

Psychodiagnostik in der Psychiatrie

Wollschläger, Martin

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Wollschläger, M. (1989). Psychodiagnostik in der Psychiatrie. *Psychologie und Gesellschaftskritik*, 13(4), 41-48. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-250088>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC-ND Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-NC-ND Licence (Attribution-Non Commercial-NoDerivatives). For more information see:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>

PSYCHODIAGNOSTIK IN DER PSYCHIATRIE

MARTIN WOLLSCHLÄGER

Vorbemerkung

Unter dem Begriff der Psychodiagnostik wurde in der Vergangenheit allgemein-
hin und wird in der Gegenwart immer noch vieler Orten folgende Tätigkeit ver-
standen: Mit Hilfe psychologischer Test- und Meßverfahren, die von sich be-
haupten, wissenschaftlichen Kriterien zu genügen, erkennen und benennen Psycho-
logen eine seelische Störung oder Erkrankung.

Denn: Diagnose oder Diagnosis bedeutet nichts anderes als Erkennung und Be-
nennung einer Krankheit. Denn merke: "Die sichere Diagnose ist die Grundlage
jeder Behandlung." (ZETKIN/SCHALLDACH 1978).

Ich möchte mich jedoch im weiteren nicht auf die klassische Definition der
Psychodiagnostik festlegen. Wenn es überhaupt so etwas wie Psychodiagnostik
geben kann, ist diese sicherlich weit komplexer und schwieriger zu betreiben,
als sich dies in der psychologischen Meß- und Testdiagnostik darstellt.

Der Autor ist seit 1981 ununterbrochen als Dipl.-Psychologe in verschiedenen
psychosomatischen und psychiatrischen Kliniken tätig.

Versuch einer Landschaftsbeschreibung (ohne Anspruch auf Vollständigkeit)

Nach wie vor ist die Psychiatrie, über die ich als Psychologe hier zu schreiben
habe, eine Disziplin der Medizin. Dies immer wieder festzustellen, ist für Medi-
ziner wie für Psychologen gleichermaßen wichtig: Denn beide Seiten können mit dem
Hintergrund dieser klaren Zuordnung besser über Trennendes und Verbindendes spre-
chen. Z.B. bedeutet für mich als Psychologe die simple Tatsache, daß die Psychia-
trie eine Disziplin der Medizin ist, daß ich dort Gast bin. Dieser Status ist nicht
der schlechteste, denn ist man sich dessen eingedenk, so bewahrt einen dies vor
Größenwahn und falschen Hoffnungen. Allerdings ist man im Gaststatus doch sehr
der Laune der Gastgeberin (der Medizin) ausgeliefert: Im konkreten Fall kann man
als psychologischer Gast willkommen, aber man kann auch nur geduldet sein.
Und selbst, wenn man herzlich willkommen ist, empfiehlt es sich aus Gründen der
Identitätswahrung, nicht in der Willkommensumarmung der Gastgeberin zu verharren.
Wenn man dies doch tut, läuft man Gefahr, zum Juniopartner der Medizin abge-
wertet zu werden. Außerdem verstellt es den Blick für die Tatsache, daß nahezu
die gesamte Definitionsmacht für das Fach eindeutig bei der Medizin liegt.
Daran ändert auch die Tätigkeit einiger Psychologen an psychiatrischen Lehr-

stühlen nichts. Schließlich ist zu befürchten, daß die Psychologie bei einer zu großen Nähe zur Medizin nicht mehr in der Lage sein wird, eigenständige und produktive Beiträge im gemeinsamen Arbeitsgebiet zu liefern.

Psychiatrische Diagnostik

In Struktur und Aufbau folgt die psychiatrische Diagnostik ihren körpermedizinischen Nachbardisziplinen. Dabei bilden Exploration, Anamnese, körperliche sowie neurologische Untersuchungen den Grundstock. Der klassische Einsatz der Psychologen läge bei dieser Art von Diagnostik in der Durchführung der Leistungs-, Intelligenz- und Persönlichkeitstestverfahren. Im konsiliarischen Verfahren würde der klassische Psychiater den in der Klinik arbeitenden Psychologen bitten, unter Vorgabe einer genauen Fragestellung das eine oder das andere oder alle zur Verfügung stehenden Testverfahren mit dem Patienten durchzuführen, um die gesamte Diagnostik zu vervollständigen. Am Ende dieses Verfahrens steht die Benennung des Resultats. Es kann z.B. lauten: Einfache paranoide Psychose (ICD 297.0).¹ Wer will, kann sich ausführlicher über diese psychiatrische Diagnostik in den einschlägigen Lehrbüchern wie z.B. BLEULER (1983), SCHULTE und TÖLLE (1977), KIND (1979) informieren. In den angeführten Literaturen wird dem naturwissenschaftlich-empiristischen Ansatz sowie der Erblichkeitshypothese prominente Bedeutung eingeräumt. Der vor allem ärztliche Diagnostiker ist handelndes Subjekt, der zu diagnostizierende Patient ist Objekt diagnostischer Überlegungen. So wie es in diesem Modell eine klare Hierarchie zwischen Patient und Arzt gibt, spiegelt sich diese Hierarchie auch in der Belegschaft der entsprechenden Klinik wider.

