

Von psychischen Störungen zu daten-getriebenen Biotypen?

Rationalitäten und Praktiken der Humandifferenzierung in der psychiatrisch-psychologischen Wissensproduktion

Jonas Rüppel

Beitrag zur Veranstaltung »Unterschiede machen – wechselseitige Konstruktionsmodi von Devianz und Differenzkategorien« der Sektion Soziale Probleme und Soziale Kontrolle

Einleitung

Bereits seit den 1960er Jahren sind psychiatrische Klassifikationspraktiken ein prominenter Gegenstand sozialwissenschaftlicher Forschung und Kritik.¹ In zahlreichen Studien wurde seither die Bedeutung psychiatrischer Krankheitskategorien für Prozesse der Pathologisierung und Medikalisierung psychosozialer Probleme herausgearbeitet (zum Beispiel Dellwing, Harbusch 2013; Jutel 2011; Wehling 2016) und gezeigt, wie an entsprechende diagnostische Zuschreibungen Praktiken der Ungleichbehandlung, Stigmatisierung und Diskriminierung anschließen (zum Beispiel Finzen 2013; von Kardorff 2010). Seit Mitte der 2000er Jahre ist die psychiatrische Klassifikation darüber hinaus mit einer Kritik konfrontiert, die von prominenten Akteuren der psychiatrisch-psychologischen Arena selbst artikuliert wird. Diese argumentieren, dass die etablierten diagnostischen Kategorien (etwa einer Depressiven Episode oder einer Schizophrenie) wissenschaftlich-medizinischen Standards nicht genügen und die damit bezeichneten Krankheiten vermutlich gar nicht existieren. Sie fordern daher dazu auf, sich aus dem „epistemischen Gefängnis“ der überkommenen Klassifikationssysteme zu befreien und die bislang reifizierten Diagnosen zu „dekonstruieren“ (zum Beispiel Hyman 2010).

Im folgenden Beitrag möchte ich dieser Problematisierung der psychiatrischen Klassifikation nachgehen und nach ihren Voraussetzungen und Effekten fragen. Ich werde zeigen, dass diese strategischen Interventionen darauf zielen, die „Psy-Disziplinen“ (McAvoy 2014; Rose 1998) und ihre Wissensinfrastruktur nachhaltig zu verändern. Im Fokus des Beitrags steht die *Research Domain Criteria*-Initiative (RDoC) des US-amerikanischen *National Institute of Mental Health* (NIMH), die als eine Lösung der aufgeworfenen Probleme gerahmt wird. Ich werde argumentieren, dass das Gehirn – oder genau-

¹ Für hilfreiche Hinweise und Kritik danke ich Katharina Hoppe, Thomas Lemke, Cara Röhner und Laura C. Schnieder.

er: neuronale Schaltkreise – in dieser Initiative als „obligatorischer Passagepunkt“ (Callon 2006; Latour 1987) psychiatrischer und klinisch-psychologischer Wissensproduktion etabliert wird. RDoC könnte damit dazu beitragen, die „Humankategorie“ psychische Störung zu rekodieren und neue „Menschenarten“ (Hacking 2012) hervorzubringen.

Empirisch basiert die Argumentation auf qualitativen Expert*inneninterviews (Bogner, Menz 2009), Dokumentenanalysen (Prior 2003) sowie einer Ethnographie psychiatrischer Konferenzen (González-Santos, Dimond 2015), die im Rahmen des von der Deutschen Forschungsgemeinschaft geförderten Forschungsprojekts „Die Personalisierung der Depression. Voraussetzungen, Dynamiken und Implikationen der psychiatrischen Biomarker-Forschung“ erhoben wurden (Rüppel et al. 2018a, 2018b). Die interpretative Analyse der empirischen Materialien erfolgte in Anlehnung an die Auswertungsstrategien der Abduktiven Analyse (Tavory, Timmermans 2014; Timmermans, Tavory 2012) und der Situationsanalyse (Clarke et al. 2018; Clarke et al. 2015).

Der Beitrag ist wie folgt aufgebaut. Zunächst werde ich die Logik der heutigen Klassifikationssysteme psychischer Störungen skizzieren, um anschließend zu zeigen, wie diese in den letzten zehn Jahren im psychiatrisch-psychologischen Diskurs zunehmend kritisiert werden. In einem dritten Schritt werde ich die im Rahmen der sogenannten RDoC-Initiative favorisierte epistemische Strategie umreißen und deren Effekte anhand eines exemplarischen Forschungsprojekts veranschaulichen. Abschließend werde ich RDoC als ein ontologisches Experiment konzeptualisieren, das folgenreiche Effekte nicht nur für die Psychiatrie und klinische Psychologie, sondern auch für unsere alltagsweltlichen Vorstellungen von psychischer Krankheit und Normalität zeitigen könnte.

Das ICD-DSM-System als Wissensinfrastruktur

Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) der Weltgesundheitsorganisation sowie das Diagnostische und Statistische Manual psychischer Störungen (DSM) der American Psychiatric Association sind Klassifikationssysteme, an denen sich sowohl die psychiatrische und psychologische Forschung als auch die klinische Praxis ausrichtet.² In beiden Klassifikationssystemen werden die anerkannten psychischen Störungen als Cluster von Erlebnis- und Verhaltensweisen definiert, die entweder beobachtbar sind oder kommunikativ exploriert werden müssen. So ist eine Depression („Depressive Episode“) nach ICD-10 etwa charakterisiert durch eine gedrückte Stimmung, eine Verminderung der Freude, des Interesses und der Energie sowie eine erhöhte Ermüdbarkeit – Symptome, von denen zumindest ein Teil über einen definierten Zeitraum vorliegen muss.³

