

Über Depression

D.Hell

Informationen für Betroffene, Angehörige und Interessierte (S. 6 - 17)

Informationen für Ärzte, Psychologen und Studierende (S. 17 - 35)

Spezielle Fragestellungen (z.B. Depression und Partner, Depression und Sinnfrage, Depression und Geschlecht etc.) für Laien und Fachleute (ab S. 35)

(Der sprachlichen Einfachheit wegen wird für Personen und Berufsbezeichnungen lediglich die männliche Form verwendet, gemeint ist aber immer auch die weibliche.)

Inhaltsverzeichnis:

A. Überblick für Betroffene, Angehörige und Interessierte

1. [Allgemeines zu Depressionen](#) (Kurzüberblick) S. 6
2. [Symptome von Depressionen](#) 7
 - 2.1. Psychische Symptome 7
 - 2.2. Körperliche Symptome 7
 - 2.3. Psychotische Symptome (bei schweren Depressionen) 7
3. [Wie entstehen Depressionen?](#) 7
4. [Arten von Depressionen](#) 8
 - 4.1. Depressive Episoden 8
 - 4.2. Anhaltende depressive Störung (Dysthymie) 8
 - 4.3. Manisch-depressive Krankheit (bipolare affektive Störung) 9
5. [Behandlung von Depressionen](#) 10
 - 5.1. Allgemeines 10
 - 5.2. Psychotherapie 10
 - 5.2.1. Psychoanalytisch orientierte Psychotherapie 10
 - 5.2.2. Kognitive Verhaltenstherapie 10
 - 5.2.3. Interpersonelle Psychotherapie 11
 - 5.2.4. Achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie der Depression zur Prophylaxe rezidivierender Depressionen 11
 - 5.2.5. CBASP 11
 - 5.2.6. Paar- und Familientherapie 11

- 5.3. Medikamentöse Therapie 12
- 5.4. Andere Therapieformen 12
 - 5.4.1. Lichttherapie 12
 - 5.4.2. Wachtherapie (Schlafentzug) 13
 - 5.4.3. Elektrokrampftherapie 13
- 6. [Verlauf und Prognose von Depressionen](#) 13
- 7. [Betroffene](#) 14
 - 7.1. Was können Betroffene selber tun? 14
 - 7.2. Empfehlungen für den Umgang mit eigenen depressiven Verstimmungen 14
- 8. [Angehörige](#) 15
 - 8.1. Wie wirken sich Depressionen auf Angehörige aus? 15
 - 8.2. Was können Angehörige für Erkrankte tun? 15
 - 8.3. Verhaltensempfehlungen für Partner von depressiven Menschen 16

B. Überblick für Ärzte, Psychologen und Studierende

- 1. [Allgemeines zu affektiven Störungen](#) S. 17
- 2. [Symptome der Depression](#) 19
 - 2.1. Leitsymptome der Depression 19
 - 2.2. Symptomatik schwerer Depressionen 20
 - 2.3. Psychotische Symptome 20
- 3. [Diagnose](#) 20
 - 3.1. Diagnose der Depression 20
 - 3.2. Differentialdiagnose der Depression 21
- 4. [Verlauf](#) 22
- 5. [Ursachen](#) 22
- 6. [Therapie](#) 24
 - 6.1. Allgemeines 24
 - 6.2. Psychotherapeutische Therapie 25
 - 6.2.1. Allgemeines 25
 - 6.2.2. Spezifische Psychotherapie der Depression 26
 - 6.2.2.1. Psychodynamisch orientierte Psychotherapie 27
 - 6.2.2.2. Kognitive Verhaltenspsychotherapie 27
 - 6.2.2.3. Interpersonelle Psychotherapie 27
 - 6.2.3. Psychotherapie bei rezidivierenden Depressionen 28
 - 6.2.3.1. Achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie der Depression 28
 - 6.2.4. Psychotherapie bei chronischen Depressionen 28
 - 6.2.4.1. CBASP 28
 - 6.2.5. Paar- und Familientherapie 28

- 6.3. Medikamentöse Therapie 28
- 6.4. Andere biologische Verfahren 31
 - 6.4.1. Lichttherapie 31
 - 6.4.2. Wachtherapie (Schlafentzug) 32
 - 6.4.3. Elektrokrampftherapie 32
 - 6.4.4. Weitere 32
- 6.5. Stationäre Therapie 32
- 7. [Zirkuläres Depressionsmodell](#) 33
- 8. [Veränderte Kommunikation](#) 34

C. Spezielle Fragestellungen für Laien und Fachleute

- 1. [Depression und Alter](#) S. 35
 - 1.1. Depression im Alter – Wie erkennen, wie behandeln? 35
 - 1.1.1. Einleitung 35
 - 1.1.2. Wie kommt es zur Depression? 36
 - 1.1.3. Depressionstherapie im Alter 37
- 2. [Depression und Geschlecht](#) 38
 - 2.1. Statistische Unterschiede 38
 - 2.1.1. Mögliche Ursachen 39
 - 2.1.1.1. Frauen sprechen offener über depressive Verstimmungen 39
 - 2.1.1.2. Genetische und hormonelle Unterschiede 39
 - 2.1.1.3. Psychosoziale Belastungen und psychologische Umstände 40
 - 2.1.1.4. Unterschiedliche Geschlechterrollen 40
 - 2.1.1.5. Grübeln und Selbstinfragestellung versus Ablenkung von Problemen 41
- 3. [Depression und Anlage](#) 41
 - 3.1. Der genetische Einfluss auf das Entstehen von Depressionen 41
 - 3.1.1. Untersuchungsansätze 42
 - 3.1.2. Umwelteinflüsse und erbliche Disposition 42
 - 3.1.3. Molekularbiologische Untersuchungen 42
- 4. [Depression und Partner](#) 43
 - 4.1. Wechselwirkung zwischen depressiven Menschen und ihren Angehörigen – Interaktionelle Aspekte 43
- 5. [Depression und Antriebsstörung](#) 48
 - 5.1. Allgemeines 48
 - 5.2. Psychomotorische Hemmung und ihre Folgen 49
 - 5.2.1. Eingeschränkte Muskelkraft 49
 - 5.2.2. Veränderung von Mimik und Gestik 49
 - 5.2.3. Verlangsamung des Redeflusses 49

