

Warum neuropsychodynamische Psychopathologie?

Heinz Böker, Georg Northoff, Michael Dümpelmann

- 2.1 Vorbemerkungen – 8
- 2.2 Grenzen der deskriptiven Psychopathologie – 10
- 2.3 Funktionale Psychopathologie – 11
- 2.4 Entwicklung einer operationalisierten psychodynamischen Diagnostik (OPD) – 13
- 2.5 Kontroverse zwischen störungsspezifischer und allgemeiner Psychotherapie – 13
- 2.6 Diagnose und Psychotherapieforschung – 15
- 2.7 Ausblick: Funktionelle Psychopathologie, subsyndromale Diagnostik und neuropsychodynamische Psychiatrie – 17
- Literatur – 17

2.1 Vorbemerkungen

- 2 ? Wie denken, beurteilen und bewerten wir Psychisches? – Wie geschieht das in der Psychiatrie? – Welches Bild hat man hier von der menschlichen Psyche? – Welche Konzepte sind in der Lage, »seelische« Aspekte mit somatischen Krankheitsfaktoren zu verbinden?

Einige neurowissenschaftliche und neurobiologische Erkenntnisse sind längst in konkretes therapeutisches Handeln eingeflossen. So wird etwa auch in Psychotherapien berücksichtigt, dass äußerlich starr und apathisch wirkende Depressive unter innerer Höchstspannung stehen, was etwa erhöhte Cortisolspiegel nachweisen.

Auf der Ebene basaler Konzepte zum Verständnis und zur Behandlung psychischer Störungen besteht jedoch weiterhin noch eine erhebliche Kluft zwischen den etablierten therapeutischen Kulturen in Psychiatrie und Psychotherapie (Streeck u. Dümpelmann 2003), die letztlich cartesianischen Trennlinien zwischen Psyche und Soma und traditionellen Auseinandersetzungen zwischen Psychikern und Organikern folgt. Die zentrale Frage lautet damals wie heute:

- ? Wie kann es dazu kommen, dass parallel zu einem vermeintlich rein biologischen Zustand wie z. B. bestimmte Formen der neuronalen Aktivität des Gehirns ein psychischer, subjektiver und bewusst erlebbarer Zustand mit erstaunlich ähnlichen Inhalten manifest wird?

Aber was in die therapeutische Arbeit genommen wird, die konkrete Störung, ist in aller Regel bestimmt von beidem, relevanten somatischen und psychischen Anteilen. Bei Schizophrenen z. B. gibt es schlicht Störungen der dopaminergen Transmitteraktivität **und** Probleme mit Nähe und Distanz und das war – sehr wahrscheinlich – schon immer so. Ein »mysterious leap« (F. Deutsch 1959) von Soma zu Psyche oder umgekehrt fand zuallererst, vielleicht auch ausschließlich, in den therapeutischen Kulturen, ihren Konzepten und Sprachspielen für Psychisches statt und prägte sie. Obwohl Konversion, dieser Kernbegriff der

Psychoanalyse, Soma und Psyche interagierend sieht, werden sie getrennt dargestellt und nicht als ein Aspekt desselben Beobachtungsgegenstands.

Für die Entwicklung von Diagnostik, Behandlung und Forschung brachte das erhebliche Folgen, nicht zuletzt paradigmatische Filter (Read 1997): Psychiater wie Psychotherapeuten beforschten im Wesentlichen »ihre« Störungsbilder mit »ihren« und die Weichen jeweils in ihre Richtung stellten den Konzepten zu Genese und Kausalität.

Historisch spielt für diese Entwicklung das Jahr 1895 eine große Rolle. Damals entschied sich Freud, seinen *Entwurf einer Psychologie* (Freud 1895) nicht zu publizieren, in dem er den Versuch unternehmen hatte, psychische Manifestationen neurobiologisch zu begründen. Die damals dafür zur Verfügung stehenden Methoden hatten das erheblich erschwert (Roth 2014). Im selben Jahr veröffentlichte er zusammen mit Breuer aber die *Studien über Hysterie* (Breuer u. Freud 1895), in denen er Grundzüge des triebpsychologischen Modells skizzierte. Obwohl in der Folge »Trieb« von ihm immer als aus somatischen Quellen stammend dargestellt wurde, was Diktum blieb und nicht weiter erklärt wurde, markiert diese Koinzidenz eine Wendung ins (rein gedachte) Psychologische aufseiten der Psychoanalyse, die lange anhielt und z. T. noch anhält.

- ? Gibt es Möglichkeiten, auch konzeptuell zu integrieren, was uns in den Patienten und ihren Zuständen und Störungen längst begegnet?

Für einen solchen Brückenbau hat Mentzos (2011) gewichtige und gute Gründe formuliert und hob die Bedeutung psychodynamischer und neurowissenschaftlicher Befunde und Konzepte für psychiatrische Störungsbilder hervor. Diverse Polaritäten sind dabei zu integrieren, etwa »psychisch versus somatisch«, »endogen versus exogen«, »deskriptiv versus funktional«, um nur einige ätiopathogenetische und diagnostische Aspekte kurz zu nennen.