Alternative: "Sozialpsychiatrische Diagnostik"

Die Gänsefüßchen haben den Sinn, den Begriff, sozialpsychiatrische Diagnostik, in Frage zu stellen. Aber dennoch belegen wir, die in der Sozialpsychiatrie tätig sind, Störungen, Sonderbarkeiten, Abweichungen, Krankheiten mit Begriffen. Doch sind in vielen Bereichen die Begriffe andere und die Art und Weise, wie wir zur Begriffsbildung kommen, ist anders als in der klassischen Psychiatrie. Hat die klassische Psychiatrie ihre Wurzeln vor allem in der Biologie, so hat die Sozialpsychiatrie "ihre wissenschaftlichen Wurzeln außer in der Psychiatrie in der Soziologie und der Sozialpsychologie, ihre praktischen im Spannungsfeld des psychiatrischen Alltags, der Begegnungen und der Auseinandersetzung zwischen den Kranken, ihren Angehörigen, den Therapeuten und dem gesellschaftlichen Umfeld."

¹ ICD = International Classification of Diseases. Schlüssel der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur Klassifikation psychischer Krankheiten

(FINZEN 1987, 162) In der sozialpsychiatrischen Diagnostik sowie allgemein im sozialpsychiatrischen Arbeitsansatz versuchen immer wieder sozialwissenschaftliche, philosophische, medizinische, anthropologische und hier und da auch theologische Sichtweisen eine Synthese. Die Feststellung, daß die meisten Krankheitsbilder multidimensional sind und daß ihre Entstehungsgeschichte ebenso vielfältige Aspekte aufweist, findet seine Widerspiegelung in der Präsenz verschiedener wissenschaftlicher Disziplinen innerhalb sozialpsychiatrischer Theoriebildung und Praxis. Das Primat der biologistischen Medizin ist in der Sozialpsychiatrie aufgehoben. Der Streit zwischen "Psychikern" und "Somatikern" des 18. und 19. Jahrhunderts (ACKERKNECHT 1967, DÖRNER 1975) ist einem mehr oder weniger konfliktreichen Diskurs der verschiedenen Auffassungen über die Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen und Erkrankungen gewichen.

In diesem Kontext bekommt das diagnostische Erkennen und Benennen eine andere Wertigkeit als in der klassischen biologistischen Psychiatrie. Es ist m.E. weniger wertend und festlegend. Dies beraubt einen zwar der Illusion von Objektivität und Sicherheit im Erkennen und Handeln, es verschafft aber auch die Chance, Abwertung und pathologische Minderbewertung zu vermeiden.

Mich interessiert im so verstandenen diagnostischen Prozeß zunächst einmal ganz schlicht der Gesamt Mensch: In welcher Verfassung kommt er zu uns auf die Station, wie gestaltet er die Begegnung mit uns, und wie gestalten wir die Begegnung mit ihm. Haben beide Seiten überhaupt Gestaltungsmöglichkeiten? Was geschieht, wenn ja, und was geschieht, wenn nein? Mit anderen Worten: Mich interessieren in der Begegnungssituation nicht psychopathologische Raster, sondern das aktuelle Sein des zu uns gekommenen Menschen. Wenn ich in dieser Situation überhaupt von Diagnostik sprechen möchte, fällt mir am ehesten der Begriff der sogenannten funktionalen Diagnostik ein. "Die funktionale Diagnose ist eine Diagnose der individuellen Anpassungsfähigkeit des Kranken, seines Daseins in der Krankheit und spiegelt seine Wechselwirkung mit der sozialen Umwelt und der Gesellschaft wider." (KARBANOV/WEISE 1981, 189)

Wenn ich mich entschliesse, wie in dem gerade zitierten Satz, den Begriff des Kranken durch den des Menschen zu ersetzen, würde erstens der Dialog zwischen "ihm" und mir gleichberechtigter, zweitens würde der Prozeß spannender, indem wir beide etwas über unsere jeweiligen und etwaigen Krankheiten erfahren könnten.

