

„... Was sind die Erfahrungen dieses Ichs, das denkt, das will, das urteilt, das, anders ausgedrückt, mit rein geistigen Tätigkeiten beschäftigt ist? ... Ich habe die vage Vorstellung, dass diese Frage einen pragmatischen Unterton enthält: Wozu ist Denken gut? ... Warum um Himmels Willen tun Sie all dies? ... dass jede Gesellschaft, die den Respekt für solches Tun (Denken, theoretisches Denken) verloren hat, in keiner sehr guten Verfassung ist.“ (Arendt. Ich will verstehen. München: Piper, 1996: 76–80)

Krankheitskonzept

Vor einigen Monaten erhielt ich die Akte einer jungen Frau mit der Frage übersandt, ob ich noch therapeutische Empfehlungen hätte, um ihre Beschwerden zu lindern. Ein verwirrter, alter Mann war auf ihrer Straßenseite frontal mit ihrem Wagen kollidiert. Sie hatte ein Schädel-Hirn-Trauma erlitten, für kurze Zeit das Bewusstsein verloren und sich eine Schlüsselbeinfraktur zugezogen. Sie war sofort vom Notarzt versorgt, in die nächste Klinik gebracht und nach allen Regeln der Kunst untersucht und behandelt worden. Man hatte die Rehabilitation in die Wege geleitet und alle notwendigen Verlaufsuntersuchungen veranlasst. Das erste CT war unauffällig, ebenso die nachfolgenden MRT-Bilder. Das Nachtschlaf-EEG zeigte eine Grundaktivität im Normbereich, links temporal anterior bis Mitte eine intermittierend auftretende, mäßig ausgeprägte Herdstörung ohne epilepsietypische Potenziale; die neuropsychologische Testung eine ausgeprägte Verlangsamung, Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen. Trotz Training, Psycho- und Pharmakotherapie ging es ihr ein knappes Jahr später noch immer sehr schlecht. Die Behandelnden berichteten besorgt, dass die kognitiven Einbußen Versuche einer beruflichen Wiedereingliederung verhindert hätten. Man müsse befürchten, dass dies so bleiben werde, leide die

Patientin doch neben einer posttraumatischen Belastungsstörung an einem organischen Psychosyndrom nach Schädel-Hirn-Trauma. Überdies sei sie Hausfrau und Mutter und habe selbst Mühe ihren Alltag zu bewältigen. Die Töchter seien sehr verstört gewesen und hätten ebenfalls behandelt werden müssen. Das jüngste Kind, ein Sohn, sei kurz nach der Kollision an deren Folgen verstorben.

Die nochmalige, gründliche Analyse sämtlicher Untersuchungsergebnisse förderte keinen Hinweis auf bleibende Folgen einer Hirnverletzung zutage. Fragen an mögliche dauerhafte Beeinträchtigungen warfen einzig der klinische Verlauf mit anfänglicher Bewusstlosigkeit und die ausgeprägten neuropsychologischen Defizite auf. Letztere waren jedoch sämtlich unspezifisch, und die eingehende Exploration warf ein neues Licht auf die anfängliche Symptomatik: Bei Eintreffen des Notarztes war die Patientin ansprechbar. Niemand wusste, ob sie tatsächlich das Bewusstsein verloren hatte. In den Aktendokumenten war sehr schnell aus der Erinnerungslücke die Dauer der Bewusstlosigkeit geworden. Prominent und in den weiteren Wochen dramatisch hatte sich demgegenüber das Verhalten der Patientin entwickelt. Lange Zeit sprach sie nicht, gab später keine klaren Antworten, wirkte verwirrt, apathisch, vollständig passiv, lag im Bett, ließ sich waschen, füttern, anziehen, pflegen und stand erst Monate später wieder aus dem Bett auf. Anlässlich der Untersuchung zeigte sie ausgeprägte dissoziative Symptome. Wer wusste, ob sie nicht von Anfang an bestanden hatten? Ob sie, wenn überhaupt, nur kurz bewusstlos gewesen war und von Anfang an mit Dissoziation reagiert hatte? Beim ersten Termin lehnte sie strikt ab, über den Tod ihres Sohnes zu sprechen, formulierte aber selbst, dass sie nicht mehr wisse, wer sie und wo sie sei. Die behandelnde Psychiaterin vertrat in einem ausführlichen Telefonat die genannten Diagnosen und beharrte auf der Hauptdiagnose

