

SWR2 Wissen

## **Psychisch krank oder gesund – Wie seelische Störungen definiert werden**

Von Jochen Paulus

Sendung vom: Donnerstag, 08. Februar 2024, 8:30 Uhr  
(Erst-Sendung vom: Donnerstag, 22. September 2022, 8:30 Uhr)

Redaktion: Sonja Striegl

Regie: Felicitas Ott

Produktion: SWR 2022

**Täglich mehrmals Sex, Computerspiele ohne Pausen, langanhaltende Trauer oder Sammelwut – diese Verhaltensweisen gelten jetzt als psychische Krankheiten. Wenn die Betroffenen darunter leiden.**

---

### **Bitte beachten Sie:**

Das Manuskript ist ausschließlich zum persönlichen, privaten Gebrauch bestimmt. Jede weitere Vervielfältigung und Verbreitung bedarf der ausdrücklichen Genehmigung des Urhebers bzw. des SWR.

---

SWR2 Wissen können Sie auch im **SWR2 Webradio** unter [www.SWR2.de](http://www.SWR2.de) und auf Mobilgeräten in der **SWR2 App** hören – oder als **Podcast** nachhören:  
<https://www.swr.de/~podcast/swr2/programm/podcast-swr2-wissen-100.xml>

---

### **Die SWR2 App für Android und iOS**

Hören Sie das SWR2 Programm, wann und wo Sie wollen. Jederzeit live oder zeitversetzt, online oder offline. Alle Sendung stehen mindestens sieben Tage lang zum Nachhören bereit. Nutzen Sie die neuen Funktionen der SWR2 App: abonnieren, offline hören, stöbern, meistgehört, Themenbereiche, Empfehlungen, Entdeckungen ...  
Kostenlos herunterladen: [www.swr2.de/app](http://www.swr2.de/app)

# MANUSKRIPT

## Musik

### **Sprecherin:**

Mark spielt fast ununterbrochen Computerspiele: Ist er krank? Anja trauert schon seit mehr als einem Jahr über den Verlust ihres Lebenspartners: Ist das noch gesund? Kathi hortet unnütze Dinge, in ihrer Wohnung kann sie kaum mehr laufen. Normal ist das nicht, oder? Seit ersten Januar 2022 können alle drei als psychisch krank diagnostiziert werden, gemäß dem neuen internationalen Diagnosesystem der Krankheiten: ICD-11. Die Buchstaben stehen für: „International Classification of Diseases“. Die „11“ bedeutet: Es ist bereits die elfte Fassung. Denn das Verständnis davon, was krank ist und was gesund, ändert sich. Was es ins ICD-11 schafft und was geändert wird, darüber haben Fachleute aus der ganzen Welt unter Federführung der Weltgesundheitsorganisation **(1)** Argumente und Gegenargumente ausgetauscht und jahrelang regelrecht gestritten.

### **Sprecher:**

Psychisch krank oder gesund – Wie seelische Störungen definiert werden. Von Jochen Paulus.

### **O-Ton 01 a Karsten (Betroffener):**

Ich habe mehrere Stunden am Tag oder in der Regel morgens, bevor ich überhaupt aus dem Bett gekommen bin, Pornografie konsumiert, dazu masturbiert.

### **Sprecherin:**

Karsten hatte viel Sex.

### **O-Ton 01 b Karsten:**

Ich habe zwanghaft und intensiv mit meiner damaligen Partnerin eben sexuell ausagiert, auch eben grenzenlos in irgendeiner Art und Weise, erfüllungslos.

### **Sprecherin:**

Bis zum Jahr 2021 war sein Verhalten keine anerkannte Krankheit. Jetzt ist das anders. Wer sexuellen Aktivitäten verfallen ist, kann bald auch in Deutschland eine zwanghafte sexuelle Verhaltensstörung bescheinigt bekommen. Und hat Anspruch auf eine Therapie, die die Krankenkasse bezahlen muss. Bei dem heute 50-jährigen Karsten hätte es locker zur Diagnose gereicht.

### **O-Ton 02 Karsten:**

Meistens im Moment, wo ich einen Orgasmus hatte, hatte ich schon den Gedanken an den nächsten gehabt. Also eigentlich in der Regel, hoffentlich gibt's noch einen.

