

Unverkäufliche Leseprobe aus:

Martin Dornes

Macht der Kapitalismus depressiv?

Alle Rechte vorbehalten. Die Verwendung von Text und Bildern, auch auszugsweise, ist ohne schriftliche Zustimmung des Verlags urheberrechtswidrig und strafbar. Dies gilt insbesondere für die Vervielfältigung, Übersetzung oder die Verwendung in elektronischen Systemen.

© S. Fischer Verlag GmbH, Frankfurt am Main

Inhalt

Einleitung 7

Kapitel 1 Haben psychische Erkrankungen zugenommen?

- Die Zunahmethese auf dem Prüfstand 13
- Depression als Krankheit der Moderne? 22
- Ursachen für den Anstieg psychischer Krankheitsdiagnosen 32

Kapitel 2 Warum findet die Zunahmebehauptung breite Zustimmung?

- Die kapitalistische Leistungsgesellschaft im Visier 43
- Zur Unterkomplexität gesellschaftskritischer Krankheitstheorien 61
- Bezeugt steigender Medikamentengebrauch neoliberale Fehlentwicklungen? 70

Kapitel 3 Gegenwartskritik durch Vergangenheitsverklärung

- Sehnsucht nach den »30 wunderbaren Jahren« der Nachkriegsepoche 83
- Seelische Entwicklungen zwischen 1945 und 1975 94

Kapitel 4 Psychosoziale Entwicklungen in der Gegenwart

- Neue Chancen, andere Risiken 107
- Neue Formen psychosozialen Leidens 120

Schluss 127

- Anmerkungen 130
- Literaturverzeichnis 139
- Namen- und Sachregister 157

Kapitel 1

Haben psychische Erkrankungen zugenommen?

Die Zunahmethese auf dem Prüfstand

Seit Alain Ehrenbergs Buch (1998) über das erschöpfte Selbst hat sich in der öffentlichen und der sozialwissenschaftlichen Diskussion die Überzeugung eingebürgert, dass die Zahl depressiver Erkrankungen in den letzten 30 bis 40 Jahren zugenommen hat. Die Theorien, die solchen Feststellungen zugrunde liegen, lassen sich grob in zwei Kategorien einteilen (s. Baethge 2004). Die eine könnte man die »postmoderne« Theorie der Depressionszunahme nennen. Sie besagt, dass sich mit der Liberalisierung der Sitten seit 1968 die Gestaltungsspielräume des Lebens erweitert haben und eine wachsende Zahl von Individuen mit den damit einhergehenden Freiheiten überfordert ist, weshalb sie vor den Anforderungen einer selbstbestimmten Lebensführung in die Knie gehen. Dies ist im Kern die Auffassung von Ehrenberg (1998). Den zweiten Theoriestrang könnte man als »spätkapitalistische« Depressionstheorie bezeichnen. Für sie ist nicht die Gestaltung von Freiheitsspielräumen das zentrale Problem, sondern die angeblich steigenden Leistungsanforderungen, die die Individuen zunehmend erschöpfen. Das ist die Auffassung von Byung-Chul Han (2010), der in seinem Essay über die Müdigkeitsgesellschaft Ehrenberg dafür kritisiert, das Problem im Zuwachs der Lebensgestaltungsmöglichkeiten, nicht im Zuwachs der Leistungsanforderung zu sehen. Ich will hier, bevor ich mich den gesellschaftskritischen Deutungen zuwende, zunächst einmal die epidemiologischen Prämissen beider Theorien auf den Prüfstand stellen und die Frage aufwerfen: Haben denn Depressionen oder psychische Störungen insgesamt überhaupt zugenommen?

Wenn man den Anstieg der Häufigkeit einer Krankheit wie der Depression als indikativ für Veränderungen in der Gesellschaft betrachtet und behauptet, dass diese Veränderungen die Krankheit hervorbringen oder zunehmen lassen, dann muss man zunächst ein Problem lösen: Man muss zeigen, dass Depressionen *wirklich* vermehrt auftreten und nicht nur aufgrund veränderter Diagnosegewohnheiten oder genauerer Erhebungsmethoden häufiger *diagnostiziert* werden. Es könnte nämlich sein, dass die Menschen vor 50 Jahren genauso (oft) depressiv waren wie heute, aber nicht so diagnostiziert wurden. Entweder gingen sie nicht zum Arzt, weil es keinen geeigneten gab; oder weil sie ihre Symptome als Ausdruck eines Lebensunglücks, nicht als den einer Krankheit verstanden; oder aber die Ärzte diagnostizierten die präsentierten Symptome nicht als Depression, sondern die Müdigkeit als normales Ergebnis von Überarbeitung, die Übelkeit als Folge eines Reizmagens und die Schlafstörung als Alterserscheinung.

