

Vorwort

Diagnostik als Feststellung dessen, was der Fall ist, ist eine unverzichtbare Voraussetzung rationaler Interventionen – wenn sie die Gewähr bietet, Krankheitsbilder valide und reliabel hinsichtlich Psychopathologie, Verlauf, Therapie sowie idealerweise auch hinsichtlich ihrer Ätio-Pathogenese zu identifizieren und voneinander abzugrenzen. Aus der Sicht unseres Fachs stellen sich zwei Fragen: *Erfüllt* die gegenwärtige Praxis der psychiatrischen Diagnostik diese Kriterien? Und: *Reichen* diese Kriterien aus für eine psychiatrische Diagnose? Beide Fragen sind offenbar mit »nein« zu beantworten – das ist das Dilemma und die Herausforderung psychiatrischen Diagnostizierens.

Mit DSM-III begann der Versuch, unabhängig von den Zufälligkeiten schulen- und regionengebundener Diagnostikkonventionen und unter ausdrücklichem Verzicht auf theoretische Vorannahmen, psychische »Störungen« zu operationalisieren. Die Hoffnung, mit DSM und ICD eine sachlich fundamentierte Ordnung auf den Weg zu bringen, hat sich nicht erfüllt, wie namhafte Kritiker konstatieren. Van Praag (2000) hat die mit jeder Auflage der Diagnoseinventare anwachsende Zahl von Diagnosen selbst zu einer Krankheit – der Psychiatrie nämlich – erklärt und ihr den sprechenden Namen »Nosologomanie« gegeben. Die durch Interviewleitfäden und Kriterienkataloge vorstrukturierte Art des Diagnostizierens führt, wie Andreasen (2007) kritisch angemerkt hat, zur Verarmung der klinischen Wahrnehmung und Praxis. Schließlich bieten die so zu Stande gekommenen »Störungen« keinen für die empirische Forschung geeigneten Ansatzpunkt, die Neurobiologie steht quer zu deren Kategorisierungen.

Die Diagnostik ist also – weiterhin – ein Problem und zukünftige DSM- und ICD-Revisionen dürften daran wenig ändern, solange die Konzeptualisierung unserer Diagnostik nicht selbst zum Thema wird. Die Krise der psychiatrischen Diagnostik, das ist die These dieses Buchs, ist eine *Grundlagenkrise*. Sie fordert, grundlegend zu fragen, was Diagnostik leisten kann und soll, wie sie zu ihren Gegenständen kommt, was mit welchen Diagnostik-Konzeptionen zu erreichen ist. Es geht darum, an das Jaspers'sche Programm (1913/1946/1973, III) anzuknüpfen, »eine Ordnung auf Grund *methodologischer* Besinnung« zu gewinnen. Solche Fragen werden von alters her unter dem Titel der *Kritik* verhandelt.

Im ersten Kapitel – Diagnostik als Lösung und als Problem – wird nach dem grundlegenden Sinn und Zweck des Diagnostizierens gefragt. Kliniker, Wissenschaftler, Versorgungsplaner, auch Patienten haben ihre je spe-

zifischen Anforderungen und Wünsche an Diagnosen. Vor diesem Hintergrund wird diskutiert, was unterschiedliche Diagnostik-Konzeptionen leisten – und leisten sollten. Die »Lösung«, die mit DSM-III initiiert wurde, ist zwischenzeitlich selbst zum Problem geworden: Unsere DSM- und ICD-Diagnosen korrelieren weder mit klinisch noch mit biologisch relevanten Sachverhalten, sondern ausweislich ihrer hohen Reliabilität lediglich mit sich selbst.

