

## Ein „update“ für die Logotherapie?

Die nachstehenden Details zur neuen internationalen Klassifikationstabelle für psychische Störungen ICD 11, die ab Mai 2015 gültig sein wird, verdanke ich Frau Dr. Katja Günther, Medizinaldirektorin und Fachärztin für Öffentliches Gesundheitswesen in Nürnberg.

Die ICD 11 wird sich sehr wesentlich von der bisher gebräuchlichen Klassifikationstabelle ICD 10 unterscheiden. Der Grund dafür sind die vielen wissenschaftlichen Forschungsergebnisse der modernen Neurobiologie, die mittlerweile vorliegen und die herkömmlichen Ursachenhypothesen zur Entstehung psychischer Störungen und Krankheiten als unzulänglich aufzeigen. Diese Tatsache hat Auswirkungen auf die Lehrgebäude der traditionellen Psychotherapieschulen, darunter auch auf die Konzepte der Franklschen Logotherapie.

Die wichtigste Neuerung betrifft die Erkenntnis, dass eine eindeutige Zuschreibung bestimmter psychischer Störungen zu bestimmten Ursachen nicht mehr haltbar ist, weil es offenbar bei *allen* psychischen Störungen eine *multifaktorielle* Genese gibt. Damit fällt die alte Unterscheidung von Neurosen, die bislang als „primär psychogen“ eingeschätzt wurden, und Psychosen, die als „primär somatogen“ galten, praktisch weg. Es hat sich herausgestellt, dass man auch bei neurotischen Patienten Gene für eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung von Angststörungen codieren und identifizieren kann, ganz genauso wie z.B. bei manisch kranken Patienten.

Zu dieser genetischen Veranlagung (endogener Faktor) tritt die *Epigenetik* (exogene Faktoren) hinzu. Sowohl pränatale schädliche Einflüsse (etwa chemischer Art) als auch missglückte kindliche Bindungserfahrungen oder spätere traumatisierende Life-Events verändern die genetische Information. Man weiß heute, wie eine solche Veränderung vor sich geht: Die durch schädliche Einflüsse stattgefundenen Änderung der genetischen Ausstattung einer Person besteht hauptsächlich in einer Demethylierung von DNA-Abschnitten, die „abgeschaltet“ werden, das heißt, dauerhaft verloren gehen. Dies reduziert den Spielraum, innerhalb dessen Verhaltensänderungen einer Person möglich sind. Allerdings ist auch nachgewiesen, dass man zwar nicht mehr die Genetik, dafür aber die Synapsenbildung und die Dichte der Vernetzungsbahnen der Neuronen nachträglich verbessern kann, und zwar 1. durch Einstellungsveränderungen, und 2. durch die eben gerade noch möglichen Verhaltensänderungen der Person, worin die *physiologische Basis und Berechtigung aller Psychotherapie zu sehen ist*.

Der Verzicht auf die Unterscheidung von Neurosen und Psychosen führt zu zwei andersartigen Unterscheidungskriterien mit Relevanz für die praktische Psychotherapie. Zum einen wird nunmehr dem Schweregrad einer psychischen Störung erhöhtes Augenmerk gewidmet, der als Indikator für den Einsatz von Medikamenten herangezogen wird. Dabei wird die Ansicht vertreten, dass etwa bei gravierenden Angststörungen (früher „Neurosen“) durchaus medikamentöse Hilfe notwendig ist, wohingegen bei einer leichten Paranoia (früher „Psychose“) ein schwaches Neuroleptikum im akuten Schub ausreicht. Die ICD 11 wird diesem Kriterium gerecht, indem sie statt Einteilungen psychischer Störungsbilder deskriptive psychopathologische Befunde auflistet. Ein weiteres Unterscheidungskriterium, das heute allgemeine Verwendung findet, ist das *Ausmaß der Realitätsverkennung* bei einem Patienten. Je stärker dieses ist (früher: je „psychotischer“ er ist), desto notwendiger ist eine entsprechende Medikation. Ein hohes Ausmaß an

Realitätsverkenning findet sich bei Wahnvorstellungen und Halluzinationen (früher „Schizophrenie“), ein mittleres Ausmaß bei Borderline- oder posttraumatischen Belastungs-Störungen, ein geringeres Ausmaß bei Ich- und Selbstwert-Störungen, irrationalen Angst- und Schuldgefühlen etc. Zur Feststellung des jeweiligen Ausmaßes der Realitätsverkenning bei einem Patienten sind genaue Anamnesen, Interviews, ggf. standardisierte Fragebögen u. ä. nötig. *Grundsätzlich gilt:* Je größer der Schweregrad einer psychischen Störung und/oder je massiver die Realitätsverkenning bei einem Patienten ist, desto weniger ist Psychotherapie als alleinige Behandlung und desto mehr ärztlich-medikamentöse Therapie induziert.