Tatsächlich gibt es zum Thema der Zunahme psychischer Erkrankungen im Allgemeinen und der Depressionen im Besonderen eine Fülle von Studien mit widersprüchlichen Befunden. Ich habe an anderer Stelle darüber berichtet und die Tendenz dahingehend zusammengefasst, dass psychische Krankheiten in den letzten 30 Jahren *nicht* zugenommen haben. Für Kinder und Jugendliche liegt die Erkrankungshäufigkeit im Mittel aller Studien bei 17 %, für Erwachsene bei 27 %. Gut die Hälfte, also 10 % der Kinder und 15 % der Erwachsenen, kann aufgrund der Schwere der Erkrankung als behandlungs- bzw. beraterbedürftig gelten (Dornes 2012, Kap. 8).

Die Nichtzunahmebehauptung erscheint zunächst unplausibel angesichts des steigenden Anteils psychischer Erkrankungen an der Zahl der Krankschreibungen, Erwerbsminderungen und Frühverrentungen sowie steigender psychotherapeutischer Behandlungszahlen. Deshalb nehme ich einen neuen Anlauf und gebe eine kurze Darstellung der wichtigsten seither erschienenen Arbeiten und solcher, die in meinem oben genannten Überblick nicht berücksichtigt waren. Auch sie bestätigen, so kann ich vorwegnehmen, die These

einer weitgehend konstanten Erkrankungsrate (ein vorzüglicher journalistischer Kurzüberblick findet sich bei Geyer 2014).¹

Beginnen wir mit der Übersicht von Becker/Sartorius (1999). Sie fasst die wichtigsten epidemiologischen Untersuchungen aus Skandinavien, Europa, Nordamerika und Taiwan seit Ende des Zweiten Weltkriegs bis Ende der 1980er Jahre zusammen und kommt zu dem Ergebnis, dass es für eine Zunahme psychischer Erkrankungen kaum Anhaltspunkte gibt. Für Neurosen und Depressionen gibt es einzelne Studien, die einen Anstieg belegen, andere belegen Konstanz, wieder andere einen Rückgang. Für die Schizophrenie wird seit Mitte der 1960er Jahre sogar von einem Rückgang der Neuerkrankungen (Inzidenz) berichtet. Er ist wahrscheinlich eine Folge verbesserter Ernährung, Infektionsprophylaxe und gynäkologischer Versorgung seit dem Zweiten Weltkrieg, die alle bei der Ätiologie der Schizophrenie eine Rolle spielen.

Auch die von den Autoren dargestellte Heterogenität der Befunde ist instruktiv. Im Taiwan der Nachkriegszeit (1946/48–1961/63) und auf den Shetland-Inseln nach den Ölfunden gab es dramatische soziokulturelle Veränderungen. In Taiwan nahmen die Neurosen erheblich zu, in Shetland kaum. In New York nahmen sie im untersuchten Zeitraum (1954–1974) bei moderatem soziokulturellem Veränderungstempo geringfügig ab, in Finnland (1970–1986) blieben sie konstant (Nilsson et al. 2007, S. 38), ebenso im kanadischen Stirling County (1952–1992; s. Murphy et al. 2000a, b, 2004); im schwedischen Lundby nahmen sie zu, allerdings nur für den Zeitraum zwischen 1947 bzw. 1957 und 1972, danach (1972–1997) nicht mehr (s. Matisson et al. 2005, Bogren et al. 2007). Diese und andere hier nicht dargestellten Befunde führen Becker und Sartorius zu dem Schluss, dass soziokulturelle Wandlungsprozesse und ihr Tempo nur sehr locker bzw. nur zeitweise mit Veränderungen in der psychischen Erkrankungshäufigkeit assoziiert sind (ähnlich Richter 2003, S. 225 ff.), was auch die derzeit weit verbreitete Behauptung etwa über den Zusammenhang von Beschleunigung und Depression (s. z.B. Rosa 2011) fragwürdig macht.²