### **Sprecherin:**

Mit der jetzt anerkannten zwanghaften sexuellen Verhaltensstörung gab es aber ein grundlegendes Problem.

### **O-Ton 03 Professor Johannes Fuß, Institut für Forensische Psychiatrie und Sexualforschung der Universität Duisburg-Essen:**

Wo zieht man die Grenze, also wo ist viel Lust auf Sexualität plötzlich pathologisch?

#### **Sprecherin:**

Ist eine vorgeschlagene Störung nicht einfach eine - etwas extreme - Variante von etwas immer noch ganz Normalem? Professor Johannes Fuß vom Institut für Forensische Psychiatrie und Sexualforschung der Universität Duisburg-Essen, hilft bei der Einordnung:

### **O-Ton 04 Johannes Fuß:**

Das birgt ja auch immer das Risiko zur Stigmatisierung, also wenn man so eine Diagnose hat, die sich vor allem daran festmachen würde, dass Menschen ein exzessives Ausmaß an Sexualverhalten zeigen, würde man vielleicht auch hingehen und Menschen, die einfach extrem viel Lust auf Sexualität haben, viel Sex haben, würde man hingehen und die pathologisieren, sagen, die sind psychisch krank. Dabei haben die vielleicht überhaupt kein Problem damit, keinen Leidensdruck und haben einfach ein ausuferndes, aber schöne Sexualleben.

#### **Sprecherin:**

Der „Leidensdruck“ und „Kontrollverlust“ der betroffenen Person ist das wichtige Kriterium für die Diagnose. Es steht so auch in der ICD-11. Was so selbstverständlich klingt, ist es nicht. Tatsächlich wurde schon versucht festzulegen, wie ein „normales Sexualleben“ auszusehen hätte. Nämlich bei den Beratungen über die Neufassung des zweiten wichtigen Diagnosesystems, das es gibt: das US-amerikanische Diagnosesystem DSM.

### **O-Ton 05 Johannes Fuß:**

Also damals gab's zum Beispiel, ein Indikator für Hypersexualität war, mehr als sieben Organismen pro Woche.

#### **Sprecherin:**

Die Höchstzahl scheint ausgesprochen willkürlich: Warum nicht mehr als sechs, acht oder zwölf? Sinnvollere Kriterien für die Definition einer Krankheit sind das mit dem Verhalten verbundene Leiden der Person und ihre Schwierigkeiten, sich im Zaum zu halten. Karsten hatte keine Kontrolle und litt an seiner übermäßigen Lust auf Sex, wie er erzählt.

### **O-Ton 06 Karsten:**

Und ich eben dann das Gefühl hatte, tatsächlich körperliche Entzugserscheinungen und Schmerzen zu haben, was sich letztlich bei mir so gezeigt hat, dass ich wirklich schreiend auf der Straße oder auf dem Bürgersteig gelegen habe und eben darum gebettelt hab', dass diese Frau doch bitte für mich da sein würde, weil ich dachte, sonst jeden Moment sterben zu müssen.

### **Musik**

**Sprecherin:**

Diagnosekriterien, die weltweit gültig sind, machen Sinn für Patientinnen und Patienten, für Therapeuten und Therapeutinnen. Krankheiten können erkannt und behandelt, Therapien entwickelt und geändert werden. Die Krankenkassen zahlen dafür. Aber einen so umfangreichen Katalog wie die ICD zu aktualisieren, die sämtliche Erkrankungen und Diagnosekriterien zusammenfügt, ist extrem aufwendig. Denn ob übermäßige sexuelle Lust, Computerspielsucht, langanhaltende Trauer, Sammelwut: Bei einer neuen Krankheit stellt sich die Frage, wo ins System soll sie eingruppiert werden? Im Fall von Problemen durch übermäßigen Sex: Bei den Süchten? Oder beim „Verlust der Impulskontrolle“?

Und dann spielen auch moralische Bewertungen und gesellschaftliche Einwände eine Rolle. Gerade beim Sexualverhalten. Könnte die neue Diagnose nicht von Sextätern benutzt werden, um vor Gericht ungeschoren davon zu kommen? Von Leuten wie etwa dem US-Abgeordneten, der unter anderem unerwünschte pornografische Fotos an mehrere Frauen und eine Minderjährige geschickt hatte?

