

Peter C. Gøtzsche

# TÖDLICHE PSYCHOPHARMAKA UND ORGANISIERTES LEUGNEN



Wie Ärzte und Pharmaindustrie  
die Gesundheit der Patienten  
vorsätzlich aufs Spiel setzen

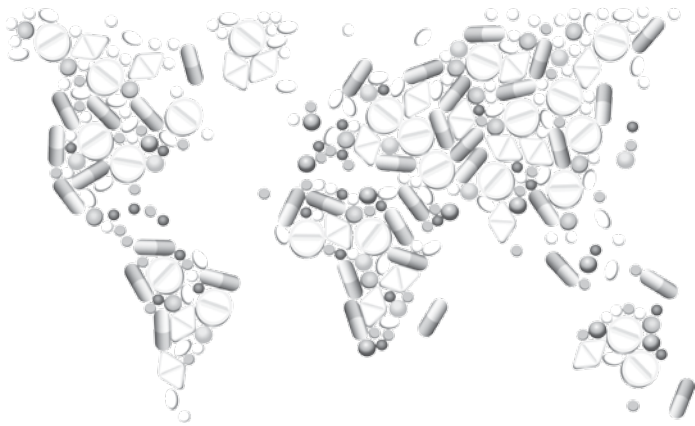
riva

Peter C. Gøtzsche

**TÖDLICHE  
PSYCHOPHARMAKA  
UND ORGANISIERTES  
LEUGNEN**

Peter C. Gøtzsche

# **TÖDLICHE PSYCHOPHARMAKA UND ORGANISIERTES LEUGNEN**



**Wie Ärzte und Pharmaindustrie  
die Gesundheit der Patienten  
vorsätzlich aufs Spiel setzen**

**riva**

**Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:**

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://d-nb.de> abrufbar.

**Für Fragen und Anregungen:**

[info@rivaverlag.de](mailto:info@rivaverlag.de)

1. Auflage 2016

© 2016 by riva Verlag, ein Imprint der Münchner Verlagsgruppe GmbH,  
Nymphenburger Straße 86  
D-80636 München  
Tel.: 089 651285-0  
Fax: 089 652096

© der Originalausgabe Peter C. Gøtzsche og People's Press, København 2015  
Die Originalausgabe erscheint 2015 unter dem Titel *Deadly Psychiatry and Organised Denial*.

Alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung sowie der Übersetzung, vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (durch Fotokopie, Mikrofilm oder ein anderes Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme gespeichert, verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Übersetzung: Martin Rometsch  
Redaktion: Matthias Michel  
Umschlaggestaltung: Stephanie Druckenbrod  
Umschlagabbildung: Shutterstock/Peter Herman Furian; Shutterstock Gordan  
Satz: Daniel Förster, Belgern  
Druck: GGP Media GmbH, Pößneck  
Printed in Germany

ISBN Print 978-3-86883-756-8  
ISBN E-Book (PDF) 978-3-95971-005-3  
ISBN E-Book (EPUB, Mobi) 978-3-95971-006-0

Weitere Informationen zum Verlag finden Sie unter

**[www.rivaverlag.de](http://www.rivaverlag.de)**

Beachten Sie auch unsere weiteren Verlage unter  
[www.muenchner-verlagsgruppe.de](http://www.muenchner-verlagsgruppe.de)

# Inhalt

<b>1 Einführung</b> .....	11
Silberrücken in Großbritannien und das organisierte Leugnen der Psychiatrie .....	15
<b>2 Was bedeutet es, psychisch krank zu sein?</b> .....	25
An geisteskranken Orten geistig gesund sein .....	29
Die Dämonen greifen an .....	32
Es werde eine Störung .....	33
Psychopharmaka führen zu vielen Fehldiagnosen .....	40
Die Industrie der Wohltaten .....	42
Patienten sind keine Konsumenten .....	43
Weitere komische und erfundene Diagnosen .....	44
<b>3 Depression</b> .....	47
Screening auf Depression .....	47
Antidepressiva helfen nicht bei Depression .....	52
Andere schwere Fehler in placebokontrollierten Studien .....	59
Das furchtbare Medikament Fluoxetin und Bestechung in Schweden .....	60
Schäden durch Antidepressiva werden geleugnet oder heruntergespielt .....	63
Die FDA schützt Eli Lilly .....	66
Erhebliche Untererfassung von Suiziden in randomisierten Studien .....	70
Die FDA-Metaanalyse zu Suiziden in Studien mit 100 000 Patienten ist extrem fehlerhaft .....	73
Ein weiterer schmutziger Trick: Statt Patienten werden Patientenjahre zugrunde gelegt .....	85
Fallgeschichten zu Suiziden bei Patienten, die SSRI einnahmen ..	86
Akathisie trägt die Hauptschuld .....	100
Lundbeck: Unsere Medikamente schützen Kinder vor Suizid ....	103
Völlig irreführende Beobachtungsstudien zu Suiziden .....	105

Durch Antidepressiva verursachte Tötungsdelikte . . . . .	113
Die Pillen, die Ihr Sexualeben zerstören . . . . .	120
Schädigung des Fetus . . . . .	122
GlaxoSmithKline lügt und betrügt . . . . .	125
Test 329 zu Paroxetin bei Kindern und Jugendlichen . . . . .	128
Die STAR*D-Studie, ein Fall von Verbraucherbetrug? . . . . .	130
<b>4 Angst</b> . . . . .	135
Schlaftabletten . . . . .	138
<b>5 ADHS</b> . . . . .	141
ADHS bei Kindern . . . . .	141
ADHS bei Erwachsenen . . . . .	147
ADHS-Medikamente . . . . .	150
ADHS-Medikamente für Kinder . . . . .	151
ADHS-Medikamente für Erwachsene . . . . .	156
Schäden durch ADHS-Medikamente . . . . .	157
<b>6 Schizophrenie</b> . . . . .	161
Menschliche Versuchskaninchen in Amerika . . . . .	165
Chemische Lobotomie . . . . .	167
Studien zu Schizophreniemedikamenten . . . . .	171
Antipsychotika töten viele Menschen . . . . .	180
Eine Patientengeschichte . . . . .	183
Antipsychotika werden gepusht . . . . .	185
Eli Lillys Verbrechen mit Olanzapin . . . . .	188
Stigmatisierung . . . . .	192
Stimmen hören . . . . .	193
<b>7 Die bipolare Störung</b> . . . . .	195
»Stimmungsstabilisatoren« . . . . .	199
Die Erfahrung eines jungen Mannes . . . . .	201
<b>8 Demenz</b> . . . . .	203
Wir machen Menschen mit Psychopharmaka dement . . . . .	211

<b>9 Elektroschocks</b> .....	213
<b>10 Psychotherapie und Bewegung</b> .....	219
Psychotherapie bei Angst und Depression .....	221
Psychotherapie bei Zwangsstörungen .....	224
Psychotherapie bei Schizophrenie .....	226
Bewegung .....	232
<b>11 Was geschieht im Gehirn?</b> .....	235
Psychopharmaka wirken nicht »gegen« etwas .....	235
Genetische Studien und Transmitterforschung .....	240
Chronische Hirnschäden .....	242
Abhängigkeit von Psychopharmaka .....	247
Arzneimittelbehörden, der verlängerte Arm der Industrie .....	250
Arzneimittelabhängigkeit wird oft als Rückfall fehlgedeutet .....	252
Der Unsinn vom chemischen Ungleichgewicht .....	258
<b>12 Das Absetzen von Psychopharmaka</b> .....	263
Die schlimmste Arzneimittelerpidemie aller Zeiten .....	263
Wie soll man vorgehen? .....	267
<b>13 Organisiertes Verbrechen, Korruption bei Menschen und in der Wissenschaft und andere Übel</b> .....	275
Lundbecks immergrünes Citalopram .....	282
Die Fantasiewelt der Psychiatrie .....	284
Eine dänische Hexenjagd .....	287
Vortragsreise in Australien .....	294
Die Psychiatrie ist keine evidenzbasierte Medizin .....	298
Können wir die Psychiatrie reformieren oder brauchen wir eine Revolution? .....	301
<b>14 Tödliche Psychiatrie und Sackgassen</b> .....	305
Der Zusammenhang zwischen Psychopharmaka und Tötungsdelikten .....	308
Wie wenig Medikamente brauchen wir? .....	312
Wie viele Menschen sterben durch Psychopharmaka? .....	317

<b>15 Zwangsbehandlung und zwangsweise Unterbringung müssen verboten werden</b> .....	323
Menschenrechte in Europa .....	324
Zwangsbehandlung .....	325
Patientenrechte .....	326
Meine Kommentare .....	328
Zwangsbehandlung muss verboten werden .....	334
Die Vereinten Nationen verbieten Zwangsbehandlung und zwangsweise Unterbringung .....	345
Liebe Luise .....	349
<b>16 Was können Patienten tun?</b> .....	365
<b>17 Was können Ärzte tun?</b> .....	371
<b>18 Nützliche Webseiten</b> .....	377
<b>Danksagung</b> .....	379
<b>Über den Autor</b> .....	381
<b>Abkürzungen</b> .....	383
<b>Literaturnachweise</b> .....	385
<b>Register</b> .....	425









## Einführung

Die Psychiatrie ist kein einfaches Fachgebiet. Sie erfordert eine Menge Geduld und Verständnis und es kommt zu vielen Enttäuschungen. Ich bin mir sicher, dass Psychiater manchmal frustriert über Patienten sind, die nicht aufhören, ihr eigenes Leben zu zerstören, und sich weigern, die ihnen gegebenen guten Ratschläge zu befolgen, damit sie ihre Einstellung zu den vielen Problemen des Lebens verbessern können.

In diesem Buch geht es jedoch nicht um die Probleme der Psychiater. Es widmet sich der Frage, warum es der Psychiatrie nicht gelungen ist, das zu geben, was die Patienten wollen, und welche Folgen es hat, wenn sie sich auf die Anwendung schädlicher Medikamente von fragwürdigem Nutzen konzentriert. Die meisten Patienten sprechen nicht auf die Arzneimittel an, die sie bekommen, und leider führt die Enttäuschung der Psychiater über mangelnde Fortschritte oft zur Verordnung weiterer Medikamente oder höherer Dosen, was den Patienten noch mehr schadet.

*Psychopharmaka sind so schädlich, dass sie in den Vereinigten Staaten und Europa jedes Jahr mehr als eine halbe Million Menschen im Alter von 65 Jahren und darüber töten (siehe Kapitel 14). Das macht sie zur dritthäufigsten Todesursache nach Herzkrankheiten und Krebs.*

Ich glaube, Psychiatriepatienten fürchten nichts mehr als Zwangsbehandlungen. Das ist ein wichtiger Grund dafür, dass ein enger Kontakt mit der psychiatrischen Therapie die Zahl der Suizide deutlich erhöht (siehe Kapitel

15). Ich werde erklären, warum Zwangsbehandlung unethisch ist und verboten werden muss, und ich werde zeigen, dass die Psychiatrie ohne sie auskommt.

Viele Psychopharmaka erhöhen nicht nur die Gesamtsterblichkeit, sondern auch das Risiko für Suizid und Tötungsdelikte, und keine Arzneimittelbehörde der Welt hat ein Medikament zur *Prävention* von Suiziden zugelassen. Lithium ist eine Ausnahme, da es möglicherweise die Zahl der Suizide senkt (siehe Kapitel 7). Ein weiteres Problem, das ich aufgreife, ist die Verbreitung von Überdiagnosen und Überbehandlungen. Es werden enorm viele Überdiagnosen gestellt, und wenn Sie erst einmal eine psychiatrische Diagnose erhalten haben, wird alles, was Sie tun oder sagen, verdächtig, weil Sie nun unter Beobachtung stehen – was bedeutet, dass die erste, vielleicht vorläufige Diagnose allzu leicht zu einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung wird (siehe Kapitel 2).

