

1 Grundlagen

1.1 Vorbemerkung

Psychiatrische Differenzialdiagnostik ist eine Kunst für sich und selbst erfahrene Untersucher können gelegentlich ihre Schwierigkeiten haben, zu einer genauen Einschätzung zu kommen. Da ist die Vielzahl der klinischen Erscheinungen, da sind die oft kryptischen und nicht immer klar zuzuordnenden Angaben der Patienten. Manchmal fehlt schlicht die Zeit, sich ausreichend lange mit ihnen zu beschäftigen, um einen klaren Blick auf die Problematik zu bekommen, manchmal zeigt das Gegenüber sich verschlossen oder lehnt ein Gespräch gänzlich ab, manchmal gelingt es erst im Verlauf, die Facetten einer Erkrankung zu erfassen. Erforderlich für die Entwicklung differenzialdiagnostischer Kompetenz ist neben einer gewissen theoretischen Grundlage mit Kenntnis der wichtigsten Krankheitsbilder und deren Symptomatik auch eine gute Anleitung durch einen erfahrenen Untersucher und natürlich die permanente Übung im klinischen Kontext.

Im Bereich der Psychiatrie lauern einige diagnostische Fallstricke. So besteht die Gefahr, dass Diagnosen vorschnell, sozusagen aus dem Bauch heraus gestellt werden. Oder der diagnostische Blick ist davon beeinflusst, aus welcher der unterschiedlichen Schulen ein Untersucher kommt. Ein biologisch orientierter Psychiater wird einen Patienten möglicherweise ganz anders beurteilen als ein Psychoanalytiker oder ein Verhaltenstherapeut. Selbst wenn eine Diagnose der gängigen Klassifikation gemäß korrekt gestellt wurde, kann die nachfolgende Entscheidung über den therapeutischen Schwerpunkt individuell sehr unterschiedlich getroffen werden. Die einschlägigen Leitlinien geben hier zwar eine Orientierung, aber das Vorgehen wird dennoch davon geprägt sein, welche Hypothese bezüglich der Erkrankung und ihrer Entstehung gebildet wird und was vom Behandler im allgemeinen oder speziellen Falle als wirksam angesehen wird. Natürlich kann auch ganz pragmatisch ein an den Symptomen orientiertes Vorgehen gewählt werden. Hier jedoch besteht die Gefahr, dass zugrunde liegende Prozesse übersehen und folglich nicht behandelt werden, dass die Therapie also an der Oberfläche bleibt und nicht an der Wurzel ansetzt.

Wenn wir uns mit dem menschlichen Seelenleben in Gesundheit und Krankheit auseinandersetzen und versuchen, das, was wir sehen, zu verstehen, so tun wir dies also immer unter bestimmten Grundvoraussetzungen und Annahmen, selbst wenn uns diese nicht explizit bewusst sind. Es ist deshalb interessant, sich mit den unterschiedlichen Sichtweisen und Kon-

Fallstricke

Konzepte von
Gesundheit und
Krankheit

zepten zu befassen, die uns zu unseren Erkenntnissen führen – und sei es, dass wir uns kritisch mit unserer eigenen Vorgehensweise auseinandersetzen oder diese bewusst weiterentwickeln.

Bedeutung der
Diagnose

Vor der Therapie steht die Diagnose. Dieser Umstand leuchtet selbst dem medizinischen Laien ein, denn es ist offensichtlich, dass erst gehandelt werden kann, wenn klar ist, was dem Patienten fehlt, ob er erkrankt ist und, wenn ja, an welcher Erkrankung er leidet. Wenn eine Diagnose noch nicht sofort gestellt werden kann, sollte es zumindest eine Arbeitshypothese geben, die leitend für das weitere Vorgehen ist. In den Fällen, in denen ich überhaupt nicht weiß, woran ich bin, muss ich mir zumindest Rechenschaft über mein Unwissen geben, den Fall bewusst in der Schwebe halten und zunächst einmal an den Symptomen orientiert vorgehen. Dabei darf nicht unterschätzt werden, dass Diagnosen, einmal gestellt, ein Eigenleben entwickeln können. Aus einer leichthin geäußerten Verdachtsdiagnose wird ohne entsprechenden Hinweis rasch eine vermeintlich gesicherte Tatsache, die ohne kritische Überprüfung von Mal zu Mal übernommen und tradiert wird. Umso wichtiger sind ein genauer Blick und eine zuverlässige Diagnostik.

