

Krankheitsverständnis und Kultur

Die vielen Gesichter der Depression

Psychiatrische Diagnosen und ihre Kriterien werden durch Expertenteams festgelegt. Die Natur diagnostiziert nicht. Fast alle Versuche, psychische Störungen mit biologischen Markern zu identifizieren, sind bisher gescheitert. Umso wichtiger ist es, sich der kulturellen und gesellschaftlichen Einflussfaktoren auf den diagnostischen Prozess bewusst zu sein. Diese vielschichtige Beeinflussung wird am Beispiel der Depression aufgezeigt. Auch eine leichtere depressive Aktionshemmung steht im krassen Gegensatz zur heute geforderten Flexibilität und Mobilität.

Wenn sich heute ein Mensch krank fühlt, sucht er meist nach einer medizinischen Erklärung seines Zustandes. Er verbindet sein Leiden mit einer Krankheitsvorstellung. Das war nicht immer so. Insbesondere psychische Leiden wurden mit kosmischen Kräften in Zusammenhang gebracht. Aber auch das medizinische Verständnis von Krankheiten hat sich in den letzten Jahrhunderten tiefgreifend verändert. Dieser historische Wandel hat den deutschen Philosophen Hans-Georg Gadamer zur prägnanten Aussage veranlasst: „Krankheit ist ein sozialer Tatbestand.“ Man könnte auch sagen: Was krank ist, wird durch die vorherrschende Kultur definiert. Wie dies geschieht, ist von vielen Einflüssen abhängig, etwa vom Welt- und Menschenbild, von naturwissenschaftlichen Erkenntnissen, aber auch von sozio-ökonomischen Einflüssen.

Fest steht, dass Gesundheit und Krankheit keine natürlichen Tatsachen sind. Die Natur diagnostiziert nicht. Das scheint eine Binsenwahrheit zu sein. Doch wird in unserer kurzlebigen und visuell geprägten Zeit leicht übersehen, dass Krankheiten und insbesondere psychische Störungen auf Beurteilungen beruhen und selber nicht gegenständlich sind. Sie lassen sich auch nicht so leicht wie Gegenstände voneinander abgrenzen. Zwar lässt sich in der Körpermedizin oft eine natürliche Grenze zwischen gesund und krank finden, so etwa bei einem Knochenbruch oder einem Tumor. Doch kennt auch die Körpermedizin Krankheitskriterien, die keinen biologischen Grenzen folgen, sondern von einem Spezialistengremium aufgrund von Wahrscheinlichkeitsberechnungen festgelegt werden, etwa die Grenze zwischen nor-

malen und pathologischen Blutdruckwerten. Diese Kriterien können sich je nach Befundlage im Laufe der Zeit verändern, sodass was früher gesund war nun krank wird, oder umgekehrt.

Spezialfall Psychiatrie

Die Psychiatrie hat ihr Krankheitskonzept von der Körpermedizin übernommen. Wie diese sucht sie nach Symptomen, die auf einen dahinter liegenden Krankheitsprozess verweisen. Doch unterscheidet sich die Psychiatrie in einem entscheidenden Punkt von der Körpermedizin. Ihre Symptome sind nicht körperlicher Art (wie Fieber, Hautrötung, blutiger Urin etc.), sondern subjektive Erlebensweisen (wie Niedergeschlagenheit, Antriebsstörung und Interesseverlust). Als psychische Phänomene sind sie von aussen nicht sichtbar.

Während körperliche Symptome in der Regel körperliche Ursachen haben, können psychische Symptome auch Ausdruck sozialer Belastungen oder persönlicher Konflikte sein. Sie müssen auch nicht unbedingt Krankheitswert haben, sondern können auf eine drohende Gefahr verweisen (wie die Alarmfunktion der Angst) oder eine Anpassungsleistung an eine überfordernde Lebenssituation darstellen. So kann Depressivität verhindern, dass ein Mensch in einer unlösbaren Lebenssituation überschüssig und kräfteverschleissend reagiert. Konsequenterweise sind psychische Symptome in einen weiteren Rahmen zu stellen und nicht nur isoliert mit körperlichen Veränderungen in Zusammenhang zu bringen. Zudem werden psychische Leiden in der Regel sprachlich zum Ausdruck gebracht, stellen also symbolische Zeichen dar, die nur in einem grösseren Zusammenhang zu verstehen sind. So kann der eine Patient mit dem gleichen Wort (etwa „Desinteresse“) etwas anderes ausdrücken wollen als ein anderer.

