

«Der Gegensatz zwischen biologischer und Sozialpsychiatrie hat sich aufgelöst»

Die biologische Forschung bekommt in der Psychiatrie einen immer grösseren Stellenwert. Davon zeugt eine Vielzahl von Veranstaltungen auf dem Kongress. Die alten Rivalitäten gegenüber sozialpsychiatrischen Ansätzen scheinen allerdings überholt, beide ehemaligen Lager haben gelernt, voneinander zu profitieren. Das bestätigt der Göttinger Psychiater Peter Falkai in einem Gespräch mit ARS MEDICI.

ARS MEDICI: *Kann man mit den modernen Methoden der biologischen Psychiatrie das Wesen psychischer Krankheiten erfassen?*

Prof. Dr. Falkai: Ich bin überzeugt, dass wir zurzeit schon über ein Instrumentarium verfügen, mit dem wir die Grundlagen psychischer Störungen besser verstehen lernen. Das Problem ist, dass wir manchmal ein wenig unbescheiden sind. Eine psychische Erkrankung oder ihre molekulare Grundlage genau zu beschreiben, das haben die letzten Jahre gezeigt, wird uns nicht gelingen. Es ist unrealistisch zu verlangen: Ich will die Depression, die Schizophrenie oder die Sucht verstehen. Erfolg versprechend ist es dagegen, bestimmte



Professor Dr. med. Peter Falkai ist Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Göttingen. Seine Forschungsschwerpunkte sind die Psychosen, insbesondere die neurobiologischen Grundlagen schizophrener Krankheitsbilder.

Aspekte einer Erkrankung aufzuklären, Teilnetzwerke zu untersuchen, etwa die Halluzination oder die kognitiven Störungen bei schizophrenen Störungen. Das episodische Gedächtnis ist beispielsweise ein recht gut umschriebenes Hippocampus-basiertes System, über das wir aus Tierexperimenten, aber auch durch die funktionelle Bildgebung schon einiges wissen.

Gibt es die alten Rivalitäten zwischen biologisch orientierten Psychiatern und Sozialpsychiatern heute noch?

Falkai: Das mag in einzelnen Köpfen noch so sein. Die alte Dichotomie Sozialpsychiatrie und biologische Psychiatrie ist aber

im Grunde überholt. Die biologische Psychiatrie ist Ende der Siebzigerjahre gegründet worden, als die Sozialpsychiatrie sehr stark war. Jetzt sind wir 30 Jahre weiter,

dieser fragliche Gegensatz von damals hat sich aufgelöst. Einerseits weil die biologisch orientierte Psychiatrie heute die gesamten Umweltparameter mit einbezieht. Andererseits haben die sogenannten «social sciences» anerkannt, dass es einen biologischen Unterbau braucht, um die zugrunde liegenden Mechanismen seelischer Krankheiten zu begreifen. In Göttingen wird übrigens demnächst eine Professur für psychosomatische Genetik eingerichtet. Dort sollen die Grundlagen psychosomatischer Interventionen im Tiermodell untersucht werden.

Indem man die Möglichkeiten der «biologischen» Forschung sieht, aber deren Grenzen akzeptiert, wird die Kluft zwischen biologischer und Sozialpsychiatrie verringert?

Falkai: Das sehe ich so. Wir können davon ausgehen, dass psychische Erkrankungen aufgrund einer genetischen Disposition und einwirkender Umweltstressoren entstehen. Nehmen wir das Beispiel von Migranten, von denen wir wissen, dass sie ein erhöhtes Schizophrenierisiko haben. Sie erleben die Umwelt oft ablehnend, empfinden, dass man ihnen etwas verwehrt und so weiter. Hier können wir zeigen, was im Gehirn passiert, indem wir bestimmte Situationen, wie sie diese Menschen erleben, anhand experimenteller psychologischer Designs simulieren und mithilfe der funktionellen Bildgebung untersuchen. Der Charme der biologischen Forschung ist, dass man kleine Experimente machen kann, Paradigmen aufstellen kann, um diese dann zu falsifizieren oder zu verifizieren. Aber noch einmal: Indem ich Teilaspekte aufkläre, erkläre ich natürlich die Schizophrenie nicht.

Wo kann die biologische Grundlagenforschung heute schon praktisch umgesetzt werden?

Falkai: Da gibt es eine ganze Reihe von Erkrankungen. Nehmen Sie zum Beispiel die Alzheimer-Demenz, wo wir die Veränderungen im Gehirn darstellen können. Aus diesen Erkenntnissen sind medikamentöse Therapien her-

vorgegangen, aus ihnen konnte die Impfung entwickelt werden. Ganz offensichtlich ist der Nutzen auch bei der tiefen Hirnstimulation zu erkennen, mit der wir manchen Patienten mit schwerer therapieresistenter Depression helfen können. Die bisherigen Ergebnisse aus drei verschiedenen Ländern zeigen vergleichbare Erfolge. Die Methode kann funktionieren, weil wir gesehen haben, dass es sinnvoll ist, bestimmte neuronale Netzwerke zu aktivieren. Wer hätte vor wenigen Jahren gedacht, dass ein solcher Therapieerfolg möglich ist.

