

Ilka Raddatz und Jeannette Bischkopf

Depression als medizinische Kategorie

Eine kritische Anmerkung



Ilka Raddatz

Diplomantin
an der Freien Universität Berlin



Jeannette Bischkopf

Diplom-Psychologin, Dr. phil., wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Freien Universität Berlin

Anschrift der Autorinnen:

Dr. Jeannette Bischkopf
Freie Universität Berlin
Fachbereich Erziehungswissenschaft
und Psychologie
Arbeitsbereich Klinische Psychologie
und Psychotherapie
Habelschwerdter Allee 45
14195 Berlin
Tel.: 030 838-54672
Fax: 030 838-54945

Zusammenfassung

In diesem Beitrag wird am Beispiel der Diagnose Depression diskutiert, wie neue Störungskategorien entstehen bzw. bestehende Kategorien auf immer mehr Lebensbereiche ausgeweitet werden. Waren Mitte des letzten Jahrhunderts noch 106 psychiatrische Diagnosen klassifiziert, so sind es heute 297 im DSM-IV (American Psychiatric Association, 1996, Bastine, 1998). Es wird diskutiert, wie nicht nur Störungsbegriffe, sondern auch medizinische Interventionen auf immer mehr Lebensbereiche übertragen werden und damit eine sozialwissenschaftliche Perspektive verdrängen. Im Gegensatz dazu wird für eine sozialkonstruktivistische und individuumsorientierte Sichtweise plädiert.

Abstract

In this article we present a discussion of how new disorders are introduced into the medical field or established disorders widened using the example of a depression diagnosis. While in the last century only 106 psychiatric diagnosis were classified, 297 are listed in the current classification of mental disorders (American Psychiatric Association, 1996, Bastine, 1998). A discussion is given about how not only medical diagnosis but also medical interventions are increasingly used in trying to understand and explain more and more areas of daily life and human functioning. In response to this trend, we argue for a social constructionist view that takes the world of subjective meanings and growth potentials in the individual into account.

Key words: depression, diagnosis, labeling

Einleitung

Depression ist zu einer Volkskrankheit geworden und zählt mit einer Lebenszeitprävalenz von 15–17% zu den häufigsten psychischen Erkrankungen. Laut Weltgesundheitsorganisation leiden mehr als 121 Millionen Menschen weltweit an Depressionen. Im Jahr 2020 wird die Major Depression Prognosen zufolge weltweit an zweiter Stelle der Hauptursachen für verlorene Lebensjahre durch Behinderung oder Tod stehen (Möller, Laux & Deister, 2001, S. 6). Der Zusammenhang zwischen Stress und Depression, wirtschaftlichen Makroprozessen wie Globalisierung und Depression, zunehmender Verunsicherung und

Depression sowie der Anstieg der Erkrankungsrate in den letzten 50 Jahren gelten als hinreichend belegt.

Jedoch erklären Stress, Lebensunsicherheit, Informationsflut und Beschleunigung nur zum Teil den Anstieg der Diagnose Depression. Die Diagnosen „depressive Episode“ und „rezidivierende depressive Störung“ werden heute häufiger vergeben als in den letzten 50 Jahren. Wird die Kategorie „Depression“ so ausgeweitet und differenziert, dass aus gesunden Menschen, die die Wechselfälle des Lebens wie Trauer, Betroffenheit, Erschöpfung, Lust- und Freudlosigkeit, Müdigkeit oder Schlafstörungen durchleben, Patienten mit

einer behandlungswürdigen Erkrankung und Diagnose werden? Im folgenden Beitrag soll auf diese Frage vor dem Hintergrund der Diskussion um Labelingprozesse (Forster, 1997, Goffman, 1972, Keupp, 1972, Scheff, 1984, Trojan, 1978) und Medikalisierungstendenzen in der Psychologie (Auckenthaler, 1997) eingegangen werden.

Erkennen, Benennen und Einschätzen von Symptomen

Das richtige Erkennen, Benennen und Einschätzen von Symptomen liegt dem professionellen Verständnis der Heilberufe zugrunde. In der medizinischen Praxis kommt ein Nicht-Diagnostizieren einem Nicht-Handeln und damit einer Vernachlässigung der Fürsorgepflicht gleich. Nach Blech (2003) befürchten Ärzte, eine Krankheit zu übersehen: „Auch der Ehrenkodex der Ärzteschaft erfordert das Diagnostizieren. Wer als Arzt eine seltene Diagnose richtig stellt, dem wird große Ehre zuteil. Und wer eine Diagnose stellt, wo eigentlich nichts vorliegt, der begeht zwar einen Fauxpas, gilt aber als vorsichtig“ (Blech, 2003, S. 67).

