

Psychische Diagnosen - wozu, für wen und was besagen sie?

Wolfgang Palm

Angenommen, Sie als Leser*in kommen als Patient*in zu mir, einem Psychotherapeuten, in die erste Sprechstunde und haben eine Überweisung ihrer Hausärzt*in dabei, auf der eine *psychische* Diagnose vermerkt ist. Da könnte, wie so oft, F32.9 G stehen: G steht für *gesichert* und F32.9 kennzeichnet eine *Depression*. Eine solche Diagnose wandert, wie alle anderen auch, später in den Computer Ihrer Krankenkasse. Denn ohne Diagnosen gibt es keine Abrechnung von Ärzten und Psychotherapeuten mit Krankenkassen und Versicherungen. Aus meiner Sicht als niedergelassener Psychotherapeut ist dieses ein Hauptzweck psychischer Diagnosen.

Wie aber kommen Sie es zu dieser Diagnose? Vermutlich hat die Hausärzt*in Ihnen einige Zeit zugehört, einige Fragen gestellt, vielleicht noch einen kurzen Fragebogen verwendet, und daraufhin die psychische Diagnose gestellt. Fertig! Bei der Diagnose eines grippalen Infektes war es früher - vor Corona - so ähnlich, nur ohne Fragebogen. Doch der Erreger von Covid 19 erfordert mehr und anderes, nämlich eine *Messung*, einen Handlungsablauf, durch den das Vorhandensein eines Virus im Leib einer Betroffenen, unabhängig von deren Meinen, Empfinden und ihren Beschwerden festzustellen ist. Und dieser Unterschied zu der Weise, wie eine *psychische* Diagnose gestellt wird, ist einer um's Ganze (Adorno).

Sollten Sie, falls betroffen, daher eine psychische Diagnose überhaupt ernst nehmen? Meine Antwort ist ein beherztes "Jein". "Ja", weil darin ein Wissen um Muster und Zusammenhänge von Störungen des Denkens, Fühlens, Empfindens, Verhaltens und Handelns komprimiert ist, die in großen Teilen der Welt, überwiegend der westlichen, auftreten, verschiedene Grade der Ausprägung, Hartnäckigkeit und Dauer aufweisen. Andererseits "nein", falls Sie darin eine Krankheit in einem medizinischen Sinne sehen, eine Krankheit, die in Ihnen haust und vor allem - wie nun in jüngster Zeit ausgiebig in die Informationswelt gepostet worden ist - Ihr Gehirn befallen hat. Zwei Fragen ist also nachzugehen: 1. Woraus bestehen psychische Diagnosen? 2. Für welche Zwecke werden sie benutzt?

Zur ersten Frage. Psychische Diagnosen sind die Kennzeichnung und Beschreibung von Störungen besonderer Art, bei denen seit Jahr und Tag unter den 'Experten' umstritten ist, was sie sind, ob die Störungen in der beschriebenen Weise weltweit existieren, und inwiefern sie Krankheiten benennen. Mit der gesetzlichen Eingliederung der Psychotherapie in das ambulante und stationäre 'Gesundheitswesen' der BRD sind sie allerdings zu Diagnosen in der medizinischen Versorgung geworden. Doch es bleibt ein nicht zu überlesender Unterschied, der auf die Frage hinaus läuft: Sind die Diagnosekriterien psychischer Störungen nichts als ein Meinungskompromiss hochrangiger Forscher? Zynische Zungen sagen, er beruhe auf der 'BOGSAT-Methode': A "Bnunch Of Guys Sitting Around a Table." Auch kann man sich schwer des Eindrucks erwehren, dass Geschäftsinteressen in die Kategorien Eingang gefunden haben. In den wissenschaftlich hochkarätig besetzten Gremien wird lange um Definitionen und Merkmale psychischer Störungen gerungen. Gültig ist derzeit das US-amerikanische Manual DSM 5 und demnächst das neue der WHO, das ICD 11. Auch

hier gilt wieder: es ist ja nicht so, dass da nichts dran wäre, undurchsichtig ist lediglich wie das, was möglicherweise dran ist, auch hinein gekommen ist. Klar ist indes soviel: psychische Diagnosen beruhen nicht auf naturwissenschaftlichen *Messvorgängen*! Und folglich handelt es sich bei den Definitionen im DSM 5 und im ICD 11 nicht um Ergebnisse naturwissenschaftlicher Forschungsarbeiten, obgleich einzelne Daten aus solchen darin Eingang gefunden haben mögen. Die *klinischen Kriterien*, auf die sie sich stützen, sind mehr oder weniger sprachlich konzise und knapp in den entsprechenden Abschnitten formuliert sind. Dennoch begegnet man dort zunächst einmal *Worten*. Und um deren *Bedeutung* einigermaßen übereinstimmend verwenden zu können, bedarf es einer eingehenden Ausbildung und längerer Erfahrung.