Insofern diese Klassifikationssysteme psychische Störungen einheitlich definieren und gegeneinander abgrenzen, stellen sie eine bedeutsame Wissensinfrastruktur (Bowker, Star 2000; Edwards 2010) der Psy-Disziplinen (McAvoy 2014; Rose 1998) dar. Sie fungieren als ein „connective tissue“ (Edwards 2010, S.8), das verschiedene Wissenschaftler*innen und Kliniker*innen miteinander ver-

² Die Abrechnung ärztlicher und psychotherapeutischer Leistungen erfolgt in Deutschland unter Bezug auf die zehnte Auflage der ICD (DIMDI 2014). Die psychiatrische und psychologische Forschung orientiert sich hingegen vorwiegend am DSM, das derzeit in der fünften Auflage vorliegt (APA 2013). Die Entwicklung beider Klassifikationssysteme erfolgt in enger Abstimmung miteinander, sodass deren Kategorien heute weitgehend übereinstimmen oder sich zumindest ineinander übersetzen lassen.

³ Darüber hinaus müssen Nebensymptome wie etwa eine Störung des „Appetits“, der „Libido“ oder des „Selbstwertgefühl“ vorliegen. Eine ähnliche Operationalisierung findet sich im DSM-5 für die sogenannte Major Depressive Disorder.

knüpft, deren Praktiken koordiniert und eine globale Zirkulation von Wissen und Technologien ermöglicht (siehe auch Lakoff 2009).⁴

Die skizzierte „deskriptive“ oder „operationale“ Definition psychischer Störungen, die sich auf Symptome im Erleben und Verhalten konzentriert und ätiologische Annahmen⁵ (weitgehend) ausklammert, wurde mit der dritten Ausgabe des DSM im Jahr 1980 etabliert. Dieser Entscheidung war eine längere Kontroverse zwischen verschiedenen Fraktionen der *American Psychiatric Association* (APA) vorausgegangen. Die Krankheitskategorien der zuvor verwendeten Version des DSM (APA 1968) basierten unter anderem auf psychoanalytischen Konzepten und Theorien. So wurde im DSM-II etwa eine „neurotische Depression“ diagnostisch separiert, die im Gegensatz zu eher biologisch-erblich bedingten Formen der Depression als Ausdruck unbewusster psychischer Konflikte konzeptualisiert wurde. Im Laufe der 1970er Jahre mehrten sich kritische Einwände, wonach diese ätiologisch orientierte Unterscheidung psychischer Krankheiten nicht den wissenschaftlichen Standards genüge. Der Fokus auf ätiologisch-theoretische Überlegungen anstelle phänomenologischer Beschreibungen, so das Argument, resultiere in einer mangelnden Reliabilität der Diagnosen. In der Konsequenz behindere dies wiederum die biologisch-psychiatrische und insbesondere psychopharmakologische Forschung, da diese Ansätze möglichst homogene Samples von Proband*innen und damit eindeutige Kategorien voraussetzen (siehe zum Beispiel Decker 2013; Mayes, Horwitz 2005, S.263; Wilson 1993).

Obwohl das inzwischen auch in der ICD übernommene operationale Klassifikationsprinzip vielfach als „atheoretisch“ beschrieben wird, war mit diesem also durchaus eine spezifische konzeptuelle Ausrichtung und Erwartung verbunden. Auf der Basis deskriptiv definierter Kategorien sollten die biologischen Grundlagen psychischer Krankheiten aufgeklärt, valide Krankheitsentitäten identifiziert und krankheitsspezifische Interventionen entwickelt werden. Ein deutscher Professor für Psychiatrie, der in den 1980er Jahren die Einführung des DSM-III unterstützt hatte, betont dementsprechend im Interview, dass die psychiatrische Klassifikation mit diesem Manual an einem medizinisch-genetischen Krankheitsmodell ausgerichtet worden sei.

„Da sind natürlich gravierende Annahmen drin: Zum Beispiel, dass es einen Weg gibt von den äußerlich beobachtbaren, vom Patienten berichteten Symptomen zur Ätiologie. (...) Hier war ja die wesentliche Auffassung, dass alles genetisch sei, dass man also durch gute Abgrenzung, durch gute Beschreibung und Abgrenzung der Syndrome allmählich zu dem ... zum sauberen „carving nature at its joints“, nicht? zur sauberen Abtrennung von Krankheitsentitäten kommt, und dann noch ein bisschen weiter forscht über Verlauf und Familie und sonst was und Molekularbiologie, und dann habe ich den Schlüssel“ (P8 262–272).

Die mit der Einführung des DSM-III und dem operationalen Klassifikationsprinzip verbundene Erwartung, von der Abgrenzung psychiatrischer Krankheitseinheiten auf der Basis von Symptomen zur Aufklärung von deren biologischen Grundlagen und Ursachen vorzudringen, hat sich bislang nicht erfüllt. Wie in psychiatrischen Reviews regelmäßig festgestellt wird, konnte bislang weder ein einzelner biologischer Marker noch eine Konstellation verschiedener biologischer Parameter identifiziert werden, der oder die mit einer ausreichenden Spezifität und Sensitivität mit einer der etablierten psychischen Stö-

⁴ Darüber hinaus können sie als „sozio-medizinische Archive“ (Brown 2000, S.83) begriffen werden, deren Analyse die in den Kategorien sedimentierten „layers of negotiations, compromise, and interests“ (Jutel 2011, S.xiv) offen legen kann.