Ich glaube, wir könnten die derzeitige Verordnung von Psychopharmaka um 98 Prozent senken und gleichzeitig die geistige Gesundheit der Menschen verbessern und ihre Lebenserwartung erhöhen (siehe Kapitel 14). Der wichtigste Grund für die heutige Arzneimittelkatastrophe liegt darin, dass führende Psychiater der Pharmaindustrie erlauben, ihr Fachgebiet und sie selbst zu korrumpieren. Dieses Buch habe ich vor allem für die Patienten geschrieben, besonders für jene, die verzweifelt versuchen, von ihren Medikamenten loszukommen, aber bei ihren Ärzten auf Feindseligkeit und Arroganz stoßen. Ich werde erklären, wie es möglich ist, Medikamente nach und nach gefahrlos abzusetzen (siehe Kapitel 12).

Ich habe das Buch aber auch für junge Psychiater in der Ausbildung geschrieben, und zwar in der Hoffnung, dass es sie inspiriert, ihr Fachgebiet zu revolutionieren, was unbedingt notwendig ist. Ein Zeichen dafür, dass die Psychiatrie sich in einer tiefen Krise befindet, ist die Tatsache, dass mehr als die Hälfte der Patienten glaubt, ihre psychische Störung werde von einem chemischen Ungleichgewicht im Gehirn verursacht. Diese irriige Vorstellung geht auf ihre Ärzte zurück und das bedeutet, dass mehr als die Hälfte der Psychiater ihre Patienten belügt. Ich kenne keine anderen Fachärzte, die ihre Patienten belügen. Doch Psychiater belügen auch sich selbst und die Öffentlichkeit, und ich werde an vielen Beispielen zeigen, dass offizielle Erklärungen den Nutzen psychiatrischer Interventionen um das Fünf- bis Zehnfache übertreiben und die Schäden in etwa gleichem Umfang unter-

schätzen. Diejenigen an der Spitze der Hierarchie nenne ich »Silberrücken« – weil es fast nur Männer sind und sie sich wie die Gorilla-Silberrücken im Urwald benehmen, die anderen den Zugang zur Macht versperren, wofür sie in der Natur mit der leichten Verfügbarkeit von Weibchen belohnt werden und in der Psychiatrie mit Geld und Ansehen. Diese Silberrücken leiden an kollektivem, organisiertem Leugnen. Sie weigern sich, die von ihnen angeordneten Schäden wahrzunehmen, selbst wenn die Beweislage überwältigend ist. Zudem haben sie etliche Mythen und Irrtümer zusammengetragen, die sie stur verteidigen, obwohl sie den Patienten sehr schaden. Einige der schlimmsten – die ich in diesem Buch entlarven werde – sind:

- Psychiatrische Diagnosen sind zuverlässig.
- Die Stigmatisierung wird verringert, wenn man Patienten eine biologische oder genetische Erklärung für ihre psychische Krankheit gibt.
- Die Anwendung von Psychopharmaka spiegelt die Zahl der Menschen mit psychischen Störungen wider.
- Im Gehirn von Menschen mit psychischen Störungen herrscht ein chemisches Ungleichgewicht, das Psychiater mit Medikamenten beheben können, so wie Endokrinologen Diabetes mit Insulin behandeln.
- Eine Langzeitbehandlung mit Psychopharmaka ist gut, weil sie ein Wiederaufflammen der Krankheit verhindert.
- Eine Behandlung mit Antidepressiva führt nicht zu Abhängigkeit.
- Die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Antidepressiva schützt vor Suizid.
- Depression, ADHS und Schizophrenie führen zu Gehirnschäden.
- Medikamente können Gehirnschäden verhindern.

Außerdem werde ich erklären, wie ich zu dem Schluss gekommen bin, dass die psychiatrische Forschung überwiegend eine Pseudowissenschaft ist und dass zuverlässige wissenschaftliche Studien eine ganz andere Geschichte erzählen als die Märchen führender Psychiater.

Ich bin Facharzt für innere Medizin und begann mich 2007 für Psychiatrie zu interessieren, als Margrethe Nielsen von der dänischen Verbraucherberatung mir einen Entwurf für ihre Doktorarbeit unterbreitete: »Warum

wiederholt sich die Geschichte? Eine Studie über Benzodiazepine und Antidepressiva (SSRI)«.

Ihre Forschungen belegten, dass die Geschichte sich in der Tat wiederholt. Wir begehen mit den SSRI die gleichen Fehler wie mit den Benzodiazepinen und vor ihnen mit den Barbituraten. Wir haben eine gewaltige Epidemie ausgelöst: den übermäßigen Gebrauch von Medikamenten. Die Zahl der von SSRI abhängigen Patienten ist etwa so hoch wie die Zahl derer, die von Benzodiazepinen abhängig sind (siehe Kapitel 12).

Margrethes Befunde wurden von zweien ihrer Prüfer, die ihr Revier verteidigen mussten, alles andere als wohlwollend aufgenommen. Der eine, Steffen Thirstrup, arbeitete für die dänische Arzneimittelbehörde, der andere, John Sahl Andersen, war Allgemeinmediziner. Unsere Arzneimittelbehörden tragen erheblich zur derzeitigen Misere bei und die meisten Schäden durch Medikamente werden von Allgemeinärzten verursacht, die etwa 90 Prozent aller Psychopharmaka verordnen.

Sie lehnten die Dissertation ohne guten Grund ab; doch nach einem Einspruch bei der Universitätsleitung konnte Margrethe sie erfolgreich verteidigen.<sup>1</sup> Wäre der Psychiater David Healy nicht der dritte Prüfer gewesen, hätte sie ihren Dokortitel vielleicht nicht bekommen. Das wäre eine krasse Ungerechtigkeit gewesen, denn ihre Forschungen sind solide und ihre Dissertation ist erheblich besser als viele andere, die mir begegnet sind.

Unwillkommene Tatsachen werden immer wieder unterdrückt, und ich werde zahlreiche Beispiele dafür anführen, wie die »Zweifelindustrie« arbeitet, die andauernd stark fehlerhafte Studien veröffentlicht, um unhaltbare Hypothesen zu stützen.

Nach einer eingehenden Beschäftigung mit diesem wissenschaftlichen Gebiet habe ich festgestellt, dass einige Leute, die ich kennengelernt habe, und einige Organisationen zu dem Schluss gelangt sind, dass die Art und Weise, wie wir heute Psychopharmaka anwenden und Psychiatrie praktizieren, mehr Schaden als Nutzen bringt. Die Öffentlichkeit teilt diese Meinung und glaubt ebenfalls, dass Antidepressiva, Neuroleptika, Elektroschocks und die Einweisung in die geschlossene Abteilung öfter schädlich als nützlich sind (siehe Kapitel 13). Ich zweifle nicht daran, dass sie recht hat, und die randomisierten, placebokontrollierten Doppelblindstudien (die nicht so blind sind wie beabsichtigt) belegen ziemlich einhellig, dass zwar Psychiater, nicht aber ihre Patienten die Medikamente für wirksam halten (siehe Kapitel 3).

*Forscher, die nicht wirksam verblindet wurden, sehen womöglich das genaue Gegenteil dessen, was richtig ist, wenn sie Patienten mit Medikamenten behandeln. Sie sehen, was sie sehen wollen, also das, was für sie und ihr Fachgebiet vorteilhaft ist, nicht das, was wirklich geschieht (siehe Kapitel 3 und 6).*

Cochrane-Reviews belegen, dass die Wirksamkeit von Antidepressiva bei Depression (siehe Kapitel 3) und die Wirksamkeit von Psychopharmaka bei Schizophrenie (siehe Kapitel 6) zweifelhaft ist. Manche Medikamente können für einige Patienten bisweilen nützlich sein, vor allem in der akuten Phase, in der ein Patient womöglich so sehr von Panik oder Wahnvorstellungen gequält wird, dass es sinnvoll sein kann, die Emotionen mit einem Beruhigungsmittel zu dämpfen. Dennoch: Bis Ärzte nicht viel mehr über den Umgang mit Psychopharmaka gelernt haben – was bedeuten würde, sie sehr selten, in niedriger Dosierung und immer mit einem Ausschleichplan einzusetzen –, wäre unseren Bürgern viel mehr damit gedient, wenn wir alle Psychopharmaka vom Markt nähmen.

Manche Leute mögen dies für eine provokante Aussage halten, aber das ist sie nicht. Sie gründet auf solider Forschung, wie ich nachweisen werde. Ich bin es gewohnt, provokativ oder umstritten genannt zu werden, und schließe daraus, dass ich die Wahrheit sage. Im Gesundheitswesen ist die Wahrheit selten willkommen, weil viele Menschen viele falsche Vorstellungen und Hypothesen verteidigen müssen. Die Silberrücken der Psychiatrie haben sich ihre eigene Fantasiewelt erschaffen, die keine evidenzbasierte Medizin und mit schädlicher Polypharmazie überfrachtet ist (siehe Kapitel 13).

## **Silberrücken in Großbritannien und das organisierte Leugnen der Psychiatrie**

Wer die Psychiatrie kritisiert, wird vom psychiatrischen Establishment oft persönlich angegriffen oder mit wenig überzeugenden wissenschaftlichen Argumenten konfrontiert. So erging es auch mir, nachdem ich 2014 bei der Eröffnungssitzung des Council for Evidence-based Psychiatry (Rat für evidenzbasierte Psychiatrie) unter dem Vorsitz des Earl of Sandwich im britischen Oberhaus eine Grundsatzrede gehalten hatte. Mein Thema lautete:

»Warum Psychopharmaka möglicherweise mehr Schaden als Nutzen bringen«. Einen ähnlichen Tenor schlugen die anderen Redner an, die Psychiaterin Joanna Moncrieff und der Anthropologe James Davies; beide haben kritische Bücher über die Mainstreampsychiatrie geschrieben.<sup>2-5</sup>

Drei Monate später attackierten mich der Psychiater David Nutt und vier seiner ebenfalls männlichen Kollegen (ich werde sie im Folgenden kollektiv »DN« nennen) in der ersten Nummer einer neuen Zeitschrift namens *Lancet Psychiatry*.<sup>6</sup> Ihr Beitrag ist nur zwei Seiten lang, aber er ist so typisch für die Reaktion der Silberrücken auf Kritik, dass ich näher auf ihn eingehen möchte.

## Anti-alles

DN beginnen mit der Behauptung: »Die Psychiatrie wird von Außenseitern angegriffen, die gegen Diagnosen und gegen Therapien sind.« Silberrücken erklären häufig, dass diejenigen, die einem anderen Stamm angehören (»Außenseiter«), nicht das Recht haben, sie zu kritisieren. Diese arrogante Haltung hat fatale Folgen, weil viele Psychiater sie auf ihre Patienten übertragen und der Meinung sind, nicht auf sie hören und ihre Kritik an den Medikamenten, die sie schlucken, nicht ernst nehmen zu müssen. Zudem stigmatisieren die Silberrücken häufig Menschen, die es wagen, die Psychiatrie zu kritisieren, als anti-irgendwas. DN verwenden die Begriffe »antipsychiatrisch« und »antikapitalistisch« im Sinne von »extremen oder alternativen politischen Ansichten«.

## »Ein neuer Tiefpunkt der irrationalen Polemik«

DN waren unzufrieden mit Zeitungsschlagzeilen wie »Forschern zufolge bringen Antidepressiva mehr Schaden als Nutzen«, die nach unserer Council-Sitzung in der *Times* und im *Guardian* erschienen waren, und bezeichneten sie als »einen neuen Tiefpunkt der irrationalen Polemik«. Sorgen bereiteten ihnen vor allem, dass ich als Mitgründer der Cochrane Collaboration – einer Initiative, deren Ziel es ist, die klinische Praxis mit den zuverlässigsten wissenschaftlichen Befunden zu versorgen – anscheinend meine »Ausbildung in Evidenzanalyse zugunsten populistischer Polemik« vergessen hätte.

Silberrücken sprechen meist mit derselben Stimme wie die Pharmaindustrie, weil sie von dieser finanziell großzügig unterstützt werden (siehe



Kapitel 13). DN sind keine Ausnahme. Sie erklären: »Depression ist eine schwere und wiederkehrende Störung und derzeit in Europa die häufigste Ursache für Arbeitsunfähigkeit. Man nimmt an, dass sie im Jahr 2030 in Ländern mit hohem Einkommen die vorherrschende Krankheitsursache sein wird.« Das ist nicht gerade das, was man als typisch britisches Understatement bezeichnet, aber es ist unmöglich, die Zahl der depressiven Menschen verlässlich zu bestimmen. Die Kriterien für die Diagnose sind willkürlich und konsensbasiert und inzwischen derart weit gefasst, dass ein großer Teil der gesunden Bevölkerung diese Diagnose erhalten kann (siehe Kapitel 3). Es ist daher irreführend zu sagen, Depression sei eine schwere Krankheit. Die meisten Menschen haben leichte Symptome von alltäglichem Stress, die bei den meisten von uns gelegentlich auftreten. Nur sehr wenige sind schwer depressiv. Schlimmer noch, die drastische Erhöhung der mit Depression zusammenhängenden Erkrankungsrate, von denen DN sprechen, wird von den Psychiatern selbst verursacht. Die von ihnen verordneten Medikamente heilen keine Depression, sondern machen selbstlimitierende Episoden möglicherweise zu chronischen (siehe Kapitel 12). Das hilft den Patienten nicht; es dient den Interessen der Psychiater und der Pharmaindustrie.

### **»Eindrucksvolle Fähigkeit, ein erneutes Auftreten von depressiven Störungen zu verhindern«**

DN behaupten, Antidepressiva gehörten zu den wirksamsten Medikamenten in der gesamten Medizin, und verweisen auf ihre »eindrucksvolle Fähigkeit, ein erneutes Auftreten von depressiven Störungen zu verhindern, wobei etwa drei [Patienten] behandelt werden müssen[, um dem Wiederauftreten bei einem vorzubeugen]«. Das klingt gewiss eindrucksvoll – aber es stimmt nicht. Die Studien, die eine solche Wirkung behaupten – dabei wird eine Hälfte der Patienten nach ihrer Genesung weiter mit ihrem Antidepressivum behandelt, während die andere Hälfte auf ein Placebo umgestellt wird –, sind völlig unzuverlässig (siehe Kapitel 11). Das liegt daran, dass Patienten, die abrupt auf ein Placebo umgestellt werden, an Entzugserscheinungen leiden, weil ihr Gehirn sich an das Antidepressivum angepasst hat, so wie bei Alkoholikern, die in Schwierigkeiten geraten, wenn sie plötzlich aufhören zu trinken – ihre Symptome ähneln bisweilen der Depression.

In ihrem Loblied auf Antidepressiva behaupten DN außerdem, diese Mittel wirkten bei akuter Depression. Das stimmt nicht. Sie haben wahrscheinlich überhaupt keine Wirkung (siehe Kapitel 3).

DN heben hervor, dass Studienteilnehmer, die Antidepressiva einnehmen, seltener wegen derer ausbleibender Wirkung ausscheiden als jene, die ein Placebo bekommen. Ihrer Meinung nach ist das ein Beweis für die Wirksamkeit von Antidepressiva. Diese Interpretation ist falsch. Oft entscheidet der gefühlte Nutzen zusammen mit den gefühlten Nachteilen darüber, ob ein Patient weiter an einer Studie teilnimmt. Häufig merkt ein Patient an den Nebenwirkungen, dass er ein aktives Medikament einnimmt, und neigt daher vielleicht eher dazu, bei der Studie zu bleiben, selbst wenn das Mittel keine Wirkung hat. Das gilt umso mehr, als viele Psychiater ihren Patienten versichern, dass es eine Weile dauern kann, bevor sich die Wirkung einstellt. Patienten, die ein Placebo bekommen, haben hingegen keinen Anreiz weiterzumachen, weil sie keine Wirkung spüren, und scheiden daher öfter aus als die Mitglieder der Interventionsgruppe.

Lehrbücher über Forschungsmethoden empfehlen daher, sich nicht auf die Zahl derjenigen Patienten zu konzentrieren, die mangels einer Wirkung ausscheiden. Der einzig sinnvolle Ansatz besteht darin, die Gesamtzahl der Drop-outs (Aussteiger) zu ermitteln. Das ist zudem das *wichtigste* Zielkriterium für Therapien, die nicht heilen, sondern nur eine Wirkung auf die Symptome des Patienten haben.

Die Patienten können am besten beurteilen, ob ein gefühlter Nutzen eines Medikaments seine Nebenwirkungen überwiegt, und sie halten die Medikamente für ziemlich nutzlos, denn Patienten als Studienteilnehmer brechen die Therapie mit Antidepressiva ebenso häufig ab wie die Einnahme von Placebos. Das gilt für Abbruchgründe aller Art.<sup>7</sup>

## Erhöht die akademische Debatte die Zahl der Suizide?

DN erwähnen, dass viele Menschen, die keine Antidepressiva einnehmen, sich das Leben nehmen, und behaupten: »Eine pauschale Verurteilung von Antidepressiva durch Lobbygruppen und Kollegen kann diese Zahl erhöhen.« In meinem Buch über die Mammografie<sup>8</sup> bezeichne ich dies als *Du-tötest-meine-Patienten-Argument*. Wer unbequeme Fragen zu gängigen Interventionen stellt, wird beschuldigt, für den Tod zahlreicher Menschen verantwortlich zu

sein. Aber denken wir nach. Wenn wir dieses Argument verallgemeinern, bis es zum ethischen Standard wird, dürfen Forscher eine Intervention nie hinterfragen, wenn sie glauben, dass sie Leben rettet. Dann würden wir den Aderlass wahrscheinlich heute noch bei Krankheiten aller Art anwenden, sogar bei Cholera, wo er tödlich wäre.

Wichtiger noch: Der Kernpunkt des Arguments ist falsch. Antidepressiva schützen Menschen nicht vor Suizid (siehe Kapitel 3).

DN behaupten, wer sich das Leben nehme, sei meist depressiv. Die Daten, die dieser Behauptung zugrunde liegen, erlauben eine solche Schlussfolgerung jedoch noch.<sup>9</sup> Eine viel zitierte Studie belegt, dass die meisten Suizide zwar mit der Diagnose »Depression« zusammenhängen, aber nur 26 % der Menschen nachweislich diese Diagnose erhielten, bevor sie sich das Leben nahmen. Bei allen anderen wurde die Diagnose erst nach ihrem Tod gestellt, und zwar auf der Basis einer sogenannten psychologischen Autopsie. Es leuchtet ein, dass die Diagnose einer psychiatrischen Störung bei einem Toten einem starken Verzerrungseffekt unterliegt. Die Rücksicht auf gesellschaftliche Vorurteile kann eine solche rückwirkende Diagnose wertlos machen. Angehörige suchen oft nach gesellschaftlich akzeptierten Erklärungen und sind möglicherweise nicht bereit, bestimmte Probleme offenzulegen, vor allem jene, die als Schande gelten oder ihnen eine Mitschuld geben würden. Es kann auch sein, dass die Angehörigen von diesen Problemen nichts wussten. Deshalb ist es verführerisch, die Schuld nicht einer Person zu geben, sondern beispielsweise einer Krankheit, die sich nicht wehren kann und vielleicht nie existiert hat. Die Meinung, dass die meisten Menschen, die Suizid begehen, depressiv waren, ist unter Psychiatern sehr verbreitet, doch ihre Richtigkeit ist zweifelhaft. Menschen nehmen sich aus vielen Gründen das Leben, nicht nur wegen einer Depression.

Das nächste Argument, mit dem DN ihren Standpunkt verteidigen wollen, nämlich dass Antidepressiva vor Suizid schützen, ist nicht besser. Sie machen geltend, dass mehr als 70 Prozent der Betroffenen zum Zeitpunkt ihres Todes kein Antidepressivum genommen haben. Aber wenn Menschen, die nicht depressiv sind, sich das Leben nehmen, liegt es auf der Hand, dass sie vor ihrem Tod kein Antidepressivum genommen haben. Zudem können Antidepressiva eine extreme Unruhe namens Akathisie auslösen, die Menschen anfällig für einen Suizid macht<sup>10,11</sup> und dazu führen kann, dass ein Patient vor dem Suizid aufhört, das Medikament zu nehmen. Das abrupte Absetzen eines

Antidepressivums, zum Beispiel weil dem Patienten die Tabletten ausgegangen sind, kann ebenfalls Akathisie und Suizid nach sich ziehen. Es gibt also mindestens drei gute Gründe dafür, dass Menschen, die sich das Leben nehmen, zum Zeitpunkt ihres Todes keine Antidepressiva eingenommen haben.

Das nächste Argument von DN überzeugt ebenfalls nicht. Sie behaupten, die Suizidrate sei in Ländern, in denen Antidepressiva richtig angewandt würden, deutlich gesunken. Nun, in Ländern, in denen Autos richtig benutzt werden (sodass es selten zu Verkehrsunfällen kommt), sind die Geburtenraten deutlich gesunken. Aber das beweist gar nichts. Wissenschaftlich solide Studien fanden nie einen Zusammenhang zwischen der häufigeren Anwendung von Antidepressiva und sinkenden Suizidraten oder umgekehrt (siehe Kapitel 3).

### **»Sie gehören zu den sichersten Medikamenten, die je hergestellt wurden«**

Gegen Ende des Artikels treiben DN die Übertreibung auf die Spitze. Sie behaupten, Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) gehörten zu den sichersten Medikamenten, die je hergestellt wurden, und ihre Nebenwirkungen seien selten schwer oder lebensbedrohlich. Tatsache ist, dass SSRI einen von 28 Menschen über 65 Jahren, die ein Jahr lang behandelt wurden, töten, dass die Hälfte der Patienten an sexuellen Störungen als Nebenwirkung leidet und dass es der Hälfte der Patienten schwerfällt, Antidepressiva abzusetzen, weil sie von ihnen abhängig sind (siehe Kapitel 3). Wenn Silberrücken-Psychiater SSRI zu den sichersten je produzierten Medikamenten zählen, dann ist es meiner Meinung nach fair zu sagen, dass es für Menschen mit einer Krankheit, die möglicherweise mit einem SSRI behandelt wird, gefährlich ist, einen Psychiater aufzusuchen.

### **Kritiker »stellen Anekdoten über Beweise«**

Für mich klingt es surreal, wenn DN behaupten: »Viele extreme Beispiele für Nebenwirkungen, auf die die Gegner der Antidepressiva hinweisen, sind sowohl selten als auch bisweilen so bizarr, dass sie mit Recht als ungeklärtes medizinisches Symptom bezeichnet werden können.« Und: »Extrem ungewöhnliche oder ernste Reaktionen Medikamenten zuzuschreiben, die in klinischen Doppelblindstudien überwiegend als harmlos erscheinen, heißt, Anekdoten

über Beweise zu stellen.« DN gehen nicht auf den Hauptgrund dafür ein, warum SSRI in klinischen Studien als harmlos erscheinen: Die Produzenten manipulieren die Daten in außergewöhnlichem Umfang (siehe Kapitel 3).<sup>11–13</sup>

Außerdem hören DN ihren Patienten nicht zu. Wenn eine Nebenwirkung »bizarrr« ist, dann ist sie deswegen nicht harmlos. Viele Patienten leiden an den gleichen, sehr bizarren Nebenwirkungen, die sich erneut einstellen, wenn sie das gleiche Medikament wieder einnehmen. Das ist in der klinischen Pharmakologie eine anerkannte Methode, eine Ursache-Wirkung-Beziehung zu belegen. Man spricht hier von Challenge, Dechallenge und Rechallenge (Exposition, Absetzen und erneute Exposition). Als ich im Jahr 2010 wieder einmal einen Vortrag vor dänischen Psychiatern hielt, kam ich mit diesem Argument bei einem amerikanischen Psychiater nicht weiter. Er meinte, randomisierte Studien belegten kein erhöhtes Suizidrisiko, aber er verstand nicht, dass nachgewiesene Nebenwirkungen nicht durch randomisierte Studien bestätigt werden müssen. Vielleicht hörte er zu sehr auf die Industrie, die die Nebenwirkungen ihrer Medikamente herunterspielt und behauptet, sie seien statistisch nicht signifikant – oft nachdem sie die Daten manipuliert hat, um sicherzustellen, dass keine signifikanten Unterschiede ans Tageslicht kommen.

