

Wolfgang Gaebel

Die Bedeutung von psychiatrischer Diagnose und Indikation in der Gesprächspsychotherapie

Zusammenfassung

Der diagnostische Prozeß in der Psychiatrie trägt dem Konzept multifaktorieller Bedingtheit psychiatrischer Erkrankungen Rechnung. Auf der therapeutischen Seite herrscht heute entsprechend ein Methodenpluralismus, der bisher allerdings nur in begrenztem Maß rationalen Indikationsregeln genügt. Universalitätsansprüche einzelner Therapieverfahren sind jedoch nicht begründet.

Wenn die Gesprächspsychotherapie im Rahmen der in Gang gekommenen Integration von Psychotherapie in die Psychiatrie ernstgenommen werden will, muß sie ihre bisher ambivalente Haltung zu Diagnostik und Indikationsstellung überdenken. Erst eine breitgefächerte Diagnostik erlaubt eine Differentialindikation und damit Auswahl zwischen oder Kombination von therapeutischen Methoden. Nur auf dem Hintergrund von störungsspezifischen Krankheitsmodellen schließlich sind für ein patientenorientiertes Vorgehen notwendige therapeutische Konzepterweiterungen und Handlungsmodifikationen möglich. Die empirische Basis für ein derartiges Indikationsmodell ist allerdings noch schmal.

Summary

The diagnostic process in psychiatry is based upon the biopsychosocial approach to psychiatric illness. This concept has led to a pluralism of therapeutic methods, of which no single one can be regarded to be the right one in any case. However, rational indication rules have not yet been sufficiently developed.

Especially client-centered therapy has to reflect its ambivalence in the process of diagnosis and indication, if it wants to participate in the developing integrative process of psychotherapy and psychiatry. Diagnosis is a precondition for selecting the right treatment or treatment combination. Additionally, if modifications in therapeutic concepts and practice are necessary to guarantee a patient-oriented approach, they should be derived from diagnostically specific illness models. Unfortunately, again the empirical basis for such a strategy of indication is still weak.

1.

Einleitung

Psychiatrische Diagnostik besteht in der Anwendung von Regelwissen auf ein krankes Individuum. Sinn und Ziel der Diagnostik ist eine therapeutische und prophylaktische Handlungsanweisung (*Scharfetter*, 1976). Die Gesprächspsychotherapie steht diesem Prozeß bis heute ambivalent gegenüber. Mit *Baumann* und *Wedel* (1981) lassen sich zwei Positionen bezüglich der Bedeutung von Diagnostik und Indikation in der Gesprächspsychotherapie unterscheiden. Die eine ist aus humanistischem Selbstverständnis heraus einer breiten Anwendbarkeit im Sinne einer „personenzentrierten“ Gesprächspsychotherapie verpflichtet. Für sie sind die mit den drei Therapeutenvariablen umrissenen Therapiebedingungen am ehesten notwendige und hinreichende Wachstumsbedingungen einer Persönlichkeitsentfaltung. Die andere Position ist stärker an Diagnostik- und Indikationsfragen interessiert und einem differentiellen therapeutischen Vorgehen gegenüber stärker aufgeschlossen. Spätestens seit der als zunehmend notwendig erkannten Integration von Psychotherapie in die Psychiatrie (*Helmchen et al.*, 1982) ist eine Auseinandersetzung beider Positionen mit psychiatrischen Konzeptionen unumgänglich geworden mit der Möglichkeit eines Gewinns auf allen Seiten.

Im folgenden soll diese Auseinandersetzung anhand des diagnostischen Prozesses und therapeutischen Handlungsrationals in der Psychiatrie unter Berücksichtigung von Indikationsregeln in der Gesprächspsychotherapie nachvollzogen werden.

2.

Diagnostischer Prozeß in der Psychiatrie

Das übliche psychiatrische Diagnosemodell ist ein typologisches (*Strauss*, 1973). So schreibt *Scharfetter* (1976): „Diagnose heißt Erkennen eines klinisch beobachtbaren psychopathologischen Bildes (Symptom, Syndrom, Zustandsbild, Zustands-Verlaufsbild) als typisch, wiederholt in ähnlicher Grundgestalt vorkommend – und heißt Zuordnen dieses Bildes zu einem Krankheitsbegriff.“ Vom und am Patienten erhobene individuelle Informationen werden mithin auf das Durchscheinen von Regelmäßigem überprüft. Das bekannte Instrumentarium der Datenerhebung umfaßt dabei biographische und spezielle Anamnese, psychopathologischen und testpsychologischen Befund sowie körperliche und apparative Zusatzbefunde.

