

Psychische Erkrankungen im öffentlichen Diskurs

Anmerkungen zur aktuellen Diskussion

Von Asmus Finzen

Selten ist die Psychiatrie in der öffentlichen Wahrnehmung so präsent gewesen wie im letzten Jahr. Allein das ist ungewöhnlich. Noch bemerkenswerter ist allerdings, dass die Schlagzeilen über psychiatrische Themen überwiegend positiv oder doch neutral waren. Die Vorausberichterstattung über die anstehende Neufassung des amerikanischen Diagnostisch-statistischen Handbuchs (DSM 5) hat in zahlreichen Medien für Aufregung gesorgt. Die immerwährende Debatte um die zunehmende Verbreitung der Burn-Out-Diagnose desgleichen. Die Fachöffentlichkeit führte währenddessen eine ebenso aufgeregte Diskussion um die Folgen der Urteile des Bundesverfassungsgerichts und des Bundesgerichtshofs zur Zwangsbehandlung. Im Hintergrund schwingen in allen diesen Auseinandersetzungen Fragen der Stigmatisierung psychisch Kranker mit.



Asmus Finzen

Psychiater, Nervenarzt. Wissenschaftspublizist. Ehemals Ltd. Krankenhausarzt in Deutschland (Wunstorf 1975–87) und der Schweiz (Basel bis 2003); Email: Asmus.Finzen@t-online.de; www.finzen.ch

Insbesondere die Aufregtheit um das DSM 5 kann ich nur schwer nachvollziehen. Die gedruckte Fassung des Handbuchs stand auf dem Höhepunkt der Diskussion noch gar nicht zur Verfügung. In den USA ist sie Ende Mai erschienen. In Deutschland war sie für Juli 2013 angekündigt. Die journalistischen und die professionellen Exegeten waren also auf die unübersichtliche vorläufige Internet-Version angewiesen. Kein Wunder, dass dabei eine Art negativer Rosinenpickerei herausgekommen ist. Verstärkt wurde diese durch ein kritisches Buch des bekannten amerikanischen Psychiaters Allen Frances, das im Vorfeld der Veröffentlichung des Handbuchs auf dem deutschen und dem amerikanischen Markt erschienen und mit großem Aufwand unter das Volk gebracht worden ist. Dazu ist anzumerken, dass Frances an der Vorgängerversion DSM III mitgearbeitet und die Leitungs- und Koordinationsverantwortung für das DSM IV gehabt hat. Letzten Endes kritisiert er an der neuen Fassung Varianten der Fehler, für die er selbst bei der alten Fassung verantwortlich war:

die angebliche weitere Inflation der Diagnosen, die Aufweichung der Kriterien für die Diagnose der sogenannten bipolaren Störungen und das Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom bei Kindern, so dass es zu einer unmäßigen Inflation dieser Diagnosen mit den entsprechenden negativen Folgen für die Therapie gekommen war.

In der Vorausberichterstattung über die neue Version werden unter anderem die diagnostische Legitimierung des Aufmerksamkeitsdefizitsyndroms für Erwachsene, der leichten kognitiven Störung im Vorfeld der Alzheimer'schen Erkrankung, einer bekannten Essstörung mit anfallsweisem unmäßigen Essen (Binge Eating), der Pathologisierung der „normalen“ Trauerreaktion schon nach zwei Wochen oder die Erweiterung der Diagnose des „Oppositionellen Trotzverhaltens“ bei Kindern um eine „disruptive“ Störung heftig kritisiert. Alles dies mit dem Ziel, das ganze System infrage zu stellen. Es kann ja sein, dass die Kritiker Recht haben. Es kann

aber auch sein, dass sie hier Dinge aus dem Zusammenhang gerissen haben, die sich ganz anders lesen, wenn man die erläuternden Texte zur Verfügung. Ich werde mich deshalb zurückhalten und meine Kritik erst nachschieben, wenn ich das Buch durchgearbeitet habe. Ich will mich stattdessen auf einige allgemeine Anmerkungen zur Problematik psychiatrischer Diagnostik beschränken.