**O-Ton 07 Johannes Fuß:**

Gerade in den USA gab es ja diese berühmten Fälle von Anthony Weiner zum Beispiel, der seine Fehlritte oder wie er seine Frau betrogen hat, danach so öffentlich, als Sexsucht klassifiziert hat, in eine Rehabilitationsklinik gegangen ist und dafür auch Verständnis bekommen hat, weil wer süchtig ist, dem passieren eben solche Fehlritte.

**Sprecherin:**

Weiner verbüßte anderthalb Jahre im Gefängnis. Wegen solcher Fälle eine Diagnose nicht einzuführen, ist eine radikale, vielleicht typisch US-puritanische Lösung.

Doch längst nicht alle Diagnosen psychischer Störungen sind umstritten. Viele stehen seit Jahren in den Diagnosesystemen, und wenn alle paar Jahrzehnte eine neue Version eingeführt wird, ändert sich bei ihnen kaum etwas. So ist den Fachleuten ziemlich klar, wo ganz normale Ängste aufhören und wo Angststörungen beginnen, sagt Katharina Domschke, Ärztliche Direktorin der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Freiburg.

**O-Ton 08 Katharina Domschke, Ärztliche Direktorin der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Freiburg:**

Die Ängste werden dann pathologisch, das heißt krankhaft, wenn sie zu lange andauern, wenn sie zu exzessiv auftreten, das heißt zu ausgeprägt sind, wenn sie in Situationen auftreten, in denen eigentlich gar keine Gefahr besteht. Und Ängste werden dann krankhaft, wenn der Betroffene bestimmte Situationen aufgrund dieser Ängste vermeidet, aufgrund seiner Ängste einen Leidensdruck hat, das heißt sich eingeschränkt sieht in ganz alltäglichen Funktionen, in beruflichen Funktionen, in sozialen Funktionen.

**Sprecherin:**

Eine Neuerung gibt es auch bei den Ängsten, sie wurde aber ohne viel Streit der Expertinnen und Experten eingeführt. Die sogenannte Trennungsangststörung

bekamen bislang nur Kinder bescheinigt, die sich ohne ihre Bezugspersonen unsicher fühlten und deswegen beispielsweise nicht zur Schule gehen wollten.

**O-Ton 09 Katharina Domschke:**

Jetzt ist es aber so, dass in den letzten zehn Jahren zunehmend Studien gemacht wurden, die zeigen, dass die Trennungsangststörung mitnichten sich nur erstmanifestiert in der Kindheit und in der Jugend, sondern durchaus auch im frühen Erwachsenenalter. Ungefähr 43 Prozent der erstmalig auftretenden Trennungsangststörungen finden sich im jungen Erwachsenenalter.

**Sprecherin:**

Sie treten bei Erwachsenen keineswegs seltener auf als bei Kindern. In beiden Gruppen sind fünf Prozent der Menschen betroffen.

**O-Ton 10 Katharina Domschke:**

Die Personen, von denen man sich nicht trennen will im Erwachsenenalter, sind dann eben weniger die Eltern, sondern das sind meistens dann die Partner. Und wir kennen ja viele Beispiele aus unserem Leben, wo wir so hören, ich habe noch nie eine Nacht ohne meinen Partner verbracht oder ich hab' ihn immer an der Hand, wenn ich in der Stadt spazieren gehe. Das mag Ausdruck großer Liebe sein. Es könnte aber auch Ausdruck einer Trennungsangststörung sein, dass man eben so gar nicht ohne den andern sein kann und nicht nur ohne den andern sein mag.

**Sprecherin:**

Das wird dann mit der neuen ICD, die in den nächsten Jahren auch in Deutschland offiziell eingeführt wird, als krankhaft gelten.