Es ist ein Nachteil heute geläufiger Diagnosesysteme (z. B. ICD 9), daß sie verschiedene Dimensionen des diagnostischen Prozesses in einer Diagnose vermengen: So sind z. T. Deskription, Ätiologie und Pathogenese in einem Begriff enthalten (siehe *Helmchen/Rüger*, 1980). Diese Projektion verschiedener Ebenen des diagnostischen Prozesses auf einen einzelnen Begriff führt nicht nur zur Vermengung verschiedener Tatbestände und damit begrifflichen Unschärfe, sondern auch zu einem erheblichen Informationsverlust. Dieses Mißverständnis zwischen Informationsreichtum und sprödem diagnostischen Etikett mag auch in dem Erfahrungssatz zum Ausdruck kommen, daß „the better a clinician knows a patient the harder it is to make a diagnosis“ (*Strauss*, 1973). Ein mehrdimensionaler oder gemischt typologisch/dimensionaler diagnostischer Ansatz scheint eher geeignet, die erhobene Datenmenge verlustfreier und individualspezifischer umzusetzen. So sagt die Diagnose „Schizophrenie“ wenig über den momentanen Zustand eines Patienten aus, ob er sich in einer akuten Exazerbation, in einer Voll- oder

Teilremission befindet und wie es um sein prämorbid psychosoziales Funktionsniveau und seine derzeitige soziale Integration steht. Gleichwohl werden diese Aspekte im Rahmen des diagnostischen Prozesses üblicherweise erfragt und zum Ausgangspunkt therapeutischer Überlegungen gemacht.

In dieser unbefriedigenden Situation war es ein notwendiger konzeptueller Schritt zur Entwicklung multiaxialer Klassifikationssysteme (*Helmchen, 1980*). Derartige Systeme versuchen dem heute geläufigen biopsychosozialen Bedingungskonzept psychiatrischer Erkrankungen besser gerecht zu werden. So hält z. B. das amerikanische Klassifikationssystem DSM-III (*Koehler/Saß, 1984*) neben einer operationalisierten Achse für das momentane klinische Syndrom weitere Achsen für Persönlichkeits- und spezifische Entwicklungsstörungen (psychologische Funktion), körperliche Störungen und Zustände (biologische Funktion) sowie Schweregrad psychosozialer Belastungsfaktoren und höchstes Niveau sozialer Anpassung im vorangehenden Jahr (soziale Funktion) bereit. Eine derart erweiterte Diagnostik anhand unabhängig konzeptualisierter Achsen erlaubt eine bessere Behandlungsplanung und Prognosestellung als eine einzelne Diagnose (*Williams, 1985*). Insbesondere die soziale Achse ist, wie man aus der Schizophrenie-Forschung weiß (*Strauss/Carpenter, 1977*) prognostisch sehr bedeutsam und damit handlungsrelevant.

Neurosen sind in diesem Klassifikationssystem nur noch als neurotische *Störungen* im Sinne eines deskriptiven Terminus enthalten, nicht jedoch als neurotischer *Prozeß* mit ätiologischen Implikationen, weil bei grundsätzlich gleichrangigen Erklärungsmodellen (psychodynamisches, lerntheoretisches, kognitives, behavioristisches, biologisches Modell) kein spezielles ätiologisches Konzept präferiert werden sollte (*Koehler/Saß, 1984; Bayer/Spitzer, 1985*). Gleichwohl ist von einigen Autoren die Einführung einer weiteren Achse zur Evaluation psychodynamischer Prozesse (Konflikte, Objektbeziehungen, Abwehrformen, Copingmechanismen und psychische Struktur) gefordert worden (z. B. *Karasu/Skodol, 1980*). Die Einführung einer derartigen Achse unterblieb bisher, weil man sich nicht auf eine verbindliche Liste von Abwehrmechanismen und ihre Definition einigen konnte (*Williams, 1985*).

Wohin der Weg psychiatrischer Klassifikation in Zukunft führen wird, ist offen. Im Bereich biologisch orientierter Forschung zeichnet sich die Erkenntnis ab, daß eine nosologieübergreifende Untersuchung biologischer Parameter möglicherweise zu entscheidenderen Einsichten führt als eine allein auf homogene diagnostische Subgruppen eingegrenzte Forschung leisten kann.

3.

