

## Vorteile und Risiken der Klassifikation

Prof. Dr. Gerd Rudolf

Vortrag, 22. April 2002, im Rahmen der  
52. Lindauer Psychotherapiewochen 2002 (www.Lptw.de)

### 1. Psychotherapeutische Bedenken gegenüber Diagnostik und Klassifikation

In dieser Woche sollen die Begriffe Krankheit bzw Störung im Mittelpunkt stehen und so beginnen wir heute gewissermaßen mit dem Inhaltsverzeichnis möglicher Krankheiten, d. h. mit den diagnostischen Klassifikationssystemen.

Klassifikationssysteme sind Ordnungssysteme für Phänomene, seien es Pflanzen, Tiere, Menschen, Krankheiten oder was auch immer. Sie sind immer dort nützlich, wo wir in einem unübersichtlichen Feld eine Orientierung benötigen. Das klingt in seiner Ordentlichkeit uneingeschränkt positiv, aber wir werden rasch sehen, dass es stets auch Gründe gibt, sich kritisch mit den jeweiligen Ordnungsvorschlägen auseinander zu setzen. Psychotherapeuten haben einen besonders skeptisches Verhältnis zu diagnostischen Klassifikationen, so dass es sich lohnt, diese Skepsis genauer zu untersuchen. Bekanntermaßen gehört es nicht zu den festen Überzeugungen von Psychotherapeuten, dass die Dinge klar sind und ihre eindeutige Ordnung haben. Ihre Erfahrung lehrt vielmehr: Die Dinge sind häufig nicht, was sie scheinen; es steckt oft etwas Anderes dahinter – Der Aspekt der Kontextualität. Die Dinge bleiben nicht, was sie sind; sie befinden sich in stetiger Veränderung – der Aspekt der Prozessualität. Diese Sicht der Dinge mahnt zur Vorsicht im Umgang mit vermeintlichen Realitäten, ihrer Zuordnung und vor allem ihrer Bewertung.

Ich will zwei kleine Episoden voranschicken, sie handeln beide vom diagnostischen Umgang mit Essstörungen. Ein Psychotherapeut erwähnt in seinem Bericht am Rande die Anorexie der Patientin, während diese Diagnose im Text und in der Therapieplanung nicht verwendet wird. Auf schriftliche Rückfrage antwortet der Therapeut: Die Patientin habe nicht eigentlich die Symptome einer Magersucht, aber sie verhalte sich in vielen Lebensbereichen wie eine Anorektikerin, d.h. er verwendet den Krankheitsbegriff Anorexie in einem metaphorischen Sinne. Wenn wir in einem

diagnostischen Klassifikationssystem das Kapitel Essstörung / Anorexie zu Rate ziehen (im ICD ist das die Ordnungszahl F 50.0), dann lässt sich die genannte Patientin hier nicht zuordnen, denn die ICD nennt eine Reihe von Kriterien für die Vergabe dieser Diagnose: einen bestimmten Gewichtsverlust, dessen gewollte Herbeiführung durch Hungern, etc, spezielle Störungen des Körpererlebens, körperliche Folgen, wie z. B. Amenorrhoe usw. Wir sehen in diesem Fall, dass der Therapeut das System nicht nach dessen Regeln benutzt, sondern sich lediglich assoziativ daran anlehnt. Das System basiert nämlich auf Operationalisierungsregeln, d. h. eine Reihe von Kriterien des Erlebens und Verhaltens müssen erfüllt sein, damit die Diagnose vergeben werden kann.

Auch in meinem zweiten Beispiel geht es um eine Essstörung. Eine Psychoanalytikerin erwähnt in ihrem Psychotherapiebericht die Diagnose einer Bulimie, wegen der die Patientin zuvor stationär psychotherapeutisch behandelt wurde. Sie selbst hat die Symptome der Bulimie diagnostisch nicht erfragt. Sie schreibt dazu: „Falls die Patientin wirklich eine Bulimie hat, wie es in dem Arztbrief der Klinik behauptet wurde, dann wird sie mir das eines Tages mitteilen; ich möchte jedenfalls nicht zu Beginn durch diagnostische Fragen eine verfolgende Position einnehmen“.

In diesem Beispiel sehen wir eine zweite Schwierigkeit im Umgang mit diagnostischen Ordnungssystemen: Um eine Diagnose vergeben zu können, muss eine Diagnostik durchgeführt werden, innerhalb derer geprüft wird, ob die oben genannten Kriterien erfüllt sind. Der psychoanalytische Ansatz, wie er von dieser Therapeutin verstanden wird, widerspricht dem Prinzip des diagnostizierenden klassifizierenden Ordners. Die Therapeutin schließt sich der Sichtweise von Emanuel Levinas an, für den das listige, ausspähende, diagnostische Gespräch des Arztes oder Psychoanalytikers notwendigerweise einen Modus der Gewalt, einen gewaltsamen Zugriff auf die Freiheit des Andern darstellt. Hier wird eine Wertsetzung vorgenommen. Der wissenwollende und ordnende Blick des Diagnostikers wird mit der verfolgenden Position gleichgesetzt im Kontrast zu einem therapeutisch akzeptierenden, um nicht zu sagen, mit einem liebenden Blick, der nicht alles wissen will und dennoch wohlwollend akzeptiert.

Diese Position, wie sie von manchen Psychoanalytikern und von Therapeuten humanistischer Prägung eingenommen wird, betont eine therapeutische Haltung des Nichtwissenwollens oder positiv ausgedrückt, eine Position der Offenheit und des Fürmöglichhaltens, aus der heraus noch nichts präjudiziert ist. Hierher gehört die psychoanalytische Formel „no memory, no desire“. Vor diesem Wertehintergrund ist jedes klassifizierende Ordnen ein Entscheiden, Urteilen, Einschätzen, also eine Abfolge von kognitiven Zäsuren, welche ein Bild zeichnen, indem sie Grenzen ziehen zwischen den Phänomenen. Ich nehme an, dass dabei vor allem Bewertungen gefürchtet werden, die vom Einschätzen zum Abschätzen und vom Urteilen zum Verurteilen führen könnten und das bedingungslose emotionale Annehmen erschweren würden. Befürchtet wird auch eine Begrenzung der potentiell grenzenlosen Individualität des Andern. Vielleicht spielen hier auch

geschlechtsspezifische Denkstile eine Rolle (männlich-aggressiv zergliederndes, distanzierendes und bewertendes Denken versus weibliches, eher synthetisches gelten lassendes Beziehungsdenken) (Rudolf 2002). Aus solchen Grundeinstellungen heraus kann es Schwierigkeiten geben, Diagnostik so zu betreiben, dass als Abschluss eine Diagnose festgehalten werden kann und diese in einem diagnostischen System eingeordnet wird.