Gründe für
Fehleinschätzungen

Vielfältige Gründe können zu diagnostischen Fehleinschätzungen führen. Einer davon sind Selbstzuschreibungen von Patienten, die unkritisch übernommen werden. Auf den ersten Blick mag diese Möglichkeit erstauen, denn wer möchte schon selbst für psychisch krank gelten? Doch psychiatrische Diagnosen können natürlich auch mit einem Krankheitsgewinn verbunden sein, also mit einem (objektiven oder subjektiven) Vorteil, der für einen (vermeintlich) Erkrankten aus seiner Krankheit hervorgeht. Wenn allgemeine Lebensprobleme zu einer Störung des Befindens führen und dies im Folgenden zur Krankheit erklärt und sozusagen psychiatriert wird, dann bedeutet das, dass die Verantwortung für deren Lösung an Ärzte, Therapeuten oder allgemein an das Gesundheitswesen delegiert werden. Der verständliche Wunsch nach einfachen Lösungen von schwierigen Problemen kann so stark sein, dass bereitwillig Medikamente genommen oder sogar biologische Verfahren wie die elektrokonulsive Therapie (EKT) eingefordert werden, obwohl keine Erkrankung im eigentlichen Sinne vorliegt. Leitend ist möglicherweise der trügerische Gedanke, dass es dem Betroffenen danach schon in irgendeiner Form besser gehen wird und sich die Schwierigkeiten im Folgenden quasi von selbst lösen. Hinzu kommt, wie bei allen Erkrankungen, die Möglichkeit der Entlastung von alltäglichen Aufgaben, etwa durch Krankschreiben oder sogar Berentung. Aus diesem Grunde ist es von großer Wichtigkeit, dass Diagnosen zuverlässig gestellt oder eben auch nicht gestellt werden (auch wenn die zweite Möglichkeit nicht jedem gelegen kommt). In der Psychiatrie ebenso wie in anderen Bereichen der Medizin ist es unmöglich, eine allgemein gültige Krankheitsdefinition zu geben und in jedem Falle klar zwischen »noch gesund« und »schon krank« zu unterscheiden. Ein wesentlicher Kritikpunkt der psychiatrischen Klassifikationssysteme ist von daher die oftmals willkürlich erscheinende Grenzziehung. Auch hier liegen Gründe für Fehleinschätzungen und Irrtümer, denn wo die Grenzen nicht klar sind, kommt es leicht zu

fragwürdigen Zuordnungen. Im folgenden Abschnitt soll es deshalb, bevor wir uns näher mit der Differenzialdiagnostik beschäftigen, um den Krankheitsbegriff im Allgemeinen und im Speziellen gehen.

1.2 Gesundheit und Krankheit

Die Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization, WHO) definiert 1946 in ihrer Verfassung Gesundheit als einen »Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.« (Weltgesundheitsorganisation 1946, S. 1). In diesem Sinne wäre wohl niemand über eine längere Zeit vollständig gesund, denn wann befinden wir uns schon im Zustand des völligen Wohlergehens?

Wenn wir Krankheit allein als einen Zustand des Unwohlseins begreifen, so ist diese Auffassung wenig hilfreich. Die Erfahrung von seelischem – mehr noch als körperlichem – Schmerz und Leid ist grundsätzlicher Bestandteil des Lebens und kann eine durchaus angemessene menschliche Reaktion auf widrige Ereignisse und Erfahrungen sein. Eine verbindliche Festlegung, ab wann und unter welchen Umständen welcher Grad von Unwohlsein als pathologisch zu gelten hat, ist schwierig. Umgekehrt geht Krankheit nicht immer mit subjektivem Leiden einher und selbst schwer psychisch Erkrankte, etwa Patienten mit Psychosen, leiden unter ihren Symptomen nicht immer direkt oder in dem zu erwartenden Ausmaß. Dies gilt erst recht dann, wenn die Symptomatik chronifiziert ist und der Betroffene sich gut adaptieren konnte. Leidensdruck alleine reicht also nicht aus, um Gesundheit oder Krankheit zu definieren.