Klassifikation und therapeutisches Handeln in der Psychiatrie

Als Sinn und Ziel klassifikatorischer Systeme werden genannt: Ursachenforschung, Behandlung, Prognose, Lehre, Kommunikation und Strukturplanung (*Helmchen, 1980; Zigmond/Sims, 1983*). Nun entstehen allerdings Zweifel an der Haltbarkeit dieser Zieldefinitionen, wenn man bedenkt, daß die Reliabilität psychiatrischer Diagnosen nicht sehr hoch ist (*Jakubaschk/Werner, 1974*) und auch die Validität (prognostisch, therapeutisch etc.) zu wünschen übrig läßt (z. B. *Kendell et al., 1979; Fenton et al., 1981*). *Sulz und Gigerenzer (1982)* konnten zeigen, daß der diagnostische Prozeß neben allgemeinen expliziten nosologischen Theorien von individuellen impliziten Theorien beeinflusst wird, was für den nur mäßigen Zusammenhang mit Therapieentscheidungen möglicherweise eine Rolle spielt. So bemerkt auch *Scharfetter (1976)*: „Leider ergibt sich beim heutigen

Stand des Pathogenie-Wissens und der Therapiemethoden aus der Diagnose noch nicht immer eine befriedigend erfolgreiche Therapie und Prophylaxe.“

Während durch systematisches Training die diagnostische Beurteilerübereinstimmung zweifellos verbessert werden kann, so ist andererseits doch nicht zu erwarten, daß Diagnosen im herkömmlichen Sinne den therapeutischen Spielraum voll erschließen. Ein engerer Zusammenhang zwischen Klassifikation und therapeutischem Handeln wird sich vermutlich erst dann nachweisen lassen, wenn die vorgenannten zusätzlichen diagnostischen Dimensionen berücksichtigt werden. Im psychiatrischen Alltag ist dies längst der Fall. So wird ein Gesamtbehandlungsplan analog zum diagnostischen Prozeß nach biopsychosozialen Kriterien erstellt und gewichtet. Psychiatrische Therapie ist, wenn auch abhängig vom Standort, immer schon mehrdimensional angelegt. Der praktizierende Psychiater, zumal in klinischer Tätigkeit, überblickt ein ganzes Arsenal therapeutischer Methoden, die gezielt, z. T. aber auch routinemäßig und unreflektiert zur Anwendung kommen. Dazu gehören neben dem Stationssetting Beschäftigungstherapie, Arbeitstherapie, soziotherapeutische Maßnahmen, kreative Techniken, Einzel- und Gruppengespräche sowie gezielte psychotherapeutische Interventionen und Psychopharmaka-Behandlungen.

Die Akzentuierung dieser Maßnahmen hängt neben der Diagnosestellung entscheidend von den genannten weiteren diagnostischen Dimensionen ab. Dabei muß man sich vergegenwärtigen, daß weder die Wirksamkeit vieler dieser Einzelmethoden, geschweige denn die ihrer Kombinationen oder gar ihre Wirkungsmechanismen empirisch bisher ausreichend abgesichert sind. Oft sind auch die therapeutischen Zielsetzungen in ihren normativen Voraussetzungen nur unzureichend reflektiert. Die erforderliche Handlungspragmatik, die letztlich auch nicht von ihren institutionellen (z. B. *Reimer et al.*, 1982), sowie personellen und berufspolitischen Konnotationen zu trennen ist, hat zweifellos einem derartigen Methodenpluralismus Vorschub geleistet. Erst allmählich gehen wir daran zu überprüfen, was von diesem Arsenal als gesicherter Bestand gelten kann. Am ehesten empirisch abgesichert ist der Einsatz psychopharmakotherapeutischer Methoden (*Müller-Oerlinghausen/Linden*, 1981), nach deren Modell (allerdings mit anderen Zielkriterien) auch andere Behandlungsmethoden zu evaluieren wären. Zweierlei erscheint hiernach von besonderer Bedeutung: Zum einen erfolgt auch der Einsatz von Psychopharmaka mehr Syndrom- als Diagnose-orientiert, d. h. eine Behandlung mit Neuroleptika zielt nicht auf „die Schizophrenie“, sondern auf ein paranoid-halluzinatorisches Syndrom, das seinerseits nosologieunspezifisch auftreten kann. Zum anderen und damit in Zusammenhang stehend können Psychopharmaka syndrombezogen nicht nur bei endogenen oder organischen Psychosen, sondern auch bei Neurosen wirksam eingesetzt werden. Dies gilt z. B. für den Einsatz von Antidepressiva bei sogenannten neurotischen Depressionen (*Gaebel*, 1984). Darüber hinaus haben Studien zur Kombinationsbehandlung depressiver Störungen (siehe Übersicht in *Gaebel/Linden*, 1984) und schizophrener Störungen (z. B. *Hogarty et al.*, 1974) gezeigt, daß zwischen Psychopharmako-Therapie und Psycho-/Soziotherapie Interaktionsmuster vom Typ der Addition oder Dependenz auftreten und sinnvoll genutzt werden können. Konsequenz derartiger Befunde kann nur sein, jenseits von monopolisierender Therapietheorie oder gar Ideologie auf dem Hintergrund vorgefaßter ätiologischer Krankheitsmodelle die empirische Basis zu verbreitern. Kurzschlüsse wie „bei Neurose Psychotherapie“ oder „bei Psychose Pharmakotherapie“ sind heute nicht mehr angemessen. Ein vorurteilsloser Blick auf die Vielfalt biologischer, psychologischer und sozialer Einflußvariablen und deren therapeutisches „Management“ bewahrt vor behandlerischer Einseitigkeit, die letztlich am Patienten vorbeizielein muß. Hierzu

rechnet sicher auch die Berücksichtigung der individuellen Behandlungspräferenz von Patienten, die nicht leichtfertig aufgrund unflexibler Therapievorstellungen des Therapeuten unterschlagen werden sollte.