⁵ Annahmen über zugrunde liegende Ursachen und Pathomechanismen werden bei den Definitionen psychischer Störungen in ICD-10 und DSM-5 weitgehend ausgeklammert. Eine prominente Ausnahme bildet die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS).

rungsbilder assoziiert ist (zum Beispiel Bandelow et al. 2016; Fabbri et al. 2017; Schmitt et al. 2017). Auch die Entwicklung krankheitsspezifischer Medikamente hat sich nicht realisiert. Im psychiatrischen Diskurs wird regelmäßig beklagt, dass sich die forschende Pharma-Industrie daher aus dem Bereich der Psychopharmakologie zurückziehe. Zahlreiche Unternehmen hätten ihre Forschungsbemühungen in diesem Bereich inzwischen sogar gänzlich eingestellt (zum Beispiel Wegener, Rujescu 2013).

Das ICD-DSM-System als epistemisches Gefängnis

In den letzten zehn Jahren geraten das ICD-DSM-System und dessen klassifikatorische Prinzipien innerhalb der psychiatrisch-psychologischen Arena zunehmend in die Kritik. Ein Akteur, dem dabei eine federführende Rolle zukommt, ist das US-amerikanische *National Institute of Mental Health* (NIMH) – die mit einem jährlichen Volumen von rund 1,5 Milliarden US-Dollar international bedeutsamste Institution der Forschungsförderung im Bereich der psychischen Gesundheit.⁶ Im Jahr 2010 veröffentlichte Steven Hyman (Hyman 2010), ehemaliger Direktor des NIMH, einen Artikel mit der provokanten Überschrift *The Diagnosis of Mental Disorders: The Problem of Reification*. Darin argumentiert er, dass die mit dem DSM-III etablierte operationale Definition psychischer Störungen die Reliabilität psychiatrischer Diagnosen zwar signifikant erhöht habe, inzwischen jedoch auch folgenreiche Probleme dieses Klassifikationsprinzips evident geworden seien. Neben einer fortschreitenden „Überspezifizierung“ der Störungsbilder und häufigen Komorbiditäten⁷ beklagt Hyman insbesondere, dass genetische und neurowissenschaftliche Forschungsergebnisse nicht mit den kategorialen Unterscheidungen des DSM korrespondieren würden. Wird in einer Studie eine ‚biologische Auffälligkeit‘ (etwa ein mit einer genetischen Variation erhöhtes Erkrankungsrisiko) identifiziert, zeige sich zumeist in weiteren Untersuchungen, dass diese Variation nicht als krankheitsspezifisch gelten kann, insofern sie auch bei anderen psychiatrischen Störungsbildern beobachtbar ist. Trotz dieser epistemischen und klinischen Probleme bleibe eine grundlegende Transformation der psychiatrischen Klassifikationssysteme aus. Die Ursache dafür sieht Hyman in dem Umstand, dass das DSM inzwischen das gesamte „universe of mental disorders“ (Hyman 2010, S.156) strukturiere. Im Bereich der psychiatrischen und klinisch-psychologischen Forschung sei ein Rekurs auf deren Krankheitskategorien etwa notwendig, um Forschungsanträge bewilligt, Forschungsergebnisse publiziert oder Medikamente zugelassen zu bekommen. Sogar Tiermodelle würden inzwischen danach bewertet, inwieweit sie die diagnostischen Kategorien des DSM angemessen repräsentieren. Forschung, die sich nicht in dieses kategoriale Schema fügt, werde also systematisch unterbunden. Damit habe sich das DSM zu einem „epistemischen Gefängnis“ entwickelt, das die psychiatrische Forschung behindere, indem es den Raum möglicher Forschungsfragen und -ansätze begrenzt. Um in Zukunft wissenschaftlich-medizinischen Fortschritt zu ermöglichen, so Hymans Botschaft, müsse sich die Psychiatrie aus diesem Gefängnis befreien. Die bislang „reifizierten Diagnosen“ müssten „dekonstruiert“ werden, um eine „fresh bottom-up reanalysis“ zu ermöglichen.

⁶ Zum Budget der Institution siehe: <https://www.nimh.nih.gov/about/budget/index.shtml>; zuletzt zugegriffen am 25.1.2019.

⁷ Eine Komorbidität liegt dann vor, wenn zwei oder mehr Störungen gleichzeitig diagnostiziert werden. Die „Überspezifizierung“ psychischer Störungen, so die Argumentation Hymans, habe zur Folge, dass eine zunehmende Anzahl von Patient*innen deren Kriterien nicht mehr erfülle, sodass diese Patient*innen den jeweiligen Restekategorien („Nicht näher bezeichnet“) zugeordnet werden (Hyman 2010, S.166–67).

Erst dies könne zukünftig zu einer neuen und validen Klassifikation psychischer Störungen führen (Hyman 2010, S.171–172).⁸

Wenige Tage vor der Veröffentlichung der fünften Version des DSM im Jahr 2013 hat ein Nachfolger Steven Hymans auf dem Posten des Direktors des NIMH, Tom Insel, einen vielbeachteten Blog-Post veröffentlicht. In dem mit *Transforming Diagnosis* betitelten Beitrag rahmt er das DSM als Ausdruck eines wissenschaftlichen Rückstands der Psychiatrie gegenüber anderen medizinischen Disziplinen: Während symptom-basierte Diagnosen ehemals auch in anderen medizinischen Feldern verbreitet gewesen wären, seien diese in den letzten 50 Jahre durch „objektive Labormessungen“ ersetzt worden.

“Unlike our definitions of ischemic heart disease, lymphoma, or AIDS, the DSM diagnoses are based on a consensus about clusters of clinical symptoms, not any objective laboratory measure. In the rest of medicine, this would be equivalent to creating diagnostic systems based on the nature of chest pain or the quality of fever. Indeed, symptom-based diagnosis, once common in other areas of medicine, has been largely replaced in the past half century as we have understood that symptoms alone rarely indicate the best choice of treatment” (Insel 2013).