Leiden

Ein Krankheitsbegriff, der rein auf Normabweichung zielt, ist ebenfalls problematisch. Normen beziehen sich auf den Durchschnitt einer Population. Demgemäß würden selbst auf Dauer schädigend wirkende Faktoren ihren Krankheitswert verlieren, wenn nur ein genügend großer Teil einer Gruppe davon betroffen ist. Hat zum Beispiel der größte Teil der Bevölkerung faule Zähne, so müssten diese dieser Auffassung gemäß als Normalzustand und nicht als pathologisch gelten. Im Bereich des Psychischen würde das bedeuten, dass selbst dysfunktionale und hochproblematische Erscheinungen ihren Krankheitswert verlieren, wenn sie nur ausreichend oft in der Bevölkerung vorhanden wären. Problematisch ist darüber hinaus, dass die Vorstellung, was als normal anzusehen ist, kulturellen Veränderungen unterliegt und je nach gesellschaftlicher Einstellung Menschen mit bestimmten Merkmalen und Eigenschaften, die nicht der Mehrheit entsprechen, als krank erklärt werden. Ein Beispiel ist Homosexualität, die zu früheren Zeiten per se als krankhafte Abweichung galt.

Normabweichung

Von hoher praktischer Relevanz ist die Definition von Krankheit als das Vorhandensein bestimmter Symptome, denen allein oder in Kombination

Symptome

Krankheitswert zugesprochen wird. Ein Kriterium, ab wann eine Symptomatik Krankheitswert hat, kann dabei die theoretische Relevanz für das Überleben des Betroffenen sein. So gesehen sind z. B. Störungen der Orientierung oder der Kognition zweifellos ebenso bedeutsam wie psychotisches Erleben (auf den Begriff der Psychose wird im Laufe des Buches noch eingegangen), da die hiervon Betroffenen außerhalb einer schützenden Umgebung deutliche geringere Überlebenschancen hätten als Gesunde. Dass diese Charakteristik mehr Praxisrelevanz hat, als es zunächst den Anschein hat, wird dann deutlich, wenn es um die Einschätzung einer möglichen Gefährdung geht. Ist ein Patient aufgrund seiner Krankheit in erheblichem Maße gefährdet und kann er diese Gefährdung ebenfalls krankheitsbedingt nicht erkennen, müssen möglicherweise Maßnahmen zu seinem Schutz ergriffen werden.

Ätiologie und Pathogenese

Gelegentlich wird gefordert, dass Krankheiten durch eine klare Ätiologie und eine Pathogenese gekennzeichnet sein müssen. Diese Forderung ist gerade im Bereich der Psychiatrie problematisch, da sich die Frage nach der Krankheitsursache im Einzelfall nicht immer klar beantworten lässt. Am ehesten lässt sich diese Sicht ebenfalls auf Psychosen anwenden, die, wie wir noch sehen werden, eine eigene Qualität besitzen und bei denen bestimmte Pathomechanismen einschließlich biologischer Faktoren angenommen werden können. Wenn wir es in der Psychiatrie dagegen nicht mit Psychosen zu tun haben, stehen wir wieder vor dem Problem der Grenzziehung zwischen gesund und krank. Als unscharfes Kriterium können hier die negativen Folgen einer Symptomatik herangezogen werden, im psychischen Bereich also beispielsweise ob eine freie Entfaltung der Person oder befriedigende zwischenmenschliche Beziehungen verhindert werden oder inwieweit die Leistungsfähigkeit gemindert ist.

Definition psychischer Krankheiten in der ICD-11

In der ICD-11 (WHO 2019) sind psychische Krankheiten folgendermaßen charakterisiert: »Mental, behavioural and neurodevelopmental disorders are syndromes characterized by clinically significant disturbance in an individual's cognition, emotional regulation, or behaviour that reflects a dysfunction in the psychological, biological, or developmental processes that underlie mental and behavioural functioning. These disturbances are usually associated with distress or impairment in personal, family, social, educational, occupational, or other important areas of functioning.« (»Psychische, verhaltensbezogene und Störungen der neuronalen Entwicklung sind Syndrome, die charakterisiert sind durch klinisch signifikante Störungen der Kognition, der Emotionsregulation oder des Verhaltens, die eine Dysfunktion in den psychologischen, biologischen oder Entwicklungsprozessen widerspiegeln. Diese Störungen sind gewöhnlich verbunden mit Leid oder Beeinträchtigung in persönlichen, familiären oder sozialen Bereichen, in Ausbildung, Beschäftigung oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.«, eigene Übersetzung.). Interessant ist, dass die WHO bei der Definition von psychischer Krankheit also nicht nur von Störungen in bestimmten Bereichen und deren Folgen ausgeht, sondern auch die möglichen Ursachen einbezieht.