Die Dinge beim Namen zu nennen, bedeutet Macht nicht nur im Märchen, sondern auch in der Wissenschaft. Das Ordnen und Klassifizieren steht seit jeher unter dem Verdacht, bemächtigende Ziele zu verfolgen. *Savoir pour prévoir, prévoir pour régler* lautet die positivistische Grundformel. Die Dinge müssen überschaut und geordnet werden, damit man über sie verfügen kann. In zurückliegenden Jahrhunderten wurde das von überall her Gesammelte zum Teil unter wissenschaftlichen Gesichtspunkten, aber auch mit künstlerisch-ästhetischen oder sensationslüstern-unterhaltsamer Zielsetzung geordnet. Es entstanden die Naturalienkabinetten und Raritätensammlungen der Fürsten, später die Museen und Weltausstellungen der Bürger. Da konnte es geschehen, dass etwa am Wiener Kaiserhof ein aus Afrika stammender Höfling, ein allseits beliebtes und gebildetes Mitglied der Gesellschaft, nach seinem Tod dem kaiserlichen Naturalienkabinett als ausgestopfter Mohr einverleibt wurde. Ausgestopfte Mohren gab es in vielen europäischen Sammlungen und noch die Olympiade in Barcelona wäre beinahe geplatzt, weil afrikanische Teilnehmerstaaten gegen ein spanisches Museum protestierten, das neben präparierten wilden Tieren auch einen präparierten wilden Menschen zeigte. Das ist interessant für unser Thema der Klassifikation. Hier protestieren Menschen gegen den ihnen zugewiesenen Platz im Klassifikationssystem, Afrikaner wollen nicht länger als Gegenstand der Natur in der Nähe der Primaten klassifiziert, sondern als Teil der menschlichen Gemeinschaft respektiert werden. Ähnliches ereignete sich auch in der Geschichte der diagnostischen Klassifikation des DSM, wo z.B. Homosexuelle es durchsetzten, dass ihre Geschlechtsorientierung nicht länger als Störung klassifiziert wurde. Von hier es nur ein assoziativer Sprung zu den anthropologischen Klassifikationen, die im frühen 20. Jahrhundert in eine Rassenlehre gemündet waren: Mithilfe bestimmter Kriterien wurden wertvolle, fortpflanzungswürdige Menschenrassen unterschieden von unwerten, minderwertigen Rassen, die in letzten Konsequenz ausgelöscht wurden. Es ist unübersehbar: Ordnen und Systematisieren kann der Machtausübung dienen. Es wurde ja immer wieder die Frage diskutiert (z.B. Adorno, Horkheimer: *Dialektik der Aufklärung*, 1945) ob der Einsatz des Rationalen, der Vernunft – darum handelt es sich bei Klassifikationssystemen – nicht notwendigerweise eine Affinität zu Systemen der Macht besitzt. Mir scheint es umgekehrt naheliegend, dass Zentren der Macht gerne Systeme des Rationalen benutzen, um ihren Einfluss durchzusetzen. So kann z. B. auch Forschung durch Politik benutzt bzw. missbraucht werden, wenn die Kontrollinstanzen nicht funktionieren.

In der assoziativen Nähe solcher Machtausübung fürchten viele die bürokratische Versachlichung der erhobenen diagnostischen Befunde und ihre Weitergabe und Verwertung durch mächtige Institutionen. Wenn private und intime Bereiche des Patienten und insbesondere seine Schwächen, Anfälligkeiten und Defizite aktenkundig gemacht werden, fürchten manche eine Verletzung der persönlichen Schutzinteressen der Patienten und sehen ihn von unvorhersehbaren Folgen bedroht.

So wird denn auch in einer argumentativen Gegenlinie betont, dass man den Patienten nicht pathologisieren wolle, indem man die Aufmerksamkeit auf seine defizitären, dysfunktionalen, also pathologischen Seiten legt; statt dessen sollen seine positiven Möglichkeiten, seine Ressourcen herausgehoben werden. Wir sehen, wie aus einer solchen Haltung heraus der Begriff von Krankheit und Störung plötzlich ganz in die negative Ecke gerückt wird, gewissermaßen als Ausdruck einer inhumanen Einstellung, welche sich darauf beschränkt, bei anderen Menschen das Schlechte und Kranke zu sehen. Konsequenterweise sprechen solche Therapeuten auch nicht von Patienten, d. h. Leidenden, sondern von Klienten, d. h. von Kunden. Eine solche Haltung hat natürlich erhebliche Auswirkungen: Wenn der Krankheitsbegriff unklar bleibt, wenn nicht geklärt werden kann, ob jemand krank ist, wird es z.B. auch schwierig zu entscheiden, ob eine Krankenbehandlung auf Kosten der Krankenkasse angezeigt ist oder ob sich der Betreffende auf eigene Kosten ein Gegenüber suchen muss, mit dessen Hilfe er seine Selbsterfahrung vertiefen kann.

Eine zweite problematische Konsequenz: Wenn nicht herausgearbeitet wurde, welche Störung vorliegt, gibt es auch keine Möglichkeit, eine störungsbezogene Behandlung zu planen, also z. B. eine Borderline-Therapie für eine Borderline-Störung kann nicht ins Auge gefasst werden, wenn die Borderline-Diagnose nicht gesichert ist.

Aber nur ein Teil derer, die Diagnostik und diagnostische Klassifikation ablehnen, berufen sich auf das Argument des inhumanen Abwertens, ein anderer Teil zweifelt an der Stimmigkeit der im System vorgegebenen Diagnosen. Diese seien an oberflächlichen Phänomenen orientiert und pseudogenau, insbesondere gäben sie keine brauchbaren therapeutischen Handlungsanweisungen. So heißt es in einer Stellungnahme der DGPT zur ICD-10 Verschlüsselungspflicht: „Im subjektiven Bereich von Psychotherapien täuschen die detaillierten Codes (gemeint ist ICD-10) eine Genauigkeit und Klarheit vor, die ohne weiteres Kontextwissen trügerisch ist. Die Vergleichbarkeit der Diagnosen gerade bei psychischen Erkrankungen wird möglicherweise nur scheinbar größer“.

