DSM

Das „Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen“ listet Hunderte Befindlichkeiten auf, die in der Medizin als anerkannte Geisteskrankheiten gelten. Dadurch sollen Störungen zielgerichtet behandelt werden. Eine kleine Schar Psychologen und Nervenärzte entscheidet, was in diese Bibel der Psychiatrie hineingeschrieben wird.

TOM COOL / JUTTA FRICKE ILLUSTRATORS

Wahnsinn wird normal

Neue Kriterien machen aus Alltagsproblemen seelische Störungen. Millionen Menschen werden über Nacht zu psychiatrischen Fällen. Gesundheitsexperten warnen vor der Ausweitung der Behandlungszone.

Die neue seelische Störung nahm am 9. November 1989 in Ostberlin ihren Lauf. Auf ihrem Balkon hörte die Frau, die als eine der Ersten daran erkranken sollte, Rufe von der rund 200 Meter entfernten Grenze: „Tor auf!“ Ungläubig sah sie, wie Tausende Menschen durch den geöffneten Schlagbaum des Übergangs Bornholmer Straße nach Westberlin strömten.

Gabriele Müller* und ihr Mann verbrachten die Nacht, in der vor ihren Augen die Berliner Mauer aufging, zu Hause. Sie lag lange wach. „Die Wende habe ich als ein Glück empfunden“, sagt sie. Aber zugleich zogen Sorgen durch ihren Kopf. „Mir war sofort klar, dass unser Wirtschaftssystem zusammenbrechen wird.“

Ihre dunkle Vorahnung erfüllte sich: Ein Jahr später ging ihr Arbeitgeber, ein volkseigener Betrieb für Freizeitartikel, pleite. Zelte und Faltboote aus dem Ostsortiment wollte niemand mehr haben. Gabriele Müller war jetzt ohne Arbeit.

Sie absolvierte ein Aufbaustudium zur Marketingfachwirtin, trotzdem fand sie keinen festen Job mit Perspektive. Die bisher letzte Stelle als Arbeitsvermittlerin in einem Berliner Jobcenter wollte sie unbedingt behalten, aber sie endete vorigen April „durch Befristungsablauf“.

Es war jener Augenblick, als die pflichtgetreue Gabriele Müller, 58, morgens einfach liegen blieb – und damit zu einem neuen Fall der Psychiatrie wurde.

Nach einer Kur in Bad Pyrmont kam sie ins Reha-Zentrum Seehof im brandenburgischen Teltow, das an den Berliner Südwesten grenzt. Die dreigeschossigen Gebäude stehen nahe der ehemaligen innerdeutschen Grenze, in einem Park mit Kirschbäumen. Die Ärzte stellten bei ihr eine „posttraumatische Verbitterungsstörung“ fest.

Von dieser Krankheit hatte Gabriele Müller noch nicht gehört.

Am Ende eines langen Flurs wartet der Erstbeschreiber des Leidens. Michael Linden, 64, ist Psychiater, Psychologe und ärztlicher Direktor des Reha-Zentrums in Teltow. Er hat in West-Berlin studiert, wo er bis heute wohnt. Jeden Tag pendelt er nach Teltow in die ehemalige DDR, jenen untergegangenen Staat, dem er seine interessantesten Fälle verdankt.

Die Welle der verbitterten Menschen sei mit einer Verzögerung von etwa zehn Jahren nach der Wiedervereinigung gekommen. Viele von ihnen hätten den Übergang in die neue Arbeitswelt nicht geschafft. Andere erfuhren nach der Wende, dass der eigene Partner sie bespitzelt hatte. Linden sagt: „Zu mir kamen Menschen mit schwerwiegenden reaktiven psychischen Auffälligkeiten.“

Doch die gängigen Diagnosen hätten nicht gepasst. „Da verließ einer das Haus nicht mehr – aha, das klang doch wie eine Agoraphobie. Dann sagte er, er schlafe nicht mehr und denke an Suizid – aha, eine Depression. Dann stellte ich fest, dass er ohne jeden Grund mit seiner Frau stritt – aha, das ist eine Persönlichkeitsstörung“, sagt Linden. „Das stellte mich nicht zufrieden. Dann sah ich den nächsten Patienten – und bei dem passte das auch nicht. Ich entwickelte Instrumente, um das Nichtpassende zu erfassen. Und dann merkte ich: Aha, da gibt es eine Untergruppe von Patienten, die

* Name von der Redaktion geändert.

ich auf diese Art einheitlich beschreiben kann."

Linden hat seine Beobachtung zuerst in einem Vortrag kundgetan und sodann in der Fachzeitschrift „Der Nervenarzt" erläutert. Bestimmte Menschen, schreibt Linden, entwickelten nach einem negativen Lebensereignis „einen ausgeprägten und langanhaltenden Verbitterungsaffekt, weshalb von einer posttraumatischen Verbitterungsstörung (PTED) gesprochen werden kann". Etwa zwei Prozent der Bevölkerung seien betroffen.

Es ist das höchste Ziel eines jeden Mediziners, eine Störung zu entdecken, die an seinen Namen gekoppelt ist. Das gilt auch für die Therapeuten der Seele. „Wir sind ja nicht dazu da, alte Dinge wiederzukäuen", sagt Linden, „sondern wir versuchen, Neuland zu betreten. Und hin und wieder erweist sich das Neuland als tragfähig."

Um seine Entdeckung offiziell in der Fachwelt zu verankern, hat Linden an die American Psychiatric Association (Apa) mit Sitz in Arlington, Virginia, geschrieben. Wer eine neue Geisteskrankheit erschaffen will, der kommt an der mit 36 000 Mitgliedern größten Psychiatervereinigung der Welt nicht vorbei.

Die Apa gibt die Bibel der Psychiatrie heraus, das „Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen" (DSM). Was in diesem Wälzer steht, darf als offizielle psychische Erkrankung gelten. Das Handbuch nimmt Änderungen in der „Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme" (ICD) der Weltgesundheitsorganisation häufig vorweg. Sein Inhalt prägt Ärzte und Psychologen auf dem ganzen Erdenrund.

Das DSM bestimmt, was noch normal ist und was schon verrückt. Es gebiert Verkaufsschlager auf dem Pharmamarkt und beeinflusst, wie die Öffentlichkeit über Geisteskrankheiten denkt.

So wie Linden haben Psychologen und Psychiater aus der ganzen Welt bei der Apa Vorschläge für neue Syndrome eingereicht. Sie berichteten von jähzornigen Kindern, die ihre Eltern in den Wahnsinn treiben; von einsamen Greisen, die ihre Wohnung vermüllen; von nervösen Frauen, die ihre Haut mit Pinzetten malträtieren; von Angestellten, die nicht mehr arbeiten können, weil sie Angst vorm Arbeitsplatz haben; von Menschen, die allzeit Sex haben wollen.

Gerade in den vergangenen Monaten lohnte es sich, neue Krankheitsvorschläge einzureichen. Denn die Mitglieder der Apa überarbeiteten ihre Bibel, zum ersten Mal seit fast 20 Jahren. Eine seltene Gelegenheit, sich mit einem eigenen Eintrag unsterblich zu machen.

Wo Taxonomen sich auf die Anatomie berufen, Chemiker das Periodensystem anführen, da fußt das Verzeichnis der Geisteskrankheiten auf Meinungen und Interpretationen. Das macht diesen Katalog einzigartig.

Jeder Psychologe und Psychiater möchte bestimmen, wo die Grenze zwischen gesund und gestört verläuft. Doch es ist einem erlauchten Kreis von 158 Frauen und Männern vorbehalten, im Auftrag der Apa zu beschließen, was in der neuen, fünften Auflage des Handbuchs, im DSM-5, stehen wird. Es obliegt diesen Oligarchen der Seelenheilkunde zu befinden, ob sie Vorschläge wie etwa die posttraumatische Verbitterungsstörung in ihr Werk aufnehmen – und damit ihren Erfinder berühmt machen.

Das DSM-5, das im Mai digital und gedruckt auf etwa tausend Seiten Papier erscheinen soll, wird darüber entscheiden, wer Psychopillen schlucken soll, wer sich auf die Couch des Therapeuten legen darf, wer in die Psychiatrie eingewiesen werden muss. Scheinbar kleine Veränderungen der diagnostischen Kriterien können ganze Bevölkerungskreise in Patienten verwandeln.

Normal durchs Leben zu gehen ist schon heute ein schwieriges Unterfangen: Mehr als ein Drittel aller EU-Bürger haben einer Studie zufolge im Laufe eines Jahres mindestens eine seelische Erkrankung. In Deutschland erreicht die Zahl der psychischen Diagnosen stets neue Höchststände. Sie sind inzwischen der häufigste Grund für Erwerbsminderungsrenten: In zehn Jahren ist der Anteil von 24,2 auf 39,3 Prozent gestiegen.

Unsichere Arbeitsverhältnisse, wachsende Anforderungen im Job und die ständige Erreichbarkeit schlagen den Deutschen aufs Gemüt. Im Zuge der Burnout-Debatte verloren seelische Probleme das Stigma. Viele ausgebrannte und erschöpfte Menschen, die an einer behandlungswürdigen Depression leiden, haben professionelle Hilfe bekommen.

Zur gleichen Zeit wurde und wird die Schwelle für psychische Diagnosen weiter abgesenkt. Vieles, was heute noch als natürliches Verhalten gilt, könnte morgen schon als seelische Erkrankung bezeichnet werden.

Wenn das DSM-5 im Mai gültig wird, könnten Millionen Menschen auf einen Schlag in psychisch Kranke verwandelt werden. Die Schusseligkeit etwa soll zur „leichten kognitiven Störung" werden, der Jähzorn zur „disruptiven Launenfehlregulationsstörung", die Völlerei zur „Fressgelage-Störung", die Trauer zur „Major Depression", die Tage vor den Tagen zur „prämenstruellen dysphorischen Störung".

Dagegen erhebt sich eine Anti-Psychiatrie-Bewegung. Kritische Mediziner und Psychologen werfen die Frage auf, ob die

HOARDING DISORDER

Fortdauernde Schwierigkeit, sich von Habseligkeiten zu trennen.

Das zwanghafte Horten, auch Messie-Syndrom genannt, führt zur Vermüllung der Wohnung. Auswuchs des natürlichen Sammeltriebs, der sich normalerweise im Alter von etwa zwei Jahren ausprägt.

TOM COOL / JUTTA FRICKE ILLUSTRATORS

Seelenheilkunde nicht schon zu weit gegangen sei. Hunderte Menschen demonstrierten bereits auf dem letzten Jahrestreffen der Apa in Philadelphia. Sie zeigten Plakate, auf denen stand: „Etikettiert Gläser, nicht Menschen!“

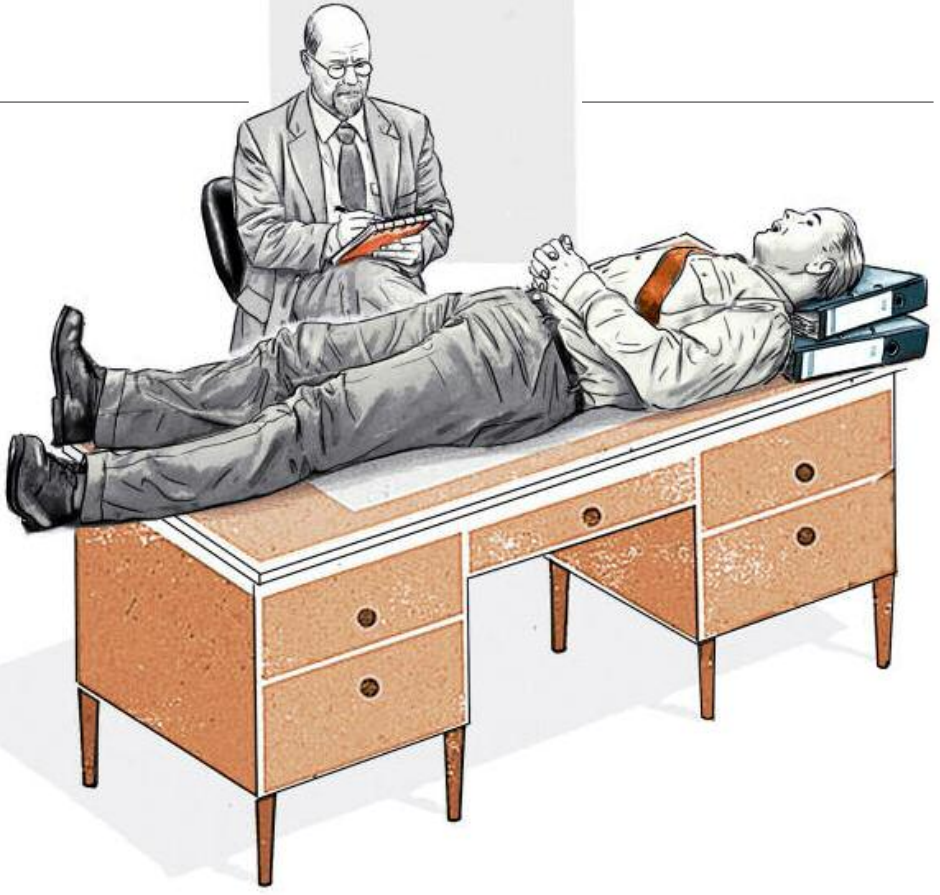
Mehr als 14 000 Mediziner, Psychologen und andere besorgte Menschen wollen der Apa die Deutungshoheit übers Seelenheil streitig machen. Sie haben eine Petition gegen das DSM-5 unterschrieben; mehr als 50 Gesellschaften der Psychologie und angrenzender Gebiete unterstützen den Protest.

Als den „traurigsten Moment seiner 45-jährigen Karriere“, bezeichnet der US-amerikanische Psychiater Allen Frances jenen Dezembertag, als die Apa erklärte, die Beratungen über das DSM-5 stünden vor dem Abschluss. In einem Blog ruft Frances seither dazu auf, dem neuen Manual nicht über den Weg zu trauen: Es könne zu „gewaltiger Überdiagnostik und gefährlicher Übermedikation“ führen.

