***ao. Univ.-Prof.in DDr.in Gabriele Sachs***

**Psychische Erkrankungen – ein Überblick**

**Was heißt psychisch krank?**

„Psychisch krank“ bezeichnet eine grundlegende Veränderung des Denkens, Fühlens oder Wollens eines Menschen, welche in der Regel von der Umgebung und vom Individuum selbst als sozial einschränkend empfunden wird. „Psychisch krank“ ist genauso wie „körperlich krank“ nur durch Definition von „psychisch gesund“ und „körperlich gesund“ abgrenzbar. Beispiel Bluthochdruck: Es ist evident, dass 120/80 „gesund“ und 220/140 „krank“ ist. Dazwischen gibt es aber ein Kontinuum, in dem jeder Punktwert möglich ist. Möchte man eine Schwelle konstruieren, welche „gesund“ und „krank“ unterscheidet, so ist diese künstlich und unterliegt wechselnden Definitionen.

Psychische Störungen sind in der Regel ebenfalls in einem solchen Kontinuum befindlich: eine schwerste Depression ist erkennbar „krank“; die Schwelle allerdings zwischen einer sehr leichten, aber noch „kranken“ Depression und einer „gesunden“ Verstimmung ist genauso künstlich und definitionsabhängig wie beim Bluthochdruck.

Die Weltgesundheitsbehörde WHO hat eine internationale Definition und Klassifikation von Erkrankungen vorgelegt, die ICD-10, welche auch psychische Erkrankungen umfasst. Dadurch sind Erkrankungen definiert und international vergleichbar.

Die Internationale Klassifikation psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation WHO ICD-10 (International Classification of Diseases)

Mit Hilfe des ICD erfolgt die Klassifikation sämtlicher Erkrankungen. Mit der Gründung der Weltgesundheitsorganisation WHO 1948 wurde die erste Version des ICD herausgegeben und somit eine international anerkannte Systematik psychischer Störungen erarbeitet. Die derzeit aktuelle Ausgabe ist die ICD-10 mit 10 Hauptkriterien. Psychische Störungen sind im Kapitel V = F enthalten.

Ziele der Klassifikation

* Beschreibung und Strukturierung von psychopathologischen Merkmalen
* Zuordnung einer Störung zu einer Systemklasse (Diagnose)
* Entscheidung über die Behandlung (Indikation)
* Prognostische Aussage bezüglich des Verlaufes
* Evaluierung von Behandlungsmethoden

Multiaxiales System nach ICD-10

Die Grundidee des multiaxialen Systems zur Diagnostik ist es, den jeweiligen Patienten umfassend auf Basis von klinisch relevanten Merkmalen zu beschreiben und auf diese Weise seiner Komplexität gerecht zu werden.

* Achse I: psychiatrische (Achse Ia) und somatische (Achse Ib) Erkrankungen
* Achse II: soziale Behinderungen
* Achse III: Faktoren der sozialen Umgebung und der individuellen Lebensbewältigung

# Psychische und Verhaltensstörungen (ICD-10-Notation in Klammer)

* Organische, einschließlich symptomatische psychischer Störungen (F00-F09)
* Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19)
* Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen (F20-F29)
* Affektive Störungen (F30-F39)
* Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48)
* Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50-F59)
* Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69)
* Intelligenzminderung (F70-F79)
* Entwicklungsstörungen (F80-F89)
* Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90-F98)
* Nicht näher bezeichnete Störungen (F99)

**Sind psychische Erkrankungen tatsächlich – von außen – „objektivierbar“?**

In der Regel: nein. „Objektivierbar“ ist der Beinbruch (durch ein Röntgenbild) oder die Tuberkulose (durch Nachweis im Mikroskop des spezifischen Bakteriums). „Objektivierbar“ ist also etwa die Neurosyphilis unter den psychiatrischen Erkrankungen.

Andere psychische Störungen werden durch die Beobachtung von Symptomen in ihrem Verlauf diagnostiziert: die genaue Beobachtung des Alternierens von depressiven Episoden, manischen Episoden und symptomfreien Intervallen erlaubt etwa die recht objektive Einordnung eines Krankheitsgeschehens als „manisch-depressive Erkrankung“. Die Bewertung einzelner Symptome ist dagegen auch deswegen schwierig, weil diese Symptome nicht „objektiv“ beobachtbar sind, sondern der Patient sie freiwillig und wahrheitsgemäß berichten muss: Die Fragen an den Patienten „Hören Sie Stimmen?“ oder „Haben Sie Suizidgedanken?“ kann ein Psychiater nicht selbst „objektiv“ beantworten.

