https://gen-ethisches-netzwerk.de/node/2149

Gen-ethischer Informationsdienst

Defizite der Biochemie

Psychiatrie, Präparate und das Elend der Gesellschaft

AutorIn
Stefan Weinmann

Machtvoll verbinden sich Marketingstrategien von Arzneimittelherstellern mit den Biologisierungstendenzen der Psychiatrie. Unternehmerische Taktiken und methodische Tricks wecken hohe Erwartungen an die Wirksamkeit der Substanzen, und psychiatrische Krankheitsmodelle liefern die Grundlage dafür, dass seelische Krisen kaum noch als Produkt gesellschaftlicher Verhältnisse erkannt, sondern vor allem als biochemische Störung behandelt werden.

Die Psychiatrie, die in den letzten Jahren zwischen sozialpsychiatrischer, psychotherapeutischer und biologischer Akzentuierung hin- und herpendelte, befindet sich derzeit wieder in einer biologischen Phase. Diese kann als Reaktion auf die starke psychoanalytische Prägung in den USA und die sozialpsychiatrische Ausrichtung der 1970er Jahre verstanden werden.[1] Heute forschen Psychiater im Verbund mit Neurowissenschaftlern an der Aufklärung der Funktionsweise des ‚normalen' und des ‚kranken' Gehirns. Bildgebende Verfahren, Molekularbiologie und Genetik sind aus der Psychiatrie nicht mehr wegzudenken. Sie produzieren wöchentlich mehr Befunde und prägen Rhetorik und Selbstverständnis vieler Therapeuten - und das, obwohl Forschungsergebnisse aus diesen Fachgebieten bisher nur sehr selten Eingang in die klinische Versorgung gefunden haben. Der praktische Einfluss der biologischen Psychiatrie besteht vielmehr vor allem in der Art und Weise, wie seelische Leiden betrachtet und welche Heilungserwartungen geweckt werden. Unterstützt werden diese Biologisierungsprozesse dadurch, dass seelische Störungen in ihrer Bedeutung für die Menschheit immer weiter in den Vordergrund rücken (die so genannte *Global Burden of Disease* oder weltweite Krankheitslast). Zumindest im Selbstverständnis der Therapeuten sind psychische Leiden im Kreis der so genannten Volkskrankheiten angekommen - und damit einer vergleichbaren Logik von Diagnostik und Behandlung unterworfen wie körperliche Erkrankungen. Aus der Psychiatrie fast vollständig verschwunden sind hingegen Begriffe, die als sozial bedingte psychophysiologische Syndrome menschlichen Elends galten, wie etwa die Neurose, oder auch Melancholie und Trauer, die ins Reich der Literatur verbannt wurden. Behandlung in der Psychiatrie ist ein dem Anspruch nach *technischer* Akt geworden. Dabei driften professionelle Perspektive und die Erlebniswelt vieler Betroffener immer weiter auseinander. Nur wenige psychisch Erkrankte betrachten das, was ihnen von der Psychiatrie angeboten wird - die medikamentöse Therapie ihrer Symptome - als nahe liegende Lösung ihrer Probleme.

Methodische Probleme...

Medikamente sind das bedeutendste Pfand, das die biologische Psychiatrie in der Hand hält; sie tragen dazu bei, dass biologische Definitionen die Vielfalt psychischer Probleme dominieren. Bei genauerer Auseinandersetzung mit Medikamentenstudien offenbaren sich allerdings eine Reihe von Problemen, insbesondere was die Methodik anbelangt: Für die Zulassung von Antidepressiva und anderen Psychopharmaka sind experimentell durchgeführte, „randomisierte und doppelverblindete“ Studien notwendig. Dabei werden alle als potenziell relevant betrachteten Einflussvariablen kontrolliert, also konstant gehalten - mit Ausnahme der Medikation. Dieses Vorgehen soll sicherstellen, dass Unterschiede in der Symptomatik und in den Rückfallraten auf die Medikation zurückführbar sind, die Medikationseffekte also als biochemische Wirkungen gelten können. Mit dieser Methodik lassen sich wirksame Therapien allerdings nicht immer von unwirksamen unterscheiden. Studien und auch die klinische Erfahrung zeigen, dass ein Wirksamkeitsnachweis für eine Substanz oft nur durch selektive Verwendung bestimmter Rating-Skalen, die gezielte Konzentration auf bestimmte Aspekte der Diagnose unter Vernachlässigung anderer und durch eine einseitige Verwendung bestimmter Auswertungs- und Darstellungstechniken erbracht wird.2 Alles in allem muss das Bild der guten Wirksamkeit zumindest der Antidepressiva aufgrund der methodischen Probleme des Wirkungsnachweises korrigiert werden: So ergab eine Analyse aller bei der US-amerikanischen Zulassungsbehörde FDA eingereichten Studiendaten zu den sechs meistverschriebenen Antidepressiva in den USA beispielsweise, dass mindestens 80 Prozent der Medikamentenwirkung ebenso durch das Plazebo-Präparat in der Kontrollgruppe erreicht wurde.3

