

Abschlussarbeit

zur Erlangung des Magister Artium

im Fachbereich 09 –

Sprach- und Kulturwissenschaften

der Johann Wolfgang Goethe-Universität

Institut für Kulturanthropologie und Europäische Ethnologie

Organisation von Wissen.

Eine kulturanthropologische Forschung am Beispiel der

klinischen Depressionstherapie

1. Gutachter: Prof. Dr. Manfred Faßler

2. Gutachterin: Prof. Dr. Gisela Welz

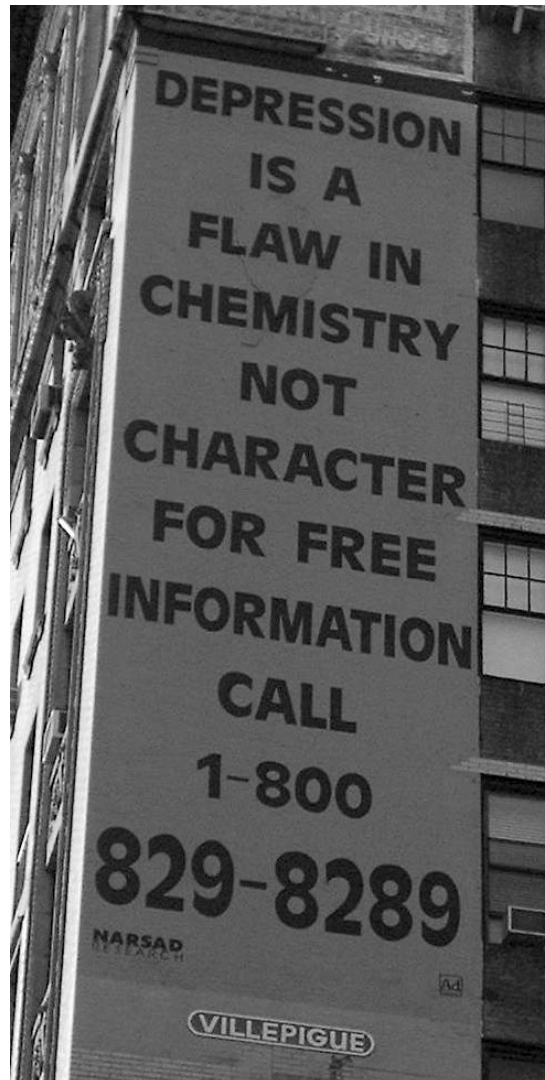
vorgelegt von: Martin Deschauer

aus: Apolda

Einreichungsdatum: 7. März 2008

Organisation von Wissen.

Eine kulturanthropologische Forschung am Beispiel der
klinischen Depressionstherapie



Inhaltsverzeichnis

<i>Vorwort</i>	- 4 -
<i>Danksagung</i>	- 4 -
1. EINSTIEG	- 5 -
2. WISSENSCHAFTSTHEORETISCHE EINORDNUNG UND FORSCHUNGSSTAND - 9 -	
2.1. „WISSEN“ ALS ANALYTISCHER BEGRIFF.....	- 9 -
2.1.1. „Daten“ als Grundelemente von Wissen	- 10 -
2.1.2. „Informationen“ – Relevanz und Bedeutung.....	- 11 -
2.1.3. „Wissen“ durch Selektion und Sinn-Machen.....	- 11 -
2.1.4. „Lernen“ als Prozess der Wissensbildung.....	- 12 -
2.1.5. Soziokulturelle Dimensionen von Wissen.....	- 13 -
2.1.6. Formen des Wissens.....	- 14 -
2.2. DISKURSE ALS DENK- UND ARGUMENTATIONSFORMEN	- 15 -
2.3. MEDIZINISCHES WISSEN IN FORM VON ERKLÄRUNGSMODELLEN.....	- 20 -
2.4. „DEPRESSION“ ALS UNTERSUCHUNGSGEGENSTAND.....	- 22 -
3. FELDBESCHREIBUNG UND FORSCHUNGSMETHODE	- 25 -
3.1. FELDBESCHREIBUNG – DAS PSYCHIATRISCHE FACHKRANKENHAUS	- 25 -
3.2. DIE DURCHFÜHRUNG DER FORSCHUNG.....	- 27 -
4. MENSCHENBILDER UND MEDIZINISCHE ERKLÄRUNGSMODELLE	- 32 -
4.1. DESCARTES MODELL VON LEIB UND SEELE	- 33 -
4.2. DIE FOLGEN FÜR MEDIZIN UND PSYCHIATRIE	- 35 -
4.3. DAS BIO-PSYCHO-SOZIALE MODELL.....	- 42 -
5. STANDARDS UND KLASSIFIZIERUNGEN IN DER PSYCHIATRIE	- 45 -
5.1. DIE BESCHREIBUNG DER DEPRESSION IM ICD-10	- 46 -
5.2. DIE DEPRESSION IM DSM-IV	- 48 -
5.3. DIE KLASSIFIKATIONEN UND IHRE GRENZEN	- 50 -
5.4. EVIDENZBASIERTE MEDIZIN UND IHRE AUSWIRKUNGEN AUF DIE PSYCHIATRIE.....	- 54 -
6. ÄRZTLICHES WISSEN IM ARZT-PATIENTEN-VERHÄLTNIS	- 60 -
6.1. DIE NICHT-STANDARDISIERBARKEIT DER INTERVENTION	- 65 -
6.2. DAS ARZT-PATIENTEN-VERHÄLTNIS UND SEINE BEDEUTUNG FÜR DIE DEPRESSION.....	- 68 -
6.3. DAS KONZEPT DES STRATEGISCHEN SYNKRETISMUS	- 72 -
7. SCHLUSSBEMERKUNG	- 77 -
<i>Anhang 1: Liste der verwendeten Abkürzungen</i>	- 81 -
<i>Anhang 2: Liste der Interviewpartnerpartner</i>	- 83 -
<i>Anhang 3: Interviewleitfaden</i>	- 85 -
<i>Anhang 4: Auszug aus der ICD-10: F32. - Depressive Episode</i>	- 90 -
<i>Anhang 5: Kriterien für eine Episode einer Major Depression</i>	- 91 -
<i>Quellenverzeichnis</i>	- 92 -

Vorwort

Die vorliegende Masterarbeit stellt eine Erweiterung dessen dar, was im Lehrforschungsprojekt „Wissensentstehung – Wissenstransfer – Wissensgesellschaft“ begonnen wurde. Von Oktober 2004 bis März 2006 wurde das Projekt unter Leitung von Prof. Dr. Manfred Faßler durchgeführt. Die entstandenen Projekttexte sollen in gekürzter Fassung 2008 als Buch erscheinen (Kulturanthropologie Notizen, Band 77), darunter auch der Projektaufsatz „Mehr als Diagnose- und Therapiecomputer. Die Depressionstherapie als Beispiel komplexer Wissensgenerierungsprozesse bei klinischen Professionellen“.

Darüber hinaus wird die Masterarbeit in Form eines Vortrags auf dem 11. Arbeitstreffen des „Netzwerk Gesundheit und Kultur in der volkskundlichen Forschung“ (2. bis 4. April 2008 in Würzburg) vorgestellt.

Der Leserlichkeit halber wird in dieser Arbeit das generische Maskulinum verwendet.

Die im Text angegebenen Interview-Quellenangaben beziehen sich auf die einzelnen Transkriptionen, die chronologisch-fortlaufend geordnet sind. Sie werden im Text mit den Initialen und der Interviewnummer angegeben.

Danksagung

Mein Dank sei hiermit allen Menschen ausgesprochen, die an dem Entstehungsprozess dieser Arbeit beteiligt waren und mich tatkräftig unterstützt haben, sowohl auf direktem wie auch auf indirektem Wege.

In erster Linie danke ich meinen Gesprächspartnern dafür, dass sie sich die Zeit genommen haben, um sich meiner Fragen zu stellen. Ohne sie wäre die Untersuchung nicht möglich gewesen.

Im Besonderen möchte ich Dr. Petra Ilyes und Karin Roth danken, die mir inhaltlich immer wieder auf die Sprünge geholfen und manchen unklaren Gedanken zu einem sinnvollen Ende geführt haben.

1. Einstieg

Die acht Worte an einer New Yorker Hauswand (→ s. Bild S. 2) scheinen ein eindeutiges Bild zu ergeben: Alle Diskussionen über Depression, alle theoretischen und praktischen Konstrukte, alle offenen oder nur teilweise beantworteten Fragen werden durch diese Feststellung, es sei ein Defekt oder Fehler in der Chemie, überflüssig, darüber hinaus habe der Charakter mit der Krankheit nichts zu tun.

Ist es so einfach? Machen all jene, die nicht so denken, die Sache nur unnötig kompliziert? Was für ein Erklärungsmodell der Krankheit Depression entsteht dabei? Bedarf es dann überhaupt noch ärztlichen Wissens und ärztlicher Fähigkeiten, um depressive Menschen zu behandeln? Und was ist ärztliches Wissen eigentlich in diesem Zusammenhang?

Die vorliegende Arbeit betrachtet aus der Perspektive der Kulturanthropologie, auf welchen Wissensprozessen die Erklärungsmodelle von Psychiatern im Bezug auf die klinische Depressionstherapie beruhen. Die Elemente, aus denen das Wissenskonzept eines Arztes zusammengesetzt ist, müssen sich im praktischen Handeln, also in der therapeutischen Situation mit dem Patienten, bewähren. Dabei ist weitaus mehr notwendig als das Verordnen einer Pille, die das chemische Ungleichgewicht im Gehirn reguliert. Anhand der Darstellung dreier Aspekte (→ s. u.; Kapitel 4-6) der klinischen Depressionstherapie möchte ich verdeutlichen, auf welche Weise Psychiater in ihrer Praxis auf explizites und implizites Wissen zurückgreifen und dieses in ihr Erklärungsmodell integrieren, wann ihr Erfahrungswissen relevant wird und wie damit Handeln auch angesichts von Unsicherheiten oder widersprüchlichen Diskursen in der psychiatrischen Profession möglich ist.

Der Krankheitsbegriff des US-amerikanischen Wissenschaftsautors David B. Morris bringt die dabei zugrunde liegende Polarität auf den Punkt: „Krankheit ist nie nur individuell, subjektiv und idiosynkratisch, aber auch nie nur objektiv, faktisch nachprüfbar und universell“ (Morris 2000, 43f). Damit ist ein Spielraum angesprochen, der einer streng formallogischen, deduktiven Herangehensweise an die Behandlung widerspricht. Die vorliegende Arbeit unternimmt den Versuch, diesen Zwischenraum mit dem medizinanthropologischen Konzept des Erklärungsmodells analytisch greifbar zu machen.

Zu Beginn (→ s. Kapitel 2) werden drei zentrale Begriffe zu dieser Fragestellung dargelegt. Hierzu gehört:

(1.) *Wissen* in seinem Verhältnis zu Daten, Informationen und dem Prozess des Lernens (vgl. Willke 2002) als Grundlage für die Generierung individuellen Wissens, sowohl durch *Erfahrung*, als auch auf *implizitem* und *explizitem* Weg, und den Erklärungsmodellen zu Aspekten der Depression im klinischen Zusammenhang.

(2.) *Diskurs* als Mittel zur strukturierenden Wirklichkeitserzeugung nach Foucault (vgl. Foucault 1968, 1976, 1991) mit einer Perspektive auf Klassifizierungen und Standardisierungen.

Das (3.) *Erklärungsmodell* von Ärzten in ihrer Betrachtung der Krankheit „Depression“ nach Arthur Kleinman zur Beschreibung ihrer Grundlage für die Behandlung. Zur kontextuellen Einordnung werde ich auf Aspekte der Depression als Gegenstand der Untersuchung eingehen.

Im Anschluss an die Klärung der Begrifflichkeiten wird im methodischen Teil (→ s. Kapitel 3) die Verfahrensweise beschrieben, die dieser Arbeit zugrunde liegt. Sie basiert auf der Durchführung und Auswertung von zehn Experteninterviews mit Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie in psychiatrischen Fachkliniken.

Die Auswertung und Diskussion ist thematisch anhand von drei Aspekten medizinischer Erklärungsmodelle gegliedert:

Der erste Teil der Diskussion (→ s. Kapitel 4) beleuchtet die Paradigmen von Körper-Geist und dem Mensch als Maschine in Bezug auf die Depressionstherapie. Seit René Descartes zeichnet sich in der sogenannten Schulmedizin eine Tendenz ab, den Menschen biologistisch-mechanistisch aufzufassen und den Körper vom Geist zu trennen. Das Bild vom Menschen als Maschine, ausgehend vom Modell der klassischen Physik des 19. Jahrhunderts, hat bis heute aufgrund seiner Erfolge seine Attraktivität nicht verloren (vgl. von Uexküll/Wesiack 1996, 13ff). Die Frage, ob das Modell den Krankheiten, gerade im psychiatrischen Bereich, gerecht werden kann, ist Teil dieser Diskussion. Wenn das Maschinenmodell um psychische, soziale und kulturelle Perspektiven erweitert wird, erhält es dadurch eine neue Qualität und Komplexität. Wie das Erklärungsmodell und das Handeln der befragten Psychiater für einen möglichen Perspektivenwechsel bedeutsam wird, ist die zentrale Fragestellung dieses Kapitels.

Der zweite Teil der Diskussion (→ s. Kapitel 5) hat Quellen und Formen von Wissen für Psychiater zum Gegenstand. Sowohl die institutionalisierte und formalisierte

Ebene als auch die implizite, subjektive Ebene sind für Informationsgewinnung relevant. Exemplarisch herausgenommen seien für die Wissensquellen die Formalisierungen der gängigen Klassifikationssysteme *ICD-10* und *DSM-IV* sowie die *Evidence Based Medicine* als Beispiel für standardisierte Handlungsleitlinien. Dem gegenüber stehen kaum formalisierbare Tätigkeiten wie Beziehungsarbeit unter Einbezug der subjektiven Dimension des Patienten sowie therapeutisches Handeln, das auf Erfahrung und implizitem Wissen beruht. Das zwischen diesen beiden Polen bestehende Ergänzungs- aber auch Konfliktpotential wird in diesem Kapitel anhand der Positionen der Befragten dargestellt und diskutiert.

Im dritten Teil der Diskussion (→ s. Kapitel 6) richtet sich der Blick auf das therapeutische Handeln in Form der Arzt-Patienten-Beziehung und der Auswahl der therapeutischen Mittel. An diesem Punkt steht das ärztliche Erklärungsmodell auf dem Prüfstand, indem dessen Tragfähigkeit erprobt und am therapeutischen Erfolg gemessen werden kann. Des Weiteren ist es konfrontiert mit dem Patienten und dessen eigenem Erklärungsmodell. Die variantenreichen klinisch-therapeutischen Möglichkeiten der Depressionsbehandlung sind notwendig und schließen einander nicht aus. Für die jeweilige Ausprägung sollte für den Betroffenen eine möglichst individualisierte Therapie zu Verfügung stehen, so die Meinung der befragten Psychiater. Welche Elemente im Aufbau eines Erklärungsmodells dafür notwendig sind, soll an dieser Stelle erörtert werden.

Ziel ist es, anhand der klinischen Depressionstherapie und auf Basis der geführten Interviews deutlich zu machen, wie die Psychiater ihre Fähigkeiten sehen, in einer individuellen Behandlung ein möglichst vielfältiges Erklärungsmodell der Krankheit zu entwickeln, dass sich aus multiplen therapeutischen Ansätzen, individualisierten Verfahren, implizitem Wissen und Erfahrungswissen zusammensetzt. Ob ein Mehr an Formalisierungen in der klinischen Therapie die Gefahr birgt, dass die notwendige Vielfalt einem eingeeengten Blick weicht, bleibt hierbei zu fragen. Mit Hinblick auf die verstärkte Kostenkontrolle im Gesundheitswesen, steigendem Effektivitätsdruck und Vorgaben durch Leitlinien lassen sich einige konkrete Hinweise dafür anführen, dass verstärkte Formalisierung an Bedeutung gewinnt.

Die Betrachtung der Erklärungsmodelle von Medizinern, in diesem Falle von Psychiatern, ist aus kulturanthropologischer Perspektive für die Fragestellung interessant, da viele medizinanthropologische Untersuchungen die Patienten oder

medizinischen Laien in den Mittelpunkt stellen. Den Ärzten wird zumeist eine wissenschaftshörige, objektiv-rationale und faktenbasierte Perspektive unterstellt (vgl. Helman 2001, 61ff, 79f). Für den Bereich der Psychiatrie und der Behandlung der Depression möchte ich mit dem Begriff des „strategischen Synkretismus“ eine Vorgehensweise erörtern, welche die verschiedenen Formen expliziten Wissens, impliziten Wissens und Erfahrungswissen in einem professionellen Vorgehen vereint, und damit ein differenzierteres Bild der Erklärungsmodelle von Ärzten vorstellen.

2. Wissenschaftstheoretische Einordnung und Forschungsstand

2.1. „Wissen“ als analytischer Begriff

Psychiater verrichten ihre professionelle Arbeit durch wissensbasiertes Handeln auf Basis ihrer Erklärungsmodelle über die jeweilige Krankheit. Das bedeutet, dass sie ihren Entscheidungen als gesichert geltende Argumente zugrunde legen, die zur Problemlösung beitragen. In der Medizin liegen die Handlungsfelder zum einen im Bereich der Wissenschaft, deren Ziel ein Erkenntnisgewinn anhand bestimmter Methoden ist, und zum anderen im Bereich der Anwendung jener Erkenntnisse durch Ärzte mit dem Ziel der erfolgreichen therapeutischen Behandlung eines Individuums. Das Wissen, das zur Lösung der Probleme, mit denen ein praktizierender Arzt konfrontiert wird, beiträgt, wird aus Daten und Informationen in unterschiedlichen Formen generiert. Neben faktenbasiertem „Lehrbuchwissen“ besitzt es auch implizite und erfahrungsbasierte Anteile. Das versteckte, stillschweigende Wissen (*tacit knowledge*) ist auch in komplexen Situationen oder bei schweren Entscheidungen relevant, gerade wenn die gegebenen Informationen unvollständig sind (vgl. Plath 2002, 518f). Da es nicht oder nur schwer sprachlich-argumentativ vermittelbar ist, hat implizites Wissen ein Geltungsproblem gegenüber explizit geäußerten Schlussfolgerungen, beispielsweise evidenzbasierten Handlungsleitlinien. Dieser Wissensgenerierungsprozess beinhaltet soziale Wechselbezüge, die einer Person einen Austausch in ihrer sozialen Umwelt möglich macht. So ist ein Psychiater auf diese Weise Teil eines sozialen Gebildes, innerhalb dessen sein eigenes Wissen, unter anderem sein Erklärungsmodell über Ursache und Wirkung einer Therapie, verändert wird, oder zur Veränderung anderer Wissensbestände beiträgt.

Im folgenden Abschnitt soll auf den Begriff des „Wissens“ in Abgrenzung zu den Begriffen „Daten“ und „Information“ eingegangen werden. Als Grundelemente sollen sie die Einordnung sowohl expliziter als auch impliziter Wissensprozesse im Zusammenhang mit Erklärungsmodellen, Standardisierungen und Professionalisierungen im psychiatrischen Bereich ermöglichen. Der damit erarbeitete Wissensbegriff ist notwendig, um daran anschließend die sozialen Aspekte der Wissensgenerierung deutlich zu machen. Mithilfe des Begriffs des „Diskurses“

sollen die Aushandlungspraxen deutlich gemacht werden, durch die Organisation und Nutzung medizinischer Informationen ermöglicht wird. Mit dem Begriff des Erklärungsmodells (*Explanatory Model*) nach Kleinman (1980, 71ff) werden die beschriebenen Formen von Wissen und Diskurs in einen medizinischen Zusammenhang gesetzt und die subjektiven mit interindividuellen Aspekten von Wissen vereint.

2.1.1. „Daten“ als Grundelemente von Wissen

Der Soziologe Helmut Willke unterscheidet Wissen von Daten und Informationen, indem er Wissen als die Essenz aus einem dreistufigen Selektionsprozess begreift, der an eine Person gebunden ist (vgl. Willke 2002, 15f). Die Voraussetzungen für das Entstehen von Wissen sind Willke zufolge Daten. Daten sind zunächst alle Arten von Spuren, die, je nach Beobachtungsmöglichkeit, registriert werden können. Prinzipiell ist alles, was beobachtet werden kann, ein Datum. Voraussetzung für ein Datum ist ein Unterschied, der die Isolierung von einem anderen Datum möglich macht. Als Unterschiede sind sie abgrenzbare Entitäten von beliebiger Art und damit überall dort existent wo „jede Operation der Natur irgendeine Spur hinterlässt“ (ebd.), einschließlich eines einzelnen Bits im Computer, eines Lichtreizes auf der Retina oder der Schallwellen der Stimme eines Gesprächspartners.

Die Beobachtung von Daten erfolgt über geeignete Instrumente. Neben den menschlichen Sinnen zur Wahrnehmung (Sehen, Hören, Riechen, Tasten, Schmecken) können auch Maschinen oder Dinge der Natur Daten dokumentieren. Beispielsweise dokumentiert ein Fieberthermometer die Körpertemperatur eines Menschen oder ein Baum sein Alter anhand der Anzahl seiner Jahresringe. So entstehen Daten permanent, auch unabhängig von der Beobachtung des Menschen. Die systemtheoretische Definition macht Daten nicht von einer Lesbarkeit oder kognitiven Verwertbarkeit von Menschen abhängig. Entitäten, die nicht in irgendeiner Weise vom Menschen als Daten erfasst werden können (direkt oder indirekt), liegen allerdings außerhalb der Vorstellung von Wirklichkeit.

Neben einer zielgerichteten Datensuche (zum Beispiel durch das Lesen von Büchern oder das Beobachten im Rahmen einer klinischen Untersuchung von Verhaltensauffälligkeiten) existiert eine Unzahl von Daten, die nicht für die Wissensgenerierung relevant werden. Dazu gehören sowohl Töne, die außerhalb des

wahrnehmbaren Frequenzbereichs liegen, wie auch der ungeöffnete Brief oder die Mehrzahl der Webseiten im Internet.

2.1.2. „Informationen“ – Relevanz und Bedeutung

Erst auf der Ebene der Information, so Willke, erhalten Daten Bedeutung. Damit Bedeutungszuweisung bzw. Einordnung möglich ist, bedarf es bestimmter Kriterien, die aus der Fülle von Daten anhand deren Relevanz Informationen herausfiltern. Einordnung ist eine „In-Form-Bringung“ (ebd., 17) von Daten und ist abhängig vom jeweiligen System und dem Kontext. So wie die Daten ein Beobachtungsinstrument voraussetzen, um registriert zu werden, sind für die Selektion von Informationen Relevanzkriterien notwendig. Durch Bedeutungszuweisung gewinnt die beobachtete Unterscheidung an Relevanz (vgl. ebd.), zum Beispiel gewinnt eine Schrift erst durch das Lesen an Relevanz. Ein Datenblatt aus einem medizinischen Labor beinhaltet erst dann Informationen, wenn es dem Leser möglich ist, die Kombinationen aus Buchstaben und Zahlen einzuordnen und durch „In-Form-Bringung“ (ebd.) den Daten eine Bedeutung zuzuweisen. Aus einer Unzahl von Daten wird auf diesem Weg selektiert, und die Daten werden gefiltert, so wie in einem dicken Telefonbuch letztendlich nur die eine gesuchte Nummer zur relevanten Information wird.

2.1.3. „Wissen“ durch Selektion und Sinn-Machen

Nach Willke fügen sich auf der dritten und höchsten Ebene, der des Wissens, die Informationen in einen Gesamtkontext. Das ist möglich durch eine „kognitive Operation mit einer sehr viel anspruchsvolleren Selektivität“ (Matthiesen/Bürkner 2004, 69), die vollzogen wird, indem die Informationen ein- bzw. aussortiert, strukturiert und in der Weise geordnet werden, dass ein Sinn-Machen möglich wird. Damit beruht Wissen auf Informationen und ist von deren Qualität abhängig. Weil das Einsortieren von Informationen aufgrund persönlicher Relevanzkriterien vonstatten geht, bildet sich Wissen bei jedem Menschen individuell, je nach seinen Vorerfahrungen und seiner Sozialisation (vgl. Willke 2002, 17). Es ist an die einzelne Person gebunden und durch Austausch mit der Umwelt dynamisch und veränderbar. Wissen steht damit nicht in Büchern oder anderen explizit formulierten Werken, sondern es entsteht durch die Interpretationsleistung des Menschen. Diese Unterscheidung ist wichtig, wenn ich später auf Formen des Wissens eingehe und

soziale Aushandlungsprozesse betrachte, auf deren Basis Erklärungsmodelle von Mediziner*innen und Patient*innen entstehen.

2.1.4. „Lernen“ als Prozess der Wissensbildung

Der Prozess, der Entstehung von Wissen möglich macht, ist Lernen. Durch Wechselseitigkeit von Wissen und Lernen wirkt das eine jeweils auf das andere und umgekehrt. Dadurch entsteht ein Potential von Reflexivität, und Wissen gewinnt an Dynamik, da es sich permanent verändert. Einfügen oder Einpassen ist damit „nicht auf Übereinstimmung/Konsens beschränkt, sondern kann ebenso gut auch auf Abweichung und Unterschieden beruhen“ (ebd., 15). Lernen umfasst Entstehung und Veränderung von Wissen. Für den Wissensbegriff ist Lernen damit untrennbar mit dem Wissen verknüpft. In diesem Modell ist der kognitive Prozess nicht notwendigerweise linear oder logisch. Wissen kann bruchstückhaft sein, vergessen werden und ist abhängig von der Qualität der genutzten Informationen. Um Wissen „als *dynamischen menschlichen Prozeß der Erklärung persönlicher Vorstellungen über die ‚Wahrheit‘*“ (Nonaka/Takeuchi 1997, 70, Hervorhebung im Original) anzusehen, darf es weder als objektiv noch als absolut gelten¹. Das gilt auch für den medizinischen Apparat, der sein Handeln auf den Ergebnissen wissenschaftlicher Versuche gründet, denn „die Medizin [legt] allergrößten Wert auf Wissen, das sich objektiv verifizieren lässt“ (Morris 2004, 39). Vor dem Hintergrund der ausgeführten Begriffsbeschreibungen bleibt eine „objektive Kategorie“ ein unerreichtes Ideal.

Darüber hinaus macht das Konzept der Selektivität deutlich, dass nur eine Auswahl der angebotenen Daten (Selektion durch die Art des Beobachtungsinstrumentes) und Informationen (Selektion durch bestehende Relevanzkriterien) verarbeitet und der Rest, ob relevant oder nicht relevant, nicht beachtet werden kann, das heißt „jeder Beobachter erzeugt in jedem Beobachten zugleich Unbeobachtbares.“ (Willke 2002, 13) Zum Beispiel ist ein erlerntes medizinisches Erklärungsmodell über eine Krankheit Teil des Wissenskonzeptes eines Arztes. Aus den verfügbaren Quellen (z. B. Lehrbuch, Beobachtung eines Krankheitsverlaufs) entsteht durch die Anordnung der Informationen ein Modell, das Ursachen, Ausprägungen, Gefahren und Risiken und einen Behandlungsansatz beinhaltet. Gleichzeitig können dabei aber auch Fragen offen oder Aspekte unbeachtet bleiben.

¹ Die Begriffe *Objektivität* und *Wahrheit* werden nicht als absolute Kategorien begriffen, sondern jeweils als kulturelle (und damit intersubjektive) Repräsentationen dessen, was als Wahrheit oder Objektivität aufgefasst wird (vgl. Berger/Luckmann 1980, 70f).

2.1.5. Soziokulturelle Dimensionen von Wissen

Wissensgenerierungsprozesse sind durch Lernen als kommunikativen Akt mitbestimmt durch das soziale und kulturelle Umfeld (vgl. ebd., 24). Dabei vollzieht sich ein interpersoneller Wissenstransfer in Form von Daten. Erst dadurch entstehen Informationen im Rahmen der persönlichen Relevanzkriterien einzelner Personen. Auf der Ebene von Information werden Interaktionen mit anderen Menschen und Wissensentstehungsprozesse wie Sozialisation, Internalisierung und Externalisierung relevant. Sie sind Elemente der Wissens- und Wirklichkeitskonstruktion, die durch soziales Handeln im Sinne Berger/Luckmanns entstehen.

„Sozialisation“ beschreibt den Wissensgenerierungsprozess in Abhängigkeit von der sozialen Umwelt. Die Soziologen Peter Berger Thomas Luckmann verwenden den Begriff des „Welterfassens“, um die sozialen Dimensionen von Wissensgenerierung zu erklären: „Dieses Welterfassen ist nicht das Ergebnis selbstherrlicher Sinnsetzungen seitens isolierter Individuen, sondern es beginnt damit, dass der Einzelne eine Welt ‚übernimmt‘, in der Andere schon leben. [...] Der ontogenetische Prozeß, der das zustande bringt, ist die Sozialisation.“ (Berger/Luckmann 1980, 140)

Die Produktion von Wissen im sozialen Kontext wird bestimmt durch die Wechselseitigkeit von Internalisierung und Externalisierung. Durch Kommunikation schafft der Mensch aktiv eine Vorstellung über die Welt: „Wissen in diesem Sinne steht im Mittelpunkt der fundamentalen Dialektik der Gesellschaft. Es ‚programmiert‘ die Bahnen, in denen Externalisierung eine objektive Welt produziert. Dasselbe Wissen wird als objektiv gültige Wahrheit wiederum während der Sozialisation internalisiert.“ (ebd., 70f) Ich möchte diese Perspektive am Beispiel von Krankheitsklassifikationen (→ s. Kapitel 5) ausführen. Krankheitsklassifikationen schaffen und verbreiten Definitionen. Diese besitzen jedoch nur zeitlich und räumlich begrenzte Gültigkeit und unterliegen kontinuierlichem Wandel. Durch die Prozesse einer sozialen Konstruktion von Wirklichkeit werden nach Berger/Luckmann Daten ausgetauscht und vermittelt. Sie werden so gesellschaftlich-kulturell durch ihr Umfeld mitgeformt. Wissen kann übertragen werden durch Sprache, sowohl gesprochen als auch geschrieben, in Bildern, über Demonstration oder durch das Erleben und Handeln erfahrbar sein. Dadurch ist Wissen im sozialen Handeln beides: sowohl dessen Mittel als auch dessen Ergebnis (vgl. Stehr 1991, 16f).

2.1.6. Formen des Wissens

Die Art der Formalisierung, Vermittlung und Dokumentation von Wissen ist abhängig vom Medium und von der Art des Wissens. Neben explizitem Wissen, dessen der Mensch sich bewusst ist und das damit formulierbar und formalisierbar ist, bildet das implizite Wissen jenen Bestandteil, der nur schwer kommunizierbar ist (vgl. Polanyi 1985; Smith 2003; Plath 2002, 518). Wissen bedeutet nicht notwendig, es auch explizit formulieren zu können. Praxisbezogenes Wissen, Routine und Erfahrung leiten das Handeln, ohne dass Handelnde „in der Lage sein müssten, all dem einen direkten diskursiven Ausdruck zu verleihen“ (Giddens 1997, 36). Implizites Wissen ist auch im Bereich der klinischen Arbeit relevant: „Seasoned practitioners also apply to their practice a large body of knowledge, skills, values, and experiences that are not explicitly stated by or known to them.“ (Epstein 1999, 834)

Die Tatsache, dass implizites Wissen nicht bewusst ist, bedeutet dennoch nicht, dass es vernachlässigbar wäre. Im Gegenteil, viele routinisierte Handlungen werden durch implizites Wissen oder „tacit knowledge“ geleitet: “Tacit knowledge implies all the taken-for-granted that we have forgotten once it has become our second nature and part of our bodily habits. [...] It contains familiar styles or ‘melodies’ of moving, perceiving, and being-with-others in which our whole bodily and emotional experience is engaged.” (Fuchs 2001, 324) Beispiele einfacher Art sind Fahrradfahren oder Schwimmen. Beide Fähigkeiten können in ihrem Ablauf explizit formuliert werden, aber das Balance-Halten oder die Synchronisation der einzelnen Körperteile können, wenn überhaupt, nur in Analogien oder Vergleichen beschrieben werden. Soziale Interaktionen besitzen auf sehr komplexe Art Bestandteile von implizitem Wissen. Beispielsweise ist schon bei Kleinstkindern zu beobachten, dass sie Mimik und Gestik erkennen, ohne über explizite Anleitungen zu verfügen (vgl. ebd.). Implizites Wissen besteht aus vielen kleinen Einzelerfahrungen, die, zu einem Gesamtbild zusammengefügt und in einem bestimmten Kontext abgerufen, Handeln beeinflussen. Arbeits- und Unternehmensforscher gehen zum Beispiel davon aus, dass der Arbeitsprozess zu achtzig Prozent von implizitem Wissen bestimmt wird (vgl. Plath 2002, 522; Dombrowski et al. 2004).