Hier wird also die Validität, d.h. die klinische Wertigkeit dieser Diagnosen angezweifelt, die als pseudogenau und als dem Gegenstand unangemessen eingeschätzt werden. Ulrich Streeck (2001) sieht in dieser Art des diagnostischen Vorgehens den „einheitswissenschaftlich normierten, skotomisierenden und fragmentierenden, medizinisch-biostatistischen Blick, die Unterordnung unter die Denk- und Sprachschemata eines herrschenden biomedizinischen Systems.“

Die Diagnosen des ICD-Systems, so lautet die Sorge, geben den Psychotherapeuten keine kreative Anregung für die Psychotherapie. Die analytische Psychotherapie einer Dysthymie (F34.1) verläuft behandlungstechnisch nicht wesentlich anders als die von Angst- und Depression gemischt (F41.2) oder von einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (F43.2). Das was eine Behandlung prognostisch schwierig macht oder begünstigt, was ihren zentralen Konfliktthemen sein werden, was die therapeutische Arbeitsbeziehung prägen wird, lässt sich aus den diagnostischen Begriffen nicht entnehmen, sie sind für die Indikationsstellung und Behandlungsplanung irrelevant.

Nach dieser Sammlung von Besorgnissen und Zweifeln könnte es den Anschein haben, dass diagnostische Klassifikationen im Bereich der Psychotherapie eine bedenkliche Angelegenheit ist, weil

- 1) Der Vorgang der Diagnostik die akzeptierende therapeutische Haltung gefährdet und eine objektivierende oder gar verfolgende Einstellung fördert
- 2) Die Patienten durch die Vergabe von Diagnosen etikettiert und pathologisiert werden
- 3) Die Patienten durch die Speicherung und Weitergabe persönlicher Befunde versachlicht, entpersönlicht und bedroht werden, und
- 4) Die vergebenen Diagnosen ohnehin invalide und für die Klärung psychotherapeutischer Zielsetzungen ungeeignet sind

## **2. Kategorienbildung und Klassifikation als Ansätze wissenschaftlichen Vorgehens**

Es besteht kein Zweifel, dass wir diese Bedenken ernst nehmen müssen. Wir werden sie zunächst einmal festhalten, während wir das Thema probenhalber von einer anderen Seite betrachten. Hier möchte ich zunächst der Frage nachgehen, wie es eigentlich zur Bildung von Klassifikationssystemen kommt, welche weiteren Zwecke sie verfolgen, welche Logik ihnen eigen ist und wie in anderen Bereichen außerhalb der Psychotherapie damit verfahren wird.

Wahrscheinlich hat es sich in der Stammesgeschichte des Menschen und der verwandten Tiere als überlebensnützlich erwiesen, rasch zwischen polarisierten Kategorien unterscheiden zu lernen: Freund oder Feind, essbar oder unverdaulich, interessant oder gleichgültig, Lustobjekt oder Frustobjekt usw. Jedenfalls verlaufen die Lernvorgänge im Gehirn, wie man tierexperimentell zeigen konnte, bevorzugt über die Kodierung von Kategorien, nicht von Einzelreizen ab. Das bedeutet, dass wir die Welt zunächst einmal in wenige grobe Muster einteilen, um uns möglichst rasch orientieren zu können. Erst danach leisten wir uns den Luxus der feineren Unterscheidung. In der Sprachentwicklung des kleinen Kindes können wir beobachten, wie die groben Kategorien

entstehen und sich dann differenzieren, wenn etwa ein zweijähriges Kind zunächst die meisten männlichen Personen als Papa und die vierbeinigen Lebewesen als Wauwau kategorisiert. Grobkategorien erlauben offenbar eine rasche Orientierung in einer Welt voll unübersichtlicher Phänomene. Zudem waltet hier ein Prinzip der Ökonomie durch Generalisierung: Wer gelernt hat, dass Äpfel zur Kategorie essbar gehören, muss nicht bei jedem einzelnen Apfel eine aufwendige Prüfung vornehmen.

Vielleicht an dieser Stelle ein Wort zum Begriff der Kategorie, der schon eine sehr lange Geschichte hat. Er meint in der griechischen Philosophie, wie Klaus Heinrich (1981) formuliert: „Eine in verbindliche Rede gefasste Form der Realität“. Das heißt zunächst keine Realstruktur der Wirklichkeit, sondern eine Redeweise darüber, ursprünglich eine Widerrede, Gegenrede als Bestandteil eines in der Agora geführten öffentlichen Verfahrens, d. h. eines Prozesses. Während die ursprüngliche Wortbedeutung Kategorie als Teil eines fortschreitenden Geschehens (Procedere, Fortschreiten) versteht, wurde sie Stück für Stück substantiviert bis sie schließlich zur Realstruktur der Wirklichkeit wurde. Hier erfolgt so etwas wie eine Erstarrung: Die Kategorie als Argument im Fluss des Dialogs wird zur Kategorie als feste Richtgröße. Vielleicht dürfen wir das als Hinweis verstehen, dass Kategorie eigentlich auch Argument in einer überzeugenden Rede sein könnte und dass umgekehrt die Gefahr besteht, Kategorie als besonders starre, scharf abgegrenzte und einander ausschließende Formen der Realität zu nehmen.

Die Welt in kategorialer Ordnungen zu gliedern, ist eine besondere Leidenschaft des 18. Jahrhunderts, wo im Rahmen der Wissenschaftsentwicklungen viele noch heute gültigen Ordnungen geschaffen werden, solche für Pflanzen, für Tiere, für Mineralien usw. Carl von Linné hat bereits ein Ordnungssystem für menschliche Krankheiten entworfen (*Genera morborum*, 1763). Im Prinzip hat er das System übernommen von Boissier de Sauvage, der 1731 als Botaniker und Arzt versucht hatte, die Krankheiten nach Klassen, Ordnungen und Gattungen zu gruppieren, wie man es für Pflanzen und Tiere bereits getan hatte. Interessanterweise finden sich unter den Störungen der zweiten Ordnung emotionale, d.h. neurotische Syndrome wie Trunksucht, Gefräßigkeit, Satyriasis und Nymphomanie (Sexsucht), während in der dritten Ordnung (Störungen des intellektuellen Lebens) allein 13 Unterformen der Melancholie genannt sind, die hier aber nicht Traurigkeit meint, sondern Wahnvorstellungen (z.B. skythische Melancholie als Wahnvorstellung, in eine Frau verwandelt zu sein). Dilling (1998) macht darauf aufmerksam, dass bei Linné ein frühes operationales System vorliegt, welches die Diagnosen der Krankheiten in erster Linie durch die Symptome und in zweiter Linie durch die Ursachen und Auswirkungen der Krankheiten bestimmt. Die Entwicklung klassifikatorischer Systeme von der Antike bis in die Neuzeit wird von Karl Meninger (1967) anhand von rund 50 Ordnungssystemen für Krankheiten und speziell psychische Störungen beschrieben. Daraus wird unter anderem erkennbar, welchen großen Raum stets

