

Von der Erbgesundheit zum Selbst als Risiko

Entwicklungslinien der Prävention in der Psychiatrie

Von Viola Balz

Prävention psychischer Störungen erscheint in der Psychiatrie ein unhinterfragt positives Ziel, doch selten wird nach den Chancen, Risiken und Ambivalenzen gefragt. Der Beitrag versucht, die historischen Entwicklungslinien des Präventionsgedankens in der Psychiatrie nachzuzeichnen, die Besonderheiten der primären und sekundären Prävention zu skizzieren und die Folgen für die Betroffenen in den Blick zu nehmen. Am Ende steht die Frage, welchen Konzepten der Prävention sich gemeindepsychiatrische Ansätze verpflichtet fühlen sollten.

Viola Balz

Professorin für Klinische Psychologie und psychosoziale Beratung an der Evangelischen Hochschule Dresden

12

Psychiatrische Erkrankungen, so lautet ein aktueller Tenor gesundheitswissenschaftlicher Debatten, seien eines der größten gesundheitlichen Probleme unserer Zeit. Wie eine Studie zu den globalen Belastungen von Krankheiten herausstellt, entfällt weltweit die größte Zahl beeinträchtigt verbrachter Lebensjahre auf psychische Störungen und Abhängigkeitserkrankungen. Allein zwischen 1990 und 2010 seien diese bedingt durch die demographische Entwicklung um knapp 38 % angestiegen (Whiteford et. al. 2013). Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde betont in einer Stellungnahme zum Thema Prävention psychischer Störungen, dass die zitierte Studie vor allem die Bedeutung der Prävention für die Vermeidung weiterer Gesundheitskosten aufzeige. Besondere Chancen für die Vermeidung weiterer Neuerkrankungen werden in der frühzeitigen Intervention bei Menschen mit erhöhtem Risiko gesehen (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde 2013). Ich möchte in diesem Artikel die (historischen) Entwicklungslinien der aktuellen Diskussion nachzeichnen. Dabei werde ich zunächst die ersten Diskussionen über Prävention

in der Geschichte des 20. Jahrhunderts darstellen. Mein besonderer Augenmerk liegt dabei auf der Entstehung eines Risikobegriffs, der weitreichende Folgen für die Krankheitswahrnehmung hat. Am Beispiel der Sekundärprävention der Psychosen werde ich die Ambivalenz des Präventionsgedankens skizzieren und nach seiner Bedeutung für die Gemeindepsychiatrie fragen.

Historische Entwicklungslinien in der Psychiatrie

Von der psychiatrischen Eugenik zum Risikodispositiv

Die Geschichte der psychiatrischen Prävention ist in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts eng in das Projekt einer sich entwickelnden psychiatrischen Eugenik eingebunden gewesen. Bereits 1924 hatte sich ein Deutscher Verband für psychische Hygiene gegründet, der sich im Wesentlichen mit der Vorbeugung und Früherkennung psychischer Störungen beschäftigte und erstmals auch Menschen ohne Symptome näher betrachtete. Sind die psychiatrischen Präventionsbemühungen in dieser frühen Phase noch durch soziale und erbbiologische Erklärungsweisen gekennzeichnet, verschiebt sich das Verständ-

nis von Prävention in den 1930er-Jahren hin zu Erblichkeit und Intervention (Roelcke 2007, S. 395–402). Die darauf folgende Verbindung von der Prävention psychischer Störungen mit den rassenhygienischen Konzepten, die in letzter Konsequenz zu menschenverachtenden Programmen wie der Zwangssterilisation und der „Euthanasie“ psychisch kranker Menschen führten, bringt die Prävention psychischer Störungen in der Nachkriegszeit endgültig in Verruf. Diese historische Entwicklung ist entscheidend für die Tatsache, dass der Präventionsgedanke lange Zeit in der Psychiatrie eine untergeordnete bis keine Rolle spielte. In der Medizin entwickelte sich nach 1945 aber zunehmend ein Verständnis von Prävention, das sich nicht mehr vor allem auf die Schaffung hygienischer Lebensumwelten und erbbiologischer Faktoren bezog, sondern sich stark an den Gedanken eines Risikofaktorenmodells anlehnte.