Früher habe ich mit Begeisterung über den Sinn und Unsinn psychiatrischer Diagnosen gestritten – in den siebziger Jahren zum Beispiel mit Heiner Keupp und Klaus Dörner, die überzeugt davon waren, dass wir den Kranken und der Psychiatrie mit Krankheitsdiagnosen zusätzlichen Schaden zufügen würden. Damals war die hohe Zeit der soziologischen Etikettierungstheorie (Labelling). Da war sicher etwas dran, insbesondere angesichts der brutalen Realität der damaligen psychiatrischen „Versorgung“. Trotzdem glaubte ich nicht, dass die später als „psychisch

Streit über Sinn und Unsinn psychiatrischer Diagnosen

krank“ erkannten Menschen vor allem durch die Etikettierung mit abwertenden Diagnosen krank geworden waren. Das war nicht nur die These der Antipsychiatrie, sondern auch die vieler Protagonisten einer kritischen Sozialpsychiatrie. Der Streit ist über die Jahrzehnte nicht entschieden. Er ist leiser geworden. Aber das Grundproblem ist stehen geblieben: psychiatrische Diagnosen etikettieren die Kranken und werten sie potentiell ab. Sie tragen mithin zur Stigmatisierung bei. Andererseits dienen sie der Verständigung der Therapeuten untereinander sowie mit den Kranken, ihren Angehörigen und letzten Endes auch den Krankenversicherungsträgern und schaffen die Voraussetzungen für die Entwicklung therapeutischer Strategien.

Inflation der Klassifikationen

Ich bin dieses Streits seit langem müde. Damals haben wir noch über den „Würzburger Diagnosen-Schlüssel“ gestritten. 1968 wurden die Internationale Klassifikation der Diagnosen der Weltgesundheitsorganisation (ICD 8) und das Diagnostisch-statistische Manual (DSM II) der amerikanischen psychiatrischen Gesellschaft aktuell, 1978 die ICD 9, 1980 das DSM III, 1987 das DSM IIIR, 1992 schließlich die ICD 10 und 1994 das DSM IV (deutsch 1996). Und nun ist es wieder so weit: wir sollen uns über die fünfte Revision des diagnostisch-statistischen Manuals der amerikanischen psychiatrischen Gesellschaft (DSM 5) freuen.

Trotzdem hat eine gewisse Aufgeregtheit die psychiatrische Szene erfasst: Schon vor drei Jahren wurde ich das erste Mal aufgefordert, die Neufassung des DSM doch in Neuauflagen meiner Bücher zu berücksichtigen. Ich denke, wir sollten gelassen bleiben. Das DSM 5 ist nun da. Die ICD 11 wird kommen. Ich denke aber, dass die Kranken und Nicht-Kranken nur in Einzelfällen etwas davon haben werden – sei es nun Schaden oder Nutzen. Der letzte große Durchbruch wurde mit dem Übergang auf das DSM III erreicht, als die Homosexualität aus der Liste der psychiatrischen Diagnosen gestrichen wurde (!!). Das DSM IV, das zu einer Infla-

tion der bipolaren Störungen und der Aufmerksamkeits-Defizit-Störungen beziehungsweise der entsprechenden Diagnosen geführt hat, will ich lieber vergessen.

Wie kann man angesichts der vielfältigen Unsicherheiten und der fließenden Übergänge zwischen vielen psychischen Störungen auch nur 300 Krankheiten seriös voneinander abgrenzen?

Bevor ich mich dem mir vorliegenden Entwurf des DSM 5 zuwende, noch ein kurzer Blick in die Psychiatrie-Geschichte: 1840 registrierte die alle 10 Jahre stattfindende amerikanische Volkszählung zwei psychiatrische Krankheitsbilder; 1880 waren es immerhin schon sieben. 1917 und 1934 unterschied ein Fachgremium der amerikanischen psychiatrischen Gesellschaft 22 Krankheitsbilder; bei den Revisionen von 1948 und 1952 waren es jeweils 26. Aber dann ging es los: das DSM II kam 1968 auf 229 Diagnosen, das DSM III 12 Jahre später auf 311; das DSM IV 14 Jahre danach auf 395. Das DSM 5 – was mag es wohl bringen: 450, 500 Diagnosen, die für voneinander abgrenzbare psychische Krankheit stehen sollen? Ich kann mir nicht vorstellen, wie man angesichts der vielfältigen Unsicherheiten und der fließenden Übergänge zwischen vielen psychischen Störungen auch nur 300 Krankheiten seriös voneinander abgrenzen will – es sei denn, man ergeht sich in Scharlatanerie.