Auch Diagnosen haben ihre Historie, wie im zweiten Kapitel »Diagnosen diagnostizieren« exemplarisch an verschiedenen Krankheitsbildern gezeigt wird. Je nach Zeitgeist und Weltbild, abhängig von den herrschenden Wissenschaftsparadigmen bzw. soziologischen, sozialpolitischen und epidemiologischen Einflussfaktoren und Bedingungskonstellationen werden psychiatrische Störungen und die dazugehörigen Diagnosen unterschiedlich wahrgenommen, benannt, modelliert und gestaltet. Psychopathologische Phänomene sind keineswegs voraussetzungsfrei gegebene Daten, vielmehr sind sie durch das jeweilige Erkenntnisinteresse und die methodologischen Zugänge vorkonfiguriert. Jede Zeit hat ihre Störungen und jede Diagnose ihre Geschichte.

Kapitel drei untersucht unter der Überschrift »Die Diagnose und ihr Patient – der Patient und seine Diagnose«, was Diagnosen aus dem diagnostizierten Menschen machen und dieser aus seiner Diagnose. Diagnosen können Menschen stigmatisieren, sie können aber auch entlasten, sogar exkulpierend wirken, sie sind Grundlage für Verstehens- und Erklärungsansätze und für daraus abgeleitete Interventionen. Die Diagnose macht den Patienten zu einem »Fall von ...«, darin gerade liegt ihr Wert: den Einzelfall an generalisierte Wissensbestände anschlussfähig zu machen. Andererseits ist der Patient jedoch klarerweise auch mehr und anderes als »ein Fall von ...«. Wie kann seine Besonderheit und Einzigartigkeit als Person im diagnostischen Prozess erfasst werden? Welche qualitativen Unterschiede gibt es beim Umgang der Therapeuten mit ihren eigenen Diagnosen?

Diagnosen objektivieren – so ein verbreiteter Vorwurf. Aber ist das nicht gerade ihr Zweck? Ein der Pathologie verdächtiges Phänomen soll buchstäblich in Gegenstellung gebracht und so fest-gestellt werden, dass es sich der therapeutischen Intervention darbietet. Im vierten und abschließenden Kapitel »Diagnostik zwischen Objektivierung und Subjektivierung« wird gezeigt, dass der Seins- oder Wirklichkeitsbereich, auf den sich psychiatrische Diagnosen beziehen, gänzlich anderer Natur ist als derjenige der Organmedizin. Ein fragmentiertes Selbst oder eine verletzte Seele ist etwas anderes als ein gebrochenes Bein, weil für die hier re-

levante Dimension konstitutiv das Subjekt hinzutritt mit seiner Fähigkeit, sich zu sich selbst zu verhalten. Wie kann eine Diagnostik aussehen, die diese Dimension berücksichtigt? Jedenfalls müsste sie jenseits der – auch notwendigen – Feststellungen ihren Fokus auf die Diagnostik der Möglichkeiten legen und das Ausloten und Erweitern der Freiheit(sgrade). Die klinische Diagnostik kommt erst zu sich selbst, wenn sie die Kategorie der *Möglichkeit* entdeckt. Ob eine solche erweiterte psychiatrische Diagnostik dann aber nicht die Grenze des evidenten und ausweisbaren Wissens überschreitet, bleibt zu diskutieren.

Wir hoffen gemeinsam mit den hier versammelten Autoren, dass sich die Kritik der diagnostischen Vernunft inspirierend auf die klinische Praxis des einen oder anderen Lesers auswirken möge. Im allerbesten Fall soll der Funke der Inspiration dann vom Leser auf die Patienten überspringen – das wäre schön.

Klaus Brücher und Martin Poltrum
Bremen und Wien im Oktober 2012

Literatur

- Andreasen, N.C. (2007) DSM and the Death of Phenomenology in America: An Example of Unintended Consequences. *Schizophrenia Bulletin* 33(1) 108-112.
- Jaspers, K. (1913/1946/1973) *Allgemeine Psychopathologie*. Berlin/Heidelberg/New York.
- van Praag, H.M. (2000) Nosologomania: A Disorder of Psychiatry. *World Journal Biological Psychiatry* 1, 151-158.