

«Wir machen aus der Kindheit eine Krankheit»

Allen Frances war lange Jahre der wohl einflussreichste Psychiater in den USA. Nun hat er sich gegen seine Zunft gewandt: Die Diagnose und die Behandlung psychischer Störungen seien oft eine ineffiziente und unfaire Art, mit sozialen Problemen umzugehen

Interview: Patrick Imhasly und Theres Lüthi NZZ am Sonntag: Im vergangenen Jahr haben in der Schweiz zwei Topmanager Suizid begangen: der CEO der Swisscom sowie der Finanzchef der Zürich-Versicherung. Ist der Druck in unserer Arbeitswelt zu gross?

Allen Frances: Suizid ist absolut unberechenbar. Was man weiss, ist, dass in bestimmten Regionen oder Ländern die Suizidraten mit Brüchen in der sozialen Struktur zu tun haben. Aufgrund des Suizids von zwei Managern würde ich mich aber nicht zur Aussage versteigen, dass der Druck auf diese Berufsgattung generell zu gross ist.

Burnout in der Arbeitswelt ist aber hierzulande ein Dauerthema – fast jeder kennt einen Betroffenen.

Die Geschichte von psychiatrischen Diagnosen ist voll von Modeerscheinungen. Manche von ihnen sind aus dem Nichts entstanden, haben sich wie Epidemien verbreitet und sind dann wieder verschwunden. Offensichtlich leiden in der Schweiz und in Deutschland viele Menschen unter einem Burnout. Aber stellen Sie sich vor, wie es den Jägern und Sammlern vor 100 000 Jahren erging – sie wussten nie, ob sie etwas zu essen finden oder selbst gefressen werden. Die Vorstellung, wonach unser heutiges Leben stressiger als alles ist, was unsere Vorfahren erlebten, scheint mir übertrieben. Es gab übrigens vor 150 Jahren eine andere Epidemie, die dem Burnout sehr ähnlich ist.

Welche?

Man nannte die Krankheit Neurasthenie. Man stellte sich damals vor, dass sie durch Energieverlust und eine Art Nervenschwäche ausgelöst wurde – als Reaktion auf die veränderten Lebensbedingungen im Zeitalter der Industrialisierung. Menschen, die es gewohnt waren, draussen zu arbeiten, mussten plötzlich in Fabriken stehen. Dieser Umstand soll bei ihnen – ähnlich wie beim Burnout – verschiedene körperliche Symptome ausgelöst haben. Die Neurasthenie verschwand, als Sigmund Freud aufkam.

Was können wir aus Aufstieg und Fall dieser vermeintlichen Krankheit lernen?

Wie stressig der Job von Managern und überhaupt Arbeitnehmern auch sein mag, man sollte diesen Stress nicht überbewerten im Vergleich zu dem, was unsere Vorfahren erlebt haben oder die Menschen in anderen Gegenden dieser Welt

noch heute erleben. Denken Sie an die Menschen in Syrien oder im Irak: Wenn man in der entwickelten Welt über Burnout spricht, kommt das dem Luxus gleich, dass man sich nicht Gedanken darüber machen muss, noch am gleichen Tag getötet zu werden.

Warum ist Burnout nur in Europa, nicht aber in den USA ein Thema?

In den USA haben wir unsere eigenen psychiatrischen Modeströmungen.

Welche?

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS), Autismus, die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) oder die bipolare Störung [früher bekannt als manisch-depressive Erkrankung, die Red.]. In den USA ist das DSM – ein Handbuch zur Diagnose psychischer Störungen – einflussreicher als in Europa. Die Amerikaner beschreiben psychische Nöte deshalb häufiger in der DSM-Sprache. Wer in Europa ein Burnout hat, dem würde in den USA wahrscheinlich eine klinische Depression diagnostiziert.

Unter welchen psychischen Störungen leiden denn die Asiaten?