Der Fortschritt der Psychiatrie, so legt Insel damit nahe, ließe sich an der Transformation von symptom-basierten Diagnosen zu „objektiven Laboruntersuchungen“ bemessen. Das DSM-5 würde zu diesem notwendigen Schritt nicht nur keinen Beitrag leisten, sondern diesen sogar behindern, falls die „arbiträren“ DSM-Kategorien in der psychiatrischen und klinisch-psychologischen Forschung auch weiterhin als „Gold Standard“ herangezogen werden. Unter dem Namen *Research Domain Criteria* (RDoC) habe das NIMH daher ein neues Rahmenprogramm der Forschungsförderung ins Leben gerufen. Wissenschaftliche Studien, die ausschließlich auf die im DSM verankerten Krankheitskategorien rekurrieren, sollten nicht länger finanziell unterstützt werden. Stattdessen würde sich die Förderung des NIMH zukünftig auf solche Projekte beschränken, die die Grundlagen für ein neues Klassifikationssystem auf der Basis genetischer, neuro- und kognitionswissenschaftlicher Daten legen. In einem gemeinsam mit dem Psychiater Shitij Kapur und dem Psychologen Anthony G. Philipps verfassten Aufsatz formulierte er diese Strategie ein Jahr zuvor wie folgt:

„Rather than seek biomedical tests that can ‘diagnose’ DSM-defined disorders, the field should focus on identifying biologically homogenous subtypes that cut across phenotypic diagnosis – thereby sidestepping the issue of a gold standard“ (Kapur et al. 2012, S.1174).

Das ICD-DSM-System, dem nach seiner Etablierung als Infrastruktur psychiatrisch-psychologischer Wissensproduktion bislang die Tendenz innewohnte, im Hintergrund der Forschungsbemühungen zu verschwinden, ist damit wieder in den Vordergrund gerückt. Im Anschluss an Star und Lampland (Star, Lampland 2017) können die skizzierten Prozesse somit als eine „infrastrukturelle Inversion“ begriffen werden, wobei die Problematisierung jedoch von den Akteuren des Feldes selbst vorangetrieben wird. Da sich infrastrukturelle Transformationsprozesse in einem von Machtverhältnissen durchzogen

⁸ Hyman plädiert jedoch nicht für einen radikalen Bruch mit den gegenwärtigen Klassifikationssystemen, da dies „disruptive Effekte“ nicht nur für die psychiatrische Forschung, sondern auch für die klinische Praxis sowie die gesellschaftlichen Verwaltungsapparate (Recht, Krankenkassen etc.) zeitigen würde. Zugleich stellt er jedoch fest: „The problems that have emerged within the DSM ‚paradigm‘ (based on operationalized criteria that define a large number of categorical disorders) cannot be fixed by tinkering with existing criteria sets or by adding or subtracting diagnoses at the margins“ (Hyman 2010, S.171).

Raum vollziehen, sind diese in der Regel durch manifeste Konflikte gekennzeichnet (Bowker, Star 2017, S.177–182; Edwards 2010, S.12). Auch der Vorstoß von Insel blieb dementsprechend nicht ohne Widerspruch. Stattdessen wird seither vor allem innerhalb der US-amerikanischen Forschungslandschaft eine kontroverse Debatte um die Potenziale und Fallstricke von RDoC geführt (zum Beispiel Wakefield 2014; Walter 2017).⁹

Eine Konfiguration von Biotypen: Strategien und Effekte von RDoC

Auch wenn sich die Neuausrichtung des NIMH nicht in der von Tom Insel angekündigten Radikalität realisiert hat und diese Institution noch immer Forschung unterstützt, die sich am DSM orientiert, hat sie inzwischen doch immerhin 61 Forschungsprojekte im Rahmen der RDoC-Initiative finanziert.¹⁰ In einem 2015 in der Zeitschrift *Science* erschienen Artikel haben Tom Insel und Bruth Cuthbert, Psychologe und Projektkoordinator am NIMH, die Ziele und die epistemische Strategie von RDoC am hypothetischen Beispiel affektiver Störungen erläutert (Insel, Cuthbert 2015). Patient*innen, denen entsprechend der symptom-basierten DSM- und ICD-Kriterien bislang die Diagnose einer Major Depressive Disorder, eine Dysthymie oder einer bipolaren Störung zugewiesen wurde, weisen demnach nicht nur zwischen, sondern auch innerhalb dieser Kategorien eine signifikante pathophysiologische Heterogenität auf. Ziel der Initiative ist daher die „Dekonstruktion“ dieser Diagnosen, wobei die pathophysiologische Heterogenität – in der folgenden Grafik (Abbildung 1) symbolisiert durch farbliche Differenzen der Figuren – dechiffriert und die Patient*innen in neue, homogenere Cluster geordnet werden sollen.

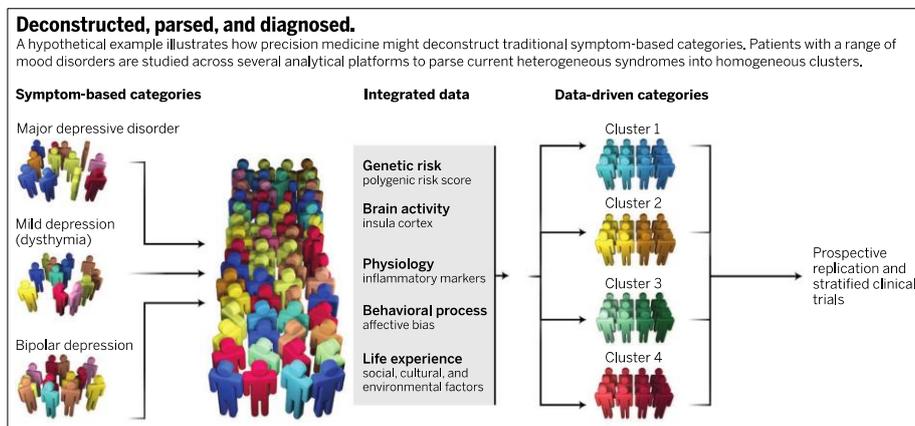


Abbildung 1: Grafik aus Insel und Cuthbert 2015, S.500.

