



---

# KAPITEL 1

## EINE DIAGNOSE IST UNVERMEIDLICH

Jeder „stellt“ Diagnosen. Jeder. Es ist unvermeidbar, unsere Erfahrungen zu interpretieren oder zu diagnostizieren. Es ist ein Teil unseres Menschseins, unsere Welt zu klassifizieren, zu organisieren und zu interpretieren. Dies ist ein Echo von Gottes „organisierender“ Sprache, als er etwas Bedeutungsvolles aus dem Chaos heraus erschuf (1.Mose 1). Als Gott die Welt erschuf, gab er dem Tag und der Nacht, den Himmeln und der Erde und den Meeren Namen. Dann erlaubte er Adam, den Geschöpfen Namen zu geben, welche die Tage und Nächte, die Himmel und die Erde und die Meere erfüllten. Die Träger von Gottes Bild sollten an seiner Stelle und unter seiner Autorität über die Erde „herrschen“ (1.Mose 1,28). Vor dem Sündenfall geschah dies in Abhängigkeit von Gott. Aber nach dem Sündenfall, losgelöst von Gottes Gnade, sind wir als autonome Interpretierer und Organisierer unserer Welt tätig, ohne einen Bezug zu Gott zu haben.

Bei manchen Klassifizierungssystemen sind die Herausforderungen nicht sehr groß, da keine Verbindung dazu besteht, wie wir das Wesen des Menschen verstehen. Beispielsweise ist es nicht kritisch, Musik in verschiedene Stile einzuteilen wie Rock, Punk, Klassik, Jazz, Country und Rhythm & Blues. Andere Klassifizierungssysteme kommen unserer Identität näher, wie zum Beispiel die, die unsere Rasse oder Volkszugehörigkeit bestimmen. Wieder andere Klassifikationssysteme kommen unserem grundlegenden Wesen als Ebenbild und Anbeter Gottes noch näher: Sünder, Leidender, Opfer, Unterdrücker, Abhängiger, Ehebrecher, etc. Das in den Vereinigten Staaten von





Fachkräften für psychische Gesundheit benutzte psychiatrische Klassifikationssystem ist solch ein wichtiges Schema. Wie wir einander erfassen, ist entscheidend. Ein Fehler hier bedeutet bestenfalls ein Missverständnis und schlimmstenfalls eine persönliche Katastrophe.

Der Psychiater Peter Kramer hat zu Recht bemerkt: „Wie wir eine Person sehen, hängt von den Kategorien ab, die wir anerkennen, also von unserem privaten diagnostischen System.“<sup>2</sup> Nehmen wir beispielweise an, dass du eine Person, nachdem du sie zum ersten Mal getroffen hast, als „seltsam“ – oder weniger nachsichtig formuliert – als „selbstbezogenen, unsensiblen Trottel“ „diagnostizierst“. Was, wenn du später herausfändest, dass bei der gleichen Person eine „Autismus-Spektrum-Störung“ diagnostiziert wurde? Passt du deine Sichtweise dieser Person und ihrer Handlungen im Licht dieses alternativen diagnostischen Schemas an? Vielleicht teilweise ja und teilweise nein. Aber wie auch immer, du siehst, wie die Art der „Diagnose“ eine bestimmte Sicht der Person und möglicher Reaktionen auf diese Person nahelegt.

Wir möchten, dass unsere Klassifikations-Schemata dem Wesen der Realität entsprechen. Das heißt, wir wollen gültige Kategorien gebrauchen. Niemand möchte gerne eine falsche Diagnose erhalten, ob nun eine biblische oder säkulare Sprache gebraucht wird. Wir wollen, dass die Worte und Kategorien, die wir gebrauchen, etwas bedeuten, dass sie die wahre Natur der Dinge entschlüsseln. Betrachten wir einmal diese Liste diagnostischer Kategorien: Alzheimer-Krankheit, Bipolare Störung, Alkoholentzug, Pädophile Störung, Aufmerksamkeits-Defizit-/Hyperaktivitäts-Störung, Zwangsstörung, Dissoziative Persönlichkeitsstörung, Autismus-Spektrum-Störung, Borderline-Persönlichkeitsstörung. Sie alle repräsentieren Diagnosen aus dem Standard-Referenz-Text der amerikanischen Psychiatrie, dem „*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*“<sup>3</sup>, besser bekannt als DSM.<sup>4</sup> Im Licht

<sup>2</sup> Peter D. Kramer, *Listening to Prozac* (New York: Penguin Books, 1997), S. 68.

<sup>3</sup> *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen - DSM-5* (Hogrefe Verlag, 2014). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) – Klinisch-diagnostische Leitlinien, (10. Auflage Hogrefe Verlag, 2015).

<sup>4</sup> *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition [DSM-5]* (Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013). Anmerkung des Herausgebers: In Deutschland erfolgt die Klassifikation psychischer Krankheiten nach dem fünften Kapitel der ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death) der WHO. Die ICD-10 und das in den USA gebrauchte DSM-5 sind die beiden dominierenden Klassifikationssysteme. Die nächste Version der ICD, also die ICD-11 wird für 2018 erwartet (genaues Datum noch unbekannt. Siehe <https://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-11/index.htm>, aufgerufen am 27.01.2018). Es gibt Unterschiede zwischen beiden Systemen, aber durch den deskriptiven Ansatz beider Systeme sind die Hauptaussagen in diesem Buch auch für Leser außerhalb der USA relevant.





