

Aus:

KONSTANTIN INGENKAMP

Depression und Gesellschaft

Zur Erfindung einer Volkskrankheit

Februar 2012, 370 Seiten, kart., 29,80 €, ISBN 978-3-8376-1930-0

Wie und warum wurde Depression zur Volkskrankheit? Vor dem Hintergrund einer Ideengeschichte von Melancholie und Depression entwickelt Konstantin Ingenkamp dazu eine eigene, kulturwissenschaftlich informierte Perspektive, die sich sowohl gegen die immer stärkere Pathologisierung als auch gegen die verbreitete These wendet, dass psychische Erkrankungen immer weiter zunehmen.

Stattdessen wird Depression als ein zur *Conditio humana* gehörender Gemütszustand beleuchtet, der erst mit dem Boom der Psychopharmaka in der zeitgenössischen »Gesundheitsgesellschaft« zur Volkskrankheit wurde.

Konstantin Ingenkamp (Dr. phil.), Diplom-Soziologe, ist Leiter der Selbsthilfekontaktstelle Berlin Friedrichshain-Kreuzberg und Heilpraktiker für Psychotherapie.

Weitere Informationen und Bestellung unter:

www.transcript-verlag.de/ts1930/ts1930.php

Inhalt

Abstract | 9

Vorwort | 11

EINFÜHRUNG

Einleitung | 15

Überblick über den Gang der Untersuchung | 20

INTERPRETATIONEN DER VOLKSKRANKHEIT DEPRESSION

Europäische Analysen der Depression | 29

Psychoanalyse und Depression | 29

Alain Ehrenbergs erschöpftes Selbst | 38

Peter Sloterdijk: Wie der Wohlfahrtsstaat
als „Mutterprothese“ Depression erzeugt | 45

Eva Illouz: Depression als Lebensstil einer therapeutischen Gesellschaft | 51

Exkurs: Die neue Sicht auf Selbsthilfe und Depression | 58

Byung-Chul Han: Die „Müdigkeitsgesellschaft“ | 60

Marxistische Diagnosen | 61

Depression als antikapitalistische Strategie: der Analytiker Pierre Fédida | 63

Eine feministische Sicht: Lisa Appignanesi | 65

IDEENGESCHICHTE DER MELANCHOLIE UND DEPRESSION

Von der Antike in die Moderne | 73

Hippokrates | 75

Aristoteles/Theophrast | 78

Acedia | 86

Protestantismus | 90

Robert Burtons Anatomie der Melancholie | 91

Auf dem Weg zur Aufklärung: Utopie und Melancholieverbot | 100

Bürgerliche Melancholie im Deutschland des 18. Jahrhunderts | 109

Von Griesinger zu Kraepelin | 111

Wilhelm Griesinger | 111

Degeneration: Bénédicte Augustin Morel | 112

Der Paradigmenwechsel in der Medizin | 114

Emil Kraepelin – ein deutscher Anstaltspsychiater | 116

Volkskrankheit Neurasthenie und Zweiklassenbehandlung | 131

Die Entwicklung der Psychotherapie aus der Neurologie | 136

USA: Religiöse Wurzeln der Volkskrankheit Depression | 141

Moral Treatment | 141

Die Entstehung der therapeutischen Erzählung
der Selbsthilfe aus dem Geist der Erweckungsbewegungen | 145

Exkurs: Von den „Neurotics Anonymous“ zu den
„Emotions Anonymous“ | 150

Adolf Meyer und die Demokratisierung der Depression | 152

Militärische und politische Wurzeln der Volkskrankheit Depression | 159

Tavistock: Die Entwicklung der Selbsthilfe aus dem Geist der
Militärpsychiatrie in Großbritannien | 159

US-amerikanische Militärpsychiatrie | 164

Kybernetik, die Macy-Konferenzen und Public Mental Health | 166

Exkurs: Sozialer Konstruktivismus: Encounter- und Marathongruppen | 184

Exkurs: Mental Health und Scientology | 188

USA: Der Weg in die depressive Gesellschaft | 193

„Nervousness“ in der US-amerikanischen „consumer culture“
der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts | 193

David Riesmanns „Die einsame Masse“ | 196

Schocktherapien: Die Entstehung der neuen biologischen Psychiatrie | 204

Die Entwicklung des Diagnostical and Statistical Manual (DSM) | 210

Die Weiter- und Sonderentwicklungen des Verständnisses von Depression und Psychotherapie in Deutschland | 223

Weimarer Republik | 223

Depression in Nazi-Deutschland: Euthanasie und Miesmacher | 226
Depression, Suizid und Psychotherapie in der DDR | 230
Exkurs: Suizid in Bayern | 236
Von Tellenbach und v. Gebssattel zur Psychiatrie-Enquête | 238
Antipsychiatrie | 242

Ideengeschichte der antidepressiven Psychopharmaka | 249

Pharmakopsychologie | 249
Patentmedizinien und Konsum der (psychischen) Gesundheit
in den USA des 19. Jahrhunderts | 257
Der Beginn der modernen Pharmakotherapie | 259
Die Geschichte der Antipsychotika und Antidepressiva | 262
Die Erfindung der Antidepressiva | 269
Hirnchemie | 280
Die Entwicklung der selektiven Serotoninwiederaufnahmehemmer | 285
Die Prozac®-Story | 293
Psychoenhancement und Prozac –
die chemische Gesellschaftsverbesserung | 297
Kritik des Prozacismus | 309

