

Stephan Schleim

PSYCHE & PSYCHISCHE GESUNDHEIT

PHILOSOPHEN, PSYCHOLOGEN UND PSYCHIATER IM GESPRÄCH

TELEPOLIS

Inhaltsverzeichnis

Titel

Klappentext

Einleitung

"Es geht um die Anpassung des Individuums an die vorherrschende Normalität"

Der Psychologieprofessor und Bestsellerautor Paul Verhaeghe erklärt, wie Psychologie und Psychiatrie auf soziale Anpassung ausgelegt sind

"Unsere heutige Gesellschaftsform produziert sehr viele Störungen"

Der Psychologieprofessor und Bestsellerautor Paul Verhaeghe erklärt, dass Umwelt, psychische und körperliche Gesundheit stärker zusammenhängen, als wir das bisher dachten

Mit Drogenpolitik wird Sozial- und Migrationspolitik gemacht

Der Rechtswissenschaftler Jan Fährmann über die Regulierung von Drogen und warum zuerst Opium und Kokain verboten wurden

Warum repressive Drogenpolitik nicht funktioniert

Rechtswissenschaftler Jan Fährmann über Drogenverbote und deren negative Auswirkungen - Teil 2

Intermezzo: Medikamente und Drogen im Wandel

gesellschaftlicher Erwartungen

Substanzen im Spannungsfeld zwischen Individuum und seiner Umgebung

"Es gibt keine Depressionen"

Wie der Psychologie- und Psychiatrieprofessor Peter de Jonge die psychische Gesundheitsversorgung revolutionieren will

"Größtenteils nutzlos und potenziell schädlich"

Ein Interview über den problematischen Erfolg der Antidepressiva

"Bei rund 90% wirken Antidepressiva nicht besser als Placebo"

Ein Folgeinterview mit dem Psychologen Michael P. Hengartner über die Wirsamkeit von Antidepressiva

"Es gibt keine Schizophrenie"

Der bekannte Psychiater und Professor für Psychiatrische Epidemiologie über Sinngebung und neue Ideen für die psychische Gesundheitsfürsorge

"Es geht nicht ganz ohne soziale Normen"

Der Psychiatrieprofessor Ludger Tebartz van Elst über die Theorie und Praxis seines Fachs

"Nicht alles, was wir diagnostizieren, ist eine Krankheit im engeren Sinn"

Teil zwei des Gesprächs mit Ludger Tebartz van Elst über die Zunahme der psychiatrischen Diagnosen und das Problem der

Stigmatisierung

"In der Psychiatrie wird es wohl immer einen unerklärbaren Rest geben"

Im dritten Teil des Gesprächs erklärt Ludger Tebartz van Elst, warum Psychiater genauer hinschauen sollten und wie die Zukunft seines Fachs aussehen könnte

"Die Kinder werden zum Problem erklärt"

Die Entwicklungspsychologin Laura Batstra fordert ein Umdenken über ADHS

"Inzwischen kritisieren auch immer mehr Psychiater die Leistungsgesellschaft"

Die Entwicklungspsychologin Laura Batstra erklärt ihren alternativen Umgang mit ADHS

Intermezzo: Psychische Gesundheit und Sinngebung

Gesundheit ist mehr als nur ein funktionierender Körper

Organspende und der Sinn des Lebens

Der niederländische Regisseur Godfried Beumers über die zweite Chance im Leben

Fußnoten

Impressum

Klappentext

Warum werden immer mehr psychische Störungen diagnostiziert? Inzwischen erhält jährlich fast jeder sechste Deutsche die Diagnose "Depressionen". Und das ist gerade einmal eine von mehreren hundert psychischen/psychiatrischen Störungen, die Fachleute heute unterscheiden. Ein Ende der Fahnenstange scheint nicht in Sicht.

Was sind überhaupt psychische Störungen? Inwiefern legen sich Experten die Kategorien so zurecht, wie es ihnen nützlich erscheint? Oder werden wirklich die Erfahrungen der Betroffenen ernst genommen? Dieses Buch wirft diese und viele andere Fragen nicht nur auf, sondern bietet auch Antworten gestandener Fachleute aus Philosophie, Psychologie und Psychiatrie. Hier wird nicht Altbekanntes wiedergekäut, sondern es werden innovative Ideen vorgestellt.

Da mit den Diagnosen häufig Medikamentenverschreibungen einhergehen, bekommt auch dieses Thema viel Raum: Wie werden Substanzen überhaupt in Genussmittel, Drogen und Medikamente unterschieden? Welche Interessen spielen hier eine Rolle? Und was hat sich im Laufe der Zeit verändert? Die inzwischen immer häufiger verschriebenen Antidepressiva und Medikamente zur Behandlung der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung

(ADHS) erhalten besonders viel Raum.

Es geht auch um Hintergründe von Depressionen, ADHS und Schizophrenie, einige der am häufigsten und schwersten psychischen Störungen. Der Dialogstil des Buches sorgt dafür, dass theoretische Ideen leichter nachzuvollziehen sind, Professoren können "zum Greifen nah" erlebt werden.

Am Ende geht das Buch über das bloße Thema von Psyche und psychischer Gesundheit hinaus. Die größeren Bedürfnisse des Menschen nach Sinngebung und vielleicht sogar Spiritualität wurden bewusst miteinbezogen. Auch neuere wissenschaftliche Forschung belegt, dass Gesundheit mehr ist als nur das körperliche Funktionieren.

Stephan Schleim ist Assoziierter Professor für Theoretische Psychologie an der Universität Groningen in den Niederlanden. Vorher war er Universitätsprofessor für Neurophilosophie an der Ludwig-Maximilians-Universität München. Schleim schreibt seit rund 15 Jahren auch für ein breites Publikum und einige seiner Essays wurden inzwischen in mehrere Sprachen übersetzt. In den hier vorliegenden Gesprächen macht er Gedanken von Fachleuten aus dem deutsch- und niederländischsprachigen Raum zugänglich, die es sonst nicht so leicht in die Öffentlichkeit schaffen.

Einleitung

Psyche und psychische Gesundheit bleiben in unserer Gesellschaft ein brennendes Thema. Es klagen nicht nur immer mehr Menschen über Stress. Immer mehr suchen tatsächlich auch Hilfe beim Arzt, Coach, Psychotherapeuten oder spirituellen Lehrern für den Umgang mit psychologischen Problemen oder Lebensherausforderungen.

Es fragt sich, ob irgendwann einmal ein Ende der Fahnenstange erreicht sein wird. Vielleicht dann, wenn jeder von uns ein paar der Etiketten für psychische Störungen aus dem ICD der Weltgesundheitsorganisation oder dem amerikanischen DSM erhalten hat? Zu den am meisten vorkommenden Problemen gehören übrigens, von häufiger zu seltener: Angststörungen, Schlaflosigkeit, Depressionen, die Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS) und Alkoholabhängigkeit.

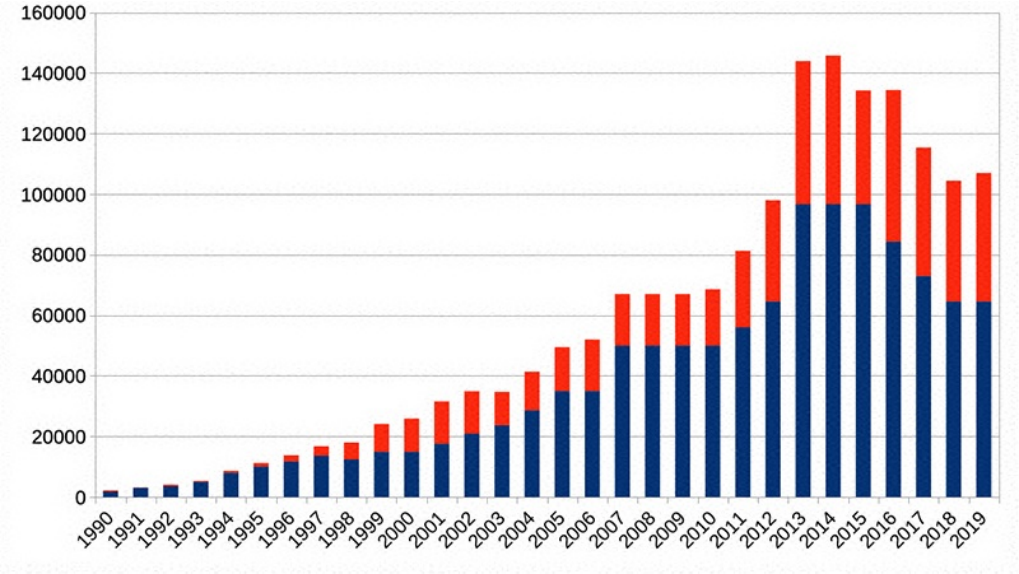
Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland untersuchte im sogenannten "Versorgungsatlas" erst vor Kurzem den Anstieg der diagnostizierten Depressionen zwischen 2009 und 2017. Obwohl einige kritische Forscher bereits in den frühen 2000ern von einer "Depressions-Epidemie" sprachen, stieg die Diagnosehäufigkeit im genannten Zeitraum noch einmal von 12,5% auf 15,7%.

Das ist ein Zuwachs von 26% auf einem ohnehin sehr hohen Niveau! Und das heißt, dass 2017 schon fast jeder Sechste in Deutschland eine depressive Störung diagnostiziert bekam. Damit geht oft die Verschreibung von Medikamenten einher, sogenannten Antidepressiva, von denen einer der interviewten Wissenschaftler in diesem Buch behauptet, dass sie gar nicht gut wirken und daher ihren Namen nicht verdienen.

Im BARMER-Arztreport von 2018 beschäftigte sich die große Krankenkasse speziell mit den psychischen Erkrankungen junger Erwachsener. Gemeint waren damit 18- bis 25-jährige. In rund zehn Jahren (2005-2016) stiegen demnach die Diagnosen von psychischen und Verhaltensstörungen in dieser Altersgruppe insgesamt um 38%. Im Detail: Bei Angststörungen betrug der Anstieg 48%, bei depressiven Episoden 72%, bei Anpassungsstörungen 89% und bei ADHS sogar unglaubliche 512%. Letzteres hatte aber auch schlicht mit der Tatsache zu tun, dass man erst seit einigen Jahren davon ausgeht, dass es "Erwachsenen-ADHS" gibt.

Allem Anschein nach tut sich auf dem Gebiet von Psyche und psychischer Gesundheit sehr viel. Doch wie können wir das begreifen? Und wofür brauchen so viele Menschen Psychopharmaka in großen Mengen, die vor zehn, zwanzig oder dreißig Jahren kaum noch verschrieben wurden?

Ein krasses Beispiel ist die Verschreibung der ADHS-Medikamente Amphetamin (auch bekannt als die Szenedroge "Speed") und Methylphenidat (der Wirkstoff im "Ritalin"). Vor den 1990ern war diese in den USA kaum nennenswert; in den 1990ern warnte dann schon die Weltgesundheitsorganisation vor den steigenden Verschreibungszahlen. Ein besonderer Kritikpunkt war, dass diese Mittel vor allem Kindern gegeben werden.



Produktion der wegen ihres Suchtpotenzials staatlich regulierten ADHS-Medikamente Amphetamin (rot) und Methylphenidat (blau) in den USA (in kg). Quelle: US Federal Register

Doch in den 2000ern kam es erst richtig zur Explosion: Seit 2013 werden in den USA mehr als 100 Tonnen dieser Substanzen produziert und damit *jährlich* mehr als in der ganzen *Dekade* der 1990er! Diese Aufputschmittel geben den Konsumenten das Gefühl,

mehr Energie, Motivation, sogar Spaß beim Arbeiten zu haben und wirken auch der Müdigkeit entgegen. Das sind alles Eigenschaften, die in einer Informations-, Leistungs- und Wettbewerbsgesellschaft von großer Bedeutung sind. Ist das Zufall? In anderen Ländern, einschließlich Deutschland und den Niederlanden, war der Anstieg nicht ganz so extrem, doch vom Muster her sehr ähnlich.

Nun könnte man vielleicht meinen, dass dies gute Anzeichen sind: Immerhin würde es so als "normaler" gelten, psychische Störungen zu haben. Doch wie wir später im Buch feststellen werden, ist das Problem der "Stigmatisierung", also der Ausgrenzung von Menschen mit psychischen Störungen, noch lange nicht gelöst.

Große Probleme

Ein besonderes Rätsel ist aber, dass mit zunehmenden Diagnosen und Behandlungen die Probleme nicht verschwinden, sondern im Gegenteil immer größer zu werden scheinen: Je mehr Störungen diagnostiziert und mit Medikamenten oder Psychotherapie behandelt werden, desto mehr scheinen Menschen unter psychischen Störungen zu leiden. Zu den heute so häufig ärztlich oder psychotherapeutisch festgestellten Depressionen heißt es im bereits zitierten Versorgungsatlas beispielsweise:

» Depressive Störungen gehören zu den häufigsten psychischen Störungen weltweit und gehen mit erheblichen Einschränkungen der

Lebensqualität und Leistungsfähigkeit einher. ... [Sie] sind durch gedrückte Stimmung, Interessenverlust, Antriebslosigkeit und erhöhte Ermüdbarkeit gekennzeichnet. Damit beeinträchtigen sie den Lebensalltag der Betroffenen in zentraler Weise. «

Versorgungsatlas, 2019, S. 4

Wenn es sich um solche schweren Probleme handelt, was machten Millionen von Menschen in der Vergangenheit, *bevor* die Diagnose so häufig gegeben und die Medikamente so oft verschrieben wurden? Mitunter heißt es - auch einer der Experten in diesem Buch äußert sich dahingehend -, dass die Probleme früher unter anderen Bezeichnungen versteckt wurden, etwa Rückenschmerzen.

Diese Erklärung ist aber nicht ganz überzeugend, da die Diagnosen der Rückenschmerzen ebenfalls zunehmen und diese in der Vergangenheit auch nicht so oft vorkamen, dass damit die heutige "Depressions-Epidemie" erklärt wäre. In meiner eigenen Forschung kam ich auf inzwischen sechs mögliche Antworten auf die Frage, warum heute so viel mehr Diagnosen gegeben werden als früher:

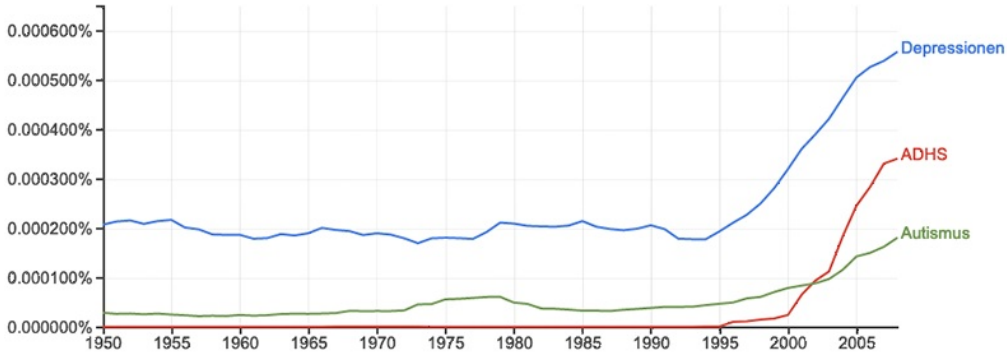
- Experten diagnostizieren besser und entdecken daher immer mehr zuvor unentdeckte Fälle.
- Ärzte und Therapeuten diagnostizieren immer mildere Formen.
- Menschen sind heute besser über psychische Gesundheit informiert und suchen daher mehr Hilfe.
- Immer mehr Probleme unseres Lebens werden heute als medizinische/psychiatrische oder psychologische Probleme

begriffen.

- Menschen leiden tatsächlich mehr unter den Anforderungen der heutigen Welt.
- Bisher unerkannte Krankheitserreger verursachen genetische oder Gehirnstörungen, die sich in den Symptomen psychischer Störungen ausdrücken.

Ein interessanter historischer Aspekt bei der ADHS ist, dass es die Diagnose in dieser Form überhaupt erst seit 1980 gibt. Das heißt, vor den 1980ern - abgesehen vielleicht von ein paar gut informierten Experten, die auf diesem Gebiet forschten - konnte niemand den Satz äußern: "Ich habe ADHS." Denn die Kategorie gab es schlicht noch gar nicht.

Inzwischen klingt dieser Satz aber wie selbstverständlich. Und es heißt, dass fünf bis zehn Prozent der Kinder und Jugendlichen von ihr betroffen seien, wobei sich die Zahlen je nach verwendetem Diagnosehandbuch, Kultur und Zeit unterscheiden. Zwei der Experten in diesem Buch äußern sich detailliert zu diesem Störungsbild.



Dass wir heute anders über psychische Probleme reden, zeigt auch dieses Ergebnis aus der Bücher-Datenbank von Google: So kam das Wort "Depressionen" 2008 mehr als 2,5-mal so oft vor als 1980. "Autismus" erschien zum Endpunkt mehr als 3,5-mal so häufig. "ADHS" tauchte überhaupt erst 1995 nennenswert in Büchern auf und rund zwanzig Jahre später dann beinahe 700-mal so häufig. Quelle: Google Books Ngram Viewer

Reales Leiden

Wichtig ist mir der Hinweis, dass ich mit solchen Gedanken über die Veränderlichkeit unseres Umgangs mit psychischen Problemen keinesfalls behaupte, dass die Probleme nicht real wären. Nur weil ich darauf verweise, dass die Kriterien von Experten festgelegt werden und sich im Laufe der Zeit ändern, regelmäßig neue Störungsbilder auftauchen und alte wieder verschwinden, wird das subjektive Leid nicht im Geringsten angezweifelt.

Es geht vielmehr um Sensibilität dafür, zwischen den formalisierten Kategorien einerseits und den Verhaltensweisen und subjektiven Erfahrungen der Personen andererseits zu unterscheiden. Warum

das wichtig ist, wird in den Gesprächen dieses Buchs immer wieder deutlich werden.

In provokanter Weise bringen das Überschriften wie "Es gibt keine Schizophrenie" oder "Es gibt keine Depressionen" auf den Punkt, die jeweils von Professoren getätigt werden, die sich seit Jahrzehnten mit solchen Störungsbildern beschäftigen. Auch ihnen liegt es am Herzen, auf die problematischen Aspekte der Kategorien in Psychologie und Psychiatrie hinzuweisen. Doch ich habe genug geredet beziehungsweise geschrieben!



Manchmal kommt es mir so vor, als tappten wir Wissenschaftler und Philosophen im Nebel, wenn wir verstehen wollen, worum es auf dem Gebiet der psychischen Störungen überhaupt geht. Bild: Mit freundlicher Genehmigung der Groninger Künstlerin Elise Madderom

Nachdem ich bereits 2018 eine Aufsatzsammlung zum Thema veröffentlichte ("Was sind psychische Störungen? Grundlagenfragen, gesellschaftliche Herausforderungen, Alternativen zur Biologie"), folgen jetzt Gespräche mit anderen Fachleuten. Das vorliegende eBook bietet sozusagen Philosophie, Psychologie und Psychiatrie "zum Anfassen". Meine Absicht war aber nicht nur, die Gedanken einiger bisher weniger bekannter Persönlichkeiten zum Thema kennenzulernen und Anderen mitzuteilen. Nein, ich handelte auch aus Egoismus, denn die hier versammelten Menschen sind allesamt sehr inspirierende Persönlichkeiten!

Es ist nun größtenteils eine "Herrenrunde" geworden. Zugegeben, ich begann die Gespräche vor allem mit Männern. Als ich dann aber die ersten Frauen um ein Interview bat, wurden meine Anfragen fast ausnahmslos auf unbestimmte Zeit verschoben oder gleich ganz abgesagt. Dass jemand zu beschäftigt sei oder ihre Meinung nicht interessant genug, waren genannte Gründe. Für die Wiederveröffentlichung eines Interviews mit einer amerikanischen Psychologin erhielt ich leider keine Erlaubnis. Daher habe ich gegen

Ende noch das Intermezzo über Sinngebung eingefügt, um wenigstens den gewünschten Inhalt in dieser Textsammlung anzusprechen.

Eine Vorschau

Wie der Titel verspricht, geht es um "Psyche und psychische Gesundheit". Den Einstieg mache ich mit einem Interview mit dem Psychologieprofessor Paul Verhaeghe, der im niederländischsprachigen Bereich seit Jahren sehr gefragt ist und dessen kritische Bücher über unser Gesundheitssystem - insbesondere im psychischen Bereich - in sehr viele Sprachen übersetzt wurden, auch ins Deutsche. Unser Gespräch, das übrigens am Frühstückstisch eines Hotels stattfand, bevor er wieder weiterreisen musste, geht in die Breite und öffnet den Themenbereich damit sehr weit.

Das danach folgende Interview mit dem Rechtswissenschaftler Jan Fährmann, den ich auf dem Symposium einer Kunstausstellung über bewusstseinsverändernde Mittel kennenlernte, fällt etwas aus der Reihe. Wir sprechen zwar nicht direkt über psychische Gesundheit. Die Gedanken über die politischen und historischen Hintergründe unserer Drogenpolitik bieten aber für die folgenden Kapitel wichtiges Hintergrundwissen. Als ich vor einigen Absätzen über die ADHS-Medikamente schrieb, deutete ich schon an, dass die

Grenze zwischen Drogen und Medikamenten mitunter schwammig ist.

Diesen Punkt vertiefe ich dann noch einmal in meinem Intermezzo über "Medikamente und Drogen im Wandel gesellschaftlicher Erwartungen". Darin zeige ich, dass die Unterscheidung in Genussmittel, Medikamente und Drogen gesellschaftlich konstruiert wird und stark von den verfolgten Zwecken und politischen Strömungen abhängt. Auch dies wird wie das Gespräch mit Fährmann beispielsweise in den Interviews über Antidepressiva oder Lifestyle-Medikamente wieder von Bedeutung sein.

Peter de Jonge erklärt danach, was an der Kategorie "Depression" problematisch ist. Und diese wird, wie wir gerade gesehen haben, in unserer heutigen Zeit mit am häufigsten diagnostiziert. Dabei hat dieser Psychologie- und Psychiatrieprofessor nicht nur eine kritische Seite, sondern entwickelt mit seinem Forschungsteam beispielsweise Programme fürs Smartphone, mit denen Menschen ihre psychische Gesundheit selbst untersuchen können. Das stößt bereits bei Krankenversicherungen auf großes Interesse.

Mit dem Thema "Depression" geht es in den beiden Kapiteln mit dem jungen Psychologen Michael Hengartner weiter. Er erklärt, warum sehr viele Studien zur Wirksamkeit von Antidepressiva manipuliert oder zumindest verzerrt sind und daher keine

Aussagekraft für die Wirkung der Mittel besitzen. Dass andere Wissenschaftler das genauso gut wissen aber in der Öffentlichkeit doch einen anderen Eindruck vermitteln, wirft kein gutes Licht auf die Forschung. Hengartner muss man großen Respekt dafür zollen, dass er mit seiner kritischen Haltung seine Karriere gefährdet.

Jemand, der längst Karriere gemacht hat, ist der Psychiatrieprofessor Jim van Os, den ich in der Uniklinik Utrecht unweit meines Wohnorts in den Niederlanden besuchte. Van Os ist dort Leiter einer sehr großen Einheit für psychiatrische Behandlungen und Hirnforschung - wirkt im Gespräch aber sehr freundlich und bescheiden. Er beschäftigte sich intensiv mit der Kategorie "Schizophrenie" und macht deutlich, warum wir diese besser aufgeben sollten.

Schizophrenie ist auch ein Anknüpfungspunkt für das folgende Gespräch mit dem Psychiatrieprofessor Ludger Tebartz van Elst. Wir trafen uns zufällig in Heidelberg, wo wir beide zur Teilnahme an einem Podium des Wissenschaftsfestivals"Geist Heidelberg" eingeladen waren. Da unser Interview in einem italienischen Restaurant durch das Servieren der Pasta unterbrochen wurde, haben wir es später telefonisch abgeschlossen. Beides merkt man dem Text hoffentlich nicht an.

Tebartz van Elst hat sich in den letzten Jahren aber nicht nur

intensiv mit Schizophrenie, sondern auch mit der Theorie des Krankheitsbegriffs beschäftigt. Dadurch wird der Inhalt stellenweise sehr philosophisch. Auf die gesellschaftlich und klinisch relevanten Aspekte kommen wir danach aber wieder zu sprechen. Ich danke dem Psychiater insbesondere auch dafür, uns mit ein paar Aussagen, die nicht alle in einem Interview zur Veröffentlichung freigeben würden, hinter die Kulissen der Psychiatriewelt blicken zu lassen.

Danach kehren wir zurück zur Psychologie, nämlich mit der Entwicklungspsychologin Laura Batstra. In dem Gespräch mit ihr geht es insbesondere um ADHS, kehren aber viele der in den vorherigen Kapiteln angesprochenen Themen zum Umgang mit psychischen Störungen wieder zurück. Batstra spricht auch über Alternativen zur medikamentösen Behandlung und wie man das Verhalten impulsiver Kinder mäßigen kann.

In meinem zweiten Intermezzo will ich die Brücke von der psychischen Gesundheit zur Sinngebung oder vielleicht sogar Spiritualität schlagen. Für das Interview, das ich hierfür gerne verwendet hätte, bekam ich leider keine Genehmigung zum Wiederabdruck. Daher versuche ich mich selbst an ein paar Gedanken, bevor das Buch mit dem Regisseur und Geschichtenerzähler Godfried Beumers endet. Dieser erklärt uns anschaulich, welche Lehren über den Sinn des Lebens wir aus

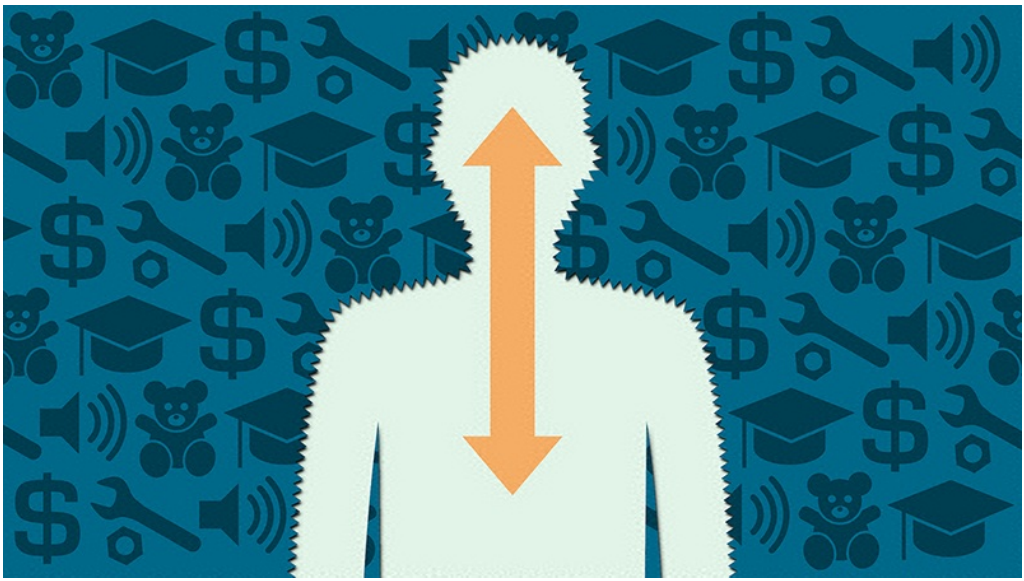
existenziellen Erfahrungen wie einer Organtransplantation ziehen können.

Ich hoffe vor allem, dass das Lesen dieses eBooks Ihnen so viel Freude bereiten wird, wie ich beim Schreiben hatte, und vielleicht sogar zu ein paar neuen Einsichten führt. Mir ging es vor allem um Inspiration, weswegen ich mein Honorar hierfür auch einem investigativen Journalisten spende, der das Geld vielleicht nötiger hat als ich.

Denken Sie daran, dass ich am Gedankenaustausch mit Menschen aller Couleur interessiert bin. Auf meiner Homepage finden Sie mehr Informationen und bis auf Weiteres können Sie auf Telepolis sowie auf meinem Blog MENSCHEN-BILDER bei den SciLogs mitdiskutieren. Aber jetzt wünsche ich Ihnen, dass Sie meine Gesprächspartner "zum Anfassen nahe" erleben werden, wie das bei mir auch der Fall war.

"Es geht um die Anpassung des Individuums an die vorherrschende Normalität"

Der Psychologieprofessor und Bestsellerautor Paul Verhaeghe erklärt, wie Psychologie und Psychiatrie auf soziale Anpassung ausgelegt sind



Paul Verhaeghe ist Professor für Psychodiagnostik an der Universität Gent in Belgien. Außerdem ist er seit Jahrzehnten als klinischer Psychologe tätig, der aus einem psychoanalytischen Ansatz heraus arbeitet. In jüngerer Zeit wird er immer mehr wegen

seiner gesellschaftskritischen Haltung in der Öffentlichkeit wahrgenommen. Inzwischen schrieb er mehrere Bestseller, die in verschiedene Sprachen übersetzt wurden. Auf Deutsch erschienen zum Beispiel "Liebe in Zeiten der Einsamkeit" (2009, Neuauflage 2017), "Und ich? Identität in einer durchökonomisierten Gesellschaft" (2013) sowie "Autorität und Verantwortung" (2016).

▶ Professor Verhaeghe, fangen wir einmal ganz allgemein an: Worum geht es eigentlich im Bereich der psychischen Gesundheit?

Paul Verhaeghe: Wenn Sie es historisch betrachten, dann gab es erst andere Schwerpunkte als heute. Ursprünglich ging es in der institutionalisierten Psychiatrie - neben Religion und Gesetzgebung - um den Schutz der gesellschaftlichen Ordnung.

Später ist daraus ein zweites Ziel entstanden: der Schutz des Individuums vor sich selbst. Wie man das macht, ist aber keine so einfache Frage. Heutzutage geht es vor allem um die Anpassung eines Individuums an die vorherrschende Normalität, damit der oder die Betroffene sich besser in die Gruppe einordnen kann. Das ist das offizielle Ziel.

▶ Sie sprechen auch in Ihren Büchern häufiger von "durch die Gesellschaft auferlegten Normen." Woher kommen diese genau? Lässt sich das etwas präziser sagen?

Paul Verhaeghe: Es geht um Konventionen, die sich in der Gesellschaft entwickelt haben, beispielsweise aus der Religion oder

der Gesetzgebung heraus. Das ist auch kein Zufall, wenn man sich beispielsweise die Herkunft des Worts "Moral" anschaut: Lateinisch *mores* bezeichnete Sitte und Bräuche, *ethos* im Griechischen dasselbe. Das war die einfache Antwort.

Die schwierigere Antwort, die lange Zeit ein Tabu war und erst in jüngerer Zeit wieder untersucht werden darf, ist der biologische Einfluss auf unsere Moral. Denken Sie beispielsweise an die Forschung des Primatologen Frans de Waal, der gezeigt hat, dass unser Umgang miteinander - etwa im Bereich der Empathie - auch biologisch angelegt ist. Besonders hervorstechend ist sein Befund, dass sozial veranlagte Säugetiere bei ungleicher Behandlung spontan eine negative Reaktion zeigen. Ebenso unterhaltsam wie grundlegend ist etwa die Beobachtung, dass sich ein Kapuzineräffchen nicht länger mit Gurken abspeisen lässt, wenn ein anderes Tier für dieselbe Aufgabe zur Belohnung eine Weintraube erhält.

▶ Sie haben bisher zwei Schwerpunkte der psychischen Gesundheit angesprochen. Gibt es noch mehr?

Paul Verhaeghe: Ja. Wenn man sich anschaut, mit welchen diagnostischen Verfahren Psychologen in der Praxis arbeiten, dann kommt noch ein drittes Ziel dazu, das ich wichtiger finde: Wie können wir dem Individuum mit den Problemen helfen, die es erfährt. Das ist nicht immer dasselbe wie das, was aus der äußeren,

gesellschaftlichen Sicht festgestellt wird.

Schließlich lässt sich aus psychoanalytischer Sicht, also so, wie ich selbst arbeite, noch ein viertes Ziel identifizieren: Dass nämlich jeder Mensch im Inneren ein "verteiltes Wesen" ist...

▶ Was heißt das genau?

Paul Verhaeghe: Dass man im Widerstreit mit sich selbst ist. Bei Freud ging es um die Unterscheidung zwischen bewusst und unbewusst. Lacan sprach vom "verteilten Subjekt" (franz. *le sujet divisé*). Im allgemeinen Sprachgebrauch kennen wir das daher, dass man über sich selbst überrascht sein, sich über sich selbst wundern kann. Man kann sich selbst begegnen oder über sich selbst ärgern. Oft geht es auch um den Widerstreit zwischen dem Triebhaften und dem Rationalen. Bei vielen von uns führt das früher oder später zu Problemen.

▶ Es geht also vor allem um Konflikte?

Paul Verhaeghe: Ja. Und dann geht es darum, jemandem zu helfen, mit seiner inneren Verteiltheit umzugehen. Ein sehr klassisches Verständnis ist übrigens die Unterscheidung zwischen Körper und Geist und den Konflikt zwischen beiden - wie geht man damit um? Das ist insbesondere bei jungen Menschen ein Problem, mit dem sie zum Psychologen kommen, auch wenn sie das nicht immer so ausdrücken können.

▶ Eine wichtige Diskussion über psychische Gesundheit ist zurzeit,

wie der Anstieg der Diagnosen in den letzten zwanzig, dreißig Jahren zu erklären ist. Umstritten ist unter Fachleuten, ob Menschen nun wirklich mehr Probleme haben, ob es wirklich mehr psychische Störungen gibt als früher. Wie denken Sie darüber?

Paul Verhaeghe: Hier gibt es wieder eine einfache und eine komplexere Antwort. Die Einfache ist, dass auch die Anzahl der unterschiedenen psychischen Störungen zunimmt und deren Kriterien im Laufe der Zeit immer mehr aufgeweicht werden. Stellen Sie sich ein Fangnetz vor: Wenn Sie mit einem größeren Netz fischen, dann fangen Sie wahrscheinlich auch mehr Fische.

Man kann sich natürlich fragen, inwiefern es hierbei um Scheindiagnosen geht. Ein gutes Beispiel hierfür ist "Intermittent Explosive Disorder" (auf Deutsch vielleicht Jähzorn, Anm. S. Schleim). Die amerikanische Psychiatrievereinigung hat diese "Störung" erst 2013 in ihr Diagnosehandbuch aufgenommen. Sind Phänomene wie verbale oder körperliche Aggression, mindestens zweimal pro Woche über einen Zeitraum von mindestens drei Monaten, wirklich hinreichend für eine psychiatrische Diagnose? Das ist meiner Meinung nach ein klares Beispiel für die normalisierende und disziplinierende Funktion der heutigen Psychiatrie: Verhalten oder Gefühle, die sich nicht gehören, werden zu einer psychischen Störung erklärt.

Davon abgesehen gehe ich aber davon aus, dass die Menschen

heute tatsächlich mehr Probleme haben als früher - und es auch andere Probleme sind. Die Ursache hierfür ist eine Kombination von Traumata und Stress. Daraus entstehen sowohl körperliche als auch psychische Symptome. Freud sprach beispielsweise von der "Aktualneurose" und meinte damit, dass wenn bestimmte Erfahrungen nicht psychisch verarbeitet werden, sie sich auch körperlich ausdrücken können. Heute nennen wir das in der Wissenschaft "Medically Unexplained Symptoms", also medizinisch nicht erklärbare Symptome. Und die Gruppe der Menschen mit solchen Problemen steigt rasant an.

▶ Lässt sich das auch empirisch stützen oder ist es eher eine Vermutung?

Paul Verhaeghe: Das lässt sich nicht mathematisch beweisen, in der Form "1+1=2". Wir stellen aber immer wieder fest, dass Betroffene, die wegen solcher medizinisch unerklärbarer Symptome Hilfe suchen, eine Vorgeschichte mit Traumata und sehr vielen Stressfaktoren haben. Dasselbe haben Sie bei Burn-out: Man kann zwar nicht ganz genau den Finger in die Wunde legen und sagen, *das* ist die Ursache. Es lassen sich aber starke statistische Zusammenhänge zu Arbeitssituationen und Stressfaktoren herstellen.

▶ Wenn Sie jetzt aber behaupten, psychische Störungen würden wegen Traumata und Stress zunehmen, dann wirft das die Frage

auf, ob Menschen heute traumatisierter und gestresster sind als früher.

Paul Verhaeghe: Hier müssen wir natürlich aufpassen, was wir mit "Trauma" meinen. Der amerikanische Arzt und Wissenschaftler Vincent Felitti machte hierzu seit den 1990er Jahren wegweisende Forschung, die leider viel zu wenig bekannt ist. In seiner ACE-Studie (für *Adversive Childhood Experience*, deutsch "schlimme Kindheitserfahrungen", Anm. S. Schleim) untersuchte er für längere Zeit die Gesundheit von über 17.000 jungen amerikanischen Arbeitnehmern mit Krankenversicherung.

Diese Daten sind von großer Bedeutung. Man muss aber um den kommerziellen Hintergrund dieser Forschung wissen: Felitti führte diese nämlich für einen großen amerikanischen Versicherungskonzern aus. Dieser wollte mehr Informationen darüber, welche Personen besser *nicht* versichert werden, um Kosten zu senken. Die wissenschaftliche Fragestellung lautete darum: Wer wird krank, wer nicht?

Zum Beginn der Studie wurden die Teilnehmer ausführlich untersucht. Dabei stellte sich heraus, dass zwei Drittel eine traumatische Vorgeschichte hatten. "Trauma" bezog sich dabei auf körperlichen und sexuellen Missbrauch aber etwa auch die Frage, ob ein Elternteil in psychiatrischer Behandlung war. Und was fand der Forscher nun heraus? Diejenigen mit einer traumatischen

Vorgeschichte hatten ein viel größeres Risiko für eine ganze Reihe körperlicher oder psychischer Erkrankungen.

▶ Können Sie hierfür ein paar Beispiele nennen?

Paul Verhaeghe: Wer mindestens vier schlimme Kindheitserfahrungen hatte, dessen Risiko für Alkoholabhängigkeit war siebenmal so groß, das für eine Krebserkrankung verdoppelt. Bei mindestens sechs solcher Erfahrungen war das Risiko für einen Suizidversuch verdreißigfacht! Nähere Details können Sie auch auf Wikipedia nachlesen.

Das zeigt zweierlei: Erstens haben sehr viel mehr Menschen, als man denken würde, eine traumatische Vorgeschichte. Und zweitens gibt es einen sehr starken statistischen Zusammenhang. Dieser Befund wurde inzwischen übrigens mehrfach repliziert. Natürlich ist damit, streng genommen, noch kein Kausalzusammenhang bewiesen. Es handelt sich um Korrelationen. Diese sind hier aber wirklich sehr stark.

▶ Wir sprechen jetzt von Traumata. Sie erwähnten aber auch noch Stress. Wie verhält es sich damit?

Paul Verhaeghe: Es gibt hierzu einen sehr schönen Briefwechsel zwischen Freud und Wilhelm Fliess von 1895. In diesem beschreibt der Psychologe einige Ideen, die später leider kaum ausgearbeitet wurden. Mir geht es hier um die Annahme eines "Reiz-Schutzes", der äußere Reize abwehrt. So gesehen sind unsere Sinnesorgane

eine Art Schutzschild, der dafür sorgt, dass nicht zu viel nach innen dringt. Hieran sieht man übrigens auch Freuds neurologischen Hintergrund. Wenn ich das jetzt mit den Gedanken über Traumata verbinde, dann ist so eine traumatische Erfahrung ein massives Durchbrechen des Reiz-Schutzes, der Spuren im Körper hinterlässt.

Es müssen aber nicht gleich traumatische Erfahrungen sein. Immer dann, wenn ein Überfluss an Reizen auf uns einwirkt, kann das zu Problemen führen. "Reize" können wir hier übrigens ganz wörtlich verstehen: über die Haut, die anderen Sinnesorgane aber auch auf psychischer Ebene. Nun sind wir in unserer heutigen Gesellschaft förmlich rund um die Uhr, sieben Tage die Woche solchen Reizen ausgesetzt.

▶ Fällt Ihnen hierzu vielleicht ein konkretes Beispiel ein?

Paul Verhaeghe: Es gibt etwa Forschung zu Menschen, die in der Nähe einer stark befahrenen Straße wohnen und darum Tag und Nacht Lärm ausgesetzt sind. Diese haben konstant höhere Cortisolwerte. Cortisol ist ein Hormon und wiederum ein deutlicher Hinweis auf Stress. Oft verneinen die Betroffenen selbst übrigens die Frage, ob sie Stress erfahren. Im Körper ist das aber sehr wohl messbar.

Nun wissen wir aus medizinischer Forschung auch, dass sich Stresserfahrungen aufaddieren: Denken Sie an den Lärm, die vielen Staus, die Kinder, die zu einer bestimmten Zeit in der Schule sein

müssen, während man selbst am Arbeitsplatz und in Beziehungen funktionieren muss. Das kommt alles zusammen und führt zu den konstant höheren Cortisolwerten. Und diese stehen wiederum in Zusammenhang mit Krankheiten, auch auf der körperlichen Ebene.

So wurde bereits experimentell gezeigt, dass das Risiko für Erkältungen dann erhöht ist oder die Wundgenesung länger dauert. Schon bei so etwas Simplem wie einer Erkältung lässt sich das zeigen, aber auch für Auto-Immun-Erkrankungen. Diese Zusammenhänge werden immer deutlicher. Insbesondere die neuen Forschungsgebiete der Psychoneuroimmunologie und Psychoneuroendokrinologie beschäftigen sich hiermit. Vereinfacht gesagt geht es um den Zusammenhang von psychischen Vorgängen mit dem Nerven-, Hormon- und Immunsystem.

Im zweiten Teil des Gesprächs geht es darum, wie psychopharmakologische Behandlungen wirken und neuere Forschung einen immer engeren Zusammenhang zwischen psychischer und körperlicher Gesundheit nachweist.

"Unsere heutige Gesellschaftsform produziert sehr viele Störungen"

Der Psychologieprofessor und Bestsellerautor Paul Verhaeghe erklärt, dass Umwelt, psychische und körperliche Gesundheit stärker zusammenhängen, als wir das bisher dachten

Paul Verhaeghe ist Professor für Psychodiagnostik an der Universität Gent in Belgien. Im ersten Teil des Gespräches ging es darum, wie Psychologie und Psychiatrie auf soziale Anpassung abzielen. Jetzt fahren wir mit dem Nutzen pharmakologischer Behandlungen fort.

▶ Sie sprachen gerade Freuds neurologischen Hintergrund an und erwähnen selbst immer wieder, dass wir (auch) Körperwesen sind. Was halten Sie denn dann von psychopharmakologischen Behandlungen, die ja direkt auf den Körper einwirken?

Paul Verhaeghe: Körper und Geist - das sind für mich keine getrennten Welten. Mit einem Dualismus wie bei Platon oder Descartes kann ich nicht viel anfangen. Wir sind eine Ganzheit. Wahrscheinlich renne ich mit meiner Aussage offene Türen ein, dass der wichtigste Ansatz bei der Behandlung psychischer

Störungen das biopsychosoziale Modell ist. Mit diesen drei Aspekten - Körper, Psyche und Umwelt - müssen wir arbeiten.

Wir sehen aber heute in der Psychiatrie - auch durch den Einfluss der pharmazeutischen Industrie -, dass vor allem biologisch auf den Menschen geschaut wird. Und das Biologische wird dann wiederum auf das Pharmakologische reduziert. Dabei ist "biologisch" eigentlich nicht ganz treffend, denn die Biologie ist auch eine ökologische, also eine Umweltwissenschaft, während der pharmakologische Ansatz den Menschen auf Moleküle reduziert. Natürlich wirken solche Mittel irgendwie. Die Erfolgsgeschichten, die darüber erzählt werden, dass damit nämlich alle Probleme gelöst werden, stimmen aber nicht. Dazu kommen noch zahlreiche Nebenwirkungen.

Um etwas konkreter zu werden: Wenn sich jemand in einem akuten psychotischen Zustand befindet (also z.B. unter starken Wahnvorstellungen, Halluzinationen o.ä. leidet, Anm. S. Schleim), dann muss man Neuroleptika verschreiben. Anders wird der oder die Betroffene von Angst verzehrt und begeht am Ende womöglich einen Suizid. Danach muss man im Einzelfall entscheiden: Was kann jemand mit, was ohne Medikamente, wie hoch muss die Dosis sein? Alle Patienten mit solchen psychotischen Problemen, die ich kenne, haben hiermit zu schaffen. Einerseits würden sie gerne ohne die Medikamente leben; andererseits wissen sie, dass sie sie brauchen.

Wenn wir uns aber die angstlösenden Mittel anschauen, dann sehen wir zwar, dass der angstreduzierende Effekt sehr gut funktioniert. Jedoch vor allem kurzfristig. Schon nach ein paar Wochen nimmt die Wirkung wahrscheinlich ab...

▶ ...und muss man die Dosis erhöhen?

Paul Verhaeghe: Ja - und dann steigt wiederum das Risiko von sehr unangenehmen Nebenwirkungen. Oft bekomme ich nach Vorlesungen auch die Frage, ob ich meinen Kindern - oder inzwischen schon Enkelkindern - Medikamente geben würde, wenn sie eine ADHS-Diagnose (Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung, Anm. S. Schleim) bekämen. Das würde ich aber niemals tun. Das sind doch Amphetamine! So etwas gibt man doch keinem Kind, das vielleicht gerade einmal fünf Jahre alt ist.

Bei der richtigen Abwägung lässt sich meiner Meinung nach nichts gegen eine medikamentöse Behandlung sagen. So, wie das heutzutage aber sehr oft passiert, bin ich jedoch strikt dagegen. Und wenn ich dann auf das biopsychosoziale Modell zurückkomme, dann muss man leider feststellen, dass heute sehr wenig auf dem sozialen Niveau gearbeitet wird. Dabei hilft es einem Betroffenen mitunter schon sehr, wenn nur einmal jemand für eine Stunde pro Woche zu einem Gespräch vorbeikommt. Das verbindet, dann fühlt sich jemand wertgeschätzt. Genau das fehlt vielen Patienten, die den Eindruck haben, nur noch auf ihre diagnostizierte Störung

reduziert zu werden. Das ist doch furchtbar.

▶ Gegen Ende würde ich gerne noch darauf hinaus, wie wir Ihrer Meinung nach den bisher besprochenen Herausforderungen der psychischen Gesundheit begegnen sollten. Welche Lösungsansätze schlagen Sie vor?

Paul Verhaeghe: Wir dürfen sicher nicht die Fehler der Anti-Psychiatrie aus den 1960er Jahren wiederholen. Damals wurden alle Menschen mit Problemen als Opfer einer schlechten Gesellschaft dargestellt. Die Vertreter dieser kritischen Strömungen stellten sich sozusagen zusammen mit den Patienten vor die Klagemauer. So hilft man aber niemandem.

Ich denke, dass wir zwei Dinge tun müssen: Einerseits dem individuellen Patienten helfen - dann aber bitte anders, als es heute so oft geschieht. Heute wird zu viel auf die Symptome geschaut und zu wenig nach den Ursachen gesucht. Und diese gehen immer über das Individuum hinaus und haben auch mit der Umgebung zu tun. Dann stellt sich die Frage, wie man dem oder der Betroffenen dabei helfen kann, etwas an dieser Umgebung zu verändern. In der Praxis funktioniert das auch. Ich arbeite schon lange nicht mehr nur individuell, sondern kontextuell, aber immer noch aus meiner psychoanalytischen Perspektive heraus.

▶ Wie sieht das aus? Denn Sie haben doch immer noch Einzelgespräche mit den Menschen, oder nicht?

Paul Verhaeghe: Ja. Aber anstatt nur in der individuellen Geschichte von jemandem zu suchen, wie es in der klassischen Psychoanalyse getan wird, untersuche ich das Folgende: Wie und unter welchen Umständen wiederholt sich die Geschichte dieses Menschen immer wieder? Und zwar in Situationen, auf die er oder sie selbst Einfluss hat. Denken Sie an das Bonmot, dass man seine Geschichte wiederholt, wenn man sie nicht kennt; und dass man sie *mit Sicherheit* wiederholt, wenn man sie verdrängt. Das ist also nichts, was einem nur widerfährt, sondern worauf man auch aktiv Einfluss hat.

Wenn man beispielsweise immer wieder dieselbe Art von problematischem Partner sucht, wenn man immer wieder in derselben problematischen Arbeitssituation landet, dann ist das nicht gesund. Und für diesen Partner oder diese Arbeitssituation hat man sich oft selbst entschieden.

▶ Vielleicht auch unbewusst?

Paul Verhaeghe: Ja, das stimmt, das geschieht nicht immer bewusst. Es führt aber oft zu einer Kettenreaktion von Problemen, die Stress verursachen.

▶ Sie sind bekannt dafür, die gesellschaftlichen Umstände zu kritisieren. Jetzt haben wir aber doch vor allem über das Individuum gesprochen.

Paul Verhaeghe: Das war das Eine. Ich war noch nicht fertig. Das

Andere hat mit der Psychologie, der Psychiatrie und auch dem allgemeinen Fortschritt in der Medizin zu tun. Denken Sie an die enorme Verbesserung der Lebenserwartung. Diese hängt damit zusammen, dass Ärzte in der Vergangenheit Regierungen dazu gedrängt haben, in die Verbesserung der Lebensumstände zu investieren. Denken Sie an die Wasserversorgung, die Versorgung von Kindern oder auch die Organisation von Arbeit. Solche Maßnahmen haben dazu geführt, dass viele von uns jetzt älter als 80 werden und länger gesund bleiben. Das hat aber nur wenig mit der Behandlung individueller Patienten zu tun, sondern mit gesellschaftlichen Veränderungen.

Als Experten für psychische Gesundheit sollten wir dasselbe tun, was diese Ärzte früher getan haben: Darauf hinweisen, welche Umstände gut sind und was wir eher vermeiden sollten. Wir brauchen beispielsweise dringend mehr Investitionen in Kindergärten. Natürlich wollen wir die Möglichkeit erhalten, dass beide Elternteile arbeiten - dann muss für die Kinder aber auch eine hochwertige Betreuung angeboten werden. Wir brauchen uns also nicht zu wundern, wenn heute 20% der Zehnjährigen Probleme haben.

Das ist unsere doppelte Rolle als Psychologen und Psychiater: Erstens mit den Patienten zu arbeiten. Das ist individuell und dabei hilft es nicht, sie als Opfer hinzustellen. Und zweitens auf organisatorischem Niveau aktiv zu sein, in Ämtern, als Berater, auf

der politischen Ebene, um die Lebens- und Arbeitsumstände zu verbessern. So ging das auch vor 150 Jahren. Und auch damals mussten erst Widerstände überwunden werden.

▶ Sie nennen jetzt vor allem Erziehung und das Bildungssystem. Haben diese Ihrer Meinung nach die höchste Priorität?

Paul Verhaeghe: Diese Beispiele nenne ich, weil sie bei uns in Flandern nicht gut funktionieren. Die anderen Systeme, etwa in den Niederlanden oder in Deutschland, kenne ich zu wenig. Allerdings sind sich alle psychologischen Schulen darüber einig, dass Erfahrungen in der Kindheit für die - körperliche wie psychische - Gesundheit im ganzen Leben von großer Bedeutung sind.

▶ In einer zunehmend globalisierten Welt sollte man aber auch davon ausgehen, dass es hier strukturelle Ähnlichkeiten zwischen den Ländern gibt. Und was Sie über Traumata und Stress erzählten, scheint mir auch allgemeiner zu gelten.

Paul Verhaeghe: Das ist auch so. Dann ist mir nur wichtig, das Wort "Stress" in einem breiten Sinne zu verstehen. Man denkt dabei oft an Probleme am Arbeitsplatz oder Ähnliches. Dabei ist die Bedeutung viel breiter: Ich war zum Beispiel gerade drei Wochen lang im Urlaub auf den Kapverdischen Inseln. Da ist es einfach still. Sie können sich nicht vorstellen, was für einen beruhigenden Effekt das hat. Nach nur zwei Tagen kamen meine Frau und ich zur Ruhe. Dann ist man gerade einmal eine Nacht zurück und alles ist wieder

anders.

Wir können natürlich nicht jeglichen Lärm vermeiden, aber doch das Eine oder Andere versuchen. Natürlich würden nicht alle psychischen Probleme verschwinden, nur wenn unsere Umgebung ruhiger würde. Es geht aber um solche grundlegenden Dinge. Man kann auch den schon häufig gezogenen Vergleich mit den skandinavischen Ländern bemühen. Dort gibt es viel weniger solcher Probleme und einen anderen Lebensstil.

▶ Mich überrascht, dass Sie bisher noch gar nicht die ökonomischen Verhältnisse angesprochen haben. Auch in Ihren Büchern setzen Sie sich damit immer wieder auseinander.

Paul Verhaeghe: Das Problem ist, dass sich der Neoliberalismus weit über das ökonomische System hinaus ausgebreitet hat. Das Gesundheits- oder das Bildungssystem, um nur zwei Beispiele zu nennen, ist heute nach ökonomischen Prinzipien organisiert. Das lässt sich nicht auf einen Schlag wieder verändern. Aber wenn ich einen Zauberstab hätte, dann würde ich in jedem Fall dafür sorgen, dass das ökonomische Modell auch auf die Ökonomie beschränkt bleibt, denn nur da gehört es hin. Im Gesundheits- oder Bildungssystem hat es aber vor allem negative Auswirkungen.

Wenn ich etwa an unsere Universitäten denke, dann drückt sich das in dem alles bestimmenden Wettbewerb und im Wachstumsgedanken aus: Man muss immer mehr forschen, immer

mehr publizieren, immer mehr Gelder einwerben. Dabei ist die Idee, dass ein Mehr automatisch mehr Qualität enthält, natürlich Unsinn. Und die Reduktion von allem auf Konkurrenz und Wachstum tut den Menschen nicht gut. Ich bin aber nicht grundsätzlich gegen Wettbewerb, damit wir uns nicht falsch verstehen. Wir sind soziale Wesen und als solche haben wir sowohl eine kompetitive als auch eine altruistische Seite. Das sind zwei Pole in uns. Wir müssen beiden Raum geben.

Echte Zusammenarbeit, wenn wir uns nicht vom Anderen bedroht fühlen, ist für uns oft nicht nur angenehmer, sondern führt auch zu besseren Resultaten. Eine Zeit lang war das bei uns an der Universität aber vollständig verschwunden. Nur wer die meisten Publikationen und so weiter hatte, konnte auf eine Professur kommen. Doch so schaffen es nur die "Alphatiere" nach oben - und mit denen ist die Zusammenarbeit nicht sehr angenehm.

▶ Da gibt es noch etwas in Ihrem neuen Buch ("Over normaliteit en andere afwijkingen", noch nicht übersetzt, Anm. S. Schleim), das ich nicht verstehe: Sie schreiben, die wichtigste psychische Störung, nämlich die uns gesellschaftlich auferlegte Normalität, stünde nicht in den Diagnosehandbüchern. Wie meinen Sie das?

Paul Verhaeghe: Sie ist erstens die wichtigste, weil sie am häufigsten vorkommt. Zweitens geht es um das Normale, wie es gesellschaftlich konstruiert und dann beispielsweise über die

Erziehung vermittelt wird. Damit identifizieren sich viele Menschen. Das Bild, das man uns heute vorhält, ist eigentlich das eines Donald Trump: das hyperkompetitive, narzisstische, das "The winner takes it all"-Modell. Man sieht, wie sich immer mehr junge Menschen in diese Richtung entwickeln, und das halte ich für sehr ungesund.

Dabei muss ich an das Beispiel denken, das mir meine Studierenden erzählt haben. In meiner Studienzeit war es noch normal, dass man nicht immer zur Vorlesung ging. Das schien uns nicht immer die Mühe wert. Wir verabredeten dann miteinander, die Mitschriften zu teilen. Jetzt hörte ich aber, dass man das heute nicht mehr macht. Den Vorteil, den man durch die Informationen für sich selbst hat, gibt man nicht mehr an den Anderen weiter. Das finde ich schrecklich.

Oder denken Sie an die Burn-outs bei den Studierenden. Die feilen jetzt schon an ihren Lebensläufen. Dabei denke ich: Ihr seid doch gerade mal 18, 19 Jahre alt. Ihr seid auf der Universität. Genießt das! Das ist so eine schöne Zeit - und ihr sorgt euch um eure Lebensläufe. Das scheint aber die neue Normalität zu sein und das finde ich wirklich nicht gut.

▶ Halten Sie eine Gesellschaft für möglich, deren Vorstellung von Normalität - wie in unserer das ökonomische und kompetitive Denken - in Ihrem Sinne nicht als Störung angesehen werden müsste?

Paul Verhaeghe: Ich muss erst einmal klarstellen, dass jede Gesellschaft psychische Störungen produzieren wird. Das ist unvermeidlich. Wichtig hierfür ist, dass man mit seiner Identität nicht schon geboren wird. Genügend Forschungsergebnisse zeigen, dass wir unsere Identität erwerben - natürlich neben ein paar biologischen Veranlagungen.

Jede Gesellschaft hat ein Bild davon, was eine ideale Frau, ein idealer Mann oder was die idealen Beziehungen zwischen den Geschlechtern sind. Das bedeutet aber, dass mit jeder Definition dessen, was eine Gesellschaft als normal ansieht, gleichzeitig auch Abweichungen festgelegt werden. Darum wird es nie eine Gesellschaft ohne Abweichungen geben, das ist unmöglich. Die idealste Gesellschaft ist diejenige, die am wenigsten Störungen produziert - unsere heutige produziert aber wirklich sehr viele!

Mit Drogenpolitik wird Sozial- und Migrationspolitik gemacht

Der Rechtswissenschaftler Jan Fährmann über die Regulierung von Drogen und warum zuerst Opium und Kokain verboten wurden

Jan Fährmann ist Wissenschaftler und Referent an der Hochschule für Wirtschaft und Recht in Berlin. Neben der Polizei- und Sicherheitsforschung beschäftigt er sich auch mit Forschungen im Betäubungsmittelstrafrecht und mit Drogenpolitik. So hat er sich bereits mit der Geschichte der Drogenpolitik, dem neuen Psychoaktive-Substanzen-Gesetz sowie mit stoffungebundenen Süchten beschäftigt.

▶ Herr Fährmann, Sie haben sich intensiv mit der internationalen und deutschen Drogenpolitik beschäftigt. Was ist überhaupt eine Droge?

Jan Fährmann: Es ist schwierig, den Begriff Droge zu bestimmen. Es gibt darüber unterschiedliche Ansichten.

Vielfach wird am Suchtpotenzial angeknüpft. Oder daran, dass Substanzen eine psychoaktive Wirkung haben. Das setzt nach naturwissenschaftlicher Definition voraus, dass ein Stoff die Blut-Gehirn-Schranke überwinden kann.

▶ Und was ist für das Betäubungsmittelgesetz maßgeblich?

Jan Fährmann: Hier steht die Rauschwirkung im Vordergrund. Allgemeiner geht es aber auch um ein Gesundheitsrisiko und darum, ob die jeweiligen Stoffe in der Gesellschaft als Problem angesehen werden.

Beispielsweise wirkt auch Kaffee psychoaktiv und hat ein gewisses Suchtpotenzial. Das wird in der heutigen Gesellschaft aber nicht als problematisch eingestuft. Daher ist etwa Kaffee auch nicht in das Betäubungsmittelgesetz aufgenommen worden, obwohl es früher Debatten über ein Verbot davon gab.

▶ Suchtpotenzial und Gesundheitsrisiko - das gilt aber streng genommen nicht nur für Substanzen.

Jan Fährmann: Stimmt. In der Fachliteratur wurden vereinzelt schon Internetanwendungen wie Facebook oder World of Warcraft diskutiert. Deren Suchtpotenzial spielt insbesondere in Südkorea eine große Rolle. Daher beschäftigt sich heute auch vermehrt die Bundesregierung mit der Frage, wie mit entsprechenden Risiken umzugehen ist.

▶ Aber ist es denn vorstellbar, dass der Konsum von Online-Spielen gesetzlich reguliert wird?

Jan Fährmann: Regulierung muss ja nicht gleich ein Verbot sein. Warnhinweise oder die Aufklärung über Risiken wären auch denkbar. Aufgrund des globalen Zugriffs auf das Internet kann eine Regulierung aber eigentlich nur funktionieren, wenn Hersteller und

staatliche Stellen zusammenarbeiten.

Der Gedanke wirft aber auch komplexe rechtswissenschaftliche Fragen auf: Gilt ein Gesetz überhaupt für den Anbieter, wenn die Server im Ausland stehen? Bräuchte man völkerrechtliche Verträge, da ein Nationalstaat im Alleingang wohl nicht sehr weit käme?

Ab 1912 kamen erste völkerrechtliche Verträge über den Drogenhandel auf

▶ Bleiben wir aber bei der heutigen Gesetzeslage und damit den Substanzen. Drogen waren nicht immer verboten. Warum sind sie es heute?

Jan Fährmann: Das war und ist ein Prozess, der von vielen Faktoren abhängt. Den Gedanken, den Konsum von Substanzen zu regulieren, gab es schon länger. Ursprünglich ging es aber um Selbstregulation, weil Menschen festgestellt haben, dass gewisse Formen des Konsums nicht gut für sie waren.

Das Aufkommen der heutigen strafrechtlichen Verbote hat unterschiedliche Gründe. Bis 1912 gab es so gut wie keine staatliche Regulierung. Dann kamen erste völkerrechtliche Verträge über den Drogenhandel zustande.

▶ Wenn sich das Jahr so konkret festmachen lässt, dann wird es dafür doch bestimmte Gründe geben.

Jan Fährmann: Ja. Opium und Kokain waren damals für den

Welthandel sehr attraktiv. Unter anderem haben sich England, Frankreich und die Preußen sehr aktiv daran beteiligt. Salopp könnte man sagen, dass das damals die größten Drogendealer der Welt waren.

Allerdings gab es aber zunehmend einen problematischen Konsum. Menschen wurden süchtig und hatten die Substanzen nicht mehr unter Kontrolle. Dies ist aber nicht zwingend nur auf die Substanz zurückzuführen. Gerade in verarmten Bevölkerungsschichten kam es zu einem problematischen Konsum.

Im Konsum spiegelten sich also vielfach andere Probleme wider. Auch wurde nicht über Risiken aufgeklärt und wurden die Substanzen als völlig harmlos dargestellt.

▶ Also wurden Opium und Kokain als erstes verboten?

Jan Fährmann: Interessanterweise gab es ursprünglich eher Bestrebungen, Branntwein, Kaffee oder Tee zu regulieren. Cannabis, Kokain oder Opium waren in der Diskussion um Verbote erst einmal nicht prägend. Viele Staaten hatten eben ein Interesse daran, dass der Markt offenbleibt.

Ein einschlägiges Beispiel hierfür sind die Opiumkriege des 19. Jahrhunderts: Als China wegen großer Suchtprobleme ein Opimumverbot einführte, erklärte England - später auch Frankreich - China den Krieg. Da China verlor, musste es Opium einführen lassen.

▶ Besteht auf staatlicher Seite heute noch ein Bewusstsein dafür, dass die Staaten früher selbst Drogendealer waren?

Jan Fährmann: In den heutigen Debatten werden die Substanzen oft als gefährlich und schlecht angesehen. Über historische Hintergründe denkt man dabei kaum nach. Die Opiumkriege wurden übrigens von vielen anderen Staaten, darunter den USA, sehr negativ aufgefasst.

▶ Wie kam es dann aber zu dem Umdenken, das zu den ersten Verboten führte?

Jan Fährmann: Das lag an den völkerrechtlichen Verträgen auf Betreiben der USA, die 1912 geschlossen wurden. Die gängige moralische Haltung in den Vereinigten Staaten war mit dem Kontrollverlust unter Drogen nicht zu vereinbaren. Drogenkonsum wurde als Schwäche angesehen. Allein deshalb wurde der Ruf nach Regulierung stark. Dass Opiate so eine große Rolle gespielt haben, lag auch an deren negativen Effekten.

Ein weniger bekannter Hintergrund dieses Vorgehens war aber auch der Wunsch, gegen chinesische Einwanderer im eigenen Land vorzugehen. Diese hatten als billige Arbeitskräfte am Eisenbahnbau mitgeholfen, man wollte sie danach aber wieder aus dem Land haben. Die Wahl war also eher zufällig und orientierte sich keinesfalls am konkreten Risiko der Substanz.

Migrationspolitik mit Drogen

▶ Drogenpolitik als Migrationspolitik? Wo ist da der Zusammenhang?

Jan Fährmann: Opium wurde damals in den USA vor allem von Chinesen konsumiert. Dagegen richteten sich die Gesetze. Aus heutiger Sicht verwundert die Offenheit, mit der sich das in Gesetzestexten nachvollziehen lässt. Anfangs blieb der Opiumkonsum sogar für die einheimische Bevölkerung noch erlaubt.

An diesem Beispiel sieht man, dass die Drogenpolitik sehr vielschichtig sein kann und wichtige Faktoren manchmal eher emotionaler als rationaler Natur sind. In der wissenschaftlichen Literatur wird auch der Standpunkt vertreten, dass sich das Verbot von Cannabis in ähnlicher Weise wie beim Opium vor allem gegen mexikanische Einwanderer und afro-amerikanische Bevölkerungsteile richtete.

Später haben die Vereinigten Staaten dann auch auf andere Länder Druck ausgeübt, Drogen stärker zu regulieren.

▶ Entsprachen diese Regelungen schon dem heutigen Betäubungsmittelgesetz?

Jan Fährmann: Die Strafen aufgrund der ersten völkerrechtlichen Vereinbarungen waren noch nicht so hoch. Es ging meist um kurze Gefängnisstrafen. Später gab es neue Verträge mit höheren Strafforderungen und einer Ausdehnung der Verbotsliste, etwa auf

Kokain und Cannabinoide.

Später, in den 1970er Jahren, hatte wieder unter Einfluss der Amerikaner der War on Drugs weltweite Auswirkungen. Dennoch blieb ein Spielraum dafür, wie man mit den Substanzen umgehen kann. Das sieht man etwa in den Niederlanden oder in Portugal.

▶ Und wie ist die Situation in Deutschland?

Jan Fährmann: Auch in Deutschland hat sich in den letzten Jahrzehnten einiges verändert. Von den ganz starren Verboten hat man allmählich abgelassen, zum Beispiel mit einem Spritzentauschprogramm oder dem Konsumraum. Damit hilft man suchtkranken Menschen, indem man eine für sie sicherere Umgebung schafft.

Bekanntermaßen geht das aber noch nicht so weit, dass man hierzulande die strafrechtlichen Aspekte abschaffen würde. Beim letzten UNGASS-Treffen, auf dem die völkerrechtlichen Regelungen zum Umgang mit Drogen besprochen wurden, setzte sich Deutschland aber für die Abschaffung der Todesstrafe im Zusammenhang mit Drogenkriminalität ein.

Im weltweiten Vergleich ist Deutschland eher progressiv. Allerdings haben viele europäische Länder bereits einen ganz anderen Umgang mit Drogen, sodass Deutschland im Vergleich dazu noch viele wirksame Hilfsmaßnahmen für suchtkranke Menschen unterbindet.

▶ Haben sich Menschen, allen voran die Konsumenten selbst, nicht gewehrt, als im 20. Jahrhundert die Drogenverbote eingeführt wurden?

Jan Fährmann: Natürlich ist das repressive Vorgehen von den Konsumenten kritisiert worden. Das ist in der öffentlichen Diskussion aber schnell untergegangen, weil die Substanzen dämonisiert wurden. Beispielsweise ist damals wahrheitswidrig verbreitet worden, dass Cannabis eine Einstiegsdroge sei und letztlich zum Heroinkonsum führe.

Außerdem spielten auch gesellschaftliche Konflikte eine Rolle, etwa dass man die 68er oder die Hippies ausgrenzen wollte, bei denen Cannabis- oder LSD-Konsum verbreitet war. Es ging also auch um Gesellschaftsmodelle, die aufeinanderprallten.

▶ Und wie hat sich die öffentliche Meinung wieder geändert?

Jan Fährmann: Es gab auch Widerstand aus den Bereichen der Suchthilfe oder anderer Menschen, die suchtkranken Menschen helfen wollten. Von denen wurden Informationen über das Drogenelend bis hin zu Todesfällen in die Öffentlichkeit transportiert.

Ein besonders anschauliches Beispiel hierfür war auch der Film "Die Kinder vom Bahnhof Zoo" von 1981. Dadurch kam das Elend junger opiatabhängiger Menschen in Berlin ans Tageslicht, bei dem Drogensucht mit Prostitution und Todesfällen einherging. Da es

sogar schon um Zwölf- bis Dreizehnjährige ging, hat man gemerkt, dass man mit Mitteln des Strafrechts nicht weiterkommt.

▶ Weil also Kinder starben oder in die Prostitution gingen, merkte man, dass man allein mit dem repressiven Ansatz nicht weiterkommt?

Jan Fährmann: Ja, das hat insgesamt aber sehr lange gedauert. So waren viele der Ansätze, die man heute verfolgt, etwa das Spritzentauschprogramm, am Anfang kriminalisiert. Da musste erst ein gesellschaftliches Umdenken stattfinden.

Bremen liefert hierfür ein anschauliches Beispiel: Es gab eine Initiative, die einen Spritzenautomaten in den Boden einbetonierte. Die Stadt wollte diesen entfernen lassen und ging bis hin zur Strafandrohung. Dann kam aber die Welt-AIDS-Hilfe nach Bremen und der Bürgermeister hat den Automaten mit Stolz gezeigt. Danach durfte er stehenbleiben.

Cannabis alsEinstiegsdroge

▶ Wie kam es aber zu dem Missverständnis über Cannabis als Einstiegsdroge. Kann man sich über so etwas rein zufällig irren?

Jan Fährmann: Das muss man sich im Einzelfall anschauen. Ich kann mir aber vorstellen, dass bestehende Vorurteile bewusst aufgegriffen und befeuert wurden, wo sich die Drogenverbote gegen bestimmte Bevölkerungsgruppen richteten, wie etwa die 68er oder Hippies. Nicht auszuschließen ist aber auch eine

ideologische Verblendung oder schlicht Fehlinformationen.

Da Drogen so dämonisiert wurden, wollen sich viele Politiker und Politikerinnen nicht die "Finger an dem Thema verbrennen", indem sie sich relativierend äußern. Man merkt beispielsweise bei Politikern von CDU/CSU einen großen Unterschied zwischen dem, was man nach außen trägt, also zum Wähler hin, und wie man sich in Fachgesprächen mit der Suchthilfe oder Drogenbeauftragten gibt. Es geht scheinbar darum, eine bestimmte Meinung der eigenen Klientel zu bedienen.

▶ Wird also mit Drogenpolitik Wahlkampf gemacht?

Jan Fährmann: Das kommt immer wieder vor, allerdings von unterschiedlichen politischen Lagern. Von den Befürwortern einer Verbotspolitik wird immer wieder stark auf den Kinder- und Jugendschutz Bezug genommen, ohne dass dabei berücksichtigt wird, dass trotz Verbots zahlreiche Kinder und Jugendliche leichten Zugang zu Drogen haben.

Die Debatte ist vielfach von starken Emotionen geprägt, orientiert sich aber oft nicht an Fakten und berücksichtigt auch meistens nicht, dass es in der Suchthilfe vielfach Ansätze gibt, die akzeptieren, dass Drogen konsumiert werden, und die sehr erfolgreich sind.

Im zweiten Teil des Interviews wird es darum gehen, ob eine repressive Drogenpolitik in der Praxis funktioniert.

Warum repressive Drogenpolitik nicht funktioniert

Rechtswissenschaftler Jan Fährmann über Drogenverbote und deren negative Auswirkungen - Teil 2

Jan Fährmann ist Wissenschaftler und Referent an der Hochschule für Wirtschaft und Recht in Berlin. Neben der Polizei- und Sicherheitsforschung beschäftigt er sich auch mit Forschungen im Betäubungsmittelstrafrecht und mit Drogenpolitik. So hat er sich bereits mit der Geschichte der Drogenpolitik, dem neuen Psychoaktive-Substanzen-Gesetz sowie mit stoffungebundenen Süchten beschäftigt. In Teil 1 des Interviews (Mit Drogenpolitik wird Sozial- und Migrationspolitik gemacht) ging es um die historischen Hintergründe der heutigen Drogenpolitik.

▶ Was am Besitz oder Konsum von Drogen ist überhaupt verboten? Was ist hier das zu schützende Gut? Warum mischt der Staat sich hier ins Leben der Bürgerinnen und Bürger ein?

Jan Fährmann: Man kann sich darüber streiten, was genau verboten ist. Gerichtsfest sicher ist nur, dass der Konsum selbst nicht verboten ist. Der Besitz, das Sich-Beschaffen oder

Inverkehrbringen der Substanzen ist aber verboten. Das ist sehr weit gefasst. Es gibt aber Streitfälle.

Umstritten ist beispielsweise, wie die chemische Überprüfung einer Substanz zu beurteilen ist - das sogenannte Drugchecking -, die dazu dient, gefährliche Stoffe für die Konsumenten erkennbar zu machen. Gilt das juristisch als Verschaffen einer Gelegenheit oder nur als Überprüfung und Vernichtung?

Ziel der Verbote war und ist, den Verkehr so weit wie möglich zu unterbinden. Es soll die Gesundheit geschützt werden, indem problematischer Konsum verboten wird. Sinnvolle Ausnahmen wie in der pharmakologischen Forschung oder Medizin sollten aber erlaubt bleiben.

▶ Wenn die Gesundheit das zu schützende Gut ist, müsste der Staat dann nicht noch viel weiter eingreifen, etwa mit dem Verbot gesundheitsschädlicher Nahrungsmittel?

Jan Fährmann: Wenn man dieses Ziel teilt und denkt, dass ein Verbot funktioniert, dann könnte man sich durchaus fragen, ob stark zuckerhaltige Lebensmittel oder Alkohol - man denke auch an damit zusammenhängende Unfälle - verbieten sollte.

Sollen wir aber einen Gesundheitsstaat schaffen? Einen Staat, der uns vorschreibt, wann wir was essen, wie viel Sport wir machen müssen? Das ließe sich mit dem Gedanken der Autonomie nicht vereinbaren, sondern ließe sich höchstens auf einige wenige

Substanzen anwenden. Mit Blick auf die Drogenpolitik muss man sich aber fragen, ob das funktionieren würde.

▶ Jetzt haben wir gesehen, was der Sinn der Drogenverbote ist. Ziehen wir Bilanz: Welche der Ziele der heutigen Drogenpolitik werden in der Praxis erreicht?

Jan Fährmann: Viel deutet darauf hin, dass der Konsum durch Verbote nicht zurückgeht. Das sehen wir etwa im Vergleich mit Ländern wie den Niederlanden oder Portugal, wo Cannabis erlaubt ist oder nur als Ordnungswidrigkeit gilt. Der Konsum scheint also unabhängig vom Verbot zu sein.

Verbote haben aber auch negative Auswirkungen. So werden Menschen in die kriminelle Ecke gedrängt und wenden sich darum von Hilfsmöglichkeiten ab, weil sie eine strafrechtliche Verfolgung befürchten müssen. Diese Menschen werden gesellschaftlich ausgeschlossen und durch eine Inhaftierung ggf. auch von wirksamen Hilfsmaßnahmen abgeschnitten.

▶ Haben Sie dafür ein konkretes Beispiel?

Jan Fährmann: Ja, denken wir noch einmal an das Drugchecking. So wurde im Zusammenhang mit der Love Parade in Berlin in den 1990ern von der Charité und dem Verein Eve and Rave ein Programm durchgeführt, um auf gefährliche Substanzen hinzuweisen. Zusammen mit dem Drogentest gab es auch Aufklärung über Gesundheitsrisiken und Hinweise auf

Hilfsangebote.

Die Staatsanwaltschaft hat schließlich sowohl die Räume des Vereins als auch der Klinik durchsucht und Anklage erhoben. Letztlich wurden aber alle Beteiligten freigesprochen. Wer Drogenkonsumenten Hilfe anbietet, setzt sich oft der Gefahr aus, selbst verfolgt zu werden.

▶ Und was bedeutet das in der Praxis für die Konsumenten?

Jan Fährmann: Tatsächlich kann der Konsum durch polizeiliches Auftreten gefährlicher werden. Beispielsweise können bei einer Überdosis die Bekannten eines Drogenkonsumenten Angst haben, dass die Polizei mitkommt, wenn sie den Notarzt rufen. Deshalb kam es bereits zu Todesfällen.

Durch die Ausgrenzung kommen manche Betroffene auch gar nicht mehr auf den Gedanken, sich Hilfe zu holen. Das sieht man auch am restriktivsten Bundesland, nämlich Bayern. Dort kommen mit Abstand die meisten Drogentoten vor. Das liegt meiner Meinung nach auch an der Vernachlässigung von präventiven Ansätzen, die durch die repressiven Maßnahmen erschwert werden.

▶ Was heißt das konkret?

Jan Fährmann: Durch den hohen polizeilichen Verfolgungsdruck, beispielsweise bei den Opiaten, greifen Betroffene bisweilen auf gefährlichere Substanzen zurück. Das könnte dann das Schmerzmittel Fentanyl sein. Das gibt es beispielsweise als Pflaster

mit etwa zehn- bis zwanzigmal so großer Wirkung als andere Opiate wie Heroin.

Fentanyl wird etwa als Schmerzmittel zur Behandlung schwerkranker alter Menschen eingesetzt. So durchsuchten dann einige suchtkranke Drogenkonsumenten die Mülleimer von Krankenhäusern oder Altenheimen nach den Pflastern und kochten oder lutschen diese aus, um an den Wirkstoff zu kommen. Die Anwendung der so gewonnenen Substanzen ist dann sehr gefährlich, da sich die Dosierung schwer abschätzen lässt. Daher starben viele Drogenkonsumenten.

▶ Hat denn die Polizei als alte gesellschaftliche Institution ein eigenes Interesse an der Verfolgung von Drogenkriminalität?

Jan Fährmann: Es gibt immer wieder Anlässe, bei denen die Polizei ein Interesse an der Verfolgung von Drogenkriminalität hat. Beispielsweise dann, wenn es um Mittel für neue Stellen geht. Dann kann es vorkommen, dass man verschärft an Schulen nach Cannabis sucht, und auf einmal hat man viele Fälle, die für eine Ausweitung der Stellen sprechen.

Aus der Politik und der Polizei gibt es inzwischen aber auch die Forderung, solche Taten weniger zu verfolgen. Man sieht mehr und mehr, wie groß der Aufwand für die Polizei und die Strafjustiz ist.

▶ Haben Sie dafür ein konkretes Beispiel?

Jan Fährmann: Ja, das konnte man im Görlitzer Park in Berlin

sehen. Dort haben die ehemaligen Senatoren Heilmann und Henkel vor einigen Jahren eine sehr restriktive Politik betrieben. Es gab hohe Polizeiaufgebote. Es stellte sich aber heraus, dass das aber überhaupt nichts gebracht hat. Ich war selbst davon überrascht, wie wirkungslos die Maßnahmen waren.

Es ist nicht einmal zu einer größeren Verhaftung oder Sicherstellung von Mitteln gekommen, weil die Dealer aufgepasst haben und die Substanzen rechtzeitig weggeschmissen haben oder schlicht weggerannt sind. In gewissen Bereichen bringen die Maßnahmen nichts oder ist der Aufwand zu groß. Darum setzen sich inzwischen sogar einige Gewerkschaften oder Interessenverbände der Polizei für einen liberaleren Umgang mit Drogen ein.

Dieser Artikel erscheint ebenfalls im Blog "Menschen-Bilder" des Autors. Der Kontakt mit Jan Fährmann kam über eine Tagung im Zusammenhang mit der Ausstellung "altered states - Substanzen in der zeitgenössischen Kunst" im Kunstpalais der Stadt Erlangen zustande.

Intermezzo: Medikamente und Drogen im Wandel gesellschaftlicher Erwartungen

Substanzen im Spannungsfeld zwischen Individuum und seiner Umgebung

Stellen wir uns ein Städtchen wie Erlangen vor, das im 15. und 16. Jahrhundert mehrmals zwischen die Fronten konkurrierender Fürsten geriet. Überfälle und Plünderungen machten den Bewohnern das ohnehin schon harte Leben schwerer. Kalte Winter, Hungersnöte und Großbrände taten ihr Übriges. Wie schön wäre doch ein Leben in Frieden und Sicherheit, ein Leben ohne die Angst, das mühsam Aufgebaute in Bälde wieder verlieren zu können? Oder neben Hab und Gut gleich das eigene Leben?

Wieder einmal zerstritten sich aber zwei Fürsten, belagerte der eine den anderen, der wiederum im Rachezug umliegende Dörfer und Städtchen überfiel und ausplünderte. Groß war das Leid unter den Bewohnern. Kurz nach einem solchen Überfall ereignete es sich, dass ein Zauberer einzog und den Unglücklichen einen Trank aus Kräutern und Pilzen anbot. Wer ihn nahm, der spürte bald eine tiefe Beruhigung. Die Angst löste sich auf. Einigen erschien gar die Heilige Mutter Gottes. So breitete sich Ruhe und neue Hoffnung

unter den Bewohnern aus und sie machten sich einmal aufs Neue daran, ihr Städtchen aufzubauen.

Das ist zugegeben eine frei erfundene Geschichte. Sie ist aber auch nicht so unrealistisch, dass sie sich nicht so oder so ähnlich ereignet haben könnte. Überfälle, Plünderungen und Kriege sind historisch überliefert. Wissen um die psychotrope - das heißt: die Psyche beeinflussende - Wirkung einiger Pflanzen oder gar Tiere (Orsolini et al., 2018) war schon vor der modernen Psychopharmakologie vorhanden. Von den heute im Volksmund als "magic mushrooms" bekannten Pilzen wissen wir etwa, dass sie das Wohlbefinden steigern und Halluzinationen auslösen können, die mitunter spirituell gedeutet werden.

Das Beispiel zeigt Menschen, die durch andere Menschen in eine miserable Lage gebracht werden. Die moderne Traumaforschung hat ergeben, dass von Menschenhand stammendes Unglück im Allgemeinen schwerer erträglich ist als Notlagen, die in Folge von Naturkatastrophen auftreten. Die Bewohner aus der Fantasiegeschichte können sich allem Anschein nach gegen die fürstliche Übermacht auch nicht wehren. Unter diesen Umständen könnte man sagen, dass die psychotrope Substanz, der "Zaubertrank", den Menschen vielleicht dabei hilft, sich in ihr Schicksal zu fügen und das Beste aus ihrer Situation zu machen.

Mit diesem Beispiel habe ich einen zentralen Punkt herausgearbeitet, in dem es mir in diesem Aufsatz geht: nämlich die Bedeutung des *sozialen Zusammenhangs*, in dem Substanzen konsumiert werden. Das ist deshalb so wichtig, weil die meisten medizinischen aber auch psychologischen Behandlungen auf das *Individuum* zielen. Medikamente und Psychotherapie - aber auch andere Techniken, die man unter Umständen als Selbstmedikation verstehen kann, wie etwa Meditation, Yoga oder eben Drogenkonsum - wirken unmittelbar im Körper des Betroffenen, nicht in dessen Umgebung.

Damit ist der wichtigste Spannungsbogen dieses Aufsatzes aufgezogen: das Verhältnis vom Individuum zu seiner Umwelt. Wer den Herausforderungen der heutigen Welt - denken wir an Arbeitsverdichtung, Mehrfachbelastungen, Konkurrenzdruck oder allgemein Stress - mit Substanzkonsum begegnet, der betreibt also Problemlösung auf der Ebene des Individuums.

Diese Feststellung ist wertneutral gemeint. Diese Lösungsstrategie könnte gut oder schlecht sein. Sie ist aber zumindest aus theoretischer Perspektive nicht zwingend notwendig, sofern die Probleme durch Prozesse von Menschenhand entstehen und damit auch von Menschenhand geändert werden könnten. Es gibt also prinzipiell alternative Lösungswege, die freilich in der Praxis mehr oder weniger leicht umsetzbar sind.

Der soziale Zusammenhang entsteht durch das Zusammenspiel vieler Menschen und ihrer Institutionen. Wenn man die berühmte Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsorganisation von 1946 zugrunde legt, der zufolge Gesundheit nicht nur die Abwesenheit von Krankheit oder Gebrechen ist, sondern ein Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens [1] , dann umfasst der Bereich der Medizin durchaus auch das Soziale. Folglich ist auch nicht nachvollziehbar, warum medizinische Interventionen prinzipiell nur auf das Individuum und nicht etwa den sozialen Zusammenhang zugeschnitten werden sollten.

Im Folgenden werde ich erst auf die Frage eingehen, was Drogen eigentlich sind. Damit werden einige Grundlagen für den Rest des Artikels geklärt. Danach werde ich den Konsum von Amphetamin (Szenename: "Speed") und Methylphenidat (im Medikament Ritalin®) zur Behandlung der Aufmerksamkeits-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS) diskutieren. Bevor ich zur Schlussfolgerung komme, verweise ich kurz noch auf frühere Beispiele, wie gesellschaftliche Rollenbilder mit Substanzkonsum zusammenhingen und vielleicht auch heute noch zusammenhängen.

Was sind eigentlich Drogen?

Ich will darauf hinaus, dass "Droge" ein sozialer Begriff ist und

keine natürliche Kategorie, denn nur dann kann sich die Bedeutung des Begriffs ändern. Aus heutiger Sicht nehmen wir an, dass Gold das Element mit 79 Protonen im Atomkern ist und auch war, selbst in Zeiten, in denen man noch nichts von Protonen oder Atomkernen wusste. Bei "Droge" ist das aber nicht so.

Das Wort stammt wohl vom niederländischen *droog* = trocken und bezeichnete ursprünglich getrocknete Güter, vielleicht Kolonialwaren mit stimulierender oder berauschender Wirkung. Noch heute lassen sich getrocknete Kräuter in der "Drogerie" kaufen, freilich neben einem ganzen Sortiment neuerer Ernährungs-, Pflege-, Kosmetik- und Gesundheitspräparate.

Die Drogen grenzen wir in aller Regel auf zwei Seiten ab: nämlich einerseits von den Medikamenten und andererseits von den Genussmitteln. Viele Medikamente (man denke an Schmerzmittel) und Genussmittel (etwa Alkohol oder Kaffee) wirken psychotrop, auf die Psyche, verstehen wir aber nicht als Drogen. Bei Medikamenten gehen wir davon aus, dass diese zur Behandlung von Krankheiten verwendet werden; Genussmittel werden wegen ihres Geschmacks, ihrer anregenden oder beruhigenden Wirkung konsumiert. [2] Für diese Abgrenzungen sind neben der Abwägung von Nutzen und Risiken der Mittel auch Traditionen und Interessengruppen ("Lobbys") relevant. Um diese Aspekte der Drogen- und Gesundheitspolitik soll es hier aber nicht weiter

gehen. [3]

Wichtig ist hingegen die Unterscheidung verschiedener Klassen von Substanzen im Betäubungsmittelgesetz (BtMG), insbesondere dessen Anlagen I und III. In Ersterer werden die verbotenen, so genannten nicht verkehrsfähigen Mittel aufgelistet, etwa LSD. Dies sind psychotrope Substanzen, die der Gesetzgeber ohne Ausnahme für gefährlich hält und damit generell verbietet.

In Anlage III sind hingegen die sogenannten verkehrs- und verschreibungsfähigen Substanzen aufgenommen, beispielsweise Amphetamin. Auch diese psychotropen Substanzen werden für gefährlich gehalten - oder, wie manche Fachleute und Politiker gerne sagen, besitzen ein "Missbrauchspotenzial". Doch hier gib es Ausnahmen für Fälle, in denen der Nutzen die Risiken überwiegt, vor allem bei medizinischen Behandlungen.

In diese Anlagen können nun neue Substanzen aufgenommen oder alte daraus entfernt werden. Eine Substanz kann ebenfalls von einer Anlage in eine andere verschoben werden, wenn sich beispielsweise die Nutzen-Risiko-Abwägung verändert. Das könnte etwa dann passieren, wenn es neue, sicherere Alternativen gibt oder sich herausstellt, dass eine Substanz schädlicher ist, als man zuvor dachte.

Wie schon der Begriff "Droge", so ist auch der gesetzliche Begriff

des "Betäubungsmittels" veränderlich - und er verändert sich tatsächlich. Philosophisch könnte man sagen, dass es sich bei diesen Begriffen um soziale Konstrukte handelt, also im Wesentlichen um Definitionen, Vorstellungen und Ideen, die von den Menschen selbst gemacht sind. Darum sind sie aber nicht weniger real. Das wird jeder feststellen, der von der Polizei beim Besitz einer Substanz aus der Anlage I aufgegriffen wird.

Nun kritisieren einige namhafte Wissenschaftler, allen voran der britische Pharmakologe David Nutt, diese gesetzliche Unterscheidung als irrational. So würden tendenziell gefährlichere Substanzen wie Alkohol nur leicht reguliert, eher gefahrlose Substanzen wie Ecstasy, LSD oder Cannabis hingen stark reguliert, bis hin zum völligen Verbot mit schweren Strafandrohungen (Kupferschmidt, 2014; Nutt, King, Saulsbury & Blakemore, 2007).

Es wird von diesen Forschern sogar argumentiert, dass Alkohol größere soziale Schäden hervorrufen würde als Heroin, auch wenn Letzteres Individuen mehr schade. Dabei muss man aber auch die wesentlich größere Verbreitung von Alkohol berücksichtigen. Und trotz des vielen Leids, das etwa durch Alkoholkonsum verursacht wird, können sehr viele Menschen damit auch vernünftig umgehen, wie dies beispielsweise Christian Müller hier kürzlich vertrat (Die Droge als Instrument). Dennoch ist damit gezeigt, dass man den Status quo der heutigen Drogenpolitik mit wissenschaftlichen

Argumenten unter Druck setzen kann.

Dieser Abschnitt kann zwar keine endgültigen Antworten liefern, eben auch weil sich das Thema in einem permanenten gesellschaftlichen Wandel befindet. Dennoch lässt sich die wichtige Zwischenbilanz ziehen, dass die Unterscheidung zwischen Medikamenten, Drogen, Genussmitteln und schließlich Betäubungsmitteln im gesetzlichen Sinn eine gesellschaftlich-politisch vorgenommene ist. Dabei spielen verfügbare Alternativen, Zwecke, Traditionen, Moralvorstellungen und finanzielle Interessen in unterschiedlichem Maße eine Rolle.

In der heutigen Gesundheitskultur, in der das Verringern von Gesundheitsrisiken und -kosten ein wichtigeres Ziel geworden ist, steht beispielsweise Alkohol vermehrt unter Druck. Das sahen wir nicht nur bei der Forscherinitiative um den Pharmakologen David Nutt, sondern das äußert sich auch in Medienberichten, die selbst kleinste Gesundheitsrisiken bei nur geringem Alkoholkonsum in kampagnenartiger Form aufgreifen (Brauchen wir ein Alkoholverbot?). Das ist insofern besonders auffällig, als der Konsum dieses Genussmittels in vielen Ländern sowieso rückläufig ist. [4] Auch in Deutschland sank er laut OECD-Zahlen im Zeitraum von 2000 bis 2013 um 15 Prozent. [5]

Selten wird in solchen Diskussionen thematisiert, dass Alkohol nicht

nur ein Konsumwunsch von wahrscheinlich Milliarden Menschen auf dieser Welt ist, sondern auch eine bestimmte psychische Funktion erfüllt: Denken wir beispielsweise an die Entspannung nach einem langen Arbeitstag oder die Überwindung von Schüchternheit auf einer Feier (Die Droge als Instrument). Das heißt, auch der Alkoholkonsum findet (oft) in einem sozialen Zusammenhang statt. Wenn man die stärkere Regulierung dieser Substanz diskutiert, dann muss man auch berücksichtigen, dass Menschen nach anderen Mitteln suchen werden, um ihre psychosozialen Bedürfnisse zu befriedigen.

In Großbritannien wurde erst im April 2018 eine Zuckersteuer auf Softdrinks eingeführt. Dieser Schritt wurde gesundheitspolitisch gerechtfertigt. Umgekehrt wurde dort die Verschreibungspflicht des Potenzmittels Viagra® abgeschafft. Interessenten können es nun auch ohne Rezept in Apotheken kaufen. Auch dies sind Beispiele dafür, wie Genussmittel stärker oder Medikamente schwächer reguliert werden können. Viagra, vor rund zwanzig Jahren zum ersten Mal zugelassen, wurde ursprünglich zur Behandlung männlicher Erektionsstörungen und später auch für bestimmte Blutdruckstörungen angewendet.

Man kann sich nun fragen, ob dessen breitere Verwendung in der Gesellschaft zur Verlängerung des Geschlechtsverkehrs nicht vielmehr der eines Genussmittels entspricht. In der

englischsprachigen Literatur hat sich dafür der Begriff "lifestyle drug" durchgesetzt, also eine Substanz beziehungsweise Droge, die einen bestimmten Lebensstil ermöglicht oder zumindest unterstützt. Im folgenden Abschnitt wird es darum gehen, inwiefern die zunehmende Verschreibung der Substanzen Amphetamin und Methylphenidat zur Behandlung der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung ein ähnliches Lebensstil-Phänomen sein könnte.

Amphetamin, Methylphenidat und ADHS

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, abgekürzt ADHS, ist in dieser Form seit 1987 im Diagnosehandbuch der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung beschrieben. Die Störung zeichnet sich durch mangelnde Aufmerksamkeit und/oder übertriebene Impulsivität aus. In den Jahrzehnten davor wurden die Bezeichnungen "Minimal Brain Damage", "Minimal Brain Disorder" oder "Minimal Brain Dysfunction" (MBD) verwendet. Man dachte, dass Kinder mit bestimmten Verhaltensauffälligkeiten automatisch eine Gehirnstörung haben müssten. Die Kategorie MBD kam in den 1960er und 1970er Jahren jedoch zunehmend in die Kritik (30 Jahre Aufmerksamkeitsstörung ADHS).

Wichtig ist, dass es für MBD, ADHS sowie alle anderen psychischen Störungen keine objektiven, das heißt beobachterunabhängigen

Diagnosekriterien gibt. Vielmehr stellt ein Psychologe, Psychiater oder Hausarzt die Abweichung einer irgendwie zustande gekommenen Norm fest, die mit subjektivem Leiden und/oder eine Einschränkung des Lebens einhergeht (Schleim, 2018a, 2018b).

Das häufig vorgetragene Argument, bei psychischen Störungen handle es sich um Krankheiten im medizinischen Sinne, führt insofern in die Irre, als für die psychischen Störungen bisher gerade keine zuverlässigen diagnostischen biologischen Merkmale wie Bakterien, Viren, Gene oder andere Laborwerte gefunden wurden (Frisch, 2016). Dabei muss man wissen, dass schon seit über 170 Jahren danach gesucht wird.

Dass die Diagnose psychischer Störungen in entscheidender Weise von Normen abhängt (Stier, 2013; Tebartz van Elst, 2017), erinnert uns an die Feststellung der Einleitung, dass auch hier ein sozialer Zusammenhang mitspielt. Die *Norm* - aus dem Lateinischen und Griechischen für Regel oder Maßstab - kommt ja nicht aus dem Nichts, sondern aus der Gesellschaft und ihren Institutionen.

Ich bin nicht für ein Urteil qualifiziert, wie Normabweichend das Verhalten eines Kindes oder Jugendlichen sein muss, um berechtigterweise von einer psychischen Störung zu sprechen. Im Folgenden möchte ich aber einige bedenkenswerte und wahrscheinlich auch bedenkliche Trends im Zusammenhang mit

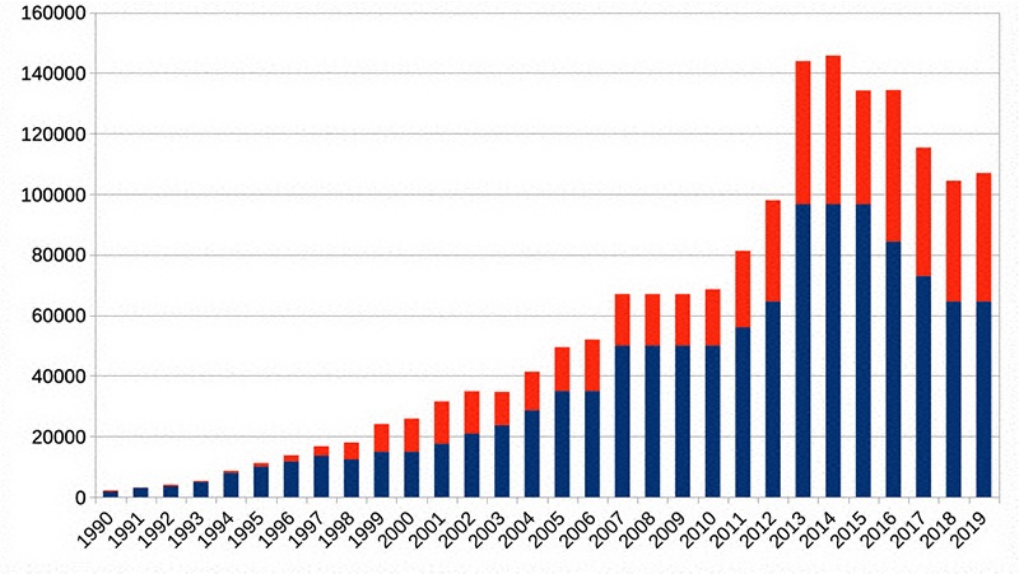
der Diagnose und Therapie von ADHS diskutieren.

Zunächst einmal galt ADHS lange Zeit als eine Entwicklungsstörung des Kindes- und Jugendalters. Seit einigen Jahren hat sich aber die Vorstellung durchgesetzt, dass es auch eine Erwachsenen-ADHS gibt (Lange et al., 2010). Tatsächlich berichtete die Barmer-Ersatzkasse in ihrem Arztreport 2018 eine Zunahme der Diagnosen dieser Störung um 512% bei den 18- bis 25-Jährigen in den Jahren 2005 bis 2016. Im Mittel stieg die Diagnose von psychischen und Verhaltensstörungen in dieser Altersgruppe und diesem Zeitraum um 38%, von rund 1,4 auf 1,9 Millionen.

Eine deutliche Sprache sprechen auch die Produktionszahlen der zwei wichtigsten Substanzen zur Behandlung von ADHS in den USA, nämlich Amphetamin und Methylphenidat. Wie auch in Deutschland und vielen anderen Ländern, ist deren Besitz nur unter bestimmten Ausnahmen erlaubt, vor allem auf besondere Verordnung eines Arztes. Dennoch stieg deren jährliche Produktion schon in den 1990er Jahren stark an und erreichte 1999 erstmals über 20.000 kg. Schon damals warnte die WHO vor den stark ansteigenden Verschreibungen an Kinder und Jugendliche.

Aus heutiger Sicht, gerade einmal zwanzig Jahre später, erscheinen diese Zahlen jedoch fast vernachlässigbar klein. Inzwischen werden in den USA jährlich davon mehr als 100.000 kg produziert, in den

Jahren 2013 bis 2016 sogar rund 140.000 kg pro Jahr. Die *jährliche* Produktion ist damit heute höher als die der ganzen *Dekade* der 1990er (siehe Abbildung). Neben Kindern und Jugendlichen konsumieren inzwischen auch viele Erwachsene diese Substanzen auf Rezept.



Die jährlichen Produktionszahlen für Amphetamin (rot) und Methylphenidat (blau; beide in kg) in den USA nach Vorgaben der Regierung. Quelle: Federal Register.

In Deutschland gab es bis zum Jahr 2012 einen vom Muster her ähnlichen Anstieg, jedoch auf einem niedrigeren Niveau. Damals wurde entschieden, dass ADHS nicht mehr automatisch medikamentös behandelt werden darf, sondern erst ein anderer Therapieversuch zum Umgang mit den Problemen unternommen werden muss.

In Dänemark gab es auch einen ähnlichen Anstieg wie in Deutschland; im Vereinigten Königreich jedoch nicht. Dort bekommen nur wenige Kinder und Jugendliche die Mittel verschrieben. In den Niederlanden werden die ADHS-Medikamente seit 2011 an diese Personengruppe jedoch sogar häufiger verschrieben als in den USA (Bachmann et al., 2017).

Manche Fachkollegen behaupten, die Störung werde inzwischen eben besser diagnostiziert. Wie wir gesehen haben, ist das Störungsbild in seiner heutigen Form - mit kleineren Anpassungen - bereits seit 1987 festgelegt. Schon in den 1990er Jahren gab es Diskussionen darüber, ob die Diagnose zu häufig gestellt und die Mittel zu oft verschrieben werden.

Die genannte Erklärung würde bedeuten, dass man die Mehrheit der Betroffenen in den vergangenen zehn bis dreißig Jahren schlicht übersehen hätte. Ohne konkrete Erklärung, worin der diagnostische Fortschritt bestehen sollte, kann sie aber nicht überzeugen.

Drei andere Erklärungen hängen wahrscheinlich miteinander zusammen: Psychotherapeuten und Ärzte würden immer mildere Formen psychischer Störungen diagnostizieren, die Menschen seien heute besser über psychische Störungen informiert und suchten daher eher professionelle Hilfe und immer mehr Probleme des

heutigen Lebens würden in medizinischer Weise verstanden, wodurch die Hilfe vom Arzt oder Therapeuten naheliege.

Diesen Ansätzen ist gemein, dass sie den sozialen Zusammenhang des Themenkomplexes psychischer Störungen hervorheben: Wie wir über unsere Probleme kommunizieren, beeinflusst unser Verständnis und unseren Umgang mit uns selbst, anderen und den Institutionen unserer Gesellschaft.

Eine fünfte Erklärung geht davon aus, dass tatsächlich mehr Menschen psychische Probleme haben, in unserem Fall also vor allem Aufmerksamkeitsprobleme. Dieser Ansatz ist so politisch brisant, wie in der Fachwelt umstritten. Führende Epidemiologen behaupten beispielsweise, die Häufigkeit psychischer Störungen habe sich kaum verändert. Dabei suchen deren Forschungsinstrumente aber vor allem nach der Häufigkeit bestimmter Symptome in der Gesellschaft und berücksichtigen kaum, inwiefern das Leben der Menschen dadurch eingeschränkt ist (Gesellschaftskritik und psychische Gesundheit).

Mit anderen Worten: Nicht jeder, der diesen Untersuchungen zufolge eine Störung hat, braucht wirklich Hilfe. Das sieht man schon daran, dass die *jährliche* Prävalenz mindestens einer Störung von diesen Forschern auf rund 40% geschätzt wird (Wittchen et al., 2011). Das Gesundheitssystem verfügt bei weitem nicht über die

Ressourcen, so viele Menschen mit psychischen Problemen zu behandeln; und würden so viele Menschen das überhaupt wollen?

Zu einer Katastrophe hat das bisher in noch keinem Land geführt. Am Rande sei erwähnt, dass es aber gerade bei den Menschen mit den größten Problemen eine *Unterbehandlung* gibt: Einerseits fehlt es diesen vielleicht am Antrieb, sich Hilfe zu suchen; andererseits sind sie für die gewinnorientierten Anbieter auf unserem Gesundheitsmarkt auch am wenigsten attraktiv.

Die Frage, was Drogen sind, ließ sich nicht eindeutig beantworten. Auch mit der Frage, wie der Anstieg der ADHS-Diagnosen und der damit ansteigende Medikamentenkonsum zu erklären ist, verhält es sich so. Das liegt auch daran, dass sich Ursache-Wirkungsbeziehungen bei solchen komplexen gesellschaftlichen Themen schwer nachweisen lassen. Fest steht aber, dass der Anstieg - das gilt nicht nur für ADHS, sondern auch viele andere psychische Störungen - ein tatsächliches Phänomen ist, das in verschiedenen Ländern und Regionen unterschiedlich stark ausgeprägt ist und wissenschaftliche, ethische und gesellschaftspolitische Fragen aufwirft.

Wichtig ist hier auch der Hinweis, dass eine entsprechende Diagnose mitunter Vorteile und Privilegien bringt: So können Schüler und Studierende unter Umständen mehr Zeit zum

Bearbeiten von Klausuren bekommen; Sportler können sich dann stimulierende Mittel verschreiben lassen, die andernfalls als Doping verboten wären. Selbst wenn diese Substanzen einem nur das Gefühl geben, wacher zu sein, länger durchhalten zu können, mehr Energie zu haben oder Schmerzen länger auszuhalten, so können wir uns doch viele Situationen der heutigen Gesellschaft vorstellen, in denen dies vorteilhaft ist.

Insofern könnte es durchaus sein, dass Amphetamin oder Methylphenidat von vielen genommen wird, nicht um eine medizinische Krankheit zu behandeln, sondern um einen bestimmten Lebens- oder Arbeitsstil zu unterstützen, also als "lifestyle drug". Es grenzt fast an ein Wunder, dass die Verwendung solch einer Substanz, die sonst als Täuschungsversuch und/oder Straftat aufgefasst wird, durch die Diagnose einer nicht objektiv feststellbaren psychischen Störung legitimiert wird. Dazu noch ein paar abschließende Gedanken.

Substanzen und gesellschaftliche Rollenbilder

Substanzen wie Amphetamin oder Methylphenidat sind keine neuen Entdeckungen, sondern stammen aus den 1930er und 1940er Jahren. Schon früher wurden sie zur Leistungssteigerung am Arbeitsplatz, im Studium oder im Sport verwendet (Schleim & Quednow, 2017, 2018).

In den meisten Kriegen des 20. Jahrhunderts dürften sie eine wichtige Rolle gespielt haben. Belegt ist etwa, dass die Deutsche Wehrmacht sie für ihren Blitzkrieg verwendete (Ohler, 2015). Die verschiedenen gesellschaftlichen Kontexte, in denen sie ebenfalls großen Anklang fanden, wurden bereits andernorts beschrieben (Dany, 2008; Rasmussen, 2008).

Darin äußert sich aber auch ein etwas widersprüchlicher Umgang mit den Mitteln durch unsere Gesellschaft und ihre Institutionen: Geht es um besseres Arbeiten in Schule oder im Studium und liegt eine Diagnose vor, dann ist der Konsum gesellschaftlich gewünscht. Hochrangige Experten räumten tatsächlich schon vor vielen Jahren ein, dass dabei eine moralische Komponente mitschwingt (Schleim, 2014).Will ein Land seine Interessen militärisch durchsetzen, dann gehört der Substanzkonsum mitunter zur soldatischen Pflicht.

Wollen Menschen mit solchen Mitteln aber schlicht auf Partys länger Spaß haben, dann ruft das prinzipiell Polizei und Staatsanwaltschaft auf den Plan. Ob Personen in verantwortungsvollen Positionen - denken wir an operierende Ärzte oder Piloten - zu den Mitteln greifen sollten oder eben Schüler und Studierende auch ohne psychische Störung, ist seit mehr als zehn Jahren Gegenstand der Diskussion um das "Cognitive Enhancement" oder "Gehirndoping".

Dabei sei auch kurz auf die Pharmakologie der Substanzen verwiesen: Methylphenidat und das hierzulande eher verpönte, in den USA aber wieder sehr beliebte Amphetamin ("Speed") ähneln sich auf molekularer Ebene. Der Unterschied zwischen Letzterem und dem gesellschaftlich geächteten Methamphetamin (Szenename: "Crystal Meth"), das übrigens viele Wehrmachtssoldaten auf offiziellen Beschluss als "Panzerschokolade" verzehrten, beträgt im Wesentlichen eine Methylgruppe (chemisch: CH3).

Wie weiter oben erklärt, ist der Unterschied zwischen Genussmittel, Medikament und Droge kein naturwissenschaftlicher, sondern ein vom Menschen gemachter. Die Analyse, welche Substanzen wir für welche Zwecke erlauben, ist also auch ein Spiegel der Normen unserer Zeit.

Dann überrascht es auch nicht, dass Untersuchungen zur Verbreitung von "Gehirndoping" unter Studierenden herausfanden, dass dieses Verhalten in Umgebungen mit größerem Wettbewerb häufiger vorkommt (Schleim & Quednow, 2017, 2018). [6] Es ist nicht anzunehmen, dass Menschen mit einer ADHS-Problematik ausgerechnet solche Umgebungen wählen; wohl aber könnte in so einer Umgebung ein vergleichsweise niedrigeres Maß an Aufmerksamkeit und Konzentration schneller auffallen. Wieder einmal stoßen wir so auf die Bedeutung des gesellschaftlichen

Zusammenhangs (Schleim, 2014).

Das macht die Erinnerung daran wichtig, wie schon früher Medikamente oder andere Mittel für gesellschaftliche Zwecke eingesetzt wurden. Der Psychiater Peter Kramer, der in den 1990ern Psychopharmaka an Menschen ohne psychische Störungen verschrieb und mit seinen Erzählungen über die Effekte weltberühmt wurde, machte schon damals auf die "Mother's Little Helpers" aufmerksam (Kramer, 1993).

So wurden in den 1950ern und 1960ern Aufputsch- oder Beruhigungsmittel häufig an Frauen verschrieben, die Mühe mit ihren Aufgaben in der Kindeserziehung oder im Haushalt hatten. In Deutschland wurde von den 1950ern bis frühen 1980ern das Mittel "Frauengold" vermarktet - im Wesentlichen enthielt es Alkohol -, das Frauen ausdrücklich beim Bewältigen des Alltags, des Berufs oder der Liebesbeziehung helfen sollte.

Wieder einmal sehen wir, dass der Fokus auf die Substanzen auf das Individuum zielt und nicht darauf, etwas an dessen Lebensumständen zu verändern. Die Frage, ob Amphetamin, Methylphenidat sowie andere Substanzen die kleinen Helferlein oder das "Menschengold" von heute sind, lasse ich hier für die Beantwortung durch die Leserin oder den Leser im Raum stehen. Dass es die Mühe wert ist, darüber nachzudenken, scheint mir aber

offensichtlich.

Schlussfolgerung

Wir begannen mit einer Einleitung, die den Bogen dieses Themenkomplexes vom Individuum zur Gesellschaft spannte. Der gesellschaftliche Zusammenhang spielte sowohl bei der Frage, was Drogen sind, als auch bei der Analyse des Medikamentenkonsums zur Behandlung der ADHS eine Rolle.

Im letzten Abschnitt haben wir einige Indizien darüber kennengelernt, dass psychotrope Substanzen zur Bewältigung gesellschaftlicher Herausforderungen gebraucht werden können. Wie wir eingangs gesehen haben, schließt der Gegenstandsbereich der Medizin über die Gesundheitsdefinition ausdrücklich auch das Soziale mit ein.

Aus sich heraus ist nicht nachvollziehbar, wieso die meisten medizinischen oder psychologischen Interventionen dann ausschließlich oder vor allem aufs Individuum abzielen und nicht auf den gesellschaftlichen Zusammenhang. Das psychiatrische Diagnosehandbuch der Amerikanischen Vereinigung umfasst, je nach Zählweise, rund 150 bis 600 verschiedene Störungen. Allerdings beschreibt *keine einzige* von ihnen eine abnormale oder gestörte Umgebung, sondern nur abnormale oder gestörte Personen.

Dabei wissen wir um den prägenden Einfluss der biologischen wie sozialen Umwelt auf Körper und Geist des Menschen. Es wäre die Aufgabe eines politischen Aufsatzes, diesen Fokus auf das Individuum vor dem Hintergrund des vorherrschenden neoliberalen Denkens zu analysieren. Denn auch dabei geht es um die Vernachlässigung des sozialen Zusammenhangs und das Hervorheben der Verantwortlichkeit jedes Einzelnen: Jeder ist seines eigenen Glückes Schmied; und damit auch, wohlgemerkt, seines eigenen Versagens.

Wenn es um Drogen und Medikamente geht, dann geht es also auch um Mensch und Gesellschaft. Substanzen können in diesem Spannungsfeld einen wichtigen Beitrag leisten. So gewannen die Bewohner des mittelalterlichen Städtchens nach einer Plünderung durch den "Zaubertrank" neue Hoffnung. Wer würde es ihnen verübeln, wo ihre Lage angesichts der fürstlichen Übermacht doch aussichtslos erschien? Wer alle Probleme auf diese Weise löst, also individualisiert, dem muss aber klar sein, dass er die Welt damit entpolitisiert und entsozialisiert.

Der Mensch wird dann letztlich eine biologische Maschine, die ähnlich wie ein Roboter an die Anforderungen der Umgebung angepasst wird. Gesetzgeber, Ärzte und Psychotherapeuten spielen dabei eine entscheidende Rolle. Unsere Gedanken über Medikamente und Drogen unterliegen einem Wandel, auch in

Abhängigkeit von gesellschaftlichen Erwartungen. Das heißt, dass sie sich jederzeit wieder ändern können.

Dieser Artikel erschien in ähnlicher Form bereits im Sammelband "altered states: Substanzen in der zeitgenössischen Kunst" im Zusammenhang mit der gleichnamigen Ausstellung des Kunstpalais Erlangen. Wir danken dem Kunstpalais für die freundliche Genehmigung der Zweitveröffentlichung.

Literatur

- Bachmann, C. J., Wijlaars, L. P., Kalverdijk, L. J., Burcu, M., Glaeske, G., Schuiling-Veninga, C. C. M., Zito, J. M. (2017). Trends in ADHD medication use in children and adolescents in five western countries, 2005-2012. Eur Neuropsychopharmacol, 27(5), 484-493. doi: 10.1016/j.euroneuro.2017.03.002
- Dany, H.-C. (2008). Speed : eine Gesellschaft auf Droge: Hamburg : Ed. Nautilus , 2008. - 189 S.
- Frisch, S. (2016). Are Mental Disorders Brain Diseases, and What Does This Mean? A Clinical-Neuropsychological Perspective. Psychopathology, 49(3), 135-142. doi: 10.1159/000447359
- Kramer, P. D. (1993). Listening to Prozac. New York, N.Y., U.S.A.: Viking. - Kupferschmidt, K. (2014). The dangerous professor. Science, 343(6170), 478-481. doi: 10.1126/science.343.6170.478

- Lange, K. W., Reichl, S., Lange, K. M., Tucha, L., & Tucha, O. (2010). The history of attention deficit hyperactivity disorder. Atten Defic Hyperact Disord, 2(4), 241-255. doi: 10.1007/s12402-010-0045-8
- Nutt, D., King, L. A., Saulsbury, W., & Blakemore, C. (2007). Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse. Lancet, 369(9566), 1047-1053. doi: 10.1016/S0140-6736(07)60464-4
- Ohler, N. (2015). Der totale Rausch. Drogen im Dritten Reich. Köln: Kiepenheuer & Witsch.
- Orsolini, L., Ciccarese, M., Papanti, D., De Berardis, D., Guirguis, A., Corkery, J. M., & Schifano, F. (2018). Psychedelic Fauna for Psychonaut Hunters: A Mini-Review. Frontiers in Psychiatry, 9(153). doi: 10.3389/fpsyt.2018.00153
- Rasmussen, N. (2008). America's first amphetamine epidemic 1929-1971: a quantitative and qualitative retrospective with implications for the present. Am J Public Health, 98(6), 974-985.
Schleim, S. (2014). Whose well-being? Common conceptions and misconceptions in the enhancement debate. Frontiers in Systems Neuroscience, 8. doi: 10.3389/fnsys.2014.00148
- Schleim, S. (2018a). Was sind psychische Störungen? Grundlagenfragen, gesellschaftliche Herausforderungen, Alternativen zur Biologie Hannover: Heise.
- Schleim, S. (2018b). Subjective Experience, Heterophenomenology, or Neuroimaging? A Perspective on the Meaning and Application of

Mental Disorder Terms, in Particular Major Depressive Disorder. Frontiers in Psychology, 9(702). doi: 10.3389/fpsyg.2018.00702
- Schleim, S., & Quednow, B. B. (2017). Debunking the ethical neuroenhancement debate. In R. ter Meulen, A. D. Mohamed, & W. Hall (Eds.), Rethinking cognitive enhancement: A critical appraisal of the neuroscience and ethics of cognitive enhancement (pp. 164-175). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Schleim, S., & Quednow, B. B. (2018). How Realistic Are the Scientific Assumptions of the Neuroenhancement Debate? Assessing the Pharmacological Optimism and Neuroenhancement Prevalence Hypotheses. Frontiers in Pharmacology, 9(3). doi: 10.3389/fphar.2018.00003
- Stier, M. (2013). Normative preconditions for the assessment of mental disorder. Front Psychol, 4, 611. doi: 10.3389/fpsyg.2013.00611
- Tebartz van Elst, L. (2017). Vom Anfang und Ende der Schizophrenie: Eine neuropsychiatrische Perspektive auf das Schizophrenie-Konzept. Stuttgart: Kohlhammer.
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jonsson, B., Steinhausen, H. C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. Eur Neuropsychopharmacol, 21(9), 655-679. doi: 10.1016/j.euroneuro.2011.07.018

"Es gibt keine Depressionen"

Wie der Psychologie- und Psychiatrieprofessor Peter de Jonge die psychische Gesundheitsversorgung revolutionieren will

Peter de Jonge ist Professor für Psychiatrische Epidemiologie an den Universitätskliniken Groningen. Seit 2016 ist er ebenfalls Professor für Entwicklungspsychologie an der Universität Groningen. De Jonge ist unter anderem auf affektive Störungen (Gefühlsstörungen), die Epidemiologie psychischer Störungen, psychologische Methodologie und Statistik spezialisiert. Die psychische Gesundheit des Menschen erforscht er seit rund 20 Jahren.

Hierfür erhielt er Forschungsmittel in Höhe von über fünf Millionen Euro bewilligt, beispielsweise von der Niederländischen Forschungsorganisation (NWO). Das Gesundheitsunternehmen Espria unterstützte seine Forschung ebenfalls mit einer Million. De Jonge ist Mitglied des von der Harvard University geführten World Mental Health Surveys, das unter anderem Empfehlungen für die Weltgesundheitsorganisation (WHO) verabschiedet.



Peter de Jonge. Bild: Sander van Lien / Rijksuniversiteit Groningen

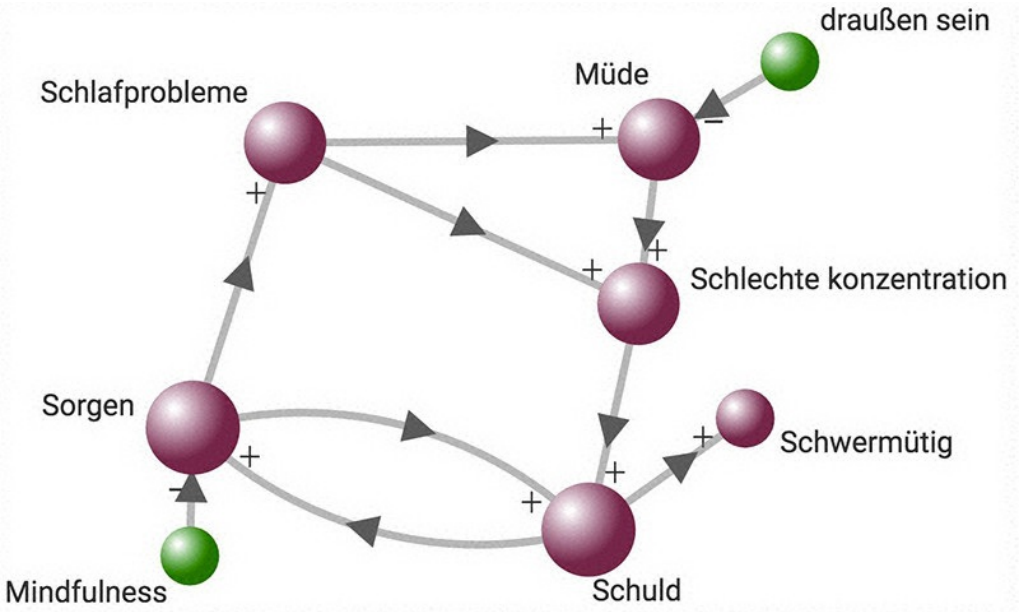
▶ Professor De Jonge, bevor wir Ihre provokante Sichtweise auf Depressionen und Ihr eigenes Modell psychischer Störungen besprechen, würde ich gerne mehr über Ihre Forschungsmethoden erfahren. Würden Sie kurz erklären, was Sie für Ihr Forschungsprojekt "Wie verrückt sind die Niederländer" (Hoe Gek is Nederland) gemacht haben?

Peter de Jonge: Es geht vor allem um die Frage, ob wir uns ein bestimmtes Individuum im Lauf der Zeit anschauen oder jemanden mit einem statistisch ermittelten Durchschnitt vergleichen. Psychologische und psychiatrische Forschung hat meistens allein

Letzteres im Blick. Ich finde es aber wichtig, mir Individuen anzuschauen: Also nicht, ob er oder sie sich besser fühlt als der Durchschnittsmensch, sondern wie gut sich jemand im Vergleich zu seinem eigenen, normalen Gesundheitszustand fühlt.

Bei "Wie verrückt sind die Niederländer" kann man beides tun: Seine psychische Gesundheit mit dem Rest des Landes vergleichen, aber auch sich selbst mit anderen Zeitpunkten. Zum Beispiel wird oft gesagt, dass sich Menschen durch Bewegung besser fühlen. Aber stimmt das auch für mich selbst?

Mit einer speziell hierfür entwickelten App können unsere Teilnehmerinnen und Teilnehmer dreimal am Tag Fragen über ihr psychisches Wohlbefinden beantworten. So haben wir nach dreißig Tagen genügend Daten, um ein Bild ihrer "emotionalen Landschaft" zu zeichnen. Wird jemand durch Wandern glücklicher? Oder durch Besuche bei den Schwiegereltern ausgerechnet unglücklicher?



Ergebnisse für eine bestimmte Person aus einer Studie mit N=600 Teilnehmerinnen und Teilnehmern. Das Netzwerkmodell zeigt, dass Sorgen Schlafprobleme verstärken. Dadurch nehmen Müdigkeit und schlechte Konzentration zu, was wiederum Schuldgefühle verstärkt und die Sorgen noch größer macht. Mindfulness (Achtsamkeit, Meditation, Entspannung) sowie Aktivitäten im Freien bieten Ansatzpunkte, um diesen Teufelskreis zu durchbrechen. Bild: Peter de Jonge

Individuelle Problemlösungen sind wichtig

▶ Welche Methoden sind das genau? Und warum wurde das nicht schon früher getan?

Peter de Jonge: Es geht um Zeitreihenanalysen aus der Ökonometrie. Früher dauerte eine einzelne Berechnung Wochen. Heute erledigt der Computer das automatisch innerhalb von

Sekunden. Um das zu ermöglichen, haben verschiedene Spezialisten in unserem Team neue Algorithmen entwickelt.

Wahrscheinlich liegt es auch daran, dass man in der Psychologie und Psychiatrie allgemeingültige Antworten für wichtiger hält als die Problemlösung für Individuen. Für den Bereich der psychischen Gesundheit kann man aber leicht zeigen, dass dies auf Kosten der Gesundheitsdienstleistungen geschieht: "Ein Maßstab für alle" funktioniert da schlicht nicht gut.

Meiner Meinung nach kann man über einen Beinbruch oder einen Herzinfarkt sehr wohl allgemeine Aussagen treffen: Wie lange dauert die Genesung? Wie muss man behandeln? Die Psyche der Menschen ist aber so unterschiedlich, dass kaum Verallgemeinerungen möglich sind. Wenn man es trotzdem versucht, dann verliert man das Individuum aus den Augen.

Der Vorteil meines Modells ist, dass wir die mehreren Hundert Kategorien für psychische Störungen nicht brauchen, um etwas Wichtiges über die psychische Gesundheit von jemandem zu erfahren. Vielleicht entstehen am Ende doch Gruppen - aber dann bestimmen die Daten das selbst und nicht, was sich Expertinnen oder Experten im Voraus ausgedacht haben.

Menschen sind keine Kartoffeln

▶ Und was sind die überraschendsten Ergebnisse Ihrer Forschung?

Peter de Jonge: Wie unterschiedlich wir Menschen doch sind! Was für den einen funktioniert, das kann bei einem anderen sehr schlecht funktionieren. Denken Sie beispielsweise an Antidepressiva: Im Mittelwert finden wir einen kleinen positiven Effekt. Früher habe ich selbst solche Untersuchungen gemacht, auch heute noch. Aber so ein Effekt bedeutet, dass das Medikament bei manchen hilft, bei anderen nicht und bei wieder anderen sogar kontraproduktiv sein kann.

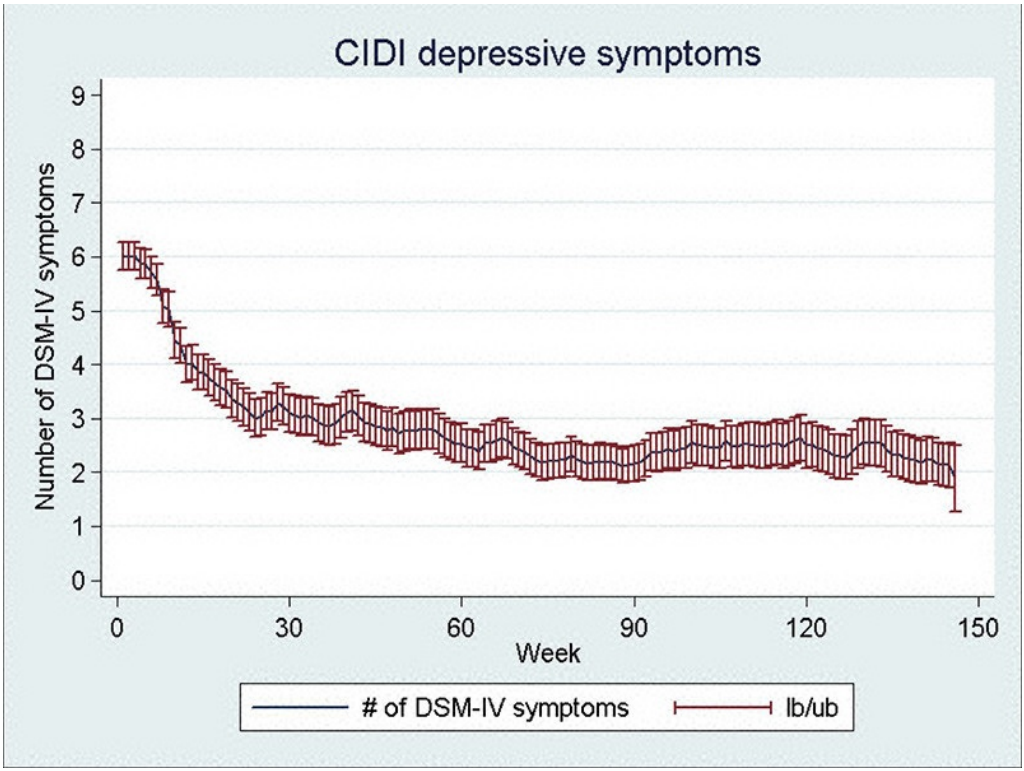
Solche Unterschiede, also die Diversität der Menschen, sind wichtig für die Praxis: Schließlich sitzt vor Ihnen als Psychologe oder Psychiater eine Einzelperson und kein Durchschnittsmensch. Die statistischen Methoden, die in der Forschung mehrheitlich verwendet werden, kommen ursprünglich aus dem Landbau. Sie wurden früher dazu verwendet, das Züchten von Kartoffeln zu verbessern. Bei solchen Fragen geht es nicht um individuelle Kartoffeln, sondern um den Durchschnitt.

Bei Menschen ist das aber anders. Wir müssten in Psychologie und Psychiatrie eigentlich gerade am Individuum interessiert sein, eben wegen der Diversität der Menschen. Die Frage nach dem Durchschnittsmenschen gehört eher ins Gebiet der Krankenversicherungen und Gesundheitspolitiker.

Unterschiede verschwinden im Durchschnittswert

▶ Was bedeutet das konkret?

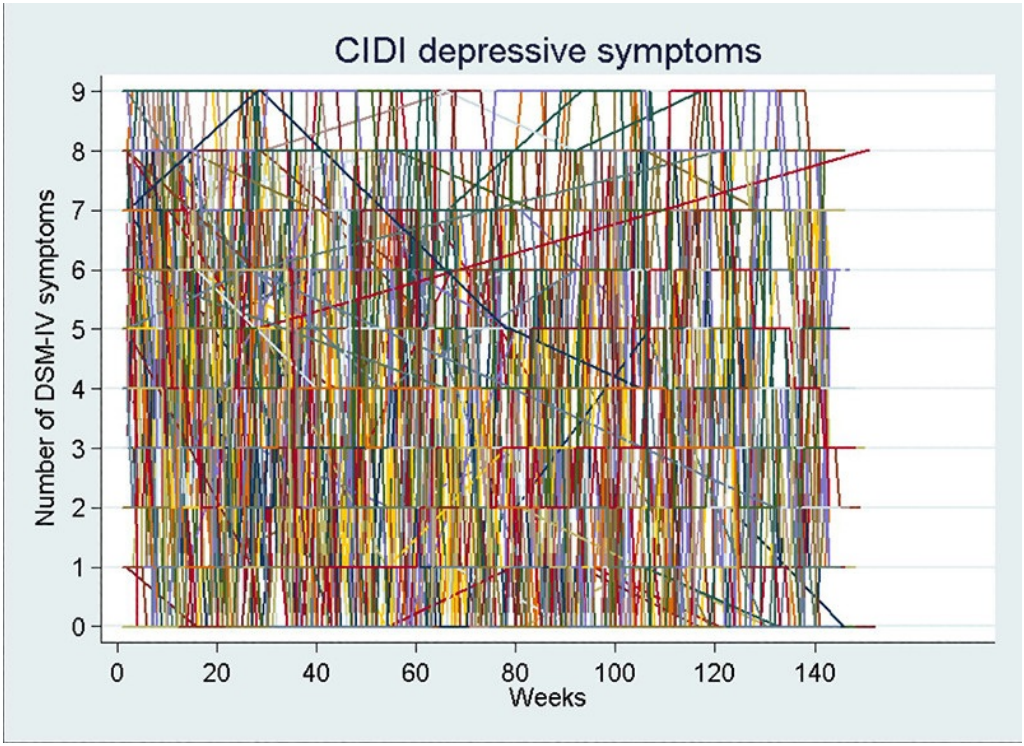
Peter de Jonge: Stellen Sie sich vor, ein Patient kommt zu Ihnen in die Praxis und sagt: "Doktor, ich habe eine Depression. Wie lange wird das dauern?" Ich habe keine Ahnung. Im Mittel drei Monate. Aber für Sie als Individuum: Vielleicht zwei Wochen? Vielleicht drei Jahre? "Und was muss ich tun?" Auch das weiß ich nicht. Vielleicht Pillen nehmen? Oder eine Gesprächstherapie machen?



Die Abbildung zeigt die Anzahl der Symptome von Depressionen im Laufe der Zeit. Nach rund drei Monaten fällt deren Anzahl durchschnittlich von sechs auf unter vier. Doch wie aussagekräftig sind solche Durchschnittswerte? Vergleichen Sie es mit der folgenden Abbildung. Bild: Peter de Jonge

Um hier sinnvolle Antworten zu geben, brauchen wir

personalisierte Empfehlungen - und genau solche erhalten wir mit unseren Methoden. Vor Jahren schrieb ich selbst einmal in einer Fachzeitschrift: Eine Depression dauert im Mittel drei Monate. Jetzt begreife ich, dass diese Information in der Praxis von sehr geringem Wert ist.



Die Darstellung der Daten per Individuum zeigt ein großes Maß an Diversität. Die Anzahl der Symptome geht bei vielen Menschen im Laufe der Zeit hoch und runter. Auch nach hundert Wochen haben zahlreiche Personen mehr als vier Symptome von Depressionen. Diese sieht man im Durchschnittswert der vorherigen Abbildung aber überhaupt nicht. Bild: Peter de Jonge

Nur drei Störungen würden ausreichen

▶ Heutzutage unterscheidet man hunderte psychischer Störungen. Sie behaupten, dass drei vielleicht ausreichen. Können Sie das näher erläutern?

Peter de Jonge: Denken wir an Depressionen. Darüber weiß ich am meisten. So gut wie alle Behandlungen für Depressionen helfen ebenfalls bei Angststörungen. Wir sehen auch auf genetischer Ebene sehr viele Überschneidungen. Wenn die Behandlung aber dieselbe ist, warum muss man dann verschiedene Diagnosen voneinander unterscheiden? Mir erscheint es als sinnvoller, nur ein paar große Problemgebiete zu unterscheiden und in diesen die Behandlung für eine bestimmte Person anzupassen.

Jeder hat seine persönliche Anfälligkeit. Manche reagieren auf Stress, indem sie sich zurückziehen. Das nennen wir "Internalisierung". Andere reagieren nach außen, etwa indem sie Ärger verursachen. Das ist "Externalisierung". Wieder andere reagieren psychotisch, das heißt, dass sie an merkwürdige Dinge glauben oder in der ganzen Welt eine Verschwörung sehen. Auch das kann so weit führen, dass das Funktionieren eines Menschen eingeschränkt wird.

Ich bin der Überzeugung, dass die Unterscheidung in diese drei Gruppen hinreichend ist: internalisierende, externalisierende und psychotische Störungen; hinreichend für ein globales Bild darüber, was jemandes Anfälligkeiten sind. Dabei kann jemand natürlich

mehr als nur eine haben. Anschließend will ich nicht allein über Symptome sprechen, sondern auch über Ursachen. Woher kommen die Probleme? Aber auf persönlichem Niveau, für jedes Individuum einzeln.

Depression ist nur eine Konsensdefinition

▶ Sie sagen, dass es Depressionen nicht gibt. Können Sie das näher erklären?

Peter de Jonge: Damit meine ich, dass "Depression" eine Konsensdefinition ist, also was bestimmte Expertinnen und Experten über die Probleme der Menschen denken. Fragen Sie aber die Menschen selbst nach ihren eigenen Problemen, ohne diagnostische Kategorien. Zeigt sich dann eine Gruppe von Symptomen, die wir Depression nennen können? Wir haben das bei mehr als 70.000 Menschen untersucht - und auf der Populationsebene finden wir keinen Beweis dafür, dass es viele Menschen gibt, die nur eine reine Depression haben.

Das liegt an zwei Dingen: Einerseits sind auch diese Menschen sehr unterschiedlich. Unter denen mit depressiven Problemen schlafen die einen viel, die anderen gerade wenig, wird der eine Dick und der andere nimmt ab. Manche werden ruhelos und angespannt, andere aber langsam und inaktiv.

Das Zweite ist: Es gibt so viele Überschneidungen mit anderen "Störungen". Viele Menschen mit Depressionen grübeln, doch das

ist ein Symptom einer anderen Störung, nämlich der sogenannten Generalisierten Angststörung (GAS). Und so lassen sich viele weitere Beispiele dafür nennen, die meinen Standpunkt unterstützen, dass es Depressionen in diesem Sinne nicht gibt.

Schlüssel zur Besserung in Person selbst

▶ Depressionen werden oft als Ursache für einen Großteil der Krankheitstage oder Arbeitsunfähigkeit angeführt. Ihre Aussage klingt dann etwas komisch.

Peter de Jonge: Um Missverständnissen vorzubeugen: Ich behaupte keinesfalls, dass es depressive Probleme nicht gibt. Ich kenne diese aus nächster Nähe und will in keiner Weise das Leiden der Betroffenen marginalisieren.

Das kann ich an einem anderen Beispiel verdeutlichen: Denken Sie an "Burn-Out". Viele Hausärzte sind davon überzeugt, dass es so etwas gibt. Im psychiatrischen Diagnosehandbuch DSM kommt die Kategorie aber nicht vor. Bei solchen Bezeichnungen stellt sich die Frage, inwieweit sie die Probleme von Menschen so gut beschreiben, dass Behandlungen daran anknüpfen können. Bei Depressionen hat sich das in den vergangenen Jahrzehnten nicht bewährt.

Ich denke daher, dass die psychischen Probleme der Menschen oft auf falsche Weise beschrieben werden. Die Diagnose "Depression" fügt nichts zu. Im Gegenteil kann sie viel Schlechtes bewirken. Das

Stellen einer Diagnose kann bei Menschen etwa den Eindruck erwecken, dass sie eine Störung haben, gegen die sie nichts tun können, so wie bei manchen somatischen Erkrankungen.

Der Schlüssel zur Besserung der depressiven Probleme liegt aber in entscheidendem Maße bei der Person selbst. Tu etwas, um einem Zuviel an Stressreizen vorzubeugen. Schau, was dich glücklich oder nicht glücklich macht, langfristig gesehen. Denk darüber nach, was du mit deinem Leben anfangen willst. Diese Art von Fragen regen wir nicht dadurch an, dass wir über "Depressionen" als Störung sprechen.

Die Störung behindert aber nicht nur die Patientinnen und Patienten, sondern auch die Forschung. In den beinahe vier Jahrzehnten, in denen man schon mit dem Begriff der Depressionen arbeitet, hat man erstaunlich wenig effektive Behandlungen und Wissen um die Ursachen entdeckt.

In Nordamerika verbreitet sich diese Ansicht auch allmählich. Die psychische Welt ist nicht so schwarz oder weiß: Entweder hat man Depressionen oder nicht. Das ist eine Scheindiagnose. Deshalb finden wir auch keine Depressionen in der Population.

Ältere verlieren viel, sind aber nicht depressiver

▶ Wird Ihre Forschung auch schon in der Praxis angewandt?

Peter de Jonge: Das Gesundheitsunternehmen Espria wandte sich mit dem Wunsch an mich, das Wohlbefinden älterer Menschen zu

verbessern. Bisher passiert das größtenteils auf der Basis von Forschung über Durchschnittsmenschen. Das Unternehmen wollte nun wissen, ob man den Menschen besser helfen kann, wenn man sich auf Individuen konzentriert.

Mir ist dabei aufgefallen, dass Ältere zwar viel verlieren, etwa Freunde, Familienmitglieder oder Möglichkeiten, etwas zu unternehmen. Das heißt, sie haben eigentlich gute Gründe dafür, sich depressiv zu fühlen. Trotzdem passiert das kaum: Wir konnten keine Hinweise darauf finden, dass ältere Menschen depressiver sind als jüngere.

Daraus ergibt sich die wichtige Frage, wie das sein kann: Wie können ältere Menschen ihre Verluste kompensieren? Die Antwort: Manche können mehr Zeit mit ihrer Familie verbringen oder unternehmen mehr sozialen Aktivitäten, andere finden endlich Zeit für die Dinge, die sie schon lange tun wollten. In jedem Fall richten sich die Menschen auf das, was sie aus ihrem Leben machen wollen, und denken nicht so sehr darüber nach, welche Möglichkeiten sie im Vergleich zu jüngeren Menschen verloren haben.

Nach einem Pilotprojekt mit hunderten Älteren wird in Kürze die fertige App angeboten. Das ist etwas, das mich selbst sehr fröhlich stimmt, denn ich hoffe, dass viele Menschen hiervon profitieren werden. Beispielsweise dadurch, dass sie von sich selbst lernen,

was ihre Stärken und Schwächen sind und worin für sie die Quellen ihres Wohlbefindens bestehen.

Biologische Forschung hat viel zu wenig gebracht

▶ Bei psychiatrischer Forschung geht es seit Jahrzehnten vor allem um die vermeintlichen genetischen und neurobiologischen Ursachen psychischer Störungen, um sogenannte Biomarker und mögliche psychopharmakologische Behandlungen. Was hat diese Forschung Ihrer Meinung nach bisher den Patientinnen und Patienten gebracht? Und wie wird das wohl in Zukunft sein?

Peter de Jonge: Diese Forschung hat viel zu wenig gebracht. Und daran wird sich auch nichts ändern.

Ich habe schon über die Diversität der Menschen gesprochen. Die Biomarker (das sind biologische Merkmale, die beispielsweise im Blut oder Gehirn von jemandem gefunden werden können; Anm. d. A.), die Forscherinnen und Forscher in den letzten Jahrzehnten entdeckt haben, erklären so gut wie gar nichts; die Effekte sind viel zu klein.

Mein prinzipielles Argument ist aber, dass es bei psychischen Störungen darum geht, wie sich jemand fühlt. Stellen Sie sich vor, jemand geht zum Arzt und bekommt Folgendes mitgeteilt: "Wir haben in ihrem Blut einen Biomarker für Depressionen gefunden." Aber der- oder diejenige fühlt sich gar nicht depressiv. Was sollten wir in so einer Situation tun? Nein, bei psychischen Störungen geht

es darum, wie man sich fühlt, um Emotionen, Gedanken und das Verhalten. Diese Bestimmen das Vorliegen eines Problems, nicht das Gehirn oder die Gene.

▶ Sie haben auch eine kritische Meinung über das DSM-5 von 2013, das neue diagnostische Handbuch der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (APA), an dem sich die psychische Gesundheitsversorgung in vielen Ländern orientiert. Was haben Sie gegen das Handbuch?

Peter de Jonge: Die Abkürzung DSM steht für "Diagnostic and Statistical Manual". Das Buch ist tatsächlich aber keines dieser drei Dinge: Es ist nicht diagnostisch, weil es ausschließlich Klassifikationen enthält und nicht erklärt, warum jemand ein Problem hat, also keine Ursachen nennt. Es ist auch nicht statistisch, sondern basiert auf Konsensdefinitionen bestimmter Expertinnen und Experten; nur manchmal werden kleine Anpassungen aufgrund empirischer Daten vorgenommen. Ich nenne dieses Vorgehen die "BOGSAT-Methode". Das steht für: "Bunch Of Guys Sitting Around a Table." Das DSM ist zu guter Letzt auch kein Handbuch, also keine Anleitung, weil darin nicht steht, was für eine Behandlung durchgeführt werden muss.

Das DSM ist vor allem für die Krankenversicherungen wichtig, um etwas über die vermeintlichen Kosten einer Störung aussagen zu können und die Behandlungskosten abzurechnen. Das hilft der

Psychiatrie und Psychologie aber beim Verstehen psychischer Probleme kaum weiter.

Nicht nur Probleme, auch Talente sehen

▶ Haben Sie denn selbst eine Idee für eine bessere psychische Gesundheitsversorgung?

Peter de Jonge: Für mich ist es unerlässlich, nicht nur die Probleme, sondern auch die Möglichkeiten und Talente einer Person zu betrachten, indem wir zum Beispiel sagen: "Sie sind zwar ein emotional empfindlicher Mensch, aber gerade deshalb können Sie sich auch gut in andere einfühlen." So eine Vorgehensweise würde auch das Leiden und die Stigmatisierung psychiatrischer Patienten reduzieren. Ich weiß aus eigener Erfahrung, dass viele Klinikerinnen und Kliniker so denken und sich daher auch nicht so gut mit dem Ansatz des DSM identifizieren können.

Schließlich würde ich mir auch wünschen, dass wir uns im Gesundheitswesen vor allem damit beschäftigen, wie man das Leben eines Menschen verbessern kann. Stellen Sie sich vor, zu mir kommt eine Patientin oder ein Patient und ich würde die folgende Frage stellen: "Was ist für Sie das Wichtigste, das Sie in ihrem Leben tun möchten? Was sind Ihre größten Probleme und warum schaffen Sie es nicht, daran etwas zu verändern?" Dafür würde ich gerne maßgeschneiderte Ratschläge geben. So stelle ich mir eine wirkliche "personalisierte Medizin" vor, jedenfalls für die psychische

Gesundheitsversorgung.

Peter der Jonge und Stephan Schleim arbeiten beide am Heymans Institut für Psychologische Forschung der Universität Groningen, jedoch in unterschiedlichen Forschungsgruppen. Dieser Artikel erscheint ebenfalls im Blog "Menschen-Bilder" des Autors und wurde aus dem Niederländischen übersetzt.

"Größtenteils nutzlos und potenziell schädlich"

Ein Interview über den problematischen Erfolg der Antidepressiva

Michael P. Hengartner ist promovierter Psychologe und forscht an der Züricher Hochschule für Angewandte Wissenschaften. Von 2009 bis 2014 war er wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich. Seit 2015 ist er auch Dozent für Psychosoziale Medizin an der Universität Zürich und für Psychopathologie an der Fachhochschule Nordwestschweiz. Seine Forschungsschwerpunkte sind klinische Psychologie, Sozialpsychiatrie und die Verbreitung (Epidemiologie) psychischer Störungen.

Wichtiger Hinweis des Autors: Das Absetzen von Antidepressiva kann zu Entzugserscheinungen oder der Verschlimmerung bestimmter Symptome führen. Bitte unternehmen Sie keine solchen Schritte ohne die Betreuung einer erfahrenen Vertrauensperson.



Michael P. Hengartner

▶ Herr Dr. Hengartner, warum haben Sie sich mit der Forschung zu Antidepressiva beschäftigt?

Michael P. Hengartner: Hier muss ich etwas ausholen: Als Forscher interessierte ich mich schon früh für die Methoden- und Wissenschaftslehre. Wie zuverlässig ist die Forschung insgesamt? Aber auch speziell die Forschung in der Psychologie oder Psychiatrie? Zudem befasste ich mich viel mit Statistik und der Art und Weise, wie Forschende die Statistik mitunter missbrauchen und fehlinterpretieren.

Natürlich hatten wir inzwischen auch die Replikationskrise in der Psychologie: Warum lassen sich so viele Studienergebnisse nicht wiederholen? Zudem scheint es fast überall einen "publication bias" zu geben. Das heißt, positive Ergebnisse werden geschönt und publiziert, negative Befunde verschwinden aber in der Schublade. Viele Forscher versuchen, ihre Fachrichtung zu verkaufen - und sind darum voreingenommen.

Ich schaute mir auch Forschung zur Wirksamkeit von Psychotherapie an. Dann stieß ich auf die kritischen Arbeiten zur Wirksamkeit von Antidepressiva der britischen Psychiater David Healy und Joanna Moncrieff, des amerikanischen Psychologen Irving Kirsch oder des dänischen Arztes und Direktors der nördlichen Cochrane-Zenters Peter Gøtzsche. Ich war schockiert über das Ausmaß methodischer Verzerrungen in diesen Antidepressiva-Studien.

▶ In Ihrem neueren Übersichtsartikel kommen Sie zu dem

Ergebnis, dass Antidepressiva - konkret geht es um die gängigsten Medikamente vom Typ SSRI und SNRI - größtenteils nutzlos und potenziell schädlich sind. Können Sie das kurz erklären?

Michael P. Hengartner: Das Hauptproblem von Studien zu Antidepressiva ist, dass sie vom Entwurf an falsch sind, auf Englisch sagt man: "flawed by design." Schon bevor die eigentlichen Beobachtungen beginnen, ist alles darauf ausgerichtet, dass man am Ende möglichst einen signifikanten Effekt zugunsten der Medikamente findet. Dabei sollten randomisierte und Placebo-kontrollierte Studien eigentlich solche Verzerrungen vermeiden.

In der Praxis kann davon aber oft keine Rede sein. So werden etwa vor der Hauptuntersuchung schon Teilnehmer ausgeschlossen, die stark auf ein Placebo, also eine wirkungslose Kontrollsubstanz, reagieren. Warum tut man das? Weil so die Wahrscheinlichkeit höher wird, dass das Medikament später eine stärkere Wirksamkeit zeigt als das Placebo.

Behandlung von Entzugserscheinungen

▶ Wie muss man sich das in der Praxis vorstellen?

Michael P. Hengartner: Patienten mit einer diagnostizierten Depression bekommen oft schon ein anderes Medikament verschrieben. Um die Studienergebnisse nicht durch solche Substanzen zu verfälschen, gibt man ihnen wenige Tage vor Beginn der randomisierten Studie erst einmal ein Placebo. Dies wird als

Placebo-Washout bezeichnet. Es heißt, dass damit das alte Medikament aus dem Körper gewaschen werden soll. Wer dann schon eine Verbesserung zeigt, also stark auf das Placebo reagiert, der wird aus der späteren Untersuchung ausgeschlossen.

Ein anderes Problem ist, dass durch das Absetzen des alten Medikaments Entzugserscheinungen auftreten können. Denken Sie etwa an Stimmungsschwankungen, Reizbarkeit, Ängstlichkeit oder Schlafprobleme. Die wenigen Tage Placebo-Washout vor der Studie sind oftmals zu kurz, als dass diese Symptome vor Studienbeginn bereits abgeklungen wären. Nun muss man wissen, dass das auch Symptome sind, mit denen man die Schwere depressiver Störungen misst.

Das heißt, manche Patienten in der Placebo-Gruppe verzeichnen zu Beginn der Hauptuntersuchung einen höheren Depressionswert, der aber durch den Medikamentenentzug ausgelöst wurde. Bei Personen in der Wirkstoff-Gruppe wiederum tritt kurz nach Beginn der Studie eine deutliche Verbesserung ein, denn die Vergabe von Antidepressiva beendet das Entzugssyndrom unmittelbar. Wenn in Studien von lediglich 4-6 Wochen in der Antidepressiva-Gruppe eine etwas größere Symptomverbesserung verzeichnet wurde als in der Placebo-Gruppe, könnte das nicht für die Wirkweise des neuen Medikaments sprechen, sondern schlicht für das Abklingen dieser Entzugserscheinungen.

In den Daten lassen sich diese Effekte leider nicht voneinander unterscheiden. Bei manchen Patienten in der Placebo-Gruppe können die Symptome unmittelbar nach dem Absetzen auftreten, also in der Washout-Phase. Bei anderen geschieht das erst verzögert, während der eigentlichen Untersuchung. Wir wissen aus Studien, dass 10 bis 50 Prozent der Patienten solche Entzugserscheinungen haben können.

Ein ähnliches Problem ist, dass Patienten in manchen Studien Beruhigungsmittel verschrieben werden, etwa Benzodiazepine. Mit diesen dürfen die Ärzte Unruhe oder Schlaflosigkeit, was typische Nebenwirkungen der Antidepressiva sind, nach eigenem Gutdünken behandeln. Der Effekt, der am Ende dem neuen Medikament zugeschrieben wird, könnte also schlicht an der Gabe von Beruhigungsmitteln liegen.

Beeinflusste Beobachter

▶ Welche Rolle spielen die Fachleute, die die Untersuchungen machen, bei solchen Studien?

Michael P. Hengartner: Ein klassischer Befund aus der Psychologie ist, dass es in experimentellen Studien einen Beobachtereffekt gibt. Das heißt, wenn die Versuchsperson oder der Forscher weiß, zu welcher Gruppe er gehört, dann fällt das Studienergebnis anders aus. Gerade deshalb sollen in solchen Studien weder die Patienten, noch die klinischen Fachleute wissen, wer das Placebo und wer den

Wirkstoff bekommt. Man nennt das Doppelverblindung.

In der Praxis funktioniert das aber nicht: Sowohl die Patienten als auch die Fachleute haben oft jahrelange Erfahrung mit den Wirkungen von Psychopharmaka. Das heißt, wenn ein Patient nach einigen Tagen keine der häufigen Nebenwirkungen wie etwa Mundtrockenheit berichtet, dann können beide Seiten vermuten, dass hier ein Placebo verwendet wird, auch wenn niemand das offiziell weiß.

Das kann die Studienergebnisse verfälschen. Schließlich sind die Fachleute diejenigen, die den Patienten Fragen stellen und dann beurteilen, wie stark die Symptome sind - etwa leicht, mittel oder schwer -, woraus dann ein allgemeiner Depressionswert berechnet wird. In Untersuchungen wurde gezeigt, dass rund 90 Prozent der Fachleute nach einiger Zeit wissen, wer das Placebo und wer den Wirkstoff bekommt. Damit ist die Aussagekraft und Gültigkeit der Studien fundamental gefährdet.

Man hat in einigen Studien mittels Fragebögen die Patienten selbst ihre Symptome bewerten lassen. Dann wurden die Effekte kleiner oder verschwanden sogar ganz. Fachleute und Patienten haben also unterschiedliche Meinungen über die Wirkung. Davon abgesehen erfassen solche Depressionsskalen meist nicht, wie es den Patienten im wirklichen Leben geht. Können sie arbeiten? Wie steht es um ihre Beziehungen? Das sind aber Dinge, die für die

Betroffenen unabhängig vom Schweregrad ihrer Symptome von großer Bedeutung sind.

Gefährdete Repräsentativität

▶ Inwiefern sind solche Studien überhaupt repräsentativ?

Michael P. Hengartner: Das ist ein anderer wichtiger Punkt. Neben Menschen, die stark auf ein Placebo reagieren, werden auch Menschen vom Versuch ausgeschlossen, die zusätzliche Probleme haben wie Angst- oder Substanzstörungen, also eine Alkohol- oder Drogensucht. In der Fachsprache nennt man das Komorbidität. Ebenfalls ausgeschlossen werden in der Regel Patienten, die unter psychotischen Symptomen oder Suizidgedanken leiden.

Jeder Kliniker weiß aber, dass Patienten mit der Diagnose Depression oft vielfältige Probleme haben. Die Studien müssten eigentlich nachweisen, welche Effekte die Medikamente in *dieser* typischen Patientengruppe haben, arbeiten aber mit einer ganz anderen, stärker eingegrenzten Gruppe. Daher lassen sich die Ergebnisse von Placebo-kontrollierten Antidepressivastudien nicht verallgemeinern.

▶ Sie schreiben auch, dass Antidepressiva das Suizidrisiko erhöhen und die Gesundheit gefährden können. Würden Sie das bitte näher erläutern?

Michael P. Hengartner: Diese Diskussion ist schon mindestens zwanzig Jahre alt. Eigentlich wurde schon Anfangs der 1990er Jahre

bekannt, dass die damals neuen selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRIs) sowohl bei gesunden Personen als auch bei Menschen mit psychischen Störungen extreme Unruhe auslösen oder Suizidalität verursachen können. Das heißt, sie können unkontrollierbare, aggressive Impulse bekommen, an den Tod denken oder gar konkrete Schritte unternehmen, sich selbst zu verletzen.

Ein Problem war, dass die Wirksamkeits-Studien zu wenige Personen untersuchten, um diese Effekte statistisch signifikant werden zu lassen. Und Sie müssen wissen, dass man in der Forschungswelt die 5%-Signifikanzschwelle verabsolutiert, mehr als es die statistische Theorie rechtfertigt. So haben erst spätere Meta-Analysen mit den Daten tausender Menschen bestätigt, dass Antidepressiva zu einer erhöhten Suizidalität führen können. Der bereits erwähnte David Healy hat hierauf bereits sehr früh hingewiesen und sich damit viele Feinde geschaffen.

Dazu kommt, dass Suizidversuche, wenn sie in der oben beschriebenen Washout-Vorbereitungsphase auftraten, der Placebo-Gruppe angerechnet wurden. Dadurch wurde es unwahrscheinlicher, dass Suizidalität im Zusammenhang mit dem neuen Medikament auffällt. Außerdem ist es schwierig das Problem zu messen, wenn man von fatalen Suizidversuchen absieht. In manchen Studien wurden Gedanken an den Tod oder Selbstverletzungen schlicht als "emotionale Instabilität" oder

"Verschlechterung der Depression" registriert, um das Problem zu kaschieren.

Gesundheitsgefährdung

▶ Und was meinen Sie mit Gefährdung der Gesundheit?

Michael P. Hengartner: Hier geht es eher um die langfristige Einnahme von Psychopharmaka, also über viele Jahre hinweg. Man muss sich vor Augen führen, dass es sich um psychoaktive Substanzen handelt. Wie andere Drogen auch. Das heißt, die Medikamente wirken irgendwie im Gehirn, auch wenn sie meiner Meinung nach nicht speziell die depressiven Symptome lindern.

Nun weiß man zudem, dass Serotonin im ganzen Körper wirkt und beispielsweise die Immunfunktion und den Stoffwechsel beeinflusst. So kann es schließlich zu einer Störung lebenserhaltender Körperprozesse kommen. Und natürlich zu neurobiologischen Störungen aufgrund andauernder Veränderung der Gehirnchemie.

Mir geht es nicht darum, Psychopharmaka zu verteufeln. Man muss aber bewusster damit umgehen, was die Substanzen im ganzen Körper machen, und das in die Abwägung von Nutzen und Risiken einbeziehen. Mehrere Studien zeigen inzwischen sehr deutlich, dass die langjährige Einnahme von Psychopharmaka bestimmte Gesundheitsrisiken erhöht.

▶ Was Sie in Ihrem Artikel zusammenfassen, ist das Ergebnis

jahrelanger Forschung. Es handelt sich um wissenschaftliche Veröffentlichungen, die seit Langem in den Bibliotheken stehen. Warum dringt davon so wenig an die Öffentlichkeit?

