

1 Was ist »Depression«?

Diese scheinbar einfache Frage kann auf ganz unterschiedliche Weise beantwortet werden. Äußerlich betrachtet ist Depression eine seelische Störung, die durch bestimmte Symptome gekennzeichnet ist.

Wenn Fachleute die Diagnose einer Depression stellen, prüfen sie, welche Symptome vorliegen und seit wann dies der Fall ist (z. B. seit mindestens vier Wochen). Bei der Beurteilung müssen sie auf bestimmte Klassifikationssysteme zurückgreifen. Das sind Kataloge von Krankheitsbeschreibungen, die von Expertinnen und Experten der jeweiligen Fachgebiete erstellt wurden und international einheitlicher Standard sind.

Die ICD-10

In Deutschland wird derzeit die sogenannte »ICD-10« verwendet, die 1992 eingeführte 10. Version der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD steht für »International Classification of Diseases«), die von der Weltgesundheitsorganisation herausgegeben wird.

BESONDERS WICHTIGE SYMPTOME EINER DEPRESSION

(in der ICD-10 wird von »typischen Symptomen« oder »Leitsymptomen« gesprochen):

- Gedrückte Stimmung, Niedergeschlagenheit oder Verzweiflung, manchmal auch der Verlust der Fähigkeit, überhaupt irgendwelche Gefühle zu empfinden;
- Verlust von Interessen, Freudlosigkeit, z. B. das Aufgeben von Hobbys;
- Störung des Antriebs. Meistens ist das die Beeinträchtigung der Fähigkeit zu zielgerichteten Aktivitäten, erhöhte Ermüdbarkeit, schnelle Erschöpfbarkeit, Kraftlosigkeit. In seltenen Fällen kann es auch zu einer Antriebssteigerung kommen.

IN DER ICD-10 AUFGEZÄHLTE »ZUSÄTZLICHE«, EBENFALLS AUFTRETENDE SYMPTOME:

- Verminderte Konzentrationsfähigkeit, Gedächtnisstörungen;
- Selbstzweifel, Verlust von Selbstvertrauen, Erleben eigener Wertlosigkeit;
- Schuldgefühle, manchmal Selbsthass;
- pessimistische Zukunftsperspektive;
- Selbstmordgedanken, Selbstverletzungen;
- Schlafstörungen; meistens Ein- oder Durchschlafstörungen, gelegentlich auch ein erhöhtes Schlafbedürfnis, ständige Müdigkeit;
- Appetitstörungen; meistens Verlust des Appetits, gelegentlich auch erhöhter Appetit (»Frustessen«), oft mit entsprechenden Änderungen des Körpergewichts.

Je mehr Symptome vorliegen, desto schwerer ist die Depression. So wird in der ICD-10 eine leichte depressive Episode als ein Zustand definiert, bei dem mindestens zwei der drei Leitsymptome und mindestens zwei zusätzliche Symptome vorhanden sind. Bei einer mittelgradigen Episode sollen es mindestens zwei Leitsymptome und mindestens drei (besser vier) zusätzliche Symptome sein, bei der schweren Depression müssen alle drei Leitsymptome und mindestens vier zusätzliche Symptome vorhanden sein, von denen einige stark ausgeprägt sein müssen.

Die ICD-11

Die Definitionen psychischer Störungen werden von Zeit zu Zeit geändert. Es liegt bereits die 11. Version der ICD vor, die im deutschen Gesundheitswesen ab 2027 verpflichtend sein soll. Dabei wurden auch Änderungen bei der Definition von Depression vorgenommen. So gilt die Störung des Antriebs in der ICD-11 nicht mehr als Leitsymptom, sondern nur noch als zusätzliches Symptom, sie hat also eine weniger große Bedeutung; Hoffnungslosigkeit wurde als weiteres zusätzliches Symptom aufgenommen. Am Ende des Kapitels »Soziale Ursachen von Depression« (Seite 49) mache ich ein paar Anmerkungen zu den modernen Krankheitskatalogen, an dieser Stelle müssen wir uns darum nicht kümmern.

