

Wann ist ein Mensch psychisch krank?

Bei psychischen Leiden ist der Übergang von der Lebenskrise zur Störung fließend. Wo verläuft die Grenze zur Krankheit? Der Psychiater Andreas Heinz hat da einen Vorschlag

Herr Professor Heinz, warum ist es so schwierig, psychische Krankheit zu definieren?

Kann man nicht einfach sagen: Ich leide, also bin ich krank?

Damit würden wir ja schnell alle möglichen Leidenszustände zu einer Krankheit erklären. So wird beispielsweise seit Jahren diskutiert, ob es eine Verbitterungsstörung gibt. Aber das geht mir zu weit. Verbitterung, das ist doch ein Gefühl, das zum Leben dazugehört. Genauso wie Traurigkeit und Trauer, Angst und Panik, Verzweiflung und Enttäuschung. Gefühle, die jeder mehr oder weniger kennt. Gefühle, die es auszuhalten gilt und mit denen man umgehen kann.

Gilt der Satz denn umgekehrt: Ich leide nicht, also bin ich psychisch gesund?

Auch das funktioniert nicht. Menschen mit einer bipolaren Störung beispielsweise fühlen sich in der Manie ja oft ganz wunderbar, sind aber gerade dabei, ihr Leben zu gefährden. Einige psychische Erkrankungen gehen eben mit einer mangelnden Krankheitseinsicht einher. Das Leidenskriterium reicht also nicht, um Krankheit zu definieren.



Bei körperlichen Erkrankungen scheint klar zu sein, was krankhaft ist: Es liegt ein organischer Befund vor. Könnten objektivierbare Befunde auch für psychische Krankheit ein Kriterium sein?

So einfach ist das nicht. Der Krankheitsbegriff ist auch in der allgemeinen Medizin nicht geklärt: Mal ist die Krankheit nach dem Leitsymptom definiert wie beim Bluthochdruck, mal ist der Erreger ausschlaggebend wie bei der Tuberkulose, mal die Gewebsveränderung wie beim Krebs.

Zudem ist bei vielen Diagnosen – wie zum Beispiel beim Bluthochdruck – strittig, ob es sich um eine Krankheit handelt oder nur um einen Risikofaktor für Krankheiten.

Auf der anderen Seite finden wir auch bei Psychoosen, Demenz oder Suchterkrankungen organische Veränderungen. Das sind neurobiologische Auffälligkeiten, die aber für die Diagnose nicht ausschlaggebend sind. Mit einem Organbefund kommen wir in der Psychiatrie nicht weiter, denn das Gehirn ist so vielfältig wie unsere Verhaltensweisen.

Was macht psychische Krankheit dann aus?

Mein Vorschlag ist, sich bei der Krankheitsdiagnose auf Fähigkeiten zu beschränken, die absolut relevant sind fürs Leben und Überleben. Für die Psychiatrie heißt das: Wenn mein Bewusstsein getrübt ist oder ich zeitlich und örtlich nicht orientiert bin wie etwa beim Delirium, dann ist das eine relevante Funktionsstörung. Oder wenn ich mir überhaupt nichts merken kann wie bei einer Demenz. Wenn ich Sprache nicht mehr verstehe im Rahmen einer Psychose oder keinen Antrieb mehr habe bei einer Depression, dann ist mein Überleben oder zumindest mein Leben mit anderen bedroht.

Aber ich kann doch weniger oder stärker beeinträchtigt sein. Ich bin ein wenig bedrückt bis hin zur absoluten Hoffnungslosigkeit. Ich achte auf gesundes Essen bis dahin, dass meine Gedanken nur noch ums Essen kreisen. Wo ist die Schwelle auf diesem Kontinuum, ab der Gesundheit in Krankheit übergeht?

Ich möchte das Problem damit lösen, dass ich noch zwei Aspekte zu der Funktionsstörung hinzunehme, die beide aber allein zur Definition nicht ausreichend sind. Erstens: Leidet der betroffene Mensch unter der Störung? Zweitens: Bekommt die oder der Betroffene seinen Alltag nicht mehr hin? Eine von beiden Fragen muss ich zusätzlich bejahen können, um von Krankheit zu sprechen.

Ihr Ansatz besteht also aus drei Aspekten: Zu einer Funktionsstörung muss ein Leidensdruck hinzukommen und/oder die Unfähigkeit, den Alltag zu bewältigen. Können Sie mit diesem Modell eine normale Trauerreaktion von einer Depression unterscheiden? Schließlich erleben Trauernde ja auch eine gedrückte Stimmung, können nicht schlafen oder haben keinen Appetit – alles Symptome einer Depression.

