

# Psychotherapie in Psychiatrie und Psychosomatik

Henke, Huber, Dammann, Grimmer (Hrsg.)

# Depression

Theorie – Forschung – Behandlung

**Kohlhammer**

**Kohlhammer**

## **Die Herausgeberinnen und Herausgeber**

**Dr. med. Claudia Henke** ist Oberärztin an der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen.

**Prof. Dr. med. Dr. phil. Dorothea Huber** ist Chefärztin der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Klinikum Harlaching in München und Professorin an der International Psychoanalytic University Berlin.

**PD Dr. med. Dipl.-Psych. Gerhard Dammann** ist Chefarzt an der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen.

**PD Dr. phil. Bernhard Grimmer** ist Leitender Psychologe an der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen.

Claudia Henke  
Dorothea Huber  
Gerhard Dammann  
Bernhard Grimmer (Hrsg.)

# **Depression**

Psychoanalytische Theorie –  
Forschung – Behandlung

Verlag W. Kohlhammer

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Pharmakologische Daten, d. h. u. a. Angaben von Medikamenten, ihren Dosierungen und Applikationen, verändern sich fortlaufend durch klinische Erfahrung, pharmakologische Forschung und Änderung von Produktionsverfahren. Verlag und Autoren haben große Sorgfalt darauf gelegt, dass alle in diesem Buch gemachten Angaben dem derzeitigen Wissensstand entsprechen. Da jedoch die Medizin als Wissenschaft ständig im Fluss ist, da menschliche Irrtümer und Druckfehler nie völlig auszuschließen sind, können Verlag und Autoren hierfür jedoch keine Gewähr und Haftung übernehmen. Jeder Benutzer ist daher dringend angehalten, die gemachten Angaben, insbesondere in Hinsicht auf Arzneimittelnamen, enthaltene Wirkstoffe, spezifische Anwendungsbereiche und Dosierungen anhand des Medikamentenbeipackzettels und der entsprechenden Fachinformationen zu überprüfen und in eigener Verantwortung im Bereich der Patientenversorgung zu handeln. Aufgrund der Auswahl häufig angewendeter Arzneimittel besteht kein Anspruch auf Vollständigkeit.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen Kennzeichen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese von jedermann frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

Es konnten nicht alle Rechtsinhaber von Abbildungen ermittelt werden. Sollte dem Verlag gegenüber der Nachweis der Rechtsinhaberschaft geführt werden, wird das branchenübliche Honorar nachträglich gezahlt.

Dieses Werk enthält Hinweise/Links zu externen Websites Dritter, auf deren Inhalt der Verlag keinen Einfluss hat und die der Haftung der jeweiligen Seitenanbieter oder -betreiber unterliegen. Zum Zeitpunkt der Verlinkung wurden die externen Websites auf mögliche Rechtsverstöße überprüft und dabei keine Rechtsverletzung festgestellt. Ohne konkrete Hinweise auf eine solche Rechtsverletzung ist eine permanente inhaltliche Kontrolle der verlinkten Seiten nicht zumutbar. Sollten jedoch Rechtsverletzungen bekannt werden, werden die betroffenen externen Links soweit möglich unverzüglich entfernt.

1. Auflage 2019

Alle Rechte vorbehalten

© W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Gesamtherstellung: W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Print:

ISBN 978-3-17-034861-5

E-Book-Formate:

pdf: ISBN 978-3-17-034862-2

epub: ISBN 978-3-17-034863-9

mobi: ISBN 978-3-17-034864-6

# Die Reihe

## »Psychotherapie in Psychiatrie und Psychosomatik«

Der psychotherapeutische Ansatz gewinnt gegenwärtig in der Psychiatrie und Psychosomatik neben dem dominierenden neurobiologischen und psychopharmakologischen Modell (»Biologische Psychiatrie«) wieder zunehmend an Bedeutung. Trotz dieser Renaissance gibt es noch vergleichsweise wenig aktuelle Literatur, die psychiatrische und psychosomatische Störungsbilder unter vorwiegend psychotherapeutischem Fokus beleuchtet.

Die Bände dieser neuen Reihe sollen dabei aktuelle Entwicklungen dokumentieren:

- die starke Beachtung der Evidenzbasierung in der Psychotherapie
- die Entwicklung integrativer Therapieansätze, die Aspekte von kognitiv-behavioralen und von psychodynamischen Verfahren umfassen
- neue theoretische Paradigmata (etwa die Epigenetik oder die Bindungstheorie und die Theorie komplexer Systeme in der Psychotherapie)
- aktuelle Möglichkeiten, mit biologischen Verfahren psychotherapeutische Veränderungen messbar zu machen
- die Entwicklung einer stärker individuellen, subgruppen- und altersorientierten Perspektive (»personalisierte Psychiatrie«)
- neu entstehende Brücken zwischen den bisher stärker getrennten Fachdisziplinen »Psychiatrie und Psychotherapie« sowie »Psychosomatische Medizin« und »Klinische Psychologie«
- eine Wiederentdeckung wichtiger psychoanalytischer Perspektiven (Beziehung, Übertragung, Beachtung der konflikthaften Biografie etc.) auch in anderen Psychotherapie-Schulen.