Ich erinnere an Karl Menninger (1968), der in den 1940er Jahren Hunderte von historischen Diagnosesystemen zusammengestellt hatte, die alle im Orkus der Geschichte verschwunden sind. Und ich erinnere an Kurt Heinrich (2000), der nach dem Erscheinen der letzten DSM-Revision eindringlich gemahnt hat, dass Klassifikationen keine Diagnosen sind – und Diagnosen keine Krankheiten. Er hat damals nicht so deutlich gesagt, dass die Klassifikationssysteme mit ihrem Abhaken von vorhandenen und nicht vorhandenen Symptomen zu einer umfassenden Verlüderung der psychiatrischen Diagnostik geführt haben. Wer kennt heute noch einen Bruchteil der etwa 300 psychopathologischen Symptome (Berrios 1996), die man bei der Erkundung eines Krankheitsbildes berücksichtigen könnte? Dabei böten diese noch die

Möglichkeit, durch Clusterbildung und Rekombination die Zahl der psychiatrischen Diagnosen ins unendliche zu erweitern – gleichsam zu einem Diagnosenlotto! Das will das DSM 5 nicht – es muss ja noch Platz für die sechste und siebte Version bleiben.

Schöne neue Zukunft

Die Revision der Klassifikation soll 20 Kapitel umfassen, darunter – in dieser Reihenfolge – Entwicklungsstörungen des Nervensystems; Schizophrenie-Spektrum-Störungen und andere psychotische Störungen; bipolare Störungen; getrennt davon depressive Störungen; Angststörungen; Zwangsstörungen; Trauma- und stressbedingte Störungen; dissoziative Störungen; somatoforme psychische Störungen; Essstörungen; Ausscheidungsstörungen (z.B. Enuresis); Schlaf-Wach-Rhythmusstörungen; sexuelle Störungen; gesondert daneben Störungen der Geschlechtsidentität (Gender Dysphoria); Impuls- und Verhaltens- Kontrollstörungen; Substanz-Missbrauch und Abhängigkeitsstörungen; neurokognitive Störungen; Persönlichkeitsstörungen;

Paraphilien (vom Exhibitionismus über den Sadismus zum Voyeurismus) sowie weitere

nicht spezifizierten Störungen. Offensichtlich handelt es sich dabei um einen bunten Strauß von unterschiedlich gewichtigen psychischen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten – um nicht zu sagen ein Durcheinander von Kraut und Rüben. Das mag ungerecht sein – Anlass zum Nachdenken ist diese Systematik allemal.

Ich will nur ein Kapitel von DSM 5 etwas näher betrachten, nämlich das zweite über die schizophrenen Störungen. Es ist schon bemerkenswert, wie sich nach der strengen Begrenzung der Schizophreniediagnose im DSM III der Begriff der „Spektrumsstörungen“ (Schizophrenia Spektrum Disorders) eingeschlichen hat – gleichsam ein Fallrückzieher von den Diagnosekriterien Emil Kraepelins und Kurt Schneiders zu jenen Eugen Bleulers. Ich hoffe, dass damit viele Kranke, die den engen Kriterienkatalog bislang nicht „erfüllten“, aber klinisch eindeutig an Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis litten, endlich angemessen behandelt werden!

Aber das ist nur ein Nebenaspekt der Revision. Unter der Überschrift „Schizophrene Spektrumsstörungen und andere psychotische Störungen“ werden von 19 erfassten Störungen allein acht „substanz-induzierte“ psychotische Störungen angeführt. Daneben werden die schizophreniformen Störungen, die schizotypischen Persönlichkeitsstörungen und die schizoaffektiven Störungen sowie psychotische und katatone Störungen bei körperlichen Krankheiten aufgelistet. Auch hier könnte man von Kraut und Rüben sprechen. Aber irgendwie merkt man die Absicht und ist verstimmt: Hier werden eindeutig körperlich bedingte psychische Störungen mit solchen zusammengefasst, deren Ursachen allenfalls ansatzweise geklärt sind! Und das hat bei einem System ganz gewiss etwas zu bedeuten, hinter dem, wie die DSM 5 Macher erklären, 36.000 amerikanische Experten stehen.