Krankheitswert von Psychosen

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass auf psychiatrischem Gebiet Psychosen am leichtesten als Krankheiten definiert werden können, da sie

eine eigene Qualität besitzen und sich damit grundlegend vom Normalpsychologischen unterscheiden. Psychosen und andere Krankheitsprozesse, bei denen wir von einer biologischen Grundlage ausgehen, führen zu signifikanten Störungen auf verschiedenen Ebenen, die zwar nicht immer mit einem Leidensdruck, in aller Regel aber mit Beeinträchtigungen und Einschränkungen verbunden sind. Die übrigen Krankheiten sind schwerer als solche zu fassen, möglicherweise unscharf abgegrenzt und die Einschätzung, was als gesund oder krank gilt, kann sich im Laufe der Zeit ändern. Ein Beispiel ist die Schwierigkeit der Abgrenzung von pathologischer Trauer im Sinne einer Anpassungsstörung von einem »normalen« Trauerprozess. Die Grenze fest bei einer Dauer von 6 Monaten zu ziehen, erleichtert zwar eine diagnostische Zuordnung, wird dem Einzelfall aber unter Umständen nicht gerecht und kann dadurch zu einer unpassenden Pathologisierung führen.

Für die Praxis bedeutet dies, dass es bei der Erkennung von psychischen Krankheiten und bei deren Differenzialdiagnostik nicht nur auf die Beschreibung von Symptomen und der Folgen ankommt. Vielmehr muss auch die Qualität des klinischen Bildes betrachtet werden und wir müssen uns über mögliche Ursachen Gedanken machen. Die WHO bezieht sich in ICD-10 und ICD-11 nicht nur auf Krankheitserscheinungen, sondern greift auch biologische, psychologische und entwicklungsbezogene Ursachen auf. Diese Überlegungen dienen nicht nur der Einteilung von Krankheiten, sondern sind, wie wir noch sehen werden, auch wichtig für die Planung einer Therapie.

Einbeziehung von
Krankheitsursachen

1.3 Zum Begriff der Psychose

Das Spektrum der Erscheinungen, mit denen wir es in der klinischen Psychiatrie zu tun haben, reicht von leichten Beschwerden bis hin zu schwersten Beeinträchtigungen, von Leiden aufgrund allgemein verständlicher Zusammenhänge bis hin zu Zuständen ausgeprägter Verwirrung, in denen ein sinnvoller Gesamtzusammenhang nicht mehr hergestellt werden kann.

Im vorangegangenen Abschnitt wurde bereits auf die unterschiedlichen klinischen Qualitäten eingegangen, die dem zugrunde liegen. Einerseits gibt es normalpsychologisch fassbare Zusammenhänge, bei denen das seelische Leid verständlich wird. In der Untersuchung kann ich mich in den Patienten hineinversetzen, der mir über seinen Lebensweg und seine Erlebnisse berichtet. Die Entwicklung einer Symptomatik wird verstehbar und die Grenzen zwischen Gesundheit und Krankheit können verwischen. Andererseits gibt es Bilder, bei denen das Verständnis mehr oder weniger schnell an seine Grenzen stößt, die im Grunde nicht mehr einfühlbar sind und bei denen der Krankheitswert im Sinne einer qualitativen Abweichung vom Normalpsychologischen außer Frage steht. Statt zu verstehen müssen wir die

Abgrenzung zur
Normalpsychologie

Symptomatik also anerkennen und können bestenfalls versuchen, ihre Entstehung wissenschaftlich zu erklären. Hier sprechen wir von einer Psychose.

