eine Diagnostik, mit deren Hilfe PD diagnostiziert werden, muss genau die relevanten Aspekte berücksichtigen, die PD auszeichnen.
- Eine Diagnostik von PD muss also speziell auf PD „zugeschnitten“ sein.

Spezifische Indikationsentscheidung

- Vor allem muss eine solche Diagnostik solche Aspekte der Störung vorrangig berücksichtigen die eine Diagnostik erschweren.
- Solche Aspekte spielen bei PD eine absolut entscheidende Rolle.

Spezifische Indikationsentscheidung

- Daher sind zu einer validen Diagnostik von PD sehr spezifische diagnostische Vorgehensweisen erforderlich.
- Dies wird ausgeführt.

Therapeutische Heuristik

- Diese beiden Funktionen sind aber nicht das Einzige, was man von einer therapie-relevanten Diagnostik erwarten muss und darf.
- Ist eine Diagnose theoretisch fundiert, dann ist sie in ein Theorie-System eingebettet.
- Lautet die Diagnose „NAR“, dann gibt das System an, welche Aspekte mit NAR verbunden sind und verbunden sein können.

Therapeutische Heuristik

- Die Diagnose ruft eine komplexe Wissensstruktur „NAR“ auf.
- Und diese kann nun dem Therapeuten als therapeutische Heuristik dienen.

Therapeutische Heuristik

- Die Heuristik besagt, welche NAR-Aspekte notwendigerweise auftreten sollten.
- Daher kann der Therapeut dann systematisch suchen (→ analytischer Verarbeitungsmodus).
- Er kann so Hypothesen bilden und diese immer wieder prüfen, elaborieren, modifizieren, u.U. verwerfen usw.

Therapeutische Heuristik

- Die Heuristik besagt auch, welche Aspekte bei NAR noch vorkommen können.
- Auch diese kann der Therapeut systematisch suchen und in sein Klienten-Modell eintragen (→ Hypothese!).

Therapeutische Heuristik

- Die Heuristik besagt auch, welche Probleme, Manipulationen, Tests usw. auf den Therapeuten zukommen können.
- Also kann sich der Therapeut darauf vorbereiten.

Therapeutische Heuristik

- Derartige Verarbeitungs- und Handlungsheuristiken spielen im Psychotherapie-Prozess eine wesentliche Rolle.
- Solche Heuristiken sind aber nur bei einer sehr guten theoretischen Fundierung der Diagnose möglich.

Therapeutische Heuristik

- Theoretisch wird davon ausgegangen, dass ein Therapeut für therapeutische Entscheidungen ein individuelles Klienten-Modell benötigt.
- Die Diagnose ist Teil des Klienten-Modells.
- Es kann nie eine Entscheidung allein aufgrund der Diagnose gestellt werden, der Therapeut benötigt immer ein Klienten-Modell.

Therapeutische Heuristik

- Der Sinn einer solchen Heuristik soll am Beispiel einer NAR-Diagnose erläutert werden.
- Stellt man eine PD-Diagnose nach einem theorie-geleiteten Diagnose-System, z.B. dem Ratingsystem, auf der Grundlage des Modells der Doppelten Handlungsregulation, dann gibt diese Diagnose dem Therapeuten hoch relevantes Wissen an die Hand.

Therapeutische Heuristik

So kann ein Therapeut, der eine solche NAR-Diagnose stellt, wissen,

- welche Arten von Selbst-Schemata prinzipiell mit NAR verbunden sind, d.h. auf welche Arten von Schemata er wahrscheinlich treffen wird;
- welche Arten von Beziehungsschemata prinzipiell verbunden sind
- und welche Arten von Norm-, Regel-Schemata, Tests, Manipulationen usw. usw.

Therapeutische Heuristik

- Der Therapeut verbindet mit der NAR-Diagnose ein komplexes Wissen.
- Dieses stellt therapeutisch eine Heuristik dar.
- Sie gibt an, was zu erwarten ist, sie macht deutlich, welche Aspekte der Therapeut klären muss, welchen Fragestellungen er folgen sollte.

Therapeutische Heuristik

- Sie gibt an, welche Informationen relevant sind, auf was der Therapeut achten sollte, auf was er sich vorbereiten kann usw. usw.
- Das alles sind Hypothesen, die der Therapeut dann sehr sorgfältig prüft, um festzustellen, ob er alle diese Aspekte findet: Er kann sich die diagnostische Hypothese fundieren.

Therapeutische Heuristik

Und der Therapeut weiß, dass er alle diese Aspekte mit der spezifischen Information dieses spezifischen Klienten füllen muss, also den Fragen nachgehen:

- Wie sehen die Selbst-Schemata dieses Klienten speziell aus?
- Wie sehen die Normen, Regeln usw. aus?

Therapeutische Heuristik

- Stellt ein Therapeut eine NAR-Diagnose, dann ist das immer eine Hypothese, die validiert, elaboriert usw. werden muss.
- Sie hat immer die Funktion einer Heuristik.