Zu dieser größeren Aufgeschlossenheit, aber auch Bescheidenheit gehört, die Begrenztheit unseres momentanen Wissens bei aller Fülle von Einzelbefunden zu sehen. So ist trotz der gruppenstatistisch abgesicherten Wirksamkeit von Psychopharmaka oder Psychotherapie deren individuelle Indikationsstellung noch kaum gesichert möglich – eine weitere deutliche Parallele zwischen dem heutigen Stand von Psychopharmakotherapie- und Psychotherapie-Forschung (Baumann/Wedel, 1981).

4.

Diagnose und Indikation in der Gesprächspsychotherapie

Baumann und Wedel (1981) kommen in ihrer vergleichenden Übersicht zum Stellenwert der Indikationsfrage in Psychoanalyse, Verhaltenstherapie und Gesprächspsychotherapie zu folgender Einschätzung:

„In allen drei Therapierichtungen bestehen zwischen Diagnosen ... und Behandlungsformen keine engeren Zusammenhänge. Vielfach werden in den meisten Diagnosegruppen erfolgreiche Therapien mit unterschiedlichen Maßnahmen berichtet, doch bleibt dabei unklar, welche Teilgruppen der Diagnosen dies betrifft. Es werden daher zusätzliche Merkmale zur Indikationsstellung und Prognose benötigt, die die Patienten exakter definieren. Dieses Problem ist aber nicht nur für die Psychotherapie spezifisch, sondern betrifft auch die Psychopharmakotherapie, bei der Nosologie und Indikation nur locker miteinander verknüpft sind und die Indikationsstellung vorwiegend auf Symptom- und Syndrom-Ebene erfolgt ...“

Rogers (1957) hat bekanntermaßen betont, daß der Psychotherapeut keine akkurate psychologische Diagnose seines Klienten kennen müsse, um mit ihm in eine psychotherapeutische Beziehung einzutreten. Mir scheint, daß dieser Satz oft mißverstanden worden ist, oder doch von vielen als Beleg dafür genommen wurde, daß man Diagnostik vernachlässigen dürfe, ja müsse. Gleichwohl hat Rogers (ibid.) sein Diktum dahingehend abgeschwächt, daß für manche Therapeuten diagnostische Kenntnisse zu größerer Sicherheit und damit größerem Verständnis beitragen könnten.

Die Indikationsfrage: Bei welchem Patienten ist welche Behandlung durch welchen Therapeuten mit welcher Zielsetzung indiziert (Baumann, 1982), wird in der Gesprächspsychotherapie wenn nicht mit einem Universalitätsanspruch, so doch mit Hinweis auf einen relativ breit gefächerten Anwendungsbereich beantwortet. So nennt Bommert (1976) Symptomgruppen (sog. psychoneurotische Persönlichkeitsbeeinträchtigungen, psychiatrische Persönlichkeitsbeeinträchtigungen, dissoziales Verhalten), Personengruppen (Kinder, Jugendliche, Erwachsene, ältere Erwachsene, daneben Gefängnisinsassen, Familien, Sonderschüler, dissoziale Jugendliche), schließlich Anwendungsbereiche wie Telefonseelsorge, Ehe- und Partnertherapie, in der Gruppentherapie und in Encounter-Gruppen. Ein derartiger Indikationskatalog umreißt ein ausgeweitetes *selektives* Indikationsmodell (Zielke, 1979), dem die empirische Begründung differentieller Wirksamkeit des Verfahrens fehlt. Vorhandene Untersuchungen zur Indikation und Differentialindikation anhand von Expertenurteilen andererseits haben eine Fülle methodischer Mängel und replizieren in der Regel Vorurteile bezüglich Indikationen wie Kontraindikationen (Zielke, 1979). So bleibt eine Unzufriedenheit mit der empirischen Absicherung dieses

