

»Psychische Störungen sind Hirnerkrankungen«

Die Vision einer personalisierten Seelenheilkunde ist eng verknüpft mit dem Namen **Florian Holsboer**. Der Direktor des Münchner Max-Planck-Instituts für Psychiatrie ist davon überzeugt, dass sich eines Tages individuelle neurobiologische Ursachen ausmachen lassen, die zum Entstehen von Depressionen, Angststörungen und anderen seelischen Leiden führen. Dann werde man auch in der Lage sein, diese verbreiteten Störungen mittels zielgerichteter Medikamente wirkungsvoll zu therapieren.

MEHR ZUM TITELTHEMA

> Neue Medizin für die Seele

Wie Psychiater nach individualisierten Therapien forschen (S. 28)

»Zwei Patienten mit einer Depression mögen sich in ihren Symptomen noch so sehr gleichen, die krankheitsverursachenden Mechanismen können dennoch ganz verschieden sein«

Das Max-Planck-Institut für Psychiatrie liegt mitten in einem Wohnviertel im Norden der Münchner Innenstadt. Es besteht in der Hauptsache aus einem nüchternen, weißen Gebäudekomplex im Schatten eines mächtigen Altbaus, der nach Emil Kraepelin (1856–1926) benannt ist, dem Gründervater der modernen Psychiatrie. Gut 100 Jahre nach Kraepelins Pionierarbeit tüfteln hier zahlreiche international besetzte Forschergruppen an einer neuen Medizin der Seele.

Der Direktor der Forschungseinrichtung, Florian Holsboer, ist Mediziner und Chemiker. Mit seinem Faible für die neurobiologische Betrachtung seelischer Störungen gilt er als einer der Hauptvertreter der personalisierten Medizin in Deutschland. Wird sie die Hoffnung, die viele Menschen in diese Forschung setzen, erfüllen können?

Herr Professor Holsboer, laut aktuellen Statistiken ist es um die psychische Gesundheit der Deutschen immer schlechter bestellt. So nehmen Fehltag und Frühverrentungen wegen Depressionen oder Angststörungen seit Jahren immer mehr zu. Woran liegt das?

Psychischen Problemen wird heute allgemein mehr Aufmerksamkeit zuteil als früher. Es ist auffällig, dass über immer mehr Fälle von Burnout und Depressionen unter Prominenten in den Medien berichtet wird. Die Gesellschaft geht offener mit solchen Problemen um als

noch vor zehn Jahren. Die Leute wissen, dass beispielsweise eine Depression jeden treffen kann, auch beruflich erfolgreiche Menschen – Unternehmer, Politiker, Sportler. Da stellt sich ein Ralf Rangnick hin, der erfolgreiche Trainer des zweitgrößten deutschen Fußballklubs, und sagt: Ich habe ein Problem, ich kann nicht mehr. Das hätte sich früher niemand getraut. Diese Offenheit trägt zum Anstieg der dokumentierten Krankheitsfälle bei. Laut epidemiologischen Studien erkranken rund zehn bis zwölf Prozent der Bevölkerung zumindest einmal im Leben an einer schweren Depression. Allerdings gibt es keine objektiven Kriterien, keine Laborkonstellationen, an denen sich das eindeutig ablesen ließe.

Welche Folgen hat dieser Mangel an »harten« Kennzeichen?

Die Diagnose läuft allein über verbale Berichte. Da es Frauen zumeist leichter fällt, über Probleme und persönliche Nöte zu sprechen, als Männern, erscheinen Frauen entsprechend häufiger in den Depressionsstatistiken. Doch je schwerer die Symptome ausfallen, desto mehr nähern sich die Quoten der beiden Geschlechter einander an. Ein weiteres Problem ist: Zwei Patienten mögen sich in ihren Symptomen und auf allen möglichen psychometrischen Skalen noch so sehr gleichen, die krankheitsverursachenden Mechanismen können dennoch ganz verschieden sein.



FLORIAN HOLSBOER

- > Geboren 1945 in München
- > Studierte Chemie und Medizin an der Ludwig-Maximilians-Universität München
- > Promotion 1975 (Dr. rer. nat.) sowie 1979 (Dr. med.)
- > Seit 1989 Direktor des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie in München
- > Gründete 2010 die Biotech-Firma HolsboerMaschmeyer-NeuroChemie GmbH

Sind alle psychischen Erkrankungen Ihrer Ansicht nach gleichzeitig auch Hirnerkrankungen?

Ja, sicher. Im Kern handelt es sich immer um ein Ungleichgewicht in der Biochemie der Zellen des Gehirns. Die organische Ursache psychischer Erkrankungen war übrigens in der Antike bereits akzeptiert. Galens Säftelehre besagt ja genau das. In der Moderne hat dann, ausgelöst durch René Descartes, die für die Forschung fatale Trennung von Leib und Seele Einzug gehalten. Heute sind wir dank moderner Technologien jedoch zum Glück in der Lage, dies zu überwinden.

Ist es nicht zu einseitig, seelisches Leiden allein als Störung des Hirnstoffwechsels zu betrachten?

Nein, vor allem nicht, wenn man heilen will. Natürlich ist das individuelle Leid der Patienten eingebettet in die jeweiligen Lebensumstände. Diese beeinflussen wiederum, wie man mit einer Erkrankung umgeht und welche konkreten Hilfen sich etwa in der Familie oder im Arbeitsumfeld bieten. Das eigentliche Problem aber wurzelt in Hirnprozessen, dort muss die Behandlung ansetzen.

Was bedeutet das für unser Verständnis von seelischer Krankheit?

Jede komplexe Erkrankung ist das Ergebnis aus Genetik und äußeren Einflüssen, die sich übrigens schon im Mutterleib über epigenetische

Markierungen der Erbsubstanz niederschlagen. Das komplizierte Wechselspiel zwischen Genetik und Umwelt ist zudem ständig in Bewegung. Heraklits Maxime »*panta rhei*« – »alles fließt« – drückt das wunderbar aus. Heute wissen wir, dass Gene nicht allein agieren und ihre Aktivierbarkeit maßgeblich von äußeren Faktoren abhängt.

Man kann folglich immer nur den jeweiligen Augenblick im Leben eines Menschen betrachten?

Genau. Es genügt nicht, einzelne Erbfaktoren zu finden, die mit einem erhöhten Depressionsrisiko verbunden sind. Wir schleppen eine Menge Genvarianten mit uns herum, die biologisch völlig irrelevant sind. Und unser Organismus ist nicht ein für alle Mal gleich, er verändert sich auf molekularem Niveau ständig. Ein Patient, der zum Beispiel vor zehn Jahren erfolgreich mit einem Medikament von seiner Depression befreit wurde, spricht heute, wenn er erneut rückfällig wird, vielleicht gar nicht mehr auf das gleiche Mittel an. Da hilft bislang nur Herumprobieren, und das müssen wir ändern. Wir werden bald individuell unterschiedliche Faktoren kennen, um abzuschätzen, wie groß die Chance für einen Patienten ist, auf ein spezielles Medikament anzusprechen. Viele genetische Veränderungen weisen uns schon jetzt den Weg zu pharmakologisch nutzbaren Zielstrukturen.

Buchtip

Holsboer, F.: Biologie für die Seele. Mein Weg zur personalisierten Medizin.

[C.H.Beck, München, 304 S., 2. Auflage 2009]

Depressionsforschung allgemein verständlich erklärt

»Diagnosen entstehen am Konferenztisch, nicht im Labor. Solange die Ergebnisse der Neurowissenschaften nicht integriert werden, halte ich davon nicht viel«



MIT FRIEDL GEN. VOM MAX-PLANCK-INSTITUT FÜR PSYCHIATRIE / ANTJE MAENEN

Medikamentöse Behandlung ist das eine. Wie sieht es mit individuell angepasster Psychotherapie aus?

Selbst ein Zugang wie die kognitive Verhaltenstherapie wirkt sehr unspezifisch. Sie hat unterstützende Funktion. Schwere Depressionen ohne Psychopharmaka zu behandeln, ist allerdings nicht akzeptabel.

Aber auch die Effekte der Substanzen, die Psychiater verschreiben, sind nicht sonderlich zielgenau, oder?

Sie sind auf die Symptome der Depression gerichtet. Pharmakologisch gesehen wirken sie recht unspezifisch auf den Transmitterhaushalt im Gehirn. Das ist wie beim Internisten, der den genauen Krankheitserreger nicht kennt und deshalb zum Breitbandantibiotikum greift.

Wie wird die Psychiatrie der Zukunft aussehen, sagen wir in 20 oder 30 Jahren?

Wir werden durch Gentests und Biomarker eine Art biochemische Momentaufnahme machen können. Dadurch können wir Untergruppen von Patienten definieren und Risikogruppen erkennen, bevor es zu klinisch relevanten Veränderungen kommt. Bevor sich bei Parkinsonpatienten Bewegungsstörungen bemerkbar machen, müssen sie 80 Prozent ihrer Neurone in bestimmten Hirnarealen verloren haben. Bei der Depression ist es ähnlich: Wir haben schon in den 1980er Jahren gezeigt, dass die Störung des Stresssystems einer klinischen Depression vorausgeht. Wir müssen von der Reparaturmedizin zur Prävention kommen.

Wird es die Kosten des Gesundheitswesens nicht weiter ansteigen lassen, wenn man Menschen Medikamente verordnet, obwohl sie (noch) keinerlei Einschränkungen zeigen?

Die Entwicklung eines Medikaments kann leicht mehrere hundert Millionen Euro kosten. Rund 85 Prozent davon werden für die klinischen Studien ausgegeben. Bei unspezifischen Medikamenten brauchen Sie allerdings extrem viele Patienten, um eine Wirkung nachzuweisen. Solche, die auf eine ganz bestimmte Patientengruppe zugeschnitten werden, kosten nur einen Bruchteil.

Müssen die Diagnosen, wie sie in den großen Manualen ICD-10 und DSM-IV definiert sind, grundsätzlich verändert werden?

Die offiziellen Diagnosen entstehen am Konferenztisch, nicht im Labor. Solange die Ergebnisse der Neurowissenschaften nicht integriert werden, halte ich davon nicht viel.

Emil Kraepelin ging einst von zwei psychiatrischen Krankheitsbildern aus, heute gibt es hunderte. Wird es irgendwann nur noch individuelle Profile ohne solche »Schubladen« geben?
Zu Kraepelins Zeit war es ein großer Fortschritt, Ordnung in das Feld der seelischen Störungen zu bringen. Ob wir jemals ganz darauf verzichten können, wird die Zukunft zeigen. Die Forschung jedenfalls muss diagnosenübergreifend arbeiten. ∞

Die Fragen stellte **Steve Ayan**, Redaktionsleiter von **G&G**.

WEBTIPP

Video der Max-Planck-Gesellschaft zur personalisierten Medizin:

www.youtube.com/user/MaxPlanckSociety#p/search/o/Ei2bAE6am10