Die „Gesundheitsgesellschaft“ | 317

„Gesundheitsbewegung“ und Selbsthilfe | 319
Gesundheit als Geschäftsfeld | 322
Protoprofessionalisierung:
Die Volkskrankheit als Zivilisationsfortschritt | 331

SCHLUSSFOLGERUNGEN

Warum psychische Krankheiten nicht zunehmen | 335

Resümee | 338

Literatur | 345

Index | 361

Abstract

Die Volkskrankheit Depression ist Resultat des Erfolges einer „therapeutischen Erzählung“. Ihre Wurzeln liegen einerseits in den Glaubensinhalten und Strategien der protestantischen Erweckungsbewegungen des 19. Jahrhunderts in den USA, andererseits in den Erfolgen der britischen und US-amerikanischen Militärpsychiatrie zwischen den beiden Weltkriegen und nach dem Zweiten Weltkrieg, die beide, wie anhand der Ergebnisse der „Macy-Konferenzen“ gezeigt wird, aus strategisch-politischen Gründen die Entwicklung einer öffentlichen Förderung der seelischen Gesundheit bewirkten. Durch den neuen Massenwohlstand in den sechziger Jahren und die dadurch ausgelöste Mentalitätskrise fiel diese neue therapeutische Erzählung der Selbsthilfe auf fruchtbaren Boden und der Weg war frei für eine „Volkskrankheit Depression“. Seitdem besteht eine „zunehmend geringere Bereitschaft, psychisches Unwohlsein zu ertragen, sowie eine erhöhte Hilfserwartung gegenüber einer medizinischen bzw. psychosozialen Versorgung.“¹ In den seit Anfang der achtziger bzw. neunziger Jahren gültigen Diagnosekriterien DSM-IV und ICD-10 wird – auf Emil Kraepelin zurückgreifend – festgestellt, dass die Krankheit Depression die Summe ihrer Symptome ist. Damit ist ein sich ständig ausweitender Depressionsbegriff vorgeprogrammiert. Gleichzeitig wird in dieser Zeit die schon vorher entwickelte Medikamentenklasse der Antidepressiva populär. Der Mythos entsteht, dass die Depression über einen Serotoninmechanismus im Gehirn so gut behandelbar sei „wie ein Beinbruch.“² In der „Gesundheitsgesellschaft“, in der, entsprechend der WHO-Definition von Ottawa (1986), mehr Gesundheit immer möglich ist, wird Depression nun in Form der therapeutischen Erzählung, z.B. in Selbsthilfegrup-

1 Klaus Lieb, Sabine Frauenknecht et al.: Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie, München 2008, S. 149.

2 Dr. med. Michael Prang im Interview „Depression“. Apothekenmagazin Linda, Oktober 2009, 21/2009.

pen, entgegen der Intention sie zu bekämpfen, immer stärker in der Gesellschaft verankert.

Grundlage der vorliegenden Untersuchung ist eine Reflexion der ca. 2500 Jahre umfassende Ideengeschichte der Depression/Melancholie und ihrer Therapien im Abendland sowie ein Überblick über die derzeit gängigen kulturwissenschaftlichen Analysen zur gegenwärtig diagnostizierten „Volkskrankheit Depression“.

Vorwort

Seit Juli 2000 arbeite ich in einer Selbsthilfekontaktstelle, einer Einrichtung, die Menschen unterstützt, die eine Selbsthilfegruppe suchen oder eine gründen möchten. Von Anfang an war ich über die starke Nachfrage nach Selbsthilfegruppen zur Krankheit Depression erstaunt. Vorher – ich hatte in Berlin Soziologie studiert und habe als Rettungssanitäter und Taxifahrer gearbeitet – war mir die Bedeutung dieser Krankheit nicht aufgefallen, sie war kein Thema. Anfangs meiner Tätigkeit in der Kontaktstelle begann ich zu glauben, dass die Anforderungen der moderne Gesellschaft depressiv machen. Nur inwiefern? Handelt es sich um eine Pathologisierung sozialer Missstände oder ist die Volkskrankheit Ergebnis eines großen Massenwohlstandes? Ich bemerkte, dass die Volkskrankheit Depression ein relativ junges Phänomen ist. In Deutschland wird sie massiv erst seit dem Jahr 2001 thematisiert; in diesem Jahr wurde das erste von mittlerweile knapp 70 „regionalen Bündnissen gegen Depression“ gegründet. In den USA war die Depression schon ca. 12 Jahre länger Volkskrankheit, spätestens seit der Markteinführung von Prozac® (Fluoxetin) im Jahr 1988. Auch für Kollegen, die wesentlich länger als ich in dem Job waren, war die Volkskrankheit neu. Es gab Fortbildungen für Mitarbeiter von Selbsthilfe-Kontaktstellen, auf denen uns die gängige (und zumindest sehr stark vereinfachende) Serotonin-Hypothese über Depression näher gebracht wurde, wonach die Depression eine Art Stoffwechselstörung ist, vergleichbar der Diabetes.

