

Literaturrecherche Psychotherapieforschung DGPT Juni 2012

▪ Allgemeine Psychotherapieforschung

Buchheim, A., Viviani, R., Kessler, H., Kächele, H., Cierpka, M., Roth, G., George, C., Kernberg, O.F., Bruns, G. & Taubner, S. (2012). NEURONALE VERÄNDERUNGEN BEI CHRONISCH-DEPRESSIVEN PATIENTEN WÄHREND PSYCHOANALYTISCHER PSYCHOTHERAPIE. FUNKTIONELLE-MAGNETRESONANZTOMOGRAPHIE-STUDIE MIT EINEM BINDUNGS-PARADIGMA. *Psychotherapeut*, 57 (3) 219 – 226.

Hintergrund: Untersuchungen der neuronalen Korrelate von Therapieverfahren wurden bislang überwiegend für kognitiv-behaviorale und interpersonelle Therapien durchgeführt; die meisten bildgebenden Studien fokussierten auf Kurzzeittherapien und verwendeten etablierte standardisierte Stimuli wie z.B. Wörter, Fotos, Gesichter, um neuronale Effekte zu erfassen. Studien zum Effekt von psychoanalytischen Therapien bei depressiven Patienten sowie zu Langzeitverläufen liegen bisher nicht vor.

Ziel: Eine Teilstudie der Hanse-Neuro-Psychoanalyse-Studie untersucht mit einem individualisierten neurobiologischen Bindungsparadigma erstmals chronisch-depressive Patienten, die mit einer psychoanalytischen Therapie behandelt werden, über einen Beobachtungszeitraum von 15 Monaten auf neuronaler Ebene mithilfe funktioneller Magnetresonanztomographie (fMRT).

Methode: Nach DSM-IV diagnostizierte chronisch-depressive, nichtmedizierte Patienten (n = 16) wurden am Anfang und nach 15 Monaten psychoanalytischer Therapie im Vergleich zu gesunden Kontrollprobanden (n = 17), die nach Geschlecht, Alter und Bildung mit der Patientengruppe „gematcht“ worden waren, untersucht. Alle Teilnehmer wurden mit dem Adult Attachment Projective Picture System (AAP) untersucht, um die Bindungstypen zu erfassen. Weiterhin unterzogen sich die Patienten und die Probanden zu zwei Messzeitpunkten einer funktionellen Magnetresonanztomographie (fMRT). Dabei wurden ihnen personalisierte Kernsätze aus den eigenen AAP-Interviews zusammen mit den AAP-Bildern präsentiert. Diese Sätze wurden mit neutralen, die Umgebung beschreibenden Sätzen kontrastiert. Die Haupteffekte des fMRT-Experiments wurden anhand der 3-fachen Interaktion der Variablen „Gruppe“ (Patienten vs. Kontrollprobanden), „Zeit“ (T1 vs. T2) und „Kontrast personalisierte vs. nichtpersonalisierte Sätze“ berechnet.

Hypothesen:

1) Patienten mit einer chronischen Depression zeigen am Anfang der Therapie signifikant häufiger die Klassifikation „unverarbeitetes Trauma“ (bindungsdesorganisiert) als die Kont-

rollprobanden. Nach 15-monatiger Therapie nähern sich die Verteilungen der beiden Gruppen einander an. Die Patienten verbessern sich signifikant von einer desorganisierten Bindungsrepräsentation (U) zu einer organisierten Bindungsrepräsentation (R).

2) Nach 15-monatiger Behandlung kommt es bei den Patienten in relevanten klinischen Skalen (BDI, GSI) zu signifikanten Veränderungen.

3) In Anlehnung an die Studie von Fu et al. (2008) werden nach 15-monatiger Behandlung neuronale Veränderungen in limbischen Regionen (Amygdala-Hippocampus-Komplex) und Veränderungen in präfrontalen Regionen (Fu et al. 2008; Siegle et al. 2006) des Gehirns erwartet. Dabei wird angenommen, dass eine positive Korrelation zwischen der Symptomverbesserung und einer verminderten Aktivierung in diesen Arealen besteht.