Exogene und endogene Psychosen

Der Psychose-Begriff wird 1841 von Carl Friedrich Canstatt (1807–1850) eingeführt und bezeichnet ursprünglich den seelischen Ausdruck einer Erkrankung des Gehirns. Im Laufe der Zeit wird Psychose synonym für Geisteskrankheit verwendet, und zwar sowohl für solche mit nachgewiesener als auch für Krankheiten mit vermuteter, aber (noch) nicht nachweisbarer körperlicher Ursache. (Zur Entwicklung des Psychose-Begriffs siehe Bürgy 2009.) Damit ist die Grundlage gelegt für die Unterscheidung von exogenen und endogenen Psychosen, wie sie 1892 von Paul Julius Möbius (1853–1907) getroffen wird. Möbius führt die so genannten endogenen Psychosen auf erbliche Anlagen zurück, während die exogenen Psychosen auf äußeren Einflüssen beruhen. Kurt Schneider (1887–1967) betont, dass aufgrund der Psychopathologie endogener Psychosen von einer organischen Grundlage ausgegangen werden muss, auch wenn diese nicht konkret gefasst werden kann. Bei Karl Jaspers (1883–1969) wird die scharfe Unterscheidung von (nicht verstehbarer) Psychose und verstehbareren Erscheinungen zur Grundlage der Krankheitslehre.

Klinische Symptome

Die Ursachen von Psychosen sind ebenso unterschiedlich wie die möglichen klinischen Symptome. Die qualitativen Veränderungen können verschiedene Bereiche des psychopathologischen Befundes betreffen, so die Wahrnehmung, das Denken oder die Affektivität. Im Gesamtzusammenhang einer Psychose ist zudem die Kognition meist mehr oder weniger beeinträchtigt. Eindrücklich zeigt sich eine Psychose, wenn etwa der formale Gedankengang so fragmentiert ist, dass ein normales Verstehen nicht mehr möglich ist, oder wenn starr auf Wahnhaltungen beharrt wird, ohne dass die sonst übliche Korrektur durch Abgleich des Urteils mit Beobachtungen und Erfahrungen vorgenommen werden kann.

Kategoriale Einteilung

Wenn wir also von einem qualitativen Unterschied je nach Vorliegen oder Nicht-Vorliegen einer Psychose ausgehen, nehmen wir eine kategoriale Einteilung vor. Das bedeutet, dass ein Patient nicht »ein bisschen psychotisch« sein kann. Zu einem gegebenen Zeitpunkt ist entweder eine Psychose festzustellen oder nicht. Das kann sich rasch ändern, sogar innerhalb eines einzelnen Gesprächs ist es möglich, dass ein Patient in einem Moment psychotisch ist und entsprechend erlebt und im nächsten Moment wieder nicht. Dies kann sich in offensichtlichen Widersprüchen ausdrücken, wenn der Patienten einerseits mit Überzeugung seinen Verfolgungswahn vertritt, andererseits sagen kann, dass er wohl gerade wieder paranoid sein müsse. Die Feststellung einer Psychose oder deren Ausschluss ist nun ein entscheidender Vorgang in der psychiatrischen Differenzialdiagnostik. Das Vorliegen einer Psychose hat nicht zuletzt therapeutische Implikationen, gerade im Hinblick auf die Möglichkeit einer antipsychotischen Pharmakotherapie (► Kap. 6.3).

1.4 Zum Begriff der Neurose

Der historische Begriff der Neurose taucht in den modernen Klassifikationen noch immer gelegentlich auf, so im Kapitel ›Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen‹, als ›psychoneurotisch‹ unter den sonstigen spezifischen Persönlichkeitsstörungen der ICD-10 oder an derselben Stelle als ›Charakterneurose‹. Der Begriff impliziert einen bestimmten Zusammenhang zwischen beobachtbarer Symptomatik und deren Entstehung, nimmt also Bezug auf zugrunde liegende theoretische Annahmen. Im Laufe der Psychiatriegeschichte wurden unterschiedliche Gründe für die Entstehung neurotischer Symptome angenommen. Die Verwendung des Neurose-Begriffs kann auch heute noch angebracht sein, wenn explizit auf die psychogene Ursache von Beschwerden verwiesen werden soll – auch wenn die theoretischen Annahmen, die dem Begriff zugrunde liegen, uneinheitlich und teilweise überholt sind.

Ursprünglich wird der Neurose-Begriff 1776 von William Cullen (1710–1790) verwendet, der damit alle nichtentzündlichen Erkrankungen des Nervensystems bezeichnet und hierunter auch die psychischen Erkrankungen subsumiert. Als Neurosen gelten dann anatomisch-strukturelle Schäden mit einer Störung von Sensibilität und Motorik, später funktionell-physiologischen Störungen mit Irritabilität und Inhibition und schließlich Krankheitsbilder mit psychogenen Ursachen (Übersicht bei Berrios 1999). Interessanterweise bezeichnet der Begriff Psychose in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts subjektive Zustände als Begleiterscheinungen schwerer psychischer Krankheiten, während Neurose die zugrunde liegenden neurologischen Prozesse bezeichnete. Um 1900 herum kommt es zum Wechsel der Begrifflichkeiten. Psychose bezeichnete von nun an im weiteren Sinne organische Krankheiten, Neurose dagegen innerpsychische Vorgänge.