Zentrum seines Modells ist, insbesondere schwere psychische Krankheiten wie etwa Psychosen als Psychosomatosen bzw. als somatopsychische Störungen des Gehirns zu verstehen, wobei psychische und somatische Faktoren ohne Schlag-

seite in die eine oder die andere Richtung interagieren. Ein solcher Ansatz könne auch den früher gebräuchlichen Terminus einer »endogenen« Störung ersetzen (Mentzos 2011, S. 243), ohne ihm aus Gründen proklamierter Theoriefreiheit seinen Sinn und seine Bedeutung nehmen zu müssen, wie das in der ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) geschah. Nicht zuletzt würde er offen für Forschung und Empirie aus beiden Richtungen sein – und sie geradezu verlangen.

Mentzos' Begriff der Somatopsychose oder Psychosomatose zielt auf eine integrative Ebene, nämlich genau dorthin, wo scheinbar rein somatische, d. h. neuronale, Mechanismen in psychische Prozesse transformiert werden und »umschlagen« können. Auf dieser Ebene ist die Trennung zwischen Soma und Psyche, zwischen Gehirn und Bewusstsein sowie zwischen Gehirn und Umwelt künstlich. Diese integrative Ebene gilt es in Forschung und Klinik herauszuarbeiten, da genau dort der Ursprung vieler psychiatrischer Erkrankungen wie etwa Schizophrenie »lokalisiert« werden kann.

? Wie und wo können wir Zugang zu dieser »integrativen Transformationsebene« erlangen?

Im Erleben, d. h. in der Art und Weise wie Patienten sich selbst, ihren Körper und ihre Umwelt erleben, unabhängig davon wie wir dies als externe Beobachter, als Psychiater und Psychotherapeuten, klassifizieren. Das subjektive Erleben ist die methodische Eingangspforte der Psychodynamik, die uns somit hilft, die integrative Transformationsebene zu verstehen, wie wir es ► Abschn. 2.3 deutlich machen werden.

Geht man diesen für therapeutisches Verstehen und Handeln essenziellen Fragen weiter nach, kommt man zuvorderst zur Stellung psychiatrischer Diagnosen und deren Verwendung.

? Was können Erkenntnisse aus Psychodynamik und Neurowissenschaften zur psychiatrischen Diagnosestellung beisteuern?

So hat etwa die an deskriptiv-psychopathologischen Diagnosen orientierte und »störungsspezifisch«

gedachte Anwendung psychotroper Medikamente große Erfolge zu verzeichnen. Langzeitverläufe offenbaren jedoch, dass weder durch SSRI (selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer) bei depressiven noch durch Atypika bei psychotischen Störungen der jeweils erhoffte Durchbruch zu verzeichnen war. Liegt das nur an den Substanzen? Oder liegt das auch an den zugrunde gelegten diagnostischen Instrumenten und den davon abgeleiteten therapeutischen Zielvorstellungen, die zumindest implizit vermitteln, es handle sich um eine spezifizierbare Krankheit, deren Ursache man dann per Pharmakon spezifisch angehe?

Als Spezialfach der Schulmedizin und mit deren Selbstverständnis traditioneller Naturwissenschaft wurde in der Psychiatrie die Verwendung der aus der somatischen Medizin gewohnten kategorisierenden Diagnose übernommen und – wie Blaser (1985) unterstrich – auch die Probleme, die die Anwendung der Diagnose auf nichtsomatische und vor allem mehrdimensionale Sachverhalte mit sich bringt. Die Klassifikation in der Psychiatrie bildet eine wissenschaftliche Theorie, hat beschreibenden und zugleich erklärenden Charakter, besitzt einen gewissen Vorhersagewert, ist aber in jedem Fall provisorisch. Klinische Beobachtungen sind stets auch als Interpretationen im Lichte von Theorien aufzufassen (Popper 1963). Insofern haben Diagnosen auch immer einen narrativen Anteil und bilden keineswegs pure objektive Realität ab (Daston 1998). Kendell (1978) fasste die Fragen zusammen, die die Diagnose in der Psychiatrie zu beantworten habe:

? Was hat das Subjekt mit einer Anzahl von Menschen gemeinsam? – Was trifft spezifisch nur auf dieses Individuum zu?

Darüber hinaus erhält die Diagnose auch ätiologische und pathogenetische Informationen, so bedeutet z. B. »akute Belastungsreaktion«, dass ein akuter Stressor eine in der Regel kurzfristige psychische Reaktion zur Folge hat. Weiter hat die Diagnose auch direkte Konsequenzen auf die Indikation bzw. die therapeutische Intervention. In diesem Zusammenhang erfüllt sie explizit oder implizit prognostische Funktionen.

Diese Funktionen der Diagnose wurden auch im Bereich von Psychotherapie und Psychiatrie übernommen. Aber hier stellte sich schließlich das Problem der Reliabilität der Beobachtung psychischer und besonders psychopathologischer Phänomene. Die Ursachen der festgestellten niedrigen Reliabilität wurden einerseits im Beobachtenden selbst gesucht, andererseits im diagnostischen Prozess (Frank 1969; Scharfetter 1971; Spitzer u. Fleiss 1974; Kendell 1978; Matarazzu 1983; Keller et al. 1981). Durch die Entwicklung diagnostischer Inventare wurde versucht, den niedrigen Konsens von Diagnosen psychischer Störungen zu heben. Zu diesen diagnostischen Inventaren gehören:

- AMP-System (Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie; AMDP 2007; Baumann u. Woggon 1979),
- PSE (Present State Exam; Wing et al. 1974),
- ICD (WHO 1992),
- DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; American Psychiatric Association 1994).