Da sich mit dem Hinweis auf einzelne Studien alles belegen lässt – Spießl/Jacobi (2008, S. 318) berichten beispielsweise von zwei US-

amerikanischen Studien, von denen die eine im Zeitraum zwischen 1991 und 2001 eine Zunahme der Depression von 3,3 auf 7,1 % feststellte, die andere eine Abnahme von 10,1 auf 8,7 % –, ist es wichtig, möglichst alle oder zumindest möglichst viele Studien zu erfassen. (Die meisten ergeben für majore Depression Erkrankungs-raten von 6–8 %, für Dysthymien 1–2 %, also insgesamt zwischen 7 und 10 % dessen, was früher neurotische Depression hieß.)

Nach Becker/Sartorius haben sich Richter et al. (2008) dieser Aufgabe gestellt. Die von ihnen in Kurzform dargestellten Untersuchungen umfassen den Zeitraum zwischen 1947 und 2006. Berücksichtigt wurden nur Langzeitstudien, die für mindestens zwei Zeiträume Angaben machen. Die Auswertung von 44 Studien (18 davon für Kinder und Jugendliche) aus den Gebieten Skandinavien, Westeuropa, Nordamerika und Australien ergibt: »In der Gesamtschau dieser Studien ist keine eindeutige Tendenz zu erkennen. Neben Arbeiten, die einen Anstieg psychischer Probleme verzeichnen, finden sich auch solche, die einen Rückgang berichten, und solche, die keine (statistisch signifikanten) Unterschiede zu den jeweiligen Messzeitpunkten festgestellt haben« (ebd., S. 324). Dies gilt gleichermaßen für Erwachsene wie für Kinder und Jugendliche. Es gilt auch für verschiedene Störungsbilder wie Sucht- und Essstörungen, Neurosen, Depressionen und Psychosen. Wenn überhaupt eine Tendenz erkennbar ist, dann die, dass es in den Jahrzehnten nach dem Zweiten Weltkrieg einen Anstieg gab, der sich aber nach 1975 *nicht* fortgesetzt hat.

In einem *Update* dieser Arbeit haben Richter/Berger (2013) eine weitere Analyse von Studien durchgeführt, die seit 2008 publiziert wurden und in denen mindestens einer der Erhebungszeitpunkte nach dem Jahr 2000 lag. Es wurden 32 Publikationen ausgewertet, 22 für Erwachsene sowie 10 für Kinder und Jugendliche. Das Ergebnis des Überblicks von 2008 wurde erneut bestätigt. Es gibt keine konsistenten Anhaltspunkte dafür, dass psychische Erkrankungen im Allgemeinen und depressive im Besonderen zugenommen haben. Dies gilt erneut für Erwachsene und Kinder gleichermaßen.

Da Depressionen derzeit besondere Aufmerksamkeit genießen,

seien die diesbezüglichen Befunde gesondert erwähnt. Acht Publikationen wurden ausfindig gemacht, vier fanden keine Veränderung, drei einen Anstieg und eine Studie fand eine Abnahme. Von den drei, die einen Anstieg berichten, stammen zwei aus Griechenland und beziehen sich auf die Jahre 2008 bis 2011. Lässt man diese beiden Untersuchungen wegen der besonderen Umstände in diesem Land und Zeitraum unberücksichtigt, so ist die Befundlage vollständig ausbalanciert (keine Veränderung in vier Untersuchungen sowie je eine Zu- bzw. Abnahme).

Die gelegentlich berichtete erhöhte Rate depressiver Erkrankungen bei jüngeren Geburtskohorten ist für Deutschland weder im Mannheimer Kohortenprojekt (in dem die Jahrgänge 1935, 1945 und 1955 untersucht wurden) noch im Bundesgesundheitsurvey von 1998 (Jahrgänge 1933–47, 1948–67, 1968–80) bestätigt worden (Franz et al. 2000, Lieberz et al. 2011, Mauz/Jacobi 2008). Wo sie gefunden wird, ist sie wahrscheinlich ein Effekt der verwendeten (retrospektiven) Untersuchungsmethoden und bildet keine Zunahme der realen Prävalenz ab, sondern Erinnerungsfehler (Nilsson et al. 2007, S. 38; Dornes 2012, S. 406 ff.). Die Ergebnisse entsprechen denen von Wittchen/Jacobi (2005) und Wittchen et al. (2011), die Studien aus 27 europäischen Ländern zusammengestellt haben und ebenfalls keine Zunahme bei Erwachsenen feststellen konnten.

