

## Ebenen psychiatrischer Diagnostik

### Die Grenzen von krank und gesund

In den öffentlichen Medien der letzten Monate hat es fortlaufend Informationen gegeben, die zu dem nicht unberechtigten Eindruck führten, dass psychiatrische Befindlichkeitsstörungen bzw. psychiatrische Erkrankungen in Deutschland ein epidemiologisch erhebliches und zunehmendes Problem seien. Es wird zum Burn-out-Syndrom als neuer zivilisatorisch und stressbedingter Störung fortlaufend veröffentlicht, die psychiatrischen Behandlungskapazitäten wurden erweitert, fehlende Psychotherapieangebote werden artikuliert, von einem dramatischen Anstieg der Krankschreibungen wegen psychischer Störungen wird berichtet.

Die Zunahme solcher Störungen hat reale Ursachen; sie liegen unter anderem in einer Beschleunigung der Lebensabläufe vor allem in der Arbeitswelt, in der Alterung der Gesellschaft mit höheren Morbiditätsraten im Alter (zum Beispiel demenzielle Prozesse), in der heute größeren Neigung der Bevölkerung, sich mit psychischen Problemen an einen Arzt zu wenden, im Gegensatz zu früher, wo wir oft das Phänomen einer Abnormenschranke feststellen konnten; das heißt, aus befürchteten Vorurteilen vermieden die Patienten, sich mit psychischen Erkrankungen ihren Ärzten zu offenbaren.

Ärzte erkennen außerdem heute besser die psychosomatischen und psychologischen Teilaspekte von Krankheiten. Über differenzierte Aspekte der Diagnostik soll weiter unten Einiges ausgeführt werden. Auf der anderen Seite sind irrationale und irrealer Faktoren nicht außer Acht zu lassen, die den „Psychoboom“ mitbestimmen. Zu nennen wären hier die unkritische Nutzung medizinisch höchst umstrittener Modebegriffe wie Burn-Out, das Hochstilisieren von normalen und alltäglichen Befindlichkeitsstörungen in den Bereich definitiver Krankheit und nicht



Prof. Dr. med. habil. Otto Bach

© SLÄK

zuletzt die Entwicklung von Behandlungsbedarf durch „paramedizinische Heiler“ und Wellnessangebote wie etwa „Anti-Aging“- und Anti-stresskuren.

In der folgenden Artikelserie dieses Heftes beschreiben die Autoren einige besonders wichtige Themen der Psychiatrie und Psychotherapie, wobei auch die Frage nach der Grenze von krank und gesund aufgegriffen werden wird; es geht dabei um die Aspekte von Depressionen, Schizophrenien und eine spezielle kinderneuropsychiatrische Störung – das ADHS-Syndrom.

Der wissenschaftlichen Literatur sollen einige Zahlen entnommen werden, die die apostrophierte Zunahme psychischer Störungen unterstreichen können. 2010 entfielen 17,1 Prozent aller Behandlungsfälle auf

psychische Erkrankungen, davon 1/3 auf Depressionen (ein Sammelbegriff, der in einem Folgeartikel spezifiziert wird); diese Zahl hat sich in den letzten zehn Jahren verdoppelt. Nach Angaben der AOK hat Überlastung im Beruf im Jahre 2011 zu 1,8 Millionen Fehltagen geführt.

Von Demenzen (diese Krankheitsgruppe wird in der Artikelserie nicht mit dargestellt, da sich das „Ärztblatt Sachsen“ diesem Thema mit einem ganzen Heft gewidmet hat.) waren in Deutschland acht Prozent aller 60-Jährigen betroffen. Zu bedenken ist dabei, dass die Demenzen nicht das alleinige gerontopsychiatrische Problem darstellen, sondern, dass ältere Menschen Angstsyndrome, Suchtkrankheiten und eben Depressionen mit deutlich höherer Erkrankungswahrscheinlichkeit aufweisen.