Die Bücher sind eng verbunden mit einer Tagungsreihe, die wir in Münsterlingen am Bodensee durchführen. Die 1839 gegründete Psychiatrische Klinik Münsterlingen, die heute akademisches Lehrkrankenhaus ist, hat, in der schweizerischen psychiatrischen Tradition stehend, eine starke psychotherapeutische Ausrichtung und in den letzten Jahren auch eine störungsspezifische Akzentuierung erfahren. Hier entwickelten und entdeckten der Psychoanalytiker Hermann Rorschach um 1913 den Formdeutversuch und der phänomenologische Psychiater Roland Kuhn im Jahr 1956 das erste Antidepressivum Imipramin.

Die Bände der Reihe »Psychotherapie in Psychiatrie und Psychosomatik« sollen jedoch mehr als reine Tagungsbände sein. Aktuelle Felder aus dem Gebiet der gesamten Psychiatrie und Psychosomatik sollen praxisnah dargestellt werden. Es wird keine theoretische Vollständigkeit wie bei Lehrbüchern angestrebt, der

Schwerpunkt liegt weniger auf Ätiologie oder Diagnostik als klar auf den psychotherapeutischen Zugängen in schulübergreifender und störungsspezifischer Sicht.

Gerhard Dammann, Bernhard Grimmer und Isa Sammet

# Inhalt

<b>Die Reihe »Psychotherapie in Psychiatrie und Psychosomatik«</b> .....	<b>5</b>
<b>Geleitwort der Herausgeberin</b> .....	<b>11</b>
<i>Dorothea Huber</i>	
<b>Vorwort der Herausgeber</b> .....	<b>13</b>
<i>Bernhard Grimmer und Claudia Henke</i>	
<b>1 Die depressive Gesellschaft?</b> .....	<b>15</b>
<i>Bernhard Grimmer</i>	
Einleitung .....	15
1.1 Zur Psychopathologie der Gesellschaft .....	15
1.2 Häufigkeit von Depressionen in Deutschland und der Schweiz .....	18
1.3 Depression auslösende Lebensereignisse .....	20
1.4 Formenwandel der Depression und ein veränderter Sozialcharakter? .....	24
1.5 Schluss .....	27
<b>2 Depression und Suizidalität</b> .....	<b>29</b>
<i>Manfred Wolfersdorf</i>	
Einleitung .....	29
2.1 Suizidalität – eine kurze Begriffsbestimmung .....	31
2.2 Depression und Suizid .....	33
2.3 Anmerkungen zur Suizidprävention .....	35
2.4 Abschlussbemerkung .....	37
<b>3 Psychodynamik der Depression – Depression als Beziehungsproblem</b> .....	<b>40</b>
<i>Frank Matakas</i>	
3.1 Freuds Modell der Depression und die Rolle der Aggression	40
3.2 Beobachtungen zur Depression .....	41
3.3 Regression in der Depression .....	43
3.4 Was ist Abhängigkeit in der Depression? – Der Andere .....	44
3.5 Die negative Symptomatik der Depression .....	45
3.6 Das Unbewusste in der Depression .....	46
3.7 Freiheit und Bindung .....	47