- 5.2.4. **Veränderte Stimme** 49
- 5.3. **Bedeutung der psychomotorischen Hemmung für Betroffene** 50
- 5.4. **Ein bildlicher Vergleich** 51
- 6. **Depression und Sinnfrage** 51
 - 6.1. **Kann Depression auch Sinn machen?** 51
 - 6.1.1. **Die Bedeutung der Bewertung depressiven Erlebens** 51
 - 6.1.2. **Persönliche Erfahrungen von Depressiven** 53
 - 6.1.3. **Ein organismisches Modell** 54
 - 6.1.4. **Psychosoziales Grundmuster ohne Depression** 57
 - 6.1.5. **Teufelskreis der Depressionsentwicklung (Depression über die Depression)** 58
 - 6.1.6. **„Lerne, mit dem Schmerz zu denken“** 60
- 7. **Depression und Geschichte** 61
 - 7.1. **Gesundheits- und krankheitsorientierte Behandlungsansätze in der Geschichte** 61
 - 7.1.1. **Allgemeines** 61
 - 7.1.2. **Historisches** 61
 - 7.1.3. **Unterschiedliches Verständnis depressiver Zustände** 62
 - 7.1.4. **Gesundheit und Krankheit bilden Pole** 62
 - 7.1.5. **Philosophische und religiöse Beschäftigung mit depressivem Leiden** 63
- 8. **Depression und Manie** 63
 - 8.1. **Psychopathologie und Klinik der Manie** 63
 - 8.2. **Verlauf der Manie** 64
 - 8.3. **Diagnose der Manie** 64
 - 8.3.1. **Differentialdiagnose der Manie** 65
 - 8.4. **Therapie der Manie** 66
 - 8.4.1. **Akutbehandlung** 66
 - 8.4.2. **Langzeitbehandlung und Rezidivprophylaxe** 66
- 9. **Depression und Schmerz** 66
- 10. **Depression und Trauer** 68
- 11. **Depression und Sucht und Drogen** 69
- 12. **Depression und Stress** 70
- 13. **Depression und Suizid** 71
 - 13.1. **Suizidrisiko bei depressiven Menschen** 71
 - 13.2. **Schutz vor Suizidhandlungen** 72
 - 13.3. **Kein einfacher Zusammenhang zwischen Depression und Suizidalität** 72
 - 13.4. **Veränderte Selbsteinschätzung** 73
 - 13.5. **Suizidalität ist ein Lebensproblem** 73
 - 13.6. **Hilfe bei Suizidalität** 73
 - 13.7. **Suizidgedanken ansprechen** 73
- 14. **Depression und Kognition** 74

- 15. [Depression und Interaktion](#) 76
 - 15.1. Stolpersteine und Möglichkeiten im Umgang mit depressiven Personen 76
 - 15.1.1. Depressives Verhalten wirkt häufig auch abweisend 77
 - 15.1.2. Widersprüchlichkeit des Symptommusters bewirkt gemischte Gefühle bei Partnern 79
 - 15.1.3. Stolpersteine im Umgang mit Depressiven 79
 - 15.1.3.1. Entmündigende Schonhaltung 79
 - 15.1.3.2. Vermeidung heikler Themen 80
 - 15.1.3.3. Ärgerliche Ungeduld 80
 - 15.1.3.4. Vertröstung 81
 - 15.1.3.5. Kritik an Erziehern und Partnern 81
 - 15.1.4. Mögliche Umgangsweisen 82
 - 15.1.5. Verhaltensempfehlungen für Partner von depressiven Menschen 82
- 16. [Depression und Herz](#) 83
- 17. [Depression und Gesellschaft](#) 84
- 18. [Depression und Burnout](#) 88
 - 18.1. Was ist Burnout – was ist es nicht? 88
 - 18.2. Wie häufig ist Burnout? 88
 - 18.3. Gegenüberstellung Burnout – Depression 89
 - 18.3.1. Burnout als mögliche Vorstufe von Depression 90
 - 18.3.2. Burnout im depressiven Stadium 90
 - 18.4. Wie kommt es zu einem Burnoutprozess? 90
 - 18.4.1. Burnout als Arbeitsproblem 90
 - 18.4.2. Persönliche Haltungen 91
 - 18.5. Was ist zu tun? 91
 - 18.5.1. Hilfe zur Selbsthilfe 91
 - 18.5.2. Wandel der Wertvorstellungen 92
 - 18.6. Stufenmodell einer Burnout-Therapie 92
 - 18.6.1. Erster Schritt 92
 - 18.6.2. Zweiter Schritt 93
 - 18.6.3. Burnout mit manifester Depression 93
 - 18.7. Burnout ist auch ein Sinnproblem 94

D. [Literaturhinweise](#) S. 94

E. Materialien

1. [Can Depression Also Make Sense?](#) S. 95

A translation of an article from D. Hell «Welchen Sinn macht Depression?»

A. Überblick für Betroffene, Angehörige und Interessierte

1. Allgemeines zu Depressionen (↑)

Depressionen sind weder selten noch neuartig. Seit es schriftliche Zeugnisse gibt, finden sich Hinweise, dass Menschen an Depressionen gelitten haben. So berichtet die Bibel von der Schwermut des ersten Königs der Juden, Saul, der sich schliesslich ins Schwert stürzte. Auch in neuerer Zeit litten zahlreiche Persönlichkeiten des öffentlichen Lebens in unterschiedlicher Ausprägung an Depressionen, etwa J.W. Goethe, C.F. Meyer, Abraham Lincoln, Winston Churchill, Ingmar Bergmann, Rod Steiger.

Doch woran leiden und litten diese Menschen eigentlich genau? Ist die Krankheitsbezeichnung „Depression“ mit der umgangssprachlichen Verwendung des Begriffs „depressiv“ identisch? Leidet beispielsweise die Grossmutter an einer Depression, wenn sie sich an einem regnerischen Sonntag als „ganz depressiv“ bezeichnet? Ist die Tochter depressiv, wenn sie sich nach einer Liebesenttäuschung „die grösste Depression ihres Lebens“ zuschreibt? Die umgangssprachliche Verwendung des Begriffs „Depression“ verwirrt mehr, als dass sie hilft, die Depression als krankhaften Zustand zu verstehen. Enttäuschungen und Stimmungstiefs sind normale Gefühlsreaktionen. Schmerz und Trauer gehören ebenso wie Freude zum menschlichen Leben. Sie stellen nichts Krankhaftes dar. Erst wenn sie sich verselbstständigen und ins Extreme gesteigert sind, bekommen sie Krankheitscharakter.

Eigentliches depressives Leiden verändert in tiefgehender Weise den ganzen Menschen: seine Gefühle, sein Denken und Verhalten sowie die körperlichen Funktionen bis hin zum Stoffwechsel. Die Fähigkeit zum Erleben von Freude erlischt, das Denken wird kreisend, grüblerisch und selbstanklagend. An die Stelle von Traurigkeit tritt innere Leere, Gefühllosigkeit. Die Betroffenen klagen darüber, nicht mehr fühlen zu können. Gleichzeitig erleben sie eine lähmende innere Blockade, die selbst Verrichtungen und Entscheide des Alltags zur Qual werden lassen. Der Versuch, sich dagegen aufzulehnen, führt oftmals zu Unruhe und Schlaflosigkeit, wodurch die Blockade in einer Art Teufelskreis weiter verstärkt wird. Schliesslich erfahren Depressive eine Art Stillstand, sie erstarren in qualvollen Mauern, abgeschnitten von der Umwelt und ohne Zugang zu den eigenen Gefühlen. Unter Umständen treten Wahngedanken oder Sinnestäuschungen hinzu. Solche schwerst depressive Menschen sind z.B. der festen Überzeugung zu verarmen, innerlich abzusterben, am Unglück der Welt schuld zu sein, oder sie vernehmen Stimmen, die ihnen ihre angebliche Wertlosigkeit einreden. Die Hoffnungslosigkeit kann so tief sein, dass die Selbsttötung den Betroffenen als momentan einzige Linderungsmöglichkeit erscheinen mag.