Auch in Deutschland hat es zwischen 1998 und 2011 weder eine Zunahme der psychischen Erkrankungen im Allgemeinen noch der Depressionen im Besonderen gegeben. Dies zeigt der Vergleich der Ergebnisse des Bundesgesundheitsurveys (BGS) von 1997/1998 (Jacobi et al. 2004a, b) mit denen der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS) von 2008/2011 (Kurth et al. 2012, Robert Koch-Institut 2012, Busch et al. 2013, Jacobi et al. 2014). Zu beiden Untersuchungszeitpunkten wurden etwa 29–31 % als psychisch krank bzw. 6–8 % als depressiv eingeschätzt. (Genau genommen gab es eine *Abnahme* der Gesamterkrankungshäufigkeit von 31,1 % im Jahr 1998 auf 29,9 % im Jahr 2012, die aber methodischen Besonderheiten geschuldet sein kann.) Auch nach der Wiedervereinigung 1989 ff. kam es trotz erheblicher sozioökonomischer und soziokultureller Umbrüche im Osten zu keiner Zunahme der

Erkrankungszahlen. Die Effekte wirtschaftlicher Abschwünge sind in Wohlfahrtsstaaten westlicher Prägung dem derzeitigen Forschungsstand zufolge im Allgemeinen milde, transitorisch oder nicht existent, sofern die Lage nicht dramatisch ist und/oder dauerhaft bleibt.³

Abschließend sei noch auf vier Überblicksarbeiten verwiesen, die sich ausschließlich mit psychischen Erkrankungen *bei Kindern und Jugendlichen* befassen:

Barkmann/Schulte-Markwort (2012) haben weltweit über 100 Studien aus unterschiedlichen Ländern und für unterschiedliche Zeiträumen ausfindig gemacht. Sie selbst werteten 33 deutsche Untersuchungen aus, die sich auf den Zeitraum zwischen 1952 und 2007 bezogen. Die Krankheitshäufigkeit (Prävalenz) betrug im Mittel 17,6 %, die Trendlinie zeigte über die Jahrzehnte hinweg leicht *nach unten* (ebd., S. 201, Fig. 3). Für die Jahre zwischen 2006 und 2012 ergab der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey des Robert Koch-Instituts ebenfalls keinen Anstieg der Erkrankungshäufigkeit bei 3–17-Jährigen (Hölling & KiGGS Study Group 2014a).

Die deutschen Befunde entsprechen denen anderer Länder. Der Überblick über 52 Studien aus 20 Staaten verschiedener Kontinente von Roberts et al. (1998), der den Zeitraum zwischen 1963 und 1997 umfasst, ergab ebenfalls keine nennenswerten Veränderung in der Häufigkeit psychischer Erkrankung über die Jahrzehnte hinweg. Die Krankheitshäufigkeit betrug im Mittel 15,8 %. Andere, neuere Überblicksarbeiten bestätigen dieses Ergebnis (z. B. Ihle/Esser 2002, S. 161 f., Tab. 1).

Eine partielle Ausnahme bilden Eschmann et al. (2007). Sie haben 24 internationale Studien, die zwischen 1977 und 2000 durchgeführt und zwischen 1987 und 2004 publiziert wurden, zusammengefasst und eine Erhöhung der Prävalenz von 16 % auf 22 % in den Studien nach 1990 notiert. Sie führen diesen Anstieg allerdings auf methodische Besonderheiten der neueren Untersuchungen zurück.

Anmerkungen

Haben psychische Erkrankungen zugenommen?