**Musik**

**Sprecherin:**

Doch auch wenn bei einer Störung, etwa einer Angststörung, im Prinzip klar ist, welche Kriterien darüber entscheiden, ob sie diagnostiziert werden soll, stimmen Fachleute in ihren Diagnosen oft nicht überein. In einer Studie wurden die Kriterien der ICD-11 getestet. 928 Angehörige des Gesundheitswesens aus vielen Ländern erhielten je eine kurze Fallbeschreibung und ein paar Diagnosen zur Auswahl. Im Schnitt waren 72 Prozent ihrer Diagnosen korrekt. Gut jede vierte war also falsch (2). Noch am besten klappt das Diagnostizieren, wenn Behandelnde mit den Hilfesuchenden ein sogenanntes strukturiertes klinisches Interview führen, erläutert Johannes Zimmermann, Psychologie-Professor an der Universität Kassel:

**O-Ton 11 Johannes Zimmermann, Psychologie-Professor an der Universität Kassel:**

Das ist ein Interviewsystem, bei dem eben ein vorgefertigter Fragenkatalog durchgegangen wird, gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten, und so sichergestellt wird, dass man keine Frage vergisst.

**Sprecherin:**

So soll verhindert werden, dass die Diagnose vor allem davon abhängt, an welche Psychiaterin oder welchen Psychologen jemand gerät. Doch es gibt ein Problem.

**O-Ton 12 Johannes Zimmermann:**

Das ist zeitaufwendig, das erfordert auch eine gewisse Schulung auf Seiten der interviewenden Person. Allerdings ist es so, dass diese Art von Diagnostik in der Regel eben in den Hochschulambulanzen stattfindet oder in Forschungskontexten und in der Praxis, sowohl jetzt in Allgemeinarztpraxen oder in niedergelassenen Psychotherapiepraxen, ist es eigentlich eher die Ausnahme.

**Sprecherin:**

Als Therapeutin oder Arzt ohne strukturiertes klinisches Interview und womöglich ohne Diagnosesystem zu arbeiten, ist heikel. Ein eindrückliches Beispiel liefern die Diagnosen berühmter Menschen, die Wissenschaftler nach deren Tod immer wieder gerne stellen. Für Mozart postulieren sie nicht nur 140 verschiedene Todesursachen, sondern gleich 27 psychiatrische Störungen. Für den Bayern-König Ludwig II. lieferten 21 verschiedene Fachleute im Lauf von hundert Jahren nicht weniger als 24 psychiatrische Diagnosen, die selten übereinstimmten. Professor Tilo Kircher, Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Marburg, nimmt so etwas nicht weiter ernst.

**O-Ton 13 Professor Tilo Kircher, Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Marburg:**

Das sind post mortem erhobene Diagnosen anhand von aufgeschriebenen Begegnungen von Zeitgenossen, die jetzt die allermeisten keine Psychiater waren und alle möglichen Leute versucht haben, retrospektiv da aus diesen schriftlichen Aufzeichnungen irgendwelche Diagnosen zu erstellen.

**Sprecherin:**

Werden moderne Diagnosesysteme wie die ICD-11 angewendet, stimmen die Befunde zwar auch nur mäßig überein, aber doch viel besser als subjektive Diagnosen wie die für die historischen Persönlichkeiten. Aber subjektive Diagnosen waren eben lange Standard und keineswegs nur wenn es um verstorbene Prominente ging. In den 1960er- und 70er-Jahren galt sogar ein bestimmtes „Gefühl“ des Psychiaters oder der Psychiaterin in Gegenwart der Betroffenen als aussagekräftiges Zeichen für eine Schizophrenie. Das war das Praecox-Gefühl, denn die Schizophrenie hieß ursprünglich Dementia praecox:

**O-Ton 14 Tilo Kircher:**

Die Idee dabei war, dass, wenn der sehr, sehr erfahrene Diagnostiker mit einem Betroffenen kurz spricht, im Kontakt ist – nur ganz kurze Zeit, Minuten – muss derjenige gar nicht die einzelnen Symptome erfahren von dem Patienten, was oft ja Stunden, Tage, Wochen, Monate dauert, bis jemand einmal alles erzählt, ein Patient – dann hat dieser erfahrene Diagnostiker, ja, das starke Gefühl, sein Gegenüber könnte eine Schizophrenie doch wirklich haben.

**Sprecherin:**

Das gilt heute zurecht als unwissenschaftlich, und doch...