hirnorganische und psychotische Phänomene einnahmen und dass es die uns hier speziell interessierenden nichtpsychotischen und nichtorganischen Phänomene der Persönlichkeit erst Anfang des 20. Jahrhunderts eine differenzierte Beschreibung erfahren haben. Dabei wird auf verwirrende Weise erkennbare, wie die Begriffe im Laufe ihrer Entwicklung immer wieder neu geordnet werden. Ich nenne das Beispiel der Hysterie, zu der ein solcher Bedeutungswechsel besonders gut passt. Aus der umfassenden Hysteria wird im somatischen Bereich zunächst das Briquet-Syndrom und später die somatoformen Störungen (mit Konversionsstörung im DSM, ohne diese im ICD), ferner die dissoziativen Störungen, während die Angsthysterie zu den Angststörungen wechselt, die Herzangst aber zu den somatoformen autonomen Funktionsstörungen und die hysterische Ausgestaltung der Gesamtpersönlichkeit von der hysterischen zur histrionischen Persönlichkeitsstörung mutierte (vgl. Hoffmann 1998).

Dem heutigen Zeitgeist entspricht das kategoriale Abgrenzen nur noch begrenzt; alles scheint mit allem auf immer kompliziertere Weise verknüpft und so liegt es nahe, andere Modelle der Wirklichkeitsorientierung einzubeziehen, vor allem solche, in denen die Dimensionen eines Phänomens beschrieben werden oder andere, in denen Perspektiven beleuchtet sind oder Modi des Funktionierens erfasst werden. Am Beispiel der somatoformen Störungen unterscheidet Henningsen (2001) neben der somatischen Dimension der unerklärten Körperbeschwerden die kognitive Dimension der Krankheitsüberzeugungen, die emotionalen Dimensionen der Angst und Depressivität sowie die Dimension der interaktionellen Bereitschaften im Krankheitsverhalten.

Werfen wir bei dieser Gelegenheit einen Blick auf die Klassifikation von somatischen Krankheiten, so wird deutlich, dass diese auf Organsysteme bezogen sind, d.h.: klassifikatorische Ordnung in der Medizin ist Sache der Fachgebiete. Die Orthopädie organisiert den Menschen anders als die Gynäkologie usw. Das funktioniert, aber Schwierigkeiten entstehen bei solchen Störungen, die sich nicht strikt auf die Muskeln und Bändern der Orthopädie oder auf die inneren Fortpflanzungsorgane der Gynäkologie beziehen lassen, sondern die interdisziplinär gesehen werden müssen. Nehmen wir eine erschöpfte Patientin mit anhaltenden Schmerzen ohne organische Grundlage, dann könnte eine solche somatoforme Schmerzpatientin medizinisch je nach dem Organ, auf das sie hinweist und je nach der Fachdisziplin, an die sie sich wendet, ganz unterschiedlich diagnostisch klassifiziert werden: als Spannungskopfschmerzen in der Neurologie, als atypischer Gesichtsschmerz in der Zahnheilkunde, als Fibromyalgie in der Rheumatologie, als atypischer Brustschmerz in der Kardiologie, als Pelvipathie in der Gynäkologie, als chronischer Rückenschmerzen in der Orthopädie, als abakterielle Prostatitis in der Urologie, als MCS in der Allergologie, als CFS in der Infektiologie – und jede dieser Störungen möglicherweise als anhaltende somatoforme Schmerzstörung in der psychosomatischen Medizin.

Das wäre vielleicht nur merkwürdig, wenn nicht jede der Diagnosen weitreichende therapeutische Konsequenzen hätte, die von Medikation bis Operation variieren können.

Um dieser Verwirrung zu begegnen, versuchen die Fachgesellschaften in klinischen Leitlinien die jeweils wichtigsten Störungsbilder diagnostisch einzugrenzen und dazu ein therapeutisches Vorgehen zu empfehlen, das aus der Sicht von Forschern und Praktikern seine Wirksamkeit am besten belegt hat (das Prinzip der Evidenzbasierung)(z.B. Henningsen et al. 2002). In vielen Fällen wird damit eine gute Ordnung hergestellt, in manchen anderen aber beobachten wir Scharmützel an den Gebietsgrenzen. Der Berufsverband der Allgemeinärzte nimmt sich das Krankheitsbild der Depression vor und gibt eine therapeutische Leitlinie heraus, nach der das meiste, das wir hier betreiben, unter der Restekategorie „wissenschaftlich nicht belegte Therapieverfahren“ läuft. Ähnlich sieht es dort aus, wo die Arzneimittelkommission eine Leitlinie zum Störungsbild der Angst vorlegt. (Sie dürfen raten, welche Therapievorschläge dort gemacht werden. Jedenfalls wenig Psychotherapie und bestimmt keine psychodynamischen Verfahren.)