Die Auffassung einer psychogenen Grundlage von Neurosen bezieht sich auf Aspekte der kindlichen Entwicklung. Das neurotische Verhalten kann als Anpassungsleistung verstanden werden, die zum Zeitpunkt ihrer Entwicklung für den Betroffenen durchaus nützlich war, im späteren Leben jedoch unpassend und dysfunktional in Erscheinung tritt. Im psychoanalytischen Verständnis liegen den Neurosen demgemäß (unbewusste) kindliche Konflikte oder Erschütterungen zugrunde, die zunächst eine kompromisshafte Lösung erfahren, später jedoch störend in Erscheinung treten können. Ihrem Ursprung nach sind sie weiterhin in gewisser Weise sinnhaft, da sie einen innerpsychischen Lösungsversuch darstellen. Der sonst in diesem Zusammenhang gebräuchliche Trauma-Begriff wird hier bewusst vermieden, da dieser um der Klarheit willen für Situationen außergewöhnlicher Bedrohung reserviert bleiben und nicht inflationär gebraucht werden sollte.

Die Ausdehnung der Neurosenlehre auf Psychosen greift zu weit und wird der komplexen Ätiologie von Psychosen, die auch organische Faktoren umfasst, nicht gerecht. Schon Sigmund Freud (1856–1939) musste erkennen, dass die psychoanalytische Herangehensweise bei psychotischen Patienten nicht zielführend ist, und hat sich entsprechend auf die Behandlung

Wandel des
Neurose-Begriffs

Psychoanalytische
Auffassung

Neurosenlehre und
Psychosen

nicht-psychotischer Patienten konzentriert und ausgehend von diesen seine Theorien entwickelt. Eine unkritische Anwendung psychoanalytischer Modelle auf Psychosen einschließlich psychotischer Unterformen affektiver Störungen ist deshalb nicht sinnvoll.

Charakterneurose

Der Begriff Charakterneurose bezieht sich auf die Annahme, dass die Persönlichkeit durch neurotische Mechanismen in ihrer Entwicklung derart gestört und dadurch verformt wurde, dass dies zur Persönlichkeitsstörung geführt hat. Eine derartige Bezeichnung muss freilich als sehr theorielastig gelten. Sie impliziert, dass die Persönlichkeitsentwicklung nicht von multiplen Faktoren (Genetik, Umwelt, Erziehung, Beziehungserfahrungen etc.), sondern vor allem durch dysfunktionale (neurotische) Konfliktlösungen geprägt wurde. Da diese Sicht sehr einseitig ist, sollte der Begriff zugunsten beschreibender Ansätze in der Persönlichkeitsdiagnostik (► Kap. 4.8.1) vermieden werden.

Verwendung des
Neurose-Begriffs

Der Begriff Neurose ist in der Alltagssprache etabliert und wird regelmäßig mit bestimmten Begriffen in Zusammenhang gebracht, was gelegentlich zur Verwirrung führt. Dies lässt sich gut anhand der »Zwangsneurose« illustrieren, eines Ausdrucks, der von Sigmund Freud geprägt wurde und allgemein mit Zwangsstörungen assoziiert wird. Freud führt unter anderem im klassischen Fallbeispiel vom »Rattenmann« die Zwangsgedanken eines Patienten ursächlich auf dessen kindliche sexuelle Wünsche in Verbindung mit der Furcht vor negativen Konsequenzen zurück. Nicht zuletzt durch die Theorien Freuds (und nicht nur unter medizinischen Laien) hält sich die klischeehafte Ansicht, dass Zwänge prinzipiell neurotisch seien, also ihre Ursache in frühen Konflikten haben, die es aufzulösen gilt. Tatsächlich jedoch sind Zwangsphänomene vielgestaltig und können unterschiedliche, auch organische, Ursachen haben. Die Behandlung erfolgt dementsprechend heutzutage nicht primär psychoanalytisch, sondern verhaltenstherapeutisch, gegebenenfalls unterstützt durch eine medikamentöse Therapie. Von einer Neurose sollte also nur dann noch gesprochen werden, wenn damit explizit auf das zugrunde liegende Störungsmodell Bezug genommen wird. Entsprechend ist nicht nur der Begriff Zwangsneurose allgemein durch Zwangsstörung ersetzt worden. Weitgehend obsolet geworden sind auch Begriffe wie Konversionsneurose (heute: dissoziative Störung) oder Angstneurose (heute: Angststörung).