In diesem Buch setzen wir uns mit der Frage auseinander, welche Bedeutung die neuropsychodynamische Psychopathologie in der psychiatrischen Klinik und Forschung hat. Aufgrund klinisch-therapeutischer Erfahrungen und einer kritischen Betrachtung von Ergebnissen der Psychotherapieforschung lässt sich annehmen, dass eine ausschließlich deskriptiv-phänomenologische, kategorisierende Diagnostik zum scheinbaren Paradox von höherer Reliabilität und geringerer Validität führt und daher nur sehr begrenzt zu Indikation, Gestaltung von therapeutischen Interventionen und zu prognostischen Einschätzungen herangezogen werden kann.

2.2 Grenzen der deskriptiven Psychopathologie

Durch die Entwicklung von diagnostischen Inventaren ist es zweifellos gelungen, die Reliabilität psychiatrischer Diagnosen bzw. den Konsens von Fachleuten bei der Beschreibung und Kate-

gorisierung psychiatrischer Symptome und Syndrome wesentlich zu erhöhen. Allerdings brachte diese Entwicklung auch erhebliche Nachteile mit sich, besonders für die Indikation und die Durchführung psychotherapeutischer Interventionen, mittlerweile auch Leitlinienstandard bei nahezu allen psychiatrischen Störungsbildern. Die Veränderung der Syndromdefinitionen führte z. B. beim DSM-III zur Aufgabe des Neurosekonzepts. Diese Entwicklung wurde kritisch hinterfragt. So warnte Carey (1978, S. 1458) davor, den Reliabilitätsbegriff fest und statisch zu konzipieren:

- » Stattdessen sollte man Reliabilität besser als ein »Hilfskonzept« verwenden, welcher den Umfang des Messirrtums, der die Validität limitiert, erfassen kann. Reliabilität in diesem Sinne wird der Validität untergeordnet, sodass die Determination und das Design der Validität das beste Mittel sind, um Reliabilität zu erfassen. (Übers. d. Verfassers)

Es wurde vorgeschlagen, Reliabilität als ein Mittel zum Zweck aufzufassen, indem sie festlegt, welche Stärke die Validität erreichen kann. Der Voraussetzungsvalidität kommt dabei aber eine entscheidende praktisch-klinische Bedeutung durch die prognostischen und therapeutischen Folgerungen zu, die sich aus ihr ergeben.

Bei einer genaueren Analyse unter Berücksichtigung diagnostischer Befunde und davon abgeleiteter therapeutischer Konsequenzen ergibt sich vielfach eine nur ungenügende Übereinstimmung zwischen idealtypisch kategorisierten Syndromen und den Symptomstrukturen »echter Patienten« (Strauss et al. 1979). Mittels der ausschließlich phänomenalen Klassifikationen des DSM und der ICD-10 lassen sich zwar vergleichbare Cluster von Ausgangskriterien für die Prüfung von Psychopharmakaeffekten und für epidemiologische Studien formulieren. Aber wesentliche und vor allem die so wichtigen dimensional Variablen für die Indikation zu psychotherapeutischen, zwischenmenschlichen Interventionen und zu deren Gestaltung sind in diesen Klassifikationsinstrumenten ausgespart. Psychische Krankheit wird wie Körperkrankheit behandelt, ggf. mit einer noch nicht (vollständig) erfassten Somato-

genese konstruiert wie einst Kurt Schneiders Sicht der endogenen Psychosen (1950). Und im Gegensatz zur proklamierten Theoriefreiheit gebräuchlicher psychiatrischer Klassifikationssysteme (Dümpelmann 2002) wurde dabei an biologischen und phänomenologischen Konzepten sowie an Uniformitätsmythen (Kiesler 1977) festgehalten, die klar die Validität diagnostischer Kategorien zugunsten ihrer Reliabilität vernachlässigten. Auf das Risiko eines »formalen Reduktionismus«, das sich im Zusammenhang mit einer nominalistischen Konzeption seelischer Krankheit ergibt, wenn die operationale Vorgehensweise, seelische Sachverhalte zu klassifizieren, mit der Psyche und ihren Störungen schlechthin verwechselt werden, hat Hoff (2005) hingewiesen. Kurz: Hier wird die Partitur mit der Musik verwechselt (Metzner 2014, persönliche Mitteilung). Aber wo und wie finden wir die Musik selbst? Das wird im Verlauf dieses Kapitels deutlich.

Die Folgen beschränken sich aber nicht nur auf zwischenmenschliche und psychotherapeutische Dimensionen, die sich besonders ausgiebig an psychischen und psychopathologischen Befunden orientieren. Das störungsspezifische, idealtypische »Eine-Krankheit-Eine-Diagnose-Eine-Therapie«-Modell gerät auch in der Psychopharmakotherapie an seine Grenzen, wenn sich etwa für die Akutbehandlung von Psychosen propagierte Medikamente wie Olanzapin und Quetiapin als stimmungsstabilisierend erweisen und nun auch für die Behandlung von affektiven Störungen zugelassen sind. Häfner (2013) hat darauf hingewiesen, dass bei genauer Erfassung von Einzelsymptomen bei majoren Depressionen und Schizophrenien vor Auftreten einer produktiven Symptomatik die Summe der bei beiden Störungen auftretenden Symptome größer ist als die der klar differenzierenden. Weiter relativiert wird die Illusion einer klassifikatorisch fassbaren Krankheitseinheit durch aufwendig erhobene Befunde genetischer Gemeinsamkeiten von Schizophrenie, bipolarer Störung, majorer Depression und ADHS (Kendler u. Wray 2013).