In der Arbeit mit Gruppen und Betroffenen fiel mir auf, dass die Menschen unter sehr unterschiedlichen Symptomen litten, jedoch trotzdem von ihrem Arzt die Diagnose „Depression“ gestellt bekamen. So kann z.B. Appetitmangel ein Symptom für Depression sein, das Gegenteil, Heißhungerattacken aber auch. Gewichtsabnahme, Gewichtszunahme, zu wenig Schlaf, zu viel Schlaf, gar nicht mehr aus dem Bett kommen bis zu morgendlichen Früherwachen und Bettflucht. Weiterhin gibt es Arten der Depression, die per definitionem nicht mehr als solche zu erkennen sind, wie die larvierte (maskierte) und subthreshold-Depression

(unterschwellige D.), die atypische und die agitierte Depression und das „Sissi-Syndrom“. Dass Depression bei Männern ein komplett anderes Verhalten erzeugt als bei Frauen, ist mittlerweile common-sense: Männer können aggressiv werden, tendieren zu exzessiven Sporttreiben etc. während Frauen passiv werden, sich zurückziehen. Mich erstaunte, dass Menschen mit so unterschiedlichen Symptomen an ein und derselben Krankheiten leiden sollen.

Warum gab es im Sommer 2000 nur 10 Selbsthilfegruppen zur Depression, im Sommer 2010 93 Selbsthilfegruppen, im Herbst desselben Jahres 102 und zu Beginn des Jahres 2011 bereits 114 Selbsthilfegruppen zu diesem Thema in Berlin? Mehr Selbsthilfegruppen gibt es zu keiner anderen Erkrankung, und dabei sind die Selbsthilfegruppen, die sich ausschließlich dem eng verwandten Thema der Angsterkrankungen und dem „positiven Denken“ im Allgemeinen widmen, noch gar nicht mitgezählt. Ich stellte mir die Frage, ob Selbsthilfe bzw. die „therapeutische Erzählung“ unterstützende Sozialarbeiter und Psychologen aktiv zu einer weiteren Verbreitung der Volkskrankheit beitragen.

Einleitung

„Die Depression ist eine der größten Volkskrankheiten. Dies wurde sehr eindrücklich durch eine weltweit durchgeführte Studie der WHO (Global burden of disease) bestätigt.“¹ Die *Stiftung Deutsche Depressionshilfe*, die diese Sätze formuliert, ist die Dachorganisation des Forschungsverbundes *Kompetenznetz Depression, Suizidalität* und des gemeinnützigen Vereins *Deutsches Bündnis gegen Depression e.V.*. Diese Organisationen und ihre Untergliederungen sorgen dafür, dass Depression in Deutschland als „Erkrankung“ thematisiert wird. Depression ist also von vornherein als Feld für Ärzte und Psychologen definiert. Doch war das schon immer so? Ist Depression nicht auch eine Erscheinung, die durch die Jahrhunderte und in verschiedenen Kulturen völlig unterschiedlich auftaucht? Depression bzw. Melancholie wird kulturabhängig erzählt: „Eine ausgeprägte Depression wird in hinduistischen und buddhistischen Kulturkreisen oft nicht als Krankheit, sondern vielmehr als besondere spirituelle Einsicht und Erfahrung angesehen.“² Auch der abendländischen antiken Melancholie lag eine völlig andere Erzählung zugrunde; in der Antike war die Melancholie Adelsprädikat. Erst mit dem mittelalterlichen Christentum wird sie zur Sünde der Acedia. Robert Burton in der frühen Neuzeit nach der Reformation sieht sie dann wieder als Fluch *oder* Gunst, die Aufklärung kann als Melancholievertreibungsprogramm verstanden werden, die Romantik wendet sich wieder der Melancholie zu. Erst im 19. Jahrhundert mit Wilhelm Griesinger und Emil Kraepelin wird die Melancholie als Depression zu einem Fall für den Arzt. Und erst seit Ende der achtzi-

-
- 1 <http://www.deutsche-depressionshilfe.de/> (01.04.2011) Die zitierte Studie stammt aus dem Jahr 2001 und besagt, dass in diesem Jahr die Depression die „Volkskrankheit“ mit den schwersten Auswirkungen war.
 - 2 Stefan Weinmann: *Mythos Psychopharmaka. Warum wir Medikamente in der Psychiatrie neu bewerten müssen*. Bonn 2008, S. 55. Vgl. auch: Mikkel Borch-Jacobsen: *Making Minds and Madness. From Hysteria to Depression*. Cambridge 2009, S. 205.

ger Jahre des 20. Jahrhunderts wird Depression langsam aber sicher zur Volkskrankheit. „Depressionen gehören nicht nur zu den häufigsten psychiatrischen Krankheitsbildern, sondern auch zu den häufigsten Volkskrankheiten.“³ Wie und warum sie dazu wurde, ist Thema dieses Buchs. Unstrittig ist der Zeitpunkt der Geburt der Volkskrankheit in Deutschland: Im Jahr 1992 wurde im Kapitel *Psychische und Verhaltensstörungen* des ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems), der von der WHO herausgegebenen Gesundheitsklassifikation, der auch Deutschland folgt, weitgehend die aus dem Jahr 1980 stammende US-amerikanische Definition des DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) aufgenommen.⁴ Davor war die Depression eine relativ seltene Erkrankung.