3.8	Narzissmus .....	48
3.9	Depression als Beziehungsproblem .....	49
3.10	Was ist Depression, was ist Trauer? .....	50
3.11	Die gesellschaftliche Dimension .....	51
3.12	Konsequenzen für die Therapie .....	52
<b>4</b>	<b>Emotion, Kognition und Handlung bei depressiv Erkrankten – Auf dem Weg zu einem neuropsychodynamischen Modell der Depression .....</b>	<b>56</b>
	<i>Heinz Böker</i>	
	Einleitung und Überblick .....	56
4.1	Depressionen: Herausforderungen in Klinik und Forschung	56
4.2	Heterogenität depressiver Syndrome und Grenzen der aktuellen Depressionsforschung .....	57
4.3	Emotion, Kognition und Handlung bei depressiv Erkrankten: die Zürcher Depressionsstudien .....	61
4.4	Neurochemie des emotionalen Prozessing in der Depression	62
4.5	Die Bedeutung des selbstreferentiellen Prozessing .....	64
4.6	Reziproke Modulation und Introjektion .....	67
4.7	Modulation durch funktionelle Einheit und sensori- motorische Regression .....	68
4.8	Selbstreferentielles Prozessing und Ich-Hemmung .....	69
4.9	Die emotionale Hemmung schlägt um in eine Ich-Leere bzw. Ich-Hemmung .....	70
4.10	Neuropsychodynamische Psychiatrie: Was ist das? .....	71
4.11	Neuropsychodynamische Sichtweise: Konsequenzen für Therapie und Psychotherapie .....	74
	Zusammenfassung und Ausblick .....	76
<b>5</b>	<b>Depression und Mutterschaft .....</b>	<b>81</b>
	<i>Claudia Henke</i>	
	Einleitung .....	81
5.1	Begriff und Aspekte der Mutterschaft .....	83
5.2	Depression und Mutterschaft .....	87
<b>6</b>	<b>Toxische Verstimmungen – Depressionen und Persönlichkeitsstörungen .....</b>	<b>93</b>
	<i>Gerhard Dammann</i>	
	Einleitung .....	93
6.1	Formen der Depression .....	95
6.2	Komorbiditäten .....	97
6.3	Vom Typus melancholicus zur depressiven Persönlichkeit ...	98
6.4	Dysthymie, neurotische Depression und Persönlichkeits- störungen .....	100
6.5	Modellvorstellungen .....	101
6.6	Anaklitische versus introjektive Depression .....	102

6.7	Chronische Depression .....	103
6.8	Zur Ätiologie und Psychodynamik .....	104
6.9	Charakterologische Depression .....	108
6.10	Depression und Borderline-Störung .....	109
6.11	Die Borderline-Persönlichkeitsstörung – eine bipolare Störung? .....	110
6.12	Atypische Depression .....	111
6.13	Narzisstische, antisoziale Persönlichkeitsstörung und Depression .....	112
6.14	Burnout .....	113
6.15	Differenzierung von majorer Depression und Depression bei Persönlichkeitsstörungen .....	113
6.16	Therapie .....	116
6.17	Zusammenfassung .....	121
<b>7</b>	<b>Stationäre Psychotherapie der Depression .....</b>	<b>132</b>
	<i>Isa Sammet</i>	
	Einleitung .....	132
7.1	Indikation .....	133
7.2	Das Setting .....	135
7.3	Tiefenpsychologisch orientierte stationäre Psychotherapie ....	137
<b>8</b>	<b>Manualisierte Depressionstherapie .....</b>	<b>146</b>
	<i>Marko Hurst</i>	
	Einleitung .....	146
8.1	Die Entwicklung manualisierter Therapien .....	146
8.2	Manualisierte Depressionstherapien .....	149
<b>9</b>	<b>Psychotherapieforschung zur Depression – Wirksamkeit und Wirkungsweise ambulanter und stationärer Psychotherapie bei Depressiven .....</b>	<b>159</b>
	<i>Dorothea Huber und Günther Klug</i>	
9.1	Rückschau auf die dargestellten Studien .....	167
9.2	Stationäre psychoanalytisch orientierte Therapie der Depression .....	168
<b>10</b>	<b>Zur psychoanalytischen Behandlung chronisch depressiver Patienten – Erfahrungen aus der LAC-Studie .....</b>	<b>172</b>
	<i>Ulrich Bahrke</i>	
	Einleitung .....	172
10.1	Psychodynamische Erklärungsansätze .....	172
10.2	Rekrutierungserfahrungen bei chronisch depressiven Patienten .....	174
10.3	Gegenübertragungserfahrungen zu Behandlungsbeginn .....	176
10.4	Häufigkeit und Bedeutung kindlicher Traumatisierungen ....	178

10.5	Multiperspektivische Annäherungen an zu erwartende Therapieeffekte .....	182
	<b>Verzeichnis der Autorinnen und Autoren .....</b>	<b>188</b>
	<b>Stichwortverzeichnis .....</b>	<b>191</b>

# Geleitwort der Herausgeberin

*Dorothea Huber*

Noch ein Buch zur Depression? Die Vielzahl von neuen Büchern zum Thema Depression für Ärzte, Psychologen und Laien belegt die fortbestehende Aktualität des Themas. Dieser Band will sehr konkret, fallbezogen und praxisorientiert dem Arzt/Therapeuten Hilfen an die Hand geben, die er vor dem Hintergrund seiner Erfahrung und therapeutischen Kompetenz zur Behandlung seiner depressiven Patienten nutzen kann.

Dieses Buch stellt Psychotherapie für die Praxis dar, mit theoretischen Einordnungen, viel Empirie und konkreten Falldarstellungen aus interdisziplinärer Sicht und wünscht man sich in die Hand von Leserinnen und Lesern, die sich über die Praxis der Psychotherapie ein Bild machen wollen, die beginnen wollen mit den schwierigen Behandlungen akut oder chronisch depressiver Patienten oder die genauer verstehen wollen, warum auch für erfahrene Therapeuten diese Patienten eine Herausforderung darstellen.