Spannend ist auch die Interaktion zwischen Genen und Umwelteinflüssen. Wir haben doch bisher nur vermutet, dass frühe Traumata einen Einfluss auf den Ausbruch einer depressiven Erkrankung haben. Inzwischen kennen wir, nicht nur aus Tierexperimenten, den Zusammenhang zwischen Serotonintransporter-Genotyp und der Intensität einer Traumatisierung. Es ist offenkundig: Wenn wir Depressionen verhindern wollen, müssen wir kindliche Traumatisierungen verhindern. Jetzt können wir fragen, wie wir das ganz pragmatisch anstellen.

Wie hat sich die klinische Versorgung psychisch Kranker in den letzten Jahrzehnten verändert?

Falkai: Was die Betreuung Schwerkranker angeht, ist der entscheidende Punkt in Deutschland, dass wir heute einen viel besseren Personalschlüssel haben. Das ermöglicht eine andere Therapie. Aber auch die Entwicklung der Pharmakotherapie hat ihre Bedeutung. Nicht zu vergessen sind wichtige Weiterentwicklungen der Psychotherapie, denken Sie an die CBASP*, die behaviorale, kognitive und interpersonelle psychotherapeutische Strategien integriert, oder an die kognitive Verhaltenstherapie bei Schizophrenie.

Vonseiten mancher Psychiater werden Psychopharmaka weiterhin kritisch gesehen. Wie stehen Sie dazu?

Falkai: Die Vorstellung von Psychopharmaka löst bei vielen Ängste aus: Psychopharmaka verändern mich, sie machen abhängig, sie schädigen mein Gehirn, heisst es. Alle diese Befürchtungen sind bei genauem Hinsehen aber nicht sehr stichhaltig, viele Bedenken basieren auf Glauben. Das gilt für Neuroleptika wie für Antidepressiva. Das heisst ja nicht, dass jemand, der einmal traurig ist, gleich ein Antidepressivum braucht. Und leichte Depressionen haben eine hohe Spontanheilungstendenz, oft hilft ein klärendes Gespräch beim Hausarzt. Aber wenn jemand schwer depressiv ist, tue ich gut daran, auch Medikamente zu verschreiben – neben der notwendigen Psychotherapie.

Metaanalysen haben ergeben, dass Antidepressiva bei leichteren Depressionen nicht wirksamer sind als Placebo. Nach strengen Evidenzkriterien gäbe es demnach ausschliesslich bei schweren Krankheitsformen eine Indikation für diese Medikamente. Akzeptieren Sie dieses Urteil?

Falkai: Das ist im Prinzip richtig. Aber in der Praxis stellt sich die Frage oft anders. Was mache ich mit einem Pa-

tienten mit einer leichten oder mittelgradigen Depression, wenn er erst in drei Monaten einen Termin für eine ambulante Psychotherapie bekommt? Genau das ist nämlich oft die Realität. Wollen Sie so jemanden warten lassen? Oder geben Sie ihm doch ein Antidepressivum, um ihm die Schlafstörungen, die Unruhe oder die Ängste zu nehmen? Und dann vergessen wir nicht, in der Praxis sehen wir oft depressive Menschen mit Komorbiditäten – Patienten, die zusätzlich an einer Sucht leiden oder eine Persönlichkeitsstörung aufweisen. Die Welt ist nicht schwarz oder weiss.

Aber es hat sich gezeigt, dass Psychotherapien nachhaltiger wirken. Hinzu kommt, dass man unter Psychopharmaka mit Nebenwirkungen rechnen muss. Manche Patienten unter Neuroleptika klagen darüber, nicht mehr sie selbst zu sein.

Falkai: Psychopharmaka sind wie andere Medikamente auch. Sie können Nebenwirkungen hervorrufen. Auch Schmerzmittel können euphorisierend wirken oder depressiv machen, Antibiotika können, wenn man Pech hat, eine Psychose hervorrufen. Natürlich, Psychopharmaka verändern unter Umständen die Wahrnehmung, beeinträchtigen den Tastsinn oder den Geschmacks- und Geruchssinn. Besonders relevante Nebenwirkungen sind Müdigkeit, Gewichtszunahme und sexuelle Dysfunktion. Man muss aber die Frage stellen, was für den kranken Menschen zählt? Er will gesund werden. Wenn das Medikament gut anschlägt, wenn die Stimmen verschwinden, Ängste sich legen, die Stimmung sich aufhellt, er wieder lachen, wieder schlafen kann, dann nimmt er auch zwei, drei Kilo Gewichtszunahme in Kauf. Natürlich entscheidet jeder Patient selbst, ob er auftretende Nebenwirkungen akzeptiert. Wenn jemand nach 14 Tagen sagt, dass er nicht zurechtkommt, muss man sich etwas anderes überlegen; niemand wird gezwungen, eine Therapie fortzusetzen. Ganz allgemein lässt sich aber sagen: Etwa 70 Prozent der Patienten kann man mit den gängigen Methoden helfen. Über sie wird aber meist nicht gesprochen, über die restlichen 30 Prozent schon.

Kann man im Einzelfall vorhersehen, wer mit welchen Nebenwirkungen zu rechnen hat?

Falkai: Fortschritte in der Pharmakogenetik machen eine Vorhersehbarkeit möglich. Ich gehe davon aus, dass wir in fünf Jahren Genchips haben werden, mit deren Hilfe wir viel besser vorab feststellen können, ob ein Medikament beim einzelnen Patienten wirkt, und wir werden bestimmte Nebenwirkungen vorhersagen können. Das wäre ein Riesenschritt.

Professor Falkai, wir danken Ihnen für das Gespräch.

Das Interview führte Uwe Beise.

*CBASP: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy