

Ihr und Wir

Klare Grenzen und das Kontinuum zwischen
psychischer Gesundheit und Krankheit

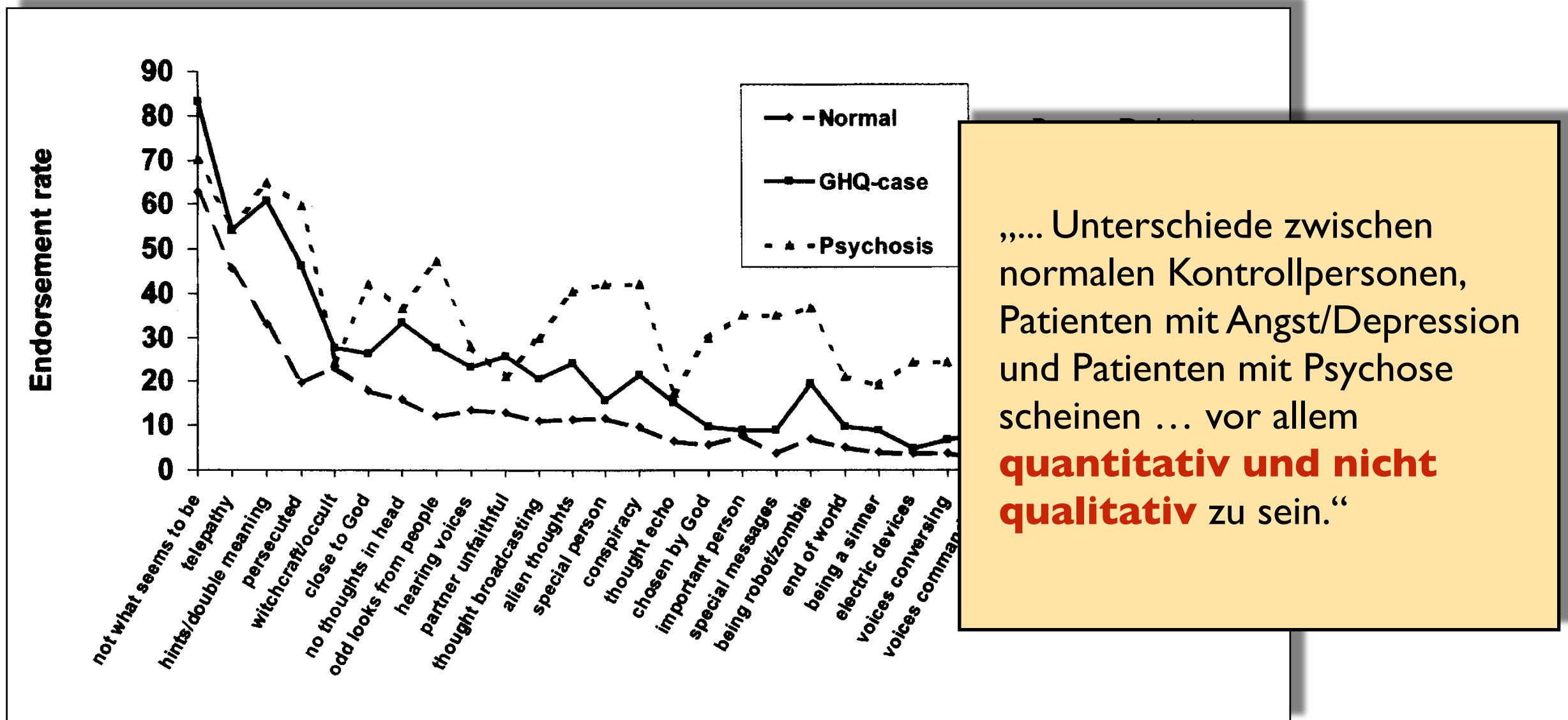
Georg Schomerus

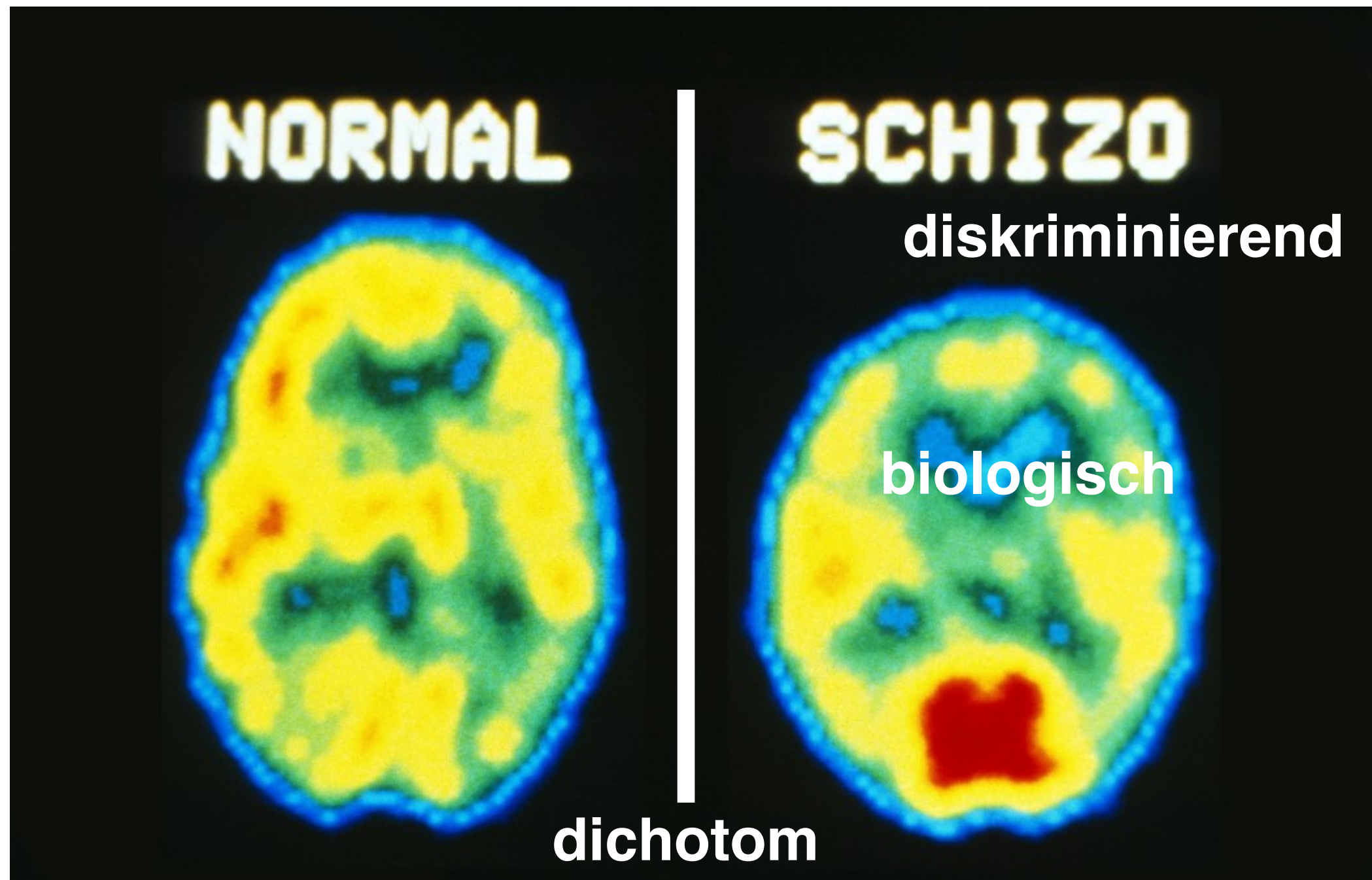
Klinik für Psychiatrie, Universitätsmedizin Greifswald

Gliederung

- ▶ Grenzen und Übergänge
- ▶ Entstigmatisierung durch Kontinuitätsvorstellungen?
- ▶ Was spricht dagegen?

„...Die Symptome psychischer Krankheit existieren auf einem Kontinuum, es gibt keine klare Trennungslinie zwischen Gesundheit und Krankheit“ (Mental Health: A Report of the Surgeon General, 2012)





„Vergleich eines normalen (l.) mit einem schizophrenen Gehirn (r.): Das Frontalhirn sorgt bei gesunden Menschen für planvolle Entscheidungen. Bei Menschen mit Schizophrenie ist es gestört“

Quelle: Die Welt online, 23.02.2012

<https://www.welt.de/gesundheit/psychologie/article13882987/Ostdeutsche-leiden-staerker-unter-Schizophrenie.html>

Ein Kontinuum zwischen psychischer Gesundheit und Krankheit

Wo ist die Grenze?