Im Bereich psychischer Störungen bzw. von Befindlichkeitsalternativen des alltäglichen Lebens ist die Grenze von gesund zu krank oft nicht leicht zu ziehen, zumal neben medizinischen Beurteilungskriterien (auch diese können in einem bestimmten Rahmen unterschiedlich sein) subjektive Einschätzungen und individuelle Krankheitstheorien eine Rolle spielen. Insofern ist ein differenzierter Krankheitsbegriff in der Psychiatrie/Psychotherapie von besonderer Bedeutung. Eine Radiusfraktur unterscheidet sich in diesem Sinne erheblich von einer Krankheit des Typs Neurose oder endogene Depression.

### Unterschiedliche Ebenen im diagnostischen Prozess psychischer Störungen

1. das Syndrom (zusammenfassende Beschreibung der vorliegenden Symptome; z. B.: depressive Verstimmung, demenzielles Syndrom\*)
2. körperliche (somatische) Diagnose: Befunde körperlicher Art, die die psychischen Erscheinungen erklären können.  
Diagnostische Methoden: die ärztliche Untersuchung, bildgebende Diagnostik (z. B. MRT, CT) EEG
3. psychologisch-diagnostische Aspekte: z. B. Konflikte und ihre Verarbeitung, Wesensmerkmale des individuellen Menschen, Strategien der Krankheitsbewältigung
4. soziale Aspekte, die krankheitsbefördernd mitwirken, z. B.: Position im sozialen Raum (soziale Isolierung!!!), soziale Konfliktkonstellationen
5. die Krankheitsbezeichnung: wichtig für die Kommunikation zwischen den im Gesundheitswesen Tätigen, für statistische und epidemiologische Erhebungen, Klassifikation der Erkrankungen, z. B. Schizophrenie, Alzheimerdemenz ...

\*Der Syndrombegriff beschreibt die psychopathologischen Phänomene; nur im Kontext, z. B. mit der somatischen Diagnose käme man zur Krankheitsbezeichnung Alzheimererkrankung.

Abbildung 1

Geht man von eingeführten Gesundheitsdefinitionen, wie sie die WHO und viele andere Autoren getroffen haben, aus, so ist Gesundheit als Zustand zu verstehen, der körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden voraussetzt, wobei – aus soziologischer Sicht – auch die Umweltbedingungen dazu passen müssen.

Dem entspricht eine umfassende Definition des psychiatrischen Krankheitsbegriffs, der sich methodologisch – wenn es um die Erfassung psychischer Symptome geht – auf einer völlig anderen Ebene abspielt als die Feststellung körperlicher Ausfälle, unter anderem, weil hier die Perspektive des Betroffenen, wenn es um sein Sein, sein Wahrnehmen und Selbstwahrnehmen, seine Emotionen geht, eine entscheidende Rolle spielt. Dies führt auch zu der Schwierigkeit, die Symptomatik in dem Maße zu operationalisieren, wie es die übrige naturwissenschaftlich orientierte Medizin für sich erwarten darf. Der Naturwissenschaftler hat Probleme, in den Kategorien seiner Wissenschaft so etwas wie „Gesellschaftlichkeit“ abzubilden. Der „zu Untersuchende“ bestimmt in gewisser Weise das Ergebnis der Untersuchung mit. Mithin kann auch der Diagnostiker nicht völlig über der Materie, außerhalb des Betrachtungs-

tungsfeldes des Patienten, stehen. Man könnte fast sagen, indem der Arzt seinen Patienten diagnostisch einschätzt, definiert er auch sich selbst mit. Letzteres zeigt sich zum Beispiel im Alltag dann, wenn unterschiedliche medizinische Fachgebiete das Beschwerdebild des Patienten völlig unterschiedlich interpretieren.

