

Krankheitsverständnis und medikamentöse Behandlung – Chancen und Risiken

Renate Schernus, Herforder Psychiatrietage 28.10.10

Mein Auftrag lautete, zu dem Thema „Krankheitsverständnis und medikamentöse Behandlung“ etwas aus trialogischer Sicht beizutragen. Das kann ich natürlich höchstens zu einem Drittel, da ich nur ein Teil des sogen. Trialogs bin, nämlich der Teil, der mit dem Etikett Profi belegt ist. Profis untereinander wiederum sind ziemlich multilogisch. D. h. sie haben höchst unterschiedliche Ansichten zu beiden Stichworten, dem Krankheitsverständnis und der medikamentösen Behandlung.

1. Pseudokausale Kurzschlüsse und Zeitgeist

Da ich als Psychologin zu der psychotherapeutisch ausgebildeten Spezies der Profis gehöre, neige ich, das haben Sie sicher auch gleich richtig vermutet, nicht zu der Auffassung, dass extraordinary seelische Erfahrungen, seien sie leidvoll oder nicht, lediglich als Stoffwechselstörungen zu begreifen sind. Auch wenn man sich darauf einigt, solche Erfahrungen „seelische Erkrankung“ zu nennen, wird ein Mensch davon nicht einfach so befallen, als hätte das mit seinem Leben und seiner Person nichts zu tun – etwa so wie Eugen Roth für die Schizophrenie reimt „ein Spaltpilz siehe Schizophyt, der schädlich einwirkt aufs Gemüt“ – Seelische Erkrankungen sind Erschütterungen der ganzen leib-seelischen-sozialen Persönlichkeit und darin gleichzeitig immer auch Antworten auf Widerfahrenes. Insofern kann es hilfreich sein, Symptome auch als Selbsthilfemöglichkeiten des jeweiligen Menschen zu interpretieren und nicht nur als etwas, das bekämpft werden muss. Reduktionistische Kausalschlüsse jedenfalls werden keinem Menschen, keinem Patienten gerecht.

Wenn jetzt die eher psychologisch orientierte Fraktion frohlocken sollte, hat sie sich zu früh gefreut, denn natürlich können auch psychologische Theorien, in denen bestimmte Ursache-Wirkungszusammenhänge grob einseitig

verabsolutiert werden, großen Schaden anrichten. So z. B. das Konzept der schizophoren Mutter, das in den Anfangsstadien der Kommunikations- und Familienforschung entstand. Auch zahllose psychosomatische Theoriebildungen neigen zu schädlichen z. T. abstrusen Verabsolutierungen angeblich psychologisch verursachter Krankheiten, so etwa, wenn als Ursache der Migräne eine Orgasmusstörung angenommen wird, und die Migräneanfälle als Orgasmus im Kopf interpretiert werden. Oder wenn verleugnete Feindseligkeit und Unfähigkeit zu Gefühlsausdruck als Ursache von Krebs postuliert wird. Angeblich stichhaltige Untersuchungen zu solch abstrusen Theorien lassen sich immer finden. Susan Sonntag beschreibt in ihrem Buch *Krankheit als Metapher* (12) wie abhängig vom Zeitgeist solche mit der suggestiven Aura von Wissenschaftlichkeit daher kommenden Beschreibungen von Krankheitsursachen sind.

Wie zeitgeistgebunden auch das psychopharmakologische Denken ist, macht Finzen 2008 in einem Artikel deutlich. Unter der Überschrift „Der Zeitgeist ist nicht doppelt blind“ beschreibt er die außerordentlich wechselhafte Bewertung von Psychopharmakawirkungen in den letzten Jahrzehnten. (6)

Jede Theorie und jede Wissenschaft hat also Risiken und Nebenwirkungen.