Die Entwicklung der Depression (bzw. ihrer Vorgängerstörungen wie Melancholie, Neurasthenie und Neurosen) zur medizinisch zu bekämpfenden Volkskrankheit und die Verwirrung über das Wesen dieser Störungen setzt mit der Geburt der modernen Medizin Ende des 19. Jahrhunderts ein. Emil Kraepelin definierte in den 90er Jahren des 19. Jahrhunderts die Depression als erster als Geisteskrankheit, als affektive Psychose. Er führte auch die Bezeichnung Depression für das ein, was damals noch Melancholie genannt wurde. So wie die Tuberkulose oder die Syphilis, deren Krankheitserreger zu Kraepelins Zeiten entdeckt wurden und deren Entdeckung einen Paradigmenwechsel in der Medizin herbeiführten, und bei denen die körperlichen Symptome sehr vielgestaltig sind, und doch niemand an der Krankheitseinheit zweifelt, so soll man nach Kraepelin auch die verschiedenen Ausdrucksformen der Depression beurteilen: „Vielmehr stellen alle Zustandsbilder [des manisch-depressiven Irreseins, KI] nur die wechselnden Erscheinungsformen eines und desselben grundlegenden Krankheitsvorganges dar, die sich in der mannigfachsten Weise miteinander verbinden und ineinander übergehen können.“⁵

-
- 3 Michael Bauer, Anne Berghöfer et al. (Hg.): Akute und therapieresistente Depressionen. Pharmakotherapie – Psychotherapie – Innovationen. Heidelberg 2005, Klappen-text. Vgl. auch: Gabriela Stobbe, Anke Bramsfeld et al. (Hg.): Volkskrankheit Depression? Bestandsaufnahme und Perspektiven. Berlin 2006.
 - 4 E. Wittcher: Klinische Psychologie und Psychotherapie, Berlin 2006, S. 36 f. Zum DSM-III vgl. das entsprechende Kapitel hier.
 - 5 Emil Kraepelin: Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. Leipzig 1913. S. 1321. Vgl. auch Charlotte Jurk: Der niedergeschlagene Mensch. Depression. Eine sozialwissenschaftliche Studie zu Geschichte und gesellschaftlicher Bedeutung einer Diagnose. Diss. Uni Gießen, FB Gesellschaftswissenschaften 2005 <http://geb.uni-giessen.de/geb/volltexte/2006/2711/pdf/JurkCharlotte-2006-02-13.pdf>, S. 51.

Das Problem dabei ist bis heute, dass die Depression die Summe ihrer vorher definierten Symptome ist. Die Depression ist nicht wie Infektionskrankheiten durch einen bestimmten identifizierbaren Krankheitserreger hervorgerufen. Sie ist auch nicht durch die Identifizierung eines Erregers diagnostizierbar. Deshalb unterliegt sie nicht der Logik dieser Krankheiten und der gegen diese Krankheiten gerichteten „Magic Bullets“. Und es kommt zur Konfusion: Wo fängt die Depression an? Ist normal frustriertes, der gegenwärtigen krisenhaften Welt durchaus angemessenes Verhalten bereits depressiv also krank und behandlungsbedürftig?

Dysthymie (leichte Depression, zu Kraepelins Zeiten „Neurasthenie“) soll seit Kraepelin genau wie die affektive Psychose (mit Wahn verbundene Depression) Ausdruck ein und derselben Krankheit, der Depression, sein. Das gilt auch für den Burnout oder die Anpassungsstörung. Alle Formen sind heute *medizinisch* behandlungsbedürftig, so der Konsens. Nicht jeder, der hustet, muss zum Arzt, sagt man. Aber leichte Depressionen gehören medizinisch behandelt. Der österreichische Psychiater Siegfried Kasper, der Leiter der psychiatrischen Abteilung der Universitätsklinik in Wien, meint in diesem Sinn, es gäbe „leichte, mittelschwere und schwere Depressionen [...] Die meisten Menschen leiden an einer leichten Depression, die gleichwohl behandelt gehört.“⁶

Was aber ist eine Depression? Der schweizer Psychiater, Gründer der Pharmafirma „affectis“ und Direktor des Münchner Max-Planck-Institutes für Psychiatrie, Florian Holsboer, meint, dass Depression möglicherweise nicht eine bestimmte Krankheit ist:

„Unsere Forschung zeigt, dass hinter der Depression ganz unterschiedliche krank machende Mechanismen stecken. Irgendwann kommen wir vielleicht zu dem Ergebnis, dass es nicht eine Depression gibt, sondern zehn Unterformen. Weil es sehr unwahrscheinlich ist, dass ein einziges Molekül eine so komplexe Erkrankung hervorruft, gehen wir mit unseren Messungen über das gesamte Genom und alle Proteine.“⁷

Diese Verwirrung ist nicht neu. Für die phänomenologisch-anthropologische deutschsprachige Vor- und Nachkriegspsychiatrie (Ludwig Binswanger, Karl Jaspers, Viktor von Gebsattel) ist das Thema der Depression wie für die Psychoanalyse der Verlust. Wie die Psychoanalyse lehnte auch die anthropologische

6 Aus: Katja Timochomirowa: Verfinsterte Seele. Tagesthema „Winterdepression“ in der Berliner Zeitung vom 13./14.12.2008.

7 Weltformel der Seele. Spiegelgespräch mit Florian Holsboer. In: Der Spiegel 27.04.2009.

Psychiatrie es ab, von „Depression“ zu sprechen. Ludwig Binswanger schrieb 1960, also zu einer Zeit als die Depression noch lange keine Volkskrankheit war: „Wenn wir das Wort Depression so weit als immer möglich vermeiden, so deswegen, weil dieser Begriff heute so verschiedenartige Bedeutungen hat, ja so verwaschen ist, dass er nicht mehr zum Ausgangspunkt einer phänomenologischen Untersuchung gemacht werden kann.“⁸ 1976 meinte der Psychiater R.-E. Kendell an der Universitätsklinik Edinburgh:

„In den letzten 50 Jahren, besonders in den letzten zwanzig Jahren [das heißt seit Erfindung der Antidepressiva, K.I.] wurden zahllose Klassifikationen für die Krankheit ‚Depression‘ vorgeschlagen. [...] Die Grenzen zwischen Depression und Traurigkeit, depressiver Krankheit und Angstzuständen, affektiver Psychose und Schizophrenie, rekurrenter Depression und Persönlichkeitsstörung sind völlig willkürlich und schlecht definiert.“⁹