1.5 Krankheitsursachen

Warum ist es sinnvoll, sich in der Psychiatrie mit der Ursache von Krankheiten zu beschäftigen? Würde es nicht genügen, wenn wir die Symptome in Querschnitt und Längsschnitt betrachten und daraus eine Diagnose ableiten? Ist es überhaupt möglich, klare Ursachen zu bestimmen? Und kann sich die Therapie am Ende nicht ganz einfach nach den Symptomen richten?

Für die Beschäftigung mit Krankheitsursachen gibt es mehrere Gründe. Erstens ist es für ein grundlegendes Verständnis psychiatrischer Erkrankungen wichtig, sich prinzipiell damit auseinanderzusetzen, wie diese entstehen können. Ich beginne den Unterricht deshalb gerne mit diesem Thema, um den Einstieg in die komplexe Welt der Psychiatrie zu erleichtern. Zweitens verlangt die diagnostische Zuordnung im Rahmen der gängigen Klassifikationssysteme sehr wohl ätiologische Überlegungen. Und drittens beeinflusst eine Hypothese über Krankheitsursachen im Allgemeinen oder im speziellen Falle eines Patienten in wesentlichem Maße das therapeutische Vorgehen. Natürlich lässt sich nicht in allen Fällen eine eindeutige Ursache bestimmen, aber das sollte uns nicht davon abhalten, uns auf die Suche zu begeben. Auf diese Punkte wird im Folgenden etwas genauer eingegangen.

Gründe für die Beschäftigung mit Krankheitsursachen

Beginnen wir mit den grundlegenden Möglichkeiten, wie psychiatrischen Krankheiten entstehen können. Entsprechend dem Dualismus von Soma und Psyche zieht sich durch die Geschichte der Medizin die Überlegung, ob eine psychische Krankheit nun körperliche oder innerpsychische Ursachen hat (► Kap. 1.6). Selbst wenn äußere Einflüsse als zusätzlicher, außerhalb der Person liegender Faktor eingezogen werden, kann doch unterschieden werden, ob diese sich auf den Körper (z. B. Rauschmittel, Umweltgifte) oder auf die Psyche (z. B. soziale Konflikte, gesellschaftliche Rahmenbedingungen) auswirken. Auch wenn wir davon ausgehen, dass Soma und Psyche hinsichtlich Ursache und Wirkung untrennbar miteinander verbunden sind und sich wechselnd gegenseitig beeinflussen, bleibt doch die Frage nach dem Ausgangspunkt einer Krankheit.

Dualismus von Soma und Psyche

Gelegentlich wird vorgebracht, dass die klinische Symptomatik entscheidend und es demnach gleichgültig ist, wie sie entstanden ist. Es wird der Vergleich mit körperlichen Vorgängen gezogen und argumentiert, dass bei einer Fraktur der Unfallhergang sekundär und die Folgen entscheidend sind. Dieser Vergleich hat seine Tücken, denn er geht davon aus, dass psychische Erscheinungen unabhängig von der Ursache völlig gleichförmig seien. Dem ist allerdings nicht so. Die klinischen Bilder lassen sich je nach zugrunde liegender Ursache durchaus unterscheiden. Bedeutsam ist dies etwa beim depressiven Syndrom, das sich je nach Grundlage unterschiedlich präsentiert. Auch auf dem Gebiet der Denkstörungen lassen sich bei genauem Hinschauen verschiedene Qualitäten ausmachen, die mit der Ätiologie in Zusammenhang stehen.