In anderen Fällen können körperliche Beschwerden wie z.B. Appetitlosigkeit, Verdauungsprobleme und Kopfschmerzen ganz im Vordergrund stehen, so dass zuerst verschiedene medizinische Abklärungen vorgenommen werden, ohne jedoch die Störungen genügend erklären zu können. Erst im vertieften Gespräch gelingt es dann, die dahinterliegende, verborgene Depression zu entdecken.

Aus verschiedenen Untersuchungen weiss man, dass zu jedem Zeitpunkt ca. 5% der Weltbevölkerung an einer Depression leidet und dass mindestens 20% aller Menschen einmal in ihrem Leben daran erkranken. Dabei sind Frauen etwa doppelt so häufig betroffen wie Männer.

2. Symptome von Depressionen (↑)

Untenstehend sind die häufigsten Symptome von Depressionen aufgeführt. Anzahl, Schweregrad und Dauer der einzelnen Symptome unterscheiden sich von Person zu Person. Einzelne Betroffene erleben viele, andere nur wenige Symptome.

2.1. Psychische Symptome

- * depressiv-gedrückte Stimmung
- * Verlust von Interesse oder Freude an Aktivitäten, die üblicherweise angenehm waren
- * Verlust des Selbstvertrauens
- * Selbstvorwürfe und ausgeprägte Schuldgefühle
- * wiederkehrende Gedanken an Tod oder Suizid
- * Grübeln oder Gedankenkreisen ohne erleichternde Lösung
- * Schwierigkeiten, Entscheidungen zu fällen
- * vermindertes Denk- und Konzentrationsvermögen

2.2. Körperliche Symptome

- * verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit
- * Schlafstörungen mit morgentlichem Früherwachen, selten gesteigertes Schlafbedürfnis
- * morgentliches Stimmungstief mit abendlicher Aufhellung
- * Appetit- und Gewichtsverlust, selten gesteigerter Appetit
- * Abnahme sexueller Interessen
- * hartnäckige, nicht auf Behandlung ansprechende Beschwerden wie Kopfschmerzen, Verdauungsprobleme, allgemeine Schwäche, Schwindel, chronische Schmerzen u.a.

2.3. Psychotische Symptome (bei schweren Depressionen)

- * Wahn zu verarmen, am Unglück der Welt schuld zu sein, innerlich abzusterben, verfolgt zu werden, zum Untergang verurteilt zu sein, sich unrettbar versündigt zu haben usw.
- * Sinnestäuschungen wie vorwurfsvolle Stimmen, die einem Sünde, Versagen und Wertlosigkeit vorwerfen; das körperliche Empfinden, innerlich tot zu sein, Puls und Atem nicht mehr zu spüren; das Riechen von Verwesung aus dem vermeintlich leblosen eigenen Körper.

3. Wie entstehen Depressionen? (↑)

Depressionen haben verschiedene Ursachen, die oftmals zusammenwirken und so erst zur eigentlichen Erkrankung führen. Bei einigen Betroffenen findet sich eine familiäre Häufung depressiver Störungen, was auf Erbfaktoren hinweisen kann. In diesen Fällen ist das Erkrankungsrisiko gegenüber der übrigen Bevölkerung auf das Doppelte bis Dreifache erhöht. Trotzdem führt eine ererbte Ver-

letzlichkeit nicht automatisch zum Ausbruch der Krankheit, und bei den meisten Menschen mit einer Depression besteht keine familiäre Häufung. Von grosser Bedeutung sind psychologische Faktoren wie mangelndes Selbstwertgefühl, negatives Denken, eine ängstliche und übermässig pflichtbewusste Persönlichkeit sowie chronische Angst- und Zwangszustände. Daneben können auch belastende Erfahrungen eine Depression auslösen, zu nennen sind einschneidende Verluste (Arbeit, Partner), chronische Überforderung und Beziehungskonflikte sowie finanzielle Probleme. Ebenso kann eine depressive Erkrankung im Zusammenhang mit chronischen Körperkrankheiten (Hirnfarkt, Tumore, Schmerzen, Schilddrüsenunterfunktion, HIV usw.) oder mit Substanzabhängigkeit (z.B. Alkohol, Kokain) auftreten. In biologischer Hinsicht sind Depressionen durch eine Veränderung der Aktivität bestimmter Hirnzentren und häufig durch eine Zunahme des Stresshormons Kortisol gekennzeichnet.

4. Arten von Depressionen (↑)

Wie andere Krankheiten (z.B. Herzkrankheiten) kommen auch Depressionen in ganz unterschiedlichen Arten und Schweregraden vor. Während man früher zwischen „endogenen“ (= von innen kommenden, vererbten) und „psychogenen“ (= erworbenen) Formen unterschied, gehen die heutigen Bezeichnungen beschreibend vor, ohne sich jeweils auf eine einzelne Ursache festzulegen. Die hier beschriebenen Formen variieren von Mensch zu Mensch bezüglich Schweregrad und Verlauf.

4.1. Depressive Episoden

Depressive Episoden (Major Depressions) können einmalig oder wiederholt auftreten. Sie sind bei weitem die häufigste Form depressiven Leidens. Je nach Anzahl Symptome (vgl. Symptome der Depression S. 7) und Beeinträchtigung bei der Bewältigung des Alltages werden leichte bis schwere Zustände unterschieden. Eine einzelne depressive Episode dauert unbehandelt sehr unterschiedlich lange. Im Mittel jedoch ca. vier Monate, die Mehrzahl der Betroffenen ist danach wieder vollständig beschwerdefrei. Die erste depressive Episode beginnt gewöhnlich Mitte zwanzig, kann aber in jedem Alter auftreten und folgt häufig einer schweren Belastung.

In seltenen Fällen treten die depressiven Episoden nur in den Herbst- und Wintermonaten auf (Winterdepression bzw. saisonale Depression). Nach spontanem Verschwinden der Symptome im Frühling folgt in der Regel eine unbeschwerte Sommerzeit. Oftmals sind diese saisonal auftretenden Depressionen geprägt von vermehrtem Schlafbedürfnis, Heisshunger und Gewichtszunahme. Diese Depressionsform spricht in der Regel gut auf eine Lichttherapie an.

4.2. Anhaltende depressive Störung (Dysthymie)

Hierbei handelt es sich um eine leichtere, aber lang anhaltende Depressionsform, die meist schon in der Jugend auftritt. Man spricht deshalb von einer depressiven Neurose oder von Dysthymie. Die Beschwerden sind hier so sehr Teil des Alltagserlebens, dass Betroffene ihr Leiden oftmals nicht als Depression erkennen und angeben, es sei „schon immer“ so gewesen. Häufig erleben Menschen mit Dysthymie zusätzlich depressive Episoden.