1990 meinte der niederländische Psychiater Herman van Praag: „Seit über 30 Jahren herrscht Verwirrung in der Klassifikation der Depression. [...] überlegt man es sich genau, dann hat sich die Situation verschlechtert. Damals wussten die Psychiater wenigstens, dass diagnostisches Chaos herrscht. [...] Heute ist dieses Chaos kodifiziert und die Verwirrung gut versteckt.“¹⁰ Dieses Chaos herrscht bis heute, trotz oder gerade wegen vieler Bemühungen der Standardisierung, Objektivierung und Reliabilisierung wie in den neuen Auflagen des DSM seit 1980.

Man weiß wenig über Depression. Man kann sie nicht definieren. Und noch weniger weiß man, wie sie zu kurieren ist:

„Aus klinischen Studien weiß man, dass nur 60% der antidepressiv behandelten depressiv erkrankten Patienten auf eine erste Behandlung mit einem Antidepressivum ansprechen. Von diesen Patienten erreichen ca. 50% keine Remission, sondern zeigen Residualsym-

8 Ludwig Binswanger: Melancholie und Manie. Phänomenologische Studien. Pfullingen 1960, S. 10.

9 R.-E. Kendell: The classification of depression: a review of contemporary confusion. British Journal of Psychiatry, Nr. 129. S.15 ff. (Zit. nach Ehrenberg: Das erschöpfte Selbst. Depression und Gesellschaft in der Gegenwart. Frankfurt/M. 2004, S. 85 f.).

10 H. M. van Praag: The DSM-IV depression: classification: to be or not to be? Journal of Nervous and Mental Diseases, Bd. 78, Nr. 3, März 1990, S. 148 f. (Zit. nach Alain Ehrenberg, ebda. S. 86).

ptome. In der Konsequenz entwickeln viele dieser Patienten einen chronischen Verlauf der Depression.“¹¹

Das ist vor allem deshalb ein Problem, weil die Depression volkswirtschaftlich teuer ist:

„Untersuchungen zu den Kosten depressiver Erkrankungen liegen vor allem aus den USA und Großbritannien vor. Diese gesundheitsökonomischen Untersuchungen haben gezeigt, dass depressive Erkrankungen enorm hohe Kosten verursachen, vor allem wenn das Ansprechen auf die Behandlung nur unzureichend ist. Angesichts der finanziellen Belastungen, welche durch die ansteigenden Kosten verursacht durch depressive Erkrankungen in den vergangenen Jahren entstanden sind, spielen in der Gesundheitspolitik ökonomische Gesichtspunkte bei der Evaluation von Behandlungsmöglichkeiten der Erkrankung eine zunehmend große Rolle.“ (Schietsch, ebda.)

Ein wichtiger Grund für die Thematisierung der Depression als Volkskrankheit ist das Erscheinen vermeintlich neuer, wirksamer Antidepressiva, der selektiven Serotonin Wiederaufnahmehemmer (SSRI), auf dem deutschen Markt. 1990 wird Fluctin® (Fluoxetin), amerikanischer Handelsname Prozac®, in Deutschland zugelassen – zwei Jahre nach seiner Zulassung in den USA. 1997 erscheint in Deutschland das erste Buch eines Betroffenen „Ich hatte Depressionen.“ Zitat:

„Ich selbst habe nur mit Medikamenten aus der Gruppe der Antidepressiva gute Erfahrungen gemacht. Sie haben die Eigenschaft, oft erst nach mehreren Wochen zu wirken. Anfängliche Nebenwirkungen gehen in der Regel vorüber und sollten vom Kranken überstanden werden. Diese Medikamente greifen direkt in die depressive Erkrankung ein und machen nicht süchtig.“¹²

Das ist exakt die Botschaft, die bis heute von offizieller Seite wiederholt wird. Antidepressiva vertreiben die Depression. Depression ist demnach heute „wie

11 Kathrin Christine Schietsch: Objekt-Metadaten. Algorithmusgestützte Behandlung stationärer Patienten mit depressiven Erkrankungen im Vergleich zur Behandlung nach freier Arztentscheidung: Eine gesundheitsökonomische Betrachtung des Berliner Algorithmusprojekts. Diss. Berlin Charité 2006. http://www.diss.fu-berlin.de/diss/receive/FUDISS_thesis_00000002442.

12 Karl Kulitza: Ich hatte Depressionen. Aus der Einsamkeit zu neuer Lebensfreude. Ein Betroffener berichtet. Berlin 1997, S. 152.

ein Beinbruch“ (Prang, a.a.O.) behandelbar. Das Problem: Wenn die Medikamente so gut wirken, warum ist die Depression dann so häufig?

Die meisten Forscher erklären eine Depression heute laut Ärzteblatt vom 14.01.2010¹³ durch das Zusammentreffen von belastenden Lebensereignissen mit prädisponierenden biologischen Faktoren. Dabei arbeiten Pharmakotherapie, Verhaltenstherapie und IPT (interpersonelle Therapie) Hand in Hand. Stressige Lebenssituationen können nach dieser Vorstellung sowohl psychotherapeutisch als auch pharmakotherapeutisch behandelt werden. Einfach ausgedrückt: Ist der Mensch lange Zeit solchen Lebenssituationen ausgesetzt, so kann das Auswirkungen auf sein Gehirnstoffwechsel haben, der dann mittels Medikamenten ins Lot gebracht wird. Man kann aber auch trainieren, mit den Lebenssituationen besser umzugehen (Verhaltenstherapie) oder seine „soziale Kompetenz“ zu steigern (Interpersonelle Therapie).