...und pharmazeutische Kunstgriffe

Die Datenlage zu schönen und in der Literatur einen einseitigen Eindruck zu vermitteln, ist eine gängige Strategie der Pharmaunternehmen.4 Kann etwa die Überlegenheit des getesteten Präparates gegenüber Plazebo nicht bewiesen werden, wird das entsprechende Studienergebnis kurzerhand nicht veröffentlicht. Und die derzeitige Zulassungspraxis reicht nicht aus, um Scheinmedikamente von wirksamen Substanzen zu unterscheiden. Ein Beispiel ist das Antidepressivum Reboxetin. Erst viele Jahre nach Zulassung und breiter Verschreibung konnte das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) durch akribische Analysen der Studien den fehlenden patientenbezogenen Nutzen herausarbeiten.5 Das Problem ist, dass es eine Reihe von Möglichkeiten gibt, in Studien zu psychiatrischen Medikamenten einen Nutzen zu konstruieren. Die Wirksamkeit kann bei Antidepressiva beispielsweise besser aussehen, wenn man vor Beginn der Studie systematisch Patienten aussiebt, die möglicherweise nicht von der Therapie profitieren oder eine besondere Neigung haben, auf Plazebos zu reagieren. Auch kann die Zahl der Studienabbrecher durch statistische Techniken manipuliert werden. Und nicht zuletzt kann die Aufklärung in einer Weise erfolgen, dass Patienten anhand des Nebenwirkungsprofils leicht erahnen, ob sie das Medikament verabreicht bekommen oder ein Plazebo. Der Effekt von Erwartungen an die Wirksamkeit ist nämlich gerade bei Antidepressiva zentral: Starke Erwartungen an biologische Therapien rufen selbst Wirkungen hervor, so dass eine angekündigte und dann tatsächlich eintretende körperliche Wirkung einen Schub hin zur Besserung seelischer Leiden bewirken kann. Eine wesentliche Botschaft, welche die wichtigsten Meinungsführer in der Psychiatrie und die pharmazeutische Industrie vermitteln, liegt allerdings, wie eingangs erwähnt, auf einer anderen als der medizinischen Ebene. Sie besagt: Es gibt Medikamente gegen psychische Leiden; diese nicht einzunehmen ist sträflich und irrational.

Depression zwischen Biochemie und Marketing

Das vermittelte Krankheitsmodell ist dabei eindeutig: Bei psychischen Erkrankungen seien zuallererst Defizite auszugleichen, und zwar biochemische. Bei der Depression etwa soll ein Ungleichgewicht im Hirnstoffwechsel medikamentös “kalibriert“ werden. Damit wird die Erkrankung aus ihren sozialen Bezügen gelöst. Sozialen Bedingungen wird lediglich eine moderierende Rolle zugestanden, etwa als „Auslöser“. Diesem Paradigma sind auch die Forschungen zur Pharmakogenetik verpflichtet, die die individuelle Wirkung von Antidepressiva auf Veränderungen oder Varianten im Erbgut zurückführen wollen. In den letzten Jahren wurden hierfür individuelle biologische und psychologische Parameter mehrerer Tausend