Korrespondenzadresse

Dr. med. Ulrike Hoffmann-Richter · Suva · Versicherungsmedizin · Fluhmattstraße 1 ·
6002 Luzern · Schweiz · E-mail: ulrike.hoffmannrichter@suva.ch

Bibliografie

Psychiat Prax 2006; 33: 361–363 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
DOI 10.1055/s-2006-951823
ISSN 0303-4259

der Hirnverletzung. Natürlich sei ihr bewusst, dass die Patientin beim Unfall ihren Sohn verloren habe, aber die Symptome seien dominiert von den kognitiven Einbußen.

Was aber sind kognitive Einbußen? Was, wenn die charakteristische Symptomatik einer Hirnverletzung sich in dem Moment als unspezifisch entpuppt, in dem weder Klinik noch Bildgebung eine zweifelsfreie Diagnose erlauben? Am Telefon brach kein großer Streit aus. Es ging nicht um einen Kampf biologischer versus psychodynamischer Krankheitskonzepte. Die Patientin hatte ja beides. In den Diagnosen „Status nach Schädel-Hirn-Trauma und posttraumatische Belastungsstörung“ war fast alles enthalten, was die Psychiatrie zu bieten hat – bio, psycho und sozial, von allem ein bisschen, und alles wurde behandelt. Nur dass die Hirnverletzung der Behandlung Grenzen setzte. Mein Hinweis, dass das Krankheitskonzept der Kollegin und entsprechend ihre Therapie sich bis dahin auf die Hirnverletzung konzentriert hatte, kam nicht an. Und die Frage, ob sie sich angesichts der vom Neurologen überprüften Untersuchungsergebnisse vorstellen könne, den Schwerpunkt auf die Dissoziation und die pathologische Trauer zu verlegen, verstand sie nicht. Sie war sich nicht einmal bewusst, dass die Grundlage ihres Tuns ein Krankheitskonzept war und nicht bloße objektive Gegebenheiten.

Deskription und psychiatrische Neuordnungen

Die Zeit großer Theorien und Theoriegefechte ist glücklicherweise vorbei. Aus dem Blickfeld verschwunden ist mit den alles erklärenden Theorien aber auch das Bewusstsein, in welchem Ausmaß klinischer Alltag wie wissenschaftliche Untersuchungen theoriegeleitet sind. Die deskriptiven oder auch operationalisierten Diagnosesysteme haben die Psychiatrie vom theoretischen Überbau befreit und die Verständigung scheinbar erleichtert. Der kleinste gemeinsame Nenner genügt. Man muss sich nicht mehr mit kausalen Zuordnungen herumschlagen. Den Preis der neuen Unübersichtlichkeit scheinen die meisten gerne bezahlt zu haben. Der Zerfall der alten psychiatrischen triadischen Krankheitsordnung in eine atheoretische Welt ist kein Thema mehr. Fasziniert von immer mehr Einzeldingen scheint bisher niemand Ausschau nach der Psychiatrie zu halten. Was aber, wenn sich der theoretische Überbau als Unterbau erweist? Was wenn der Aushub eines neuen Fundaments, die Neuordnung der Einzeldinge längst im Gange ist? Was wenn der deskriptive Ansatz längst dabei ist, vom heimlichen zum offensichtlichen biologischen Konzept zu mutieren? Vom „essenzialistischen Wolf im nominalistischen Schafspelz“ deskriptiver Diagnosesysteme sprach Scadding schon 1996 [1]. Die kritische Nosologie-literatur hat wiederholt auf die impliziten theoretischen Konzepte in der ICD-10 und dem DSM-IV hingewiesen [1–3]. Philosophen und Sozialwissenschaftler haben sich angesichts der Rede von der Theoriefreiheit auf ein müdes Lächeln beschränkt: Es gibt keine Deskription ohne Konzept. Für sie war von Anfang an klar, dass die Psychiatrie die Theoriedebatte vorübergehend ausgesetzt hat.

Noch ist die Debattenpause nicht offiziell ausgeläutet, da zeichnen sich neben der Nosologie an weiteren Stellen Tendenzen einer psychiatrischen Neuordnung ab, beispielsweise im Umgang mit evidenzbasiertem klinischem Wissen:

- Die posttraumatische Belastungsstörung hat eigene Forschungsbereiche, Zeitschriften und Lehrstühle hervorgebracht und ist inzwischen dabei, die Psychiatrie aus dem Trauma zu konstruieren: Ein Großteil der Bevölkerung ist traumatisiert und leidet unter den Folgen. Depressive Störungen, Angststörungen, Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen und Abhängigkeitserkrankungen sind Folgen der durchlittenen Traumata. Gibt es noch einen traumafreien Bereich der Psychiatrie?
- Depressive Störungen sind zur zukünftigen Hauptlast der Weltgesundheitsorganisation ausgerufen. Sie erklären – fast – alles, was Menschen mit und ohne Komorbidität, mit und ohne körperliche Leiden belastet.
- Der jüngste Neuordnungsversuch ist beim Aufmerksamkeits-Hyperaktivitäts-Syndrom in Entstehung begriffen.

Wie erfolgreich die evidenzbasierte Medizin propagiert wurde, lässt sich daran erkennen, dass die Rechtsprechung sie sich zu eigen gemacht hat, und auch von Seiten der Patienten der Ruf nach ihr lauter wird. Empirie ist zum Garanten, wenn nicht gar zum Synonym für Wissenschaftlichkeit geworden. Aber Psychiatrie lässt sich nicht auf Empirie reduzieren. Sie lässt sich auch nicht aus der Empirie allein verstehen.

Auch in den Veränderungen von Weiter- und Fortbildungsliteratur spielen Bemühungen um eine Neuordnung eine Rolle: Traditionell gab es neben Lehrbüchern Fachzeitschriften mit einer bunten Mischung von Studien, Kasuistiken, Erfahrungsberichten, politischen und Versorgungsdebatten. Im immer weiter wachsenden Zeitschriftenmarkt konnten sich in den 90er-Jahren des letzten Jahrhunderts vor allem Zeitschriften behaupten, die wegen hoher Impactfaktoren von den Bibliotheken nicht abbestellt wurden. Parallel dazu sind die Lehrbücher zu immer umfangreicheren Mehrpersonen-Handbüchern ausgewachsen, aus denen sich Psychiatrie ebenso wenig lernen lässt wie aus der Lektüre wissenschaftlicher Studien. Die Verlage wissen das. Sie haben in den letzten Jahren gezielt klinische Zeitschriften und Weiterbildungsperiodika verlegt (z.B. Psychotherapeut, Psychotherapie im Dialog, PsychPfleger heute) und weitere angekündigt (z.B. Update, demnächst auch für Psychiatrie). Die Referenzen für die neuen Lehr-, Weiter- und Fortbildungstexte sind – wie sollte es anders sein – fachlich anerkannte Autoritäten. Sie sollen durch das unübersichtlich gewordene Wissen führen, das auf diese Weise eine neue Eminenzbasis erhält. Auch die Neuordnungsversuche kommen nicht ohne einzelne Personen aus.

Theoretische Sensibilisierung

Personen aber denken in theoretischen Bezügen. Ohne Orientierung haben die Einzelteile keine Bedeutung. Ohne Ordnung wissen wir nicht, was wir mit den Dingen anfangen sollen. Die Frage ist, welche Ordnungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, und was sie für Folgen haben. Umso wichtiger ist die Fähigkeit, Ordnungsweisen in Studien, Handbüchern oder Lehrtexten auch dort zu entdecken, wo sie nicht explizit benannt werden:

- Die Erkenntnis, dass Traumata Auswirkungen auf die psychische Gesundheit haben, ist nicht neu. So begrüßenswert die Anerkennung psychischer Traumafolgen ist, so problematisch sind monokausale wie eindimensionale Betrachtungs-

weisen. Es ist bemerkenswert, dass diese Betrachtungsweisen für die klassische traumatische Neurose (und übrigens auch den neurotischen Konflikt in seiner Betonung innerseelischer Prozesse) ebenso verführerisch war, wie für die neurobiologisch angenommene Überaktivierung der Amygdala. Die blühende Traumalehre läuft Gefahr, der Pathologisierung von life events Vorschub zu leisten, als gehörten einschneidende Ereignisse nicht früher oder später zu jeder Biografie.

