

NZZ „Bildung und Gesellschaft“ 100: 44, 30.04.2012

## «Gewisse neue Diagnosen sind Ausdruck des Kulturwechsels»

*Der Psychiater Daniel Hell über die vorgeschlagenen neuen Diagnosen im Bereich der psychischen Erkrankungen*

Interview: Daniela Kuhn

*Herr Hell, was halten Sie vom vorliegenden Entwurf von DSM 5?*

Er scheint mir weniger revolutionär als DSM 3 im Jahre 1980, als grundsätzlich neue diagnostische Kriterien eingeführt wurden und man beschloss, die meisten Diagnosen nur noch nach Symptomen zu beschreiben. Zuvor waren auch Kontext und mögliche Ursachen der Störungen berücksichtigt worden. Die Hauptgefahr jedes Klassifikationssystems scheint mir seine Überschätzung zu sein. Psychisches Leiden ist kein Kuchen, der sich exakt in Stücke aufteilen lässt. Insofern ist eine scharfe Abgrenzung von verschiedenen Störungen und von krank und gesund illusionär. Diagnostische Manuale stellen vielmehr den Versuch dar, eine gemeinsame Sprache unter Experten zu finden - im Wissen um ihre Begrenztheit.

*Sind auch Sie der Ansicht, dass neue Diagnosen zu mehr entsprechenden Fällen führen?*

Ja, mit Einschränkungen. Eine neue Diagnose hat nur «Erfolg», wenn sie ins soziokulturelle Umfeld passt. Bis anhin gab es sieben verschiedene Arten von Persönlichkeitsstörungen, aber nur zwei wurden häufig diagnostiziert. Burnout war keine eigenständige Diagnose, hat sich aber epidemisch verbreitet. Dass aber bestimmte Störungen, die durch das DSM 5 neu eingeführt werden, künftig zu mehr Behandlungen führen, kann ich mir sehr gut vorstellen.

*Zum Beispiel?*

Die «Stimmungs-Regulierungs-Störung», die diagnostiziert wird, wenn Kinder irritierbar sind und mindestens drei Mal wöchentlich übermässig Wut äussern oder sich aggressiv

verhalten. Auch «binge eating», eine Essstörung, bei der übermässig und unkontrolliert gegessen wird. Auf meinem Spezialgebiet, der Depression, dürften Trauerfälle vermehrt als depressive Episoden diagnostiziert und behandelt werden.

*Soll das ein Fortschritt sein?*

Seit 2500 Jahren, seit Beginn der hippokratischen Medizin, hatte Trauer einen Sinn. Der Schmerz nach einem Verlust wurde als etwas verstanden, das empfindbar ist und die empfundene Leere schmerzhaft füllt. Trauer wurde auch als Verarbeitungsprozess beurteilt. Dass sie heute schneller pathologisiert wird, ist Ausdruck des Kulturwechsels in unserer Gesellschaft. Leiden werden zunehmend als Funktionsstörungen betrachtet. Praktiziert wird die Pathologisierung der Trauer allerdings schon jetzt: In unseren Alters- und Pflegeheimen werden viele Trauernde wie Depressive mit Medikamenten behandelt, obwohl es keine sicheren Hinweise gibt, dass Antidepressiva bei Trauer helfen. Die Nebenwirkungen sind aber bekannt.

*Was halten Sie vom abgeschwächten Psychose-Syndrom?*

Die Gefahr von Stigmatisierung ist gross. Wir wissen über Schizophrenien noch viel zu wenig. Manfred Bleuler, mein Vorgänger an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, der ein Hauptwerk über den Verlauf von Schizophrenie geschrieben hat, sagte immer: «Man soll nur von Schizophrenie sprechen, wenn sie da ist.» Wichtig finde ich hingegen, dass junge Menschen, die psychische Probleme haben, genügend unterstützt werden, ohne nur die Psychose-Gefahr ins Zentrum zu stellen.

*Künftig soll anhand von Gentests und Biomarkern die Wahrscheinlichkeit bestimmt werden können, an Schizophrenie zu erkranken. Welchen Sinn hätte ein solches Wissen aus Ihrer Sicht für junge Menschen?*

Das muss man sich wirklich fragen, weil es den «Durchschnittsschizophrenen» nicht gibt und die Heterogenität der Störung sowie soziale Einflüsse auf das Erkrankungsrisiko zu grösster prognostischer Vorsicht mahnen. Auch ist jeder Hinweis auf ein erhöhtes Schizophrenie-Risiko belastend, umso mehr, wenn die prophylaktischen Möglichkeiten eingeschränkt sind. Zurzeit helfen solche Tests primär der Forschung.

*Seit Anfang der achtziger Jahre hofft die Forschung auch, anhand von Funktionsstörungen des Gehirns auf andere psychische Krankheiten schliessen zu können. Wo stehen wir heute?*

Bisher hat man trotz allen Anstrengungen keinen einzigen eindeutigen biologischen Marker für die grossen psychischen Störungen wie Depression oder Angststörung gefunden. Auch wenn in Zukunft spezifische Hirnveränderungen gefunden würden: Solche biologischen Abweichungen allein können uns nicht sagen, was erwünscht oder unerwünscht, was krank oder gesund ist. Die Natur diagnostiziert nicht. Mag sein, dass homosexuelle Menschen eine bestimmte Genvariante haben - Homosexualität wurde im DSM erst 1973 gestrichen. Es ist auch anzunehmen, dass Trauer etwas im Hirn verändert. Entscheidend ist aber vor allem die kulturelle Wertung dieser Veränderung.

*In der Psychiatrie wird schon seit zwanzig Jahren nicht mehr von Krankheiten, sondern von Störungen gesprochen. Wieso eigentlich?*

Man hoffte, das Stigma zu vermindern, wenn psychisches Leiden als Störung und nicht als Krankheit eingeschätzt wird. Das halte ich persönlich für fraglich. Man denke nur daran, dass in der Umgangssprache «gestört sein» abwertender ist als «krank sein». Und wichtiger ist wohl noch der kulturelle Wandel: Eine Störung verweist auf eine Dysfunktion, also darauf, dass etwas nicht mehr funktioniert. Der Krankheitsbegriff betont mehr das Leiden und dass ein Mensch Hilfe braucht.