Der Mann kennt sich aus – an der vierten DSM-Ausgabe hat er als Apa-Funktionär noch maßgeblich mitgewirkt. Jetzt gibt sich Frances geläutert und kritisiert wie kein Zweiter die neuen Seelenleiden der Krankheitserfinder.

„Die pharmazeutische Industrie hat begriffen: Die beste Art und Weise, den Pillenverbrauch zu erhöhen, ist, uns davon zu überzeugen, dass immer mehr Leute ein mentales Problem haben“, sagt Frances, der im April ein Buch dazu im DuMont Verlag vorlegen wird. Titel: „Normal: Gegen die Inflation psychiatrischer Diagnosen“.

Die Anwürfe will der Leiter der DSM-Task-Force, der Psychiater David Kupfer, so nicht stehen lassen. Im Unterschied zu anderen Fächern der Medizin habe man sich bemüht, die Zahl der neuen Diagnosen diesmal zu beschränken. Er sagt: „Das fertig bearbeitete Produkt ist ein Manual, das den Stand der Wissenschaft bestens abbildet und nützlich für Kliniker und Patienten sein wird.“



TOM COOL / JUTTA FRICKE ILLUSTRATORS

ARBEITSPLATZPHOBIE

Starke und anhaltende Angst bei Annäherung an den Arbeitsplatz oder bei Gedanken an Kollegen und Vorgesetzte. Die Betroffenen lassen sich krankschreiben und vermeiden die Gegend, in der die Firma liegt. Therapieversuche durch Praktika in anderen Betrieben.

Daran haben viele Experten Zweifel. „Mir fehlt da eine Beschränkung. Die Leidenszustände werden pathologisiert“, sagt Andreas Heinz, der die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Berliner Charité leitet. Der Nervenarzt promoviert gegenwärtig in Philosophie zur Frage, was Kranksein bedeutet. Heinz sagt: „Es ist falsch, alle möglichen Befindlichkeitsstörungen mit einem Krankheitsbegriff zu belegen.“

Ähnlich äußert sich der Psychiater und Medizinsoziologe Asmus Finzen, 72. „Die meisten Menschen mit seelischen Problemen werden wieder gesund“, sagt er. Die Inflation der Krankheiten berge die Gefahr, Menschen vorschnell zu Patienten abzustempeln und mit Medikamenten zu versorgen. „Wenn man eine neue Diagnose anbietet, stürzen sich die Leute darauf“, sagt er. „Und wenn sie dann noch eine Pille verschrieben bekommen, werden sie sehr direkt ermuntert, sich krank zu fühlen.“

Vor allem junge Menschen sind gefährdet, voreilig als geisteskrank abgestempelt zu werden. Davor warnt ausgerechnet einer, der – als einer von ganz wenigen Deutschen – zum erlauchten Kreis der DSM-5-Autoren zählt. Es ist Hans-Ulrich Wittchen, der das Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Technischen Universität Dresden leitet. „Besonders bei den Kindern ist das Missbrauchspotential an Diagnosen grenzenlos groß“, räumt er ein. In der Kindheit träten häufig Störungen auf, die nicht immer diagnostiziert und medizinisch behandelt werden sollten.

Seelisch kranken Menschen muss geholfen werden – kein einziger der Kritiker bestreitet das. Allerdings fügen sie hinzu: Die normalen Leute müssten von der Psychiatrie in Ruhe gelassen werden.

Sonst könnte es so weit kommen, dass es bald keine Gesunden mehr gibt. Einer Studie zufolge erfüllten bereits 46 Prozent der US-amerikanischen Bevölkerung die Kriterien einer psychischen Erkrankung. Der Anteil der Kinder, die offiziell als geisteskrank eingestuft werden, ist binnen 20 Jahren auf das 35fache gestiegen.

Die Deutschen sind auf einem ähnlichen Weg. Psychische Störungen gehören mittlerweile zu den häufigsten Gründen für Behandlungen im Kranken-

FTOM COOL / JUTTA FRICKE ILLUSTRATORS

„SKIN PICKING"-STÖRUNG

Wiederholtes Zupfen an der Haut mit den Händen oder etwa Pinzetten, auch Dermatillomanie genannt. Dieses Knibbeln ist verbunden mit Vergnügen und Entspannung und geht über normale Hautpflege hinaus.

haus. Nach dem „Krankenhaus-Report 2013" der AOK ist die Zahl der „psychosozialen Interventionen" bei älteren Menschen zwischen 2005 und 2010 um 554 Prozent gestiegen.

Die Mitglieder des Gesundheitsausschusses des Bundestags beschäftigten sich im vergangenen Jahr mit der Modediagnose Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS), die sich unter Kindern wie eine Epidemie ausgebreitet hat. Harald Terpe (Grüne), Obmann des Ausschusses, befürchtet, dass das DSM-5 die Verwandlung der Kindheit in eine Krankheit noch weiter treiben könnte.

„Mir drängt sich der Verdacht auf, dass hier gesellschaftlich nicht erwünschtes Verhalten von Kindern pathologisiert wird", sagt Terpe, studierter Mediziner und sechsfacher Vater. „Die Leidtragenden sind die Kinder, denen suggeriert wird, sie seien nicht ‚normal' und könnten nur mit Medikamenten richtig funktionieren", sagt Terpe. „Die pharmazeutische Industrie unterstützt leider diesen Trend, indem sie Psychopharmaka als schnelle und einfache Lösung bewirbt und die Risiken verschweigt."

Karl Lauterbach, SPD-Gesundheitspolitiker, ist ebenfalls besorgt. „Das DSM-5 treibt die weltweite Psychiatrisierung von außergewöhnlichen Verhaltensweisen voran", sagt er. Aus besonderen Menschen würden Menschen, die als krank gelten – und daraufhin einen Leidensdruck spürten. „Psychiater und pharmazeutische Firmen produzieren mehr Kranke, um mehr Geld zu verdienen."

In der Tat schadet es nicht, den Seelenheilkundlern mitunter auf die Finger zu schauen. Eindrücklich hatte das der US-amerikanische Psychologe David Rosenhan (1929–2012) im Selbstversuch vorgemacht.

Der Gelehrte wusch sich einige Tage nicht und begab sich in verschmutzter Kleidung in eine psychiatrische Anstalt in Pennsylvania. Gegenüber den Nervenärzten beschwerte sich Rosenhan über sonderbare Stimmen in seinem Kopf, die ihm „leer", „dumpf" und „hohl" zugerufen hätten. Obwohl die vorgespielten Symptome keiner Lehrbuchdiagnose entsprachen, nahmen ihn die Psychiater sofort stationär auf.

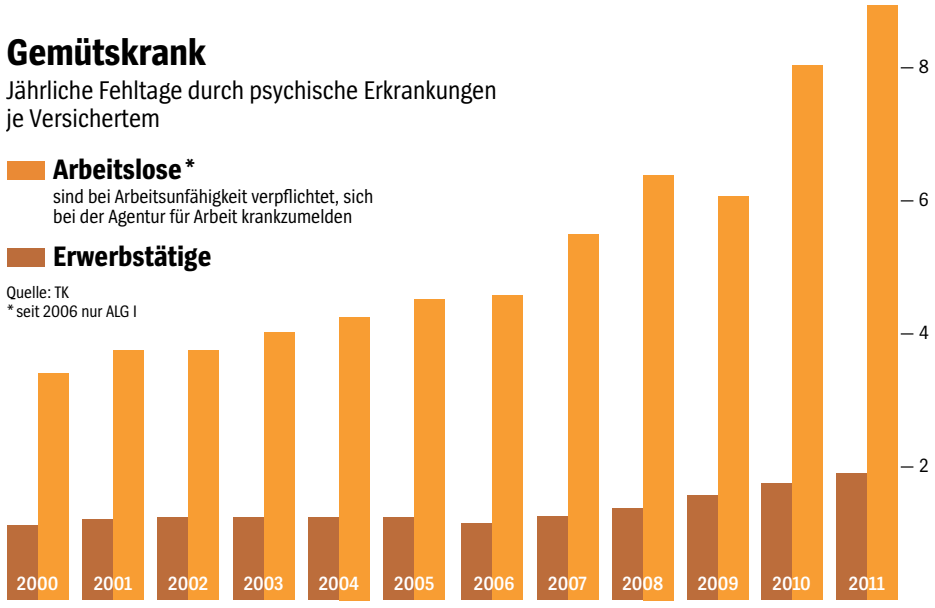
Zwischen 1968 und 1972 wiederholten sieben gesunde Menschen Rosenhans Experiment – auch sie landeten auf psychiatrischen Stationen. Einmal aufgenommen, verhielten sich die Scheinpatienten normal. Dennoch hielten die Ärzte sie bis zu 52 Tage lang fest und verschrieben ihnen fast 2100 Tabletten.

Die Geschichte der acht Scheinpatienten hat Rosenhan im Fachblatt „Science" beschrieben. Der Aufsatz mit dem Titel „Vom Normalsein in verrückter Umgebung" entlarvte die Psychiatrie. Ihre Diagnosen entpuppten sich als reine Willkür. Gesunde waren von Irren nicht zu unterscheiden.

Nach dieser Blamage erklärten Psychiater sich bereit, die nächste Auflage des DSM zu ändern: Die vagen Beschreibungen der früheren Ausgaben verschwanden. Nun stand neben jeder Krankheit eine Liste von Symptomen. Von ihnen müsse eine bestimme Anzahl erfüllt sein, damit eine Diagnose gestellt werden dürfe.

Diese Ankreuz-Psychiatrie führte aber mitnichten zu weniger Seelenleiden. Im Gegenteil, die Zahl der Diagnosen ist bisher mit jeder DSM-Ausgabe gestiegen, von 106 auf nunmehr 297.

Die Pharmaindustrie saß und sitzt beim Überarbeiten des Manuals gleichsam mit



am Tisch. Rund 70 Prozent der aktuellen DSM-Autoren arbeiten als Berater für pharmazeutische Firmen und bekommen von ihnen dafür persönliche Honorare. Der Leiter der Task-Force, der Psychiater David Kupfer, war Eli Lilly and Company, Forest Pharmaceuticals, Pfizer, Johnson & Johnson, Servier Amerique, Hoffman-LaRoche, Lundbeck, Novartis und Solvay Wyeth zu Diensten.

Es ist eine Seelsorge für die Industrie, deren Sichtweise sich im DSM-5 widerspiegelt: Ein Mensch mit psychischen Problemen habe ein chemisches Ungleichgewicht im Gehirn – das mit Medikamenten zu behandeln sei.

Wie weit der Einfluss der Pharmafirmen reiche, das sei kaum zu beantworten, schreiben Kritiker im Fachblatt „European Psychiatry“. Zum Szenario zähle jedoch „das Konstruieren neuer Diagnosen oder das Herabsetzen der Schwellen bereits bestehender Diagnosen, um den Markt für psychopharmakologische Behandlungen aufzublähen“.

Der Arzt und Sozialwissenschaftler David Klemperer von der Hochschule Regensburg erforscht, wie finanzielle Verbindungen das Verhalten von Medizinern verändern. Der Einfluss der Pharmaindustrie auf Ärzte sei immer wirksam, sagt er, auch wenn diese sich unabhängig fühlten. Die finanziellen Verbindungen der DSM-Autoren seien besonders besorgniserregend, urteilt Klemperer. „Sie bewerten ja nicht nur Medikamente, sondern sie bestimmen, wie seelische Störungen definiert werden.“

Die DSM-Autoren genießen unter Kollegen einen Sonderstatus, den die Branche mit Aufmerksamkeit belohnt. Der Dresdner Wittchen, einer der wenigen Deutschen in dem Bund, macht da keine Ausnahme. Er reist von Kongress zu Kongress, ist bezahlter Berater von pharmazeutischen Firmen und gehört überdies zu den Herausgebern der aktuellen deutschen DSM-Ausgabe (wiegt fast zwei Kilogramm und kostet 129 Euro). Allein dafür erhält er jedes Jahr Tantiemen in Höhe von einigen tausend Euro.

Einen Teil dieser Einkünfte mag Wittchen für die Miete für den Raum aufwenden, den er in seinem Institut von der Technischen Universität Dresden mietet. Der Raum ist viel größer als ein übliches Dienstzimmer, so dass der gläserne Schreibtisch zur Geltung kommt. Zum anderen darf Wittchen in dem privat bezahlten Raum rauchen, was im Rest des Instituts verboten ist.

In den vergangenen Jahren hat Wittchen hier viele Schachteln „Lord Extra“ geleert. Nach dem Tagwerk begann die Spätschicht am DSM-5. Wittchen bildet mit einem Australier, einem Südafrikaner, einer Holländerin und zehn US-Amerikanern die Gruppe für Ängste, Zwangsstörungen und Dissoziative Störungen.

Es sei „eine Ehre, eine große Ehre“ am Standardwerk DSM mitarbeiten zu dürfen, sagt Wittchen. Seine Arbeit daran sah so aus: Er las Hunderte wissenschaftliche Publikationen und tauschte mit den Kollegen unzählige Textfassungen per E-Mail aus. Die Ausdrucke füllen einen ganzen Schrank. Zuletzt hatte Wittchen jede Woche zwei, drei Telefonkonferenzen, jeweils zwischen 20 Uhr und Mitternacht.

„Der Australier steht gerade auf, ich gehe gerade ins Bett, die Amerikaner haben ihre normale Arbeitszeit“, seufzt Wittchen. Seine Frau habe er darüber vernachlässigt. Nach fast 25 Jahren Ehe lebe er momentan getrennt.

Beruflich steht Wittchen dagegen auf dem Höhepunkt. Ein mächtiger Institutsdirektor, der dem Fach seinen Stempel aufdrücken könnte. Wittchen bezeichnet sich als einen der wissenschaftlichen Väter der Panikstörung. Das von Sigmund Freud erfundene Konzept der Angstneurose habe er auseinandergenommen, so dass es durch die Panikstörung und die generalisierte Angststörung ersetzt werden konnte. Das alles, erzählt ein strahlender Wittchen, habe bereits Eingang in das DSM-IV gefunden und werde auch im DSM-5 stehen. Viele Passagen trügen seine Handschrift.