Patienten untersucht („phänotypisiert“) und Marker für das gute oder schlechte Ansprechen auf Medikamente gesucht. Trotz dieser Bemühungen sind solche Vorhersagen bisher aber nicht möglich. Dennoch wird vollmundig versprochen, eines Tages Therapieerfolge vorhersagen zu können. Die Botschaft aller dieser Ansätze ist ähnlich: Therapien sind zuallererst biologische Behandlungen. Parallel dazu betonen führende Psychiater die chronische Natur der Depression, ihre Neigung zu immer wiederkehrenden Rückfällen und die Seltenheit einer echten Genesung und belegen dies mit Messungen und Statistiken.6 Sie konstatieren eine extreme, in erster Linie medikamentöse „Unterversorgung“ der Depressiven. Auf dieser Basis wird eine Nachfrage nach mehr und besseren Therapien induziert. Andere Kliniker und Forscher, die grundsätzlich von einer guten Prognose der Depression und der Wirksamkeit von Selbstheilungskräften ausgehen und deshalb zur Zurückhaltung bei der Medikation zumindest leichter und mittelschwerer Depressionen raten, sehen sich dem Vorwurf der Verharmlosung der Depression ausgesetzt - auch dies ein Erfolg des medizinischen Marketings.

Psychopharmaka und der Geist der Zeit

Überblickt man die Entwicklungen, so wird deutlich, dass der Begriff der Krankheit in der Psychiatrie längst keine klaren Grenzen mehr kennt. Die Medizin beschränkt sich nicht mehr auf Krankheiten im herkömmlichen Sinne. Diese Tatsache ist mit dem Begriff Medikalisierung nur unzureichend beschrieben. Am Beispiel der als Antidepressiva verwendeten „selektiven Wiederaufnahmehemmer“ SSRI lassen sich die Ausweitung der Medizin und die Gründe dafür gut analysieren.7 Heutzutage werden neben der schweren „Melancholie“ auch alle möglichen Schwierigkeiten, denen der moderne Mensch ausgesetzt ist - schmerzliche Begebenheiten, Traumata, Kränkungen und Enttäuschungen - unter dem Begriff der Depression subsumiert. Parallel zu dieser Ausweitung der behandelbaren Diagnosen kam die neuere Generation von Antidepressiva auf den Markt. Es ist kein Zufall, dass die SSRI vor allem und zuerst in den USA erfolgreich vermarktet wurden, waren dort doch die Anforderungen an ein selbst bestimmtes Leben - frei von störenden Bindungen - an eigene Initiative und selbstgemachtes Glück am frühesten und deutlichsten zu spüren. Die SSRI waren, wie der französische Soziologe Alain Ehrenberg bemerkt, „die ersten Antidepressiva, die auf die Persönlichkeit wirkten und diese so veränderten, dass bei einer bestimmten Anzahl von Fällen die Menschen meinten, sie hätten nun die Freiheit, sie selbst zu sein.“ Sie verminderten die Intensität von Konflikten oder die Folgen von Traumata, unabhängig von der Ursache.8 Von vielen wurde diese Behandlung begrüßt, jedenfalls solange die Daten zur teilweisen Erhöhung des Risikos von Suizidgedanken nach Einnahme der ‚neuen’ Antidepressiva noch nicht veröffentlicht waren. Denn diese Medikamente passen in unsere Zeit: Die Verschreibung der SSRI mit ihrem „breiten Wirkspektrum“ ist die Reaktion auf wachsende normative Forderungen: „Die Schwierigkeit, sich den Dingen zu stellen, kann ein Individuum teuer zu stehen kommen, das sich in einer Bahn bewegt, in der berufliche, familiäre oder affektive Rückschläge schnell kumulieren können. Wegen solcher Rückschläge kann man heute viel schneller sozial ausgeschlossen werden als früher“.9 Medikamente zur Behandlung dieser Schwierigkeiten sind dann „Tonika“ oder besser „Sozialika“, denn sie geben vor, die Teilhabe am sozialen Leben zu fördern.

Psychiater zwischen Pragmatismus und Gesellschaftskritik

Man kann diese Perspektive, die Medikamente auch für Lebensprobleme und nicht nur für Krankheiten zuzulassen, als utilitaristisch bezeichnen. Das trifft das Problem jedoch nicht vollständig. Denn die Anforderungen unserer Gesellschaft sind nicht wegzureden: Leistung und individuelle Handlungsfähigkeit sind notwendig, um an der Gesellschaft teilzuhaben. Ehrenberg rechtfertigt die Verhaltensmedizin mit dem Charakter der modernen Gesellschaft, „ in der der Zwang zur persönlichen Initiative stark ist und in der die Verantwortung für Misserfolg vor allem auf den sozial Schwächsten lastet“.10 Diese Zusammenhänge machen zugleich deutlich, dass der Therapeut vor allem eine soziale Aufgabe hat. Wir leben in einer Gesellschaft, die so ist, wie sie ist. Ihre Entwicklungen - das heißt auch das, was mit Medikalisierung bezeichnet wird - zu verteufeln bedeutet, Realitäten auszublenden. Wir können an den Anforderungen, die sich uns in dieser Gesellschaft stellen, kaum etwas ändern. Aber wir können lernen, damit besser umzugehen. Depression als Gehirnkrankheit zu bewerben, ist gleichzeitig ein Hohn und eine Wahrheit: Ein Hohn, weil