Gesund

Krank

Anzahl der Diagnosen nimmt zu

Anzahl der Diagnosen

300
200
100
0

APA (1917)

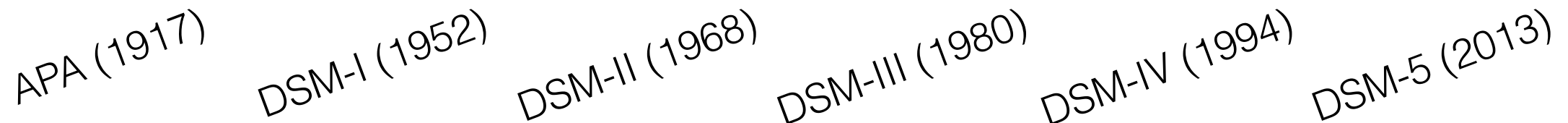
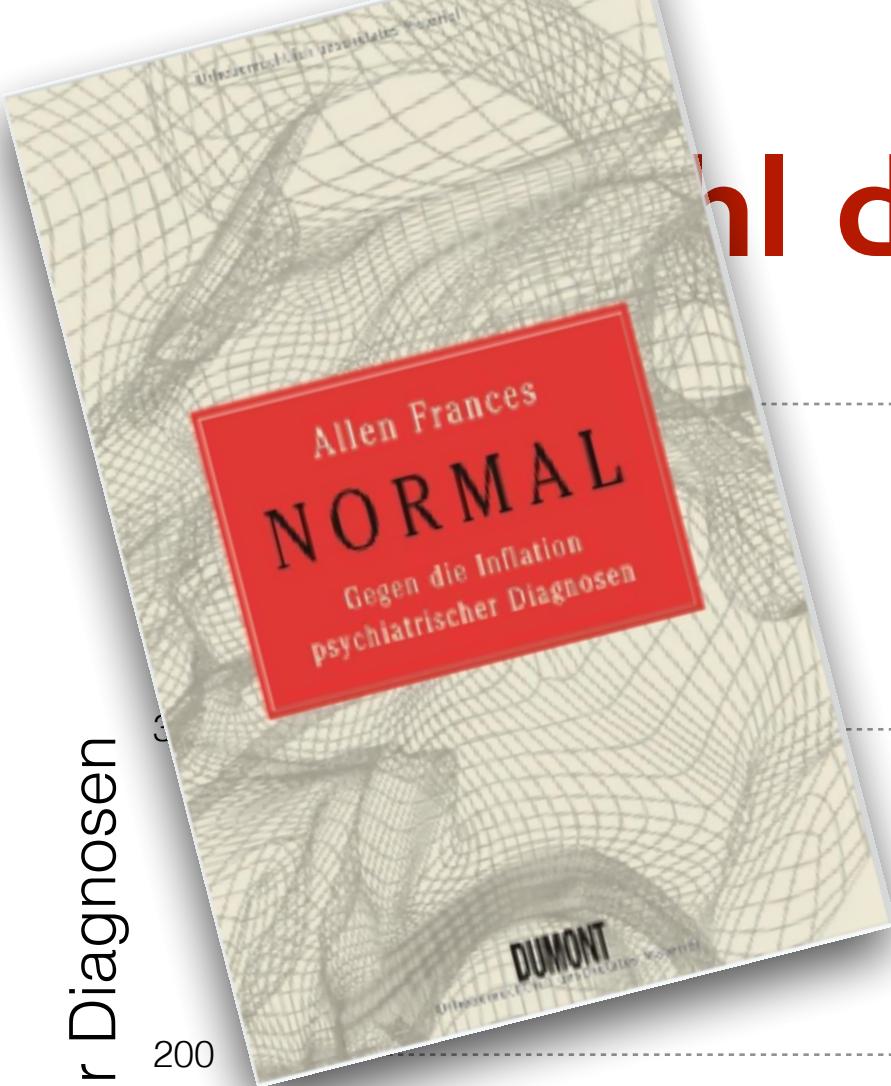
DSM-I (1952)

DSM-II (1968)

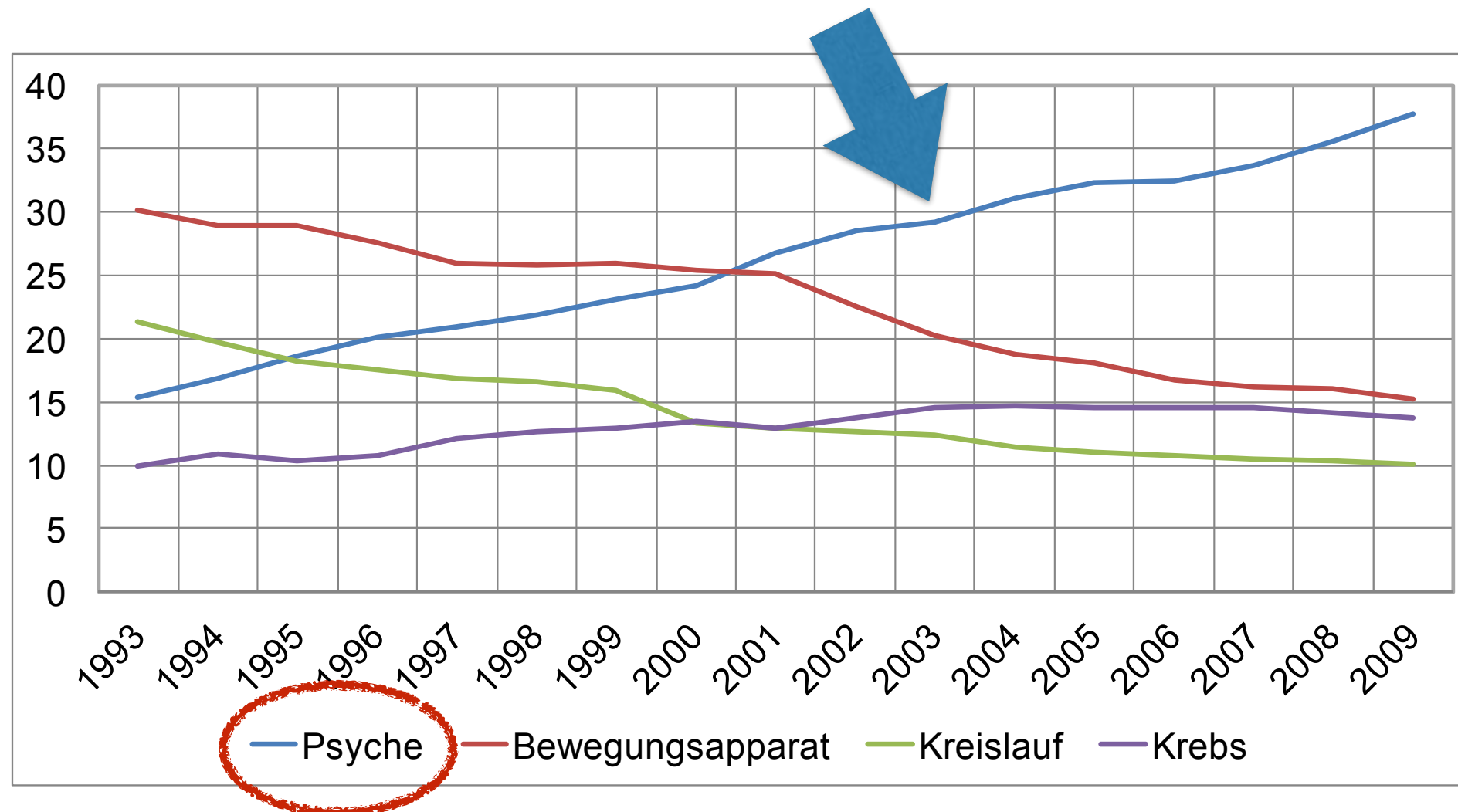
DSM-III (1980)

DSM-IV (1994)

DSM-5 (2013)



Veränderungen der Ursachen vorzeitiger Berentungen in Deutschland 1993 - 2009 (%)



Aber: die Prävalenz psychischer Krankheiten, die in epidemiologischen Studien diagnostiziert werden, **bleibt konstant.**

Gliederung

- ▶ Grenzen und Übergänge
- ▶ Entstigmatisierung durch Kontinuitätsvorstellungen?
- ▶ Was spricht dagegen?