**O-Ton 15 Tilo Kircher:**

Wobei, ich will nicht verleugnen, wenn ich Visite mache auf Station und man geht hin zum Patienten und man weiß gar nichts, man redet kurz mit dem und es ist nicht bei allen, aber bei manchen, denke ich mir dann auch, ja wahrscheinlich hat er die Diagnose einer Schizophrenie, was sich dann meistens dann – nicht immer, nicht immer – aber oft bestätigt dann. Das sind ganz subtile Sachen wie Mimik, Blick, Gestik, Bewegung,

**Sprecherin:**

Ein großer Teil der Psychiaterinnen und Psychiater in verschiedenen Ländern verspüren laut einer Studie ebenfalls das Praecox-Gefühl und finden es verlässlich **(3)**, obwohl die Wissenschaft das nicht deckt. Aber offenbar hat es Einfluss auf ihre Diagnosen **(4)**. Es gibt sogar vereinzelt Überlegungen, ob es sich nicht schulen ließe. Da ist es wohl besser, nach klaren Kriterien zu diagnostizieren, also nach denen der ICD. Die sollen für die ganze Welt gelten – das ist ihr großer Vorteil, sorgt aber manchmal auch für Probleme.

Vor allem viele US-Fachleute waren sehr skeptisch, ob es eine Störung sein kann, wenn Menschen nach einem Todesfall ungewöhnlich lange und intensiv trauern. Die neue ICD aber hat die „Anhaltende Trauerstörung“ aufgenommen, weil sich aufgrund neuer Forschung besser beschreiben lässt, was sie ausmacht. Der Züricher Psychologie-Professor Andreas Maercker.

**O-Ton 16 Professor Andreas Maercker, Psychologisches Institut der Universität Zürich:**

Dieses Kernsymptom, dafür hat man im Deutschen eigentlich noch kein anderes Wort als Sehnsucht, Sehnsucht-Symptome oder schmerzliche Sehnsuchtsymptome. Ich glaube, das kann sich jeder vergegenwärtigen, der weiß, wie das sich anfühlt, wenn jemand Liebes gestorben ist, dann hat man eine Weile lang ganz, ganz, ganz starke Sehnsucht.

**Sprecherin:**

Zunächst ist diese Sehnsucht nach der oder dem Verstorbenen völlig normal. Ebenso wie ein anderes Zeichen der Trauer, das schon bedenklicher anmutet.

**O-Ton 17 Andreas Maercker:**

Nämlich, dass sie den Eindruck haben, jetzt sehe ich die Person wieder vor mir. Die Wohnungstür geht auf, die Zimmertür geht auf und für einen kurzen Moment habe ich eine Verknennung, da kommt jemand wieder. Und da ist es so, das was selten passiert, sehr selten passiert und dann vielleicht gar nicht mehr passiert, das wird unter normal gerechnet, das was anhaltend und massiv passiert, das mag dann ein Kennzeichen dafür sein, dass dieser Leidenszustand behandlungsbedürftig ist.

**Sprecherin:**

Wenn solche Halluzinationen nur selten auftreten und schließlich ganz verschwinden, ist das kein Grund zur Besorgnis. Aber wie lange müssen solche und andere Symptome anhalten, damit sie nicht mehr als normal gelten? Vertreter aus westlichen Ländern wollten bei den WHO-Beratungen als Grenze das traditionelle Trauerjahr:

**O-Ton 18 Andreas Maercker:**

Und Menschen aus anderen Kulturen sagten, nein, das ist bei uns ganz anders. Bei uns erkennen wir Menschen, die von der Trauer nicht wegkommen schon nach anderen Zeiträumen, nach kürzeren Zeiträumen, zum Beispiel nach einem halben Jahr.

**Sprecherin:**

Die Diagnose darf nun frühestens nach sechs Monaten vergeben werden – aber nicht, wenn in der Kultur des betroffenen Menschen längere Trauerzeiten üblich sind. Dass ein Mensch als psychisch krank betrachtet wird oder nicht, je nachdem in welcher Kultur sie oder er lebt, ist eine große Ausnahme in der ICD. Bei der Depression geht die Weltgesundheitsorganisation nicht so weit, obwohl auch sie nicht überall in der Welt gleich ist.