Michael P. Hengartner: Man muss sich vor Augen führen, dass sich die Mainstream-Psychiatrie stark auf biomedizinische Konzepte und das Verschreiben von Psychopharmaka eingeschossen hat. Das sind die Krankheitsmodelle, die man am häufigsten untersucht und die Behandlungen, die man am häufigsten anwendet. Diese Botschaft wird auch erfolgreich medial verbreitet und aggressiv vermarktet. Die Hoffnungen in die Biologische Psychiatrie waren und sind sehr groß. Kritische Meinungen und Arbeiten wurden hingegen lange ignoriert.

Das lag auch an den systematischen Verzerrungen, über die wir bereits gesprochen haben. Man weiß heute, dass manche Studien eigentlich nur eine bedeutungslose Differenz zwischen Placebo und Antidepressivum von ein bis zwei Punkten auf einer Depressionsskala von 52 Punkten ergeben haben. In der Publikation wurde am Ende aber eine Differenz von über zehn Punkten berichtet, weil man selektiv nur eine Teilmenge der Patienten ausgewertet hat. Ärzte und Forscher haben diese verzerrten Darstellungen dann gelesen und einen falschen Eindruck bekommen.

Natürlich gibt es auch den großen Wunsch durch das Personal in

den Klinken und Arztpraxen, den Menschen etwas anzubieten, das wirklich hilft. Diesen Glauben an die Wirksamkeit der Medikamente wollen sich viele verschreibende Ärzte nicht nehmen lassen.

Zunehmende Verschreibungen

▶ Warum werden dennoch so viele Antidepressiva verschrieben? Sie behaupten sogar, dass es immer mehr werden.

Michael P. Hengartner: Es gibt wahrscheinlich mehr als nur eine einzige Ursache. Ich denke, dass auch die Hilflosigkeit in den Kliniken eine Rolle spielt. Was hat man nicht schon alles bei schwerkranken Patienten versucht? Man *will* ja auch Hilfe leisten, damit es den Patienten besser geht.

Zudem mangelt es eben auch an Mitteln und alternativen Möglichkeiten. Bei einer akuten, schweren Depression mit psychotischen Symptomen ist beispielsweise eine Psychotherapie schwierig, da die Patienten vielleicht nicht mitmachen oder schnell abbrechen.

Es liegt aber auch daran, dass, wie gesagt, die Wirksamkeit der Medikamente überschätzt wird. Weil diese Meinung so weit verbreitet ist, haben es kritische Arbeiten schwer, durch den wissenschaftlichen Gutachterprozess zu kommen. Die Peer Reviewer, die eigentlich neutral und unabhängig sein sollten, halten diese Sichtweise für falsch und erschweren die Veröffentlichung. Rasch wird man auch als irrationaler Polemiker oder gar Sektierer

abgestempelt.

▶ Wie verhält es sich eigentlich mit den offiziellen Richtlinien für die Behandlungen? Sind diese denn eindeutig?

Michael P. Hengartner: In diesen äußert sich ein weiteres Problem, dass man nämlich an unterschiedlichen Orten verschiedene Meinungen darüber hat, was die beste Behandlung ist. So schreibt etwa die Richtlinie der Amerikanischen Psychiatrievereinigung vor, dass man schon bei milden Depressionen Antidepressiva verschreiben soll. Das entsprechende britische Komitee rät aber strikt davon ab und schreibt vor, in solchen Fällen erst einmal abzuwarten und zu beobachten.

Interessant ist, dass sich beide Gremien, also die amerikanischen und die britischen Psychiater, im Wesentlichen auf dieselben Studien berufen - aber dennoch zu ganz unterschiedlichen Schlussfolgerungen kommen. Was soll ein Arzt also machen? Wenn er zudem an Weiterbildungen teilnimmt, die so gut wie immer von der Pharmaindustrie gesponsert sind, wo dann jemand kommt, der ein Loblied auf die Medikamente singt.

Interessenkonflikte

▶ Inwiefern spielen finanzielle Interessenkonflikte, von denen man immer wieder hört, hier eine Rolle?

Diese sind ein sehr großes Problem. Man weiß heute, dass die Meinungsführer in der Psychiatrie stark von den Geldern der

Pharmaindustrie abhängig sind. Manche von ihnen haben Verbindungen mit sechs bis acht verschiedenen Unternehmen.

In Einzelfällen ist belegt, dass es um mehrere hunderttausend Dollar geht, die jemand innerhalb weniger Jahre mit Vortragshonoraren, als Berater und in anderen Funktionen verdienen konnte. Manche halten sogar Anteile der Unternehmen, deren Produkte sie eigentlich unabhängig und neutral untersuchen sollen. Solche Leute und deren Mitarbeiter produzieren dann Ergebnisse, die die Regulierungsbehörden erfordern, um die Medikamente auf dem Markt zuzulassen.

Dazu kommt, dass die Pharmaindustrie in der Breite viele der Studien finanziert. Auch Kongresse und Weiterbildungen werden finanziell unterstützt und mit medikamentenfreundlichen Inhalten versehen. Wie soll dann eine neutrale, kritische Meinung, wie wir sie von der Wissenschaft erwarten, noch möglich sein?

Eine Anekdote hierfür: Marcia Angell, früher Chefredakteurin des New England Journal of Medicine, eine der führenden medizinischen Fachzeitschriften, suchte einmal einen bekannten Psychiater ohne Interessenkonflikt. Dieser sollte einen Leitartikel zu einem bestimmten Forschungsthema verfassen. Es war aber so gut wie unmöglich, unter den führenden Persönlichkeiten des Faches so jemanden zu finden.

▶ Es gibt aber auch Patienten, die felsenfest davon überzeugt sind,

dass die Medikamente ihnen geholfen haben. Wie erklären Sie sich solche Fälle?

Michael P. Hengartner: Wie gesagt, Antidepressiva sind psychoaktive Substanzen, die haben durchaus psychische und körperliche Effekte. SSRIs beispielsweise wirken bei einigen Menschen aktivierend. Das können manche Patienten, die etwa unter Lethargie leiden, als sehr hilfreich empfinden.

Bei anderen kann diese Aktivierung aber auch zu innerer Unruhe, zu Gedankenrasen und Schlaflosigkeit führen. Ich bezweifle nicht, dass Antidepressiva wirken, sondern dass sie *spezifisch* anti-depressiv wirken. Zudem denke ich, dass diese Effekte längerfristig schädlich sind.

Davon abgesehen ist allein schon die Überzeugung, dass man einen Wirkstoff bekommt, für viele Patienten beruhigend. Was oft nicht berücksichtigt wird, ist dass man zusätzlich zu dem Medikament auch Aufmerksamkeit bekommt, eine Hilfeleistung. Jemand erkundigt sich nach den Symptomen.

Allein das führt oft schon zu einer Besserung. Wahrscheinlich hätten viele Patienten, denen man an Stelle eines Antidepressivums ein Placebo gegeben hätte, ganz ähnliche Erfahrungen gemacht. In der klinischen Praxis wird das aber aus ethischen Gründen nicht durchgeführt.

Alternativen

▶ Und zum Schluss: Ihre Zusammenfassung der Forschung zeichnet ein eher düsteres Bild der Psychiatrie und Psychopharmakologie. Haben Sie eine Idee, wie eine bessere Alternative aussehen könnte?

Michael P. Hengartner: Ich denke vor allem, dass die Pharmaindustrie nicht länger die Wirksamkeit ihrer eigenen Medikamente bestimmen dürfte. Stellen Sie sich vor, eine Fußballmannschaft dürfte selbst den Schiedsrichter stellen! Jedem leuchtet unmittelbar ein, dass das System Sport so nicht funktionieren würde.

Warum ist es in der Wissenschaft dann anders? Es müsste eine vollständig unabhängige Instanz geben, die die Studie von Anfang bis Ende durchführt und publiziert. Das heißt insbesondere, dass das Ausmaß der Abhängigkeit von der Pharmaindustrie, das leider eine katastrophale Dimension erreicht hat, reduziert werden müsste.

Die Interessenkonflikte beginnen schon dort, wo Fachleute sich Gedanken machen, wie man psychische Störungen überhaupt definiert und diagnostiziert. Im Ergebnis werden mitunter aus Trauer oder Stressbelastung aufgrund kritischer Lebensereignisse psychische Störungen gemacht, die dann pharmakologisch behandelt werden. Auch die Behandlungsrichtlinien dürften nicht von Leuten aufgestellt werden, die für Nebentätigkeiten tausende

oder gar hunderttausende Dollar von der Pharmaindustrie bekommen haben.

▶ Das ist immer noch sehr aus der Perspektive von Fachleuten gedacht. Können Sie etwas mit Blick auf die Patientinnen und Patienten empfehlen?

Michael P. Hengartner: Es ist wichtig, Patienten und Ärzte für das Thema zu sensibilisieren. Gerade bei milden Depressionsformen gibt es Alternativen zur Verschreibung von Psychopharmaka. Außerdem werden mehr als die Hälfte der Psychopharmaka an Leute verschrieben, bei denen überhaupt keine depressive Störung diagnostiziert wurde.

Bei solchen Personen oder bei milden Formen der Störung sollte man eher an soziale oder psychologische Interventionen denken. Keinesfalls sollte man die Medikamente als "Glückspillen" missverstehen. Es ist doch frappierend, wenn inzwischen in den USA rund 20 Prozent der Frauen im Alter zwischen 40 und 60 Jahren Antidepressiva verschrieben bekommen!

In vielen Fällen geht es schlicht um Überlastung, Frust oder Stress. Dann sollte man sich auch die Lebensumstände anschauen, die Schlafhygiene, die Ernährung. Man weiß auch, dass körperliche Aktivität und Sport für viele Menschen eine Hilfe sein können. Das sollte bei milderen Formen der Probleme der erste Ansatz sein.

Und selbst bei schweren Depressionsformen hat sich

Psychotherapie als wirksame Alternative zu den Medikamenten erwiesen. Vor allem längerfristig scheint die Psychotherapie der medikamentösen Therapie überlegen zu sein und hilft beispielsweise auch dabei, wieder eine Arbeit zu finden, was Medikamente nicht können. Zudem kann Psychotherapie keine schwerwiegenden körperlichen Störungen verursachen. Das ist ein großer Vorteil.

Hinweis: Dieser Artikel erscheint ebenfalls im Blog "Menschen-Bilder" des Autors.

"Bei rund 90% wirken Antidepressiva nicht besser als Placebo"

Ein Folgeinterview mit dem Psychologen Michael P. Hengartner über die Wirsamkeit von Antidepressiva

In seiner neuen Forschungsarbeit und unserem Interview kam Michael P. Hengartner zu dem Schluss, die immer häufiger verschriebenen Antidepressiva seien größtenteils nutzlos und potenziell schädlich ("Größtenteils nutzlos und potenziell schädlich").



Bei den Wirksamkeitsstudien der Medikamente gebe es systematische Verzerrungen bei der Placebo-Kontrolle. Beispiele sind, dass Patienten mit starker Placebo-Reaktion oftmals ausgeschlossen werden und viele Patienten sowie Forscher aufgrund der gemeldeten Nebenwirkungen erraten könnten, wer Placebo bekam und wer den Wirkstoff. Außerdem seien schwerwiegende Nebenwirkungen unterschlagen oder so umformuliert worden, dass die Antidepressiva in einem besseren Licht dastehen. Ein allgemeines Problem seien die finanziellen Verstrickungen vieler Forscher mit der Pharmaindustrie.

Vor kurzem erschien in der angesehenen medizinischen Fachzeitschrift Lancet eine Studie, die zu einem ganz anderen Schluss kommt: Auf Grundlage der Daten von rund 115.000 Patienten zeige sich, dass alle der 21 untersuchten Antidepressiva besser wirken als Placebo. Sogar die Nachrichtenagentur Reuters berichtete darüber. Anlass, noch einmal bei Michael Hengartner nachzufragen.

▶ Der Psychiatrieprofessor Carmine Pariante vom King's College in London kommentierte, mit der Studie gehöre der Streit über die Wirksamkeit von Antidepressiva endlich zu den Akten gelegt. Kommentatoren im Telepolis-Forum verwiesen nur wenige Minuten nach Erscheinen unseres Interviews auf diese neue Veröffentlichung. Sie halten dennoch an Ihrer Meinung fest.

Warum?

Michael P. Hengartner: Zuerst will ich nochmals festhalten, dass ich nicht behauptet habe, Antidepressiva hätten überhaupt keinen Effekt, bloß dass sie mehrheitlich, also in den meisten Fällen, wirkungslos bzw. nutzlos seien. Das ist ein wichtiger Unterschied.

Es muss weiter betont werden, dass die Lancet-Studie selbst nicht zu einem ganz anderen Schluss kam als ich und sehr zurückhaltend formuliert wurde. Die Studienautoren interpretierten die Befunde dahingehend, dass Antidepressiva sich signifikant, d.h. überzufällig, von Placebo unterscheiden und darum wirksam sind, dass die ermittelte Effektstärke jedoch schwach sei.

Ein Effekt in dieser ermittelten Größenordnung bedeutet, dass sich Medikament und Placebo bei rund 90% aller Patienten in ihrer Wirksamkeit nicht unterscheiden. Diese wichtige Information wird in der Arbeit aber leider nicht erwähnt. Die Autoren räumten jedoch ein, dass die Gefahr für Verzerrungen (im Sinne einer Überschätzung der Wirksamkeit) moderat bis hoch sei und dass keine Rückschlüsse auf die Langzeitwirkung der Medikamente getätigt werden können

Die Studie berichtet außerdem nicht nur Wirksamkeit bezüglich Symptomreduktion, sondern auch die Rate vorzeitiger Behandlungsabbrüche. Viele Forschende erachten dieses Maß als das zuverlässigere Wirksamkeitskriterium, da es objektiv und

weniger anfällig für Verzerrungen ist. Bezüglich vorzeitiger Behandlungsabbrüche waren nur 2 Medikamente statistisch signifikant besser als Placebo (obschon auch hier die Effekte schwach waren); 18 unterschieden sich nicht von Placebo und 1 Medikament war sogar signifikant schlechter als Placebo.

Wenn man die schwache Effektstärke bezüglich kurzfristiger Symptomreduktion und die vorzeitige Abbruchrate zum Maßstab nimmt, und dies vor dem Hintergrund eines beachtlichen Verzerrungsrisikos interpretiert, so wäre es maßlos übertrieben hier von einem überzeugenden Wirksamkeitsnachweis zu sprechen. Hier haben die Medien unkritisch und falsch berichtet.

Leider haben sich insbesondere Kommentatoren mit ablehnenden bis sogar feindseligen Rückmeldungen einzig und allein auf diese Medienberichte gestützt. Die Lancet-Studie selbst haben die meisten wahrscheinlich gar nicht gelesen.

Antidepressiva sind größtenteils wirkungslos

Ich denke, dass die korrekte Schlussfolgerung darum ist, dass Antidepressiva größtenteils, das heißt, bei den meisten Patienten, wirkungslos sind. Dass Medienberichte und einige Fachpersonen eine ganz andere Botschaft übermittelt haben, ist ein anderes Problem. Aber vielleicht sollten Sie dann eher diese Parteien fragen, wie sie zu solch einer unkritischen und undifferenzierten Schlussfolgerung gekommen sind.

Dass diese Meta-Analyse keinesfalls beweist, dass Antidepressiva wirksam sind, haben auch verschiedene renommierte Professoren wie Peter Gotzsche und Joanna Moncrieff hervorgehoben.

Individuelle Unterschiede

▶ In der Online-Diskussion zu unserem Interview ging es bisweilen heiß her. Manche steckten Sie oder uns beide in eine Ecke mit Impfgegnern. Vereinzelt schrieben Patienten, wie Antidepressiva ihr Leben gerettet hätten; andere erklärten, die medikamentöse Behandlung habe ihr Leben beinahe vernichtet.

In Erinnerung blieb mir auch die Reaktion eines psychiatrischen Krankenpflegers, der die Frage aufgrund seiner langjährigen Erfahrung schwer zu beurteilen fand, in letzter Konsequenz den Antidepressiva aber mehr Positives als Negatives beimaß. Wie erklären Sie sich solche großen Unterschiede in der Praxis?

Michael P. Hengartner: Die in den Studien berichteten schwachen Effektstärken sind Mittelwerte. Das bedeutet darum auch, dass einige wenige Patienten einen deutlichen Nutzen wahrnehmen, sowie aber andere auch einen beachtlichen Schaden erfahren. Beide Extreme, das heißt, großer Nutzen sowie großer Schaden, sind aber seltene Fälle.

Die große Mehrheit der Patienten streut nahe um den Mittelwert, im Bereich keiner Wirkung bis schwacher Wirkung. Das sind ganz simple aber grundlegende Gesetze der Statistik.

Dass in der Klinik häufiger ein vermeintlicher Nutzen beobachtet wird als in den wissenschaftlichen Studien, hat damit zu tun, dass in der Praxis der Placeboeffekt nicht vom eigentlichen Wirkstoff des Medikamentes unterschieden werden kann. Wie oben erläutert wurde, sind rund 90% der Wirksamkeit von Antidepressiva auf Placeboeffekte zurückzuführen.

Dies mag den Eindruck erwecken, dass die Medikamente in der Mehrheit aller Fälle wirksam und nützlich sind. Dass die gleiche Wirkung jedoch auch mit einem Traubenzucker bei deutlich weniger Nebenwirkungen erreicht werden könnte, ist man sich viel zu selten bewusst.

Und bezüglich persönlicher Angriffe und der Diskreditierung als Impfgegner: Ich selbst bin natürlich geimpft und habe großes Vertrauen in den Impfschutz. Scheinbar fühlen sich insbesondere einige Ärzte durch meine kritische Evaluation der Antidepressiva persönlich angegriffen, so dass sie dann zum Gegenschlag ausholen.

Zweifel am Nutzen einer medikamentösen Therapie verletzt diese Leute womöglich in ihrer Berufsidentität. Jedenfalls versuche ich, mir darüber nicht zu viele Gedanken zu machen, denn dadurch kommen die Forschung und der Erkenntnisgewinn nicht weiter.

Statistisch signifikant, nicht klinisch relevant

▶ In die Diskussion schaltete sich auch PD Dr. Martin Plöderl ein,

Suizidpräventionsforscher an der Medizinischen Paracelsus-Universität in Salzburg. Er machte den Hinweis, der Effekt der neuen Lancet-Studie sei zwar statistisch signifikant, nicht aber klinisch relevant. Tatsächlich wurde in der medialen Berichterstattung vor allem die Botschaft verbreitet, Antidepressiva würden wirken - wie stark diese Wirkung ist, wurde jedoch kaum kommuniziert. Was ist Ihre Sicht auf diesen Punkt?

Michael P. Hengartner: Ja, das ist genau das grundlegende Problem. Es wird - wohl bewusst - selten über die Effektstärke berichtet. Ich habe oben bereits erläutert, dass bei einer Effektstärke dieser Größenordnung rund 90% der Wirksamkeit auf Placeboeffekte zurückzuführen ist. Dies heißt aber nicht, dass die restlichen 10% zwingend auf die medikamentöse Wirkung zurückzuführen sind.

Wie in meiner Übersichtsarbeit und im Interview erwähnt, gibt es zahlreiche methodische Verzerrungen, welche diesen restlichen Effekt erklären können. Prof. Peter Gotzsche, Direktor des Nordic Cochrane Center und einer der arriviertesten Forscher in der Medizin, hatte beispielsweise berechnet, dass die Wirksamkeit von Antidepressiva vollends verschwindet, wenn die Verzerrung durch den Beobachtereffekt statistisch mitberechnet wird. Der Beobachtereffekt beruht auf dem Umstand, dass die Begutachter in den Studien aufgrund spezifischer Nebenwirkungen meistens erahnen können, welcher Patient den Wirkstoff bekommt und wer

das Placebo.

Medikamente, die wirken, weil sie neu sind?

Diese Verzerrung zeigte sich übrigens auch in der Lancet-Studie: So wurden Medikamente, wenn sie neu auf den Markt kamen und die Hoffnung auf Wirksamkeit hoch war, deutlich wirksamer eingeschätzt, als wenn sie nicht mehr ganz neu waren. Da ein Medikament ja nicht an Wirksamkeit verliert, nur weil es bereits ein paar Jahre auf dem Markt ist, ist dies ein klares Indiz dafür, dass die Erwartungshaltung der Begutachter die Ergebnisse verfälscht hat.

Aber auch diese wichtige Information wurde in den Medienberichten mit einigen wenigen Ausnahmen unterlassen - Spiegel Online veröffentlichte im Gegensatz zu anderen Medien einen durchweg kritischen Bericht und hatte auf diesen Umstand hingewiesen. Dass aber führende Psychiatrieprofessoren wie Carmine Pariante in ihren Stellungnahmen solch wichtige Aspekte mit keinem Wort erwähnen, finde ich sehr bedenklich und stellt deren wohlwollende Interpretation der Studie in Frage.

Um die zweifelhafte Wirksamkeit der Medikamente nochmals mit anderen Zahlen zu verdeutlichen: Der mittlere Unterschied zwischen Antidepressiva und Placebo in der Lancet-Studie und früheren Analysen entspricht rund 2 Punkten auf der meistverwendeten Depressions-Beurteilungsskala, welche von 0 bis 54 Punkte reicht. Oftmals wird auf dieser Skala eine Differenz von

mindestens 3 Punkten für einen klinisch minimalst bedeutsamen Effekt vorausgesetzt. Dieser Wert wurde jedoch eher willkürlich festgelegt.

Wissenschaftliche Befunde suggerieren, dass eine Fachperson erst ab 7 Punkten eine minimale Verbesserung in der depressiven Symptomatik eines Patienten wahrnehmen kann. Selbst wenn man annimmt, dass der ermittelte Effekt von 2 Punkten nicht durch Verzerrungen aufgebläht wurde, was sehr unwahrscheinlich ist, so ist die angebliche Wirksamkeit von Antidepressiva dennoch dermaßen klein, dass selbst der geübteste Kliniker diesen Effekt bei seinen Patienten unmöglich feststellen könnte.

Und die Psychotherapie?

▶ Ihnen wurde auch eine zu unkritische Sicht auf die Psychotherapie vorgeworfen. Am Anfang unseres Gesprächs hatten Sie erwähnt, sich auch mit der Psychotherapieforschung beschäftigt zu haben. Darauf sind wir aber nicht mehr zurückgekommen. Vielleicht können Sie hier nun ergänzen, zu welchen Ergebnissen sie diesbezüglich gekommen sind. Verdienen Sie eigentlich selbst Geld als Psychotherapeut?

Michael P. Hengartner: Ich habe soeben eine kritische Arbeit zur Wirksamkeit von Psychotherapie publiziert. Auch hier haben systematische Verzerrungen in der Methodik zu einer deutlichen Überschätzung der kurzfristigen Wirksamkeit geführt.

Jedoch wissen wir inzwischen auch, dass sich der primäre Nutzen der Psychotherapie im Vergleich zur medikamentösen Behandlung nicht in der kurzfristigen Symptomreduktion äußert, sondern hauptsächlich in einer dauerhaften und nachhaltigen Beschwerdefreiheit. Dies wurde in mehreren Meta-Analysen repliziert.

Zudem verbessert Psychotherapie auch das soziale Funktionsniveau der Patienten, was Medikamente nicht können. Und ich verdiene kein Geld als Psychotherapeut. Ich bin momentan einzig und allein in Forschung und Lehre tätig.

Steigende Diagnosezahlen

▶ Zum Schluss noch eine Frage aus aktuellem Anlass: Die Barmer Ersatzkasse veröffentliche gerade am 22. Februar ihren Arztreport 2018. Darin heißt es, die Anzahl der Diagnosen für depressive Störungen bei jungen Erwachsenen sei von 4,3% im Jahr 2005 auf 7,6% im Jahr 2016 gestiegen, also um beachtliche 75%.

Auch die Anzahl derer, die Antidepressiva verordnet bekamen, sei von 2,1% auf 3,3% gestiegen. Sogar noch stärker, nämlich um 89%, habe die Diagnose für Reaktionen auf schwere Belastungen zugenommen: Diese erhielten inzwischen 6,6% der jungen Erwachsenen.

Nun behaupten aber die führenden Forscher zur Häufigkeit psychischer Störungen seit vielen Jahren, es gebe keinen Anstieg.

Sie beschäftigen sich in Ihrer Forschung selbst mit der Epidemiologie, also mit der Häufigkeit psychischer Störungen. Was ist Ihre Sichtweise auf dieses Thema?

Michael P. Hengartner: Diese Zahlen in der genannten Arbeit beruhen auf diagnostizierten Fällen, das heißt, auf der Diagnosestellung durch zuständige Fachpersonen (z.B. Hausärzte oder Fachärzte in Kliniken). Nun hat die Sensibilisierung für die Diagnose Depression tatsächlich dazu geführt, dass sie von Fachpersonen stärker berücksichtigt wird und darum auch häufiger diagnostiziert wird, wohingegen die Störung vor vielleicht 20-30 Jahren, selbst wenn vorhanden, oftmals nicht erkannt wurde und darum auch nicht diagnostiziert wurde. Darum der Anstieg der Diagnose in den letzten Jahren.

Hierbei geht es aber nur um die Bestimmung der Störung, das heißt, um die Diagnosestellung. Die Verbreitung der Störung in der Allgemeinbevölkerung hat deswegen nicht zugenommen. Fast alle epidemiologischen Studien kommen zum Schluss, dass die Auftretenswahrscheinlichkeit von Depressionen in der Bevölkerung seit vielen Jahren nahezu unverändert hoch ist. Zu diesem Ergebnis kam auch eine neuere Studie.

In dieser Arbeit wird auch aufgezeigt, dass die massive Zunahme der Antidepressivaverschreibungen nicht zu einer Reduktion der Depressionshäufigkeit geführt hat. Das finde ich sehr interessant,

denn sollten die Medikamente tatsächlich wirksam sein, dann hätte die vielfache Zunahme in den Verschreibungsraten seit den 1990er Jahren ja zu einem deutlichen Rückgang der Störung führen sollen.

Antidepressiva, sofern wirksam, sollten ja nicht nur die Symptome abmildern oder gänzlich beseitigen. Sie sollten angeblich auch Wiedererkrankungen vermeiden. Folglich sollte die Rechnung lauten: Je mehr Antidepressiva, desto weniger depressive Episoden. Leider ist es aber nicht so.

Das ist natürlich auch den Autoren aus der obengenannten Studie aufgefallen. Nur interpretieren sie diesen Widerspruch dahingehend, dass die Medikamente nicht an die richtigen Personen in der richtigen Dosierung verschrieben werden. Dies mag zu einem gewissen Grad sicherlich zustimmen, doch meines Erachtens ist die plausiblere Erklärung, dass die Medikamente größtenteils einfach wirkungslos sind. Nur so kann ich mir erklären, dass die Häufigkeit von Depressionen nicht rückläufig ist.

Wer differenzierte und wissenschaftlich fundierte Informationen über Antidepressiva sucht, insbesondere auch über die oftmals verschwiegenen schädlichen Langzeitfolgen oder über schwere Enzugssymptome beim Absetzen, sei auf die Internetseite des "Council for Evidence-Based Psychiatry" verwiesen. Diese Seite wird von führenden Experten auf dem Gebiet unterhalten und laufend aktualisiert.

Hinweis: Dieser Artikel erscheint ebenfalls im Blog "Menschen-Bilder" des Autors.

"Es gibt keine Schizophrenie"

Der bekannte Psychiater und Professor für Psychiatrische Epidemiologie über Sinngebung und neue Ideen für die psychische Gesundheitsfürsorge

Jim van Os ist seit Juni 2017 Professor für Psychiatrische Epidemiologie an den Universitätskliniken Utrecht. Dort ist er außerdem Vorsitzender der Abteilungsleitung für unter anderem Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie, wo rund 1200 Angestellte arbeiten. Vorher war er Professor und Leiter der Abteilung für Psychiatrie und Psychologie an den Universitätskliniken Maastricht. Van Os ist außerdem Mitglied der Königlichen Niederländischen Akademie der Wissenschaften und Fellow am King's College in London. Thomson Reuters bezeichnet ihn seit 2014 als einen der einflussreichsten wissenschaftlichen Denker der Welt.



Jim van Os. Bild: UMC Utrecht

Seine Ausbildung zum Psychiater absolvierte Van Os in England, Frankreich, Indonesien und Marokko. Er veröffentlichte seine erneuernden Ideen über Schizophrenie und die psychische Gesundheitsfürsorge in führenden wissenschaftlichen Zeitschriften wie Lancet und Nature. Seine Forschung wurde in den letzten Jahren durch die Niederländische Forschungsorganisation mit €5 Millionen unterstützt, durch den Europäischen Forschungsrat mit €12 Millionen. Jim van Os gehört zu den Gründern des Netzwerks https://www.psychosenet.nl/ für Patientinnen und Patienten, das in Bälde auch auf Deutsch angeboten wird.

Keine chronische Hirnerkrankung

▶ Professor Van Os, Sie sagen, dass es Schizophrenie nicht gibt, und wollen die Diagnose abschaffen. Würden Sie aber bitte unseren Leserinnen und Lesern erst das vorherrschende Verständnis der Störung erklären, bevor wir über Ihr Alternativmodell sprechen?

Jim van Os: Viele betrachten Schizophrenie als chronische Hirnerkrankung, vor allem in der wissenschaftlichen Psychiatrie. Kernsymptome sind Halluzinationen und Wahnvorstellungen, Desorganisation im Denken und Verhalten sowie ein Motivationsverlust, der sich zum Beispiel darin ausdrückt, dass jemand nicht mehr gut für sich sorgt. Dieses Bild der Störung geht oft mit einer negativen Prognose einher, das heißt, dass sich der Zustand der Patientin oder des Patienten nicht mehr verbessert.

▶ Das bekannte Bild von Schizophrenie als einem "gespaltenen Geist" stimmt also nicht?

Jim van Os: Dieses Bild entstand im 19. Jahrhundert. Denken Sie etwa an die Geschichte von Dr. Jekyll und Mr. Hyde: Dr. Jekyll weiß nicht, dass es in ihm unbewusst noch den bösen Dr. Hyde gibt. Mit dieser Metapher hat man damals den Begriff "Schizophrenie" verbunden. Die Bedeutung hat sich in der Wissenschaft längst verändert, in der Allgemeinsprache allerdings nicht.

Jeder hat Risikogene

▶ Anstatt von Schizophrenie sprechen Sie lieber von "Psychoseanfälligkeit". Inwieweit ist das anders?

Jim van Os: Wissenschaftlich gesehen ist jeder mehr oder weniger psychoseanfällig. Genetische und epidemiologische Forschung hat hunderte, ja tausende Risikogene identifiziert. Sie und ich haben auch viele solcher Gene. Je mehr jemand davon hat, desto größer das Risiko für die Störung. Ausschlaggebend sind aber oft traumatische Erfahrungen oder Rückschläge im Leben. Doch auch so etwas wie die Immigration in ein anderes Land kann eine Rolle spielen.

Bei Psychosen geht es darum, wie jemand seiner Umgebung Bedeutung verleiht, wie Ereignisse interpretiert werden. Wenn Sie beispielsweise alles vom Standpunkt der Angst aus interpretieren, dann ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass Sie irgendwann paranoid werden. Manche drehen einfach durch. Die entscheidende Frage ist dann: Hat jemand ein Hilfsbedürfnis? Findet er oder sie nicht mehr aus den psychischen Problemen heraus? Kann die Person noch arbeiten und Beziehungen zu anderen aufrechterhalten?

▶ Wir haben also alle so eine Anfälligkeit - aber nicht jeder bekommt tatsächlich Probleme?

Jim van Os: Genau. Wir wissen beispielsweise, dass rund 15% der Jugendlichen und jungen Erwachsenen irgendwann einmal Stimmen hören oder paranoid sind. Doch bei 80% von ihnen verschwinden diese Symptome wieder von selbst. Das war wahrscheinlich schon immer so, weil die Gefühle in dieser

Lebensphase sehr stark und chaotisch sein können.

Wir gehen davon aus, dass bei ca. 3,5% der Menschen die Probleme mindestens einmal im Leben so stark werden, dass ein Hilfsbedürfnis entsteht.

▶ Was ist jetzt in der Praxis der Unterschied - sowohl für die Behandlung als für das Leben von Patienten -, ob jemand eine Schizophrenie diagnostiziert bekommt oder wir von einer Psychoseanfälligkeit mit Hilfsbedürfnis sprechen?

Jim van Os: Wir berücksichtigten vierzig Jahre Erfahrungsliteratur von Patientinnen und Patienten. Darin können wir sehen, was ihnen am meisten geholfen hat. Diese Literatur zeigt uns, dass es um einen persönlichen Genesungsprozess geht: Jemand muss neue Ziele finden, sich selbst neu erfinden, eine neue Geschichte von sich selbst schreiben. Die eigene Kraft ist dafür von zentraler Bedeutung, wie kann er oder sie das Leben trotz der vielleicht bleibenden Anfälligkeit und Einschränkungen als sinnvoll erfahren? Das nennen wir "Sinngebung".

Sinngebung statt vernichtende Diagnose

▶ Was heißt das konkret?

Jim van Os: Patientinnen und Patienten geben an, dass hierfür Verbundenheit, Hoffnung, Optimismus, die Identität als Person - und nicht als Diagnosekategorie -, Kontrolle über das eigene Leben, Empowerment und Sinnhaftigkeit die notwendigen Zutaten sind.

Komischerweise wird so etwas zurzeit vor allem denjenigen angeboten, die sterbenskrank sind, nämlich durch die Seelsorge in Krankenhäusern. Wir wollen dies auch in der Psychiatrie möglich machen.

Dieser Ansatz ist etwas völlig anderes, als bei jemandem eine chronische Hirnerkrankung zu diagnostizieren und dabei die Botschaft zu vermitteln, dass es nie wieder besser wird. Manchmal bekommt jemand schon so ein Etikett aufgedrückt, bloß weil er oder sie Stimmen hört. Schizophrenie ist aber eine vernichtende Diagnose, die zu einem "ausgebrannten Schizophrenen" führen kann, einem Patienten, der keine Hoffnung mehr hat und sich selbst aufgibt.

Optimismus ist gerechtfertigt

▶ Ihr Ansatz wurde von Kolleginnen und Kollegen kritisiert, weil Sie vor allem leichte Formen der Störung ins Blickfeld nehmen würden, dabei jedoch schwere Fälle mit starken kognitiven, sozialen und emotionalen Einschränkungen übersähen.

Jim van Os: Ja, man wirft uns "Krankheitsverleugnung" vor. Schizophrenie, so wie die Anderen das nennen, ist aber nur das äußerste Ende eines ganzen Kontinuums der Psychoseanfälligkeit. Wir bestreiten natürlich nicht, dass es solche schweren Fälle gibt. Es gibt aber keine wissenschaftliche Grundlage dafür, darum von einer eigenen Entität "Schizophrenie" zu sprechen.

Die Anderen sagen: Ihr dürft den Patienten keine falsche Hoffnung machen! Aber wir erwidern: Ihr dürft die Patienten nicht mit so einer schlimmen Diagnose kaputtmachen! Ihr Standpunkt widerspricht allen Evidenzen. Hoffnung und Optimismus sind gerechtfertigt. Der Ausweg aus einer Psychose kann sehr unterschiedlich verlaufen, aber selbst mit einer sehr schweren Form kann man lernen zu leben.

Ich habe schon auf Kongressen Psychiaterinnen und Psychiater befragt, ob wir die Diagnose abschaffen müssen. Interessanterweise ist das Ergebnis in Europa, auch in den Niederlanden und in Deutschland, 50:50. In den USA halten demgegenüber 95% daran fest.

Gehirn gut fürs Prestige

▶ Aber warum ist für viele in der Psychiatrie die Diagnose so wichtig?

Jim van Os: Das Problem ist, dass die Sinngebung vor langer Zeit aus der Psychiatrie verdrängt wurde. In Deutschland geschah das schon um 1900: Wer sagte, dass er die Gehirne psychiatrischer Patienten untersuchten wollte, bekam Aufmerksamkeit, Prestige und viel Geld. Psychiaterinnen und Psychiater wollen ernst genommen werden, auch durch die anderen medizinischen Wissenschaften.

Wenn das Gehirn erkrankt ist, dann klingt das enorm wichtig. Es

gibt aber einen grundlegenden Unterschied zwischen der Psychiatrie und der Neurologie. Bei einer neurologischen Störung, etwa der Lähmung eines Körperteils, lassen sich die Symptome kausal aus dem Nervensystem herleiten. In der Psychiatrie funktioniert das hingegen nicht.

Natürlich ist das Gehirn für unser Denken, Fühlen und Handeln notwendig. Aber so eine kausale Herleitung für so etwas als Angst, Traurigkeit oder eine Wahnvorstellung, so wie das bei der Lähmung in der Neurologie funktioniert, geht einfach nicht.

Hilfe für Betroffene

▶ Wir haben bisher vor allem über die Wissenschaftswelt gesprochen. Eben praktisch: Wenn jemand solche Probleme bekommt, was sollte er oder sie dann tun?

Jim van Os: Erstens Informationen darüber bekommen, was mit ihm/ihr und in der Familie passiert. Lassen Sie sich nicht vorschnell durch eine Psychiaterin oder einen Psychiater ein Etikett aufdrücken, sondern suchen Sie Kontakt mit jemandem, der solche Probleme bereits durchgemacht und überstanden hat. Dafür gibt es auch online Netzwerke.

Suchen Sie sich zweitens Hilfe eines Netzwerks für psychische Gesundheitssorge in Ihrer Umgebung, bei dem die persönliche Genesung und die psychische Widerstandskraft im Zentrum stehen.

Beziehen Sie drittens Ihre Eltern, Familie und Freunde mit ein. Sie

brauchen sich nicht zu schämen oder zu verstecken. Früher versuchte man, alles geheim zu halten, doch das ist schlecht für die Betroffenen.

Viertens, schalten Sie bei Bedarf die medizinische Welt ein. Organisieren Sie das aber so viel wie möglich selbst, einschließlich sozialer Hilfsdienste für Wohnen und Ausbildung.

Fünftens können Sie auch Moleküle ausprobieren. Es ist jedoch irreführend, solche Medikamente "Antipsychotika" (wörtlich: Mittel gegen Psychosen, Anm. d. A.) zu nennen. Die Wirkungen können nämlich bei jedem anders sein, bei machen können die Mittel sogar zu einer Verschlechterung führen. Vielleicht müssen Sie verschiedene davon ausprobieren, aber vielleicht brauchen Sie auch überhaupt keines. Eine Psychotherapie kann ebenfalls helfen.

Das Wichtigste ist aber die persönliche Widerstandsfähigkeit: Lernen Sie Ihr Problem kennen, verdrängen Sie es nicht, umarmen Sie es, akzeptieren Sie es, fragen Sie sich, was Sie damit anfangen. Wenn das Problem etwa aus einem Trauma entstanden ist, so wie bei rund einem Drittel aller Patientinnen und Patienten, dann können Sie daran mit einer Psychotherapie arbeiten. Passen Sie auf, dass Sie in keine Depression verfallen, dass Sie Ihr persönliches und soziales Netzwerk nicht verlieren.

Möglichkeiten der Vorsorge

▶ Sie sagten bereits, dass traumatische Erfahrungen, Rückschläge

im Leben oder auch eine Immigration das Risiko für psychotische Erfahrungen erhöhen. Gibt es dann keine Möglichkeiten zur Prävention?

Jim van Os: Das ist ein wichtiger Punkt. Die psychische Gesundheitsfürsorge kann in den meisten Ländern rund vier bis fünf Prozent der Bevölkerung behandeln. In der Bevölkerung leidet aber jährlich rund ein Viertel an einer psychischen Störung. Das Problem ist zurzeit vor allem, dass die Dienstleister im medizinischen Bereich Gewinne erzielen wollen und alles messbar sein muss.

Das heißt in der Praxis, dass diese Dienstleister sich die Personen mit einer leichten Störung herauspicken, weil deren Symptome gut behandelt werden können. Deren Besserung lässt sich auch gut messen. Bei solchen Patientinnen und Patienten haben wir daher eine Überbehandlung. Gerade bei denjenigen, die aber am dringendsten Hilfe nötig haben, kommt es zu einer Unterbehandlung. Diese sind als "Kunden" für die Dienstleister nämlich am wenigsten attraktiv.

Wir fordern und entwickeln daher eine öffentliche psychische Gesundheitsfürsorge für die leichten Probleme, mit Informationen und Hilfe online: eHealth, mHealth, sogar ein paar Termine bei einem Experten oder einer Expertin, die gratis angeboten werden. Wir wollen die Menschen besser über psychische Gesundheit

aufklären, also nicht nur ein Krankheits-, sondern auch ein Gesundheitsmodell. So ist die Prävention in einem frühen Stadium möglich und bleibt mehr Kapazität für Menschen mit schweren Problemen übrig.

▶ Das klingt überzeugend, doch nach meiner Vermutung wird sich die Wissenschaft nicht so schnell verändern und die neurobiologische Psychiatrie das vorherrschende Paradigma bleiben. Wie sehen Sie das?

Jim van Os: Die angesehenen wissenschaftlichen Zeitschriften belohnen biologische Forschung. Diese Zeitschriften haben Einfluss und Einfluss bringt Geld. Einfluss kriegt man vor allem durch harte Biologie.

Auch die Industrie will biologische Behandlungen, mit denen sie viel Geld verdienen kann. Inzwischen erscheint das in der Psychiatrie aber nicht mehr möglich. Deshalb zieht sich die Industrie daraus zurück und investiert lieber in andere Gebiete, so wie die Onkologie. Das ist ein großes Problem für die biologische Psychiatrie

Patienten wollen wegen schlechter Behandlung sterben

▶ Noch einmal zurück in die klinische Welt: Inwiefern ist Ihrer Meinung nach das Wohlsein der Patienten zentral oder geht es vor allem um Effizienz und das Marktprinzip? Vor Kurzem warnten Sie sogar davor, dass durch eine Verwahrlosung von Patienten die

Nachfrage nach Euthanasie (die in den Niederlanden unter bestimmten Umständen legal ist, Anm. d. A.) in der Psychiatrie zunimmt. Patientinnen und Patienten würden es nicht länger aushalten und daher sterben wollen. Was ist da los?

Jim van Os: Es gibt keinen Mangel an Geld, doch die vorhandenen Mittel werden vor allem in kurze Therapien investiert. Mehr passt nicht in das bestehende Marktdenken und zur Idee, dass alles messbar sein muss. Komplexe Modelle fallen damit außer Betracht. Was wir sehr ernst nehmen müssen ist die Anzahl der Selbstmorde, die gerade in den Niederlanden vor allem bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen zunimmt.

Ein großer Teil der Wissenschaft und der klinischen Welt geht an den Bedürfnissen der Patientinnen, Patienten und ihrer Familien vorbei. Wir brauchen eine neue psychische Gesundheitsfürsorge, doch wir haben damit schon angefangen. Zurzeit haben wir eine Reihe von Pilotstudien in einigen Stadtteilen mit 20.000 Menschen. Das ist die Größenordnung, die wir brauchen, um unsere Ideen in die Praxis umzusetzen.

Ein paradoxes Bild sehen wir auch in den Vereinigten Staaten: Die Erfahrungsliteratur, die ich eingangs erwähnte, kommt vor allem von dort; gleichzeitig ist aber deren akademische Psychiatrie außerordentlich biologisch. Tatsächlich existieren dort zwei Systeme nebeneinander: Die klinische Psychiatrie des

Gesundheitssystems, die im Wesentlichen den wohlhabenderen Menschen offen steht. Daneben existiert ein System mit freiwilligen Helferinnen und Helfern sowie Spenden reicher Personen, das an der Psychiatrie vorbei Menschen mit Problemen hilft, so wie ich es hier dargestellt habe.

Wie viele Störungen brauchen wir?

▶ Zum Schluss: Ihr Modell geht gegen den Mainstream. Vor Kurzem interviewte ich hier Peter de Jonge, der behauptet, dass drei Störungen - internalisierende, externalisierende und psychotische Störungen - ausreichen würden, um so gut wie alle Patientinnen und Patienten gut zu behandeln ("Es gibt keine Depressionen"). Dies statt der mehreren hundert Störungen, die die offiziellen Diagnosehandbücher unterscheiden. Wie realistisch finden Sie diese Perspektive?

Jim van Os: Ich selbst unterscheide zehn Hauptgruppen, die mit den zehn Hauptgruppen der Diagnosehandbücher übereinstimmen. Ich nenne sie jedoch "Syndrome". Das ist das medizinische Wort für: "Ich weiß es nicht genau."

Ich spreche dann beispielsweise von einem "psychotischen Syndrom". Wichtig ist dabei aber, das mit einer persönlichen Diagnose zu ergänzen, wie der Zustand von jemandem genau ist, und ihn oder sie nicht in eine Schublade zu stecken. Welche Anfälligkeit hat er oder sie - aber auch welche Widerstandskraft und

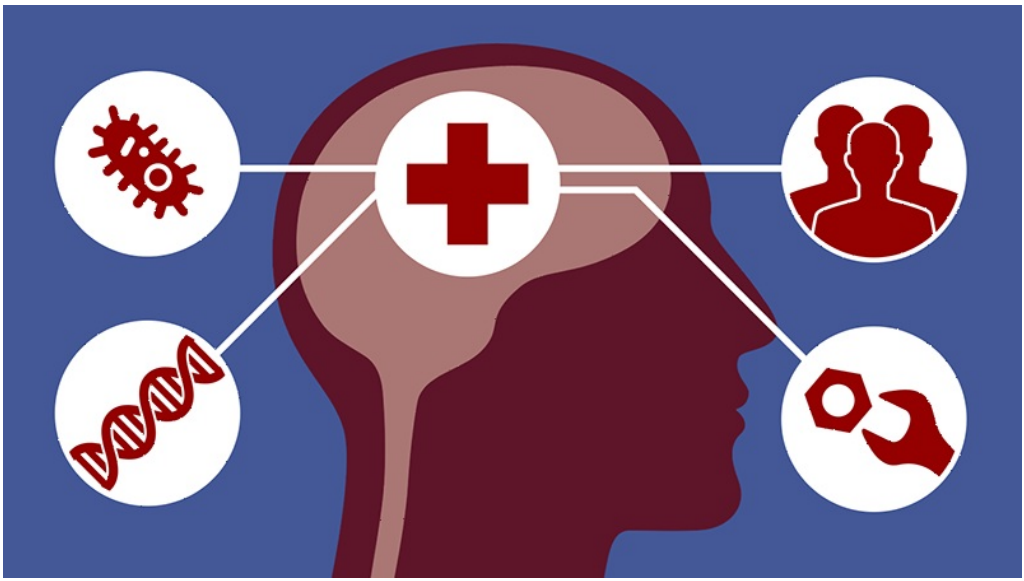
welche Möglichkeiten?

Hinweis: Das Gespräch wurde vom Autor aus dem Niederländischen übersetzt. Dieser Artikel erscheint ebenfalls im Blog "Menschen-Bilder" des Autors.

"Es geht nicht ganz ohne soziale Normen"

Der Psychiatrieprofessor Ludger Tebartz van Elst über die Theorie und Praxis seines Fachs

Ludger Tebartz van Elst ist Professor für Psychiatrie und stellvertretender ärztlicher Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Freiburg. Schwerpunkte seiner Forschung sind die Neurobiologie und Therapie von Autismus, ADHS und schizophrener Störungen.



Hiermit beschäftigte er sich in den letzten Jahren in seinen zwar

anspruchsvollen, aber auch für Patienten und Angehörige geschriebenen Büchern "Autismus und ADHS. Zwischen Normvariante, Persönlichkeitsstärung und neuropsychiatrischer Krankheit" (Kohlhammer, 2016) und "Vom Anfang und Ende der Schizophrenie. Eine neuropsychiatrische Perspektive auf das Schizophrenie-Konzept" (Kohlhammer, 2017). Über die Freiheitsproblematik schrieb er die beiden Bücher "Freiheit: Psychobiologische Errungenschaft und neurokognitiver Auftrag" (Kohlhammer, 2015) und das in Kürze erscheinende "Jenseits der Freiheit: Vom transzendenten Trieb".

▶ Professor Tebartz van Elst, wie lange arbeiten und forschen Sie nun eigentlich schon als Psychiater?

Ludger Tebartz van Elst: Seit 1998, also seit über 20 Jahren.

▶ Und wie würden Sie Laien - oder Sie haben doch auch Kinder: Wie würden Sie denen erklären, was ein Psychiater macht?

Ludger Tebartz van Elst: Ich sage immer: Die Psychiatrie ist die Königin der Medizin. Damit meine ich die Medizin der höchsten Leistungen, die der menschliche Körper hervorbringen kann, nämlich das Denken, das Fühlen, Sprechen, Bewegen, Wollen, das Planen. Psychiater sind Ärzte, die Krankheiten in diesem Bereich diagnostizieren und behandeln.

▶ Sie sagen "Krankheiten". Das ist in Ihrem Fach aber doch ein umstrittener Begriff. Betrachten wir es einmal theoretisch: Haben

Sie eine einfache Antwort auf die Frage, was psychische Störungen überhaupt sind?

Ludger Tebartz van Elst: Kurz gesagt sind es Syndrome, also Muster von Auffälligkeiten. Der Störungsbegriff ist eigentlich der schwierigste von allen. Das muss man historisch betrachten. Der Störungsbegriff in der Psychiatrie funktioniert wie ein Krankheitsbegriff und man muss erst einmal verstehen, warum man sie "Störung" nennt und nicht "Krankheit". In der Allgemeinbevölkerung wird er meiner Wahrnehmung nach regelmäßig als Krankheitsbegriff missverstanden. Wenn jemand eine depressive oder schizophrene Störung hat, dann wird das oft verkürzt zu: Der hat Depressionen oder Schizophrenie.

Wenn wir jetzt ganz theoretisch werden, dann müssen wir einräumen, dass bisher alle Versuche gescheitert sind, den Krankheitsbegriff herzuleiten. In der Praxis geht man davon aus, dass eine Krankheit eine Gruppe von auffälligen Symptomen oder Funktionsstörungen ist, zu denen man die *Erstursache* kennt. Dies nennt man auch den ursächlichen Krankheitsbegriff.

Beispiele hierfür wären Pneumokokken und die Lungenentzündung; oder Neurosyphilis. Als man vor 100 Jahren in der Psychiatrie die Schizophrenie definiert hat, war die Neurosyphilis das Modell, dass also der Erreger der Syphilis im späten Stadium psychiatrische Probleme verursacht.

▶ Müssen Erstursachen immer biologisch sein oder könnte auch ein Ereignis wie eine Scheidung als Erstursache gelten?

Ludger Tebartz van Elst: Das gibt es sogar in der Psychiatrie. Eine der neuesten Störungen in den Handbüchern ist genauso definiert, nämlich die posttraumatische Belastungsstörung (PTSS). In der Form des Traumas wird hier die Erstursache angegeben. Das wird inzwischen aber mehr und mehr aufgeweicht. Früher sagte man, das muss ein katastrophales Trauma sein, da wurde die Messlatte sehr hoch gehängt. Mittlerweile wird das aber mehr und mehr relativiert und das "erlebte" Trauma in den Vordergrund gestellt.

Ist nun eine Scheidung ein Trauma, das eine PTSS verursachen kann? Nach den alten Kriterien würde man das verneinen, das ist viel zu alltäglich. Heute würde man aber eher sagen, dass das sehr stark vom Erleben des Betroffenen abhängt, wie stark etwa der Streit bei der Scheidung war.

▶ Aber wenn ich Sie richtig verstehe, dann würden Sie psychosoziale Vorgänge wie eine Scheidung prinzipiell als Erstursache für eine psychische Störung anerkennen?

Ludger Tebartz van Elst: Ja. Und wie immer in der Psychiatrie gilt hier das Vulnerabilitäts-Stress-Modell, also die Anfälligkeit einer Person in Form der Genetik, der Lerngeschichte, der Biographie, einer schweren Kindheit oder anderer stresshafter Ereignisse im Leben. Das prägt die Anfälligkeit - oder die Widerstandfähigkeit, wie

man heute eher betont - eines Menschen. Meiner Meinung nach bestreitet niemand ernsthaft, dass dies für die psychische Gesundheit von großer Bedeutung ist.

▶ In Ihrem neuesten Buch ("Vom Anfang und Ende der Schizophrenie. Eine neuropsychiatrische Perspektive auf das Schizophrenie-Konzept", Anm. S. Schleim) haben Sie sich intensiv mit dem Störungsbegriff auseinandergesetzt. Ohne jetzt zu sehr ins Detail zu gehen, läuft es im Endeffekt aber doch immer darauf hinaus, dass psychische Störungen normativ sind, dass sie sich also auch mit unserem Denken und unseren gesellschaftlichen Strömungen verändern. Stimmen Sie dem zu?

Ludger Tebartz van Elst: Ja.

▶ Verwundert es aber dann nicht, dass Sie diese Störungen neurobiologisch diagnostizieren und behandeln wollen? Treffen da nicht unterschiedliche Welten aufeinander?

Ludger Tebartz van Elst: Das ist ein großes Problem, vor allem bei den Persönlichkeitsstörungen. Man muss hier erst einmal den Unterschied zwischen Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörung begreifen. Was sind noch normale Ausprägungen - und wo fängt die Störung an?

Sowohl das diagnostische Handbuch der Weltgesundheitsorganisation, das ICD, als auch das der amerikanischen psychiatrischen Vereinigung, das DSM, haben sich

hier darauf geeinigt, dass die Persönlichkeit von den gesellschaftlichen Erwartungen abweichen muss, um von einer Störung zu sprechen. Da haben wir es mit einem sozialen Normbegriff zu tun. Und das kritisiere ich auch in meinem Buch.

Weniger problematisch in diesem Sinne ist aber beispielsweise das Stimmenhören bei den Psychosen oder die Antriebslosigkeit und der Interessenverlust bei den Depressionen. Normalerweise hören die allermeisten Menschen keine Stimmen und können sie sich auch zu den Tätigkeiten motivieren, die sie interessieren.

Bei den Persönlichkeitsstörungen geht es aber um solche Fragen, wie: Wie viel Impulsivität ist normal? Wie viel emotionale Instabilität? Welches Sexualverhalten? Was nenne ich da normal, was nicht? Das sind natürlich brandheiße gesellschaftliche Diskurse. Diese starke Bezogenheit auf die gesellschaftlichen Erwartungen bei der Definition dessen, was gestört sein soll, halte ich für sehr problematisch.

▶ Sie nannten Depressionen als weniger problematisches Beispiel. Aber Gesellschaften können sich doch auch darin unterscheiden, wie viel Antrieb und Interesse als normal gelten. Und jetzt sucht man in der psychiatrischen Forschung Entsprechungen solcher Phänomene auf der neurobiologischen Ebene - ist das kein Widerspruch in sich?

Ludger Tebartz van Elst: Das ist ein inhärentes Problem der

Psychiatrie, dem wir nie ganz entkommen können. Das hängt damit zusammen, dass die Phänomene, mit denen wir es zu tun haben, dimensional sind, also wie auf einer Skala mehr oder weniger stark ausgeprägt sein können; oder eben auch extrem.

Das schließt aber nicht aus, dass es dafür eine neurobiologische Entsprechung gibt. Denken Sie an das Beispiel Körpergröße, die in vielen Fällen multigenetisch geprägt wird. Wenn Sie z.B. 300 Größevarianten bestimmter Gene geerbt haben, dann sind Sie wahrscheinlich über zwei Meter groß. Haben Sie dagegen nur 150 geerbt, dann sind Sie wahrscheinlich, so wie ich, durchschnittlich groß. Es gibt hier keinen Widerspruch.

▶ Hier will ich noch einmal nachhaken. Führende Psychiater haben doch gerade in den letzten Jahren wieder die fehlende neurobiologische Fundierung der von Ihnen genannten Diagnosehandbücher kritisiert. Daher formuliere ich meine Frage noch einmal anders: Was rechtfertigt uns in dem Glauben, dass das, was die Gesellschaft heute als Abweichung von der Norm festlegt, eine starke Entsprechung im Gehirn hat? So stark, dass man damit psychische Störungen diagnostizieren und behandeln könnte?

Ludger Tebartz van Elst: Ich persönlich würde diese These in dieser starken Form gar nicht vertreten. Das ist nicht so einfach. Eigentlich sollten wir in der Psychiatrie auf keine sozialen Normen zurückgreifen. Kurt Schneider (1887-1967, bedeutender deutscher

Psychiater und Professor u.a. in Heidelberg, Anm. S. Schleim) hat immer wieder betont, dass wir das nicht tun sollen. Wenn man ganz genau hinschaut, lässt sich das aber nicht vermeiden, weil man sonst zu keinem Ergebnis kommt. Man muss irgendwie mit den Phänomenen umgehen - und mit den Menschen, die wir in der Psychiatrie vor uns haben. Bei unserer Begriffsbildung kommen wir um den Rückgriff auf sozial-normative Aspekte nie ganz herum.

Wie ich schon andeutete, glaube ich nicht, dass das bei der Definition der Persönlichkeitsstörungen gut gelungen ist. Das ist mir zu offen. Statistisch gesehen dürften nur zwei Prozent der Bevölkerung am oberen und unteren Ende des Spektrums die Kriterien erfüllen: Also etwa zwei Prozent zu impulsiv, zwei zu wenig impulsiv. Die Häufigkeiten der heute unterschiedenen Persönlichkeitsstörungen liegen aber zwischen zehn und zwanzig Prozent. Wir definieren also aufgrund einer sozialen Norm viel mehr Personen als gestört, als dies nach der statistischen Norm erlaubt wäre.

Dass es aber eine klare Neurobiologie gibt, um auf Ihre Frage zurückzukommen, die Störung von Nicht-Störung unterscheidet, das glaube ich nicht. Ich gehe jedoch davon aus, dass es innerhalb der großen Kategorien, etwa der Depressionen, Untergruppen gibt, bei denen sich die Probleme auf neurobiologische Faktoren zurückführen lassen, und dazu forschen wir auch in Freiburg.

▶ Bevor wir das vertiefen, würde ich gerne noch beim Krankheits- und damit auch beim Gesundheitsbegriff bleiben. Nun definiert die Weltgesundheitsorganisation "Gesundheit" bekanntlich sehr breit als "Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen". In der Definition steckt also der soziale Aspekt. Behandlungen in der Psychotherapie und Psychiatrie zielen aber vor allem auf einen individuellen Menschen ab, nicht so sehr auf seine Umgebung. Wie passt das zusammen?

Ludger Tebartz van Elst: Ich bin auch kein großer Befürworter dieser Definition. Ich kann zwar die guten Absichten dahinter erahnen, dass nämlich Gesundheit mehr ist als nur die Abwesenheit von Krankheit. Diese Definition geht aber viel zu weit, demnach wäre auch ich noch nie in meinem Leben gesund gewesen. Wahrscheinlich würde kein Lebewesen jemals alle diese Kriterien erfüllen.

▶ Sollen wir dann zum Beispiel das "soziale Wohlergehen" aus der Definition streichen? Dass das nicht in den Bereich der Medizin gehört?

Ludger Tebartz van Elst: Nein, insbesondere nicht in der Psychiatrie. Die Sozialpsychiatrie ist einer unserer drei Grundpfeiler, neben der Psychotherapie und der biologischen Psychiatrie.

Das Problem zeigt uns aber, dass genauso wenig, wie wir einen

Krankheitsbegriff letztendlich definieren können, wir "Gesundheit" definieren können. Die schönste Definition, die ich gefunden habe, stammt aus dem Mittelalter von Thomas von Aquin. Er hat - sinngemäß - geschrieben: "Gesundheit ist die Fähigkeit, sich seines Lebens zu erfreuen." Und danach richten wir uns auch als Kliniker.

▶ Gibt es aber nicht doch ein Missverhältnis, dass man in der Psychiatrie zu stark auf den einzelnen Menschen und zu wenig auf seine Umgebung schaut?

Ludger Tebartz van Elst: Die Psychiatrie hat immer solche Moden. Ich glaube schon, dass die drei genannten Grundpfeiler, diese drei Wurzeln der Psychiatrie, im Kern gesund sind. In der Forschung ist die Sozialpsychiatrie aber wohl ins Hintertreffen geraten. Auf wissenschaftlichen Kongressen kommen Sie mit sozialpsychiatrischen Vorträgen in unserer Zeit nicht so gut an. Und die Leute wollen eben auch Karriere machen.

In der Klinik ist die Sozialpsychiatrie aber eine Selbstverständlichkeit. So haben wir auch mehr als ein Dutzend Sozialarbeiter. Niemand zweifelt an deren therapeutischer Notwendigkeit. Sie können aber nun einmal als einzelner Arzt an der Gesellschaft nicht so viel ändern. Die Sozialpsychiatrie thematisiert die Passung eines Individuums in seine Umgebung. Und natürlich macht eine fehlende Passung oft krank.

▶ Haben Sie hierfür vielleicht ein anschauliches Beispiel?

Ludger Tebartz van Elst: Ein typisches Beispiel hierfür ist das der Autisten. Wenn die beispielsweise in einem Großraumbüro arbeiten müssen, dann funktioniert das einfach nicht. Die sind als Menschen einfach so strukturiert, dass sie diese Reizüberflutung nicht aushalten können.

Eine unserer frühen Patientinnen hat ihr Abitur gut geschafft, hat auch das Informatikstudium gut geschafft, hat sogar einen Preis für ihre Forschung erhalten und dann eine Stelle bei einem großen Software-Unternehmen bekommen - wo sie als Autistin im Großraumbüro gnadenlos scheiterte. Hätte man ihr einen fensterlosen Kellerraum organisieren können und das auch noch beim Betriebsrat durchbekommen, dann hätte sie wahrscheinlich ein Erwerbsleben gehabt.

Dafür müssen das aber alle verstehen: Der Arbeitgeber, was er an dieser Frau hätte haben können. Und der Betriebsrat, dass das keine diskriminierende Maßnahme ist. Das hat aber leider nicht geklappt und diese Frau wurde mit Anfang dreißig schon frühberentet. Das war vergeudetes Talent. Die Sozialpsychiatrie kann dabei helfen, für so einen Menschen eine Nische zu finden - stößt irgendwo aber auch an praktische Grenzen. Und damals war das öffentliche Bewusstsein für Autismus noch nicht so ausgeprägt

---

Im zweiten Teil des Gesprächs geht es um die Zunahme der psychiatrischen Diagnosen und Medikamentenverschreibungen

sowie die Stigmatisierung der Störungen in unserer Gesellschaft.

"Nicht alles, was wir diagnostizieren, ist eine Krankheit im engeren Sinn"

Teil zwei des Gesprächs mit Ludger Tebartz van Elst über die Zunahme der psychiatrischen Diagnosen und das Problem der Stigmatisierung

Ludger Tebartz van Elst ist Professor für Psychiatrie und stellvertretender ärztlicher Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Freiburg. Im ersten Teil des Gesprächs ging es um den Krankheitsbegriff und die Rolle sozialer Normen in der Psychiatrie.

▶ Öffnen wir jetzt den sozialen Fokus noch etwas weiter: Psychische Störungen werden immer häufiger diagnostiziert. Es werden auch immer mehr Medikamente verschrieben. Wie erklären Sie sich diesen Anstieg?

Ludger Tebartz van Elst: Ich sehe das so, dass eine Psychiatrisierung der Gesellschaft stattfindet. Ich denke aber, dass sich die wenigsten Menschen und im Endeffekt auch die wenigsten Ärzte über die theoretischen Hintergründe psychiatrischer Störungen Gedanken machen. Was bedeutet das überhaupt, so

eine Diagnose zu bekommen?

Diese Diagnosen legen nahe, dass wir es hier mit Krankheiten zu tun haben. Streng genommen ist das aber nicht so. Darüber haben wir bereits gesprochen. In der Praxis verwendet ein Arzt so eine Diagnose vielleicht dafür, um einen Patienten von der Arbeit zu befreien - und das ist auch in Ordnung. Dafür braucht der Arzt irgendeinen Namen, irgendeinen Grund, der gesellschaftlich akzeptiert ist, und dann schreibt er vielleicht "Depression" auf.

Denken Sie beispielsweise an jemanden, der nach einem Trauerfall einen Durchhänger hat. Darum will ihn der Arzt von der Arbeit freistellen. Wenn der Arzt sich besser auskennt, dann schreibt er "akute Belastungsreaktion" auf, die hat auch einen ICD-Code. Das oder vor allem auch Kategorien wie "Depressionen" erscheinen vielen aber wie eine Krankheit. Dabei ist so eine Reaktion nach dem Tod des Partners oder des eigenen Kindes ein Stück weit psychologisch völlig normal.

Nur wenige Zeitgenossen machen sich aber darüber Gedanken, was das in den Köpfen der Menschen bewirkt. Viele unserer psychiatrischen Begriffe funktionieren in der Praxis wie Krankheitsbegriffe. Das kann zu Missverständnissen führen.

▶ Woran denken Sie konkret?

Ludger Tebartz van Elst: Noch vor 30 Jahren waren Depressionen so stigmatisiert, dass ein Hausarzt das nicht so ohne Weiteres für

eine Krankschreibung verwendet hätte, sondern eher so etwas wie Rückenschmerzen. Heute ist das anders und dann heißt es auf einmal: "Die Depressionen nehmen zu!" Das liegt daran, dass der Begriff heute so entstigmatisiert ist und dann beispielsweise für normale Trauerreaktionen verwendet wird, ohne im eigentlichen Sinn eine Krankheit zu bezeichnen.

Wenn man sich darüber nun philosophisch Gedanken macht, dann kommt man auf die Idee, dass etwas wie ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, Anm. S. Schleim) oder Autismus auch eine Normvariante sein könnte. Was so eine Diagnose beschreibt, kann eine Krankheit sein, kann jedoch auch bloß eine Variante des menschlichen Lebens sein. Das ist vielen aber nicht klar.

▶ Wenn ich Sie richtig verstehe, haben sich also Ihrer Meinung nach nicht so sehr die Menschen und ihre Probleme verändert, sondern eher, wie wir darüber denken, was wir als psychiatrisches Problem ansehen?

Ludger Tebartz van Elst: Ja - und das *kann* eine Krankheit im engeren Sinne sein, wenn sich dahinter etwa eine Reaktion des Immunsystems verbirgt, die zu einer Gehirnentzündung führt. Das ist eines meiner Forschungsthemen. So eine Erkrankung des Gehirns kann sich dann wie eine Depression äußern.

Entscheidend ist, ob es hier einen engen Zusammenhang zwischen

der Entzündung und den depressiven Symptomen gibt. Es kann aber beispielsweise auch um eine normale psychologische Trauerreaktion gehen, die mit Freudlosigkeit, einer Antriebsstörung, Interessenverlust und einer Schlafstörung auftritt.

▶ Wenn wir jetzt den Anstieg der Diagnosen so erklären, dann erschließt sich mir aber noch nicht, warum heute zur Behandlung psychischer Störungen so viel mehr Medikamente verschrieben werden, als noch vor zehn bis zwanzig Jahren.

Ludger Tebartz van Elst: Denken wir an das Beispiel ADHS. Das nenne ich eine "Strukturdiagnose", denn damit wird ein relativ stabiles Muster an Persönlichkeitseigenschaften beschrieben. Auch die ADHS kann eine Krankheit im engeren Sinne sein, wenn sie etwa als Folge einer Gehirnentzündung oder eines genetischen Defekts auftritt, zum Beispiel beim Fragilen-X-Syndrom. Man kann sie aber auch als eine Normvariante auffassen, die mit verschiedenen Genen zusammenhängt, so wie eben auch die Körpergröße.

Früher sagte ich noch: Für Strukturdiagnosen keine Medikamente! Da passt man sich besser an, so wie sich besonders große oder besonders kleine Menschen eben auch anpassen. Heute denke ich aber, dass man ein Medikament wie Ritalin als Hilfsmittel sehen kann, wie etwa eine Brille für Kurz- oder Weitsichtige.

▶ Würden Sie die Analogie mit der Brille noch etwas ausführlicher erklären?

Ludger Tebartz van Elst: Im Mittelalter sind Strukturmerkmale einer Person, die wir heute unter dem Begriff der ADHS zusammenfassen, wahrscheinlich weniger als störend aufgefallen. Vielleicht sind sie für die Kämpfer sogar von Vorteil gewesen.

Ganz ähnlich verhält es sich mit der Brille: Als Bauer ist damals Weitsichtigkeit kein Problem gewesen. Man konnte dann eben keine Bücher lesen. Das wollte man aber auch gar nicht. Heute ist das anders. Meinen Lebensweg als Professor - ich bin ursprünglich ja Bauernsohn - hätte mir das völlig versperrt, hätte ich nicht das Hilfsmittel Brille auf der Nase.

Die psychopharmakologischen Substanzen können Sie jetzt kritisch "Lifestyle-Medikamente" nennen. Das ist auch nicht immer ganz falsch. So könnte man die Brille aber auch verstehen. Beim Einen ist das Auge eben etwas länger, beim Anderen etwas kürzer.

Ich bin weder völlig für, noch völlig gegen die Medikamente. Ich schaue mir im Einzelfall an, wie jemand mit seinen Strukturmerkmalen in seinem Leben funktioniert. Wenn die Probleme so gravierend sind und Stimulanzien wie Ritalin dem Menschen helfen, dann sehe ich das wie die Verwendung einer Brille. Wenn die Medikamente helfen, heißt das aber nicht zwingend, dass derjenige krank ist. Das ist sehr komplex und die Grenze zwischen "gesund" und "krank" ist hier fließend.

▶ Sie führen zum Vergleich das Mittelalter an. Bei den

Medikamenten ist es aber doch so, dass es in den letzten zehn, zwanzig, dreißig Jahren einen erheblichen Anstieg gegeben hat. Spiegelt das keinen gesellschaftlichen Wandel wider? Und wird dann nicht zu viel von den Mitteln verschrieben?

Ludger Tebartz van Elst: Bleiben wir beim Ritalin. Da gibt es innerhalb der letzten zwanzig Jahre tatsächlich einen dramatischen Anstieg. Es scheint aber so, als sei der Höhepunkt nun erreicht. Ist das zu viel oder zu wenig?

Ich kenne Fälle, in denen Eltern das Medikament bei ihren Kindern einsetzen und ihnen damit im Grunde vermitteln: Du bist nicht gut so, wie du bist, und wir wollen unbedingt, dass du jetzt das Abitur schaffst. Das kann negative Auswirkungen auf das Selbstwertgefühl des Kindes haben. Ich kenne aber auch Fälle, in denen die Folgen insgesamt sehr positiv sind. Das hängt vom Einzelfall ab und es ist schwer, hierzu etwas Grundsätzliches zu sagen.

Mein Brillenbeispiel hat zwei Seiten: Einerseits lässt es den Griff zu den Medikamenten als selbstverständlicher erscheinen. Andererseits fällt damit aber das Problem der Nebenwirkungen unter den Tisch.

Die Brille lässt sich einfach absetzen, wenn ich damit nicht gut sehen kann. Wenn ich aber Ritalin nehme, dann kann ich mich vielleicht besser konzentrieren; möglicherweise fällt mir aber nicht auf, dass ich mich deshalb schleichend schlechter fühle und

vielleicht sogar eine depressive Symptomatik entwickle. Das ist möglich und von Mensch zu Mensch unterschiedlich.

▶ Für die Praxis ist für Sie also maßgeblich, ob das Mittel einem Menschen hilft oder nicht...

Ludger Tebartz van Elst: Genau.

▶ ...und die theoretischen Fragen, wo eine Störung anfängt, wo sie aufhört, die sind für die Patienten gar nicht relevant?

Ludger Tebartz van Elst: Dem stimme ich nicht ganz zu. Deshalb habe ich beispielsweise mein Buch "Autismus und ADHS: Zwischen Normvariante, Persönlichkeitsstörung und neuropsychiatrischer Krankheit" insbesondere auch für Patienten und ihre Angehörigen geschrieben.

Für das Selbstbild und das Selbstwertgefühl der Betroffenen ist es meiner Meinung nach extrem wichtig, die psychische Störung in der Komplexität zu verstehen, wie ich es hier darstelle. Nur wenn man das möglichst wissenschaftlich macht, wirkt das optimal auf die Lebensplanung zurück. Denn mit der Störung gehen oft andere Probleme einher und die richtige Verwendung der Begriffe spielt dann eine große Rolle für das Verständnis des Lebensschicksals. Das gilt noch mehr für schwere Diagnosen wie "Schizophrenie", die zu einer Selbststigmatisierung führen können.

▶ Über Ihren Ansatz zur Schizophrenie würde ich gleich noch im Detail sprechen. Bleiben wir beim Stichwort "Stigmatisierung". Hier

hat das biologische Paradigma in der Psychiatrie, das doch seit mehreren Jahrzehnten dominant ist, Abhilfe versprochen: Wenn man psychische Störungen als Gehirnstörungen oder genetische Störungen auffasst, dann verschwindet das Stigma. Das ist nach meinem Eindruck aber nicht eingetroffen. Menschen mit psychiatrischen Diagnosen werden auch heute noch oft ausgegrenzt.

Ludger Tebartz van Elst: Das stimmt. Ich denke, dass das etwas damit zu tun hat, wie wir über Genetik denken. Ich habe das auch an mir selbst bemerkt.

Die Psychiatrie fand ich immer schon interessant. Aber als Bauernsohn vom Dorf hatte ich auch meine Berührungsängste, da man früher noch sagte: "Psychiater sind doch genauso verrückt wie ihre Patienten!" Darum ging ich erst in die Neurologie. In der Psychiatrie redete man viel über Genetik und das erinnerte mich an das Dritte Reich und die Eugenik. Davon hielt ich mich fern.

Die Zunahme des Wissens über beispielsweise die Schizophrenie führte leider teilweise auch zu einer Abnahme der Toleranz, weil sie meiner Meinung nach mit einem verkehrten Verständnis der Genetik einherging. Man hörte und las überall, das sei familiär, das sei genetisch und daher auch eine Erbkrankheit. Dieses Denken wurzelt im 19. Jahrhundert und führte zu den bekannten negativen Folgen im Nationalsozialismus. Dem lag aber ein viel zu einfaches

Verständnis der Genetik zugrunde.

Das, was Gregor Mendel über die Vererbung bei Bohnen beschrieb, übertrug man ohne Weiteres auf den Menschen. Es gibt zwar mendelsche Erbkrankheiten. Das ist aber nur ein kleiner Teil der Vererbung. Das meiste hängt mit sehr vielen Genen zusammen - und jeder von uns hat 60 bis 100 Neumutationen in seiner Keimbahn, die mit Autismus oder ADHS in Zusammenhang stehen, aber nicht zur Ausprägung der Störung führen müssen. Das wurde mir auch erst später klar.

▶ Das hört sich zwar plausibel an, scheint mir aber auch sehr viele Voraussetzungen darüber zu machen, was die Durchschnittsmenschen über Genetik und Vererbung denken, und warum das zu Ausgrenzung führt. Könnte die Stigmatisierung nicht auch schlicht daran liegen, dass Menschen mit psychischen Störungen aufgrund ihrer Probleme eben auch als schwierig im zwischenmenschlichen Zusammenleben angesehen werden?

Ludger Tebartz van Elst: Es gibt natürlich diese Fälle, in denen Menschen mit psychischen Problemen gewalttätig werden oder vielleicht sogar jemanden töten. Denken Sie an die Messerattacke im November 2019 in der Berliner Schlosspark-Klinik, bei der der Arzt Fritz von Weizsäcker getötet und ein herbeieilender Polizist schwer verletzt wurde. Der Täter ist ein Mensch mit einer wahnhaften Erkrankung. Über solche Fälle schreibe ich auch

Gerichtsgutachten.

Im Einzelfall ist es also durchaus so, dass solche Menschen eine Gefahr darstellen können. Für die meisten Menschen mit Psychosen gilt das aber nicht und ich persönlich habe vor den meisten Patienten mit einer Schizophrenie-Diagnose keine Angst.

Diejenigen mit wahnhaften Störungen, die man als Laie gar nicht so ohne Weiteres erkennt, sind viel gefährlicher. Das ist aber Detailwissen, das kaum in die Öffentlichkeit dringt. In der Zeitung liest man dann etwas wie: "Mann mit Schizophrenie hat von Weizsäcker erstochen."

▶ Das ist gleich ein Extremfall. Ich dachte eher daran, dass Menschen mit einer Autismus-Diagnose vielleicht unter Reizüberflutung leiden und man dann in ihrer Anwesenheit besonders still sein soll. Oder dass Menschen mit einer diagnostizierten Depression oder Borderline oft emotional instabil und darum unberechenbar sind. Der Kontakt mit ihnen kann dann besondere Anforderungen an uns stellen, was manche vielleicht so überfordert, dass sie mit solchen Menschen nichts zu tun haben wollen.

Ludger Tebartz van Elst: Das ist unterschiedlich. Bei Autismus erlebe ich das beispielsweise so, dass die Toleranz steigt, zumindest bei der Frage: "Möchten Sie die als Nachbarn haben?" Bei Depressiven glaube ich das übrigens auch.

Bei der Frage eines Arbeitgebers, "Stelle ich den ein?", sieht das aber schon wieder anders aus. Wenn man etwa weiß, der Bewerber bekam eine Depression diagnostiziert und hat mehrere Lücken im Lebenslauf, dann denkt man natürlich an höhere Fehlzeiten. Und das ist nicht nur ein Vorurteil, das muss man auch einräumen, sondern hat dann auch einen wahren Kern.

Oder stellen Sie sich vor, Sie würden eine Frau mit einer Psychose als Kindermädchen einstellen. Für einen Laien ist es schwer, das damit verbundene Risiko richtig einzuschätzen.

▶ Lassen Sie uns das Thema "Stigmatisierung" mit einem Gedankenspiel abschließen: Stellen Sie sich vor, Sie hätten einen Zauberstab, mit dem Sie die Gesellschaft ändern könnten. Was würden Sie dann tun, um die Toleranz gegenüber Menschen mit psychischen Störungen zu erhöhen?

Ludger Tebartz van Elst: Ich würde die Menschen meine Bücher lesen lassen, vor allem die über Autismus, ADHS und Schizophrenie. (lacht) Die drehen sich genau um diese Problematik. Meine Bücher sind zwar anspruchsvoll geschrieben - ich glaube aber, dass eine möglichst wissenschaftliche Sichtweise letztlich sowohl den Betroffenen als auch der Gesellschaft weiterhilft, nicht mehr so grobe Urteile zu fällen.