ÜBERSICHT ÜBER DEN GANG DER UNTERSUCHUNG

Wenn also die Zahl der an Depression erkrankten Menschen ständig steigt, dann kann das nur daran liegen, dass sowohl „stressige Lebenssituationen“ als auch die Vulnerabilität für diese Krankheit zunehmen. Diese „stressigen Lebenssituationen“ werden von vielen Soziologen als Merkmal einer neuen Kultur der Autonomie gesehen. An die Stelle von Gehorsam und Disziplin sind demnach in der modernen Gesellschaft Entscheidungsfähigkeit und persönliche Initiative getreten. Das Individuum wird an Tatkraft und Initiative gemessen, die es somit immer unter Beweis zu stellen hat. Dies bewirke einen erschöpften, depressiven Zustand vieler Menschen. Das ist die These des französischen Soziologen Alain Ehrenberg¹⁴ („Das erschöpfte Selbst“) und seiner deutschen Adepten wie der Soziologin Charlotte Jurk¹⁵ („Der niedergeschlagene Mensch“) oder der Psycholo-

13 Warum Antidepressiva nicht immer wirken. In: Ärzteblatt, 14.01.2010. http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/39675/Warum_Antidepressiva_nicht_immer_wirken.htm.

14 Alain Ehrenberg: Das erschöpfte Selbst. Depression und Gesellschaft in der Gegenwart. Frankfurt/M. 2004.

15 Charlotte Jurk: Der niedergeschlagene Mensch. Depression, eine sozialwissenschaftliche Studie zu Geschichte und gesellschaftlicher Bedeutung einer Diagnose. Giessen 2005 (Diss. FB Gesellschaftswissenschaften) <http://geb.uni-giessen.de/geb/volltexte/2006/2711/pdf/JurkCharlotte-2006-02-13.pdf>.

gin Elisabeth Summer¹⁶ („Macht die Gesellschaft depressiv?“). Diese These ist die in Deutschland am stärksten wahrgenommene. Aber es gibt auch andere Ansätze. Die britische Autorin Lisa Appignanesi behauptet in ihrem Werk „Mad, Bad and Sad. A History of Woman and the Mind Doctors from 1800 until Today“ (2007), Depression sei überhaupt keine zeittypische Erkrankung. Unter einem feministischen Blickwinkel hält sie die Störungen oder Krankheiten Mager-sucht und PTBS (posttraumatische Belastungsstörung) für zeittypischer.

Eine weitere herausragende Ausnahme aus dem Mainstream der kulturellen Interpretationen der Depression ist die These des 2002 verstorbenen marxistischen französischen Psychoanalytikers Pierre Fédida, dass Depression etwas positives, im Grunde antikapitalistisches sei, eine störende Strategie. Dementsprechend hat er ein „Lob der Depression“ verfasst. Dieser Gedanke wird im linksrevolutionären Manifest des „unsichtbaren Komitees“ von 2007 aufgegriffen. Auch der Karlsruher Philosoph Byung-Chul Han plädiert für ein Zulassen der Depression in Form einer „Müdigkeitsgesellschaft“ als Alternative zu einer erschöpften Gesellschaft. Für zeitgenössische marxistische Theoretiker ist die Volkskrankheit Depression ein Ausdruck des gegenwärtigen Neoliberalismus und letztlich im Kapitalismus essentiell angelegt. Depression fällt unter den Begriff der fortschreitenden Entfremdung. Peter Sloterdijk sieht im Gegensatz dazu die zunehmende Depression als Zeichen eines dekadenten Wohlfahrtsstaates, der ein Zuviel an Gleichheit und „Massenwohlstand“ geschaffen habe. Dieser erzeuge Neid und der führe in die „soziale Depression“. Der israelischen Soziologin Eva Illouz gelingt es, ein Buch über Depression zu schreiben, in dem der Begriff Depression kein einziges Mal erwähnt wird. Ihr geht es um die hinter der Sensibilisierung für Depression stehende „therapeutische Kultur der Selbsthilfe“.

Ich werde im ersten Teil alle diese zeitgenössischen kulturwissenschaftlichen und überwiegend psychoanalytisch geprägten Interpretationen der Volkskrankheit Depression vorstellen. Fast alle – bis auf die Analyse von Lisa Appignanesi – übernehmen das katastrophierende Denken in Bezug auf Depression, wonach sich heute die wahre Klimakatastrophe in den Seelen der Menschen abspielt. Dies ist aber ein Mythos, wie ich zeige. Depression oder Melancholie hat es schon immer gegeben, sie sind notwendiger Begleiter des „zivilisierten Menschen“.

Deshalb beginnt mein Überblick über Reflexionen der Depression im zweiten Teil deutlich früher. Die Ideengeschichte setzt ein mit der Erfindung der Psy-

16 Elisabeth Summer: Macht die Gesellschaft depressiv? Alain Ehrenbergs Theorie des „erschöpften Selbst“ im Licht sozialwissenschaftlicher und therapeutischer Befunde. Bielefeld 2008.

chotherapie in der vorhippokratischen Medizin Griechenlands. Ausgeblendet bleiben die biblischen Stellen, die von Melancholie oder Depression handeln, die Geschichte vom depressiven König Saul und seinem „Musiktherapeuten“ David und das Buch Hiob¹⁷, sowie die Heilpraxis des angeblich archaischen „Schamanismus“. Dieser ist heute als Teil der hier zu untersuchenden therapeutischen Erzählung in der esoterischen Szene im Westen wieder modern.