Ist das der Grund dafür, dass Wittchen im Gespräch eher wie ein Hüter der alten Werte erscheint, wenn er von den Scharmützeln in seiner DSM-5-Arbeitsgruppe erzählt? Ein ums andere Mal sei einer der Kollegen mit einem angeblich neuen Seelenleiden angekommen. „Also jede deviante kleine Verhaltensweise, die in der Tat manchmal hochdramatische spezielle Interventionen erfordert, wurde an irgendeiner Stelle diskutiert als eigenständige, neue Identität“, sagt er. „Richtig gespalten war unsere Gruppe bei der ‚Hoarding‘-Störung und der ‚Skin Picking‘-Störung.“

Am Ende unterlag Wittchen: Beide Störungen werden höchstwahrscheinlich in der Bibel der Psychiater als eigenständige Leiden stehen, die Krankheitserfinder haben sich durchgesetzt.

Viele Menschen werden sich bestärkt fühlen, wenn ihr Problem in den Rang einer psychischen Krankheit erhoben wird. Die wissenschaftlich klingenden Namen gaukeln ihnen vor, sie litten an einer gutverstandenen Krankheit.

Doch davon könne leider keine Rede sein, sagt der US-amerikanische Psychia-

LEICHTE KOGNITIVE STÖRUNG

Beeinträchtigung des Lernvermögens sowie der Fähigkeit, zu planen und zu organisieren. Die Aufmerksamkeit ist vermindert. Der Übergang zur altersbedingten Schusseligkeit ist kaum zu definieren.

TOM COOL / JUTTA FRICKE ILLUSTRATORS

Hirnschwund durch Psychopillen?

Was Medikamente gegen ADHS und Depressionen im Gehirn bewirken, ist wenig verstanden. Mittel gegen Schizophrenie könnten das Leiden, das sie heilen sollen, sogar verschlimmern.

Rebecca Riley war zweieinhalb Jahre alt, als sie Pillen gegen ihre angebliche Geisteskrankheit bekam. Anderthalb Jahre später lag das Mädchen aus der Nähe von Boston tot auf dem Boden. Seine Eltern hatten es mit den Psychopharmaka regelrecht vergiftet.

Der Tod des Kleinkinds im Dezember 2006 lässt besorgte Mediziner nicht ruhen. „Wie konnte ein Psychiater nur bei einem Kind, das kaum aus den Windeln war, eine bipolare Störung und ADHS diagnostizieren?“, fragt etwa der US-amerikanische Psychiater Daniel Carlat. „Was war die Grundlage dafür, einem so jungen Kind einen Cocktail aus so starken Medikamenten zu verschreiben?“

Nicht nur in den USA, auch in Deutschland bekommen immer mehr junge Menschen Medikamente gegen psychische Erkrankungen. Kinder und Jugendliche erhielten den Wirkstoff Methylphenidat gegen ADHS „mit einer deutlichen Tendenz zu steigenden Dosierungen“, meldet der „Arzneimittelverordnungs-Report 2012“. Der Verbrauch von Risperidon, einem Neuroleptikum zur Behandlung von Schizophrenie, ist seit 2001 um mehr als 22 Prozent gestiegen.

Dabei weiß niemand, was die Mittel im Gehirn genau bewirken. Viele Psychopharmaka verändern zwar den Spiegel bestimmter Neurotransmitter im Gehirn. Ob sie dadurch aber die Ursache von Depressionen, Schizophrenie oder etwa ADHS beheben, ist mitnichten bewiesen.

Womöglich haben Psychopillen sogar schädliche Effekte, weil sie das Gehirn dauerhaft verändern – und seelische Störungen so verschlimmern oder gar auslösen. Das sagt der US-amerikanische Journalist Robert Whitaker, der viele beunruhigende Studien in einem Buch zusammengetragen hat*.

Wie ernst seine Befürchtungen genommen werden, konnte man im November auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde in Berlin sehen. Als Whitaker im Saal 4 über die Wirkung von Neuroleptika aufs Gehirn sprach, drängten sich die Zuhörer bis auf die Gänge.

Sie sahen Daten, denen zufolge Patienten, die mit Neuroleptika behandelt worden waren, häufiger wegen Rückfällen wieder ins Krankenhaus mussten. Mit anderen Worten: Die Dauermedikation erschwert offenbar die Genesung.

Das gleiche Bild ergab sich, als Forscher verglichen, wie Menschen mit Schizophrenie in armen und reichen Ländern behandelt werden. In den USA und sechs anderen Industriestaaten erhielten 61 Prozent von ihnen Neuroleptika. In Indien, Kolumbien und Nigeria waren es nur 16 Prozent. Dennoch – oder gerade deshalb – verlief die Krankheit bei den Patienten aus den armen Ländern deutlich glimpflicher.

Die US-amerikanische Psychiaterin Nancy Andreasen wiederum hat das Ge-

TOM COOL / JUTTA FRICKE ILLUSTRATORS

DISRUPTIVE MOOD DYSREGULATION DISORDER

Zustand ständiger Reizbarkeit im Kindesalter, verbunden mit schlechter Laune und Wutanfällen. Das Leiden ist eng verwandt mit der „Störung mit oppositionellem Trotzverhalten“.

* Robert Whitaker: „Anatomy of An Epidemic“. Broadway Paperbacks, New York; 416 Seiten; 16 Dollar.

hirn von mehr als 200 Schizophreniepatienten im Kernspintomografen untersucht – und stellte fest, das deren Gehirn geschrumpft war. Dabei galt: Je mehr Medikamente sie genommen hatten, desto schlimmer der Schwund. Im vergangenen Jahr bestätigte eine Studie mit 965 schizophrenen Menschen das Ergebnis. Die Autoren konstatieren: „Patienten, die Medikamente bekamen, hatten häufiger strukturelle Anomalien“ in bestimmten Gehirnregionen.

Dieser Verlust von Nervengewebe scheint die Kognition der Betroffenen einzuschränken. Sie werden also nachweislich dümmer, und ihre schizophrenen Anwandlungen werden sie nicht los. Ist es da in bestimmten Fällen nicht besser, auf die Medikamente zu verzichten?

Eine Langzeitstudie vom University of Illinois College of Medicine in Chicago legt dies nahe. 15 Jahre nach der schizophrenen Episode waren 46 Prozent der Patienten, die dauerhaft Medikamente bekommen hatten, ohne Symptome. Bei Patienten, die auf Medikamente verzichtet hatten, lag dieser Wert bei 72 Prozent.