**Sind psychische Erkrankungen nur jene, bei denen eine biologische Veränderung messbar ist? Worauf fußt die meist biologische Sicht der Psychiatrie?**

Biologische Veränderungen können bei psychischen wie körperlichen Erkrankungen „messbar“ sein oder nicht. Diagnosen stützen sich in jedem Fall auf charakteristische Symptome in ihrem charakteristischen Verlauf.

Die Psychiatrie (iatros – Arzt) ist eine ärztliche Wissenschaft und muss deswegen eine biologische Sicht besitzen. Krankheiten der „Psyche“ entstehen im Nervensystem eines Individuums und sind dadurch per definitionem „biologisch“. Eine „Seele“ ohne biologisches Substrat gibt es nicht.

**Sind psychische Erkrankungen daher tatsächlich vergleichbar mit somatischen?**

Ja. Ein Verbund von Nervenzellen kann genauso wie ein Verbund von Leberzellen in seiner „gesunden“ Funktionstüchtigkeit eingeschränkt sein. Die Implikationen mögen unterschiedlich sein, weil Nervenzellen im Gehirn das Denken, Fühlen und Wollen eines Menschen steuern, die Leberzellen nicht.

**Was ist der Unterschied der Zugangsweise von Psychiatern und Psychotherapeuten? Hat „psychisch krank“ bei ihnen eine andere Bedeutung als bei Psychiatern?**

Unser Fach heißt in Österreich „Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin“. Ein solcher Facharzt kann in der Zugangsweise zur Behandlung einer psychischen Erkrankung also medikamentöse wie psychotherapeutische Strategien gleichermaßen bewerten. Heute muss jede schwere psychische Erkrankung unter Berücksichtigung aller therapeutischen Möglichkeiten behandelt werden, welche sich als erfolgreich herausgestellt haben.

Die Zugangsweise eines nicht-psychiatrischen oder nicht-ärztlichen Psychotherapeuten ist insofern unterschiedlich als er diese integrative Behandlungsfunktion nicht anbieten kann. Sein Behandlungsangebot kann nur die psychotherapeutische Seite umfassen.

**Psychotherapie in der Psychiatrie**

**Eine wirksame psychotherapeutische Behandlung ist problemspezifisch und phasenspezifisch zu sehen. Der störungsorientierte Ansatz versucht sowohl eine spezifische Behandlung von klinischen Störungsbildern als auch die allgemeinen Wirkfaktoren im interpersonellen Kontext zu berücksichtigen. Eine Überprüfung der Wirksamkeit von Psychotherapien für einen optimalen Therapieerfolg ist notwendig, um effektiver und kostengünstiger behandeln zu können.**

Der psychotherapeutischen Behandlung von Personen mit psychischen Erkrankungen kommt in der psychiatrischen Versorgung eine besondere Bedeutung zu. Diese stellt bei der in geringerem Ausmaß vorhandenen Zeit und der abnehmenden personellen Ressourcen eine große Herausforderung dar.

Die kognitive und Verhaltenstherapie, die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie sowie die Gesprächspsychotherapie sind als wissenschaftliche Verfahren anerkannte Psychotherapiemethoden mit empirisch erbrachtem klinischem Wirknachweis.

**Ganzheitliches Krankheitskonzept: Gen-Umwelt-Interaktion**

Die Integration von Psychotherapie in die Psychiatrie stellt einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der Behandlungsbedingungen von psychisch Kranken dar. Unter Berücksichtigung eines vermehrten Wissens über die Ursachen von psychischen Störungen dient ein ganzheitliches Krankheitskonzept (Interaktionen von biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren in der Entwicklung von psychischen Störungen im Sinne einer Gen-Umwelt-Interaktion) als wesentlicher Ausgangspunkt nicht nur für die Planung von pharmakologischen, sondern auch für die Planung von psychotherapeutischen Interventionen.