Ergebnisse: Der ersten Hypothese entsprechend zeigten die Patienten zu Beginn der Behandlung (T1) einen höheren Anteil an desorganisierten Bindungsrepräsentationen (U) im Vergleich zu den Gesunden. Die unverarbeiteten Traumata bezogen sich vorwiegend auf Verlustthemen. Dieser Bindungsstatus veränderte sich, wie angenommen, nach 15 Monaten zu organisierten Bindungsrepräsentationen. Die Verteilung der Bindungsklassifikationen der Patienten unterschied sich nicht mehr von den Kontrollprobanden; nur 4 Patienten behielten ihre Klassifikation „unverarbeitetes Trauma“.

Neuronal wiesen die Patienten zu Beginn der Behandlung eine höhere Aktivierung im linken anterioren Amygdala-Hippocampus-Komplex, im subgenualen zingulären Kortex (vACC) und im medialen präfrontalen Kortex (MPC) auf als die Kontrollprobanden. Diese erhöhte Aktivierung, die sich bei der Konfrontation mit individualisierten Sätzen zeigte, die unbewusste Aspekte der mentalen Organisation in Bezug auf bindungsrelevante Themen (z.B. Trennung, Verlust) enthielten, war nach 15 Monaten signifikant reduziert und glich sich den Gesunden an. Die verminderte neuronale Aktivierung korrelierte signifikant mit der Symptomverbesserung (GSI- und BDI-Score), welche die zweite Hypothese bestätigte. Der signifikante Zusammenhang der Interaktionseffekte im vACC und MPC mit den klinischen Verbesserungen unterstützte die Annahme, dass diese Veränderungen auf positive Therapieeffekte zurückzuführen sind.

Schlussfolgerungen: Wie der Beitrag von Buchheim et al. herauszuarbeiten und deutlich zu machen beabsichtigt, sind die Autoren überzeugt, dass ein individualisierter Forschungsansatz im Bereich der neurobiologischen Psychotherapieforschung sinnvoll sei, um spezifische therapierelevante Aspekte zu erfassen. Im Rahmen der Hanse-Psychoanalyse-Studie konnten erstmals bei chronisch-depressiven Patienten neben der symptomatischen Veränderungen die erfolgreiche Veränderung von unverarbeiteten Traumata in Bezug auf Verluste hin zu einem verarbeiteten Bindungsstatus nach 15-monatiger psychoanalytischer Behandlung sowie neuronale Veränderungen in depressionsrelevanten Hirnarealen festgestellt werden, die mit einer symptomatischen Verbesserung signifikant korrelierten.

Schiepek, G., Karch, S., Tominschek, I. & Pogarell, O. (2012). NEUROBIOLOGISCHE KORRELATE DER PSYCHOTHERAPIE VON ZWANGSSTÖRUNGEN. *Psychotherapeut*, 57 (3) 234 – 240.

Schiepek und Kollegen beschreiben neben dem klinischen Bild der Zwangsstörung und ihren Unterformen (Wasch- und Reinigungszwänge mit Kontaminations- und Infektionsängsten, Hort- und Sammelzwänge, Symmetriewänge und Rituale des Ordners und Arrangierens, Kontrollzwänge) die wesentlichen neuropsychologischen Funktionsbeeinträchtigungen (Übersichten: Greisberg & McKay, 2003; Kathmann, 2007; Kuelz et al. 2004). Zusammenfassend scheinen v.a. folgende exekutive kognitive Funktionen beeinträchtigt:

- strategische Kompetenzen
- Generieren internaler Lösungsstrategien
- Unterdrücken irrelevanter Stimuli
- automatische Unterdrückung von Intrusionen
- Umschalten auf veränderte Kontingenzen
- Umschalten auf veränderte Stimuli und Reaktionserfordernisse („attention shift“)
- Komplexitätsverarbeitung und Zeitabhängigkeit
- visuoräumliche Wahrnehmung, Erinnerung und Informationsverarbeitung
- Arbeitsgedächtnis