Scharfetter (1999, S. 23–28) hat eindringlich auf den Unterschied zwischen Beobachtungsgegenstand und Interpretationsinstrument hingewiesen. Die skizzierten Unschärfen und Widersprüche lassen geraten erscheinen, diesem Unterschied gerade

auch im Feld der Diagnostik von Psychiatrie und Psychotherapie zu folgen. Bildet das »klassisch« diagnostizierte Störungsbild ausreichend die Störung ab – und bestehen Ansatzpunkte für eine effektive Behandlung?

2.3 Funktionale Psychopathologie

Scharfetter (1995) erinnerte daran, dass die Person des Schizophrenen, sein Ich, im Forschungsstrom und in der Routine des therapeutisch-rehabilitativen Alltags in Vergessenheit geraten ist. Diese Mahnung erhält ihre Aktualität in einer Zeit, in der die Heterogenität der Schizophrenie zu einem zentralen Gegenstand empirisch-psychiatrischer Forschung und wissenschaftlicher Auseinandersetzungen in der Psychiatrie geworden ist (Andreasen u. Carpenter 1993). Diese Entwicklungen unterstreichen die Grenzen einer diagnoseorientierten Psychopathologie, die wie in der somatischen Medizin auf die Krankheit, nicht aber auf die kranke Person gerichtet ist:

- » Deskriptive Psychopathologie gibt noch keine Antwort auf die Fragen, warum ein Mensch ein Symptom hervorbringt, produziert, kreiert, vielleicht sogar braucht, wozu das Symptom ihm dient: Was für eine Not er damit zum Ausdruck bringt, was für eine Therapiebedürftigkeit er damit signalisiert, und was wir dem Symptom an Hinweisen auf der Ebene der therapeutischen Ansprechbarkeit entnehmen können. (Scharfetter 1995, S. 69 ff.)

Die von Scharfetter beschriebene funktional-interpretierende Psychopathologie fragt nach der Bedeutung des Symptoms nicht nur im Hinblick auf eine nosologische Diagnostik, sondern auch insbesondere danach, wie weit das Symptom die Betroffenheit der Patienten und ihre therapeutische Bedürftigkeit für bestimmte Behandlungsangebote zeigt. Antworten auf diese Fragen sollen dabei wesentlich zu einer Verbesserung eines individuell abgestimmten »bedürfnisangepassten Behandlungsangebotes« beitragen (Alanen 1997).

Die transgressive, überschreitende, kritische Funktion psychodynamischer Diagnostik zeigt

die Grenzen eines medizinisch-objektivierenden Zugangs zu psychischer Krankheit auf und stellt diesem eine personale, subjektivierende Sichtweise entgegen (Janzarik 1979). Psychodynamische Diagnostik ist dementsprechend eine personale Diagnostik, die zugleich die Personalität von Erleben und Verhalten in einen Kontext interpersonaler Erfahrung einbettet, herleitet und begründet. Das Spezifikum psychodynamischer Diagnostik und der wesentliche Beitrag von psychodynamischem Denken und Handeln in der Psychiatrie lässt sich dahingehend zusammenfassen:

- » Die Anerkennung von Fremdheit im Leiden und in der Unverwechselbarkeit der Person ist das Gegengewicht, das die psychiatrische Diagnostik von der Psychodynamik erhalten kann, um sich nicht in Globalaussagen, in überdimensionierten Behandlungspaketen, in schematischen Regeln und kulturgebundenen Vorurteilen zu verfangen. (Küchenhoff 2005, S. 217)

Ein wesentlicher Mangel der modernen, vom Anspruch her ätiologiespezifischen und lediglich deskriptiv-phänomenologischen Erfassungsinstrumente besteht in der Vernachlässigung psychodynamischer, überwiegend dimensional erfassbarer Zusammenhänge wie etwa von Modi der Konfliktverarbeitung, der Selbst-, Affekt- und Beziehungsregulierung. Küchenhoff (2005) hinterfragt den Anspruch auf theoriefreie Diagnostik. Dieser Anspruch verstelle vielmehr den Blick auf die stets zu reflektierenden Theorievoraussetzungen. Ein besonderer Mangel bestehe in der fehlenden unabhängigen Beschreibung der Vermittlung zwischen Symptom- und Prozessebene. Die »einfältige« Gleichsetzung von deskriptiven Ratingverfahren mit Psychopathologie überhaupt unterstreiche, wie sehr Psychopathologie ihren früheren grundlagenwissenschaftlichen Anspruch vernachlässigt habe, insbesondere den von Janzarik (1979) formulierten Anspruch, das Erleben in den Mittelpunkt der psychiatrischen Forschung zu stellen, quasi als Flucht- und Einigungspunkt verschiedener wissenschaftlicher Zugänge. Küchenhoffs These lautet, dass die psychodynamische Diagnostik diese frühere Aufgabe

der Psychologie übernehmen könne, strukturelle und komplexe Modelle des Verstehens und der dynamischen Zusammenhänge zu entwickeln, zugleich aber bei dieser Aufgabe an Grenzen gerate, weil nicht das ganze Feld psychiatrischen Wissens ausreichend psychodynamisch konzeptualisiert ist. Hieraus lasse sich – so Küchenhoff weiter – folgern, dass die symptomatische Krise der Psychodiagnostik in der Psychiatrie letztlich auf eine Krise psychiatrischer klinischer Theorie und eben auch der Psychopathologie verweist.