Während lange Zeit Antidepressiva als Mittel der ersten Wahl bei einer Depression galten, hat sich in den letzten 10 bis 20 Jahren erhebliches verändert: die Therapie mit Antidepressiva wird inzwischen kritischer gesehen und die Psychotherapie ist, so auch nachzulesen in der Nationalen VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression<sup>1</sup> Erwachsener, in ihrer Bedeutung für die Behandlung der Depression sehr gewachsen. Sie wird nicht mehr allenfalls als begleitend angesehen, sondern durchaus für leichte und mittelschwere Depression als Therapie der ersten Wahl und für schwere Depressionen als Kombinationstherapie mit Antidepressiva empfohlen.

Zu diesem Bedeutungszuwachs der Psychotherapie hat auch erheblich die veränderte Forschungssituation beigetragen: Die Versorgungsforschung ist ein wachsender Zweig, auch in der Psychotherapieforschung. Im Rahmen der evidenzbasierten Medizin – eine Entwicklungsrichtung in der Medizin, die ausdrücklich fordert, dass Entscheidungen in der Patientenbehandlung auf der Grundlage von empirisch nachgewiesener Wirksamkeit getroffen werden müssen – wurde ein Katalog von wissenschaftlichen Kriterien für die Bewertung der Effektivität auch von Psychotherapien aufgestellt. Die Bewertung von Psychotherapien erfolgt danach auf einer strengen empirischen Grundlage und ihre Wirksamkeit muss nachgewiesen werden, wobei die Verwendung von Manualen für die Durchführung der Behandlung gefordert wird. Aufgrund dieser Situation wurde in mehreren empirischen Studien der Wirksamkeitsnachweis psychodynamischer Thera-

---

<sup>1</sup> DGPPN, BÄK, KBV, AWMF (2017) Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression. 2. Auflage. Berlin: Springer.

pien erbracht. Es interessiert aber auch zunehmend die Frage, womit der Therapieerfolg zusammenhängt, also seine Prädiktion, und wodurch der Erfolg moderiert wird. Auch das wird im vorliegenden Buch dargestellt.

Man wünscht diesem Buch, das auf belehrende Erörterungen verzichtet, Leser, die es ernst meinen mit ihren depressiven Patienten, die nicht glauben, schon alles verstanden zu haben, und die neugierig genug sind, über den Tellerrand schulischer Festlegung hinauszuschauen, denn genau das brauchen depressive Patienten.

# Vorwort der Herausgeber

*Bernhard Grimmer und Claudia Henke*

Depressive Störungen stellen inzwischen mit die häufigsten Erkrankungen in den westlichen Industrieländern dar. Die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage, die im Zusammenhang mit Depressionen stehen, nehmen seit Jahren kontinuierlich zu. Die Inzidenzrate ist laut WHO weiter steigend. Depressionen sind oft mit schwerem persönlichem Leid der Betroffenen, Belastungen für die Angehörigen und großen volkswirtschaftlichen Kosten verbunden. Depressive Erkrankungen der Eltern sind ein Risikofaktor für eine gesunde psychische Entwicklung ihrer Kinder und wirken sich auch transgenerational aus. In soziologischen und psychologischen Gegenwartsanalysen wird Depressivität als Ausdruck und Folge anhaltender Überforderung in einer beschleunigten, verdichteten und vernetzten, aber gleichzeitig einsam machenden Lebens- und Arbeitswelt spätmoderner Gesellschaften diskutiert.

Die Ursachen wie die Verläufe depressiver Erkrankungen sind vielfältig. Trotz guter psychotherapeutischer und psychopharmakologischer ambulanter wie stationärer Behandlungsmöglichkeiten sowie abnehmender Stigmatisierung werden depressive Erkrankungen immer noch zu oft nicht richtig diagnostiziert, zu spät behandelt oder die Betroffenen profitieren nicht nachhaltig von einer Therapie. Das Suizidrisiko ist hoch, es kann zu therapieresistenten Chronifizierungen kommen. Diese Patienten treffen wir besonders im stationären Rahmen an, wenn es zu zahlreichen Klinikaufenthalten kommt.

Dieser siebte Band der Reihe »Psychotherapie in Psychiatrie und Psychosomatik« widmet sich den skizzierten Aspekten und aktuellen Entwicklungen in Forschung und Praxis zur Entstehung und Behandlung depressiver Erkrankungen.