Damit einhergehend verschiebt sich der Gesundheitsdiskurs von der umweltbezogenen Verhältnisprävention hin zur individuumszentrierten Verhaltensprävention, also zu als risikoreich wahrgenommenen Lebensweisen (Lengwiler und Madarasz 2010, S. 21–24). Diese

Entwicklung beinhaltet auch, dass das Selbst zum zentralen Bezugspunkt des Präventionsgedankens wird. Zwar hatte die Weltgesundheitsorganisation schon 1960 die Etablierung präventiver Programme mit Nachdruck empfohlen, eine erste systematische Umsetzung erfährt das Programm aber erst durch den amerikanischen Psychiater Gerald Caplan, der in seinem Mitte der 1960er-Jahre erscheinende Buch „Principles of Preventive Psychiatry“ ein Umdenken weg von dem individuumszentrierten Blick der klinischen Psychiatrie hin zur gemeindenahen Betrachtungsweise psychischer Störungen und darin verorteter Ansätze der Prävention fordert (Caplan 1964, S. IX). Die von Caplan vorgenommene Unterscheidung von Primärprävention als Verhinderung, Sekundärprävention als Früherfassung bzw. -intervention und Tertiärprävention als Vermeidung der Chronifizierung psychischer Krankheiten hat auch heute noch ihre Gültigkeit. Eine größere Bedeutung wird der Prävention jedoch erst in der Psychiatrieenquête zugeordnet. Wie die Psychiatrieenquête ausführt, solle sich der Blick weg von den Kranken „auf die viel größere Zahl an Gesunden und möglicherweise Gefährdeten richten und [...] sich vom Einzelindividuum, das üblicherweise im Mittelpunkt medizinischer, psychiatrischer und psychotherapeutischer Bemühungen steht, weitgehend auf ganze Gruppen und Bevölkerungsteile, bis hin auf die Bevölkerung als Ganzes [verschieben].“ (Deutscher Bundestag 1975, S. 385)

Betrachtet man das Zitat genauer, sind daran zwei Veränderungen bemerkenswert: Zum einen die Verschiebung weg vom Individuum hin zur Bevölkerung bzw. Bevölkerungsgruppen. Ein besonderes Augenmerk wird deshalb in den weiteren Ausführungen auf besonders vulnerable Gruppen gelegt wie beispielsweise Jugendliche ohne Ausbildung, Frauen, ausländische Arbeitskräfte, Hilfsarbeiter und ältere Arbeitnehmer (ebd., S. 389). Zum anderen wird in diesem Zitat der „Gefährdete“ betont, d.h. derjenige, dem lediglich das Risiko einer psychischen Erkrankung droht. Daraus folgend wird auch eine Reihe von Gesundheitsrisiken aufgeführt, die von der Schwangerschaft,

Geburt und postnataler Entwicklung bis hin zum körperlichen Abbau im hohen Alter reichen (ebd., S. 388–390, zur Kritik siehe Hellerich 1988). Hier wird besonders deutlich, dass sich die Psychiatrieenquête im Wesentlichen auf die Primärprävention konzentriert.

Die Bedeutung der Primärprävention nach der Enquête

Wie in einem Ende der 1990er-Jahre veröffentlichten Sammelband konstatiert wird, seien primärpräventive Maßnahmen im Bereich der Psychiatrie jedoch kaum umzusetzen. In das Zentrum des Interesses geraten deshalb Risikofaktoren und Risikokonstellationen für die Entstehung psychischer Störungen (beispielhaft Schneider 1998, S. 43). Wie diese (sozialen) Risikofaktoren minimiert werden könnten, wird jedoch nicht weiter ausgeführt.