Erfahrungswissen ist zusammengesetzt aus Bestandteilen impliziten und expliziten Wissens. Es ist die Summe der vielen Informationen, die im Laufe der Sozialisation den Blick für Situationen schärfen, ob systematisiert oder unsystematisiert erworben.

Glatzel beschreibt den Einsatz von Erfahrungswissen in konkreten Situationen damit, „dass das Individuum mit all seinem Wissen, seinen Strebungen und biographisch geprägten Determinanten bereits in den Akt des Erfahrens eingeht, bevor es noch in jene Auseinandersetzung mit dem Begegnenden eintritt.“ (Glatzel 1990, 27) Um Erfahrung zu sammeln bedarf es sowohl ausreichender Zeit als auch der Auseinandersetzung mit einer Tätigkeit (vgl. Plath 2002, 522). Formalisierte Anweisungen, beispielsweise Handlungsleitlinien, können hierbei nur eine unspezifische Hilfestellung dafür bieten, was im Handeln erst durch eine Vielzahl von unterschiedlichen Situationen und Kontexten wachsen kann. In dem Augenblick, in dem eine Situation nur wenige formalisierte Anhaltspunkte bietet, kann Erfahrungswissen die notwendige Sicherheit für Handeln bieten.

Da es im individuellen Sozialisationsprozess generiert wird und damit abhängig von den vorangegangenen Situationen ist, stellt Erfahrungswissen in Wissensgenerierungsprozessen den Gegenpol zu formalisiertem Wissen dar, z. B. Behandlungspfade oder Leitlinien. Wenn die eigene Erfahrung den formalisierten Handlungsleitlinien oder Arbeitsvorgaben widerspricht, kann Erfahrungswissen ins Spannungsfeld geraten, besonders wenn die Erfahrungsinhalte impliziter Natur sind und somit als Argumente schwer ins Feld geführt werden können. Aussagen wie „Mein Gefühl sagt mir ...“, oder dem Konzept der Intuition, fehlt gegenüber faktenbasierten Begründungen im Zweifelsfall zumeist die Durchschlagskraft, und der Vorwurf der Beliebigkeit wird erhoben. Gerade im Kontext einer wissenschaftsbasierten Praxis wie der Medizin bergen Aussagen, bei denen implizites und explizites Wissen als Gegensätze begriffen werden, ein Konfliktpotential, sei es auf intrapersoneller Ebene, unter Arztkollegen, oder zwischen Arzt und Patient.

2.2. Diskurse als Denk- und Argumentationsformen

Der Betrachtungsfokus der bisher beschriebenen Elemente von Wissen liegt hauptsächlich auf der Ebene des Individuums. Im Folgenden sollen gesellschaftliche Prozesse in den Mittelpunkt rücken. Die sozial wirksamen Aushandlungsprozesse von Wissensgenerierung ermöglichen es, Wissen abzugleichen, zu teilen, zu diskutieren oder abzulehnen im Sinne „einer kommunikativ konstituierten und kommunikativ vermittelten sozialen Praxis“ (Willke 2002, 22). Dieser Blickwinkel betrachtet Kategorien wie „wahr“ oder „falsch“, „Tatsache“ oder „Realität“ als

Ergebnisse sozialer und kultureller Aushandlungsprozesse mehrerer Individuen. Wissen als gemeinsam, geteilt oder kulturell zu formulieren, bedeutet, von einer Eins-zu-Eins-Übertragung von Daten zwischen Individuen auszugehen, die sich darüber hinaus in einem identischen Relevanzsystem des anderen Individuums abbilden müsste. Da dies, den bisherigen Begriffsbestimmungen folgend, unmöglich ist, bleibt nur das Vertrauen darauf, dass das geteilte Wissen zumindest in hohem Maße ähnlich ist. Diese Ähnlichkeit sollte allerdings als ausreichend angesehen werden, um von gemeinschaftlichem Wissen ausgehen zu können.

Informationen werden im gesellschaftlichen Zusammenhang in Form von Diskursen ausgetauscht und diskutiert. Als Diskurs bezeichne ich eine Ansammlung von Aussagen. Der Begriff dient in der späteren Betrachtung zur Erklärung der sozial geteilten Wissensprozesse in Bezug auf Themen der Depression. Die medizinische Disziplin führt unter anderem Diskurse über die Ursachen, Einflussfaktoren und Behandlungsweisen der Depression. Unter dieser Perspektive möchte ich die sozialen Aushandlungsprozesse beleuchten, die im Diskursbegriff deutlich werden. Diskurse formieren sich als „ein *System des Denkens und Argumentierens*“ bezogen auf einen „Redegegegenstand“ (Titzmann 1989, 51; Hervorhebung im Original). Sie sind geleitet von einer gemeinsam geteilten Menge von feststehenden Grundannahmen und Regelsystemen, die unter anderem Hierarchien und Autoritäten festlegen (vgl. Kaschuba 1999, 236f). Damit ist die Art, wie ein Diskurs geführt wird, kulturell-gesellschaftlich geregelt. Aufbauend auf den Grundannahmen (die ebenfalls Gegenstand von Diskursen werden können) werden Aussagen verhandelt und diskutiert. Wert und Gewicht eines Arguments werden durch die Autorität von Personen oder Institutionen bestimmt. In politischen Diskursen gelten andere Experten als Autoritäten als in religiösen Diskursen. Psychoanalytiker und Experten für Demenz verfügen über unterschiedliche Autoritätskompetenzen.

Jeder Diskurs besitzt formale Regeln, die befolgt werden müssen, will man daran teilhaben (vgl. ebd.). Diskurse legen grundlegende Formen fest, die bestimmen, ob ein Argument zulässig ist, zum Beispiel im Hinblick auf seine Logik, methodische Herleitung oder Terminologie. Für eine wissenschaftliche Psychiatrie, die generalisierbare Aussagen treffen will und die auf Basis statistischer Methoden argumentiert, gelten beispielsweise Aussagen einer einzelfallzentrierten, kasuistischen Herleitung nicht.

Zur Regelung von Diskursen gehören weiterhin Grundannahmen, die kulturell geprägt sind und in der jeweiligen Zeit nicht hinterfragt werden. Sie bilden die Basis von Denksystemen oder Denkstrukturen, die es ermöglichen, dass ein Diskurs überhaupt ausgeführt werden kann. Als soziales Phänomen sind Diskurse Verständigungsmöglichkeiten, die an den Kontext gebunden sind und auf diese Weise Wissen und Denken leiten können. Beispielsweise wäre es ohne ein Konzept von „Krankheit“ nicht möglich, einen Diskurs über die Ätiologie, Diagnose oder Behandlung zu führen.

Die Festschreibung, was ein Diskurs ist, liegt im Auge des Betrachters, je nach Einordnung des Redegegenstandes in einen Zusammenhang. Jeder Diskurs besitzt seine eigenen Logiken und konstitutionellen Bedingungen. Als soziale Praxis existieren Diskurse nicht unabhängig von den teilnehmenden Mitgliedern. Diskurse können flexibel gedacht werden, da ihre Inhalte durch variable Elemente gekennzeichnet sind (vgl. Kaschuba, 1999, 236ff; Titzmann, 1989, 51ff; Schneider 2004, 89ff). Der Sprachwissenschaftler Michael Titzmann weist einige Elemente von Diskursen aus: „Das Subjekt [...] hat dennoch zumindest theoretisch drei Verhaltensmöglichkeiten, wenn es denkt und sich äußert. Es kann den jeweiligen Stand des Systems einfach reproduzieren und damit zur Stabilisierung und Distribution des Systems beitragen oder es kann kreative Originalität entfalten und zwar entweder innerhalb des Systems oder außerhalb des Systems, indem es also dessen Basisprämissen respektiert oder verletzt.“ (Titzmann 1989, 56) Die Basisprämissen des Diskurses und der Rahmen des gesellschaftlich-kulturellen Systems bestimmen die Deutungsmacht und damit die Möglichkeit, jene Elemente auszuschließen, die nicht konform mit den Basisprämissen sind.

Diese Perspektive ist zentral für den Diskursbegriff von Michel Foucault. Er erlaubt eine grundlegende Kritik an Wissensgenerierungsprozessen. Sprechverbot, Ausgrenzung und Wille zur Wahrheit sind für Foucault die zentralen Mechanismen zum Ausschluss aus einer Diskursgemeinschaft: „Ich setze voraus, dass in jeder Gesellschaft die Produktion des Diskurses zugleich kontrolliert, selektiert, organisiert und kanalisiert wird – und zwar durch gewisse Prozeduren, deren Aufgabe es ist, die Kräfte und die Gefahren des Diskurses zu bändigen“ (Foucault 1991, 10f). Diskurse besitzen eine Systematik, die auf sprachliche Formulierungen angewiesen ist, und sind daher in jeweils zeitlich-historischen Kontexten angesiedelt. Nur das, was formuliert werden kann, kann auch im Diskurs verwendet werden. Diskurse sind

anonym geregelt, weil das Augenmerk auf die Aussagen gelenkt wird. Wenn jedoch eine Aussage Teil des Diskurses geworden ist, unterliegt sie dessen Regeln (vgl. Warnke 2007, 14f). Für Foucault konstituiert sich eine Disziplin wie die Medizin dadurch, dass sie sich „definiert [...] durch einen Bereich von Gegenständen, ein Bündel von Methoden, ein[en] Korpus von als wahr angesehenen Sätzen, ein Spiel von Regeln und Definitionen, von Techniken und Instrumenten“ (Foucault 1991, 22), und auf diese Weise ihre Diskurse formt. Wenn die Aussagen diese Bedingungen nicht erfüllen, bedeutet das den Ausschluß aus der Disziplin.

Foucault argumentiert in seinen Werken stark aus einer historischen Perspektive in Bezug auf Diskurse und zeigt daran auf, wie sie zu einzelnen Zeitpunkten Begriffe geprägt haben, die weit reichende Deutungsmacht besaßen. Zuschreibungen wie „Irrer“ oder „Geisteskranker“ zogen nach Foucault im Laufe der Geschichte unterschiedliche Formen der Behandlungen für die Betroffenen nach sich (vgl. Foucault 1977, 121ff). Dabei wurden die Methoden verändert, aber der Abgrenzungsmechanismus blieb (vgl. Schneider 2004, 28ff). In seinen frühen Werken² orientiert Foucault seine Argumentation vor allem an der Psychiatriegeschichte und deren Macht- und Ausgrenzungspraktiken. In den darauf folgenden Büchern erklärt er am Beispiel der Ideengeschichte vom 16. bis ins 19. Jahrhundert sein Konzept der Diskurspraktiken. Darin wird deutlich, welche Konsequenzen die dominierenden Diskurse für das Denken und Handeln besitzen.³ Sein Konzept von Diskurs lässt sehr viel Spielraum und stellt sich gegen eine trennscharfe Eindeutigkeit.⁴ Dass sein theoretischer Ansatz mit Brüchen und Diskontinuitäten behaftet ist, macht eine eindeutige Begriffsbestimmung schwierig (vgl. Titzmann 1989, 50f; Angermüller 2007, 53). Trotz solcher Bestimmungsprobleme greifen die Sozialwissenschaften den Diskursbegriff auf, um Aushandlungsprozesse sozial geteilter Wissensbestände zu erfassen. Diese Kritik berücksichtigend möchte ich den Begriff für die Beschreibung von Wissensprozessen bei Klinikärzten im Bezug auf die diskursiven Aspekte der Depression verwenden, da er erlaubt, die sozialen Bedingungen des geteilten Wissens zu beschreiben. Der

² *Psychologie und Geisteskrankheit* erscheint erstmals 1954, *Wahnsinn und Gesellschaft* 1961 und *Die Geburt der Klinik* 1963.

³ So galt beispielsweise bis Anfang der 90er Jahre die Homosexualität laut der damals gültigen offiziellen Diagnoseklassifikation (der ICD-9) als Krankheit und wurde mit dem Code 302.0 unter den *Sexuellen Verhaltensabweichungen und Störungen* kategorisiert (vgl. DIMDI 2007).

⁴ „*Diskurs* ist mithin alles andere als ein statischer Begriff und impliziert bei Foucault auch die etymologische Bedeutungsschicht von lat. *discurrere* ‘hin- und herlaufen’ im Sinne eines Changierens des referentiellen Gehalts.“ (Warnke 2007, 11)

Philosoph Ulrich Schneider beschreibt den für Foucault geltenden Wissensbegriff folgendermaßen: „Das Wissen besteht nicht aus Naturgegebenheiten, wie noch im 18. Jahrhundert, sondern aus Spuren menschlicher Tätigkeit, aus Produktionen des Sprechens, Lebens und Arbeitens, in denen der Mensch sich verwirklicht, ohne sich doch darin selbst wiedererkennen zu können.“ (Schneider 2004, 77) Mit dem Menschen als Konstrukteur seines Wissens relativiert sich jeder Wissenschaftspositivismus und jede Behauptung von Wahrheit zu einer temporären und regional begrenzten Übereinkunft zwischen Personen oder Gruppen, womit gleichzeitig eine Dynamik eingeleitet wird, die prinzipiell alles hinterfragbar macht. Dadurch ist nicht gesagt, dass jedesmal die Welt aus den Angeln gehoben wird, sobald eine Form von Zweifel deutlich wird. Auch ist es in den meisten Fällen durchaus angebracht, das Wissenskonzept als verlässlichen Bestandteil zu sehen oder Vertrauen in eine Kontingenz unterschiedlichster Phänomene zu haben, schon allein um den Alltag zu bewältigen. Dabei eröffnet die Diskursperspektive die Möglichkeit, Mehrdeutigkeiten zu integrieren. „In den sog. Wissensgesellschaften der fortgeschrittenen Moderne hört Wissen auf, ‚sicherer, zertifizierter Bestand kumulierter Erfahrung‘ (Faßler 1996, 329) zu sein. Wissensbestände werden umstritten und kontingent, verlieren an Eindeutigkeit und Verlässlichkeit.“ (Welz 2005, 12) Die Methode des systematischen Zweifelns und der permanenten Kritik an geltenden Routinen auf Ebene der Wissenschaft (vgl. Oevermann 2003, 28f) liefert oftmals keine Antworten, sondern wirft vielmehr neue Fragen auf. Vor diesem Hintergrund soll wissenschaftlicher und allgemein-gesellschaftlicher Erkenntnisgewinn nicht in Abrede gestellt werden. Foucault verweist darauf, wie relativ die Basis dessen ist, was unser Wissen konstituiert. „Wir müssen uns nicht einbilden, daß uns die Welt ein lesbares Gesicht zuwendet, welches wir nur zu entziffern haben. Die Welt ist kein Komplize unserer Erkenntnis. Es gibt keine prädiskursive Vorsehung, welche uns die Welt geneigt macht.“ (Foucault 1991, 34f) Auch medizinisches „Fachwissen“ gerät unter einer solchen Perspektive zu einem Teil der sozial ausgehandelten Wirklichkeit. Krankheits- und Körperbilder sind damit Modelle, die durch ihr soziokulturelles Umfeld geprägt sind.

2.3. Medizinisches Wissen in Form von Erklärungsmodellen

Die Herleitung des Wissensbegriffs ist notwendig, um zum einen die Diskursivität und die Dynamik von Wissen zu charakterisieren und auf der anderen Seite seine sozialen Konstruktionsprozesse beschreiben zu können. Für das Erklärungsmodell (*Explanatory Model; EM*) über eine Krankheit, wie der Medizinanthropologe Arthur Kleinman es beschreibt (vgl. Kleinman 1980, 104ff), stellen der Wissensbegriff, die Ausprägungen des expliziten, impliziten und erfahrungsbasierten Wissens sowie deren Aushandlung in Form von Diskursen die wesentlichen Bestandteile dar. Der ausgeführte Diskursbegriff kann zum Erkenntnisgewinn für die vorliegende Arbeit beitragen, weil mit ihm beobachtbar wird, wie Erklärungsmodelle von Krankheiten in einem Interpretationsprozess über die Krankheit sowohl von Ärzten als auch von Patienten unter kontextuellen Bedingungen hergestellt werden.

Kleinman unterscheidet fünf Hauptfragen, welche das von Ärzten und Patienten konstruierte Erklärungsmodell einer Krankheit zu beantworten versucht (vgl. ebd.):

1. die Ätiologie (Krankheitsursache)
2. den Beginn und die Form, in der die Symptome einsetzen
3. die Pathophysiologie/Psychopathologie⁵ (Funktionsweise der Person unter den Bedingungen der Krankheit)
4. den Ablauf der Krankheit (Schweregrad, Beeinträchtigung)
5. die Behandlungsmöglichkeiten

Die Varianz in den Antworten auf diese Frage ergibt sich aus der Unterscheidung zwischen Behandler und Behandelten aufgrund ihrer unterschiedlichen Relevanzsysteme und Sozialisation.

Dabei fließen explizit formulierte Daten ebenso in das Modellkonstrukt ein, wie Vorerfahrungen und implizite Aspekte, und führen zu Inkohärenzen und Ambivalenzen: „An explanatory model is partly conscious and partly outside of awareness. [...] Since EMs involve tacit knowledge, they are not coherent and unambiguous.” (Kleinman 1980, 109) Dies gilt sowohl für Ärzte wie auch für Patienten.

Anders als bei Ärzten ist das Erklärungsmodell von Patienten geprägt von der individuellen Erfahrung mit der Krankheit (dem *Kranksein*), von Mehrdeutigkeiten

⁵ Der Begriff *Psychopathologie* wurde bei der Aufteilung Kleinmans von mir ergänzt, da ich es für die Betrachtung der Depression für sinnvoll erachte, nicht nur die physiologischen Aspekte der Krankheit zu berücksichtigen.

und Unbestimmtheiten in Bezug auf Fragen wie die oben von Kleinmann angeführten (vgl. Helman 2001, 85). Auf der Seite der medizinischen Behandler sind Krankheitsmodelle bestimmt von wissenschaftlich geprägten Erklärungen zur Diagnose, Pathologie und Therapie. Die *Krankheit* als medizinisch erklärbare Erscheinung besitzt dadurch eine kategorisierbare Form, in der die Beantwortung der Fragen eines Erklärungsmodells leichter fällt. Gleichzeitig bestimmen die Erklärungen das Vorgehen im klinischen Handeln, da sie Relevanzkriterien zur Verfügung stellen: “Explanatory models determine what is considered relevant clinical evidence and how that evidence is organized and interpreted to rationalize specific treatment approaches. Hence explanatory models are the main vehicle for the clinical construction of reality; [...] regardless of whether it is based upon scientific medical knowledge.” (Kleinman 1980, 110) Was einerseits in einem ärztlichen Erklärungsmodell als angemessenes klinisches Handeln gilt, muss also nicht explizit formuliert oder evidenzbasiert⁶ sein. Andererseits müssen explizite Inhalte (zum Beispiel Ergebnisse klinischer Studien) nicht rational oder pragmatisch im klinischen Prozess sein. Zum einen bedürfen auch Messwerte und Daten aus wissenschaftlichen Untersuchungen einer Interpretationsleistung und Bedeutungszuschreibung, denn sie sprechen nicht für sich selbst (vgl. Ulrich 2006, 1288). Zum anderen stehen wissenschaftliche Ergebnisse, die anhand klinischer Studien nomothetische Aussagen treffen, idiographischen Verfahren in der Behandlung eines Einzelnen gegenüber, und das in einem besonderen Maße im psychiatrischen Bereich (vgl. Kriz 2004, 15). Kleinman unterscheidet in diesem Zusammenhang *klinische Modelle* von *wissenschaftlichen Modellen* (vgl. Kleinman 1980, 110). Im Abschnitt zur Betrachtung der Formalisierungen und Standardisierungen stelle ich diese Unterschiede ausführlich dar (→ s. Kapitel 5).

Zusammenfassend geben Erklärungsmodelle Aufschluss darüber, wie eine Krankheit verstanden wird und wie Maßnahmen in der Behandlung erklärt und eingeleitet werden. Sie beschreiben die Möglichkeit, Wissen in Bezug auf eine Krankheit in einen soziokulturellen Zusammenhang zu stellen. Als kulturanthropologisches Konzept leitet der Begriff des Erklärungsmodells meine Auswertung.

⁶ Nähere Ausführungen zur Evidenzbasierten Medizin folgen im → Kapitel 5.

Im Folgenden soll der Blick auf einige Aspekte von Depression und deren klinischer Behandlung in Deutschland geworfen werden, um das Feld meiner Studie einordnen zu können. Die Beschreibung des Feldes fokussiert zunächst auf die Betroffenen und ihre Krankheiten. Im zweiten Schritt wendet sie sich den Behandlern zu. Diese Vorgehensweise ist sinnvoll, da die Betrachtung der Therapeuten im klinischen Kontext nicht ohne Patienten, Krankheit und gesellschaftliche Bedingungen auskommt.

2.4. „Depression“ als Untersuchungsgegenstand

Der Bericht „Gesundheit in Deutschland“ aus dem Jahr 2006 weist aus, dass „der Krankenstand unter den Erwerbstätigen [...] seit Mitte der 1990er Jahre deutlich gesunken“ ist (RKI 2006, 12). Allerdings haben nicht alle Krankheiten einen rückläufigen Trend. Zu den Krankheiten, die einen wachsenden Krankenstand verzeichnen, gehören Depressionen. Der Bericht stellt einen Zusammenhang zwischen Depressionen und Suiziden her: „Innerhalb eines Jahres durchleben 15 Prozent der Frauen und acht Prozent der Männer eine depressive Phase. [...] 11 000 Deutsche nehmen sich jedes Jahr das Leben“ (ebd.).

In absoluten Zahlen ausgedrückt, sind schätzungsweise vier Millionen Menschen in Deutschland an einer behandlungsbedürftigen Depression⁷ erkrankt. Die Anzahl der oftmals depressionsbedingten Suizide⁸ liegt in Deutschland in den letzten Jahren bei knapp 11.000 Fällen⁹. Die Zahl dürfte zudem wesentlich höher liegen, da sich auch hinter Todesfällen, die beispielsweise als Unfall oder Drogenmissbrauch registriert wurden, suizidale Handlungen verbergen können (vgl. Fiedler 2007, 1).

Die Depression als diagnostizierte Krankheit rückt immer stärker in das öffentliche Bewusstsein, nachdem sie lange Zeit unterschätzt wurde (vgl. RKI 2006, 29). Mittlerweise wird die Depression als „Volkskrankheit“ bezeichnet, was sie epidemiologisch in eine Reihe mit den Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes oder Bluthochdruck stellt (vgl. SVR 2001b, 11).

⁷ Behandlungsbedürftigkeit bedeutet in diesem Zusammenhang das Vorhandensein depressiver Symptome mit einer klinischen Relevanz (vgl. RKI 2006, 29).

⁸ „Insgesamt gehen 40 bis 70 Prozent aller Selbstmorde auf eine Depression zurück.“ (RKI 2006, 30) Es wird geschätzt, dass 15 % aller schweren Depressionen mit dem Tod durch Suizid enden (vgl. SVR 2001b, 485).

⁹ Daten des Statistischen Bundesamtes aus dem Jahr 2004. Zum Vergleich: Im selben Jahr starben 5.800 Personen durch Unfälle im Straßenverkehr (vgl. RKI 2006, 30; 93).

Im Analyseindikator DALY¹⁰ rangiert die Depression auf den vorderen Plätzen, und die WHO schätzt, dass die Krankheit im Jahr 2020 Platz zwei hinter den Herz-Kreislauf-Erkrankungen belegen wird (vgl. Weber et al., 2006, A834). Das vermehrte Auftreten der Depression besitzt mehrere Ursachen: Veränderungen von gesellschaftlichen Rahmenbedingungen (gestiegener Leistungsdruck, verstärkte Vereinsamung, geringeres Sicherheitsgefühl) werden als Risikofaktoren angeführt, ebenso wie wachsende Erkenntnisse zu Depressionen und eine gestiegene Bereitschaft, Depression als Arzt zu diagnostizieren oder als Patient diagnostizieren zu lassen (vgl. ebd., A838).

Definitiv ist die Krankheit durch eine Ansammlung von Haupt- und Nebensymptomen gekennzeichnet.¹¹ Zentral sind eine depressive Stimmung (Traurigkeit, Leere; *deprimere* lat. „niederdrücken“) und Interessensverlust oder Freudlosigkeit. Daneben treten Nebensymptome auf, die in der Anzahl und Ausprägung variieren können: Gewichtsveränderung (Zu- oder Abnahme), gestörter Schlaf (Schlaflosigkeit oder erhöhter Schlafbedarf), Müdigkeit, schnelle Erschöpfung, Antriebslosigkeit oder psychomotorische Unruhe, Schuldgefühle, Gefühl der Wertlosigkeit, Einschränkungen in Konzentrations- oder Denkfähigkeit, suizidale Gedanken, Libidoverlust und Formen somatischer Beschwerden (vgl. Saß et al., 2003, 406f; DIMDI, 2006, 323).

Die Ursachen für den Ausbruch der Krankheit werden einem Zusammenspiel von individuellen Anlagen und Umweltfaktoren zugeschrieben. Die körperlich-biologischen Dispositionen ergeben zusammen mit psychischen und sozial-kulturellen Faktoren die Anfälligkeit (Vulnerabilität), an Depression zu erkranken. Die alte Dreiteilung, die strikt zwischen endogenen, exogenen und neurotischen Depressionen unterschied¹², gilt heute als überholt und weicht einem multikausalen Ansatz. Der größte Teil der Krankheitsverläufe ist phasenhaft. Definitionsgemäß befindet sich ein Betroffener in einer *depressiven Episode*, die auch ohne

¹⁰ „Mit den Disability Adjusted Life Years (DALYs) ist die Zahl der Lebensjahre gemeint, die einem Menschen durch vorzeitigen Tod und gesundheitliche Beeinträchtigungen insgesamt verloren gehen.“ (ebd., 29) Werden nur die Jahre berücksichtigt, die durch die Krankheit beeinträchtigt sind (nach dem YLD-Indikator; *years lived with disability*), rangiert die Depression in den Industrieländern auf Platz eins (vgl. SVR 2001b, 87).

¹¹ Die gängigen Diagnosmanuale ICD-10 und DSM-IV klassifizieren die Depression anhand von deskriptiven Merkmalen, die hier kurz angegeben seien. Im → Kapitel 5 werden die Klassifikationssysteme ausführlich diskutiert.

¹² *Endogen* bezeichnet die Krankheitsursache aus der Person heraus, d.h. aufgrund vermuteter körperlicher Fehlfunktionen ohne erkennbare Umweltreignisse. Bei *exogenen* Depressionen sind diese Ereignisse bekannt (z. B. schwere Lebensumstände oder Schicksalsschläge), *neurotische* Versionen haben ihre Ursachen in der Persönlichkeitsstruktur. (vgl. Jurk 2005, 52, 78)

Behandlung abklingt. Eine solche Episode dauert im Durchschnitt 13 Wochen, kann sich aber auch über mehrere Jahre erstrecken oder chronifizieren (vgl. SVR 2001b, 485). Eine erneute Episode wird als rezidivierende depressive Störung bezeichnet. Als gesonderter Teil der *bipolaren affektiven Störung* treten depressive Episoden im Wechsel mit manischen Episoden auf¹³ oder in Kombination mit weiteren Erkrankungen (sogenannte Komorbidität, z. B. mit Angsterkrankungen oder Suchterkrankungen).

Die Depressionsforschung wird zunehmend vorangetrieben. Die theoretischen und therapeutischen Erklärungsansätze und Forschungen nähern sich von unterschiedlichsten Perspektiven an mögliche Ursachen der Krankheit. Dennoch bleibt ein Verständnis dieser Krankheit unbefriedigend: „Wer die psychiatrische und medizinische Literatur durchsieht, dem fällt eines gleich ins Auge: die Schwierigkeit, die Depression zu definieren. [...] Unklarheit und Heterogenität – vierzig Jahre nach der Entdeckung der Antidepressiva bemüht sich die Psychiatrie noch immer um eine Theorie der Depression.“ (Ehrenberg, 2004, 85)

Diese Situation kennzeichnet die Arbeit derer, die mit der Behandlung und Versorgung von an Depression Erkrankten betraut sind. Neben den Angeboten für eine hausärztliche oder ambulante Behandlung im psychiatrischen, psychologischen oder psychotherapeutischen Bereich bieten in Deutschland die Fachkrankenhäuser, Kliniken und Abteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie teil- und vollstationäre Behandlungen an. Die in der vorliegenden Arbeit vorgestellte empirische Untersuchung wurde im Wirkungsbereich von Oberärzten in psychiatrischen Fachkrankenhäusern durchgeführt. Anhand dieser Untersuchung möchte ich aufzeigen, wie die befragten Personen ihre medizinischen Positionen begründen und damit ihr Erklärungsmodelle verdeutlichen. Im Vorfeld der Diskussion werde ich nun auf mein Untersuchungsfeld und die Forschungsmethode eingehen.

¹³ Da die depressive Episode am Anfang der bipolaren Störung (Bipolar-II-Störung) steht, ist die korrekte Diagnostik praktisch unmöglich. Erst wenn durch die erste manische Episode das gesamte Krankheitsbild deutlich wird, kann der Unterschied zur (monopolaren) Depression festgestellt werden (vgl. Goldmann 2005).

3. Felddbeschreibung und Forschungsmethode

Wissen steckt, wie zuvor ausgeführt, nicht zwischen zwei Buchdeckeln, in Handlungsanweisungen oder in einer Krankenakte. Es ist immer individuell und an eine Person gebunden. Medizinische Erklärungsmodelle als Teil eines persönlichen Wissensbestandes stellen den Untersuchungsgegenstand dieser Arbeit dar, dem ich mich empirisch angenähert habe. Durch die Methode des Experteninterviews habe ich meine Gesprächspartner im Hinblick auf ihre Wissensbestände befragt und am Beispiel der klinischen Depressionstherapie eruiert, wie sie durch ihr Modell die Krankheit erklären.

Im folgenden Abschnitt werde ich einige Informationen zu meinem Forschungsfeld anführen. Ich beginne mit der Beschreibung der Arbeitsstelle meiner Interviewpartner, dem psychiatrischen Fachkrankenhaus. Im Anschluss werde ich auf Einzelheiten meiner Forschung eingehen, die dieser Arbeit zugrunde liegt.

3.1. Felddbeschreibung – das psychiatrische Fachkrankenhaus

Die Hauptanlaufstelle für Menschen mit Depression ist in Deutschland zumeist der Hausarzt (vgl. SVR 2001b, 496). Aufgrund der vielfältigen Symptome, die oft auch körperliche Beschwerden beinhalten, ist die Gefahr groß, dass die Depression falsch diagnostiziert wird. Gerade bei so genannten versteckten oder „lavierten“ Depressionsformen, bei denen untypische Symptome auftreten, sowie bei leichteren Ausprägungen ist die Fehlerquote bei der Diagnose sehr hoch. Nur etwa die Hälfte der in Deutschland lebenden depressiven Personen (beurteilt nach den offiziellen Kriterien der ICD-10), die den Hausarzt aufsuchen, werden als solche erkannt (vgl. ebd.). Der *Sachverständigenrat für Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen* (SVR) weist darauf hin, dass insgesamt „weniger als 40 % der Patienten eine formal adäquate Depressionsbehandlung“ (ebd., 500) erhalten. Das Problem liegt nicht nur bei den Allgemeinärzten, auch das Bild der Krankheit in der Gesamtbevölkerung ist stark geprägt von Fehl- und Unkenntnissen, Unterschätzung und sogar Stigmatisierung, die es erschweren, die Krankheit zu benennen und eine entsprechende Behandlung in die Wege zu leiten (vgl. ebd.).

Dieses Problem macht deutlich, dass die Depression, trotz der Kategorisierung als „Volkskrankheit“ (Jurk 2005, 121), das gesamte Gesundheitswesen und die Gesellschaft vor eine Herausforderung stellt.