Zum Schluss eine Anmerkung zu einem scheinbaren Nebenaspekt: hinter jeder DSM-Diagnose steht eine Abrechnungsziffer und manche wurden vor allem geschaffen, damit man sie abrechnen kann (wie zum Beispiel das Oppositionelle Trotzverhalten von Kindern). Das ist an sich nicht zu beanstanden. Man muss aber bedenken, dass hinter jeder Diagnose auch eine Behandlungsindikation steht – auch die mit Medikamenten – und dass für jede neue anerkannte Diagnose alsbald auch ein neues oder ein neues altes Medikament bereitsteht. Das mahnende Beispiel ist das Oppositionelle Trotzverhalten, zu dessen Behandlung im Gefolge Neuroleptika zugelassen wurden, deren Umsatz bei Kindern sich danach vervielfachte. Ähnliches ist zu erwarten, wenn das Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom (ADS) im Rahmen der DSM-Revision auch bei Erwachsenen als Diagnose anerkannt wird.

Burn-Out – eine Krankheit, die keine ist?

Alle reden vom Burn-Out, und viele schreiben darüber. Ohne jeden Zweifel ist Burn-Out eine Modediagnose. Wolfgang Kaschka und Mitarbeiter haben dazu 2011 einen Beitrag im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht, eine Über-

sicht über die Literatur. Sie heben hervor, dass die Diskussion darüber in den Medien einen breiten Raum nimmt. Aber, Modediagnose hin oder her, das Phänomen Burn-Out sei von erheblicher medizinischer Relevanz, sei es doch die Grundlage zahlreicher Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen und gewinne damit eine erhebliche gesundheitsökonomische und -politische Dimension. Obwohl die Diagnose in keine der Internationale Klassifikation Eingang gefunden habe, werde die

Burn-Out wird als Zusatzdiagnose im Rahmen von „Problemen mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung“ erfasst.

Diagnose in der Praxis häufig gestellt und zum Ausgangspunkt unterschiedlicher Behandlungen gemacht.

Dem Mangel der fehlenden Abbildung in den Klassifikationssystemen wird auf einem Umweg notdürftig abgeholfen. Das Phänomen wird in der ICD 10 als „Zustand des Ausgebranntseins und der totalen Erschöpfung“ im übergeordneten Kapitel Z 73.0 (psychischen Erkrankungen ist eigentlich das Kapitel F vorbehalten) als Zusatzdiagnose im Rahmen von „Problemen mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung“ erfasst. Das Problem aus Sicht von Kaschka u. a.: „Bisher existieren weder eine verbindliche Definition noch ein valides, allgemein gültiges differenzialdiagnostisches Instrument für das Burn-Out-Syndrom. Die Symptomatik lässt sich in den Dimensionen emotionale Erschöpfung, Depersonalisation und reduzierte Leistungsbereitschaft beziehungsweise -fähigkeit einordnen. Vorliegende Studien zur Epidemiologie und Differenzialdiagnostik sind überwiegend von geringer Evidenz. Kontrollierte Therapiestudien fehlen.“

Angesichts dieser beklagenswerten Datenlage ist es wenig verwunderlich, dass das Burn-Out-Syndrom auch im neuen DSM 5 keine Berücksichtigung gefunden hat. Man könnte meinen, hier gehe ein Geist um. Nur – die Menschen leiden wirklich. Sie haben Symptome. Allerdings braucht man dafür keine zweifelhafte Diagnose. Sie lassen sich ohne Schwierigkeiten als depressive oder als Angststörungen einordnen. Warum also besteht in der Öffentlichkeit ein so großer Bedarf für eine so diffuse

Die Zustände des Ausgebranntseins sind gesellschaftsfähig.