Therapeutische Heuristik

Eine Heuristik ist ein Wissen, das hilft,

- relevante Information schnell zu erkennen,
- relevante Information nicht zu übersehen,
- die Hypothese systematisch zu prüfen und zu testen,
- inkonsistente Informationen zur Kenntnis zu nehmen und zu berücksichtigen usw.

Therapeutische Heuristik

Eine Diagnose ist also therapeutisch dann besonders sinnvoll,

- wenn beim Therapeuten damit Wissen über die Störung, über „das psychologische Funktionieren der Störung“ verbunden ist, dass der Therapeut nun aktivieren kann,
- wenn dieses Wissen dem Therapeuten hilft, die richtigen Fragestellungen abzuleiten, die relevanten Informationen schnell zu erkennen, schnell valide Informationen zu bilden,

Therapeutische Heuristik

Eine PD-Diagnose ist also therapeutisch dann besonders sinnvoll,

- wenn die Diagnose den Therapeuten darauf vorbereitet, welche Tests, Manipulationen nun u.U. zu erwarten sind,
- wenn die Diagnose den Therapeuten darauf vorbereitet, welche therapeutischen Strategien nun wahrscheinlich sinnvoll sein werden und welche nicht usw. usw.

Therapeutische Heuristik

Eine solche therapeutische Diagnose

- sollte ein Therapeut als Hypothese möglichst schnell stellen
- und sie dann weiter testen, elaborieren usw.,
- erläutert der Therapeut dem Klienten nur dann,
 - wenn dieser sie wissen will,
 - wenn der Therapeut denkt, dass der Klient sie wissen sollte.

Therapeutische Heuristik

Da eine therapeutische Diagnose

- den Klienten nicht abwertet,
- den Therapeuten nicht auf falsche Fährten bringt (wegen der rigorosen Prüfung)

gibt es keinen Grund, eine solche Diagnose nicht zu stellen.

Die Diagnose-Systeme ICD und DSM

ICD und DSM

Die Diagnose-Systeme ICD und DSM werden oft

- im Bereich Psychotherapie und
- zur Diagnose von PD eingesetzt

ICD und DSM

- Es soll hier gezeigt werden, dass diese Systeme für diese Zwecke hoffnungslos ungeeignet sind.

ICD und DSM

Und dies gilt, wie zu zeigen sein wird, aus verschiedenen Gründen:

- Theorie-Abstinenz
- Unklare diagnostische Relevanz
- Mangelnde therapeutische Relevanz
- Willkürliche Kriterien
- Mangelnde empirische Fundierung
- Keine Freiheit von Interpretationen

Theoretische Abstinenz

- ICD und DSM versuchen, der Diagnostik keine spezifische Theorie zu unterlegen.
- Die Systeme versuchen damit, weitgehend therapie-abstinent zu sein.

Theoretische Abstinenz

- Für ein solches Vorgehen gab es verschiedene Gründe.
- Ein Grund war, sich von der psychoanalytischen Theorie abzusetzen.

Theoretische Abstinenz

- Ein sehr wesentlicher Grund war aber das Ziel, ein universell anwendbares Diagnose-System zu schaffen.
- Den Autoren war klar, dass jede theoretische Fundierung die allgemeine Anwendbarkeit beeinträchtigt hätte.

Theoretische Abstinenz

- Bei PD-Diagnosen werden daher „Symptome“ der Störung aufgelistet.
- Also Aspekte der Störung, die als „beobachtbar“ gelten und für deren Einschätzung keine Theorie erforderlich ist.

Theoretische Abstinenz

- Jede einzelne PD ist damit durch eine „Symptom-Liste“ definiert.
- Dabei versuchen die Systeme, Überlappungen der Listen zu vermeiden.

Theoretische Abstinenz

- Dazu wurden Zahl-Kriterien festgesetzt: Z.B. muss eine Person von 8 genannten Kriterien 6 erfüllen, um die entsprechende Diagnose erhalten zu können.
- Dabei ist es unerheblich, welche 6 Kriterien sie erfüllt.

Theoretische Abstinenz

- Eine solche Vorgehensweise erscheint auf den ersten Blick plausibel und nachvollziehbar.
- Ein nicht-theoretisches, allgemein anwendbares Diagnose-System kann für manche Zwecke sinnvoll sein, z.B. bei epidemiologischen Fragestellungen.
- Allerdings offenbart eine genauere Analyse sehr gravierende Probleme.

Theoretische Abstinenz

- Dass die Kriterien für eine Störung Symptome sind, bedeutet, dass lediglich die „Symptom-Oberfläche“ einer Störung erfasst werden kann.
- Psychologische Prozesse, die der Störung zugrunde liegen, können damit nicht erfasst werden.

Unklare diagnostische Relevanz

Die relative Theorie-Freiheit hat auch zur Folge,

- dass die genannten Symptome nicht theoretisch abgeleitet worden sind,
- dass nicht zwischen zentralen und peripheren Merkmalen unterschieden werden kann.

Unklare diagnostische Relevanz

Theoretisch ist aber völlig klar, dass unterschiedliche Aspekte der Störung

- sowohl für das „psychologische Funktionieren“ der Störung,
- als auch für die Therapie von sehr unterschiedlicher Bedeutung sind.