Indikationsmodus, aus der heraus *Eckert* (1984) fordert, man müsse sich wieder mehr mit Diagnostik befreunden, vor allem einer, die Kontraindikationen beschreibt (z. B. hirnorganisch bedingte Affektlabilitäten und Leistungsschwächen) und darüber hinaus betont: „Was wir allerdings zu leisten hätten, wären präzisere Aussagen darüber, welche Störungsbilder wir unter welchen Bedingungen erfolgreich behandeln können und welche nicht, d. h. eine stärkere theoretische und empirische Verknüpfung der Therapie-Prozeßtheorie der GT mit vorliegenden Diagnose-Schemata ...“ Und *Zielke* (1979) schreibt: „Voraussetzung einer differenzierten Indikationsstellung ist es, Merkmalsklassen zu identifizieren, die zu einem möglichst frühen Zeitpunkt im Verlauf von Behandlungsmaßnahmen oder noch vor Beginn einer Behandlung als Erfolgsindikatoren verwendet werden können.“ *Zielke* (ibid.) sieht in situationsunabhängigen „Verstimmungsstörungen“ aufgrund eigener Untersuchungen ein wesentliches Indikationsmerkmal für eine Gesprächspsychotherapie. Als weiterer günstiger Prädiktor für Therapieansprechen ist die subjektive Prozeßerfahrung zu Beginn einer „Probetherapie“ bekannt geworden (*Eckert et al.*, 1979) – ein Prädiktor der analog auch in der Psychopharmakotherapie Bedeutung gewonnen hat.

Ein alternatives Indikationsmodell stellt die *adaptive* Strategie dar. Hierbei geht es darum, das therapeutische Vorgehen an die Bedingungen des jeweiligen Patienten anzupassen (*Zielke*, 1979). Ein Beispiel hierfür ist die differentielle Indikation von Verhaltenstherapie und Gesprächspsychotherapie bei Phobien abhängig vom Ausmaß phobischer Symptomatik (*Grawe*, 1976; *Plog*, 1976). Abgesehen von diesem Ergebnis hat diese Untersuchung deutlich gemacht, daß je nach therapeutischer Methodik Prozeßmerkmale in unterschiedlicher Weise beeinflußt werden (siehe auch *Armstrong et al.*, 1980). Dies unterstreicht die Bedeutung des normativen Charakters von Therapiezielsetzungen und impliziert eine besonders in der Psychiatrie unumgängliche Entscheidung darüber, ob die „Sichtweisen, Normen, Haltungen und Einstellungen, die diese Form oder Technik der Behandlung evoziert oder verstärkt, für die Klienten sinnvoll und hilfreich sind“ (*Bommert*, 1976).

Die Frage einer selektiven und/oder adaptiven Indikationsentscheidung stellt sich vor allem im Umgang mit psychiatrischen Patienten. Eine derartige Frage könnte z. B. lauten: Kann man mit schizophrenen Patienten geschichtspsychotherapeutisch arbeiten? Wenn ja, muß die orthodoxe Therapieebene verlassen werden, um ein patientenangemessenes Therapieziel zu erreichen oder nicht? Und eine weitere Frage könnte sich aufdrängen: Ist eine modifizierte Intervention noch als Gesprächspsychotherapie zu bezeichnen? Um beim Beispiel zu bleiben: Die Ergebnisse der Wisconsin-Studie (*Rogers et al.*, 1967) haben gezeigt, daß ein klientenzentrierter Ansatz mit schizophrenen Patienten möglich ist, daß aber der Therapieprozeß, was die Bedeutung von Selbstexploration und Therapeutenmerkmalen anlangt, in besonderer Weise verläuft. Im deutschen Sprachraum haben *Teusch et al.* (*Teusch/Lange*, 1982; *Teusch et al.*, 1984) sowie wir selbst (*Gaebel/Simons*, 1982; *Gaebel*, 1984a) auf diese Besonderheiten hingewiesen. Diese Erfahrungen beschreiben u. a. eine in der Psychiatrie geläufigere Beobachtung, daß der Therapeut häufig auch Verantwortung für den Patienten übernehmen muß, wenn dieser im Rahmen psychotischer Dekompensationen seine Selbstverfügbarkeit einbüßt. Auch aus der Störungsspezifik heraus ist ein distanteres und zuweilen direktiveres Verhalten angezeigt. Die Therapiezielbestimmung hat den oft eingeschränkten Entwicklungsmöglichkeiten dieser Patienten Rechnung zu tragen und ist mehr auf primäre oder sekundäre Behinderungen zentriert als auf eine Selbstaktualisierung zur „fully functioning person“. In jedem Fall differenziert sich die Indikation und Therapiedurchführung nach den z. B. persönlichkeitsstrukturellen

und prognostischen Implikationen dieser Erkrankung sowie den individuellen Umständen des jeweiligen Patienten (vgl. *McGlashan*, 1982). Ob dies noch Gesprächspsychotherapie ist, scheint von sekundärer Bedeutung, „da es in der praktischen Arbeit wesentlicher ist, dem Klienten bestmöglich zu helfen, als ein bestimmtes Konzept einer bestimmten Orientierung möglichst orthodox zu realisieren“ (*Bommert*, 1976). Auch aus verstreuten Angaben zur Arbeit mit anderen psychiatrischen Patientengruppen, z. B. mit endogenen Depressiven, wird die Notwendigkeit zur Modifikation des therapeutischen Vorgehens betont (*Henning*, 1984).