4.3. Manisch-depressive Krankheit (bipolare affektive Störung)

Eine spezielle Depressionsvariante ist die manisch-depressive Krankheit, heute bipolare affektive Störung genannt. Im Unterschied zu den häufigeren rein depressiven Episoden treten hier manische und depressive Episoden auf (vgl. Symptome der Depression S. 7)

Symptome der Manie sind:

- * gehobene oder gereizte Stimmung
- * Rededrang und Gedankenrasen
- * gesteigerte Aktivität, Ruhelosigkeit
- * vermindertes Schlafbedürfnis
- * Verlust von sozialen Hemmungen, leichtfertiges Verhalten wie z.B. riskante Geldausgaben und Unternehmungen, rücksichtsloses Fahren
- * überhöhte Selbsteinschätzung
- * gesteigertes sexuelles Verlangen und Taktlosigkeit
- * bei Widerspruch Tendenz zur Aggressivität
- * psychotische Symptome wie Grössen-/Allmachtswahn; Stimmen, die einem einreden, z.B. ein bedeutender Staatsmann, Gott, ein Heiler oder sonst eine Persönlichkeit mit aussergewöhnlichen Fähigkeiten zu sein.

Der Wechsel zwischen den einzelnen Zuständen kann schleichend oder sehr dramatisch erfolgen und zeigt bei einer Person oft ein typisches Muster. In der Regel klingen manische und depressive Episoden weitgehend oder vollständig ab, ohne die Betroffenen in ihrer Lebensführung weiterhin zu beeinträchtigen. Die Wahrscheinlichkeit, irgendwann einen Rückfall zu erleiden, ist mit ca. 90% aber sehr hoch. Im Unterschied zu reinen depressiven Episoden sind beide Geschlechter etwa gleich häufig betroffen. Neben persönlicher Verletzlichkeit gehen v.a. Zeitumstellungen, Schlaflosigkeit und bei Frauen eine Geburt mit einer erhöhten Rückfallgefährdung einher.

Manische Episoden führen oftmals zu einer erheblichen Beeinträchtigung des Sozialverhaltens und des Urteilsvermögens. Manisch erkrankte Menschen sind überaktiv und neigen zu heftigen Gefühlsausbrüchen, Worte und Gedanken folgen Schlag auf Schlag, das Schlafbedürfnis ist extrem reduziert. Sie überschätzen sich selbst und gefährden sich und ihre Familie oft durch teure und sinnlose Geschäftsabschlüsse. Auf Korrekturversuche der Umgebung reagieren sie meist verständnislos oder gereizt und gelegentlich auch mit Aggressivität, woraus Beziehungen eine ernste Gefährdung erwächst.

Nach dem Abklingen der Manie fallen die Betroffenen nicht selten in ein depressives Loch, in welchem sie dann von schweren Schuldgefühlen und Selbstvorwürfen über das vorherige Verhalten geplagt werden. Eine unbehandelte manische Phase dauert sehr unterschiedlich lange, durchschnittlich wenige Monate.

5. Behandlung von Depressionen (↑)

5.1. Allgemeines

Depressionen lassen sich im Allgemeinen gut ambulant behandeln. Zur Verfügung stehen verschiedene psychotherapeutische Methoden, Medikamente sowie seltener auch Lichttherapie, Wachttherapie (Schlafentzug) und in ganz schweren Fällen die Elektrokrampfbehandlung. Ist die Depression sehr schwer oder droht Suizidgefahr, ist eine Hospitalisation hilfreich.

5.2. Psychotherapie

Leichte bis mittelschwere Depressionsformen werden meist ambulant behandelt, viele davon auch in der Praxis von niedergelassenen Allgemeinärzten oder Internisten. Gerade in der Behandlung von leichten (oder gebesserten) Depressionen spielen psychotherapeutische Methoden eine wichtige Rolle. Dabei greifen alle Psychotherapieverfahren, die bisher in kontrollierten Untersuchungen gute Behandlungserfolge ausgewiesen haben, in der einen oder anderen Weise am selben Punkt an: an der Hilflosigkeit bzw. der Selbstinfragestellung depressiver Menschen.

5.2.1. Psychoanalytisch orientierte Psychotherapie

Die nach wie vor bekannteste Psychotherapieform stellt die Psychoanalyse dar. Sie wurde um die vorletzte Jahrhundertwende von Sigmund Freud entwickelt und von seinen Schülern teilweise abgewandelt. Diese klassische Psychoanalyse dauert oft Jahre, wird bei Depressionen aber nicht mehr angewendet. Vielmehr kommen psychoanalytisch orientierte Kurztherapieformen zur Anwendung. Dabei sitzen sich Patient und Therapeut gegenüber und bearbeiten über mehrere Wochen und Monate hinweg den psychodynamischen Hintergrund der depressiven Problematik, im Falle der Depression ist es speziell die Auseinandersetzung mit Gefühlen wie Ärger, Scham und Enttäuschung, die bei einem Verlust auftreten. Die Betroffenen werden unterstützt, auf innere Vorstellungen (auch Träume) und Gefühle zu achten und ihr Erleben in Zusammenhang mit früheren Erfahrungen zu bringen. Der Therapeut versucht, den depressiven Menschen in seiner aktuellen Situation und aufgrund seiner Lebensgeschichte zu verstehen und seine innere Dynamik vorsichtig zu deuten.

5.2.2. Kognitive Verhaltenstherapie

Das Ziel der kognitiven Verhaltenstherapie besteht darin, die Spirale von negativen Gedanken, Motivationsverlust und trüber Stimmung zu durchbrechen. Hauptinstrument ist eine Art sokratische Gesprächsführung. Sie geht auf depressive Gedanken ein, hinterfragt diese aber nicht direkt, sondern regt die depressive Person an, ihre negativen Gedanken selber auf ihren Realitätsgehalt zu überprüfen. Sehr oft treten bei depressiven Menschen negative Überzeugungen („Ich bin wertlos“, „Die anderen verachten mich“, „Es wird sich nie etwas ändern“) wie automatisch in Sekundenschnelle auf und erhalten die depressive Verstimmung aufrecht. Der Therapeut verhält sich im Gespräch aktiv, stellt Fragen, regt Themen an und verweist auf alternative Lösungswege. Durch das detaillierte Eingehen auf ein Problem kann dem Depressiven deutlich werden, dass seine Meinung bzw. seine automatisch auftretenden depressiven Gedanken im konkreten Fall nicht oder nur zum Teil zutreffen. Er kann ermutigt werden, neutrale oder positive Alternativvorstellungen auszuprobieren und zwischen den Therapiestunden zu prüfen, welche (negativen oder positiven) Gedanken mit der jeweils vorherr-

schenden Stimmungslage zusammenhängen. Hilfreich kann auch sein, sich angenehme Tätigkeiten zu merken und sie allmählich vermehrt in die Gestaltung des Tagesablaufes einzubauen.