2. Komplexe Zusammenhänge

Wir können sicher nicht allen Zeitgeist bedingten Einseitigkeiten entkommen, aber wir können doch versuchen, unter Nutzung unterschiedlicher fachlicher Perspektiven, monokausale Engführungen zu vermeiden. Je besser uns das gelingt, desto größer ist die Chance, dass wir offen bleiben für die biologischen, seelischen, sozialen und geistigen Dimensionen in denen sich Menschsein präsentiert. Vorbildlich für solche Offenheit waren für mich immer die Physiker um Heisenberg, in deren Denken sich Naturwissenschaft, Moral, und Philosophie eindrucksvoll verband. Ein anderes Beispiel für einen Naturwissenschaftler mit weitem Horizont ist für mich Louis Pasteur (1822-

1895), der bekanntlich den segensreichen Nachweis eines engen Zusammenhangs zwischen Bakterien und Infektionskrankheiten erbringen konnte. Er vertrat bereits Mitte des 19. Jahrhunderts die Ansicht, dass seelische Faktoren die Widerstandskraft des Organismus beeinflussen. Er prägte den Begriff des „Terrains“ und meinte damit die für jede Krankheit bedeutsame innere und äußere Umwelt des Organismus. Bei psychischen Krankheiten, die den Kern der Persönlichkeit, die Identität des Menschen tangieren, ist das Zusammenwirken dieses inneren und äußeren „Terrains“ in besonderer Weise zu beachten. Hinzu kommt, dass wir Lebewesen sind, die sich in der Zeit entwickeln und ihre jeweiligen „Terrains“ dabei immer gleichzeitig erleiden und gestalten. Dass es auch biologische, zum inneren Terrain gehörende, Mitbedingungen für seelische Erkrankungen gibt, scheint mir durch vorliegende Forschungsergebnisse erwiesen. Mich würde eigentlich eher befremden, wenn es nicht so wäre. Ein auch noch so spirituell und geistig begabter Mensch ist gleichzeitig immer auch ein biologisches Lebewesen aus Fleisch und Blut, mit komplizierten Stoffwechselfvorgängen, Genen und vielem mehr.

Dass man das innere „Terrain“ auch durch pharmakologische Substanzen ggf. günstig beeinflussen kann, ist in dieser Denkweise nicht ausgeschlossen, behält aber die Komplexität des inneren Terrains und auch das äußere Terrain immer mit im Blick und – was auch wichtig ist - aus einer somatisch möglichen Beeinflussung ist nicht ohne Weiteres auch auf eine somatische Verursachung zu schließen.

Da man die einzelnen Faktoren in dem Zusammenspiel zwischen innerem und äußerem Terrain in psychopharmakologischen Studien kaum isolieren kann, wundert es mich nicht, dass verschiedene Studien zu sehr unterschiedlichen Ergebnissen kommen, bzw. die jeweiligen Ergebnisse schwer interpretierbar sind.

3. Gesundheitsverständnis

Mir scheint, Einseitigkeiten könnten wir besser vermeiden, wenn wir nicht immer nur nach einem richtigen Krankheitsverständnis suchen würden, sondern auch nach einem angemessenen Gesundheitsverständnis. Verzichten wir also versuchsweise auf die Fragen „Was macht krank und wie bringen wir die Symptome zum Verschwinden?“ und fragen statt dessen „Wie und mit Hilfe welcher Quellen schaffen es Menschen gesund zu bleiben?“ Es war bekanntlich Aaron Antonovsky (1), den diese Frage umtrieb. Angestoßen wurde sie bei ihm durch sozialmedizinische Forschungen, bei denen er feststellte, dass ein hoher Anteil der Frauen, die die KZ's überlebt hatten, als gesund bezeichnet werden mussten. Er fragte sich, wie es möglich war, dass es viele dieser Frauen trotz der durchlittenen, unvorstellbaren Qualen geschafft hatten, ihr Leben neu aufzubauen und liebevoll mit Menschen und konstruktiv mit den Anforderungen des Lebens umzugehen, d. h. ein weitgehend gesundes Leben zu führen? Im Laufe seiner Arbeit kam er immer mehr zu der Anschauung, dass wir den Phänomenen nicht gerecht werden, wenn wir Gesundheit und Krankheit für strikt von einander zu unterscheidende Zustände halten. Angemessen sei es vielmehr von einem Kontinuum zwischen den Polen gesund und krank auszugehen. Er fragte schlicht: Was ist es, was es Menschen gelingen lässt, sich auf diesem Kontinuum mehr in Richtung Gesundheit zu bewegen? Übrigens hat Antonovsky Gesundheit nie richtig definiert. Er hat lediglich beschrieben, was in seinen Studien Personen, die trotz hoher Belastungen ihres inneren und äußeren Terrains gut durchs Leben kamen, gemeinsam war. Was er immer wieder bestätigt fand, war, dass diese Gemeinsamkeit in einer Lebenshaltung des Vertrauens lag und zwar Vertrauen darauf, dass die Ereignisse des Lebens verstehbar, handhabbar und sinnhaft sind. Eine Grundorientierung, die das Vertrauen auf Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit dessen, was mir im Leben auch zustoßen mag, beinhaltet, ist das was Antonovsky bekanntlich als Sense of Coherence, als Kohärenzgefühl, beschreibt. Hierbei misst er der Dimension der Sinn- und Bedeutungshaftigkeit