Je mehr sich die vom Patienten beklagten Beschwerden eindeutig als körperlich verursacht erweisen, desto geringere Interpretationsspielräume sind gegeben. Wenn die Beschwerden sich aber auch – und gar vorwiegend – psychosomatisch, psychodynamisch erklären lassen, werden die professionellen Sichten zunehmend vielgestaltiger. Insoweit sind Diagnosen Interpretationsmodelle einer bestimmten Wirklichkeit, wobei der Arzt in unterschiedlichen Konzepten der Realität wirken muss: hier die körperlichen Korrelate, dort der Mensch in seinen mitmenschlichen Bezügen, seinen Werthaltungen, seinen psychologischen Selbstregulierungsmöglichkeiten und seinen eigenen Theorien über seine Gesundheitsprobleme.

Auf der Basis derartiger hier nur skizzenhaft erwähnter methodologischer Erwägungen, ergeben sich für psychiatrische Erkrankungen mehrere diagnostische Ebenen, um so der

„Wirklichkeit des Gesundheitsproblems des Patienten“ so nahe wie möglich zu kommen.

In Abb. 1 sind die diagnostischen Ebenen, die einzubeziehen sind, abgebildet. Der Leser ersieht daraus, dass einzelne Begriffe wie Depression und Demenz zunächst noch keine ausreichende Aussage zur Art der Erkrankung zulassen, sondern nur einen hohen Allgemeinheitsgrad haben, der allenfalls im Akutstadium notfallmedizinische Maßnahmen intendieren kann.

Die psychiatrische Theorie geht insoweit davon aus, dass psychopathologische Phänomene zunächst völlig unspezifisch sind und deshalb die angeführten Diagnostikebenen weiter spezifiziert werden müssen.

Verwirrung in diese innere begriffliche Logik bringen nicht selten Begriffe, die sich einführen als Syndrom, gar als Krankheitseinheit, obwohl sie nur einen Teilaspekt des Problems beleuchten. Typisch dafür ist der medienwirksame Begriff des Burn-out-Syndroms, der eigentlich nur eine soziale Situation der Überlastung oder Überforderung und des (oft beruflichen) Stresses markiert, also in die 4. Ebene des Schemas in Abb. 1 gehört. Das psychische Phänomen – damit das Syndrom – wäre vernünftigerweise mit entsprechenden Begriffen (zum Beispiel depressive Verstimmung) zu belegen.

Aus dieser Betrachtung, die auch etwas über die unterschiedlichen möglichen Zugänge zu einem menschlichen Problem andeutet, leiten sich therapeutische Konsequenzen ab, die den apostrophierten Zugängen entsprechen – man spricht von einem komplextherapeutischen Ansatz, der somatische Behandlungsverfahren (etwa Psychopharmakotherapie, Lichttherapie, Elektroheilkampf, auch internistische und neurologische Begleitbehandlungen), psychotherapeutische Interventionen (tiefenpsychologisch, verhaltenstherapeutisch...) und sozialtherapeutische Arrangements meist in Gruppen (Ergotherapie, Training kommunikativer Fähigkeiten ...) einschließt.

## Übersicht über psychische Störungen

Befindlichkeitsstörungen bzw. Krankheiten, in die wir uns einfühlend können, die nahe am Alltagserleben liegen	z. B. - Angstzustände - Missbrauchszustände - Schmerzzustände ohne fassbare Ursache - abnorme Erlebnisreaktionen	oft ist die Grenze von gesund und krank schwer zu ziehen
Krankheiten mit Störungen der Stimmung, des Antriebs und körperlicher Funktionen	- Depressionen hohen Schweregrades (unterschiedlicher Ursache) - manische Zustände	oft schwere Leidenszustände ↘ Suizidgefahr; Krankenhausbehandlung häufig angezeigt
Krankheiten mit uneinzelbaren Erlebnisqualitäten, wie Wahn und Halluzination	- Schizophrenie - umschriebene Wahnkrankheiten	für die Familie und die Umwelt nicht selten verwirrend. Akute Zustände gehören ins Krankenhaus
Krankheiten als Folge eindeutig fassbarer Schädigungen des Gehirns	- Demenzen, z. B. - vom Alzheimerstyp - infolge Durchblutungsstörungen des Gehirns	Alzheimerdemenz in höherem Lebensalter häufig (z. B. 30 % der Menschen älter als 90). Infolge der höheren Lebenserwartung der Bevölkerung ist ein erhöhter Pflegebedarf zu erwarten