Unklare diagnostische Relevanz

- Das bedeutet: Nicht alle diagnostizierten Merkmale sind für eine Diagnose gleich relevant.
- Eine solche Annahme liegt dem ICD-/DSM-Vorgehen jedoch zugrunde.

Unklare diagnostische Relevanz

- Daher ist völlig unklar, ob eine Diagnose durch die Erfassung relevanter oder peripherer Merkmale zustande kommt.
- Dies dürfte die Validität der Diagnose erheblich beeinträchtigen.

Unklare diagnostische Relevanz

Beim Vorgehen von ICD/DSM wird nicht klar,

- ob die einzelnen genannten Symptome für die Störung relevant sind,
- und, falls ja, in welchem Ausmaß sie relevant sind,
- in welcher Weise die einzelnen Merkmale „diagnostisch gewichtet“ werden sollen.

Unklare diagnostische Relevanz

- Daher kann eine ICD-/DSM-PD-Diagnose durch die Erfassung hochgradig irrelevanter Störungsmerkmale zustande kommen.

Mangelnde therapeutische Relevanz

- Wie gesagt wurde können aus theorie-freien Symptomlisten bestenfalls allgemeine Indikationsentscheidungen abgeleitet werden.
- Und selbst das ist problematisch.
- Andere therapeutische Funktionen können ICD und DSM aber nicht leisten.

Mangelnde therapeutische Relevanz

Aus ICD-/DSM-Diagnosen

- können keine spezifischen Indikationsentscheidungen abgeleitet werden,
- können keine therapeutischen Heuristiken gewonnen werden.

Willkürliche Kriterien

- Das Zahl-Kriterium kann nicht theoretisch abgeleitet oder begründet werden.
- Damit sind alle Diagnose-Kriterien hochgradig willkürlich:
 - Die Art der Symptome,
 - die Auswahl der Symptome
 - und die Zahl der Symptome
- sind ohne irgendwelche Begründungen gewählt worden.

Willkürliche Kriterien

- Inwieweit ein solches Vorgehen eine bestimmte Störung überhaupt „abbilden“ kann, ist völlig unklar.

Beispiel: Symptom-Liste von NAR

- Ich möchte die Probleme einmal exemplarisch an der DSM-V-Symptomliste von NAR aufzeigen.

Beispiel: Symptom-Liste von NAR

Die Kriterien für eine narzisstische Störung nach dem DSM-IV (DSM-V ist identisch) sind:

- Ein übertriebenes Selbstwertgefühl,
- Phantasien grenzenlosen Erfolges,
- Ansicht, einzigartig zu sein,
- Verlangen nach Bewunderung,
- Anspruchsdenken,
- Ausnützen zwischenmenschlicher Beziehungen,
- Mangel an Einfühlungsvermögen,
- Neid,
- arrogantes Verhalten.

Beispiel: Symptom-Liste von NAR

Die Kriterien im Einzelnen:

- Übertriebenes Selbstwertgefühl
 - NAR zeigen ein SK+
 - Das kann jedoch absolut realistisch, d.h. überhaupt nicht übertrieben sein.
 - Dieses Kriterium ist in der Form falsch.

Beispiel: Symptom-Liste von NAR

- Phantasien grenzenlosen Erfolges: können vorkommen, sind aber deutlich peripher
- Ansicht, einzigartig zu sein:
 - unklar: Jeder ist einzigartig!
 - Was soll das genau heißen?
 - Etwas Besonderes sein?
 - Dann trifft es zu.

Beispiel: Symptom-Liste von NAR

- Verlangen nach Bewunderung:
 - Entspricht dem hohen Anerkennungsmotiv.
 - Das Kriterium trifft daher zu.
- Anspruchsdenken: Das kommt häufig vor, ist aber nicht völlig zwingend.

Beispiel: Symptom-Liste von NAR

- Ausnutzen zwischenmenschlicher Beziehungen: NAR sind manipulativ, aber nur in bestimmter Hinsicht. In der allgemeinen Form ist das Kriterium nicht zutreffend.

Beispiel: Symptom-Liste von NAR

- Mangel an Einfühlungsvermögen: Personen, die hochgradig manipulativ sind, müssen über hohe kognitive Empathie verfügen.
- Wahrscheinlich „abschaltbar“.
- Emotionaler Empathie-Mangel kann vorkommen, ist aber nicht zwingend.

Beispiel: Symptom-Liste von NAR

- Neid: Kann vorkommen, ist aber nicht zwingend. Erfolgreiche NAR zeigen das oft nicht.
- Arrogantes Verhalten: Auch das kann vorkommen, ist aber nicht zwingend. Viele NAR sind nicht arrogant.

Beispiel: Symptom-Liste von NAR

Es wird erkennbar,

- dass viele Kriterien peripher, nicht zwingend, daher nicht diskriminativ sind (also zur Diagnose gar nicht tauglich);
- dass nur wenige zentrale Kriterien vorkommen,
- dass einige Kriterien unzutreffend sind.