**O-Ton 19 Andreas Maercker:**

Die Depressionssymptomatik, wie wir sie zu kennen scheinen, mit Selbstinfragestellung, mit Grübeleien, ist auch eine kulturell überformte Angelegenheit, die in anderen Kulturen dieser Welt ganz anders aussehen kann und vielmehr sich auf Kraftlosigkeit und körperliche Symptome erstreckt.

**Sprecherin:**

Aus der Türkei stammende Menschen beispielsweise neigen auch hierzulande dazu, über körperliche Beschwerden zu klagen, wenn sie eigentlich an einer Depression leiden. So besteht die Gefahr, dass sie eine falsche Diagnose erhalten. Es hätte also nahe gelegen, auch für die Depression verschiedene Kriterien für verschiedene Kulturen festzulegen.

**O-Ton 20 Andreas Maercker:**

Aber davor haben jetzt solche ganz großen Organisationen wie die Weltgesundheitsorganisation oder auch der amerikanischen Psychiater Verband, die haben noch zurückgeschreckt, also die Depression wird jetzt noch auf der ganzen Welt mit gemeinsamen Kriterien klassifiziert und das bleibt wahrscheinlich auch noch lange so. Man kann das machen, auch wenn dann zum Beispiel in den fernöstlichen Ländern China, Japan, Korea bis heute die Diagnose der Depression immer als eher etwas Westliches angesehen wird.

**Sprecherin:**

Immerhin erkennen die Gesundheitsfachleute in diesen Ländern Depressionen trotzdem, weil sie wissen, wie sie sich in ihren Kulturen äußern. Bei der Depression gibt es aber noch ein weiteres Problem, das Diagnostizierende bei vielen Störungen verfolgt: Die Störungen treten so regelmäßig zusammen mit anderen Störungen auf, dass sich die Frage stellt, ob man es überhaupt mit zwei verschiedenen Störungen zu tun hat? Das ist etwa bei Depression und Ängsten sehr oft der Fall, weil sie teilweise gemeinsame Ursachen haben. Ein renommierter britischer Experte nannte die Trennung in zwei Störungen deshalb „dumm“. Bisläng aber, so Katharina Domschke von der Universität Freiburg, blieben die großen Diagnosesysteme bei der praktischen Einteilung in sogenannte Störungskategorien.

**O-Ton 21 Katharina Domschke:**

Entweder Angsterkrankungen und oder Depression. Und wir haben das Ko-Morbiditätsprinzip, das heißt, wir können, das ist erlaubt durch die diagnostischen Manuale, mehrere psychiatrische Diagnosen gleichzeitig stellen.

**Sprecherin:**

Aber was, wenn das nicht funktioniert, weil eine Patientin oder ein Patient zwar viele Symptome zeigt, aber nicht so viele von einer Störung, dass es für eine Diagnose reicht?

**O-Ton 22 Katharina Domschke:**

Dann gibt es natürlich den Fall, dass wir so Grenzgebiete haben. Das heißt, wir haben durchaus auch ineinander verschwimmende Erkrankungsbilder, und dem wird auch in den diagnostischen Manualen, also in den großen Katalogen wie ICD, Rechnung getragen, insofern als wir zum Beispiel die Diagnose stellen können: „Depression und Angst gemischt“.

**Sprecherin:**

Das ist keine spontan kreierte Kombinationsdiagnose, sie ist vielmehr in der ICD so vorgegeben – mit eigenen Diagnosekriterien und allem, was dazu gehört. Aber es wäre natürlich unpraktisch und unübersichtlich, für alle auftretenden Kombinationen von Störungen eigene Kombinationsdiagnosen zu schaffen. Viele Fachleute plädieren deshalb dafür, das Problem der mehrfachen Diagnosen von vornherein anders anzugehen.

**Musik****Sprecherin:**

Statt Menschen mit psychischen Problemen in eine oder mehrere Krankheitskategorien zu stecken, sollen sie Werte auf verschiedenen Dimensionen bekommen – so wie ein Schüler eben nicht „mathekrank“ und sonst nichts im Zeugnis stehen hat, sondern Mathematik 5, Biologie 2, Deutsch 4 und so weiter. Auf diese Weise wird klarer, wo die Probleme liegen und wie ausgeprägt sie sind. Der Kasseler Psychologie-Professor Johannes Zimmermann gehört zu einer internationalen Gruppe von nicht weniger als 100 Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern, die ein System mit sechs Problemdimensionen entworfen hat **(5)**.