das größte Gewicht bei. Ebenso wie bei dem Begründer der Logotherapie, Viktor Frankl, ist Sinn bei Antonovsky nicht miss zu verstehen als bloß kognitive Erkenntnis. Sinnsuche ist eher präreflexiv zu verstehen und hängt mit dem Bedürfnis nach Hingabe an sinnvolle Aufgaben, mit dem Bedürfnis gebraucht zu werden, mit dem Bedürfnis zu lieben und sich selbst vergessen zu können zusammen.

Eine der eindrucksvollsten subjektiven Beschreibungen einer solchen Grundorientierung finde ich bei Karl Jaspers. Er erzählt, dass sein Gymnasialdirektor beim Abschied von der Schule zu ihm gesagt habe: „Aus Ihnen kann ja nichts werden, da sie organisch krank sind.“ Aus Jaspers ist, wie wir alle wissen, nicht nur etwas, sondern sehr viel geworden. Jaspers, der an schweren Bronchiektasien litt, hat seine Lebenszeit nicht damit verbracht darüber nachzugrübeln, woher seine Beschwerden kommen und warum sie gerade ihn getroffen haben. Sondern ihn hat vor allem die Frage interessiert, die auch Antonovsky umtrieb. Jaspers formuliert diese Frage folgendermaßen: „Woher (kommt) die Kraft aus dem Versagen doch ständig wieder zu sich zu kommen? Woher, wie war es möglich, der Würdelosigkeit der Situationen, des Eindrucks auf die Umwelt in schlechten Zeiten und Stunden, des Sinkens unter das eigene ›Niveau‹ innerlich Herr zu werden? Woher das unreflektierte Vertrauen zu einem ›Sinn‹? Stets ergriff ich die Gegenwärtigkeit ohne viel erwarten zu dürfen. Ich lebte für den Augenblick und bezog ihn doch auf etwas Fernes. ... Ich war für meine Person selten enttäuscht, vielmehr überrascht, was mir von innen und außen vergönnt war. Der klare Verzicht auf das wirklich Unmögliche, ließ einen Spielraum, in dem mehr Chancen lagen, als ich vorher denken konnte.“ (7) Hätte Jaspers sich an dem für ihn Unmöglichen orientiert und nach einer Gesundheit gestrebt, wie sie 1946 von der WHO definiert worden ist „Gesundheit als einen Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens“, wäre er vermutlich chronisch depressiv geworden.

In den Termini von Antonovsky kann man sagen, dass sich Jaspers dank seines ausgeprägten Kohärenzgefühls auf dem Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit weit in Richtung Gesundheit bewegen konnte, obgleich die Symptome seiner Krankheit ihn Zeit seines Lebens weiter plagten. Jaspers benennt als Quellen dieser Kraft schlicht den Schutz und die Geborgenheit, die er als Kind durch seine Eltern erfahren habe und die Liebe zu seiner Frau. Gesundheit ist also nicht lediglich als Abwesenheit von Krankheit, Verletzungen und Behinderungen zu verstehen, sondern zu hohen Teilen auch als eine Umgangsweise mit Krankheit, Verletzungen und Behinderungen, eine Umgangsweise, die die Wahrung der eigenen Würde ermöglicht. Therapie, egal ob pharmakologische oder psychotherapeutische soll sich gewiss bemühen quälende Symptome zu lindern. Sie müsste sich aber gleichzeitig auch darum bemühen, dem Patienten zu helfen, die Kraftquellen allmählich aufzubauen und zu entwickeln, die ein Karl Jaspers bereits von seiner Sozialisation her mitbrachte. Als Orientierungsmarken bei dieser therapeutischen Arbeit sind Antonovskys Begriffe Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit ganz gut geeignet. Natürlich kann man auch mit Empowerment und Recovery operieren, aber warum englisch, wenn's auch deutsch geht.