dieses Konzept die komplexen Ursachen von Depressionen auf biologische reduziert; Wahrheit, da Veränderungen der Funktion des Gehirns bei vielen Erkrankungen (und nicht nur psychischen) gefunden werden und das Gehirn die Interaktion des Menschen mit seiner Umgebung steuert. Zur Verminderung oder Entchronifizierung können psychiatrische Therapeuten zumindest dann kaum beitragen, wenn sie den sozialen Charakter des depressiven Zustandes leugnen. Problematisch ist vor allem, wenn Wissenschaftler glauben, „wertfrei“ zu forschen und die kulturellen und wissenstheoretischen Voraussetzungen und Implikationen ihrer Arbeit nicht begreifen, geschweige denn in ihre Untersuchungen einbeziehen wollen. SSRI und andere Antidepressiva sind wie viele Substanzen in der Psychiatrie auch medizinische Reaktionen auf soziale Probleme. Und die Psychiatrie befindet sich am Schnittpunkt zwischen Medizin und Gesellschaft oder Medizin und Moral. Fraglich bleibt, ob durch die verstärkte Anwendung von Psychopharmaka die Situation psychisch Kranker und auch der Zustand der Gesellschaft insgesamt langfristig verbessert wird oder nicht. Bisher jedenfalls nehmen die Erkrankungen weiter zu - und die Verschreibungen auch.

- 1Finzen, Asmus: Das Pinelsche Pendel. Die Dimension des Sozialen im Zeitalter der biologischen Psychiatrie. Bonn 1998, S. 33 f.
- 2Demyttenaere K und de Fruyt J: Getting What You Ask For: On the Selectivity of Depression Rating Scales. Psychotherapy and Psychosomatics 2003, 72, S. 61-70.
- 3Kirsch I und Moore TJ: The Emperor’s New Drugs: An Analysis of Antidepressant Medication Data Submitted to the U.S. Food and Drug Administration. Prevention & Treatment 2002, 5, Article 23. Eine Meta-Analyse zu vier Antidepressiva aus dem Jahre 2008 kommt zu dem Ergebnis, dass bei sehr schweren Depressionen deren Wirksamkeit gegenüber Plazebo zwar leicht ansteigt, aber immer noch relativ gering ist. Vgl. Kirsch I, Deacon BJ et al: Initial Severity and Antidepressant Benefits: A Meta-Analysis of Data Submitted to the Food and Drug Administration. PLoS Med 5(2): e45.
- 4Melander H, Ahlqvist-Rastad J et al: Evidence b(i)ased medicine. Selective reporting from studies sponsored by pharmaceutical industry: review of studies in new drug applications. British Medical Journal 2003, 326, S. 1171-1173.
- 5Eyding D, Lelgemann M et al: Reboxetine for acute treatment of major depression: systematic review and meta-analysis of published and unpublished placebo and selective serotonin reuptake inhibitor controlled trials. British Medical Journal 2010, 341:c4737.
- 6Laut gängiger Lesart erleidet etwa jeder zweite Betroffene nach einer Depression eine weitere depressive Episode. Nach der zweiten und dritten Episode erhöht sich das Rückfallrisiko auf 70 beziehungsweise 90 Prozent.
- 7Stefan Weinmann: Erfolgsymythos Psychopharmaka. Warum wir Medikamente in der Psychiatrie neu bewerten müssen. Bonn 2009.
- 8Alain Ehrenberg: Das erschöpfte Selbst. Depression und Gesellschaft in der Gegenwart. Frankfurt 2004, S. 275.
- 9Ebenda., S. 277.
- 10Ebenda., S. 279.

Informationen zur Veröffentlichung

Erschienen in:
GID Ausgabe 208 vom Oktober 2011
Seite 11 - 13