Beispiel: Symptom-Liste von NAR

- Eine wirklich valide Diagnose ist mit Hilfe dieser Kriterien gar nicht zu erwarten.
- Und es ist klar, dass die Kriterien nur für „erfolgreiche NAR“ gelten, nicht für ELNAR oder GENAR.

Mangelnde empirische Forschung

- Die Kriterien-Symptom-Listen von ICD und DSM weisen jedoch noch weitere Probleme auf.
- Die Listen sind nicht nur nicht theoretisch abgeleitet, sie weisen auch keine empirische Basis auf.
- D.h.: Sie sind nicht durch empirische Forschungsergebnisse zustande gekommen.

Mangelnde empirische Forschung

- Schon die ursprünglichen Symptom-Listen, z.B. vom DSM-III, orientieren sich nicht an empirischen Forschungsergebnissen bezüglich der einzelnen Störungen.
- D.h. danach, welche Symptome der PD sich tatsächlich empirisch festmachen lassen.

Mangelnde empirische Forschung

- Die empirische Forschung zu PD hat seit dem DSM-III erhebliche Fortschritte gemacht.
- Für die einzelnen PD sind bestimmte Symptome empirisch gut belegt, neue Symptome gefunden worden.
- Es gibt auch Ergebnisse über die Relevanz einzelner Symptome.

Mangelnde empirische Forschung

- Vergleicht man die Symptom-Listen von DSM-III und DSM-V, dann sieht man aber, dass sie sich kaum verändert haben.
- Das bedeutet: Die gesamte empirische Forschung zu PD wird von DSM (wie auch von ICD) völlig ignoriert!

Mangelnde empirische Forschung

- Das heißt: Die gesamte empirische Forschung zu PD ist überhaupt nicht zur Kenntnis genommen worden!

Mangelnde empirische Forschung

- Für NAR gibt es heute über 50 empirisch gut abgesicherte Merkmale.
- Diese kommen aber in DSM- oder ICD-Kriterien so gut wie gar nicht vor!
- DSM und ICD nehmen empirische Forschung zur PD gar nicht zur Kenntnis.
- Sie sind daher keinesfalls „state of the art“!
- Das ist für ein derartiges Diagnose-System mehr als peinlich.

Diagnose ist eine Interpretation

- Man muss wissenschaftstheoretisch wie psychologisch davon ausgehen, dass jede Diagnose eine Interpretation ist.
- „Beobachtungen“ bilden nicht „Realität“ ab, sondern kommen durch Interpretationen von „Daten“ zustande.

Diagnose ist eine Interpretation

- Es gibt keine „interpretationsfreie Beobachtung“.
- Und Fakten erklären sich auch nicht „von selbst“.

Diagnose ist eine Interpretation

- Auch dann, wenn die Symptom-Listen von ICD/DSM versuchen, weitgehend „theoriefrei“ zu sein, gehen in die Diagnose immer Annahmen, Vorwissen, Expertise usw. ein.

Diagnose ist eine Interpretation

- Eine weitgehende Theorie-Freiheit der Kriterien impliziert keineswegs eine Interpretationsfreiheit des diagnostischen Prozesses.
- Daher gehen in eine Diagnose immer Vorwissen, Vorannahmen, Wissen und Vorurteile ein.

Diagnose ist eine Interpretation

- ICD/DSM scheinen davon auszugehen, dass die relative Theorie-Freiheit der Kriterien bedeutet, dass dadurch eine „Diagnostik ohne Interpretation“, also ohne das „Ziehen von Schlussfolgerungen aus Daten“ aufgrund von Vorinformationen möglich sei.
- Diese Annahme ist eindeutig falsch.

Diagnose ist eine Interpretation

- Legt man einer Diagnostik eine Theorie zugrunde, dann weiß man (weitgehend), aufgrund welcher Annahmen Schlüsse zustande kommen.

Diagnose ist eine Interpretation

- Legt man jedoch keine Theorie zugrunde, dann hat man auch keinerlei Kontrolle über die Interpretationen.
- Auch dadurch wird „Theorie-Freiheit“ nicht zu einem Vorteil, sondern zu einem erheblichen Nachteil.

Diagnose ist eine Interpretation

- Legt man einer Diagnostik Rating-Systeme zugrunde, dann müssen in sehr hohem Maße explizit Schlussfolgerungen gezogen werden.
- Diese basieren aber auf klaren Annahmen und sind jederzeit prüfbar.

Diagnose ist eine Interpretation

- Damit ist aber das ICD-/DSM-System in dieser Hinsicht den Ratings keineswegs überlegen, denn es ist in keiner Weise interpretationsfrei, sondern stark unterlegen.

Spezifische Probleme bei der Diagnostik von PD

Probleme der Diagnostik

- Eine Diagnostik von PD wirft ganz besondere Probleme auf.
- Diese bestehen bei der Diagnostik von „Achse-I-Störungen“ nicht.