Schaffung optimaler Lebenswelten, in denen alle Individuen sich entfalten können

Die Weltgesundheitsorganisation kommt noch um die Jahrtausendwende zu dem Schluss, dass für Krankheiten wie Schizophrenie und Depression bislang keine primärpräventiven Ansätze existieren (WHO 2001). Gert Hellerich konstatiert bereits Ende der 1980er-Jahre, die Primärprävention sei in der Regel eben kein psychiatrisches Thema, sondern die Aufgabe pädagogischer und sozialer Berufe (Hellerich 1988, S. 98). In diesem Sinne formuliert auch Joachim Klosterkötter, dass der Schutz möglicherweise gefährdeter Menschen in der psychiatrischen Primärprävention nur über eine enge Zusammenarbeit mit anderen Disziplinen sichergestellt werden könne: „Die Vermittlung der Betroffenen muss in erster Linie aus dem ‚vorpsychiatrischen Bereich‘ erfolgen (...) etwa von Lehrern, Beratungsstellen, schulpädagogischen Diensten, Kinderärzten.“ (Klosterkötter 1998, S. 48). Diese besondere Bedeutung pädagogischer Berufe in der primären Prävention gilt es weiter zu reflektieren, liegt ihre Aufgabe doch in der Schaffung optimaler Lebenswelten, in denen alle Individuen sich entfalten können – und ist auch zentrale Aufgabe gemeindepsychiatrischer Ansätze. Im Zentrum psychiatrischer Überlegungen zur Primärprävention insbesondere der Schizophrenie steht jedoch vor allem die Identifikation so genannter Marker für die kognitiv-affektive Störanfälligkeit (Klosterkötter 1998, S.

36–37). Die damit einhergehende Rückbindung an biologische Grundlagenforschung und somit einer Rebiologisierung psychischer Erkrankungen trifft insbesondere auf die Forschungen zu den Frühformen von Psychosen zu.

An der Grenze zwischen Krankheit und Gesundheit

Die Entwicklung der Sekundärprävention der Psychosen

Angeregt durch erste Forschungen in den 1970er-Jahren, setzten sich insbesondere in den 1990er-Jahren schließlich Ansätze durch, die sich auf Prodromalsyndrome der Psychosen konzentrieren. Dabei wird zwischen dem so genannten unspezifischen Vorläuferstadium, verstanden als diskrete Störungen von Antrieb, Affekt, Denken und Wahrnehmung und dem spezifischen Prodromalstadium mit schon bestehenden Positivsymptomen, wie z.B. Halluzinationen unterschieden (Benkert und Hippus 2007, S. 17). Als Meilensteine der Früherkennung von Psychosen gelten heute zwei große Studien: die ABC (Age, Beginning, Course)-Schizophreniestudie des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit in Mannheim und die CER (Cologne Early Recognition Studie) der Universität Köln. Seit 2002 beschäftigten sich die genannten Forscher auch mit der Entwicklung anwendungsreifer Früherkennungs- und Frühinterventionsinstrumente (Häfner u.a. 2012). Beide Studien haben sich zum Ziel gesetzt, das der Psychose vorausgehende Prodromalstadium besser herauszuarbeiten und das Risiko, an einer Psychose zu erkranken zu spezifizieren. Potenziell gefährdete Subjekte werden in Folge dieses Herangehens auch als „Risikopersonen“ bezeichnet.

Diese Studien zeigen jedoch auch, dass die Vorläufersymptome einer Psychose keineswegs spezifisch sind. So arbeitet die Gruppe um Heinz Häfner heraus, dass Menschen, die in der Kindheit über Halluzinationen berichten, zwar ein 16fach erhöhtes Risiko hatten, später an einer Psychose zu erkranken. Dies bedeutet aber gleichzeitig, wie die Forscher und Forscherinnen einräumen, dass 75% der Kinder im Erwachsenenalter nicht betroffen sind. Auch seien bestimmte emotionale Zustände wie Angst, depressive Verstimmungen und

ein vermindertes Selbstbewusstsein, die nahezu regelhaft im Frühstadium der Psychosen auftreten, nicht spezifisch für diese, sondern treten ebenfalls als Vorläufer von Depressionen und als allgemeine Anzeichen von Lebenskrisen auf (Häfner und Maurer 2012, S. 7-10). Wie Allen Frances herausarbeitet, entwickle jedoch nur eine von drei in diesen Früherkennungsprogrammen als gefährdet bezeichnete Personen wirklich eine Psychose – mit einer abnehmenden Tendenz je länger sich eine Klinik mit dem Gebiet befasst (Frances 2014, S. 284). Es verwundert deshalb nicht, dass sich die Stimmen mehren, die die präventive Intervention kritisieren. Unberücksichtigt bleibt häufig auch, dass die Identifizierung einer Person als gefährdetes Subjekt lediglich als eine Wahrscheinlichkeitsangabe zu betrachten ist. Vor diesem Hintergrund sind auch die so genannten Awareness-Programme kritisch zu betrachten, die das Ziel verfolgen, der Bevölkerung, den Risikopersonen und ihrem nächsten Umfeld ein verbessertes Wissen um Symptome und Risikozeichen einer Psychose zu vermitteln (Häfner und Maurer 2012, S. 31). Darüber hinaus ist die präventive Behandlung lediglich gefährdeter Personen zu problematisieren.

Die Schwierigkeiten eines solchen Unterfangens zeigen sich auch an zahlreichen Studien, die zur Behandlung mit Psychopharmaka bereits in der Frühphase der Psychosen durchgeführt wurden, obwohl die Behandlung von Risikosyndromen als off-label-use zu betrachten sind, da kein Medikament für diesen Einsatz zugelassen wurde. Erste Ergebnisse dieser Studien ergeben zudem keine signifikante Überlegenheit der Medikation in der Frühintervention vor anderen Verfahren (Klosterkötter und Bechdolf 2012, S. 41). Demgegenüber sind die Gefahren einer frühen Intervention zu betonen, die insbesondere darin bestehen, eine Reihe von Jugendlichen mit Medikamenten zu behandeln, ohne zu beachten, dass mit diesen auch zahlreiche unerwünschte Wirkungen einhergehen (Frances 2014, S. 284). Darüber hinaus ist zu bedenken, dass die Einstufung als Risikoperson für die Betroffenen die Gefahr einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung beinhaltet.

Das Selbst als Risiko

Zur Ambivalenz des Präventiven in der Gemeindepsychiatrie

Wie ich zu Beginn herausgearbeitet habe, ist die Geschichte psychiatrischer Präventionsprogramme im 20. Jahrhundert stark in das Programm einer biologischen Psychiatrie eingebunden. Zwar etablieren sich gerade in den 1970er-Jahren Ansätze, die der sozialen

Verursachung psychischer Störung ein stärkeres Gewicht beimessen. Nicht zuletzt vor diesem Hintergrund lassen sich

auch einige auf Verhältnisprävention ausgerichtete Ausführungen der Psychiatrieenquete lesen. Dies sollte aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass insbesondere die Debatte um die Sekundärprävention psychischer Störungen, wie beispielsweise diejenige um die Frühdiagnostik und Frühintervention von Psychosen, im Wesentlichen an biologischen Debatten in der Psychiatrie anknüpft. Sekundärpräventive Ansätze, die für eine Intervention psychisch abweichenden Verhaltens auch unterhalb der Schwelle des Pathologischen plädieren, stellen jedoch auch die Grenze zwischen heute noch als normal geltenden Verhalten und psychischer Krankheit in Frage (Frances 2014), und erweitern somit den Kreis derjenigen Personen, die potenziell gefährdet sind. Gemeindepsychiatrische Ansätze sollten sich also sehr genau auch der Gefahr bewusst sein, die mit einer Ausweitung des Personenkreises einhergeht, bezieht man immer weitere Kreise von potenziell Erkrankten mit ein.

Mit der Durchsetzung des Risikofaktorenmodells in der psychiatrischen Prävention ändert sich jedoch auch der Blick der Subjekte auf sich selbst. Wie Ulrich Bröckling konstatiert, werde die Entscheidung für oder gegen eine vorbeugende Maßnahme zur Abwägung zwischen verschiedenen Risiken und Risikoeinschätzungen, die letztlich dem Subjekt zurückübertragen wird (Bröckling 2008). Dies ist letztendlich sowohl das Argument solcher Studien, die einen präventiven Einsatz von Psychopharmaka auf der Grundlage von Wahrscheinlichkeitsaussagen und Frühwarnzeichen propagieren als auch solcher, die eine angemessenere Lebensführung empfehlen. Insbesondere

die Studien zur Sekundärprävention befördern ein sich selbst beobachtendes Subjekt, das seine eigenen Lebensäußerungen im Wesentlichen unter dem Aspekt des Risikos später zu erkranken wahrnimmt. Der Risikodiskurs entfaltet letztendlich also eine individualisierende Wirkung, indem er die Verantwortung für ein weiteres „gesundes“ Leben letztlich nicht mehr den (sozialen) Lebensverhältnissen, sondern einer im Sinne der Risikominimierung vernünftigen präventiven Lebensführung zuschreibt. Dies spricht keineswegs gegen den Grundgedanken der Prävention, das Auftreten psychischer Krankheiten zu verhindern, die Lebensumwelten der Menschen zu verbessern und Leiden zu vermeiden. Wer jedoch die Prävention psychischer Störungen als Erfolgsprojekt feiert, sollte die Kehrseiten dieses Projektes nicht vergessen, die sich insbesondere in der Rebiologisierung und Individualisierung der Risiken zeigen. Gemeindepsychiatrische Initiativen, die sich den Ansätzen des Recovery und den Strategien der *Entkränkung* verpflichtet fühlen, wären auch dafür zu sensibilisieren, dass sie mit einem Fokus auf potenzielle Frühwarnzeichen jene Pathologisierungstendenzen verstärken, die sie durch ihr Handeln eigentlich zu entkräften trachten. Die Vor- und Nachteile einer frühzeitigen Intervention gilt es dabei sehr genau abzuwägen. ●

