

TELEPOLIS

Die "amtliche" Fassung

29. Januar 2018

Stephan Schleim



Sie sind tagtäglich in den Medien: psychische Störungen, von denen es abwechselnd heißt, sie würden zunehmen oder nicht zunehmen; die laut den Berichten für die Betroffenen aber immer von Bedeutung sind, sei es durch persönliches Leiden, Probleme für Familien und Freundschaften oder gar Suizidversuche; und die schließlich durch Verdienstaufschläge und Frührenten auf das Sozial- und Gesundheitswesen wirken würden. Doch was sind das eigentlich für Dinge, psychische Störungen?

Die Antwort will ich diesmal gleich vorwegnehmen: Wir wissen es nicht genau. Immerhin wissen wir, dass es keine Dinge wie Bäume oder Stühle sind. Anders, als manche Laien oder Fachleute denken, sind es aber auch keine Dinge, die wir im Blutbild, unterm Mikroskop, noch nicht einmal in Gehirnaufnahmen mit den modernsten bildgebenden Verfahren der Neurowissenschaften sehen können. Interessant und frappierend ist aber: Obwohl wir es nicht genau wissen, werden Millionen Menschen, weltweit gesehen vielleicht sogar Milliarden, so behandelt, als wüssten wir es.

Das heißt, unsere Gedanken über psychische Störungen beeinflussen Tag für Tag die Welt und die Menschen in ihr, obwohl sie sich als grundfalsch herausstellen könnten.

Ein Gebiet voller Herausforderungen

Es ist ganz bestimmt nicht leicht, Psychiater oder klinischer Psychologe zu sein. Man hat es nicht nur ständig mit Menschen zu tun, denen es schlecht geht. Vor dieser Herausforderung stehen immerhin auch andere Heil- und Hilfsberufe. Nein, dazu kommt noch, dass niemand genau weiß, worum es in dem Fach überhaupt geht. Zwar gibt es immer wieder einflussreiche Theorien. Doch diese kommen und gehen mit den Möglichkeiten und Moden der Medizin und Wissenschaft.

Betrachten wir zunächst die - sozusagen - amtliche Sichtweise. Das ist die Definition psychischer Störungen aus der fünften Auflage eines wichtigen Diagnosehandbuchs, genannt DSM-5. Dieses hat die amerikanische Vereinigung der Psychiaterinnen und Psychiater (APA) mit einigen Jahren Verspätung schließlich 2013 veröffentlicht. Die vorherigen Fassungen waren 2000, 1994, 1987 und 1980 erschienen. Seitdem erfüllt das Handbuch, wie es heißt, "wissenschaftliche Kriterien". Manche nennen es auch die "Psychiatrie-Bibel". Die Vereinigung verdient damit jedenfalls Millionen an Lizenzgebühren.

Klinische signifikante Störung

Offiziell heißt es dort, bei psychischen Störungen (englisch "mental disorders") gehe es um "Syndrome, die durch eine *klinisch signifikante* Störung des Denkens, der Emotionsregulation oder des Verhaltens charakterisiert sind." Mit dem Bezug auf Denken, Emotion und Verhalten wird der Bereich der Psychologie/Psychiatrie abgesteckt.

Weiter heißt es, diese Störung "reflektiert eine Dysfunktion in den psychologischen, biologischen oder entwicklungsbedingten Prozessen, die dem geistigen Funktionieren unterliegen." Damit spielt man auf Ursachen an, ohne sich jedoch genau festzulegen. Denn, was viele nicht wissen: Seit der dritten Auflage (DSM-III von 1980) ist die Ursachenlehre (Fachsprache: Ätiologie) aus dem Diagnosewerk entfernt.

Damals setzten sich Psychiater durch, die ihr Fach von der psychodynamischen Lehre Sigmund Freuds (1856-1939) abgrenzen wollten, weil diese zunehmend an wissenschaftlicher Bedeutung verlor. Seitdem ist das DSM schlicht ein Sammelsurium von Symptomen, die in Gruppen, Untergruppen und einzelne Störungen unterteilt sind. Diese Klassifikation wird mit Informationen über Häufigkeit und den Verlauf der Störungen ergänzt.