Aber dieser Ansatz oder diese Sichtweise, stammend aus dem letzten und vorletzten Jahrzehnt, ist heute weitgehend aus der Mode gekommen. Nach kurzer Verunsicherung erhebt die Schulpsychiatrie wieder stolz ihr Haupt in der Gewißheit, im Besitz naturwissenschaftlich fundierter diagnostischer Wahrheiten zu sein. Wie albern

diese Gebärde ist, zeigt das Studium der Krankengeschichten jahrzehntelang hospitalisierter Patienten: Diagnostik und Therapie änderten sich mit dem jeweiligen Wechsel von Oberärzten und Klinikleitungen. Die Patienten hingegen blieben dieselben incl. ihrer sogenannten Erkrankungen.

Daß es mit dem Krankheitsbegriff in der Psychiatrie immer schon seine besondere Bewandnis hatte, zeigen sehr eindrucksvoll die psychiatriekritischen Literaturen aus den 60er und 70er Jahren. In diesem Zusammenhang möchte ich besonders auf DÖRNER (1975), DÖRNER und PLOG (1978), BOPP (1980) hinweisen. Eine der grundlegendsten kritischen Arbeiten zum Bereich Testdiagnostik legten im Jahre 1978 GRUBITZSCH und REXILIUS vor.

In Gesprächen mit Psychologiestudenten und -praktikanten wurde mir versichert, daß diese Literatur im heutigen Studium kaum noch eine Rolle spielen. Stattdessen schreitet die unkritische medizinisch-psychologische Professionalisierung der Psychologen fort (vgl. WOLLSCHLÄGER, Tübingen 1989, im Druck).

Zurück zur Diagnostik: Als wissenschaftlich definierter Begriff hat er für mich in meinem täglichen Handeln keine Bedeutung mehr. Gleichwohl gibt es ein Spannungsfeld zwischen meiner inneren Haltung zu diesem Problem und der täglichen Klinikpraxis. Z.B. bestehen die Krankenkassen darauf, eine Diagnose mitgeteilt zu bekommen. Wenn ich dies nicht tue, bezahlen sie nicht den Klinikaufenthalt. Selbstverständlich "liefere" ich den Krankenkassen die Diagnosen. Aber wohl ist mir bis heute nicht dabei.

Der Fall E., seine Diagnostik und seine Therapie:

Im folgenden möchte ich an einem praktischen Beispiel die Verschränkungen, aber auch die Widersprüchlichkeit zwischen psychiatrischer und sozialpsychiatrischer Diagnostik und Therapie zeigen.

E., berichten seine Eltern, sei schon als Kind besonders empfindsam gewesen. Er hatte immer schon ein feines Gespür für Ungerechtigkeiten und für Solidarität. Seine Suche nach Wahrheit, Gerechtigkeit und Nächstenliebe bleiben sein Leidens- und Leitmotiv. E. ist heute 30 Jahre. Von 1977 bis 1988 wurde er 15 Mal in unserer Klinik stationär behandelt. Diagnosen: Manisch-depressiv, paranoid, schizophran, suicidal. Thema seiner "Krankheit": Heißhunger nach Gerechtigkeit in der Welt, ungefiltert, nicht relativ, pur! E. sieht die Dinge, wie sie sind: Ausbeutung der sogenannten 3. Welt, umweltzerstörende, Rohstoffe und Menschen verschleißende Wirtschaftsordnung. Seit über 10 Jahren ist er auf der Suche nach Ursachen, Verursachern und Verantwortlichen. Seine Suche und seine Analysen sind merkwürdig und oft genug störend und: anstoßerregend. Wenn er glaubt, die Verantwortlichen ausfindig gemacht zu haben, greift er diese öffentlich an, in freier und laut ver-