Psychiatrische Fachkrankenhäuser sind eine weitere Anlaufstelle für depressive Menschen. Je nach Schweregrad und organisatorischer Aufteilung bieten die Einrichtungen ambulante, teil- und vollstationäre Behandlungen an. Ein vollstationärer Klinikaufenthalt sorgt zum Beispiel für eine Betreuung in einer Krankheitssituation, die eine enge Anbindung notwendig macht. In Deutschland werden psychiatrische Krankheiten in 422 Kliniken mit mehr als 56.000 Betten behandelt (vgl. Wolfersdorf/Kukla 2004, 12). Auf Landesebene wird die Pflichtversorgung einzelnen Krankenhäusern zugeteilt. Beispielsweise ist die Stadt Frankfurt am Main in vier Versorgungsgebiete eingeteilt, für die jeweils ein Krankenhaus zuständig ist.

Eine akute Intervention kann auch gegen den Willen des Betroffenen durchgesetzt werden, hierfür ist eine Einweisung (*sofortige Ingewahrsamnahme*) durch die Polizei notwendig, die für maximal 24 Stunden gilt, beziehungsweise muss ein Amtsrichter die Person bis zu sechs Wochen unterbringen¹⁴ (vgl. Hessische Staatskanzlei 2007). Nur in diesen Situationen ist es dem Krankenhauspersonal rechtlich erlaubt, den Betroffenen gegen seinen Willen festzuhalten oder zu medizieren (vgl. ebd.). Jedoch ist selbst auf den Akut- oder Aufnahmestationen (sofern sie gemischt organisiert sind) der überwiegende Teil der Patienten vom Rechtsstatus her freiwillig in Behandlung. In Form der gesetzlichen Unterbringung ist es aber möglich, Personen, die als schwer suizidal eingeschätzt werden, notfalls gegen ihren Willen zu behandeln.

Auf der Station ist die Arbeit in einem multiprofessionellen Team üblich. Neben Pflegepersonal und Stationsärzten gehören außerdem Psychologen, Sozialarbeiter, Co-Therapeuten (z. B. in Musik-, Gestaltungs-, Bewegungs- und Ergotherapie) und zumeist Seelsorger zu den Personen, die bei der Behandlung mitwirken. Der Grad der Institutionalisierung und die Aufgabenverteilung sind im Krankenhaus eindeutig und teilweise rechtlich geregelt. Zum Beispiel darf ein behandelnder Arzt Medikamente verschreiben, ein Psychologe nicht. Neben den Spezialtherapien der Co-Therapeuten und des Pflegepersonals betreut der behandelnde Mediziner den

¹⁴ Dies geschieht bei Vorliegen von so genannter *Eigen- oder Fremdgefährdung*. Der richterliche Beschluss kann sowohl vorzeitig aufgehoben als auch nach 6 Wochen weiter verlängert werden (vgl. Hessische Staatskanzlei 2007).

Patienten durch Gespräche und therapeutische Maßnahmen (Anordnen von Medikamenten, psychotherapeutische Verfahren, etc.). An der Behandlung ist also ein ganzes Team mit unterschiedlichen beruflichen Perspektiven beteiligt und die Ärzte sind nicht auf sich allein gestellt, was die Beurteilung, Betreuung und Behandlung der Patienten betrifft.

Die Krankenhaushierarchie steigt im ärztlichen Bereich vom Stationsarzt zum Oberarzt bis zum Chefarzt. Die Grundlage für die ärztliche Tätigkeit bildet das Medizinstudium, worauf die Approbation zum Arzt folgt. Darauf aufbauend stellt sich die Möglichkeit der Weiterbildung zum Facharzt. Für den Titel *Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie* ist eine fünfjährige Weiterbildung nach dem Medizinexamen Voraussetzung. Die Weiterbildungsordnung der jeweiligen Landesärztekammer regelt dabei Inhalt und den geforderten Zeitumfang. Nachgewiesen werden müssen sowohl Umfang und Anzahl bestimmter Seminare¹⁵ als auch die Anzahl praktischer Durchführungen¹⁶. Damit ist die formal-institutionalisierte berufliche Sozialisation psychiatrischer Fachärzte mit über zehn Jahren ausgesprochen lang und umfangreich.

Die in der vorliegenden Untersuchung befragten Personen sind im beschriebenen Umfeld tätig.

3.2. Die Durchführung der Forschung

Die vorliegende Arbeit basiert auf den Ergebnissen einer eigenen empirischen Forschung in Form von leitfadengestützten Experteninterviews.

Über die Interviews hinaus habe ich durch meine Tätigkeit als Praktikant im St. Josef-Krankenhaus¹⁷ und als Pflegehelfer in der Klinik Hohe Mark¹⁸ Erfahrungen und Anregungen im psychiatrischen Bereich sammeln können. In diesen mehr als sechs Jahren konnte ich grundlegende Einblicke in die Situation von Patienten als auch von Mitarbeitern im pflegerischen und ärztlichen Bereich gewinnen und

¹⁵ Unter anderem in den Bereichen Psychopathologie, Befunderhebung, Krisenintervention, Psychopharmakologie, Sozialpsychiatrie, Psychotherapie (vgl. Landesärztekammer Hessen 2005, 46f).

¹⁶ Hierzu gehören Erstuntersuchungen, Durchführung und Dokumentation von Therapien, Angehörigengruppe, autogenes Training, Krisenintervention und Selbsterfahrung (vgl. ebd.).

¹⁷ Von November 2001 bis März 2002 war ich auf der Station 5 in diesem Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapie in Berlin/Weißensee beschäftigt.

¹⁸ Seit April 2002 bin ich nebenberuflich in dem Krankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik in Oberursel/Taunus auf den Akutstationen (Allgemeine Psychiatrie, Suchtstation) tätig.

darüber hinaus nicht nur mein explizites, sondern vor allem auch mein implizites Wissen und Erfahrungswissen über die Zeit erweitern.

Dadurch liegt eine Form der teilnehmenden Beobachtung oder auch beobachtenden Teilnahme im Feld vor, die zwar nicht von Anfang an als wissenschaftlich-systematisches Vorgehen geplant war, aber über den langen Zeitraum Praxiserfahrung und viele Aspekte psychiatrischer Krankheiten und Behandlungsmethoden vermittelte.

Die empirische Grundlage der vorliegenden Arbeit bilden jedoch die geführten Experteninterviews. Dabei habe ich mich bewusst dagegen entschieden, Ärzte zu interviewen, die ebenfalls in der Klinik Hohe Mark beschäftigt waren, da ich eine Voreingenommenheit in der Interviewsituation vermeiden und eine gewisse Distanz aufrecht erhalten wollte.

Auch wenn ich durch langjährige Mitarbeit den Blick eines „Insiders“ habe und mir die meisten Prozesse des Psychiatriealltags geläufig sind, verfüge ich nicht über ärztliches Wissen auf der Basis einer professionellen Ausbildung. Es war allerdings auch nicht notwendig, mich meinen Interviewpartnern gegenüber als mit fachlicher Expertise ausgestattet legitimieren zu müssen. Die Forschungsperspektive lag daher eher in dem Bereich des *research up* beziehungsweise des *study up* (vgl. Kaschuba 1999, 205f; Nader 1972, 284f), da alle Gesprächspartner mir gegenüber einen höheren sozialen Status besaßen. Auf die Gesprächssituationen hatte dieser Umstand aber wenig Einfluss, da die Befragungen sehr themen- und fachorientiert verliefen.

In den Interviews wurden insgesamt zehn Personen befragt, sieben Oberärzte und drei Oberärztinnen, die teilweise in leitenden Positionen tätig waren (vgl. → Anhang 2 – Liste der Gesprächspartner). Sie waren in folgenden acht Psychiatrischen Kliniken beschäftigt:

- Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Klinikum Offenbach
- Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie am Klinikum der Johann Wolfgang-Goethe-Universität Frankfurt am Main
- Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Gießen und Marburg
- Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Gießen
- Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Klinikum der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

- Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie-Psychosomatik an den Städtischen Kliniken Frankfurt am Main – Höchst
- Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim
- Psychiatrische Universitätsklinik Heidelberg

Die Interviews wurden im November und Dezember 2007 geführt. Die erste Kontaktaufnahme erfolgte per Email oder Brief. In anschließenden Telefonaten wurden die einzelnen Termine vereinbart. Die Treffen fanden in den jeweiligen Dienstzimmern der Interviewpartner statt. Drei der Interviews wurden aus zeitlichen Gründen auf zwei Termine aufgeteilt. Das letzte Interview wurde vor Ort begonnen und per Telefon zu Ende geführt¹⁹.

Im Vorfeld der Interviews wurde ein Frageleitfaden entwickelt, der 32 Hauptfragen aufwies und mit Unter- bzw. Ergänzungsfragen insgesamt 54 Punkte beinhaltete (vgl. → Anhang 3 Interviewleitfaden).

Alle Interviews wurden aufgezeichnet und im Anschluss transkribiert. Die offen gestalteten Fragen sollten Aspekte der klinischen Arbeit beleuchten, sowohl im praktisch-therapeutischen als auch im theoretisch-konzeptuellen Bereich. Dadurch wollte ich die Position der Befragten in Bezug auf ihr professionelles Wissen eruieren. Fragen zur Karriere, zentrale Eigenschaften von Therapie und dem Beruf allgemein sowie zur Wissensaneignung im Arbeitsfeld meiner Interviewpartner bildeten den Beginn der Befragung. An Beispielen wie dem Umgang mit Ergebnissen der *Evidence-based Medicine*, mit Medikamenten oder mit dem Standardisierungswerk ICD-10 sollten Gründe deutlich werden, die für oder gegen ein bestimmtes ärztliches Handeln sprechen. Durch die Frage nach dem Handeln in Krisensituationen wollte ich erfahren, wie meine Interviewpartner ihre Vorgehensweisen begründen und auf welche Arten von Wissen sie dabei zurückgreifen. Anhand dieser Aussagen wollte ich feststellen, wie die befragten Personen mit Unsicherheiten in ihrem Beruf umgehen. Die Fragen zur Arzt-Patienten-Beziehung sollten Aufschluss darüber geben, wie die Depression als Krankheit im therapeutischen Kontext angesehen wird und wie in diesem Zusammenhang Standardisierungsmaßnahmen und Individualität des Patienten berücksichtigt werden. Einen weiteren Block bildeten Fragen zur Diskursivität von Krankheit im Sinne Foucaults sowie geistesgeschichtliche Fragestellungen zu

¹⁹ Von diesem Telefoninterview wurde ein Gesprächsprotokoll im Anschluss an das Telefonat angefertigt, da die Aufzeichnung des Gesprächs an technischen Problemen scheiterte.

Unterscheidung von Seele und Leib und dem Bild des Menschen als Maschine. Gesundheitsgesellschaftliche Aspekte, allgemeinen medizinischen Fragen und ein Ausblick in die Zukunft schlossen die Interviews ab.

Mithilfe dieser Fragen wollte ich erfahren, welche Erklärungen und Argumente meine Gesprächspartner zu unterschiedlichen Aspekten der Depression und ihrer Behandlung anführen. Vorrangiges Ziel war es nicht, fachliche Informationen über die Depression zu erhalten. Vielmehr wollte ich durch die Fragen erfassen, wie die befragten Personen ihr Erklärungsmodell in einem diskursiven Raum zwischen wissenschaftlicher Medizin, Forschungsergebnissen, klinischer Tätigkeit, Patientenkontakt und persönlichen Erfahrungen hergestellt haben.

Mir ist bewusst, dass die Interviewaussagen und die daraus entstandenen Transkriptionen Momentaufnahmen der einzelnen Situationen sind und die Auswahl der zitierten Sätze und Passagen in meinem Ermessen lag. Der Kulturwissenschaftler Wolfgang Kaschuba gibt zur Deutung von Interviews zu bedenken: „Dem Wunsch nach kommunikativer Verständlichmachung und sozialer Plausibilität folgend, ist es kein ‚Wie es war‘, sondern ein ‚Wie es sich/mich darstellt‘.“ (Kaschuba 1999, 210)

Aus diesem Grund erhebt die vorliegende Arbeit nicht den Anspruch, eine allgemeingültige Aussage über die beforschte Gruppe zu machen. Vielmehr möchte ich anhand der Untersuchung einen qualitativ-deutenden Standpunkt einnehmen.

Bei der Wahl der Interviewpartner habe ich berücksichtigt, dass sie zum einen in der klinischen Arbeit mit Patienten tätig waren und zum anderen durch Lehre, wissenschaftliches Arbeiten oder fachliche Spezialisierungen einen tieferen Einblick in das Fach besaßen. Hierbei richtete ich mich vor allem nach den Personenangaben auf der Internetseite der jeweiligen Klinik. Die Recherche habe ich räumlich auf das erweiterte Rhein-Main-Gebiet begrenzt. Einzige Ausnahme war das Interview mit Prof. Fuchs vom Uniklinikum Heidelberg. Diesen Kontakt stellte ich aufgrund der Tätigkeit von Prof. Fuchs als stellvertretender Leiter des Referats „Philosophische Grundlagen der Psychiatrie und Psychotherapie“ bei der DGPPN²⁰ her, da mir die philosophische Perspektive im Zusammenhang mit den geistesgeschichtlichen Aspekten dieser Arbeit als besonders relevant erschien.

²⁰ Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, ist die größte deutsche wissenschaftliche Fachgesellschaft im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie.

Alle Gesprächspartner waren Fachärzte der Psychiatrie und Psychotherapie, sechs von ihnen waren habilitiert. Die Zeit seit dem medizinischen Staatsexamen variierte zwischen sechs und 37 Jahren.

In ihren Zusatzqualifikationen und Arbeitsschwerpunkten ergab sich eine gemischte Zusammenstellung. Zu nennen sind hier exemplarisch: Zusatzausbildungen in den Bereichen Psychoanalyse, Tiefenpsychologie, Psychotherapie, Familientherapie und Gruppentherapie. Darüber hinaus waren zwei Befragte neben der medizinischen Ausbildung zum einen in Psychologie und zum anderen in Philosophie qualifiziert. Die wissenschaftliche Tätigkeit der befragten Personen reichte von körperlich-medizinischen Themen²¹ bis hin zu psychodynamischen Aspekten, phänomenologischer Psychopathologie und philosophischen Themen in der Psychiatrie. Die Arbeitsschwerpunkte der befragten Personen kamen in den Gesprächen deutlich zum Tragen und bildeten oftmals die argumentativen Begründungen in Bezug auf die Fragen.

Neben den Experteninterviews bildeten auch wissenschaftliche Beiträge aus Fachzeitschriften, Onlinepublikationen und Büchern aus den Bereichen Medizin, Psychiatrie, Medizinanthropologie und Medizinsoziologie wichtige Quellen für die vorliegende Arbeit. Teilweise griff ich in den Interviewfragen auf Zitate zurück, die mir besonders prägnant erschienen und mit denen ich eine Positionierung meiner Interviewpartner erreichen wollte.

In den folgenden Kapiteln möchte ich auf Grundlage meiner empirischen Ergebnisse aufzeigen, welche Erklärungsmodelle und Prozesse zur Wissensgenerierung bei den befragten Ärzten relevant waren und welche Argumente für die jeweilige Position deutlich wurden.

²¹ Beispielsweise zu den Zusammenhängen psychischer Erkrankungen mit Gehirnregionen, genetischen Ursachen und Neurobiologischen Hintergründen.

4. Menschenbilder und medizinische Erklärungsmodelle

“Theories and methods are always carried/defended by social groups.

Therefore, the course of science *is not irrational*
but rather *culturally rational* (Bickhard, 1992).”

(zitiert in: Eckensberger 2002, 345;

Hervorhebung im Original)

Wissen ist, wie zuvor ausgeführt, individuell, dynamisch und wird bestimmt von kommunikativen, sozialen Prozessen, die einem kulturellen Aushandlungsprozess unterliegen. Der Medizinanthropologe Cecil G. Helman formuliert dies für den medizinischen Bereich wie folgt: „[T]hose who practise modern scientific medicine form a group apart, with their own values, theories of disease, rules of behaviour and organization into a hierarchy of specialized roles.” (Helman 2001, 79) Für ihn gilt ein Bündel von Prämissen, welches Mediziner aus ihrer professionellen ärztlichen Perspektive entwickelt und kulturell sozialisiert haben, unter anderem wissenschaftliche Rationalität, eine Orientierung auf physiologisch-chemisch messbare Daten, die objektiv quantifizierbar oder erfassbar sind, Körper-Geist-Dualismus, Betrachtung von Krankheit als Tatsache sowie eine reduktionistische Perspektive (vgl. ebd.). Vor diesem Hintergrund entsteht ein Erklärungsmodell für eine Krankheit, das für die klinische Arbeit handlungsleitend ist. Zumeist unterscheidet sich das Modell aufgrund der Verschiedenheiten von Perspektive und Wahrnehmung wesentlich sowohl von dem der Patienten als auch von dem anderen Arztkollegen.

Erklärungsmodelle entstehen durch die Interpretationsleistung im Wissensgenerierungsprozess. Sie besitzen Elemente, die sowohl expliziter als auch impliziter Natur sind. Die subjektiven Handlungsanteile, also die implizit gelernten oder durch Erfahrung generierten Wissensteile, werden bei den Medizinerinnen häufig vernachlässigt, obwohl ein genauer Blick schnell verdeutlicht, dass gerade diese Aspekte die klinische Arbeit in der Anwendung ausmachen, denn „sofort ergibt sich hier eine grundlegende Differenz zwischen einer ingenieurialen Anwendung von Wissen einerseits, [...] und einer Interventionspraxis andererseits, in der die Wissensbasis dazu dient, die Krise einer der Möglichkeiten nach autonomen

Lebenspraxis [des Patienten] zu bewältigen“ (Oevermann 2003, 26). Deduktives Ableiten, einem festen Algorithmus oder einer Kausalkette zu folgen, die nur eine mögliche Lösung zulässt – eine solche Arbeitsweise scheint, trotz (oder gerade wegen) der Fülle an wissenschaftlichen Ergebnissen in der Medizin, nicht adäquat. Es bleibt ein Handlungsspielraum, der diskursive Inhalte besitzt:

„Medizin ist keine theoretische Wissenschaft, sondern eine empirische Wissenschaft. Das heißt, man weiß nie, was hilft, [...] jetzt mal überspitzt formuliert. Und man kann es auch nie hundertprozentig als wahr bezeichnen, was man macht.“ (md9)

Damit tut sich eine Lücke auf, die zwischen der Notwendigkeit zum Handeln und dem zugrunde liegenden, als gesichert geltenden Wissen besteht. In der nun folgenden Ausführung werden diese Prozesse an exemplarischen Fragestellungen, die diskursiven Charakter besitzen, stärker beleuchtet. Es soll deutlich werden, dass bei näherer Betrachtung der Erklärungsmodelle im Falle von Psychiatern differenziertere Annahmen entstehen als die von Helman formulierten (s.o.). Diese Annahmen beinhalten die Paradigmen des Körper-Geist-Dualismus und des damit verbundenen Modells des Körpers als Maschine, die nachfolgend erläutert werden.

4.1. Descartes Modell von Leib und Seele

Klinische Therapie ist immer geleitet von erkenntnistheoretischen Ideen und den damit verbundenen Modellen über die Ursache, oder, reduziert auf einen Pragmatismus, über die Auffassung darüber, was therapeutisch hilfreich und wirksam sein kann. Die Psychiatrie liegt hier in einem besonderen Feld innerhalb der Medizin, da sie mit Krankheiten betraut ist, die seit dem 18. Jahrhundert getrennt von der somatischen Medizin behandelt werden, den *Krankheiten der Seele oder des Geistes* (vgl. Jurk 2005, 26). Psychiatrische Krankheiten wie die Depression erhielten damit eine Sonderstellung, die sich fundamental von den Behandlungen der körperlichen Beschwerden, dem eigentlichen Einsatzgebiet der Medizin, absetze. Die Trennung zwischen Leib und Seele²² liegt aber zeitlich schon lange davor²³.

²² Die philosophisch umfangreiche Diskussion zum Thema Leib-Seele bzw. Körper-Geist kann in diesem Rahmen nur angedeutet werden. Für eine ausführliche Auseinandersetzung sei exemplarisch auf die Werke von Hastedt (1989) und Diekwisch (2004) hingewiesen.

²³ Spuren von religiösen Riten oder Bestattungszeremonien deuten darauf hin, dass bereits 60.000 v. Chr. ein Leben über den Tod des materiellen Körpers hinaus in Betracht gezogen wurde (vgl. Diekwisch 2004, 19)

Bei den griechischen Philosophen der Antike ist das Thema Gegenstand umfangreicher Überlegungen. **Aristoteles** lokalisiert die Seele im Herzen, das Gehirn dient in seiner Vorstellung der Kühlung des Blutes. Körper und Seele sind miteinander verbunden (allerdings weder im dualistischen noch im

Herausgegriffen sei hierbei René Descartes (1596-1650), der als philosophischer Denker das westliche Denken durch seinen Dualismus und dem Bild des Menschen als Maschine geprägt hat.

Der französische Philosoph und Mathematiker des 17. Jahrhunderts ist gut 350 Jahre nach seinem Tod aus unterschiedlichen Gründen interessant für die Medizin und ihr Konzept vom Menschen: Im Rahmen seiner theoretischen Überlegungen zur Möglichkeit der Erkenntnis²⁴ folgert er seine dualistische Theorie über Geist und Körper. Für ihn existieren zwei getrennte parallele Welten: Die Welt der Materie beziehungsweise der Ausdehnung (*res extensa*) und die geistige Welt (*res cogitans*). Der menschliche Körper gehört zur materiellen Welt und unterliegt somit den physikalischen Gesetzen. Der menschliche Geist ist nicht materiell, kann allerdings durch die Zirbeldrüse mit dem Körper interagieren (vgl. Russell 1997, 570ff; Hastedt 1989, 35f).

Die damit beschriebene Trennung des Körpers vom Geist (der damit zum Hort der Willensfreiheit und Unsterblichkeit wird) eröffnete die Möglichkeit, auch im christlich-religiös geprägten Europa des 17. Jahrhunderts den Körper zum Untersuchungsgegenstand der Naturwissenschaften zu machen: „Die Sicherung von Unsterblichkeit und Willensfreiheit durch die Zuschreibung an ein eigenes Geistes-Universum muß als attraktive Lösung erscheinen, solange es als wichtig gilt, Unsterblichkeit und Willensfreiheit des Menschen behaupten zu können. [...] Der fromme Naturforscher kann so ohne Bedenken den Bereich des Körperlichen untersuchen, ohne befürchten zu müssen, immer gleich in Gottes Fußspuren zu treten“ (Hastedt 1989, 38). Vor diesem Hintergrund beschreibt Descartes die materielle Welt. Sie unterliegt den Paradigmen der Mathematik, analytischen Geometrie und mechanischen Physik. Auch Lebewesen können auf diese Weise aufgefasst werden. Dem geometrisch-mechanischen Leitbild folgend, entwickelte

materialistischen Sinne), und zeitlich begrenzt. Darüber hinaus ist bei Aristoteles der Geist (im Gegensatz zur Seele) unsterblich, allerdings nicht an eine einzelne Person gebunden. Das Rationale eines einzelnen Menschen vereinigt ihn mit dem Rationalen Anderer und mit Gott im Geist. (vgl. Hastedt 1989, 78; Russell 1997, 187ff)

Platon verortet die Seele im Gehirn, allerdings ohne dass sie körperlicher Art ist. Er verbindet die Unterscheidung zwischen Seele und Körper mit seiner Ideenlehre. Zudem gibt er mit seiner Unsterblichkeitslehre den Anstoß für den christlichen Dualismus, der in seiner Anfangszeit keine Trennung von Körper und Geist kannte (vgl. Hastedt 1989, 34, 78; Russell 1997, 154ff).

²⁴ Durch den prinzipiellen Zweifel an allen Dingen gelangte Descartes zu seinem berühmten Schluss: *ich denke, also bin ich*. Allein der Denkprozess des Zweifelns zeigt, dass ich existieren muss, um zweifeln zu können. „Daraus resultiert die subjektivistische Tendenz aller von Descartes abgeleiteten philosophischen Systeme sowie die Auffassung, Materie – wenn überhaupt – nur daraus erkennen zu können, was sich aus geistiger Erkenntnis schließen lässt.“ (Russell 1997, 573)

Descartes für den menschlichen Körper das Modell einer Maschine, die nach deterministischen Regeln funktioniert (vgl. Diekwisch 2004, 99).

Im Unterschied zu Tieren besitzen Menschen zudem eine vom Körper getrennte Seele. Als Kontaktpunkt zwischen Seele und Körper fungiert die Zirbeldrüse, durch welche die Lebensgeister als Verursacher der Bewegung in den Körperbahnen des Nerven- und Blutkreislaufes strömen, so Descartes. Auch wenn er die Erkenntnis von Harvey aus dem Jahr 1628 anerkannte, dass das Herz die Funktion einer Pumpe besitzt, beharrte er auf seiner Theorie der Lebensgeister als Bewegungsursache auch im Bezug auf das Blut. Dennoch war Descartes einer der ersten, der den menschlichen Körper als ein kybernetisches Modell begriff und damit medizinische und medikamentöse Therapien erklärbar machte (vgl. ebd., 98ff).

4.2. Die Folgen für Medizin und Psychiatrie

Dualismus und Maschinenmodell, die ich hier nur anhand dieses prominenten Beispiels deutlich gemacht habe, finden sich später in variantenreichen Ausprägungen: 1747 erscheint das Buch *L'homme machine* (Der Mensch als Maschine) des französischen Arztes de Lamettries. Die Maschinenmetapher wird von ihm auch auf geistige Störungen übertragen. Er verortet die entsprechenden Defekte im Gehirn (vgl. Breidbach 1997, 49). Dualistische Positionen beginnen sich im medizinischen Bereich dieser Zeit zu etablieren.

Die Trennung der Geisteskrankheiten von den restlichen Krankheiten entwickelte sich im 18. Jahrhundert. Descartes' Dualismus war zu dieser Zeit von großer Wirkmacht, auch im medizinischen Bereich (vgl. Kendell 2001, 490). Der Vergleich des menschlichen Körpers mit einer von Menschenhand gebauten Maschine gewinnt in diesem Zeitraum verstärkten Einfluss (vgl. Breidbach 1997, 47f). Die Idee, mittels eines Bauplans die funktionale körperliche Struktur abzubilden, indem die einzelnen Teile lokalisier- und unterscheidbar sind, entwickelte sich aus den technisch-mechanischen Ansätzen der klassischen Physik. Aufgrund der Einzelteile, so die Annahme, ergibt sich im Zusammenspiel ein Ganzes, defekte Teile können ersetzt oder repariert werden (vgl. von Uexküll/Wesiack 1996, 13ff). Dieses Modell war für die Medizin richtungweisend: „Gehen wir davon aus, dass die Medizin im 19. Jahrhundert mit dem biomechanischen oder Maschinen-Konzept ein Erklärungsmodell für den Umgang mit Krankheit und Gesundheit entwickelt hat, das außerordentlich

erfolgreich war. Es ist keine Übertreibung, wenn gesagt wird, dass die Medizin seitdem mehr erreicht hat, als in zweitausend Jahren zuvor.“ (ebd., 15)

Die Psychiatrie begann in diesem Zeitraum zur eigenen medizinischen Disziplin zu werden, die Betroffenen wurden zu Kranken im medizinischen Sinn. Als Anfang des 19. Jahrhunderts „die Irren nicht mehr gefährlich, sondern krank“ (Jurk 2005, 41) sind, streiten in Deutschland die *Psychiker* und die *Somatiker* um die hauptsächlichen Ursachen psychischer Krankheiten (vgl. Hoff/Hippus 2001, 887). Wilhelm Griesinger (1817-1868) gilt als prominentester deutscher Psychiater dieser Zeit. Er formulierte einen pragmatischen Umgang in der klinischen Forschung von Geisteskrankheiten: Sein Ausspruch „Geisteskrankheiten sind Gehirnkrankheiten“ (zit. n. ebd., 885) ist nicht einfach als Reduktionismus auf bloße körperliche Zustände zu verstehen. Vielmehr sah er, gemessen an den vorhandenen Methoden, auf der körperlichen Ebene die größeren Forschungserträge. So schrieb er 1861 zu Beginn der 2. Auflage seines Buches *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten*: „Wüssten wir auch Alles, was im Gehirn bei seiner Thätigkeit vorgeht, könnten wir alle chemischen, electricischen etc. Processe bis in ihr letztes Detail durchschauen – was nützte es? Alle Schwingungen und Vibrationen, alles Electricische und Mechanische ist doch immer noch kein Seelenzustand, kein Vorstellen.“ (zit. n. ebd., 888)

Der Satz, knapp 150 Jahre alt, besitzt auch heute noch Diskussionspotential. Der Hinweis Griesingers, dass Neurophysiologie und Gehirnaktivitäten nur biochemische Korrelate geistiger Aktivitäten sind, spricht von einer Limitierung der psychiatrisch-pathologischen Erkenntnisse auf Basis der physiologischen Perspektive und damit gegen ein rein mechanistisches Bild. Der Diskurs über die Krankheit ist erst im zweiten Schritt ein Streit über die Ursache oder die Frage nach einer Seele (unabhängig von religiösen Implikationen). Vordergründig unterscheiden sich die Ansichten, auf welche Art und Weise die Behandlung den größten Erfolg verspricht. Diejenigen Interviewpartner, die Griesinger widersprechen, sehen die erweiterten Möglichkeiten von neurobiologischen Erkenntnissen:

„*Er hat deswegen Unrecht, weil wir mit dem Wissen, was wir haben, das wenden wir auch schon an in Form von Therapien, [...] man kann es zu einem gewissen Teil [...] beschreiben. Und dieser Teil wird sich erweitern.*“ (md4) Behandlungsansätze, die neurochemische Ungleichgewichte in bestimmten Gehirnregionen regulieren sollen, in Form von medikamentöser Therapie oder Elektrokrampftherapie, werden als

wichtig und grundlegend angesehen. Mit der Perspektive auf die Genforschung im Bereich der Psychiatrie liegt die Hoffnung auf neuen, effektiveren Behandlungsmethoden: „[B]ei Depression rechnet man mit 20, 30 Genen. Und heute würde es schon was nützen, wenn man das besser verstehen würde, weil das zwar ungefähr 20 Jahre dauert, [...] [bis] wir dann die Drug-Targets haben, worauf die Medikamente entwickelt werden können.“ (md8) Dadurch lässt sich aber nicht automatisch auf einen Reduktionismus schließen. Vielmehr deuten die Aussagen auf medizinische Erklärungsmodelle, die, vor dem Hintergrund klinischer Forschung, biochemisch messbare Aspekte in den Vordergrund rücken und hierbei ein durchaus komplexes Gebilde von Interaktionen und Veränderungen der Neurochemie des Gehirns sehen. Dieser Diskurs auf der Ebene von quantifizierbaren, hoch formalisierten und „evidenzbasierten“ Methoden besitzt eine große argumentative Überzeugungskraft im Rahmen der medizinischen Forschung (vgl. Kriz 2004, 21), deren Regelsystem nomothetische und objektivierbare Aussagen zum Ziel hat. So ist beispielsweise die folgende Antwort zur Frage nach dem Erfolg von Antidepressiva ein Hinweis auf das argumentative Gewicht quantifizierbarer Ergebnisse: „Es ist also keine Frage, was ich davon halte, sondern dazu gibt es eigentlich ganz gute Zahlen.“ (md4) Dass eben diese Zahlen nicht für sich selbst sprechen und auch im wissenschaftlichen Kontext interpretiert werden (vgl. Ulrich 2006, 1288), also Daten in Informationen umgewandelt werden müssen, deutet auf einen Prozess, der Sinn stiftet und herstellt.

Für eine Forschungsperspektive, unabhängig von der wissenschaftlichen Disziplin, ist das Setzen eines Schwerpunktes unumgänglich, um Detailtiefe und Aussagekraft zu erlangen, damit es möglich ist „eine wissenschaftliche Perspektive zu etablieren. Dann wird man nicht um [...] [einen] skotomisierten Blick, um eine Sektorisierung des Untersuchungsgegenstandes umhin kommen.“ (md7) In dem Maße, in dem ein Untersuchungsgegenstand herausgegriffen, isoliert und in beschreibbare Einzelteile zerlegt wird, gewinnt er an Präzision, aber verliert gleichzeitig an kontextuellen Eigenschaften (vgl. Kriz 2004, 25). Eben diese Eigenschaften sind aber für eine therapeutische Perspektive, die der Vielschichtigkeit der Krankheit gerecht werden will, elementar. Und so bleibt die Frage Griesingers aktuell: „Er hat Recht. [...] Ein normales Funktionieren der neurobiologischen Funktionen ist eine notwendige Bedingung, [...] aber es ist nicht hinreichend für [...] ein Selbsterleben, was eine persönliche, eine Ich-Perspektive beinhaltet.“ (md7) Für den therapeutischen

Gesamtansatz bleibt die neurochemische Ebene ein Teil der Behandlung, der dann zur Reduktion wird, wenn er nicht durch weitere Therapien ergänzt wird: *„Das ist übrigens auch der Hauptvorwurf, den wir an die Hausärzte machen, die Depression behandeln. Die denken wirklich, es ist das Verordnen dieser Pille. Aber was wir machen, [...] das ist ja ein riesiges Gesamtpaket“* (md8).