Hippokratische Vorstellungen, die Lehre vom Gleichgewicht der vier Säfte, bestimmen die Geschichte der Medizin bis ins 19. Jahrhundert hinein; die Alternativ- und Naturmedizin beruft sich auch heute noch auf Hippokrates, auch die populäre Hirnmythologie von Serotonin und Dopamin, also Säften, die im Ungleichgewicht sein können, ist nicht weit davon entfernt. Die mittelalterliche Acedia wird vorgestellt und ihre Unterschiede zur antiken, aristotelischen Melancholie herausgearbeitet. Darauf folgt eine Darstellung des Klassikers von Robert Burton aus dem 17. Jahrhundert sowie ein kurzer Überblick über Melancholie im Protestantismus, in der Aufklärung und als Reaktion darauf in der Romantik.

Ab Mitte des 19. Jahrhunderts verfolge ich die Entwicklung in Deutschland und in den USA getrennt. Ich unterscheide zwischen einer kontinentalen (deutschen) Tradition in der Folge von Griesinger und Kraepelin und einer durch religiöse Erweckungsbewegungen inspirierten psychotherapeutischen US-amerikanischen Tradition, die sich, nachdem sie sich mit der Psychoanalyse verbunden hat, nach dem Zweiten Weltkrieg weltweit durchgesetzt hat und die seit der Etablierung des DSM-III im Jahr 1980 zu großen Teilen auf die Ideen Kraepelins bezieht und nicht mehr auf die Psychoanalyse.

Die Schwerpunkte der Ideengeschichte liegen auf der Darstellung der wichtigen auslösenden Strukturen für das Entstehen einer Volkskrankheit Depression. In meiner Sicht:

- Die Entstehung des positiven Denkens und die ersten evangelikalen Mental Health-Bewegungen in den USA.
- Die Verknüpfungen dieser Bewegungen mit der populären US-amerikanischen Kultur und der kapitalistischen Geschäftsmacherei in Form der Vermarktung von Patentmedizinen.
- Die Ideen Kraepelins und deren Wirkungen.

17 Vgl. dazu: Gary Greenberg: Manufacturing Depression. The Secret History of a Modern Disease. London 2010. Zur Übersetzung von Zitaten: Alle deutschsprachigen Zitate von Greenberg, Healy, Whitacker, Heims, Horwitz/Wakefield, Hirshbein etc. sind von mir aus dem amerikanischen Original übersetzt.

- Die britische und US-amerikanische Militärpsychiatrie nach dem Ersten Weltkrieg und die Entdeckung der Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie in Gruppen für die posttraumatische Belastungsstörung.
- Die Macy-Konferenzen nach dem Zweiten Weltkrieg und die „Mental-Health-Ideologie“ als Alternative zum Sozialismus.
- Die Entwicklung des DSM-III und die Rückkehr zu Kraepelin.
- Die Entwicklung von patentierbaren Drogen auf Grundlage der organischen Chemie.
- Die Entwicklung der „Gesundheitsgesellschaft“.

Die Ideengeschichte der Psychopharmaka behandelt die Entwicklungsgeschichte der antidepressiven Psychopharmaka und ihre (pop-) kulturelle Reflexion in den USA. Denn erst die Möglichkeit, die Stimmung pharmakologisch aufzuhellen, macht eine „Volkskrankheit Depression“ sinnvoll und möglich. Tatsächlich wurden die ersten „Antidepressiva“ ausgehend von Nebenwirkungen konstruiert: in einem Fall war man auf der Suche nach Antihistaminika, in einem anderen nach einem Mittel gegen Tuberkulose. So fand man Iproniazid und Imipramin. Das Mittel Iproniazid beruhte auf Hydrazin, einer Stickstoffverbindung, die von der deutschen Wehrmacht im Zweiten Weltkrieg als Treibstoff für die „V2“-Rakete verwendet wurde. Iproniazid wurde von seinem Entdecker, Nathan Kline, gerne als „Pep-Pill“ bezeichnet. Auch die Erfindung des berühmten Prozac®, zugelassen in den USA im Jahr 1988, in Deutschland 1990, war, wie zu zeigen ist, keineswegs ein gradliniger Weg zum antidepressiven Ziel. Laut dem Psychiater und Pharmakritiker David Healy gab es in den 70er Jahren starke Hinweise darauf, dass die Substanz Fluoxetin möglicherweise ein Bluthochdruckmittel ist, so wie die Beta-Blocker. Und Bluthochdruck war – wie heute auch noch – eine der meist verbreiteten Krankheiten in der westlichen Welt und also für die Pharmaindustrie lukrativ. Es gab damals noch keinen Markt für Antidepressiva. Prozac war auch nicht die erste Substanz, die selektiv nur auf die Serotonin-Transporter an den Synapsen ihre Wirkungen entfalten, also ein sogenannter selektiver Serotonin Wiederaufnahme Hemmer, englisch Abkürzung: SSRI. Das erste selektiv serotonerg wirksame Antidepressivum hieß Zimelidin (Handelsname: Normud®). Dieses Medikament wurde im Jahr 1971 in Großbritannien, Schweden und Belgien patentiert – als Mittel gegen Depression. Das Mittel hatte allerdings schwere Nebenwirkungen; es war nur 18 Monate lang auf dem Markt. Auch das 1984 in der Schweiz eingeführte SSRI Fluvoxamin (Handelsnamen: Fevarin® (D), Floyfral® (A, CH)) schuf sich keine Nachfrage und schaffte es nicht zu einem mythischen Status wie Prozac. Als Prozac auf den Markt kam,

war die Zeit reif für ein Antidepressivum, das die Volkskrankheit Depression bekämpft, für ein „Volksantidepressivum“.