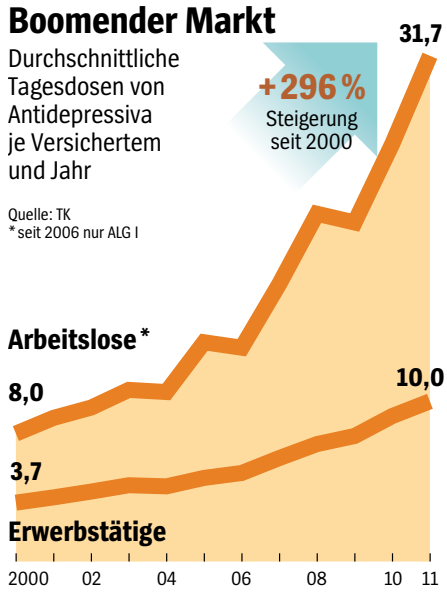
Solche Befunde, von Robert Whitaker in Berlin ganz unaufgeregt präsentiert, sorgen in der Fachwelt für Aufregung.

Der Leiter der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Berliner Charité, Andreas Heinz, saß der Veranstaltung auf dem Kongress vor. „Neuroleptika sind oft in Akutsituationen sehr hilfreich und können Leben retten“, sagt er. „Ihre Dosierung ist aber wegen der Nebenwirkungen so niedrig wie möglich anzusetzen und eine psychosoziale Therapie immer notwendig.“

Auch Volkmar Aderhold vom Institut für Sozialpsychiatrie der Universität Greifswald mahnt zur Vorsicht. „40 Prozent der Menschen aus dem Schizophreniespektrum könnten ohne Neuroleptika behandelt werden“, sagt er. „Wir geben Neuroleptika viel zu oft, in zu hohen Dosierungen und in wissenschaftlich nicht evidenten Kombinationen.“

Dazu gehört die Gabe dieser Mittel an Kinder, die gar keine Psychose haben. Ihr Konsum steigt, weil die Ärzte die Mittel zunehmend auch Schülern mit einer „Störung mit oppositionellem Trotzverhalten“ verabreichen, was mit Streiten, Ärgern und Verweigern verbunden ist.

„Es gibt wohl kaum ein Kind, das nicht einige der recht ungenau beschriebenen Verhaltensweisen im Alter zwischen drei und zwölf Jahren aufweist“, sagt der Psychiater Asmus Finzen, der die Zunahme der Antipsychotika-Verordnungen einen „Skandal“ nennt.



Den Kindern drohten nicht nur bleibende Schäden im Gehirn, sondern auch im Stoffwechsel, wie Ärzte im renommierten Fachblatt „Jama“ warnten. Erstmals hatten sie erforscht, wie sich der Körper verändert, wenn Menschen im Alter von 4 bis 19 Jahren Neuroleptika schlucken müssen.

An ihrer Studie nahmen 272 Schüler aus einem bürgerlichen Viertel New Yorks teil, die zwar eine psychiatrische Diagnose hatten, aber noch nicht mit Neuroleptika behandelt worden waren. Den meisten verordneten die Forscher zwölf Wochen lang ein gängiges Medikament (Aripiprazol, Olanzapin, Quetiapin oder Risperidon), 15 Kinder waren in der Vergleichsgruppe ohne Medikamente.

Das erschreckende Ergebnis: Die Medikamente bewirkten, dass die Kinder und Jugendlichen beträchtliche Fettpolster ansetzten. Die durchschnittliche Zunahme an Körpergewicht hing vom Medikament ab und schwankte von 4,4 Kilogramm (Aripiprazol) bis 8,5 Kilogramm (Olanzapin). Während die Mitglieder in der Kontrollgruppe dünn blieben, legten die meisten Pillenschlucker mehr als sieben Prozent ihres Ausgangsgewichts zu.

Die jüngsten Patienten der Psychiatrie könnten ein Leben lang an den Folgen der Neuroleptika leiden. Denn das von diesen ausgelöste Dickenwachstum kann Auswirkungen bis ins Erwachsenenalter haben. Dann drohen ihnen Fettsucht, eine erhöhte Sterblichkeit durch Herz- und Gefäßerkrankungen sowie eine Anfälligkeit für Krebsleiden.

ter und Autor Daniel Carlat. „Gemeinhin halten wir Krankheiten für eine Ansammlung von Symptomen mit klaren biologischen Ursachen“, schreibt er in seinem Buch „Unhinged“*. Das sei aber nur die halbe Wahrheit. „Sie sind zwar Ansammlungen von Symptomen – aber ohne eine klare biologische Ursache.“

Auch im DSM-5 wird keine Diagnose stehen, die auf einem allgemein anerkannten neurobiologischen Test beruht. Daran erinnern Kritiker wie Jerome Wakefield von der New York University. Seelische Probleme würden als biologische Krankheiten dargestellt, sagt er, die wichtige Rolle der Umwelt dagegen werde sträflich vernachlässigt.

Wer etwa beim Bergsteigen den Halt verliert, ins Seil fällt und schwitzt und schreit, der zeigt die gleichen Symptome wie ein Mensch mit Panikstörung.

Der Bergsteiger ist deshalb nicht krank, vielmehr hat sein Körper eine ganz normale Schreckreaktion gezeigt. Wer dagegen beim Bummel über den Marktplatz unvermittelt zu zittern beginnt, nach Luft ringt und Schmerzen in der Brust spürt, der leidet definitionsgemäß an einer Panikstörung.

Nicht die Krankheitsanzeichen unterscheiden also das Normalsein vom Irresein, vielmehr tun dies die äußeren Umstände. Dennoch basiere das DSM-System vor allem auf den Symptomen – und blende Umwelt wie auch soziale Umstände aus, kritisiert Wakefield. Und genau aus diesem Grund gebe es auch so viele falsch positive Befunde: Ärzte ließen sich allein von den Symptomen leiten und diagnostizierten Geisteskrankheiten, wo gar keine seien.

Die „Primäre Insomnie“ ist ein Beispiel. Im DSM-IV ist sie beschrieben als „die Beschwerde über Ein- bzw. Durchschlafschwierigkeiten oder über nicht erholsamen Schlaf mit einer Dauer von mindestens einem Monat (Kriterium A), die in klinisch bedeutsamer Weise zu Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder in anderen wesentlichen Funktionsbereichen führt (Kriterium B)“.

Doch nach Umwelteinflüssen fragen diese Kriterien nicht – und so bleibt einer der häufigsten Gründe für Schlafstörungen im DSM-IV unerwähnt: Lärm.

Millionen Menschen in Deutschland, deren Schlafzimmer in Einflugschneisen, an Bahntrassen oder Durchgangsstraßen liegt, erfüllen auf dem Papier die Kriterien einer Geisteskrankheit – über diesen Nonsens dürften Lärmopfer tatsächlich verrückt werden.

In anderen Fällen deutet das Klassifikationssystem angeborene Verhaltensweisen in krankhafte Zustände um. Ein Beispiel dafür ist die Schüchtern-

* Daniel Carlat: „Unhinged“. Free Press, New York; 272 Seiten; 25 Dollar.

heit. „Soziale Phobie“, heißt sie im DSM-IV, eine „ausgeprägte und anhaltende Angst vor sozialen oder Leistungssituationen, in denen Peinlichkeiten auftreten können“.

Schüchternheit kann krankmachende Züge annehmen, niemand bestreitet das. Allerdings wird eine soziale Phobie am häufigsten deshalb diagnostiziert, weil der betreffende Mensch öffentliches Sprechen fürchtet – doch genau dieses Unbehagen ist Evolutionsmedizinern zufolge im Gehirn verdrahtet.

Einst barg öffentliches Sprechen große Gefahren. Wer beim Palaver am Lagerfeuer den falschen Ton anschlug und andere beleidigte, der musste um sein Leben fürchten. „Deshalb scheint ein Grad von Besorgnis über solche Situationen ein Teil von uns zu sein“, sagt Wakefield, „und für viele Menschen ist er nicht leicht zu überwinden oder zu ‚löschen‘.“ Sogar erfahrene Moderatoren und Theaterschauspieler können dieses evolutionäre Erbe nicht besiegen. Sie sind aber nicht seelisch krank – sie haben Lampenfieber.

Das DSM-5 könnte das Problem von falsch positiven Diagnosen verschärfen. Der Grund: Nunmehr können Leiden auch danach beurteilt werden, wie stark einzelne Symptome ausgeprägt sind – wodurch die Grenze zwischen krank und gesund noch stärker verwischt.

Beispiel Depression: Bisher musste ein Psychiater fünf von neun Symptomen erkennen, um die Diagnose stellen zu können. Diese Kriterien werden nun aufgeweicht. Psychiater müssen sich laut DSM-5 nicht mehr streng an fünf Kriterien halten. Wenn sie finden, ein bestimmter Mensch erfülle zwar nicht alle Bedingungen, leide aber besonders schwer, dann können sie ihm eine Major Depression bescheinigen.

Auch die Definition der Suchterkrankung wird offenbar gelockert. Der Hang zum Glücksspiel ist zwar nicht an eine Substanz gebunden, jedoch wird er erstmals wie die Alkoholsucht und die Tablettenabhängigkeit als Suchtkrankheit eingestuft. Das stete Verlangen nach körperlichem Kontakt („hypersexuelle Störung“) dagegen hat das Rennen nicht gemacht.

Der Heißhunger wiederum wird sein Debüt als Krankheit geben. Die Fressattacken-Störung („Binge Eating Disorder“) soll jene betreffen, die nicht kontrollieren können, wie viel oder wie schnell sie essen. Um als krank zu gelten, müssen diese Attacken jede Woche mindestens einmal auftreten, und das über einen Zeitraum von drei Monaten.

Das „Trauerjahr“ schließlich mag dem Volksmund geläufig sein, weil es die Leute stets als normal empfunden haben, wenn ein Mensch viel Zeit brauchte, um den Verlust eines nahen Angehörigen zu verwinden. Diese Frist, im DSM-IV bereits auf zwei Monate begrenzt, hat die zuständige Arbeitsgruppe nun verkürzt, auf zwei Wochen.

Wer also 14 Tage nach dem Tod eines Verwandten noch schwer niedergeschlagen ist, der kann als geisteskrank eingestuft werden – und darf deshalb mit Antidepressiva behandelt werden. Sieben von den elf verantwortlichen DSM-Autoren sind finanziell mit pharmazeutischen Firmen verbandelt. Ihr Votum dürfte bei manchen Unternehmen das Gegenteil von Trauer auslösen.

Auch zerstreute Menschen laufen Gefahr, zu Patienten zu werden. Als „hyperkinetische Reaktion des Kindesalters“ stand fahrig-zappeliges Verhalten 1968 erstmals im Manual. Unter der heute gebräuchlichen Bezeichnung ADHS hat es Karriere gemacht. Inzwischen hat in jeder Grundschulklasse Deutschlands durchschnittlich ein Kind die Diagnose.

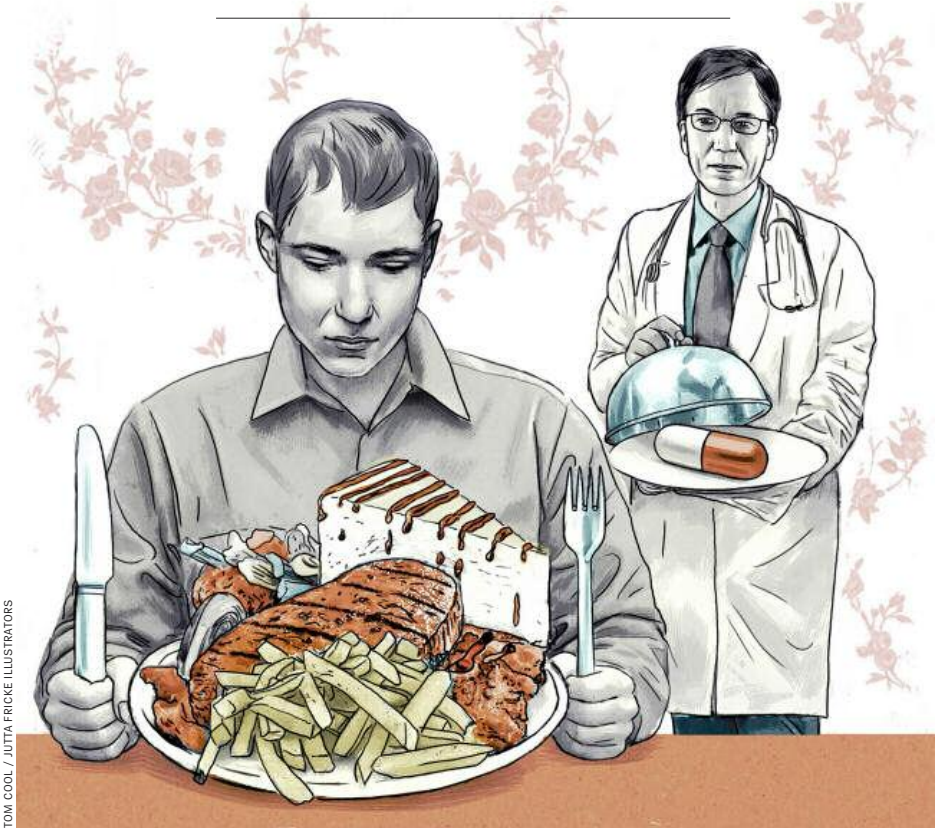
So ist es üblich geworden, dass Schulkinder Psychopillen bekommen. Der Verbrauch des Wirkstoffs Methylphenidat gegen ADHS explodiert in Deutschland: 1993 wurden 34 Kilogramm dieses Arzneimittels in Apotheken umgeschlagen, 2011 waren es 1791 Kilogramm.

Nun droht eine neue ADHS-Epidemie. Das Syndrom soll im DSM-5 erstmals als Entwicklungsstörung des Nervensystems geführt werden, wodurch ADHS wie eine Erkrankung mit hirnorganischer Ursache erscheint. Damit entfällt die Altersbeschränkung. Das Leiden kann fortan nicht wie bisher nur bei Schülern diagnostiziert werden, sondern bei Menschen jeden Alters – der Zappelphilipp wird erwachsen. Das berge, heißt es in der Petition gegen das DSM-5, ein „hohes Risiko dafür, die bestehende Medikalisierung und Überdiagnostik dieser Störungskategorie zu verschlimmern“.

Unterdessen entstehen neue Arten von psychischen Kinderkrankheiten. Der Anteil der Kleinen, die angeblich an einer „bipolaren Störung“ leiden, ist in den Vereinigten Staaten seit 2000 um mindestens das Vierfache gestiegen. Die Kinder sind mal wie aufgedreht (manische Phase), mal betrübt (depressive Phase). Die Diagnose stellen Mediziner und Psychologen aber oft anhand der Schulleistungen, nach dem Motto: Wenn das Kind in der Klasse nicht mitkommt, dann schwankt seine Stimmung wohl zu stark. Die Kinder bekommen Medikamente, von denen niemand weiß, wie sie auf das sich noch ausprägende Gehirn wirken (siehe Kasten Seite 116).

„BINGE EATING“-STÖRUNG

Neigung, in kurzen Zeiträumen ungewöhnlich große Mengen Nahrung zu verzehren. Heißhunger äußert sich in „Fressanfällen“, die unter anderem zu Völlegefühl und zu Sorgen über das Körpergewicht führen.



TOM COOL / JUTTA FRICKE ILLUSTRATORS

Auf dem Markt der seelischen Kinderkrankheiten sei aber noch Platz, findet Ellen Leibenluft, eine Psychiaterin vom US-amerikanischen National Institute of Mental Health in Bethesda und Mitglied der DSM-Arbeitsgruppe „Störungen in Kindheit und Jugend“. Auf einem der ersten Treffen der Gruppe 2008 hielt Leibenluft einen Vortrag über übellaunige Kinder, die leicht reizbar seien und zu Wutausbrüchen neigten. Anders als Kinder mit bipolarer Störung hätten sie allerdings nicht so heftige Stimmungsschwankungen. Leibenluft, die selbst zwei normale Söhne hat, schlug die Definition einer neuen Krankheit vor, die vor dem zehnten Geburtstag zu diagnostizieren sei. „Severe Mood Dysregulation“, die schwere Launen-Fehlregulation.

Schon in Leibenlufts Arbeitsgruppe kamen Fragen auf. Rechtfertigten die beschriebenen Verhaltensweisen wirklich eine neue Krankheit? War es nicht eher eine Spielart der bereits bestehenden „Störung mit oppositionellem Trotzverhalten“? Oder handelt es sich nur um Ausprägungen der normalen Trotzphase?

Zwei Jahre lang ging der Streit, bei dem Leibenluft sich zurückgehalten haben will. „Ich war keine Befürworterin und keine Gegnerin“, sagt sie. „Ich habe mich eher als wissenschaftliche Beraterin verstanden.“ Nach vielen Abstimmungen habe man beschlossen, den betreffenden Kindern eine „Heimat“ im DSM-5 zu geben. Temperament-Fehlregulationsstörung („Temper Dysregulation Disorder“) sollte der Name sein.

Als das bekanntwurde, protestierten sofort die Eltern von schwierigen Kindern. Der Krankheitsname sei zu harmlos, als wären die Kinder bloß aufbrausend, wo sie doch eine schwere Hirnstörung hätten. Daraufhin erfand das DSM-Komitee einen Begriff, der mehr nach Medizin klang und sich auch gut abkürzen ließ. Die disruptive Launenfehlregulationsstörung, „Disruptive Mood Dysregulation Disorder“, kurz: DMDD. Leibenluft zufolge erkranken 3,2 Prozent der Kinder daran.

Neuzugänge wie dieser könnten dazu beitragen, das Heer der psychischen Patienten weiter zu vergrößern. 27 Prozent der Einwohner der Europäischen Union erkranken im Laufe eines Jahres an einer psychischen Störung, hieß es in einer Studie aus dem Jahr 2005. Fünf Jahre später überarbeitete man die Daten und rechnete diesmal Schlafstörungen, ADHS und andere Probleme hinzu – prompt schnellte der Anteil der seelisch gestörten Bürger auf 38 Prozent empor.

Parallel dazu steigen die Kosten: Unter Versicherten der Techniker Krankenkasse haben sich die Ausgaben fürs Krankengeld nach psychischen Diagnosen seit 2006 fast verdoppelt; und die Zahl der Antidepressiva-Verordnungen bei Erwerbstätigen hat sich seit 2000 sogar fast verdreifacht.

Dieser Anstieg offenbart auch, wie empfänglich Menschen für seelische Diagnosen geworden sind. „Anders als bei einem gebrochenen Knochen lässt sich bei der seelischen Gesundheit nicht immer klar definieren, was krank und was gesund ist“, sagt Jens Baas, Chef der Techniker Krankenkasse. „Die Grenzen sind fließend. Es gibt auch psychische Beschwerden, die Menschen belasten, aber nicht unbedingt einer Diagnostik oder einer Behandlung bedürfen.“

Tatsächlich finden Forscher wie der Epidemiologe Dirk Richter und der Psychiater Thomas Reker keine Belege für eine Zunahme seelischer Krankheiten. Auch die Stiftung Deutsche Depressionshilfe bezweifelt die landläufige Annahme, Depressionen hätten deutlich zugenommen.

Hinter dem Anstieg der Diagnosen stecke vielmehr ein neuer Umgang mit den Fährnissen des Lebens, sagt einer der erfahrensten Psychiater des Landes, Klaus Dörner, 79. Seine Kollegen hätten es geschickt verstanden, soziale Probleme als psychische Krankheiten zu deuten. „Und die Menschen nehmen das gern an“, sagt Dörner. „Auch wenn ihre Befindlichkeitsstörungen nicht besser werden, so haben sie doch ein Erklärmuster.“

Die vom Psychiater Michael Linden beschriebene posttraumatische Verbitterungsstörung hat gewiss das Zeug dazu. Allein: Die DSM-Autoren haben das von ihm entdeckte Neuland für nicht tragfähig befunden.

Fragt man den Dresdner Hans-Ulrich Wittchen nach der Verbitterungsstörung, huscht Schadenfreude über sein Gesicht. „Linden zeigt, dass der Prozess, über den Menschen eine psychische Störung ausdrücken, manchmal über etwas läuft, das wir als Verbitterung bezeichnen können“, sagt er. „Das ist nicht genug, um daraus eine eigene Diagnose machen zu können.“

Fünf Wochen hat Gabriele Müller im Reha-Zentrum in Teltow verbracht. Dort habe man sich endlich für ihre Probleme interessiert. „Ich glaube aber nicht, dass ich irgendeine Störung im Gehirn habe“, sagt sie.

Das Psychopharmakon, das ihr die Ärzte verschrieben haben, schluckt Gabriele Müller nicht. Ihre Verbitterung sei anders heilbar, sagt sie: „Die beste Therapie wäre doch, ich würde eine Arbeit finden.“

Jörg Blech

TOM COOL / JUTTA FRICKE ILLUSTRATORS

EINFACHE TRAUER

Reaktion auf den Tod eines geliebten Menschen mit Symptomen wie Traurigkeit, Schlafstörungen und Gewichtsverlust.
Der Betroffene betrachtet seine Stimmung typischerweise als „normal“.
Dauer und Ausdrucksform der Trauer sind kulturell beeinflusst.

Video: Nervenarzt Andreas Heinz über die Flut neuer Geisteskrankheiten

spiegel.de/app42013psychiatrie
oder in der App DER SPIEGEL