Es war vorhin schon angedeutet worden und soll an dieser Stelle in Erinnerung gerufen werden: Diagnostische Definitionen festlegen und klassifikatorische Ordnungen schaffen hat auch zu tun mit Grenzen abstecken, innerhalb derer die eigenen Interessen Gültigkeit haben. Wir können uns fragen, wie vertreten wir Psychotherapeuten unseren Gebietsanspruch oder vorab: welches sind die wichtigsten Organsysteme unseres Fachgebiets und für welche Störungen beanspruchen wir die Definitionsmacht und Handlungskompetenz ? Wie ich vorhin ausführte, haben viele Psychotherapeuten mit Ausnahme der Verhaltenstherapeuten eine erhebliche Skepsis gegenüber Diagnostik, Diagnosen und diagnostischer Klassifikation, daher sieht es schlecht aus mit der krankheitsbezogenen Gebietsdefinition; es gibt keine, die genuin aus dem psychotherapeutischen Bereich stammt. Vielleicht sollte man sagen, es gibt keine mehr, nachdem die Neurosen aus dem System DSM und ICD herausgefallen sind bzw. herausgeworfen wurden. Unter dem Einfluss einer psychiatrischen task force in den USA wurde das Instrument DSM geschaffen und weiterentwickelt, dessen Einfluss schließlich auch das WHO-Instrument ICD in seiner 10. Version geprägt hat. Gemünzt auf die Durchführung von Psychopharmakastudien und unter dem Postulat der Freiheit von unbeweisbaren theoretischen Annahmen (z. B. der Neurosentheorie) entstand ein Ordnungssystem, das aus psychotherapeutischer Sicht viele Nachteile hat: Das System ist psychiatriellastig, d.h. psychosomatische Störungen sind randständig und die neurotischen Störungen unlogisch erfasst; die beschriebenen Krankheitseinheiten haben keine psychotherapeutische Validität, das heißt, es resultieren aus ihnen keine psychotherapeutischen Strategien; die kategorialen Syndrome sind schwer gegeneinander abzugrenzen bzw. zeigen erhebliche Überschneidungen, so dass man einen Begriff wie Komorbidität einführen muss, um zu



beschreiben, dass z. B. eine Persönlichkeitsstörung zu 60% mit anderen Persönlichkeitsstörungen überlappt oder dass somatoforme Störungen zu 50% auch die Kriterien für Depression oder Angststörung erfüllen.

Dennoch lässt ein diagnostisches Klassifikationssystem wie ICD oder DSM einige unbestreitbare Vorteile erkennen:

1. Es existiert, d. h. es gibt ein Ordnungssystem psychischer und psychosomatischer Störungen, auf das sich jeder beziehen kann.
2. Es ist operational definiert, d. h. die Krankheitsbilder sind genau festgelegt und es liegt nicht im Ermessen des einzelnen Therapeuten, was er dafür hält.
3. Es entwickelt sich von Version zu Version weiter, d.h. es zeigt eine gewisse Flexibilität und vermag aktuelle Diskussionen aufzugreifen.
4. Es ist empirisch überprüfbar und die Ergebnisse dieser Überprüfung wirken zurück auf die Weiterentwicklung des Systems.

Alles vorher kritisch Gesagte gilt auch immer noch. Wenn ich das am Rande bemerken darf: Meine persönliche Einstellung zu dem System hat sich verändert. Ich habe das System jahrelang tapfer bekämpft in der Hoffnung, mit anderen psychotherapeutischen und psychoanalytischen Gruppierungen ein für unsere Zwecke geeignetes System entwickeln zu können. Das ließ sich nicht realisieren. Psychotherapeuten sind kaum und Psychoanalytiker so gut wie nie konsensfähig, wenn es gilt, gemeinsame Modelle zu entwickeln. Der Individualismus (oder wie man es sonst auch nennen mag) ist so ausgeprägt, dass es am Ende einer Diskussion immer so viele Modelle gibt, wie Personen anwesend sind. In einer kleinen Studie, die ich im vergangenen Jahr im Psychotherapeuten veröffentlicht habe, wurde gezeigt, wie kunstvoll individuell Richtlinienpsychotherapeuten mit Diagnosen umgehen und wie wenig man damit anfangen kann, weil keiner genau wissen kann, was der andere mit seinem Begriff gemeint hat.

### **3. Psychotherapiespezifische diagnostische Klassifikation**

Umso größer erscheint mir der Glücksfall, dass es uns Mitte der 90er Jahren gelungen ist, eine Gruppe von psychodynamisch Interessierten zusammenzubekommen, die mit der Entwicklung des OPD-Systems einen neuen Anlauf genommen haben und die gemeinsam ein diagnostisches System schufen, welches den psychodynamischen Anschluss an das international gebräuchliche ICD-System leistete (Arbeitskreis OPD 1996). Ich fragte vorhin: Welches sind die spezifischen Organe unseres Fachgebietes – also das, was für den Orthopäden die Muskeln, Bänder, Gelenke und das Bewegungssystem sind? Man könnte vielleicht sagen: Es ist die menschliche Sprache; oder es ist

die Verständigung zwischen zwei Personen; oder es sind die inneren Bilder der Phantasie und des Traumes oder die Emotionen, die mit alledem verwoben sind und die dahinterliegende Bedürfnisse oder die kognitiven Überzeugungen oder die Abwehrmechanismen und Regulationsvorgänge. Wir haben es, wie Sie sehen, mit vielen interessanten Organen zu tun, die wir als Grundlagen unseres psychotherapierlevanten diagnostischen Systems verwenden könnten. Das OPD-System hat aus alledem drei Bereiche speziell zur Beschreibung psychodynamischer Zusammenhänge herausgegriffen

- Muster der Beziehungsgestaltung (Grande et al 1997)
- Muster unbewusster Konflikte und (Heuft et al 2000, Grande et al. 2000)
- Muster der strukturellen Fähigkeiten und Vulnerabilitäten (Rudolf et al, 1995, 1998)

Ich betone ausdrücklich das jeweilige Muster, weil jedes dieser drei Elemente aus mehreren Dimensionen zusammengesetzt ist, die als Ganzes ein Muster des Erlebens und Verhaltens bilden. Diese drei Bereiche (und ein vierter, welcher die Behandlungsvoraussetzungen beschreibt) verknüpft das System mit der Symptombeschreibung nach ICD (als 5.Achse). Auf diese Weise ist der Anschluss an das international gültige diagnostische Klassifikationssystem gewährleistet, das heißt, es gibt keine privatistische Sonderlösung, die niemanden außerhalb der eigenen Gruppe interessiert.

Das System ergänzt das, was Psychotherapeuten an ICD und DSM schmerzlich vermisst haben: Eine Möglichkeit zur Berücksichtigung von psychotherapierlevanten, beziehungsrelevanten, motivationsrelevanten, prognoserelevanten etc. Gegebenheiten des Patienten. Diese Befunde geben entscheidende Hinweise auf die Möglichkeiten und Notwendigkeiten der Therapie.