- 1 Roberts et al. (1998), Becker/Sartorius (1999), Richter (2003, S. 223 ff.), Richter et al. (2008), Richter/Berger (2013), Eschmann et al. (2007), Mauz/Jacobi (2008), Jacobi (2009, 2012), Jacobi et al. (2014), Lieberz et al. (2011), Barkmann/Schulte-Markwort (2012), Kurth et al. (2012), Robert Koch-Institut (2012, 2013), Busch et al. (2013), DAK-Gesundheitsreport (2013), Frances (2013), Blech (2014a), Genz/Jacobi (2014a, b), Hölling und KiGGS Study Group 2014a).
- 2 Entsprechend heißt es bei Frances (2013, S. 130 f.): »Eine Theorie besagt, dass unsere psychischen Störungen deshalb zunehmen, weil wir unter dem extremen Druck einer beschleunigten, anstrengenden Gesellschaft leben ... Diese Hypothese ist schwer zu widerlegen, überzeugend finde ich sie nicht ... Das Leben war immer auf die eine oder andere Weise anstrengend, und daran wird sich auch nichts ändern ... Der Mensch ist von Natur aus stabil und widerstandsfähig. Epidemien im eigentlichen Sinn haben wir in der Psychiatrie nicht erlebt; es wird lediglich der Begriff der Krankheit immer weiter ausgedehnt.«
- 3 Es ist nicht auszuschließen, dass die jüngste wirtschaftliche Krise in manchen der besonders schwer betroffenen Länder einen Effekt hat, worauf die zwei Depressionsstudien aus Griechenland sowie derzeit erhöhte Suizidzahlen für Spanien hinweisen (s. Richter/Berger 2013, S. 176). Generell gilt, dass massive und mit großer Wucht auftretende soziale und ökonomische Veränderungen insbesondere in ärmeren Ländern, in denen die sozialen Sicherungssysteme wenig(er) ausgebaut sind – wie beispielsweise in der Sowjetunion nach 1989, in der Asienkrise von 1997/98 oder derzeit in Griechenland – auch individuelle Krisen hervorrufen können, die wiederum, etwa über erhöhten Alkoholkonsum, zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes führen oder erhöhte Suizidraten zur Folge haben können (Uutela 2010). Jedoch wird auch vom Gegenteil berichtet. Seit der Krise von 2008 leben beispielsweise die Isländer gesünder (unter anderem wegen gesunkener Einkommen). Sie rauchen und trinken weniger, essen weniger Fastfood und Süßigkeiten, konsumieren weniger zuckerhaltige Limonaden und schlafen mehr (Asgeirsdottir et al. 2012). Dieses Muster entspricht Befunden eines Zweiges der *Public-Health*-Forschung, der sich intensiv mit dem gesundheitsförderlichen Effekt von *Wirtschaftsabschwüngen* befasst (unter Titeln wie: »Why recession is good for your health« oder »hy a booming economy can break your heart«). Darauf kann ich hier nicht näher eingehen. Einschlägige lesenswerte Überblicke sind die von Catalano et al. (2011) und Suhrcke/Stuckler (2012). Einen Kurzüberblick gibt Beck (2014).

