

NZZ „Forschung und Technik“ 82: 29, 08.04.2009

„Es ist wichtig, zwei gute Zugänge zum Menschen zu haben“

Die Psychiatrie sieht sich mit grösseren Herausforderungen konfrontiert - fachlich, aber auch was die Versorgung der Patienten betrifft.

Interview: Alan Niederer

Herr Hell, alles spricht von der Finanz- und Wirtschaftskrise. Wird sich die Krise auch auf die psychische Gesundheit der Bevölkerung auswirken?

Daniel Hell: Vieles spricht dafür. Zunächst werden wohl der Angstpegel und die Unsicherheit in der Bevölkerung steigen. Wenn die Arbeitslosigkeit anzieht, nehmen auch die Depressionen zu.

Wird auch die Suizidrate steigen?

Aus früheren Wirtschaftskrisen weiss man, dass mit mehr Selbsttötungen zu rechnen ist. Das hängt aber auch von den sozialen Netzen ab, die es in einer Gesellschaft gibt.

Sehen Sie da Probleme?

Ich sehe die Gefahr der Vereinzelung. Wir leben in einer stark individualisierten und leistungsorientierten Gesellschaft. Viele Menschen beziehen ihr Selbstwertgefühl aus ihrer Leistungsfähigkeit und ihrer Position. Wird so jemand arbeitslos, dann kann es gefährlich werden, vor allem wenn die Person keine weiteren Werte im Leben hat.

Glücklicherweise werden nicht alle krank. Es muss auch Schutzfaktoren geben...

Besonders günstig wirkt sich aus, wenn wir uns von der Familie oder einer Gemeinschaft getragen fühlen und wir in einer Kultur oder Religion verwurzelt sind. Das macht, dass wir nicht nur von unserem Selbstbild abhängen.

Derzeit sind alle Anstrengungen auf die Wirtschaft ausgerichtet. Brauchte es auch Investitionen in die Gesundheit der Bevölkerung?

Unbedingt. Man darf aber auf keinen Fall meinen, man könne die anwachsenden psychosozialen Probleme nur mit technischen Massnahmen und Psychopharmaka lösen.

Was raten Sie der Politik?

Sie muss alles unternehmen, damit die Arbeitsplatzsicherung gross bleibt. Die Menschen die sich wegen der anwachsenden Not in Frage stellen, müssen auch psychotherapeutisch unterstützt werden können.

Schwerkranke fallen durch die Netze

Noch scheint die psychische Verfassung der Bevölkerung gut zu sein, wie aus dem jüngsten Bericht des Gesundheitsobservatoriums hervorgeht.

Wir haben lange Zeit unter günstigen Bedingungen gelebt. Deshalb fühlen sich heute viele Personen wohl. Für psychisch belastete Menschen hat sich in den letzten Jahren aber nicht viel verändert - im Gegenteil: Ich beobachte, dass die Schwerstkranken vermehrt durch die Maschen des psychiatrischen Netzes fallen.

Wie kommt das?

Die ambulanten Einrichtungen und Wohnheime sind vermehrt mit Kranken konfrontiert, mit denen sie nicht zurechtkommen. Das sind vor allem instabile Psychose- kranke und Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, die auch Suchtprobleme haben und schlecht integriert sind. Die bestehenden Strukturen der Langzeitbetreuung sind mit diesen Patienten überfordert, und die psychiatrischen Kliniken, die zu Akutkliniken geworden sind, nehmen sie nur im Notfall auf.

Sehen Sie einen Grund in der verkürzten Hospitalisationsdauer?

Das mag ein Grund sein. Ein anderer ist, dass für Schwerkranke tragende Betreuungsstrukturen ausserhalb der Klinik fehlen. Wir müssen für diese Patienten das Netz an Hilfsangeboten enger knüpfen, auch was die Übergänge zwischen stationärer und ambulanter Hilfe anbelangt.

Was sind Ihre Vorschläge?

Im Kanton Zürich haben wir ein Psychiatrie-Konzept, mit dem die ambulanten, teilstationären und stationären Angebote besser aufeinander abgestimmt werden. Was aber noch weitgehend fehlt, sind mobile Equipen, Akut-Tageskliniken und intensiv betreute Heime.

In der Psychiatrie findet eine Verschiebung von der stationären zur ambulanten Versorgung statt. Es gibt zudem immer mehr spezialisierte Angebote. Wohin steuert die moderne Psychiatrie?