Fast alle Versuche, von sprachlich mitgeteilten Erfahrungen wie Bedrücktheit oder Angst auf isolierbare körperliche Störungen zu schliessen, sind bisher gescheitert. Das zeigt sich z.B. daran, dass auch 30 Jahre nach Einführung einer symptomorientierten Klassifikation (im DSM III) die meisten psychischen Störungen nicht mittels biologischer Befunde diagnostiziert werden können. So sind weder für depressive Episoden noch Angststörungen sog. biologische Marker gefunden worden, die eine solche Erkrankung spezifisch und sensibel diagnostizieren lassen. Auch daran zeigt sich, dass die meisten psychischen Probleme nicht losgelöst vom Lebensganzen beurteilt werden können.

Es lässt sich aber daraus nicht folgern, dass psychische Erkrankungen weniger schwerwiegend sind als körperliche Störungen. Im Gegenteil. Manche Patienten, die eine Depression durchgemacht haben, bezeichnen ihr Leiden als mindestens so schwerwiegend wie dasjenige einer von ihnen ebenfalls durchlittenen schweren körperlichen Erkrankung. Der

Krankheitswert einer Störung ist also nicht allein vom Vorliegen eines biologischen Befundes abhängig zu machen. Entscheidend sind ebenso das Ausmass der subjektiven Belastung und der Schweregrad der sozialen Folgen. Das heisst aber auch, dass ein rein medizinisches Krankheitsverständnis, das sich nur an den Naturwissenschaften orientiert, an seine Grenzen stösst.

Um dies näher zu erläutern und zu konkretisieren, wähle ich das Beispiel der Depression aus. Die depressive Störung eignet sich besonders, um auszuführen, wie Kultur und Gesellschaft zur Interpretation einer Leidensform beitragen und wie sie diese gleichzeitig beeinflussen.

Das Beispiel Depression

Depression ist ein moderner Begriff. Er wurde gegen Ende des 19. Jahrhunderts in die deutsche Psychiatrie eingeführt. Was wir heute unter Depression verstehen, ist jedoch keine neue Erscheinung. Seit es schriftliche Zeugnisse gibt, finden sich Beschreibungen von Menschen, die heute als depressiv charakterisiert würden, so etwa Bellerophon bei Homer oder König Saul in der biblischen Chronik. Ihr Leiden wurde aber verschieden verstanden: In der griechisch-römischen Antike, für die das richtige Mass im Leben entscheidend war, hatte depressives (bzw. manisch-depressives) Leiden mit Masslosigkeit zu tun. Sie setzten es mit einem Übermass an schwarzer Galle gleich und nannten es Melancholie, was übersetzt Schwarzgalligkeit heisst. Anders das Mittelalter, in dem die Religion, mithin die Ausrichtung auf Gott, im Zentrum stand. Hier wurde ein depressiv geprägter Überdruß als ein Zustand gesehen, der die Menschen von der Freude an Gott abhält. Diese depressive Verstimmung wurde Akeidia genannt, was Trägheit oder Selbstekel meint. Die Akeidia wurde aber nicht als Störung der Säfte wie die Melancholie verstanden, sondern als dämonische Versuchung bzw. als Sünde.

In der Moderne hat sich das Verständnis dieser Leidensart noch einmal grundsätzlich verändert. Was im Mittelalter dämonisiert wurde, wird jetzt pathologisiert. Der neu gewählte Begriff „Depression“ leitet sich vom lateinischen Wort „deprimere“ ab, was niederdrücken oder niederschlagen meint. Damit wird am depressiven Leiden nicht mehr die gallige Bitterkeit oder die Freudlosigkeit betont, sondern die Niedergeschlagenheit. Mit dem Wort „Depression“ verbindet sich also die Vorstellung eines von Schlägen getroffenen, bedrückten Menschen. Diese Akzentverschiebung macht aus dem mittelalterlichen Täter ein modernes Opfer und aus der antiken Besonderheit eines speziellen Typus eine neurobiologische Störung oder eine biographische Verletzung. Vor allem aber spiegelt sich in der neuen Krankheitsvorstellung von Niedergeschlagenheit und Antriebsstörung – bildlich im gebückten Menschen

– die Last wieder, die Menschen im depressiven Zustand zu tragen haben. Diese Last depressiver Menschen hat sich in den letzten Jahrzehnten noch akzentuiert, ist doch im depressiven Zustand erschwert oder verunmöglicht, was eine extrem individualisierte Gesellschaft erfordert, nämlich aufrecht zu stehen und unabhängig zu sein.

Unter diesem Blickwinkel ist vielleicht besser verständlich, dass die Depression zu einer Volkskrankheit werden konnte. So haben sich in Deutschland die antidepressiven Behandlungen allein zwischen 2000 und 2005 verdoppelt. In den USA nehmen über 10% der Bevölkerung Antidepressiva ein.