„Offen ist bislang die Frage, inwieweit es sich bei diesen Beeinträchtigungen um basale Defizite oder um Folgen der Symptomatik (inadäquate Fehlerkorrektur) und/oder der Komorbidität (z.B. Verlangsamung und Gedächtnisdefizite als Folgen von Depressivität) handelt. Möglicherweise lassen sich in Zukunft therapeutische Strategien entwickeln, die eben an diesen kognitiven Basisfunktionen ansetzen.“

Die Autoren stellen des Weiteren die neuronalen Netzwerke vor, in denen zwangsspezifische Auffälligkeiten gefunden werden. An Perseverationstendenzen und Inhibitionsstörungen seien, so führen die Autoren aus, Strukturen beteiligt, die weitgehend dem frontostriatohalamofrontalen Schaltkreis entsprächen. Ausgehend von dorsolateralen Bereichen des präfrontalen Kortex (DLPFC) gebe es einen direkten Verbindungsweg zu den D1-Rezeptoren des Striatums und von dort zum Globus-pallidus-Substantia-nigra-Komplex, einer wichtigen „Output“-Region der Basalganglien. Dieser Komplex projiziere zum Thalamus, der wiederum direkte Verbindungen zum frontalen Kortex aufweise. In diese direkte Schleife seien zwei inhibitorische Verbindungen eingebaut, was bedeute, dass die hemmende Wirkung des Globus pallidus internus auf den Thalamus reduziert werde. Der Verlust dieser Hemmung führe zu einer Überaktivierung des Thalamus und triggere das System im Sinne eines selbstperpetuierenden, positiven Feedbacks. Ein erhöhter Metabolismus im Bereich des Thalamus stehe offenbar in direktem Zusammenhang mit der Symptomausprägung von Zwängen.

Der indirekte Verbindungsweg gehe vom PFC über die D2-Rezeptoren des Striatums zum Basalganglienkontrollsystem. Dieser Weg verfüge über mehrere inhibitorische Neurone bzw.

Verschaltungen und übe folglich eine dämpfende Wirkung auf den Thalamus aus (negatives Feedback). Die im gesunden Funktionieren bestehende Balance zwischen den direkten und den indirekten Schleifen, die sowohl die Aktivierung als auch die Kontrolle motorischer Abläufe garantiere, scheine laut Schiepek et al. bei Zwangsstörungen zugunsten des direkten, positiven Feedbacks mit der Folge perseverierender und unkontrollierter Verhaltensabläufe verschoben. Der beschriebene Kreislauf habe Verbindungen zum limbischen System, d.h. zu Prozessen der Emotionskontrolle.

Trotz des frühen Starts der neurobiologischen Psychotherapieforschung bei Zwangsstörungen sei die Zahl der Studien bisher noch recht überschaubar, so die Autoren. Neben der Beschreibung dieser bisherigen Studien erwähnen die Autoren eine tabellarische Zusammenstellung (Stand bis Ende 2009) sowie eine Diskussion der methodischen Einschränkungen und Probleme, die sich in Schiepek et al. (2011a) fänden.

Die Wirkung von Psychotherapie auf das Gehirn sei in der Literatur zu Zwangsstörungen („obsessive-compulsive disorder“, OCD) schon sehr früh ein Thema gewesen, erklären Schiepek et al. Die inzwischen detailliert beschriebenen neuronalen Netzwerke der Zwangsstörungen könnten in Zukunft sowohl eine Grundlage für die psychologisch-neurobiologische Prozessforschung als auch für die Analyse der neuronalen Systemdynamik bei therapeutischen Veränderungen liefern. Nahe läge es auch, Verfahren der nichtinvasiven Desynchronisationsstimulation und des Neurofeedbacks im Bereich der entsprechenden neuronalen Netzwerke zu erproben. Das Echtzeit-Neurofeedback mit fMRT und nichtinvasive Neuromodulation könnten in Kombination mit Psychotherapie zukünftig zu viel versprechenden Ansätzen ausgebaut werden und neue Perspektiven für die Therapie von Zwangsstörungen eröffnen. Klassische erfahrungsbasierte Psychotherapie ließe sich damit ergänzen, unterstützen oder vorbereiten. Werde auch der Einsatz von engmaschigem psychologischem Prozessfeedback hinzugenommen (Schiepek et al., 2011b), sei diesen Verfahren gemeinsam, dass es sich um die Veränderung von Funktionsmustern komplexer neuronaler oder psychischer Systeme, oder mit anderen Worten, um die Beeinflussung von Selbstorganisationsprozessen mit spezifischen Feedback- und Stimulationsmethoden handle. In diesem Sinne lägen hier systemische (d.h. auf die Funktionsweise komplexer Systeme gerichtete) Therapien vor, deren volles Potenzial sich zukünftig aus ihrer Kombination heraus entfalten könne.