So verwundert insbesondere von psychiatrisch tätigen Gesprächspsychotherapeuten der Ruf nach „störungsspezifischen Ansätzen“ nicht (*Eckert*, 1985). Wird die Indikation unabhängig von der Diagnose nach den folgenden Kriterien gestellt (*Biermann-Ratjen/Eckert*, 1981; *Eckert*, 1985):

- a) Liegt eine psychische Störung im Sinne einer Inkongruenz vor?
- b) Hat der Patient ein hinreichend stabiles Selbstkonzept und ein gewisses Ausmaß an Beziehungsfähigkeit zu sich selbst?
- c) Ist der Patient in der Lage, das gesprächspsychotherapeutische Beziehungsangebot zumindest in Ansätzen wahr- und aufzunehmen? (siehe *Rogers*, 1957).
- d) Liegt in der Aufhebung der Inkongruenz im Erleben des Patienten ein wirklicher Weg zur Lösung seiner Probleme?

so wird ersichtlich, daß diese Kriterien bei den schwerer gestörten psychiatrischen Patienten wie Psychosekranken häufig nicht erfüllt sind. Andererseits steht der Gesprächspsychotherapeut mit seinem theoretischen und therapeutischen Rüstzeug diesen Kranken häufig hilflos gegenüber. Eine notwendige Konzepterweiterung, wie *Eckert* (1985) sie fordert, bestünde im Einbezug von psychologischem Wissen, wodurch das „Verstehen durch Einfühlung“ zu einem „Verstehen durch Wissen“ erweitert oder überhaupt erst möglich wird. Dies nun ist exakt das, was *Rogers* (1957) als wenn auch nicht notwendige, so doch hilfreiche Konzepterweiterung zugelassen hat. In einem erweiterten Rahmen ist dies, wie ich denke, eine unverzichtbare Forderung: Alles verfügbare Wissen, sei es in Form empirischer Befunde, als auch theoretischer Modellvorstellungen, über psychiatrisches Kranksein zu kennen, weil mehr Wissen auch mehr Verstehen bedeutet. Mehr Verstehen schließlich führt aber zu richtigeren Handlungskonsequenzen, ist also im wahrsten Sinne patientenorientiert. Es bedeutet, Tun und Lassen auf die Möglichkeiten und Wünsche des Patienten abzustellen, es bedeutet aber auch, ihm dort, wo es nötig erscheint, therapierschwerende Einstellungen deutlich zu machen und mit ihm zu bearbeiten. Dies heißt für den Gesprächspsychotherapeuten, wenn er denn auch gleichzeitig behandelnder Psychiater ist, diagnostische und therapeutische Kenntnisse zum Besten des Patienten zu nutzen und sich nicht aus falsch verstandener Konzeptverbundenheit andere therapeutische Möglichkeiten zu verstellen, falls diese einen angemesseneren Therapieerfolg versprechen. Daß er zudem häufig auf empirisch nicht abgesichertem Grund arbeitet, sollte Anlaß zu nicht nachlassender kritischer Selbstreflexion sein – es sollte auch wissenschaftliches Bemühen stimulieren, sei es als gut dokumentierte Einzelfallanalyse, sei es als Therapievergleich mit modifizierten Interventionen, die aus Krankheitsmodellvorstellungen abgeleitet sind. Nicht zuletzt bemißt sich die Güte einer Methode auch daran, inwieweit sie das, was sie unter einem Etikett zu tun vorgibt, auch wirklich tut. Dies bedeutet Qualitätskontrolle, die sowohl hinsichtlich Lehr- und Lernbarkeit wie Methodenabgrenzung selbstverständlich sein sollte.

5.

Schlußfolgerung

Die Konsequenzen unserer Überlegungen können kurzgefaßt werden:

- a) Diagnostik im heute verstandenen mehrdimensionalen Sinn bedeutet die Möglichkeit einer weitgefächerten Bestandsaufnahme.
- b) Ein derartiges Panorama, nicht das verkürzte diagnostische Etikett, gestattet auf dem Hintergrund von Theoriekenntnissen und empirischem Wissen eine patientenorientierte Therapieabstimmung.
- c) Gesprächspsychotherapie ist in dem heute üblichen Methodenpluralismus eines von vielen anderen Therapieverfahren. Wir sind weit entfernt, ausreichende empirisch abgesicherte Kenntnisse zu einzelnen Therapieverfahren, geschweige denn zu deren Kombination zu besitzen. Mit den heute vorhandenen Indikationsregeln muß trotzdem und kann orientierend der therapeutische Rahmen abgesteckt werden.
- d) Ist die Indikation zu einem geschäftspsychotherapeutischen Vorgehen gestellt, dann sollte wiederum aufgrund von ausreichenden Vorkenntnissen über die vorliegende Erkrankung (z. B. Wahrnehmungs- und kognitive Störungen bis hin zu Wahnbildungen, Ichschwäche bzw. Vulnerabilität gegenüber Näheerleben etc.) das Verfahren behutsam u. U. modifiziert zur Anwendung kommen. Die Einbeziehung zusätzlicher Interventionsstrategien (*Bastine*, 1976) ist denkbar, jedoch darf sie nicht wie die viel beschworene Methodenintegration zu einem unreflektierten Methodeneklektizismus führen.
- e) Ein derartiges differenziertes Vorgehen ist im eigentlichen Sinn patientenorientiert (siehe *Tölle*, 1981). Eine ausreichende, noch zu schaffende empirische Grundlage ist aber letztendlich die entscheidende Voraussetzung einer adaptiven Krankenversorgung.

Literatur

- Armstrong, S./Yasuna, A./Hartley, D.*: Treatment-specific vs. non-specific outcome. Res. Comm. Psychol. Psychiat. Behav., 5, 1980, 313-322.
- Bastine, R.*: Ansätze zur Formulierung von Interventionsstrategien in der Psychotherapie. In: *Jankowski, P./Tscheulin, D./Fietkau, H. J./Mann, F.* (Hrsg.): Klientenzentrierte Psychotherapie heute. Göttingen: Verlag für Psychologie, 1976.
- Baumann, U./Wedel v., B.*: Stellenwert der Indikationsfrage im Psychotherapiebereich. In: *Baumann, U.* (Hrsg.): Indikation zur Psychotherapie. München: Urban & Schwarzenberg, 1981.
- Baumann, U.*: Patientenbezogene Differentialindikation psychotherapeutischer Verfahren aus psychologischer Sicht. In: *Helmchen, H./Linden, M./Rüger, U.* (Hrsg.): Psychotherapie in der Psychiatrie. Berlin: Springer, 1982.
- Bayer, R./Spitzer, R. L.*: Neurosis, psychodynamics, and DSM-III. Arch. Gen. Psychiatry, 42, 1985, 187-196.
- Biermann-Ratjen, E. M./Eckert, J.*: Indikation zur Gesprächspsychotherapie. Psychiat. Prax., 8, 1981, 131-135.
- Bommert, H.* (Hrsg.): Grundlagen der Gesprächspsychotherapie. Stuttgart: Kohlhammer, 1979.
- Eckert, J./Biermann-Ratjen, E. M./Blonski, D./Peters, W.*: Zur Prädiktion der Effekte einer Gesprächstherapie anhand eines Indikations-Interviews. Ztschr. f. Klin. Psychol. u. Psychother., 27, 1979, 22-29.