Aus sozialwissenschaftlicher Perspektive wird untersucht, wie sich depressive Erkrankungen in den letzten Jahrzehnten entwickelt haben, ob es für eine Zunahme überzeugende Daten gibt und inwieweit Zusammenhänge zu sozio-ökonomischen und soziokulturellen Entwicklungen bestehen. Ein psychodynamisches Modell zum Verständnis der Depression, aber auch ein aktuelles integratives Modell, das neurowissenschaftliche und psychoanalytische Ansätze auf dem neuesten Stand integriert, werden vorgestellt. Die wichtigen Zusammenhänge zwischen Depression und Suizidalität, zwischen Depression und Persönlichkeitsstörungen sowie zwischen postpartalen Depressionen und transgenerationalen Prozessen im Kontext der Psychodynamik der Mutterschaft werden differenziert dargestellt. Verschiedene aktuelle ambulante, auch manualisierte und stationäre Behandlungsansätze werden erläutert und diskutiert. Dabei wird gesondert auf die schwierig zu behandelnde Gruppe der chronisch depressiven Patienten eingegangen. Schließlich enthält das Buch einen aktuellen und fundierten Überblick

zur Wirksamkeitsforschung zu ambulanter und stationärer Psychotherapie bei Depressionen.

Unser herzlicher Dank gilt Claudia Dürr, die es auch diesmal, wie schon in den vorherigen Bänden der Reihe, übernommen hat, alle Beiträge sorgfältig im Manuskript zu integrieren und redaktionell zu bearbeiten.

# 1 Die depressive Gesellschaft?

*Bernhard Grimmer*

## Einleitung

Nach einer Studie der Weltgesundheitsorganisation (WHO) waren 2015 weltweit rund 322 Millionen Menschen von Depressionen betroffen, was einen Anteil von 4,4 % der Weltbevölkerung ausmacht. Vor zehn Jahren sind es noch 18 % weniger gewesen. Für den rasanten Anstieg werden vor allem das Bevölkerungswachstum und die höhere Lebenserwartung verantwortlich gemacht. Weltweit gelten Depressionen heute als die Hauptursache für Lebensbeeinträchtigungen (Spiegel Online 2017).

In Deutschland und in der Schweiz haben sich die Krankschreibungen und die Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund von Diagnosen psychischer Störungen in den letzten 15 Jahren in historisch einzigartiger Weise verdoppelt, auch die Frühberentungen haben sich deutlich erhöht. Dieser Anstieg geht fast ausschließlich auf depressive Erkrankungen, neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen zurück. Diese Entwicklung ist mit großem individuellem Leid und hohen gesellschaftlichen Kosten verbunden.

Schon seit mehr als 10 Jahren ist deshalb immer wieder die Rede von einer depressiven Gesellschaft (Haubl 2007), wozu Ehrenbergs (2004) Buch »Das erschöpfte Selbst. Depression und Gesellschaft in der Gegenwart« einen maßgeblichen Beitrag geliefert hat. Depression wird auch als Leitkrankheit und »Pathologie des Globalisierungszeitalters« bezeichnet (Rosa 2011, S. 1056). Der Psychoanalytiker Bollas (2015, S. 154) spricht davon, dass sich zu Beginn des 21. Jahrhunderts eine »ganze Generation nicht nur in Trauer, sondern in einer Art behindernder Melancholie« befinde.

## 1.1 Zur Psychopathologie der Gesellschaft

Auch wenn die Zahlen eindrucksvoll und besorgniserregend wirken, stellt sich die Frage, was genau gemeint ist, wenn von einer depressiven Gesellschaft gesprochen wird. Lässt sich aufgrund einer psychischen Erkrankung einer Vielzahl von Individuen auf eine entsprechende Pathologie der Gesellschaft schließen? Mehr oder weniger pathologische soziologische Zeitdiagnosen, die die Gesell-

schaft mit einem Leitbegriff charakterisieren, gab es schon verschiedene: Risikogesellschaft (Beck 1986), Erlebnisgesellschaft (Schulze 1992), narzisstische Gesellschaft (Lasch 1979), Müdigkeitsgesellschaft (Han 2010) oder gar »Zeitalter der Verwirrung« (Bollas 2015).

Zunächst ist zu klären, wer eigentlich erkrankt sein soll, wenn man von einer depressiven oder einer narzisstischen Gesellschaft spricht: eine Vielzahl von Individuen, die Großgruppe der Gesellschaftsmitglieder als Kollektiv oder die Funktionsfähigkeit der Gesellschaft selbst, deren soziale Einrichtungen und Organisationsprinzipien beeinträchtigt sind (Honneth 2014, S. 45)? Bei Freud (1930) beispielsweise ist die Rede von einer kollektiven oder sozialen Neurose, Ehrenberg (2004) bezieht sich auf die Häufung von Erschöpfungsdepressionen in der gegenwärtigen Gesellschaft als Folge einer chronischen Überforderung des Selbst.