Interaktionelles Misstrauen

- Es gibt jedoch noch einen besonders wichtigen Aspekt, den man bei der Diagnostik von PD-Klienten unbedingt beachten muss: Das sogenannte „interaktionelle Misstrauen“.

Interaktionelles Misstrauen

- Alle PD-Klienten weisen negative Beziehungsschemata (BS) auf.
- Und negative BS erzeugen immer interaktionelles Misstrauen.

Interaktionelles Misstrauen

- Das ist bei den verschiedenen Störungen unterschiedlich stark, existiert aber immer.
- Und das bedeutet,
 - dass die Klienten sich nicht einem IP gegenüber öffnen
 - und ihn nicht „in die Karten gucken lassen“,
 - solange sie ihm nicht speziell vertrauen.

Interaktionelles Misstrauen

- Alle PD-Klienten zeigen zu Therapie-Beginn ein hohes, interaktionelles Misstrauen.
- Also werden die Klienten Therapeuten in gar keiner Weise irgendwelche Informationen geben über
 - die wirklichen Probleme,
 - selbstwertbelastende, peinliche Inhalte,
 - die Themen, die sie eigentlich belasten.

Interaktionelles Misstrauen

- Das bedeutet: Bei PD-Klienten erhalten Therapeuten zu Therapie-Beginn so gut wie gar keine validen, verbalen Informationen über Probleme.
- Damit ist eine valide Diagnose auf diesem Wege unmöglich.

Interaktionelles Misstrauen

PD-Klienten werden keine Informationen geben

- in Therapie-Gesprächen,
- in Explorationen,
- in SKID-Interviews,
- in Fragebögen.

Interaktionelles Misstrauen

- Und, da keine relevanten Daten vorliegen, ist auch eine Diagnose durch ICD/DSM nicht möglich.
- Das gilt auch für „Skid-Interviews“.

Interaktionelles Misstrauen

- Als Therapeut zu glauben, man mache mit einem PD-Klienten zu Therapie-Beginn oder vor der Therapie ein SKID-Interview o.ä. und erhalte damit eine Diagnose, ist absolut mega-mäßiger Bullshit.

Interaktionelles Misstrauen

- Die Klienten werden erst dann dem Therapeuten verbal relevante Informationen über relevante Problemaspekte geben, wenn sie Vertrauen zum Therapeuten aufgebaut haben.
- D.h. wenn der Therapeut über Beziehungskredit verfügt.

Interaktionelles Misstrauen

- Daher stehen den Therapeuten bzw. Diagnostikern zu Therapie-Beginn keine relevanten verbalen Daten für eine Diagnose zur Verfügung.

Interaktionelles Misstrauen

Aufgrund der Theorie des MDHR

- ist aber zu erwarten, dass PD-Klienten den Therapeuten dennoch viele Informationen liefern,
- von denen sie nicht annehmen, dass Therapeuten sie interpretieren können,
- aus denen Experten jedoch viele relevante diagnostische Schlüsse ziehen können.

Interaktionelles Misstrauen

Dabei zieht man Schlüsse aber nicht aus expliziten, verbalen Aussagen über Probleme, sondern aus

- Images und Appellen,
- Schilderungen über Regelsetzer-Verhalten und Manipulationen,
- dem direkten Interaktionsverhalten des Klienten mit dem Therapeuten.

Interaktionelles Misstrauen

Denn die PD-Theorie besagt, dass

- Klienten in hohem Maße Images und Appelle an den Therapeuten senden werden,
- sie den Therapeuten manipulieren und testen,
- sie solche Informationen dem Therapeuten geben,
- weil sie diese Informationen für „ok“ halten, für angemessen (ich-synton) und/oder für ungefährlich.

Interaktionelles Misstrauen

- Images, Appelle, Manipulationen und Tests sind aber hoch diskriminativ für bestimmte PD.
- Daher geben die Klienten, ohne es zu wollen oder zu wissen, dem Therapeuten sehr relevante, diagnostische Informationen.

Interaktionelles Misstrauen

- Auch relevante Beziehungsmotive werden nicht „getarnt“ oder „zensiert“ und sind daher relativ gut erschließbar.
- Um solche Merkmale reliabel und valide diagnostizieren zu können, müssen Therapeuten ein Rating-System anwenden, bei dem sie aus den Daten Schlüsse ziehen.
- Diese sind nachweislich hoch reliabel und valide.

Rating von PD

Rating von PD

- Als Beispiel für das Rating-Vorgehen soll hier der Auswertungsbogen dargestellt werden.