▪ Psychotherapieprozessforschung

Fassone, G., Valcella, F., Pallini, S., Scarcella, F., Tombolini, L., Ivaldi, A., Prunetti, E., Manaresi, F., Liotti, G. and the Italien Group for the Study of Interpersonal Motivation (2012). **ASSESSMENT OF INTERPERSONAL MOTIVATION IN TRANSCRIPTS (AIMIT): AN INTER- AND INTRA-RATER RELIABILITY STUDY OF A NEW METHOD OF DETECTION OF INTERPERSONAL MOTIVATIONAL SYSTEMS IN PSYCHOTHERAPY.** *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 19, 224 – 234.

(Italienische Studie)

Ziel: Die Evaluierung der Inter- und Intrarater-Reliabilität des ‚Assessing Interpersonal Motivations in Transcripts‘ (AIMIT), einem Kodierungssystem zur systematischen Erfassung der Aktivität interpersoneller Motivationssysteme (IMS) im therapeutischen Dialog.

Methode: 16 auf Video aufgezeichnete psychotherapeutische Sitzungen (kognitiv behavioral, dialektisch behavioral) von Patienten (n = 16) mit einer Achse-II Diagnose und einem durchschnittlichen GAF-Score (Global Assessment of Functioning) von 51, wurden entsprechend den Kriterien des AIMIT-Manuals ausgewählt und transkribiert. Für die Evaluierung der Intrarater-Reliabilität wurden fünf Sitzungen ausgewählt und fünf unabhängigen Bewertern zugewiesen mit der Aufgabe, eine erste Evaluation vorzunehmen und eine zweite unabhängige 14 Tage später. Für die Interrater-Reliabilität wurden die 16 bewerteten Sitzungen, gemeinsam mit einem anderen Bewerter durchgesehen und schließlich als goldener Standard klassifiziert. Die 16 Standardsitzungen wurden daraufhin anderen Bewertern für eine unabhängige Kodierung zugewiesen.

Die Übereinstimmung (Cohen’s Kappa) wurde für jede Kodierungseinheit (n = 2443) nach folgenden Parametern (nonverbale und verbale Indikatoren) beurteilt:

- 1) Evaluationseinheiten mit ‚kodierbarer‘ Aktivität eines oder mehrerer IMS (coded, Cod)
- 2) Motivationale Interaktion, die laufende Patient-Therapeut-Beziehung betreffend (ongoing relationship, Rel)
- 3) Vom Patienten berichtete Interaktion zwischen ihm und einer anderen Person (narrated relation, Nar)
- Ermittlung spezifischer IMS:
 - 4) Bindung (attachment, At; z.B. Weinen, Beschreibung schmerzvoller Erlebnisse)
 - 5) Umsorgen (care-giving, CG; z.B. Ausdruck von Sympathie, Sorgen)
 - 6) Rang (rank, Ra; z.B. Stimme heben/senken, Kritik, Anweisungen, Neid, Triumph)
 - 7) Sexualität (Se; z.B. verführendes/erregtes Handeln, Bericht von sex. Problemen)
 - 8) Peerkooperation (peer cooperation, PC; z.B. gleichzeitiges Aussprechen eines Satzes oder Wortes durch Therapeut und Patient, Verwendung des Pronomens ‚wir‘)
 - 9) Übergänge von einem IMS zu einem anderen (transitions, TR)

Die Intrarater-Reliabilität wurde anhand folgender Parameter ermittelt:

1) Cod; 2) At; 3) CG; 4) Ra; 5) Se; 6) PC

Ergebnisse: Die 2443 Kodierungseinheiten wurden je zweimal, nach goldenem Standard und unabhängiger Bewertung, beurteilt. Von den neun genannten Parametern zur Interrater-Reliabilität wiesen acht zufrieden stellende bis sehr gute Kappa-Werte auf:

- Umsorgen, CG: .62;
- Rang, Ra: .67
- Bindung, At: .69
- Sexualität, Se: .70
- Berichtete Beziehung, Nar: .71
- Peer Kooperation, PC: .75
- Laufende Beziehung, Rel: .75
- Kodierbare Aktivität, Cod: .83

Der Wert für Übergänge (TR) lag mit einem Kappa von .56 knapp unter dem Cut-Off-Wert.

Die Kappa-Werte zur Testung der Intrarater-Reliabilität waren sehr gut: für Cod .93 und für alle IMS .78.

Schlussfolgerungen: Die Ergebnisse der Studie von Fassone et al. geben Hinweis auf die Reliabilität des Kodierungssystems AIMIT und ermutigen zur weiteren Anwendung des Systems.

▪ Diagnostik

Vanheule, S. (2012). DIAGNOSIS IN THE FIELD OF PSYCHOTHERAPY: A PLEA FOR AN ALTERNATIVE TO THE DSM-5.x. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 85, 128 – 142.

(Belgische Literaturstudie)

Ziel: Ziel des Reviews von Vanheule ist es, einen Überblick zu gewinnen, wie Diagnostik im Bereich der (Philosophie der) Psychiatrie aktuell konzeptualisiert wird, und herauszufinden, ob diese Art der Diagnosestellung für psychotherapeutische Interventionen als relevant angesehen werden kann.

Methode: Für diese Studie wurde ein narratives Literaturreview verwendet.

Ergebnisse: Im Rahmen des ‚Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders‘ (DSM) der ‚American Psychiatric Association‘ (APA) werde Diagnosestellung, so erkennt Vanheule,

mit Klassifikation gleichgesetzt. Symptomen und Beschwerden werde sich mittels eines medizinisch symptomatologischen Modells genähert. Symptome und Beschwerden würden als Zeichen tiefer liegender Krankheitsprozesse verstanden. Gottlob Freges Theorie könne diesbezüglich zu Rate gezogen werden. Diese unterscheide zwischen drei Aspekten eines Zeichens: Bedeutung, Sinn und Vorstellung. Auf dieser Differenzierung beruhend könne behauptet werden, dass im Übergang von DSM-III zu DSM-5 viel Aufwand betrieben wurde, *Sinn* als Attribut von Symptom und Beschwerde eindeutig darzulegen, während personenspezifische *Bedeutung* und *Vorstellung* ausgeklammert wurden. Sowohl aus psychiatrischer, als auch psychotherapeutischer Sichtweise werde dies kritisiert. Des Weiteren dokumentiert Vanheule, dass DSM-III und DSM-IV konkrete Aussagen zur Ätiologie vermieden hätten, wohingegen sich DSM-5 diesbezüglich klar positioniere. Das DSM-5 und jüngst auch die Gruppe des ‚Research Domain Criteria‘ (RDoC) Projekts des ‚National Institute of Mental Health‘ (NIMH), verfolge das Ziel der Entwicklung einer Klassifikation, die ihren Ausgangspunkt bei der Annahme wählt, dass psychiatrische Erkrankungen Störungen des Gehirns seien. Vanheule argumentiert, dass dadurch eine *Bedeutung* klassifiziert würde, die sich vom Gegenstand der Interventionen unterscheide, mit welchen sich psychotherapeutische Theorien befassen.