4. Stress und Rückfallprophylaxe

1979 erscheint Antonovskys erstes Buch, in dem er über den Zusammenhang von Gesundheit, Stress und Bewältigungsmöglichkeiten nachdenkt. Unter anderem stellt er klar, dass Stress, bzw. Stressoren keineswegs immer als Risikofaktoren anzusehen sind, die reduziert oder vermieden werden sollten. Er ist der Meinung, dass sie jenseits jeder Wertung zunächst einmal einen funktionalen Charakter haben. Sie mobilisieren Körper und Seele. Ob ein Stressor gesundheitsfördernd oder gesundheitsschädigend wirkt, hängt von

vielerlei Komponenten ab. Z. B. kann ein hohes Maß an Stressoren bei gleichzeitig hohem Ausmaß an sozialer Unterstützung gesundheitsfördernd sein. Dazu scheint mir folgende Geschichte über den Philosophen Voltaire zu passen, die mir Oskar Negt erzählte: Voltaire soll sehr unter Hypochondrie gelitten haben. Überfielen ihn solche Zustände, lag er nur noch leidend im Bett, fühlte sich todkrank, bekam nichts mehr zustande und ließ schließlich seinen Hausarzt rufen. Bei diesem muss es sich um einen außerordentlich klugen, therapeutisch begabten Mann gehandelt haben. Er hörte sich alles an, klopfte ab und untersuchte, was immer sich untersuchen ließ und erzählte im Plauderton ganz nebenbei – von irgendeiner gerade aktuellen Schweinerei irgendeines Bischofs oder Kardinals. Das war genau der Stressor der bei dem kirchenkritischen Voltaire schlagartig Körper und Seele mobilisierte. Er geriet in Rage, sprang wutentbrannt aus dem Bett, spitzte seine Feder und verfasste noch im Morgenmantel eine seiner berühmt-berüchtigten, kirchenkritischen Schriften.“ Bei allen Bemühungen um Rückfallprophylaxe, insbesondere bei Nutzung standardisierter Programme, muss diese Vieldeutigkeit und höchst individuelle Wirkung von Stressoren im Blick bleiben. Dass das Bestreben, Krankheit auf Biegen und Brechen zu vermeiden, nicht alles sein kann, drückt Karl Jaspers, den ich vorhin schon einmal zitierte, folgendermaßen aus:

„Methodisch absolut zweckmäßige Lebensführung unter medizinischem Gesichtspunkt war unerlässlich. Aber sie hätte das Leben selber unerfüllt gelassen. ... Die Berührung mit der Welt forderte das Risiko von Krankheitszuständen. Der Kranke braucht die Freiheit, die medizinische Ordnung zu durchbrechen. Für die Krankheit zu leben, hebt das Leben selber auf, lässt es in Isolierung und Erfahrungslosigkeit geraten.“ (7)

Der Einsatz von Rückfallprophylaxe-Programmen kann bisweilen nützlich sein. Jedoch stehen sie in der Gefahr, Stressoren lediglich als Risikofaktoren zu sehen und so eine Schlagseite zur Defizitorientierung zu bekommen. Übrigens habe ich von Psychiatrie-Erfahrenen gehört, dass viele bereits der Begriff der

Psychoedukation stutzig macht. „Bin ich nicht in Ordnung so wie ich bin, muss ich als erwachsener Mensch erzogen werden?“ Programme dieser Art beruhen auf dem Verletzlichkeits-Stressmodell. Sie sind insofern defizitorientiert als vor allem die Verletzlichkeit im Blick ist und nicht so sehr die Stärken und Fähigkeiten.

5. „Wodurch werden unsere Kranken eigentlich wieder gesund?“

Weil bei Gesundheitserhaltung und Gesundheitswiederherstellung in äußerst komplexer Weise sehr viele Faktoren zusammen wirken, kann die Frage, was psychisch kranken Menschen hilft, sich zwischen den Polen krank – gesund mehr in Richtung Gesundheit zu bewegen, nicht oft genug und nicht selbstkritisch genug gestellt werden. Der Frage „Wodurch werden unsere Kranken eigentlich wieder gesund?“ hat Asmus Finzen 2002 ein ganzes Buch gewidmet. Er fragt dort unter anderem, ob sie wegen oder trotz unserer Therapie gesund werden oder ob überhaupt eigentlich von ganz alleine oder vielleicht wegen unserer Therapie, aber nicht wegen jener therapeutischen Faktoren, von deren Wirksamkeit wir überzeugt sind. (5)

Und bei diesen Fragen hatte er nicht etwa die so genannten alternativen Therapiemethoden im Visier, sondern die gängigen psychiatrischen Behandlungsmethoden, einschließlich der medikamentösen Behandlung, von der er so viel versteht wie kaum ein anderer.