DN schlagen vor, »ernste Reaktionen auf Medikamente« zu ignorieren, weil sie angeblich auf Anekdoten beruhen und vom »Anreiz, eine Klage zu erheben«, verzerrt würden. Dies ist der Gipfel des Leugnens und der Arroganz eines Berufsstandes. Es ist eine Beleidigung für Eltern, die ein gesundes Kind verloren haben, und für Menschen, die ihren Partner verloren haben, weil ein SSRI ihn in den Suizid oder zu einem Mord getrieben hat. Zudem haben Mitglieder des Council for Evidence-based Psychiatry in *Lancet Psychiatry* erklärt, dass britische gemeinnützige Organisationen, die Patienten beim Absetzen von Medikamenten unterstützen, von alarmierend vielen Menschen berichten, die nach dem Absetzen von Antidepressiva mehrere Jahre lang an Symptomen leiden, die sie arbeitsunfähig machen.<sup>14</sup>

## »Eine Beleidigung für das Fachgebiet der Psychiatrie«

Abschließend beklagen DN, meine »extremen Behauptungen ... [seien] eine Beleidigung für das Fachgebiet der Psychiatrie ... und stigmatisieren in gewisser Weise psychische Krankheiten und Menschen, die an ihnen leiden«.

In Kapitel 6 werde ich erklären, dass nicht die Kritiker der Psychiatrie, sondern die Psychiater die Patienten stigmatisieren.

DN behaupten außerdem: »Die Bewegung gegen die Psychiatrie hat sich mit ihrer neuesten Verschwörungstheorie selbst wiederbelebt. Danach haben sich die Pharmaindustrie und Psychiater verschworen, Krankheiten zu erfinden und Medikamente herzustellen, die nicht besser als ein Placebo sind. Der antikapitalistische Geschmack dieser Auffassung steht im Einklang mit der starken Neigung dieser Psychiatriegegner zu extremen oder alternativen politischen Ansichten.«

In meiner Erwiderung stellte ich fest: »So reden Leute, die keine Argumente haben.«<sup>15</sup> Es war eine ziemliche Ironie, dass DN neben ihren anderen Vorwürfen auch klagten, die Kritiker der Psychiatrie seien der Meinung, die Pharmaindustrie und die Psychiater erfänden Krankheiten und verwendeten Medikamente, die nicht besser als ein Placebo seien – als ob dies ganz selbstverständlich eine absurde Position wäre. Wie ich später erläutern werde, trifft diese Meinung größtenteils zu. Die Behauptung von DN, die Kritiker des übermäßigen Gebrauchs von Psychopharmaka seien »extrem« oder »alternativ«, trifft dagegen nicht zu. Als ich dem Herausgeber der *Lancet Psychiatry* schrieb und verlangte, meinen akademischen Ruf verteidigen zu dürfen, erklärte er, der Artikel von Nutt et al. sei von unabhängigen Kollegen begutachtet und einer rechtlichen Prüfung unterzogen worden. Das ist schwer zu verstehen angesichts seiner vielen Fehler, der eindeutigen persönlichen Angriffe und der strengen britischen Verleumdungsgesetze. Auf die größten Irrtümer von DN ging ich in meiner Erwiderung ein.<sup>15</sup> Außerdem erwähnte ich, dass Nutt und zwei seiner Koautoren, Guy M. Goodwin und Stephen Lawrie, selbst 22 Interessenkonflikte in Bezug auf Pharmakonzerne angegeben hatten, und fragte, ob das ihre Ablehnung der Psychotherapie erkläre, die wirksam ist und vom britischen National Institute for Health and Care Excellence (NICE) empfohlen wird.

Nachdem Sie bis hierher gelesen haben, denken Sie vielleicht, dass diese Psychiater – um ein Wort zu verwenden, mit dem sie ihre Kritiker charakterisieren – »extrem«, das heißt randständig sind, weil sie so viele unhaltbare Meinungen über ihr eigenes Fachgebiet hegen. Leider sind sie es nicht.

Professor David Nutt ist ein einflussreicher Mainstreampsychiater. Er war früher der Arzneimittelzar (der wichtigste Berater der Regierung), bis er gefeuert wurde, weil er behauptet hatte, Ecstasy sei nicht gefährlicher

als Reiten. Letzteres nannte er *equasy*, kurz für »Equidae-Abhängigkeits-syndrom«. <sup>16</sup> Nutt erhielt 2013 den John-Maddox-Preis für seinen Einsatz für die Wissenschaft. Die Juroren verliehen ihm trotz aller Widerstände und öffentlicher Kritik den Preis als Anerkennung für den Einfluss seines Denkens und Tuns auf die evidenzbasierte Klassifikation von Medikamenten sowie für seinen fortgesetzten Mut und sein Engagement für rationale Diskussionen. Mir fehlen die Worte.

Professor Guy M. Goodwin ist Leiter des Fachbereichs Psychiatrie der Oxford University und war von 2002 bis 2004 Präsident der British Association for Psychopharmacology.

Professor Dinesh Bhugra vom psychiatrischen Institut des King's College der University of Edinburgh war früher Präsident des britischen Royal College of Psychiatry und ist derzeit designierter Präsident der World Psychiatric Association.

Professor Seena Fazel ist forensischer Psychiater im Fachbereich Psychiatrie der Oxford University. Er forscht über Gewaltkriminalität und Suizid.

Professor Stephen Lawrie ist Leiter des Fachbereichs Psychiatrie an der University of Edinburgh und Mitglied der Redaktionsleitung der *Lancet Psychiatry*.

Diese Psychiater stehen an der Spitze ihres Fachgebietes und vertreten dennoch Meinungen, die in unmittelbarem Gegensatz zur psychiatrischen Wissenschaft stehen. Das zeigt, dass die Psychiatrie in einer tiefen Krise steckt und ihre führenden Köpfe an organisiertem Leugnen leiden.

Ich nenne gerne Namen, weil wir Menschen für ihr Tun und für ihre Argumente verantwortlich machen sollten. Würden sie etwas Lobenswertes tun, wären sie enttäuscht, wenn sie anonym blieben. Aber das gilt für beide Richtungen. Würde ich Namen verschweigen, wenn Menschen etwas Tadelnwertes tun oder an einem Irrtum festhalten, wäre ich inkonsequent und meine Leser würden trotzdem herauszufinden versuchen, von wem ich spreche. Wissenschaft ist kein Ratespiel. Das ist ein weiterer Grund dafür, dass ich es vorziehe, Namen zu nennen. Es ist jedoch fair, darauf hinzuweisen, dass die Personen, die ich kritisiere, weil sie etwas tun, worauf sie nicht stolz sein sollten, nicht alleine stehen – Tausende von anderen tun das Gleiche oder teilen ihre Ansichten.







## Was bedeutet es, psychisch krank zu sein?

Vielleicht verstehen wir die diagnostischen Probleme in der Psychiatrie besser, wenn wir zunächst einen Blick auf die Medizin im Allgemeinen werfen. Wir drücken Patienten mit ähnlichen Problemen den Stempel »krank« auf, damit wir leichter kommunizieren, forschen, Krankheiten behandeln und verhindern können. Diese diagnostischen Etiketten sind am treffendsten, wenn wir die Ursachen bestimmter Krankheiten kennen. Es ist beispielsweise sehr hilfreich zu wissen, dass eine bestimmte Lungenentzündung von Pneumokokken verursacht wird, da wir sie dann möglicherweise mit Penicillin heilen können. Darum teilen wir Lungenentzündungen nach ihrer Ursache ein und geben ihnen vielleicht sogar unterschiedliche Bezeichnungen. Deshalb sprechen wir zum Beispiel von Pneumokokken-Pneumonie.

Es gibt viele Arten von Diagnosen in der Medizin. Einige sind vorläufig und beschreiben lediglich ein Symptom, zum Beispiel Magenschmerzen. So kann auch die endgültige Diagnose lauten, wenn keine Ursache gefunden wird, doch die endgültige Diagnose könnte auch »Magengeschwür« sein.

Einige Diagnosen bezeichnen Syndrome und stützen sich auf mehrere Symptome, Anzeichen und paraklinische Befunde (z. B. auf die Ergebnisse von Blut- oder Röntgenuntersuchungen).<sup>1</sup> Rheumatoide Arthritis ist ein gutes Beispiel dafür. Wir wissen noch nicht, was sie verursacht, vermuten aber, dass es sich um eine Infektion handelt. 1975 häuften sich in Connecticut Fälle von Arthritis, die man später auf ein Bakterium namens *Borrelia*

zurückführen konnte, das von Zecken übertragen wird. Bevor die Ursache bekannt war, handelte es sich um eine Syndromdiagnose, und die Patienten litten neben der Arthritis möglicherweise auch an Ausschlag, Kopfschmerzen, Fieber und anderen Symptomen und Anzeichen.

Diese Krankheit können wir mit Penicillin und anderen Antibiotika heilen, im Gegensatz zur rheumatoiden Arthritis, die mit ziemlich gefährlichen Medikamenten behandelt wird. Die meisten Patienten bekommen nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR bzw. NSAID, *nonsteroidal anti-inflammatory drugs*) gegen ihre Schmerzen, und einige von ihnen sterben, weil diese Medikamente Magengeschwüre und Herzinfarkte hervorrufen können. Basistherapeutika sind ebenfalls gefährlich; darum ist die medikamentöse Therapie ein wichtiger Grund dafür, dass diese Patienten nicht so lange leben wie andere Menschen. Verglichen mit anderen Krankheiten, wissen wir ziemlich wenig über psychiatrische Erkrankungen, und die Therapien sind viel schädlicher und tödlicher als jene, die bei rheumatoider Arthritis angewandt werden (siehe Kapitel 14). Wir wissen nicht viel über die Ursachen psychischer Krankheiten, und die diagnostische Unsicherheit ist viel größer als in anderen Bereichen der Medizin.

Zur Syndromdiagnose »rheumatoide Arthritis« gehört unter anderem der Nachweis des Rheumafaktors im Blut, eines Antikörpers, der das eigene Gewebe eines Menschen angreift. Für psychische Krankheiten gibt es keinen Bluttest, und es ist nicht gelungen nachzuweisen, dass das Gehirn der Menschen, die an häufig vorkommenden psychischen Krankheiten leiden, sich vom Gehirn Gesunder unterscheidet (siehe Kapitel 11).

Es ist nicht einfach zu definieren, was »krank sein« bedeutet, und wir meinen nicht immer das Gleiche, wenn wir über dieses Thema reden. Menschen mit Typ-2-Diabetes, die keine Symptome aufweisen, sind nicht krank, bei ihnen liegt nur ein Risikofaktor vor, der sie anfällig für die Krankheit macht. Trotzdem nennen wir solche Menschen Patienten und behaupten vielleicht sogar, dass sie an Diabetes leiden, obwohl sie nicht im Geringsten leiden. Auch Frauen, die sich einer Mammografie unterziehen, werden in Informationsbroschüren und wissenschaftlichen Artikeln oft als Patientinnen bezeichnet, obwohl sie gesunde Bürgerinnen sind, zumindest was Brustkrebs betrifft.

Psychiater ziehen es recht oft vor, von psychischen Störungen zu reden anstatt von psychischen Krankheiten. Das liegt daran, dass psychiatrische

Diagnosen gesellschaftliche Konstrukte sind. Das Personal der Mayo-Klinik in Minnesota spricht hingegen von einer Krankheit.<sup>2</sup>

*Der Begriff »psychische Krankheit« umfasst eine große Bandbreite von psychischen Zuständen, von Störungen, die das Denken, das Verhalten und die Stimmung beeinflussen ... Viele Menschen haben von Zeit zu Zeit psychische Gesundheitsprobleme. Ein psychisches Gesundheitsproblem wird zu einer psychischen Krankheit, wenn anhaltende Zeichen und Symptome häufig Stress auslösen und die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen ... In den meisten Fällen lassen sich Symptome mit einer Kombination aus Medikamenten und Beratung (Psychotherapie) in den Griff bekommen.*

So denken die meisten Ärzte. Da wir nicht wissen, was eine psychische Krankheit ist, definieren wir sie als Konstellation von Symptomen, die das Leben des Patienten beeinträchtigen.

Psychiatrische Diagnosen basieren auf Gesprächen mit den Patienten, aber die heutige Checklistenmethode ähnelt etwas zu sehr dem bekannten Gesellschaftsspiel »Finden Sie die fünf Fehler«. Wir sagen beispielsweise, ein Mensch, der mindestens fünf von neun möglichen Symptomen zeige, sei depressiv.<sup>3</sup>

Wenn wir gründlich genug suchen, finden wir bei den meisten Menschen bestimmt fünf »Fehler«. Wir bilden uns sehr schnell ein Urteil über Fremde, was, von einem evolutionären Standpunkt aus betrachtet, von großem Überlebenswert ist. Wenn wir mitten im Wald einem Fremden von einem anderen Stamm begegnen, entscheiden wir sofort, ob wir weglaufen, kämpfen oder mit ihm reden. Ähnlich verhält es sich mit der Intuition und Erfahrung der Ärzte: Sie sagen vielleicht innerhalb von Sekunden, welches Problem ein Patient hat, und die Gefahr ist beträchtlich, dass der Arzt von da an Suggestivfragen stellt, die die erforderliche Zahl von Symptomen liefern und zu einer falschen Diagnose führen.

Die Psychiatrie versucht nicht, den Patienten zu verstehen. Stattdessen entwickelt sie sich zu einer Checklistenübung,<sup>4</sup> die auch eine Sekretärin oder der Patient selbst ausführen könnte. Psychiater haben mir berichtet, dass Allgemeinärzte häufig so vorgehen, nachdem sie eine Diagnose gestellt haben. Eine Studie der Rand Corporation belegte 1993 in den Vereinigten Staaten, dass<sup>5</sup>

*mehr als die Hälfte der Ärzte Rezepte ausstellten, nachdem sie mit Patienten drei Minuten lang oder kürzer über das Thema Depression gesprochen hatten.*

Studien zeigen, dass Ärzte ziemlich oft nicht die offizielle Checkliste verwenden, sondern nach Gefühl beurteilen, was einem Patienten fehlt. Dadurch steigt die Gefahr von Fehldiagnosen und Überdiagnosen weiter. Obwohl das DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Diagnostischer und statistischer Leitfaden psychischer Störungen) 374 Diagnosen enthält, erfüllt nur die Hälfte der behandelten Menschen die diagnostischen Kriterien für eine Störung.<sup>6</sup>

Das ist eine sehr unerfreuliche Entwicklung. Schwere psychische Krankheiten hängen oft mit vorangegangenen Traumata zusammen, und eine unglückliche Kindheit verdreifacht das Risiko, an einer Psychose zu erkranken.<sup>7</sup> Wenn die Krankengeschichte nicht erforscht wird – das würde Zeit kosten –, ist die Therapie meist ziemlich unwirksam. Selbst Robert Spitzer, der als Leiter der Arbeitsgruppe für das DSM-III die treibende Kraft hinter der neuen Checklistenmethode bei der psychiatrischen Diagnose war, räumt heute ein, dass das, was er einführte und woran er glaubte, nachteilige Folgen hatte.

Vor etwa 25 Jahren diskutierte ich mit einem erfahrenen Psychiater über die Bedeutung des individuellen Blickwinkels im Vergleich zu dem, was randomisierte Studien uns über den Wert unserer Therapien verraten. Mir war nicht klar, was er unter »Individualisierung der Behandlung« verstand. Er wies darauf hin, dass jeder Patient anders sei. Ich sagte, um zu wissen, was wir tun, müssten wir unsere Interventionen in randomisierten Studien testen. Patienten mit gleichen Diagnosen müssten die gleiche Therapie erhalten, obwohl sie verschieden sind. Meine Einstellung war vom Scheitern der freudschen Psychoanalyse beeinflusst, die unwissenschaftlich ist, weil ihre Vertreter sich nicht die Mühe machen zu testen, ob ihre Theorien zutreffen. Sie behaupten einfach, diese Theorien würden von ihren Patienten immer wieder bestätigt.<sup>8</sup> Der Wissenschaftsphilosoph Karl Popper hat diese Art zu denken mit beißendem Spott kommentiert:<sup>8</sup>

»Was Adler betrifft, so war ich von einer persönlichen Erfahrung sehr beeindruckt. Einmal schilderte ich ihm einen Fall, der mir nicht sehr adlerisch vorkam. Doch es fiel ihm nicht schwer, ihn anhand seiner Theorie der Min-

derwertigkeitsgefühle zu analysieren, obwohl er das Kind nicht einmal gesehen hatte. Leicht geschockt fragte ich ihn, wie er so überzeugt sein könne. »Wegen meiner tausendfachen Erfahrung«, antwortete er, worauf ich einfach erwidern musste: »Und mit diesem neuen Fall verfügen Sie jetzt wohl über eine mehr als tausendfache Erfahrung.«

Selbst in der heutigen Psychiatrie werden Diagnosen manchmal auf diese Weise gestellt.

Der Psychiater und ich sprachen nicht über das gleiche Thema. Er meinte, alle individuellen Umstände, die bei einem bestimmten Patienten zu einer bestimmten Diagnose führten, unterschieden sich von jenen des nächsten Patienten, der die gleiche Diagnose erhalte, und wenn wir das nicht berücksichtigten, werde der Patient möglicherweise falsch behandelt. Ich glaube, wir hatten beide recht. Wir brauchen randomisierte Studien, jedoch nur als Ausgangspunkt für die Analyse aller anderen relevanten Probleme eines bestimmten Patienten. Das erfordert aufmerksames Zuhören und Aufgeschlossenheit.

## An geisteskranken Orten geistig gesund sein

*»Alle anderen Ärzte sagten, er könne sich nicht selbst steuern; er leide an einer Störung.«*

Die Familie eines Jungen, bei dem fälschlicherweise ein Asperger-Syndrom diagnostiziert und der fälschlicherweise mit Olanzapin behandelt wurde<sup>9</sup>

Meine Besorgnis über die Art und Weise, wie in der Psychiatrie diagnostiziert wird, ist nicht übertrieben. Das ist eines der größten Probleme in der Psychiatrie. Es kann erstaunlich einfach sein, eine Diagnose zu erhalten. Beispielsweise ist es gefährlich, wenn ein Patient erwähnt, dass er Stimmen hört. 1973 veröffentlichte der Psychologe David L. Rosenhan in *Science* einen berühmten Artikel: »An geisteskranken Orten geistig gesund sein«.<sup>10</sup> Rosenhan und sieben andere gesunde Menschen suchten psychiatrische Kliniken auf und erklärten, sie hörten Stimmen. Ihre Aufgabe war, ohne fremde Hilfe wieder herauszukommen, indem sie das Personal davon überzeugten, dass sie gesund seien. Sobald sie eingewiesen worden waren, hörten sie also auf,

Symptome vorzutäuschen, und verhielten sich völlig normal. Dennoch verbrachten sie durchschnittlich 19 Tage in der Klinik (Rosenhan wurde erst nach zwei Monaten entlassen) und man verordnete ihnen Medikamente, die sie nicht einnahmen, insgesamt 2100 Tabletten ganz unterschiedlicher Art, obwohl alle Scheinpatienten das gleiche »Symptom« hatten. Alle wurden mit der Diagnose »Schizophrenie im Abklingen« entlassen, obwohl das einzige »Symptom« darin bestand, dass sie Stimmen hörten, was auch bei normalen Menschen vorkommt.

Viele echte Patienten vermuteten, dass die Scheinpatienten gesund waren, nur dem Personal fiel das nicht auf. Wenn eine Diagnose erst einmal gestellt wurde, ist es schwer, sie zu revidieren; sie bleibt haften. Rosenhan berichtete, das Etikett sei derart mächtig gewesen, dass viele normale Verhaltensweisen der Scheinpatienten völlig übersehen oder gründlich falsch interpretiert worden seien, damit sie mit einer gängigen Theorie über die Dynamik einer schizophrenen Reaktion übereinstimmten. Eine Zusammenfassung, die geschrieben wurde, nachdem ein Scheinpatient entlassen worden war, illustriert diesen Trugschluss:

*Bei diesem 39-jährigen weißen Mann besteht seit Langem eine Ambivalenz, was enge Beziehungen anbelangt, beginnend in der Kindheit. Eine herzliche Beziehung zur Mutter kühlte sich ab, als er Jugendlicher war. Eine distanzierte Beziehung zum Vater wurde angeblich sehr intensiv. Affektive Stabilität fehlt. Seine Versuche, Emotionen im Umgang mit seiner Frau und seinen Kindern in den Griff zu bekommen, wechseln immer wieder mit Wutanfällen ab, und die Kinder schlägt er dann. Er behauptet zwar, er habe mehrere gute Freunde, aber man spürt auch in diesen Beziehungen eine erhebliche Ambivalenz.*

In Wahrheit hatten die Beziehungen des Scheinpatienten nichts Ambivalentes an sich, und wenn bekannt gewesen wäre, dass dieser Mann normal war, wären ihm ganz andere Eigenschaften zugeschrieben worden.

Die Scheinpatienten machten Notizen und beobachteten, dass das Personal das Verhalten der Patienten oft falsch interpretierte. Wenn ein Patient »ausrastete«, weil ein Pfleger ihn schlecht behandelt hatte, stellten die Krankenschwestern selten Fragen, sondern nahmen an, sein Zorn sei auf seine

Krankheit oder den Besuch eines Angehörigen vor wenigen Tagen zurückzuführen. Das Personal kam nie auf die Idee, dass einer von ihnen oder die Abläufe in der Klinik das Verhalten des Patienten möglicherweise erklären könnten.

Rosenhan erklärte, die Diagnose werde zu einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung. Irgendwann akzeptiert der Patient die Diagnose und verhält sich dementsprechend. Rosenhan ist der Meinung, dass wir nicht alle Patienten wegen bizarrer Verhaltensweisen oder Wahrnehmungen für schizophren erklären, sondern unsere Diskussion auf Verhaltensweisen, die Reize, die sie auslösen, und ihre Korrelate beschränken sollten. Seiner Ansicht nach sind die psychischen Kräfte, die zu einer Depersonalisierung führen, stark, und er wirft die Frage auf, was geschähe, wenn die Patienten mächtig statt machtlos wären. Wenn man sie als interessante Individuen anstatt als diagnostische Fälle betrachten würde, wenn sie gesellschaftlich anerkannt und keine Aussätzigen wären und wenn ihre Qual wirklich und uneingeschränkt unser Mitgefühl und unsere Besorgnis wecken würde – würden wir dann nicht den Kontakt mit ihnen suchen, obwohl Medikamente zur Verfügung stünden? Vielleicht weil es Spaß machen würde?