Schlussfolgerungen: „*In my view, such idea of diagnosis is not workable for psychotherapy*“, schließt Vanheule. Er sehe den Ausschluss der Verbindung von persönlichen Erfahrungen mit Symptomen und Beschwerden als problematisch an und schätze die *Bedeutung*, welche die aktuelle psychiatrische Klassifikation verwende (d.h. neuronale Prozesse), als nicht kompatibel mit der *Bedeutung* ein, die von psychotherapeutischen Theorien herangezogen werde. Nicht dass er per se gegen das DSM sei, „*I am happy to leave neurological examinations to specialists in that field*“. Wo er jedoch ein Problem sehe, sei die Verwendung des DSM als goldener Standard für den Entwurf *aller* Arten von Interventionen in der psychiatrischen Versorgung. Als Alternative schlägt er Fallbeschreibungen vor und bezieht sich dabei auf Forresters (1996) ‚Thinking in cases‘. „*(I)t should be advocated more strongly, and (...) should be investigated and be discussed in greater depth.*“

Østergaard, S. D., Rothschild, A. J., Uggerby, P., Munk-Jørgensen, P., Bech, P., Mors, O. (2012). CONSIDERATIONS ON THE ICD-11 CLASSIFICATION OF PSYCHOTIC DEPRESSION. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 81:135-144.

Zurzeit wird die Depression mit psychotischen Symptomen (PD), sowohl im ICD 10 als auch im DSM-IV, als eine Unterform der ‚schweren depressiven Episode‘ geführt. Obwohl prävalent und mit hoher Morbidität und Sterblichkeit verbunden, werde PD selten diagnostiziert und behandelt; habe insgesamt im Vergleich mit anderen, weniger schwerwiegenden Erkrankungen, unverhältnismäßig wenig Aufmerksamkeit erhalten. Eine Reihe von Studien der letzten Jahre, welche signifikante Unterschiede zwischen Depressionen mit und ohne psychotischen Symptomen feststellten, legten nahe, PD künftig abgegrenzt als selbstständiges

Syndrom affektiver Störungen zu führen. Das Anliegen der vorliegenden Arbeit sei die Diskussion der Argumente für und wider eine solche Abgrenzung der Depression mit psychotischen Symptomen.

Gegen die diagnostische Abgrenzung der PD spreche, laut der ‚DSM-IV Work Group on Mood Disorders‘, der Umstand, es gäbe bereits insgesamt eine viel zu große Anzahl psychiatrischer Syndrome – es stünden 380 Diagnosen zur Verfügung welche mehrheitlich nur selten angewandt würden. Nach Østergaard et al. sei dieses Argument im Falle der PD in Anbetracht der Prävalenz und den bereits vorliegenden Definitionen in den diagnostischen Manualen fehlplatziert – ungeachtet des nachvollziehbaren Anliegens, die Anzahl der Syndrome auf ein vernünftiges Minimum zu beschränken.

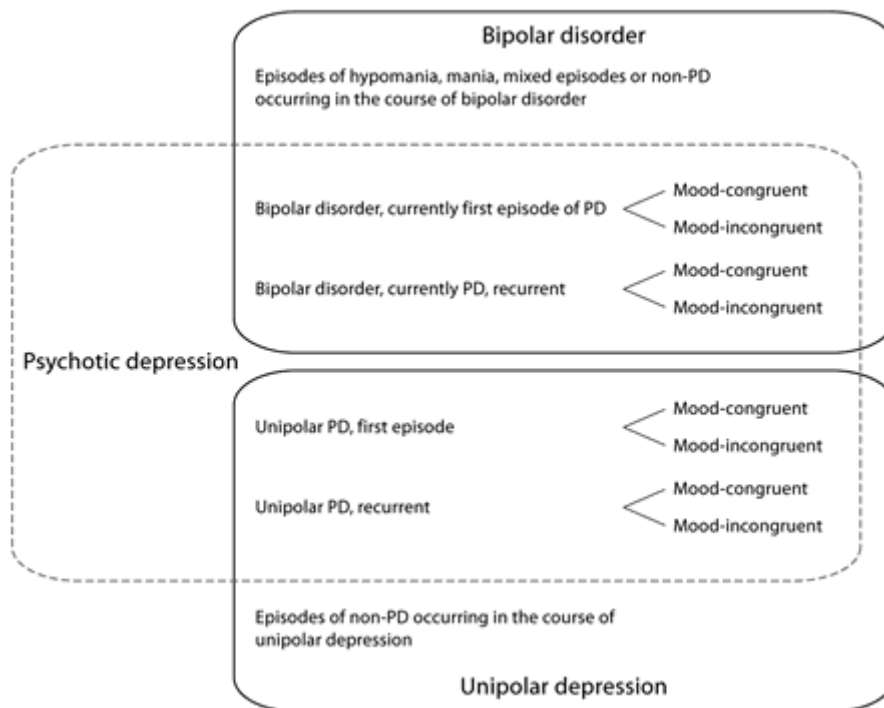
Ebenfalls gegen eine Hervorhebung der PD als selbstständiges Syndrom spreche das Verhältnis zwischen ‚Schweregrad der Depression‘ und ‚Vorhandensein der Psychose‘. Es scheine eine weit verbreitete klinische Annahme zu sein, die Psychose ‚lediglich‘ als Indiz einer bestimmten Schwere der depressiven Erkrankung aufzufassen; sie gerade zu erwarten, wenn sich die Depression dergestalt entwickelt, dass sie die ausreichende Schwere aufweist. Gegen diese Auffassung führen Østergaard et al. an, dass neuere Studien sowohl PD ohne diese vermutete Schwere (gemessen anhand der Anzahl depressiver Symptome) nachgewiesen hätten und dass es Patienten gebe, welche ohne jegliche psychotische Komponenten eine schwerer wiegende Depression aufwiesen.