- ❓ Worin bestehen nun die Potenziale psychodynamischer Psychodiagnostik in der Psychiatrie?

Neben der Akzentuierung dimensionaler Aspekte wie des Erlebens von Selbst und Außenwelt fasst Küchenhoff (2005) die Diskussion der vergangenen Jahre zu dieser Frage zusammen, indem er zwei wesentliche Funktionen psychodynamischer Psychodiagnostik als unabdingbare Bestandteile auch der psychiatrischen Diagnostik formuliert: die supplementäre und die transgressive Funktion psychodynamischer Diagnostik.

Die supplementäre, ergänzende Vorgehensweise geht einher mit einer Anpassung an die Logik der deskriptiv-phänomenologischen Inventare und greift die Vorzüge der Operationalisierung (z. B. die bessere Handhabbarkeit und Kommunizierbarkeit klinischer Begriffe) auf. Wesentliche Ergänzungen, wie sie in ► Abschn. 2.4 am Beispiel der operationalisierten psychodynamischen Diagnostik (OPD; Arbeitskreis OPD 2009) erläutert werden, zielen insbesondere auf das Verhältnis von Konflikt, Beziehung und Struktur sowie die Weiterentwicklung psychodynamischer Ansätze über die Neurosenpsychologie hinaus. Solchermaßen erweiterte, über frühe triebpsychologische Modelle der Psychoanalyse weit hinausreichende Ansätze ermöglichen auch die subtile Erfassung der Dynamik von schweren seelischen Störungen (z. B. Persönlichkeitsstörungen und Psychosen). Neuropsychodynamische Psychiatrie öffnet die Pforte für einen Zugang zu der in ► Abschn. 2.1 genannten »integrativen Transformationsebene« zwischen Psyche und Soma, zwischen Gehirn und Bewusstsein, zwischen Gehirn und Umwelt. Denn genau

in dieser Zwischenebene werden die Konflikte, Beziehungen und Strukturen greifbar, die von Instrumenten wie der OPD untersucht werden. Man kann also sagen, dass die neuropsychodynamische Psychiatrie die Mechanismen und die Genese dieser Prozesse untersucht – wie entstehen sie, warum entstehen sie so und nicht anders, und, ganz wichtig, was und welche Faktoren machen es möglich, dass die Extremausprägungen dieser Mechanismen und dieser Genesen zu den uns bekannten psychiatrischen Symptomen führen?

2.4 Entwicklung einer operationalisierten psychodynamischen Diagnostik (OPD)

Mittels der ausschließlich phänomenalen Klassifikationen des DSM und der ICD-10 lassen sich für die Überprüfung der Wirkung von Psychopharmaka und für epidemiologische Studien einigermaßen vergleichbare Ausgangskriterien gewinnen. Bei randomisierten kontrollierten Studien zu Pharmakaeffekten sind allerdings die Ergebnisse schon durch Ausschlusskriterien limitiert, z. B. das Erleben von Suizidalität bei depressiven Störungen betreffend, klinisch-therapeutisch sehr bedeutsam. Wesentliche Variablen für die Indikation zu einer Erleben, Beziehung und Kommunikation einschließenden psychotherapeutischen Behandlung und deren Gestaltung sind in diesen Klassifikationsinstrumenten jedoch ausgespart. Dementsprechend finden Psychotherapeuten ihre therapeutischen Anliegen und ihre Forschungsinteressen in den ausschließlich phänomenalen Klassifikationssystemen wenig repräsentiert. Für eine psychodynamisch orientierte Psychotherapie fehlen z. B. Aussagen über die intrapsychischen und interpersonellen Konflikte, das Strukturniveau im Sinne der Ich-Psychologie (Blanck u. Blanck 1974) und das subjektive Krankheitserleben der Patienten, das sich einfacher Kategorisierung weitgehend entzieht und vor allem dimensional zu erfassen ist.

Darüber hinaus besteht aber auch Unzufriedenheit mit dem Stand der psychoanalytischen Diagnostik. In dem Bestreben, Zusammenhänge

