

**18. Januar 2006, Berlin, Galerie der Heinrich-Böll-Stiftung, 19h**

**»Grenzgänge«**

## **2. Das erschöpfte Selbst**

**Spätmodernes Leben zwischen Autonomie und Depression**

**Kommentar von Isabella Heuser**

Ich werde es relativ kurz machen. Ich möchte eigentlich nur zwei oder drei Widerworte geben und freue mich dann auf eine lebhaftige Diskussion, weil ich mir sicher bin, dass das Publikum dann auch aus der „Ruhe“ sicherlich aufgeweckt wird; ich hoffe, niemand von Ihnen ist bereits in einen Starrezustand der Depression verfallen.

Ich möchte etwas zur Ätiologie der Depression sagen. Ich glaube, das Wort ‚Ätiologie‘ wurde hier nicht benutzt, allerdings wird es im Buch von Herrn Ehrenberg sehr häufig benutzt. Und es wurde von Herrn Pollmann auch vermutet, dass zumindest ein ätiologischer Faktor der Depression in dieser unserer Gesellschaft möglicherweise die „spätkapitalistischen oder kapitalistischen“ Lebensumstände seien. Und von Alain Ehrenburg wurde gesagt, dass dies möglicherweise mit der Autonomisierung oder Individualisierung unserer Gesellschaft zu tun habe. Das glaube ich so nicht. Warum glaube ich das so nicht?

Es ist wahr, dass weltweit die Depressionen zunehmen. Aber die Depressionen nehmen – vermutlich – gar nicht prozentual zu, sondern wir sind einfach mehr Menschen und deshalb gibt es mehr Menschen auf dieser Welt, die dann auch an Depression erkranken können. Das ist im Moment ein ‚matter of debate‘ bei der WHO.

Das andere ist, dass auch in nicht-individualisierten Gesellschaften – hochindividualisierte Gesellschaften sind zum Beispiel prototypisch die USA, aber auch wir –, zum Beispiel in Japan, in Korea, auch in China, die Depressionen zunehmen. Ich glaube, es ist eine erhöhte ‚awareness‘, eine verstärkte Aufmerksamkeit auf dieses Phänomen der Depression, wobei, das möchte ich ganz deutlich sagen, Depression weitaus mehr ist als nur ein niedergedrückter Affekt oder eine psychomotorische Inhibition.

Alain Ehrenberg sagt in seinem Buch selbst, dass eigentlich die Depression, wie wir sie so bezeichnen, das war, was im ausgehenden 19. Jahrhundert, zu Beginn des 20. Jahrhunderts, die Neurasthenie gewesen ist. Wir beschäftigen uns in der wissenschaftlichen und in der so oft geschmähten biologischen Psychiatrie – das ist ja immer etwas ganz „Böses“, die Biologie, aber wir sind nun mal von Kopf bis Fuß Biologie – gerade intensiv mit Neurasthenie. Ich darf Ihnen einmal vorlesen, was Neurasthenie nach George Beard, einem der Gründungsväter und Promotoren des Neurasthenie-Begriffes, ist. Schon damals sagte er: Die Neurasthenie ist eine nervliche Dimension der industriellen Strapaze. Über die Symptome der Neurasthenie schrieb er: Wenn ein Kranker über allgemeines Unwohlsein klagt, Schwächung aller seiner Funktionen, Appetitlosigkeit, ständige Beschwerden im Rücken und an der Wirbelsäule, flüchtiges neuralgisches Leiden, das heißt Schmerzen, Hysterie, Schlaflosigkeit, Hyperchondrie, mangelndes Interesse an fortgesetzter manueller Arbeit, akute und auszehrende Kopfschmerzen sowie andere analoge Symptome, ohne dass er Zeichen für eine Anämie oder eine organische Krankheit zeigt, dann hat man es vermutlich mit einem typischen Fall der Neurasthenie zu tun. Das ist also eigentlich die Definition aus DSM4 der Depression. So steht es dort; ein bisschen moderner in der Wortwahl, aber das ist eine Depression. Da gehört vieles dazu: Da gehört die Affektstörung dazu, die psychomotorische Störung. Die kognitiven Störungen gehören dazu, ebenso Schlafstörungen, Schmerzen, Appetitlosigkeit, Libidoverlust und so weiter.

Die Neurasthenie war zu Zeiten von Beard *die* Modekrankheit. Jeder hatte Neurasthenie, so wie heute viele sich depressiv fühlen oder depressiv sind oder klinisch relevant depressiv sind. Da gibt es hinsichtlich des Schweregrades ja viele Unterschiede. Depression ist wesentlich mehr als nur mal nicht gut drauf zu sein. Insofern weiß ich nicht, ob ich der Aussage, dass Depression als Krankheit – und das ist natürlich dieses Defizitmodell, wo ich als Mediziner herkomme – auch etwas Gutes hat, zustimmen kann. Das ist immer ganz schwierig, wenn man mir das sagt.

Wie dem auch sei: Wir glauben heute, dass die Ätiologie der Depression gestörte Regelkreise sind. Es wurde ja der Psychiatrie immer vorgeworfen: Man sieht nichts im Röntgenbild, man hat keinen Blutwert, man hat keine Läsion; folglich ist das eine „funktionelle Störung“. Da sind wir natürlich heute viel weiter. Wir wissen doch zumindest, dass bei der Depression Regelkreise gestört sind. Das kann man auch bildlich darstellen zum Beispiel in funktionellen MRT-Untersuchungen und so weiter. Diese Regelkreise bessern sich auch, wenn ein Patient antidepressiv erfolgreich behandelt worden ist – im Übrigen vollkommen egal, ob mit einer Substanz, also mit einem

Antidepressivum, die im Übrigen nicht abhängig machen und nicht die Persönlichkeit verändern – oder eben mit Psychotherapie.

Wir wissen heute, dass eine erste depressive Episode bei einem Patienten ganz häufig durch Stressoren ausgelöst wird. Stressoren, die in – wie Sie es nannten - ‚intimer Solidarität‘, wir nennen das ‚Beziehungen‘, also in Beziehungen zwischen Menschen wirksam werden. Ob das nun in der Familie ist, zwischen Mann und Frau, zwischen Eltern und Kindern, zwischen Freunden und so weiter. Die Güte solcher Beziehungen ist ein wichtiger Faktor für depressives Erleben.

Auf der anderen Seite wurde früher die Neurasthenie auch durch Stressoren ausgelöst. Damals waren es Stressoren des Zu-sehr-eingebunden-Seins, der Überregularisierung, des kirchlichen und familiären Drucks, der auf den Menschen lastete. Man durfte sich vor allem gar nicht eingestehen, depressiv zu sein, schon gar nicht laut darüber klagen, dass man zum Beispiel lebensüberdrüssig ist, geschweige denn gar einen Selbsttötungsversuch unternehmen, weil das in dieser Zeit durch religiöse und moralische Vorstellungen absolut tabu war. Wir glauben heute, dass Depression durch Stressoren ausgelöst wird. „Stress“ ist letztlich auch ein Modebegriff, er ist mittlerweile ein ziemlich entleerter Begriff. Dennoch: Die Ätiologie der Depression sind Stressoren. Und es ist vollkommen egal, ob wir das Ganze endogen, neurotisch, psychogen oder als reaktiv bezeichnen. Wir reden heute ja sowieso nur noch von Syndromen und machen diese Unterscheidung nicht mehr.

Diese Stressoren sollten nicht von Anderen – das finde ich sehr wichtig – qualitativ beurteilt werden. Das heißt, wenn einer von Ihnen sagt: Das ist für mich ein Stressor, ich bin darunter belastet, ich fühle mich da nicht wohl, dann kann ich nicht sagen: „Also bitte, stelle dich nicht so an. Gehe in Urlaub, lege die Beine hoch ...“; so geht es nicht. Das, was für ein Individuum eine Belastung darstellt, das ist subjektiv wahr und das kann individuell depressionsauslösend sein. Das versuchen wir dann mit einer Kombination von Antidepressiva und Verhaltenstherapie positiv zu beeinflussen. Die psychoanalytischen Verfahren benutzen wir im europäischen Raum, mit Ausnahme Frankreichs, übrigens nicht mehr zur Behandlung, weil, wie Woody Allen mal so schön sagte: „Psychoanalysis is not for the suffering sick but for the worried well.“ Ich glaube, da ist etwas dran: Woody Allen selbst ist seit 30 Jahren in psychoanalytischer Behandlung, wie Sie wahrscheinlich wissen, und hat wunderbare, interessante Filme gemacht, er ist also eher ein „worried well“ als ein tatsächlich depressiv Erkrankter.