Aus psychoanalytischer Sicht hat bereits Freud (1908) einen Zusammenhang hergestellt zwischen einer gesellschaftlichen Verschärfung der repressiven Sexualmoral im Bürgertum der Moderne und der Zunahme von Nervosität (Neurasthenie) und Psychoneurosen als Folge der Verinnerlichung der Moralvorstellung und der Triebunterdrückung. Aus seiner Sicht sind es kulturelle Entwicklungen innerhalb der Gesellschaft, denen sich die Individuen unterworfen sehen und die in der Folge zu einer Häufung neurotischer Störungen führen. Die Krankheit der Gesellschaft (zu repressive Sexualmoral) und die Erkrankungen der Individuen (Hysterie, Neurasthenie, Zwangsstörung) sind hier im Gegensatz zur Rede von der depressiven Gesellschaft nicht identisch. Eine ähnliche Unterscheidung nimmt Alexander Mitscherlich (1983) in seinem Aufsatz »Die Krankheiten der Gesellschaft und psychosomatische Medizin« vor. Er beschreibt in seiner Praxis gehäuft auftretende Fälle von unspezifischem Leistungsversagen, das er als Erlebnisstörung und Folge einer entweder über- oder unterregulierenden Wirkung gesellschaftlicher Normen und Prinzipien, einem Zu-viel oder Zu-wenig sozialer Integration versteht. Sowohl ein repressives als auch ein beliebiges Werte- oder Normensystem, das zu wenig Orientierung vermittelt, kann entsprechende kollektive Phänomene psychischen Leidens auslösen.

Ehrenberg (2004, S. 300) sieht in den gesellschaftlichen Prozessen der Zunahme von Freiheit, Individualisierung und Selbstverantwortung die Voraussetzung für steigenden individuellen Leistungsdruck, Verausgabung, Erschöpfung und Versagensgefühle. Die Multioptionsgesellschaft erfordert ständige Identitätsarbeit und erzeugt permanenten Optimierungsdruck, einhergehend mit der Gefahr zu scheitern und zu versagen: »Die Emanzipation hat uns vielleicht von den Dramen der Schuld und des Gehorsams befreit, sie hat uns aber ganz sicher diejenigen der Verantwortung und des Handelns gebracht. So hat die depressive Erschöpfung die neurotische Angst überflügelt.«

Die Gegenüberstellung der Theorie von Freud und Ehrenberg zeigt, wie beide davon ausgehen, dass sich unterschiedliche gesellschaftliche Verhältnisse in je besonderer Weise auf die psychische Organisation, die Psychodynamik und die Symptombildung der in ihr lebenden Individuen auswirken. Ehrenberg (2004) versteht die Erschöpfungsdepression nicht mehr als eine konfliktbedingte Neurose, bei deren Entstehung triebhafte Impulse, Angst und Schuldgefühle eine Rolle

spielen. Vielmehr geht es bei ihm um Unzulänglichkeitsgefühle, Versagensängste und Scham. Rosa (2011), der sich weitgehend auf Ehrenberg bezieht, sieht in der Depression die Pathologie der gegenwärtigen Globalisierungsgesellschaft aus drei Gründen: Ersten, weil sie massiv zugenommen habe. Zweitens trete sie gegenwärtig vor allem in Form der Erschöpfung als Folge eines Lebens in einer überfordernden Beschleunigungsgesellschaft mit zunehmenden Kontingenzen und fehlenden Sicherheiten auf. Und drittens verkörpere sie eine Zeiterfahrung »des rasenden Stillstands« (Rosa 2011, S. 1056): In der depressiven Erstarrung mit dem Verlust von Antrieb und Vitalgefühlen kommt es oft zu einem Erleben des zeitlichen Stillstands, Veränderungs- und Entwicklungsperspektiven gehen verloren. Rosa (2011) sieht in der Depression wie Ehrenberg (2004) die Rückseite der gegenwärtigen gesellschaftlichen Beschleunigungsdynamik sowie kollektiver und zugleich individualisierter überfordernder Ich-Ideal-Ansprüche. Dabei symbolisiert der depressive Erkrankte auch ein weit verbreitetes Leiden an den gesellschaftlichen Zuständen: Bei aller Beschleunigung und Erhöhung des Tempos gibt es keine wirkliche Weiterentwicklung und kein Ziel, sondern eben einen rasenden Stillstand. In dem Sinne sei auch ein Burnout die Folge eines »Dauerdrucks ohne Zielhorizont« (Rosa 2011, S. 1058).