Die Tendenz zu einer einseitigen Behandlung und dem Entstehen eines rein neurobiologischen Erklärungsmodells besteht seit der Einführung und Nutzung von Antidepressiva mit einer wachsenden Gefahr, da die Wirkung der Medikamente dazu verleiten kann, die Linderung der Symptome als alleinige Bekämpfung der Ursachen anzusehen (vgl. Ehrenberg 2004, 190f). Und auch bildgebende Verfahren verleiten zu der Ansicht, *„Denkvorgänge und Gefühle lassen sich im Aufleuchten von Hirnstrukturen scheinbar ‚live‘ mitverfolgen.“* (Fuchs 2005, 1) Aber eine verengte therapeutische Perspektive ist nicht allein im Rückzug auf einen somatischen Ansatz zu suchen²⁵: *„Also ich glaube, ein apologetisches Vorgehen – [...] das ist ein Anfängerfehler. [...] Eine Depression kann nur kognitiv-verhaltenstherapeutisch behandelt werden ist genauso falsch, wie jeden auf die Couch zu legen und vier Mal die Woche Analyse durchzuführen.“* (md3) Mit Blick auf den Anwendungscharakter eines medizinischen Erklärungsmodells ist ein monokausaler Krankheitsbegriff, sei es das Ungleichgewicht der Hirnchemie oder der verdrängte Konflikt in der Kindheit (vgl. Dörner 2004, 21), unvollständig und damit *„eigentlich nicht mehr Stand der Kunst“* (md8).

Als Beispiel für die Anwendung des Erklärungsmodells in der klinischen Behandlung kann die Ansicht über die medikamentöse Therapie der Depression einen Hinweis geben. Für alle befragten Personen gehörten Antidepressiva zu einer adäquaten Therapie. Insbesondere bei schweren Formen der Depressionen wäre es *„unethisch oder kontraindiziert“* (md10), ohne Medikamente zu behandeln. Allerdings unterschieden sich die Ansichten, welchen Anteil Medikamente in der Therapie besitzen. Ähnlich der Aussagen zu Griesingers Zitat bestehen auch hier individuelle Modelle, welche der neurochemischen Behandlung unterschiedliche Potentiale zuschreiben.

²⁵ Im → Kapitel 6 wird noch einmal genauer auf die Auswahl und den Umgang mit Therapieoptionen eingegangen.

Welche Erklärungsmodelle im Bezug auf den Körper und Geist stehen im zweiten Schritt hinter der Anwendung in diesem Zusammenhang? Welche Antworten kann dahingehend eine systemische Sichtweise geben, die Wechselwirkungen zwischen neurobiologischen, subjektiven und sozialen Ebenen einbezieht?

Befragt nach dem Verhältnis von Leib und Seele ergab sich in den Interviews ein gemischtes Bild in den Aussagen. Grundsätzlich wurde der cartesianische Substanzen-Dualismus abgelehnt, ein integriertes Modell der Einheit von Leib und Seele ließ sich, wenn überhaupt eine Festlegung erfolgte, verallgemeinernd feststellen. Der Begriff *Seele*²⁶ scheint dabei in den Erklärungsmodellen eine zum Teil schwer greifbare und diffuse Bedeutung zu erlangen. Die Medizinanthropologinnen Scheper-Huges und Lock weisen darauf hin, dass Mediziner in einer eher intuitiven Art Körper und Geist verbinden. Dies wird deutlich in den Vorstellungen über Krankheit, Leiden und die Behandlung (vgl. Scheper-Huges/Lock 1987, 30).

Anhand von fünf Antworten auf die Frage zum Verhältnis Leib-Seele soll deutlich werden, wie die Erklärungsmodelle der Befragten ihre individuelle Ausprägung finden:

„Man kann keine Grenze ziehen. [...] Nein, es hat schon seine separate Existenz. [...] Also, psychisches Erleben ist schon etwas Anderes, ist schon was Selbstständiges. Ja, es ist nicht nur ein, sozusagen, ein Epiphänomen körperlichen Reaktionsverhaltens.“ (md1)

„Aber es gibt keine andere Möglichkeit, als dass [...] jede geistige, jede Empfindung, jeder Gedanke aus [...] dem Leib heraus entsteht. Und wenn der Leib irgendwie [...] ein Muster von Neuronen ist, das gerade anspringt.“ (md4)

„Und trotzdem ist das ja ein ungelöstes Rätsel. Und für mich lässt sich das nicht reduzieren auf biochemische Vorgänge.“ (md5)

²⁶ Die Berufsbezeichnung, sowohl in der alten Form des *Seelenarztes*, als auch in der des *Psychiaters* (Psyche – gr., *Lebenskraft, Seele*), rekurriert auf den Begriff „Seele“. Dem gegenüber wird in den USA begonnen, den Begriff *Psychiater* durch die neurobiologischen Bezeichnungen *Clinical Neuroscientist* oder *Clinical Psychopharmacologist* umzudeuten (vgl. Ulrich 2006, 1296).

„[D]ie wichtigsten Symptome sind natürlich seelische Symptome. Aber so drückt sich halt in Gottes Namen das Gehirn aus, deswegen ist es ja trotzdem eine Gehirnkrankheit. [...] Das ist ja gerade der Witz. Das ist eine Krankheit, die sich im Wechselspiel dieser menschlichen Funktionen abspielt.“ (md8)

„Diese Frage Körper-Schrägstrich-Seele ist auch, sagen wir mal, ein Scheinproblem. [...] Weil, man ist ja immer beides in einem und es ist ja immer die Frage der wissenschaftlichen Perspektive, welche Sprache nutzt man und korrelative Beziehungen mit kausalen zu verwechseln ist immer schlecht.“ (md7)

Das Spektrum der Erklärungsmodelle zeigt eine breite Varianz. Scheper-Hughes und Lock sehen eine Ursache dafür in der Offenheit der Formulierungen: “We lack a precise vocabulary with which to deal with mind-body-society interactions and so are left suspended in hyphens, testifying to the disconnectedness of our thoughts.” (Scheper-Hughes/Lock 1987, 10) Für die Erklärungsmodelle lässt sich erkennen, dass die formulierte Einheit von Körper und Geist Unterschiede in der Rückführbarkeit seelischen Erlebens auf neurochemische Prozesse aufweist. Interviewpartner, deren fachliche Orientierung psychologischer oder psychotherapeutischer Natur war, betonten die Nichtrückführbarkeit geistiger auf körperlich-neurochemische Prozesse deutlicher als die Befragten mit einem neurobiologischen Arbeitsschwerpunkt.

Der Diskurs zum Thema Leib/Seele besaß in der allgemeinen Wahrnehmung eine untergeordnete Bedeutung: *„Spielt für unser praktisches Handeln eigentlich keine Rolle. Wir erleben es nicht getrennt. [...] Für uns an der praktischen Front ist es eigentlich irrelevanter als sie [direkte Anrede; Anm. M.D.] glauben.“ (md8)*

Es bleibt hauptsächlich dem Arzt selbst überlassen, ob er sich mit diesem Thema auseinandersetzt oder einen Diskurs, zum Beispiel in der eigenen Lehrtätigkeit, anregt: *„Also, da versuchen wir das einfließen zu lassen und das wird auch mit großem Interesse aufgenommen. Und da habe ich dann häufig die Rückmeldungen, dass das ihnen noch keiner erzählt hat. [...] In der Regel wollen viele Ärzte auch ein einfaches Modell, somatisches Modell. Ursache-Wirkung im naturwissenschaftlichen Sinne, so wie es auch in den somatischen Disziplinen sehr häufig zu denken, aber in der Psychiatrie ist es sicherlich anders.“ (md7)* Die Auseinandersetzung mit dem eigenen Erklärungsmodell in Bezug auf das Menschenbild scheint *„eine Sache, für*

die man Muße hat, Interesse hat“ (md3) zu sein. Einer der Sprecher des Philosophischen Referats des DGPPN, Thomas Fuchs, bemängelt den generellen Rückgang der Bedeutung geistesgeschichtlicher Aspekte in der Psychiatrie. In Bezug auf philosophische Antworten zur Deutung der Krankheit Depression stellt er fest: *„Und eine solche Deutung der Depression als eine existenziale, philosophische Deutung der Depression, die ist natürlich heute gar nicht mehr üblich. Scheint mir aber etwas sehr wesentliches zu treffen.“* (md10) Dem gegenüber steht eine ergebnisorientierte Sichtweise, die sich auf die Behandlung und die Problemlösung bezieht: *„Wichtig ist ja letztendlich, was dabei herauskommt, wenn man ein Modell einer Erkrankung hat und sie recht gut behandeln kann. Dann ist das schon eine Rechtfertigung in sich.“* (md2) Diese Form des Pragmatismus stellt den Diskurs offener Fragen über die Krankheit zugunsten einer Anwenderperspektive weit in den Hintergrund.

Geistesgeschichtliche Anteile von medizinischen Erklärungsmodellen generieren sich demnach aufgrund der Eigeninitiative des Arztes. Sie sind weniger Teil eines gemeinschaftlich gelernten oder geförderten Prozesses in der Ausbildung, in Fortbildungen oder im Alltag, der sich in Form eines *common sense* niederschlägt. Ist es damit ein Diskurs, der nicht relevant ist?

„Also für die [...] kritische Reflexion der eigenen Wissenschaft macht es schon einen gehörigen Unterschied. Da sollte man sich die ganze wissenschafts-theoretische Diskussion [...] vor Augen führen. Und damit auch sich ein Gerüst schaffen, mit dem man sozusagen auch vielleicht seine eigene Position kritisch betrachten kann.“ (md7) Geistes- und Sozialwissenschaften können für die kritische Reflexion eine aktivierende Funktion besitzen. Durch das Hinterfragen handlungsleitender Paradigmen kann der Gefahr entgegengesteuert werden, dass sich diese Konstrukte verselbstständigen und universellen Aussageanspruch in der Form: *„das Modell wird zur Ist-Aussage, die Konstruktion wird zur Norm“* (Bock et al. 2004, 11) erheben.

Scheper-Huges und Lock kritisieren in ihrer Aussage zur Körper-Geist-Dichotomie (→ s.o.) die fehlenden präzisen Formulierungen, die das cartesianische Modell überwinden könnten. Der britische Psychiatrieprofessor Robert Kendell stellt ebenfalls fest: *“A distinction between mental and physical illness is still made, both by the lay public and by many doctors, and the terms ‘mental disorder’ and ‘mental*

and behavioural disorder' are still used in the two most widely used official nomenclatures" (Kendell 2001, 491).

Und auch wenn von allen Befragten die Betonung der Einheit von Körper und Seele formuliert wurde, ist die Trennung weiterhin präsent: Sowohl in institutionellen und klassifikatorischen Einteilung als auch in bildlichen Formulierungen: „*Weil es eben auch Menschen gibt, die haben eben sowohl körperliche als auch seelische Erkrankungen. Ich sage immer: Die haben Läuse und Flöhe. Um das so ein bisschen plastisch zu machen für die Patienten.*“ (md5)

4.3. Das bio-psycho-soziale Modell

Ein integrierter Ansatz, der die Ganzheit und die systemischen Wechselwirkungen des Menschen betont, ist im Rahmen der *Psychosomatischen Medizin* formuliert worden. Sie nutzt eine systemtheoretische Beschreibung der unterschiedlichen Ebenen von Körper, Geist und soziokultureller Umwelt. Damit ist es möglich, die Systemzustände eines Organismus, die in komplexen Wechselbeziehungen zueinander stehen, zu beschreiben. Mit diesem Ansatz betrifft eine Krankheit immer alle Systemebenen gleichzeitig, eine Therapie sollte daher auch auf alle Ebenen einwirken (vgl. von Uexküll/Wesiack 1996, 29ff). Da somit alle Krankheiten als psychosomatisch bezeichnet werden können, ist die explizite Unterscheidung gegenüber nicht-psychosomatischen Krankheiten nach Egger ohne Sinn (vgl. Egger 2001).

Das biopsychosoziale Modell setzt sich durch die systemtheoretische Perspektive vom Paradigma der klassischen Physik ab. Das klassische Paradigma ist gekennzeichnet durch die Annahmen von linearen Kausalitätsketten (Ursache-Wirkung), mechanistischen Funktionen, einer dualistischen Perspektive, sowie der Beobachtungsmöglichkeit vermeintlich objektiver Untersuchungsgegenstände (vgl. Engel 1996, 5). In der Medizin bedeutet ein Therapieren unter diesen Vorzeichen: Krankheiten besitzen eindeutige und lokal abgrenzbare Ursachen, die Behandlung zielt auf die betroffene Region ab, indem sie mechanistisch eingreift und aus einer distanzierten Position den „Fall“ oder seine jeweils messbaren Parameter beobachtet. Die klassische physikalische Auffassung des Menschen als Maschine beinhaltet, dass es möglich ist, Krankheiten nach einem Plan zu diagnostizieren und zu therapieren: Sind Bauplan und Reparaturmöglichkeiten einmal bekannt, so können sie beliebig wiederholt und übertragen werden. „Krankheit ist nach diesem Modell eine räumlich

lokalisierbare Störung in einem technischen Betrieb, der zwar eine sehr komplexe, aber aufgrund des technischen Vorbilds doch überschaubare Struktur besitzt.“ (von Uexküll/Weisack 1996, 13) Für das Modell ist die Berücksichtigung psychischer und soziokultureller Aspekte nicht relevant, da sie außerhalb der lokalen Kausalität des Körpers liegen. Das Maschinen-Modell besitzt so die Eigenschaft einer *trivialen Maschine* im Sinne von Foersters (vgl. ebd., 20). Sie ist charakterisiert durch das genau vorhersagbare Ergebnis, das anhand von Input, Output und den bekannten Rahmenbedingungen festgestellt werden kann (vgl. Ulrich 2006, 1296).

Lebewesen können allerdings nicht als triviale Maschinen aufgefasst oder modelliert werden. Sie verfügen über innere Zustände, die aufgrund ihrer Variabilität und die Komplexität ihrer Interaktionen prinzipiell durch eine Nichtvorhersagbarkeit gekennzeichnet sind. So kann es beispielsweise sein, dass *„ein blöder Lichtreiz, der auf die Retina fällt, so viel auslöst, hintendran, dass das mindestens genau soviel ausmacht wie irgendein Medikament, was so eine Transmitterstruktur verändert.“*

(md7) Diese Komplexität setzt sich auf den höheren Ebenen fort. Durch die Emergenz lässt sich ein Systemzustand nicht auf die Einzelteile der addierten Subsysteme reduzieren. In

Bezug auf das biopsychosoziale Modell bedeutet das: Auf jeder Systemebene unterscheiden sich die Möglichkeiten der Beschreibung dieser neuen Phänomene (vgl. von Uexküll/Wesiack 1996, 32f).

→ Abbildung 1 versucht, die Wechselbeziehungen des bio-psycho-sozialen Systems zu verdeutlichen: Die einzelnen Systemebenen (physisch, biotisch, psychisch und soziokulturell) des Individuums bauen aufeinander auf, besitzen aber

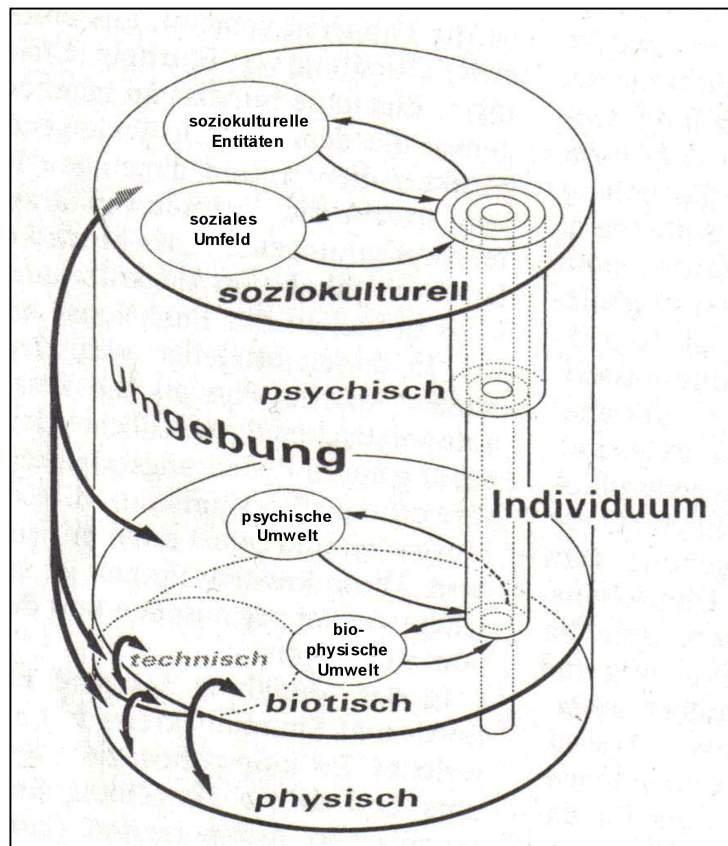


Abbildung 1: Das bio-psycho-soziale Modell (Pauli 1996, 66; Veränderung: M.D.)

gegenüber der jeweils tieferen Ebene neue, emergente Eigenschaften (dargestellt durch den erweiterten Zylinder). Die Pfeile deuten an, dass zwischen allen Ebenen wechselseitige Prozesse stattfinden können (vgl. Pauli 1996, 66).

Die psychische Systemebene des Individuums besitzt gegenüber der Summe aller biotischen Elemente emergente Phänomene, das heißt neue Eigenschaften. Die biotische Ebene der Organe ist eine notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung für die Ebene der Psyche. Auf Basis dieser Annahmen besteht zwischen Leib und Seele der Unterschied in der systemischen Ebene. Die Seele oder der Geist ist damit nicht auf den Leib (oder das Gehirn) ohne Reduktion rückführbar: „Demnach wären neurobiologische Prozesse einerseits und psychologische Erlebnisse und Motive andererseits als *Aspekte eines letztlich einheitlichen, wenngleich mehrstufigen psychophysischen Geschehens* zu betrachten. Keineswegs wirken hier zwei verschiedene Entitäten, ‚Gehirn und Bewusstsein‘ oder ‚Körper und Geist‘, aufeinander ein.“ (Fuchs 2005, 6; Hervorhebung im Original) Möglich wird dies durch Wechselwirkungen des Gesamtgeschehens, die zudem nicht auf linearen, sondern zirkulären Kausalitäten beruhen. Jede höherstufige Ebene baut auf den darunter liegenden Ebenen auf, wirkt aber auch auf sie ein. Durch diese permanenten Wechselwirkungen und Veränderungen wird die Dynamik des Systems beschrieben. Die soziokulturelle Ebene sei dabei im Besonderen betont: „Vor allem sind der Geist ebenso wie die ihm zugrunde liegenden Hirnstrukturen *soziokulturelle* Phänomene. Es sind also nichtmaterielle Kräfte, die das menschliche Gehirn entscheidend mitprägen: Sprache, Ideen, Vorbilder, Beziehungen.“ (Fuchs 2005, 4; Hervorhebung im Original).

Eine Krankheit wie die Depression im systemischen Sinne als multifaktoriell zu begreifen, bedeutet demnach, die Aspekte auf den Ebenen des Körpers, der Psyche und der soziokulturellen Phänomene nicht additiv zu verknüpfen, sondern das Leiden als komplexen Ausdruck der gesamten Person zu sehen (vgl. von Uexküll 1996, 31). Die in den folgenden Kapiteln diskutierten Standardisierungen von Diagnose und ärztlichem Handeln sowie der Arzt-Patienten-Beziehung sind stets auch von einem Modell des Menschen geleitet. In dieser Hinsicht variiert mit dem Modell von Körper und Seele auch das Erklärungsmodell über die Krankheit und gleichzeitig der therapeutische Ansatz.

5. Standards und Klassifizierungen in der Psychiatrie

„Bevor sie in die Masse des Körpers hineingenommen wird,
erhält die Krankheit eine hierarchische Organisation
in Familien, Gattungen und Arten. [...]
Das klassifizierende Denken gibt sich einen wesenhaften Raum.
Und nur in diesem Raum hat die Krankheit eine Existenz,
da er sie als Natur konstituiert.“
(Foucault 1976, 20ff)

Handlungssicherheit gehört zur Grundlage professionellen, wissensbasierten Arbeitens. Wer für sich selbst und gegenüber anderen plausible Argumente für seine Entscheidungen vorbringen kann, schafft durch seine Begründungen Sicherheit. Handlungsleitlinien und Standardisierungen können eben dieses Gefühl von Sicherheit geben – der Grund dafür ist die Masse vorhergehender Untersuchungen zu ähnlichen Fällen, die üblicherweise zur Herausbildung einer Standardprozedur führen.

Im medizinischen Bereich ist die Forderung nach Handlungssicherheit ein elementares Anliegen insbesondere auf Seiten der Patienten, da der Arzt durch seine Intervention direkt in die Lebenspraxis der Betroffenen eingreift (vgl. Oevermann 2003, 26). Die Entwicklung von Klassifizierungen und Standardisierungen geben diesem Sicherheitsbedürfnis eine Form, die auch Kommunikation miteinander und begriffliche Eindeutigkeit ermöglichen soll. Klassifizierungen und Standardisierungen ähneln sich in vielerlei Hinsicht: *Klassifikationen* organisieren und beschreiben in Zusammenhang gebrachte Elemente, sind also Formen des Anordnens und Definierens. Die international angewandten Klassifikationssysteme, die *International Classification of Diseases, 10. Revision (ICD-10)* und das *Diagnostic and Statistical Manual, 4. Revision (DSM-IV)*, dienen in diesem Kapitel hierfür als Beispiele. *Standards* formulieren Verfahrensvorgaben, sie beschreiben, wie der Ablauf von Prozessen vollzogen werden soll (vgl. Bowker/Star 1996). Im medizinischen Bereich ist hier die *Evidence based Medicine (EbM)* zu nennen, die in der zweiten Hälfte dieses Kapitels diskutiert wird. Beide Formen ordnen Daten anhand festgelegter Vorgaben und leiten damit die Aufbereitung von Informationen.

Die Hauptklassifikationen im diagnostisch-psychiatrischen Bereich stellen das Kapitel V. der ICD-10 und das DSM-IV dar. In ähnlicher Weise beschreiben beide die Depression anhand von typischen Symptomen, die mittels Anzahl, Schwere und Zeitraum des Auftretens klassifiziert werden. Als verpflichtendes Element der Diagnose²⁷ wird die ICD-10 im medizinischen Bereich von jedem Arzt genutzt. Allerdings wird in der Kritik an den Klassifikationen deutlich werden, wie sich das Erklärungsmodell der Nutzer oftmals von den formalen Vorgaben abhebt. Beiden Dokumenten gehen Entwicklungsprozesse voraus, die deutlich machen, wie diskursiv das Feld der Diagnosestellung ist und welche Probleme, bezogen auf die Depression, dabei bestehen. Bemerkenswert ist, dass beide Klassifikationen die psychiatrischen Krankheiten als *Störungen* bezeichnen²⁸.

5.1. Die Beschreibung der Depression im ICD-10

Die ICD-10 ist ein Ordnungssystem aller schulmedizinisch anerkannten Krankheiten und ist in der 10. Revision erschienen. Es ist eine international gültige Klassifikation von Krankheiten und Gesundheitsproblemen. Entstanden aus einem erstmals 1893 eingeführten Internationalen Todesursachenverzeichnis, wurden 1948 in der 6. Revision auch Krankheiten und Verletzungen aufgenommen. Seit eben jener 6. Revision wird die Klassifikation von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegeben, mit dem Anspruch, eine international einheitliche Klassifizierung zu erarbeiten. Mittlerweile sind mehr als 140 WHO-Mitgliedsstaaten am Entstehen beteiligt. Im 20. Jahrhundert erschien etwa im Zehnjahresrhythmus eine überarbeitete Auflage. Die letzte, bis dato gültige, 10. Revision wurde 1989 verabschiedet und erschien 1992²⁹. Der Zweck der Klassifikation ist, neben der Schaffung eines weltweit einheitlichen Ordnungssystems – und damit auch einer Kommunikationsform durch gleiche Kodierungen - die Vereinfachung von medizinstatistischen

²⁷ Die Kodierung von Krankheiten nach dem ICD-10-Schlüssel ist in Deutschland für einen praktizierenden Arzt Pflicht für die Abrechnungsunterlagen und die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung nach dem Sozialgesetzbuch.

²⁸ Das DSM-IV führt die Bezeichnung „Störung“ bereits im Haupttitel (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), die ICD-10 überschreibt das Kapitel V als *Psychische und Verhaltensstörungen*, auch wenn bei eindeutig organischen Ursachen (z. B. Demenzen) wieder von Krankheiten gesprochen wird (vgl. Saß et al. 2003; DIMDI 2006). Damit wurde bewusst auf „den großen Vorteil der Ungenauigkeit, wie die Psychiatrie explizit anerkennt“ (Ehrenberg 2004, 188) gesetzt.

²⁹ In Deutschland wurde die erste Auflage 1994 veröffentlicht. Im Jahr 1998 löste sie die 9. Revision endgültig ab. Die zum Zeitpunkt der Untersuchung gültige deutsche Version war aus dem Jahr 2006 (vgl. DIMDI 2006).

Untersuchungen³⁰. Sie beinhaltet 22 medizinische Hauptkapitel, die in Subkategorien aufgeteilt sind und schließlich die Krankheiten gliedern.

Im Kapitel V. (Schlüsselnummer F00-99) sind alle psychischen Krankheiten zusammengefasst. So wird beispielsweise eine *schwere Depression ohne psychotische Symptome* mit der Schlüsselnummer F32.2 codiert.

Gegenüber der Vorgängerversion, der ICD-9, wurden die Diagnosekategorien im psychiatrischen Bereich grundlegend geändert. Unter dem Einfluss des damals gültigen DSM-III wurde die bisherige Einteilung³¹ anhand der immer stark diskutierten Ätiologie (Krankheitsursache) aufgegeben und durch eine deskriptive Diagnostik ersetzt. Die theoretischen Implikationen (endogen, exogen, neurotisch) der Krankheitsursache stifteten so viel Verwirrung, dass die Kommunikation zwischen Ärzten, die sogenannte Inter-Rater-Reliabilität, darunter litt: „Wenn die ätiologischen Unstimmigkeiten nicht überwunden werden konnten, musste man die ätiologische Frage nur zugunsten einer möglichst genauen klinischen Beschreibung eliminieren.“ (Ehrenberg 2004, 177) Die neue Klassifikation hatte den Anspruch, eine möglichst a-theoretische Diagnosestellung zu ermöglichen, die von allen an der Behandlung beteiligten gleichermaßen verstanden würde. Zwei unterschiedliche Ärzte sollten somit anhand der Klassifikation bei einem Patienten zu dem gleichen Ergebnis in der Diagnose kommen.

Dadurch, dass strittige theoretische Positionen außen vor gelassen wurden und der Fokus auf den beobachtbaren Symptomen lag, sollten einheitlichere Gruppierungen und eine verbesserte statistische Auswertung möglich werden. Epidemiologische Forschungen anhand einer eindeutigen Krankheitsbezeichnung lassen somit leichtere Vergleiche innerhalb der beteiligten WHO-Staaten zu.

Hinter jeder Codierung F 32.1. steht demnach weltweit die Diagnose: *mittelgrade depressive Episode*. Jurk fragt in diesem Zusammenhang allerdings: „Wie kann man davon ausgehen, dass eine ‚mittelschwere Depression‘ in den Slums von Johannesburg identisch ist mit der Krise eines deutschen Bundesligafußballspielers?“

³⁰ Erst im vollen Namen *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision* taucht auch der statistische Hintergrund auf.

³¹ Die Einteilung der Depression des ICD-9 kannte neben der organisch bedingten Depression (Nummer: 290.2 - *Senile Demenz mit depressivem oder paranoidem Erscheinungsbild*) drei Kategorien:

- endogene Depression (Nummer: 296.1 - *Endogene Depression, bisher nur monopolar*)
- exogene Depression (Nummer: 298.0 - *Reaktive depressive Psychose*)
- neurotische Depression (Nummer: 300.4 – *Neurotische Depression*) (vgl. DIMDI 2007)

(Jurk 2005, 109)³² Genauere Umstände oder soziokulturelle Hintergründe werden in der Kategorisierung nicht berücksichtigt. Für die Nutzer im klinischen Alltag bleibt das auf diese Weise strukturierte Krankheitsmodell lediglich an der Oberfläche dessen, was den Patienten durch qualitative Details charakterisiert.

Die Diagnose setzt sich zusammen aus der Anzahl und der zeitlichen Dauer der beobachteten Symptome. Daran lässt sich feststellen, ob die Depression leichter, mittelgradiger oder schwerer Ausprägung ist, zur Orientierung dient zusätzlich die Einschätzung, ob und wie der Betroffene in der Lage ist, seinen Alltag zu bewältigen (vgl. → Anhang 4). Das auf diese Weise geschaffene Krankheitsmodell beruht auf Konventionen, die per Definition festlegen, ab wann das Leiden eines Menschen einen klinischen Krankheitswert besitzt: “We are therefore left with a problem of deciding a cut-off point: we are obliged to say what association of symptoms and what degree of severity or of duration of depressive mood we require before deciding that a person represents a case of depression.” (Bebbington 1978, 297f)

Diese quantitative Form der Diagnostik löst damit nicht das alte und immer noch bestehende Problem zur Frage, was die Depression nun eigentlich ausmacht, was aber auch gar nicht das Ziel der heutigen Klassifikationen war. Die offenen Fragen im Bezug auf die Ursachen der Depression wurden dadurch aus dem Zuständigkeitsbereich der Klassifikation gewiesen und obliegen somit dem Therapeuten.

5.2. Die Depression im DSM-IV

Ähnlich der ICD-10 ist auch das DSM-IV³³ eine international oft genutzte Klassifikation, die in der Kategorisierung der Depression auf deskriptive Merkmale zurück greift (vgl. → Anhang 5). Die beiden Klassifikationen besitzen große Gemeinsamkeiten: „Man kann sagen, dass die beiden Klassifikationen ICD-10 und DSM-IV unterschiedliche Dialekte der gleichen Sprache bilden.“ (Saß et al., 2003, S. XXII) Diese Ähnlichkeit ist kaum verwunderlich, hat sich doch die ICD-10 in der Klassifikation der psychischen Störungen an der Vorgängerversion, dem DSM-III,

³² Im Jahr 2003 wurde die Depression des damals 23jährigen Bundesliga- und Nationalspielers Sebastian Deisler in den Medien bekannt gegeben (vgl. Jurk 2005, 109).

³³ Die vierte Version des *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* erschien 1994. Erstmals erschien das DSM 1952, es entstand aufbauend auf eine militärische Nomenklatur, die psychische Schäden behandelte, welche durch und in den Kampfhandlungen hervorgerufen wurden. Die zweite Auflage von 1968 war schon von einem Austausch mit der WHO geprägt (vgl. Ehrenberg 2004, 178).

orientiert. In dieser Version, die 1980 von der APA³⁴ herausgegeben wurde, kam der deskriptive, a-theoretische Ansatz erstmals zum Tragen. In der Form einfacher Wenn-Dann-Regeln ist festgelegt, wie viele Elemente aus einer Auswahl von Haupt- und Begleitsymptomen vorhanden sein müssen, damit die Kriterien einer *Major Depression*³⁵ erfüllt sind: „Um durch Konsens eine zuverlässige Diagnostik zu erreichen, schuf die APA ein Äquivalent zu dem, was die Informatiker ein ‚Expertensystem‘ nennen. [...] Um eine Depression zu diagnostizieren, muss der Arzt nur noch die Symptome abhaken.“ (Ehrenberg 2004, 183ff) Dieses Vorgehen spricht gerade gegen eine integrierte Sichtweise der Krankheit, die Wechselbeziehungen zwischen den Systemebenen berücksichtigen will und Symptome nicht lediglich additiv verknüpft. Die Kategorisierung des DSM wurde von den Entwicklern darauf ausgelegt, für die klinische Forschung nutzbar zu sein, indem es einheitliche Gruppierungen in klinischen Untersuchungen ermöglicht. In der praktischen klinischen Arbeit kann diese quantitative Klassifizierung den Blick für die qualitativen Unterschiede verstellen, so die Befürchtung. Die Autoren der deutschen Ausgabe warnen daher in ihrer Einleitung explizit davor, das DSM als Ergebnis des Aushandlungsprozesses unhinterfragt und als genaues Abbild der Realität zu begreifen und zu nutzen (vgl. Saß et al. 2003, XX). Gerade weil es in seinen Formulierungen eindeutiger ist als die „kann“- oder „gewöhnlich“-Formulierungen der ICD-10, verführt es mit seinen insgesamt 395 Diagnosen zu einer Scheinsicherheit, bei der man „Gefahr läuft, mit wachsender Anzahl und Vielschichtigkeit der Kriterien ‚etwas Vages wie etwas Präzises‘ zu behandeln“ (ebd. XXII).

