

Diagnose: potenziell schizophren

Mit der Neuauflage des psychiatrischen Klassifikationssystems DSM sollen neue Diagnosen eingeführt werden

Die jüngste Ausgabe des Nachschlagewerks zu den psychiatrischen Diagnosen schlägt hohe Wellen. Besonders umstritten ist die neue Diagnose «Psychose-Risiko-Syndrom», von der junge Menschen betroffen wären.

Daniela Kuhn

Das Handbuch der psychiatrischen Diagnosen ist das «Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders», kurz DSM. Während die erste Ausgabe von 1952 ein paar Dutzend Krankheiten umfasste, listete die dritte im Jahr 1980 bereits 265 Störungen auf. Im derzeit geltenden Klassifikationssystem finden sich 374 Störungen. Nun steht DSM 5 vor der Tür. Die definitive Version wird im Mai 2013 erscheinen.

Epidemie durch Diagnosen

Der Entwurf ist seit 2010 im Internet einzusehen (www.dsm5.org). Das interessierte Publikum hat sich bereits mit über 10 000 Kommentaren dazu geäussert. Noch immer laufen Feldstudien, die Diskussion in den Arbeitsgruppen ist noch nicht abgeschlossen. Auch steht eine dritte und letzte öffentliche Kommentierungsphase bevor. Entschieden ist also noch nichts, aber mit den vorgeschlagenen Änderungen muss gerechnet werden.

Im Wesentlichen kommen neue Störungen hinzu, bestehende werden in einer Hauptgruppe zusammengefasst. Der diagnostizierende Arzt wird künftig anhand von vier Stufen angeben müssen, wie stark eine Krankheit ausgeprägt ist. Neu sollen auch Symptome bewertet werden können, welche die Grenzen der Diagnosen überschreiten. Begründet werden die Neuerungen primär mit einer möglichst problemlosen Abrechnung über die Krankenkassen.

Allen Frances, emeritierter Professor an der Duke University und früherer Koordinator von DSM 4, ist einer der Hauptkritiker des vorliegenden Entwurfs. Aufgrund von früheren Erfahrungen ist er überzeugt, dass weitere Diagnosen zu neuen Epidemien führen werden. Laut Frances ist die weite Verbreitung der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS) mit DSM 4 erst richtig ausgelöst worden. «Wir kommen an den Punkt», meint Frances, «an dem es kaum mehr möglich



Zerrbild der Realität – jeder 100. erkrankt an Schizophrenie; Prognosen bei jungen Menschen sind heikel.

ERWIN WODICKA / BILDERBOX

sein wird, ohne psychische Störung durchs Leben zu kommen oder mit zweien oder gar mehreren.» Vorgeworfen werden der zuständigen Task-Force der American Psychiatric Association, die aus rund 500 Experten besteht, zudem Kontakte zur Pharmaindustrie. Denn neue Diagnosen bedeuten oft auch neue Möglichkeiten zur Vermarktung von Psychopharmaka.

Mit DSM 5 sollen unter anderen das Pica-Syndrom, bei dem ungeniessbare Substanzen gegessen werden, und die prämenstruelle dysphorische Störung als Diagnose hinzukommen. Die Trauer um verstorbene Menschen soll künftig den depressiven Episoden zugeordnet werden. Bis anhin galten Trauerreaktionen in den ersten zwei Monaten als nicht pathologisch (siehe Interview). Neu sind auch die Risiko-Diagnosen «mild neurocognitive disorder», eine Vorstufe der Demenz, und das «attenuated psychosis syndrome», das abgeschwächte Psychose-Risiko-Syndrom. Letztere Diagnose, auch Psychose-Risiko-Syndrom genannt, ist umstritten,

weil Menschen mit einer Schizophrenie noch immer stark stigmatisiert werden.

Das neue Psychose-Risiko-Syndrom würde Menschen in der Pubertät und im frühen Erwachsenenalter betreffen, die gewisse Risikosymptome für eine Schizophrenie zeigen. Das Kriterium lautet: «Hat seit mindestens einem Monat und nicht weniger als einmal in der Woche Wahnvorstellungen, halluziniert oder redet durcheinander.» Zwingend ist auch ein Leidensdruck, den bei minderjährigen Personen allerdings auch die Eltern oder Betreuungspersonen definieren können. Aufgeführt wird die neue Diagnose in der Hauptgruppe «Schizophrenes Spektrum und andere psychotische Störungen».

Eine von hundert Personen erkrankt an Schizophrenie, an einer ausgeprägten Psychose. In der Regel tritt sie zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr auf. Die Realität wird verändert oder gestört wahrgenommen. Typische Anzeichen sind Halluzinationen, Wahnvorstellungen und Konzentrationsschwierigkeiten. Das Krankheitsbild und der Verlauf

sind sehr unterschiedlich. Eine schizophrene Psychose kann nur einmalig auftreten, oder sie kann sich laufend wiederholen und sehr schwer verlaufen. Einzelne psychotische Symptome kommen auch bei Gesunden vor.

Laut Frances wird das Risiko-Syndrom eine «totale Medikamentalisierung» zur Folge haben, «die ernsthafte psychische Störungen trivialisiert und zu einer Flut unnötiger medikamentöser Behandlungen führen wird». Die Pharmaindustrie, meint Frances, werde weltweit zehn Millionen neue, aber falsche Abnehmer finden.

In Basel, Bern, Zürich und Winterthur wird die Früherkennung von Psychosen derzeit intensiv erforscht. In Zürich sind zurzeit 196 Probanden im Alter zwischen 13 und 35 Jahren in ein entsprechendes Programm eingebunden. Aufgrund von Studien wird heute angenommen, dass Schizophrenie neurobiologische Ursachen hat. Die Risikofaktoren sollen bereits in der Embryonalzeit zusammenkommen, in Form von Anfälligkeitgenen, Fehlbildungen von

Nervenzellen im Gehirn und Stress vor und während der Geburt, aber auch in späteren Jahren. Gentests, Bilder des Gehirns und weitere Tests sollen eines Tages auf ein mögliches Psychose- oder Schizophrenie-Risiko hinweisen. Noch ist man nicht an diesem Punkt.

Vorsicht und Argwohn

«Wir verfolgen diese Entwicklungen eher vorsichtig und argwöhnisch», sagt Thomas Ihde, Mitglied des Stiftungsrats von Pro Mente Sana und Chefarzt der psychiatrischen Dienste Interlaken. Schizophrenie sei eine gravierende Krankheit: «Die Anliegen der Forscher im Bereich der Früherkennung sind verständlich. Doch die Realität ist noch immer die: Es gibt bis heute keine Medikamente oder sonstigen Therapien, die erwiesenermassen eine mögliche Schizophrenie verhindern können.»

Beeindruckt hat Ihde an der Stiftungsversammlung von Pro Mente Sana eine Frau, die gesagt habe: «Hätte ich gewusst, dass ich ein erhöhtes Schizophrenie-Risiko habe, hätte ich nicht geheiratet und keine Kinder gehabt. Das war aber das Beste, was ich in meinem Leben gemacht habe!» Viele normale Entwicklungsschritte wären bei einer Risiko-Diagnose somit infrage gestellt oder unmöglich.

Erstaunlich und gravierend ist in diesem Zusammenhang, dass laut Studien lediglich 20 bis 40 Prozent der jungen Menschen, bei denen die Risikofaktoren gefunden wurden, an einer Psychose erkrankten. Ein 17-Jähriger, dem mitgeteilt wird, er habe ein erhöhtes Risiko, schizophren oder psychotisch zu werden, wird so oder so schwer an dieser Mitteilung zu tragen haben. «Das Risiko-Psychose-Syndrom ist deshalb mehr eine ethische als psychiatrische Entscheidung», meint Ihde. Selbst William Carpenter, der Leiter der Arbeitsgruppe, die sich mit der neuen Diagnose befasst, weist auf die Gefahr einer falschen Anwendung der Risiko-Diagnose hin. Ein Einwand, der auch in der Schweiz seine Berechtigung hat, zumal die meisten psychiatrischen Erkrankungen hierzulande von Hausärzten diagnostiziert und behandelt werden. Thomas Ihde geht davon aus, dass ein Grossteil der Schweizer Psychiater den Risiko-Syndromen eher kritisch gegenüberstehen werden: «Wichtig ist viel mehr, Jugendliche bei ihren konkreten Alltagsproblemen mit einer Gesprächstherapie zu unterstützen.»

«Gewisse neue Diagnosen sind Ausdruck des Kulturwechsels»

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

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,



Daniel Hell
Psychiater

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 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.

Interview: Daniela Kuhn

Daniel Hell leitet in der Privatklinik Hohenegg das Kompetenzzentrum «Depression und Angst». Er war langjähriger Direktor der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich und ist Autor von zahlreichen Büchern. 2012 ist sein Buch «Depression als Störung des Gleichgewichts» erschienen.