Weitere Beeinträchtigungen

Häufig finden sich bei Depression auch noch andere Beeinträchtigungen, zum Beispiel ein allgemeiner Rückzug aus dem Leben, die Vermeidung sozialer Kontakte und Aktivitäten (z. B. morgens nicht aufstehen, die Wohnung nicht verlassen), Lebensüberdruß, der Verlust der Fähigkeit, den Tag sinnvoll zu gestalten, die Wohnung in Ordnung zu halten, sich selbst zu versorgen (z. B. Ernährung, Körperpflege), der Verlust des Interesses an Sexualität (sexuelle Lustlosigkeit) sowie diffuse körperliche Beschwerden, z. B. Schwindel, Übelkeit, Schmerzen. Es kann zu wei-

teren Symptomen kommen, etwa zu massiven Angstzuständen bis hin zu Panikattacken. In seltenen, extrem schweren Fällen zeigen sich sogenannte psychotische Symptome, z. B. die wahnhafte Überzeugung, an einer unheilbaren Krankheit zu leiden oder zu verarmen («Verelendungswahn»), obwohl das nicht den Tatsachen entspricht.

Das ist also mit Depression gemeint. Ihnen ist vielleicht aufgefallen, dass bei dieser Art der Diagnostik nicht nach den Ursachen gefragt wird. Das ist eigentlich ungewöhnlich. Bei vielen anderen Diagnosen ist die Benennung der Ursache sogar Teil der Definition der Erkrankung. Beispielweise ist eine Erkältung eine Infektion mit Viren, ein Krebstumor entsteht durch entartete Zellen, Malaria ist eine Infektion mit einem Parasiten. Warum geht man bei Depression anders vor? Damit wollen wir uns im folgenden Kapitel ausführlich befassen.

Zwei Erklärungsansätze für Krankheiten

Über die Ursachen einer Depression wird bereits seit langer Zeit diskutiert, um nicht zu sagen gestritten. Um diese Diskussion zu verstehen, ist es zunächst erforderlich, zwei grundsätzlich unterschiedliche Erklärungsmodelle für Krankheiten zu betrachten, nämlich das biologische bzw. biomedizinische Modell einerseits und das psychosoziale Modell andererseits.

DAS BIOMEDIZINISCHE ERKLÄRUNGSMODELL betrachtet eine Krankheit als eine Abweichung von einem vorherigen Normalzustand (idealerweise ist das der Zustand der Gesundheit). Die Abweichung wird durch einen schädlichen biologischen, chemischen oder physikalischen Einfluss ausgelöst. Dabei kann es sich um eine Verletzung, eine Infektion, eine Vergiftung, einen Gendefekt o.Ä. handeln. Das Ziel einer biomedizinischen Behandlung (z. B. Operation, Medikamente) ist daher immer klar, sowohl für die Behandelnden als auch für die Kranken: Der vorherige Zustand soll so weit wie möglich wiederhergestellt werden, indem die Ursachen der Krankheit behoben oder zumindest deren Folgen gemindert werden.

DAS PSYCHOSOZIALE ERKLÄRUNGSMODELL betrachtet die Krankheit als Folge von belastenden innerpsychischen und/oder äußeren (sozialen) Lebensbedingungen, meistens ist es eine Kombination verschiedener innerer oder äußerer Bedingungen. Ziel der psychosozialen Behandlung (z. B. Psychotherapie) ist daher nicht, den Ausgangszustand wiederherzustellen – denn genau hier liegen ja die Ursachen der Erkrankung –, sondern die krank machenden Bedingungen so zu verändern, dass die Symptome verschwinden können. Bei einer Psychotherapie geht es also grundsätzlich um Veränderung. Herauszufinden, was die psychosozialen Ursachen einer Störung sind, ist bereits Teil der Behandlung. Es sind immer die Patientinnen und Patienten, die das Ziel festlegen, und sie wissen am Anfang der Behandlung oft selbst noch nicht, was das Ziel ist oder welche Änderungen notwendig sind, um es zu erreichen.