Aus der neurobiologischen Perspektive erschloss sich für die DSM-IV Work-Group zunächst ebenfalls keine Trennlinie, zu geringfügig seien die Unterschiede zwischen PD und non-PD. Jedoch innerhalb der DSM-IV/ICD 10-Ära seien neue Unterschiede festgestellt worden: Patienten mit PD wiesen etwa eine besonders dysregulierte Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse und eine geringere Aktivität des Enzymes Dopamin- β -Hydroxylase auf. Letzteres verwandle Dopamin in Norepinephrin; das Ausbleiben dieser Umwandlung habe einen erhöhten Dopaminspiegel zur Folge, welcher nach der „corticosteroid/dopamine Hypothese“ (Schatzberg et al. 1985) wesentlich zur Entwicklung von PD beitrage.

Depression sei zwar grundsätzlich erblich, jedoch deutlich weniger als etwa Schizophrenien und bipolare Störungen. PD werde stärker vererbt als die Depression ohne psychotische Symptome (May et al. 1991, Bienvenu 2011, etc.); dies verleite zur der Annahme, dass es sich bei der PD um eine eher ‚biologisch-primäre‘ Störung handle, im Kontrast zur eher sozial erworbenen non-PD. Hieraus schließen die Autoren ein weiteres Argument, PD als selbstständiges Syndrom aufzufassen.

Im Hinblick auf das Ansprechen auf die Behandlungen werden zunehmend Unterschiede festgestellt: PD Patienten sprechen schlechter auf Placebo und Monotherapie mit trizyklischen Antidepressiva an; welche die psychotischen Symptome eventuell sogar verstärken. Psychotherapie als Ganzes verzeichnet deutlich größere Erfolge bei non-PD; PD hingegen wird häufiger mit Elektrokonvulsionstherapie (EKT) erfolgreich begegnet.

Letztlich bietet auch die Nähe zur bipolaren Störung eine Grundlage zur Unterscheidung: Patienten mit unipolarer PD unterliegen einem deutlich höheren Risiko eine bipolare Störung zu entwickeln; auch unter deren Verwandten seien bipolare Störungen deutlich prävalenter.



Die Autoren begrüßen, dass die oben genannten Unterscheidungen in die z. Z. diskutierten Ausarbeitungen des DSM-5 Eingang gefunden haben. Der Verzicht auf die Verbindung zwischen „Schweregrad“ der Depression und psychotischen Symptomen und die eigenständige Klassifikation (296.x4) auf Augenhöhe neben 'mild' (296.x1), 'moderate' (296.x2) und 'severe without psychotic features' (296.x3) erlaube präzisere Diagnosen, wie der obigen Übersicht zu entnehmen ist.

▪ Sonstiges

Richter, M. (2012). BRAUCHEN WIR EINE „NEUROPSYCHOTHERAPIE“? EINE PRAGMATISCH-WISSENSCHAFTSTHEORETISCHE KRITIK. *Forum der Psychoanalyse*, 28, 27 – 49.