Ich werde in dem den Antidepressiva gewidmeten Teil nicht nur auf die Geschichte der modernen Medikamente eingehen, sondern sie in den Kontext einordnen, in den sie gehören: in den der Drogen und Rauschmittel. Wer bestimmt, ob eine Substanz Droge bzw. Rauschmittel (recreational drug) oder Medikament bzw. Arzneidroge (ethical drug) ist? Seit der Patentierbarkeit von bewusstseinsverändernden Substanzen – was Stimmungsaufheller zweifellos sind – bestimmt dies weitgehend die Pharmaindustrie. Um das ethische Niveau ihrer Drogen zu beweisen benötigt sie entsprechende Krankheiten wie z. B. die Volkskrankheit Depression oder auch die „soziale Phobie“, also Schüchternheit, die man bekanntlich auch mit Alkohol bekämpfen kann.

„Die Pharmaindustrie“ hat die Volkskrankheit Depression aber nicht erfunden. Wie zu zeigen ist, führten viele Wege zu diesem Ziel, auf denen die Pharmaindustrie natürlich dankbar und aktiv mitmarschierte. Eine davon ist eine spezielle Gesundheitsvorstellung, man kann sagen Gesundheitsideologie, die ich auf die „Neu-Geist-Bewegung“ des Heilpraktikers Phineas Parkhurst Quimby aus der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts zurückführe. Die Vorstellung einer ärztlich und psychotherapeutisch zu behandelnden Volkskrankheit Depression ist Teil einer „therapeutischen Erzählung“. Ihre Wurzeln lassen sich bis weit ins 19. Jahrhundert zu den ersten, noch evangelikalischen Selbsthilfebewegungen in den USA wie z.B. dem Emmanuel Movement zurückverfolgen. Alle Übel und Krankheiten im Leben der Menschen sind nach diesen Vorstellungen Folgen negativen Denkens. Zementiert und kanonisiert wurde diese Glaubensgrundlage der frühen evangelikalischen „Mental-Health-Bewegung“ auf den Macy-Konferenzen in den USA nach dem Zweiten Weltkrieg. Die Volkskrankheit Depression ist somit auch ein Ergebnis des kalten Krieges. Es wird gezeigt, dass eine „Mental-Health-Ideologie“ als Alternative zum Kommunismus ausgearbeitet wurde. Mentale Gesundheit für alle wurde zu einem erstrebenswerten gesellschaftlichen Ziel. Nicht das Sein sollte das Bewusstsein bestimmen wie in der sozialistischen Ideologie, der umgekehrte Weg sollte den Massen nahegebracht werden: Das „positive Denken“ mache reich und glücklich. Diese Ideologie hat sich unhinterfragt durchgesetzt und bestimmt heute neben der esoterischen Szene weite Teile der Politik und Sozialarbeit in Form des „Public Health“.

Die Aufblähung der normalen Depression oder Melancholie zur Volkskrankheit dient geschäftlichen Zwecken. Im Teil „Die Gesundheitsgesellschaft“ versuche ich auf die Gefahren dieser Entwicklung hinzuweisen. Der letzte Teil befasst sich deshalb mit der im Entstehen begriffenen Gesundheitsgesellschaft, die die Menschen zu mentaler Gesundheit überredet, indem über die Hebel der Selbst-

hilfe die Ansprüche auf mentale Gesundheit nach dem Modell der Gouvernamentalität bzw. Protoprofessionalisierung in die Menschen hinein transferiert werden. In der Wissenschaft der öffentlichen Gesundheit (Public Health) ist es Konsens, dass Gesundheitschancen erhöht werden müssen, um gesellschaftliche Teilhabe zu garantieren. Im Umkehrschluss heißt das nichts anderes, als dass der „sozial Schwache“, der Arbeitslose, krank sein muss, also zu behandeln ist. Dies geschieht heute durch sozialarbeiterische, vorthérapeutische auf „Selbsthilfe“ abzielende Interventionen. Beängstigend ist, dass die WHO-Definition der Gesundheit unhinterfragt allgemeine Deutungshoheit gewonnen hat. Mehr Gesundheit ist demnach immer möglich. Die Gesundheit des Menschen ist laut Weltgesundheitsorganisation ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen („Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity“¹⁸). Alles, was „vollständiges Wohlergehen“ behindert, ist nun ein Problem der Gesundheit und also über ärztliches Handeln bzw. sozialarbeiterische Prävention zu beseitigen. Gesellschaftliche Lösungswege sind damit ausgeschlossen. In diesem Teil wird gezeigt, wie diese Idee über die „Selbsthilfe“ und deren institutionelle Förderung verstetigt wurde und wird. Am Beispiel der Firma „Healthways“ zeige ich, wie der Selbsthilfegedanke zu einem Teil der kommenden gigantischen Gesundheitsindustrie wird, die letztlich ihren Gewinn daraus zieht, Krankheiten zu heilen, die sie selbst erfunden („disease mongering“ bzw. „condition branding“) hat.

18 http://www.searo.who.int/LinkFiles/About_SEARO_const.pdf