zwischen der Symptomatik der Patienten und den Störungen ihrer emotional-kognitiven Entwicklung zu beschreiben, wurden im Verlauf der Zeit viele metapsychologische Theorien auf so hohem Abstraktionsniveau formuliert, dass sie sich zunehmend von den klinisch beobachtbaren Phänomenen abhoben und spekulativ wurden (Arbeitskreis OPD 2009). Diese Entwicklung führte zu einer Mehrdeutigkeit in der psychoanalytischen Begriffsbildung. Vor diesem Hintergrund wuchs der Bedarf, weitere – über die bloße phänomenologische Diagnostik hinausgehende – relevante Ebenen und Dimensionen in einem einheitlicheren Maße zu berücksichtigen. Ziel der »Arbeitsgemeinschaft zur Operationalisierung Psychodynamischer Diagnostik (OPD)« ist es, eine operationalisierte psychodynamische Diagnostik zu entwickeln, mit deren Hilfe sich beobachtungsnah psychodynamische Konstrukte in Ergänzung zur phänomenologischen Diagnostik erfassen lassen. Es wurde eine Auswahl von psychodynamischen Elementen getroffen, die einerseits für das Verständnis der Psychodynamik der Patienten relevant und andererseits noch ausreichend operational fassbar sind, um überprüfbar zu bleiben. Diese Auswahl schlägt sich in den vier Achsen Krankheitserleben, Beziehung, Konflikt und Struktur nieder. Ein Verlust an dynamischer Durchdringungstiefe wurde dabei in Kauf genommen, um eindeutigere und kommunizierbare Standards festlegen zu können. Insbesondere wurde eine schulenübergreifende, möglichst einheitliche und präzise Sprach- und Begriffskultur angestrebt. Die Entwicklung einer operationalisierten psychodynamischen Diagnostik trägt wesentlich zur Brückenbildung zwischen deskriptiven Systemen und psychodynamischer Diagnostik bei (► Kap. 6).

2.5 Kontroverse zwischen störungsspezifischer und allgemeiner Psychotherapie

Die Frage, ob die nosologische Klassifikation (nach ICD bzw. DSM) ausreichend für die Indikation einer Psychotherapie ist, spiegelt sich besonders in der Kontroverse zwischen selektiver Indikation zu störungsspezifischen und allgemeinen Psycho-

therapieansätzen bei eher adaptiver Indikation wider (Mundt u. Backenstrass 2001). Fiedler (1997) argumentierte zugunsten der selektiv störungsspezifischen Indikation mit dem Hinweis auf die Befunde aus der Bochumer Angsttherapiestudie (Schulte 1991), die zeigten, dass die Patienten dieses Kollektivs im Durchschnitt erst nach 17 Jahren Störungsverlauf unter verschiedenen eklektizistischen und insuffizienten Therapie-regimes zu einer wirksamen störungsspezifischen Verhaltenstherapie gelangten. Störungsspezifische Indikationen von psychotherapeutischen Interventionen erhöhen demnach auch die Verallgemeinerbarkeit von randomisierten kontrollierten Studien. Die Argumentation zugunsten einer störungsspezifischen Psychotherapie wird ferner durch spezifische, differente psychotherapeutische Ansätze für Angststörungen, Depressionen und Schizophrenien gestützt.

Noch wesentlich weiter reicht, dass selbst innerhalb einer diagnostischen Kategorie unterschiedliche Subtypisierungen des Syndroms auf die eine oder die andere psychotherapeutische Technik besser ansprechen. So unterstrich Mundt (1996a,b, 2004), dass etwa depressiv Erkrankte mit einer narzisstischen Persönlichkeitsstruktur und einer depressiv-neurotischen Struktur insbesondere von einer psychodynamischen Psychotherapie profitieren können. Bei depressiven Syndromen, die sich vorwiegend mit negativen Kognitionen manifestieren, haben sich insbesondere kognitive Vorgehensweisen wirksam gezeigt und bei schwer gehemmten Zuständen ist die Kombination von aktivierenden Psychotherapieformen mit Antidepressiva hilfreicher (de Jong et al. 1996). Diese Befunde unterstreichen die Notwendigkeit einer Abstimmung der psychotherapeutischen Techniken mit psychopathologischer Funktionsdiagnostik unterhalb der Achse-I-Klassifikation und auch unterhalb der Schwelle zur Achse-II-Diagnose einer Persönlichkeitsstörung.

Ein Zielkonflikt psychotherapeutischer Arbeit bestehe, wie Mundt und Backenstrass (2001, S. 14) formulieren, darin, »einerseits ein Minimum von Perspektivität in Form eines Konzepts vorzugeben, um sich nicht in der Vieldeutigkeit seelischer Phänomene zu verlieren, sondern zu einer Kohäsion der klinischen Teilaspekte zu kommen,

und dennoch offen zu bleiben für neue Verstehens- und Interventionsansätze«. Systematisierungsversuche auf Normalpsychologie basierender psychotherapeutischer Grundprinzipien (mit den Wirkfaktoren Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung, aktive Hilfe zur Problembewältigung und motivationale Klärung) berücksichtigten nur unzureichend psychopathologische Details, die Dreh- und Angelpunkt für das Verständnis von Dysfunktionen sind, an denen eine Psychotherapie anzusetzen hat. Ferner bestehe die Gefahr, dass eine solche Systematik neuen Therapieansätzen, z. B. auf neuropsychologischen Befunden basierend, durch ihre »Spurtreue« und Beharrungstendenz entgegenwirkt (Mundt u. Backenstrass 2001).

Dieselben Autoren (Mundt u. Backenstrass 2001) halten einen Mittelweg zwischen störungsspezifischer Psychotherapie und einer noch selektiveren individuellen Differenzierung innerhalb einer diagnostischen Kategorie für angemessen. Dieser habe den Vorteil, dass einerseits gesichertes Wissen bewahrt, andererseits genügend Offenheit für Innovationen gelassen werde, die sich aus der Umsetzung empirischer Befunde zur Frage der Wirkmechanismen therapeutischer Interventionen ergäben. Beispielsweise legen einige Ergebnisse der neueren Depressionsforschung eine spezifische psychotherapeutische Nutzung nahe, z. B. die frontale exekutive Kontrollminderung für in das Aufmerksamkeitsfeld eindringende, meist negative, vom Patienten nicht gewünschte Assoziationen (Merriam et al. 1999) sowie empirische Befunde hinsichtlich der Regulation negativer Stimmung (Walter et al. 2009; Heinzel et al. 2009; Murphy et al. 1999; Segal et al. 1995; Erickson et al. 2005; Blaney et al. 1986). In diesem Zusammenhang ist auch das Attraktormodell von Grawe erwähnenswert, das angelehnt an mathematische Modelle nichtlinearer Dynamik (Moran 1994) erläutert, warum sich in der Entwicklung depressiver Störungen eine Eigendynamik hin zu negativer Selbst- und Welt-sicht entwickelt (Grawe 1995, 1999). Die Indikation spezifischer, diese neueren empirischen Befunde berücksichtigenden psychotherapeutischen Interventionen wird weder von der nosografisch orientierten ICD- bzw. DSM-Klassifikation, noch von einem Schema allgemeiner Psychotherapie-

Wirkfaktoren in einer adäquaten Weise geleistet. Gerade auch im Zusammenhang mit den erwähnten Befunden zur kognitiv-emotionalen Interaktion bei depressiv Erkrankten (Walter et al. 2009; Heinzl et al. 2009) wird deutlich, dass die nosologisch ubiquitären Störungen der Emotionskontrolle besonders charakteristisch und ausgeprägt in der majoren Depression sind und dort einen zentralen Störungsbereich darstellen.

Vor diesem Hintergrund ist der provokativ anmutende Vorschlag von Mundt und Backenstrass (2001) sehr plausibel und bedenkenswert, die Funktionsmikroanalyse von Störungen zu fokussieren, die Einzelsymptomen innerhalb der nosologischen Einheiten zugrunde liegen, anstatt »Energie zu verschwenden für die Verfeinerung des nosographisch orientierten Klassifikationssystems« (S. 14).

Dem Desiderat störungsspezifischer Diagnostik und Therapie wäre so, durch eine wesentlich verfeinerte Typisierung, näherzukommen. Daneben darf weiter bezweifelt werden, dass sich individuelle, durch unverwechselbare Biografien, durch ein hochkomplexes System wie das Gehirn und durch beider Interaktion geprägte Störungsbilder so standardisieren lassen, dass allein von dieser »Papierform« ausgehend eine psychotherapeutische Behandlung zu indizieren und zu konzipieren wäre.

2.6 Diagnose und Psychotherapieforschung

Auch für die Psychotherapieforschung stellt sich die Frage nach dem Stellenwert der Diagnose bei der Erfassung verlaufsrelevanter und prognostisch bedeutsamer Faktoren. Allgemein formuliert lassen dabei störungsbezogene Therapieansätze reliablere Outcome-Werte erwarten, während fallorientierte Ansätze relevantere Aussagen zum subjektiven Befinden und zur Entwicklung der Persönlichkeit ermöglichen. Neben einer Vielfalt weiterer methodologischer Fragen, die sich im Rahmen der Psychotherapieforschung ergeben, erörtern Roth und Fonagy (1996) insbesondere auch die Probleme, die sich aus der Anwendung deskriptiv-phänomenologischer diagnostischer Instrumente (z. B. Diagnostic and Statistical

Manual of Mental Disorders, APA) ergeben, und gehen davon aus, dass keine Behandlung bei allen Formen psychiatrischer Erkrankungen wirksam ist und daher die Notwendigkeit besteht, empirisch zu verifizieren, welche therapeutischen Interventionen mit größter Wahrscheinlichkeit bei den jeweiligen Störungen wirksam sind.

In forschungspragmatischer Perspektive erörtern sie die Einwände gegen eine deskriptiv-phänomenologische Diagnostik, vor allem die vollständige Vernachlässigung der psychodynamischen Dimension unbewusster psychischer Prozesse und Abwehrmechanismen (Shapiro 1991).

Ein deskriptiver Ansatz berücksichtige nicht – im Gegensatz zum ätiologiespezifischen Ansatz – die große Anzahl intervenierender Variablen, die letztlich in größerem Umfang zur Aufklärung der Signifikanz der das Behandlungsergebnis determinierenden Faktoren beitragen als die ursprünglichen als Ursachen angenommenen Zusammenhänge (Rutter 1994). Das multiaxiale DSM-System stelle dafür eine klare konzeptuelle Struktur zur Verfügung, die es ermögliche, State-trait-Zusammenhänge ebenso wie soziale und biologische Einflüsse auf die Psychopathologie zu untersuchen. Trotz dieser methodologischen Vorzüge einer DSM-basierten Einschlussdiagnostik und Stichprobenselektion im Rahmen der Psychotherapieforschung sind jedoch zwei wesentliche Gesichtspunkte zu berücksichtigen, die die Generalisierung von Aussagen einschränken, da sie mit einer DSM-basierten Diagnostik nur unzureichend erfasst werden:

- unterschwellige Symptomatik (»subthreshold cases«),
- Komorbidität.