In Korea und Japan haben 3 bis 5 Prozent der jungen Männer «Hikikomori». Dieses Phänomen setzt in der Adoleszenz ein und dauert oft bis zu einem Alter von dreissig. Die Betroffenen ziehen sich vollständig aus der Gesellschaft zurück. Sie sperren sich in ihrem Zimmer ein und spielen Tag und Nacht Computer Games. Sie essen nur in ihrem Zimmer und brauchen einen Nachttopf, weil sie nicht einmal auf die Toilette gehen. Nach westlichen Massstäben leiden diese jungen Männer wahrscheinlich an einer Kombination von Sozialpho-

bie und Internetsucht. Das Phänomen stellt ein grosses Problem für die öffentliche Gesundheit dar und entzieht der Wirtschaft wichtige Arbeitskräfte.

Warum spielen kulturelle Umstände in der psychiatrischen Diagnose eine dermassen wichtige Rolle?

Psychiatrische Störungen sind nicht einfache und klar definierte Krankheiten. Vielmehr handelt es sich bei ihnen um Konstrukte – um Versuche, bestimmte Verhaltensweisen zu erklären. Diese Konstrukte können mehr oder weniger nützlich sein, wenn es darum geht, den Verlauf einer Störung vorherzusagen oder eine Behandlung zu finden. Schizophrenie ist nicht eine Krankheit, es gibt Hunderte von Schizophrenien. Ebenso wenig ist Fresssucht eine Krankheit – es ist eine Art, in der manche Ärzte unkontrolliertes Essverhalten beschreiben. Entscheidend bei einer psychiatrischen Störung ist, welche Medikamente sich in klinischen Versuchen bei ihrer Behandlung als wirksam erweisen.

Sind denn alle Psychiater davon überzeugt, dass psychische Störungen im Grunde genommen keine Krankheiten, sondern Konstrukte darstellen?

Bei der Erarbeitung des DSM-4 im Jahr 1994, wo ich den Vorsitz der entsprechenden Arbeitsgruppe hatte, legten wir auf diesen Punkt grossen Wert. Seit etwa 15 Jahren glauben jedoch immer mehr Psychiater, es gebe einfache biologische Erklärungen für die meisten Störungen. Doch diese Sichtweise ist zu simpel.

Nicht nur in den USA, sondern auch in Europa wird bei immer mehr Kindern ADHS diagnostiziert – weshalb?

Diese Frage will ich Ihnen mit einer kürzlich veröffentlichten Studie beantworten. In Kanada untersuchte man eine Million Kinder. Es hat sich gezeigt, dass der beste Indikator für das Auftreten von ADHS ist, ob ein Kind im Januar oder Dezember geboren wurde [in Kanada gehen die Kinder eines Jahrgangs bis und mit Geburtsmonat Dezember in dieselbe Schulklasse, die Red.]. Das jüngste Kind in einer Klasse hat eine zweimal so hohe Wahrscheinlichkeit, die Diagnose ADHS und die Behandlung dagegen zu erhalten, wie das älteste Kind, einzig weil es jünger ist. Wir machen aus der Kindheit eine Krankheit. Das führt mich zu einem weiteren wichtigen Punkt.

Nämlich?

Die Diagnose und die Behandlung einer psychischen Störung sind oft eine ineffiziente und unfaire Art, mit sozialen Problemen umzugehen. Wenn die Schulklassen zu gross sind, die Schulen Turnstunden abschaffen und die Kinder den ganzen Tag einsperren, dann erhalten die aktivsten und jüngsten unter ihnen die Diagnose ADHS, verbunden mit den entsprechenden Medikamenten. Die Pharmaindustrie macht damit einen Umsatz von fünf Milliarden Dollar. Mit diesem Geld würde man besser die Klassengrössen verkleinern und Turnlehrer einstellen. Manchmal ist es sinnvoller, ein Problem gesellschaftlich anzugehen, statt die Betroffenen zu Patienten zu machen. Dasselbe zeigt sich bei der posttraumatischen Belastungsstörung. Unter amerikanischen Soldaten ist PTBS zehnmal so häufig wie unter britischen – auch wenn beide Gruppen in der gleichen Region im Einsatz waren.

Wie erklären Sie sich diesen Unterschied?

In Grossbritannien erhalten die Soldaten nach ihrer Rückkehr aus Kriegsgebieten eine gute Übergangsbetreuung, mit dem Ergebnis, dass nur bei 2 Prozent von ihnen die Diagnose PTBS gestellt wird. In den USA werden die Soldaten in dieser Phase schlechter unterstützt, dafür erleichtert man ihnen den Zugang zu Fürsorgeleistungen. Dementsprechend beträgt die PTBS-Rate unter den US-Soldaten 20 Prozent. Ist eine medizinische Störung mit gewissen Vorteilen verbunden, steigen die Fallzahlen. So werden Phänomene medikalisiert, die man besser als soziale Probleme betrachten sollte.

Und was steckt hinter der Autismus-Epidemie?

Der Anteil von Menschen mit Autismus ist überall in der Welt dramatisch gestiegen. Diese Entwicklung hat teilweise damit zu tun, dass wir im DSM-4 das Asperger-Syndrom als mildere Form des Autismus aufnahmen. Damals dachten wir, die Autismus-Raten würden sich in der Folge verdreifachen. Tatsächlich haben sie in den USA um fast das Vierzigfache zugenommen. Im vergangenen Jahr hatte jeder 50. Amerikaner eine mehr oder weniger ausgeprägte Form von Autismus, bei den Südkoreanern ist jeder 38. betroffen.

Wie ist eine solche Entwicklung möglich?

Weist ein Schulkind in den USA die Diagnose Asperger-Syndrom auf, haben seine Eltern eher die Möglichkeit, es in eine kleinere Klasse versetzen zu lassen. Aber Autismus ist eine klinische und nicht eine bildungspolitische Diagnose. Entscheidungen in der Bildung sollten auf gesellschaftlicher Basis getroffen werden. Wir dürfen die Schule nicht medikalisieren.

2013 ist die neueste Version des Handbuchs zur Diagnose psychiatrischer Erkrankungen – das DSM-5 – erschienen, das Sie heftig kritisiert haben. Welche Krankheiten werden als neue Epidemien auftauchen?

Trauer wird zu einer klinischen Depression. Vergisst man ab und zu kleine Dinge, leidet man künftig unter einer leichten kognitiven Beeinträchtigung. Machen Sie sich Sorgen, weil Sie Krebs oder chronische Schmerzen haben, spricht man von einer Beeinträchtigung durch somatische Symptome. Kinder mit heftigen Wutanfällen leiden unter einer neuen Form von Stimmungsstörung, der DMDD – eine Abkürzung für den englischen Ausdruck Disruptive Mood Dysregulation Disorder. Und wer völlert, hat eine Fresssucht.

Beeinflusst die Pharmaindustrie die Definition von neuen Krankheiten?

Das ist umstritten. Etwa die Hälfte der Fachleute, die am DSM-5 mitarbeiteten, haben eine Verbindung zur Pharmaindustrie. Trotzdem handeln sie nicht aus finanziellen Interessen. Ich kenne diese Wissenschaftler. Mit ihren neuen Diagnosen wollen sie wirklich Patienten helfen, aber sie sind irreführt durch einen intellektuellen Interessenkonflikt: Der Weg zur Hölle ist gepflastert mit guten Absichten und schlechten, aber unbedachten Folgen. Wahrscheinlich würden die neuen Diagnosen in den Händen der Spezialisten funktionieren, aber sobald sie in die Welt gelangen und zu Marketingspielzeugen der Pharmaindustrie werden, geschieht weit mehr damit, als einmal die Absicht war. Der durchschnittliche Allgemeinpraktiker in den USA empfängt alle sieben Minuten einen Patienten und verfügt über relativ wenig Ausbildung in Psychiatrie. Solche Leute sind anfällig für die Empfehlungen von Pharmavertretern. Und man darf nicht vergessen, dass zumindest

in den USA 80 Prozent aller psychiatrischen Medikamente durch Hausärzte verschrieben werden.

Nimmt die Pharmaindustrie ihre Verantwortung zu wenig wahr?

