WOLFGANG GAEBEL ist Ärztlicher Direktor der Rheinischen Kliniken Düsseldorf, Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf sowie Präsident der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN).

VON KRANKHEIT UND KRANKSEIN

Neurowissenschaftliche Methoden mögen helfen, psychische Störungen genauer zu fassen. Doch Psychiater behandeln weiterhin Menschen – und nicht erkrankte Gehirne!

Etwa jeder dritte Mensch ist im Lauf seines Lebens von einer psychischen Störung betroffen. In den letzten zehn Jahren hat deren Anteil unter den Ursachen für Arbeitsunfähigkeitstage zugenommen, bei den Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit führen psychische Störungen mittlerweile mit einem Anteil von gut 30 Prozent (siehe Grafik rechts). Die Betroffenen leiden unter verändertem Erleben, Befinden und Verhalten – wobei es von der Art der jeweiligen Störung abhängt, welche Probleme im Vordergrund stehen.

Die Klassifikation psychischer Störungen erfolgt heute anhand definierter Ein- und Ausschlusskriterien. In der Regel sind dies bestimmte psychische Symptome und Verlaufsmerkmale. Diese Definitionen gehen vom klinischen Erscheinungsbild der Störung, der »Psychopathologie«, als dem entscheidenden diagnostischen Kriterium aus. Neben Art und Schwere der Symptomatik spielen die Lebensumstände sowie Dauer und eventuelle Auslöser der Störung eine Rolle. Primäre Hirnerkrankungen oder außerhalb des Gehirns liegende körperliche Ursachen, die zu ähnlichen Symptomen führen können und einer kausalen Therapie zugänglich sind, gilt es auszuschließen.

Entsprechend dem heute noch begrenzten Kenntnisstand sprechen wir von psychischen Störungen, nicht von Krankheiten. Sie werden zunächst deskriptiv und operational anhand von Symptomkomplexen erfasst und klassifiziert – mit nachgewiesenermaßen guter Übereinstimmung zwischen verschiedenen Beurteilern (Reliabilität).

Dem steht eine zu Recht beklagte begrenzte Validität einzelner Störungen gegenüber: So sind Krankheitsbilder wie manisch-depressive oder schizophrene Psychosen eher als heterogene, teilweise überlappende Störungsgruppen anzusehen, nicht als scharf abgrenzbare, homogene Erkrankungen. Der Wunsch, die Validität psychiatrischer Diagnosen zu verbessern, begründet die intensive Forschung auf diesem Gebiet.

Wichtig dabei ist: Das wissenschaftliche Bemühen um die Identifizierung von Krankheiten und ihre diagnostische Einordnung darf nicht als bloßes Labeling denunziert werden. Immer ist zu berücksichtigen, dass Personen in ihrem je individuellen »Kranksein« ihre Krankheit erleiden und mitgestalten.

Die Psychiatrie verwendet die symptomgestützte Einteilung psychischer Störungen einerseits in der Diagnostik, andererseits in der Therapie. Als wissenschaftliche Disziplin nutzt sie Störungsgruppen und Symptomkomplexe als Ausgangspunkte für die Suche nach definierten Krankheiten, nach Ursachen, Mechanismen und Behandlungswegen. Dabei werden heute zunehmend auch neurowissenschaftliche Verfahren eingesetzt.

Wirksame Therapien etwa mittels Psychopharmaka, aber auch Einblicke in die Wirkung von Psychotherapie beruhen unter anderem auf den Erfolgen der Hirnforschung. Erkenntnisse über die neurobiologischen Grundlagen von Erleben und Verhalten haben der Psychotherapieforschung und ihrer klinischen Anwendung neue Impulse gegeben. Der »Hirn-Seele-Dualismus« wurde abgelöst von einer ganzheitlichen biopsychosozialen Betrachtung von Gehirn, Geist und Umwelt. Jüngste Forschungen zu den Folgen früher Traumatisierung und von Gen-Umwelt-Interaktionen belegen die enge Verflechtung dieser drei Ebenen.

Moderne bildgebende Verfahren wie die funktionelle Kernspintomografie dienen heute dazu, krankheitskorrelierte abweichende Hirnfunktionen unter definierten Aufgabenstellungen zu belegen. Mit diesem »Blick in die Seele« gelingt es bisher allerdings meist nur in gruppenstatistischen Vergleichen, eindeutig abweichende Befunde bei psychischen Störungen nachzuweisen. Angesichts der großen interindividuellen Varianz der Hirnaktivität sind nur einfache psychische Leistungen definierten Hirnstrukturen zuzuordnen; bei komplexeren Funktionen wird dies deutlich schwieriger.

Der neurowissenschaftlichen Erkundung des »Phänotyps« einer psychischen Störung steht der subjektiv-empathische Zugang, das Verstehen des Patienten als klassische therapeutische Grundbedingung gegenüber. Diese unterschiedlichen Herangehensweisen sind nicht unvereinbar, sondern zunehmend komplementär wie die Entwicklungen einer Neuropsychotherapie oder Neuropsychoanalyse zeigen. Therapie ist letztlich immer ein Kommunikationsprozess, in dem es sowohl um ein beiderseitiges Verständnis der Krankheit, als auch um das Kranksein und dessen Überwindung geht.

Heute ist viel von »Empowerment« die Rede – dazu gehört auch die objektive Information über Art und Behandelbarkeit einer Störung, also die Psychoedukation. Der Psychiater kommuniziert nicht mit dem Gehirn seines Patienten, sondern mit dem ganzen Menschen! Einen unmittelbaren Zugang zu neurobiologischen Vorgängen haben dabei weder Psychiater noch Patient. Die innerpsychischen Vorgänge werden erst in der Krankengeschichte, den Symptomen und den spezifischen Interaktionsweisen, aber auch in den »gesunden Anteilen« und Ressourcen offenbar.

Neurowissenschaftliche Verfahren können Durchblutungsveränderungen, elektrische Hirnaktivitäten oder das Zusammenspiel verschiedener Hirnregionen aufzeigen. Die in psychische Prozesse vordringende Neurowissenschaft kann die Grenzen zum subjektiven Erleben allerdings nicht grundsätzlich überwinden. In diesem Spannungsfeld zwischen Zuwendung zum subjektiven Erleben, dem Kranksein sowie einer objektivierenden Annäherung an die Krankheit ist psychiatrisches Denken und Handeln stets angesiedelt.

Ähnliche Probleme stellen sich natürlich auch in der somatischen Medizin, in der ein Organ oder Organsystem von einer Funktionsstörung betroffen ist, aber der ganze Mensch erkrankt. In der Psychiatrie verschärft sich die Situation dadurch, dass sich im »Hirnorgan« zugleich Krankheit und Krankheitserleben abspielen. Damit werden psychische Störungen zum Spezialfall eines allgemeinen Problems der Medizin: Über der Krankheit und ihrer Behandlung nicht die Person des Erkrankten und ihre Bedürfnisse zu vernachlässigen.

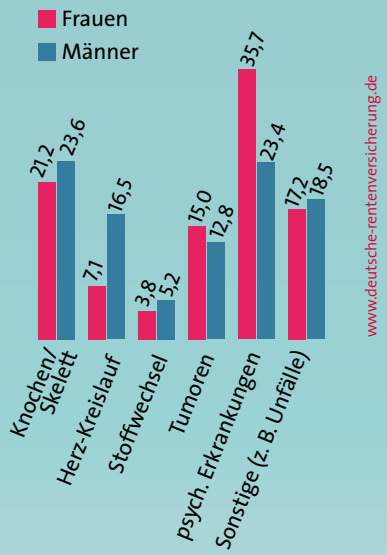
Neben der subjektiven Beeinträchtigung beeinflussen psychische Störungen auch das soziale Verhalten; die Umwelt der Betroffenen reagiert darauf oft mit Ablehnung und Unverständnis. Unkenntnis und Vorurteile beherrschen das Bild des psychisch Kranken in der Öffentlichkeit. Dabei belegen Untersuchungen, dass psychische Störungen genauso gut und erfolgreich behandelbar sind wie somatische Erkrankungen. Dennoch sehen sich die Betroffenen und ihre Angehörigen vielfach Stigmatisierungen ausgesetzt. Bisher ist unklar, ob Aufklärung über die neurobiologischen Grundlagen psychischer Störungen eher destigmatisierend wirkt oder im Gegenteil sogar neue Vorurteile schafft.

Für die aktuelle Revision der Klassifikation psychischer Störungen (ICD-11, DSM-V) – koordiniert von der Weltgesundheitsorganisation und der amerikanischen Psychiatervereinigung APA – werden die bisherigen Ergebnisse der Neurowissenschaften noch zu keiner über die bewährten klinischen Kriterien hinausgehenden Neukonzeption psychischer Störungen beitragen. Weitere Forschung dürfte allerdings die Grenzen zwischen Psychiatrie und Neurowissenschaften durchlässiger machen.

Neurobiologisch besser begründete Krankheits- und Therapiekonzepte können aber nicht die ureigenen psychiatrisch-psychotherapeutischen Aufgaben ersetzen: Den Dialog mit dem Patienten, die gemeinsame Entscheidung zur Therapie und die Unterstützung bei der Bewältigung und Überwindung des Krankseins.

Gesundheitliche Gründe für Erwerbsminderung in Deutschland

(Anteile in Prozent)



www.deutsche-rentenversicherung.de

***Unkenntnis und Vorurteile beherrschen das Bild** des psychisch Kranken in der Öffentlichkeit*