Ich diskutiere abschließend das Fallbeispiel einer 25-jährigen Patientin. Auf der OPD Symptom-Achse hat sie die **ICD-10 Diagnose Bulimie, depressive Episode**,

**Kommentar:** Die Patientin wirkt depressiv-starr, aber um Freundlichkeit bemüht, sie hat die Kontrolle über die Ess-Brechanfälle, die mehrmals wöchentlich auftreten, schon lange verloren. Sie hat gelegentlich dissoziative Symptome, deren Schweregrad aber nicht für die Diagnose einer dissoziativen Störung ausreichend Gelegentliche Erregungsspannungen, Missstimmung und Impulse, sich die Haut zu ritzen, sind vorhanden, aber auch nicht so ausgeprägt, dass die Diagnose einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung Borderline Typus gerechtfertigt wäre. Diese ICD-10 –Zuordnung zeigt eine Störung im Bereich des Verhaltens und psychischen Erlebens von einem mittlerem Schweregrad. Die diagnostische Entscheidung, die Patientin als noch nicht Borderline und noch nicht dissoziativ einzuschätzen ist teils beruhigend, teils bedrohlich (vielleicht steckt doch mehr dahinter). Es ist schwer, allein aus diesen Fakten eine spezifische Therapieplanung im

psychodynamische Sinne abzuleiten. Für einen Therapeuten, der eine Weile in der Klinik gearbeitet hat, wird es fraglich erscheinen, ob die Bearbeitung von zugrundeliegenden Konflikten (die bis jetzt noch nicht genannt sind) ausreichen, um das entgleiste Essverhalten zu strukturieren. Er oder sie wird in seinen Behandlungsplan wahrscheinlich symptombezogene Interventionen einbauen. Die Symptomdiagnose Bulimie legt die symptombezogene Therapieplanung einer Bulimithherapie nahe. Wenden wir uns nun den psychodynamischen Achsen zu und beginnen mit

### **OPD-Beziehung**

Die Beziehungsdiagnostik nach OPD zeigt folgendes dysfunktionales Beziehungsmuster: Die Patientin erlebt andere immer wieder so, dass diese sie ausbeuten oder im Stich lassen, während sie selbst sich besonderes bemüht und engagiert. Zugleich wird erkennbar, dass die Patientin in Beziehungen überraschend resigniert, sich unzugänglich macht und ihr Gegenüber zurückstößt.

**Kommentar:** Ein solches Beziehungsmuster bedeutet ein großes Risiko für eine therapeutische Beziehung, weil die sehr bedürftige Patientin zunächst an ihr Gegenüber appelliert, ihm aber, wenn es sich annähert, zurückweist oder es ins Leere laufen lässt. Diese Muster diagnostisch zu erfassen, eröffnet die therapeutische Chance, es frühzeitig zu bearbeiten, anstatt dass es im Behandlungsverlauf allmählich seine destruktive Kraft entfaltet und die Beziehung scheitern lässt. Auf die therapeutische Technik in der Bearbeitung des Beziehungskonflikts will ich jetzt nicht näher eingehen.

### **OPD-Konflikt**

Im Vordergrund wird ein Autarkie-Versorgungskonflikt, dahinter ein Selbstwertkonflikt registriert. Diese Konfliktbeschreibung gibt gewissermaßen die Interpretation für das Beziehungsverhalten. Es geht um den unbewussten Wunsch, autark zu sein und nicht versorgt werden zu müssen bei gleichzeitig andrängendem starkem Objekthunger. Dieses frühe Thema der Versorgung ist verknüpft mit einer ausgeprägten Selbstwertproblematik. Nicht vorhanden sind dagegen reifere Konflikte auf einer ödipal-sexuellen Ebene oder im Umgang mit Schuld und Aggressivität. Ebenfalls nicht im Vordergrund steht der basale Autonomie-Abhängigkeitskonflikt mit seiner existentiellen Infragestellung.

**Kommentar:** Für die Patientin ist klar, dass es sie selbst gibt und dass es wichtige Objekte gibt; Konflikthaft unklar ist für sie, wer auf wessen Versorgung angewiesen ist und wie der Selbstwert auf diese Abhängigkeiten reagiert. Diese neurotische Thematik wurde für sie aktualisiert, als sie sich aus der Elternfamilie heraus verselbständigen und an einen Partner binden wollte. An dieser Stelle wurden die Versorgungsdefizite durch die alkoholkranken Eltern und auch Defizite des emotional-kommunikativen Austauschs psychodynamisch akzentuiert.

Auch diese diagnostische Feststellung hat therapeutische Konsequenzen. Die Bearbeitung eines Autarkie- und Selbstwertkonflikts stellt andere therapeutische Aufgaben als etwa die von ödipalen oder Schuldkonflikten.

Als dritten, ergänzenden Aspekt beleuchten wir die

### **OPD-Struktur**

Die Patientin verfügt über wenig introspektive Möglichkeiten für eigene Affekte und Konflikte und ebenso über wenig Möglichkeiten, sich anderen Menschen emotional mitzuteilen, sie hat wenig emotionalen Kontakt zu einem lebendigen Körper selbst. Durchbruchhaft kommt es bei ihr zu Kontrollverlusten und Selbstschädigungstendenzen.

Das strukturelle Thema ist die Nichtverfügbarkeit der eigenen Emotionalität sowohl psychisch wie körperlich als auch interaktionell. So kommt es für sie überraschend zu Impulshandlungen von oral-aggressiver und autoaggressiver Qualität.

### **Kommentar:**

Zunächst ist es für die Therapieplanung hilfreich festzustellen, welche strukturellen Störungen die Patientin nicht hat. Sie verfügt über Selbst-Objektdifferenzierung, d. h. sie kann sich gegenüber den Objekten abgrenzen; sie ist empathisch genug, um andere verstehen zu können und sie besitzt ausreichende Objektinternalisierung, d.h. sie kann wichtige Objekte in sich emotional besetzen und festhalten. Angesichts ihres oralen Beziehungsmodus kann sie Objekte nicht loslassen. Trennungen und Abschiede sind für sie unerträglich belastend, ihre strukturellen Auffälligkeiten verweisen auf Schwierigkeiten des emotionalen Umgangs mit sich und den Objekten. Ihre Bewältigungsversuche führen dazu, sich zu übersteuern, sich tot zu stellen, mit der Folge von Impulsdurchbrüchen oder Dissoziationen, wenn die Emotionsabwehr nicht mehr gelingt.