Kontinuitätsvorstellungen sind mit geringerem Stigma assoziiert

Bevölkerungsstudien in Deutschland und Frankreich zu Schizophrenie, Alkoholabhängigkeit und Depression zeigen übereinstimmend Assoziationen von Kontinuitätsvorstellungen

- mit geringerer Furcht (Beta -0.07 - -0.12, $p < 0.001$)
- mehr Empathie (Beta 0.18 - 0.30, $p < 0.001$)
- geringerer Ablehnung (Beta -0.16 - -0.31, $p < 0.001$)

Kontinuitätsvorstellungen von Schizophrenie sind mit weniger negativen Stereotypen assoziiert (Wiesjahn et al., 2014)

Schomerus G, Matschinger H, Angermeyer MC. Continuum beliefs and stigmatizing attitudes towards persons with schizophrenia, depression and alcohol dependence. *Psychiatry Res.* 2013 Oct 30;209(3):665-9.

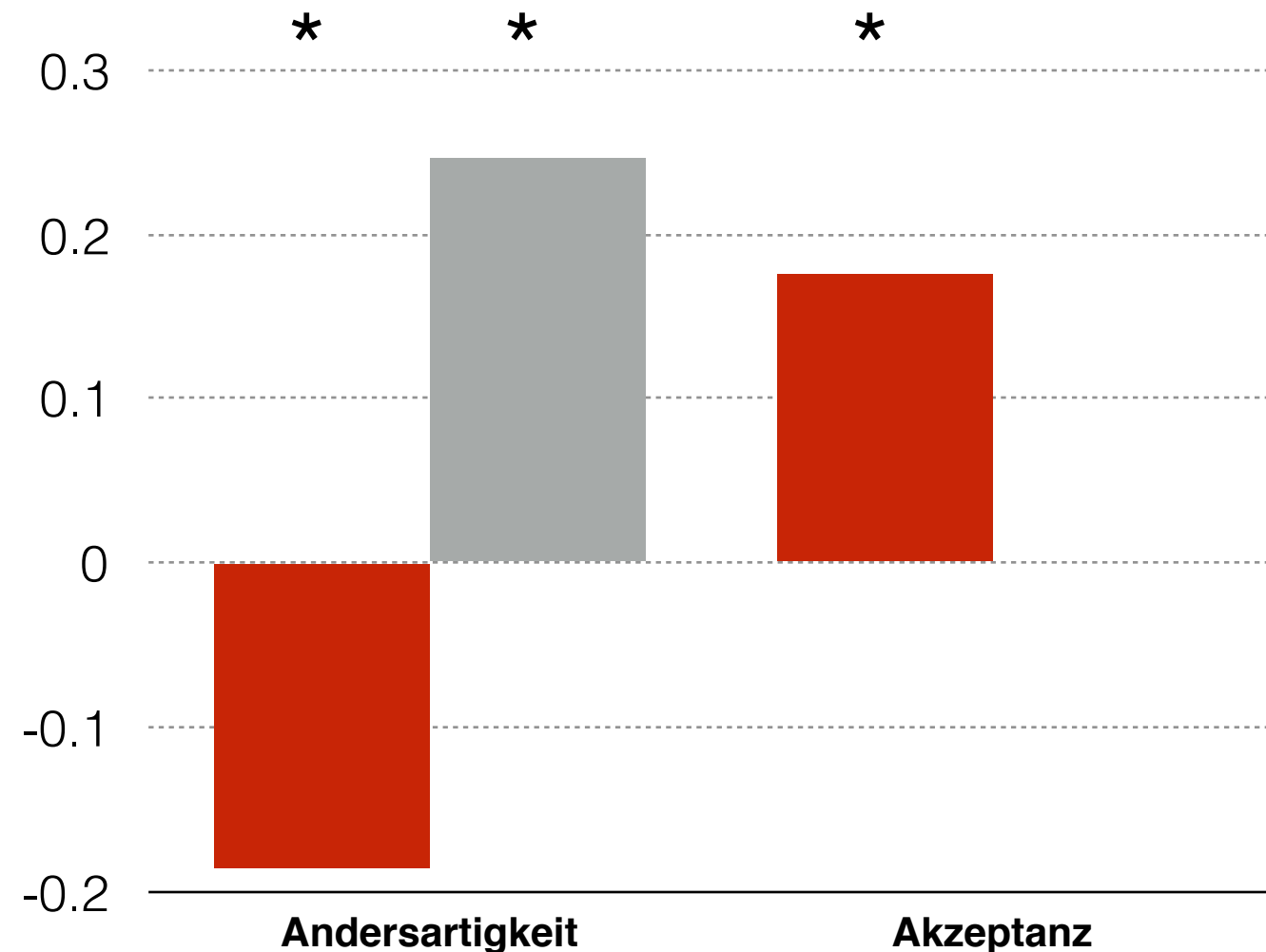
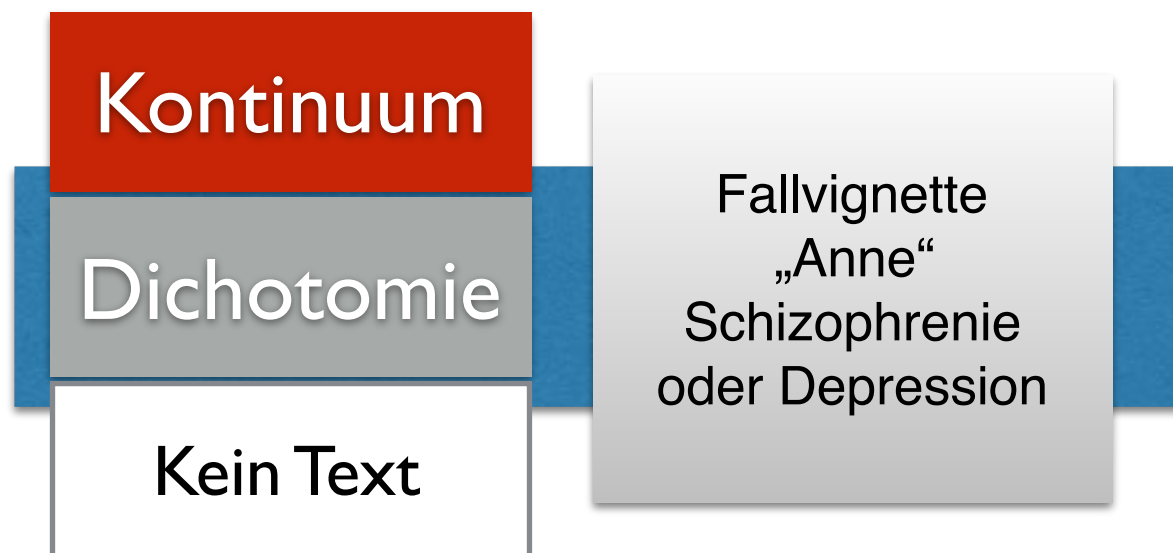
Angermeyer MC, Millier A, Rémuzat C, Refaï T, Schomerus G, Toumi M. Continuum beliefs and attitudes towards people with mental illness: Results from a national survey in France. *Int J Soc Psychiatry.* 2014