Der Erwartungsdruck der „richtigen Diagnose“ geht häufig auch von den Patienten selbst aus, da dies dem Expertenstatus des Arztes entspricht: „Einige Gesunde sehnen sich geradezu danach, eine Diagnose zu bekommen. Denn sie ist ein Privileg: Sie berechtigt zum Kranksein und ermöglicht manche Vorzüge des Lebens: beispielsweise die vorzeitige Verrentung. Auch das persönliche Wohlbefinden kann steigen, sobald eine Diagnose gestellt wird.“ (Blech, 2003, S. 68). Oft ist es gerade die Zeit der Verunsicherung und Unklarheit bis eine Diagnose gestellt wird, die von Patienten und Angehörigen als belastend erlebt wird (Wittmund, Bischof & Angermeyer, 2001).

Nach Forster (1997) befreit die medizinische Definition die betroffene Person tendenziell von Verantwortung und Schuld und verhindert dadurch stigmatisierende Auswirkungen. So sind medizinische Definitionen ihrem An-

European Alliance Against Depression

Europaweites Aktionsprogramm zur Verbesserung der Versorgungslage

In Deutschland sind fünf Prozent (derzeit vier Millionen) der Bevölkerung akut an einer Depression erkrankt, in Europa geht man von ähnlichen Zahlen aus. Obwohl es wirksame Behandlungsmethoden gibt, ist die Versorgung der Betroffenen häufig nicht optimal. Erschwerend kommt zu ihrer Situation hinzu, dass die Depression in der breiten Öffentlichkeit oft nicht als ernsthafte Erkrankung wahrgenommen wird. Um die Versorgung depressiv erkrankter Menschen zu verbessern, startet die „European Alliance Against Depression“ in 15 europäischen Ländern Aktionsprogramme.

Quelle: <http://www.kompetenznetz-depression.de/>

(ur)

spruch nach nicht moralisch. Durch eine Diagnose ist demnach der Arzt seiner Verantwortung gerecht geworden und der Patient erfährt über den „sekundären Krankheitsgewinn“ eine entlastende Wirkung der Diagnose.

Allerdings gelten die Privilegien des Krankseins nur bedingt, denn sie setzen voraus, dass der Patient „[...] die Gültigkeit der verletzen Normen anerkennt, die medizinische Perspektive übernimmt und sich der medizinischen Autorität unterwirft“ (Forster, 1997, S. 136). Bekommt der Patient eine verminderte Verantwortung zugeschrieben, bedeutet dies auch, dass sein Status in der Gesellschaft gemindert ist. Dann können Stigmatisierungsprozesse aufgrund der Störungsdiagnose einsetzen (Honos-Webb & Leitner, 2002).

Die „Konstruktion“ von Krankheit

Laut Blech (2003) durchlaufen Krankheiten eine Karriere. In seinem Buch „Die Krankheitserfinder“ schreibt er: „Ärzte konstruieren Krankheiten [...]“ (Blech, 2003, S.66) und unterstellt Ärzten und Firmen eine intentionale, bewußte Komponente bei dieser Konstruktion. „Heute erfinden pharmazeutische Firmen und medizinische Interessenverbände Leiden – Krankheit wird zum Industrieprodukt“ (Blech, 2003, S. 7).

Allerdings kann Krankheit nicht beliebig konstruiert werden. Oftmals bestimmen Marktinteressen und Strömungen des Zeitgeistes, wie sich eine Kategorie durchsetzt. In der polemischen Diskussion von Blech (2003) sind diese komplexen Zusammenhänge allerdings auf einfache Interessen der Pharmaindustrie reduziert worden: „Ob Nicht-Krankheiten sich zu Volksseuchen auswachsen, darüber entscheidet maßgeblich die Pharmaindustrie. Denn erst wenn eine Firma eine Pille gegen ein vermeintliches Leiden gefunden hat, wird es systematisch zur Bedrohung aufgebauscht“ (Blech, 2003, S. 75).