- 4 Das erste diagnostische Manual (DSM) von 1952 umfasste 106 psychische Krankheiten, das zweite (DSM-II) von 1968 schon 188, im dritten (DSM-III) von 1980 waren sie auf 265 angewachsen und im vierten (DSM-IV) von 1994 auf 297. In den Jahren zwischen 1952 bis 1994 hat sich also die Zahl möglicher psychischer Erkrankungen knapp verdreifacht. Diese Entwicklung setzt sich fort. Das neueste DSM-V von 2013 enthält 400 Krankheiten. Aber nicht nur die Zahl möglicher Erkrankungen hat zugenommen, sondern auch die Schwellenwerte für ihre Diagnose wurden kontinuierlich herabgesetzt. Im Jahr 1980 (DSM-III) musste man noch eine bestimmte Zahl von depressiven Symptomen ein Jahr lang aufweisen, um als depressiv diagnostiziert zu werden, im Jahr 1994 (DSM-IV) genügten dafür bereits zwei Wochen. Neben den in diagnostischen Manualen erfassten psychischen Krankheiten gibt es noch Hunderte von anderen, teils fraglicher Natur: vom »Adonis-Komplex« über die »Idiopathische umweltbezogene Intoleranz« bis zum »Verminderten sexuellen Verlangen«, übersichtlich zusammengestellt bei Brähler/Hoefert (2015).
- 5 Weitere Daten über den Zusammenhang von Versorgungsdichte und Diagnosehäufigkeit gerade bei Depressionen gibt es auf Länderebene. In Bayern und Baden-Württemberg etwa ist die Arbeitslosigkeit gering, das Pro-Kopf-Einkommen, die Lebensqualität sowie die ärztliche Versorgungsdichte sind hoch, und entsprechend sind es die Depressionsdiagnosen. Umgekehrt verhält es sich im Osten Deutschlands. Dort ist die Arbeitslosigkeit höher, das Pro-Kopf-Einkommen, die Lebensqualität und die Arztdichte sind niedriger und die Häufigkeit der Diagnose Depression ist nur halb so hoch wie in den beiden genannten Bundesländern (Blech 2014b). Es scheinen also weniger die Lebensumstände zu sein als der Versorgungsgrad mit Ärzten, der bei Krankenkassenuntersuchungen die Diagnosehäufigkeit bestimmt. Dasselbe gilt für die Verschreibungshäufigkeit von Antidepressiva, die mit dem Versorgungsgrad ebenfalls steigt (Depressionsatlas 2015, S. 27f.).
- 6 Die Situation ist vergleichbar mit einem Problem in der Armutforschung, nämlich der Festlegung eines Kriteriums. Legt man als Kriterium für Armut 50 % des Durchschnitts- bzw. Medianeinkommens fest, so ergeben sich für Deutschland derzeit 8 % Arme, legt man 60 % als »cut-off-point« fest, ergeben sich 15 % Arme. Die Armut in der Wirklichkeit ist aber immer gleich und verändert sich nicht durch Veränderungen der Schwellenwerte, die man für ihre Erfassung festlegt. Dieses Problem kann man teilweise durch andere Armutserfassungsmethoden lösen, etwa durch Festlegung von Grundgütern, über die jemand verfügen muss, um nicht als arm zu gelten. Indessen ist die Festlegung, welche und wie viele Grundgüter unentbehrlich sind, ebenfalls wieder von einer begründeten Vereinbarung oder Umfragen abhängig, so dass das Problem der Armutserfassung nie unabhängig von irgendeinem Maßstab behandelt werden kann, obwohl wirkliche Armut unabhängig von jedem Maßstab existiert. Dasselbe gilt *mutatis mutandis* für psychische Erkrankungen.

Literaturverzeichnis

- Abelshauser, W. (2011): Deutsche Wirtschaftsgeschichte. Von 1945 bis zur Gegenwart. München (Beck) (2., überarbeitete und erweiterte Aufl.)
- Aiginger, K. und A. Guger (2013): Stylized facts on the interaction between income distribution and the great recession. In: Economics. Open-Assessment E-Journal. Discussion Paper No. 2013–25. <http://www.economics-ejournal.org/economics/discussionpapers/2013-25>
- Allmendinger, J. (2015): Mehr Bildung, größere Gleichheit. Bildung ist mehr als eine Magd der Wirtschaft. In: S. Mau und N. Schöneck (Hg.): (Un-)Gerechte (Un-)Gleichen. Berlin (Suhrkamp), S. 74–81
- Altmeyer, M. (2016): Auf der Suche nach Resonanz. Wie sich das Seelenleben in der digitalen Moderne verändert. Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht)
- Anderson, P. (2011): Economic crisis and mental wellbeing. A background paper prepared for the WHO regional office for Europe. Publication: »Impact of economic crisis on mental health.« <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/diseases-and-conditions/mental-health>
- Angerer, P. et al. (2014) (Hg.): Psychische und psychosomatische Gesundheit in der Arbeit. Heidelberg u.a. (ecomed)
- Asgeirsdottir, T. et al. (2012): Are recessions good for your health behaviors? Impacts of the economic crisis in Iceland. NBER working paper 18233. <http://www.nber.org/papers/w18233>
- Atkinson, A. und S. Morelli (2011): Economic crisis and inequality. Human Development Research Paper 2011/06
- Awa, W. et al. (2010): Burnout prevention: A review of intervention programs. In: Patient Education and Counseling 78: 184–190
- Backé, E.-M. et al. (2012): The role of psychosocial stress at work for the development of cardiovascular diseases: A systematic review. In: International Archives of Occupational and Environmental Health 85: 67–79
- Baethge, C. (2004): An Freiheit leiden. Rezension von A. Ehrenberg (1998). In: Frankfurter Rundschau, v. 6. 10. 2004 (Literaturbeilage)
- Bagus, P. (2011): Die Tragödie des Euro. Ein System zerstört sich selbst. München (FinanzBuch Verlag)
- Barkmann, C. und M. Schulte-Markwort (2012): Prevalence of emotional and behavioral disorders in German children and adolescents: A meta-analysis. In: Journal of Epidemiology and Community Health 66: 194–203
- Barmer GEK Arztreport (2013): Schwerpunkt: Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen ADHS. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Band 18. Berlin
- Bauer, J. (2013): Arbeit. Warum unser Glück von ihr abhängt und wie sie uns krank macht. München (Blessing)