„Die etwas saloppe Frage, ob wir eine Neuropsychotherapie brauchen, meint genauer“, so spezifiziert Richter, „ob deren neurowissenschaftliche Sichtweise für die psychotherapeutische Praxis von Nutzen sein kann“. Zur Beantwortung dieser Frage eigneten sich die herkömmlichen wissenschaftlichen Ansätze nur bedingt. Zunächst läge es nahe, die Beurteilung des Nutzens der Neuropsychotherapie im Rahmen der quantitativen Psychotherapieforschung anzugehen, welche Richter als „empirisch-technischen Ansatz“ vorstellt. Dieser Ansatz vermöge bei der Beantwortung der Frage jedoch nicht weiterzuhelfen, da die Neuopsy-

chotherapie selbst nur die Fortführung der quantitativen Psychotherapieforschung darstelle. *„Entscheidend ist, dass innerhalb dieser zweckrationalen Logik nur Korrelationen mit anderen Effizienzkriterien festgestellt werden, deren Zweck und Bedeutung aber nicht kritisch reflektiert werden können. Dies wäre aber die Voraussetzung, um überhaupt beurteilen zu können, welchen Wert und Nutzen die neurowissenschaftliche Perspektive haben kann.“*

Die Frage nach der Bedeutung der neurobiologischen Prozesse verweise so auf das Gebiet der Erkenntnistheorie. *„Weil ohne ein Verständnis des Verhältnisses der subpersonalen neurobiologischen Prozesse zu den personalen Lebensvollzügen der Sinn und Nutzen der Neuropsychotherapie gar nicht beurteilt werden kann (Richter, 2011a), bedarf es dessen Interpretation durch den ‚theoretischen Ansatz‘.“* Aber auch dieser Ansatz helfe nur bedingt weiter, schränkt Richter ein. Er biete zwar einen wichtigen Reflexionshintergrund, müsse aber zugleich gegenüber der psychotherapeutischen Tätigkeit abstrakt bleiben, da er deren Zweck nicht berücksichtige.

Stattdessen stellt der Autor den selbstreflexiven, zweckorientierten Ansatz der „pragmatischen Reflexion“ vor. Die Reflexion gehe von einem allgemeinen Zweck der Psychotherapie aus, auf dessen Hinblick der Nutzen der Neuropsychotherapie *„überhaupt nur“* beurteilt werden könne. Nach dieser Klärung könne die pragmatische Reflexion anhand konkreter Vorstellungen zur Anwendung der Neurowissenschaften in der Psychotherapie ansatzweise demonstriert werden. Hierbei zeige sich, dass die Neuropsychotherapie für eine ganz bestimmte Argumentations- und Handlungspraxis stehe, die der Psychotherapie eine *„sach- und zweckfremde Logik überstülpe“*. Der Nutzen der Neurowissenschaften müsse an ihrer Dienlichkeit für die Ziele des personalen Lebensvollzugs als Aufgabenbereich der Psychotherapie beurteilt werden. Laut Richter stehe die „Neuropsychotherapie“ für einen Prozess der Zweckrationalisierung auf dem Gebiet der Psychotherapie. Sie sei der unreflektierte Versuch, die Erkenntnisse der Neurobiologie unmittelbar in eine psychotherapeutische Tätigkeit zu übersetzen. Motivation der Neuropsychotherapeuten sei eine *„naturwissenschaftliche Auffassung psychotherapeutischer Profession im Sinne einer falsch verstandenen Aufklärung.“* Denn eine Aufklärung, welche die Emanzipation als ihren Zweck aus den Augen verliere, so Richter, verkehre sich in ihr Gegenteil und werde zum Dogma. *„Eine neurobiologische Psychotherapieforschung zur Entwicklung von Eingriffswissen auf den psychophysischen Zustand ist bei Bedarf sinnvoll. Nicht sinnvoll sind die neuropsychotherapeutischen Kurzschlüsse auf die psychotherapeutische Praxis,“* und er schließt: *„Eine Neuropsychotherapie brauchen wir nicht“*.

Lena Korn & Arkadi Blatow

lena.korn@ipu-berlin.de
arkadi.blatow@ipu-berlin.de