Unter dem Vorwand zu informieren, wird dann nicht Werbung für Medikamente, sondern „Werbung für Krankheiten“ gemacht: „In Zeitschriften und auf Litfasssäulen prangen Botschaften, die uns warnen, wir seien womöglich potenzschwach, depressiv oder verpilzt“ (Blech, 2003, S. 34). Gesundheit wird so zur Ausnahme. Ein permanenter Vergleich mit den vermeintlichen „Gefahren“ setzt ein, in welchem das individuelle Erleben mit einem definierten Standard verglichen wird. Dieser Standard jedoch entsteht als Konsens einer Expertengruppe und unterliegt somit einem sozialen Konstruktionsprozess (Gergen, 1985, Maddux, 2002). Interessanter als die polemische Frage nach den „Krankheitserfindern“ (Blech, 2003) ist daher die Suche nach den sozialen und sozialpsychologischen Mustern, die

neue Kategorien notwendig machen bzw. etablieren.

Die „Konstruktion“ von Behandlung

Ein kürzlich veröffentlichter Beitrag über Depression in einer großen Wochenzeitung wurde mit der Beschreibung einer medizinischen Behandlung eingeleitet: „Medizinisch gesehen ist die Elektrokonvulsionstherapie (EKT) eine simple Angelegenheit.“ (Eberle, 2004). Wenige Sätze weiter wurde die EKT aus medizinischer Sicht als „eigentlich ganz unspektakulär“ (Eberle, 2004) bezeichnet. Diese beiden Attribute (simpel und unspektakulär) und die Beschreibung des Ablaufes der „Behandlung“ genügen mithin kaum, um von einem „informierten Patienten“ auszugehen. Folgt man dem Ideal des „aufgeklärten Patienten“, dann muss man notwendigerweise über Indikationen und Nebenwirkungen einer Behandlung informieren. Hier wurde jedoch nur auf das Bild einer schnellen Hilfe vertraut. Ähnliches wurde über den Schlafentzug ausgesagt: „Die wohl schnellste – und verblüffendste – Methode jedoch, das Gemüt aufzuhellen, ist der Schlafentzug.“ (Eberle, 2004).

Das komplexe bio-psycho-soziale Zusammenspiel, welches für das Entstehen und damit auch für die Behandlung einer Depression relevant ist, wird damit auf ein paar Elektroden oder eine durchwachte Nacht reduziert. Ausgeblendet bleibt, dass beide Verfahren einen engen Indikationsbereich haben, d.h. keineswegs als Regelbehandlung jedem depressiven Menschen nutzen können. Die Vorstellung einer schnellen, d.h. sofortigen Lösung scheint jedoch dem Wunsch nach Beschleunigung zu entsprechen und dem Glauben an eine uneingeschränkte Machbarkeit. Der Körper und seine „Fehlfunktionen“ werden hierbei quasi in Reparatur gegeben, und von jeder guten Werkstatt wird naturgemäß eine wirksame und schnelle Wiederherstellung des Ausgangszustandes erwartet. Depression wird so nicht in den individuellen Lebenslauf eingeordnet mit ihrer individuellen Be-

Zahlen, Daten, Fakten, Ausblicke

Depressionen sind bei Frauen der häufigste Grund für eine Frühverrentung, bei Männern der zweithäufigste, so der Verband der Deutschen Rentenversicherungsträger. Psychische Erkrankungen führen vermehrt zu Arbeitsunfähigkeit; Unternehmen klagen zunehmend über Produktionsausfälle durch psychische Erkrankungen. Nach einer Untersuchung der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin betrug der Verlust alleine 2001 etwa drei Milliarden Euro. Depressionen gelten als neue Volkskrankheit. Diesen Trend mit steigenden Zahlen bestätigen aktuelle Studien, die von Techniker und Deutscher Angestellten Krankenkasse sowie der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in Auftrag gegeben wurden.