- **Life-Events**

Derselben Frage wie Finzen, aber auf andere Art, geht die psychiatrie-erfahrene Autorin Sibylle Prins nach und zwar in dem von ihr herausgegebenen kleinen Buch *Vom Glück- Wege aus psychischen Krisen* in dem sie 26 psychiatrie-erfahrene Menschen veranlasst hat zu erzählen, was ihnen ihrer Meinung nach im Laufe ihres Lebens zu neuen Wendungen, zu neuer Kraft oder zur Aussöhnung mit bleibenden Schwierigkeiten oder Behinderungen verholfen hat.

Bei manchen haben Medikamente unterstützend gewirkt, bei manchen auch Psychotherapie, bei den meisten jedoch waren es Ereignisse, die sich im Strom des Lebens ergaben wie z. B. wichtige menschliche Begegnungen, Änderungen der Wohnverhältnisse, schützender eigener Wohnraum, sportliche Aktivitäten, passende Arbeit oder andere Sinn erfüllende soziale oder künstlerische Tätigkeiten, Aufgefangenwerden durch die Eltern - in anderen Fällen die Trennung von den Eltern – , stützende Gespräche außerhalb psychotherapeutischer Kontexte, Engagement in Selbsthilfegruppen, religiöse Erfahrungen oder Meditation und last not least Freundschafts- oder gar Liebesbeziehungen,.

Das Thema „life-events“, kommt in der Fachliteratur vor allem in dem Sinne vor, dass nach krankheitsauslösenden Ereignissen *vor* Erkrankungen gesucht wird. So heißt es z. B. in Papieren von „Open the doors“:

„Verlaufsuntersuchungen haben gezeigt, dass Ausbruch und Verlauf schizophrener Psychosen von psychosozialen Bedingungen mitbestimmt werden: belastende Lebenssituationen, die sog. *Life-events*, sind vor schizophrenen Erkrankungen überzufällig häufig. Es handelt sich dabei vor allem um zwischenmenschliche Konflikte: Einerseits sind es Mangel an Zuwendung und Verlust menschlicher Verbindungen andererseits können zuviel Nähe und zu große Intimität Schizophrene überfordern.“ (Internet) Soweit „Open the doors“.

Diese Ergebnisse stimmen mit meinen und vermutlich auch mit Ihren Erfahrungen durchaus überein und sind sicher wichtig. Genauso wichtig ist jedoch – und das kann man aus der Lektüre des erwähnten, von Sibylle Prins herausgegebenen, Büchleins lernen - dass im Leben manches, das wesentlich zur Gesundheit beiträgt, mehr oder weniger schicksalhaft oder zufällig passiert.

- **Co-Therapeut Zufall**

Vielleicht kennen einige der hier Anwesenden auch die Erfahrung, dass sie sich monatelang um einen Klienten, nennen wir ihn Herrn Meier, bemühen um ihm z. B. herauszuhelfen aus einem depressiv gefärbten Grübelzwang nach einer als Katastrophe erlebten Psychose. Nichts scheint sich zu bewegen, das Antidepressivum hat keinen spürbaren Effekt, alle Pläne, alle Vorhaben scheitern und dann passiert zufällig etwas. Z. B. trifft Herr Meier seine ehemalige Frau wieder, eine Person mit erheblichen Ecken und Kanten. Die beiden beschließen, erneut zu heiraten. Es gibt viel zu tun – Reale Belastungen, reale Konflikte, Wiedereintreten in die soziale Rolle als Ehemann. Die Grübelei verschwindet. Die Gespräche drehen sich jetzt um reale Probleme.

Das Ende der Therapie ist abzusehen. Witziger Weise findet Herr Meier, dass die von mir monatelang als stagnierend wahrgenommene Therapie sehr hilfreich war. „Sie haben ja mit mir was durchgemacht,“ sagt er anerkennend und fügt hinzu: „Ich bin so froh, dass ich Sie gefunden habe.“ Das hat mich natürlich gefreut, aber was war meine Rolle? Ich war vielleicht so was wie eine Überbrückungshilfe. Der eigentliche Therapeut war hier doch wohl eher Meister Zufall, der dazu verhalf, dass es nunmehr etwas gab, für das es sich lohnte, gesund zu werden.