Biomedizinische Krankheitsmodelle sind nicht besser oder schlechter als psychosoziale Krankheitsmodelle. (Beide Modelle können auch kombiniert werden. So ein »biopsychosoziales Erklärungsmodell« passt z. B. für Magengeschwüre, bei denen Stress, Rauchen, genetische Veranlagung und eine Bakterieninfektion als Ursachen angenommen werden. An dieser Stelle ist das aber nicht von Belang.) Entscheidend ist, welches Modell bei welcher Krankheit angewendet wird. So ergibt es wenig Sinn, nach psychosozialen Ursachen für einen Knochenbruch zu suchen oder diesen mit Psychotherapie behandeln zu wollen.

Die Frage, um die es hier geht, lautet: Welches Erklärungsmodell passt für Depression? Ist die Depression als seelische oder als körperliche Erkrankung zu betrachten? Die Antwort der Psychiatrie hängt eng mit ihrer Geschichte zusammen. Daher müssen wir einen Blick auf die wissenschaftshistorische Entwicklung dieses Faches werfen.

Die biomedizinische Wende der Psychiatrie

Man kann sich das heute nur noch schwer vorstellen, aber bis in die 1950er-Jahre hinein war die Psychiatrie ein ausgesprochen psychotherapeutisch ausgerichtetes Fach, dabei war die Psychoanalyse dominie-

rend. In der Psychoanalyse werden seelische Störungen psychologisch erklärt und z.B. als Folge von unbewussten Konflikten und Angstabwehr betrachtet. Solche Prozesse sind mit wissenschaftlichen Methoden kaum nachweisbar.

Ohnehin stand die Psychoanalyse der empirischen Forschung traditionell eher fern. Hierbei werden wissenschaftliche Erkenntnisse durch Formulierung und Prüfung von Hypothesen mittels systematischer Beobachtungen, Messungen oder Experimenten gewonnen. Zugleich zeigte sich, dass die Anwendung psychoanalytischer Konzepte bei der Behandlung psychischer Störungen oft wenig erfolgreich war.

Daher wuchs bei der nachrückenden Generation von Psychiaterinnen und Psychiatern die Unzufriedenheit mit der einseitig psychoanalytischen Ausrichtung, und es entwickelte sich eine starke Gegenbewegung. Dabei hatten die 1972 veröffentlichten sogenannten »Feighner-Kriterien«^[1] großen Einfluss, in denen unter anderem gefordert wurde, dass die Psychiatrie wieder zu einer im engeren Sinne ärztlichen Fachrichtung werden und sich auf die biologischen Ursachen seelischer Störungen konzentrieren sollte. Dieser Artikel hatte erheblichen Anteil an der biomedizinischen Neuausrichtung der Psychiatrie. Seelische Störungen sollten als körperliche Erkrankungen betrachtet und mit biomedizinischen Methoden behandelt werden.

Durch diesen grundlegenden Richtungswechsel ist die Psychiatrie heute überwiegend eine Biopsychiatrie geworden. Ab den 1950er-Jahren wurden Psychopharmaka entwickelt und auf den Markt gebracht, z. B. *Chlorpromazin* (für psychotische Erkrankungen), *Benzodiazepine* (bei Ängsten), *Lithium* (bei bipolaren Störungen). Die Beschreibungen erster, teilweise spektakulärer Behandlungserfolge gaben der »biomedizinischen Wende« in der Psychiatrie starken Auftrieb, und Psychopharmaka rückten in das Zentrum psychiatrischer Behandlungen.

Jedoch wurde damit auch eine fatale Fehlentwicklung eingeleitet. Der Einfluss der Pharmaindustrie wuchs im Laufe der Jahre, und spätestens seit den 1980er-Jahren ist die Psychiatrie, soweit es um den Einsatz von Psychopharmaka geht, weitgehend an den Profitinteressen der Pharmaindustrie ausgerichtet (siehe auch Kapitel »Wissenswertes über Antidepressiva«, Seite 30).