Wiesjahn, M., Brabban, A., Jung, E., Gebauer, U. B., & Lincoln, T. M. (2014). Are continuum beliefs about psychotic symptoms associated with stereotypes about schizophrenia?. *Psychosis*, 6(1), 50-60.

Effekt einer Kontinuum-Intervention auf Andersartigkeit und soziale Distanz



Online survey in Deutschland
2014 (n=1679)



Faktorenscores, nicht-standardisierte Regressionskoeffizienten

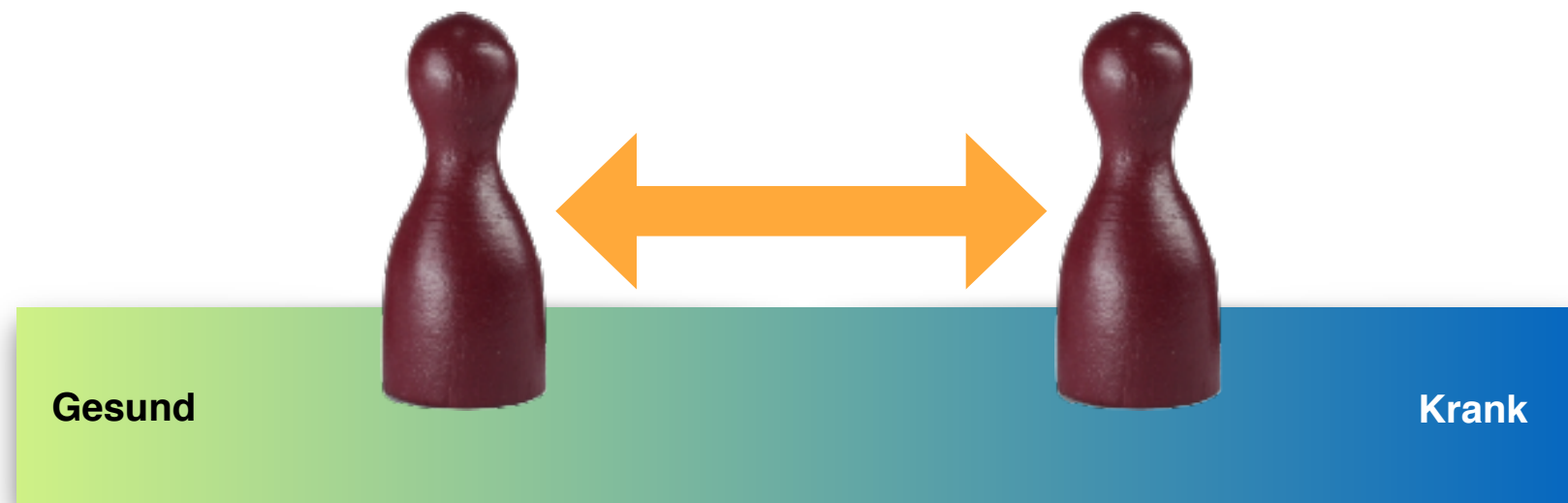
Lineare Regression, adjustiert für Alter, Geschlecht, Bildung und Art der Krankheit

Wie könnte man ein
Kontinuumsmodell
kommunizieren?

Psychische Krankheiten sind keine Frage von „entweder — oder“, sondern von „mehr oder weniger“.

Niemand ist 100% krank, und niemand ist 100% gesund. Einzelne Symptome von psychischen Krankheiten sind sehr häufig, aktuelle Studien auch aus Deutschland zeigen, dass so gut wie jeder Mensch irgendwann in seinem Leben Anzeichen einer psychischen Krankheit hat.

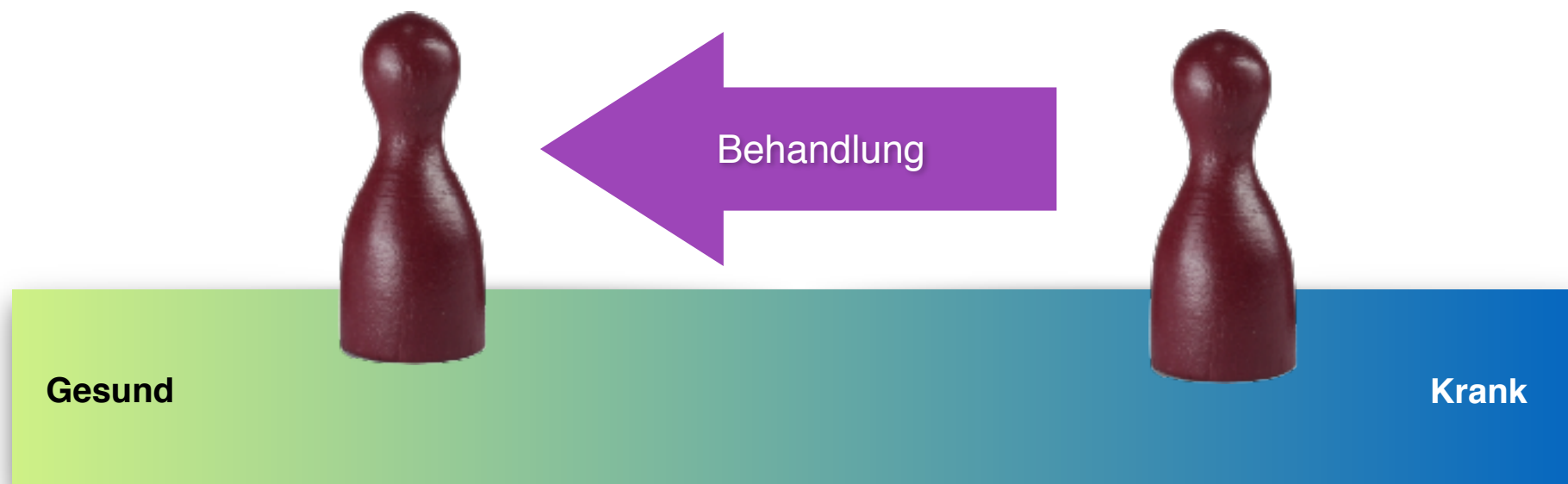
Im Laufe des Lebens bewegt sich jeder Mensch irgendwo zwischen den Polen „Gesund“ und „Krank“.