Im Auge des Betrachters

Einen wichtigen Punkt haben wir erst kurz angeschnitten: Es geht bei psychischen Störungen *ausschließlich* um "klinisch signifikante" Probleme. Was das genau ist, das liegt letztlich im Auge des Betrachters, also des behandelnden Psychiaters oder Psychologen. Dieser muss das nämlich feststellen. Die amtliche Fassung bietet uns hier eine Hilfestellung, indem sie fortfährt: "Psychische Störungen gehen üblicherweise mit signifikantem Leiden oder signifikanter Einschränkung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Aktivitäten einher."

Das heißt aber auch: Der gesamte Bereich von klinischer Psychologie und Psychiatrie ist von Werturteilen, von Normen geprägt. Was "klinisch signifikant" ist, was eine "Störung", was eine "Dysfunktion", was "signifikantes Leiden" oder eine "signifikante Einschränkung" - das alles sind keine naturgegebenen, sondern menschengemachte Kategorien! Damit ist auch der zurzeit in der Wissenschaft vorherrschende molekularbiologische Ansatz relativiert: Jeder Untersuchung der Gehirn- und Körperfunktion psychisch Kranker gehen zahlreiche Werturteile voraus.

Das Reduktionismusproblem

Daraus folgt, dass sich klinische Psychologie und Psychiatrie niemals vollständig auf Naturwissenschaften werden reduzieren lassen. Philosophisch **ausführlicher[1]** hat dies 2013 bereits der Münsteraner Medizinteoretiker **Marco Stier[2]** formuliert. Der Frankfurter Neurologe **Stefan Frisch[3]** kam unlängst zu einem ähnlichen **Ergebnis[4]**, wenn auch aus klinisch-neurologischer Perspektive. Umso frappierender, dass das Gros der psychiatrischen Forschung genau das versucht: psychische Störungen auf neurobiologische Prozesse zurückzuführen.

Noch einen Gedanken zu diesem Reduktionismusproblem: Im Zuge der Erfolge der Naturwissenschaften, allen voran der Physik, war man optimistisch, irgendwann einmal eine "Weltformel" zu erlangen, eine elegante und wissenschaftliche Erklärung für alles. Dabei kommt dem Reduktionsbegriff eine Schlüsselrolle zu: Ältere wissenschaftliche Theorien und Kategorien sollten sich dann als Spezialfälle in neuere, allgemeinere Theorien einbetten lassen. Tatsächlich hat es im Laufe der Geschichte aber nur wenige gute Beispiele für solche Reduktionen gegeben. Im Gegenteil entwickeln sich große Teil der Physik, Chemie, Biologie, Psychologie, Soziologie und vieler anderer Wissenschaften eigenständig weiter, ohne dass man einer "Weltformel" näher käme.

Es betrifft uns alle

Dieser philosophische Punkt ist hier deshalb so wichtig, weil sich der Reduktionismus als Forschungsprogramm trotz eines Mangels an gelungenen Beispielen hartnäckig hält. Ob man alle Vorgänge der Biologie einmal rein physikalisch erklären können - womit die Biologie als eigenständige Disziplin theoretisch überflüssig würde -, mag eine eher akademische Frage sein, die vor allem Biologen interessiert.

Ob man aber Ursachen, diagnostische Merkmale und Therapieansätze für psychische Störungen in Genen und Gehirnen findet, betrifft uns potenziell alle. Allein schon die Frage, ob man nicht bloß eine Nadel im Heuhaufen sucht, sondern ob es die Nadel dort überhaupt gibt, hat eine große Bedeutung. Denn Zeit und Ressourcen, die man in diese Suche investiert, kann man ja nicht an anderer Stelle verwenden. Ob am richtigen Ort gesucht wird, ist daher für Betroffene von großer Bedeutung. Diese Frage wird in dieser Serie über psychische Störungen daher immer wieder zurückkehren.