nehmlicher, ungehemmter und empörter Rede. E. ist dann auffällig, er ist krank, nicht ganz bei Trost. Er wird dann zu uns gebracht, meistens zwangsweise oder unter der Androhung von Zwang. Bei der ersten Aufnahme in unserer Klinik habe ihm die damals behandelnde Ärztin folgendes gesagt: "Ihre Kritik an den herrschenden Verhältnissen in Südafrika wird von uns so ausgemacht mit Psychopharmaka und neuen Erfahrungen!" Als er mir dieses jüngst erzählte, schüttelte er den Kopf und lachte bitter. Und selbstverständlich hat er auch dieses Mal bei uns wieder seine Spritze bekommen. Er nahm sie, aber unter Protest. Er wurde danach etwas ruhiger, konnte sich etwas besser steuern, aber kein Deut seines sogenannten Weltverbesserungswahns änderte sich durch das Medikament. Wir entließen ihn, etwas gedämpft, aber noch voller Tatendrang. Einige Tage nach der Entlassung bekam ich zwei Anrufe aus dem Gericht. Etwas hilflos und besorgt erzählte man mir, E. hielte sich im Gericht auf. Er suche Rechtsmittelbelehrung, da er beabsichtige, eine Klage gegen uns anzustrengen wegen unseres fortgesetzten Versuches, ihn einer neuroleptischen Gehirnwäsche zu unterziehen. E. sei nicht aggressiv, sondern verhalte sich ganz normal. Ich bat die Anrufer, E. bei der Durchsetzung seiner Rechte, soweit es ihnen möglich sei, behilflich zu sein.

In seltenen Fällen sucht E. Selbstschutz und Hilfe. Er kommt dann mit Leidensdruck und freiwillig zu uns. Das geschieht jedoch nur dann, wenn er davon überzeugt ist, daß die, welche er laut und öffentlich wegen ihrer Verbrechen gegen die Menschlichkeit angeklagt hat, ihn verfolgen, ihn foltern und umbringen wollen. Dann sucht er Schutz und Ruhe bei uns.

Weder der Kollegin vor 10 Jahren gelang die Heilung, noch ihren therapeutischen Nachfolgern. Wir alle konnten aus E. keinen normalfunktionierenden Bürger machen. E. hat meines Erachtens die Spaltung zwischen Herz und Verstand nicht geschafft. Diese aber ist notwendig zu vollziehen, um in unserer Welt nicht verrückt zu werden. Oder ist es vielleicht umgekehrt? Sind wir verrückt, weil wir diese Anpassungsleistung der Spaltung mehr oder weniger gut geschafft haben? (vgl. WOLLSCHLÄGER; Gütersloh 1989, im Druck).

Der Psychologe in der Psychiatrie ist als Diagnostiker und Therapeut Bestandteil eines Systems der "inneren Sicherheit". Zu uns werden Menschen gebracht, die über eine tolerierbare Norm hinaus störend wirken oder den Normalen gefährlich erscheinen. Durch das Verbringen in eine Klinik werden diese Menschen dann ausgegrenzt. Die Ausgrenzung findet durch die klassische Schulpsychiatrie ebenso statt wie durch die Sozialpsychiatrie. Der qualitative Unterschied in der Ausgrenzung liegt meines Erachtens darin, daß die sozialpsychiatrische Ausgrenzung weicher und in der Regel für den Betroffenen angenehmer ist. Und das hat etwas zu tun mit meinem Versuch, jeden Tag und immer wieder zwischen einem Betroffenen

und mir ein Subjekt-Subjekt-Verhältnis herzustellen. Und ich behaupte, daß jede Art von definierter Diagnostik dies verhindert oder erschwert.

Ausblick

Das "Hauptarbeitsmittel" in sozialpsychiatrischer Arbeit ist der Mensch. Der Therapeut, der Pfleger, der Begleiter. Aber natürlich kostet das Einrichten qualifizierter Planstellen Geld. Und wir wissen, daß das Geld vorhanden, nur lediglich falsch verteilt ist. Aber es ist natürlich billiger und leichter, auf instrumentelle Therapie mit Zwangs- und Disziplinierungsmitteln zurückzugreifen. Hier steht an erster Stelle immer noch der viel zu massive Einsatz von Psychopharmaka. Es ist meines Erachtens fraglich, ob jemals ganz auf die Medikamente verzichtet werden kann, aber es ist nicht fraglich, daß ihr Einsatz deutlich reduziert werden könnte, wenn im stationären, teilstationären und ambulanten Bereich mehr qualifizierte Helfer eingesetzt werden könnten. Stichworte: Gemeindepsychologie, Gemeindepsychiatrie.

Doch auf dem Hintergrund sich deutlich verschärfender Krisen im Kapitalismus und damit neu entbrennender Verteilungskämpfe kann man in den letzten Jahren verstärkte Forschungs- und Publikationsaktivität in den biomedizinischen Wissenschaften beobachten. Wie seinerzeit die Psychiater glaubten, das Ei des Kolumbus aus der zellulärpathologischen Forschung beziehen zu können, so starren heute die Psychiater gebannt in die Richtung biochemischer Forschungsprozesse, besonders in dem Bereich der Neurotransmitterforschung. Ein anderer, in meinen Augen recht problematischer neuer Forschungszweig, ist die sogenannte Soziobiologie. Dort wird Darwinistisches, Sozialdarwinistisches, Vulgärdarwinistisches und anderes aus dieser Küche zu einem unheilvollen Brei vergoren. Aber der biologische Determinismus paßt gut in das gegenwärtige Gesellschaftsszenario, wo jeder gegen jeden kämpft, und nur der Beste und Stärkste überlebt. (vgl. BENSEL, Weinheim 1989, NIEMITZ, Weinheim 1989).