Kritisch zu den pathologisierenden Zeitdiagnosen äußert sich Reiche (2011). Er sieht in ihnen simplifizierende, eindimensionale, nur vermeintlich Klarheit schaffende Beschreibungen, die die Komplexität und Widersprüchlichkeit von gesellschaftlichen Entwicklungsprozessen und Zuständen zugunsten von Eindeutigkeit und Sicherheit auflösen. Sie entspringen aus seiner Sicht einer kulturpessimistischen Untergangssichtweise, nach der früher alles besser gewesen sei. Ähnlich kritisch zu den pathologischen Zeitdiagnosen aus psychoanalytischer und soziologischer Sicht äußern sich Dornes (2016), der vor allem mit empirischen Zahlen zu stagnierenden Prävalenzen argumentiert, und Altmeyer (2016).

Zur Präzisierung hat Haubl (2007) drei alternative Bedingungen vorgeschlagen, unter denen man sinnvoll von einer depressiven Gesellschaft sprechen kann:

1. eine zunehmende Erkrankung großer Bevölkerungsanteile an klinisch relevanten Depressionen.
2. wenn eine Gesellschaft großen Bevölkerungsanteilen eine große und noch zunehmende Anzahl von kritischen Lebensereignissen zumute, die zu den typischen Erkrankungsanlässen für Depressionen zählen, auch wenn nicht zwangsläufig mehr klinisch relevant erkranken, weil nicht alle Gesellschaftsmitglieder die Ereignisse gleich verarbeiten.
3. die Entstehung eines Sozialcharakters als Folge gesellschaftlicher Prozesse, der depressiv disponiert ist – wenn also große Bevölkerungsanteile eine depressive Persönlichkeitsstruktur aufweisen.

Im Folgenden werden die gegenwärtige gesellschaftliche Situation und die psychische Gesundheit in der Schweiz und in Deutschland unter diesen drei Aspekten genauer betrachtet. Dies kann in diesem Rahmen jedoch nicht abschließend, sondern nur in Ausschnitten geschehen.

## 1.2 Häufigkeit von Depressionen in Deutschland und der Schweiz

Gemäß den Zahlen der Krankenversicherer hat sich in den vergangenen 15 Jahren die Zahl der Krankheitstage und der Krankheitsfälle aufgrund psychischer Störungen ungefähr verdoppelt. Der in der Geschichte der Krankenkassendaten einzigartige Anstieg geht fast ausschließlich auf affektive Störungen, Anpassungsstörungen und Angststörungen zurück (INGES-Institut 2013). Im Jahr 2013 wurde bei mehr als 30 % der Versicherten irgendeine psychische Störung diagnostiziert, die Hälfte davon waren depressive Störungen (Jacobi et al. 2015, S. 63). Ebenso sind die Frühberentungen aufgrund psychischer Störungen in Deutschland rasant angestiegen, wobei auch dieser Anstieg besonders auf depressive Erkrankungen zurückzuführen ist. Auch in der Schweiz haben IV-Berentungen aufgrund psychischer Störungen deutlich zugenommen, wobei der Anstieg hier ebenfalls auf affektive Störungen und neurotische Störungen zurückzuführen ist. Betroffen sind vor allem alleinerziehende Frauen, ältere Erwerbstätige mit schlechten Chancen auf dem Arbeitsmarkt und Migranten (Baer et al. 2013, S. 31). Diese Entwicklung ist mit großem Leid für die Betroffenen verbunden und generiert erhebliche gesellschaftliche Kosten durch die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems, durch die mit den Arbeitsausfällen verbundenen Produktivitätsminderungen und den Berentungskosten (Jacobi et al. 2015).

Unklar ist aufgrund dieser Zahlen aber, ob es sich um eine Zunahme klinisch relevanter Depressionen in der Gesamtbevölkerung handelt oder ob sich nur die Diagnosestellung verändert hat, mehr Erkrankungen erkannt und diagnostiziert werden. Die Reliabilität und Validität klinischer Diagnosen ist zudem umstritten (Jacobi et al. 2015). Ebenso könnten Entstigmatisierungsprozesse eine Rolle spielen, die dazu führen, dass sich das Inanspruchnahmeverhalten verändert hat und eine größere Bereitschaft besteht, über depressive Symptome zu sprechen und sich deshalb krankschreiben zu lassen. Schließlich kann auch eine Zunahme der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgungsdichte eine Rolle spielen.