Einerseits braucht es immer mehr spezialisiertes Wissen. Das ist nötig, um die neuen neurowissenschaftlichen und psychotherapeutischen Kenntnisse umzusetzen. Andererseits braucht es auch eine tragende Grundversorgung. Auf der Beziehungsebene ist es wichtig, dass wir Betreuungsformen anbieten, die für die Kranken möglichst lebensnah sind. Da braucht es kein Spezialwissen.

Zwischen den öffentlichen Institutionen, den Privatkliniken und den niedergelassenen Psychiatern ist die Vernetzung gering. Zudem betreibe der private Sektor eine «Wellness-Psychiatrie» und behandle nur die einfachen Fälle, wird kritisiert.

Es braucht sicher eine grössere Mithilfe von den niedergelassenen Psychiatern, gerade bei den schwer und chronisch kranken Patienten.

Sie selber sind heute in einer Privatklinik tätig. Sind Sie auch ein Wellness-Psychiater?

Nein, die Privatklinik gibt mir die Chance, für schwerer Kranke weiterhin stationär tätig zu sein, was mir in einer öffentlichen Institution nach der Pensionierung verwehrt wäre. Ambulant behandle ich aber auch Patienten ohne Zusatzversicherung.

Diagnosestellung hat sich verändert

Die psychischen Krankheiten werden immer komplexer. Ist das ein neues Phänomen?

Das hängt auch mit der Diagnosestellung zusammen, die sich in den letzten Jahren gewandelt hat. Heute werden psychiatrische Störungen nicht mehr aufgrund einer Ursache, sondern anhand von Symptomen diagnostiziert. Dies hat zu einer Aus-

weitung der Diagnosen geführt, und es werden immer geringere Schweregrade erfasst.

Können Sie ein Beispiel nennen?

Weil nur noch gewisse Symptome vorhanden sein müssen, gelten heute auch Menschen als depressiv, die einen schweren Schicksalsschlag erlitten haben. In dieser Situation ist es aber völlig normal, bedrückt innezuhalten und schwerer Schlaf zu finden.

Daran dürften nicht nur die Psychiater und die Psychopharmaka-Hersteller schuld sein...

Nein, natürlich nicht. Es hat auch eine gesellschaftliche Entwicklung stattgefunden, die heute alles, was mit Leiden einhergeht, als pathologisch ansieht und medicalisiert. Auch die Verschiebung von der Industrie- zur Dienstleistungsgesellschaft hat die Ausweitung der psychiatrischen Diagnosen begünstigt. Die Menschen stehen heute unter einem grösseren psychomentalen Druck. Es ist deshalb nicht erstaunlich, dass es mehr psychische Probleme gibt. Auch nicht, dass die Invaliditätsrate für psychische Störungen zugenommen hat. Die Gefahr besteht nun, dass man diese Kranken stigmatisiert, wie es mit der Scheininvaliden-Diskussion geschehen ist.

Einige vermuten, dass sich dahinter ein Selbstschutz der gesunden Bevölkerung verbirgt. Die Erkenntnis, dass psychische Krankheit nichts Seltenes und Abartiges ist, löse einen Abwehrreflex aus. Wenn das stimmt, wären Informationskampagnen zur Entstigmatisierung kontraproduktiv.

Da haben Sie leider nicht ganz unrecht. Ich persönlich glaube, dass die Entstigmatisierung vor allem bei den Betroffenen selbst ansetzen muss. Man sollte sie unterstützen, damit sie einen besseren Umgang finden mit der eigenen Scham und sich weniger beschämen lassen. Entschuldigend zu sagen, jeder Depressive sei ein Hirnkranker, halte ich aber für problematisch und kontraproduktiv.

Sie haben etliche Bücher über Depression geschrieben. Bei vielen Titeln schwingt etwas Philosophisches mit. Ein Buch heisst etwa «Welchen Sinn macht Depression?» Wären Sie lieber Philosoph geworden?

Nein, aber ich bin tatsächlich seit meiner Jugend an Natur- und Geisteswissenschaften interessiert. Das hilft mir zu sehen, dass es die Psychiatrie auch mit kulturellen, gesellschaftlichen und psychologischen Phänomenen zu tun hat.

Ist der Buchtitel auch Ausdruck Ihrer Skepsis gegenüber einer klaren Grenze zwischen krank und gesund?

Es entspricht meiner Erfahrung, dass sich viele Patienten nach einer überstandenen Depression fragen: Wozu das alles? Wir Menschen sind Sinnsuchende.

Und welchen Sinn hat Depression?

Für mich ist es ähnlich wie bei den Angsterkrankungen. Angst ist etwas, was wir brauchen im Leben. Ohne Angst würden wir nicht alt, wir würden uns allen Gefahren aussetzen. Angst kann aber ausser Rand und Band geraten, dann werden wir krank. Das Gleiche gilt für das Deprimiertsein. Wir haben einen biologischen Mechanismus, der uns in hilflosen, uns überfordernden Situationen bremst. Deprimiertheit ist an sich sinnvoll, solange der Zustand nicht zu lange anhält und sich nicht krankhaft hochschauelt.

Nur der Kranke kann Sinn suchen

Wer vom Sinn der Depression spricht, impliziert, dass der Patient sein Leiden ertragen könnte, um daran zu reifen. Das dürfte nicht allen gefallen.

Ich würde nie einem Kranken sagen, sein Leiden habe Sinn. Nur er selber kann auf die Sinnsuche gehen. Wenn er das will, unterstütze ich ihn.

Sie befassen sich auch mit der Seele und ihrer Sprache, den Gefühlen. Wie schlägt sich das in Ihrer Arbeit nieder?

Ich glaube, das Leib-Seele-Problem ist noch nicht gelöst. Es ist deshalb wichtig, zwei gute Zugänge zum Menschen zu haben. Wir können einerseits etwas von aussen beobachten und objektivieren. Andererseits erfährt sich der Mensch aus erster Hand. Diese Erlebensdimension ist etwas Einzigartiges und Eigenes. Ich versuche bei meiner Arbeit, beide Zugänge zu berücksichtigen.

Die Psychiatrie entwickelt sich aber stark in Richtung biologisch orientiertes Fachgebiet. Dazu beigetragen haben die neuen Untersuchungsmethoden der Neurowis-

senschaften und der Molekularbiologie. Werden die Diagnosen künftig im Labor gestellt?

Sicher nicht in den nächsten Jahren. Und das aus dem einfachen Grund, weil wir für Krankheiten wie die Depression und die Angststörungen immer noch keinen sicheren biologischen Marker haben. Die neuen Methoden sind sehr hilfreich bei somatischen Hirnkrankheiten wie der Alzheimerdemenz. Dass sie bei funktionellen Störungen wie der Depression weniger bringen, hat damit zu tun, dass diese Krankheiten nicht einheitlich, sondern persönlich gefärbt sind.

Mit modernen bildgebenden Verfahren ist nachgewiesen worden, dass Medikamente und Psychotherapie zu messbaren Veränderungen im Gehirn führen. Das dürfte die Psychotherapeuten freuen.

Das ist nicht überraschend. Wenn ich jetzt mit Ihnen spreche und es wird bei mir ein funktionelles MRI gemacht, dann sehen Sie, dass mein Hirn in ständiger Aktivität ist. Und natürlich gibt es Korrelate zu dem, was ich gerade mache und sage. Aber glauben Sie ja nicht, alles passiere nur in meinem Gehirn. Ich bin genauso beeinflusst von Ihren Fragen, von der Umgebung und von dem, was ich vorbereitet habe. All das spiegelt sich auch in meinem Gehirn. Glauben Sie also nicht, dass alles im Gehirn festgelegt ist.

Anhand von was messen Sie den Therapieerfolg?

Daran, wie es dem Patienten geht, wie er sich fühlt, wie er sich verhält. Das sind die Kriterien. Den Patienten interessiert es nicht, was im Gehirn vorgeht. Er will wissen: Was kann ich verändern, damit es mir gutgeht.

Sie arbeiten seit 40 Jahren in der Psychiatrie. Was war für Sie der grösste Fortschritt?

Ich habe eine psychiatrische Revolution erlebt, von einer patriarchalischen, gefängnisartigen Institution zu einem patientenorientierten Klinikbetrieb. Als ich anfing, gab es Wachsäle mit 16 bis 18 Patienten.

Um wieder auf die Wirtschaftskrise zurückzukommen: Nicht nur die Banker, auch die Psychiater haben ein Imageproblem...

Das ist so. Psychiatrie ist für viele etwas Ambivalentes, sogar in Ärztekreisen. Aber ich glaube, das wird sich ändern, wenn die psychischen Probleme gesellschaftlich weiter in den Vordergrund rücken.