Bei dem Gemeinsamen Bundesausschuss, der für die stationäre und ambulante Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen zuständig ist, wird derzeit ein entsprechendes Disease-Management-Programm geplant: Behandlungsleitlinien, eine fachärzteübergreifende Versorgung und eine bessere Fort- und Weiterbildung von Hausärzten, die oft erste Ansprechpartner sind und dadurch eine wichtige Rolle einnehmen. Die Folgekosten von Depressionen sind vor allem so hoch, weil Depressionen oft zu spät erkannt und nicht adäquat behandelt werden. Der deutsche Hausärzteverband geht davon aus, dass lediglich 55 Prozent aller depressiv Erkrankten bei einer Erstkonsultation die richtige Diagnose erhalten und nur zehn Prozent die richtige Behandlung. Die Bundespsychotherapeutenkammer fordert außerdem, bundesweit in Hausarztpraxen Reihenuntersuchungen einzuführen, um die Diagnostik zu verbessern, und bemängelt die unzureichende ambulante Versorgung. (ur)

deutung, sondern losgelöst von ihrem „Besitzer“ betrachtet. Auffallend ist, dass in dem Artikel kaum die psychosoziale Seite von Depressionen und die ihr innewohnenden Entwicklungspotentiale diskutiert werden. Es geht allein um Korrekturen, z.B. „negative Denkmuster aufzubrechen“ (Eberle, 2004) oder in zugrundeliegende biochemische Abläufe einzugreifen.

Dieser Trend zur „Medikalisierung“ zeigt sich nach Auckenthaler (1997) auch in der Klinischen Psychologie. So orientiert sich die Klinische Psychologie an der Medizin und leistet damit Zuarbeit für das Etablieren medizinischer Sichtweisen. Nach Blech (2003) und Forster (1997) steigt die Anzahl der Verhaltensweisen, die in Hinblick auf ihre gesundheitsgefährdenden Aspekte wahrgenommen und bewertet und durch medizinische Interventionen beantwortet werden. Für die Attraktivität medizinischer Problemdefinitionen spricht, dass drei Akteure davon profitieren. Der Patient profitiert von der Anerkennung seiner „Krankheit“ und

der Entlastung von den üblichen Verpflichtungen, die Gesellschaft „[...] die „stärkere“ Partei [...]“ (Forster, 1997, S. 137) profitiert durch die Individualisierung des Konflikts, der die weiteren politischen und sozialen Bezüge unberührt lässt und schließlich profitiert der Arzt, indem sich sein Prestige und Einkommen vergrößern.

In den Vereinigten Staaten hat sich die Anzahl der psychiatrischen Diagnosen von 106 kurz nach dem Zweiten Weltkrieg auf 297 im derzeit gültigen DSM-IV (American Psychiatric Association, 1996, Bastine, 1998) erhöht. So dient die „Ausbreitung“ der psychischen Krankheiten nicht nur den Neurologen, Psychiatern und Psychotherapeuten, sondern auch pharmazeutischen Firmen. „Verkaufe eine Krankheit, um Medikamente zu verkaufen – diese Strategie ist typisch gerade für die Nervenheilkunde, eben weil die diagnostischen Kriterien in ihr naturgemäß besonders weich sind“ (Blech, 2003, S. 100). So wird von der Pharmaindustrie vorwiegend auf leichte seelische Beeinträchti-

gungen hingewiesen, weil gerade diese einen großen Personenkreis betreffen können. Depressionen sind mit einer Lebenszeitprävalenz von 15–17 % neben Angst- und Abhängigkeitserkrankungen die neuen Zivilisationskrankheiten. Was die Kategorisierung von Krankheiten im psychiatrischen Bereich jedoch schwierig macht, ist die Frage nach einem Kontinuum von Gesundheit und Krankheit und der sozialen Grenzziehung zwischen beiden Bereichen (vgl. Maddux, 2002).

Fazit

Die Gefahr eines inflationären Gebrauchs der Depressionsdiagnose liegt darin, dass die Vielfalt des Erlebens von Menschen pathologisiert und behandelt wird. Prozesse und Übergangsphasen des Lebens, die Einsamkeit, Müdigkeit, Verlust, Altern und Frustration bedeuten können, werden so vorschnell behandelt und medikalisiert. Weiterhin besteht die Gefahr, das eigene Leben und Erleben an externen Kriterien und Standards zu messen. Begriffe und Definitionen werden an die Innenwelt des jeweiligen Menschen angelegt, ohne deren Stimmigkeit zu prüfen. Schließlich sagt der Begriff Depression nichts darüber aus, was die Diagnose für den jeweiligen Menschen bedeutet, was derjenige unter depressivem Erleben versteht und welche individuellen Erklärungsmuster er für seine Situation hat (Honos-Webb & Leitner, 2002). Im Gegensatz zu einem strikt normativen Denken plädieren wir daher für eine individuums- und ressourcenorientierte Sichtweise, orientiert an den Bedeutungen und Entwicklungspotentialen des Einzelnen (Keyes & Lopez, 2002).