Um Klarheit darüber zu gewinnen, ob in den letzten 25 Jahren ein deutlicher Anstieg depressiver Erkrankungen in der Bevölkerung zu verzeichnen ist, sind methodisch anspruchsvolle und breit angelegte epidemiologische Untersuchungen notwendig, die bestimmte Kriterien erfüllen müssen: Die Stichprobe muss zu verschiedenen Zeitpunkten aus der gleichen Population stammen; der Abstand zwischen den Erhebungszeitpunkten muss groß genug sein, um Veränderungen abbilden zu können; es sollten die gleichen validen Erhebungsverfahren angewendet werden und die gleichen Diagnosen nach gleichen Kriterien erhoben werden (Jacobi et al. 2015). Für Deutschland liegen zwei Erhebungen des Robert-Koch-Instituts vor, die die 12-Monatsprävalenz psychischer Störungen in einer repräsentativen Stichprobe der Gesamtbevölkerung erhoben haben und diesen methodischen Ansprüchen genügen, eine von 1998 und eine von 2012. In der neueren Studie wurden drei verschiedene Erhebungen vorgenommen: Erstens ein strukturiertes Interview zur Diagnostik einer Major Depression nach DSM-IV, zweitens eine Selbstauskunft, ob die Interviewten innerhalb der letzten

12 Monate eine Diagnose einer depressiven Störung erhalten haben, und drittens ein Fragebogen (PHQ-9) zum Vorliegen depressiver Symptome in den letzten zwei Wochen (Maske et al. 2016). Für 2012 ergibt sich folgendes Bild: Bei 4,2 % der Männer und 9,9 % der Frauen waren die Kriterien einer Major Depression erfüllt. 3,8 % der Männer und 8,1 % der Frauen gaben an, in den letzten 12 Monaten die Diagnose einer depressiven Störung erhalten zu haben, und bei 6,1 % der Männer und bei 10,2 % der Frauen lagen depressive Symptome vor. Diese geschlechtsspezifischen Unterschiede finden sich regelmäßig in epidemiologischen Studien zu Depressionen. Wobei in Frage gestellt wird, inwieweit die Kriterien des DSM-IV ausreichen, um die depressive Symptomatik von Männern abzubilden, und ob man nicht von einer spezifischen Form der Male Depression sprechen müsste, die stärker Feindseligkeit, Irritabilität, Reizbarkeit, Alkoholmissbrauch oder suchartiges Arbeitsverhalten abbildet (Haubl 2007).

Bezüglich des Zusammenhangs von Alter und Depressionen ergab sich kein eindeutiges Muster. Bei beiden Geschlechtern berichtete die Gruppe der 18- bis 34-Jährigen am häufigsten depressive Symptome, während eine Major Depression am häufigsten bei Frauen ebenfalls bei den 18- bis 34-Jährigen und bei Männern bei den 45- bis 54-Jährigen vorliegt. Bei beiden Geschlechtern besteht ein Zusammenhang zwischen fehlender sozialer Unterstützung und Depression. Unverheiratete oder alleinlebende Frauen und Männer haben ein höheres Depressionsrisiko, wobei der Zusammenhang bei Frauen stärker ist und für alle Bedingungen gilt, während er bei Männern nur bei den laut Selbstauskunft bestehenden Depressionsdiagnosen vorliegt (Maske et al. 2016, S. 171). Es besteht kein Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und Major Depression, ein niedriger sozioökonomischer Status war jedoch mit mehr Depressionsdiagnosen bei Frauen und mehr berichteten gegenwärtigen Depressionssymptomen bei Männern und Frauen verbunden. Männer, die in mittelgroßen oder großen Städten leben, haben ihrer Auskunft nach häufiger eine Depressionsdiagnose als Männer in kleineren Gemeinden. Frauen und Männer in mittelgroßen oder großen Städten berichten über mehr depressive Symptome als in Kleinstädten. Es gibt zudem einen deutlichen Zusammenhang zwischen körperlichen Erkrankungen und dem Ausmaß an Depressionsdiagnosen und berichteten depressiven Symptomen (Maske et al. 2016).

Die Daten aus den beiden repräsentativen Erhebungen in der erwachsenen deutschen Gesamtbevölkerung deuten darauf hin, dass es in den 15 Jahren zwischen 1998 und 2012 keine deutliche Zunahme von psychischen Störungen allgemein und von affektiven Störungen im Besonderen gegeben hat (Maske et al. 2016). Die Zahlen zur Major Depression entsprechen Erhebungen in anderen westlichen Ländern. Dies gilt auch für die Schweiz, zumindest bezogen auf eine Major Depression mit ausgeprägter Symptomatik, wobei der Geschlechterunterschied zwischen Männern und Frauen bei einer Major Depression deutlich geringer ausfällt als in den deutschen Daten und vor allem bei leichteren Symptomen vorhanden ist. Allerdings ist in der Schweiz insgesamt ein Anstieg berichteter leichter depressiver Symptome zwischen 1999 und 2009 und ein Rückgang derjenigen zu verzeichnen, die angeben, nie unter depressiven Symptomen zu leiden (Baer et al. 2015, S. 28). Die Autoren vermuten jedoch vor allem ein verändertes