

Wer bestimmt, was krank ist?

Das westliche Verständnis von Krankheit ist eindeutig: Krankheit ist Leiden. Doch steckt wirklich hinter jedem Leiden eine Krankheit? Welche Folgen hat es, wenn jedes subjektive Missempfinden pathologisiert wird? Der renommierte Psychiater Daniel Hell skizziert die Auswirkungen des spätmodernen Krankheitsbegriffs und zeigt die vielfältigen Einflüsse und Interessen auf, denen dieser Begriff unterliegt

Wenn sich heute ein Mensch krank fühlt, so sucht er meist nach einer medizinischen Erklärung seines Zustandes. Er verbindet sein Leiden mit einer Krankheitsvorstellung. Das war nicht immer so. Im Mittelhochdeutschen hatte das Wort *kranc* ursprünglich die Bedeutung von schwach, gering, leidend. Es bezeichnete ein subjektives Empfinden – nämlich Leiden – und ein objektives Verhältnis zu anderen Menschen – nämlich Schwäche, Gebeugtsein. Das Wort *kranc* war nicht an ein explizites Krankheitskonzept gebunden, sondern war eher Ausdruck eines zwischenmenschlichen Verhaltens.

Ein Blick in die Geschichte zeigt in aller Deutlichkeit, dass sich die Krankheitsvorstellungen von Epoche zu Epoche und von Kultur zu Kultur unterscheiden. Zwar kennen wohl alle Kulturen Ausdrücke für Gebrechen und Leiden, doch werden diese Phänomene höchst unterschiedlich interpretiert. Was als krank angesehen wird und was nicht, unterliegt einem komplexen gesellschaftlichen und kulturellen Prozess, der von vielen Einflüssen abhängig ist.

Auch in unserer spätmodernen Zeit ist nicht immer klar, wie es zu einer bestimmten Krankheitsdefinition kommt. Fest steht aber, dass soziokulturelle, wirtschaftliche sowie medizinisch-technische und institutionelle Einflüsse dazu beitragen. Sie sollen im Folgenden dargestellt und an Beispielen illustriert werden.

Soziokulturelle Einflüsse

Eine Reihe von Humanwissenschaften (wie zum Beispiel Philosophie, Soziologie und Geschichte) beschäftigen sich mit dem Zusammenhang zwischen Sozialgeschichte und den jeweils vorherrschenden Vorstellungen vom gesunden und kranken Körper. Sie machen deutlich, dass das medizinische Verständnis des Körpers keineswegs von sozialen Wertvorstellungen unabhängig ist. Vielmehr wird der Körper wie ein Text in kulturell vorbestimmter Weise gelesen. Die Kulturabhängigkeit des Bildes vom Körper zeigt sich zum Beispiel darin, dass in den letzten Jahrzehnten in den westlichen Industrienationen das Schlankheitsideal den Wunsch nach körperlicher Fülle abgelöst hat und sich parallel dazu als Extremform das Krankheitsbild der Anorexie – vor allem unter weißen Frauen der Mittel- und Oberschicht – ausgebreitet hat. Das Bild vom Körper hat sich auch unter naturwissenschaftlichem Einfluss gewandelt. Der Körper wird vermehrt als Objekt wahrgenommen. Anders als früher ist der Körper nicht mehr in erster Linie erfahrbarer, „beseelter“ Leib, sondern materieller Körper, ein *body*. Als solcher ist er vor allem ein Objekt der optischen Wahrnehmung.

Der Bruch mit der Vergangenheit zeigt sich zudem darin, dass der Körper – kosmetisch, durch Bodybuilding oder Fitnessstraining, chirurgisch – formbar und zu etwas selbst Geschaffenen wird. Er dient als Kennzeichen des einzelnen privatisierten Individuums und wird häufig wie eine fleischliche Hülle, gleichsam ein selbst geschaffenes Kleid präsentiert. Dieses Körperverständnis erleichtert unter anderem das Entstehen anorektischen Verhaltens. Wenn eine Person ihre körperlichen Empfindungen als inakzeptabel beurteilt, kann sie diese Ablehnung „unter dem Deckmantel des modernen Schlankheitsideals“ leichter zum Ausdruck bringen.

Während sich im Falle der Anorexie illustrieren lässt, wie sich ein Krankheitsbild den soziokulturellen Bedingungen anpasst, zeigt das Beispiel der Schizophrenie, wie soziokulturelle Einflüsse das Entstehen von Krankheitskonzepten mitbedingen.

Das Krankheitskonzept der Schizophrenie wurde von Emil Kraepelin vor 100 Jahren unter dem Namen Dementia praecox in der Psychiatrie eingeführt. Kraepelins Konzeption war von einem ausschließlich biomedizinischen Denken geprägt, das im Übergang vom 19. zum 20. Jahrhundert vorherrschend war. Danach ist seelische Krankheit „eine Störung normaler Funktionsabläufe im Gehirn“. Kraepelin war überzeugt, dass sich bei Schizophreniekranken eine anatomisch greifbare Basis finden lasse. Konsequenterweise konzentrierte er sich bei der Beschreibung dieser Kranken ausschließlich auf äußerliche Symptome und Verlaufsbeobachtungen und sah vom inneren Ringen der Betroffenen ab.

Dieses innere Ringen wurde erst vom Zürcher Psychiater Eugen Bleuler betont. Er gab der Krankheit auch den heutigen Namen Schizophrenie. Für Bleuler stand nicht mehr der Krankheitsverlauf als diagnostisches Kriterium im Vordergrund, sondern die „psychische Spaltung“, die innere Zerrissenheit, das auffällig Zwiespältige in den Äußerungen und im Verhalten dieser Kranken.

Bleuler suchte das damals herrschende biomedizinische Modell durch psychoanalytische Gedanken zu erweitern. Nach Sigmund Freud entstehen psychische Erkrankungen als Folge innerer Konflikte oder einer unvereinbaren Interessenkollision. Sie zeigen sich in einer Störung der Liebes- und Arbeitsfähigkeit. Interessanterweise waren in Kunst und Literatur am Beginn des 20. Jahrhunderts, als Bleuler den Begriff Schizophrenie schuf, Fragen der Ich-Auflösung und Dissoziation bevorzugte Themen. „Man könnte auf den Gedanken kommen, dass Eugen Bleuler nicht nur von den Mitteilungen seiner Patienten zur Erfindung des Schizophreniebegriffs angeregt worden sei, sondern dass die Vorstellung einer gespaltenen Seele auch von der Literatur in die Psychiatrie gelangt sei und bei der Entstehung des Krankheitsbegriffs mitgewirkt habe“, schrieb der Psychiater Leo Navratil im Jahr 1992.

Die Bleulersche Konzeption gab dem inneren Erleben der Schizophreniekranken Raum und ermöglichte psychodynamische Deutungsversuche. Sie hatte aber den Nachteil, den Krankheitsbegriff stark auszudehnen und keine klare Abgrenzung zu anderen Störungen zu ziehen. Das hatte zur Folge, dass in der Mitte des 20. Jahrhunderts amerikanische Psychiater doppelt so viele Menschen als schizophren einschätzten wie ihre britischen Kollegen.

Dieser Missstand wurde besonders störend, als soziologisch inspirierte Autoren in den 1960er und 1970er Jahren der Psychiatrie vorwarfen, abweichendes Verhalten als krank zu etikettieren und mit diesem Label eine gesellschaftliche Kontrollfunktion auszuüben. Der Kranke erhalte zum Beispiel durch die Diagnose „Schizophrenie“ ein Etikett, das sein weiteres Rollenverhalten – auch im Sinne einer sich selbst

erfüllenden Prophezeiung – entscheidend beeinflusse. Damit würden Menschen stigmatisiert und ausgegrenzt.

Die breite gesellschaftliche Kritik an den Diagnosen und den Betreuungsbedingungen in psychiatrischen Institutionen führte Ende des 20. Jahrhunderts zu einem weiteren Versuch, die schizophrene Erkrankung neu zu definieren. Diesmal sollte die Definition vor allem eine gute Übereinstimmung zwischen Experten erreichen, um den Kriterien der Wissenschaftlichkeit zu entsprechen. Das 1980 erstmals von der Amerikanischen Gesellschaft für Psychiatrie entwickelte neue Modell (Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – DSM-III) geht von einer Reihe von Symptomen aus, die allerdings über eine bestimmte Zeit vorhanden sein müssen. Die Erfassung dieser Symptome erlaubt nicht nur eine bessere Operationalisierung der Diagnose und damit eine globale Vergleichbarkeit von Befunden. Sie kommt auch einer postmodernen Tendenz entgegen, von einem einheitlichen Erzählstrang abzusehen und sich auf codierbare Eigenschaften, die digital verrechenbar sind, zu konzentrieren. Der Nachteil dieses auch von der Weltgesundheitsorganisation in der „Internationalen Klassifikation psychischer Störungen“ (ICD-10) übernommenen Vorgehens liegt darin, dass zwar die Übereinstimmung der Krankheitsdiagnose – die so genannte Reliabilität – weltweit verbessert werden konnte, der Aussagewert einer solchen Krankheitsdefinition – die so genannte Validität – aber immer unklarer wird.

Wirtschaftliche Einflüsse

Das Krankheitsverständnis der Weltgesundheitsorganisation (WHO) setzt Krankheit mit Leiden gleich. Darin spiegelt sich die westliche und spätmoderne Hochschätzung von Glück. Eine solche Wertung wird nicht von allen Kulturen geteilt. Viele sehen im Leiden eher eine Herausforderung als eine Krankheit. Doch kommen über das globalisierte Krankheitsverständnis der WHO auch östliche und afrikanische Kulturen – und christlich-konservative Kreise in Europa – unter den Einfluss dieser Werthaltung. Darin liegt nicht nur eine Chance, sondern auch eine Gefahr. Wenn Leiden reduktionistisch mit Krankheit gleichgesetzt wird, werden ebenfalls leidvolle Reaktionen auf Ungerechtigkeit, auf ein Trauma oder auf chronische Überlastungen pathologisiert. Im Roman *Brave New World* von Aldous Huxley sagt der Controller über die perfekte (und utopische) Droge „Soma“, die jedes Unwohlsein ohne Nebenwirkungen umgehend beseitigt: „Der Weltstaat weiß nun, wie man jedermann glücklich und *gehorsam* hält.“ Wenn der Kult um die Gesundheit immer mehr die Stelle einnimmt, die früher die Kirche mit religiösen Ritualen innehatte, muss sich die Medizin auch die Frage stellen, wie sie vermeiden kann, angesichts wachsender sozialer Not als Opium des Volkes benützt zu werden.

Zweifelloso bringt die generalisierte Pathologisierung des Leidens für die Gesundheitsindustrie, von der Medizin und Psychiatrie nur ein Teil sind, finanzielle Vorteile mit sich. Neben Lifestyledrogen finden Medikamente zur Beseitigung von depressiven und Angststörungen einen größeren Markt. David Healy beschreibt in seinem Buch *The antidepressant era* (Harvard University Press 1999), wie es der Pharmaindustrie gelingt, Einfluss auf die Formulierung von Krankheitsbildern und diagnostischen Kriterien zu nehmen. Es ist nicht nur wissenschaftlichen Entdeckungen und klinischen Fortschritten zu verdanken, dass in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts nacheinander die Diagnose der Depression, der Panik, der Zwangsstörung, der sozialen Phobie und schließlich der bipolaren Störung in bestimmter Weise konzeptualisiert und dann – zuerst unter Ärzten, dann unter Laien – popularisiert wurde. War im Jahre 1980 die Panikstörung praktisch unbekannt, wird diese Diagnose heute bei ungefähr vier Prozent der Bevölkerung gestellt. Es gehört zu den Gesetzmäßigkeiten der freien Marktwirtschaft, dass Unternehmen

versuchen, für ihre Produkte einen Markt zu schaffen. Dabei ist eine Marketingstrategie häufig effektiver, wenn sie sich nicht nur auf den Verkauf eines bestimmten Medikamentes fokussiert, sondern wenn sie zunächst eine Krankheit bekannt macht und damit die Indikation zu einer bestimmten Behandlung verkauft. Nach Entdeckung der Antidepressiva um 1957 wurde zunächst der Depression und ihrer Behandlungsindikation viel Aufmerksamkeit zuteil, dann in den 1980er Jahren die Diagnose der Panikstörung im Zusammenhang mit Alprazolam (Xanax), die Zwangsstörung mit der Indikation zur Clomipramin-Behandlung und die soziale Phobie als Anwendungsgebiet unter anderem von reversiblen MAO-Hemmern popularisiert. Am bekanntesten ist die Werbung für Prozac als „Glückspille“ im Sinne einer Art „kosmetischen Psychopharmakotherapie“ durch Peter Kramer mit seinem Bestseller *Listening to Prozac* (deutsch: *Glück auf Rezept*) geworden. David Healy schreibt dazu: „Angesichts der vielen Revisionen der psychiatrischen Diagnostikmanuale in den letzten 30 Jahren ist es eindeutig ein Fehler zu glauben, dass psychische Erkrankungen etwas sind, das einer etablierten Wirklichkeit entspricht, und dass die Rolle eines pharmazeutischen Unternehmens darin liegt, den Schlüssel zu finden, der zu einem vorbestehenden Schloss passt, oder die Kugel, die ein objektives Ziel trifft. Obwohl es viele psychobiologische Inputs zu vielen psychiatrischen Störungen gibt, sind wir derzeit in einer Lage, wo industrielle Unternehmen nicht nur den Schlüssel zum Öffnen des Schlosses suchen, sondern ein großes Stück weit diktieren können, welche Form das Schloss hat, in das der Schlüssel passen muss.“

Medizinisch-technische und institutionelle Einflüsse

Neben dem Einfluss der pharmazeutischen Industrie auf die Konzeptualisierung von Krankheitsbildern ist auch das Interesse anderer Organisationen im Gesundheitswesen an bestimmten Krankheitsmodellen zu beachten. Die Entwicklung von elaborierten Diagnoseschemata und die stete Zunahme psychiatrischer Diagnosen in den letzten 30 Jahren – von 180 im Jahre 1972 (DSM-II) auf über 350 im Jahre 1994 (DSM-IV) – bringt Ärzten und Therapeuten Vorteile. Die diagnostische Differenzierung wird aber auch vielen Patienten besser gerecht.

In einer zunehmend wissenschaftlich geprägten Zeit hat sich die Psychiatrie den Standards der evidenzbasierten Medizin anzupassen, um glaubhaft zu bleiben. Sie profitiert in diesem Zusammenhang auch von den Fortschritten der Neurowissenschaften, denen es dank bildgebender Techniken gelingt, physiologische und biochemische Veränderungen im Gehirn darzustellen und mit bestimmten Symptomen (wie Zwängen oder Sinnestäuschungen) zu korrelieren. Am neurobiologischen Fortschritt sind zu Recht auch Patienten- und Angehörigenorganisationen interessiert.

Neurowissenschaftliche Grundlagenforschung wie auch kontrollierte Behandlungsstudien verlangen aber nach eindeutig festgelegten Störungsmustern. Aus ganz andern Gründen erheben Versicherungsgesellschaften eine analoge Forderung. Sie zwingen Ärzte und Therapeuten auch dann zu standardisierten Diagnosen und Therapien, wenn die Komplexität des Falles einem solchen Vorgehen entgegensteht. Diese Konstellation hat den immanenten Nachteil, dass immer mehr psychosoziale Probleme in ein vereinfachtes biomedizinisches Konzept von „Depression“ oder „Angststörung“ gebracht werden und ausschließlich mit Antidepressiva behandelt werden. Wie zu Kraepelins Zeiten werden dadurch die immer größer werdenden Sozialprobleme zunehmend medizinalisiert – von den Ärzten auch in der Hoffnung, damit wenigstens etwas zur Linderung der Not beitragen zu können.

Den Patienten geht es aber letztlich um weit mehr: Ihr Leiden ist auch ein Aufschrei. Es macht auf etwas aufmerksam, was ihnen zu schaffen macht oder nicht in Ordnung ist. Wenn das Leiden selbst psychopathologisch wird, indem man es – beispielsweise – zur Volkskrankheit „Depression“ macht, hat dieses Vorgehen auch eine verbergende oder zudeckende Funktion. Es kommt zu einer Symptombehandlung. Dabei könnte mitspielen, dass in einer spätmodernen Gesellschaft mit der globalen Hochschätzung von Flexibilität, Teamfähigkeit und raschem Handeln die depressive Verlangsamung und Introversion ähnlich inakzeptabel ist wie im Spätmittelalter die spirituelle Trägheit (die Todsünde Acedia).

Die verbreitete Umformung persönlichen Leidens in Krankheitssymptome dürfte auch damit zu tun haben, dass die moderne Medizin sich einer Perspektive von außen verschrieben hat und dem Phänomen des Leidens als Erleben aus erster Hand, aus der so genannten Perspektive der ersten Person, hilflos oder abwehrend gegenübersteht. Aus einer solchen Außenperspektive stellt sich nicht mehr die Frage, wozu Leiden allenfalls verhelfen kann, sondern nur jene, warum als krank beurteilte Symptome aufgetreten sind und wie sie sich therapeutisch beseitigen lassen.

Leiden ist aber auch Zeichen einer Widerständigkeit des Subjekts und potenzieller Ausgangspunkt einer persönlichen Entwicklung beziehungsweise einer individuellen Gegenbewegung, die sich den Folgen sozialer und körperlicher Missstände stellt. Leiden ist als Mitleiden und Mitgefühl zudem zwischenmenschliche Antwort auf das Leiden anderer Menschen. Nur wer sich dem Mitmenschen versagt, entgeht auch dem Mitleiden. Die Sozialwissenschaftlerin Marianne Gronemeier schreibt: „Das Leiden kann nicht besiegt werden, aber das Bemühen, sich seiner zu entledigen, ist in einer Hinsicht höchst erfolgreich: Das Mitleid wird beseitigt.“

Wenn Leiden nur als krankhaft oder pathologisch angesehen wird, ist Anteilnahme am Leiden unsinnig, ja ebenfalls krankhaft. Es herrscht dann eine aseptische Weltansicht vor, eine ausschließliche Außensicht, die jeden Sinnes beraubt ist. Paradoxe Weise führt erst die mitfühlende Anteilnahme dazu, dem Leiden einen Sinn zuzuschreiben, nämlich jenen, das Leiden der Mitmenschen zu verringern. Ohne dieses Mitleid wird der Leidende zu einem Objekt der Besserung, zu einem fehlerhaft funktionierenden Organismus, der gemäßregelt, repariert oder mit instrumenteller Vernunft behandelt werden muss.

Was bringt die Zukunft?

Was bringt die Zukunft? Vieles spricht dafür, dass der weitere Fortschritt in der Forschung in den nächsten Jahren die großen Krankheitseinheiten „Depression“ und „Schizophrenie“ in umschriebene Teilleistungsstörungen auflösen und ein weites Feld an mehr psychosozialen Belastungsfaktoren kenntlich machen wird. So berechtigt es ist, die großen Krankheitseinheiten aufzulösen, so wichtig wird es sein, den einzelnen Menschen mit seiner jeweiligen Disposition, Biografie, sozialen Umgebung und seinen persönlichen Bewältigungsstrategien ins Zentrum der Therapie zu stellen. Denn die praktische Erfahrung und die unterschiedlichsten Untersuchungsansätze weisen in aller Deutlichkeit darauf hin, dass die meisten Menschen weniger an einer isolierten (kategorial fassbaren) Störung als an einer mehrschichtigen (dimensional bestimmbar) Problematik leiden. So haben beispielsweise Angst und Depression mehr miteinander zu tun, als die isolierten Diagnosen „depressive Episode“ und „Angststörung“ vorgeben.

Auch darf erwartet werden, dass die verhaltensorientierte Ausrichtung der letzten Jahre in Zukunft von erlebensorientierten Therapieansätzen vertieft werden wird. Es zeichnet sich schon heute ab, dass nach dem Triumph der Außenperspektive, der durch technische Fortschritte mitbedingt war, wieder ein Besinnen auf die menschliche Innenperspektive eintreten dürfte. Angst oder depressive Leeregefühle sind ja nicht einfach neurophysiologisch abbildbar, sondern letztlich nur erlebbar. Die Problematik von Angst und Depression kann eher noch zunehmen, wenn sie nur als etwas vorgestellt wird, das einen Menschen von außen (bzw. einem veräußerlichten Innen) – hervorgerufen von einer dämonischen Macht oder einem fehlerhaften Transmitter – ergreift. In meiner psychiatrisch-psychotherapeutischen Praxis erfahre ich immer wieder, welchen Gewinn gerade Menschen mit bisher ungünstig verlaufenden Depressionen oder Angststörungen haben, wenn sie sich selbst besser und gemüthafter erfahren können – sogar, wenn die Gefühle schmerzhaft oder unangenehm sind. Sie werden dann zu Gemütsinseln inmitten depressiver Leere.

Es scheint mir auch irreführend zu sein und einer sich selbst erfüllbaren Prophezeiung gleichzukommen, wenn das wiederholte Auftreten von Krankheitsepisoden ausschließlich als phasischer Verlauf beschrieben wird, ohne zu merken, dass sich das scheinbar kreisförmig Wiederholende zu einer Spirale öffnen und eine innere Dynamik widerspiegeln kann. Neben allem Handwerklichen ist Psychotherapie auch Kunst – und sei es die Kunst, an der Kreativität eines Hilfe suchenden Menschen Anteil zu nehmen. Der Therapeut darf sich nicht rauben lassen, was ihn auszeichnet. Dazu gehört die Fähigkeit, Widerstand zu leisten: Widerstand gegen Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit, Ver- und Entfremdung, aber auch Widerstand gegen eine wissenschaftliche Reduktion des Menschen auf eine Funktion oder gegen die generelle Versuchung einer narzisstischen Reduktion des Menschen auf sich selbst.

Daniel Hell, geboren 1944, ist Professor für klinische Psychiatrie und Direktor an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich. Ein Schwerpunkt seiner Tätigkeit liegt auf der Erforschung und Behandlung von Depressionen. Zahlreiche Veröffentlichungen, u. a.: *Welchen Sinn macht Depression?* (Rowohlt 2004, 10. Auflage), *Seelenhunger – Der fühlende Mensch und die Wissenschaften vom Leben* (Huber 2003, 2. Auflage), *Aufschwung für die Seele* (Herder 2005).