Literatur

- Auckenthaler, A. (1997). Was bleibt von der Klinischen Psychologie? Medikalisierungsprozesse und ihre Folgen. *Journal für Psychologie*, 5 (3), 63–70.
- American Psychiatric Association (1996). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: APA.
- Bastine, R. (1998). *Klinische Psychologie*. Band I. Grundlegung der Allgemeinen Klinischen Psychologie (3. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Blech, J. (2003). *Die Krankheitserfinder. Wie wir zu Patienten gemacht werden*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (1999). *Weltgesundheitsorganisation. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien* (3. unveränderte Aufl.). Bern: Huber.
- Eberle, U. (2004). Wenn das Ich erstarbt. *DIE ZEIT* Nr. 12 vom 11.03.2004. online available: <http://www.zeit.de/2004/12/M-Depressionen>
- Forster, R. (1997). *Psychiatriereformen zwischen Medikalisierung und Gemeindeorientierung. Eine kritische Bilanz*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Freyberger, H.J., Schneider, W. & Stieglitz, R.-D. (Hrsg.). (2002). *Kompodium Psychiatrie Psychotherapie Psychosomatische Medizin* (11. erneuerte und erweiterte Aufl.). Basel: Karger.
- Gergen, K. J. (1985). The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist*, 40(3), 266–275.
- Goffman, E. (1972). *Asyle: über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Honos-Webb, L. & Leitner, L. M. (2002). How using the DSM causes damage: a client's report. *Journal of Humanistic Psychology*, 47, 36–56.
- Keupp, H. (1972). *Psychische Störungen als abweichendes Verhalten: zur Soziogenese psychischer Störungen*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Keyes, C. L., & Lopez, S. J. (2002). Toward a science of mental health: Positive directions in diagnosis and interventions. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 45–59). London: Oxford University Press.
- Maddux, J. E. (2002). Stopping the „Madness“: Positive psychology and the deconstruction of the illness ideology and the DSM. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology*. (pp. 13–25). London: Oxford University Press.
- Möller, H.-J., Laux, G. & Deister, A. (2001). *Psychiatrie und Psychotherapie*. (2. vollständig überarbeitete und erweiterte Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Scheff, T. J. (1984). *Being mentally ill: a sociological theory*. New York: Aldine.
- Trojan, A. (1978). *Psychisch krank durch Etikettierung?: Die Bedeutung des Labeling-Ansatzes für die Sozialpsychiatrie*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Wittmund, B., Bischkopf, J. & Angermeyer, M. C. (2001) Wie nehmen Lebenspartner depressiver Patienten die Krankheit wahr und welche Informationen brauchen sie? *Das Gesundheitswesen*, 63, 536–541.

Atem- und Muskelentspannung von Reinhard Tausch jetzt auch auf CD

Beide Anleitungen zur Atem- und Muskelentspannung sind seit Jahren in vielen Tausend Exemplaren auf Audio-Kassetten im Einsatz, bei Patienten der Psychotherapie, der Medizin, bei Teilnehmern von Stress-Seminaren und bei Personen mit Wunsch nach Minderung von seelischen und körperlichen Belastungen. Der Text ist von Prof. Dr. Reinhard Tausch, der ihn auch besprochen hat. Die Anleitungen zur Atem- und Muskelentspannung sind jetzt auch auf CD erhältlich.

Jede CD enthält eine erklärende Einführung (ca. 30 Minuten) und den Anleitungstext „Tägliche Praxis“ (ca. 25 Minuten). An Hand des CD-Textes können die Benutzer ohne weitere Anleitung oder Vorkenntnisse die Entspannungsübungen durchführen.

Die Atementspannung ist entsprechend der Methode von H. Benson (The relaxation response), die Muskelentspannung ist nach E. Jacobson (Progressive relaxation) gestaltet.

Ausstattung: CD inkl. Labeldruck schwarz, Booklet 2 Seiten und Inlay Farbe, Jewelcase.

Preis: je 8,50 € pro Stück zzgl. Versandkosten.

Bezug: GwG-Verlag
Melatengürtel 125a · 50825 Köln
Telefon (0221) 925908-0
Telefax (0221) 251276
E-Mail: gwg@gwg-ev.org
Internet: <http://www.gwg-ev.org>