Also, wir sehen das so: Eine Depression wird von einer Belastung ausgelöst. Belastungen sind subjektive Wahrheiten, die wir ernst nehmen müssen, und in einer wie auch immer

gearteten Psychotherapie versuchen wir zum einen die Fähigkeiten eines Individuums, antidepressive Beziehungen zu etablieren, wenn es daran mangeln sollte, zu stärken, und zum anderen zu immunisieren gegen Stressoren, so dass die Stresstoleranz etwas erhöht wird. Denn die Welt ist so, wie sie ist. Wir leben in dieser Welt, wie sie ist. Wir sollten natürlich versuchen, sie so zu gestalten, dass wir darin glücklich, zumindest zufrieden leben. Aber das ist möglicherweise eine Utopie.

Ich glaube die Ätiologie der Depression ist Stress. Wir wissen mittlerweile sehr genau, was in Gehirn und Körper passiert, wenn jemand unter Stress ist. Das kann dann bei entsprechend empfindlichen Menschen eine solche Depression auslösen. Das kann bei dem einen chronisch werden, bei dem anderen rezidivierend. Das heißt, es kommt immer wieder; dazwischen sind gesunde Intervalle. Es kann aber auch chronisch rezidivierend sein, dass es also immer wieder schwere Episoden gibt und zwischendurch der Patient nie mehr ganz gesund wird. Das nennt man ‚double depression‘ und so weiter.

Lassen Sie mich zum Schluss bitte, weil mir das wirklich ein ganz wichtiges Anliegen ist, auf diese Verteufelung, wenn ich es böse sage, der biologischen Psychiatrie eingehen. Die Antidepressiva haben sich enorm entwickelt und sie führen eigentlich einen falschen Namen, denn sie sind schon lange nicht mehr Medikamente, die nur bei Depressionen eingesetzt werden. Es werden übrigens ganz häufig bei Medikamenten, die ursprünglich für eine Erkrankung entwickelt worden sind, komplett andere Indikationen zufälligerweise entdeckt. So ist es auch mit den Antidepressiva. Ich möchte hier ganz ausdrücklich sagen: Im Gegensatz zu den Benzodiazepinen, also den „Valium-ähnlichen“ Substanzen, machen Antidepressiva nicht süchtig und sie verändern nicht die Persönlichkeit.

Noch etwas: 1997 erschien das Buch von Peter Cramer „*Listening to Prozac*“, was ein Renner war. Darin schrieb er: Man kann als „Gesunder“ Antidepressiva nehmen, dann fühlt man sich besser, „verhält“ sich besser, dann betreibt man so etwas wie eine „kosmetische Psychopharmakologie“. Es hat sich mittlerweile herausgestellt, dass die Akzeptanz dieser Substanzen bei der Normalbevölkerung relativ gering ist, denn diese Medikamente haben natürlich auch Nebenwirkungen – und gerade bei Gesunden.

Noch ein Schlusswort zu einem großen Gebiet, an dem Herr Pollmann auch arbeitet und an dem auch wir arbeiten: Das sind die Lifestyle-Drogen und das Enhancement. Wir arbeiten auf dem kognitiven und dem Stimmungsgebiet darüber: Wie weit dürfen wir unsere Seele dopen? Können wir das überhaupt? Wo sind Grenzen? Das machen wir in einem großen Projekt zusammen mit der Europäischen Akademie, an dem Juristen, Moralethiker und Theologen, aber auch Psychiater beteiligt sind. Das ist sicherlich eine Frage, und diese

Diskussion wird uns wahrscheinlich genauso beschäftigen wie die Diskussion des Dopings. Man muss sich fragen, wie da die Gesellschaft eingreifen will. Allerdings gibt es heute bis auf die so genannten ‚cognition enhancers‘, diese Substanzen, die die Kognition vorübergehend akut verbessern, keine wirklich akzeptierten Substanzen, die akut und vorübergehend die seelische Befindlichkeit bei Gesunden verbessern.