Aus meiner eigenen Erfahrung weiß ich: Wer trauert, wacht nicht unbedingt nachts um drei Uhr auf, um wie gelähmt im Bett zu liegen. Trauernde erleben auch nicht unbedingt den ganzen Tag grau in grau, sie können sich durchaus schon mal über Kleinigkeiten freuen. Das entscheidende Kriterium, warum eine Depression Krankheitswert hat, ist die Affektstarre. Ich kann mich nicht mehr freuen, überhaupt nicht mehr. Das ist meines Erachtens eine wesentliche Funktionsstörung, die das Leben mit anderen gefährdet.

Zudem spüren die Betroffenen eine extreme Hoffnungslosigkeit und kommen meist im Alltag nicht mehr klar. Die Kriterien für eine Krankheit sind dann auf allen drei Ebenen erfüllt.

Wie sieht es aus mit Stimmenhören? Das ist ja ein Symptom, das in der Bevölkerung als durchaus krankhaft wahrgenommen wird. Ist das nach Ihrem Modell eine Krankheit?

Halluzinationen sind zwar ein Krankheitskriterium, und es kann generell lebensbedrohlich sein, wenn ich reale Wahrnehmungen nicht mehr von Sinnes-täuschungen unterscheiden kann. Wenn ich aber nicht darunter leide und im Alltag mit meinen Mitmenschen zurechtkomme, haben auch psychotische Symptome meiner Meinung nach keinen Krankheitswert. Ich hatte mal einen Patienten, der sagte zu mir: Ich höre Stimmen, aber bitte lassen Sie die in Ruhe! Dieser Patient spekulierte nämlich an der Börse, und die Stimmen gaben ihm immer die richtigen Tipps. Das ist zwar ein extremes Beispiel, es zeigt aber, dass der Patient damit gut klarkommt, sogar auf die Stimmen vertraut. Es gibt einfach Stimmenhörer, die wollen damit leben.

Hätte Ihr Modell zur Folge, dass viele Krankheiten aus den Diagnosesystemen herausfallen würden?

Die Anzahl der Diagnosen ist im amerikanischen System, dem DSM, von 106 Kategorien in den 1950er Jahren auf heute mehr als 300 Störungsbilder gestiegen. Das kann man zu Recht kritisieren. Wenn man meinen Ansatz konsequent durchzieht, fällt ein Teil der Diagnosen tatsächlich heraus. In den 1970er, 1980er Jahren, als ich Psychiatrie gelernt habe, gab es eigentlich nur vier große Blöcke von Krankheiten: die Delirien, zum Beispiel nach Alkoholentzug, die Demenzen, die schizophrenen Psychosen und die schweren affektiven Erkrankungen, also Depressionen und bipolare Störungen. Im Grunde genommen möchte ich dahin wieder ein Stück zurück. Ich bin ein Anhänger alter Klassifikationssysteme, in denen es nur ganz wenige psychische Erkrankungen gibt.

Was wäre dann keine Krankheit mehr?

Über verschiedene Angsterkrankungen zum Beispiel könnte man diskutieren. Hat eine soziale Phobie in jedem Fall Krankheitswert? Jemand, der Schwierigkeiten hat, vor großen Menschenmengen zu reden, ist vielleicht einfach nur sehr schüchtern. Es ist auch nicht lebenswichtig, Reden oder Vorträge halten zu können. Nach unserem jetzigen Diagnosesystem kann das als Krankheit diagnostiziert werden – ich wäre da eher vorsichtig.

Warum ist es Ihnen eigentlich so wichtig, den Krankheitsbegriff so eng zu halten?

Um einem politischen Missbrauch vorzubeugen. Wir wollen doch nicht, dass jedes mögliche Verhalten, das einer Gesellschaft nicht passt, als krank eingestuft wird. Wenn zum Beispiel die Diagnose „Inter-



Prof. Andreas Heinz ist Arzt für Psychiatrie und Neurologie mit dem Zusatztitel Psychotherapie.

Außerdem hat er Anthropologie und Philosophie studiert.

Seit 2002 ist er Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Charité in Berlin. Bei Suhrkamp erschien 2014 sein Buch *Der Begriff der psychischen Krankheit*

netsucht“ offiziell anerkannt werden sollte, habe ich Sorge, dass dann kritische Blogger etwa in China für psychisch krank erklärt und mit Zwang „entzogen“ werden können. Zudem sollte eine Definition von Krankheit verhindern, dass jede Befindlichkeitsstörung zur Krankheit erklärt und womöglich mit Medikamenten behandelt wird. Das heißt, man muss Kriterien schaffen, die Menschen davor schützen, fälschlich pathologisiert zu werden.

Andererseits bekommt man nur mit dem Etikett Krankheit Zugang zu Kassenleistungen!