Die anvisierte „daten-getriebene“ Neuordnung, so ist der Grafik ebenfalls zu entnehmen, soll auf der Grundlage einer integrativen Analyse vielfältiger Daten (etwa genetischer Variationen, Hirnaktivitäten und Lebensereignissen) erfolgen. Auf welche Daten bei dieser analytischen Integration in welcher Weise zurückgegriffen werden soll, wird bei einem genaueren Blick auf die sogenannte „RDoC Matrix“

⁹ Zudem finden sich alternative Vorschläge für eine Neuausrichtung psychiatrischer und klinisch-psychologischer Forschung, deren Vertreter*innen sich teils deutlich von RDoC abgrenzen (zum Beispiel die sogenannten Netzwerkmodelle psychischer Störungen; Borsboom 2017).

¹⁰ Eine Liste der geförderten Projekte ist zugänglich über: <https://www.nimh.nih.gov/research-priorities/rdoc/rdoc-funding-opportunities.shtml>; zuletzt zugegriffen am 27.1.2019.

erkennbar.¹¹ Dabei handelt es sich um ein tabellarisches Schema, das die Erhebung und integrative Analyse empirischer Daten anleiten und koordinieren soll.

Ausgehend von sechs „Domänen“ psychischen Funktionierens (etwa Kognitiven Systemen, Systemen für Soziale Prozesse oder Arousal und Regulatorischen Systemen) wurde diese Matrix von ausgesuchten Expert*innen erarbeitet. Für jede der genannten „Domänen“ sollten sie wissenschaftliche Konstrukte identifizieren, die die damit bezeichneten kognitiven, emotionalen oder verhaltensbezogenen Prozesse angemessen erfassen. So fallen unter die Domäne „Kognitive Prozesse“ nun etwa die Konstrukte „Aufmerksamkeit“, „Wahrnehmung“ und „Kognitive Kontrolle“. Wissenschaftssoziologisch von besonderem Interesse sind die Kriterien, anhand derer diese Auswahl von Konstrukten stattgefunden hat. Neben einer ausreichenden Konstruktvalidität musste auch Evidenz dafür vorliegen, dass die mit dem Konstrukt erfassten Prozesse und Verhaltensweisen durch einen bekannten neuronalen Schaltkreis „ausgeführt“ („implements the behavior“) werden (Cuthbert, Kozak 2013, S.929–930). Die auf diese Weise generierten Domänen und Konstrukte bilden nun die Zeilen der „RDoC Matrix“. Die Spalten dieser Tabelle setzen sich hingegen aus sogenannten „Analyseeinheiten“ zusammen. Damit werden jene Ebenen bezeichnet, auf denen die ausgesuchten Konstrukte in empirischen Studien erforscht werden sollen: Gene, Moleküle, Zellen, (Neuronale) Schaltkreise, Physiologie, Verhalten und Selbstberichte. Alle Wissenschaftler*innen werden nun vom NIMH aufgefordert, die Felder der Matrix durch die Ergebnisse psychologisch-psychiatrischer Studien zu ‚füllen‘ (Insel et al. 2010, S.396; Ostergaard et al. 2014, S.410).

Schon dieser kurze Überblick macht deutlich, dass dem Gehirn bzw. neuronalen Schaltkreisen im Rahmen von RDoC eine hervorgehobene Stellung zukommt: Erstens wurden explizit nur solche Konstrukte aufgenommen, die – dem heutigen Forschungsstand entsprechend – auf die Aktivität neuronaler Schaltkreise zurückgeführt werden. Konstrukte, die solche Zusammenhänge nicht aufweisen, wurden also *a priori* ausgeschlossen. Zweitens stehen neuronale Schaltkreise gewissermaßen im Zentrum der differenzierten Analyseeinheiten. Ihnen werden jeweils drei Ebenen ‚nach oben‘ (Physiologie, Verhalten, Selbstberichte) und drei Ebenen ‚nach unten‘ (Zellen, Moleküle, Gene) zur Seite gestellt (siehe auch Whooley 2014).

Einen Ausblick auf den im Rahmen von RDoC anvisierten Transformationsprozess vermittelt eine fMRT-basierte Längsschnittstudie, die derzeit an der Stanford University unter der Leitung von Leanne Williams (Williams 2016; Williams et al. 2016) durchgeführt wird und explizit auf die Entwicklung einer „brain-based taxonomy for mental disease“ zielt. Anhand vorliegender Metanalysen und Reviews wird in diesem Projekt zwischen sechs neuronalen Schaltkreisen (zum Beispiel dem „default mode circuit“, dem „negative affect circuit“ oder dem „cognitive control circuit“) unterschieden und postuliert, dass auf der Basis von Hypo- und Hyperaktivitäten dieser Schaltkreise zwischen „Biotypen“ des Angst-Depressions-Spektrums differenziert werden kann. Die artikulierte Hoffnung ist, dass die Unterscheidung solcher „Biotypen“ die Entwicklung neuer Interventionsweisen sowie die klinische Praxis zukünftig besser anleiten könnte als die etablierten symptom-basierten Diagnosen. Während eine Hypoaktivität des „cognitive control circuit“ – so das von den Autor*innen entworfene hypothetische Szenario – etwa eine transkranielle Magnetstimulation (TMS) indizieren könnte, wäre bei einer Hyperaktivität des „negative affect circuits“ möglicherweise eine kognitive Verhaltenstherapie wirksamer. Noch liegen keine Daten darüber vor, ob sich diese oder ähnliche „Biotypen“ sowie entsprechende therapeutische

¹¹ Die Matrix ist online zu finden unter: <https://www.nimh.nih.gov/research-priorities/rdoc/constructs/rdoc-matrix.shtml>; zuletzt zugegriffen am 25.1.2019.