Vielleicht sollten wir ein positiveres Verhältnis zu Zufällen gewinnen, und bescheiden in Rechnung stellen, dass wir häufig mit einem leider recht unberechenbaren Kotherapeuten namens Zufall zusammenarbeiten müssen.

Wenn jemand die Absicht haben sollte, statt mit dem Zufälligen kreativ und fantasievoll zu kooperieren, dieses aus dem, was sich Therapie nennt aus wissenschaftlichem Übereifer zu entfernen, dann sitzt er einem Irrtum auf.

Das Vorhaben unsere therapeutischen Bemühungen gänzlich planbar zu gestalten, beruht meines Erachtens auf einem anthropologischen Irrtum, einem Irrtum darüber, was der Mensch für einer ist.

Rein zufällig ist mir zu diesem Thema ein passender philosophischer Beitrag in die Hände gefallen „Apologie des Zufälligen“ von Odo Marquard. Dort heißt es:

„Denn wir Menschen sind nicht nur unsere absichtsgeleiteten Handlungen, sondern auch unsere Zufälle.“ (8) „Das Zufällige entfernen: das hieße, zum Beispiel, aus dem Menschen das Allzumenschliche entfernen; es gibt aber keinen Menschen ohne das Allzumenschliche: so würde man schließlich im Namen des Menschen –aus dem Menschen den Menschen entfernen. Also muss – für den Menschen –das Zufällige gerettet werden: denn nur dadurch hat er Wirklichkeit.“ (8)

Das heißt für die psychiatrische Therapie: Die veränderliche Alltagswirklichkeit von Menschen, die Zufälle, die Schicksalsschläge, die glücklichen Fügungen müssen jenseits von Medikamenten und sonstigen therapeutischen Interventionen im Blick bleiben und dürfen nicht einseitigen theoretischen Konstruktionen geopfert werden.

Neulich las ich einen hübschen Vers, der mir an dieser Stelle passend scheint und den ich Ihnen deshalb nicht vorenthalten will. Er lautet:

Der Mensch verzichtet irgendwie
nicht gern auf eine Theorie.
Nur soll sie Witz genug entfalten,
um auch die Praxis auszuhalten.
Genügend menschlich unfanatisch,
dann wird sie mir sogar sympathisch. (11)

- **Co-therapeut Placeboeffekt**

Übrigens verwandt mit Meister Zufall ist noch ein anderer im Einzelfall ebenfalls schwer berechenbarer Co-therapeut, nämlich der Placeboeffekt. Verschiedene Studien gehen inzwischen davon aus, dass Placebos ähnliche und ebenso lang anhaltende Verhaltensänderungen hervorrufen können wie pharmakologisch aktive Substanzen. 30-60% der Wirkung aller Medikamente und aller therapeutischen Maßnahmen seien auf den Placeboeffekt zurückzuführen, d.h. auf die positiven Erwartungen von Arzt bzw. Therapeut

und Patient. Dass Placeboeffekte vermutlich besonders auch bei Psychotherapien wirksam sind ist m. E. durchaus positiv zu bewerten. (9)
Die Forschungen zum Placeboeffekt lehren uns zumindest eins: nämlich, dass jeder, der therapeutisch arbeitet, mit oder ohne Medikamente, immer selbst als Person mit der Wärme Offenheit und Gesprächsbereitschaft, die er ausstrahlt ein wichtiger Teil der Therapie ist.

„Ein misstrauischer, hektischer oder depressiv wirkender Arzt kann sogar den erwiesenen Nutzen von Heilmitteln zerstören.“ So der Essener Placeboforscher und Verhaltensimmunbiologe Manfred Schedlowski. (4) Umgekehrt lassen die Befunde der Placeboforscher keinen Zweifel daran, dass „jede medizinische oder psychologische Zuwendung angetan ist, Selbstheilungskräfte des Körpers (und der Seele) frei zu setzen.“ Und dafür gibt es organische Korrelate.