Depression aus biomedizinischer Sicht

Kommen wir nach diesem Exkurs zurück zur Depression. Aus biomedizinischer Sicht wird Depression ebenfalls als ein körperliches Problem betrachtet, das mit biomedizinischen Mitteln, vor allem mit Antidepressiva, zu behandeln ist. Die Pharmaindustrie hat daher ein großes Interesse an dem biomedizinischen Modell der Depression.

Das hat erhebliche Konsequenzen (siehe Kapitel »Wissenswertes über Antidepressiva«, Seite 30). Vor der biomedizinischen Wende wurde zwischen der »reaktiven Depression« und der »endogenen Depression« unterschieden. Während bei der reaktiven Depression innerpsychische oder soziale Ursachen angenommen wurden, betrachtete man die endogene Depression als körperliche Krankheit, die durch vermutete genetische Faktoren oder Hirnstoffwechselstörungen verursacht wird. Man nahm an, dass reaktive Depressionen viel häufiger als endogene Depressionen vorkommen.

Mit der biomedizinischen Wende in der Psychiatrie wurde diese Unterscheidung fallen gelassen. In der ICD-10 und anderen Klassifikationssystemen wird die Diskussion über die Ursachen umgangen, indem bei der Definition von Depression nur Symptome aufgelistet werden. Psychosoziale oder biomedizinische Ursachen werden weder gefordert noch ausgeschlossen. In der psychiatrischen Praxis führte das allerdings dazu, dass man heutzutage – meistens unausgesprochen – jede Depression als vollständig oder wenigstens teilweise endogen betrachtet, als eine Gehirnerkrankung. Folglich werden in der psychiatrischen Versorgung biomedizinische Behandlungsmethoden eingesetzt, vorzugsweise Antidepressiva; etwa so, wie Antihistaminika bei Juckreiz oder Antibiotika bei bakteriellen Infektionen verschrieben werden.

Aber wie stichhaltig sind die Argumente, Depression als endogen bzw. körperlich verursacht zu betrachten? Damit setzen wir uns in den anschließenden Kapiteln auseinander.

Zur Definition von Krankheiten

Krankheitskataloge wie die in Kapitel 1 (Seite 8) erwähnte ICD sind in Psychiatrie und Psychotherapie von erheblicher Bedeutung. Neben der ICD hat das von der American Psychiatric Association herausgegebene Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) international großen Einfluss. In ICD und DSM werden Krankheiten allgemeingültig definiert.

Diese Definitionen sind keine Naturgesetze und können sich im Laufe der Zeit ändern. Änderungen in der Definition psychischer Störungen sind jedoch nur selten ein Ausdruck neuer Forschungsergebnisse. In der Psychiatrie werden Diagnosen sehr oft einfach per Abstimmung festgelegt. Es gibt Trends und »Modediagnosen«, die kaum wissenschaftliche Grundlagen haben. Häufig setzen sich Fachleute, die gerade viel Einfluss haben, mit ihrem speziellen Arbeitsthema durch.

Krankheiten werden immer neu katalogisiert

Zu Änderungen in den Krankheitskatalogen kommt es, wenn genügend Leute das so wollen. Eine

wichtige Rolle für die Frage, was als »normal« bzw. »gesund« oder »abweichend« bzw. »krankhaft« betrachtet wird, spielen auch die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen. Homosexualität etwa galt in der bis 1992 gültigen ICD-9 noch als psychische Störung. Der Grund für den Wegfall der Homosexualität in der ICD-10 ist, dass es seit den 1960er-Jahren in den westlichen Industrienationen zu einer Liberalisierung sexueller Normen gekommen ist. Die Einordnung der Homosexualität in der ICD-9 ist dadurch »aus der Mode gekommen«. Man wollte Homosexualität einfach nicht länger als Krankheit betrachten (und das ist gut so).