Zusammenhänge auch empirisch ‚auffinden‘ lassen. Schon jetzt sieht der deutsche Psychiater und Philosoph Henrik Walter darin jedoch ein „Paradebeispiel“ (Walter 2017) RDoC-inspirierter Forschung.

Schluss: RDoC als ontologisches Experiment

In diesem Beitrag habe ich das ICD-DSM-System als ein bedeutsames Element der Wissensinfrastruktur der Psy-Disziplinen eingeführt, das in den letzten Jahren jedoch zunehmend problematisiert wird. Vorangetrieben wird diese „infrastrukturelle Inversion“ (Star, Lampland 2017) nicht durch externe Kritiker*innen, sondern durch Akteure der psychiatrisch-psychologischen Arena selbst. Die Anthropologen Casper Bruun Jensen und Atsuro Morita (Jensen, Morita 2017) postulieren, dass Infrastrukturen nicht für epistemische Praktiken von enormer Bedeutung sind, sondern als „ontologische Experimente“ begriffen werden können. Unter Rekurs auf das Konzept des Experimentalsystems (Rheinberger 1992, 2006a, 2006b) argumentieren sie, dass Infrastrukturen eine Vielzahl heterogener Elemente (neu) zusammensetzen und damit die Welt in spezifischer Weise konfigurieren. Infrastrukturen transformieren räumlich und zeitlich verteilte Praktiken und generieren auf diese Weise neue „praktische Ontologien“ (siehe auch Mol 2002). RDoC stellt sich aus dieser Perspektive als ein „ontologisches Experiment“ dar, das heterogene Praktiken und Elemente – etwa Patient*innen, Affekte, Fragebögen, Magnetresonanztomographen und neuronale Schaltkreise – neu arrangiert und damit zugleich psychisches Leiden auf neue Weise in Kraft setzt. Wie jedes Experimentalsystem ist auch RDoC durch eine irreduzible Kontingenz und Unvorhersehbarkeit gekennzeichnet. Experimentieren ist, wie Rheinberger (Rheinberger 1992, S.11) schreibt, ein „inhärent offenes und unabschließbares Spiel“. Aber auch wenn die Resultate von RDoC nicht prädictiert werden können, kann diese Initiative doch als Instrument und Effekt einer bedeutsamen Verschiebung begriffen werden: Sie hat das Potenzial, neuronale Schaltkreise als „obligatorischen Passagepunkt“ (Callon 2006; Latour 1987) psychiatrischer und klinisch-psychologischer Wissensproduktion zu etablieren. Dies impliziert nicht, dass stärker psychosozial ausgerichtete Forschungs- und Therapieansätze *a priori* ausgeschlossen werden. Diese sind im Rahmen von RDoC jedoch nur dann intelligibel, wenn sie in der einen oder anderen Weise auf neurowissenschaftliche Wissensformen und Technologien rekurrieren.¹²

Aus der Perspektive einer „Soziologie der Humandifferenzierung“ (Hirschauer 2017) hat RDoC das Potenzial, die „Humankategorie“ psychische Störung zu rekodieren und neue „Menschenarten“ (Hacking 2012) hervorzubringen (siehe auch Krings 2017). Es ist zu erwarten, dass die auf biopsychiatrischen Wissenspraktiken basierenden und an neuronalen Schaltkreisen ansetzenden Grenzziehungen die bislang institutionalisierten psychiatrischen Unterscheidungen nicht einfach ersetzen, sondern mit diesen – wie Stefan Hirschauer und Tobias Boll (Hirschauer, Boll 2017, S.12) formulieren – in „ein komplexes Spiel der Überlagerung und Außerkraftsetzung“ eintreten. Ob dieses Spiel in neuen stabilisierten und institutionalisierten Kategorien resultieren wird, die auch die alltäglichen Selbst- und Fremdeutungen affizieren, ist eine empirisch offene Frage. Tom Insel und Bruth Cuthbert (Insel, Cuthbert 2015) plädieren jedoch schon heute dafür, den Begriff der „psychischen Störung“ durch den der „brain disorder“ zu ersetzen. Dieser Vorschlag ist keineswegs neu. Im Gegenteil hat bereits Wilhelm Griesinger, der vielfach als Begründer der modernen Universitätspsychiatrie angeführt wird, in der ersten

¹² Eine dementsprechend offene Argumentation findet sich etwa bei Walter (Walter 2017, S.542), der das Hirn als ein „Nadelöhr“ begreift, das alle relevanten „Faktoren“ passieren müssten, „um sich als psychopathologische Symptome und psychisches Leid zu äußern“ oder – so wäre zu ergänzen – um dieses Leid wirksam zu mindern.

Ausgabe des „Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten“ (1868) festgestellt, „daß die sogen. ‚Geisteskranken‘ Hirn- und Nervenranke Individuen sind“ (Griesinger zitiert nach Blasius 1994, S.49). Im Rahmen von RDoC wird ein entsprechender Zugriff auf psychisches Leiden jedoch auf neue Weise in der Wissensinfrastruktur der Psychiatrie und Klinischen Psychologie verankert.

Literatur

- APA. 1968. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Second Edition (DSM-II)*. Washington: American Psychiatric Association.
- APA. 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. Washington, DC u.a: American Psychiatric Publ.
- Bandelow, B., D. Baldwin, M. Abelli, C. Altamura, B. Dell’Osso, K. Domschke, N. A. Fineberg, E. Grünblatt, M. Jarema, E. Maron, D. Nutt, S. Pini, M. M. Vaghi, A. Wichniak, G. Zai und P. Riederer. 2016. Biological markers for anxiety disorders, OCD and PTSD – a consensus statement. Part I: Neuroimaging and genetics. *World J Biol Psychiatry* 17(5):321–365. doi:10.1080/15622975.2016.1181783
- Blasius, D. 1994. *„Einfache Seelenstörung“ : Geschichte der deutschen Psychiatrie 1800–1945*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Bogner, A. und W. Menz. 2009. Das theoriegenerierende Experteninterview: Erkenntnisinteresse, Wissensformen, Interaktion. In *Experteninterviews*, Hrsg. A. Bogner, B. Littig, und W. Menz, 61–98. Wiesbaden: Springer VS.
- Borsboom, D. 2017. A network theory of mental disorders. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)* 16(1):5–13. doi:10.1002/wps.20375
- Bowker, G. C. und S. L. Star. 2000. *Sorting things out: classification and its consequences*. Cambridge, Mass.: MIT Press.
- Bowker, G. C. und S. L. Star. 2017. Kategoriale Arbeit und Grenzinfrastrukturen. Bereichernde Klassifikationstheorien. In *Grenzobjekte und Medienforschung*, Hrsg. S. Gießmann und N. Taha, 167–203. Bielefeld: Transcript.
- Brown, P. 2000. Naming and Framing: The Social Construction of Diagnosis and Illness. In *Perspectives in Medical Sociology*, Hrsg. P. Brown, 74–103. Long Grove: Waveland Press.
- Callon, M. 2006. Einige Elemente einer Soziologie der Übersetzung. Die Domestikation der Kammuscheln und der Fischer der St. Brieuc-Bucht. In *ANTHology. Ein einführendes Handbuch zur Akteur-Netzwerk-Theorie*, Hrsg. A. Belliger und D. J. Krieger, 135–174. Bielefeld: transcript.
- Clarke, A., Friese, C. und Washburn, R. 2018. *Situational Analysis: Grounded Theory After the Interpretive Turn*. Thousand Oaks, California, USA: SAGE Publications.
- Clarke, A. E., C. Friese, und R. Washburn. 2015. *Situational analysis in practice: Mapping research with grounded theory*. Walnut Creek, Calif.: Left Coast Press.
- Cuthbert, B. N. und M. J. Kozak. 2013. Constructing constructs for psychopathology: the NIMH research domain criteria. *J Abnorm Psychol* 122(3):928–937. doi:10.1037/a0034028
- Decker, H. S. 2013. *The making of DSM-III: A diagnostic manual's conquest of American psychiatry*. New York: Oxford University Press.
- Dellwing, M. und M. Harbusch. 2013. *Krankheitskonstruktionen und Krankheitstreiberei: Die Renaissance der soziologischen Psychiatriekritik*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- DIMDI. 2014. Hrsg. *ICD-10-GM: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme*. Köln.
- Edwards, P. N. 2010. *A vast machine: computer models, climate data, and the politics of global warming*. Cambridge, Mass.: MIT Press.

- Fabbri, C., L. Hosak, R. Mossner, I. Giegling, L. Mandelli, F. Bellivier, . . . A. Serretti. 2017. Consensus paper of the WFSBP Task Force on Genetics: Genetics, epigenetics and gene expression markers of major depressive disorder and antidepressant response. *World J Biol Psychiatry* 18(1):5–28. doi:10.1080/15622975.2016.1208843
- Finzen, A. 2013. *Stigma psychische Krankheit. Zum Umgang mit Vorurteilen, Schuldzuweisungen und Diskriminierungen*. Köln: Psychiatrie-Verlag.
- González-Santos, S. und R. Dimond. 2015. Medical and Scientific Conferences as Sites of Sociological Interest: A Review of the Field. *Sociology Compass* 9(3):235–245.
- Hacking, I. 2012. *Menschenarten: the looping effect of human kinds*. Zürich: Verl. Sphères.
- Hirschauer, S. 2017. Hrsg. *Un/doing differences: Praktiken der Humandifferenzierung*. Weilerswist: Velbrück Wissenschaft.
- Hirschauer, S. und T. Boll. 2017. Un/doing differences. Zu Theorie und Empirie eines Forschungsprogramms. In *Un/doing differences. Praktiken der Humandifferenzierung*, Hrsg. S. Hirschauer, 7–28. Weilerswist: Velbrück Wissenschaft.
- Hyman, S. E. 2010. The Diagnosis of Mental Disorders: The Problem of Reification. *Annual Review of Clinical Psychology* 6(1):155–179. doi:10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091532
- Insel, T. 2013. Transforming Diagnosis. *NIMH Blog of the Director*. Retrieved from <https://www.nimh.nih.gov/about/directors/thomas-insel/blog/2013/transforming-diagnosis.shtml> (Zugegriffen: 29.1.2019)
- Insel, T., B. Cuthbert, M. Garvey, R. Heinssen, D. S. Pine, K. Quinn, . . . P. Wang. 2010. Research domain criteria (RDoC): Toward a new classification framework for research on mental disorders. *Am J Psychiatry* 167(7):748–751. doi:10.1176/appi.ajp.2010.09091379
- Insel, T. R. und B. N. Cuthbert. 2015. Brain disorders? Precisely Precision medicine comes to psychiatry. *Science* 348(6234):499–500.
- Jensen, C. B. und A. Morita. 2017. Introduction: Infrastructures as Ontological Experiments. *Ethnos* 82(4):615–626. doi:10.1080/00141844.2015.1107607
- Jutel, A. 2011. *Putting a name to it. Diagnosis in contemporary society*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Kapur, S., A. G. Phillips und T. R. Insel. 2012. Why has it taken so long for biological psychiatry to develop clinical tests and what to do about it? *Molecular Psychiatry* 17(12):1174–1179. doi:10.1038/mp.2012.105
- Krings, M. 2017. Albinismus. Rekodierungen einer Humankategorie in historisch variablen Rahmungen. In *Un/Doing Differences. Praktiken der Humandifferenzierung*, Hrsg. S. Hirschauer, 358–390. Weilerswist: Velbrück Wissenschaft.
- Lakoff, A. 2009. *Pharmaceutical reason: Knowledge and value in global psychiatry*. Cambridge u.a.: Cambridge Univ. Press.
- Latour, B. 1987. *Science in action: how to follow scientists and engineers through society*. Cambridge, Mass: Harvard Univ. Press.
- Mayes, R. und A. V. Horwitz. 2005. DSM-III and the revolution in the classification of mental illness. *Journal of the History of the Behavioral Sciences* 41(3):249–267. doi:10.1002/jhbs.20103
- McAvoy, J. 2014. Psy disciplines. In *Encyclopedia of Critical Psychology*, Hrsg. T. Teo, 1527–1529. New York: Springer.
- Mol, A. 2002. *The body multiple: ontology in medical practice*. Durham: Duke University Press.
- Ostergaard, S. D., M. Fava, A. J. Rothschild und K. M. Deligiannidis. 2014. The implications of the National Institute of Mental Health Research Domain Criteria for researchers and clinicians. *Acta Psychiatr Scand* 130(6):409–414. doi:10.1111/acps.12331
- Prior, L. 2003. *Using documents in social research*. London u.a.: Sage.
- Rheinberger, H.-J. 1992. *Experiment, Differenz, Schrift: zur Geschichte epistemischer Dinge*. Marburg an der Lahn: Basiliken-Press.