Diese begründete Hypothese über das, was die Patientin strukturell kann und nicht kann, liefert wichtige Anregungen für strukturbezogene therapeutische Interventionen. Sie liegen in der Aufmerksamkeit für die Differenzierung der eigenen Affektwahrnehmung und des Affektausdrucks, in der Ermutigung für einen emotionalen Umgang mit den anderen, mit sich selbst und der eigenen Körperlichkeit. Dabei muss vor allem die Angst vor eigenen aggressiven Impulsen und vor Beschämungserfahrungen aufgefangen werden. Ich habe kürzlich versucht, diesen spezifischen Aspekt der strukturellen Vulnerabilität zu differenzieren und darauf ausgerichtet, Vorgehensweisen einer strukturbezogenen Psychotherapie zu systematisieren (Rudolf 2002a, 2002b, Horn und Rudolf 2002)

## Synopsis:

- Die bulimisch-depressive Symptomatik, wie sie in ICD-10 Diagnose ausgedrückt ist, können wir als Krisensignal, als einen Hinweis auf innere Spannungszustände und das Scheitern von Regulationsversuchen verstehen.
- Die OPD-Beziehungsebene beschreibt, auf welche Weise die Patientin Interaktionen zum Scheitern bringt. Im Laufe des therapeutischen Prozesses wird der biographische Hintergrund dieses Musters sichtbar werden. Das Muster einer bedürftig gebliebenen Person, die gleichzeitig die Angebote des Anderen ängstlich zurückstoßen muss.
- Die OPD-Konfliktebene lässt erkennen, auf welcher entwicklungspsychologischen Tiefe die zentrale Problematik verankert ist. Es ist in diesem Falle die Ebene ungelöster Versorgungsproblematik mit beschämenden Folgen für den Selbstwert.
- Die OPD-Strukturebene macht deutlich, welche Elemente des psychischen Systems in ihrer Funktionsfähigkeit am deutlichsten beeinträchtigt sind. Im vorliegenden Falle ist es die starke Zurücknahme eigener Emotionen, die ihr fremd bleiben, gelegentlich hereinbrechen oder abdissoziiert werden müssen.

Natürlich ist diese Interpretation, wie jede Art von Diagnostik nie ein sicheres Wissen, sondern immer ein begründetes Vermuten. Es ist aber ein Sich-Entscheiden für eine Hypothese: Ich entscheide mich für die Annahme, dass die zentralen Schwierigkeiten der Patientin in diesem Bereich liegen und dass andere – dann möglicherweise als Ressourcen – zur Verfügung stehen. Ausgestattet mit diesen Annahmen kann der Therapeut zusammen mit seiner bulimischen Patientin deren aktuelle und biographische Lebenswirklichkeit untersuchen. Vor welchen aktuellen Entwicklungsaufgaben steht sie und schreckt sie zurück, welche Belastungen und Einschränkungen hat sie aus ihrer familiären Geschichte mit sich getragen, aber auch welche Fähigkeiten, Begabungen und Hoffnungen und Pläne hat sie bisher nur ansatzweise entwickelt und nicht genutzt.

Für den Therapieerfolg mitentscheidend sind dabei zwei Punkte, deren Bedeutung in der psychodynamischen Welt leicht unterschätzt wird.

*Erster Punkt:* Die Frage nach den strukturellen Fähigkeiten, bzw. Einschränkungen, d. h. nach dem Strukturniveau der Patientin. Dort, wo strukturelle Defizite erkennbar sind, muss die Therapie strukturbezogen geführt werden. Der Versuch einer konsequenten deutenden Konfliktaufdeckung, ohne Beachtung der Strukturdefizite bleibt ohne therapeutischen Erfolg oder führt ins Desaster.

*Zweiter Punkt:* Die Frage nach der Verselbständigung der Symptomatik. Wenn eine Symptomatik wie Bulimie oder Körperschmerz lange genug bestanden hat, wird sie sinnleer, d. h. es bestehen wenig Chancen, dass die Symptomatik einfach wegfällt, wenn der Konflikt bearbeitet wurde. Es muss also auch symptombezogen interveniert werden.

Die diagnostische Klassifikation im OPD System leistet also das, was bei der ICD vermisst wurde: Sie leitet nahtlos über zur Formulierung von Therapiezielen und zur Entwicklung von Handlungsplänen. In der OPD arbeiten wir zur Zeit an der Weiterentwicklung in diese klinisch-therapeutische Richtung. Die strukturellen Einschränkungen aufzuheben, die dysfunktionalen Beziehungen zu verändern, die Konflikte bewusst zu machen, ist für psychodynamische Therapeuten das Therapieziel. Die Aufhebung der bulimisch-depressiven Symptomatik als Therapieziel soll darüber nicht vergessen sein. Wenn es aber darum geht, die Güte des Behandlungsergebnisses einzuschätzen, dann lässt sich dieses auf den OPD-Ebenen deutlich sichtbar machen: Dass emotionales Erleben im Psychischen, im Zwischenmenschlichen und im Körperlichen verlebendigt wurde; dass eine destruktive Beziehungsgestaltung reflektiert werden konnte und dass ein zentraler Konflikt seine unbewusste Sprengkraft verloren hat. Wir beschreiben damit Annäherungen an das zentrale Behandlungsziel, nämlich die Umstrukturierung der Persönlichkeit.

Mit der Themenfolge dieses Referates geht es wie mit manchen Therapiesitzungen, man fragt sich am Ende, wie sind wir denn jetzt hierhin gelangt, wo wir doch ganz woanders begonnen haben. Für diesen Vortrag ist die Frage leichter zu beantworten als für manche Therapiestunde. Die Diagnostik von Persönlichkeitsmerkmalen und die diagnostische Klassifikation von Störungen in einem Ordnungssystem entspringt eben wirklich nicht einer buchhalterischen Zwanghaftigkeit und bedeutet nicht notwendigerweise die Unterordnung unter die Macht administrativer Maßnahmen. Zum größten Teil dienen Diagnostik und Klassifikation unmittelbar der Therapieplanung und der Therapiedurchführung.

Wenn wir die eingangs formulierten Zweifel, die wir protokolliert hatten, nochmals durchgehen, so bin ich überzeugt, dass die verstehenwollende Haltung des Diagnostikers ganz und gar keine verfolgende Position, sondern eine verantwortungsbewusste ist. Des Weiteren bin ich sicher, dass die hier beschriebene Form der Diagnostik nicht dazu dient, den Patienten zu etikettieren und zu pathologisieren. Es scheint mir erwiesen, dass die diagnostischen Kategorien des OPD Systems eine große therapeutische Validität besitzen, also geeignet sind, die Symptomdiagnose der ICD sinnvoll zu ergänzen.