Insgesamt gibt es jedoch eine starke Tendenz, dass die Anzahl der beschriebenen Krankheiten in jeder Auflage größer wird.^[2] Dahinter stecken keine neuen Entdeckungen wie z. B. in der Zoologie, wenn eine neue Tierart gefunden und beschrieben wird. Großen Einfluss bei der Überarbeitung der Krankheitskataloge hat die Pharmaindustrie. Manchmal werden Krankheiten regelrecht erfunden und von den Marketingabteilungen mit Kampagnen

und Lobbyarbeit ins Gespräch gebracht. Es geht natürlich darum, dadurch Absatzmärkte für neue Medikamente zu schaffen.^[3] Bei Bedarf wird auch massiver Druck auf die Zulassungsbehörden ausgeübt.

Ein Beispiel dafür ist das Vorgehen, mit dem der US-amerikanische Pharmakonzern Sprout Druck auf die Food and Drug Administration (FDA) ausübte, die in den USA für die Zulassung neuer Medikamente zuständig ist. Es ging um den Wirkstoff Flibanserin, dessen Zulassung als Antidepressivum zuvor gescheitert war und das nun zur Behandlung von mangelndem sexuellem Verlangen bei Frauen zugelassen werden sollte. Über viele Monate wurde eine landesweite pseudofeministische Kampagne durchgeführt, um »das Recht der Frauen auf Flibanserin« durchzusetzen.^[4] Leonore Tiefer und ihre Kolleginnen beschrieben, wie Sprout bei einer vorentscheidenden FDA-Sitzung alle Möglichkeiten der Manipulation nutzte.^[5] Der so aufgebaute Druck verfehlte seine Wirkung nicht, Flibanserin wurde zugelassen.

Die Medikalisierung der Gesellschaft

Eine andere Methode, mehr »Kranke« zu erzeugen, besteht da-

rin, die Grenzen zwischen »gesund« und »krank« so zu verschieben, dass die Anzahl der als krank und behandlungsbedürftig geltenden Personen immer größer wird. Dafür wurde der Begriff »Medikalisierung« geprägt. Die Medikalisierung der westlichen Industrienationen ist ein Phänomen, das sich zunehmend auf alle Lebensbereiche auswirkt. Viele psychotherapeutisch und medizinisch Tätige sind daran beteiligt (oft ohne dass es ihnen bewusst ist).

Mit der Medikalisierung der Gesellschaft hat sich der US-amerikanische Sozialwissenschaftler Peter Conrad befasst.^[6] Ein Beispiel ist die neue ICD-11-Diagnose der »anhaltenden Trauerstörung«. Das ist ein Zustand, der nach dem Tod einer nahestehenden Person auftritt und gekennzeichnet ist durch ein starkes Verlangen nach bzw. eine starke Beschäftigung mit der verstorbenen Person, begleitet von starkem emotionalen Schmerz. Wenn die Trauer länger als sechs Monate dauert, gilt sie als Krankheit. Warum? Weil eine Trauer, die länger als sechs Monate dauert, von den Verfechterinnen und Verfechtern dieser neuen Diagnose als unnormale betrachtet wird. Das ist eine willkürlich gesetzte Grenze, mehr nicht.

3 Biologische Ursachen von Depression

Ziel der biopsychiatrischen Forschung ist, biologische Ursachen von Depression aufzudecken und auf dieser Grundlage biomedizinische Behandlungsmöglichkeiten zu entwickeln. Betrachten wir einmal einige wesentliche biopsychiatrische Forschungsfelder, bei denen es um Hirnstoffwechsel, Hirnstruktur und Genetik geht.

Die Serotonin- bzw. Monoaminhypothese

Es geht hier um die sogenannten Botenstoffe oder Neurotransmitter. Das sind Substanzen, mit denen Nervenzellen miteinander kommunizieren. Sie werden an den Verbindungsstellen zwischen den Nervenzellen ausgeschüttet, den sogenannten Synapsen, und dienen der Signalübertragung. Serotonin und Noradrenalin gehören zur Gruppe der sogenannten Monoamine.