Kulturelle Aspekte

Kehren wird aber zum offiziellen Ansatz der APA zurück: Dieser bezieht sich in Fortsetzung des oben bereits Diskutierten auf die Kritik, man könnte auch normale Erfahrungen des Menschenlebens irrtümlich als Krankheit auffassen: "Eine erwartbare oder kulturell akzeptierte Reaktion auf einen Stressfaktor oder Verlust, so wie der Tod eines geliebten Menschen, ist keine psychische Störung", heißt es daher in der Definition psychischer Störungen aus dem Handbuch weiter.

Dieser Punkt war beim DSM-5 umstrittener als je zu vor. Kritiker warfen den Expertinnen und Experten beispielsweise vor, die Definition von Depressionen immer mehr auszuweiten. Schließlich würde sogar normales Trauern als Krankheit aufgefasst. Unter diesen Kritikern war auch Allen Frances, emeritierter Psychiatrieprofessor der Duke University in Durham, North Carolina. Seine Meinung erhält dadurch eine spezielle Note, dass er der Vorsitzende der Arbeitsgruppe war, die das DSM-IV (von 1994) veröffentlichte.

Fallbeispiel ADHS und Ritalin

Rückblickend analysierte er, wie durch die damaligen - also unter seiner Verantwortung vorgenommenen - Änderungen an der Definition von Aufmerksamkeitsstörungen förmlich eine Epidemie ausgelöst worden sei (**30 Jahre Aufmerksamkeitsstörung ADHS[5]**). Damit gingen zunehmende Verschreibungen von Amphetamin (als "Speed" eine beliebte Partydroge) und Methylphenidat (der Wirkstoff von Ritalin) einher.

Schon im **Jahresbericht von 1995[6]** rief das International Narcotics Control Board (INCB) die Regierungen weltweit dazu auf, mit "äußerster Wachsamkeit" die Überdiagnose von Aufmerksamkeitsstörungen bei Kindern zu verhindern:

Die zuständigen Autoritäten der Vereinigten Staaten haben das Gremium [das ist das INCB, Anm. d. A.] über ihre Bedenken bezüglich des starken Anstiegs bei der Verwendung von Methylphenidat informiert, insbesondere mit Blick auf das unter dem Handelsnamen Ritalin verkaufte Präparat. Die Behandlung der Aufmerksamkeitsdefizitstörung wird aktiv durch eine einflussreiche 'Elternvereinigung' beworben, die signifikante finanzielle Zuwendungen von dem führenden Hersteller dieses Präparats in den Vereinigten Staaten erhalten hat.

INCB, 1995, §92, Übers. d. A.

Dabei sind die 8,5 Tonnen Methylphenidat, die damals weltweit produziert und konsumiert wurden - davon 90% in den USA - ein Witz im Vergleich zu den inzwischen rund 100 jährlichen Tonnen allein im "Land der unbegrenzten Möglichkeiten". Dazu kommen dort noch einmal rund 50 Tonnen Amphetamin. Viele andere westliche Länder, einschließlich Deutschlands, folgten dem nordamerikanischen Trend in Sachen Ritalin, wenn auch auf einem niedrigeren Niveau (**Kapitalismus und psychische Gesundheit**[7]).

Der Anstieg der Verschreibungen stagnierte um das Jahr 2012 in Deutschland aber und nahm danach sogar leicht ab. Damals beschlossen Experten, Ritalin und verwandte Präparate nicht mehr als erste Behandlungsmethode anzuwenden. Seitdem müssen erst nichtmedikamentöse Verfahren ausprobiert werden. Zur selben Zeit packten aber die Regulierungsbehörden in den USA auf einem nie zuvor da gewesenen Niveau noch einmal knapp 50% obendrauf. Erst 2015 wies die Tendenz zum ersten Mal seit Jahrzehnten leicht nach unten. Doch kehren wir zurück zu Psychiater Frances.

Psychiater mit multiplen Störungen

In einem **Interview**[8] erklärt er, warum er selbst laut DSM-5 die Kriterien für eine ganze Reihe psychischer Störungen erfüllen würde: Beispielsweise sei er, als seine Frau starb, länger als zwei Wochen niedergeschlagen gewesen, habe er das Interesse an den üblichen Aktivitäten verloren, Schlafprobleme gehabt, mehr Appetit als sonst, weniger Energie und habe er mühsamer arbeiten können.

Wie verhält sich dieser Vorwurf zu der oben genannten Sichtweise, dass "eine erwartbare oder kulturell akzeptierte Reaktion auf einen Stressfaktor oder Verlust, so wie der Tod eines geliebten Menschen, ... keine psychische Störung" ist? Schaut man auf die Kriterien für Depressionen (Fachjargon: "Major Depressive Disorder"), dann scheint Francis Recht zu haben. Diese sind, stark verkürzt, mindestens fünf der folgenden neun Symptome, die mindestens für zwei Wochen anhalten, und wobei wenigstens eines der ersten beiden Symptome vorliegt:

Kriterien für Depressionen, nach DSM-5:

- depressive Verstimmung, bei Kindern oder Jugendlichen möglicherweise eine reizbare Stimmung;
- auffälliger Verlust des Interesses oder der Freude an Aktivitäten;
- signifikanter Gewichtsverlust ohne Diät oder eine Gewichtszunahme;
- Schlaflosigkeit oder zu viel Schlaf;
- übertriebener Bewegungsdrang oder Trägheit;
- Müdigkeit oder Verlust von Energie;
- Gefühl der Wertlosigkeit oder übertriebene Schuldgefühle;
- Konzentrationsschwierigkeiten oder Entscheidungslosigkeit;
- wiederholte Gedanken an den Tod oder ein Selbstmordversuch.

Im Anschluss daran folgt zwar eine seitenlange Erklärung darüber, wie man Trauer von einer Depression unterscheiden kann. Am Ende läuft es aber darauf hinaus, dass es doch von der klinischen Expertise des

Psychiaters oder Psychologen abhängt. Dabei sollen die individuelle Geschichte des Betroffenen sowie kulturelle Normen für das Ausdrücken von Leiden beim Verlust eines Menschen beachtet werden. Wie das genau geschieht, liegt wieder im Auge des Betrachters.

Historische Lehren

Menschliche, zwischenmenschliche Aspekte spielen also zweifellos eine Rolle beim Diagnostizieren psychischer Störungen. Damit ist die offizielle Definition im DSM-5 aber noch nicht zu Ende: Hinzu kommt schließlich eine Lektion aus der Geschichte der Psychiatrie: "Sozial abweichendes Verhalten (zum Beispiel politisch, religiös oder sexuell) und Konflikte, die primär zwischen Individuum und Gesellschaft stattfinden, sind keine psychische Störung, außer wenn diese auf einer Dysfunktion im Individuum resultieren, wie es vorher beschrieben wurde."

Das ist sie also, die amtliche Fassung psychischer Störungen. Beim letzten Punkt muss man freilich an die Pathologisierung der Homosexualität denken, von der sich die APA erst in den 1970er Jahren - nach langem Ringen und in Reaktion auf soziale Proteste - verabschiedete. Zwar litten damals Menschen mit gleichgeschlechtlichen Kontakten, jedoch bloß wegen der Ablehnung ihrer Lebensweise durch die Gesellschaft.

