

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 schulens- 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.

Zur Kritik der diagnostischen Vernunft

I. Die Krise der psychiatrischen Diagnostik

Die psychiatrische Diagnostik steht in schlechtem Ruf. Die Kliniker exekutieren eher resignativ unter den diversen bürokratischen Prozeduren, die ihnen aufgebürdet werden, den Schematismus der diagnostischen Einordnung. Die Passung der einschlägigen Etikettierungen ist oft ebenso gering wie der therapeutische Nutzen, der sich aus ihnen ableiten lässt. Den Wissenschaftlern, die – aus guten Gründen – einst DSM-III auf den Weg gebracht haben, ist nicht der erhoffte Nutzen erwachsen. Die seinerzeit etablierten *psychischen Störungen* taugen nicht als Gegenstände der Forschung, sie bezeichnen nicht einmal psychopathologisch hinreichend voneinander abgrenzbare Entitäten (Kendell 2002). Der einzige Gewinn, der nicht zu verachten ist: Wir können die diagnostischen Gegenstände reliabel bezeichnen. Das Manko: Wir wissen nicht, welche Sachverhalte mit diesen Bezeichnungen verbunden sind, nicht einmal, ob überhaupt eine Realität hinter den Namen steht. Die Patienten schließlich fühlen sich durch unsere Diagnosen eher stigmatisiert denn gesehen in dem, was sie sind und als welche sie anerkannt werden möchten: einzelne, Personen, Subjekte.

Trotz des allseitigen Missvergnügens: Vor die Therapie haben die Götter die Diagnose gesetzt. Rationales Behandeln bedarf der Diagnose, die ein klinisch als typisch beobachtbares Bild im Rahmen eines wissenschaftlichen Klassifikationssystems so bestimmt, dass idealiter ätio-pathogenetisch definierte Krankheitseinheiten identifizierbar werden (Scharfetter 2010, 32ff.).

Wie bekannt bereitet dies in unserem Fach Probleme. Die gängigen Begriffe bedeuten nicht, was sie scheinen. Beginnen wir mit den Symptomen. Wenn als *Symptome* nicht nur objektive Befunde zugelassen werden, sondern das subjektive Erleben der Patienten – das ist in unserem Fach unvermeidlich, nicht nur, um Patienten zu *verstehen*, vielmehr, um sie zu *diagnostizieren* –, affiziert das den medizinisch definierten Symptombegriff. Denn ein Zeichen für was ist das Symptom des *Gemachten*? Als Symptom 1. Ranges nehmen wir es als gewichtigen, gar beweisenden Indikator für das Vorliegen einer Schizophrenie. Aber was ist *Schizophrenie*, wenn sie bewiesen wird durch ein Symptom *subjektiver* Psychopathologie, das heißt

durch den Bericht des Patienten über sein Erleben? Jedenfalls ist sie dann keine Krankheit im Sinne des medizinischen Modells.

Die Einführung des Subjektiven affiziert nicht nur den Symptombegriff, sie entzieht dem Krankheitsbegriff den Boden und scheint wie eine Ansteckung um sich zu greifen und den Sinn der Konzepte zu zersetzen, mit denen wir hantieren. Die *Krankheit Schizophrenie* dissoziiert in einen *Krankheitsnamen* (das operationale Konstrukt der Krankheit) und *die Krankheit, die wir damit meinen* – von der wir aber nicht wissen, was sie ist, solange diesem Namen ein ätio-pathogenetisches Fundament fehlt.

Wir sehen, die Sache des Diagnostizierens wird zu einer einzigen Fragwürdigkeit. Denn wenn *Symptome* und *Krankheiten* in der Psychiatrie etwas anderes bedeuten als im übrigen Feld der Medizin, dann stellt sich die Frage, was es überhaupt mit psychiatrischen Krankheiten, mit psychiatrischen Diagnosen und auch mit psychiatrischen Patienten für eine Bewandnis hat. So gestellt weist das Problem des Diagnostizierens über die Weise seiner technischen Behandlung hinaus auf die grundlegende Frage nach seiner Konzeptionalisierung. Die Frage ist, welche Frage wir stellen müssen: die nach der Krankheit *Schizophrenie* (zum Beispiel) oder die Frage nach dem, was wir getan haben, um von der Schizophrenie als einer *Krankheit* sprechen zu können. Denn: »... unser Verständnis eines solchen Universums kommt nicht daher, dass wir seine gegenwärtige Erscheinung entdecken, sondern von unserer Erinnerung daran, was wir ursprünglich taten, um es hervorzubringen« (Spencer-Brown 1998, 90).

Die Aufgabe einer Kritik der Diagnostik ist nach Lage der Dinge nur als Kritik der diagnostischen Vernunft zu leisten, das heißt als Reflexion über die Gründe und Methoden, mit denen wir die psychiatrischen Gegenstände zu dem machen, was sie für uns *sind*.

II. Symptom, Krankheit – und das Subjekt

Der mit DSM-III (1980) vollzogene Umbruch richtete sich gegen die Sprachverwirrung einer Diagnostik, die ihre Etikettierungen abhängig von lokalen Traditionen, Schulen und deren theoretischen Vorannahmen vergab, so dass Name und Sachverhalt in einem nur schwer durchschaubaren Verhältnis zueinander standen; für die Verständigung wie für die Forschung ergaben sich dadurch mannigfache Hindernisse. Der neue diagnostische Ansatz sollte auf der Grundlage einer deskriptiven Psychopathologie operational definierte Diagnosen bereitstellen, deren Reliabilität empirisch überprüft werden konnte; er sollte atheoretisch sein, d.h. unabhängig von unausgewiesenen Vorannahmen über die jeweilige Erkrankung, vor allem

sollte er die empirische Forschung stimulieren und ihr produktive Ansatzpunkte liefern. Dies in der Erwartung, so die überkommenen – mehr oder weniger lediglich konventionellen – Krankheitskonstrukte zu echten, neurobiologisch fundierten Krankheitsentitäten weiterzuentwickeln.

Andreasen, eine renommierte neurobiologisch orientierte Wissenschaftlerin, zieht ein ernüchterndes Resümee: »DSM diagnoses have given researchers a common nomenclature – but probably the wrong one (...) DSM diagnoses are not useful for research because of their lack of validity« (Andreasen 2007); sie beklagt den dehumanisierenden Einfluss der Fokussierung auf Symptomchecklisten, hinter denen die komplexe Realität der Patienten für die Psychiater zu verschwinden drohe. Ihre Frage »What is wrong with DSM-III?« nehmen wir zum Ausgangspunkt, zentrale Aspekte der Logik von DSM-III zu untersuchen, die stilbildend für die international gebräuchlichen Diagnosesysteme geworden sind und auch für die künftigen Versionen DSM-V und ICD-11 Gültigkeit haben werden.

Die Autoren der St.-Louis-Gruppe (Washington University), die DSM-III auf den Weg gebracht haben, waren sich der Schwierigkeiten ihres Unternehmens sehr bewusst. Methodisch stützten sie sich auf den logischen Empirismus, ein seinerzeit prominentes Modell wissenschaftlicher Erklärung. Hempel und Oppenheim hatten mit dem deduktiv-nomologischen Erklärungsmodell (Hempel & Oppenheim 1948) ein Konzept vorgelegt, das für *jede* realwissenschaftliche Erkenntnis, also auch für die Psychiatrie, gelten sollte. Hempel (1961, zit. nach Fulford et al. 2006, 324ff.) hat sich 1959 in einem Vortrag vor Psychiatern ausdrücklich mit Problemen der wissenschaftlichen Taxonomie befasst. Vereinfacht gesagt unterscheidet er die deskriptive von der theoretischen Ebene. Hempel postuliert, dass die Wissenschaften sich generell von einer beobachtungsbezogenen Basis hin zu einer theoriebezogenen Basis transformieren. Je entwickelter eine Wissenschaft sei, desto eher könne sie auf Grund von Theorien und Gesetzen Phänomene ihres Gegenstandsbereichs erklären und vorhersagen. Daraus folgerten die Psychiater, die mit der Vorbereitung für ICD-8 und DSM-III beauftragt waren, dass für eine Wissenschaft wie die Psychiatrie die adäquate Beschreibung ihrer Gegenstände im Vordergrund stehen müsse. Diese Auffassung motivierte den Wechsel von der theoriebasierten ätiologischen Krankheitssystematik zu der deskriptiv-symptombasierten Störungssystematik der heutigen Diagnosesysteme wesentlich.

Fulford et al. (ebd.) haben gezeigt, dass Hempel diesen Schluss gerade *nicht* gezogen hatte. Zwar kritisierte er die Art der psychodynamischen Theoriebildung, propagierte aber keineswegs den Rückzug auf ein deskriptives Diagnosesystem in der Psychiatrie. Er ließ ausdrücklich offen,

ob in der Zukunft die psychiatrische Theoriebildung dem biophysikalischen oder dem psychodynamischen Modell folgen würde und konstatierte: »[T]heories of either kind can satisfy the basic requirements for scientific theories« (Hempel, 1961, zit. n. ebd., 327). Hempel (und Oppenheim) sind daher zwar faktisch zu Vätern unserer operationalisierten symptombezogenen Diagnostik geworden, diese Wendung kann jedoch nicht in Berufung auf sie begründet und als wissenschaftstheoretisch und -systematisch zwingend dargestellt werden, wie es immer wieder geschieht (z.B. bei Möller 1976). Im Gegenteil widerspricht die Transformation der psychiatrischen Diagnostik zu einer deskriptiven Klassifikation explizit Hempels Vorhersage, die psychiatrische Klassifikation werde sich, auf welcher theoretischen Grundlage auch immer, in Richtung eines *stärkeren* Theoriebezugs entwickeln – genau wie jede andere Wissenschaft mit zunehmendem Fortschritt auch (Fulford et al. 2006).

Wie man sehen kann, wird die Operationalisierung hinsichtlich ihrer Leistungsfähigkeit sowohl über- wie unterschätzt: Sie ist nur ein methodisches *Werkzeug*, sie überbrückt keine Theorie- und Wissenslücken, im schlechtesten Fall überdeckt sie diese. Und sie ist nicht frei von Theorie; hinter jedem Beschreibungs- und Ordnungsversuch steht notwendigerweise eine *Idee*. Wenn gar psychische Symptome mit somatischen Symptomen *gleichgesetzt* werden, ist das eine metaphysische Annahme, für die nichts spricht und die sich in der empirischen Forschung als nicht tragfähig erwiesen hat. In diesen methodologischen Schlingen hat DSM sich verfangen.

Weil das Hempel-Oppenheim-Schema auch für die Fälle sozialwissenschaftlicher, historischer und psychologischer Erklärungen Geltung beansprucht, also das Konzept einer *Einheitswissenschaft* verfolgt, wäre die Dichotomisierung in Natur- bzw. Geisteswissenschaft, die unser Fach in wissenschaftstheoretischer Hinsicht so problematisch macht, unterlaufen worden; die Psychiatrie hätte sich als Wissenschaft, die einer *einheitlichen* Logik folgt, formulieren lassen (vgl. Möller 1976). Dieser einheitswissenschaftliche Anspruch des Hempel-Oppenheim-Schemas kann jedoch nicht aufrechterhalten werden (Schurz 2007).

Aus all dem lässt sich ablesen, dass die Konstrukteure von ICD-8 und DSM-III das Problem des Diagnostizierens auf einer fundamentalen, nämlich methodologischen Ebene angegangen sind. Das ist eine genuine Leistung, unabhängig von der Frage, wie die seinerzeitigen Entscheidungen und deren Begründungen aus heutiger Sicht zu beurteilen sind.

Die zentrale Herausforderung bestand darin, dem bodenlosen Unternehmen der überkommenen Diagnostik ein Fundament für eine echte

wissenschaftliche Entwicklung zu geben. Der Rekurs auf Kraepelin (vgl. Jäger, in diesem Band) versprach, gerade auch in Abgrenzung zur damals in den USA dominierenden Psychoanalyse, der Psychiatrie einen soliden Forschungsgegenstand beizustellen, nämlich die Suche nach natürlichen Krankheitseinheiten. Sie sollten sich manifestieren in jeweils spezifischer Ursache und Symptomatik, hinsichtlich eines charakteristischen Verlaufs und Ausgangs. Als Forschungsstrategien sollten Epidemiologie, Familienstudien, die Erfassung von Verlauf und Ausgang, das therapeutische Ansprechen und, wo möglich, Labortests eingesetzt werden – mithin ein neo-kraepelinianisches Programm.

Aber schon hier und jetzt mussten Diagnosen gestellt und ein Ausgangspunkt für das Künftige gewonnen werden. Dazu rekurrten die Autoren auf die operationale Diagnostik Kurt Schneiders. Die *Schneiderian first-rank symptoms* (Preiser & Jeffrey 1979) wurden zum Schlagwort für eine Diagnostik, die unter Verzicht auf theoretische Vorannahmen klinisch wiedererkennbare *Krankheiten* zu identifizieren erlaubte. Bekanntlich hat Schneider vorgeschlagen, psychische Störungen *allein* auf der Basis von Symptomkonstellationen zu diagnostizieren, die für die Abgrenzung gegenüber anderen psychopathologischen Zustand-Verlaufs-Einheiten ein besonderes Gewicht besitzen, begrifflich einigermaßen präzise zu bestimmen und bei der Untersuchung gut zu erfassen sind (Schneider 1946/1987, 65). Nach diesem Muster einer atheoretischen Diagnostik wurde DSM-III gebaut.

Auch wenn Schneider sich theoretischer Annahmen über das, was Schizophrenie ist oder sein könnte, enthielt, konnte er so nur verfahren aufgrund der ausdrücklich *theoretischen* Reflexion über den Krankheitsbegriff in der Psychiatrie. Schneider stößt vor zu jenen Handlungen, mit denen wir unser Wissen – oder was wir dafür halten – zuallererst organisieren. Wenn es nämlich bloß ein Postulat ist, die Schizophrenie für eine Krankheit zu erklären, dann *wissen* wir nicht, ob die Schizophrenie eine Krankheit ist (sofern wir mit *Krankheit* »somatische Krankheit« oder ein Analogon meinen), dann muss »*Krankheit*« in Anführungszeichen gesetzt werden oder, mit Schneider, dann »*heißt* ich, gewissermaßen verabredungsgemäß, diese Psychose eben eine Schizophrenie« (ebd., 63, Hervorhebung durch Schneider).

Soweit sind die Autoren von DSM-III Schneiders Intention gefolgt, die alten psychiatrischen Krankheiten wurden zu *Störungen*. Aber Schneiders Zweifel war weit grundsätzlicher, seine sprachliche Vorsicht entsprang der Frage, ob es in der Psychiatrie überhaupt so etwas wie *Krankheiten* im somatologischen Sinne gebe (außerhalb der organischen Psychosen). Das zeigt sich an der Bedeutungsveränderung des Symptombegriffs: