

DEPRESSION UND GESELLSCHAFT

Wie wir leben und wie wir diagnostiziert werden

Dr. Charlotte Jurk

Evangelische Akademie Meißen, 29.6.2010

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich möchte etwas zu den sozialen und gesellschaftlichen Seiten eines Phänomens sagen, das sich „Volkskrankheit“ Depression nennt oder das Depression zu einer Massenerscheinung erklärt. Zu einem Phänomen, das Jahr für Jahr mehr Menschen als psychisch behandlungsbedürftig erklärt.

Um gleich eingangs etwas zu klären:

Es liegt mir fern, das innere Leiden eines Menschen mit Depressionen beschwichtigend herabmildern zu wollen. Im Gegenteil. Während meiner beruflichen Tätigkeit in der Psychiatrie habe ich viele Menschen beraten und begleitet und tue das heute noch. Welch unerträglicher Zustand die bleierne Antriebslosigkeit, die innere Leere sein kann – das habe ich bei vielen Menschen gespürt. Gesehen habe ich aber auch, dass eine wirkliche Hilfe gerade für die schwer Betroffenen nur marginal möglich war. Und das liegt meines Erachtens zum einen an einer eingeschränkten Sicht auf die Betroffenen durch die psychiatrische Wissenschaft: Für diese sind Depressive Stoffwechselgeschädigte. Zum anderen an einem Umbau unseres Gesundheitswesens zur Gesundheitsindustrie mit all ihren Auswirkungen der Kostenberechnung, Effektivitätsgeboten und einem unglaublichen Standardisierungswahn. Es ist schlicht keine Zeit da, um sich angemessen um die Geschichte des jeweils besonderen Schicksals des Einzelnen zu kümmern. Dafür verfügen wir über ein erkleckliches Sortiment von Psychopharmaka, von dem inzwischen die meisten Leidenden abhängen.

Mein Anliegen ist es, eine Lanze dafür zu brechen, Depression nicht als eine kommende Volkskrankheit zu fürchten; wir sollten Depression eben nicht als medizinische, sondern als gesellschaftliche Aufgabe begreifen, in die wir alle verwickelt sind.

In den späten 90er Jahren ist in der öffentlichen Diskussion erstmals die Rede von einem besorgniserregenden Anstieg der Anzahl von an Depression Erkrankten. Die WHO hatte 1993 eine Untersuchung auf den psychischen Zustand der Weltbevölkerung (!) in Auftrag gegeben. Schaut man sich die Methode dieser Untersuchung an, dann war dies eine Massenbefragung. Wie bei allen Fragebögen (Marktanalyse) wurden die angekreuzten Fragen dann in einem Schema ausgewertet. Vieles wäre hier zur Problematik eines solchen Vorgehens zu sagen. Beispielsweise rechnete die WHO mit sogenannten „gelebten Jahren mit Beeinträchtigung“

(YLD), die multipliziert werden mit dem Befragungsergebnis und als Rechenergebnis die verheerende Tatsache eines unglücklichen Lebens präsentieren, das es laut WHO wohl nicht geben darf. Seelische Gesundheit wird nämlich laut WHO als „subjektives Wohlfühlen, Fähigkeit zur Autonomie und Möglichkeit der Selbst-Aktualisierung des eigenen intellektuellen und emotionalen Potentials“ beschrieben. Abweichung von diesem Ideal bedeutet, die Gesellschaft wird durch „nicht gelebtes Leben“ belastet. Ergebnis jedenfalls der Studie der WHO aus den 90er Jahren: Jeder 10. Leidet an Depressionen und belastet damit die Gesellschaft.

Nationale Untersuchungen nach dem gleichen Muster folgten. Das Jahresgutachten der Konzierten Aktion im Gesundheitswesen beschäftigt sich 2001 mit dem Thema Depression und kommt auf ähnliche Zahlen wie die WHO sie vorgegeben hat. 11,5 % unserer Bevölkerung leide an depressiven Episoden und insgesamt 32 % der Bevölkerung an einer wie auch immer gearteten psychischen Störung.

Und so kommt die These der Volkskrankheit langsam in den Fokus der öffentlichen Aufmerksamkeit. Die Zahlen steigen und steigen. Und die Zeit schreibt 2004: Je nach Definition erfüllen jedes Jahr vier bis acht Millionen Deutsche die Kriterien einer behandlungswürdigen Depression. Europaweit sind es 33,4 Millionen. Jeden zehnten Deutschen – manche Studien sprechen sogar von fast jedem fünften – wird die Schwermut mindestens einmal in seinem Leben überwältigen. Jeder Sechste von ihnen wird daran sterben.“

Man muss angesichts einer solchen Berichterstattung tatsächlich ins Bewusstsein rücken: Depression ist wie der Schmerz ein ganz subjektives Empfinden. Depression ist nicht messbar, es gibt keinen chemischen Indikator, kein Substrat für Depression. Die Ergebnisse der Befragungen spiegeln höchst unterschiedliches Erleben wieder und tun dann so, als hätte man es mit Gleichem zu tun. Man kann eben auch einen Blick werfen auf andere Zahlen, z.B. wie hoch ist der Anteil von Beschäftigten, die wegen Depressionen krank geschrieben werden? Dieser Anteil liegt in Deutschland noch nicht mal bei 3,2 Prozent. Allerdings dauern diese Krankschreibungen in der Regel ziemlich lang, sodass für die Krankenkassen höhere Kosten entstehen und dann wird diese geringe Zahl doch für die Kassen zu einem *ökonomischen* Problem und entsprechend in den Berichterstattungen dargestellt. Sie sehen also: All diese Zahlen sind höchst fragwürdig und doch: Sie formulieren irgendwie für uns eine Wahrnehmung, an der etwas Richtiges dran zu sein scheint.

Ist es denn nicht wirklich so, dass sehr viele Menschen trauriger, niedergeschlagener, hoffnungsloser, depressiver sind als noch vor 20 Jahren? Oder benennen wir das nur so, weil

die Zeitungen voll sind vom Massenphänomen Depression? Sind wir überfordert durch den allzu schnellen, allzu flexiblen Sprung ins digitale Zeitalter (das ist eine These des französischen Soziologen Alain Ehrenberg). Sind wir nicht andererseits unterfordert, weil wir als Arbeitende gar nicht mehr gebraucht oder – auch im Dienstleistungsbereich – nur noch *Bediener* von Software sind? Sind wir durch den hemmungslosen und globalisierten Kapitalismus entwurzelt, enteignet – zum Spielball wirtschaftlicher Global-players geworden? Allerdings: warum mündet das dann in Depression und Schwermut statt in Empörung und Widerstand? Und warum ist das Ganze überhaupt ein medizinisches Problem? Haben wir es dem medizinischen Fortschritt zu verdanken, dass wir nun endlich wissen, dass es die Neurotransmitter sind, die versagen? Sind unsere Neurotransmitter nicht tauglich für die Postmoderne? Oder lässt sich vielleicht aus der Depressions-These im Gesundheitsmarkt ein rentables Geschäft machen und unsere angeblichen Verhaltens- und sonstigen Störungen sind Futter für das Laufen eines Wirtschaftssektors, der immerhin 10 Prozent des jährlichen Bruttosozialprodukts ausmacht?

Sie sehen, Fragen über Fragen. Und auf jeden Fall ein Hinweis darauf, dass über Depression immer mit einem bestimmten Interesse gesprochen wird – darauf sollte man achten. Die Fragen deuten schon an, dass wir uns hier auf einem verschlungenen Weg befinden. Meine These: Depression ist beides: sie ist „gemacht“ im Sinn einer Medikalisierung – darauf komme ich noch zu sprechen – *und* sie ist eine Reaktion, ein Kind unserer Zeit, unserer Gesellschaft.

Wenn sich bei FoxConn in China – dem Hersteller der weltweit vertriebenen I-Phones – seit Jahresanfang 10 Mitarbeiter umgebracht haben, wird jeder sagen, dass dies an den unmenschlichen Arbeitsbedingungen, der gnadenlosen Verwertung und Kasernierung der dort Beschäftigten liegt. Ähnliches wird für Japan berichtet. Auch in Frankreich machten die Firmenselbstmorde und jüngst der Selbstmord von Schülern Schlagzeilen. Tatsächlich leuchtet uns ein Zusammenhang mit dem zunehmenden Druck und der Schikane in Arbeitswelt und Schule sofort ein. Schwieriger ist es schon, diese Zusammenhänge an den ganz üblichen Befindlichkeits- und Stimmungsstörungen festzumachen, die eine immer größer werdende Gruppe von Menschen in die ärztliche Behandlung und psychotherapeutische Beratung treiben.

Wie wir leben.