Rosenhan beschreibt, dass Machtlosigkeit überall erkennbar ist. Dem Patienten werden viele seiner gesetzlichen Rechte genommen und er gilt wegen seines psychiatrischen Etiketts nicht als glaubwürdig. Die Pseudopatienten beobachteten auch Misshandlungen, die abrupt aufhörten, wenn andere Pflegekräfte sich näherten – diese waren ja im Gegensatz zu den Patienten glaubhafte Zeugen.

Rosenhan folgert daraus, dass wir in psychiatrischen Kliniken Gesunde nicht von Kranken unterscheiden können, und stellt die Frage, wie viele Gesunde, die nicht als solche erkannt werden, in unseren psychiatrischen Einrichtungen leben und wie viele Patienten, die außerhalb einer psychiatrischen Klinik vielleicht gesund wären, in der Klinik als krank gelten, nur weil sie auf eine bizarre Umgebung reagieren.

Die Mitarbeiter eines Forschungs- und Ausbildungskrankenhauses, die von Rosenhans Feststellungen gehört hatten, bezweifelten, dass solche Fehler auch ihnen unterlaufen könnten. Daher informierte Rosenhan das Personal darüber, dass einer oder mehrere Scheinpatienten innerhalb der folgenden drei Monate versuchen würden, in das psychiatrische Krankenhaus aufgenommen zu werden. Jeder Mitarbeiter wurde gebeten zu beurteilen,

ob ein Patient ein Scheinpatient war. Einundvierzig von 193 Patienten (21 Prozent) wurden von mindestens einem Mitglied des Personals nachdrücklich für Scheinpatienten erklärt. Rosenhan hatte jedoch überhaupt keine Scheinpatienten eingeschleust!

Sehr viele Menschen werden fälschlicherweise als schizophren diagnostiziert. Eine Studie stellte 1982 fest, dass zwei Drittel von 1023 Afroamerikanern mit Schizophrenie keine Symptome aufwiesen, die nach den neuesten Richtlinien Voraussetzung für diese Diagnose waren.<sup>11</sup> 1985 überprüfte der Chefspsychiater im Manhattan State Hospital die Akten von 89 Patienten mit Schizophrenie und kam zu dem Schluss, dass nur 16 von ihnen diese Diagnose hätten erhalten dürfen.<sup>11</sup>

Fehldiagnosen können fatal sein. In einem Fall wurde ein Kind, das angeblich das Asperger-Syndrom aufwies, mit Psychopharmaka behandelt, die schizophrenieähnliche Symptome auslösten, einschließlich einer Psychose. Die falsche Diagnose wurde also zu einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung, und die Medikamente, die dem Kind aufgezwungen wurden (siehe Kapitel 15, »Liebe Luise«), kosteten es letztlich das Leben.<sup>12</sup>

Es ist nicht so seltsam, wie es scheinen mag, dass bei manchen Menschen Schizophrenie diagnostiziert wird. Die Psychiatrie unterscheidet sich grundlegend von anderen medizinischen Fachgebieten, weil normale Menschen ähnliche Symptome und Gefühle haben wie Patienten und weil viele normale Menschen gelegentlich psychotische Erfahrungen machen, einschließlich Wahnvorstellungen und Halluzinationen.

## **Die Dämonen greifen an**

Wenn wir eine richtige oder eine falsche Diagnose gestellt haben, hauchen wir unserem gesellschaftlichen Konstrukt Leben ein, etwa wenn die Mayo-Klinik behauptet, eine Störung habe jemanden befallen, als existiere die Störung ganz unabhängig.

Die Symptome des Patienten sind echt, aber das diagnostische Etikett ist nicht echt, das heißt, es definiert nichts, was außerhalb des Patienten existiert. Ein Elefant existiert wirklich und greift uns vielleicht an, wenn wir ihm zu nahe kommen. Wir sagen auch, dass Krankheiten uns anfallen – zum



Beispiel: »Sie hatte einen Asthmaanfall« –, als verfüge Asthma über eine reale Existenz in der Natur wie ein Elefant.

Vielleicht halten Sie das für zu philosophisch – darum werde ich in Kapitel 5 (über ADHS) erklären, warum diese Unterschiede sehr wichtig sein können. Ein weiteres Beispiel: Als eine Freundin von mir in ihren Zwanzigern wegen einer akuten Psychose in eine Klinik eingewiesen wurde, erklärte der Psychiater: »Sie sind schizophren!« Von diesem Punkt an hatte sie das Gefühl, keine Person mit Autonomie und Würde mehr zu sein. Ihre Pfleger brauchten sie nicht mehr zu respektieren; sie war nun ein Sack voller Symptome, über den sie bestimmten, und die folgenden Jahre waren katastrophal für sie.

Subtile Unterschiede können wichtig sein. Hätte ihr Psychiater gesagt: »Sie sind ein Mensch, der zurzeit Symptome hat, die wir üblicherweise Schizophrenie nennen«, hätte er damit ausgedrückt, dass die Person immer noch da war, dass sie viel mehr war als ihre Symptome und dass die Krankheit nicht unbedingt bis an ihr Lebensende andauern werde – wovon viele Psychiater leider ausgehen, weil ihnen nicht klar ist, dass sie die Probleme mit ihren Medikamenten zu einem Dauerzustand machen (siehe Kapitel 11).

## Es werde eine Störung

*»Und das DSM sprach: Es werde eine Störung.«*

Kirk, Gomery und Cohen in *Mad Science*<sup>13</sup>

In seiner vierten Auflage versuchte das *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) der American Psychiatric Association (APA, Amerikanische psychiatrische Gesellschaft), eine psychische Störung zu definieren.<sup>14</sup> Ich habe einige der problematischeren Teile kursiv hervorgehoben:

*[Eine psychische Störung ist] ein klinisch bedeutsames Verhaltens- oder psychisches Syndrom oder Muster, das bei einer Person auftritt und das mit momentanem Leiden (z. B. einem schmerzhaften Symptom) oder einer Beeinträchtigung (z. B. Einschränkung in einem oder in mehreren wichtigen Funktionsbereichen) oder mit einem stark*

*erhöhten Risiko einhergeht, zu sterben, Schmerz, Beeinträchtigung oder einen tiefgreifenden Verlust an Freiheit zu erleiden. Zusätzlich darf dieses Syndrom oder Muster nicht nur eine verständliche und kulturell sanktionierte Reaktion auf ein bestimmtes Ereignis sein, wie z. B. den Tod eines geliebten Menschen. Unabhängig von dem ursprünglichen Auslöser muss gegenwärtig eine verhaltensmäßige, psychische oder biologische Funktionsstörung bei der Person zu beobachten sein. Weder normabweichendes Verhalten noch Konflikte des Einzelnen mit der Gesellschaft sind psychische Störungen, solange die Abweichung oder der Konflikt kein Symptom einer oben beschriebenen Funktionsstörung bei der betroffenen Person darstellt. (DSM-IV-TR, deutsche Ausgabe, S. 979)*

Diese Definition ist extrem dehnbar und enthält viele Urteile, auch was das Ausmaß der beschriebenen Phänomene angeht. Diese Zweideutigkeit führt zu großen Unterschieden bei den beobachteten Symptomen, wenn unabhängige Psychiater einschätzen sollen, ob eine bestimmte Person an einer psychischen Störung leidet oder nicht und um welche es sich handelt.<sup>14, 15</sup>

Es ist völlig unmöglich, mit all dieser Zweideutigkeit und Subjektivität praktisch zu arbeiten, und es wäre einfach, eine sinnvollere und besser fundierte Definition vorzuschlagen. Das DSM ist jedoch ein Konsensdokument, und seine Diagnosen sind unwissenschaftlich und willkürlich. Echte Wissenschaft entscheidet über die Existenz und die Natur der Phänomene, mit denen sie sich befasst, nicht durch Handabstimmung von Personen, die ein eigennütziges Interesse daran haben und von der Pharmaindustrie bezahlt werden.<sup>16</sup>

Die Behauptung, das umfangreiche neue diagnostische Checklistsensystem, das 1980 mit dem DSM-III eingeführt wurde, sei zuverlässig, wurde in einem Buch überzeugend widerlegt.<sup>15</sup> Die enttäuschenden Ergebnisse, zu denen es kam, als zwei Psychiater dieselben Menschen einschätzten, wurden in einem Nebel aus positiver Rhetorik verborgen, und zwar in überraschend kurzen Artikeln, wenn man bedenkt, wie wichtig das Thema ist. Die zugrunde liegende Dokumentation ist schwer zu finden, aber das Buch sagt alles. Seine beiden Autoren haben hervorragende Arbeit geleistet und dadurch Licht auf ein Problem geworfen, das in der American Psychiatric Association niemand diskutieren will. Selbst die größte Studie mit 592 Teil-

nehmern war eine Enttäuschung, obwohl die Untersucher die Begutachter sehr sorgfältig schulten.<sup>17</sup> Bei Bulimie, die extrem einfach zu diagnostizieren ist, lagen die Kappa-Koeffizienten, die die Urteilerübereinstimmung angeben, über 0,80, wenn zwei Ärzte dieselben Personen befragten. Bei schwerer Depression und Schizophrenie, zwei der wichtigsten Diagnosen, betrug die Kappa-Koeffizienten nur 0,64 und 0,65.

Da wir nicht genau wissen, was eine psychische Störung ist, könnten wir die anerkannten diagnostischen Verfahren ausprobieren, um herauszufinden, ob sie auch psychiatrische Diagnosen liefern. Das tun sie tatsächlich. Ich wählte Psych Central aus, eine umfangreiche Webseite, die von neutralen Beobachtern sehr gelobt wird und preisgekrönt ist.<sup>18</sup> Wir waren acht normale und erfolgreiche Menschen, die sich an den Tests für Depression, ADHS und Manie versuchten. Keiner von uns bestand alle drei Tests. Zwei litten an Depression, und vier hatten eindeutig, wahrscheinlich oder möglicherweise eine ADHS. Sieben waren manisch; einer benötigte eine sofortige Behandlung, drei hatten eine mäßige bis schwere Manie und drei leichtere Formen.

Andere bestätigten meine Ergebnisse, was darauf hindeutet, dass die Psychiatrie für uns alle eine oder mehrere Diagnosen auf Lager hat. Rosenhan wies nach, dass die amerikanische Psychiatrie wie der Kaiser im Märchen nackt ist, was in den 1970er-Jahren eine andere Studie bestätigte:<sup>11</sup>

*Als Forscher 463 Menschen befragten, stellten sie fest, dass bei allen von ihnen Gedanken, Überzeugungen, Stimmungen und Fantasien vorkamen, die, für sich betrachtet, in einem psychiatrischen Gespräch die Diagnose »psychische Störung« rechtfertigen würden.*

Dänemark führte vor Kurzem ein neues Gesetz ein, das Patienten, die in ein Krankenhaus aufgenommen werden, eine Diagnose innerhalb von vier Wochen zusichert. Das kann bei Menschen, die nicht wissen, ob sie Krebs haben oder nicht, das unangenehme Warten verkürzen. Dennoch wurde das Gesetz aus guten Gründen kritisiert. Viele Krankheiten sind beispielsweise selbstlimitierend, und da alle Therapien Schäden verursachen können, ist es oft im besten Interesse des Patienten, *keine* Diagnose zu bekommen, weil es Ärzten schwerfällt, einen Patienten *nicht* zu behandeln, wenn eine Diagnose vorliegt. Sie haben während ihres Medizinstudiums viel gelernt über die An-

wendung von Medikamenten gegen alles, was man sich vorstellen und nicht vorstellen kann, aber sie haben sehr wenig darüber gelernt, wann es besser wäre, einfach abzuwarten. Darum lautet meine Einschätzung des neuen Gesetzes: Wenn Sie wegen eines psychischen Problems zu einem Arzt gehen, bekommen Sie mit Sicherheit mindestens *eine* Diagnose!

Es überrascht nicht, dass Therapeuten, die Gesunde nach den DSM-Kriterien beurteilten, bei einem Viertel der Probanden eine psychiatrische Diagnose stellten.<sup>16</sup> Stellen Sie sich vor, Sie untersuchen Gesunde mit einem Test auf Krebs, der bei einem Viertel von ihnen eine falsche Diagnose liefert, die zu einer Chemotherapie wegen eines nicht vorhandenen Tumors führt. In jedem anderen medizinischen Fachgebiet außer in der Psychiatrie würden wir es nicht erlauben, einen derart schlechten Test anzuwenden.

Das DSM-III aus dem Jahr 1980 wurde 1994 durch das DSM-IV ersetzt, das sogar noch schlimmer war als sein Vorgänger und 26 Prozent mehr psychische Störungen auflistete.<sup>16</sup> Allen Frances, der Vorsitzende der DSM-IV-Arbeitsgruppe, glaubt mittlerweile, dass man der American Psychiatric Association die Zuständigkeit für die Definition von psychiatrischen Störungen entziehen muss, weil neue Diagnosen ebenso gefährlich seien wie neue Medikamente: »Wir haben erstaunlich legere Prozeduren, was die Definition von Störungen anbelangt, doch können sie dazu führen, dass Dutzende von Millionen Menschen mit Medikamenten behandelt werden, die sie nicht brauchen und die ihnen möglicherweise schaden.«<sup>19</sup> Frances fügte hinzu, das DSM-IV habe drei falsche Epidemien ausgelöst, weil die diagnostischen Kriterien zu weit gefasst seien: ADHS, Autismus und bipolare Störungen bei Kindern.

Die Psychologin Paula Caplan war am DSM-IV beteiligt und musste hart kämpfen, damit die albernsten Hypothesen nicht aufgenommen wurden.<sup>14</sup> Als die APA 1985 beschloss, die masochistische Persönlichkeitsstörung bei Frauen einzuführen, die von ihren Ehemännern misshandelt worden waren, erfanden Caplan und ihre Kollegen voller Ironie die »Macho-Persönlichkeitsstörung«, die sich dann zur »wahnhaften dominanten Persönlichkeitsstörung« bei gewalttätigen Männern entwickelte. Die Diagnose sollte zutreffen, wenn ein Mann sechs von 14 Kriterien erfüllte, von denen das erste lautete: »Unfähigkeit, tiefer gehende interpersonale Beziehungen einzugehen und beizubehalten«.

Eine entscheidende Frage bei der klinischen Konsultation lautet: »Habe ich einen guten Grund zu glauben, dass eine Diagnose diesem Menschen

helfen würde?« Einige von uns erinnern sich immer noch an die Minimale cerebrale Dysfunktion (wie ADHS früher einmal genannt wurde), die seinerzeit Millionen Eltern entgegengeschleudert wurde, obwohl dadurch nur Schaden entstand, weil sie nichts zum Wohle ihrer Kinder dagegen tun konnten.

Auch andere Fachärzte sind erpicht darauf, Menschen zu überdiagnostizieren und überzubehandeln. Als meine Frau zum ersten Mal schwanger war, bestand meine wichtigste Aufgabe darin, ihr Fachärzte vom Leib zu halten. Immer wieder bewies ich ihnen, dass die Interventionen, die sie empfahlen, entweder nutzlos oder schädlich waren, und stützte mich dabei auf ein evidenzbasiertes Buch, das systematische Überprüfungen der randomisierten Studien vorstellte.<sup>20</sup> So wurde die Cochrane Collaboration geboren, der ich angehöre. Sie begann buchstäblich mit einer Schwangerschaft und einer Geburt. Kurz nach der Geburt unserer ersten Tochter besuchte eine Krankenschwester meine Frau und mich. Sie behauptete, unsere Tochter werde Sprechstörungen haben, weil das Bändchen unter ihrer Zunge zu straff sei. Als sie gegangen war, lachten wir laut. Sie wusste nicht, wovon sie redete, und selbst wenn sie recht gehabt hätte, hätte es keine Behandlung gegeben. Welchen Sinn hatte also die falsche Diagnose?

Sehr wenige führende Psychiater sind bereit einzuräumen, dass ihr Fachgebiet außer Kontrolle geraten ist. Wenn die Sprache auf Überdiagnosen und Überbehandlung kommt, lautet ihre Standardantwort: Viele Patienten sind unterdiagnostiziert. Natürlich werden immer einige Patienten übersehen, aber das Hauptproblem sind nicht die Unterdiagnosen, sondern die Überdiagnosen, was jene Psychiater, die keine Silberrücken sind, durchaus wissen. In einer Umfrage erklärten 51 Prozent der dänischen Psychiater im Jahr 2007, sie verordneten zu viele Medikamente, und nur vier Prozent meinten, sie verordneten zu wenige.<sup>21</sup>

Ich halte es für organisiertes Leugnen mit dem Ziel, die Interessen der Gilde zu wahren, wenn Silberrücken auf der ganzen Welt die eindeutigen Folgen der legeren Diagnosen und der lockeren Hand auf dem Rezeptblock ignorieren. In Dänemark werden so viele Medikamente für das Nervensystem verkauft, dass man damit ein Viertel der Gesamtbevölkerung behandeln könnte. In den Vereinigten Staaten waren Psychopharmaka im Jahr 2009 die meistverkauften Medikamente, Antidepressiva folgten an vierter Stelle. Das kann unmöglich einen tatsächlichen Bedarf widerspiegeln. Und es wird immer schlimmer.<sup>18</sup>

Auch unsere Kinder sind vom Pathologisierungswahn betroffen. In den Vereinigten Staaten nimmt ein Prozent der Kinder bis zu vier Jahren Psychopharmaka, obwohl die ersten drei Lebensjahre eine Phase der raschen Neuroentwicklung sind,<sup>22</sup> und etwa ein Viertel der Kinder in amerikanischen Sommerlagern werden wegen ADHS, affektiven Störungen oder anderen psychischen Problemen behandelt.<sup>18</sup>

Es ist die Psychiatrie, die geisteskrank geworden ist, nicht unsere Kinder. Manche Kinderpsychiater prahlen damit, dass sie innerhalb von weniger als 20 Minuten eine erste Diagnose stellen und ein Rezept schreiben können, und einige Kinderärzte brauchen dafür sogar nur fünf Minuten.<sup>23</sup>

Warum können führende Psychiater nicht genug bekommen? Ist ihr Verhalten nicht so bizarr, abnorm, sozial auffällig und schädlich für andere Menschen, dass es, wenn man der Denkweise der Psychiater folgt, legitim wäre, eine Diagnose dafür zu erfinden? Ein passender Name wäre »obsessive, zwanghafte Krankheitserfindungsstörung«, als Synonym würde sich »offensichtliches verbreitetes Streben nach Geld durch Diagnosen« eignen. Das diagnostische Kriterium könnte eine seit mindestens sechs Monaten andauernde Störung sein, die mindestens fünf der folgenden Symptome einschließt:

1. Erhielt in den letzten drei Jahren Geld von der Industrie.
2. Ist bereit, seinen Namen für von Ghostwritern verfasste Manuskripte herzugeben.
3. Glaubt, eine Diagnose könne nicht schaden.
4. Glaubt, Screening schade nicht, weil Medikamente keine Nebenwirkungen hätten.
5. Glaubt, dass bei Menschen mit psychiatrischen Störungen ein chemisches Ungleichgewicht vorliege.
6. Behauptet, Psychopharmaka seien wie Insulin bei Diabetes.
7. Glaubt, Depression und Schizophrenie zerstörten das Gehirn und Medikamente könnten das verhindern.
8. Glaubt, Antidepressiva schützten Kinder vor Suizid.
9. Glaubt, die Informationen der Pharmakonzerne seien nützlich.

Ich bin Psychiatern begegnet, die ein Full House haben, bei denen also alle neun Kriterien erfüllt sind. Ich bin gegen Zwangsbehandlungen (siehe Kapi-

tel 15), aber ich befürworte die erzwungene Pensionierung von Ärzten, die an diesem Syndrom leiden, um andere Menschen vor Schaden zu bewahren.

Vielleicht glauben Sie nun, ich sei unfair zu den Psychiatern. Doch meine Kriterien sind sogar vernünftiger als jene im DSM-III für das oppositionelle Trotzverhalten bei Kindern:<sup>15</sup>

»Eine Störung, die seit mindestens sechs Monaten andauert, in denen mindestens fünf der folgenden Symptome vorliegen:

1. Verliert oft die Beherrschung.
2. Streitet oft mit Erwachsenen.
3. Verstößt oft aktiv gegen Forderungen oder Regeln von Erwachsenen oder wehrt sich dagegen. Beispiel: verweigert Hausarbeit.
4. Tut oft bewusst etwas, was andere ärgert. Beispiel: greift nach den Mützen anderer Kinder.
5. Macht oft andere für seine Fehler verantwortlich.
6. Ist oft reizbar oder ärgert sich oft über andere.
7. Ist oft wütend und nachtragend.
8. Ist oft boshaft und rachsüchtig.
9. Flucht oft oder benutzt obszöne Wörter.«

Diese Kriterien sind völlig subjektiv und willkürlich und das Wort »oft« wird durchgehend verwendet. Wie oft ist »oft«? Viele Kinder erfüllen alle neun Kriterien, aber nur fünf sind für eine »Diagnose« erforderlich. Zu welchem Zweck? Soweit ich sehe, ist das ein ziemlich normales Verhalten.

Ich bin mir sicher, dass Naivität, Ignoranz und der Drang, Gutes zu tun, bei dummen Diagnosen eine Rolle spielen. Aber es gibt auch eine dunklere Seite. Viele Autoren des DSM haben erhebliche Interessenkonflikte in Bezug auf die Pharmaindustrie und viele Diagnosen bedeuten Geld, Ruhm und Macht für Leute an der Spitze.<sup>14</sup> Außerdem wollen diese Leute Macht über andere haben – das liegt in unserer Natur. Diagnosen sind ein mächtiges Instrument, das Patienten davon abhängig macht, was ihre Psychiater fühlen und denken, und die Folge ist Missbrauch (siehe Kapitel 15). Eine Patientin berichtete mir, als sie das Gefühl gehabt habe, ihr Psychiater benehme sich wie Gott, und ihn fragte, ob er sich für Gott halte, habe er sie mit einer zusätzlichen Diagnose bestraft: emotional instabile Persönlichkeitsstörung.

Joseph Biederman, der prominenteste amerikanische Kinderpsychiater, der mit seiner bipolaren Störung im Kindes- und Jugendalter wohl mehr als jeder andere dafür getan hat, unseren Kindern Überdosen von Neuroleptika zu verabreichen,<sup>13, 24</sup> führt sich ebenfalls gottähnlich auf. In einem Prozess fragte ihn ein Anwalt nach seinem Rang innerhalb der Harvard Medical School. »Ordinarius«, sagte Biederman. »Wer steht über Ihnen?«, wollte der Anwalt wissen. »Gott«, lautete die Antwort.<sup>24</sup>

Manche Psychiater widerstehen nicht einmal der Versuchung, ihren Kontrahenten in öffentlichen Debatten diagnostische Etiketten anzuheften. Henrik Day Poulsen ist wahrscheinlich der Arzt in Dänemark, der am meisten mit Pharmakonzernen zusammenarbeitet. Im Jahr 2013 war er Mitglied eines beratenden Ausschusses oder Berater für sechs Firmen und »schul- te« andere Ärzte im Auftrag von neun Firmen. Wie seinen Wohltätern gefiel ihm mein Buch *Tödliche Medizin und organisierte Kriminalität* nicht<sup>18</sup> und er schrieb in einem Zeitungsartikel, ich hätte »auf meine übliche paranoide Art« anhand von Beispielen damit geprahlt, wie die hässliche Pharmaindustrie die Menschen betrüge.<sup>25</sup> »Übliche Paranoia« bedeutet, an einer chronischen Psychose zu leiden, für die Wahnvorstellungen typisch sind – also geisteskrank zu sein.