Bereits beim flüchtigen Lesen der Kriterien wird klar: Niemand hat eine Depression wie einen Virus! Die Depression ist nicht *im Leib* wie die Erkrankung an Viren. Die Depression ist ein eigenartiges Bezogensein zu sich selbst und zur Lebenswelt, ja - und das geht mit körperlichen und also auch mit neuronalen Veränderungen einher. Aber die Störung sitzt nicht als Krankheitsursache im Gehirn! Sie ist keine Erkrankung eines Organs des Leibes! Auch das 'Gehirn des Darm', neuerdings eine der depressions-verdächtig gewordenen Verirrungen der Semantik wissenschaftsnaher Sprachblüten, *verursacht* keine Depression, obwohl der Darm und sein Nervensystem dabei eine Rolle spielen können. Freilich sind bei klinisch diagnostizierten Depressionen auch Veränderungen im Gehirn festgestellt worden, doch die Frage, was *Ursache* und was *Wirkung* ist, führt in die Irre bzw. hat keine sinnvolle Antwort. *Ant-Worten* dieser Art, die die Semantik der Sprache quälen, gibt es freilich viele.

Wer auch immer versucht hat, aus naturwissenschaftlichen Forschungsbefunden über Abläufe im Gehirn eine *kausale* Erklärung für psychische Störungen herzuleiten, in dessen Schrift findet ein aufmerksamer Leser unvermeidlich *semantische* Kunststückchen, mittels derer naturwissenschaftlich zu messenden Objekten sprachlich Bedeutungen beigelegt werden, die sich lediglich der Interpretation eines Forschers oder eines Wissenschaftsjournalisten, also eines mit Sprache ausgestatteten Menschen, verdanken können, der sie als *Ursache* psychischer Störungen proklamiert. Interpretieren der Hirnforschung sollten endlich damit aufhören Attribute, die sich Menschen als lebendige und sprechende Wesen gegenseitig zuschreiben, Organen oder anderen Teilen des Leibes beizulegen. Dann würde das Internet vielleicht etwas weniger Unsinn über das psychisch erkrankte Gehirn verbreiten. Doch auch mancher Hirnforscher ist selbst an der Begriffsverwirrung beteiligt. Eine der vielleicht findigsten sprachlichen Verdrehungen hat in jüngerer Zeit ein Herr Professor Roth gemacht. Mittels Rückgriff auf den bekannten Philosophen Kant verschob er die sprachlogischen Ungereimtheiten vorgeblich naturwissenschaftlicher Erklärungen vom empirisch aufweisbaren Gehirn auf ein *transzendentes* Gehirn, um gleichzeitig jene Leser, die bei einem solchen sprachlichen Trick nicht mitziehen wollen, der Ignoranz fundamentaler philosophischer Erkenntnisse zu zeihen. Dafür nennt ihn sein der Verlag 'den größten derzeit lebenden Naturwissenschaftler'. Aber auch der systemtheoretische Übergang - mittels Emergenz - aus der Quantität milliardenfacher Neuronenverknüpfungen in eine neue Qualität, z.B. die von Bewusstsein, ist nicht mehr als ein Schauern erzeugender semantischer Trick, eine Art wissenschaftstheoretisches Akrakadabra, eine begriffliche Dunkelstelle des philosophischen Denkens, die sich vielleicht - oder

sogar hoffentlich - nie erhellen lässt. Ein Satz wie "Mein Gehirn macht mich verrückt" ist halt - frei nach Wittgenstein - schlichter Unsinn!

Faktisch haben die vergangenen Jahrzehnte der Gehirnforschung bis dato keine Veränderungen im Gehirn ausmachen können, die die klinischen Erscheinungsweisen psychischer Störungen *kausal* erklären, d.h. auf physikalische Gesetze zurückführen würden. Langsam gestehen selbst hartnäckige Vertreter einer neuro-biologischen Psychiatrie zu, dass beispielsweise die Serotonin-Mangel-Hypothese, welche die Entstehung einer Depression erklären soll, kaum sie stützende Forschungsbefunde aufweist. Vorsichtiger heisst es, das es biologisch gesehen die psychiatrischen Diagnosen nicht gäbe, dass vielleicht so eine Art Kontinuum existiere. Tausende Gene trügen jeweils nur ein klein wenig zum Risiko für ein psychisches Probleme bei. Das ist im Grunde eine Bankrotterklärung für das Denken in Kausalitäten. Konsequenterweise haben - den einschlägen Meldungen zufolge - die großen Pharmakonzerne die Forschung für neue Psychopharmaka auf Eis gelegt.

Die zweite Frage, die nach den Zwecken, heisst konkret: Eröffnen diese psychischen Diagnosen - als Klassifikationen von Störungen - einen systematischen, störungszentrierten Zugang zu Behandlungen? Auch hier ist die Antwort erneut ein beherztes "Jein". Seit ihrem Beginn in die Mitte des 20 Jhds schwankt die Psychotherapieforschung in ihren Berichten - recht vereinfacht und grob skizziert - zwischen zwei Polen hin und her, der eine betont die *therapeutische Beziehung*, der andere die *störungszentrierte Behandlungstechnik* als Hauptwirkungsfaktor von Psychotherapien. Unter dem Sammelnamen *Verhaltenstherapie* belegen experimentellen Studien regelmäßig die Wirksamkeit *störungszentrierter* Behandlungsmethoden, wobei die Störungen auf Basis der jeweils gängigen Kategorien des jeweils geltenden amerikanischen DSM diagnostiziert werden. Das hat eine unhübsche 'Nebenwirkung': Änderungen der Kategorien im jeweils neuesten DSM, könnten eventuell eine Reihe zuvor hoch gelobter Studien zur Makulatur machen! Wie stark 'psychische Krankheiten' definitionsabhängig sind, zeigt der Vergleich mit der Schwerkraft. Würde eine erlauchte Physikergremium diese umdefinieren, bliebe ihre Wirkung im Alltag dieselbe wie bisher, in Deutschland wie in Japan. Aber noch bis gegen Ende des 20. Jhd. kannte man in Japan die *Depression* so gut wie nicht. Daher erbarmten sich zwei US-Pharmariesen solcher Unwissenheit und sorgten schließlich dafür, dass das Land den medikamentösen 'Fortschritt' im Gefolge dieser Diagnose erfahren durfte. Auch andere Psychodiagnosen brauchten ihren Export nach Sri Lanka und Honkong.

Die Wirksamkeitsforschung mit ihren ausgesuchten Stichproben besteht im Kern aus einer seit jeher umstrittenen, roh-experimentellen Methodologie mitanschließend schematisch angewandter Statistik. Die darauf beruhende Ergebnisse werden als empirisch fundierte Verhaltenstherapie in Behandlungsmanuale gegossen und als 'Goldstandard' der Behandlung psychischer Störungen in die Ausbildung von Verhaltenstherapeut*innen exportiert. Verfeinerungen werden als Nachreichungen versprochen und manchmal auch geliefert. Die manualisierte Psychotherapie soll zu einer fokussierten, effizienten und zu einer bestimmten Zahl - meistens 12 bis 14 - begrenzter Behandlungstermine führen. Das ist ganz im Sinne der Krankenkassen, dadurch würden sich die Zeiten der Arbeitsunfähigkeiten und damit die in den letzten Jahren mit dem Anwachsen psychischer Diagno-

sen drastisch gestiegenen Kosten erheblich vermindern. Auch die - nach je eigener Darstellung - wissenschaftlich evaluierten Therapieprogramme auf den einschlägigen Portalen im Internet beruhen auf den experimentellen Studien bzw. den Therapiemanualen. Ihre Zahl wächst und sie sind nach kurzer Recherche im Netz zu finden. Einige Krankenkassen unterstützen diese Portale finanziell. Wem dadurch geholfen werden kann, der kommt nicht in die Praxen niedergelassener Therapeut*innen. Dagegen ist nichts einzuwenden. Auch ein Teil der Selbsthilfeliteratur in klassischer Buchform beruht im Kern auf solchen Therapiestudien.

Nebenbei: Die Entwicklung von 'immer neueren und originelleren' Therapietechniken zu Spezialverfahren hat so ihre Eigendynamik. Jede dieser irgendwann als wirkungsvoll nachgewiesenen psycho-therapeutischen Spezialverfahren beruht auf einer mehr oder weniger kleinen Zusatzentdeckung. Denn - so das Pareto-Prinzip - nach bereits erfolgtem großen Fortschritt sind weitere größere nicht mehr zu erwarten. Unter dem juristischen Schutzmantel des *geistigen Eigentums* werden diese Fortschritte mit einer Reihe sie umringender Rituale zu einer eigenen Therapiekonzeption ausgebaut. Deren geistiger Urheber ist der US-amerikanische Geschäftssinn, der die Konzeption unter eigenem Markennamen als eine Singularität (Reckwitz) zu vermarkten trachtet. Die Ringe aus Ritualen, die den Kern der Technik ummanteln, weisen oft einen quasi-sakralen Charakter auf, der dazu verpflichtet, ihre Reihung bei jeder Ausführung wie eine heilige Handlung beizubehalten. Bis zu fünf Jahren weiterer Ausbildung brauchen bereits ausgebildete Therapeut*innen, um eine Zertifizierung im quasi-Franchising-Betrieb für so ein Spezialverfahren zu erhalten. Das kostet eine beachtliche Stange Geld. Der Kulturkapitalismus der Spätmoderne wird solche 'Kulturwaren' weiter voran treiben: Boutiquen versuchen ästhetische Gesamtpakete zu verkaufen, das Staatstheater auf seine Weise auch. Warum nicht für die Psychotherapie? Zumindest virtuell besteht bereits die Tendenz Psychotherapie als Psycho-Boutique nach dem Gusto der Kund*innen und Ausbildungsgesellschaften anzubieten.

Die durch das Internet mit Wissen um neueste und wirksame Therapietechniken aufgeklärte Patient*in betritt die niedergelassene Psychotherapiepraxis und muss erfahren, dass es so nicht geht: Das Kostüm aus der virtuellen Boutique hängt nicht in der realen. Der Kurzschluss 'Diagnose -> virtuell zusammengestellte Behandlungstechnik' funktioniert nicht. Auch Tipps, Tricks und gute Ratschläge, die vor allem jüngere Patient*innen einfordern, bietet das Internet zahlreicher als ich sie je aufsagen könnte, falls ich das überhaupt wollte. Meist stehen unliebsame Affekte, kognitive Einschränkungen oder somatoforme Beschwerden der Verwirklichung einer Selbstkonzeption im Wege, die eine Betroffene anweist, wie sie/er zu sein, zu funktionieren und welche Ziele sie/er anzustreben habe. Doch oft ist es so, dass just diese Selbstkonzeption tunlichst nicht befragt werden sollte, obwohl sie der Generator der psychischen Probleme ist - um im technischen Bild zu bleiben. Indes sind solche Selbstkonzeptionen u.a. durch diverse gesellschaftliche Entwicklungen mitbestimmt, deren Verinnerlichungen auf merkwürdige Weise so erscheinen, als seien sie die eigentliche und nicht die heutige, spätmoderne Selbstbestimmtheit. Nach wie vor aber gehören das *Verstehen* der eigenen Entwicklung, der biografisch-familiären und auch leiblichen Entwicklungsgeschichte zu den Voraussetzungen einer gelingenden Psychotherapie. Dazu das Erkennen, dass die eigene Selbstkonzeption geschichtlich bedingt, teilweise brüchig und teilweise selbst-

schädigend sein kann. Nicht zuletzt kommt auch die erforschte Psycho-Technik zu ihrem Einsatz, meist an jenen Stellen, an denen es darauf ankommt, die sich in einer Eigendynamik abhebenden Störungsanteile aufzulösen.

Allerdings wird die spätmoderne, kulturkapitalistische Tendenz zur virtuellen Boutiquen-Therapie für Kassenpatient*innen von bundesweit tätigen Institutionen nachhaltig ausgebremst. Seit 2017 gibt es die per Gesetz geforderten und von den Kassenärztlichen Vereinigungen eingerichteten *Terminservice Stellen* (TSS). Jede Patient*in, die bei der Hausärzt*in über etwas klagt, das sich als nur irgendwie auch psychisch anhört, erhält die Telefonnummer des bundesweiten Notdienstes, der zur TSS weiter leitet. Die Wirkung dieser Einrichtung lässt sich auf Basis meiner demnächst vierjährigen Erfahrung als überwiegend destruktiv für das Psychotherapie-Vorverständnis der zu den Sprechstunden verschickten Patientin*nen einstufen. Gleichzeitig werde ich als Psychotherapeut in vielen ersten Sprechstunden rundweg überfordert. Ich müsste zugleich Sozialarbeiter, Arbeitsamtberater, Schmerzspezialist, Volljurist, Rentenspezialist, umfassender Klinikenkenner, Auskunftsstelle für alle Selbsthilfestellen im Landkreis und Allreoundkenner der überbordenden Selbsthilfeliteratur sein, kurz - am besten allwissend wie der Liebe Gott, um den Anforderungen der mit ihrem Elend Geschlagenen einigermaßen gerecht werden zu können. Würde ich mich aber auf das beschränken, was im Sinne der Krankenkassen als Maßgabe für einer Sprechstunde gilt und seitens der Kassenärztlichen Vereinigung auch so gefordert wird - nämlich ausschließlich psychische Diagnose und Behandlungsnotwendigkeit festzustellen - oder ggf eben nicht - so würde meine Jameda-Beschimpfungsliste noch länger ausfallen als sie es schon ist und damit rekordverdächtig werden. Ich sehe dort auch nicht mehr nach.

Literatur, auf die sich das Papier stützt:

Autorenteam (ohne Datum). Psychotherapieforschung. Wikipedia.

<https://de.wikipedia.org/wiki/Psychotherapieforschung>

Bennet M R, Hacker M S (2010). Die philosophischen Grundlagen der Neurowissenschaften. Darmstadt

Bercht A (2020). Biologisch gesehen gibt es die psychiatrischen Diagnosen nicht. *Spektrum der Wissenschaft*, Woche 34

Breidbach O (1997). Die Materialisierung des Ichs. Zur Geschichte der Hirnforschung im 19. und 20. Jahrhundert. Frankfurt a.M.

BTPK (2019). Pressemitteilung zur Psychotherapeutischen Sprechstunde. https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20190117_PM_BPtK_gestufte_Versorgung_01.pdf

Caspar F (2016). Moderne Verhaltenstherapie und Allgemeine Psychotherapie. *VPP*, Heft 2 / 2016.

De Jonge P (2017). Depression ist nur eine Konsensdefinition. <https://www.heise.de/tp/features/Es-gibt-keine-Depressionen-3727685.html?seite=3>

Filipp, S.-H. (1979). Selbstkonzept-Forschung: Probleme, Befunde, Perspektiven. Stuttgart

Fuchs T (2020). Verteidigung des Menschen. Grundfragen einer verkörperten Anthropologie. 2. Aufl., Frankfurt a.M.

Fuchs T (2017). Das Gehirn - ein Beziehungsorgan. Frankfurt a. M.

Grawe K (2000). Psychologische Therapie. 2., korr. Aufl., Göttingen u.a.
Kant I (1781, 1968). Kritik der reinen Vernunft, zwei Bände, Frankfurt a.M.
Linsenhoff A (2020). Wirksamer werden. *Psychotherapeutenjournal*, Heft 1 (2020)
Palm W (2018). Internet-Psychotherapie. <https://www.wopalm.com/wp-content/uploads/2018/02/Internetpsychotherapie.pdf>
Palm W (2016). Über den Mythos von Ursachen und Wirkungen in der Psychotherapie.
<https://www.wopalm.com/wp-content/uploads/2016/04/kausalitaet.pdf>
Palm W (1991). Zur Validität psychologischer und physikalischer Messprozesse. Frankfurt a.M.
Reckwitz A (2020). Das Ende der Illusionen, Frankfurt a.M.
Roth G, Strüber N (2014). Wie das Gehirn die Seele macht. Stuttgart
Stangier U (2019). Prozessbasierte Kognitive Verhaltenstherapie – Integration von Kognitiver Verhaltenstherapie und Dritter Welle unter der Perspektive der Prozessorientierung. *Psychotherapeutenjournal*, Heft 3 (2019)
Tesarz J, Seidler G H, Eich W. (2015). Schmerzen behandeln mit EMDR. Stuttgart
Watters E (2016). Crazy Like Us. Wie Amerika den Rest der Welt verrückt macht. Tübingen

(Stand der Links: 01/2021)

Autor und Copyright: Dr. Wolfgang Palm, Dipl.-Psych, Dipl.-Phys, Psychotherapeut