PSRS Auswertungsbogen

Therapeuten-Nummer:

Klienten-Nummer:

Klient: w m

Klient: Alter in Jahren _____

Rater:

Rating:

NAR: Diagnose

Hinweise auf NAR

NAR	Anerkennung	Selbstschema +	Selbstschema –	Wechsel +/-
	Beziehungs- schema	Regel	Image	Appelle
ERNAR	Autonomie	Norm	Leistung	
ELNAR	Unrealistisches Selbstschema +	Unrealistische Ziele	Anstrengungs- vermeidung	Ex- kulpierung
GENAR	Leistungsknick	Erwartungs- orientierung	Autonomie ↓	Alienation

HIS: Diagnose

Hinweise auf HIS

HIS	Wichtigkeit	Selbst- schema	Beziehungs- schema	Norm	Regel
ERHIS * schwach ** mittel *** stark	Image +	Appell +	Manipulation: positive Strategien		
ELHIS * schwach ** mittel *** stark	Image –	Appell –	Manipulation: negative Strategien		

DEP/SU: Diagnose

DEP	Verlässlichkeit	Selbstschema	Beziehungsschema	Norm	Regel	Image	Appelle
SU	Anerkennung	Selbstschema	Beziehungsschema	Normschema	Vermeidung		

Leitstörung:	
Weitere Störungen:	

**Diagnostische
Konsequenzen für
Psychotherapie:
Zwei Arten von Diagnostik
und zwei Diagnosen**

Zwei Arten von Diagnostik

Damit wird für Therapeuten ein Dilemma deutlich:

- Die Krankenkassen verlangen eine ICD-/DSM-Diagnose.
- Für Therapie-Entscheidungen sind aber andere diagnostische Vorgehensweisen notwendig.
- Dazu sind ICD/DSM ungeeignet.
- Das gilt insbesondere für PD-Klienten.

Zwei Arten von Diagnostik

- Dieses Dilemma lässt sich offenbar nur dadurch lösen, dass Therapeuten gleichzeitig zwei Arten von Diagnostik betreiben.

Zwei Arten von Diagnostik

- Um den Anforderungen der Kassen zu genügen, müssen Therapeuten eine ICD-/DSM-Diagnose stellen.
- Das können sie nach bestem Wissen tun.
- Wobei die Therapeuten allerdings, vor allem zu Therapie-Beginn, auf die dargestellten Probleme stoßen werden.
- Sie können aber die Probleme offenlegen und deutlich machen, dass es sich erst um eine vorläufige Diagnose handeln kann.

Zwei Arten von Diagnostik

- Im Rahmen der Möglichkeiten kann damit eine solche Diagnose lege artis gestellt werden.
- Und die Therapeuten können das sehr sorgfältig und gewissenhaft tun.
- Damit sollten sie den Anforderungen genügen.

Zwei Arten von Diagnostik

- Um den Anforderungen der Therapie gerecht zu werden, müssen die Therapeuten aber noch eine weitere Diagnose stellen, nach anderen Vorgehensweisen und Kriterien.
- Wir bezeichnen diese Diagnose als
 - Therapie-Diagnose oder, weil sie oft durch Supervision zustande kommt, als
 - Supervisions-Diagnose.

Zwei Arten von Diagnostik

- Dabei ist, vor allem zu Therapie-Beginn und vor allem bei PD-Klienten, eine ICD-/DSM-Diagnose als Supervisionsdiagnose völlig ausreichend.
- Hier können bei PD-Klienten Rating-Systeme systematisch eingesetzt werden.
- Außerdem müssen Therapeuten ein umfassendes Klienten-Modell bilden, von dem die Supervisionsdiagnose ein wichtiger Bestandteil ist.

Zwei Arten von Diagnostik

- Therapeuten können/sollten dann im Prozess versuchen, die „offizielle“ und die Supervisionsdiagnose in Einklang zu bringen.
- Dies ist, sobald die Klienten dem Therapeuten relevante, verbale Information liefern, wahrscheinlich auch möglich.

Zwei Arten von Diagnostik

- Nach allen relevanten, psychologischen Erkenntnissen müsste vor allem bei PD-Klienten im Grunde die Forderung nach ICD-/DSM-Diagnosen aufgegeben werden.
- Da dies aber nicht geschieht, ist offenbar die Lösung einer „Doppel-Diagnostik“ der einzig gangbare Weg, neben der offiziellen Diagnostik auch noch eine solche zu machen, die eine qualitativ hochwertige Psychotherapie ermöglicht.

Zwei Arten von Diagnostik

- Damit tut ein Therapeut aber weit mehr, als nur einer Verpflichtung nachzukommen: Er bemüht sich, Klienten auch die bestmögliche Psychotherapie zu bieten.

Diagnostischer Prozess

Diagnostischer Prozess

- Ein Therapeut stellt eine Diagnose, indem er relevante Klienten-Information aufgrund seines Wissens systematisch verarbeitet.
- Dazu nutzt er verbale, paraverbale und nonverbale Informationen des Klienten.
- Und er nutzt dabei therapeutische Heuristiken.

Diagnostischer Prozess

- Wie schnell eine Diagnose gestellt werden kann, hängt davon ab, welche Informationen der Klient wann zur Verfügung stellt.
- Eine Diagnose-Stellung ist ein komplexer Prozess.
- Dazu können sehr unterschiedliche Vorgehensweisen gewählt werden: Fragebögen, Explorationen, Ratings usw.

Diagnostischer Prozess

- Eine Diagnose ist immer eine Hypothese.
- Sie kann mehr oder weniger gut belegt, d.h. unterschiedlich valide sein.
- Sie bleibt aber immer eine Hypothese.
- D.h. sie muss immer wieder geprüft werden.