Die psychosoziale Problematik vieler Personen, die von psychotherapeutischen Interventionen profitieren, ist mittels des DSM-Systems nur unzureichend erfassbar. Handelt es sich z. B. um Personen, die an den Folgen lebensverändernder Ereignisse (Scheidung, Arbeitslosigkeit, schwere somatische Erkrankungen) leiden, jedoch aktuell keine manifeste psychiatrische Symptomatik oder nur leichte Störungen aufweisen, so können sie dennoch sehr von einer Psychotherapie profitieren. Zudem ist zu berücksichtigen, dass solche Inter-

ventionen oft das spätere Auftreten bzw. die Exazerbation schwererer psychiatrischer Syndrome verhindern können.

Weiter – und für unsere Betrachtung gewichtiger – ergeben sich aus der Anwendung neuerer deskriptiv-phänomenologischer und diagnostischer Instrumente zwangsläufig erhebliche Probleme mit oft gravierenden Komorbiditäten, z. B. dann, wenn neben psychotischen Symptomen auch Zwänge manifest sind (Dümpelmann u. Böhlke 2003). Randomisierte kontrollierte Studien können so leicht zu unterschiedlichen Ergebnissen gelangen, die trotz vergleichbarer DSM-Diagnosen auf der nicht erfassten Heterogenität der Stichproben – hinsichtlich der Komorbidität, Chronizität und Schwere der Erkrankungen – beruhen. Angesichts dieser methodologischen Probleme im Zusammenhang mit den Limitierungen des DSM sind auf dieser Basis erzielte Forschungsergebnisse mit besonderer Vorsicht und kritisch zu interpretieren, gerade dann, wenn deutliche Veränderungen bisheriger therapeutischer Vorgehensweisen und Behandlungsangebote nahegelegt werden (Roth u. Fonagy 1996).

Durch Psychotherapie induzierter Wandel tritt vor allem dann auf, wenn sich neue Bedeutungsgelände für das unbewusste prozedurale Lernen ergeben, weniger aus bewusster Einsicht (vgl. die Ergebnisse der Bostoner Arbeitsgruppe »Process of Change« um D. Stern und L. Sander, 1998). Deshalb wurde empfohlen, die Gestaltung von Psychotherapie-settings systematisch zu untersuchen, die für die Form des unbewussten prozeduralen Lernens optimal sind.

Der Gedächtnisforscher Kandel (1999) skizzierte die neuropsychologischen Forschungsfelder, die aus seiner Sicht wesentlich zur Beantwortung von offen stehenden Fragen in der Psychoanalyse beitragen können. Die Lernbedingungen für bewusstes und unbewusstes Lernen spielen dabei eine Schlüsselrolle. Kandel setzte den die Lernvorgänge verbessernden Primingmechanismus des deklarativen Gedächtnisses mit dem vorbewussten Teil des Ich (im Sinne der konfliktfreien Ich-Sphäre; Hartmann 1972) gleich und empfahl, dass die Psychoanalyse solche neurowissenschaftlichen Paradigmen nutzen solle, auch um mit ihren Konzepten

aktiv an der empirischen Forschung zu partizipieren (► Kap. 3).

Die Einbeziehung neuerer experimenteller psychopathologischer und pathopsychologischer Paradigmen im Sinne einer neuropsychodynamischen Psychopathologie kann dazu beitragen, die Psychotherapie-Forschung auf eine umfassendere Basis zu stellen. Im Einzelnen ergeben sich als mögliche Forschungsstrategien:

- Verknüpfung mit Psychotherapie-Prozessanalysen,
- neurophysiologische Effekte von Psychotherapien,
- neuropsychologische Forschungsfelder:
 - Lernbedingungen für bewusstes und unbewusstes Lernen,
 - Folgen frühkindlicher Traumatisierungen (Endokrinologie, Neuroimmunologie, Neuropsychologie),
 - Bindungsstile und Affektkommunikation,
 - Einzelfallanalysen (Hermeneutik als Forschungsperspektive der Psychotherapie) zur Darstellung von Prozessaspekten von Psychotherapien (z. B. Fokusbildung).

Als Ergänzung objektivierender Methoden (einschließlich des Einbezugs neurowissenschaftlicher Erkenntnisse in die Psychotherapieforschung) sind hermeneutische, das subjektive Erleben abbildende Konzepte weiterhin von größter Bedeutung und unverzichtbar. Die Hermeneutik hilft, Prozessaspekte der Psychotherapie zu bestimmen (z. B. die Fokusbildung) und liefert individuell hoch bedeutsame Informationen, etwa zur Hypothesengenerierung. Unter Berücksichtigung methodologischer Einwände, die insbesondere darauf zielen, dass die durch einführendes Nachvollziehen gewonnene subjektive Evidenz des hermeneutischen Prozesses Schwierigkeiten mit der Reliabilität erzeugt, bekommt die Hermeneutik als komplementäre Methode ihren Platz. Sie darf jedoch nicht aufgrund ihrer Gegenstandsadäquatheit Vorrang über andere Methoden beanspruchen (Mundt et al. 1997). Diese Einschätzung wurde verbunden mit der Empfehlung »eines kontinuierlichen Wechselschritts« (Mundt et al. 1997) zwischen qualitativer und objektivierender Methodik in einem 2-Wege-

Neuropsychodynamische Psychiatrie

Böker, H.; Hartwich, P.; Northoff, G. (Hrsg.)

2016, XXII, 560 S. 44 Abb., Hardcover

ISBN: 978-3-662-47764-9