5.2.3. Interpersonelle Psychotherapie

Bei depressiven Erkrankungen spielt die Beziehung zu Mitmenschen oft eine herausragende Rolle. Familiäre und soziale Konflikte, Verluste und Enttäuschungen sind im Vorfeld depressiver Störungen häufig anzutreffen. Die interpersonelle Psychotherapie geht davon aus, dass solche zwischenmenschlichen Belastungen zur Auslösung oder Aufrechterhaltung depressiver Erkrankungen beitragen. Sie rückt zwischenmenschliche Belange ins Zentrum ihrer therapeutischen Bemühung, indem sie Verlusterlebnisse, Konflikte, einschneidende Lebensveränderungen sowie allgemeine Unsicherheit der Kommunikationsgestaltung bearbeitet.

5.2.4. Achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie der Depression zur Prophylaxe rezidivierender Depressionen

(engl. Mindfulness Based Cognitive Therapy for Depression – MBCT)

Diese Therapieform ist noch jünger, basiert aber auf uralten spirituellen Praktiken des Buddhismus und macht sich das Eingebettetsein eines Menschen in sein leibliches Leben zunutze. Sie richtet sich an Menschen, die wiederholt an depressiven Episoden leiden. Während der Behandlung – im Intervall rezidivierender Depressionen – wird die betroffene Person zunächst über Meditationsübungen wie Bodyscan oder Atemmeditation in ihrem leiblichen Erleben verwurzelt, um anschliessend angeleitet zu werden, die eigenen Gedanken zu beobachten, wie sie Ereignisse oder einen Film wahrnimmt. Das Ziel dieses „Trainings“ ist es, bei erneut auftretenden Belastungssituationen oder beginnender Deprimierung auf spontan auftretende negative Gedanken distanzierter reagieren zu können und sich weniger mit bedrückenden Vorstellungen zu identifizieren, um dadurch weniger niedergeschlagen zu reagieren. In mehreren kontrollierten Studien konnte gezeigt werden, dass mit dieser Methode die Rezidivrate von Depressionen praktisch halbiert werden konnte.

5.2.5. CBASP

(Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy)

Diese Therapieform wurde zur Behandlung chronisch depressiver Menschen entwickelt. Sie vereint Elemente der kognitiven, verhaltenstherapeutischen, interpersonellen und psychoanalytischen Psychotherapie.

5.2.6. Paar- und Familientherapie

Depressionen treten häufig in Zusammenhang mit partnerschaftlichen und familiären Konflikten auf. Deshalb kann es lohnend sein, bei anhaltenden Konflikten nach Aufhellung einer Depression eine Paar- und Familientherapie durchzuführen. Voraussetzung für diese Art der Behandlung ist natürlich die Bereitschaft der Angehörigen, während einer gewissen Zeit selber regelmässig an den Therapie-sitzungen teilzunehmen.

5.3. Medikamentöse Therapie

Antidepressive Medikamente können grob in zwei Hauptgruppen eingeteilt werden:

- ältere, klassische Antidepressiva wie z.B. Anafranil® oder Saroten®
- neuere, moderne Antidepressiva,
 - selektiv auf Serotonin wirkend (z.B. Fluctine®, Seropram® und zahlreiche Generika),
 - selektiv auf Noradrenalin wirkend (Edronax®)
 - selektiv auf Serotonin und Noradrenalin wirkend (z.B. Cymbalta® oder Efexor®)

Im statistischen Durchschnitt – aber nicht im Einzelfall – haben die verschiedenen Präparate und Stoffgruppen eine vergleichbare antidepressive Wirksamkeit. Sie weisen aber recht unterschiedliche Nebenwirkungen auf. Während die Nebenwirkungen eines Präparates oft frühzeitig auftreten, tritt der antidepressive Effekt dieser Medikamente nicht sofort ein, sodass frühestens nach einigen Tagen mit einer langsamen Stimmungsaufhellung gerechnet werden darf. Der Haupteffekt der Antidepressiva ist unspezifischer Art, so dass die Behandlung in ein Gesamtkonzept von Zuwendung und Unterstützung eingeordnet werden sollte.

Alle Antidepressiva – mit Ausnahme von Johanniskraut – sind der Rezeptpflicht unterstellt. Ihre Anwendung setzt eine ärztliche Beratung voraus.

Üblicherweise wird zu Beginn einer Behandlung eine niedrige Dosis gewählt, um den Organismus an das Medikament zu gewöhnen. Danach erfolgt eine schrittweise Erhöhung bis zur optimalen Wirkung. Gehen die Symptome nicht zurück oder treten starke Nebenwirkungen auf, ist ein Wechsel des Präparates angezeigt. Leider gibt es bis heute keine Möglichkeit, die Wirkung eines einzelnen Antidepressivums bei einem bestimmten Menschen sicher vorherzusagen. Oft müssen deshalb mehrere Medikamente nacheinander angewandt werden, bis sich ein Erfolg einstellt. Nach Abklingen der Beschwerden ist es ratsam, das Medikament noch über mehrere Monate in der gleichen Dosierung weiter einzunehmen. Ein frühzeitiges Absetzen erhöht die Rückfallgefahr. Dabei muss keine Abhängigkeit und keine Veränderung der Persönlichkeit befürchtet werden.

5.4. Andere Therapieformen

5.4.1. Lichttherapie

Lichttherapie hat sich bei Winterdepressionen (sog. saisonale Depressionen) bewährt. Man benötigt dazu spezielle Lampen mit grosser Lichtstärke (10 000 Lux) ohne Infrarot- und UV-Anteile. Es ist empfehlenswert, sich täglich über mindestens 30-40 Minuten der Lichtquelle auszusetzen.

Eine Alternative zu dieser Behandlung mit künstlichem Licht sind regelmässige Spaziergänge oder, besser noch, sportliche Betätigungen im Freien, die neben dem Lichteffect auch einen günstigen Bewegungseffect haben.

5.4.2. Wachtherapie (Schlafentzug)

Schlafentzug bzw. partielles Wachbleiben in der zweiten Nachthälfte kann hilfreich sein, denn längerer Schlaf führt nämlich meist nicht zur Erholung von einem depressiven Zustand, wie häufig angenommen wurde. Manche depressiven Menschen machen die überraschende Erfahrung, dass sie sich nach einer durchwachten Nacht besser fühlen. Diese Erfahrung macht sich die Wachtherapie zunutze und strebt mittels kontrolliertem Schlafentzug eine Linderung depressiven Leidens an. Üblicherweise bleiben die Betroffenen in der zweiten Nachthälfte wach und schlafen erst am nachfolgenden Abend wieder ein. Dieses Vorgehen wird zwei- bis dreimal wiederholt. In der Regel stellt sich die Verbesserung der Stimmung sofort ein, ist aber leider häufig nicht von Dauer. Trotzdem lassen sich durch diese nebenwirkungsarme Methode gelegentlich erfreuliche Resultate erzielen.