Als eine Politikerin und ehemalige Krankenschwester in der Psychiatrie einmal erklärte, angesichts des Geldes, das Poulsen von der Pharmaindustrie bekomme, sei sie nicht sicher, ob er sich über die Patienten Sorge oder ob er Verkaufsgespräche für noch mehr Tabletten führe, nannte Poulsen sie »verzweifelt«.<sup>26</sup> Aber er hat weitere Diagnosen im Ärmel – schließlich hat er das Buch *Everyday's Psychopaths* (Psychopathen im Alltag) veröffentlicht.

## Psychopharmaka führen zu vielen Fehldiagnosen

Es gibt mehrere Gründe – aber wenige gute – dafür, dass viele Patienten in der Psychiatrie mehr als eine Diagnose bekommen. Erstens sind die diagnostischen Kriterien sehr weit gefasst und höchst unspezifisch hinsichtlich der Probleme der Patienten. Zweitens überlappen sich die einzelnen diagnostischen Kategorien häufig und eine Störung neigt dazu, sich mit der Zeit in eine andere zu verwandeln. Das wird oft »Begleiterkrankung« genannt, obwohl das Problem nicht darin besteht, dass der Patient mehrere »Krank-



heiten« hat, sondern darin, dass die Krankheiten so vage definiert sind, dass man an einen Biologen denken muss, der in der Ferne einen Schatten sieht und sagt: »Das ist ein Elefant oder ein Gnu, vielleicht auch ein Nashorn.« Drittens werden die Nebenwirkungen eines Medikaments oft als neue Störungen fehlgedeutet. Die Verordnung eines Medikaments löst daher häufig eine Kaskade aus, also die Verordnung von Medikamenten anderer Klassen. Ein Antipsychotikum kann beispielsweise dazu führen, dass der Patient sich lethargisch und deprimiert fühlt – also bekommt er ein Antidepressivum, das manische Symptome hervorrufen kann, woraufhin er ein Antipsychotikum bekommt.<sup>9, 24</sup>

Ärzte müssen begreifen, dass es unmöglich ist zu beurteilen, ob ein Patient wirklich an diesen zusätzlichen »Krankheiten« leidet, solange er unter dem Einfluss von bewusstseinsverändernden Substanzen steht.<sup>9</sup> Die Nebenwirkungen können kommen und gehen. Das ist häufig der Grund dafür, dass die Betroffenen glauben, das Medikament könne nicht daran schuld sein.<sup>27</sup> Deshalb können nicht nur Routinetherapien, sondern auch der Versuch, ein Medikament abzusetzen – was häufig diese Nebenwirkungen hervorruft –, zu weiteren Diagnosen, Medikamenten und Schäden führen. Suchtexperten wissen sehr wohl, dass es nutzlos ist, psychiatrische Grundkrankheiten zu diagnostizieren, wenn ein Patient Medikamente missbraucht. Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit, bei denen sich Intoxikation und Entzug abwechseln, können ähnliche Symptome wie jede denkbare psychiatrische Störung auslösen. Warum verzichten die Psychiater dann nicht darauf, Diagnosen zu stellen, wenn Patienten unter dem Einfluss dieser psychoaktiven Substanzen stehen, die wir Psychopharmaka nennen?<sup>27</sup>

*Es sollte verboten werden, neue Diagnosen zu stellen, während der Patient mit Psychopharmaka behandelt wird. Kann der Psychiater der Versuchung nicht widerstehen, sollte er routinemäßig von einer Störung sprechen, die wahrscheinlich von den Medikamenten verursacht wird. Dadurch übernimmt er und nicht der Patient die Verantwortung und die Wahrscheinlichkeit wird größer, dass er die Medikamente nach und nach absetzt, weil er Schadenersatzklagen fürchten muss, wenn er eine von Medikamenten ausgelöste Störung diagnostiziert und dann nichts unternimmt.*

Es gibt noch einen vierten wichtigen Grund für die viel zu hohe Zahl von Diagnosen: Sie werden oft schon beim ersten Besuch gestellt, wenn Patienten über Traurigkeit, ihre Arbeitsbelastung, Eheprobleme oder ein Trauma neueren Datums klagen oder über viele andere Probleme, die wir alle von Zeit zu Zeit haben. Ärzte vergessen oft, dass die Diagnose ein Schnappschuss ist und dass es den Patienten vor und nach ihrem Besuch beim Arzt möglicherweise gut geht. Je öfter jemand zum Arzt geht, desto größer ist offensichtlich die Gefahr, dass er eine falsche Diagnose erhält.

Ärzte sollten geduldig sein und versuchen, den Menschen nicht bei ihrem ersten Besuch diagnostische Etiketten anzuheften, auch deshalb nicht, weil Diagnosen klebrig sind. Selbst wenn sie sich später als falsch herausstellen, ist es fast unmöglich, sie loszuwerden. Sie stigmatisieren Menschen (siehe Kapitel 6) und können sich auf den Beruf, Versicherungen und viele andere wichtige Lebensbereiche auswirken.

Ärzte sollten zudem bei der ersten Begegnung keine Medikamente verordnen, es sei denn, ein Problem ist sehr akut. Wenn ein Patient darauf besteht, ein Medikament zu bekommen, zum Beispiel ein Antidepressivum, wird eine offene Diskussion über die vielen Nebenwirkungen und die zweifelhafte Hauptwirkung (siehe Kapitel 3) die meisten Patienten davon überzeugen, dass es keine gute Idee ist, übereifrig zu sein.

Die von Psychiatern verwendeten diagnostischen Etiketten passen sehr schlecht zu den Patienten, mit denen Allgemeinärzte zu tun haben. Aber wenn der fachärztliche Blickwinkel während der ärztlichen Grundversorgung infrage gestellt wird, reagieren Psychiater darauf meist ungläubig und sehen sich in ihrer Forderung bestärkt, Allgemeinmediziner besser zu schulen.<sup>28</sup> Besser schulen? Worin? Hoffentlich nicht im DSM!

## **Die Industrie der Wohltaten**

Unsere »Tu-Gutes-Kultur« stellt in der Psychiatrie ein großes Gesundheitsrisiko dar. Institutionen wie Kindergärten und Schulen setzen bisweilen Eltern unter Druck, damit sie Diagnosen wie ADHS akzeptieren, was der Institution zusätzliche Gelder einbringt. Andere Einrichtungen üben Druck auf Psychiater aus, um eine Diagnose wie posttraumatische Belastungsstörung zu erhalten.

Auch für Individuen kann es einträglich sein, sich krank zu stellen. Das öffnet die Schleusen für Wohltaten aller Art: mehr soziale Dienste, Ausbildungsbeihilfen, Gleitzeit am Arbeitsplatz, leichtere Jobs, Frührente, Invaliditätsrente, Versicherungsleistungen und so weiter. In Dänemark kann die Ausbildungsbeihilfe beispielsweise bis zu 2,5-mal höher sein, wenn bei jemandem eine der folgenden Krankheiten diagnostiziert wird: Schizophrenie, schizotype Persönlichkeitsstörung, fortbestehende Psychose, kurzzeitige Psychose, schizoaffektive Störung, nicht näher bezeichnete Psychose mit nichtorganischer Ursache, emotional instabile Persönlichkeitsstruktur vom Borderline-Typ. Vor allem »Borderline«-Diagnosen sind ziemlich dehnbar.

Innerhalb der Industrie der Wohltaten geraten zu viele Therapeuten in Versuchung, zu viel für zu viele Menschen zu tun, und Patientenvertreter – die häufig von der Pharmaindustrie unterstützt werden – befinden sich oft im Irrtum, wenn sie behaupten, ihre Schützlinge seien unterdiagnostiziert, unterbehandelt und im Vergleich zu anderen benachteiligt.

Ich habe mehrere leitende Psychiater sagen hören, eine Diagnose könne niemandem schaden. Solche Leute sollten nicht als Psychiater arbeiten. Alle beruflich bedingten Interventionen in das Leben von Bürgern, Diagnosen eingeschlossen, können schaden. Es ist paradox, dass öffentliche Debatten und Berichte in den Medien vom Nutzen der Diagnosen und Interventionen dominiert werden, obwohl wir von jeder Intervention eines genau wissen: dass sie schaden kann. Wäre dies nicht der Fall, könnte sie auch keinen Nutzen haben.

## **Patienten sind keine Konsumenten**

In der angelsächsischen Tradition werden Patienten oft als »Konsumenten« bezeichnet. Das ist ein seltsamer Begriff. Patienten konsumieren nichts, sondern die Psychopharmaka konsumieren sie, weil sie ihnen die Persönlichkeit rauben. »Konsumption« oder »Auszehrung« ist eine alte Bezeichnung für Tuberkulose, die Gewebe »frisst«. Psychopharmaka »fressen« das Gehirn, wenn man sie längere Zeit einnimmt, da sie chronische Gehirnschäden verursachen (siehe Kapitel 11).

Wenn man Patienten mit Brustkrebs, Prostatabeschwerden, Knochenbrüchen oder HIV fragt, dann möchten sie lieber »Patienten« genannt wer-

den, nicht Konsumenten, Kunden oder sonst etwas.<sup>29</sup> Viele Alternativen zu »Patient« enthalten Unterstellungen (zum Beispiel eine Geschäftsbeziehung), die den Empfängern der Fürsorge möglicherweise nicht gefallen. Das sollten wir respektieren und auf die Bezeichnung »Konsument« verzichten. Er wurde mit guten Absichten eingeführt – um die Patientenrechte zu stärken –, aber das ist auch möglich, ohne den Patienten einen Namen zu verpassen, den sie nicht tragen möchten und der obendrein ziemlich irreführend ist.

## Weitere komische und erfundene Diagnosen

Wenn das Leben zu absurd wird, kann es nützlich sein, herzlich zu lachen. Zwei komische Videos illustrieren, wie einfach es ist, Gesunden Medikamente aufzuschwatzen, die sie nicht brauchen, und zwar für eine Krankheit, die sie nicht haben. Die australische Künstlerin Justine Cooper erfand einen Fernsehwerbespot, der Havidol (*have it all* – »Hab alles«) anpreist. Havidol mit dem chemischen Namen Avafynetyne-HCl (*have a fine time plus hydrochloric acid* – »Hab Spaß plus Chlorwasserstoffsäure/Salzsäure«) war für Menschen bestimmt, die an einer dysphorischen sozialen Aufmerksamkeitskonsumptionsdefizitstörung (engl. DSACDAD) litten.

Fühlen Sie sich innerlich leer, wenn Sie einen ganzen Tag lang shoppen waren? Genießen Sie neue Dinge mehr als alte? Kommt Ihnen das Leben schöner vor, wenn Sie mehr besitzen als andere? Dann leiden Sie möglicherweise an dieser Störung, von der mehr als die Hälfte der Bevölkerung betroffen ist. Havidol sollte bis ans Lebensende eingenommen werden und zu seinen Nebenwirkungen gehören ungewöhnliches Denken, glänzende Haut, ein deutlich verzögerter sexueller Höhepunkt, speziesübergreifende Kommunikation und ein tödliches Lächeln. »Fragen Sie Ihren Arzt nach Havidol.« Manche Leute hielten das Mittel für echt und nahmen es in echte Webseiten auf, bei denen es um Panik, Angststörungen oder Depression ging.

Ein anderes Video zeigt den Journalisten Ray Moynihan.<sup>32</sup> Zuerst berichtete das *BMJ* am 1. April 2006<sup>33</sup> von einer neuen Epidemie – der Motivationsdefizitstörung –, und wie beim Havidol glaubten einige Leute, diese Krankheit existiere. In ihrer leichten Form können die Betroffenen den Strand nicht verlassen oder kommen morgens nicht aus dem Bett, in ihrer