*Zusammenfassung:* Monokausale Hypothesen zur Ausbildung von psychischen Störungen sind nicht mehr zeitgemäß. Alle psychischen Störungen haben körperliche Korrelate (= Erhöhung oder Erniedrigung der Dichte gewisser Rezeptoren für gewissen Neurotransmitter in gewissen Hirnregionen). Welche klinischen Symptome bei einem Patienten auftreten, hängt jeweils ab: 1. vom Zeitpunkt eines schädlichen Einflusses (einer „Noxe“), der sich z.B. besonders nachteilig auswirkt beim embryonalen Gehirn oder im ersten Lebensjahr, 2. von der Lokalisation des schädlichen Einflusses im Gehirn, der sich z.B. besonders nachteilig auswirkt im limbischen System bzw. im präfrontalen Cortex, und 3. vom Ausmaß des schädlichen Einflusses. Ob die Noxe dabei eine chemische ist oder in einem psychologischen Stressfaktor (z.B. Vernachlässigung) besteht, ist irrelevant. Interessant ist bei alledem, dass zusätzlich nachgewiesen ist, dass sich auch psychisch erkrankte Menschen *zu sich selbst und zu ihren Störungen unterschiedlich verhalten können* und daher sich selbst und ihre neuronalen Prozesse ein Stück weit verändern können. Eingeschränkt sind dabei allerdings Personen mit erheblichen kognitiven Defiziten, unverrückbaren Wahnvorstellungen und extrem starken Realitätsverkennungen.

Wenden wir uns nun der Frage zu, was diese modernen Erkenntnisse für die Neurosen- und Psychosenlehre Viktor E. Frankls bedeuten.

Zunächst dies: Frankl konnte zu seiner Zeit nur auf den Wissensstand seiner Zeit zurückgreifen. Dennoch hat er mit seinen Aussagen über den „psychophysischen Parallelismus“, zu den von ihm bereits vermuteten neuronalen Korrelaten bei neurotischen Störungen, zur jedwede „Pathogenese“ begleitenden „Pathoplastik“ (Eigenanteil der Person) oder auch zur somatopsychischen Affektion, die selbst bei noogenen Krisen mitbeteiligt ist, seiner Zeit weit vorausgegriffen. Das Fallen eindeutiger Ursachenzuschreibungen zu psychischen Störungen trifft die Logotherapie um vieles weniger als etwa die Psychoanalyse, deren gesamter Heilungsansatz sich ja auf die Aufdeckung von (vermeintlichen) Krankheitsursachen konzentriert. Im Gegensatz dazu spielt die Eruiierung von Krankheitsursachen etwa im Zuge einer Durchforstung der Lebensgeschichte auf Risikofaktoren hin eine äußerst untergeordnete Rolle im logotherapeutischen Setting. Die Suche nach protektiven Faktoren hingegen, wie sie den logotherapeutischen Ansatz kennzeichnet, entspricht ganz und gar dem modernen Anliegen, auf epigenetischem Wege Verbesserungen des psychischen Zustandsbildes bei einem Patienten zu evozieren. Dass mittlerweile nachgewiesen worden ist, dass Einstellungsänderungen im positiven Sinne derartige Verbesserungen in Gang setzen können, ist eine herausragende Bestätigung von Frankls Thesen.