Placeboforscher berichten, dass sie neuerdings mit Hilfe des Positronenemissionstomographen biochemische Vorgänge im Hirn erfassen können, die durch Suggestion und Erwartungshaltung hervorgerufen werden. (2)

6. Alternative Therapien

Die Beliebtheit der alternativen Therapien und die Erfolge, die sie bisweilen zu verzeichnen haben, dürften zum großen Teil damit zusammenhängen, dass sie den Placeboeffekt besser beherrschen als die Schulmedizin. Diese übersieht gern, dass „Die Beherrschung des Placeboeffekts integraler Bestandteil der ärztlichen Kunst ist.“ Dieser Satz stammt nicht von mir, sondern von dem Wiener Pharmakologen Michael Freissmuth.

Psychiater, denen das nicht schmecken sollte, könnte man mit einem Zitat Eugen Bleulers trösten. 1919, in dem Buch *Das autistisch undisziplinierte Denken in der Medizin und seine Überwindung*, schreibt Bleuler:

„...Warum sollen wir uns ärgern, wenn er (der Patient) zu einem für den Fall passenden unschädlichen Heilkünstler wie zu einem Heiligen geht, wo die Schwingungen seiner Seele mit denen der Umgebung übereinstimmen? Warum

geht das Publikum noch zum Pfuscher? Weil wir ihm nicht genügen... und die Moral des Versagens der Medizin ist eben die: wir sollen den Pfuscher nicht fürchten und nicht hassen und auch nicht unsere Augen vor ihm schließen, sondern wir wollen ihn studieren so wie die Naturforscher...“ (3) Nun, Pfuscher sagt man heute nicht mehr, aber ärgern tun sich doch so manche.

Um noch kurz – und vielleicht etwas boshaft - bei dem Begriff Pfuscher zu bleiben. Man könnte heute versucht sein zu fragen, wer eigentlich der größere Pfuscher ist, der Homöopath, der mit viel Zeit und Sorgfalt, ein langes zugewandtes Gespräch führt, eine ausführliche Anamnese erhebt und dann daraufhin Medikamente, die zumindest nicht schaden, verordnet oder der eilige 5-Minuten Psychiater, der schnell Bescheid zu wissen meint, hochwirksame Psychopharmaka verschreibt und den Patienten erst in drei Monaten wieder einbestellt. „Studien zufolge unterbrechen Ärzte ihre Patienten im Durchschnitt nach 18 Sekunden – da bleibt wenig Zeit heilende Gefühle zu wecken.“(2) Die Schulmedizin wäre also gut beraten, den wichtigen Placeboeffekt nicht den alternativen Therapiemethoden zu überlassen. Denn auch der Nocebo – Effekt zeitigt Wirkung. (Placebo heißt bekanntlich: „Ich werde gefallen“ und nocebo bedeutet „Ich werde schaden.“) Dazu sagt der Psychiater und Psychotherapeut Joachim Bauer folgendes: „Der biochemische oder chirurgische Effekt einer Heilmaßnahme kann ganz oder teilweise verloren gehen, wenn die Art der Verabreichung das Gegenteil einer heilenden Beziehung ist, wenn sie zum Beispiel entwürdigend oder furchteinflößend ist.“(7a))

7. Krankheitseinsicht

Zurück zu unserem gewöhnlichen psychiatrischen Alltag. Auch wenn wir versuchen, uns über ein vertieftes Gesundheitsverständnis dem Krankheitsbegriff zu nähern, werden wir oft nicht verhindern können, dass Menschen, die auf die Psychiatrie angewiesen sind, den Krankheitsbegriff, egal welchen, in Bezug auf ihre Person vehement ablehnen. Je unorthodoxer, je

offener für die verschiedensten Bedingungsfaktoren wir den Krankheitsbegriff handhaben, desto eher wird es uns gelingen, gemeinsam mit dem Patienten nach einer Sprachregelung zu suchen, die seinem Selbstverständnis einigermaßen entspricht. Wenn ein Mensch mit seelischen Erlebnissen, die erheblich von der Norm abweichen, sich aus unterschiedlichen Gründen mit dem Krankheitsbegriff überhaupt nicht anfreunden kann, sich womöglich dadurch missverstanden und gekränkt fühlt, können wir z. B. zunächst mit ihm zusammen danach suchen, wie *er* denn bezeichnen würde, was er erlebt, erfahren oder erlitten hat.

Vor kurzem sagte mir jemand, er sei keineswegs psychisch krank gewesen, sondern habe lediglich einen „Rappel“ gehabt. Über diesen Begriff konnten wir zumindest im Gespräch bleiben, welches bei einem Insistieren auf dem Krankheitsbegriff sofort beendet worden wäre.