In unserer heutigen Gesellschaft ist die radikale Vereinzelung Programm. Sich als der oder die Erfolgreiche gegenüber der Konkurrenz durchzusetzen wird schon 9. Klässlern als Lebensprinzip empfohlen. Im Internet kursiert seit einiger Zeit das Papier eines „unsichtbaren

Komitees“ – Verfasser anonym - , das eine Analyse unserer Zeit erstellt und zum kommenden Aufstand aufruft. Darin fand ich einige höchst bemerkenswerte Sätze. „Ich bin Ich“ lautet das leere Credo unserer Epoche. Der Befehl, „man selbst“ zu sein, zeigt, dass diese Gesellschaft nur noch als Bindeglied möglichst voneinander unabhängiger Monaden zweckdienlich sein kann. Das zeugt von einer äußersten Schwäche des Gemeinschaftlichen. Jeder soll stark sein und gerade das erzeugt die Schwäche des Zusammenhalts. Alles scheint einen therapeutischen Charakter anzunehmen – Arbeit, Schule, sogar die Liebe – um die Stärke des Einzelnen zu festigen, zu formen. Sozialität, so die Autoren, verkommt zu einer Vielzahl von Nischen, in denen ein jeder Schutz sucht. „Ich bin Ich“ ist ein Schrei, der gegen all das gerichtet ist, was *zwischen* den Menschen existiert.¹

Und ist es nicht so? Die heute geforderte größtmögliche Flexibilität und Verfügbarkeit lässt die Fähigkeit verkümmern, sich an etwas oder jemanden dauerhaft zu binden, unterminiert das Vertrauen. Die Zukunft ist ein Projekt, das wir schon im frühen Alter angehen müssen. Studierende haben mir gesagt, dass sie möglichst schnell abschließen wollen, damit das „im Lebenslauf gut aussieht.“ Auch ein Jahr rumgammeln oder einfach mal was anderes ausprobieren kommt nicht in Frage, weil das Bild des zielstrebigem Erreichens getrübt werden könnte. Die ängstliche Besorgtheit um Körper und Psyche nimmt mittlerweile einen wichtigen Stellenwert in der Lebensführung ein, weil ein zeitweises Herausfallen aus dem Konkurrenzgeschäft als immer bedrohlicher empfunden wird.

Alles, was hier beschrieben wird, entspricht dem Lebensgefühl, das die anthropologischen Psychiater Binswanger, v. Gebattel und Glatzel als typisch für depressive Wahrnehmung protokolliert haben. Folgt man ihren Überlegungen, dann ist Depression in erster Linie eine *Verlusterfahrung*. Man verliert den Kontakt zum anderen Mitmenschen, verliert den Kontakt zur erfahrbaren Welt, zur Zukunft als offene Zukunft, zum eigenen Körper als selbstverständlich verlässlich. Insofern kann man schon sagen, dass unsere Zeit und Lebensweise ein „Normalverhalten“ produzieren, das der Depression in gewisser Weise sehr nahe kommt. Dies allerdings den traurigen, schwermütigen und niedergeschlagenen unserer Tage als eigene Verantwortlichkeit in die Schuhe zu schieben, ist im Grunde eine Verdoppelung der Ver-selbst-ung und verschärft deren Alleinstellung, anstatt einen Weg daraus zu finden. Und damit sind wir bei der Medizin.

Wie wir diagnostiziert werden

Wer heute zum Arzt geht, wird eher als depressiv eingestuft, als noch vor 20 Jahren. Warum?

¹ Vgl. The Invisible Committee: The Coming Insurrection. www.freitag.de/kultur/1020-ein-linkes-manifest-als-bestseller

Das hat im Wesentlichen zwei Gründe. Zum einen wurde seit den 70er Jahren verstärkt an einer Standardisierung psychischer Erkrankungen gearbeitet. Psychologische Testbögen bekommen ein immer größer werdendes Gewicht in der Diagnostik. Heute gibt es bezogen auf die Depression eine ganze Anzahl davon: die Hamilton-Skala, die allgemeine Depressionsskala, Beck-Depressions-Inventar, Skala antidepressiver Gedanken, Test zur Erfassung der Schwere einer Depression, Erlanger Depressionsskala usw. In ihnen werden Parameter abgefragt und die Bögen ausgewertet. Der Psychiater Alexander Mitscherlich meint zum Ausbau der Experimental-Psychologie bereits Ende der 60er Jahre: „Was dabei ermittelt wurde und ermittelt wird, sind seelische Einzelleistungen und Elementarfunktionen, die so lange aufbereitet werden, bis sie quantifizierbar sind. Verstehen ist im Jargon dieser Psychologie ein suspekter Terminus.“² Dazu kommt, dass die Kriterien für das Vorliegen einer Depression im Laufe der Jahre weicher geworden sind. Selbstmordgedanken z.B. sind heute kein Kriterium mehr für das Vorliegen einer Depression. Wer Appetitstörungen hat, über Schlaflosigkeit klagt, oder von „Grübelneigung“ geplagt wird, schnell ermüdet oder eine pessimistische Einstellung hat muss mit einer Depressionsdiagnose rechnen. Kritische Stimmen mahnen schon an, dass es eine Entgleisung sei, nahezu jeder psychischen Befindlichkeitsstörung einen Krankheitswert zuzuschreiben. Die Zahl der Krankheitskategorien im internationalen Diagnoseschlüssel stieg von 180 Anfang der 70er Jahre auf heute fast 400 an. Bekannte Beispiele sind die sog. Anpassungsstörung (was alles sein kann) oder die Prokrastination (Verhalten, Unangenehmes aufzuschieben), die Angst nicht attraktiv zu sein, und natürlich das Hyperaktivitäts-Syndrom. Die „leichte depressive Episode“ wäre das Pendant in Bezug auf unser Thema.

Der andere Grund für eine Ausweitung der depressiven Diagnose liegt an der Entwicklung eines neuen Psychopharmakons, das unter dem Namen Prozac Ende der 80er Jahre in den USA vorgestellt wurde. Prozac wurde als Glückspille angepriesen. Sein Wirkstoff nennt sich SSRI und in Deutschland kennen wir diese Stoffgruppe unter den Namen Fluocetin, Cipramil, Zoloft, Remergil oder Trevilor. Prozac warb damit, nicht nur gegen die Schwermut, sondern auch gegen Angst und Unsicherheit zu wirken, versprach Leistungssteigerung und Gewichtsabnahme. Somit lag es ganz im Trend der wirtschaftsfixierten neoliberalen Botschaft der Selbstoptimierung. Der Rad-Profi Jesus Manzano berichtete 2007 in einem Interview von seinen Erfahrungen mit Prozac. „Die Pillen machen dich härter, sie vertreiben den Hunger, sie erzeugen ein euphorisches Gefühl“. 9 Pillen hat er täglich genommen, um lange Strecken so zu überstehen, dass ein quälendes Körper ausgeschaltet wird.

² Alexander Mitscherlich: Krankheit als Konflikt. Studien zur psychosomatischen Medizin. Frankfurt, 1966.

Im Zeitraum von 1992 bis 2006 hat sich die Verschreibung von Antidepressiva in Deutschland verdoppelt. In Frankreich hat sich die Verschreibung innerhalb von 20 Jahren versiebenfacht (1981-2001). Laut einer Marktanalyse der Deutschen Bank aus dem Jahr 2002 gelten Antidepressiva neben Viagra und Antifett-Mitteln bei Kapitalanlegern als Lifestyle-Droge. Im Marktbericht heißt es: „Das bisher lohnendste Geschäft im gesamten Lifestyle-Segment ist der Boom mit Anti-Depressiva.“³

Wer heute zum Arzt geht, wird schneller und länger auf Psychopharmaka eingestellt. Die Verschreibung von Anti-Depressiva ist zur Standard-Behandlung geworden, bei der häufig behauptet wird, die Stoffwechselstörung, auf der die depressive Störung beruhe sei lebenslang wirksam und deshalb müsse das Medikament auch lebenslang eingenommen werden. Eine Ärztin an meinem Krankenhaus meinte zu einer Patientin, sie müsse das sehen wie eine Zuckererkrankung. Das sei kein Unterschied. Ziel ist hier erklärtermaßen nicht die Heilung, sondern die richtige Kalibrierung. Psychopharmaka werden heute nicht nur wesentlich länger, sondern eben auch wesentlich länger eingenommen. Die Nebenwirkungen werden systematisch heruntergespielt.