Diagnostischer Prozess

- Und sie muss im Prozess elaboriert, modifiziert und unter Umständen verworfen werden.
- Sie ist nie eine Letzt-Wahrheit.
- Daher gibt es keine „endgültige Diagnose“.
- Um darauf Entscheidungen aufzubauen, sollte sie schon eine gewisse Validität besitzen („Daten-gestützt“ sein).

Diagnostischer Prozess

- Durch viele therapeutische Interventionen wird die Hypothese getestet.
- Der Therapeut sollte immer inkonsistenten Informationen gegenüber offen sein.
- Eine Hypothese kann durch Daten
 - validiert sein,
 - belastet sein.

Diagnostischer Prozess

Man kann zu einer Diagnostik nur dann Explorationen oder Fragebögen einsetzen, wenn gewährleistet ist,

- dass der Klient zu den relevanten Informationen Zugang hat,
- dass der Klient sich diesen Informationen stellen will,
- dass der Klient dem Therapeuten diese Informationen mitteilen will.

Diagnose: Beschreibung und Bewertung

Diagnose: Beschreibung und Bewertung

- Wissenschaftstheoretisch muss man unterscheiden zwischen Beschreibungen und Bewertungen.
- Eine „Beschreibung“ ist eine theoriegeleitete, sprachliche Formulierung eines Sachverhaltes, Ereignisses oder Zustandes.

Diagnose: Beschreibung und Bewertung

- Eine Beschreibung sollte, wenn möglich, wissenschaftlichen Standards entsprechen.
- Sie sollte lediglich theoretisch und/oder empirisch nachvollziehbare Schlüsse enthalten.

Diagnose: Beschreibung und Bewertung

- Stellen DSM/ICD oder Ratingsysteme die Diagnose „NAR“, dann beschreiben sie einen Sachverhalt, der theoretisch definiert und durch diagnostische Kriterien erfasst wurde.
- Damit handelt es sich um eine beschreibende Diagnostik.

Diagnose: Beschreibung und Bewertung

- Die Kategorie „NAR“ enthält als solche gar keine Bewertung.
- Sie ist lediglich ein theoretisches Konstrukt.
- Aus wissenschaftlicher Perspektive sollte man Beschreibungen und Bewertungen auf gar keinen Fall mischen!

Diagnose: Beschreibung und Bewertung

Eine Bewertung

- ist die Beurteilung
- eines Gegenstandes, einer Person, eines Ereignisses oder Zustandes o.ä.
- im Hinblick auf einen
 - neutralen,
 - positiven oder
 - negativen Wert....

Diagnose: Beschreibung und Bewertung

- und zwar nicht aufgrund theoretischer, wissenschaftlicher Kriterien,
- sondern aufgrund von anderen Standards oder Kriterien,
- die durch eine Person oder Institution festgelegt werden.

Diagnose: Beschreibung und Bewertung

- Damit ist eine Bewertung immer letztlich ein „subjektives Urteil“.
- Damit ist jede Bewertung
 - prinzipiell hinterfragbar,
 - diskutierbar,
 - analysierbar.
- Sie kann akzeptiert oder abgelehnt werden.

Diagnose: Beschreibung und Bewertung

- Auch Bewertungen haben Funktionen.
- Subjektiv informieren sie die Person darüber, dass für diese ein Ereignis (o.a.) eine positive, affektive Qualität hat oder haben wird.

Diagnose: Beschreibung und Bewertung

Man muss sich darüber klar sein, dass alle Beurteilungen als

- Störung
- Krankheit
- Abnormalität
- Abweichung
- Pathologie

Bewertungen (!!)

sind.

Diagnose: Beschreibung und Bewertung

- Diese Bewertungen ergeben sich nie unmittelbar aus einem Konstrukt.
- Das Konstrukt „NAR“ ist weder positiv, noch negativ.
- Es kann aber aufgrund weiterer Kriterien negativ bewertet werden.

Diagnose: Beschreibung und Bewertung

- Und: Bewertungen ergeben sich auch nicht aus empirischen Sachverhalten.
- Dass eine Person im Hinblick auf Variable A am Rand einer Normalverteilung liegt, bedeutet lediglich genau das.

Diagnose: Beschreibung und Bewertung

Interpretiert man diesen Zustand als

- abweichend
- un-normal
- pathologisch u.a.

dann macht man eine „zusätzliche Bewertung“!

Diagnose: Beschreibung und Bewertung

- Man muss hier auch sehen, dass eine Bewertung eines Klienten-Zustandes als „normal“ oder „abnormal“ überhaupt keine relevante Information für eine Indikationsentscheidung sein kann.

Diagnose: Beschreibung und Bewertung

- In der Psychotherapie hat man es immer mit einem spezifischen Klienten zu tun.
- Und es ist immer ein spezifischer Klient, der für sich definiert, was ihn stört, was er problematisch findet, was er verändern will usw.
- Du für diesen Klienten muss eine therapeutische Indikationsentscheidung getroffen werden.

Diagnose: Beschreibung und Bewertung

- Es kann Klienten geben, die nach solchen Kriterien völlig „normal“ sind, die dennoch Kosten ihres Systems haben und therapeutisch daran arbeiten wollen.
- Es kann auch Klienten geben, die nach solchen Kriterien hochgradig „abweichend“ sind, die dennoch kein Bedürfnis nach Therapie haben.

Diagnose: Beschreibung und Bewertung

- Wo sich ein spezifischer Klient im Hinblick auf solche Kriterien befindet, kann nur von untergeordneter Bedeutung sein.
- Man muss daher annehmen, dass Normalität kein relevantes, sinnvolles, therapeutisches Kriterium ist.

Individuelle Bezugsnorm

- Trifft eine Person Entscheidungen, dann trifft sie die nie anhand eines reinen Sachverhalts allein, sondern immer auch nach Bewertungen.

Individuelle Bezugsnorm

- Trifft ein Therapeut eine Entscheidung, einem Klienten eine Therapie anzubieten, dann tut er das nicht allein, weil der Klient das Kriterium NAR erfüllt.
- Er tut dies, weil er denkt, dass dieser Zustand geändert werden sollte, d.h. dass er negativ ist.

Individuelle Bezugsnorm

- Am wenigsten pathologisierend ist es, wenn ein Therapeut eine Störung dann diagnostiziert,
 - wenn der Klient Kosten hat, die er nicht will,
 - wenn der Klient diese Kosten beseitigen will.
- Individuelle Bezugsnorm

Individuelle Bezugsnorm

- Die Anwendung aller anderen Bezugsnormen impliziert die Gefahr einer Pathologisierung von Klienten.
- Dies ist jedoch für eine Indikationsentscheidung keinesfalls erforderlich.

Individuelle Bezugsnorm

Dafür genügt

- die beschreibende, theorie-geleitete Diagnostik → NAR plus
- die subjektive Entscheidung des Klienten.

Regulierung von Dienstleistungen

Regulierung von Dienstleistungen

- Man kann Diagnostik bzw. Diagnosen aber auch dazu verwenden, um Dienstleistungen zu regulieren.
- D.h. z.B. zu entscheiden, welche Klienten die Bezahlung von Therapie durch Krankenkassen zusteht und welchen Klienten nicht.

Regulierung von Dienstleistungen

- Krankenkassen haben aus finanziellen Gründen den Begriff des „Krankheitswertes“ eingeführt.
- (Was meines Erachtens nach das Unwort des Jahrzehnts ist!)

Regulierung von Dienstleistungen

- Daher kann sie bestimmen, welches Ausmaß eine psychische Störung aufweisen muss, damit die entsprechende Therapie bezahlt wird.
- Wird dieses Kriterium nicht erreicht, wird die Therapie nicht bezahlt.

Regulierung von Dienstleistungen

- Auf diese Weise können dann z.B. DSM-/ICD-Kriterien als Bewertungen definiert werden (was sie ursprünglich gar nicht sind).
- Ein cut-off-Wert bedeutet dann, dass eine Person,
 - die unter dem Wert liegt „ungestört“ ist,
 - die über dem Wert liegt „gestört“ ist.

Regulierung von Dienstleistungen

- Weist ein Klient von 8 Kriterien für eine Störung alle 8 auf, dann kann die Therapie bezahlt werden.
- Weist er aber nur 7 Kriterien auf, dann kann die Therapie nicht übernommen werden, weil „kein Krankheitswert“ vorliegt.

Regulierung von Dienstleistungen

- Die sogenannten „Zeitkriterien“ des DSM können genauso interpretiert werden.
- Ist das Zeitkriterium nicht erfüllt, kann leider keine Major-Depression vergeben werden, unabhängig davon, wie schwer die Störung ausgeprägt ist.
- Und dann kann leider auch keine Therapie bezahlt werden.

Regulierung von Dienstleistungen

- Ein solches Bewertungsvorgehen hat hier die Funktion zu entscheiden, welcher Klient eine Therapie bezahlt bekommt und welcher nicht.
- Damit wird dieses Vorgehen zu einem Selektionsvorgehen.

Regulierung von Dienstleistungen

Es drängt sich sehr stark der Verdacht auf, dass in diesem Kontext bewertende Diagnostik betrieben wird.

- um möglichst wenigen Klienten Therapie zukommen zu lassen,
- um Kosten zu sparen,
- um die Qualität von Psychotherapie systematisch zu minimieren.

Regulierung von Dienstleistungen

- Es ist aus therapeutischer Sicht sicher ethisch nicht vertretbar, einem Klienten eine Therapie zu verweigern, weil er „ein Kriterium zu wenig erfüllt“, ansonsten aber hohe Kosten hat und hochänderungsmotiviert ist.

Regulierung von Dienstleistungen

Aus Sicht eines psychologischen Psychotherapeuten ist eine derart bewertende Diagnostik

- sachlich vollständig unnötig,
- für Klienten (extrem) pathologisierend und abwertend,
- ist die selektive Anwendung in hohem Maße unethisch.