Die psychiatrie-erfahrene Autorin Sibylle Prins bemerkte einmal im Rückblick auf eigenes psychotisches Erleben: „Wenn ich alle Probleme mittels magischer Fähigkeiten lösen kann, wie soll ich da auf 'ne Krankheit kommen?“ Dieser Satz zeigt sehr schön, wie weit auseinander die Welten von psychose-erfahrenen und nicht psychose-erfahrenen Menschen - also die von Profis und auch Angehörigen - liegen können. Es erfordert einige Anstrengungen, um diese Welten einander wenigstens anzunähern.

Manchmal allerdings ist auch das ehrlichste Bemühen um ein gemeinsames Verständnis nicht von Erfolg gekrönt. In meiner Zeit als Klinikleiterin hat mir ein junger Mann, bei dem mir sehr daran gelegen war, eine gemeinsame Basis für Behandlungsschritte, in seinem Fall durchaus auch für pharmakologische, zu finden, nach einem längeren Gespräch gesagt: „Sie verstehen mich nicht, aber ich sehe, dass Sie sich Mühe geben.“ Das war ja immerhin schon etwas und eigentlich mehr als viele Profis, deren Krankheitsverständnis von einander abweicht, untereinander zu Stande bringen.

Jemanden mein eigenes, wie auch immer geartetes, Krankheitsverständnis „anzuquälen“ – ich glaube dieses Wort habe ich irgendwann von Klaus Dörner geerbt - ist sinnlos und als Voraussetzung einer Psychopharmakabehandlung taugt es schon gar nicht. Wer eine solche für sinnvoll hält, der tut gut daran, den Menschen, dem er sie andienen möchte, bei seinem Selbstverständnis, seiner Interpretation des von ihm Erlebten abzuholen. Erfolgsgarantien gibt es auch dann nicht, aber erst dann können heilsame Chancen entstehen.

Ich selbst halte in vielen Fällen eine medikamentöse Behandlung für sinnvoll, wenn sie mit Bedacht, in Maßen, unter Berücksichtigung unabhängiger Studienergebnisse und als Ergänzung psycho-, bzw. soziotherapeutischer Maßnahmen gehandhabt wird.

Dem frechen Mark Twain wird die Bemerkung zugeschrieben: „Man kann die Erkenntnisse der Medizin auf eine knappe Formel bringen: Wasser mäßig genossen ist unschädlich.“ Nun ich denke die Erkenntnisse der Medizin geben – selbst in der Psychiatrie - da doch bei weitem mehr her. Gleichzeitig bin ich aber sicher, dass Ärzte, die Zeit und Herzblut in den Aufbau einer tragfähigen Beziehung investieren, wenn auch nicht mit Wasser so doch zumindest mit geringeren Dosierungen auskommen als diejenigen, die das für überflüssig halten.

Literatur / Quellen

1. Antonovsky, A: Salutogenese –Zur Emystifizierung der Gesundheit, Tübingen 1997
2. Blech, J.: Die Heilkräfte der Einbildung, Der Spiegel Nr. 26 / 25.6.07
3. Bleuler, E.: zit. nach Golusda, C.: Der schizophrene TänzerNijinsky, in: Alternative Therapieansätze in der Psychiatrie, Frankfurt am Main 1988
4. Ehgartner, B: <http://abermann.net/pdf/Placebo-Bluff.pdf>)
5. Finzen, A: Warum werden unsere Kranken eigentlich wieder gesund? Bonn 2002
6. Finzen, A: Der Zeitgeist ist nicht doppelblind, Sozialpsychiatrische Informationen 2/2008

7. Jaspers, K.: in: Cermak, I.: Klagelied und Freudenhymne – Begegnungen mit der Krankheit in Selbstzeugnissen schöpferischer Menschen, Frankfurt /Berlin 1991, S. 52 ff
- 7a. Lenzen, M.: Medikamente, die gar keine sind, Franfurter Rundschau 17.9.03
8. Marquard, O.: Apologie des Zufälligen. Stuttgart 1986
9. Morschitzky, H.: (Klinischer und Gesundheitspsychologe)
/http://www.panikattacken.at/placebo/placebo.htm)
10. Prins, S.: Vom Glück – Wege aus psychischen Krisen, Bonn 2003
11. Söhler, K. H.: <http://www.ina-biechl.at/SkriptLLL.pdf>
12. Sonntag, S.: Krankheit als Metapher, Frankfurt 1996