- Rheinberger, H.-J. 2006a. *Experimentalsysteme und epistemische Dinge: eine Geschichte der Proteinsynthese im Reagenzglas*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Rheinberger, H.-J. 2006b. *Epistemologie des Konkreten: Studien zur Geschichte der modernen Biologie*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Rose, N. 1998. *Inventing our selves: Psychology, power and personhood*. Cambridge: Cambridge Univ. Press.
- Rüppel, J., L. Schnieder und T. Lemke. 2018a. Die Personalisierung der Depression. *Gen-Ethischer Informationsdienst - Online*.
- Rüppel, J., L. Schnieder und T. Lemke. 2018b. Die Personalisierung der Depression. Entwicklungslinien der psychiatrischen Biomarker-Forschung. *Bioskop* (83):14–15.
- Schmitt, A., D. Martins-de-Souza, S. Akbarian, J. S. Cassoli, H. Ehrenreich, A. Fischer, . . . P. Falkai. 2017. Consensus paper of the WFSBP Task Force on Biological Markers: Criteria for biomarkers and endophenotypes of schizophrenia, part III: Molecular mechanisms. *The World Journal of Biological Psychiatry* 18(5):330–356. doi:10.1080/15622975.2016.1224929
- Star, S. L. und M. Lampland. 2017. Mit Standards leben. In *Grenzobjekte und Medienforschung*, Hrsg. S. Gießmann und N. Taha, 483–510. Bielefeld: transcript.
- Tavory, I. und S. Timmermans. 2014. *Abductive analysis: Theorizing qualitative research*. Chicago etc.: University of Chicago Press.
- Timmermans, S. und I. Tavory. 2012. Theory Construction in Qualitative Research. From Grounded Theory to Abductive Analysis. *Sociological Theory* 30(3):167–186. doi:10.1177/0735275112457914
- von Kardorff, E. 2010. Zur Diskriminierung psychisch kranker Menschen. In *Diskriminierung: Grundlagen und Forschungsergebnisse*, Hrsg. U. Hormel und A. Scherr, 279–305. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Wakefield, J. C. 2014. Wittgenstein's nightmare: why the RDoC grid needs a conceptual dimension. *World Psychiatry* 13(1):38–40. doi:10.1002/wps.20097
- Walter, H. 2017. Research Domain Criteria (RDoC). Psychiatrische Forschung als angewandte kognitive Neurowissenschaft. *Nervenarzt* 88(5):538–548. doi:10.1007/s00115-017-0284-4
- Wegener, G. und D. Rujescu. 2013. The current development of CNS drug research. *Int J Neuropsychopharmacol* 16(7):1687–1693. doi:10.1017/S1461145713000345
- Wehling, P. 2016. Schüchternheit – die Entdeckung und Bekämpfung einer »Volkskrankheit«. In *Handbuch Therapeutisierung und Soziale Arbeit*, Hrsg. R. Anhorn und M. Balzereit, 495–510. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Whooley, O. 2014. Nosological Reflections: The Failure of DSM-5, the Emergence of RDoC, and the Decontextualization of Mental Distress. *Society and Mental Health* 4(2):92–110. doi:10.1177/2156869313519114
- Williams, L. M. 2016. Precision psychiatry: a neural circuit taxonomy for depression and anxiety. *The Lancet Psychiatry* 3(5):472–480. doi:10.1016/S2215-0366(15)00579-9
- Williams, L. M., A. N. Goldstein-Piekarski, N. Chowdhry, K. A. Grisanzio, N. A. Haug, Z. Samara, . . . J. Yesavage. 2016. Developing a clinical translational neuroscience taxonomy for anxiety and mood disorder: Protocol for the baseline-follow up Research domain criteria Anxiety and Depression ("RAD") project. *BMC Psychiatry* 16:68. doi:10.1186/s12888-016-0771-3
- Wilson, M. 1993. DSM-III and the transformation of American psychiatry: A history. *American Journal of Psychiatry* 150(3):399–410. doi:10.1176/ajp.150.3.399