Sozialpsychiatrisches Denken und Handeln ist präsent, aber ich fürchte in der Defensive. Psychologische Tätigkeit muß wieder mehr als politische, sozial- und gesundheitspolitische Tätigkeit aufgefaßt werden. Diagnostisches und therapeutisches Handeln ist nicht einfach nur fachlich und wertfrei. Im Gegenteil: Therapeutisches Handeln befindet sich mitten in gesellschaftlichen und individuellen Spannungsbögen, und genau da muß auch der Psychologe als Diagnostiker eine Position beziehen, die um einiges über seine diagnostische Tätigkeit hinausgeht. Wenn er dies nicht tut, unterlaufen ihm ähnlich tragische "Meßfehler", wie ich sie jüngst bei einem meiner Patienten beobachten konnte: Auf dem Hintergrund einer Testbatterie war mein damals 13 Jahre alter Patient ausgestattet mit z.T. überdurchschnittlicher Intelligenz, gutem Konzentrationsvermögen und guter Belast-

barkeit. Etwas neurotisch sei er schon, sagte ein weiteres Testverfahren. Aber alles in allem o.k.! Zum Zeitpunkt der Testung, also als der Patient 13 Jahre alt war, war er schon seit 6 Jahren ein notorischer Dieb. Die Ehe der Eltern war zerrüttet und auch sonst war das gesamte soziale und biographische Umfeld nicht sehr erfreulich. Den später verurteilenden Jugendrichtern lag aber offensichtlich nur das Ergebnis der Testbatterie vor. So ist das mit der Wertfreiheit, den objektiven Testverfahren und den größeren Zusammenhängen.

LITERATUR:

- ACKERKNECHT, E.H.: Kurze Geschichte der Psychiatrie, Stuttgart 1967
- BENSEL, J.: Die Soziobiologie des familiären Totschlages. In: Psychologie heute, Juli 1989
- BLEULER, E.: Lehrbuch der Psychiatrie. Berlin-Heidelberg-New York 1983 (15.Auf1.)
- BOPP, J.: Antipsychiatrie. Theorien, Therapien, Politik. Frankfurt/Main 1980
- DÖRNER, K.: Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie. Frankfurt/Main 1975
- DÖRNER, K.: Diagnosen der Psychiatrie. Frankfurt/Main-New York 1975
- DÖRNER, K., PLOG, U.: Irren ist menschlich. Rehbürg-Loccum 1982 (6.Auf1.)
- FINZEN, A.: Sozialpsychiatrie in Theorie und Praxis. In: Fundamenta psychiatrica 3/1987, 162-170
- GRUBITZSCH; S. REXILIUS; G.: Testtheorie - Testpraxis. Hamburg 1978
- KABANOV; M., WEISE, K.: Klinische und soziale Aspekte der Rehabilitation psychisch Kranker. Leipzig 1981
- KIND, H.: Psychiatrische Untersuchung. Berlin-Heidelberg-New York 1979
- NIEMITZ, C.: Der Kampf ums Dasein: "Hoch lebe das Mittelmaß!". In: Psychologie heute, Juli 1989
- TÖLLE, R.: Psychiatrie. Berlin-Heidelberg-New York 1979
- WOLLSCHLÄGER, M.: Sozialpsychiatrisches Handeln zwischen Anspruch und Wirklichkeit auf dem Hintergrund einer Kritischen Psychologie. In: Hoffmann, M., Plog, U. (Hg.): Klinisch-psychologisches Handeln in der Psychiatrie. Tübingen 1989 (im Druck)
- WOLLSCHLÄGER, M.: Ethik für den Hausgebrauch oder: Wer trägt welche Verantwortung?. In: Dörner, K. (Hg.): Im wohlverstandenen eigenen Interesse ... Psychiatrisches Handeln gestern und heute - ethisch begründet. Gütersloh 1989 (im Druck)
- ZETKIN/SCHALLDACH (Hg.), Wörterbuch der Medizin. Stuttgart 1978 (6.Auf1.)

Dipl.-Psych. Martin Wollschläger

Westf.Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Neurologie

Hermann-Simon-Str. 7

4830 Gütersloh