Das stimmt. Ein guter Krankheitsbegriff muss Gesunde, aber auch die Kranken schützen. Ein praktisches Beispiel sind die Suchterkrankungen. Alkoholabhängigkeit ist zwar eine Krankheit, das hat sich aber in der Praxis noch nicht ganz durchgesetzt. Die Patienten dürfen im Akutkrankenhaus entgiften, aber für die Behandlung der Grunderkrankung müssen sie einen Rehaantrag stellen. Diese Therapie zahlen die Krankenkassen nicht. Das ist ein Überbleibsel aus der Zeit, in der Suchtkranke als haltlose Menschen abqualifiziert wurden.

Aber Menschen mit einer Phobie würden dann keine Psychotherapie mehr bekommen, die von der Kasse übernommen wird?

Psychotherapie sollte weiterhin allen leidenden Menschen zuteil werden, auch wenn keine Krankheit im

Wir wollen doch nicht, dass jedes Verhalten, das einer Gesellschaft nicht passt, als krank eingestuft wird

engeren Sinne vorliegt. Vielleicht reichen schon sechs Sitzungen, und der Patient, der mit großer Schüchternheit zu kämpfen hat, wird doch noch ein begnadeter Lehrer. Von daher wäre es sicherlich klug, wenn Krankenkassen auch weiterhin bei leichteren Störungen Psychotherapie zahlen. Auf der anderen Seite fordern Psychiater und Psychotherapeuten wie auch Patienten- und Angehörigenverbände schon seit langem, dass mehr Ressourcen für die wirklich Schwerkranken zur Verfügung stehen müssten. Von den Menschen mit schweren Depressionen oder Schizophrenie sind nur wenige in Psychotherapie. Ich kenne mehr Doktoranden von mir, die in Psychotherapie sind, als Menschen mit einer Psychose. Ich würde mir erhoffen, dass sich das mit einem engeren Krankheitsbegriff ändert.

Was wären weitere Vorteile, wenn es weniger offizielle Krankheiten gibt?

Weniger Diagnosen könnten zur Entstigmatisierung beitragen. Ich könnte mit meiner Angst, vor Menschenmengen zu sprechen, eine Therapie bekommen, ohne aufgrund einer Diagnose pathologisiert zu werden. Hoffentlich würden auch weniger Medikamente verschrieben werden. Wir wissen, dass Antidepressiva bei leichten Depressionen nicht wirken. Das gilt auch für eine Vielzahl von Befindlichkeitsstörungen, da bringen Medikamente wenig.

Mal andersherum gefragt: Was macht denn psychische Gesundheit aus?

Bei dieser Frage kann man sich daran orientieren, was die großen Psychotherapieschulen anstreben – jenseits der Reduktion von Symptomen. Das Anliegen einer jeden Psychotherapie ist, das Repertoire an Verhaltens- und Reaktionsweisen des Klienten zu erweitern. Ich muss zum Beispiel bei Arbeitsanforderungen nicht gleich mit Angst reagieren. Ich kann lernen, in Ruhe zu überlegen, wie ich die Herausforderung bewältigen kann. Die Fähigkeit, das eigene Verhalten flexibel zu gestalten, kann also als Kriterium psychischer Gesundheit gelten. Weitere Ziele einer Psychotherapie und damit Kriterien für psychische Gesundheit sind ein gestärktes Selbstvertrauen und die Fähigkeit, mit anderen empathisch mitzuschwingen.

Und wann ist ein Patient geheilt?

Heilung – das ist ein hoher Anspruch. Eine Behandlung soll letztlich helfen, mit den Problemen und mit sich selbst besser klarzukommen sowie eigene Ressourcen zu nutzen. Hundertprozentige Funktionsfähigkeit und umfassendes Wohlbefinden aber sind eine Utopie.

PH

INTERVIEW: ANKE NOLTE

IMMER NEUE DIAGNOSEN

Für psychische Erkrankungen existieren zwei Diagnosesysteme: Die International Classification of Diseases (ICD), die von der Weltgesundheitsorganisation herausgegeben wird, und das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) der American Psychiatric Association. Für große Aufregung in Fachwelt und Öffentlichkeit hat dessen jüngste Version gesorgt, das DSM-5 (siehe Heft 4/2013). Kritisiert wurde vor allem die Ausweitung der Diagnosen.

Wie **Trauer von Depression** abgegrenzt werden soll, war eine der umstrittenen Fragen. Schon zwei Wochen nach dem Tod eines nahen Angehörigen kann nach dem DSM-5 bei einem trauernden Menschen die Diagnose Depression gestellt werden.

Neue Diagnosen wie *Binge Eating Disorder* (Essstörung mit Essanfällen), *Disruptive Mood Dysregulation Disorder* (für Kinder mit übermäßigen Wutausbrüchen) oder *Minor Neurocognitive Disorder* (für erste Anzeichen einer Alzheimerdemenz) standen ebenfalls in der Kritik. Der Vorwurf: Damit würden Gesunde zu Kranken gemacht.

AN