Von den eingangs geäußerten Bedenken bleibt für mich am ehesten die Frage der Weitergabe von Befunden, also das Problem des durchsichtig-gläsernen Menschen in einer hochgradig verwalteten und durch immer mehr Medien vernetzten Welt. Dieses gesellschaftliche Problem, welches den Schutz des Individuums betrifft, sollten wir sehr ernst nehmen, aber nicht bilderstürmerisch auf dem Gebiet der Diagnostik ausagieren. Denn ohne gute Diagnostik ist eine therapeutische Zielsetzung und Planung nicht möglich, es bleibt bei Versuch und Irrtum. Die Begriffe der diagnostischen

Klassifikation z.B. ICD-10 spiegeln keine Wahrheiten, sondern den aktuellen Konsens von berufspolitischen und wissenschaftlichen Gruppierungen wider. Der aktuelle Konsens stammt aus der amerikanischen Psychiatrie. Doch kann auch ein psychiatrielastiges System wie DSM oder ICD durch ergänzende psychodynamische Dimensionen wie OPD für Psychotherapien nutzbar gemacht werden. Eine solche Diagnostik erlaubt dann nicht nur störungsspezifische, sondern auch strukturspezifische Gestaltungen des Behandlungsplanes und markiert vorab jene Konflikt- und Beziehungsmuster, die es therapeutisch zu bearbeiten gilt. Diagnostische Klassifikation unter Einbeziehung psychodynamischer Aspekte ist eine wichtige Voraussetzung, um die Arbeit von Psychotherapeuten professioneller und wirksamer zu gestalten.

## **Literatur**

- Arbeitskreis OPD (Hrsg) (1996): Operationale psychodynamische Diagnostik. Grundlagen und Manual, Huber Bern. 3. aktualisierte Auflage 2001.
- Dilling H, Mombuur W, Schmidt M H (Hrsg) (1991): Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD 10. Huber Bern
- Dilling H (1998): Die Entwicklung der Diagnostik von neurotischen und psychosomatischen Störungen der ICD-10. In: Schauenburg H, Freyberger HJ, Cierpka M, Buchheim P (Hrsg): OPD in der Praxis. Huber Bern. S. 21-38.
- Grande T, Bruckmeier-Lohse M, Cierpka M, Dahlbender RW, Davies-Osterkamp S, Frewert G, Joraschky P, Oberbracht C, Schauenburg H, Strack M, Strauss B (1997): Die Beziehungssachse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) – Konzepte und klinische Anwendung. Zschr Psychosom Med 43, 280-296.
- Grande T, Oberbracht C (2000): Die Konfliktcheckliste: Ein anwenderfreundliches Hilfsmittel für die Konfliktdiagnostik nach OPD. In: Schneyder W, Freyberger HJ (Hrsg)(2000): Was leistet die OPD. Huber Bern.
- Heinrich K (1981): Tertium datur. Eine religionsphilosophische Einführung in die Logik. Stroemfeld D / Roter Stern Frankfurt
- Henningsen P (2001): Körperbeschwerden und Neurose: Eine Untersuchung zur Klassifikation somatoformer und angrenzender psychischer Störungen. Habilitationsschrift Universität Heidelberg
- Henningsen P, Hartkamp N, Loew T, Sack M, Scheidt C.E., Rudolf G (2002): Somatoforme Störungen. Leitlinien und Quellentext. Schattauer Stuttgart (im Druck) (<http://www.uni-duesseldorf.de/www/awmf>)
- Heuft G, Hoffmann SO, Schüssler, G (2000): Konfliktachse in der OPD: Erfahrungen und weitere Entwicklungen. In: Schneyder W, Freyberger H (Hrsg): Was leistet die OPD? Huber Bern. S. 62-73

- Hoffmann SO (1998): Somatisierungsstörung und somatoforme Störungen – Herkunft der Konzepte und ihre Abbildung in den neuen diagnostischen Glossaren. In: Rudolf G, Henningsen P (Hrsg): Somatoforme Störungen. Schattauer Stuttgart.
- Horn H, Rudolf G (2002): Strukturelle Störungen und strukturbezogene Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. In: Rudolf G, Grande T, Henningsen P(Hrsg): Die Struktur der Persönlichkeit. Schattauer Stuttgart
- Menninger K (1967): Das Leben als Balance. Seelische Gesundheit und Krankheit im Lebensprozess. Pieper München.
- Rudolf G, Buchheim P, Ehlers W, Küchenhoff J, Muhs A, Pouget D, Rüger U, Seidler GH, Schwarz F (1995): Struktur und strukturelle Störung. Zschr.Psychosom.Med. 41, 197-212
- Rudolf, G. (1996): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD): Die Einschätzung des Strukturniveaus. In: P. Buchheim, M. Cierpka, Th. Seifert (Hrsg.): Lindauer Texte, Springer, Heidelberg
- Rudolf G, Oberbracht C, Grande T (1998): Die Struktur-Checkliste. Ein anwenderfreundliches Hilfsmittel für die Strukturdiagnostik nach OPD. In: Schauenburg, H., Buchheim, P., Cierpka, M., Freyberger, H.J. (Hrsg.): OPD in der Praxis. Konzepte, Anwendungen, Ergebnisse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik. Huber, Bern, 167-181
- Rudolf, G. (2001): Wie analytische Psychotherapeuten Diagnosen handhaben. Eine Bestandsaufnahme und ein Plädoyer. Psychotherapeut 46, 102-109
- Rudolf G (2002): Strukturbezogene Psychotherapie. In: Rudolf G, Grande T, Henningsen P: Struktur der Persönlichkeit. Schattauer Stuttgart
- Rudolf G (2002): Konfliktaufdeckende und strukturfördernde Zielsetzung in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie. Zschr. Psychom. Med 48, 164-174
- Rudolf G (2002): Gibt es nachweisbare Einflüsse der Geschlechtszugehörigkeit in der Psychotherapie ? In: Schweizer CHARTA für Psychotherapie Fortbildungsausschuss Hrsg.): Mann oder Frau ? Wie bestimmend ist das Geschlecht in der psychotherapeutischen Interaktion ? edition diskord Tübingen
- Streck U (2000): Zur generalisierten Heiterkeitsstörung. Forum Psychoanal. 116-122.

Prof. Dr. med. Gerd Rudolf  
 Ärztlicher Direktor der Psychosomatischen Universitätsklinik  
 Thibautstr. 2, D – 69115 Heidelberg