**Kombination von Psychotherapie und Psychopharmakotherapie**

Durch die neuen methodischen Errungenschaften der modernen Neurowissenschaften werden sowohl die Auswirkung von Psychotherapie auf neuronale Vorgänge, im Rahmen von Forschungen zu neurobiologischen Effekt von Psychotherapie, als auch die Auswirkung von Pharmakotherapie auf psychische Funktionen untersucht. Insgesamt zeichnet sich eine Überlegenheit der Kombination von Psychotherapie und Psychopharmakotherapie bei einzelnen psychischen Störungen ab.

**Therapiemethode der störungsspezifischen Psychotherapie**

Ausgehend von der Annahme, dass psychischen Störungen – entsprechend den Definitionen von Krankheitsbildern in den internationalen Klassifikationssystemen – spezielle Interventionsstrategien erfordern, wurden in den letzten Jahren vermehrt spezielle störungsspezifische Therapiemethoden entwickelt. Diese störungsspezifische Psychotherapie fordert Therapieformen, die genau auf die konkret vorliegende Störung zugeschnitten sind und konzentriert sich auf diagnostische Einheiten. Dieser Therapieansatz ist auch überschaubarer, dient der Qualitätssicherung von Psychotherapie und deren Wirksamkeit und ist durch Effektivitätsstudien im Sinne der “Evidence based Medicine“ abgesichert. Im Vergleich zu schulenspezifischer Psychotherapie ist die störungsspezifische Psychotherapie gezielter auf die Symptomatik gerichtet.

Derzeit ist eine gute Wirksamkeit bei einer zunehmenden Anzahl von störungsspezifischen d. h. diagnosespezifischen Therapien nachgewiesen. Dabei zeigt sich bei bis zu 65% der behandelten Patienten eine deutliche Besserung.

Derzeit bestehen erfolgreiche Behandlungskonzepte häufig aus einer phasenspezifischen Kombination von Pharmakotherapie und störungsspezifischer Psychotherapie.

**Ursachen psychischer Störungen:   
Genetik-Umwelt-Interaktion am Beispiel der Schizophrenie**

**Psychische Störungen wie „Schizophrenie“ werden als komplexe Störung des Zentralnervensystems angesehen. Die Entstehung von schizophrenen Psychosen wird genetischen Faktoren und Umweltfaktoren sowie deren Interaktion zugeschrieben.**

**Chromosomale Abnormitäten erhöhen Risiko**

Untersuchungen zur Pathophysiologie haben sich bisher vor allem auf die Neurotransmittersysteme im Gehirn, vor allem auf das dopaminerge System, konzentriert. Neue Erkenntnisse zur Pathogenese der Schizophrenie wurden durch die Entwicklung der molekular-genetischen Techniken erreicht, wobei sogenannte genomweite Assoziationsstudien zur Identifizierung von Risiko-Genen beitragen konnten. Chromosomale Abnormitäten als genetische Marker tragen zu Entwicklungsstörungen des Gehirns bei. Träger dieser Varianten haben ein um 5-10% erhöhtes Risiko, an Schizophrenie zu erkranken. Genomweite Scanstudien fanden jedoch, dass bestimmte Genregionen auf Chromosom 6 und 9 auch mit bipolaren Störungen assoziiert sind. Gemeinsame Risiko-Gene scheinen auf eine mögliche genetische Überlappung beider Phänotypen hinzuweisen.

**Zusammenwirken mehrerer unterschiedlicher Faktoren letztlich auschlaggebend**

Das Modell der neuronalen Entwicklungsstörung zur Entstehung von schizophrenen Psychosen beschreibt, in welcher Weise Vulnerabilitätsfaktoren und sehr frühe Umweltfaktoren auf die Gehirnentwicklung Einfluss nehmen. Epidemiologische Risikofaktoren wie paranatale virale Infekte und Geburtskomplikationen tragen zur Neuropathologie der Gehirnstrukturen bei. Personen, die als Jugendliche oder in der Adoleszenz eine Psychose entwickeln, zeigen Veränderungen in der neuronalen Dichte im präfrontalen Kortex und im Temporallappen. Durch das Zusammenwirken mehrerer Risikofaktoren steigt die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten einer Psychose. Genetische Faktoren, biochemische Faktoren, Umwelteinflüsse und belastende Faktoren der frühen Kindheit werden als weitere Risikofaktoren angesehen.