Abbildung 2

Dieses Prinzip des mehrdimensionalen Therapieansatzes geht auf einen weiteren grundlegenden theoretischen Ansatz der Psychopathologie (der Lehre von pathologischen Phänomenen des Seelenlebens) zurück – die These von der multifaktoriellen Genese psychischer Erkrankungen. Immer liegt – wie ausgeprägt ein Ursachenbereich auch im Vordergrund stehen mag – ein Ursachenbündel vor, wobei die primären Ursachen und die sekundären Verarbeitungsmechanismen, die Einwirkungen der Umwelt, die emotionalen Beziehungsgeflechte ein in sich verschlungenes Ursache-Wirkungskonvolut ergeben.

In Abb. 2 wird dem Leser noch eine Übersicht angeboten, die grob vereinfachend einen Überblick über psychische Erkrankungen bietet, die von oben nach unten betrachtet, Syndrome mit zunehmender Prägnanz somatischer Verursachung darstellen. Das Schema geht auf den deutschen Psychiater und Philosophen Karl Jaspers zurück, der eine Schichtentheorie entwickelte, aus der sich eine weitere Besonderheit des Zusammenhangs vieler psychischer Störungen ableitet. Es scheint nämlich so zu sein, und der klinische Alltag bestätigt es häufig, dass von oben nach unten (wie der Pfeil darstellen soll) Krankheiten die jeweils höheren Stadien durchlaufen. Beispielsweise beginnt eine Alzheimersche Demenz zunächst mit allgemeinen

neurasthenischen Beschwerden, danach (immerhin bei 30 Prozent) treten depressive Verstimmungen auf – nicht selten folgen Verwirrtheitssyndrome im Sinne der 3. Etage, ehe sich dann das Vollbild der Demenz ausprägt. Auch aus dieser Überlegung lässt sich wieder ableiten, dass ein Syndrombild für sich noch nichts Endgültiges über die zugrundeliegende Krankheit aussagt.

Wie stehen – könnte sich der Leser fragen – diese eher trocken-theoretischen Ausführungen in Zusammenhang mit den folgenden Beiträgen? Die Initiator der Serie haben zurückgegriffen auf eine Vortragsreihe, die vom Deutschen Hygiene-Museum in Dresden und der Sächsischen Landesärztekammer organisiert wurde und auf ein überraschend großes und interessiertes Publikum stieß. Die folgende Artikelserie gehorcht dem Schema unserer Abb. 2, indem zunächst über depressive Zustände (2) und die Krankheit Schizophrenie (3) Ausführungen gemacht werden. Über Angstsyndrome (Etage 1) soll in einem späteren Heft berichtet werden.

Da wir über Demenzen im Heft 8/2011 des „Ärztblatt Sachsen“ ausführlich berichtet haben, meinten die Herausgeber, einen Beitrag über ein Krankheitsproblem aus dem Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie aufnehmen zu sollen, welches in den Bereich von Befindlichkeitsstörungen gehört, bei denen nicht selten die

Grenze von gesund zu krank schwer zu ziehen ist.

Für den in der Praxis stehenden Mediziner könnten die Ausführungen insofern von Belang sein, als er erkennen kann, dass hinter einem Erscheinungsbild, das ein Patient bietet, völlig unterschiedliche Krankheiten stecken können, dass in der Psychiatrie die Anamnese, die alle Seinsebenen eines Menschen zu erfassen suchen sollte, eine große Bedeutung besitzt und dass therapeutisch mehrere Wege eingeschlagen werden können. Der Arzt kann eben ein Syndrom generalisierter Angst mit einem Psychopharmakon in den Griff bekommen. Er kann aber auch einen speziellen psychotherapeutischen Ansatz wählen. Der differenzierte und heute zunehmend informierte Patient wird aus seiner Sicht wesentlich an der Entscheidungsfindung mitwirken.

Literatur beim Verfasser

Prof. Dr. med. habil. Otto Bach, Leipzig