Was eine Anpassung an die neuen Erkenntnisse erfordert, ist im Rahmen der Logotherapie meines Erachtens lediglich *eines*: die Begriffe „somatogen“, „psychogen“ und „noogen“ bedürfen einer Korrektur. Ich sage absichtlich nicht, dass sie wegzulassen wären. Denn jeder, der die Logotherapie gut kennt, weiß, dass Frankl beim Gebrauch dieser drei Begriffe keineswegs hauptsächlich ein kausales Erklärungsmodell für diverse Störungsmuster im Blick hatte, sondern etwas kausale Fragen bei Weitem Übersteigendes, nämlich *die Zuordnung zu ontologischen Dimensionen*, in denen sich Lebensprobleme manifestieren und einer Lösung oder Linderung bedürfen. Für ihn bedeutete „somatogen“, dass ein Geschehen auf der körperlichen Seinsebene virulent geworden ist und einer entsprechenden Behandlung zuzuführen ist. „Psychogen“ bedeutete für ihn, dass sich Störungen in der seelischen Seinsebene eines Menschen verdichtet haben und dort einer Befriedigung harren. „Noogen“ (was außerhalb der Logotherapie überhaupt nicht diagnostiziert wird!) bedeutete für ihn, dass ein Mensch als (auch) geistiges Wesen auf der Suche nach Sinn und Werten ins Straucheln geraten ist und Unterstützung benötigt. Wobei es sämtliche Kombinationen und Querverbindungen geben kann, was eben dann „therapeutische Zangen“ (z.B. Medikation plus psychotherapeutische Methoden oder psychotherapeutische Methoden plus Sinnfindungsgespräche ...) erforderlich macht. Zugegebenermaßen suggeriert die Silbenendung „gen“ einen ätiologischen Konnex, aber weder in der Theorie noch in der Praxis zentriert sich die Logotherapie darum. Was sie will, ist, den Menschen *in seiner ontologischen Vielfalt ernst nehmen*. Was sie will, ist darauf aufmerksam machen, dass sich Menschentum nicht in der Fülle neuronaler Prozesse und im Speichern und Verarbeiten von psychosozialen Einflüssen erschöpft. Von Frankl selbst stammt das Beispiel mit dem Weinen. Ein Mensch kann weinen, weil ein Zwiebelgeruch seine Augen reizt. Er kann weinen, weil er ein schwaches Selbstbewusstsein hat und Kritik schlecht verträgt. Er kann weinen, weil er einen geliebten Menschen durch Tod verloren hat. Wollte man alle Differenzierung aufgeben, müsste man verkürzt behaupten, in jedem Falle sei die Aktivität der Tränendrüsen Ursache des Weinens, weshalb es nützlich sei, dem Betroffenen die Tränen abzuwischen ... bei stärkerem Ausmaß des Weinens eben mit mehr Taschentüchern. Die Primitivität solcher Behauptungen ist evident. *Will man helfen, muss man differenzieren!* Auf körperlicher Seinsebene wird es vernünftig sein, die Zwiebeln zu entfernen. Auf seelischer Seinsebene wird es angemessen sein, Selbstbewusstsein und Frustrationstoleranz zu stärken. Auf geistiger Ebene wird nur ein Trost greifen, der die unverlierbare Werthaftigkeit der geliebten Beziehung ins Bewusstsein hebt. Mein Vorschlag in Bezug auf eine Anpassung der logotherapeutischen Nomenklatur geht daher in die Richtung, *die Silbenendung „gen“ gegen eine andere auszutauschen*, um das von Frankl authentisch Gemeinte in Zukunft klar zu positionieren. Vielleicht wäre die Silbenendung „fokal“ eine passende Alternative. „Fokal“ bedeutet laut Duden „den Brennpunkt betreffend“ und im medizinischen Kontext sogar „einen Krankheitsgrad betreffend“. Ohne irgendwie am Franklschen Lehrgebäude zu rütteln, ließe sich füglich sagen, dass „somatofokal“ hieße, der Brennpunkt (= Schwerpunkt) der Not eines Patienten und folglich auch des therapeutischen Interventionsfeldes liege im körperlichen Bereich. Dass „psychofokal“ hieße, der Brennpunkt (= Schwerpunkt) der Not eines Patienten und folglich auch des therapeutischen Interventionsfeldes liege im seelischen Bereich. Und dass noofokal hieße, der Brennpunkt (= Schwerpunkt) der Not eines Patienten und folglich auch des therapeutischen Interventionsfeldes liege im geistigen Bereich einer Person. Man

kann nicht sagen, dass ich über eine solche Begriffsänderung glücklich wäre, weil ich die Originalausdrücke von Frankl schätze und gewohnt bin, aber ich beuge mich der Einsicht, dass mit fortschreitenden Erkenntnissen Fehldiktionen der Vergangenheit revidiert werden müssen.

Was die alte Einteilung der psychischen Störungsbilder in Neurosen und deren Unterteilungen und in Psychosen und deren Unterteilungen angeht, so glaube ich, dass wir in der Logotherapie mit der Zeit gehen können, indem wir uns von diesen Ausdrücken allmählich trennen. Nicht verzichten können wir jedoch auf die Beschreibung dessen, was diese Ausdrücke beinhaltet haben. Denn die psychischen Krankheiten, Irrungen und Verwirrungen der Menschen sind nicht anders geworden seit den Anfängen der Psychotherapie als seriöse Wissenschaft, und beileibe nicht weniger geworden. Es wird ein bisschen mühsam sein, statt der kurzen, zwar vereinfachenden, dafür aber prägnanteren Spezialausdrücken deskriptive Schilderungen von psychischen Störungsvarianten zu gebrauchen, aber daran soll es nicht scheitern, das kostbare und unglaublich hilfreiche Gedankengut der Logotherapie den künftigen Generationen zu erhalten und an sie weiterzugeben.

Elisabeth Lukas

Juni 2014