Alle psychiatrischen Medikamente wurden ursprünglich durch Zufall entdeckt. Spätere Entwicklungen wirkten nicht etwa besser, sondern hatten höchstens etwas andere Nebenwirkungen – manchmal leichtere, manchmal aber auch schwerere. Und wenn bestimmte Nebenwirkungen von den Menschen eher toleriert wurden, wurde die Industrie mit den entsprechenden Präparaten sehr reich.

Zum Beispiel?

Die neuen Antipsychotika führen zu immensen Gewichtszunahmen, doch für die Betroffenen ist das oft weniger schlimm als das Zittern und die Versteifungen, die mit der Einnahme der ersten Wirkstoffe dieser Medikamentenklasse verbunden waren. Und dass die selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) zur Behandlung von Depressionen sexuelle Probleme auslösen können, ist für viele Patienten erträglicher als die schreckliche Mundtrockenheit oder die Verstopfungen nach dem Konsum der ersten Antidepressiva. Je leichter die Einnahme eines Medikaments ist, desto häufiger wird es auch verwendet.

Mit anderen Worten: Die Pharmaindustrie ist nicht wirklich daran interessiert, neue und bessere Wirkstoffe zur Behandlung von psychiatrischen Erkrankungen zu entwickeln.

Pharmafirmen kümmern sich nicht in erster Linie um das Wohl der Patienten, sondern sie dienen den Interessen ihrer Shareholder. Die grundlegende Funktion einer Pharmafirma besteht darin, Medikamente zum höchstmöglichen Profit an

möglichst viele Menschen zu verkaufen. Ist der Medikamenten-Markt für Erwachsene übersättigt, besteht das nächste Ziel darin, den Markt für Kinder auszubauen. Ist auch dieser übersättigt, kommt die Reihe an den Markt für die alten Menschen in den Pflegeheimen. Medikamente lassen sich am besten verkaufen, wenn man die Leute davon überzeugt, dass sie unter einer bestimmten Störung leiden – und indem man die Messlatte für das senkt, was eine psychische Beeinträchtigung überhaupt ausmacht.

Auch Sie waren mit der Pharmaindustrie verbandelt, als Sie noch als Psychiater aktiv waren.

Das stimmt. Wir erarbeiteten Richtlinien für die Praxis, die von Pharmafirmen finanziert wurden. Und in den universitären Abteilungen, wo ich tätig war, gab es immer umfangreiche Forschungsprojekte mit Geldern aus der Industrie.

Hatten Sie nie ein schlechtes Gefühl dabei?

Ich dachte, was wir machten, wäre sinnvoll. Wir erarbeiteten fachliche Kommentare zu den bestmöglichen Behandlungen, unsere Richtlinien erschienen mir vernünftig. Niemals versuchten die Firmen, unsere Arbeit zu beeinflussen, trotzdem würde ich mich im Rückblick nicht mehr darauf einlassen. Eigentlich dürfte die Industrie für die Medikamentenforschung gar nicht zuständig sein. Wenn Sie Autos zu beurteilen haben, dann fragen Sie auch nicht einen Ford-Verkäufer, wie gut ein Ford ist. Das heutige System gibt den Pharmafirmen eine riesige Macht bei der Kontrolle von Daten aus klinischen Studien.

Immerhin gibt es Bestrebungen, alle Daten aus solchen Studien öffentlich zu machen.

Das ist ein erster, guter Schritt. Es mag idealistisch tönen, aber was wir wirklich brauchen, sind unabhängige Medika-

mententests. Heute haben die Pharmafirmen die Kontrolle über das Studiendesign und die Datenanalyse, das führt zu gewaltigen Verzerrungen. Stattdessen sollte man Finanzierung und Durchführung von Studien voneinander entkoppeln. Das könnte man machen, indem man die Industrie für Studien besteuert, wobei die Studien selbst durch unabhängige Wissenschaftler durchgeführt und analysiert würden.

Wenn Sie zurückschauen: Wo hat die Psychiatrie in den vergangenen hundert Jahren die grössten Fortschritte gemacht?