Literatur

Benkert, O.; Hippus, H. (2007). Kompendium der psychiatrischen Pharmakotherapie. Heidelberg.

Bröckling, U. (2008): Vorbeugen ist besser... Zur Soziologie der Prävention. In: Behemoth. A Journal on Civilisation, 1, S. 38–48.

Caplan, G. (1964): Principles of Preventive Psychiatry. New York.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (2013): Stellungnahme Prävention psychischer Störungen – zentrales Element in der Nationalen Präventionsstrategie Nr. 3 01.02.2013 (http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/stellungnahmen/2013/stn-2013-02-01_pr%C3%A4vention_psych._St%C3%B6rungen.pdf, zuletzt gesehen am 05.04.2016)

Deutscher Bundestag (1975): Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – Zur psychiatrischen und psychotherapeutischen/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung, Drucksache 7/42000. Bonn.

Frances, A. (2014): Normal. Gegen die Inflation psychiatrischer Diagnosen. Köln

Häfner, Heinz, Bechdorf, A.; Klosterkötter, J.; Maurer, K. (2012): Psychosen – Früherkennung und Frühintervention. Der Praxisleitfaden, Stuttgart (Schriftenreihe Kompetenznetz Schizophrenie)

Häfner, H.; Maurer, K. (2012): Früherkennung von Psychosen. In: Häfner, H.; Bechdorf, A.; Klosterkötter, J.; Maurer, K. (Hg.), Psychosen – Früherkennung und Frühintervention. Der Praxisleitfaden. Stuttgart, S. 1–35).

Hellerich, G. (1988): Prävention. In: Hörmann, G.; Nestmann, F. (Hg.): Handbuch der psychosozialen Intervention. Wiesbaden, S. 94–100.

Klosterkötter, J. (1998): Neue Ansätze zur Früherkennung und Frühbehandlung schizophrener Störungen. In: Klosterkötter, J. (Hg.): Frühdiagnostik und Frühbehandlung psychischer Störungen. Berlin, S. 31–55).

Klosterkötter, J.; Bechdorf, A. (2012): Frühintervention bei Psychosen. In: Häfner, H.; Bechdorf, A.; Klosterkötter, J.; Maurer, K. (Hg.): Psychosen – Früherkennung und Frühintervention. Der Praxisleitfaden. Stuttgart, S. 35–64.

Lengwiler, M.; Madarasz, J. (2010): Präventionsgeschichte als Kulturgeschichte der Gesundheitspolitik. In: Lengwiler, M.; Madarasz, J. (Hg.): Das präventive Selbst. Eine Kulturgeschichte moderner Gesundheitspolitik. Berlin, S. 11–30).

Roelcke, V. (2007): »Prävention« in Hygiene und Psychiatrie zu Beginn des 20. Jahrhunderts: Krankheit, Gesellschaft, Vererbung und Eugenik bei Robert Sommer und Emil Gotschlich. In: Enke, U. (Hg.): Die Medizinische Fakultät der Universität Gießen. Institutionen, Akteure und Ereignisse von der Gründung 1607 bis ins 20. Jahrhundert. Stuttgart, S. 395–416).

Schneider, S. (1998): Früherkennung und Primärprävention von Angsterkrankungen. In: Klosterkötter, J. (Hg.): Frühdiagnostik und Frühbehandlung psychischer Störungen. Berlin, S. 144–156.

Whiteford et.al. (2013): Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. The Lancet , Volume 382 , Issue 9904 , 1575 – 1586

WHO (2001): The world health report 2001 – Mental Health: New Understanding, New Hope. Genf (http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf?ua=1, zuletzt gesehen am 13.04.2016)