5.4.3. Elektrokrampftherapie

Die Elektrokrampfbehandlung ist – entgegen weit verbreiteter Vorurteile – eine gut überprüfte Behandlungsmethode. Angewendet wird sie allerdings nur bei unmittelbar lebensbedrohlichen Depressionen oder bei solchen Depressionen, die auf alle anderen Therapieversuche zuvor nicht angesprochen haben. Bei der elektrokonvulsiven Therapie wird das Gehirn während einer Kurznarkose elektrisch gereizt und so ein (durch die Narkose mit gleichzeitiger Muskellähmung allerdings nicht sichtbarer) epileptischer Anfall ausgelöst. Hauptnebenwirkung sind vorübergehende Erinnerungseinbußen für die Zeit unmittelbar vor und nach der Behandlung.

6. Verlauf und Prognose von Depressionen (↑)

Depressionen werden häufig als chronische Krankheit verkannt. Depressive Episoden sind aber – wie der Name sagt – in der Regel vorübergehender Art. Unter adäquater Behandlung klingen die meisten Depressionen nach wenigen Wochen bis mehreren Monaten langsam ab. Einen typischen Erkrankungsverlauf gibt es aber nicht. Depressionen zeigen nicht nur unterschiedliche Gesichter, sie nehmen auch extrem unterschiedliche Verläufe an. Die meisten Depressionen verlaufen aber günstig, und auch in – seltenen – äusserst ungünstigen Fällen kann unter konsequenter Therapie immer wieder eine schrittweise Besserung beobachtet werden.

In über der Hälfte der Fälle machen Menschen, die einmal eine depressive Episode erlebt haben, zu einem späteren Zeitpunkt einmal oder mehrmals eine weitere Episode durch. Zudem klingen nicht alle depressiven Episoden vollständig bis zur Symptomlosigkeit ab, so dass manchmal noch Restbeschwerden, wie etwa Selbstwertprobleme, unruhiger Schlaf oder morgendliche Antriebsschwäche für kürzere oder längere Zeit weiter bestehen.

Als Regel kann festgehalten werden, dass die Prognose einer Depression grundsätzlich offen ist und dass jedem Kranken realistisch Hoffnung für einen günstigen Verlauf gemacht werden kann.

7. Betroffene (↑)

7.1. Was können Betroffene selber tun?

Wenn Sie selber vermuten oder überzeugt sind, an einer Depression zu leiden, sollten Sie sich am besten an Ihre Hausärztin oder Ihren Hausarzt oder direkt an eine Psychiaterin bzw. einen Psychiater wenden. Zögern Sie diesen Schritt nicht durch unnötige Scham- oder Versagensgefühle hinaus, es ist keine Schande, an einer Depression zu leiden. Führen Sie sich vor Augen, dass ca. 20% aller Menschen im Laufe ihres Lebens einmal oder mehrmals depressives Leiden erfahren. Vergewissern Sie sich ebenso, dass sich diese Störungen im Allgemeinen erfolgreich behandeln lassen und dass Ihre negativen Gedanken durch die Depression hervorgerufen werden können und nicht notwendigerweise Folge einer unausweichlich düsteren Realität sind. Berichten Sie der Ärztin oder dem Arzt möglichst offen von Ihren seelischen Beschwerden und teilen Sie Ihre „Verdachtsdiagnose“ mit – in Bezug auf Ihre eigenen Gefühle sind Sie die Fachperson! Versuchen Sie, während einer Behandlung mit der Ärztin oder dem Arzt zusammenzuarbeiten und scheuen Sie sich nicht, positive oder negative Erfahrungen mit der Therapie zu äussern. Werden Medikamente verordnet (was bei leichteren Krankheitsformen nicht notwendig ist), denken Sie daran, dass bis zur spürbaren Besserung zwei bis drei Wochen verstreichen können (vgl. auch „Medikamentöse Therapie“, S. 12). Berichten Sie den Behandelnden offen über Nebenwirkungen, auch wenn Sie nicht danach gefragt werden. Es lässt sich meistens ein Medikament finden, das von Ihnen gut toleriert wird. Selbstverständlich können Sie die Behandlung auch abbrechen oder wechseln, wenn Sie sich nicht verstanden fühlen. Fragen Sie Ihre Ärztin oder Ihren Arzt ausdrücklich, was Sie selber zur Heilung beitragen können.

7.2. Empfehlungen für den Umgang mit eigenen depressiven Verstimmungen

Diese Empfehlungen sind keine Gesetze. Sie gelten nicht in jedem Fall. Vor allem schwer depressive Menschen können durch solche Leitlinien auch überfordert werden.

- die depressive Blockade ernst nehmen
- nicht zögern, ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen
- sich Entlastungen gönnen, einen Gang zurückschalten
- sich vor eigenem und fremdem Druck schützen
- einen Tag nach dem andern nehmen (es besteht die Gefahr, dass man im Vergangenen versinkt oder vor der Zukunft kapituliert)
- nicht in die Ferien fahren, eher vertraute Umgebung mit verlässlichen Freunden wählen
- sich nicht überfordern, sondern sanfte Forderungen an sich stellen (auf Bewährtes und Alltägliches zurückgreifen, statt sich zu Neuem zwingen – manuelle Tätigkeiten sind oft besser als Kopfarbeit)
- Tränen zulassen, wenn man noch weinen kann (erhaltene Gefühle sind Lebenszeichen bzw. Gemütsinseln im depressiven Vakuum)
- aufkommendes Grübeln mit verbliebenen Interessen oder Ablenkungen (z.B. Musik hören, Fernsehen, Lektüre, Hörbücher) zu unterbrechen suchen
- das Verständnis für die eigene Situation in Gesprächen mit Vertrauten bzw. in einer Psychotherapie fördern
- von Erfahrungen anderer Menschen profitieren (z.B. in Selbsthilfegruppen)
- (Tagebuch-) Notizen als Hilfe zur Selbstbesinnung nutzen

- jeden Tag etwas für den Körper tun (z.B. spazieren gehen, Sport, Gymnastik oder andere Bewegungsübungen)
- sich möglichst ausgewogen ernähren, bei Appetitlosigkeit trotzdem das Nötige essen und trinken
- ärztlich verordnete Antidepressiva nicht vorschnell wegen Wirkungslosigkeit absetzen (Antidepressiva brauchen mehrere Tage bis Wochen, um Wirkung zu entfalten)
- in leichteren Depressionsfällen – oder wenn eine schwere Depression abklingt – allenfalls nach dem persönlichen Sinn des depressiven Geschehens fragen: Wovor hält mich die Depression zurück? Was teilt mir das depressive Bremsmanöver als körpersprachliche Botschaft mit?
- nach abgeklungener Depression weiterbestehende Konflikte z.B. mit psycho- oder familientherapeutischer Hilfe zu klären bzw. zu beseitigen suchen
- bei sich wiederholenden Depressionen durch einen Facharzt eine medikamentöse Prophylaxe prüfen lassen.

8. Angehörige [\(↑\)](#)

8.1. Wie wirken sich Depressionen auf Angehörige aus?

Oftmals fühlen sich Angehörige, die eng mit Depressiven zusammenleben, verunsichert. Einerseits weckt das depressive Leiden Mitgefühl, Anteilnahme und den Wunsch zu helfen, andererseits können stereotype Klagen auch ablehnende Gefühle wachrufen, insbesondere wenn sie in bittergereiztem Ton vorgebracht werden. Auch vergebliches Bemühen um Aufhellung der trostlosen Gemütsverfassung kann bei Partnern Gefühle ärgerlicher Hilflosigkeit auslösen; sie spüren, dass sie die Betroffenen „trotz guter Argumente“ gefühlsmässig nicht erreichen. Da viele Depressive an quälendem Grübeln und an einer motorischen Gehemmtheit leiden, können Unterhaltungen schwierig und einsilbig verlaufen. Aufgrund ihrer starken Selbstverunsicherung meiden die Betroffenen Blickkontakt, reden leise und mit monotoner Stimme, wodurch sich die Angehörigen kühl behandelt oder sogar abgelehnt fühlen. Diese Kontaktschwierigkeiten können bei Angehörigen zu Selbstrechtfertigungen und Kritik am Depressiven, aber auch zu Schuldgefühlen, Überfürsorglichkeit sowie zu eigener Niedergeschlagenheit führen.

Trotzdem harren die meisten Partnerinnen und Partner bei Depressiven aus, Anteilnahme und Hilfsbereitschaft lassen die vorhandenen Schwierigkeiten überwinden. Anders sieht es leider bei der manisch-depressiven Krankheit aus. Dort steigt die Scheidungsrate an und die Trennung erfolgt oftmals bereits nach der ersten manisch-erregten Phase. Während Depressionen also eher zu einem vorübergehenden Stillstand in der Beziehung beitragen, werden Bindungen durch ihr Gegenstück, die Manie, häufig zerstört.

8.2. Was können Angehörige für Erkrankte tun?

Am wichtigsten ist Verständnis für die Situation der Depressiven. Angehörige können helfen, dem depressiven Menschen eine Behandlung zukommen zu lassen. Dies kann z.B. bedeuten, die betroffene Person zur Annahme von fachärztlicher Hilfe zu ermutigen, an die regelmässige Medikamenteneinnahme zu erinnern oder Hand für eine gemeinsame Therapie zu bieten. In Zeiten schwerer Bedrücktheit ist Unterstützung durch Geduld, Anteilnahme und Ermutigung eine wichtige Hilfe. Kritik

und Abwertung sind möglichst zu vermeiden, da die Erkrankten meist sich selbst als versagende, schuldige und lebensunwerte Menschen sehen. Dem schwärzesten Pessimismus soll ein „Und-dennoch“ entgegengehalten werden. Auch wenn Betroffene auf die Ermutigungen ihrer Umgebung keine sichtbare Reaktion zeigen, darf man davon ausgehen, dass sie in ihrem Inneren die wohlthuende Zuwendung schätzen. Die grösste Angst ist ja gerade, dass die anderen sie so negativ einschätzen wie sie sich selbst. Man soll sich vor Augen führen, dass Depressive sich nicht absichtlich ängstlich, klag-sam oder verärgert verhalten, sondern momentan (noch) keine andere Möglichkeit besitzen. Die De-pression darf nicht mit Willen- oder Disziplinlosigkeit verwechselt werden. Appelle an den Willen, sich anders zu verhalten, wirken entmutigend, da sie nicht erfüllt werden können und die Betroffenen in ihrem Versagergefühl bestätigen. Auch Aufmunterungsversuche mit Hinweis auf die schönen Seiten des Lebens sind meist eher belastend als nützlich, da Erkrankte sich oftmals schämen, nicht „normal“ empfinden zu können. Vorübergehend kann es sich als notwendig erweisen, dass Angehörige Aufga-ben und Entscheide übernehmen, um dadurch eine Entlastung herbeizuführen. Im Umgang soll ver-sucht werden, einer depressiven Person (auch noch so kleine) Erfolgserlebnisse zu verschaffen, sie zu angenehmen Tätigkeiten zu ermutigen – ohne jedoch mehr als wohlwollend-sanften Druck auszu-üben.

Angehörige können die Belastung einer Depression besser durchhalten, wenn sie sich selbst etwas Gutes tun, für seelischen Ausgleich sorgen und eigene Bedürfnisse nicht vernachlässigen. Austausch mit Freunden ist wichtig, aber manchmal nicht genügend; in solchen Fällen können Selbsthilfe- oder Angehörigen-Gruppen hilfreich sein. Wichtig kann auch eine umfassende und sachgerechte Unter-stützung und Beratung durch eine Fachperson sein.

8.3. Verhaltensempfehlungen für Partner von depressiven Menschen

- depressive Not ernst nehmen (auch dann, wenn es der Betroffene selber nicht kann)
- depressive Verstimmung nicht hinterfragen oder beschönigen
- dem Partner gegenüber die Depression nicht interpretieren bzw. ihr keinen Sinn zuschreiben (das kann die depressive Person nur für sich selber tun)
- statt Ratschläge zu erteilen, lieber an den depressiven Schwierigkeiten Anteil nehmen
- ständige Aufheiterungsversuche unterlassen, aber sich selber Mut machen
- nicht an die Willenskraft (oder an Verantwortung, Glaube etc.) appellieren
- keine einschneidenden Veränderungen der bisherigen Lebensgewohnheiten empfehlen, eher regelmässige Gliederung des Tagesablaufs unterstützen (morgens aufstehen, regelmässig essen, abends zu Bett gehen)
- Verständnis dafür zeigen, dass die depressive Person keine positiven Gefühle zeigen kann und auch die sexuelle Lust verloren geht
- Gefühle, welche die depressive Person zeigt, möglichst anerkennen und fördern: z.B. ausweinen lassen (um die Selbstbeherrschung, welche der depressive Mensch von sich fordert, nicht noch zu fördern)
- die ärztliche Behandlung des depressiven Partners und die Einnahme antidepressiver Medikamente unterstützen

- wenn nötig selbst Arztbesuche organisieren
- zu gemeinsamen Spaziergängen oder anderen gemeinsamen Tätigkeiten anregen (die depressive Person profitiert von Schrittmacherdiensten, weil sie selber schwer Initiativen entwickeln kann)
- lebenswichtige Entscheidungen während der depressiven Episode (z.B. Berufswechsel, Scheidung) möglichst zurückstellen
- sich selber etwas gönnen, nicht nur in Sorge um den depressiven Menschen aufgehen
- Kontakte mit anderen (im Beruf, Freundeskreis) und eigenen Lebensrhythmus möglichst aufrecht erhalten, um nicht selber ins depressive Loch hineingezogen zu werden
- eigene Schuldgefühle, persönliche Sorgen oder aufkommende Verstimmungen mit einem Vertrauten bzw. einer Fachperson besprechen.

B. Überblick für Ärzte, Psychologen und Studierende

1. Allgemeines zu affektiven Störungen (↑)

Affektive Störungen sind charakterisiert durch eine Veränderung der Stimmung (Affektivität). Im Falle der Depression ist ein Mensch herabgestimmt, bedrückt, im selteneren Fall der Manie euphorisch oder gereizt. Der Stimmungswechsel geht in der Regel mit einer Veränderung des allgemeinen Aktivitätsniveaus einher (im Falle der Depression: Aktionshemmung, im Falle der Manie: Aktivitätssteigerung). Treten im Leben wiederholt **depressive Episoden** (s. Abb. 6, S. 21) auf, wird von einer **rezidivierenden depressiven Störung** gesprochen. Bei Erkrankungen mit depressiven und manischen Episoden spricht man von einer **bipolaren affektiven Störung** (früher: manisch depressive Erkrankung; s. Kapitel *Depression und Manie*, S. 63).

Als **Zyklothymie** wird eine andauernde Instabilität der Stimmung mit einem Wechsel von leichter Depressivität und leichter manischer Betriebsamkeit bezeichnet (s. Abb. 1). Milde, aber anhaltende depressive Verstimmungen, die einen Menschen oft von Jugend an als subdepressiv erscheinen lassen, werden **Dysthymien** (früher depressive Neurosen) genannt (s. Abb. 2, S. 18).

Abb. 1

Zyklothymie

- anhaltende Stimmungsinstabilität
- über mindestens 2 Jahre
- mit zahlreichen Episoden leichter Depression *und* leicht gehobener Stimmung, wobei die einzelnen Episoden von Stimmungsschwankungen bzgl. Schweregrad *nicht* die Kriterien für eine depressive bzw. manische Episode erfüllen.

Abb. 2

<p>Dysthymie</p> <ul style="list-style-type: none"> - chronische leichtere Verstimmung - mindestens zweijährige Dauer - bezüglich Schweregrad nicht das Ausmass einer depressiven Episode erreichend <p>Die Betroffenen fühlen sich müde, bedrückt, unzulänglich und schlafen schlecht. Alles ist für sie eine Anstrengung, nichts wird genossen. Sie sind aber in der Regel fähig, mit den Anforderungen des täglichen Lebens fertig zu werden. Die Störung beginnt meist früh im Erwachsenenleben. Ähnlichkeiten zu rezidivierender kurzer depressiver Störung.</p>

Affektive Störungen können aufgrund ihres **Schweregrades** (leicht, mittelgradig, schwer) und ihres **Verlaufs** (einzelne/rezidivierende Episoden, anhaltende Störung, bipolarer Verlauf mit Wechsel zwischen depressiven und manischen Episoden) unterteilt werden. Treten Depressionen v.a. im Winter auf, spricht man von einer **saisonal abhängigen Depression** (SAD) bzw. Winterdepression. Kommt zu einer Dysthymie eine depressive Episode hinzu, spricht man auch von einer **doppelten Depression** (double depression). Treten im Jahr mindestens ein Dutzend kurze Depressionen von wenigen Tagen Dauer auf, wird dieser Verlaufstyp als **rekurrierende kurze Depression** (recurrent brief depression) bezeichnet. Neben funktionellen depressiven Störungen, deren Ursachen multikausal oder unbekannt sind, können Depressionen auch organisch bedingt sein (s. Abb. 3).

Abb. 3

Organisch bedingte Depression (Beispiele)	
Neurologie	z.B. Hirntumore, zerebrovaskuläre Erkrankungen, Hirnatrophie, M. Parkinson, Hirntraumen, MS
Endokrinologie	z.B. Hypothyreose, Hypo-/Hyperparathyreoidismus, M. Addison
Stoffwechselkrankheiten	z.B. Porphyrie, Hämochromatose, Hypoglykämie
Infektionskrankheiten	z.B. Lues, Tbc, Toxoplasmose, chron. Entzündungen versch. Art
Intoxikationen	z.B. chron. Hg-/Co-Intoxikation, Alkoholismus
Gynäkologie	z.B. prämenstruelles Syndrom, Klimakterium
Malignome	z.B. chron. Leukosen, Pankreas-/Bronchial-/Ovariakarzinom
Sonstige Ursachen	z.B. Anämie, Sarkoidose, Strahlentherapie, postoperativ, Schlafapnoe

Diese „**organisch bedingte Depressionsform**“ stellt eine körperlich begründbare Störung dar und wird deshalb in der internationalen Klassifikation der WHO nicht als affektive, sondern als organische Störung klassifiziert. Leichte depressive Reaktionen auf Belastung, die nicht die Kriterien einer depressiven Episode erfüllen, werden als **Anpassungsstörungen** diagnostiziert.

Die depressiven Episoden können je nach klinischem Bild bzw. Symptomatik noch weiter unterteilt werden: Bei Auftreten von psychotischen Symptomen wie Wahnbildungen und Halluzinationen spricht man von einer **depressiven Episode mit psychotischen Symptomen**, bei Vorliegen sog. soma-

tischer Symptome wie Morgentief, deutlichem Appetit-, Gewichts- oder Libidoverlust von einer **depressiven Episode mit somatischen Symptomen**. Eine sog. „**atypische Depression**“ zeichnet sich durch deutliche Gewichtszunahme und Hypersomnie aus, also Symptome, die nicht typisch depressiv (wie Inappetenz und Schlaflosigkeit) sind.

2. Symptome der Depression [\(↑\)](#)

2.1. Leitsymptome der Depression

Die Leitsymptome der Depression sind Freudlosigkeit, Bedrücktheit, Antriebslosigkeit und Interessenlosigkeit (s. Abb. 4). Depressive Patienten sind oft entscheidungsunfähig, grüblerisch und unruhig. Sie empfinden unbestimmte Angst oder Angst vor dem Alltag. Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen sind in der Regel vermindert, und die Patienten werden von unbegründeten Selbstvorwürfen oder Schuldgefühlen geplagt. Nicht selten sind auch Suizidgedanken oder Gedanken an den Tod. Konzentration, Denkvermögen und Gedächtnis können als Ausdruck einer allgemeinen Verlangsamung vermindert sein.

Psychomotorisch kann auch Agitiertheit bestehen, wesentlich häufiger aber ist ein depressiver Patient in allen seinen Aktivitäten gehemmt (s. Abb. 5, S. 20). Die Haltung ist oftmals gebückt, die Mimik starr, der Blick niedergeschlagen, die Bewegungsmuster verlangsamt und die Haut blass und schlaff.

Abb. 4

Depression als erlebte „Losigkeit“

Der depressive Mensch erlebt sich leer, wie in einem Vakuum.

Er ist: - freudlos

- energielos

- antriebslos

- ideenlos

- entscheidungslos

- interesselos

- appetitlos

- schlaflos

- lustlos (auch sexuell)

Abb. 5

Aktionshemmung*A. Motorische Hemmung*

- * Haltung (Sitzhaltung)
- * Gestik (Armbewegungen)
- * Mimik (Interaktion, Blickbewegungen, Lächeln)
- * Gang (Schrittlänge)
- * Sprache (Pausen, