

Logiken des Gesundheitswesens

Tom Levold:

»Wir dürfen ›Sinn‹ nicht medikalisieren«

Keine Psychotherapie ohne eine fundierte Diagnostik – ja, aber welche Funktionen hat eine Diagnose eigentlich? Was stimmt an diesen Schablonen? Und: An so mancher Stelle erscheint sie sogar hinderlich.

Herr Levold, jede Profession hat ihre eigenen handwerklichen Standards, gehört in der Psychotherapie das Diagnostizieren dazu?

Grundsätzlich muss man vorausschicken, dass wir als Therapeuten nicht nicht diagnostizieren können. Die Frage ist also weniger, *ob* man diagnostiziert, sondern aus welcher Perspektive man beobachtet und welche Kriterien und Kategorien man benutzt. Da gibt es unter den Psychotherapeuten und erst recht zwischen den verschiedenen Schulen große Unterschiede. Manche betrachten die Erstellung einer formalen Diagnose nach ICD schon als Teil der Therapie, Systemiker würden eher postulieren, dass Diagnostik – wie Forschung und Wissenschaft auch – zur Umwelt von Psychotherapie gehört, zum Beispiel um Therapien mit den Kassen abrechnen zu können. Für die Wahl einer therapeutischen Vorgehensweise ist die Vergabe einer formalen Diagnose nicht zwingend.

Die Zuweisung etwa der F-Ziffern nach ICD halten Sie lediglich für einen Verwaltungsakt, der die Finanzierung sichert?

Nicht »lediglich«, denn das ist natürlich ein ganz zentraler Punkt. Das Gesundheitssystem braucht Kriterien, um zu entscheiden, welche Leistungen bezahlt werden sollen. Es geht also um Ressourcenverteilung. Die Frage ist dann aber immer noch: Was hat das mit dem therapeutischen Prozess zu tun? Brauchen wir die Einordnung unter eine F-Ziffer aus therapeutischen Gründen oder verlassen sich Psychotherapeuten nicht vielmehr auf andere Möglichkeiten der Einschätzung ihrer Klienten? Darüber gehen die Meinungen doch deutlich auseinander. Der kritische Diskurs zur herrschenden Diagnostik ist ja überhaupt nicht neu, bekam

aber durch die Auseinandersetzungen um die neue Version 5 des DSM wieder größere Aufmerksamkeit.

Trotzdem bieten Diagnosen mit den entsprechenden Einordnungen von Symptomen eine Orientierung.

Das stimmt. Allerdings wird dabei oft übersehen, dass es sich lediglich um eine Beobachtung handelt, um eine Konstruktion durch den Beobachter. Das, was sich zum Beispiel hinter »F 42« verbirgt, existiert nicht irgendwo, ist keine eigene »Entität«, sondern ist eine Wahrnehmungskonstruktion. Jede diagnostische Einschätzung hat ihre Stärken und ihre Schwächen, sie ermöglicht Vergleiche oder bietet Zugang zu bestimmten Formen des Erfahrungswissens, erzeugt aber auch neue Probleme. So werden psychische und soziale Probleme in unserem medikalisierten Diagnostiksystem zu individuellen Krankheiten oder Störungen und ihr Verständnis wie ihre Behandlung wird damit aus ihrem Entstehungskontext herausgelöst. In der Folge werden Krankheiten und Störungen behandelt, aber keine Menschen in ihren relevanten sozialen Bezügen.

Viele psychisch beeinträchtigte Menschen sammeln im Laufe ihres Lebens einen ganzen Katalog von Diagnosen an – wie erklären Sie das?

Als Supervisor psychiatrischer Kliniken bin ich immer wieder beeindruckt, wie viele verschiedene Diagnosen sich in den immer dicker werdenden Akten von Patienten finden, die schon eine psychiatrische Karriere aufzuweisen haben. Die Diagnosen hängen stark davon ab, was die Patienten bei der Aufnahme gezeigt haben, wer sie jeweils aufgenommen hat, mit welchen Kriterien die diagnostizierenden Personen gearbeitet haben, wie Diagnosen im Lauf der Zeit während einer stationären Unterbringung abgewandelt werden und Ähnliches. Genau daran sieht man ja schon, wie sehr die Diagnose vom Beobachter und seinen Kriterien abhängig ist und eben nicht von einer irgendwie unabhängigen existierenden »Krankheit«. Dennoch ist gegenwärtig eine ICD-Kodierung schon aus ökonomischen Gründen zwingend.

Dann ist natürlich zu fragen, was das für die Behandlung und den therapeutischen Prozess bedeutet. Die Orientierung an Leitlinien wie auch die Vergabe von Diagnosen bezieht sich immer auf statistische Phänomene, ohne dass der behandelnde Therapeut schon eine Idee davon hätte, was für den individuellen Behandlungsprozess hilfreich ist. Wir lernen also Ähnlichkeiten in Symptomen zu gruppieren und sortieren Klienten

dann entsprechend zu, aber ob das eine gute Beschreibung der Problemlage dieses Menschen ist, das bleibt doch die Frage.

Welche Bedeutung hat die Diagnose im fortschreitenden Therapieprozess?

Man kann zunächst einmal sehen, dass die Bedeutung der Diagnose für den Therapeuten während des Therapieprozesses immer weiter nachlässt. Im Laufe der Zeit werden die Schilderungen der Probleme von Klienten seitens der Therapeuten zunehmend interaktions- und alltagsnäher. Hier zeigt sich, dass vieles von dem, was am Klienten wahrgenommen wird, von den Diagnosesystemen gar nicht erfasst werden kann. In der Therapie sehen wir zunehmend den Menschen hinter der Diagnose. Dann werden auch ganz anderen Themen wichtig. Andernfalls kann eine Diagnose auch zum Etikett werden, das die gesamten Beziehungen der Klienten prägt und auf diese Weise zu einer Chronifizierung beitragen kann. Das Netzwerk kritischer englischer Psychiater (www.criticalpsychiatry.co.uk) fordert übrigens auch aus diesen Gründen die Abschaffung der formalen Diagnoseklassifikationen ICD und DSM. Jeder Therapeut muss sich von seiner Diagnose auch wieder lösen können.

Das klingt jetzt so, als sei die Diagnose zunächst einmal dazu da, dem therapeutischen Personal Sicherheit zu geben, nicht dem Klienten.

Für viele Klienten ist schon auch wichtig, dem, worunter sie leiden, einen Namen geben zu können, insofern kann eine Diagnose auch einem Klienten Sicherheit vermitteln. Für mich steht aber die Interaktion und Kommunikation mit dem Klienten im Fokus des therapeutischen Arbeitens, weniger das Abfragen standardisierter Symptomlisten.

Würden Sie sagen, dass eben diese Standardisierungen den Zugang zum individuellen Klienten sogar behindern können?

Wenn wir zu sehr an den Symptomen und ihrer Einordnung unter eine Diagnose kleben, dann beeinflusst das auf jeden Fall unsere Interaktion. Was wollen wir beim Klienten finden? Seine Defizite, die wir als Symptome beschreiben und zu Diagnosen zusammenfassen? Oder vielleicht seine Möglichkeiten und Ressourcen, seine Interaktionsmuster, mit denen wir selbst in der Therapie arbeiten können? Wir müssen ja die Funktion des problematischen Verhaltens im sozialen Kontext des Klienten sehen. Wie trägt die Aufrechterhaltung dieses Verhaltens zur Stabilisierung seines Beziehungskontextes bei? Diese Fragen sollten uns stärker interessieren.

Nun stehen natürlich die Diagnosen meistens schon im Raum, ob man will oder nicht, oder der Klient bringt sie sogar mit in die Therapie.

Dabei spielt zunächst einmal eine Rolle, dass und wie sich ein Klient selbst beobachtet. Mit seiner Selbstdiagnose geht eine Problembeschreibung einher. Und es ist wichtig zu sehen, welche Erfahrungen ein Klient schon mit Diagnosen gemacht hat. Das muss erst einmal miteinander besprochen werden. Welche Bedeutung haben diese Bezeichnungen und Kategorien? Daran kann man anschließen, was subjektiv als Lösung oder zumindest Hilfestellung empfunden wird. Also, welches Problem hat der Klient aus seiner eigenen Sicht und welches Anliegen hat er für den Veränderungsprozess?

Die systemische Psychotherapie war immer eine Kritikerin der standardisierten Diagnostik, will nun aber Richtlinienverfahren werden. Befürchten Sie, dass der Blick der Therapeuten in den Systemkontext verkümmern wird?

Die Kritik der Systemiker an den aus dem medizinischen Denken resultierenden Diagnosesystemen beruhte immer darauf, dass Psychotherapie an Sinnkonstruktionen von Menschen arbeitet. Wir dürfen »Sinn« nicht medikalisieren. Psychotherapie ist kein Medikament. Die systemische Therapie schaut zum Beispiel stärker auf Bindungsmuster und auch auf die Interaktion: Was bietet mir ein Klient als Beziehungsthema an, was kommt in der Interaktion zum Ausdruck? Die Beziehungsdynamik, die sich dabei zeigt, hat viel mit den Mustern zu tun, die in der lebensgeschichtlichen Erfahrung und der Ursprungsfamilie und anderen sozialen Kontexten entstanden sind.

Diagnostik heißt hier: Wie funktioniert ein Mensch in einem bestimmten sozialen Kontext, welche Erwartungen werden da geprägt, wie sieht es mit Abhängigkeiten, wie mit der jeweiligen Individuation aus? Die Antworten darauf sind nur aus der Beziehungsdynamik zu gewinnen. Da helfen die klassischen Symptomlisten nicht. Und bei alldem müssen wir Ressourcendiagnostik betreiben, also nicht fragen, was die Probleme und Defizite sind, sondern welche Ideen und Möglichkeiten die Klienten für Lösungen mitbringen. Dabei wird dann auch das Therapeutenerleben stärker mit einbezogen, also das, was in der Beziehung zwischen Therapeut und Klienten passiert. Das alles wird auch weiterhin zum systemischen Blick gehören, da bin ich sicher.



*Tom Levoid, Studium der Sozialwissenschaften, Psychologie, Ethnologie und Geschichte, ist Systemischer Therapeut, Supervisor und Organisationsberater in freier Praxis in Köln. Er beschäftigt sich seit 1980 mit theoretischen und praktischen Fragestellungen des Systemischen Ansatzes. Zusammen mit Michael Wirsching hat er das Buch *Systemische Therapie und Beratung – das große Lehrbuch* herausgegeben.*

