

AML Institute ab 1. Januar gibt es ein neues Handbuch für Diagnosen ICD 11

https://www.deutschlandfunk.de/psychiatrie-diagnosen-icd-100.html?utm_source=pocket-newtab-global-de-DE

Ein Artikel über Diagnosen vom Deutschlandfunk.

Dr. Ira Theresa Maschmann, aktuell PIA in den AML Instituten, transkribierte und fasste den Beitrag des Deutschlandfunks zusammen.

Mit konstruktivistischen Diskussionsbeiträgen von Anne M. Lang.

DLF Beitrag vom 09.01.2022 Psycho-Revolution: Neustart für die Diagnosen der Psychiatrie	Konstruktivistische Diskussionsbeiträge von Anne M. Lang
<p>Einleitung: warum braucht es eine Reform der Diagnosen zu Persönlichkeitsstörungen?</p> <p>In der Klinik und Psychiatrie wird in krank-gesund Diagnosen gedacht. ICD-11 streicht zum 01.01.2022 die spezifischen, kategorialen Persönlichkeitsstörungen. Es gibt dann nur noch die allgemeine Diagnose Persönlichkeitsstörung, anhand derer festgestellt wird, wie viel Unterstützung <u>jemand braucht</u>.</p> <p><i>Diagnosen als Mittel der Vereinfachung und damit verbundene Probleme wie Komorbidität</i></p> <p>Ehemals waren Diagnosen von Persönlichkeitsstörungen für eine Vereinfachung der Arbeit für Therapeuten und Patienten aufgestellt worden.</p> <p>Ein Problem dieser Diagnosen besteht darin, dass Personen mit entsprechender Diagnose sich stark voneinander unterscheiden können, da verschiedene inhaltliche Kriterien für eine Diagnose erfüllt sein können. Auch gibt es teils große Überschneidungen zwischen den Störungsbildern (beispielsweise narzisstische und ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung)</p> <p>Komorbidität stellt ein Problem dar, da Personen so bis zu drei und mehr Diagnosen erhalten. Empirische Untersuchungen haben gezeigt, dass keine kategoriale Trennung zwischen "gestörter" und "gesunder" Persönlichkeit möglich ist. Ab einem bestimmten Punkt innerhalb dieses Kontinuums kann ein erhöhter Hilfebedarf auftreten.</p>	<p>Das heißt: wie jemand behandelt wird. Wer stellt dies fest?</p> <ul style="list-style-type: none">- Ausgeblendetes bleibt ausgeblendet- Der Andere wird nicht gesehen und gehört <p>Diagnosen stellen eine Reduktion der Wirklichkeit dar.</p> <p>Praxis ist etwas anderes als Forschung und Lehre</p> <p>Menschen können nicht so erfasst werden. Man kann systemisch nicht Personen erfassen.</p> <p>Wer stellt das fest?</p>

<p><i>Diagnosen führen zu Stigmatisierungen</i></p> <p>Bisher haben Expertenrunden und nicht Empiriker über pathologische Schwellenwerte geurteilt. Dazu Prof. Heinz (Direktor Klinik Psychiatrie Charité Campus Mitte): „Das Schwierige an den Persönlichkeitsstörungen historisch ist, ist dass das eine Klassifikation der Beleidigung von sozial missliebigen Gruppen gewesen ist“, beispielsweise als willensschwach, haltlos, oder Revolutionäre wurden als Psychopathen gelabelt.</p> <p>Das Etikett, eine bestimmte Persönlichkeit zu sein, stigmatisiert noch immer: es suggeriert, dass ein Mensch anders ist und so bleiben wird. <u>Aber das stimmt nicht</u>. Langzeitstudien belegen inzwischen klar, dass Persönlichkeitsstörungen lebenszeitlich nicht so stabil sind, wie angenommen.</p>	<p>Schlimmer noch: Diagnosen führen zu einer Beeinflussung von TherapeutInnen</p> <p>Warum dann überhaupt noch Diagnosen? Welche andere Vorgehensweise wäre möglich?</p>
<p>Die Diskussion, wie man Diagnosen flexibilisieren kann, läuft schon seit Jahren. Die Krux: wenn man die alten Diagnosen aufgibt, droht wieder die Beliebigkeit in der therapeutischen Behandlung.</p>	<p>Im Gegenteil: Es ermöglicht eine <u>Erweiterung des medizinischen Denkens</u>. Dies setzt voraus ein Umgehen mit Komplexität.</p>
<p>Neuerungen im ICD-11</p> <p>ICD-11 löst dies nun durch eine allgemeine Diagnose, die sich danach richtet, welches Symptom bei Patienten welches Leid hervorruft, um am Ende gezielter zu helfen.</p> <p>Die Sicht der Betroffenen auf ihre Probleme soll nun Richtschnur sein (hinsichtlich Leidensdruck, Probleme im Alltag, was läuft gut) – es wird eher eine Beschreibung der Patienten angestellt und angestrebt. Aber auch im neuen System gibt es eine kategoriale Einteilung: Persönlichkeitsstörung liegt vor/liegt nicht vor, anhand von zwei Kriterien:</p>	<p>Die Problemtrance bleibt erhalten. Akzente werden gesetzt.</p> <p>Wo ist der systemische Blick?: Beziehungsmuster, die Probleme fokussieren</p>
<p>1. Selbstfunktionsniveau (u. A. bestimmt durch die Stabilität des Selbstwerts)</p> <p>2. Zwischenmenschliches Funktionsniveau (Beziehungsfähigkeit und Empathie, Konfliktlösungsmöglichkeiten, Aufnahme von Beziehungen)</p> <p>Hat ein Patient in beiden Bereichen Probleme, erhält er die Diagnose Persönlichkeitsstörung. Es wird zusätzlich erfasst, in welchen und wie vielen Bereichen (Arbeitsplatz, Partnerschaft) Verhalten vorliegt, um entsprechend den Schweregrad der Persönlichkeitsstörung zu bemessen (leicht, mittel, schwer).</p> <p>Zusätzlich Betrachtung des Einzelfalls und Vergabe einer dimensionalen Diagnose:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Negative Affektivität 2. Dissozialität 3. soziale Distanziertheit 	<p>Alles Problemtrance-Arbeit: Ressourcenbildung sähe anders aus</p>