Allerdings gilt es auch zu berücksichtigen, dass in den letzten Jahrzehnten die Definitionsschwelle für depressive Störungen ständig herabgesetzt wurde. Daran war nicht zuletzt die Pharmaindustrie interessiert, weil sich so die potenzielle Zielgruppe für die Medikamente vergrößerte. Die Ausweitung des diagnostischen Spektrums „Depression“ hat zudem damit zu tun, dass sich die gesellschaftlichen Normen stark gewandelt haben. Wurden früher Leid und Not vor allem als Herausforderung betrachtet, denen man sich zu stellen hat und an denen man wachsen kann, wird heute jegliches Leiden – vor allem aber Bedrücktheit und Antriebsverlust – zunehmend pathologisiert, d.h. als unnötig und krankhaft gewertet. So setzt auch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) Krankheit weitgehend mit Leiden gleich. Darüber hinaus haben sich die Belastungen im Leben eines Menschen vom Körperlichen zum Seelisch-Geistigen bzw. Mentalen verschoben. War die Mehrheit der Bevölkerung am Arbeitsplatz vor fünfzig Jahren (im Industriezeitalter) noch hauptsächlich körperlich gefordert, so sind die meisten Menschen heute in Dienstleistungsbetrieben beschäftigt und mit emotionalen und mentalen Herausforderungen konfrontiert. Unter den neoliberalen Wirtschaftsbedingungen der letzten Jahrzehnte ist zudem an die Stelle eines traditionell verwurzelten, langfristig angelegten Lebensplans zunehmend ein flexibler und unsteter Lebensentwurf mit vielen Brüchen getreten. Der spätmoderne Mensch hat sich immer mehr den kurzfristigen und wandelbaren Zielen des neuen, globalen Wirtschaftens anzupassen. Gleichzeitig trägt er aber die historisch gewachsene Verpflichtung zu Autonomie und Selbstverwirklichung in sich. Dadurch gesellt sich zur Verpflichtung innerer Beharrlichkeit bzw. Ich-Identität die Forderung nach Mobilität und kreativen Sprüngen.

Die aufklärerische Vorstellung eines starken, autonomen und selbstverantwortlichen Subjektes wird aber in der depressiven Blockade zur Farce. Weil der moderne Mensch aufgeklärt ist und dieses Selbstbild verinnerlicht hat, kann er auch in der Depression nicht davon lassen. Die Vorstellung, dass nur der Tüchtige überlebt und die Stärke des modernen Menschen in seiner Macht und Prestigeentfaltung liegt, ist zu tief verwurzelt. Tritt unter diesem

leistungs- und anpassungsorientierten Denken eine depressive Blockade auf, so wird das moderne Individuum an seiner sensibelsten Stelle getroffen. Denn ein autonomer Mensch ist auf sich selbst gestellt und darauf angewiesen, initiativ denken und handeln zu können. Gerade diese Fähigkeit ist aber in der Depression behindert. In ihr ereignet sich, was der moderne Mensch am wenigsten erträgt: Er erlebt klar und wach mit, wie seine persönlichen Entscheidungs- und Einflussmöglichkeiten eingeschränkt werden. Seine Gedanken und Erinnerungen werden schwerer abrufbar. Planen und Entscheiden sind ebenso blockiert wie ausführende Bewegungen oder körpersprachliche Ausdrucksformen. Durch dieses Ausgebremst sein fühlt sich das moderne Ich vor das Nichts gestellt. Es ist auf sich selbst zurückgeworfen, ohne in den vorherrschenden kulturellen Wertungen – von Globalisierung und Deregulierung – einen tragen Grund zu finden.

Aber im depressiven Geschehen geht die subjektive Erfahrung nicht unter. Sie zeigt dem betroffenen Menschen, dass er mehr ist als ein funktionierender Organismus. Sein Leiden ist auch Aufschrei und damit Einspruch gegen die Lebensbedingungen, denen er – entweder fremdbestimmt oder selbst gewählt – unterworfen ist. Es ist m.E. diese innere Seite des Erlebens, die es heute wieder neu zu entdecken gilt. Viele Menschen spüren, dass die moderne Gleichung „Leiden = Krankheit“ nicht aufgeht. So hilfreich es ist, in einer schweren Depression um die neurobiologische Mitbedingtheit der depressiven Blockade zu wissen, so wichtig ist es für die Langzeitprognose, einen achtsamen Umgang mit sich selbst zu finden, wenn die depressive Blockade wieder abgeklungen ist. Gerade weil die Depression der Hauptfeind der vorherrschenden Ideale von „weiter, schneller, höher“ ist, sollte sie nicht nur bekämpft, sondern auch ernst genommen werden.