**O-Ton 23 Johannes Zimmermann:**

Da wird also unterschieden zwischen Problemen, die eher mit körperlichen Problemen, somatoformen Problemen zu tun haben, dann gibt die internalisierenden Probleme, also sowas wie Depression, Angst und Essprobleme, dann gibt es die Probleme im Bereich der Denkstörungen, zu denen auch die Psychosen gehören, traditionell, dann gibt es Bereiche, die sich eher auf antagonistische Verhaltensweisen beziehen, antisoziale Tendenzen, Leute, die eben möglicherweise eher im Gefängnis landen als in der Psychotherapie, und Menschen, die sich sehr stark zurückziehen, also Verslossenheit wäre ein weiterer Inhaltsbereich.

**Sprecherin:**

Dazu kommt noch die Drogenabhängigkeit.

**O-Ton 24 Johannes Zimmermann:**

Und jetzt können sie sich vorstellen, dass jede Person auf diesen sechs Spektren einen bestimmten Wert hat im Vergleich zu allen anderen Personen der Bevölkerung.

**Sprecherin:**

So ein dimensionaler Ansatz löst ein weiteres Grundproblem der Diagnostik psychischer Störungen: Es gibt keine klare Grenze zwischen psychisch gesund und psychisch krank, obwohl die wichtigsten Diagnosesysteme so tun, weswegen sie viel kritisiert werden. Der als „Hirn hinter der ICD-11“ geltende Columbia-University-Professor Geoffrey Reed ging 2022 bei einem Kongress in Berlin auf diese Kritik ein.

**O-Ton 25 Geoffrey Reed:**

It's widely recognized that mental ... are categories, so, so we know that too.

**Übersetzer Geoffrey Reed:**

Es ist allgemein anerkannt, dass sich die meisten psychischen Störungen am besten als Ergebnis sich überlagernder zugrundeliegender Dimensionen verstehen lassen und nicht als klar abgrenzbare Kategorien. Oft beginnt die Kritik an der ICD-11 oder dem DSM-5 mit der Feststellung, dass es lächerlich sei, psychische Störungen als Kategorien zu sehen. Das wissen wir selbst.

**Sprecherin:**

Aber die psychischen Störungen stünden bei der ICD eben in einem medizinischen Diagnosesystem mit lauter als Kategorien definierten Krankheiten. Doch bei einer Gruppe von Störungen war das diagnostische Chaos bisher einfach zu groß – bei den Persönlichkeitsstörungen. Zu ihnen zählten bisher: Narzissmus, Borderline und Psychopathie. Nicht weniger als zehn Prozent der Bevölkerung leiden an einer Persönlichkeitsstörung – die meisten davon aber gleich an drei oder vier von zehn möglichen. In Zukunft bekommen sie nicht mehr mehrere Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert, sondern nur noch eine. Die aber mit verschiedenen Werten auf verschiedenen Dimensionen, erklärt Johannes Zimmermann – der dieses Systems mitentwickelt hat.

**O-Ton 26 Johannes Zimmermann:**

Da gibt es eine Abgrenzung einerseits negative Affektivität, also alle die Probleme, die eben mit negativen Emotionen zu tun haben, dann gibt es den Bereich der Verslossenheit, bei dem sich Menschen eben stark aus Beziehungen zurückziehen. Den Bereich der Dissozialität, wo es vor allen Dingen um den Mangel an Empathie und rücksichtsloses Verhalten geht. Klassischerweise hat man solche Merkmale in der antisozialen Persönlichkeitsstörung gefunden und abgebildet.