Pseudo-Diagnose? Die Antwort ist einfach. Eigentlich sind es zwei Antworten: Anders als Depressionen, die man nicht zu haben hat, sind Zustände des Ausgebranntseins gesellschaftsfähig. Man entgeht der Stigmatisierung infolge psychischer Krankheit und man ist nicht selber schuld. Im Gegenteil, der Schuldige lässt sich benennen: die andauernde Überforderung durch Stress in der Arbeitswelt und den anderen sozialen Bereichen.

Es macht wenig Sinn, zu verlangen, die unsinnige Diagnose zu streichen und aus dem öffentlichen Bewusstsein zu entfernen. Sie ist da, um zu bleiben. Deshalb kann die Fachöffentlichkeit sich damit trösten, dass die Menschen, denen ein Burn-Out-Syndrom zugeschrieben wird, eher bereit sind, einen Arzt und einen Psychologen aufzusuchen, um sich behandeln zu lassen, als Menschen, deren depressive Symptome als Ausdruck der psychiatrischen Diagnose Depression gesehen werden. Man kann sich allerdings fragen, ob es ein tauglicher Weg des Umgangs mit dem Problem von Stigmatisierung ist, nicht nur neben dem psychiatrischen ein psychotherapeutisches Behandlungssystem zu schaffen, wie in Deutschland in den vergangenen Jahrzehnten geschehen, sondern auch zu versuchen, eine befürchtete Stigmatisierung durch neu erfundene, weniger „anrühige“ Krankheitsbezeichnungen zu umgehen.

Über Behandlung verhandeln

Behandlung unter Zwang und die therapeutische Kultur in der Psychiatrie

Die Urteile des Bundesverfassungsgerichtes und des Bundesgerichtshofes aus den Jahren 2011 und 2012 zur Zwangsbehandlung haben eine aufgeregte Auseinandersetzung innerhalb der Psychiatrie und zwischen der Psychiatrie und der betroffenen Öffentlichkeit in Gang gesetzt. Vordergründig geht es dabei aus psychiatrischer Sicht um Einschränkungen der Behandlungsfreiheit der Ärzte zulasten der Kranken. Für die Psychiatrie-Erfahrenen als Vertreter der Kranken geht es um die Sicherung der Selbstbestimmung und die Respektierung der Rechte, insbesondere der Grundrechte der Patienten. Für manche Ärzte machen die

Gerichtsurteile die Kliniken zu Internierungslagern und verhindern eine menschenwürdige Behandlung. Dabei war für alle, die es wissen wollten, seit mindestens drei Jahrzehnten klar, dass die Zwangsbehandlungspraxis in der Psychiatrie keine tragfähige gesetzliche Grundlage hatte. Aber offenbar wollten nur wenige das wissen.

Es war für jedermann ebenfalls klar, dass eine grundgesetzkonforme gesetzliche Regelung den Behandlungsalltag in jenen psychiatrischen Kliniken drastisch verändern würde, die gesetzlich untergebrachte Patienten betreuen. Schließlich war es widersinnig, Kranke gegen ihren Willen in Kliniken einzuweisen und sie dann nicht zu behandeln. Dass in der übrigen Medizin das Recht der Kranken auf Behandlungsverweigerung längst etabliert und respektiert war, war an weiten Teilen der Psychiatrie vorbeigegangen. Die Psychiatrie, so die Logik, hatte schließlich oft mit urteils- und entscheidungsunfähigen Kranken zu tun. Aufgrund dieser Fehleinschätzung der Rechtslage konnte sich auch keine Kultur des Umgangs mit behandlungsunwilligen Patienten entwickeln. Das änderte sich auch nicht mit dem Inkrafttreten des Patientenverfügungsgesetzes von 2009, nach dem man Verfügungen für den Fall der Urteilsunfähigkeit in gesunden Tagen im Voraus treffen kann. Zaghafte Ansätze wie Behandlungsvereinbarungen fanden seit den neunziger Jahren nur geringe Verbreitung. Weil das so war, fielen zahlreiche Psychiater, vor allem in Kliniken, nach den Urteilen der Obergerichte in eine Art Schockstarre. Ich will hier auf die Konsequenzen der Urteile nicht eingehen. Dazu gibt es inzwischen zahlreiche Beiträge.