<p>4. Hemmungsschwäche 5. Zwanghaftigkeit</p> <p>Damit sollen Persönlichkeitsstörungen flexibler erfasst werden können, Überlappungen innerhalb eines Patienten sind möglich und dienen dazu, dem Patienten eher gerecht zu werden.</p> <p>Chancen und Kritik des ICD-11</p> <p>Verfechter des neuen ICD-11 prognostizieren, dass das Stellen einer Diagnose <u>länger</u> dauern wird, aber auch genauere Erfassung bietet. Die Chance besteht, förderlichere Behandlungen mit besserem Entwicklungsverlauf herstellen zu können. Die Einteilung in Merkmalsdimensionen passt nun besser zu empirischen Erkenntnissen, welche Probleme häufig gemeinsam auftreten.</p> <p>Kritik am neuen ICD-11: beispielsweise, inwiefern lässt sich eine Persönlichkeitsstörung von einer Psychose abgrenzen? Diese Abgrenzung ist nicht so treffscharf und es braucht gute Diagnostiker und vor allem zuverlässige Messinstrumente (Fragebögen), die noch entwickelt werden müssen. Die Dimensionen an sich sind auch teils wenig trennscharf, beispielsweise negative Affektivität.</p> <p>Auch der Faktor soziale Ungleichheit erschwert treffgenaue Diagnosen, beispielsweise wenn es um Impulsivität (kurzfristige versus langfristige Entscheidungen treffen) geht. <u>So werden soziale Hintergründe von Symptomen vernachlässigt</u>. Dies spricht dafür, die Diagnosen noch genauer zu fassen und soziale Hintergründe einzubeziehen.</p> <p><u>Einige Psychiater lehnen die dimensionale Diagnose vollkommen ab und argumentieren für spezifische Störungsbilder</u>. Borderline beispielsweise bleibt auch im neuen ICD-11 erhalten, dafür gibt es wirksame und evidenzbasierte Behandlung. Wenn die Diagnose nicht gestellt würde, werden Personen u. U. nicht zu diesen wirksamen Behandlungen zugewiesen. Da wo es gute Behandlungsansätze für eine Störung gibt, sollten Kategorien erhalten bleiben, ansonsten sollte dimensionaler Ansatz verfolgt werden. Grundsätzliches Problem: Diagnostik wird zu komplex und Schubladen, in die Patient gesteckt wird, <u>bestehen weiter</u>.</p> <p>Außerdem: bisher gibt es zu wenig Wissen über biologische Ursachen von Persönlichkeitsstörungen, Hirnprozesse sind häufig nicht eindeutig zuzuordnen.</p> <p>Fazit: ICD 11 fährt einen pragmatischen Ansatz. Idealerweise finden Patienten ihren individuellen Weg.</p>	<p>Oder unmöglich wird</p> <p>Es werden die systemischen Zusammenhänge zu wenig erfasst.</p> <p>Ja!</p> <p>Und über systemische Zusammenhänge</p> <p>Was bedeutet das? Wir sind die, an die sie sich wenden! Sonst brauchen sie uns nicht</p>
---	---