Beiden Klassifikationen liegt, in unterschiedlicher Intensität, ein langer Aushandlungsprozess zugrunde, der weiterhin andauern wird und nicht allein das Ergebnis medizinischer Forschung und Entwicklung ist. Die kommenden Versionen des DSM-V und der ICD-11, die neben der permanenten Aktualisierung vorbereitet werden, sind momentan in Bearbeitung und sollen 2011 bzw. 2014 erscheinen. Die kurze Darstellung der Entwicklung beider Klassifikationen sollte deutlich machen, wie in Form von expliziten Ordnungs- und Organisationssystematiken ein Diskurs

³⁴ Die APA (American Psychiatric Association) ist, im Gegensatz zur WHO, ein nationaler Verband.

³⁵ Der Begriff *Major Depression*, wie er im DSM-IV gebraucht wird, wird unübersetzt auch im Deutschen gebraucht und ist vergleichbar mit der ICD-10-Einteilung F32.2 einer schweren Depression.

geführt wird, bei dem definatorische Maßstäbe gesetzt werden. Das subjektive *Kranksein* einer Person erhält erst dann den Status einer *Krankheit*, wenn die festgelegten Kriterien erfüllt sind. Für die Diagnosestellung im psychiatrischen Bereich basiert die Entscheidung, ob und in welchem Ausmaß die präsentierten Symptome einen Krankheitswert besitzen, allein auf dem Eindruck des Arztes.

5.3. Die Klassifikationen und ihre Grenzen

In der klinischen Arbeit bestimmt die Dominanz der Klassifikationssysteme die Wahrnehmung der Krankheit: *„Also, die Psychopathologische Kultur ist sehr stark zurückgegangen. [...] Wissenschaftsmethodologisch dann eben auch durch die Einführung von kriteriologischen, also rein symptomorientierten Diagnosesystemen, die zwar der Vereinheitlichung gedient hat, die aber die eigentliche psychopathologische Ausbildung doch sehr stark hat verkümmern lassen.“* (md10) Die Vorgehensweise, bei der *„man sozusagen nach Rezept Diagnosen stellt“* (md8), mag für die medizinstatistische Auswertung auf Basis der Klassifikation pragmatisch sein und eine höhere Reliabilität gegenüber den älteren Systemen besitzen, sie bildet aber lediglich den kleinsten gemeinsamen Nenner der beobachtbaren Phänomene ab, auf die sich auch Psychiater unterschiedlicher Therapieschulen einigen können: *„Es ist so als wenn ich sage: Ich habe Rotwein getrunken. Aber es ist nicht wie wenn ich sage: Ich habe einen Tempranillo aus dem Riojagebiet getrunken, der drei Jahre im Barriquefaß lag. ICD-10 ist Rotwein. Aber nicht Traube, nicht Lagerung und nicht Herkunftsort.“* (md3)

Die Sozialwissenschaftler Geoffrey C. Bowker und Susan Leigh Star führen für Klassifikationen drei Eigenschaften an, die in einem abstrakten und idealen Sinn gelten sollten (vgl. Bowker/Star 1999, 10f). Eine Überprüfung von ICD-10 und DSM-IV anhand dieser Eigenschaften soll deutlich machen, welche Schwächen meine Interviewpartner in den Systemen sahen:

(1) Die Klassifikationsprinzipien sollten konsistent und eindeutig im Verfahren sein.

Das Klassifikationsverfahren von ICD-10 und DSM-IV kann einen Spielraum und einen Zwang zur subjektiven Deutung nicht unterbinden: *„Weil wir nicht wahr und falsch haben. Und nicht ein geschlossenes System von Thesen oder von Regeln. Sondern weil es eben alles so individualisiert ist.“* (md9) Zwischen der klar gegliederten Klassifikation und den individuellen und vielschichtigen Ausprägungen der Krankheit liegen große Unterschiede. Was sich beispielsweise hinter einem

gestörten Selbstwertgefühl, Agitiertheit oder Interessenverlust an Details, Geschichten und Zusammenhängen verbirgt, wird nicht deutlich. „Unklar und unregelmäßig bleibt jedoch, wie der Kliniker zu seiner Beurteilung kommt: Welches Gewicht gibt er der subjektiv-verbale Ebene (d. h. subjektiven Erlebnissymptomen)?“ (Saß et. al. 2003, XXI) Die Entwicklung von Fragebögen, wie beispielsweise dem BDI³⁶, folgt der Logik von konsistenten klassifikatorischen Verfahren. Mehr als Hilfsmittel im klinischen Bereich, das zum Gesamteindruck des Arztes beiträgt, sind sie aber nicht, sie können das Arzt-Patienten-Gespräch nicht ersetzen. Denn darüber hinaus wird der Diagnoseprozess von implizitem Wissen begleitet: „the realization that the patient has given sufficient information to diagnose major depression involve tacit knowledge and preattentive processing.“ (Epstein 1999, 834) Fehlende Eindeutigkeit muss folglich durch implizites Wissen des Arztes kompensiert werden. Weitere Merkmale, die offen bleiben, sind, dass „*bei Männern eine Depression sich ganz anders äußert als bei Frauen. Solche Dinge sind überhaupt nicht berücksichtigt. [...] Unterschiede, wie in den einzelnen Kulturen Symptome präsentiert werden, also das fällt völlig weg.*“ (md6)

(2) *Die Kategorien sollten sich gegenseitig ausschließen.*

Zur notwendigen Abgrenzung zwischen den klassifizierten Bezeichnungen geben eindeutige Formulierungen die notwendige Struktur. Auf mehreren Ebenen ist die präzise Grenzziehung aber problematisch, in einigen Subkategorien ist sie verwischt. Schon bei der Unterscheidung zwischen Gesundheit und Krankheit wird es mit einem Ausschlussprinzip schwer. Der Gesundheitsbegriff der WHO³⁷, so Helmchen, wird allein aus pragmatischer Sicht „unbrauchbar, da wohl kaum jemand diesen Zustand für längere Zeit erlebt, also die Menschheit faktisch nur aus Nichtgesunden bestünde.“ (Helmchen 2005b, 272) Auf der Ebene der psychiatrischen Krankheiten „*ist [...] der Übergang vom Normalen zum Kranken sehr fließend*“ (md1). Und auf der Ebene der Krankheit wird die Vielschichtigkeit der Depression zum klassifikatorischen Problem: „*Depression ist ein Sammelbecken für ganz viele Segmente von, sagen wir mal, psychiatrischen Störungen, Auffälligkeiten,*

³⁶ Das *Beck Depression Inventory* ist ein Multiple-Choice-Fragebogen, der die Schwere einer Depression erfassen soll. Er wurde 1961 von A. Beck herausgegeben und seitdem mehrfach überarbeitet. Ein zweiter, weit verbreiteter Depressions-Fragebogen ist die *Hamilton-Skala* von M. Hamilton aus dem Jahr 1960. Beide Fragebögen werden vor allem bei klinischen Studien häufig eingesetzt.

³⁷ Gleich auf der ersten Seite ihrer Satzung formuliert die WHO die Definition von Gesundheit: „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.“ (WHO 2006, 1)

Normabweichungen. Der Persönlichkeitsgestörte kann depressiv sein, der Schizophrene kann depressiv sein, der Suchtpatient kann depressiv sein.“ (md9) Die zu Diagnose der Depression benötigten Nebensymptome (gestörter Schlaf, Angst, Gewichtsverlust oder körperliche Beschwerden) finden sich zudem auch in vielen anderen Krankheitskategorien wieder oder stellen eigene Krankheiten dar.

(3) *Das System ist vollständig.*

Jede Klassifikation kann für sich beanspruchen, vollständig zu sein, wenn in einer Behelfskonstruktion wie einer Kategorie „Sonstiges“ alle Fälle subsumiert werden, denen eine klare Zuordnung fehlt. Auch im ICD-10 stehen gleich zwei „Hintertürchen“ mit den Codierungen 32.8. *Atypische Depression* und „*lavierte Depression*“ sowie 32.9 *Depressive Episode, nicht näher bezeichnet* offen (vgl. → Anhang 4). Diese Kategorien sind aber eher der Hinweis darauf, dass das Krankheitsmodell nicht alle Formen, die sich zeigen, abdecken kann oder will. In dieser Hinsicht ist es sinnvoll, nicht von einem einheitlichen und eindeutig abgegrenzten Phänomen, sondern von einer vielschichtigen, aber im Kern greifbaren Krankheit auszugehen (vgl. Helmchen 2005b, 272). Die Möglichkeiten, anhand von statistischen Parametern ein idiosynkratisches, individuelles Krankheitserleben zu kategorisieren, stoßen bei einem Vollständigkeitsanspruch an ihre Grenzen. „*Psychiatrie ist im Besonderen auch eben Humanwissenschaft in dem Sinne, dass [...] die Perspektive über die reine naturwissenschaftliche Kausalitätsbeziehung, über ein medizinisches Krankheitsmodell, sozusagen, hinausgehen muss.*“ (md7)

Bowker und Star führen nach ihrer Auflistung an, dass keine Klassifikation in der Realität diesen „einfachen“ Anforderungen genügt. Und sie bezweifeln, dass es in Zukunft eine solche geben wird (vgl. Bowker/Star 1999, 11). Auch die Klassifikationen der psychischen Störungen besitzen für die Erklärungsmodelle der Behandler zumeist nur eingeschränkte Gültigkeit: „Die Möglichkeit einer Nervenheilkunde ohne Diagnosen gibt es sicher nicht. Die Wahrnehmung dieser Abhängigkeit nimmt den Arzt jedoch umso mehr in die Verantwortung, stets kritisch darüber Rechnung abzulegen, wofür.“ (Weniger 2004, A2598) Die Möglichkeit einer Diagnose ohne ein subjektzentriertes Fallverstehen ist ebenso wenig vorstellbar. An diesem Punkt greifen professionelle Fähigkeiten, die sich einer Klassifizierung entziehen, so etwa die „*psychopathologische Expertise, also die Fähigkeit, genau hinzusehen, genau zu spüren, genau wahrzunehmen.*“ (md10) Die kritische Perspektive auf die Konvention der Klassifizierung entwickelt sich vornehmlich im

praktischen Alltag, in der Konfrontation mit den Betroffenen. Durch die Auseinandersetzung im diagnostischen Prozess wird deutlich, inwieweit das Modell für das Handeln hilfreich ist: *„Also, Modelle sind ja nur dann gut, wenn sie die Wirklichkeit auch in der Wahrnehmung derer, die sie anwenden, einigermaßen abbilden. Es sind zu viele, die festgestellt haben: Das bildet es nicht wirklich ab.“* (md7) Die eigene klinische Erfahrung prägt das persönliche Erklärungsmodell der Krankheit, das sich wesentlich vom klassifikatorischen Modell hinsichtlich Differenziertheit, Ausprägung und qualitativer Dichte abhebt. Da die ICD-10-Codierung in Deutschland verpflichtend für Abrechnungen mit den Krankenkassen ist, kann sich kein praktizierender Arzt der Klassifikation entziehen. In den Interviews wurde aber deutlich, dass einige der Befragten die von den Entwicklern intendierte Reihenfolge umkehren: Nicht die klassifikatorische Einteilung mit Hilfe des ICD-10 steht am Anfang der Diagnose, sondern erst in der Dokumentation wird die offizielle Benennung vorgenommen: *„Ich mache den Menschen nicht zur Ziffer, sondern ich gucke, welche Ziffern kann ich da passend machen.“* (md7) Dieses Vorgehen verdeutlicht, dass die Klassifikation nicht das Erklärungsmodell und die Handlungen im therapeutischen Vorgehen strukturiert. Ausreichend sind die Kategorien *„[w]enn man dem Patienten wirklich gerecht werden soll, nicht. Das sind grobe Schubladen, die nur einer schnellen und einfachen Kommunikation dienen“* (md3).

Das vereinfachte klassifikatorische Modell von Krankheiten wie der Depression folgt nach Jurk der Vorstellung einer Berechenbarkeit, die für jede Ausprägung ein passendes Medikament bereithält und statistisch feststellbar macht, wie viel Zeit und Geld die Behandlung kostet. Dies birgt die Gefahr, dass durch das Klassifikationsmodell ein Selbstzweck entsteht, in dem die Kategorien nicht die Krankheiten abbilden, sondern die Krankheiten den Kategorien folgen (vgl. Jurk 2005, 107f).

Die Form dieser klassifikatorischen Zuschreibung lässt sich als Diskurs betrachten. Foucault gibt in *Die Ordnung des Diskurses* zu bedenken: *„Man muss den Diskurs als eine Gewalt begreifen, die wir den Dingen antun; jedenfalls als eine Praxis, die wir ihnen aufzwingen.“* (Foucault 1991, 34f) Etwas weniger kompromisslos ausgedrückt von einem Gesprächspartner, der sich auf den Psychopathologen Kurt Schneider bezieht: *„Psychiatrie beruht auf Konventionen. Es gibt nicht die*

Schizophrenie, sondern: ich einige mich darauf, wenn ich das und das und das Phänomen erlebe bei einem Patienten, dann nenne ich das Schizophrenie.“ (md7)

Die zur psychiatrisch-klinischen Diagnose benötigten Fähigkeiten können durch einen Standard wie der ICD-10 oder dem DSM-IV nicht formalisiert werden, will der Therapeut der Individualität des Patienten gerecht werden. Implizites Wissen und Erfahrung stellen hier den wesentlichen handlungsleitenden Anteil der Professionalisierung dar. Durch einen subjektiven Eindruck formiert sich die diagnostische Fähigkeit mit zunehmender Erfahrung und Auseinandersetzung mit dem Patienten: *„Diagnostische Fähigkeiten, intuitive Formen des Wahrnehmens, des Umgehens mit Patienten [...] sind doch sehr stark an die praktische Ausübung gebunden und werden implizit miterlernt, nicht explizit.“* (md10)

Eine Klassifikation ist ohne Informationsreduktion und Abstraktion von einzelnen Fällen nicht praktikabel. Wird sie aber *„als Bibel [...] genommen“* (md7), führt sie zu einer *„Verflachung der diagnostischen Kompetenz“* (md10) und berücksichtigt die bio-psycho-sozialen Ebenen nicht in ihrer notwendigen Tiefe. Für die Auseinandersetzung mit diagnostischen Formen bedarf es im wissenschaftlichen Diskurs nicht nur einer formalisierbaren und „objektivierbaren“ Herangehensweise. Durch die hermeneutische Methode, also dem Ansatz des Verstehens im Gegensatz zu dem des Erklärens, könnte die dargestellte Diskrepanz verringert werden (vgl. Hoff 2004, 116). Das Vertrauen auf Argumente, die auf statistische Weise generiert und als Handlungsempfehlung in der Medizin zum leitenden Diskurs werden, ist daher zu hinterfragen.

5.4. Evidenzbasierte Medizin und ihre Auswirkungen auf die Psychiatrie

Konfrontiert mit der Vielzahl veröffentlichter Forschungsergebnisse wird es für einen Mediziner zunehmend schwerer, den Überblick zu behalten und einzuschätzen, welche Studien für die eigene praktische Arbeit relevant sein können und wie die, zum Teil widersprüchlichen, Ergebnisse bewertet werden müssen. Als Beispiel für Standardisierungsprozesse soll in diesem Zusammenhang die *evidenzbasierte Medizin* genannt werden, eine Form der Datenaufbereitung, die Bewertungen klinischer Studien vornimmt und daraus Handlungsleitlinien formuliert.

Stehen neue Forschungsergebnisse oder Handlungsleitlinien aber im Gegensatz zum Erfahrungswissen und für den Arzt bewährten Handlungen, kann ein

Geltungskonflikt entstehen. Die Effekte für das Erklärungsmodell können dabei in unterschiedlicher Richtung gewertet werden:

Einerseits kann eine solche Konfrontation fördern, dass sich „*nicht mehr auf [...] großartige Erfahrung zurückgezogen wird. Man kann auch vierzig Jahre etwas falsch machen.*“ (md4) Auf der anderen Seite wird die Notwendigkeit für einen Freiraum betont, in dem das Erfahrungswissen zum Tragen kommt: „*[E]s muss genug Raum sein für individuelle Entscheidungen und Handlungsspielräume*“ (md3). Betrachtet als Diskurs ist die *Evidence Based Medicine (EbM)* eine Sammlung von Aussagen, Regeln und Methoden in der Disziplin der Medizin, die festlegt, welche Aussagen zulässig sind und wer damit zur Diskursgemeinschaft gehört. Durch Metaanalysen werden medizinistisch verschiedene Studien ausgewertet, geordnet und verglichen. Bestimmte Qualitätskriterien³⁸ legen dabei fest, wie die klinischen Studien zu bewerten sind. So können zum Beispiel Wirksamkeitsstudien von Medikamenten auf diese Weise in Relation gesetzt werden. Die wachsende Anzahl der unterschiedlichsten Forschungen macht den Versuch der Ordnung und Systematisierung zu einem anstrengenswerten Ziel, denn in den meisten Studien wird ein Untersuchungsgegenstand (z.B. ein Medikament) einer Kontrollgruppe (ein Placebo oder ein weiteres Medikament) gegenübergestellt. Die EbM soll es ermöglichen, auch mehrere dieser Studien miteinander zu vergleichen: „Die evidenzbasierte Medizin geht indessen einen Schritt darüber hinaus, indem sie dem Arzt einen repräsentativen Querschnitt des aktuellen Wissens zur Verfügung zu stellen sucht, und zwar in Form von Expertenbewertungen oder systematischen Reviews.“ (Helmchen, 2005a, 8f)

Eine Vergleichbarkeit und die Erarbeitung verschiedenster Gütekriterien für die Studien lässt auf diese Weise, so die Idee, jeden Arzt schnell zur Beantwortung einer klinischen Frage kommen, etwa, ob ein bestimmtes Medikament eine gute Wirksamkeit besitzt oder welche Therapieformen alternativ bestehen. Die in Datenbanken aufbereiteten Ergebnisse stellen demnach ein „standardisierte[n] Prozess der methodisch rationalen Informationsreduktion“ (ebd.) dar.

³⁸ Beispielsweise sollte eine klinische Untersuchung folgende Kriterien erfüllen:

- Homogenität der untersuchten Patienten (einheitliches Krankheitsbild, Alter, Geschlecht, etc.)
- Durchführung der Studie in einem randomisierten, placebokontrollierten Doppelblindverfahren (bei Medikamententests wird also zufällig verteilt, wer ein Placebo und wer ein Verum bekommt; weder der ausstellende Arzt noch der Patient sollen dabei wissen, bei welcher Tablette es sich um ein Placebo handelt) (vgl. Helmchen 2005a, 7f)

Für die *Evidenced-based Medicine Working Group*, eine wissenschaftliche Arbeitsgruppe der McMaster University in Hamilton (Kanada), die Anfang der 1990er Jahre die EbM propagierte, handelte es sich um nichts Geringeres als einen Paradigmenwechsel in der Medizin (vgl. Guyatt et al. 1992, 2420f). Dennoch wird bei der Beschreibung betont, dass dabei keine „Kochbuchmedizin“³⁹ entstehen soll und die klinische Expertise des Arztes durch die EbM nicht ersetzt werden kann (vgl. Sackett et al. 1996, 71f). Von Wichert führt an, dass der Schwerpunkt der EbM mittlerweile aber auf den Studien und deren Aussagen liegt, die ärztliche Erfahrung und der Patient werden dem gegenüber kaum berücksichtigt (vgl. von Wichert 2005, A1569).

Aus den Vergleichen und Bewertungen der jeweiligen Studien lassen sich für das klinische Handeln Leitlinien ableiten, die bestimmte Therapien in gegebenen Zusammenhängen als die jeweils wirksamsten Vorgehensweisen beschreiben. In diesem Sinne ist das Ziel der EbM die Verbesserung des ärztlichen Handelns, dadurch dass es sich auf beweisgestützte Ergebnisse bezieht (vgl. Bock 2001, 300f). Für das klinische Handeln können damit statistisch untermauerte Argumente herangezogen werden, warum die Wahl auf ein bestimmtes Medikament oder eine bestimmte Therapie gefallen ist. Auf diese Weise kann auch das therapeutische Erklärungsmodell geleitet werden: *„Dass die Therapie, die ich anwende auch dokumentierterweise erfolgreich ist. [...] Und was damit [...] verhindert werden soll, ist [...] die Beliebigkeit in der Therapie.“* (md4) Das Vertrauen auf die nomothetischen Aussagen wissenschaftlicher Studien legt den Gedanken der Mess- und Überprüfbarkeit nahe, dadurch dass die Untersuchungen reproduzierbar sind und stets zum gleichen Ergebnis kommen. Diese Annahme steht im Gegensatz zum subjektiven Ansatz, für den sich keine erklärbare allgemeine Beweisbarkeit erbringen lässt, sondern der eher ein Verstehen bewirken will (vgl. Hoff 2004, 111). So gibt ein Interviewpartner, der die EbM *„für die wichtigste Grundlage des Handelns“* (md8) sieht, an: *„[E]s wäre wesentlich mehr gewonnen als verloren wenn Psychiater mehr evidenzbasiert handeln würden. [...] Dort, wo es halt gescheite Evidenz gibt.“* (ebd.)

Wie bereits die letzte Äußerung andeutet, ist evidenzbasiertes Handeln jedoch nicht unproblematisch, da es stets von der zugrunde liegenden Evidenz abhängig ist. Die prinzipielle Plausibilität der EbM besitzt in der Anwendung einige Schwächen. So

³⁹ Mit „Kochbuchmedizin“ ist ein streng vorstrukturiertes therapeutisches Verfahren gemeint, das die Auswahl der Handlungsoptionen durch klare Vorgaben einschränkt (vgl. Sackett et al. 1996, 71).

mindern strukturelle Probleme in der Auswertung die Aussagekraft der Metaanalysen. Studien mit negativen Ergebnissen werden selten veröffentlicht (sogenannter Publikationsbias) oder nicht in der Analyse berücksichtigt (sogenannter Retrievalbias) (vgl. Lasek/Müller-Oerlinghausen 1998, A 1781).

Eine Interviewpartner gibt eine weitere Verzerrung zu bedenken: *„Studien werden von Firmen finanziert, die Interesse haben, neue Präparate zu finanzieren. Das führt zu einem Bias zugunsten neuer Präparate. Und zu einem Ungunsten-Bias [...] der alten Präparate. Also als Beispiel: theoretisch dürfte [...] man Aspirin nicht mehr benutzen. Weil es zu wenig Evidenz dafür gibt. Es gibt nun mal wenig Studien, dass Aspirin hilft bei Schmerzen, bei Temperatur. Weil es inzwischen so trivial ist. Aber es gibt keine Studien dazu.“* (md1)

Die einzelnen Studien, auf die sich die Metaanalyse stützt, besitzen weiterhin unterschiedliche Qualität oder erfüllen nicht die statistischen Gütekriterien. Und da die Gesamtaussage aus den einzelnen Studien zusammengesetzt ist, trägt sich das Problem auch in die Metaebene. Überspitzt ausgedrückt: „Auch wenn man noch so viel Unsinn addiert, ergibt es keinen Sinn“ (Klaus Dieter Bock, zitiert in Lasek/Müller-Oerlinghausen 1998, A 1781).

Die Grundidee der EbM ist es, für ein klinisches Problem die passende Antwort mit einem überzeugenden Qualitätsurteil per Datenbankabfrage zu erhalten. In der Anwendung finden sich jedoch nur wenige Antworten auf die klinischen Fragen: So stellt der Sachverständigenrat Gesundheit in seinem Gutachten 2001 fest, dass nur ein geringer Anteil der medizinisch-therapeutischen Tätigkeiten den Evidenzkriterien standhält und eine große Grauzone besteht, bei der die Evidenz nicht geklärt ist (vgl. SVR 2001a, 79).

Zum Dilemma der Aussagekraft von großen oder kleinen Studien merken Beck-Bornholdt und Dubben an: „Große Zahlen liefern ein statistisch gesehen genaues Ergebnis, von dem man aber nicht weiß, auf wen es zutrifft. Kleine Zahlen liefern ein statistisch gesehen unbrauchbares Ergebnis, von dem man aber besser weiß, auf wen es zutrifft. Schwer zu entscheiden, welche dieser Arten von Unwissen die nutzlosere ist.“ (Beck-Bornholdt/Dubben 2003, 218)⁴⁰ Die argumentative Kraft statistischer

⁴⁰ Die Autoren führen an, dass bei groß angelegten klinischen Untersuchungen die beteiligten Patienten eine weniger homogene Gruppe darstellen (zum Beispiel im Bezug auf Alter, Geschlecht, Schwere und Ausprägung der Krankheit oder Nebenerkrankungen). Kleinere Gruppen können homogenere Eigenschaften besitzen, haben aber weniger statistische Aussagekraft (vgl. Beck-Bornholdt/Dubben 2003, 218).

Aussagen in der Medizin ist demnach weniger eindeutig als im Allgemeinen angenommen (vgl. von Wichert 2005, A 1570).

Greenhalgh fordert aus diesem Grund die Erweiterung um eine hermeneutische Perspektive in der Medizin auf narrativer Ebene. Die NbM (*narrative based Medicine*) sieht in den Erzählungen und „Krankheitsskripten“ der Patienten die wesentlichen Quellen für eine Interpretation klinischer Evidenz (vgl. Greenhalgh 1999, 323ff).

In den Befragungen meiner Gesprächspartner ergab sich ein gemischtes Bild über die Einschätzung zur EbM. Die Befürworter verweisen auf die statistisch dokumentierten Effekte und die prinzipielle Möglichkeit, nach einem standardisierten, leitliniengestützten Verfahren vorzugehen: *„Aus meiner Sicht ist es eher so, dass wenn man praktisch eine Leitlinie hat und diese anwendet, dann ist man zunächst einmal auf der sicheren Seite.“* (md4)

Dem gegenüber gab es auch kritische Stimmen, die der Meinung waren, dass *„diese Art der Medizin für das Fach fatal“* (md10) sei. Die Kritik richtete sich dabei auf das vorherrschende Paradigma *„dass die Evidenzbasierung eben [...] einen Evidenzbegriff impliziert, der eben nicht an einem Einzelfall, sondern an einer Vielzahl, an einer statistischen Zahl, gewonnen ist, und Psychiatrie ist letztendlich eine kasuistische, eine Einzelfallwissenschaft“* (md10). Auf psychotherapeutische Verfahren können die quantitativen Messverfahren und deren Qualitätskriterien nur schwer übertragen werden, denn *„Psychotherapie ist natürlich von der Person abhängig, welche dann diese Psychotherapie ausübt.“* (md2)

Die Initiatoren der EbM betonen in ihrer Beschreibung, dass die klinische Expertise und Erfahrung niemals durch die EbM ersetzt werden soll. Dafür treten sie vehement ein: *„Clinicians who fear top down cookbooks will find the advocates of evidence based medicine joining them at the barricades.“* (Sackett et al. 1996, 71)

Dennoch ist durch die EbM der Druck gewachsen, durch Handlungsleitlinien einem bestimmten klinischen Verfahren zu folgen oder Therapiealgorithmen festzulegen. Dieser Logik konsequent folgend, erinnert diese Art der Entscheidungsfindung an F. W. Taylors *„Scientific Management“* zu Beginn des 20. Jahrhunderts: Dessen Idee, wonach der Arbeitsprozess nur mithilfe hinreichend gründlicher wissenschaftlicher Methoden untersucht werden muss, um dann zu einer einzig logischen und maximal effektiven Lösung zu kommen, beschreibt ein hoch formalisiertes und durchgeplantes Handeln. Der Ausführende hat am Ende nur den Vorgaben zu folgen,

die in einem *top-down*-Prozess als die besten festgestellt wurden⁴¹ (vgl. Taylor 1977, 25, Original: 1913). Neben mehreren weiteren Kritikpunkten an Taylors Theorie ist die Idee, für jedes Problem gebe es einen *one-best-way* zur Lösung, besonders schnell verworfen worden. Zu komplexen Problemen finden sich immer verschiedene Lösungswege, die durch die unterschiedlich sozialisierten Wissensträger diskursiv bearbeitet werden. Gerade im psychiatrischen Bereich werden individualisierte Ansätze genutzt. Deren Missachtung *„führt zu einem solchen Reduktionismus [...], dass man dem Patienten so nicht gerecht werden kann.“* (md10)

Klassifikationen, Evidenzbasierte Medizin oder Handlungsleitlinien besitzen in unterschiedlicher Ausprägung Einfluss auf die Erklärungsmodelle von Therapeuten. Die Argumente für die eigenen Handlungen können expliziter, formalisierter Natur sein, die anhand generalisierter Aussagen entstanden sind. Sie können aber auch impliziter Art sein, auf Erfahrung gründen und individuumszentrierte Therapie betonen. Das Zusammenführen beider Formen ist im Sinne einer umfassenden klinischen Expertise möglich, birgt aber auch die Gefahr von Widersprüchen. Die Fähigkeit, trotz uneindeutiger oder widersprechender Informationen zu einer Entscheidung zu gelangen, benötigt die Freiheit, aus einer Vielfalt der Möglichkeiten auswählen zu können: *„Man muss fähig sein, kognitive Dissonanzen auszuhalten [...]. Also, sich nicht auf eine Sache festzulegen, und sich bewusst sein, dass die menschliche Psyche zu kompliziert ist, als das sie sich aus einer Perspektive erfassen lässt.“* (ebd.)

Der zentrale Ort für die Auseinandersetzung mit der menschlichen Psyche und mit den Aspekten von Krankheit ist die Interaktion von Arzt und Patienten, bei der die Fähigkeit, mit Uneindeutigkeiten zurechtzukommen, gefordert ist.

⁴¹ Taylor führte die Studien für seine Theorie in einem amerikanischen Stahlwerk durch. In seiner Arbeit über Managementmethoden schreibt er: „Unter diesen verschiedenen Methoden und Werkzeugen, die für eine einzelne, elementare Operation in irgend einem Gewerbe im Gebrauch sind, gibt es immer nur eine Methode und ein Werkzeug, schneller und besser als die übrigen, und diese eine beste Methode und das beste Werkzeug kann nur durch systematisches Studium und durch Prüfung aller Methoden und Werkzeuge, die im Gebrauch sind, gefunden werden“ (Taylor 1977, 25).

6. Ärztliches Wissen im Arzt-Patienten-Verhältnis

“Culture confounds diagnosis and management by influencing not only the experience of depression, but also the seeking of help, patient–practitioner communication, and professional practice.”

(Kleinman 2004, 952)

Im abschließenden Teil der Auswertung stehen die Arzt-Patienten-Beziehung und die Form der Professionalisierung von Psychiatern im Mittelpunkt. In diesen beiden Komponenten ärztlicher Praxis vereinen sich implizite und explizite sowie formalisierte und nicht-formalisierte Anteile zu einem handlungsleitenden Erklärungsmodell. In der therapeutischen Situation muss dieses Erklärungsmodell tragfähig sein, um erfolgreich behandeln zu können (vgl. Kleinman 1980, 105).

Beziehungsarbeit und narrative Elemente gestalten diese Situation, bei der das Erklärungsmodell des Arztes auf das des Patienten trifft. Durch die Subjektivität dieser Situation sind diese Elemente nicht mit Methoden zu erfassen, die nomothetisch vorgehen: *„Weniger gut ausdrückbar in Powerpoint-Histogrammen. Aber unwissenschaftlich dadurch nicht.“* (md9)

Die Krankheit Depression hat vielschichtige Ursachen und Einflussfaktoren. Die Depressionstherapie setzt hier mit einer multiprofessionellen Ausrichtung an und bindet (wie schon unter → Kapitel 3 erläutert) verschiedene Spezialisten sowie therapeutische Maßnahmen mit ein.