**Sprecherin:**

Besser bekannt als Psychopathie. Dazu kommen noch die Dimensionen der Enthemmung und der Zwanghaftigkeit. Wenn eine Psychologin oder ein Psychiater erst einmal eine Persönlichkeitsstörung erkannt hat, folgt als nächstes die Entscheidung, ob sie insgesamt leicht, mittel oder schwer ist. Dann kann festgelegt werden, wie schwer die Probleme in den verschiedenen Dimensionen sind. Auf der Strecke blieben so die klassischen Persönlichkeitsstörungen wie der Narzissmus. Viele Fachleute begrüßen das, werden die Betroffenen doch so nicht mehr mit einem abwertenden Label stigmatisiert. Andere Fachleute dagegen protestierten heftig insbesondere gegen die Abschaffung der Borderline-Störung. Immerhin gibt es nachweislich wirksame Psychotherapien, die speziell für Borderline entwickelt wurden. Wie sollte es mit denen weitergehen?

**O-Ton 27 Johannes Zimmermann:**

Deswegen war da die Sorge auch aus dieser Gruppe von Forschenden, dass möglicherweise Patienten ausgeschlossen werden von Behandlungsangeboten da, weil da die Krankenkassen sagen ja, wenn die Borderline-Diagnose weg ist, dann haben wir auch keine evidenzbasierten Behandlungen mehr für diese Persönlichkeitsstörung, die jetzt ja neu ist.

**Sprecherin:**

Das verantwortliche WHO-Gremium gab schließlich nach, die Borderline-Störung gibt es weiterhin. Entscheidungen für oder gegen neue Diagnosen entstünden halt aus einer Mischung von „Wissenschaft, Pragmatismus und Politik“ (6).

**Musik****Sprecherin:**

Aber wie soll eine Patientin behandelt werden, die keine klar definierte Diagnose einer Störung bescheinigt bekommen hat, sondern eine Sammlung von mehr oder weniger auffälligen Persönlichkeitsdimensionen? Johannes Zimmermann schlägt vor, dass Behandlungen sich nicht mehr strikt an Diagnosen orientieren sollten:

**O-Ton 28 Johannes Zimmermann:**

Es ist also in gewisser Weise auch einfach ein konsequentes Weiterdenken und Umsetzen von dem, was viele Praktiker\*innen tagtäglich tun, nämlich sich einen Reim auf den Einzelfall machen anhand von Messinstrumenten, die eher dimensional aufgebaut sind und die Kategorie, die Diagnose, ist dann eher was, was man für formale Zwecke braucht, um das zum Beispiel abzurechnen oder in Berichte zu schreiben, aber letztlich nicht das, mit dem man eine Fallformulierung oder eine Therapieplanung macht.

**Sprecherin:**

Das ist eine sehr weitreichende Idee. Diagnosen würden dann zwar nach wie vor der Verständigung unter Ärztinnen und Psychotherapeuten dienen, sie würden aber nicht mehr die Behandlung bestimmen. Ob dieser Gedanke sich in einer nächsten Krankheits-Klassifikation bei weiteren psychiatrischen Störungen durchsetzt, wird sich zeigen. Karsten, der an seiner zwanghaften sexuellen Verhaltensstörung litt,

erhielt nie eine Diagnose seines Problems. Es wurde auch nicht behandelt, obwohl er eine Psychoanalyse machte. Stattdessen ging er in eine Selbsthilfegruppe.

**O-Ton 29 Karsten:**

Ich konnte ziemlich unmittelbar eben abstinert sein von Pornografie zu dem Preis, dass ich täglich in Selbsthilfegruppen, in Meetings gegangen bin, ein Preis, den ich gerne gezahlt habe zu der Zeit, weil ich eben da unheimlich viel Liebe und Verständnis eben empfangen habe. Unter anderem, dadurch hat sich meine ganze Lebenssituation und Lebensqualität eben verbessert im Sinne von: Ich bin nicht mehr gänzlich beziehungslos, und kann ein zufriedenes, glückliches Leben führen, in dem ich eben in der Lage bin, Entscheidungen zu treffen und nicht mehr zwanghaften Verhaltensmuster zu folgen.

**Absage SWR2 Wissen über Bett:**

**Sprecherin:**

Psychisch krank oder gesund – Wie seelische Störungen definiert werden. Von Jochen Paulus. Sprecherin: Marit Beyer. Redaktion: Sonja Striegl. Regie: Felicitas Ott. Ein Beitrag aus dem Jahr 2022.

\* \* \* \* \*