Dabei befindet man sich manchmal weiter links und manchmal weiter rechts auf dem Kontinuum. Im Leben geht es auf und ab, es geht einem nicht immer gleich gut.

Behandlung

Wenn man stärkere, länger andauernde Beschwerden hat, die den Alltag beeinträchtigen, dann ist eine Behandlung der Beschwerden sinnvoll. Psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung hilft, sich auf dem Kontinuum wieder in Richtung „Gesund“ zu bewegen.



Wofür braucht man dann eine **Diagnose**?

Eine Diagnose wie „Schizophrenie“ hilft bei der Verständigung und bei der Entscheidung, welche Art von Behandlung am sinnvollsten ist.

Außerdem ist sie nötig, damit die Krankenkasse für eine Behandlung aufkommt, oder um eine Krankschreibung zu begründen.

Manchmal kann eine Diagnose auch entlastend sein, weil sie dem Problem einen Namen gibt.

Eine Diagnose ist ein Hilfsmittel für einen möglichst guten Umgang mit den Beschwerden, mehr nicht.

Gliederung

- ▶ Grenzen und Übergänge
- ▶ Entstigmatisierung durch Kontinuitätsvorstellungen?
- ▶ Was spricht dagegen?

Es gibt aber auch Argumente gegen ein kontinuierliches Modell von psychischer Krankheit und Gesundheit

- Bedürfnis nach Klarheit
- Respekt vor den individuellen Erfahrungen
- Diagnosen eröffnen Rückzugsräume
- Diagnosen können identitätsstiftend sein

The nature of psychiatric disorders

Kenneth S. Kendler

Virginia Institute of Psychiatric and Behavioral Genetics, and Departments of Psychiatry, and Human and Molecular Genetics, Medical College of Virginia/Virginia Commonwealth University, Richmond, VA, USA

A foundational question for the discipline of psychiatry is the nature of psychiatric disorders. What kinds of things are they? In this paper, I review and critique three major relevant theories: realism, pragmatism and constructivism. Realism assumes that the content of science is real and independent of human activities. I distinguish two “flavors” of realism: chemistry-based, for which the paradigmatic example is elements of the periodic table, and biology-based, for which the paradigm is species. The latter is a much better fit for psychiatry. Pragmatism articulates a sensible approach to psychiatric disorders just seeking categories that perform well in the world. But it makes no claim about the reality of those disorders. This is problematic, because we have a duty to advocate for our profession and our patients against other physicians who never doubt the reality of the disorders they treat. Constructivism has been associated with anti-psychiatry activists, but we should admit that social forces play a role in the creation of our diagnoses, as they do in many sciences. However, truly socially constructed psychiatric disorders are rare. I then describe powerful arguments against a realist theory of psychiatric disorders. Because so many prior psychiatric diagnoses have been proposed and then abandoned, can we really claim that our current nosologies have it right? Much of our current nosology arose from a series of historical figures and events which could have gone differently. If we re-run the tape of history over and over again, the DSM and ICD would not likely have the same categories on every iteration. Therefore, we should argue more confidently for the reality of broader constructs of psychiatric illness rather than our current diagnostic categories, which remain tentative. Finally, instead of thinking that our disorders are true because they correspond to clear entities in the world, we should consider a coherence theory of truth by which disorders become more true when they fit better into what else we know about the world. In our ongoing project to study and justify the nature of psychiatric disorders, we ought to be broadly pragmatic but not lose sight of an underlying commitment, despite the associated difficulties, to the reality of psychiatric illness.

Key words: Psychiatric disorders, realism, pragmatism, constructivism, homeostatic property clusters, DSM-5, ICD-10

(World Psychiatry 2016;15:5–12)



Klausurwoche

Das Stigma von Suchterkrankungen verstehen und überwinden
Greifswald 18.-23.9.2016

Welchen Ansprüchen müsste eine „gute Diagnose“ genügen?

- Einen Zustand beschreiben, nicht die Person
- Kommunikation und Behandlung ermöglichen
- Schutz bieten, Ressourcen zuteilen
- Durchlässig sein, auf das Kontinuum Bezug nehmen
- Nicht von Dauer sein
- ...





georg.schomerus@uni-greifswald.de