Namen- und Sachregister

- 12-Monatsprävalenz 53,
76, 78
1-Monatsprävalenz 76, 77
- Abelshauser, W. 137
ADHS 34, 39, 41, 74, 97
Agamben, G. 67
Aggression 24 f, 61
Aggressionstabu 24
Aiginger, K. 135
Alkoholkonsum 19 f, 31,
47, 70, 90, 127
Allmendinger, J. 118
Altmeyer, M. 11
Amphetamine 71, 77–79
Anders, G. 102
Anderson, P. 20, 49
Angerer, P. 132
Angsterkrankung 10, 24,
99, 102 f
Angstindex 103
Anorexie 8
Antidepressivum 9, 71–81
Arbeitsunfähigkeit 44,
86, 90
Arbeitswelt 9–11, 45,
48 f, 83, 85 f, 96, 102,
113, 119 f, 128
Armutsquote, relative 91,
104
Atkinson, A. 135
Autoimmunerkrankung 64, 66
Awa, W. 49
- Backé, E.-M. 132
Baethge, C. 13
Bagus, P. 135
Barkmann, C. 18, 130
Bätzing, W. 101
- Bauer, J. 47
Beck, H. 130
Becker, M. 94, 136
Becker, T.
Becker, Th. 15 f, 67, 130
Berger, J. 91
Berger, K. 16, 37, 130
Bernau, P. 125
Bertram, B. 84
Bertram, H. 84 f
Berufstätigkeit, weibliche
83 f, 89
Betablocker 75 f
Bhagwati, J. 93
Bhugra, D. 23
Biebricher, T. 115
Bipolare Störung 39
Blech, J. 34, 128, 130 f
Blom, P. 132
Bofinger, P. 135
Bogren, M. 15
Bohleber, W. 140
Bollmann, R. 87
Bolz, N. 83
Bonde, J. 132
Bondy, B. 72
Bordo, M. 135
Bowles, S. 29
Bradshaw, J. 56
Brähler, E. 131
Brede, K. 70 f, 104 f
Brenner, H. 19
Britton, A. 47
Bröckling, U. 120
Bruni, L. 20
Brunner, J. 138
Bruns, S. 122
Bude, H. 100 f, 103,
114
Burisch, M. 49, 54
- Burn-out 8, 46, 48–59,
67, 88, 96, 121, 123,
127
Busch, M. A. 17, 38, 130
Busfield, J. 37, 141
- Castel, R. 92, 116, 118
Castles, F. 137
Catalano, R. 130
Chasseguet-Smirgel, J.
110
Collier, P. 27
Coontz, S. 28
Crouch, C. 9, 89, 92 f
- Däfler, M.-N. 48
Dalton, R. 27
Deaton, A. 93 f
Depression 7, 13–17,
22–28, 36, 38–43,
46–49, 61–64, 67 f, 70,
72 f, 78 f, 86 f, 96, 122,
127
Depressionsatlas 2015 44,
71 f
Depressionszunahme 13,
62,
Deuflhard, C. 84 f
Deutschmann, C. 135
Diagnose (Krankheits-
diagnose). 17–10, 14,
23, 32–44, 53 f, 86, 69 f,
74, 80 f, 86, 100–103,
Diagnosekriterien 40, 42
Diagnoseprävalenz 33,
36, 38 f, 41 f, 69, 74
Diagnostik 36 f, 86, 104
Diagnostische Manuale
23, 32, 40 f, 70, 104
Diller, L. 79