Ursache und klinische Symptomatik

Die Erkenntnis, dass eine Symptomatik auf psychischem Gebiet auch körperliche Ursachen haben kann, setzt das Wissen um einen Zusammenhang zwischen beiden Bereichen voraus. Was uns heute selbstverständlich erscheint, ist jedoch ein großer Schritt in der Erkenntnis, der schon früh vollzogen wurde. Die in der Antike entwickelte und über Jahrhunderte hinweg vertretene Humoralpathologie ist hier beispielhaft zu nennen. Galenos von Pergamon (ca. 130–200 n. Chr.) ordnet dabei den vier Körpersäften Blut, gelbe Galle, schwarze Galle und Schleim jeweils Charaktereigenschaften zu. Er stellt damit nicht nur einen Zusammenhang zwischen Soma und Psyche her, sondern bemüht sich auch um eine Ordnung und Differenzierung. Aus heutiger Sicht mögen uns die Annahmen naiv erscheinen, doch

Körperliche Ursachen

zugrunde liegt der (sehr moderne) Ansatz, verschiedene psychische Erscheinungen auf ihre jeweilige körperliche Grundlage zurückzuführen. Heutzutage ist die Suche nach neurobiologischen Korrelaten, etwa strukturellen oder funktionellen zerebralen Veränderungen, ein wesentlicher Teil der psychiatrischen Grundlagenforschung. Wenn wir nun davon ausgehen können, dass eine Krankheit auf eine klar zu benennende organische Ursache zurückzuführen ist, können wir diese als exogen bezeichnen. Ihrem Wesen nach muss es sich bei einer derartigen Krankheit um eine Psychose handeln, da die Symptomatik nicht einfühlend verstehbar, sondern aus den funktionellen oder strukturellen Veränderungen des Gehirns heraus erklärbar ist (► Kap. 1.3). Nicht alle Psychosen lassen sich jedoch auf eine klare organische Ursache zurückführen. Dennoch ist davon auszugehen, dass unter den vielfältigen Ursachen neben psychosozialen und innenpsychischen nicht zuletzt auch grundlegende neurobiologische Faktoren sind. Für diese Fälle wurde traditionell der Begriff endogen verwendet.

Psychische Ursachen

Wenn als grundlegend für eine Krankheit dagegen vor allem psychische Prozesse angenommen werden, so können wir diese als psychogen bezeichnen. Hier können Konflikte ebenso wie gesellschaftliche Rahmenbedingungen oder Lebensereignisse als Einflussfaktoren in Betracht gezogen werden, möglicherweise auf dem Boden bestimmter Persönlichkeitseigenschaften. Ein großer Teil der Psychologie des 20. Jahrhunderts beschäftigt sich mit der Frage nach krankmachenden innenpsychischen Prozessen, maßgeblich beeinflusst durch die Theorien Sigmund Freuds. Dieser entwickelte seine Theorien allerdings zum Verständnis normalpsychologischer Zusammenhänge. Eine Übertragung auf Psychosen ist damit nicht ohne weiteres möglich. Freud selbst stieß bei der Behandlung psychotischer Patienten rasch an seine Grenzen und hat diese nicht weiter verfolgt. Zur Verwirrung kann beitragen, dass er beispielsweise bei ausgeprägter Zwanghaftigkeit von ›Psychose‹ sprach, den Begriff also anders verwendetet, als wir es in diesem Buch tun.

Triadisches System

Die Dreiteilung psychiatrischer Krankheiten nach ihren möglichen Ursachen in exogen, endogen und psychogen wird als triadisches System bezeichnet. Das triadische System mag auf den ersten Blick zu stark vereinfachend und nur noch historisch interessant erscheinen. Es stellt jedoch die Grundlage der Differenzialdiagnostik dar, ebenso wie die Abgrenzung der Psychose als grundsätzlich eigener Qualität der psychischen Verfassung und damit die grundlegende Unterscheidung zwischen Psychose und Nicht-Psychose. Die meisten Krankheiten lassen sich zwanglos auf diese Weise einordnen, zumal unserer heutigen Klassifikation noch immer die durch das triadische System vorgegebene Einteilung zugrunde liegt.

Psychosen und affektive Störungen

Besonders bedeutsam ist die Suche nach Krankheitsursachen einerseits bei den Psychosen, andererseits bei den affektiven Störungen. Für die Differenzialdiagnostik bedeutet dies, dass zunächst einmal festgestellt werden muss, ob überhaupt eine Psychose vorliegt oder nicht. Wenn eine Psychose festgestellt wurde, ist eine organische Diagnostik erforderlich, um eine primär organische Ursache zu erkennen oder auszuschließen (► Kap. 2.9). Beim Vorliegen eines depressiven oder eines manischen Syndroms ist die Frage