Ich will mich vielmehr mit denjenigen Gründen befassen, die dafür verantwortlich sind, dass die Psychiatrie sich anders entwickelt hat als die anderen medizinischen Bereiche. Ich bin überzeugt davon, dass es nicht nur damit zu tun hat, dass die Psychiatrie die einzige Disziplin ist, die mit einem beträchtlichen Anteil von Kranken zu tun hat, die ihr auf gesetzlicher Grundlage zugewiesen werden. Ich sehe Gründe dafür viel mehr in der mangelnden Vollendung der Psychiatriereform. In-

ternational unterscheidet man zwischen drei Phasen dieser Reform:

- der Phase der Befreiung
- der technokratischen Phase der Reorganisation und
- der Entwicklung einer neuen therapeutischen Kultur (Finzen 1985).

Während die ersten beiden Phasen relativ erfolgreich abgeschlossen sind, blieb die dritte vor allem in den Kliniken im Ansatz stecken. In den Anstalten erwies sich der Weg von der Verwahrungspsychiatrie zu einer therapeutischen und rehabilitativen Kultur als steinig. In den zahlreichen neu gegründeten Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern ver-

Die dritte Phase der Psychiatriereform blieb vor allem in den Kliniken im Ansatz stecken.

hinderten der schnelle Aufbau und die zunehmend biologische Orientierung oft eine reflektierte Kultur der Auseinandersetzung mit den Kranken auf Augenhöhe. Dass eine moderne Medizin mit ihren Kranken über die Behandlung zu verhandeln hat, dass sie die soziale Dimension ihres Leidens einzubeziehen hat, das kam in der Psychiatrie nur mit Verzögerung an. Das bedeutete auch, dass die Entwicklung einer Kultur des Umgangs mit „schwierigen“ Kranken nicht ausreichend vorankam. Vor allem wurde oft nicht beachtet, dass die Prävention von gewalttätigen Zuspitzungen im Vorfeld zu beginnen hat. Nur dann können spätere Eskalationen verhindert werden. Das beginnt bereits vor der Einweisung, also außerhalb der Kliniken, es setzt sich fort in der räumlichen Gestaltung der Aufnahmebereiche der Kliniken, in der Gestaltung der Aufnahmesituation durch ausreichend erfahrene Ärzte und Pflegenden, in einer Strategie des geduldigen und deeskalierenden Umgangs mit Kranken, die vor allem zu Beginn ihre Kooperation verweigern.

Es ist abzusehen, dass die Parlamente der zuständigen Bundesländer die gesetzlichen Mängel in absehbarer Zeit beheben werden. Der Bundestag hat das im Hinblick auf das Betreuungsrecht bereits getan. Aber das wird ein Herumkurieren an einem fehlentwickelten System bleiben, solange sich keine neuen Formen des Umgangs mit den Kranken und mit schwierigen Situationen entwickeln. Das Steckenbleiben der Entwicklung einer zeitgemäßen psychiatrischen therapeutischen Kultur be-

schränkt sich im Übrigen nicht auf die Akutsituation. Es geht auch und vor allem um das Miteinander im therapeutischen Prozess während des weiteren Behandlungsverlaufes einschließlich der gemeinsamen Entwicklung der Perspektive über die Zeit der klinischen Behandlung hinaus. ●

Literatur

- Berrios, G.E.:** The History of Mental Symptoms. Cambridge UP: Cambridge 1996
- Finzen, A.:** Das Ende der Anstalt. Psychiatrie-Verlag: Bonn 1985
- Finzen, A.:** Zwangsmedikation: Die Psychiatrie nach den Urteilen – und davor. Recht und Psychiatrie, 2013/31: 71–75
- Finzen, A.:** Stigma Psychische Krankheit. Psychiatrie-Verlag: Köln 2013
- Frances, A.:** Normal. Gegen die Inflation psychiatrischer Diagnosen. Dumont Köln 2013
- Kaschka, W. u.a.:** Modediagnose Burn-Out. Dtsch. Ärzteblatt Int. 2011 108(46): 781–787
- Menninger, K.:** Das Leben als Balance. Piper-Verlag: München 1968