→ Abbildung 2 stellt diese Maßnahmen, deren zentrales Element das Arzt-Patienten-Verhältnis ist, in einer Übersicht⁴² dar. Alle aufgeführten Punkte werden zwischen Therapeut und Patient besprochen, denn jede dieser Einzelmaßnahmen ist ein Mosaikstück der Gesamtbehandlung. Die Auswahl, Zusammensetzung und gegebenenfalls die Dosierung (nicht nur von Medikamenten, auch von Gesprächen, Be- bzw. Entlastungen, Reizen oder Kontakten) der Elemente formt eine individuelle Therapie, selbst wenn die einzelnen Bausteine formalisierbare Anteile besitzen:

⁴² Aufgrund der Vielfalt der therapeutischen Maßnahmen und der Unterschiede zwischen den Krankenhäusern ist die Übersicht nicht auf Vollständigkeit bedacht.

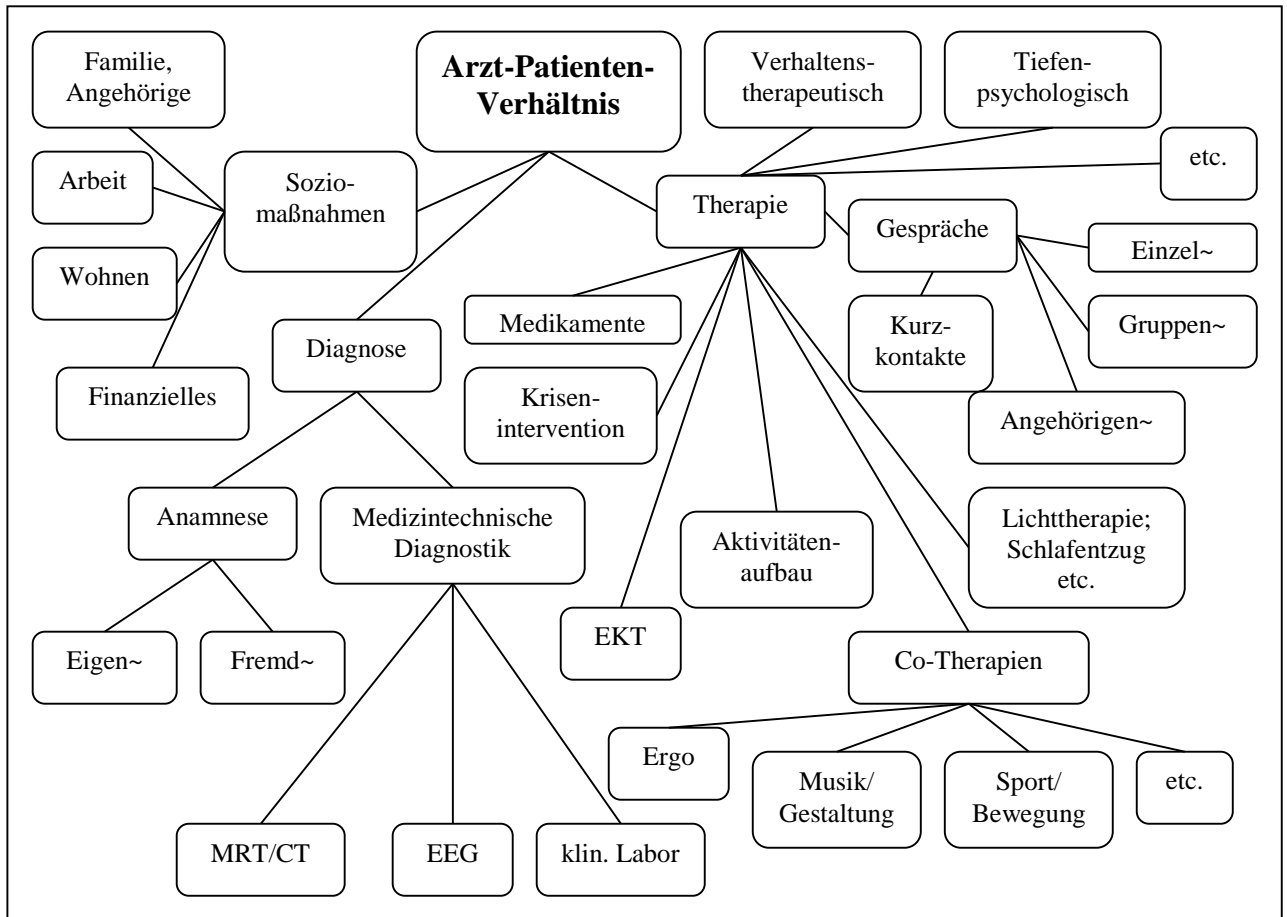


Abbildung 2: Das Arzt-Patienten-Verhältnis innerhalb der klinisch-therapeutischen Maßnahmen

„Also [...], dass man die Breite der Verfahren kennt. Sie in einer hochindividuellen Form [...] einsetzt. Und sich davon löst, dass ein bestimmtes Therapieverfahren einem anderen widerspricht.“ (md7)

Die Gesamtbehandlung wird von ärztlicher Seite durch das Erklärungsmodell gesteuert. Wie von Kleinman beschrieben (→ vgl. Kapitel 2; Kleinman 1980, 105f), versucht der Therapeut die zentralen Fragen der Krankheit, die in den individuellen Ausprägungen des Patienten zum Tragen kommen, zu klären. Dabei greift er auf implizite und explizite Wissensanteile zurück und muss zudem in der Lage sein, dieses Wissen auf den konkreten Einzelfall zu übertragen.

Im Folgenden sollen die von Kleinman aufgestellten Fragestellungen zum ärztlichen Erklärungsmodell in Bezug auf die Depression anhand der Ergebnisse der Befragung zusammengetragen werden, wobei die individuumszentrierte Vorgehensweise im Arzt-Patienten-Verhältnis eine große Rolle spielt.

Auf die Frage nach der (1.) Ätiologie der Depression wurde bereits in → Kapitel 5 im Zusammenhang mit den medizinischen Klassifikationen hingewiesen. Es gilt

daher, die vielfältigen möglichen Einflüsse, die zur depressiven Erkrankung geführt haben, zu analysieren: *„Das ist immer ein Bedingungsgefüge aus Belastungsfaktoren, die man dann in der Behandlung versucht mit dem Patienten herauszuarbeiten.“* (md5) Die Symptome, von denen der Patient berichtet oder die sich beobachten lassen, sind *„Rauchzeichen, [...] dass was nicht in Ordnung ist“* (md9), anhand derer der Therapeut abschätzen kann, welche Ausprägung die Krankheit besitzt. Der multidimensionale Ansatz in der Behandlung der Depression wird von den Befragten betont. Allerdings stellen sich entlang der Arbeitsschwerpunkte der Befragten unterschiedliche Ursachenmodelle heraus, ähnlich den Aussagen über das Wesen der Krankheit in → Kapitel 4:

Neurochemische und genetische Begründungen sehen die Ursachen auf der körperlichen Ebene: *„Es ist ja sein Gefühl. Das Gefühl entsteht im Gehirn, was soll es sonst sein“* (md4). Mit fortschreitender Forschung wird dadurch das Problem gelöst, denn bis jetzt *„ist die Depression insofern unergründet, weil da die Gene noch nicht klar sind und die Umweltfaktoren nur mäßig verstanden sind“* (md8).

Dem gegenüber stehen die Ansichten, die vielfältige Ursachen für die Krankheit annehmen, worunter neurochemische und genetische Gesichtspunkte nur Teilaspekte darstellen. Eine weitere Begründung liegt in einer existenzialistisch-philosophischen Deutung als Grundlage der Ursachen: *„Und man wird jetzt, glaube ich, wenn man von ein paar genetischen Markern dann noch absieht, [...] nicht auf [...] überraschende Entdeckung kommen [...]. Aber ist damit die Depression nun eigentlich wirklich erklärt? Schwer zu sagen. Ich neige halt dann zu einer anthropologischen Sichtweise. Oder frage zumindest danach: Wie ist denn der Mensch beschaffen, dass er überhaupt depressiv werden kann?“* (md10)

Eine einheitliche Antwort auf die Frage der Ätiologie gab es demnach unter den befragten Ärzten nicht. Nach Kleinman entstehen Erklärungen von Krankheiten durch eine unterschiedliche Auswahl bestimmter medizinischer Argumente (Kleinman 1980, 131).

Zur Frage (2.) *des Beginns und der Form der Symptome* ist der Therapeut auf die Beschreibungen des Patienten oder die seines sozialen Umfeldes angewiesen. Durch die vielfältigen Symptome, die nicht ausschließlich Teile der Depression repräsentieren (z. B. körperliche Symptome wie Rücken- oder Kopfschmerzen, Magenbeschwerden, oder auch schnelle Erschöpfungszustände), kann die Anerkennung, dass die einzelnen Leiden insgesamt zur depressiven Erkrankung

gehören, für einen Patienten schwer sein: *„Bei vielen ist es ja so, dass es körperliche Symptome sind. Und dass die sagen: Ich bin doch nicht depressiv, ich bin doch nicht krank.“* (md9) Zwischen dem Zeitpunkt der ersten Symptome und der Diagnose kann eine lange Zeit verstreichen, teilweise geprägt durch *„jahrelange Odysseen bei Orthopäden, Internisten, ja. Bis sie dann mal doch beim Psychiater landen.“* (md5) Hierbei ist in den Interviews deutlich geworden, dass zum Teil viel Aufklärungsarbeit zu leisten ist, die dem Patienten verdeutlicht, dass die Symptome im Zusammenhang mit einer Depression zu sehen sind.

Die (3.) *Pathophysiologie und Psychopathologie*, also die Funktionsweise der körperlichen und psychischen Ebene der Person unter den Bedingungen der Krankheit, wirkt sich auf alle Ebenen des Patienten aus. Erkennbar werden die pathologischen Züge, indem der Patient konkrete Beschreibungen angibt (z. B. wie antriebslos oder niedergedrückt er ist), durch seine allgemeinen Äußerungen (z. B. Hoffnungslosigkeit, Selbstentwertung, Schuldgefühle) und aufgrund seines Verhaltens (z. B. verlangsamte Bewegungen, Zurückgezogenheit, suizidale Gedanken oder Handlungen). Als therapeutische Fähigkeit gilt, diese nicht immer expliziten und offensichtlichen Signale zu deuten: *„Also vieles von dem, was man vom Patienten im Gespräch erfährt, erfährt man weniger durch verbale Kommunikation als durch emotionales Verstehen und spüren, was passiert.“* (md3) Die Krankheit zu erkennen und dem Patienten als solche zu benennen, kann dabei schon Teil der Therapie sein:

„Das ist bei Depressiven deswegen wichtig, weil sie in der Regel [...] diese Krankheitseinsicht nicht so wirklich haben, sondern das eigentlich doch auf ihr eigenes Versagen zurückführen. Und das muss verhindert werden.“ (md10) Die Erklärungsmodelle der befragten Personen zur Pathologie beziehen sich auf die individuelle Ausprägung der Abweichungen, die zum einen durch den Leidensdruck der Patienten und zum anderen durch kulturell vereinbarte Normen interpretiert werden.

Der (4.) *Ablauf der Krankheit* (Schweregrad, Beeinträchtigung) besitzt in den meisten Fällen einen wechselphasigen Verlauf. Dies bedeutet, dass depressive Episoden und beschwerdefreie Zeiten im Verlauf einander abwechseln. Dieser Umstand macht es notwendig, dass Patienten und Therapeuten Strategien entwickeln, die zum einen der Rückfallprophylaxe dienen und zum anderen die Möglichkeit der Krisenintervention bieten: *„Psychiatrie oder psychiatrisches Diagnostizieren ist oft*

etwas, was nicht so, sagen wir mal, sich auf eine Momentaufnahme bezieht. Wo man durchaus den Längstverlauf braucht. Oder man nimmt jemanden noch einmal auf, stationär.“ (md7) In den Therapien und Psychoedukationsgruppen werden diese *Coping-Strategien*⁴³ erarbeitet, die ein Leben mit der Krankheit erleichtern sollen. Der Schweregrad der Krankheit und die Beeinträchtigung im Alltag sind klassifikatorisch eng miteinander verknüpft: je mehr Probleme der Betroffene in der Bewältigung seiner täglichen Aktivitäten hat, desto schwerer wird die Krankheit eingeschätzt. Dauer und Schwere werden von den Klassifikationen per Definition gesetzt, das DSM-IV setzt beispielsweise eine Mindestdauer von zwei Wochen voraus (→ vgl. Anhang 5): *„[S]o etwas wie Stimmung, Angst, Persönlichkeitsmerkmale, das folgt ja eher eine Gaußkurve. Und da ist es in der Tat etwas willkürlich, wo man den Cut-off setzt.“* (md8) Für die Beurteilung der Krankheit sind daher der klinische Gesamteindruck und der Kontext des Patienten für den Therapeuten wichtig. Im Unterschied zum Abarbeiten von vorgegebenen definitorischen Merkmalen gewinnt das Krankheitsmodell dadurch eine neue Bedeutung: *„Ich sehe oft Patienten [...] von wohlmeinenden Kollegen mit Medikamentenkombinationen, wo ich denke: Da gibt es keine Indikation. Es ist eine Trauerreaktion da, [...] das entspricht nicht der Depression.“* (md7)

Die Schwere der Depression und die Dauer der einzelnen Episoden haben direkte Auswirkungen auf die letzte von Kleinman formulierte Kernfrage der Erklärungsmodelle: Den (5.) *Behandlungsmöglichkeiten*. Hierbei ließ sich feststellen, dass die Erklärungsmodelle bezüglich der Behandlungsoptionen in dem Punkt einheitlich waren, dass *„dieser lange Streit: Ja, was ist besser: Psychotherapie oder Medikamente. Der ist ja inzwischen aus dem Weg geräumt, weil man weiß: Man braucht immer beides.“* (md5) In den einzelnen Aussagen wurde deutlich, dass die *„großen Grabenkämpfe“* (md9) der therapeutischen Schulen als überwunden angesehen werden können. Unterschiede entlang der Auffassung, welche Therapien oder Kombinationen anhand der Einzelfälle am ehesten wirksam sind, bleiben dennoch erhalten. Beispielsweise gingen die Ansichten über die medikamentöse Behandlung und ihre therapeutische Bedeutung auseinander. Obwohl alle Befragten bei einer schweren Depression nicht auf den Einsatz von Medikamenten verzichten

⁴³ *Coping-Strategien* (coping - engl. „Bewältigung“) beschreibt besondere Formen des Umgangs mit einer Krankheit, z. B. bei chronischen Erkrankungen zu lernen, mit dieser zu leben (vgl. SVR 2001b, 38).

würden, ergaben sich Unterschiede in der Ansicht, wie zentral dieser Baustein in der Behandlung anzusehen ist.

Im Vergleich zu nicht-medizinischen Behandlungsverfahren sahen alle Befragten den medizinisch-psychiatrischen Ansatz bei schweren Depressionen als alternativlos an und verwiesen auf die ärztliche Verantwortung, die sie speziell im Fall von einer hohen Suizidgefahr eines Patienten zum Handeln zwingt.

Trotz der individuellen Unterschiede waren die Erklärungsmodelle der Therapeuten durchgängig fest im medizinisch-psychiatrischen Bereich verankert. Dieses Ausstrahlen von Sicherheit gehört dabei auch zur therapeutischen Strategie: *„Patienten, die das dann so erstmal hören, die haben dann meisten schon ein gutes Gefühl. Weil sie denken: Oh, ja, der kennt sich da aus.“* (md7) Dieses Element ist Teil eines professionellen Verhaltens, um auch in mehrdeutigen oder diskursiven Situationen, die nicht standardisierbar sind, eine Entscheidung zu treffen.

Warum dieses Vorgehen nicht standardisierbar ist und welches Wissen hierfür notwendig ist, soll nun anhand des Konzeptes der stellvertretenden Krisenbewältigung des Soziologen Ulrich Oevermann deutlich werden, deren zentrales Element die Arzt-Patienten-Beziehung ist.

6.1. Die Nicht-Standardisierbarkeit der Intervention

Für den Aufbau einer tragfähigen Arzt-Patienten-Beziehung bedarf es eines umfassenderen Erklärungsmodells als den Menschen als triviale und damit berechenbare Maschine zu betrachten (→ vgl. Kapitel 4), die nach einem festem Algorithmus wiederherstellbar ist. Damit unterscheidet sich die Anwendung des ärztlichen Wissens von einer rein deduktiven Vorgehensweise: *„Es ist eben nicht Experimentalphysik.“* (md7) Nach Oevermann ist das klinische Handeln eine Interventionspraxis, in der das therapeutische Wissen dazu dienen soll, den Patienten in der „Krise einer der Möglichkeit nach autonomen Lebenspraxis“ (Oevermann 2003, 26) zu helfen. Professionalisierung bedeutet in diesem Sinne nicht das Abarbeiten eines Formalismus, sondern den Gesamtzusammenhang des Problems zu erfassen. Im vorherigen Kapitel wurde hierauf bereits im Zusammenhang mit den Klassifikationen und der EbM hingewiesen. Ein Therapieerfolg zeichnet sich nicht zwingend dadurch aus, dass der behandelnde Therapeut sehr viel „Lehrbuchwissen“ besitzt. In der Interaktion mit dem Patienten zeigt sich, wie implizites und Erfahrungswissen den Unterschied gegenüber den Möglichkeiten der

Standardisierung ausmachen: „[G]erade kritische Situationen oder schwierige Patienten, das kann man nicht so richtig lernen, wie man mit denen umgeht – also nicht Lernen sozusagen aus dem Buch“ (md8). Standardisierung ist nur in den Situationen sinnvoll, in denen ausreichende Informationen gegeben sind, die sich anhand einer Systematik ordnen lassen. Wenn aber Informationen fehlen, nicht eindeutig zuzuordnen oder die Systeme zu dynamisch und komplex sind, greifen Formallogiken zur alleinigen Erklärung zu kurz, worauf bereits in der Kritik zur EbM in → Kapitel 5 hingewiesen wurde. Dann kommt es darauf an, auch auf Basis von widersprechenden oder unvollständigen Informationen zu einer Lösung zu kommen und diese Lücke durch nicht-explicite Wissensanteile zu füllen: „Das, was zwischen dem Psychiater und dem Patienten abläuft, was man erfährt, was man an sich spürt, was man natürlich mit einer Vielzahl von Vorerfahrung immer besser erfahren kann“ (md10), stellt einen wichtigen Teil der Arzt-Patienten-Beziehung dar. Das Erfahrungswissen ermöglicht Handlungsfähigkeit in zwei Richtungen: sowohl in komplexen Situationen mit vielen Informationen als auch in Situationen, die durch unzureichende Informationen gekennzeichnet sind (vgl. → Kapitel 2; Plath 2002, 522).

Oevermann bestimmt drei Elemente, die in der therapeutischen Situation eine Standardisierung erschweren (vgl. Oevermann 2003, 26f): Dies beginnt bei der Diagnose, in der die individuelle Geschichte des Patienten rekonstruiert und in einen klinischen Zusammenhang gebracht wird. Beachtet der Arzt den Patienten auf allen für die Krankheit relevanten Ebenen, ergibt sich ein Gesamtbild der momentanen Situation des Patienten, das über seine Einzelsymptome, wie sie zum Beispiel in der ICD-10 aufgeführt sind, hinausgeht und in seine Lebensgeschichte eingebettet ist (vgl. ebd.). In den Befragungen wurde deutlich, dass es für dieses Vorgehen einer Qualität bedarf, die einen guten Psychiater auszeichnet: „[Z]uhören können“ (md9). Erst wenn dem Patienten Zeit und Raum gegeben wird, seine Geschichte zu erzählen, ist eine gute Diagnostik möglich. Erfahrungswissen kann in diesem Zusammenhang die Perspektive erweitern: „Das ist ein bisschen mehr weg von so einem reinen analytisch-sezierend, [...] aufspaltenden, mehr zu so einem ganzheitlichen, wo man auch die Emotionalität des Anderen irgendwie erfasst.“ (md7)

Als zweiten Punkt bedarf es einer Übersetzungsleistung des Therapeuten, der sein medizinisches Fachwissen auf die Krankheitssituation des Patienten anwenden muss.

Das Erklärungsmodell des Arztes wird somit in Beziehung zur Alltagsrealität und zum Lebenszusammenhang des Patienten gesetzt (vgl. Oevermann, 2003, S. 27). Hier liegt ein Konzept von Krankheit zugrunde, das im Englischen drei Begriffe kennt: *Sickness*, *Illness* und *Disease*⁴⁴. *Krankheit* als medizinisch ergründbare Erscheinung besitzt große Unterschiede gegenüber dem subjektiven *Kranksein* einer einzelnen Person. Der Transfer auf die subjektive Ebene des Patienten ist für eine gemeinsame Arzt-Patienten-Beziehung grundlegend, um eine Verständigung unter Voraussetzung unterschiedlicher Erklärungsmodelle zu erreichen (vgl. Kleinman 1980, 111ff). Ohne diese Übersetzungsleistung besteht die Gefahr, dass die Behandlung an der Lebenswirklichkeit des Patienten vorbeigeht. Am Beispiel einer großen klinischen Medikamentenstudie lässt sich, wie bereits im → Kapitel 5 beschrieben, dieser Umstand verdeutlichen: Je größer eine Untersuchungsgruppe, desto weniger aussagekräftig ist das Ergebnis für die einzelne Person.

Dritter Punkt der Nicht-Standardisierbarkeit ist die Paradoxie, dem Patienten durch „stellvertretende Krisenbewältigung“ (Oevermann 2003, 27) zu helfen, ihm aber im gleichen Moment „dessen Autonomie, um deren Wiederherstellung es doch gerade gehen muß“ (ebd.), nicht zu rauben. Im therapeutischen Verfahren einer Depression ist die situationsabhängige Belastungsdosierung ein wesentliches Element: *„Also Selbstheilungs- und Mitbehandlungsmöglichkeiten auch zu einem frühen Zeitpunkt bewusst zu machen. Die müssen nur dosiert eingesetzt werden, sozusagen. Ja? Man kann mithelfen, man kann auch etwas tun.“* (md10) So wurde in den Interviews betont, dass das richtige Mittelmaß zwischen Herausforderung und Überforderung zu finden und in kleinen Schritten die Autonomie des Patienten wiederherzustellen, einer geduldigen Unterstützungsleistung bedarf. Anfangs gehört hierzu der Aufbau scheinbar banaler Aktivitäten, wie morgens pünktlich aufstehen, Körperpflege, regelmäßige Mahlzeiten und ein strukturierter Tagesablauf – Teil der depressiven Erkrankung ist es, Probleme bei diesen grundlegenden Aktivitäten zu haben. *„Das kann man sich so als Normalverbraucher nicht vorstellen, was es bedeutet, eine schwere Depression zu haben. Dass man dann einfach nicht mehr sprechen kann,*

⁴⁴ Der Medizinanthropologe Peter Brown strukturiert die drei Begriffe wie folgt:

“*Sickness* is an inclusive term that includes all unwanted variations in the physical, social, and psychological dimensions of health. [...]

Sickness can be further divided into two basic categories: *illness* and *disease*. *Disease* refers to the outward, clinical manifestations of altered physical function or infection. It is a clinical phenomenon, defined by the pathophysiology of certain tissues within the human organism. *Illness* on the other hand, encompasses the human experience and perceptions of alternations in health as informed by their broader social and cultural meanings.” (Brown et al. 1998, 11; Hervorhebung im Original)

sich nicht mehr die Zähne putzen kann.“ (md5) In dem Moment, in dem hierbei die Hilfe durch therapeutische Maßnahmen geleistet wird, muss bereits darauf hingearbeitet werden, dass sie zukünftig so wenig wie möglich beansprucht wird.

Diese komplexe Wechselbeziehung lässt sich kaum durch Standardisierungen beschreiben (vgl. Oevermann 2003, 27). Die Depressionstherapie greift den Bewältigungsaspekt der Krankheit als zentrales Element auf, das mit dem Wesen der Krankheit verknüpft ist: *„Gerade in der Psychiatrie kommt es ja immer auf das Coping an. Das kommt es ja bei jeder Krankheit. Wie gehe ich mit meinem Beinbruch um? – Ist aber eine weniger wichtige Frage als: Wie gehe ich mit meiner Depression um? Weil die Depression eben vielleicht existentiell in mein Leben eingreift.“* (md9)

Alle drei von Oevermann angeführten Punkte machen deutlich, dass die therapeutische Bewältigung einer Krise in Form der Krankheit wesentliche Elemente besitzt, die sich einer Standardisierung entziehen: *„Diagnostik und Therapie ist immer maßgeschneidert. Das klingt jetzt so ein bisschen hochtrabend, aber Medizin ist immer individuumszentriert.“* (md7) Im Arzt-Patienten-Verhältnis ist die Individualität der Behandlung durch bestimmte zwischenmenschliche und situative Eigenschaften charakterisiert, die ich im Folgenden darstellen möchte.

6.2. Das Arzt-Patienten-Verhältnis und seine Bedeutung für die Depression

Kleinman hat darauf hingewiesen, dass die Erklärungsmodelle von Arzt und Patient, die in der therapeutischen Beziehung aufeinander treffen, Unterschiede in ihrer Entstehung und Ausformung besitzen (vgl. → Kapitel 2; Kleinman 1980, 111ff). Das Erklärungsmodell des Patienten ist im Wesentlichen geprägt von der persönlichen und direkten Erfahrung mit der Krankheit (dem *Kranksein*; s.o.), zum Beispiel in Form von Schmerzen. Er beschreibt für diese Situation einen Aushandlungsprozess zwischen den beiden Modellen, deren Distanz sich in einer gelungenen Beziehung verringert (vgl. ebd. 114). Aufgrund dieser Distanz schlägt der Psychiater Klaus Dörner vor, zu Beginn einer Arzt-Patienten-Beziehung von einer *Gegnerschaft* der Beteiligten auszugehen, da die Vorstellungen über die Krankheit und Behandlung Unterschiede aufweisen:

„Denn da meine Ordnung nicht die Ordnung des Anderen ist, unsere Interessen uns gegenseitig unbekannt sind, entspricht es dem Fairness-Gebot, wenn wir uns anfangs

nur als sich gegenseitig testende Gegner definieren, die ihr Spiel und seine Regeln erst noch miteinander erfinden müssen.“ (Dörner 2003) Dörner verdeutlicht hierbei, dass Unterschiede in den Erklärungsmodellen und im daraus ableitbaren Handeln zu Konflikten führen können. Dies kann passieren, wenn beispielsweise der Patient die vorgeschlagene Therapie in Form von Medikamenten ablehnt, der Arzt aber der Überzeugung ist, dass sie dringend notwendig sind. Ein anderes Beispiel ist die Zurückweisung der Krankheitsdiagnose durch den Patienten. In diesem Moment wird dem Therapeuten viel Sensibilität abverlangt, denn die Versuchung ist groß, psychiatrischen Patienten die Fähigkeit einer angemessenen Entscheidungsfähigkeit abzusprechen: „Im Extremfall kann die Ablehnung eines angebotenen Krankheitskonstruktes durch den Patienten als ‚Widerstand‘ oder ‚fehlende Krankheitseinsicht‘ abgetan werden und dient als zusätzlicher Beleg für das Ausmaß der zugeschriebenen Abnormität.“ (Weniger, 2004, S. A 2598)

Der Beziehungsaspekt ist in der psychotherapeutischen Behandlung von besonderer Bedeutung, denn *„die Güte der Beziehung ist letztlich entscheidender als die Methode“* (md7). Der Aushandlungsprozess zwischen Arzt und Patient gewinnt dadurch eine Dynamik, dass die Art der Beziehung bereits Teil des Krankheitsbildes und der Therapie ist. Hierzu gehört auch, *„[d]ass die individuellen Abwehrmechanismen, die ein Patient hat, erkannt werden und ihm nicht als schlechtes Benehmen ausgelegt werden. Sondern dass es verstanden wird und in die Therapie eingebracht werden kann“* (md3). Die Erklärungsmodelle der Krankheit sind somit direkter Bestandteil der Beziehungsgestaltung zum Patienten und begründen das individualisierte Vorgehen. Es wird deutlich, dass in der Beziehung emergente Phänomene zum Tragen kommen (→ vgl. Kapitel 4), die auf der sozialen Ebene zwischen Arzt und Patient auftreten: In den Gesprächen entwickeln sich Ideen, Vorstellungen und neue Erklärungsmodelle, die erst durch diesen Austausch möglich werden. In einem Artikel in der Fachzeitschrift „Der Nervenarzt“ führt der Psychiater Thomas Fuchs⁴⁵ aus, dass die therapeutische Intervention auf sozialer Ebene dauerhaftere Effekte, auch auf psychischer und biologischer Ebene besitzt, als beispielsweise Medikamente: „Die unmittelbare, etwa pharmakologische Manipulation des Gehirns wird immer nur hinreichen, um bereits bestehende Reaktionsbereitschaften und Symptome (*states*) zu hemmen oder unwirksam zu machen; sie kann aber keine neuen Beziehungs- und Selbsterfahrungen erzeugen.

⁴⁵ Mit Prof. Fuchs führte ich das letzte meiner zehn Interviews (→ vgl. Anhang 2).

Dazu bedarf es realer Interaktionen mit anderen, also komplexer und wiederholter, kognitiv-emotionaler Lernvorgänge.“ (Fuchs 2005, 8; Hervorhebung im Original)

Für den Beziehungsaufbau, der in diesem Sinne langfristig therapeutisch wirksam sein soll, bedarf es der Zusammenarbeit zwischen Arzt und Patient, die nicht einseitig den Vorstellungen des Arztes entspricht: *„Also ich muss ja schon der Spezialist und der Vorschlaggeber sein. Aber ich muss ja auf der anderen Seite den Patienten für meine Vorschläge gewinnen.“* (md5) Schon im Aufnahmegespräch sind für die Diagnosestellung kommunikative Fähigkeiten des Arztes gefordert, um die lebensgeschichtlichen und für die Behandlung relevanten Informationen abzufragen und einzuordnen. Soweit dies möglich ist, gehört dazu auch, herauszufinden, was für Vorstellungen und Wünsche der Patient im Bezug auf die Behandlung hat. Durch Partizipation kann die Motivation in der folgenden Therapie gesteigert werden (vgl. Helmchen, 2005a, S. 5f).

Der Arzt als medizinischer Experte trifft mit seinem Fachwissen auf den Patienten als Experten seines eigenen Krankseins. Zum Aufbau einer Arzt-Patienten-Beziehung, in der sich zwei Erklärungsmodelle der Krankheit gegenüberstehen, existieren verschiedene Modelle der Entscheidungsfindung. Als Idealtyp gilt hier das Konzept des *shared decision making*, das den Patienten mit dem Wissen über sich und sein Selbst teilhaben lässt an der Entscheidung über die Behandlung. Dem gegenüber stehen das *paternalistische* Modell, bei dem die Therapieentscheidung allein beim Arzt liegt, sowie das *informative* Modell. Hierbei trifft der Patient, nach vorheriger Beratung durch den Arzt, allein die Entscheidung über die Therapie (vgl. Klemperer 2003, A 753f). In den Interviews wurde deutlich, dass die gemeinsame Entscheidungsfindung für die Verbesserung der *Compliance*⁴⁶ ein wünschenswertes Vorgehen sein sollte: *„Gerade bei Depressionen [...] ist ein shared decision making unerlässlich, meines Erachtens, um die Compliance zu fördern, das Verständnis für den Patienten zu vergrößern, den Patienten auch zum Experten für die eigene Erkrankung zu machen.“* (md3) Deutlich wurde aber auch, dass die Teilhabe des Patienten nur begrenzt möglich ist, wenn die eingeschätzten Risiken zu groß wären oder der Patient durch beispielsweise suizidale Gedanken als nicht entscheidungsfähig angesehen würde. In diesem Fall verläuft die Grenze entlang dessen, was der Arzt vor dem Hintergrund seines Erklärungsmodells als

⁴⁶ *Compliance* (engl. – „Einwilligung“, „Zustimmung“) beschreibt die Bereitschaft des Patienten, aktiv im Therapieprozess mitzuarbeiten (z. B. regelmäßige Medikamenteneinnahme oder den Therapieplan befolgen).

verantwortbar angesehen hat: *„Also wenn er mir jetzt einen Vorschlag macht, der lautet dann irgendwie, bei einer schweren Depression, nur Gespräche zu führen, dann werde ich sagen: Das ist nicht vertretbar, das machen wir nicht. [...] Oder irgendwie damit kommt, keine Ahnung, Leberwickeln. [...] Das machen wir dann nicht.“* (md4)

Durch die Prägung ihres Erklärungsmodells und aufgrund ihrer rechtlichen Verpflichtung sind die Ärzte daran gebunden, innerhalb ihres Handlungsspektrums zu agieren. In diesem Moment greift die rechtliche Sondersituation, die bei einer zu großen Eigengefährdung des Patienten dem Arzt ermöglicht, die Verantwortung und Entscheidungsgewalt zu übernehmen (vgl. Zaumseil/Terzioglu 2004, 254). Foucault sieht im diagnostischen Handeln des Arztes eine kulturell geprägte Macht der Definitionshoheit, die im Diskurs festlegt, wo die Grenze zwischen Normalen und Pathologischen gezogen wird. Für ihn existiert eine „Schwelle der Empfindlichkeit“ (Foucault 1969, 119), die ein soziokulturell ausgehandeltes Phänomen beschreibt: *„Die Erkenntnis, die zu sagen erlaubt: dies ist ein Irrer, ist weder ein einfacher noch unmittelbarer Akt. [...] Wenn der Arzt den Wahnsinn als ein Naturphänomen zu diagnostizieren glaubt, so ist es in Wirklichkeit das Vorhandensein dieser Schwelle, das ihm gestattet, auf Wahnsinn zu erkennen. Jede Kultur hat ihre besondere Schwelle, die sich analog zur Ausgestaltung der Kultur entwickelt“* (ebd.)

Das Verhältnis Arzt-Patient verläuft entlang dieser Schwelle und beinhaltet die Krankheitszuschreibung seitens des Arztes, die einerseits seine Macht herausstellt, andererseits dem Patienten eine Entlastung verschaffen kann. Diesen zweiten Punkt betonten meine Interviewpartner und verdeutlichten damit, dass die Patienten aufgrund ihrer leidvollen Erfahrung mit der Krankheit Hilfe suchen und in Anspruch nehmen wollen. Dabei kann es notwendig sein, die Eigenverantwortung, ob gewollt oder nicht, temporär an den Arzt zu übertragen. *„Und dann ist uns in der Tat Macht gegeben. Aber die gibt uns ja die Gesellschaft zu Recht, glaube ich, weil es sich ja um hilflose Personen handelt.“* (md8) Das *Kranksein* des Patienten, das charakterisiert ist durch Schmerzen, persönliches Leiden und die Schwierigkeiten, sein Leben zu führen und zu gestalten, rechtfertigt für den Arzt die Kategorisierung als *Krankheit* und das Einleiten des therapeutischen Prozesses. Die normative Andersartigkeit, deren Inhalte und gesellschaftliche Toleranz soziokulturell geprägt sind, fungiert damit nur als ein Indiz des pathologischen Ausmaßes: *„Und ich denke, im Gegensatz zu Foucault, dass [...] es nicht um eine rein quantitative, normative*

Gewichtung geht, sondern dass [...] dieser qualitative Unterschied eigentlich das entscheidende ist.“ (md7)

Das Ziel des therapeutischen Prozesses ist die Herstellung der Autonomie des Patienten. In Form der stellvertretenden Krisenbewältigung (→ s. o.; vgl. Oevermann 2003, 27) kann dies bedeuten, dass der Arzt zu Beginn des Therapieprozesses die Verantwortung und Entscheidungsgewalt im Sinne einer paternalistischen Handlungsweise übernimmt, um sie im Verlauf und mit Fortschritt der Therapie Stück für Stück wieder abzutreten. Für dieses differenzierte Vorgehen ist ein therapeutisches Bündnis notwendig, in dem die Wahl der eingesetzten Mittel an der Wiederherstellung der Autonomie des Patienten orientiert ist.

6.3. Das Konzept des strategischen Synkretismus

Das Erklärungsmodell des Therapeuten benötigt für diesen individuell gestalteten Ansatz eine breite Basis, um im Verlauf der Behandlung dem Patienten auf den bio-psycho-sozialen Ebenen gerecht zu werden. Die Handlungsweise, die für psychiatrische Krankheiten wie die Depression alle vorgestellten Dimensionen zu berücksichtigen versucht, ist einer einseitigen Ausrichtung überlegen. Der Sachverständigenrat Gesundheit (SVR) kritisiert in diesem Zusammenhang eine Form der psychotherapeutischen Einseitigkeit im Behandlungsvorgehen: „Hier wurde davon ausgegangen, dass sich die Auswahl der tatsächlich eingesetzten Psychotherapieverfahren weniger nach den Merkmalen des Kranken, sondern eher nach der Ausbildung des Therapeuten und seinen weltanschaulich geprägten Präferenzen richte, was zu einer Fehlversorgung beitrage.“ (SVR 2001b, 493)

Im Zuge der Befragung stellte sich heraus, dass meine Interviewpartner ein therapeutisches Konzept verfolgen, das ich als *strategischen Synkretismus* bezeichnen möchte und das sich von einer einseitigen Vorgehensweise absetzt. Im Folgenden werde ich dieses Konzept näher erläutern.

Der Psychiater und Sozialmediziner Leon Eisenberg unterschied 1977 vier Modelle, die das psychiatrische Handeln leiten (vgl. Eisenberg 1977, 15f; Helman 2001, 82):

- Das *organische* oder *medizinische* Modell (mit dem Fokus auf physische und biochemische Vorgänge)
- Das *psychodynamische* Modell (betrachtet Entwicklungen und Erfahrungen im Verlauf des Lebens)

- Das *Verhaltensmodell* (zielt auf Verhaltensveränderung gelerntes Fehlverhaltens)
- Das *soziale Modell* (mit der Perspektive auf soziale Prozesse).

Eisenberg stellt heraus, dass die vorgestellten Modelle mit ihrer jeweils eigenen Perspektive auf die Krankheit von Therapeuten genutzt werden und einen ordnenden Charakter besitzen: „Models are ways of constructing reality, ways of imposing meaning on the chaos of the phenomenal world. This is not to deny the independent reality of that world but to emphasize that it does not present itself to us organized in the ways we come to view it.“ (Eisenberg 1977, 18) Der Autor führt weiter aus, dass alle Modelle wichtige Aspekte der Krankheit beleuchten, es aber nicht möglich ist, ohne weiteres zwischen den Modellen zu wechseln oder sie gar in einem Gesamtkontext zu integrieren (vgl. ebd.).

Einen solchen Gesamtkontext stellt das bio-psycho-soziale Modell der psychosomatischen Medizin dar (vgl. → Kapitel 4), dessen Ebenen starke Ähnlichkeiten mit den Modellen von Eisenberg aufweisen. Dennoch weisen auch von Uexküll und Weisack in ihrer Beschreibung des bio-psycho-sozialen Modells darauf hin, dass die Übersetzung der wissenschaftlichen Perspektiven (Physik, Biologie, Psychologie, Soziologie) zwischen den einzelnen Systemebenen nicht ohne weiteres möglich ist (vgl. von Uexküll/Weisack 1996, 33).

Gerade dieser Aspekt der Vielseitigkeit wurde in den meisten Interviews im Bezug auf die Depressionsbehandlung betont: „*[E]s ist so ein weites Feld und auf der phänomenologischen Ebene so heterogen, [...] dass man gar nicht anders kann, als sich in verschiedene Richtungen zu entwickeln, auch was die Behandlung angeht.*“ (md3)

Nicht nur, dass ein multiprofessionelles Team in die Behandlung involviert ist, das aus verschiedenen Perspektiven agiert, sondern auch der Therapeut selbst muss unterschiedliche Behandlungsmethoden kennen und einsetzen. Das konzeptuelle Vorgehen, das unterschiedliche Therapieschulen, Perspektiven oder Methoden auswählen und einsetzen kann, bezeichne ich als *strategischen Synkretismus*. In der Begriffsbestimmung des Wortes Synkretismus⁴⁷ folge ich dem Anthropologen Stephen Glazier, der damit beschreibt, wie verschiedene Denk- und

⁴⁷ Der Begriff stammt ursprünglich aus dem Griechischen (*synkretizein* – gr. „verbinden“). Zurückgehend auf Plutarch wird der Ursprung des Begriffes an den Einwohnern der Insel Kreta beschrieben, die untereinander zerstritten waren, aber bei drohender Gefahr von Außen gemeinsam gegen den Feind kämpften (vgl. Glazier 2006, 2150).

Handlungsweisen zusammengeführt werden: “Syncretism is defined as any attempt to reconcile disparate—and sometimes opposite—beliefs and practices. It represents a blending of schools of thought and is often associated with establishing analogies between two or more discrete or formerly separate traditions.” (Glazier 2006, 2150)

Der strategische Aspekt dieses Vorgehens liegt in dem gezielten Einsatz der verwendeten Methode oder Perspektive, die aus einer Reihe unterschiedlichster Optionen herausgesucht und als bester therapeutischer Ansatz in dem individuellen Fall gesehen wird: *„Also im Grunde genommen eine gewisse Beweglichkeit mitbringen, [...] den kranken Menschen, von verschiedenen Perspektiven aus sehen lässt, erblicken lässt. Und dann auch wirklich durchaus in der Lage sein lässt im Alltag zwischen verschiedenen Sichtweisen zu wechseln. [...] Aus welcher Sicht sehe ich das jetzt am Besten? Ist da jetzt eher eine medizinisch-organische Sicht am Besten? Ist da jetzt eine psychodynamische, tiefenpsychologische Sicht adäquat? Brauche ich eine systemische, familiensystemische, familiendynamische Sicht?“* (md10)

In der Auswahl wägt der Therapeut ab, welche Form der Therapie zum gegebenen Zeitpunkt dem Patienten seiner Einschätzung nach am besten hilft. Im ärztlichen Erklärungsmodell der Krankheit finden sich variable Antworten auf die Fragen nach den Ursachen, Symptomen, pathophysiologischen und psychopathologischen Bedingungen, zum Ablauf der Krankheit und den Möglichkeiten der Behandlung (→ s.o.; vgl. Kleinman 1980, 105f). Diese Flexibilität, zwischen den Krankheitsmodellen und auf den verschiedenen Ebenen des bio-psycho-sozialen Systems zu agieren, braucht eine Form der Professionalisierung, die den Umgang mit Unsicherheit kennzeichnet: *„Das macht [...] den guten Psychiater auch aus, dass er chaostolerant ist. Dass er leben lernt mit der Vielfalt. Ohne [...] dass er daran klebt, Dinge monokausal erklären zu wollen.“* (md7)

In Abbildung 3 stelle ich in einer Übersicht dar, wie der strategische Synkretismus im Erklärungsmodell des Arztes zu positionieren ist. Die theoretischen Konzepte der Therapie stehen dabei in einem Diskursverhältnis zueinander, zum Beispiel in vergleichenden Studien oder durch veränderte Rahmenbedingungen. Für die Gesamtbehandlung wählt der Therapeut auf der Grundlage seines Erklärungsmodells und des diagnostischen Eindrucks die Behandlungsoptionen aus, die im Laufe der Therapie geändert, abgewandelt oder ausgetauscht werden können.

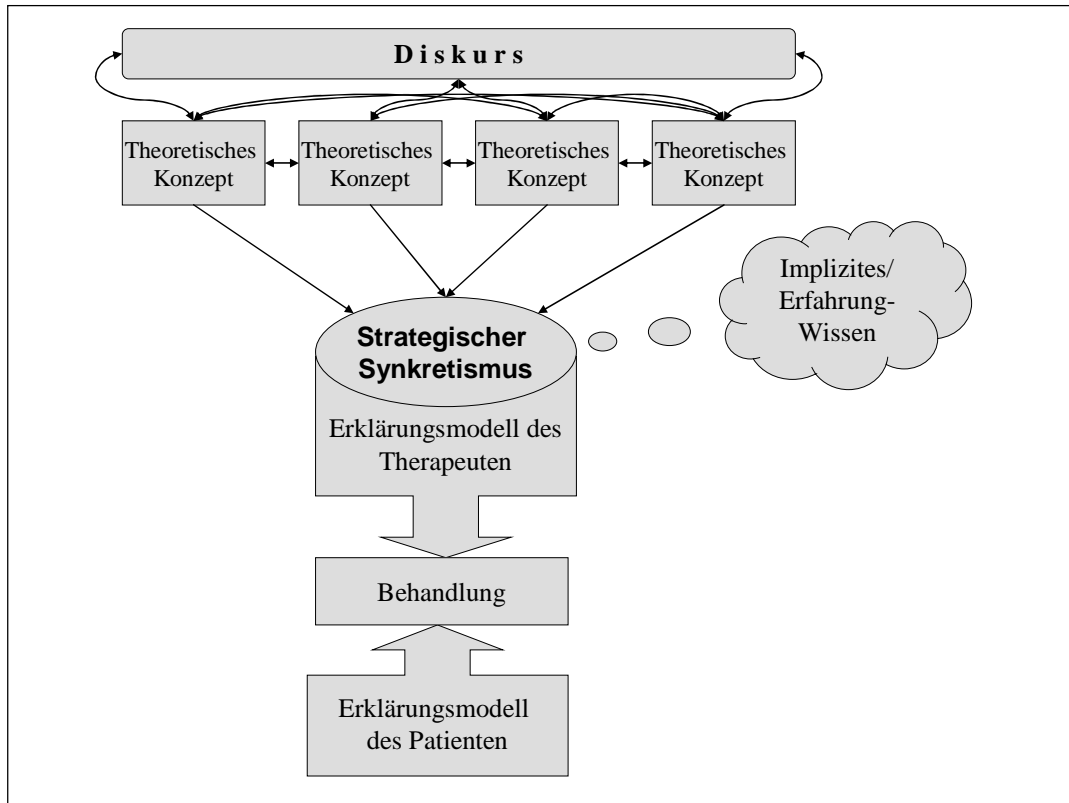


Abbildung 3: Der strategische Synkretismus im Modell

„Also, da ist es für mich kein Problem eine notwendige Elektrokrampftherapie anzuwenden einerseits und trotzdem sechs Wochen später zu sagen: Wir machen eine psychoanalytische psychodynamisch orientierte Weiterbehandlung, plus Medikation. Ist für mich kein Widerspruch“ (md7). Die Integrationsfähigkeit ermöglicht eine individuelle Therapie durch die Zusammenstellung der einzelnen Elemente und durch den Wechsel der Perspektiven auf die Krankheit und deren Kontext.

Erfahrung und implizites Wissen geben bei diesem Vorgehen die notwendige Handlungssicherheit, um vermeintliche Widersprüche zu überbrücken oder Unsicherheiten auszuhalten. Im therapeutischen Prozess, der mehrere Ansätze berücksichtigt, ist häufig das „Gesamtpaket“ nicht in seine Einzelteile auflösbar: „Man kann auch oft nicht sagen: Was hat jetzt den Durchbruch gebracht? Welche Maßnahmen? Oder welches Gespräch? [...] Oder war es die Zeit? Oder war es das Milieu? [...] War es alles zusammen?“ (md5)

Durch die synkretische Konzeption des therapeutischen Prozesses lässt sich „ein ökologisches Behandlungssystem darstellen, in dem verschiedene Komponenten zusammenwirken“ (md10), das durch seine subjektzentrierte Herangehensweise schwer formalisierbar ist. In den Interviews wurde deutlich, dass Einzelbausteine der Therapie durchaus standardisierbare Elemente besitzen oder mit einer geeigneten

Methode nach evidenzbasierten Kriterien untersucht werden können. Die individualisierte Auswahl und Kombination der vorhandenen Möglichkeiten ergibt jedoch ein therapeutisches Erklärungsmodell, in dem Einseitigkeit versagt: „*Es gibt kein gießkannenartiges Prinzip, dass man jeden gleich behandeln kann.*“ (md3)

Ein Zuviel an Standardisierung und Formalisierung kann an diesem Punkt die Handlungsfreiheit des Arztes einschränken, der stets diskursiv abwägen muss, welche Mittel er zum Einsatz bringt. Hierbei ist vor allem Zeit notwendig, sowohl im Lernprozess und dem Aufbau an Erfahrung, als auch in der Therapie und der Auseinandersetzung mit dem Patienten: „*Das psychiatrische Arbeiten ist ja mehr als viele andere [...] medizinischen Fächer [...] an Zeit gebunden.*“ (md10)

In den meisten Interviews wurde angemerkt, dass die Zeit für die Therapeuten im Laufe der letzten Jahre immer knapper geworden ist. Da in der Psychiatrie weniger medizintechnische Apparate zur Versorgung der Patienten benötigt werden, ist die Zeit einer der wichtigsten Faktoren und „*es lohnt sich, dafür zu kämpfen.*“ (md7)

Zusammenfassend zeigt der Blick auf die Arzt-Patienten-Beziehung in der Depressionsbehandlung, wie durch die „*subjektiv[e] Seite der Medizin*“ (md10) wesentliche Elemente des persönlichen Erklärungsmodells zum Tragen kommen, die zentral für die Behandlung sind. Das Abwägen im Sinne eines strategischen Synkretismus gehört damit zur alltäglichen Aufgabe, ähnlich wie es die englische Ärztin Trisha Greenhalgh formulierte: „Hence, although there are certainly ‘wrong’ answers to particular clinical questions, it is often impossible to define a single ‘right’ one that can be applied in every context.“ (Greenhalgh 1999, 324)

7. Schlussbemerkung

In einer meiner letzten Fragen der Interviews wollte ich von meinen Gesprächspartnern wissen, wie weit ihrer Meinung nach die Erforschung der Depression bis jetzt gekommen ist. Eine Antwort lautete: *„Und je mehr man forscht, desto mehr Türen tun sich auf. Man öffnet eine und dahinter sind sieben neue, letztlich. Insofern denke ich, bei Depressionsbehandlung und bei der Depression selber ist es genauso.“* (md7)

Im Bezug auf die vorliegende Arbeit kann ich mich dieser Aussage anschließen. Je mehr ich mich mit der zu Beginn gestellten Frage nach dem ärztlichen Wissen im Zusammenhang mit der Depression auseinandergesetzt hatte, desto mehr Details und offene Fragen sammelten sich an, ebenso wie potentielle weitere Forschungsthemen. Aus diesem Grund kann diese Arbeit nicht mehr als ein Überblick zu einzelnen Teilaspekten psychiatrischen Wissens sein.

Einige Implikationen lassen sich dennoch feststellen:

Beginnend beim Wissen wird klar, dass dieses nicht frei im Raum schwebt oder in Bibliotheken gespeichert ist. Wissen ist ein sich permanent verändernder, personengebundener Prozess des Sinn-Machens, dessen Anteile expliziter und impliziter Natur sein können. Als eine Sonderform des Wissens stellt die Erfahrung einen Prozess dar, der durch die Tätigkeit und viele kleine Einzelbeobachtungen einen wesentlichen Einfluss auf das Handeln von Menschen besitzt. Die Bedeutung des Erfahrungswissens im Kontext der Depressionstherapie wurde an mehreren Stellen deutlich: Es bietet im diagnostischen und therapeutischen Prozess eine Handlungssicherheit für den Arzt. Notwendig für den Aufbau von Erfahrung sind vor allem Zeit und die tätige Auseinandersetzung mit depressiven Patienten. In diesem individualisierten Vorgehen kann es zu einem Konflikt zwischen eigener, teilweise implizit vorhandener Erfahrung und Formalisierungen oder Standardisierungen kommen, wenn zum Beispiel wissenschaftliche Ergebnisse, die anhand einer statistischen Größe abgeleitet wurden, der persönlichen Erfahrung widersprechen. Gerade Interviewpartner, die einen subjektzentrierten Behandlungsansatz betonten, stellten gleichzeitig die Bedeutung des Erfahrungswissens heraus.

Mit der Beschreibung sozialer Aushandlungsprozesse von Krankheitsmodellen in Form von Diskursen wurde dargelegt, wie die Vorstellungen über die Depression

erzeugt werden. Dies wurde in den Aussagen meiner Interviewpartner anhand der erfragten geistesgeschichtlichen Hintergründe, Diagnoseklassifikationen und den Ansätzen der evidenzbasierten Medizin sichtbar. Die angeführten Beispiele geben im Zusammenhang mit den unterschiedlichen Meinungen und kritischen Anmerkungen Hinweise darauf, wie ein diskursives Feld auf Basis von Aussagen und Autoritäten geschaffen ist.

Mit dem Begriff des Erklärungsmodells einer Krankheit nach Arthur Kleinman ergibt sich eine Beschreibungsmöglichkeit, diskursive Wissensinhalte mit implizitem Wissen und Erfahrungswissen zu verbinden. Das persönliche Erklärungsmodell eines Arztes über die Depression setzt sich aus unterschiedlichen Informationsquellen zusammen und bildet damit die Grundlage zum therapeutischen Handeln. Es ist eingebunden in die Dynamik des Arzt-Patienten-Verhältnisses und an dessen Bedingungen geknüpft. Als zentraler Begriff dieser Arbeit ermöglicht das ärztliche Erklärungsmodell eine Beschreibung der Aussagen meiner Gesprächspartner, sowohl im Hinblick auf deren Gemeinsamkeiten als auch deren Unterschiede.

Die Befragung zum Leib-Seele-Problem machte deutlich, dass alle Gesprächspartner von einer Einheit von Leib und Seele ausgingen. Dabei stellten sich innerhalb dieser Vorstellungen deutliche Unterschiede heraus, die in den berichteten Erklärungsmodellen und in den Behandlungsansätzen zum Tragen kamen. In einem systemischen Modell, das Körper, Geist und Soziales als Ebenen eines Systems versteht, lassen sich die „Grabenkämpfe“ zwischen „Psychikern“ und „Somatikern“ endgültig überwinden und eine soziokulturelle Perspektive verstärkt einbinden. Im Anschluss daran böten sich, neben einer Vertiefung dieser Frage, durchaus weitere Forschungsfelder im Rahmen kulturanthropologischer Untersuchungen, unter anderem zu Fragen wie: Welche Unterschiede in Körper- und Menschenbildern ergeben sich zu anderen Facharztgruppen, beispielsweise Chirurgen oder Onkologen? Welchen Einfluss besitzen Ergebnisse der Hirnforschung auf Psychiater und deren Erklärungsmodell? Welche Körperbilder und –konzepte werden von medizinischen Einrichtungen wie Krankenhäusern oder auch von Pharmafirmen konstruiert und gezielt eingesetzt (einen Hinweis darauf gäbe schon das Titelbild dieser Arbeit auf → Seite 2)?

In der Betrachtung der Klassifikationen der psychiatrischen Krankheiten habe ich dargelegt, welche Schwierigkeiten in der formalisierten Diagnosestellung bestehen und wie auch hier implizite Wissensteile und Erfahrungswissen als relevant

eingeschätzt worden sind, um zu einem klinischen Gesamteindruck zu kommen. Die Entwicklungsprozesse der beiden wichtigsten psychiatrischen Klassifikationen, ICD-10 und DSM-IV, verdeutlichen, wie sich die Diskurse im Zeitverlauf veränderten und die Konvention der Klassifizierungen einem Aushandlungsprozess zugrunde liegt. Auch hier bleiben Fragen, die gleichzeitig Forschungsperspektiven eröffnen: Wie werden die Klassifikationen in anderen, weniger industrialisierten Ländern genutzt? Welche sozialen Aushandlungsprozesse ergeben sich bei der Entwicklung neuer Klassifikationsrevisionen (ICD-11 und DSM-V sind bereits in der Vorbereitungsphase)?

Mit dem Schlagwort Evidence-based Medicine verbindet sich die Forderung nach mehr wissenschaftlichem Handeln in der Medizin. Anhand systematischer Auswertungen und Überprüfung von Forschungsstudien soll, so der Gedanke, für jedes medizinische Problem die passende Antwort in Form von Handlungsleitlinien und aufbereiteten wissenschaftlichen Ergebnissen vorliegen. Meine Gesprächspartner unterschieden sich in ihren Meinungen zur EbM in Befürworter und kritische Stimmen. Als Vorteil wurde angeführt, dass eine therapeutische Beliebigkeit so verhindert werden kann. Die Kritik bezog sich auf den Evidenzbegriff, der hauptsächlich mit den Methoden der Statistik arbeitet und subjektorientierte, idiosynkratische Vorgehensweisen schlecht abbilden kann. Das diskursiven Abwägen mehrerer Therapieoptionen und die Notwendigkeit der Vielfalt wurden als wichtige Elemente des ärztlichen Vorgehens betont. Weiterführende Fragen ließen sich hier anschließen: Wie wirken sich Handlungsleitlinien auf das ärztliche Verhalten aus? Welche therapeutischen Methoden erhalten kein Evidenzsiegel und wie gehen einzelne medizinische Berufsgruppen damit um? Ist der propagierte Paradigmenwechsel in der Medizin durch die EbM aus Sicht von behandelnden Ärzten eingetreten?

Das Arzt-Patienten-Verhältnis stellt alle diese Aspekte des therapeutischen Erklärungsmodells auf den Prüfstand, sowohl in der Bereitstellung einer passenden Therapie für den Patienten, wie auch in der Gestaltung einer tragfähigen Beziehung. Die Qualität der Beziehung steht in der Depressionsbehandlung in einem Spannungsfeld zwischen Abhängigkeit und Autonomie und den unterschiedlichen Erklärungsmodellen von *Krankheit* und *Kranksein*. Durch die individuumszentrierte Vorgehensweise im Arzt-Patienten-Verhältnis wurde in den meisten Interviews betont, dass ein breites Methodenrepertoire und die Fähigkeit, Unsicherheiten

auszuhalten, für eine gute Therapie notwendig sind. Ich habe vorgeschlagen, dieses therapeutische Konzept, das gekennzeichnet ist durch implizite Wissensanteile, Erfahrungswissen, die Kenntnis unterschiedlicher Behandlungskonzepte und -methoden sowie die Beachtung aller für die Therapie relevanten Systemebenen (biologische, psychische, soziale), als *strategischen Synkretismus* zu bezeichnen.

Viele mögliche Fragen schließen sich in diesem Zusammenhang an: Wie bewerten die Patienten die Elemente der Arzt-Patienten-Beziehung? Welche soziokulturell geprägten Vorannahmen treffen in dieser Beziehung aufeinander? Gibt es dabei spezifische Unterschiede zwischen den medizinischen Fachgebieten und wenn ja, warum?

Im Hinblick auf die Prozesse der Wissensentstehung im Kontext klinischen Handelns wurde zusammenfassend deutlich, dass die Erklärungsmodelle von Psychiatern wesentlich von Erfahrung und implizitem Wissen geprägt sind. Insbesondere die subjektzentrierte Behandlungsweise ist von nicht-formalisierbaren Anteilen durchzogen. Zur Erfassung dieser Aspekte bedarf es einer höheren Aufmerksamkeit für die soziokulturellen und wissensbasierten Prozesse der Behandlung.

Die Kulturanthropologie besitzt mit ihren qualitativen Methoden die Möglichkeit, Wissensprozesse zu verdeutlichen, die individuell hergestellt und in einem soziokulturellen Rahmen wirksam sind, im Sinne des Kulturbegriffs von Ulf Hannerz: „To study culture is to study ideas, experiences, feelings, as well as the external forms that such internalities take as they are made public, available to the sense and thus truly social.” (Hannerz, 1992, 3)

Erweitert um die soziokulturelle Perspektive ist die Depression demnach weitaus mehr als nur ein Defekt in der Hirnchemie oder ein psychologisches Defizit. Erst die Integrationsfähigkeit aller Behandlungsebenen formt ein Erklärungsmodell, das der komplexen Krankheitssituation gerecht werden kann.

Anhang 1: Liste der verwendeten Abkürzungen

Abkürzung	Bezeichnung
APA	American P sychiatic A ssociation; u. a. Herausgeber des DSM
BDI	B eck D epression I nventory; Fragebogen, der die Schwere einer Depression erfassen soll
CT	C omputertomographie; bildgebendes medizindiganostisches Verfahren
DALY	D isability A justed L ife Y ears; Analyseindikator, fasst Krankheiten in einem Wert zusammen, der beeinträchtigten Lebensjahre sowie durch vorzeitigen Tod verlorene Lebensjahre umfasst
DIMDI	D eutsches I nstitut für M edizinische D okumentation und I nformation; u. a. Herausgeber der deutschen ICD-Versionen
DGPPN	D eutsche G esellschaft für P sychiatrie, P sychotherapie und N ervenheilkunde; deutsche wissenschaftliche Fachgesellschaft im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie
DSM-IV	D iagnostic and S tatistical M anual of M ental Disorders, 4 th Revision; Diagnoseklassifikation psychischer Störungen; Herausgegeben von der APA
EEG	E lektroenzephalogramm; Messung der Hirnstromaktivität
EbM	E vidence- b ased M edicine; evidenzbasierte Medizin
EKT	E lektro k onvulsionstherapie (auch: Elektrokrampftherapie); elektrisches Stimulationsverfahren am Gehirn
EM	E xplanatory M odel; Konzept nach A. Kleinman
ICD-10	I nternational S tatistical C lassification of D iseases and R elated H ealth P roblems, 10 th Revision; Diagnoseklassifikation von Krankheiten; Herausgebebn von der WHO

MRT	M agnet r esonanz t omographie; bildgebendes medizindiagnostisches Verfahren
NbM	N arrative- b ased M edicine; Konzept nach T. Greenhalgh
RKI	R obert- K och- I nstitut; dem Bundesministerium für Gesundheit unterstelltes Institut zur Krankheitsüberwachung und -prävention
SVR	S achverständigen r at für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen; Gutachtergruppe zur Entwicklung der Gesundheit in Deutschland
WHO	W orld H ealth O rganization; Weltgesundheitsorganisation, Sonderorganisation der UNO, u. a. Herausgeber der ICD
YLD	Y ears L ived D isability; Analyseindikator; beschreibt in einem Wert die Häufigkeit, Dauer und Beeinträchtigung einer Krankheiten im Verlauf eines Lebens

Anhang 2: Liste der Interviewpartnerpartner

Die folgende Liste der Gesprächspartner ist, wie auch die Nummerierung der Interviewkürzel, sortiert nach der zeitlichen Abfolge der Interviews. Zwei der Interviewpartner wünschten, anonym zu bleiben.

PD Dr. med. Danos

- Oberarzt an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Klinikum Offenbach
- Promotion über die Histologie beim Hippocampus
- Habilitation über die Bedeutung des Thalamus bei Schizophrenen
- Interviewkürzel: md1

Interviewpartner 2 - Anonymisiert

- Mitarbeiter (habilitiert) an der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie am Universitätsklinikum Frankfurt am Main
- Interviewkürzel: md2

Dr. med. Hanewald

- Oberarzt und Leiter der Tagesklinik und ambulanten therapeutischen Zentrums; Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Giessen und Marburg
- Psychoanalytische Zusatzausbildung
- Interviewkürzel: md3

Dr. med. Tadic

- Oberarzt an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Mainz
- Projektleiter der Arbeitsgruppe „Affektive Störungen“ und „Borderline-Persönlichkeitsstörungen“
- Interviewkürzel: md4

Dr. med. Schliephake-Milch

- Oberärztin und Abteilungsleiterin „Allgemeine Psychiatrie I“ an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Gießen
- Zusatztitel: Psychotherapie, Psychoanalyse, Familientherapie, Gruppenanalyse
- Interviewkürzel: md5

Interviewpartnerin 6 – Anonymisiert

- Mitarbeiterin (habilitiert) an der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie am Universitätsklinikum Frankfurt am Main
- Interviewkürzel: md6

PD Dr. med. Grube

- Oberarzt und Stellvertretender Ärztlicher Leiter der Städtischen Kliniken Frankfurt am Main – Höchst
- Psychoanalytischer Zusatztitel
- Habilitation zum Thema Psychoonkologie
- Interviewkürzel: md7

Prof. Dr. med. Deuschle

- Leitender Oberarzt und Leiter der Arbeitsgruppe Stressbezogene Erkrankungen am Zentralinstitut für seelische Gesundheit Mannheim
- Interviewkürzel: md8

Dr. med. Dipl.-Psych. Helbing

- Oberärztin an der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie am Universitätsklinikum Frankfurt am Main
- Interviewkürzel: md9

Prof. Dr. med. Dr. phil. Fuchs

- Oberarzt an der Klinik für Allgemeine Psychiatrie, Zentrum für Psychosoziale Medizin am Universitätsklinikum Heidelberg
- Leiter der Sektion "Phänomenologische Psychopathologie und Psychotherapie" Psychiatrische Universitätsklinik Heidelberg
- Promotion in Philosophie: "Leib, Raum, Person. Entwurf einer phänomenologischen Anthropologie"
- Habilitation mit dem Titel: "Psychopathologie von Leib und Raum"
- Interviewkürzel: md10

Anhang 3: Interviewleitfaden

1. Wie verlief ihre bisherige medizinische Karriere?
2. Wo lernt man, ihrer Meinung nach, die meisten Dinge, die wichtig sind für ihre Arbeit?
3. Was macht ihrer Meinung nach einen guten Psychiater aus?
4. Ist es möglich, diese Eigenschaften zu erlernen?
5. Gibt es ihrer Meinung nach Defizite in der Ausbildung und in der täglichen Arbeit von Psychiatern?
6. Welche Rolle spielt in ihrem Beruf die Erfahrung?
7. Was macht für sie eine gute Therapie aus?
8. Was halten sie in diesem Zusammenhang von dem Ansatz der „Evidence-Based-Medicine“?
 - a. Wie wertvoll sind die Ergebnisse für sie im Einzelfall?
 - b. Kombiniert mit der Einteilung in DRG's kann das ärztliche Behandlungsrepertoire mit dem Hinweis auf Kostenkontrolle stark beschnitten werden. --- Wie stark sehen sie diese Gefahr? --- Können solche Vorgaben die geistige Flexibilität einschränken?
 - c. Ist die Forderung eines Königswegs in der Behandlung, die implizit mitschwingt, gerechtfertigt?
9. Pierre Deniker sagte 1966: „Bei der Behandlung der Depression überwiegt weiterhin der Empirismus.“
 - a. Für wie gut ergründet halten sie die Krankheit der Depression?
 - b. Wo liegen ihrer Meinung nach die Ursachen bzw. die Hauptursache der Krankheit?
10. Wie ist es möglich, dass bei den theoretischen und therapeutischen Ansätzen eine solche Vielfalt herrscht?
11. Für wie erfolgreich halten sie die medikamentöse Therapie der Depression?
12. In einer Broschüre zum Thema Depression, die von einer Pharmafirma herausgegeben wurde, heißt es: „Nur bei den sehr leichten Formen der Depression kann sich auch der alleinige Einsatz nichtmedikamentöser Methoden als ausreichend erweisen.“ (S. 24) --- Für wie unausweichlich halten sie die Behandlung mit Medikamenten in der Therapie?