---

dessen, was ich bisher gesagt habe, ist es angemessen, viele Fragen zu stellen. Wie verstehen wir das Wesen psychiatrischer Diagnosen? Was bedeuten diese Diagnosen? Sind sie alle gleichermaßen gültig? Wie viele Informationen liefern sie tatsächlich über die Person? Ist es weise für Christen, diese säkularen Kategorien zu gebrauchen und wenn ja, wie? Welchen Einfluss sollten sie darauf haben, wie wir Menschen dienen, die mit solchen Diagnosen zu uns kommen? Müssen wir „bilingual“ werden, das heißt, müssen wir DSM-Kategorien genauso flüssig wie biblische Kategorien beherrschen, wenn wir wirklich hilfreich für andere sein wollen? Stehen psychiatrische Kategorien im Gegensatz zu und im Wettstreit mit biblischen Kategorien? Sind sie parallel zu biblischen Kategorien? Oder überlappen sie teilweise mit biblischen Kategorien?

Diese Fragen sind wichtig, besonders in unserer Zeit und an unseren Orten. Die Sprache der psychiatrischen Diagnostik ist nicht nur innerhalb des psychiatrischen Gesundheitswesens bekannt, sondern ist auch gang und gäbe in der Allgemeinbevölkerung. Begriffe wie Zwangsstörung, Posttraumatische Belastungsstörung und ADHS sind offiziell oder inoffiziell Teil unserer Kultur. Wir können es uns also weder leisten, unseren Kopf mit einer zurückweisenden und isolationistischen Haltung in den zu Sand stecken, noch können wir es uns leisten, das ganze Unternehmen der psychiatrischen Diagnostik einfach unbesehen zu akzeptieren. Wir brauchen eine ausgewogene, biblisch (und wissenschaftlich!) sachkundige Annäherung, die weder zu warmherzig umarmend noch zu kalt abweisend ist. Diese Balance zu erreichen ist wichtig. Hierbei handelt es sich nicht einfach um eine akademische Diskussion innerhalb der Mauern einer Ausbildungsstätte für Pastoren, Seelsorger, Psychiater und anderer Ärzte. Schau dir einmal an, was passieren kann, wenn du dich zu den Extremen hinbewegst, die ich in der Einführung erwähnte.

Nehmen wir einmal an, du bist „zu warm“ gegenüber psychiatrischen Diagnosen. Wie würde das in der Praxis aussehen, wenn eine Person, bei der kürzlich eine bipolare Störung diagnostiziert wurde, in deine Gemeinde oder Kleingruppe käme? Es könnte bedeuten, dass die medizinische Betreuung bis hin zu einem Ausschluss pastoraler Begleitung betont wird, da Ärzte (Psychiater) als die Experten in diesem Bereich gesehen werden. Es könnte dazu führen, dass breitere biblische Kategorien und Themen für das Verständnis und die Hilfe der Person übersehen werden, wie zum Beispiel das Identifizieren und Ansprechen von Themen wie Leiden, Scham, Schuld, Sünde und Verantwortung. Schlussendlich: Du wirst auf unvollständige Lösungen hinweisen. Du wirst Gelegenheiten zum Dienst verpassen. Dein Zugang zu der Person ist eingeschränkt.





Was ist auf der anderen Seite, wenn du „zu kalt“ gegenüber psychiatrischen Diagnosen bist? Wie sähe diese Haltung gegenüber einer Person, bei der eine bipolare Störung diagnostiziert wurde, in der Praxis aus? Du hast dann vielleicht eine skeptische, anti-psychiatrische Haltung, die die betreffende Person abschreckt und eine Beziehung behindert. Du wirst dann mehr dazu neigen, seine oder ihre Probleme nur als Sünde zu sehen – als etwas, das er oder sie tut – und weniger als Leiden oder Schwäche, mit denen er oder sie konfrontiert ist. Du ignorierst dann möglicherweise hilfreiche körperliche Komponenten einschließlich Medikamenten in Hinblick auf eine umfassende Sorge für die Person. Zusammengefasst: Du wirst auf unvollständige Lösungen hinweisen. Du wirst Gelegenheiten zum Dienen verpassen. Dein Zugang zu der Person ist begrenzt.

Merkst du, wie viel auf dem Spiel steht? Ich möchte uns von diesen beiden Tendenzen weg hin zu einem weiseren Mittelweg bewegen. Um das zu erreichen, müssen wir die Art der psychiatrischen Diagnosen sorgfältiger untersuchen.

Das letztliche Ziel hier ist weder eine Herabsetzung noch eine Rechtfertigung des psychiatrischen diagnostischen Systems, sondern es geht darum, denen zu helfen, die mit ungeordneten Gedanken, Emotionen und Verhaltensweisen kämpfen. In dem Maße, wie der Gebrauch der psychiatrischen Terminologie zu diesem Ziel beiträgt, müssen wir dieser Hilfe gegenüber offen sein. In dem Maße, in dem die psychiatrische Terminologie dieses Ziel behindert, müssen wir weise und wohlwollende Kritik anbieten. In beiden Fällen muss ein evangeliumszentrierter Ansatz voll an reichem biblischem Rat grundlegend für die Art und Weise sein, wie wir dienen.

In Teil 1 dieses Buches werden wir untersuchen, wie psychiatrische Probleme diagnostiziert werden. Wir werden dabei sehen, dass das gegenwärtige Diagnosesystem relativ jung ist, wenn wir kurz die Geschichte der Psychiatrie des 20. Jahrhunderts betrachten. Diese Überlegungen versetzen uns in die Lage, sowohl die Begrenzungen als auch den potenziellen Nutzen von psychiatrischen Diagnosen im Kontext des Dienstes zu verstehen.