Es ist uns gelungen, eine Reihe sehr wirksamer medikamentöser Behandlungen zu etablieren, ebenso gibt es heute eine beachtliche Anzahl wirksamer Psychotherapien. Und schaut man die wissenschaftliche Literatur an, so kann man sagen, dass die Psychiatrie etwas mehr Fortschritte erzielt hat als die Medizin als ganze Disziplin.

Welche Herausforderungen stellen sich der Psychiatrie in der Zukunft?

Meiner Ansicht nach muss das Ziel der Psychiatrie sein, sich auf die bestmögliche Art um die bedürftigen Patienten zu kümmern. Wir sollten viel mehr Gelder ausgeben, um die wirklich kranken Menschen behandeln zu können – jene mit mittelschweren und gravierenden psychischen Störungen. Heute verwenden wir zu viele Ressourcen für Probleme, die das gar nicht verdient haben. In Europa mag das weniger ausgeprägt sein, aber in den USA wurden in den vergangenen fünfzig Jahren eine Million psychiatrischer Betten geschlossen. Statt psychisch kranke Menschen in der Gemeinschaft adäquat zu behandeln, werden sie in Gefängnissen weggesperrt,

sobald sie straffällig werden. Diese Patienten werden auf eine barbarische Weise vernachlässigt.

«Gute Idee, unmöglich in der Durchführung»

Das DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) dient Psychiatern in den USA als Handbuch zur Diagnose von psychischen Leiden. Die darin aufgeführten Diagnosekriterien entscheiden über Therapien, Fördergelder, Strafmasse und Rentenansprüche. Über die im Mai 2013 erschienene fünfte Neuauflage (DSM-5) wurde im Vorfeld heftig gestritten. Kritisiert wurden vor allem die sinkenden Krankheitsschwellen. Denn damit würden, so der Vorwurf, immer mehr Gesunde zu psychisch Kranken gemacht.

Wer zum Beispiel nach dem Tod einer nahestehenden Person niedergeschlagen, antriebslos und unter Appetit- und Schlaflosigkeit leidet, erhält gemäss DSM-5 bereits nach zwei Wochen die Diagnose Depression. Beim DSM-4 war dies nach zwei Monaten, beim DSM-3 gar erst nach einem Jahr der Fall gewesen.

Die bedenklichste geplante Neuerung, die Allen Frances vor vier Jahren zum Wortführer der Kritiker werden liess, war das «Psychose-Risiko-Syndrom». Damit sollten Jugendliche, die gewisse Verhaltensauffälligkeiten wie Wahnvorstellungen oder wirres Reden an den Tag legten, frühzeitig identifiziert werden. «Gute Idee», sagt Frances, «unmöglich in der Durchführung.» Denn die wenigsten dieser Jugendlichen entwickelten tatsächlich eine Schizophrenie, die Fehlerquote liege bei 90 Prozent. «Damit würden 9 von 10 Jugendlichen falsch diagnostiziert, ihnen würde aber lebenslang ein Stigma anhaften», sagt Frances. Die Änderung konnte in letzter Minute abgewendet werden.

In Europa orientiert man sich bei der Diagnose von psychischen Leiden nicht am DSM, sondern am internationalen Klassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation, dem ICD-10. Das DSM-5 dürfte indes die Neuauflage des ICD beeinflussen, die 2015 fertiggestellt werden soll.

Theres Lüthi –

Vom Saulus zum Paulus

Allen Frances ist ein US-Psychiater und emeritierter Professor der Duke University. Er leitete jene Arbeitsgruppe, die 1994 die vierte Auflage des «Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders» (DSM-4) durchführte. Dieses Handbuch dient in den USA als Grundlage für die Diagnose psychischer Leiden. Im Vorfeld der 2013 veröffentlichten fünften Auflage (DSM-5) wechselte Frances die Seiten und kritisierte seine Berufskollegen heftig. Im Buch «Normal» prangerte er die Inflation psychiatrischer Diagnosen an. Jüngst referierte er am Gottlieb-Duttweiler-Institut in Rüschlikon, wo das Gespräch geführt wurde. (pim./tlu.)