13. „Selbst bei sorgfältiger Anwendung kommt es je nach Störungsbild immer noch bei 20 bis 40 % der Patienten zu einer Fehldiagnose.“ So der Direktor des Instituts für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der TU Dresden Hans-Ulrich Wittchen.
 - a. Können Sie dieser Aussage folgen?
 - b. Wie geht man als Arzt mit solchen Unsicherheiten um?
14. Die Neubearbeitung des ICD-10 in den 90er Jahren vollzog sich mit einer Umstellung der Depressionsklassifizierung in eine sehr deskriptive Form. Dabei ist man von theoretischen Implikationen abgerückt. Halten sie die Einteilung für ausreichend, um eine Krankheit wie die Depression einzugrenzen?
 - a. Was kann die ICD-10 von den psychiatrischen Krankheiten abbilden, was nicht?
 - b. Lassen sich die psychiatrischen Krankheiten überhaupt so klassifizieren, in ein Schema pressen?
 - c. Wie viele Fälle fallen unter die Rubrik „standardisierbar“ oder „gewöhnlich“?
 - d. Wie kann man Anfängern oder Studenten effektiv vermitteln, dass die ICD nur ein Hilfsmittel sein kann und dass die Ausprägungen der Depression wesentlich abwechslungsreicher sein können?
15. Wie schaffen sie im Arzt-Patienten-Verhältnis den Spagat zwischen der Individualität des einzelnen Patienten mit seiner Biographie und der Standardisierung der Krankheitskategorien, Medikalisierung, etc.?
16. Wieviel Zeit haben sie durchschnittlich für einen Patienten? --- Denken sie, das ist ausreichend?
17. Wenn sie einem an Depression erkranktem seine Krankheit erklären, wie gehen sie vor? (Reduktion, Ursachenfrage, subjektiv-objektiv)
18. In der schon erwähnten Infobroschüre heißt es weiter: „die Depression ist eine Erkrankung wie Diabetes, Rheuma oder ein Beinbruch. Derjenige, der an einer Depression leidet, ist krank und nicht verrückt.“ --- Ist diese Erklärung auf physiologischer Ebene ihrer Meinung nach eine zulässige Reduktion?

19. In der Beziehung Arzt-Patient existieren hauptsächlich 3 Modelle der Entscheidungsfindung (paternalistisch, informativ, shared decision making).
- Welche Strategie verfolgen sie in der Behandlung?
 - Haben sie in den letzten Jahren eine Veränderung beim Kenntnisstand oder beim Auftreten der Patienten bemerkt, z. B. durch das größere Informationsangebot im Internet?
20. Der französische Philosoph und Psychologe Michel Foucault sagt in seinem Buch „Psychologie und Geisteskrankheit“: „Die Erkenntnis, die zu sagen erlaubt: dies ist ein Irrer, ist weder ein einfacher noch unmittelbarer Akt. [...] Wenn der Arzt den Wahnsinn als ein Naturphänomen zu diagnostizieren glaubt, so ist es in Wirklichkeit das Vorhandensein dieser Schwelle, die ihm gestattet, auf Wahnsinn zu erkennen. Jede Kultur hat ihre besondere Schwelle, die sich analog zur Ausgestaltung der Kultur entwickelt“ (S. 119)
- Wie schätzen sie die Faktoren Kultur oder Gesellschaft in der Krankheitsdefinition ein?
 - Wieviel davon ist Diskurs, d.h. sozial vereinbart?
21. Welche Formulierung halten sie für zutreffender: Der Patient IST depressiv. – Oder – Der Patient HAT eine Depression.
22. Der Psychiater Wilhelm Griesinger sagte Mitte des 19. Jahrhunderts (1861): „Wüssten wir auch Alles, was im Gehirn bei seiner Thätigkeit vorgeht, könnten wir alle chemischen, electricischen etc. Prozesse bis in ihr letztes Detail durchschauen – was nützte es?“ --- Was wäre ihre Antwort darauf?
23. Die Unterscheidung zwischen Seele/Geist und Leib/Körper ist begründet auf einer langen Denktradition von der griechischen Antike über christliche Tradition, später Descartes bis heute.
- Welche Position vertreten sie an dieser Stelle?
 - Machen diese Unterscheidungen überhaupt noch Sinn?
 - Gibt es bessere Formulierungen, die nicht so stark geistesgeschichtlich behaftet sind?
 - Wie bewusst ist man sich der geistesgeschichtlichen Wurzeln?
 - Wie wird Reflexivität in diesem Hinblick durch das Umfeld gefördert? --- Oder liegt es an jedem Arzt selbst, sich solche Gedanken zu machen?

24. Mit diesem Paradigma verbindet sich auch eine Auffassung darüber, wie der menschliche Körper funktioniert. Eine Perspektive wäre die der klassischen Mechanik aus der Physik des 19. Jahrhunderts, also den Körper als Maschine zu begreifen. --- Folgen medikamentöse Behandlungen nicht einfach diesem Schema, indem sie darauf abzielen, ein chemisches Ungleichgewicht auszugleichen?
25. Georg Engel schreibt in seinem Beitrag zum Buch „Psychosomatische Medizin“: „Traditionellerweise wird dem analytisch-empirischen Zugang als Repräsentanten der Beobachtungs-Ebene Wissenschaftlichkeit zuerkannt, dem Beziehungsaspekt, dem Dialog hingegen nicht.“ --- Ist Beziehungsarbeit und Narratives unwissenschaftlich oder einfach nicht messbar?
26. Die WHO schätzt, dass die Depression im Jahr 2020 den zweitgrößten Anteil an Krankheitsbelastungen nach den Herz-Kreislauf-Erkrankungen haben wird. In den USA hat sich die Zahl der wegen Depression behandelten zwischen 1987 und 1997 von 1,7 auf 6,3 Millionen fast vervierfacht. Woran liegt ihrer Meinung nach dieser Trend?
27. In den USA werden 3 Milliarden Dollar für Werbung ausgegeben, die verschreibungspflichtige Medikamente anpreist.
 - a. Kann man in diesem Zusammenhang nicht auch von einer Modekrankheit sprechen?
 - b. Ist die Krankheit nicht auch ein Markt?
 - c. Wie bewerten sie den Einfluss der Pharmaindustrie mit ihrer finanziellen Macht?
28. Wie gehen sie mit Rückschlägen (Therapieresistenz, Rückfälle) um?
 - a. Hat sich ihr Bild über die Depression in dieser Hinsicht über die Zeit verändert? --- Wenn ja, wie?
29. Stellen sie sich vor, eine Behandlung ist, trotz aller Versuche, gescheitert: wie groß ist in diesem Falle die Selbstkritik? Auf welcher Ebene läuft die Kritik ab?
30. Denken sie, dass es sinnvolle Alternativen zur schulmedizinischen psychiatrischen Behandlung gibt?

31. In einer Juniausgabe des SPIEGEL wurde in einem langen Artikel über den Placebo-Effekt berichtet.
- a. Wie stark schätzen sie die Effekte der Selbstheilungskräfte des Menschen ein?
 - b. Nutzen sie solche Effekte als strategisches Element in der Therapie?
 - c. Stellen solche Ergebnisse die Anstrengungen der Pharmaindustrie und der Schulmedizin nicht in Frage?
32. Wie weit, denken sie, ist die Erforschung der Depression bis jetzt gekommen? --- Was erwarten oder wünschen sie sich für die Zukunft?

Anhang 4: Auszug aus der ICD-10: F32. - Depressive Episode

(DIMDI 2006, S. 323)

F32. Depressive Episode

Bei den typischen leichten (F32.0), mittelgradigen (F32.1) oder schweren (F32.2 und F32.3) Episoden, leidet der betroffene Patient unter einer gedrückten Stimmung und einer Verminderung von Antrieb und Aktivität. Die Fähigkeit zu Freude, das Interesse und die Konzentration sind vermindert. Ausgeprägte Müdigkeit kann nach jeder kleinsten Anstrengung auftreten. Der Schlaf ist meist gestört, der Appetit vermindert. Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen sind fast immer beeinträchtigt. Sogar bei der leichten Form kommen Schuldgefühle oder Gedanken über eigene Wertlosigkeit vor. Die gedrückte Stimmung verändert sich von Tag zu Tag wenig, reagiert nicht auf Lebensumstände und kann von so genannten „somatischen“ Symptomen begleitet werden, wie Interessenverlust oder Verlust der Freude, Früherwachen, Morgentief, deutliche psychomotorische Hemmung, Agitiertheit, Appetitverlust, Gewichtsverlust und Libidoverlust. Abhängig von Anzahl und Schwere der Symptome ist eine depressive Episode als leicht, mittelgradig oder schwer zu bezeichnen.

Inkl.: Einzelne Episoden von:

- depressiver Reaktion
- psychogener Depression
- reaktiver Depression (F32.0, F32.1, F32.2)

Exkl.: Anpassungsstörungen (F43.2)
depressive Episode in Verbindung mit Störungen des Sozialverhaltens (F91.-, F92.0)
rezidivierende depressive Störung (F33.-)

F32.0 Leichte depressive Episode

Gewöhnlich sind mindestens zwei oder drei der oben angegebenen Symptome vorhanden. Der betroffene Patient ist im allgemeinen davon beeinträchtigt, aber oft in der Lage, die meisten Aktivitäten fortzusetzen.

F32.1 Mittelgradige depressive Episode

Gewöhnlich sind vier oder mehr der oben angegebenen Symptome vorhanden, und der betroffene Patient hat meist große Schwierigkeiten, alltägliche Aktivitäten fortzusetzen.

F32.2 Schwere depressive Episode ohne psychotischen Symptomen

Eine schwere depressive Episode mit mehreren oben angegebenen, quälenden Symptomen. Typischerweise bestehen ein Verlust des Selbstwertgefühls und Gefühle von Wertlosigkeit und Schuld. Suizidgedanken und -handlungen sind häufig, und meist liegen einige somatische Symptome vor.

Einzelne Episode einer agitierten Depression

Einzelne Episode einer majoren Depression [major depression] ohne psychotische Symptome

Einzelne Episode einer vitalen Depression ohne psychotische Symptome

F32.3 Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen

Eine schwere depressive Episode, wie unter F32.2 beschrieben, bei der aber Halluzinationen, Wahnideen, psychomotorische Hemmung oder ein Stupor so schwer ausgeprägt sind, dass alltägliche soziale Aktivitäten unmöglich sind und Lebensgefahr durch Suizid und mangelhafte Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme bestehen kann. Halluzinationen und Wahn können, müssen aber nicht synthym sein.

Einzelne Episoden:

- majore Depression [major depression] mit psychotischen Symptomen
- psychogene depressive Psychose
- psychotische Depression
- reaktive depressive Psychose

F32.8 Sonstige depressive Episoden

Atypische Depression

Einzelne Episoden der „larvierten“ Depression o.n.A.

F32.9 Depressive Episode, nicht näher bezeichnet

Depression o.n.A.

Depressive Störung o.n.A.

Anhang 5: Kriterien für eine Episode einer Major Depression

(Auszug aus: Saß et al., 2003, S. 406f)

- A. Mindestens fünf der folgenden Symptome bestehen während derselben Zwei-Wochen-Periode und stellen eine Änderung gegenüber der vorher bestehenden Leistungsfähigkeit dar; mindestens eines der Symptome ist entweder (1) Depressive Verstimmung oder (2) Verlust an Interesse oder Freude.
- Beachte:** Auszuschließen sind Symptome, die eindeutig durch einen medizinischen Krankheitsfaktor, stimmungsinkongruenten Wahn oder Halluzinationen bedingt sind.
1. Depressive Verstimmung an fast allen Tagen, für die meiste Zeit des Tages, vom Betroffenen selbst berichtet (z. B. fühlt sich traurig oder leer) oder von anderen beobachtet (z. B. erscheint den Tränen nahe). (**Beachte:** Kann bei Kindern und Jugendlichen auch reizbare Verstimmung sein).
 2. Deutlich vermindertes Interesse oder Freude an allen oder fast allen Aktivitäten an fast allen Tagen, für die meiste Zeit des Tages (entweder nach subjektivem Ermessen oder von anderen beobachtet).
 3. Deutlicher Gewichtsverlust ohne Diät oder Gewichtszunahme (mehr als 5 % des Körpergewichtes in einem Monat) oder vermindertes oder gesteigertes Appetit an fast allen Tagen. **Beachte:** Bei Kindern ist das Ausbleiben der zu erwartenden Gewichtszunahme zu berücksichtigen.
 4. Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf an fast allen Tagen.
 5. Psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung an fast allen Tagen (durch andere beobachtet, nicht nur das subjektive Gefühl von Rastlosigkeit oder Verlangsamung).
 6. Müdigkeit oder Energieverlust an fast allen Tagen.
 7. Gefühle von Wertlosigkeit oder übermäßige oder unangemessene Schuldgefühle (die auch wahnhaftes Ausmaß annehmen können) an fast allen Tagen (nicht nur Selbstvorwürfe oder Schuldgefühle wegen des Krankseins).
 8. Verminderte Fähigkeit zu denken oder sich zu konzentrieren oder verringerte Entscheidungsfähigkeit an fast allen Tagen (entweder nach subjektivem Ermessen oder von anderen beobachtet).
 9. Wiederkehrende Gedanken an den Tod (nicht nur Angst vor dem Sterben), wiederkehrende Suizidvorstellungen ohne genauen Plan, tatsächlicher Suizidversuch oder genaue Planung eines Suizids.
- B. Die Symptome erfüllen nicht die Kriterien einer gemischten Episode (siehe s. 412)
- C. Die Symptome verursachen in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen im sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen
- D. Die Symptome gehen nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz (z. B. Droge, Medikament) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors (z. B. Hypothyreose) zurück.
- E. Die Symptome können nicht besser durch Einfache Trauer erklärt werden, d.h. nach dem Verlust einer geliebten Person dauern die Symptome länger als zwei Monate an oder sie sind durch deutliche Funktionsbeeinträchtigungen, krankhafte Wertlosigkeitsvorstellungen, Suizidgedanken, psychotische Symptome oder psychomotorische Verlangsamung charakterisiert.

Quellenverzeichnis

Literatur

- Angermüller, J. (2007) Diskurs als Aussage und Äußerung. Die enunziative Dimension in den Diskurstheorien Michel Foucaults und Jacques Lacans. In: Warnke, I. H. (Hg.) Diskurslinguistik nach Foucault. Theorien und Gegenstände. Berlin/New York, De Gruyter, 53-80
- Bebbington, P. E. (1978) The epidemiology of depressive disorders. In: Culture, Medicine and Psychiatry, Vol. 2, Nr. 4, 297-341
- Beck-Bornholdt, H.-P./Dubben, H.-H. (2003) Der Schein der Weisen. Irrtümer und Fehltrübe im täglichen Denken. Reinbeck, Rowohlt
- Berger, P. L./Luckmann, T. (1980) Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Frankfurt, Fischer-Taschenbuch Verlag
- Bock, K. D. (2001) Die Evidenz (in) der Evidence-Based Medicine. In: Medizinische Klinik, Jg. 96, Nr. 5, 300–304
- Bock, T./Dörner, K./Naber, D. (2004) Einleitung. Auf dem Weg zur Philosophie der psychiatrischen Erkrankungen. In: Dis. (Hg). Anstöße. Zu einer anthropologischen Psychiatrie. Bonn, Psychiatrie-Verlag, 9-16
- Bowker, G. C./Star S. L. (1996) How things (actor-net)work: Classification, magic and the ubiquity of standards <<http://epl.scu.edu:16080/~gbowker/actnet.html>> (26.01.2008)
- Bowker, G. C./Star S. L. (1999) Sorting Things Out. Cambridge/London, MIT Press
- Breidbach, O. (1997) Die Materialisierung des Ichs. Zur Geschichte der Hirnforschung im 19. und 20. Jahrhundert. Frankfurt, Suhrkamp
- Brown P. J./Barett R. L./Padilla M. B. (1998) Medical Anthropology: An Introduction to the Fields. In: Brown, P. J. (Hg.) Understanding and Applying Medical Anthropology. Mountain View/London/Toronto, Mayfield, 10-19
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2006): ICD-10. -WHO-Ausgabe- Version 2006. Band 1 - Systematisches Verzeichnis. <<http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icd-10-who/version2006/systematik/x1vbp2006.zip>> (29. 12. 2007)

- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)
(2007): ICD-9: Vierstellige ausführliche Systematik <<http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/diagnosen/alt/icd-9-kap.htm>> (27.1.2008)
- Diekwisch, T. (2004) Biologische Beiträge zum Leib-Seele-Problem. Eine wissenschaftshistorische und –theoretische Untersuchung unter besonderer Berücksichtigung der Molekularen Genetik und Theoretischen Biologie. Inauguraldissertation am Fachbereich Gesellschaftswissenschaften und Philosophie der Universität Marburg
<<http://deposit.d-nb.de/cgi-bin/dokserv?idn=97599199x>> (18.10.2007)
- Dombrowski, U./Horatzek, S./Wrehde, J. (2004) Nachlesen oder Nachfragen? – Ein Ansatz zur Intensivierung des Wissenstransfers <http://www.wissensmanagement.net/online/archiv/2004/01_2004/nachlesen.shtml> (10.1.2008)
- Dörner, K. (2003) Standortbestimmung der Medizin und Stellung des Arztes Anfang des 21. Jahrhunderts <http://www.aekno.de/htmljava/a/kammerarchiv/doerner_220303.htm> (23.2.2008)
- Dörner, K. (2004) Nutzen und Schaden des medizinischen Krankheitsbegriffs. In: Bock, T./Dörner, K./Naber, D. (Hg.) Anstöße. Zu einer anthropologischen Psychiatrie. Bonn, Psychiatrie-Verlag, 18-26
- Eckensberger, L. H. (2002) Paradigms revisited: from incommensurability to respected complementarity. In: Keller, H./Poortinga, Y. H./Schölmerich, A. (2002) Between Culture and Biology. Perspectives on Ontogenetic Development. Cambridge, Cambridge University Press, 341-383
- Ehrenberg, A. (2004) Das erschöpfte Selbst. Depression und Gesellschaft in der Gegenwart. Frankfurt/New York, Campus Verlag
- Egger, J. W. (2001) Psychosomatische Medizin – Gibt es psychosomatische Krankheiten? <www.meduni-graz.at/psychologie/psychosomatik.doc> (28.9.07)
- Eisenberg, L. (1977) Disease and Illness. Distinctions Between Professional and Popular Ideas of Sickness. In: Culture, Medicine and Psychiatry, Vol. 1, Nr. 1, 9-23
- Engel, G. E. (1996) Wie lange noch muß sich die Wissenschaft der Medizin auf eine Weltanschauung aus dem 17. Jahrhundert stützen? In: Uexküll, Th. v. (Hg.) Psychosomatische Medizin. (5. Aufl.), Urban & Schwarzenberg, München/Wien/Baltimore, 3-12

- Epstein, R. M. (1999) Mindful Practice. In: Journal of the American Medical Association, Vol. 282, Nr. 9 vom 1.9.1999, 833-839
- Fiedler, G. (2007) Suizide, Suizidversuche und Suizidalität in Deutschland. Daten und Fakten 2005. <<http://www.uke.uni-hamburg.de/extern/tzs/online-text/daten.pdf>> (28.2.2008)
- Foucault, M. (1969) Psychologie und Geisteskrankheit. Frankfurt, Suhrkamp
- Foucault, M. (1977) Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft. Frankfurt, Suhrkamp
- Foucault, M. (1976) Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks. Frankfurt/Berlin/Wien, Ullstein
- Foucault, M. (1991) Die Ordnung des Diskurses. Frankfurt, Fischer
- Fuchs, T. (2001) The Tacit Dimension. In: Philosophy, Psychiatry & Psychology, Vol. 8, Nr. 4, 323-326
- Fuchs, T. (2005) Ökologie des Gehirns. In: Der Nervenarzt, Jg. 76, Heft 1, 1-10
- Greenhalgh, T. (1999) Narrative based medicine in an evidence based world. In: British Medical Journal, Vol. 318, Nr. 7179, 323-325
- Giddens, A. (1997) Die Konstitution der Gesellschaft. Frankfurt, Campus
- Glatzel, J. (1990) Melancholie und Wahnsinn. Darmstadt, Wissenschaftliche Buchgesellschaft
- Glazier, S. (2006) Syncretism. In: Birx, H. J. (Hg.) Encyclopedia of Anthropology. Vol. 5. Thousand Oaks, Sage Reference, 2150-2152
- Goldmann, A. (2005) Achterbahn der Gefühle. In: Die Welt vom 8.8.2005 <http://www.welt.de/print-welt/article687384/Achterbahn_der_Gefuehle.html> (28.2.2008)
- Guyatt, G. et al. (1992) Evidence-Based Medicine. A New Approach to Teaching the Practice of Medicine. In: Journal of the American Medical Association, Vol. 268, Nr. 17, 2420-2425
- Hannerz, U. (1992) Cultural Complexity. Studies in the Social Organization of Meaning. New York, Columbia University Press
- Hastedt, H. (1989) Das Leib-Seele-Problem. Zwischen Naturwissenschaft des Geistes und kultureller Eindimensionalität, Frankfurt, Suhrkamp
- Helman, C. G. (2001) Culture, Health and Illness. London, Arnold

- Helmchen, H. (2005a) Zwischen Individualisierung und Standardisierung. In: Deutsches Ärzteblatt online vom 1.4.2005
<<http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/pdf.asp?id=46114>> (18.2.2008)
- Helmchen, H. (2005b) Zum Krankheitsbegriff in der Psychiatrie. In: Der Nervenarzt, Jg. 77, Heft 3, 271-275
- Hessische Staatskanzlei (2007) Gesetz über die Entziehung der Freiheit geisteskranker, geistesschwacher, rauschgift- oder alkoholsüchtiger Personen.
<http://www.hessenrecht.hessen.de/gesetze/35_gesundheitswesen/352-1-feg/feg.html> (2.3.2008)
- Hoff, P./Hippus, H. (2001) Wilhelm Griesinger (1817-1868) – sein Psychiatrieverständnis aus historischer und aktueller Perspektive. In: Der Nervenarzt, Jg. 72, Heft 11, 885-892
- Hoff, P. (2004) Das Subjekt als Objekt – historische Betrachtungen aus aktuellem Anlass. In: Bock, T./Dörner, K./Naber, D. (Hg.) Anstöße. Zu einer anthropologischen Psychiatrie. Bonn, Psychiatrie-Verlag, 111-121
- Jurk, Charlotte (2005) Der niedergeschlagene Mensch. Depression. Eine sozialwissenschaftliche Studie zur Geschichte und gesellschaftlicher Bedeutung einer Diagnose. Dissertation am Fachbereich Gesellschaftswissenschaften der Universität Gießen <http://deposit.d-nb.de/cgi-bin/dokserv?idn=97935319x&dok_var=d1&dok_ext=pdf&filename=97935319x.pdf> (2.1.2008)
- Kaschuba, W. (1999) Einführung in die Europäische Ethnologie. München, C. H. Beck
- Kendell, R. (2001) The Distinction between mental and physical illness. In: British Journal of Psychiatry, 178, 490-493
- Kleinman, A. (1980) Patients and Healers in the Context of Culture. Berkeley. University of California Press
- Kleinman, A. (2004) Culture and Depression. In: New England Journal of Medicine. Vol. 351, Nr. 10, 951-953
- Klemperer, D. (2003) Arzt-Patienten-Verhältnis: Entscheidung über Therapie muss gemeinsam getroffen werden. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 100, Heft 12, A 753-755
- Kriz, J. (2004) Methodologische Aspekte von „Wissenschaftlichkeit“ in der Psychotherapieforschung. In: Psychotherapie und Sozialwissenschaft, Nr. 1/2004, 6-31

- Landesärztekammer Hessen (2005) Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen. In: Hessisches Ärzteblatt, Jg. 66, 10/2005
<http://www.laekh.de/upload/Aerzte_Info/Fort_Weiterbildung/WB_Abteilung/WBO_2005/WBO_2005_10.pdf> (24.1.2008)
- Lasek, R./Müller-Oerlinghausen, B.(1998) Evidence Based Medicine: Ein neues Zeitalter der Medizin? In: Deutsches Ärzteblatt Jg. 95, Heft 28-29, A1780 - 1782
- Matthiesen, U./Bürkner, H.-J. (2004) Wissensmilieus. Zur sozialen Konstruktion und analytischen Rekonstruktion eines neuen Sozialraum-Typus. In: Matthiesen, U. (Hg.) (2004) Stadtregion und Wissen. Analysen und Plädoyers für eine wissensbasierte Stadtpolitik. Wiesbaden, Verlag für Sozialwissenschaften, 65-90
- Morris, D. B. (2000) Krankheit und Kultur. Plädoyer für ein neues Körperverständnis. München, Kunstmann
- Nader, L. (1972) Up the Anthropologist – Perspectives Gained from Studying Up. In: Hymes, D. (Hg.) Reinventing Anthropology. New York, Pantheon Books, 284-311
- Nonaka, I./Takeuchi, H. (1997) Die Organisation des Wissens. Wie japanische Unternehmen eine brachliegende Ressource nutzbar machen. Frankfurt/New York, Campus Verlag
- Oevermann, U. (2003) Wissenschaft als Beruf. In: Studienstiftung des Deutschen Volks (Hg.) Jahresbericht 2002 – Fakten und Analysen, 20-38
- Pauli, H. G. (1996) Gesundheit und Krankheit: Sozialmedizinische und medizinsoziologische Aspekte. In: Uexküll, Th. v. (Hg.) Psychosomatische Medizin. (5. Aufl.), Urban & Schwarzenberg, München/Wien/Baltimore, 63-72
- Plath, H. E. (2002) Erfahrungswissen und Handlungskompetenz – Konsequenzen für die berufliche Weiterbildung. In: Kleinhenz, G. (Hg.) IAB-Kompendium Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, BeitrAB 250, 517-529
- Polanyi, M. (1985) Implizites Wissen. Frankfurt, Suhrkamp
- RKI, (Robert Koch-Institut) (Hg) (2006) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut, Berlin
<http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=9965&p_sprache=D&p_uid=gast&p_aid=14323678&p_lfd_nr=1> (29.12.2007)

- Russell, B. (1997; Org.: 1945) Philosophie des Abendlandes. Ihr Zusammenhang mit der politischen und der sozialen Entwicklung. Darmstadt, Wissenschaftliche Buchgesellschaft
- Sackett, D. L./Rosenberg, W./Gray, M./Haynes, B./Richardson, S. (1996) Evidence based medicine: what it is and what it isn't. In: British Medical Journal, Vol. 312, Nr. 7023, 71-72
- Saß, H./Wittchen, H.-U./Zaudig, M./Houben, I. (Dt. Bearb.) (2003) Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen -Textrevision- DSM-IV-TR. Göttingen (u. a.), Hogrefe
- Scheper-Hughes, N./Lock, M. (1987) The Mindful Body. A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology. In: Medical Anthropology Quarterly, New Series, Vol. 1, Nr. 1., 6-41
- Schneider, U. J. (2004) Michel Foucault. Darmstadt, Primus
- Smith, M. K. (2003) Michael Polanyi and tacit knowledge. the encyclopedia of informal education <www.infed.org/thinkers/polanyi.htm> (6.1.2008)
- Stehr, N. (1991) Praktische Erkenntnisse. Frankfurt, Suhrkamp
- SVR (2001a) Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band II – Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege. Gutachten 2000/2001. Sachverständigenrat für konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen (Hg.) = Bundestags-Drucksache 14/5661 <<http://dip.bundestag.de/btd/14/056/1405661.pdf>> (18.2.2008)
- SVR (2001b) Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III – Über-, Unter- und Fehlversorgung. Gutachten 2000/2001. Sachverständigenrat für konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen (Hg.) = Bundestags-Drucksache 14/6871 <<http://dip.bundestag.de/btd/14/068/1406871.pdf>> (20.1.2008)
- Taylor, F. W. (1977) Die Grundsätze wissenschaftlicher Betriebsführung. München/Berlin, Oldenbourg
- Titzmann, M. (1989) Kulturelles Wissen – Diskurs – Denksystem. In: Zeitschrift für französische Sprache und Literatur, Vol. 99, 47-61
- Uexküll, Th. v./Wesiack, W. (1996) Wissenschaftstheorie: ein bio-psycho-soziales Modell. In: Uexküll, Th. v. (Hg.) Psychosomatische Medizin. (5. Aufl.), Urban & Schwarzenberg, München/Wien/Baltimore, 13-52
- Ulrich, G. (2006) Das epistemologische Problem in den Neurowissenschaften und die Folgen für die Psychiatrie. In: Der Nervenarzt, Jg. 77, Heft 11, 1287-1300

- Warnke, I. H. (2007) Diskurslinguistik nach Foucault– Dimensionen einer Sprachwissenschaft jenseits textueller Grenzen. In: ders. (Hg.) Diskurslinguistik nach Foucault. Theorien und Gegenstände. Berlin/New York, De Gruyter, 3-24
- Weber, A./Hörmann, G./Köllner, V. (2006) Die Epidemie des 21. Jahrhunderts? In: Deutsches Ärzteblatt Jg. 103, Heft 13 vom 31.3.2006, A 834-841
- Welz, G. (2005) Gesunde Ansichten. Zur Einführung. In: Welz, G. u. a. (Hg.) Gesunde Ansichten. Wissensaneignung medizinischer Laien. Frankfurt, Kulturanthropologie Notizen, Bd. 74, 11-18
- WHO (2006) Constitution of the World Health Organisation, 45. Ed.
<http://www.who.int/entity/governance/eb/who_constitution_en.pdf>
(31.10.2007)
- von Wichert, P. (2005) Evidenzbasierte Medizin (EbM). Begriff entideologisieren. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 102, Heft 22, A 1569-1570
- Willke, H. (2002) Dystopia. Studien zur Krisis des Wissens in der modernen Gesellschaft. Frankfurt, Suhrkamp
- Weniger, T. (2004) Krankheitskonstrukte: Zwischen hilfreicher Diagnose und Stigma. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 101, Heft 39 vom 24.9.2004, A2597-A2598
- Wolfersdorf, M./Kukla, R. (2004) Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland - Klinische stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung 2003. Krankenhauspsychiatrie Bd. 15, 12-15
- Zaumseil, M./Terzioglu, P. (2004) Beziehungsaspekte in der psychiatrischen Pharmakotherapie. In: Bock, T./Dörner, K./Naber, D. (Hg.) Anstöße. Zu einer anthropologischen Psychiatrie. Bonn, Psychiatrie-Verlag, 253-263

Bildverzeichnis

Titel: Werbung an einer Hausfassade, W72nd Street, New York, USA; privat,
Aufnahmedatum: 5. 9. 2007