Tatsache ist: Depressionsdiagnosen nehmen trotz massenhaften Pillenkonsums nicht ab, sondern zu. Es gibt Studien, die von einem Gewöhnungs-, gar Abhängigkeitseffekt bei Antidepressiva sprechen. Patienten, denen es nach Absetzen des Antidepressivums schlechter geht, machen möglicherweise einen schmerzhaften Entzugsprozess durch, interpretieren diesen aber als Rückfall in die Depression. Im Februar 2009 veröffentlichte das Pentagon Zahlen zum psychischen Gesundheitszustand von US-Soldaten in Kriegsgebieten. Eine hohe Selbstmordrate und der massenhafte Konsum von Antidepressiva gehören offensichtlich zum Alltag. Dieser Konsum, so die Befürchtung der Militärpsychologen, könne allerdings als Nebenwirkung Selbstmordgedanken auslösen. Ein Antidepressivum, das depressiv macht? Ähnliches musste in Großbritannien festgestellt werden. Dort ist es seit 2003 verboten, Kindern unter 18 Jahren Paroxetan (Antidepressivum der neuen Generation) zu verordnen, da ein „3,2-faches Selbstmordrisiko“ bestand. Sechs britische und amerikanische Wissenschaftler legten 2008 eine unbequeme Metastudie vor, die Daten der amerikanischen „Food and Drug Administration“ zur Wirkung der neuen Generation von Antidepressiva nachrechnete. 47 klinische Studien wurden von ihnen unter die Lupe genommen. Unter Berücksichtigung aller Datensätze und damit einer breiteren Datenmenge, als bislang veröffentlicht, ergab sich, dass der Effekt der neuen Antidepressiva *unter* der verlangten

³ Uwe Perlitz: Deutsche Bank Research: Pharma-Markt, Run auf Lifestyle-Drugs von Demografie verstärkt. www.dbresearch.de

klinischen Signifikanz liegt. Unterschiede der antidepressiven Wirkung zwischen Placebo (Scheinmedikament) und Medikament sind so gering, dass eine echte antidepressive Wirkung nicht behauptet werden kann.⁴

Für Hausärzte ist die Depressions-Diagnose gut, denn sie können dann einen höheren Satz mit der Krankenkasse abrechnen. Im neuen Abrechnungssystem werden sie den Patienten auch bescheinigen, dass die Depression chronisch ist, damit die Behandlung besser bezahlt werden kann. Für Patienten ist die Diagnose gut, weil sie dann etwas länger krank geschrieben werden als bei Magenschmerzen oder Einschlafproblemen.

Volkskrankheit Depression – wem hilft diese Feststellung? Wollen wir wirklich, dass ein immer größer werdender Teil der Menschen – teilweise schon mit Beginn der Kindheit – dauerhaft unter psychopharmakologische Behandlung gestellt wird? Wollen wir es tatsächlich akzeptieren, dass sich jeder Einzelne für seine falsch kalibrierte Gehirnchemie allein verantwortlich fühlt und sein Leben danach ausrichtet? Im November letzten Jahres hat sich der Profi-Fußballer Robert Enke das Leben genommen. Viel wurde damals über das Thema Depression diskutiert. Ich möchte da einen Leserbrief zitieren, auf den ich zufällig stieß: Da schreibt Pastoralpsychologe Weimer aus Fiefbergen: „Dass jemand eine Depression als eine Krankheit ‚hat‘, ist eine Vorstellung, die den leidenden Menschen zusätzlich aus seiner Mitwelt isoliert. Wenn es beispielsweise stimmt, dass Robert Enke von Kindheitstagen an unter der Angst gelitten hat, höchsten Anforderungen nicht gerecht werden zu können: Wer hat diese Anforderungen vertreten? Wie sind sie in ihn hinein geraten? Wer hatte Nutzen von seiner Angst? Könnte es nicht sein, dass die ‚Diagnose Depression‘ das Leiden fälschlich individualisiert und dessen soziale Verflechtungen ignoriert, an denen wir doch alle beteiligt sind?“ Gut gesprochen, Herr Pastoralpsychologe. Dem bliebe wenig hinzuzufügen. Vielleicht noch: so wenig, wie man eine Depression „hat“, so wenig kann man die einfach weg machen. Schwermut, Melancholie, Niedergeschlagenheit haben einen Sinn. Der Medizin kann man nicht die Aufgabe übergeben, sie zu beseitigen. Da muss sie sowieso dran scheitern. Die Sprache der Depression ist ein Symptom unserer Zeit, das durch die Medikalisierung lediglich zur Seite geschoben wird. Wir sollten aber auf die Fragen hören, die durch die Depressiven an uns gestellt werden.

⁴ Irving Kirsch et al.: Initial Severity and Antidepressant Benefits: A Meta-Analysis of Data Submitted to the Food and Drug Administration. In: PLoS Medicine, February 2008