Ich sage ja selbst: Unsere Gesellschaft psychiatrisiert. Das ist aber vielschichtig und hat positive wie negative Aspekte. Damit sollte

man sich intensiv beschäftigen und es möglichst wissenschaftlich und differenziert sehen.

Im dritten Teil geht es um die Zukunft der Psychiatrie. Wird die Disziplin in der Neurologie aufgehen, weil die psychischen Probleme der Menschen auf neuronale Korrelate zurückgeführt werden können? Oder wird man auch künftig nicht um Gespräche mit Menschen, die Untersuchung ihrer Verhaltensweisen und Umgebung herumkommen?

"In der Psychiatrie wird es wohl immer einen unerklärbaren Rest geben"

Im dritten Teil des Gesprächs erklärt Ludger Tebartz van Elst, warum Psychiater genauer hinschauen sollten und wie die Zukunft seines Fachs aussehen könnte

Ludger Tebartz van Elst ist Professor für Psychiatrie und stellvertretender ärztlicher Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Freiburg. Der zweite Teil des Gesprächs endete mit Vorschlägen, wie sich die Stigmatisierung psychischer Störungen reduzieren lässt, während die Psychiatrisierung in unserer Gesellschaft fortschreiten würde.

▶ Was sind denn positive und negative Aspekte der Psychiatrisierung, also der zunehmenden Diagnose und Behandlung menschlicher Probleme durch Psychiater, in unserer Gesellschaft?

Ludger Tebartz van Elst: Positiv ist, dass die Toleranz dann wächst. Ich glaube schon, dass die Menschen weniger Angst vor einem Nachbarn mit einer Psychose haben, wenn sie darüber nicht nur Halbwissen haben und das im Sinne des genetischen Denkens von

vor hundert Jahren missverstehen.

Negativ ist wohl, dass mit der Psychiatrisierung auch die Robustheit der Menschen abzunehmen scheint. Nehmen wir an, ich habe nach dem Verlust eines geliebten Menschen einen Durchhänger. In meiner Kindheit auf dem Dorf dachte man: "Der hat jetzt eine schwere Zeit, das geht auch wieder vorbei."

Heute bekommt das schnell das Etikett "Depression", es wird dadurch medizinalisiert und man gibt bei einem, der einfach nur drei Schicksalsschläge gleichzeitig wegstecken muss, Antidepressiva. Dadurch kann auch eine subjektive oder existentielle Komponente verloren gehen, die für manche Menschen von großer Bedeutung ist.

Die eigene Verzweiflung wird dann nicht mehr als Herausforderung durch das Schicksal, sondern als *Krankheit* gedeutet. Das Selbstbild und auch das Fremdbild kann sich negativ verändern, wenn man solche Probleme als Krankheit versteht.

▶ Der Titel Ihres neuesten Buchs, "Vom Anfang und Ende der Schizophrenie", deutet darauf hin, dass diese Diagnose in der Psychiatrie aufgegeben werden könnte. Was meinen Sie damit?

Ludger Tebartz van Elst: Mir geht es vor allem um das Konzept hinter dem Begriff "Schizophrenie". Meiner Meinung nach schadet das mehr, als dass es nutzt. Viele - Patienten, Angehörige aber auch Fachärzte - gehen davon aus, es mit einer Erkrankung im engeren

Sinne zu tun zu haben, wenn sie von Schizophrenie sprechen. Das führt oft dazu, dass man nicht mehr so genau untersucht, ob hinter den Problemen vielleicht eine Immunerkrankung steckt. Oder eine der Epilepsie ähnelnde Erkrankung. Solche Fälle sehen wir aber immer wieder in unserer Klinik.

Um das abzuklären, muss man zusätzliche Untersuchungen machen. Denken Sie z.B. an die Entnahme von Hirnwasser, an ein EEG, eine Untersuchung im Magnetresonanztomographen oder auch einen PET-Scan.

Findet man darin Auffälligkeiten, dann spricht das für die Vergabe anderer Medikamente. Die können dann nicht nur besser wirken, sondern auch weniger Nebenwirkungen haben. Wenn man jemandem mit einer Psychose aber schlicht das Etikett "Schizophrenie" gibt, dann wird oft nicht mehr so genau hingeschaut.

▶ Was Sie hier vorschlagen, hört sich sehr aufwändig an.

Ludger Tebartz van Elst: Viele halten meinen Vorschlag für zu teuer und übertrieben. Denken Sie aber an die dramatischen Folgen einer Diagnose "Schizophrenie" für das Leben des Betroffenen und seiner Angehörigen! Oder die zu erwartenden sozialmedizinischen Folgekosten, wenn der Verdacht "Schizophrenie" im Raum steht, weil jemand Stimmen hört oder einen Wahn entwickelt hat. Das ist etwas anderes als von

Depressionen zu sprechen oder zu sagen, jemand sei autistisch strukturiert. Verglichen mit den schweren Folgen fallen die zwei- bis dreitausend Euro für die genannten Untersuchungen doch kaum ins Gewicht.

Wenn diese Untersuchungen zu keinem Ergebnis führen, dann sollte man besser von einer "idiopathischen Psychose" als von einer "Schizophrenie" sprechen. Das bedeutet dann: Wir haben nach Ursachen gesucht, konnten aber keine finden. Dann leiden die Betroffenen weniger unter den Vorurteilen gegenüber Schizophrenen, die sie wahrscheinlich sogar selbst haben. Denken Sie daran, wie wir den Begriff "Schizophrenie" im Alltag verwenden: Da reden wir etwa von "schizophrenen Ideen" oder "schizophrener Politik".

▶ Das erinnert mich an mein vorheriges Gespräch mit dem Psychiater Jim van Os, der Schizophrenie darum auch als "vernichtende Diagnose" bezeichnet und für die Abschaffung dieses Begriffs plädiert ("Es gibt keine Schizophrenie").

Ludger Tebartz van Elst: Dieser Begriff vermittelt eine Pseudosicherheit, die er nicht hat, und führt oft zu den genannten negativen Folgen. Was ich hier vorschlage, gibt es übrigens auch in anderen Teilen der Medizin. Denken Sie an die Diagnose "essentielle Hypertonie". Das heißt schlicht: Wir haben nach Ursachen für den hohen Blutdruck gesucht, konnten aber keine

finden.

▶ Sie erwähnten gerade die hohen sozialmedizinischen Folgekosten der Diagnose "Schizophrenie". Vorher sprachen wir schon über Stigmatisierung. Ist es nicht gefährlich, immer wieder die Kosten so hervorzuheben, die mit bestimmten Krankheiten einhergehen?

Sie hatten vorher schon einmal das falsche Verständnis von Erbkrankheiten angesprochen und was im Dritten Reich daraus wurde. Tatsächlich hat Nazi-Propaganda auf die Krankheitskosten abgezielt und behauptet: "Schaut euch an, diese Kranken kosten Hunderttausende Reichsmark. Mit dem Geld könnte man viele gesunde Familien unterstützen." Wenn wir heute so über Krankheitskosten sprechen, dann hört sich das für mich manchmal so an, als gebe man den Patienten dafür die Schuld, dass sie so teuer sind.

Ludger Tebartz van Elst: Nichts liegt mir ferner als das. Es heißt doch, wie eine Gesellschaft mit ihren Kranken und Behinderten umgeht, daran erkennt man ihre Humanität. Und das sehe ich auch so.

Natürlich gehen Krankheiten und Behinderungen, wenn man es nüchtern betrachtet, mit sozialmedizinischen Kosten einher. Aber hier muss man sagen: Die Menschen sind uns das immer wert!

Ansonsten wirkt das negativ auf die ganze Gesellschaft zurück.

In diesem Sinne halte ich auch die vor allem von dem Philosophen Peter Singer befeuerte Diskussion um den sogenannten "effektiven Altruismus" für problematisch. Da will man vordergründig zwar mit Geld Gutes tun. Aber das Grundproblem ist die Bereitschaft, den Wert von Menschen überhaupt in Geld ausdrücken zu wollen.

Dabei geht das Absolute verloren. Und im Relativen verliert sich der Wert der Menschen. Was passiert dann aber mit denen, für die kein Geld mehr übrig bleibt? Diese Bewegung erscheint mir manchmal schon wie eine Religion.

Wenn man an sehr teure Behandlungen denkt, kommt man allerdings nicht um die Sachargumente herum. Denken Sie etwa an neue Medikamente mit Antikörpern, die schon einmal 40.000 Euro pro Jahr kosten können - und das bei einer chronischen Erkrankung. Anders als bei einer teuren Krebsbehandlung ist das also keine einmalige Sache, sondern geht es mitunter um eine lebenslange Therapie.

Da stellen sich irgendwann unangenehme Fragen. Mein Standpunkt bleibt aber: Wir müssen allen Menschen so gut wie möglich helfen, das müssen sie uns wert sein.

▶ Sprechen wir am Ende noch über die Zukunft der Psychiatrie. Sie haben in Ihrer Forschung beispielsweise in einigen Fällen psychotische Symptome auf Entzündungen im Gehirn zurückführen

können. Was bedeutet das?

Ludger Tebartz van Elst: Wir machen hier sicher eine ausführlichere organische Diagnostik, als das in anderen Kliniken üblich ist. Das ist immerhin unser öffentlicher Auftrag und eigener Anspruch als Universitätsklinik, weil wir auch Forschung betreiben.

Bei solchen Untersuchungen finden wir immer wieder heraus, dass beispielsweise eine psychotische Symptomatik mit einer anderen Erkrankung im Zusammenhang steht. Oft geht es dabei um Varianten von Erkrankungen des Immunsystems, wie etwa systemische Lupus Erythematodes oder das Sjörgren-Syndrom. Diese können zu Entzündungen im Gehirn führen, die wiederum mit Stimmenhören, kognitiven Problemen oder einer depressiven Verstimmung in Zusammenhang stehen.

In solchen Fällen kann dann eine Behandlung der Entzündung mit Kortison die psychiatrischen Symptome lindern oder gar ganz zum Verschwinden bringen. Das ist für uns als Psychiater eine tolle Erfahrung, wenn es diesen Patienten dann auf einmal besser geht.

▶ Haben Sie hierfür vielleicht ein anschauliches Beispiel?

Ludger Tebartz van Elst: Ich muss hier insbesondere an eine Patientin denken, die uns auch die Zustimmung gegeben hat, Ihren Fall für Fortbildungen zu verwenden. Sie hörte nicht nur Stimmen, sondern litt auch unter Wahnvorstellungen: Sie meinte, Menschen wollten überall Sex mit ihr haben. Sie roch auch überall sexuelle

Düfte. Das war für sie sehr schwer.

Nun konnten wir zwar mit sogenannten Neuroleptika das Stimmenhören behandeln. Die führten aber einerseits zu Nebenwirkungen und andererseits blieb der Wahn bestehen. Nach sieben Jahren des Suchens und Ausprobierens folgten wir noch einmal einer Spur, die auf eine Hirnentzündung deutete, und behandelten die Frau mit Kortison. Nach einer Woche waren die Probleme verschwunden.

Da begreift man, dass wir vieles immer noch nicht so genau verstanden haben. Gleichzeitig motiviert uns das aber auch dazu, als Psychiater genauer hinzuschauen.

▶ Hier will ich noch einmal an die erste, eher theoretische Hälfte unseres Interviews anknüpfen. Da problematisierten Sie den Krankheitsbegriff in der Psychiatrie und brachten auch das historische Beispiel, dass viele psychische Störungen nach dem Vorbild der Neurosyphilis vor hundert Jahren verstanden werden. Demnach gibt es einen biologischen Krankheitserreger für die psychiatrischen Probleme.

Ihre neuen Beispiele hören sich sehr ähnlich an. Geht es Ihrer Meinung nach um Einzelfälle oder steht uns doch die lange versprochene neurobiologische Revolution in der Psychiatrie bevor?

Ludger Tebartz van Elst: Betrachten Sie etwa die große Gruppe

der Schizophrenien von heute. Die wird meiner Meinung nach in vierzig bis fünfzig Jahren in kleinere Gruppen zerfallen. Ich gehe davon aus, dass man in der Hälfte der Fälle neurobiologische Ursachen wird identifizieren können. Und von diesen wird wahrscheinlich ein Drittel bis zur Hälfte mit Entzündungen zu tun haben, wie ich es hier darstellte.

Es wird aber wahrscheinlich auch die andere Hälfte der heutigen großen Gruppe übrig bleiben, bei der man keine Ursache findet. Das könnte man dann, wie ich es schon erwähnte, "idiopathische Psychose" nennen.

Der Fehler vor hundert Jahren bestand darin, dass man glaubte, es gebe einige wenige Ursachen für psychiatrische Störungen. Davon gehe ich nicht aus. Aber man wird viele Ursachen für kleine Untergruppen finden.

▶ Die Psychiatrie wird sich Ihrer Meinung nach also langfristig weiter neurobiologisch spezialisieren und ausdifferenzieren, es aber auch weiterhin mit vielen Fällen zu tun haben, die letztlich nicht durch Probleme im Gehirn erklärt werden können?

Ludger Tebartz van Elst: Genau. Und vergessen wir auch nicht meine Analogie zur Weitsichtigkeit und der Brille, als wir über ADHS sprachen. Nun kommen manche Untersuchungen zu dem Ergebnis, dass immerhin sechs Prozent der Bevölkerung im Laufe ihres Lebens einmal Stimmen hören, sonst aber keine schwerwiegenden

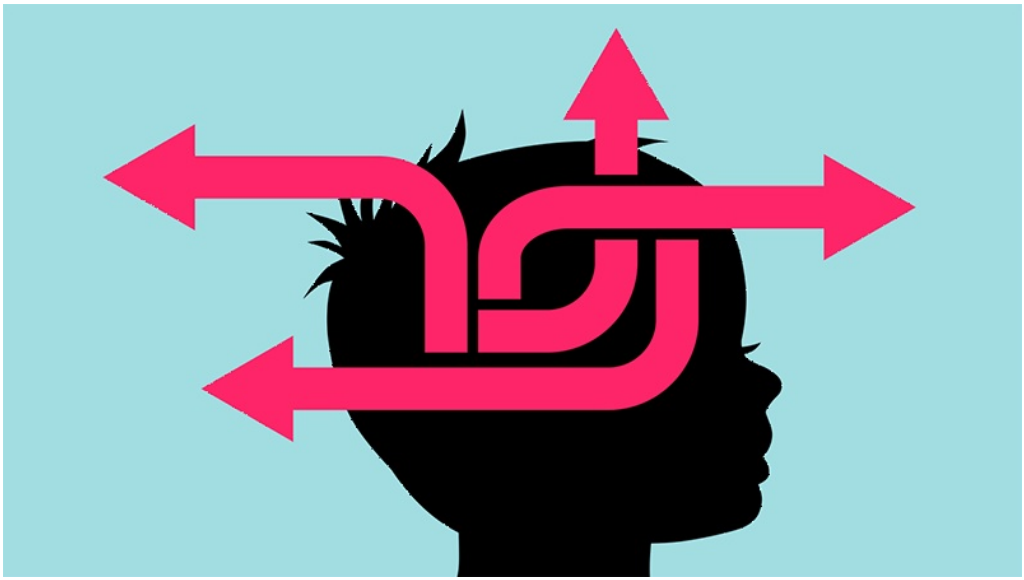
psychiatrischen Probleme haben.

In der heutigen gesellschaftlichen Realität würde man das wohl eher für sich behalten. Ich selbst würde das wahrscheinlich auch keinem erzählen, außer vielleicht meiner Frau, wegen der Vorurteile, die damit einhergehen. So gesehen könnte man aber selbst ein Symptom wie das Stimmenhören als Normvariante auffassen, schlicht weil es so häufig vorkommt. Und vielleicht kommen wir als Gesellschaft irgendwann zu dem Punkt, offen über so etwas reden zu können, ohne es gleich problematisieren und psychiatrisieren zu müssen.

Hinweis zum Interessenkonflikt: Ludger Tebartz von Elst und Stephan Schleim gehören beide zu den Unterzeichnern des Memorandums "Reflexive Neurowissenschaft" aus dem Jahr 2014, das aus einer Initiative der Professoren Boris Kotchoubey und Felix Tretter entstanden ist. 2016 folgte eine gemeinsame Publikation über methodische Probleme auf dem Weg zu einer integrativen Neurowissenschaft vom Menschen. Eine weitere Zusammenarbeit bestand oder besteht nicht.

"Die Kinder werden zum Problem erklärt"

Die Entwicklungspsychologin Laura Batstra fordert ein Umdenken über ADHS



Laura Batstra ist Assoziierte Professorin für Heilpädagogik an der Universität Groningen in den Niederlanden. Nach ihrer Promotion über die Auswirkungen schwerer Geburten auf die Lebensqualität (2004) arbeitete sie mehrere Jahre in der Kinderpsychiatrie. Seit 2010 forscht sie an der Universität Groningen, wo sie inzwischen mit mehreren Preisen für ihre Lehre ausgezeichnet wurde.

2012 erschien ihr erstes Buch mit dem provokanten Titel (auf Niederländisch): "Wie beugt man ADHS vor? Indem man es nicht diagnostiziert." 2017 folgte "ADHS: Macht und Missverständnisse." In verschiedenen Projekten informiert Sie Eltern und Lehrer über ADHS oder unterstützt sie Feiern für Kinder, die sonst ausgegrenzt werden. Batstra ist außerdem Mutter von sechs Kindern.

▶ Frau Batstra, wie lange beschäftigen Sie sich jetzt eigentlich schon wissenschaftlich mit ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, Anm. S. Schleim)?

Laura Batstra: Seit ich hier an der Universität arbeite, also seit 2010.

▶ Warum interessierte Sie das Thema so sehr?

Laura Batstra: Nach meiner Promotion dachte ich, jetzt muss ich erst einmal Praxiserfahrung sammeln. So kam ich in die Kinderpsychiatrie, wo ich fünf Jahre lang als behandelnde Psychologin arbeitete.

Was ich dort sah, überraschte mich aber sehr. Mir begegneten viele Kinder, von denen ich dachte: Die sind doch ziemlich normal! Ich fand sie jedenfalls nicht sehr abweichend. Anfangs dachte ich, dass mir die Probleme vielleicht noch nicht auffallen, dass ich das erst lernen muss.

Die meisten meiner Kollegen kamen direkt von der Ausbildung und lernten dann in der Psychiatrie, die Kinder durch eine medizinische

Brille zu betrachten. So wurden Verhaltensweisen schnell zu "Symptomen".

▶ Sie meinen, dass Ihre Kollegen einen anderen Ausgangspunkt hatten?

Laura Batstra: Ich war promoviert. Und was lernt man in der Wissenschaft? Kritische Fragen zu stellen und sich bei allem zu überlegen: Was machen wir hier eigentlich? Von welchen Annahmen gehen wir aus und stimmen die überhaupt? Die meisten anderen kamen direkt aus dem Studium der Psychologie, Pädagogik oder Heilpädagogik in die Klinik und hatten das nicht so ausgeprägt gelernt.

Meine Fragen wurden im Laufe der Zeit immer größer. Müssen wir immer gleich psychiatrische Diagnosen stellen? Und damals, also 2005-2010, galt für die Diagnose ADHS noch die Richtlinie, dass man gleich Medikamente verschreiben soll. Nur wenn die Eltern das nicht wollten oder die Medikamente nicht halfen, wurde Verhaltenstherapie durchgeführt oder bekamen die Eltern Begleitung.

Ich war anderer Meinung und machte den Vorschlag, die Reihenfolge umzudrehen: Also erst Therapie oder Begleitung und danach Medikamente. Davon war man in der Klinik aber nicht sehr begeistert. Da schaute ich mir die Forschungsergebnisse etwas genauer an und mir viel auf, dass es damals schon deutliche

Hinweise darauf gab, dass man die Medikamente nicht zu schnell verschreiben sollte.

▶ Wie sahen diese Forschungsergebnisse aus?

Laura Batstra: Es gab in den 1990er Jahren und dann insbesondere 1999 Studien, die sehr stark für die medikamentöse Behandlung sprachen. Diese wurden in der Wissenschaftswelt und in den Medien stark verbreitet. Schon wenige Jahre später gab es aber Untersuchungsergebnisse, die diese Erfolge wieder relativierten und die Pillen nicht mehr als Wundermittel erscheinen ließen, sondern stattdessen für die Verhaltenstherapie sprachen.

Ich machte meinen Arbeitgeber hierauf wiederholt aufmerksam, doch der wollte nichts davon wissen. Daher kündigte ich, denn ich wollte nicht länger unter den Richtlinien arbeiten, die Kindern so schnell Diagnosen und Medikamente verordnen.

Dann bewarb ich mich auf eine Forschungsstelle an der Uni mit dem Vorschlag, ob man nicht ein Stufenmodell einführen könne: Nicht gleich diagnostizieren, sondern erst die Eltern begleiten. Damit tanzte ich ziemlich aus der Reihe, denn man war felsenfest davon überzeugt, dass man für die richtige Behandlung mit der richtigen Diagnose anfangen müsse.

▶ Woher kommt denn überhaupt dieses Denken, dass die psychiatrische Diagnose so wichtig sei?

Laura Batstra: Dafür gibt es nicht den einen Grund. An den

Universitäten ist es leider immer noch sehr weit verbreitet. Einer meiner Doktoranden hat das als Forschungsthema. Und seine Untersuchung beispielsweise von akademischen Lehrbüchern zeigt eindeutig, dass man sehr stark in Begriffen von Störungen und Diagnosen denkt, die man dann biomedizinisch versteht. Dasselbe Muster haben wir leider auch in Informationsmaterial für Kinder gefunden: Da lernen sie, dass ADHS eine Gehirnstörung ist, für die es glücklicherweise Pillen gibt.

Dazu kommen eine Reihe von Interessenskonflikten. Nicht nur von der pharmazeutischen Industrie, sondern auch von Wissenschaftlern, die ihre Karriere auf diesem Thema aufbauen. Vergessen Sie auch nicht den Publikationszwang des heutigen Wissenschaftssystems. Und wir wissen alle, dass man schneller solche Veröffentlichungen bekommt, wenn man schöne positive Ergebnisse präsentiert. Das begünstigt Übertreibungen.

Denken Sie nicht zuletzt auch an die Lehrkräfte in den Schulen: Wenn es Probleme im Unterricht gibt und das Kind dann die ADHS-Diagnose bekommt, dann ist das eine Entlastung für alle Beteiligten. Oft verbessert sich dann die Beziehung zwischen Lehrkräften und Eltern und es scheint mehr Verständnis für das Kind zu geben. Wie Sie sehen, haben viele Parteien ein Interesse daran, das bestehende Denken über psychische Störungen aufrechtzuerhalten.

▶ Ich denke, dass hier jetzt zwei Themen ineinanderspielen: Dass wir einerseits abweichendes Verhalten als Störung bezeichnen und es dann andererseits biologisch erklären. Sind das für Sie zwei Seiten einer Medaille oder doch zwei getrennte Vorgänge?

Laura Batstra: Die Situation wäre anders, wenn man die Störungsbegriffe nuancierter verstehen würde, etwa in dem Sinne: Wir verständigen uns jetzt darauf, ein bestimmtes Muster von Verhaltensweisen aus praktischen Gründen so-und-so zu nennen, beispielsweise ADHS. Es gibt aber viele Missverständnisse darüber, was so eine Bezeichnung eigentlich bedeutet. Und dadurch kommt es schnell zu Problemen.

Wenn man nämlich ADHS als eine neurobiologische Störung auffasst, dann lässt man Menschen mit dieser Diagnose fälschlicherweise glauben, dass sie eine Gehirnstörung hätten. Und das halte ich - sicherlich bei Kindern - für eine problematische Entwicklung.

▶ Warum?

Laura Batstra: Aus verschiedenen Gründen. Wenn man mit der Überzeugung aufwächst, dass man ein krankes Gehirn hat, dann scheint mir das nicht gut für die Entwicklung zu sein. Dabei wurde das noch gar nicht genau erforscht, was diese Botschaft einem Kind vermittelt.

Dazu kommt, dass das Kind zum Problem gemacht wird. Man sagt:

"Das ist ADHS und das ist in deinem Kopf. Du bist also das Problem und du musst behandelt werden." Und was machen wir dann? Medikamente verschreiben. Oder vielleicht haben Sie schon von diesem neuen Hype gehört, dass man Kindern 6kg schwere, mit Sand gefüllte Westen anzieht, damit sie etwas länger auf einem Stuhl sitzen bleiben. So werden die in der Tat etwas ruhiger. (lacht)

Und diese strenge Diät ist zurzeit auch wieder in den Medien. Man gibt Kindern fünf Wochen lange vor allem Reis, etwas Geflügel und Birne. Mehr dürfen sie nicht essen. Dahinter steckt die Idee, dass die ADHS-Problematik durch Lebensmittelallergien verursacht würde.

So belasten wir aber die Kinder mit allen Arten von Behandlungen, zum Teil sehr schweren Behandlungen, während wir uns kaum noch mit der Umgebung beschäftigen. Denken Sie nur an den Stress, den Lehrkräfte heutzutage erfahren. Hierzu haben auch meine Doktoranden geforscht. Es ist doch nur logisch, dass erschöpfte Lehrkräfte weniger Ressourcen übrig haben, um auf die individuellen Bedürfnisse der Kinder einzugehen.

▶ Ist das also Ihre Erklärung dafür, dass heute so viele Störungen diagnostiziert werden? Weil der Stress zunimmt und wir uns kaum mit der Umgebung beschäftigen?

Laura Batstra: Das ist meine größte Sorge, ja. Nicht nur der Arbeitsdruck nimmt zu, sondern denken Sie auch an Kinder, die in

Armut aufwachsen. Zudem verändert sich die Umgebung so, dass lebhaftes Verhalten von Kindern schneller zum Problem wird.

▶ Hier muss ich aber wieder an zwei Möglichkeiten denken. Einerseits könnte das lebhafte Verhalten von Kindern zunehmen. Andererseits könnte es aber auch bloß schneller als Problem wahrgenommen werden. Was trifft Ihrer Meinung nach eher zu?

Laura Batstra: Das ist eine sehr gute Frage und hierzu hat der (niederländische, Anm. S. Schleim) Gesundheitsrat einen Bericht erstellt, der 2014 unter dem Titel "Medikamente und Gesellschaft" veröffentlicht wurde. Darin kommt der Rat zu dem Ergebnis, dass es keine Hinweise darauf gibt, dass Kinder heute lebhafter wären als früher. Vielmehr scheinen Lebhaftigkeit und fehlende Konzentration heutzutage schneller ADHS genannt zu werden.

▶ Wenn ich das alles zusammenfasse, dann heißt das, dass wir heute als Gesellschaft lebhaftes Verhalten von Kindern weniger ertragen können - und dann aber die Kinder dafür verantwortlich machen und behandeln, indem wir ihnen eine ADHS-Diagnose geben.

Laura Batstra: Ja. Das sind in Wirklichkeit natürlich sehr komplexe Prozesse. Wenn Sie mich jetzt aber bitten, eine möglichst einfache Erklärung zu geben, dann läuft es darauf hinaus: Wir leben heute in einer Leistungsgesellschaft, in der alles immer besser, immer schneller und immer schöner sein muss.

Durch die steigenden Ansprüche kommen immer mehr Kinder - und übrigens auch Erwachsene - in Schwierigkeiten. Und wenn Sie erst einmal in solchen Schwierigkeiten sind, dann ist es eine große Entlastung, dafür entschuldigt zu werden: Es liegt nicht an dir, sondern an deiner ADHS.

▶ Und dann kommen Sie daher und sagen, diese in der Gesellschaft verbreitete Geschichte stimme nicht. Wir müssten mehr an die Umgebung denken und sowohl Eltern als auch Lehrkräfte besser aufklären. Wie reagieren die Menschen denn darauf? Vor allem mit Widerstand oder danken sie es Ihnen auch?

Laura Batstra: Anfangs war das nicht sehr angenehm und bekam ich viele wütende Reaktionen...

▶ ...vor allem von Eltern und Lehrern, von Wissenschaftlern oder von allen Seiten?

Laura Batstra: Ja, eigentlich von fast allen. Es gab sogar ein paar Psychiater, die meine Vorgesetzten hier an Universität unter Druck setzten. So bekam ich den Eindruck, als wolle man mich einschüchtern und mir den Mund verbieten.

▶ Ist das etwas, das ich im Interview schreiben kann, oder sollen wir das besser für uns behalten?

Laura Batstra: Man macht sich damit keine Freunde. Aber ich denke doch, dass man solche Erfahrungen beim Namen nennen muss. Ich weiß auch sicher, dass ich nicht die Einzige war, der das

widerfuhr.

Die meisten Menschen gehen Problemen doch lieber aus dem Weg und das kann ich auch verstehen. Gleichzeitig halte ich es aber auch für einen besorgniserregenden Mechanismus, dass kritisch denkende Menschen durch das psychiatrische Bollwerk so unter Druck gesetzt werden, dass sie ihren Mund halten. Warum kann man solche Probleme nicht ausdiskutieren?

Ich erfuhr auch viel Kritik von Eltern, die die Entscheidung getroffen hatten, ihre Kinder diagnostizieren und ihnen Medikamente verschreiben zu lassen. Und da gab es zwei Arten von Eltern: Die einen schrien solche Dinge wie "Laura Batstra gehört geschlachtet!" Die anderen waren höflicher und erklärten mir, dass ich solche Reaktionen provoziere, wenn ich meinen Standpunkt so stark vertrete. Davon habe ich viel gelernt. Heute formuliere ich das etwas vorsichtiger.

Es gibt natürlich auch Familien, die von den Medikamenten profitieren, und bei denen man froh darüber ist, dass es diese Behandlungsmöglichkeit gibt.

▶ Widersprechen Sie sich das jetzt aber nicht selbst? Einerseits kritisieren Sie das biomedizinische Modell und jetzt räumen Sie ein, dass die Medikamente durchaus von Nutzen sein können.

Laura Batstra: Nein, so funktioniert das nicht. Es muss keine identifizierbare Gehirnstörung geben, damit die Medikamente

wirken. Wir verwenden gerne Verlegenheit als Beispiel: Wenn Sie Alkohol trinken und nach ein paar Drinks weniger verlegen sind als vorher, dann heißt das natürlich nicht, dass sie eine Gehirnstörung haben.

Und Ritalin wirkt bei den meisten Menschen so wie Kaffee, bloß viel stärker. Den meisten Menschen hilft das dabei, die Konzentration vorübergehend zu verstärken.

▶ Mir sind aber vor allem Studien geläufig, denen zufolge diese Stimulanzien eher subjektiv wirken, man sich dadurch besser fühlt, energiereicher und motivierter, um Aufgaben zu erledigen.

Laura Batstra: Schauen Sie, es ist immerhin ein Aufputschmittel. Diese Wirkung darf man von einem Aufputschmittel schon erwarten.

Im zweiten Teil des Interviews beschreibt Laura Batstra, wie sich das Denken über ADHS allmählich ändert. Sie erklärt auch, wie sie mit ihrem Ansatz Eltern und Lehrkräften beibringt, das störende Verhalten der Kinder stärker im Kontext zu verstehen und mit einfachen Regeln zu mäßigen.

"Inzwischen kritisieren auch immer mehr Psychiater die Leistungsgesellschaft"

Die Entwicklungspsychologin Laura Batstra erklärt ihren alternativen Umgang mit ADHS

Im ersten Teil erklärte Laura Batstra, Assoziierte Professorin für Heilpädagogik an der Universität Groningen in den Niederlanden, warum sie das gängige Verständnis der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) für falsch hält und dass man so die Kinder einseitig zum Problem macht. Im Folgenden beschreibt sie den langsam einsetzenden Gesinnungswandel und praktische Tipps für den Umgang mit lebhaften und störenden Kindern.

▶ Sie meinten gerade, am Anfang wären Ihre Ideen auf viel Widerstand gestoßen. Hat sich das inzwischen verändert?

Laura Batstra: Ja, seit dem genannten Bericht des Gesundheitsrats von 2014, der die Rolle der Umgebung für das Verhalten der Kinder hervorhob. Zum Teil sprechen sogar dieselben Psychiatrieprofessoren, die vorher Druck auf mich ausübten, nun über den Einfluss der Leistungsgesellschaft. Das ist mehr und mehr zum Allgemeingut geworden.

Der Bericht bewirkte einen Gesinnungswandel. Es handelt sich immerhin um ein Organ mit hohem Ansehen und die haben das gründlich erforschen lassen. Das war von großer Bedeutung.

▶ Können Sie vielleicht die Kernaussage dieses Berichts kurz zusammenfassen?

Laura Batstra: Der Titel "Medikamente und Gesellschaft" bringt es eigentlich schon auf den Punkt. Man stellte erst einmal fest, dass sich die Verschreibungszahlen für ADHS-Medikamente innerhalb von zehn Jahren vervierfacht hatten und dass es dafür keine schlüssige Erklärung im Verhalten der Kinder gab. Demgegenüber verwies man auf die steigenden Ansprüche in der Leistungsgesellschaft und auch die abnehmende Intoleranz der Menschen untereinander.

▶ Intoleranz im Sinne von...?

Laura Batstra: Dass wir Menschen, die anders sind und vielleicht mehr von unserer Aufmerksamkeit erfordern, weniger wertschätzen.

▶ Wir haben bisher vor allem darüber gesprochen, was Sie am vorherrschenden Modell für problematisch halten. Ich würde jetzt gerne noch mit Ihnen über die konkreten Projekte und die Hilfe sprechen, die Sie für Kinder, Lehrkräfte und Eltern anbieten, so wie zum Beispiel Ihre Website "Druk en Dwars" (auf Deutsch etwa: lebhaft und störend, Anm. S. Schleim).

Laura Batstra: Wir haben verschiedene Ansätze entwickelt, setzen dabei aber vor allem auf ehrliche Aufklärung über ADHS. So versuchen wir, den einseitigen, biomedizinischen Blick etwas zu nuancieren. Wir halten quer durchs Land Vorlesungen und bieten solche Vorlesungen auch online an. Außerdem sind wir regelmäßig in Zeitungen und anderen Medien vertreten.

Ich habe außerdem einen Gruppenkurs für Eltern von lebhaften und störenden Kindern entwickelt. Daran können sie teilnehmen, ohne dass erst eine psychiatrische Diagnose gestellt werden müsste. Wir bringen ihnen dann bei, wie sie das Verhalten der Kinder in einem anderen Licht sehen und es auch etwas mäßigen können.

▶ Haben Sie einmal ein Beispiel, wie Eltern das machen können?

Laura Batstra: Es geht oft um kleine Dinge. Erst einmal sprechen wir mit den Eltern aber über Selbstsorge. Denn man kann nur dann gut für sein Kind sorgen, wenn man selbst etwas ausgeruht ist.

Ein einfacher Trick ist, dass wir Eltern das Prinzip von "Tu-Regeln" geben. Wer lebhafte und störende Kinder hat, der ruft oft: "Halt, stopp, hör damit auf!" Das nennen wir "Stopp-Regeln". Wenn man einem Kind aber sagt, was es nicht tun soll, dann weiß es nicht automatisch, was es tun darf. Deshalb bringen wir den Eltern bei, Kindern nicht nur etwas zu verbieten, sondern unmittelbar danach zu sagen, was die Kinder tun dürfen.

Wenn das Kind beispielsweise auf dem Sofa springt, dann könnte man sagen: "Hör damit auf, auf dem Sofa zu springen. Spring auf dem Boden. Oder geh raus zum Trampolin. Oder lauf ein paarmal die Treppe hoch und runter." So weist man dem Kind eine Richtung und gibt ihm die Gelegenheit, sich auszutoben. Solche kleinen Unterschiede in der Kommunikation können viel dabei helfen, das Verhalten zu beeinflussen.

Ein anderer Trick ist, dem Kind nicht erst Aufmerksamkeit zu geben, wenn es etwas falsch macht. Wenn es beispielsweise liest oder spielt, dann sagen wir oft nichts. Wir reagieren erst dann, wenn es Lärm macht oder auf andere Weise stört. Deshalb erklären wir Eltern und Lehrkräften, dass es sinnvoll ist, ein lebhaftes Kind anzusprechen und zu loben, wenn es konzentriert am Arbeiten ist.

▶ Wenn ich das so höre, dann muss ich aus psychologischer Sicht daran denken, dass das Kind sonst lernt: Wenn ich etwas falsch mache, dann bekomme ich die Aufmerksamkeit von Erwachsenen! Das konditioniert die Kinder eigentlich darauf zu stören.

Laura Batstra: Ja, diese Aufmerksamkeit für störendes Verhalten kann tatsächlich einen verstärkenden Effekt haben. Wenn man genau hinschaut, dann passiert das aber sehr oft. Dann belohnen wir auf diese Weise unerwünschtes Verhalten, ohne es zu merken.

Das passiert übrigens auch beim Aufschieben. Stellen Sie sich vor, dass Ihr Kind am Computer spielt und Sie wollen, dass es damit

aufhört. Dann sagen Sie vielleicht: "Mach den Computer aus!", kümmern sich dann aber gleich um etwas Anderes. Eine Viertelstunde später stellen Sie überrascht fest, dass Ihr Kind immer noch spielt.

Diese Zeit erfährt das Kind als Belohnung dafür, dass es nicht sofort tut, worum es gebeten wurde. Das klingt sehr trivial - doch wenn ein Kind das immer wieder erlebt, dass es durchs Aufschieben belohnt wird, dann wird es das natürlich immer häufiger probieren. Das ist nur logisch. Ich würde das auch so machen. (lacht)

▶ Wo Sie das Computerspielen ansprechen: Was halten Sie eigentlich davon, dass die Weltgesundheitsorganisation "Computerspielsucht" in ihr Diagnosehandbuch aufgenommen hat? (ICD-11 erschienen: Computerspielen kann als psychische Störung diagnostiziert werden)

Laura Batstra: Computerspielen kann durchaus problematisch sein. Das kann sehr aus dem Ruder laufen. Aber müssen wir das gleich wieder eine "Störung" oder "Sucht" nennen? Vielen Eltern - mich selbst eingeschlossen - macht es zu schaffen, dass ihre Kinder zu viel vorm Computer sitzen.

Diese Spiele sind heutzutage aber auch so programmiert, dass sie süchtig machen können. Denken Sie zum Beispiel daran, dass man seinen erreichten Level verlieren kann, wenn man zu lange mit dem Spielen aufhört. Dann wollen die Kinder natürlich die ganze Zeit

weitermachen.

▶ Haben Sie sich denn schon in Ihrer Forschung mit diesem Thema beschäftigt?

Laura Batstra: Das nicht. Ich finde aber, dass wir dazu etwas machen müssen. Dass wir beispielsweise Tipps für Eltern entwickeln müssen, wie sie das Computerspielverhalten ihrer Kinder am besten mäßigen können.

▶ Das Gespräch ist gerade sehr praktisch geworden. Zum Ende hin möchte ich aber noch einmal auf einen theoretischen Punkt kommen, der mit der Geschichte von ADHS zu tun hat.

So sprach man Jahrzehnte vor den 1980er Jahren, als die Bezeichnung ADHS entstand, von "Minimal Brain Damage" (MBD; deutsch: minimaler Gehirnschaden, Anm. S. Schleim). Nachdem dies immer mehr Kritik auf sich zog, schwächte man die Bezeichnung zu "Minimal Brain Disorder" (minimale Gehirnstörung) oder "Minimal Brain Dysfunction" (minimale Gehirndysfunktion) ab. Haben Sie sich auch schon mit den Vorgängern von ADHS beschäftigt?

Laura Batstra: Durchaus. Auffällig war, dass diese Kategorien damals schon unter Einfluss der pharmazeutischen Industrie entstanden - und dass man den behaupteten "Gehirnschaden" nie finden konnte. Aus heutiger Sicht fällt zudem auf, dass man mit MBD die heutige ADHS mit der Störung PDD-NOS zusammenfasste.

▶ Also der "nicht anders spezifizierten, allgegenwärtigen Entwicklungsstörung" aus dem amerikanischen Diagnosehandbuch DSM. Was verbirgt sich dahinter?

Laura Batstra: Das bezieht sich auf zurückgezogenes, einzelgängerisches Verhalten. Vielleicht könnte man es als eine leichte Form von Autismus bezeichnen. Diese Kategorie wurde dann aber 2013 wieder abgeschafft, weil man einräumen musste, dass sie sich wissenschaftlich nicht halten ließ.

In dem Verständnis von MBD waren also alle drei Ideen enthalten: Erstens die impulsive, hyperaktive Seite von ADHS. Zweitens das Aufmerksamkeitsdefizit. Und drittens das Einzelgängerische von PDD-NOS. Bis 2013 sah man auch häufig, dass ADHS und PDD-NOS zusammen diagnostiziert wurden. Jetzt macht man das nicht mehr, weil die Kategorie abgeschafft wurde.

▶ Sie sprachen gerade an, dass schon in der Zeit von MBD die pharmazeutische Industrie ihre Finger im Spiel hatte. Dann wurde damals gegen den "Gehirnschaden" wahrscheinlich vor allem Amphetamin verschrieben?

Laura Batstra: Ja.

▶ Wie kam es dann aber nach der Dämonisierung von Amphetamin in den 1970er und 1980er Jahren als schlimme Droge zu der Kehrtwende in den 1990ern? Da fing man auf einmal wieder an, Amphetamin und vor allem das etwas schwächere Mittel

Methylphenidat (der Wirkstoff in Ritalin, Anm. S. Schleim) an Kinder zu verschreiben. Und trotz damaliger Warnungen durch die Weltgesundheitsorganisation explodierten diese Medikamentenverschreibungen dann in den 2000ern erst richtig!

Laura Batstra: Ich erwähnte vorher schon einmal Studien aus den 1990ern und vor allem dem Jahr 1999, die Methylphenidat als die beste Behandlung für ADHS erscheinen ließen. Diese Ergebnisse wurden in der Wissenschaft und in den Medien unglaublich stark verbreitet. Das hat damals meiner Meinung nach einen enormen Einfluss gehabt.

Wir haben übrigens diese einflussreiche Publikation mit Folgestudien verglichen, die bescheidenere Effekte für die Medikamente fanden. Diese bekamen viel weniger Aufmerksamkeit und wurden auch von Wissenschaftlern viel seltener zitiert. Die Korrektur der anfänglichen euphorischen Funde erreichte die Menschen also kaum noch.

▶ Aber jetzt kommt mir ein Rätsel in den Sinn: Es gab also diese vielversprechenden Studien zu den Medikamenten in den 1990ern. Um die Mittel in diesem Ausmaß verschreiben zu können, muss aber ADHS auch sehr viel häufiger diagnostiziert werden. Wie lässt sich dann die Zunahme der Diagnosen erklären? Hat das Ihrer Meinung nach mit der Leistungsgesellschaft zu tun?

Laura Batstra: Hier wird es jetzt etwas spekulativer. Wer legte die

Kriterien für ADHS fest? Das waren einige einflussreiche Psychiater, die einerseits merkten, mit welchen Problemen die Patienten zu ihnen kamen. Andererseits hatten viele dieser Psychiater enge Kontakte zur Pharmaindustrie. Das ist gut belegt. Und die Pharmaindustrie saß nun auf diesen Medikamenten, für die es damals keine medizinische Indikation gab, die aber Effekte auf Konzentration und Ruhelosigkeit hatten, also Eigenschaften, die für ADHS von Bedeutung sind.

Dazu kommt, dass die Bedeutung von Schulen und Noten seit den 1960ern immer mehr zugenommen hat. Nun sind Schulen die Umgebungen, in denen Konzentrationsmangel und Ruhelosigkeit am ehesten zum Problem werden. Ich glaube, dass diese Prozesse hier zusammenspielen.

▶ Was sind nun die nächsten Schritte Ihrer Forschung? Sie haben erwähnt, dass Sie am Anfang auf sehr viel Widerstand gestoßen sind, seit 2014 aber allmählich ein Umdenken stattfindet. Steht uns hier ein Paradigmenwechsel bevor?

Laura Batstra: Es ist schon so, dass heute mehr Psychiater die Umgebung in den Fokus nehmen und beispielsweise die Leistungsgesellschaft kritisieren. Nach wie vor steckt aber viel biomedizinisches Denken in den Köpfen und werden immer noch sehr viele Medikamente verschrieben. Der Höhepunkt lag hier in den Niederlanden bei 4,5% der Kinder und Jugendlichen, die ADHS-

Medikamente verschrieben bekamen. Das hat jetzt leicht abgenommen und wir befinden uns bei ca. 4,3%. Das sind noch keine unterschiedlichen Welten.

Wir richten uns jetzt konkret vor allem auf die Schulen. Dort ist das Denken, bei ADHS handle es sich um eine Gehirnstörung, immer noch sehr weit verbreitet. Wissen Sie übrigens, was das mit den Lehrkräften macht? Die denken dann, wenn das etwas im Gehirn ist, dann seien sie überhaupt nicht dafür qualifiziert, damit umzugehen.

Da wir unsere Aufklärung über ADHS aber direkt mit praktischen Tipps und Lösungen kombinieren, helfen wir Eltern und Lehrkräften dabei, selbst etwas zu unternehmen: Es handelt sich um ein Verhaltensproblem in einem bestimmten Kontext. Und deshalb muss man die Kontextfaktoren miteinbeziehen, um das Verhalten in den Begriff zu bekommen. Wir gehen davon aus, dass dieses Wissen die Menschen dazu in die Lage versetzt, etwas zu *tun* - im Englischen gibt es hierfür dieses Wort "Empowerment" -, statt nur zu denken, das sei ein Problem für den Arzt.

▶ Bei der Recherche ist mir noch aufgefallen, dass Sie mit einem Ihrer Projekte Feste für Kinder unterstützen, die sonst nie eingeladen werden. Das lässt mich auch an "Empowerment" denken. Was hat es damit auf sich?

Laura Batstra: Es gibt tatsächlich Kinder, die nie eine Einladung

bekommen. Oft geht das von anderen Eltern aus, die denken: "Wenn ich diesen Störer einlade, dann habe ich schon mit diesem einen Kind alle Hände voll." Oder die Kinder sind irgendwie anders, verhalten sich anders, sehen komisch aus, haben vielleicht eine körperliche Behinderung oder einen Migrationshintergrund. Für die ist die Erfahrung übrigens schrecklich. Es gibt für Kinder kaum etwas Schlimmeres, als nicht zur Gruppe dazuzugehören.

Bei unserem Projekt "Klassenfest" kam uns der Gedanke, dass soziale Ausgrenzung eigentlich von uns allen ausgeht. Deshalb kann auch jeder etwas dagegen tun. Beim Klassenfest werden alle aus der Klasse eingeladen und so macht man deutlich, dass wirklich jedes Kind dazugehört.

▶ Heißt das, dass Sie solche Klassenfeste schon selbst organisiert haben? Oder vom wem geht die Initiative aus?

Laura Batstra: Am Anfang haben wir das tatsächlich gemacht. Inzwischen stellen wir aber ein Handbuch mit praktischen Tipps zum kostenlosen Download bereit. Darin haben wir eine Reihe von Spielen zusammengestellt, die sich für so ein Klassenfest eignen. Oder geben auch Tipps dafür, wie man es bezahlbar halten kann. Beispielsweise könnte man den Geburtstag von drei Kindern zusammen feiern und dann hat man auch gleich mehrere Eltern, die sich um so ein Fest kümmern.

▶ Das hört sich ja nach einem Traumberuf an, wenn Sie sogar

Kinderfeste organisieren können.

Laura Batstra: (lacht) Ja, Schokolade-Wettessen für die Wissenschaft. Das ist wirklich großartig!

Hinweis zum Interessenkonflikt: Laura Batstra und Stephan Schleim arbeiten zwar an derselben Universität, doch an unterschiedlichen Instituten. Es bestand oder besteht keine Zusammenarbeit.

Intermezzo: Psychische Gesundheit und Sinngebung

Gesundheit ist mehr als nur ein funktionierender Körper

Vor Kurzem hatte ich noch etwas Zeit am Bahnhof übrig und stöberte durch eine kleine Buchhandlung. Gleich an deren Eingang gab es eine Auslage mit der Top 10. Mir fielen die Titel auf, die auf Geschichte, Philosophie und Sinngebung schließen ließen. Überrascht schaute ich, ob dies hier nur für *Ratgeberliteratur* gedacht sei - doch zwischen den genannten Büchern standen auch ein paar Romane. Ich wunderte mich darüber, dass sich so viele Menschen für tiefgehende Lebensfragen interessierten.

Ich verließ die Buchhandlung mit einem Exemplar des (niederländischen) Buches "Der Sinn des Lebens: Gespräche über die Essenz unseres Daseins", geschrieben von Fokke Obbema, Redakteur der großen niederländischen Tageszeitung "de Volkskrant". Die erst im September 2019 erschienene Interviewsammlung war im Januar 2020, als ich sie kaufte, bereits in siebter Auflage erschienen. In seiner Einleitung schreibt der Autor über seinen Herzstillstand im Jahr 2017, den er nur mit viel Glück (und vor allem dank seiner Frau) überlebte. Das erinnert an die Geschichte des Regisseurs Godfried Beumers im folgenden und

letzten Kapitel dieses eBooks.

Die Erfahrungen Obbemas, der übrigens in der Zeit vor dem Herzstillstand nicht nur am Arbeitsplatz gut funktionierte, sondern auch viel mit dem Rennrad unterwegs und körperlich sehr fit war, und Beumers' machen deutlich, dass Schicksalsschläge und Krankheiten uns sehr in jeder Lebenslage widerfahren können. Manchmal kommen sie schleichend und langsam, manchmal aber auch völlig unerwartet und plötzlich.

Aus eigener Erfahrung

Als ich 2018 von einer längeren Indienreise zurückkehrte, wo ich auch eine Yogalehrerausbildung gemacht hatte, wurde bei mir ein großer Gallenstein gefunden. Ich hatte schon seit Jahren vielleicht einmal im Monat starke Schmerzen mit Erbrechen und/oder Durchfall gehabt, im August/September 2018 dann aber schon wöchentlich. Das ließ sich nicht mehr so leicht als "Bauchgrippe" oder "etwas Falsches gegessen" abtun.

Die Chirurgen wollten nach einer Ultraschall-Untersuchung erst sofort operieren, setzten mich dann aber wegen der doch nicht so schweren Symptome auf eine Warteliste: sechs bis sieben Wochen sollte das dauern. In dieser Zeit entzündete sich dann aber meine Gallenblase: Das Muster und auch der Ort der Schmerzen änderten sich; das zerreißende Gefühl im Inneren hörte überhaupt nicht

mehr auf, Tag wie Nacht.

Ich musste an das Interview mit Godfried Beumers denken, in dem er von seiner Lebererkrankung erzählt hatte: Die Schmerzen seien so stark gewesen, dass er nach jedem Atemzug nur noch dankbar gewesen sei, wieder einen geschafft zu haben. Mein Hausarzt stellte jedoch keine Entzündung fest und empfahl mir, mich einige Wochen lang mit starken Schmerzmitteln - Oxycodon, das wir aus der Opioid-Krise in den USA kennen - bis zur Operation zu unterstützen.

Da ich von reiner Symptomtherapie noch nie viel hielt, rührte ich die Pillen aber nicht an. Der Arzt hatte mir auch gesagt, dass man dadurch ein vernebeltes Bewusstsein bekomme. So lag ich nur noch im Bett, aß nicht mehr, trank sehr wenig und schlief auch kaum noch. Das Bewusstsein richtete sich abwechselnd auf den Schmerz, dann vielleicht wieder auf den Atem und ab und zu einen Gedanken. Ich hätte gerne gelesen oder Tagebuch geschrieben, doch auch dazu waren die Schmerzen zu groß und war ich irgendwann schlicht zu müde.

Als dann aber eines Abends auch Fieber einsetzte, rief ich beim notärztlichen Dienst an. Dieser bestellte mich sofort ins Krankenhaus. Wie ich es mit dem Fahrrad dorthin geschafft habe, weiß ich nicht mehr. Dort wurde ich sehr schnell in die

Notaufnahme verwiesen. Ich hatte gerade einmal einen Jogginganzug an, mein Mobiltelefon (ohne Ladegerät) mitgenommen und eine dünne Jacke. Als mir langsam klar wurde, dass man mich gleich dortbehalten wurde, kam mir noch der Gedanke, dass ich mein Fahrrad an einem ungünstigen Platz gleich neben dem Eingang abgestellt hatte.

Natürlich bin ich sehr dankbar, dass die junge Ärztin vom Dienst noch vor dem Eintreffen der Laborwerte die richtige Diagnose stellte: Gallenblasenentzündung. Man gab mir - intravenös - sofort starke Antibiotika und nach ein paar Stunden nahmen die Schmerzen spürbar ab. Für die Behandlung musste ich ein paar Tage im Krankenhaus blieben. Schließlich war auch die Batterie meines Telefons, die ich schon stark rationiert hatte, völlig aufgebraucht. Damit fiel mein Kontakt zur Außenwelt weg.

Ich hatte aber auch sehr viel Zeit zum Lesen - im Krankenhaus gab es zum Glück einen Kiosk mit ein paar ansprechenden Büchern - und meditierte im Übrigen so viel, wie noch nie zuvor in meinem Leben. Pfleger und Ärzte kamen mehrmals in mein Zimmer, sahen mich in Meditationshaltung sitzen und entschuldigten sich spontan: "Oh, ich wollte Sie nicht stören." Dabei kam mir stets der Gedanke: "Wie könnten Sie mich denn stören? Alles ist doch gut."

Anders als Obbema, der von seinem kritischen Zustand übrigens

nichts mitbekam, und Beumers schwebte ich nicht in echter Lebensgefahr; aber in einem Land ohne moderne medizinische Versorgung wäre es für mich im Alter von 38 Jahren wohl vorbei gewesen. Für mich war das kein Ansporn, über ein mögliches Leben nach dem Tod zu spekulieren; immerhin bin ich kritischer Philosoph und Agnostiker. Aber mir kam immer wieder der Gedanke, mehr über das Leben *vor* dem Tod nachzudenken, solange ich es noch selbst gestalten kann.

Menschen, denen ich hinterher von meinen Erfahrungen erzählte, konnten sich nicht gut vorstellen, dass ich in dieser Zeit eigentlich zufrieden mit mir selbst war. Gegen die körperlichen Schmerzen konnte ich nicht viel tun; dagegen, nicht unnötig *psychisch* zu leiden und beispielsweise meinem Hausarzt permanent Vorwürfe zu machen, konnte ich aber sehr wohl etwas unternehmen. Heute vermisse ich manchmal sogar das Gefühl, mit mir selbst in so engem Kontakt zu sein, und vor allem nichts tun zu müssen, was mir sinnlos erschien.



Körperliche Schmerzen kann man nicht "wegmeditieren". Durch Meditation und das Wissen, dass man selbst nicht mit seinen Gedanken identisch, sondern vielmehr deren Wahrnehmer ist, kann man aber immerhin unnötiges Leiden verringern. Bild: Mit freundlicher Genehmigung der Groninger Künstlerin Elise Madderom

Ich fühlte mich von meinem Körper getragen und schließlich im Krankenhaus auch in sehr guten Händen. Da durch die starke Entzündung das umliegende Gewebe beeinträchtigt war, konnte der Chirurg übrigens wegen des zu großen Risikos einer inneren Verletzung nicht direkt operieren. So musste ich die vollen sechseinhalb Wochen warten.

Der Eingriff verlief schließlich reibungslos und ich wurde am Tag der Operation schon nachhause geschickt. Mich wunderte, dass man mir ein Organ entnommen hatte - eben die Gallenblase - und ich dort noch nicht einmal Schmerzen spürte. Den kastaniengroßen Gallenstein bewahre ich noch heute im Regal, versteckt hinter ein paar Büchern. Meinem ungünstig abgestellten Fahrrad war übrigens auch nichts passiert.

Ost und West

Solche und ähnliche existenzielle Erfahrungen - auch von vielen anderen Menschen, mit denen ich in den letzten Jahren tiefgreifende Gespräche führte - erwecken in mir den Eindruck, dass uns unser westliches, stark auf Konsum und Produktivität

ausgerichtetes Lebensmodell nicht zum Wesentlichen im Leben führt, sondern vielmehr davon weg.

Dass nach einer neuen und repräsentativen Befragung durch den Berufsverband der Yogalehrenden in Deutschland inzwischen fünf Prozent der Bevölkerung regelmäßig Yoga üben - unter den Frauen neun, bei den Männern jedoch nur ein Prozent -, erscheint mir nur zum Teil am herrschenden "Fittneskult" zu liegen. Denn der tiefergehende, philosophische Yoga führt einen allmählich zum Wesenskern - von dem übrigens im Buddhismus meistens gesagt wird, dass es ihn gar nicht gibt.

Die indische Philosophie liefert also auch keine einfachen Antworten. Meditationstechniken aus dem Buddhismus, dem Yoga oder auch dem Advaita Vedanta, einer anderen philosophischen Schule Indiens, helfen uns aber bei der Identifikation dessen, was in uns selbst ein von außen auferlegtes Denkmuster ist. Laut der indischen Philosophie bleibt letztlich ein "höheres Selbst" übrig, wenn man alles Fremde losgelassen hat; dem Buddhismus (eigentlich auch eine indische Philosophie) zufolge: nichts. So oder so sind wir aber nicht dieses Selbstbild, mit dem wir uns permanent identifizieren, und auch nicht unsere Gefühle und Gedanken, die permanent kommen und gehen.

Die Identifikation mit dem (gesellschaftlich geprägten) Selbstbild

hilft uns vor allem dabei, als Person in einer Gesellschaft zu funktionieren. Sie erzeugt aber auch Leiden, wo sie uns Normen auferlegt, denen wir nicht genügen: Ich *muss* erfolgreich sein; ich *muss* gut aussehen; ich *muss* viele Sexualpartner haben; ich *muss* eine gute Mutter/ein guter Vater sein; ich *muss* am Arbeitsplatz funktionieren; ich *muss* viel Sport treiben, um gesund zu bleiben.

Unter so viel Müssen bricht der Eine oder die Andere zusammen und damit sind wir wieder beim Anfang dieses Buches: beim stetigen Anstieg von Angststörungen, Burn-outs oder Depressionen in unserer Zeit. Daher finde ich es auch schade, wenn ein Buch wie John P. Streleckys "Café am Rande der Welt" seit Jahren die Bestsellerliste anführt. Denn dieser Autor verkauft uns (im wortwörtlichen Sinne) vor allem eine altamerikanische Du-kannst-alles-erreichen-wenn-du-nur-willst-Ideologie, allenfalls garniert mit ein paar weisen Anekdoten, die sich Weltreisende so erzählen, ohne deren fremden Ursprung auch nur zu erwähnen (Ein Besuch im "Café am Rande der Welt").

Wir Menschen müssen aber erst einmal: *nichts*. Unsere Körper leben von ganz alleine, die Zellen teilen sich, die Knochen und Gewebe halten das alles zusammen und mit etwas Nahrung geht das erst einmal so weiter. Der ganze Rest im Menschenleben sind Dinge, die uns durch Gesellschaft und Kultur prägen. Und so muss auch niemand die Frage nach der Identität in der radikalen Weise

beantworten, wie es die Gedanken aus der indischen Philosophie nahelegen.

Sinngebung und Spiritualität können erst einmal nur bedeuten, sich die Frage zu stellen, was man denn *wirklich* will. Und welche Denk- und Verhaltensmuster einen vielleicht immer wieder in Situationen bringen, die man gerade nicht will, wie es auch Paul Verhaeghe im Gespräch hier im eBook erwähnte.

Gesundheit und Sinngebung

Die innovative Forschung der niederländischen Gesundheitswissenschaftlerin Machteld Huber hat gezeigt, dass die meisten Menschen im medizinischen Bereich nicht nur Ansprüche an die körperliche und psychische Gesundheit haben. Vielmehr gehören für sie soziale Partizipation (etwa dazu zu gehören, Unterstützung von Anderen), Lebensqualität (etwa Balance und Sicherheit) und Sinngebung (etwa sinnvoll leben, sich weiterentwickeln) essenziell zur Gesundheit. Das ist für manche allerdings schon ein großer Schritt - und gerade Ärzte und Entscheidungsträger denken laut Hubers Forschung noch primär an das körperliche Funktionieren.

Dabei warnte bereits der österreichisch-amerikanische Philosoph und Theologe Ivan Illich (1926-2002) davor, das biomedizinische Paradigma der Medizin bringe den Menschen nicht nur Fortschritte,

sondern mache sie auch abhängig ("Die Nemesis der Medizin. Von den Grenzen des Gesundheitswesens", 1981). So würden Patienten kulturell tradierte Fähigkeiten verlernen, selbst mit Rückschlägen und Leid umzugehen. Im Christentum mögen das beispielsweise die Identifikation mit dem Leidensweg Christi und die Ideen der Vergebung sowie Erlösung gewesen sein.

Im 21. Jahrhundert stellt die gerade erwähnte Huber dann fest, dass eine rein biologische Medizin zu kurz greift und insbesondere chronisch Kranken, von denen es heute schon immer mehr gibt und in Zukunft noch viel mehr geben wird, kaum nutzt. Wenn Heilung keine Option (mehr) ist, dann ist das Lernen, mit seinen Schwierigkeiten umgehen zu können, von entscheidender Bedeutung. Ludger Tebartz van Elst äußert im Interview in diesem eBook dann seine Befürchtung, den Menschen gehe die Robustheit verloren. Stattdessen rennt man halt zum Arzt/Psychiater oder Psychologen. Und der gibt einem dann eine Diagnose, ein paar Pillen und Ratschläge.



Das Leben ist manchmal wie ein Drahtseiltanz. Man muss nicht immer nur vorgetretenen Bahnen folgen. Oft hat man mehr Möglichkeiten, als man denkt. Bild: Mit freundlicher Genehmigung der Groninger Künstlerin Elise Madderom

Auch ohne das Wort "Spiritualität" in den Mund zu nehmen, sollte klar geworden sein, dass Gesundheit mehr ist als nur ein funktionierender Körper; und der Lebenssinn mehr als nur Erfolg. Sinngebung beginnt mit der Frage, wer man eigentlich ist und was man wirklich will. Spiritualität fügt dann noch eine Dimension des größeren Ganzen hinzu und hilft dabei, wie beim Häuten einer Zwiebel unwesentliche Schichten zu entfernen. Die indische Philosophie ist nicht der einzige, wenn auch ein heute immer populärer werdender Weg. Ich für meinen Teil breche schon morgen wieder zu indischen Städten wie Delhi, Varanasi und Rishikesh auf, so wie inzwischen jährlich rund elf Millionen andere Menschen auch.

Organspende und der Sinn des Lebens

Der niederländische Regisseur Godfried Beumers über die zweite Chance im Leben

Gesundheit ist ein hohes Gut in unserem Leben. Zwar genießen viele Menschen eine höhere Lebenserwartung denn je, abhängig vom Land, Geschlecht (Für einen "Equal Age Day"), Wohlstand und auch der ethnischen Herkunft. Doch selbst wenn es immer mehr hochbetagte Alte gibt, scheint einem Menschenleben spätestens um das Lebensalter 115 herum ein endgültiges Ende gesetzt zu sein (Maximales Lebensalter von etwa 115 Jahren?). Das heißt, dass wir alle, unseren Wohlstand und wissenschaftlichen Fortschritt zum Trotz, höchstwahrscheinlich einmal sterben werden. Wie können wir damit umgehen?

Godfried Beumers (65) ist Theaterregisseur und Erzähler und wohnt im niederländischen Nijmegen (Nimwegen). Vor einigen Jahren stellte ihn eine schwere Lebererkrankung vor die Entscheidung: Mit Sicherheit sterben oder wahrscheinlich sterben, wenn sich schnell genug ein Spenderorgan findet? Heute hält er vor Schulklassen und für Erwachsene Seminare über Organspende. Im Gespräch zeigt sich, was auch jüngere und gesunde Menschen aus seinen

Erfahrungen lernen können.

▶ Herr Beumers, gerade erhielt ich Post vom niederländischen Institut für Volksgesundheit, ob ich mich als Organspender registrieren lasse. Wie soll ich reagieren?

Godfried Beumers: Das ist natürlich Ihre Entscheidung. Doch selbst wenn Sie sich registrieren lassen, beträgt die Wahrscheinlichkeit, dass es wirklich so weit kommt, gerade einmal 0,01%.

▶ Warum so niedrig?

Godfried Beumers: Ich wünsche Ihnen natürlich, dass Sie noch lange leben. Eine Organspende kann jedoch nur durchgeführt werden, wenn jemand auf der Intensivstation stirbt. Ansonsten dauert es zu lange und sind die Organe nicht mehr lebensfähig.

▶ Hätte es in Ihrem Fall nicht eine bestimmte anonyme Spenderin gegeben, dann könnten wir jetzt aber nicht dieses Gespräch führen.

Godfried Beumers: Das stimmt. Und dafür war und bin ich sehr dankbar. Tatsächlich haben viele Patientinnen und Patienten ein großes Bedürfnis, ihre Dankbarkeit auszudrücken. Immerhin musste jemand sterben, damit wir leben können. Das erzeugt auch Schuldgefühle. Manche standen jahrelang auf der Warteliste.

▶ Wie lässt sich dieser Dankbarkeit Form geben?

Godfried Beumers: Die Identität der Spenderin oder des Spenders

wird natürlich geheim gehalten, sofern es keine direkte Spende etwa von einer Niere oder von Lebergewebe innerhalb einer Familie ist. Ich bekam nur das Geschlecht und das Alter mitgeteilt. Es gibt aber die Möglichkeit, den Hinterbliebenen über eine Vertrauensperson einen Brief zukommen zu lassen, der ebenfalls anonym sein muss. Oft haben Menschen diesen Wunsch, finden später aber nicht die passenden Worte. Die Hinterbliebenen werden aber erst gefragt, ob sie so einen Brief empfangen möchten.

▶ Haben Sie sich so bedankt?

Godfried Beumers: Ich habe ein halbes Jahr später ein Buch über die fünf Wochen im Krankenhaus geschrieben, weil alles so schnell gegangen war; und ich schrieb tatsächlich auch einen Brief. Zwei Jahre später hörte ich, dass sich die Empfänger darüber sehr gefreut haben.

▶ Vielleicht fassen Sie kurz zusammen, was damals passierte.

Godfried Beumers: Ich war im Endstadium so krank, dass ich mich für jeden Atemzug bedankte: Wieder einer geschafft. Die Krankheit kam überraschend und innerhalb weniger Monate.

Damals hatte ich einen großen Auftrag als künstlerischer Leiter einer multikulturellen Organisation. Wir arbeiteten an einem Projekt für die Stadt Nijmegen, in dem es um Zuwanderer ging. In der Geschichte der Stadt hat es schon immer viele Zuwanderer

gegeben. In dem Jahr der Produktion drohte sogar ein Iraker, von der Walbrücke in den Tod zu springen, da er abgeschoben werden sollte. Wir hatten alle einen immensen Arbeitsdruck, da die öffentliche Förderung davon abhing, ob unser Projekt ein Erfolg würde.

▶ Und in dieser Zeit starben Sie beinahe?

Godfried Beumers: Ja. Erst färbte sich meine Haut orange. Wir fragten uns am Anfang: Hatte ich zu viel in der Sonne gelegen? Dazu kamen unter anderem Körpergeruch, Stimmprobleme, große Müdigkeit und Reizbarkeit.

▶ Wie lange dauerte es, bis Ärzte die Ursache fanden?

Godfried Beumers: Monate. Im Frühjahr des betreffenden Jahres dachten wir das erste Mal daran, einen zweiten Arzt einzuschalten. Schließlich wurden wir von Spezialist zu Spezialist geschickt, doch niemand sah das große Ganze. Erst im Juni stellte sich heraus, dass meine Leber nicht mehr gut funktionierte und das Eisen nicht mehr verarbeitete. Dadurch kam es zur Verfärbung meiner Haut.

▶ Und danach ging alles sehr schnell?

Godfried Beumers: Im Oktober war ich kurz im Krankenhaus. Ich erinnere mich noch an einen Arzt, der zu mir sagte: Wenn ich Sie hier noch einmal beim Arbeiten erwische, dann stelle ich die Behandlung ein. Schließlich wurde klar, dass meine Leber wegen eines Gendefekts völlig kaputt war. Im Dezember sagte man mir,

dass eine Transplatation meine einzige Chance wäre und setzte man mich auf die Warteliste.

▶ Wie standen damals Ihre Chancen?

Godfried Beumers: Die Wartezeit für eine Spenderleber betrug durchschnittlich drei bis sechs Wochen. Die Ärzte gaben mir aber nur noch zehn Tage.

▶ Dass es schneller ging, klingt fast wie ein Wunder.

Godfried Beumers: Ja. An einem Montag kam ich auf die Warteliste; einen Tag später konnte ich schon operiert werden.

"Ich stelle mir häufiger die Frage, ob Dinge die Mühe wert sind"

▶ Über die Entscheidung dafür brauchten Sie sicher nicht lange nachzudenken.

Godfried Beumers: Mir ging es damals unendlich schlecht. Selbst mit einem Spenderorgan betrug die Überlebenschance nur 25%. Es ging also um die Entscheidung, keine Transplantation zu versuchen und mit Sicherheit zu sterben oder es zu probieren und wahrscheinlich zu sterben.

Ich dachte damals: Du hast keine Wahl. Doch ein befreundetes Paar, beide Hausärzte, korrigierten mich: Natürlich hätte ich eine Wahl. Die Frage sei, ob ich mit meinem Leben schon fertig sei oder es noch etwas für mich zu tun gäbe.

▶ Und Sie waren noch nicht fertig?

Godfried Beumers: Da war natürlich das große Projekt, eines von mehreren, an denen ich damals arbeitete. Ohne mich würde es scheitern und die Stadt die Förderung einstellen. Davon waren 50-60 Menschen direkt betroffen. So ist es dann leider auch gekommen.

Ich hatte aber das große persönliche Bedürfnis, nicht so aus dem Leben zu scheiden. Die Monate vor der Operation war ich nicht mehr ich selbst gewesen. Wahrscheinlich spielte eine Ammoniakvergiftung im Gehirn hierbei eine Rolle. Jedenfalls hatte ich zu meinem Partner und zu guten Freunden Dinge gesagt, die ich so nicht stehenlassen wollte; ich wollte nicht mit so einem verkehrten Bild von mir gehen.

▶ Und die Gelegenheit, das zu korrigieren, haben Sie ja zum Glück bekommen. Leben Sie heute anders als vor der Transplantation?

Godfried Beumers: Ja. Ich stelle mir häufiger die Frage, ob Dinge die Mühe wert sind. Will ich etwas wirklich? Wenn nicht, dann tue ich es auch nicht mehr. Ich lebe bewusster, bin aber auch körperlich und emotional weniger belastbar. Dass mein Partner nach der Erkrankung zu mir sagte: "Du brauchst kein Geld mehr zu verdienen", war natürlich eine große Erleichterung.

▶ Aber wenn Sie Ihr Leben vor und nach der Transplantation vergleichen - hätten Sie mit der Erfahrung von heute etwas anders

gemacht?

Godfried Beumers: Wie gesagt, ich hätte es schlimm gefunden, ein paar große und für mich wirklich sehr wichtige Dinge mit solch losen Enden hinter mir zu lassen. Meine Empfehlung ist, es nicht auf so einen dramatischen Moment der Erkrankung oder vielleicht eines schweren Unfalls ankommen zu lassen, um sich zu fragen, wie steht es mit meinen Beziehungen, was will und was kann ich in meinem Leben noch erreichen?

▶ Spielen die unterschiedlichen Lebensphasen hierfür vielleicht auch eine Rolle?

Godfried Beumers: Ich teile das Leben in zwei Phasen, die Jugend und das Älterwerden. In der Jugend scheinen die Möglichkeiten unbegrenzt, "the sky is the limit". Wenn wir älter werden, ändert sich das: Wir müssen zunehmend mit Rückschlägen zurechtkommen, leiden vielleicht an körperlichen Gebrechen. Es ist nicht mehr so selbstverständlich, nach einer Kündigung eine neue Arbeit zu finden, wenn man erst einmal über vierzig oder fünfzig ist. Und wie ist das nach einer Trennung? Findet man dann noch einmal eine neue Partnerschaft?

Das heißt, man muss Grenzen akzeptieren und damit umgehen lernen, dass man vielleicht nicht mehr alle Träume aus der Jugendzeit in seinem Leben verwirklichen wird. Es ist wichtig, sich in regelmäßigen Abständen zu fragen: Wo stehe ich? Wie geht es mir

und wie ist es um meine Freundschaften und andere Beziehungen bestellt?

Viele stellen sich solche Fragen erst, wenn sie alt oder sehr krank sind. Oder vielleicht erst nach einer existenziellen Krise. Dann sind die Möglichkeiten, noch einmal etwas zu ändern, aber sehr begrenzt. Lassen Sie es nicht auf so einen Moment ankommen und schauen Sie sich gelegentlich auch Ihre Schattenseiten an. Das ist vielleicht unangenehm und die Hektik des Tages lenkt uns schnell ab. Es lohnt sich aber, nicht zu lange damit zu warten.

▶ Vielen Dank für die Anregungen zum Nachdenken. Kommen wir am Ende noch auf Ihre Dozententätigkeit zu sprechen. Sie sagten, dass Sie Seminare über Organspenden halten. Wie gehen Sie dabei vor?

Godfried Beumers: Ich stelle zwei Fragen: Erstens, stellen Sie sich vor, Sie wachen eines Tages auf und es heißt, Sie seien so schwer erkrankt, dass Sie nur mit einer Organtransplantation überleben können. Würden Sie dann ein Spenderorgan wollen? 90% sagen dann "ja". Bei Menschen über 60 sind es übrigens nur 60-80%. Eine kleine Gruppe sagt dann, schon ein erfülltes Leben gehabt zu haben.

Darauf folgt die zweite Frage: Würden Sie selbst ein Organ spenden? Rund 15% sagen dann "ja", ein großer Teil weiß es nicht und 10% lehnen es ab. Die sagen zum Beispiel: "Bleibt mir vom

Leib, sonst liege ich beschädigt im Sarg."

Ich würde mich vor allem freuen, wenn die Menschen sich registrieren lassen, ob sie nun "ja" oder "nein" sagen. Denn andernfalls werden die Hinterbliebenen gefragt. Die sind dann aber meistens schon mit der Botschaft überfordert, dass gerade ein geliebter Mensch stirbt. Rund 80% lehnen dann ab; drei Jahre später gibt aber die Hälfte von ihnen an, dass sie lieber eine andere Entscheidung getroffen hätte.

▶ Es scheint, dass Entscheidungen zur Organspende nicht immer rational getroffen werden.

Godfried Beumers: Ja. Wenn jemand auf die erste Frage mit "ja" antwortet, warum reagiert er oder sie dann auf die zweite mit "nein"?

Es lohnt sich, selbst darüber nachzudenken und die Entscheidung nicht einfach so den Hinterbliebenen zu überlassen.

Dieser Artikel erscheint ebenfalls im Blog "Menschen-Bilder" des Autors.

Fußnoten

[1] Das ist der Präambel der Verfassung der Weltgesundheitsorganisati-on entnommen, die 1946 von den Abgesandten von 61 Nationen unterzeichnet wurde und 1948 in Kraft trat.
< zurück

[2] So etwa der Duden - Deutsches Universalwörterbuch, 8. Auflage, 2015.
< zurück

[3] Siehe dazu aber zum Beispiel die Interviews mit Jan Fährmann (Mit Drogenpolitik wird Sozial- und Migrationspolitik gemacht).
< zurück

[4] Für einen Ländervergleich, siehe zum Beispiel den WHO "Global status report on alcohol and health".
< zurück

[5] Das Thema und die Zahlen habe ich ausführlicher in meinem Telepolis-Artikel "Brauchen wir ein Alkoholverbot?" vom 26. Februar 2017 diskutiert. Anlass war der Artikel zweier Journalisten, der erst unter der Überschrift "Wie die Alkoholindustrie uns dazu bringt, immer weiter zu trinken" auf der Journalismusplattform

Correctiv.org und dann zwei Tage später auf ZEIT Online unter "Alkohol: Saufen bis zum Darm-krebs" erschien.

< zurück

[6] Sehr zu empfehlen ist hierzu auch die amerikanische Dokumentation "Take Your Pills" (2018).

< zurück

Impressum

Stephan Schleim

Psyche & psychische Gesundheit

Philosophen, Psychologen und Psychiater im Gespräch

Herausgeber der Reihe: Florian Rötzer

Umschlaggestaltung & Herstellung: Michael Schuberthan

ISBN 978-3-95788-230-1 (V1)

Copyright © 2020 Heise Medien GmbH & Co. KG, Hannover

Die vorliegende Publikation ist urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte vorbehalten.
Die Verwendung der Texte und Abbildungen, auch auszugsweise, ist ohne die schriftliche Zustimmung des Verlags urheberrechtswidrig und daher strafbar. Dies gilt insbesondere für die Vervielfältigung, Übersetzung oder die Verwendung in elektronischen Systemen.
Alle Informationen in diesem Buch wurden mit größter Sorgfalt kontrolliert. Weder Herausgeber, Autor noch Verlag können jedoch für Schäden haftbar gemacht werden, die in Zusammenhang mit der Verwendung dieses Buches stehen.

Heise Medien GmbH & Co. KG
Karl-Wiechert-Allee 10
30625 Hannover

Weitere Telepolis-eBooks

Stephan Schleim
Was sind psychische Störungen?
Grun



Stephan Schleim

WAS SIND PSYCHISCHE STÖRUNGEN?

GRUNDLAGENFRAGEN, ALTERNATIVEN ZUR BIOLOGIE, GESELLSCHAFTLICHE HERAUSFORDERUNGEN

TELEPOLIS

dl
ag
en
fr
ag
en
,
ge
se
lls
ch
aft
lic
he
H
er
au
sf
or
de
ru
ng
en
,

Alternativen zur Biologie **mehr ▶**

Konrad Lehmann Neu



Konrad Lehmann

NEUES VOM GEHIRN

ESSAYS ZU ERKENNTNISSEN DER NEUROBIOLOGIE

TELEPOLIS

es vom Gehirn Essays zu Erkenntnissen der Neurobiol

og

ie

m

eh

r

▶

Jö

rg

Ph

il

Fri

ed

ric

h

W

as

ko

m

m

t

na

ch

de

m

Kli



mawandel?

Eine Spekulation

mehr ▶



Christoph Jehle

VERNETZTE MOBILITÄT

DIGITALE WEGWEISER DURCH DEN VERKEHR

TELEPOLIS

Christoph Jehle Vernetzte Mobilität Digitale Wegweiser

r
du
rc
h
de
n
Ve
rk
eh
r
m
eh
r
▶