- Die allseits anerkannte Notwendigkeit, die Krankheitslast depressiver Störungen zu reduzieren und möglichst frühzeitig und lang anhaltend mit Antidepressiva zu behandeln, erhält Gegenwind: Wo depressive Störungen festgestellt werden, kann man häufig noch eine Reihe anderer Probleme ausmachen. Es gibt Probleme, und es gibt Behandlungs- und Bewältigungsansätze jenseits der Depression [4]. Wie sicher ist übrigens die These, dass die langjährige Pharmakotherapie auf alle Fälle einer gezielten Psychotherapie überlegen ist [5,6]? Und schließlich, könnte es sich bei der Depression als Krankheit gar um einen Mythos handeln [6]? So sehr die Wahrnehmung von Bedeutung und Ausmaß psychischer Störungen durch die WHO zu begrüßen ist, so sehr stellt sich die Frage, ob die deskriptive Diagnose „der“ depressiven Störung, lediglich differenziert durch ihren Schweregrad, depressiver Störungen und Syndrome, in jeder Hinsicht einen Fortschritt bedeutet. Bei genauerer Betrachtung leben die Konzepte einer schwerpunktmäßig organischen, psychotischen, reaktiven, neurotischen Depression im klinischen Alltag dessen ungeachtet fort.
- Die Debatte um das ADHD ist noch zu jung, um eindeutig Stellung zu beziehen. Schon jetzt aber dürfte klar sein, dass es – in aller Regel – nicht um eine zusätzlich notwendige psychiatrische Diagnose geht, sondern um ein Syndrom, das im Einzelfall diagnostische und therapeutische Akzente verschieben wird. Auch hier zeichnen sich – wie bei depressiven Störungen – nach anfänglicher Methylphenidat-Euphorie Behandlungsalternativen ab.

Das Bedürfnis nach einer Ordnung der (psychiatrischen) Dinge scheint größer zu sein, als wir in den letzten Jahren zugegeben haben. Das ist keine schlechte Nachricht, sondern eine Tatsache. Theorien müssen nicht zwingend zu Ideologien verkommen. Sie ziehen nicht notwendigerweise Verständigungsschwierigkeiten nach sich. Zu wissen, dass wir bei Diagnosen auf ein Konzept, eine weiterreichende Krankheitstheorie oder gar mehrere zurückgreifen, schärft den Blick für die Grenzen des eigenen Wissens: Symptome werden nicht an sich wahrgenommen und nicht an sich beschrieben, sondern in Bezug auf ein oder mehrere infrage kommende Krankheitskonzepte. Testinstrumente können nur dann eine reliable Aussage machen, wenn sie auf denselben Konzepten basieren wie die Diagnosen, die infrage kommen. Auf sie hin entwerfen wir Behandlungspläne und beobachten Veränderungen der Symptomatik. Bei Unstimmigkeiten oder Inkonsistenzen stellt sich deshalb die Frage, ob das herangezogene Krankheitskonzept ausreicht, modifiziert oder ganz verworfen werden muss. Die Fähigkeit, theoretische Konzepte im eigenen Denken wie in dem der Anderen zu erkennen, ihnen auf die Spur zu kommen, sie allenfalls zu hinterfragen und zu reformulieren könnte man als theoretische Sensibilisierung bezeichnen: In den Sozialwissenschaften wird unter dem Begriff der theoretischen Sensibilität die Fähigkeit verstanden, über empirisches

Material in theoretischen Begriffen zu reflektieren. Die Untersuchenden müssen theoretische Konzepte kennen, die ihnen bei der konkreten Fragestellung als Linse dienen können. Über solche Konzepte aktiv verfügen zu können heißt gerade nicht, in vertrauten, implizit vorhandenen Konzepten zu denken, sondern sich die herangezogenen Erklärungen als theoretische Konzepte bewusst zu machen. Mithilfe der theoretischen Sensibilität wird empirisches Material auf dem Hintergrund eines sensibilisierenden Konzepts fortlaufend erarbeitet, reflektiert, und das Konzept wird seinerseits aufgrund der weiter hinzukommenden empirischen Befunde überprüft, ergänzt und schließlich formuliert. In Bezug darauf bezeichne ich als theoretische Sensibilisierung die Aufgabe, laufende Zuordnungen (seien es Beschwerden, klinische Symptome, empirische Befunde oder Begründungen einer Diagnose) explizit zu machen und die in ihnen enthaltenen Theoriebezüge zu erkennen [7,8].

Nicht alle theoretischen Konzepte sind falsifizierbar. Das heißt, sie lassen sich nicht ohne weiteres auf empirischem Weg überprüfen. Deshalb sind sie nicht von vorn herein untauglich, sondern dienen einem bestimmten Zweck, der die Begrenzung in sich trägt – einem heuristischen. Theoretische Sensibilisierung gehört zu dem, was ich Denkarbeit nennen möchte. Sie kommt m. E. neben anderer medizinischer Arbeit wie Maschinenarbeit, Sicherheitsarbeit, Trost-, Gefühls- und Artikulationsarbeit zu kurz [9,10]. Die Wiederentdeckung von Modellen in der Wissenschaft kommt für die Psychiatrie gerade rechtzeitig, sei es als „dritte Dimension der Wissenschaften“ [11] oder als Redimensionierung megalomaner Heilskonzepte auf Heilungsangebote aus der „Theorie-Apotheke“, einschließlich ihrer Risiken und Nebenwirkungen [12]. Theorien können nicht alles erklären. Sie sind Denk- und Arbeitsinstrumente. Aber es lohnt sich, sie heranzuziehen. Sie erweitern klinische, aber auch wissenschaftliche und didaktische Kompetenzen, und nach dem anfänglichen Mehraufwand sind sie jeglicher Verständigung zuträglich.

Literatur

- 1 Scadding JG. Essentialism and Nominalism in Medicine. Logic of Diagnosis in Disease Terminology. *Essay. Lancet* 1996; 348: 594 – 596
- 2 Birley JLT. DSM III: From Left to Right or from Right to Left? *Brit J Psychiatry* 1990; 157: 116 – 118
- 3 Sadler JZ, Wiggins OP, Schwartz MA. *Philosophical Perspectives on Psychiatric Diagnostic Classification*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1994
- 4 Dowrick C. *Beyond Depression. A New Approach to Understanding and Management*. Oxford: University Press, 2004
- 5 Piquart M, Duberstein PR, Lyness JM. Treatments for Later-Life Depressive Conditions: A Meta-Analytic Comparison of Pharmacotherapy and Psychotherapy. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 1493 – 1501
- 6 Leventhal AM, Martell CR. *The Myth of Depression as Disease. Limitations and Alternatives to Drug Treatment*. Westport: Prager, 2006
- 7 Kelle U, Kluge S. *Vom Einzelfall zum Typus*. Opladen: Leske und Budrich, 1999
- 8 Hoffmann-Richter U. *Die psychiatrische Begutachtung. Eine allgemeine Einführung*. Stuttgart: Thieme, 2005
- 9 Strauss AL, Fagerhaugh S, Suczek B, Wiener C. *Social Organization of Medical Work*. New Brunswick/London: Transaction, 1997
- 10 Hoffmann-Richter U. *Das Handwerk psychiatrischer Begutachtung*. *Psychiatr Prax* 2005; 32: 258 – 260
- 11 Chadarevian S de, Hopwood N. *Models. The Third Dimension of Science*. Stanford: University Press, 2004
- 12 Hörisch J. *Theorie-Apotheke. Eine Handreichung zu den humanistischen Theorien der letzten fünfzig Jahre, einschließlich ihrer Risiken und Nebenwirkungen*. Frankfurt: Eichborn, 2005