Weniger bekannt ist, dass in den 1960er und frühen 1970er Jahren auffällig viele Angehörige der US-Bürgerrechtsbewegung eine Schizophrenie diagnostiziert bekamen: Bei den Protesten farbiger Menschen für Gleichberechtigung schien es zahlreichen (und vor allem wahrscheinlich: hellhäutigen) Experten nicht mit rechten Dingen zuzugehen. Dies wurde von **Jonathan Metzl**[9], Professor für Psychiatrie und Medizinische Soziologie an der Vanderbilt University in Nashville, Tennessee, genauer untersucht. Das Störungsbild habe sich damals zu dem einer "**Protestpsychose**"[10] oder gar einer "schwarzen Erkrankung" verändert.

Natürlich hat es keinen Sinn, Psychiatern und klinischen Psychologen von heute immer wieder die Irrtümer von früher vorzuwerfen. Wie wir gesehen haben, ist deren Gebiet - selbst nach der amtlichen Fassung, die sie sich die Fachleute selbst gegeben haben - jedoch von Normen von Werturteilen durchtränkt. Dadurch stellt sich die Frage, inwiefern ihre heutigen Praktiken politisch-gesellschaftlich geprägt sind.

Gesellschaftspolitische Brisanz

Ohne Anspruch auf Vollständigkeit will ich hier nur kurz und nach einem Blick auf Reklame der Pharmaindustrie und wissenschaftliche Positionspapiere spekulieren, dass die folgenden Ideen auf dem "Markt" der psychischen Gesundheit im Vordergrund stehen: individuelle Verantwortlichkeit, Leistungsfähigkeit, ein unternehmerisches Selbst beziehungsweise die Ich-AG und gute Elternschaft. Das wird vom Diskurs der Effizienzsteigerung und Kostenreduzierung begleitet, um den es im zweiten Teil dieser Serie noch ausführlicher gehen wird.

Neben den Akteuren des Gesundheitssystems bieten inzwischen auch zahlreiche Coaches ihre Dienstleistungen an, damit wir das Beste aus uns selbst machen können. Was "das Beste" ist, wird dabei üblicherweise vom Erfolg an einem konkurrenzbasierten Markt definiert.

Wem Coaching zu persönlich (oder zu teuer) ist, für den gibt es eine schier unerschöpfliche Quelle an Literatur und Online-Videos zur Selbstoptimierung. Dass Menschen psychopharmakologische Medikamente und Drogen konsumieren, um besser zu funktionieren, diskutieren Ethikerinnen und Ethiker bereits seit den 1990er Jahren (**Eine Million dopt regelmäßig am Arbeitsplatz**[11], **Enhancement: Wer**

will immer mehr leisten?[12]).

Dabei werden die Themen "psychische Gesundheit" und "Selbstverbesserung" oft scharf getrennt untersucht. Die Grenze ist aber fließend: Gesundheit und Krankheit lassen sich oft nicht klar voneinander unterscheiden. Insbesondere für den Bereich von klinischer Psychologie und Psychiatrie spielen Normen und Werturteile eine große Rolle, wie wir vorher gesehen haben.

Kulturelle Praktiken

Damit ist mitnichten gesagt, dass Erfahrungen und Probleme der Menschen, die in diesen Bereichen Hilfe suchen, weniger real wären. Wie wir damit umgehen, ist allerdings eine bestimmte kulturelle Praxis. Diese hat sich im Laufe des 20. Jahrhunderts und bis heute zunehmend spezialisiert, bürokratisiert und an Marktprinzipien orientiert. Es wäre naiv zu glauben, dass diese Vorgänge keine Auswirkungen auf die Hilfsmöglichkeiten und damit das Schicksal der Betroffenen hätten.

Für diese und ihre Angehörigen spielt es eine große Rolle, ob sich ein Pfarrer, ein Sozialarbeiter, ein Psychologe, ein Psychiater, ein Allgemeinmediziner, ein Polizist, ein Richter, ein Heilpraktiker, ein Yogalehrer, ein Schamane oder ein Guru ihrer Probleme annimmt. Wie all diese "Experten" ausgebildet sind und über psychische Probleme denken, hat einen Einfluss auf die von ihnen angebotenen Lösungen - und damit auch auf das Leben derer, die sich mit einem Hilfsbedürfnis an sie wenden.