- Eckert, J.: Reicht das klientenzentrierte Konzept in seiner Allgemeinheit aus oder brauchen wir auch störungsspezifische Ansätze? Köln: GwG-Info, 1984.
- Eckert, J.: Reicht das klientenzentrierte Konzept in seiner Allgemeinheit oder brauchen wir auch störungsspezifische Ansätze? Köln: GwG-Info, 1985.
- Fenton, W. S./Mosher, L. R./Matthews, S. M.: Diagnosis of schizophrenia: A critical review of current diagnostic systems. *Schizophren. Bull.*, 7, 1981, 452-457.
- Gaebel, W./Simons, G.: Kombination von Pharmakotherapie und Gesprächspsychotherapie in der ambulanten Nachbehandlung schizophrener Patienten. In: Fiedler, P. A./Franke, A./Howe, J./Kury, H./Möller, H. J. (Hrsg.): Herausforderung und Grenzen der Klinischen Psychologie. Köln: GwG, 1982.
- Gaebel, W.: Die Behandlung von neurotischen Erkrankungen mit Antidepressiva. *Neuropsychiatr. Clin.*, 3, 1984, 15-26.
- Gaebel, W.: Modifizierte Gesprächspsychotherapie im Rahmen der ambulanten Nachbehandlung schizophrener Patienten. *Ztschr. f. personenzentr. Psychol. u. Psychother.*, 3, 1984 a, 87-96.
- Gaebel, W./Linden, M.: Kombination von Pharmakotherapie und Psychotherapie in der Behandlung depressiver Störungen. In: Baumann, U./Berkalk, H./Seidenstücker, G. (Hrsg.): Klinische Psychologie. Trends in Forschung und Praxis. Berlin: Huber, 1984.
- Grawe, K.: Differentielle Psychotherapie I. Stuttgart: Huber, 1976.
- Helmchen, H.: Multiaxial systems of classification. *Acta psychiat. scand.*, 61, 1980, 43-55.
- Helmchen, H./Rüger, U.: Neurosen und psychosomatische Erkrankungen als klassifikatorisches und diagnostisches Problem. *Zschr. psychosom. Med.*, 26, 1980, 205-216.
- Helmchen, H./Linden, M./Rüger, U. (Hrsg.): Psychotherapie in der Psychiatrie. Berlin: Springer, 1982.
- Henning, H.: Gesprächspsychotherapie bei endogenen Depressiven. Köln: GwG-Info, 1984.
- Hogarty, G. E./Goldberg, S. C./Schooler, N. R.: Drug and sociotherapy in the aftercare of schizophrenic patients. Adjustment of non-relapsed patients. *Arch. Gen. Psychiatry*, 31, 1974, 609-618.
- Jakubaschk, J./Werner, J.: Die Zuverlässigkeit psychiatrischer Diagnosen bei einer Wiederholungsuntersuchung. *Nervenarzt*, 45, 1974, 305-311.
- Karasu, T. B./Skodol, A. E.: Vth axis für DSM-III: Psychodynamic evaluation. *Am. J. Psychiatry*, 137, 1980, 607-610.
- Kendell, R. E./Brockington, I. F./Leff, J. P.: Prognostic implications of six alternative definitions of schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiatry*, 36, 1979, 25-31.
- Koehler, K./Sass, H. (Hrsg.): Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen, DSM-III. Weinheim: Beltz, 1984.
- McGlashan, T. H.: DSM-III schizophrenia and individual psychotherapy. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 170, 1982, 752-757.
- Müller-Oerlinghausen, B./Linden, M.: Rationalität der Indikation zu psychopharmakologischer Behandlung. In: Baumann, U. (Hrsg.): Indikation zur Psychotherapie. München: Urban & Schwarzenberg, 1981.
- Plog, U.: Differentielle Psychotherapie II. Bern: Huber, 1976.
- Reimer, C./Biermann-Rathen, E. M./Eckert, J./Paulsen-Wienke, E.: Zur Abhängigkeit psychiatrischer Diagnostik von der Funktion des Diagnostikers gegenüber seinem Patienten. *Psychiat. Prax.*, 9, 1982, 89-94.
- Rogers, C. R.: The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change, *J. Consult. Psychol.*, 21, 1957, 95-103.
- Rogers, C. R./Gendlin, E. T./Kiesler, D. J./Truax, C. B.: The therapeutic relationship and its impact - a study of psychotherapy with schizophrenics. London: The University of Wisconsin Press, 1967.
- Scharfetter, C. (Hrsg.): Allgemeine Psychopathologie. Stuttgart: Thieme, 1976.
- Sulz, K. D./Gigerenzer, G.: Über die Beeinflussung psychiatrischer Diagnoseschemata durch implizite nosologische Theorien, *Arch. Psychiatr. Nervenkr.*, 232, 1982, 5-14.
- Strauss, J. S.: Diagnostic models and the nature of psychiatric disorder. *Arch. Gen. Psychiatry*, 29, 1973, 445-449.

- Strauss, J. S./Carpenter, W. T., jr.*: Prediction of outcome in schizophrenia. III 5-year outcome and its predictors. *Arch. Gen. Psychiatry*, 34, 1977, 159–163.
- Teusch, L./Lange, H. U.*: Wert, Schwierigkeiten und notwendige Modifikation eines klientenzentrierten Konzepts in der stationären Nachbehandlung schizophrener Patienten. In: *Helmchen, H./Linden, M./Rüger, U.* (Hrsg.): *Psychotherapie in der Psychiatrie*. Berlin: Springer, 1982.
- Teusch, L./Beyerle, U./Lange, H. U./Schenk, G. K./Stadtmüller, G.*: Ein empirischer Beitrag zur klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie schizophrener Patienten. Köln: GwG-Info, 1984.
- Tölle, R.*: Patientenorientierte Psychotherapie-Indikation in der Psychiatrie. In: *Helmchen, H./Linden, M./Rüger, U.* (Hrsg.): *Psychotherapie in der Psychiatrie*. Berlin: Springer, 1982.
- Williams, J. B. W.*: The multiaxial system of DSM-III: Where did it come from and where should it go? *Arch. Gen. Psychiatry*, 42, 1985, 181–186.
- Zielke, M.* (Hrsg.): *Indikation zur Gesprächspsychotherapie*. Stuttgart: Kohlhammer, 1979.
- Zigmond, A. S./Sims, A. C. P.*: The effect of the use of the international classification of diseases 9th revision: Upon hospital in-patient diagnoses. *Brit. J. Psychiat.*, 142, 1983, 409–413.

Anschrift des Autors:

OA Dr. Wolfgang Gaebel, Psychiatrische Klinik u. Poliklinik der Freien Universität Berlin,
Eschenallee 3, 1000 Berlin 19