Um die Ursachen und Risikofaktoren von Psychosen zu verstehen, ist es hilfreich, die Interaktionen zwischen genetischer Prädisposition und Umwelt zu untersuchen.

Die Forschung konzentriert sich zunehmend auf subklinische Symptome der Schizophrenie, die als Frühsymptome von klinisch relevanten psychischen Störungen angesehen werden können. Man nimmt heute an, dass rund 75- 90 % des entwicklungsbedingten psychotischen Erlebens Jugendlicher oder junger Erwachsener als vorübergehend zu betrachten ist und wieder verschwindet. Es besteht Evidenz dafür, dass jedoch das Ausmaß an umweltbedingten Risiken schließlich dafür ausschlaggebend ist, ob die Frühsymptome persistieren und sich eine Psychose entwickelt.

**Vielfalt umweltbedingter Risikofaktoren**

Ein wichtiger umweltbedingter Risikofaktor für Psychosen ist das Aufwachsen in Städten, das ein um mehr als das Zweifache erhöhtes Risiko für psychotische Störungen bedingt. Weiters kommt es bei Immigranten zu einem deutlich erhöhten Risiko. Die epidemiologischen Daten zeigen auch einen starken Zusammenhang zwischen Kindheitstraumata (Missbrauch, Vernachlässigung) und erhöhte Vulnerabilität für Psychosen. Physische und psychische Gewalt wurden von 60% der Personen erlebt, die eine Psychose entwickelten (im Vergleich zu 36% ohne Erkrankung), sexueller Missbrauch wird von 16% der Erkrankten im Vergleich zu 1% der Nichterkrankten beschrieben. Es fand sich weiters, dass Cannabis das Risiko psychotischer Symptome deutlich erhöht. Die Rate der Jugendlichen, die Cannabis konsumieren und eine Psychose entwickeln, ist denen gegenüber, die kein Cannabis gebrauchen, signifikant erhöht. In einer Studie, in der 1.900 Risikopersonen über einen Zeitraum von 10 Jahren untersucht wurden, zeigte sich, dass andere Faktoren, wie sozioökonomischer Status, Konsum anderer Drogen oder andere psychische Erkrankungen auf dieses Ergebnis keinen Einfluss hatten.

**Früherkennung von essenzieller Bedeutung**

Da erste Symptome einer Schizophrenie sich schon viele Jahre vor der ersten psychotischen Episode zeigen und oft auch sehr unspezifisch sind, ist es wesentlich, eine beginnende Psychose rechtzeitig zu erkennen, eine Risikoabschätzung durchzuführen und gegebenenfalls im Rahmen einer Früherkennungsambulanz eine gezielte Behandlung einzuleiten.

**Aufklärung: Psychopharmaka machen nicht abhängig**

Gewisse Psychopharmaka, wie die Benzodiazepine, sind Suchtstoffe und haben ein Abhängigkeitspotential. Diese Medikamente sollen nur kurzfristig und/oder bei Bedarf eingenommen werden. Eine gezielte kontrollierte Einnahme kann unmittelbar akute psychische Symptome lindern.

Kein Abhängigkeitspotential haben jedoch Medikamente wie Antidepressiva, Antipsychotika und Stimmungsstabilisierer. Diese Medikamente haben keine unmittelbare sofortige Wirkung, sondern entfalten ihre Heilwirkung erst nach regelmäßiger Einnahme. Ein Wirkspiegel der Substanzen im Blut wird üblicherweise erst nach einigen Tagen erreicht.

Werden diese Medikamente schlagartig abgesetzt, kann es zu Absetzphänomenen kommen – Rebound Phänomen – was jedoch keine Abhängigkeitsreaktion bedeutet, sondern eine „Umstellungsphänomen“ im Sinne einer Gegenregulation aufgrund des zu raschen Absetzens.

**Kontakt für Journalisten-Rückfragen**

***ao. Univ.-Prof.in DDr.in Gabriele Sachs***

Ärztliche Direktion

Oö. Landes-Nervenklinik Wagner-Jauregg

Wagner-Jauregg-Weg 15, 4020 Linz

Tel.:  +43 050554 62-22000

E-Mail: Gabriele.Sachs@gespag.at

20. Februar 2013