Körper und Geist

Dieser Standpunkt schließt dabei nicht aus, dass Menschen mit schwierigen Erfahrungen oder psychischen Problemen diese (auch) aufgrund ihres Körpers, ihres Nervensystems, ihrer Gene und/oder ihres Gehirns haben. Auch Sie haben Ihre Erfahrungen beim Lesen dieses Artikels (unter anderem) aufgrund der physiologischen Prozesse in Ihnen.

Die Buchstaben müssen als solche erkannt, zu Worten zusammengesetzt und diese in einem Sinnzusammenhang verstanden werden. Dafür braucht man ein funktionierendes Nervensystem. Darum ist der Text aber nicht auf seine Anzahl dunkler und heller Bildpunkte reduziert; er ist mehr als die Grauwerte auf Ihrem Bildschirm, die dort in einer fast unendlichen Anzahl von Kombinationen erscheinen können.

Menschengemacht - und doch so wichtig!

Die wichtigste Schlussfolgerung dieses ersten Teils ist, dass der Unterschied zwischen einem "normalen" Zustand und einer "Störung" menschengemacht ist und nicht naturgegeben. Die zweitwichtigste ist, dass wir abhängig von unserer Perspektive auf die Probleme von Menschen auch unterschiedlich damit umgehen: So legt beispielsweise ein Fokus auf Gehirnprozesse andere Behandlungsmethoden nahe als eine Berücksichtigung der sozialen Strukturen. Die hier diskutierte amtliche Fassung ist breit genug, verschiedene Perspektiven zu umfassen. Das liegt auch daran, dass die Beschränkung auf ein einziges Modell, sei es ein molekularbiologisches oder soziologisches, in der Praxis nicht gut funktioniert.

So viel zur Definition psychischer Störungen im DSM-5, ihren Hintergründen und Folgen. Im zweiten Teil fahren wir mit der Diskussion finanzieller Interessenkonflikte sowohl beim Entstehen des Diagnosehandbuchs als auch in der wissenschaftlichen und therapeutischen Praxis fort. Der dritte Teil stellt dem Status quo eine wissenschaftstheoretische Perspektive auf psychische Störungen gegenüber. Im vierten schließlich wird der molekularbiologische Ansatz, der in der Forschung das vorherrschende Paradigma stellt und sich auch stark auf die Praxis auswirkt, auf den Prüfstand gestellt.

Das Kapitel wurden dem jüngst erschienenen eBook "**Was sind psychische Störungen?**"
entnommen.[13]

URL dieses Artikels:

<http://www.heise.de/-3935301>

Links in diesem Artikel:

- [1] <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2013.00611/full>
- [2] <http://campus.uni-muenster.de/egtm/institut/team/dr-marco-stier/>
- [3] http://www.researchgate.net/profile/Stefan_Frisch
- [4] <http://www.karger.com/Article/Abstract/447359>
- [5] <http://www.heise.de/tp/features/30-Jahre-Aufmerksamkeitsstoerung-ADHS-3790539.html>
- [6] <http://www.incb.org/incb/en/publications/annual-reports/annual-report-1991-2000.html>
- [7] <http://www.heise.de/tp/features/Kapitalismus-und-psychische-Gesundheit-3370126.html>
- [8] <http://www.youtube.com/watch?v=-AMvrcBvYWk>
- [9] <http://www.vanderbilt.edu/mhs/people/jonathan-m-metzl/>
- [10] http://en.wikipedia.org/wiki/The_Protest_Psychosis
- [11] <http://www.heise.de/tp/features/Eine-Million-dopt-regelmaessig-am-Arbeitsplatz-3370777.html>
- [12] <http://www.heise.de/tp/features/Enhancement-Wer-will-immer-mehr-leisten-3383935.html>
- [13] https://www.heise.de/tp/buch/telepolis_buch_3938861.html

Copyright © 2018 Heise Medien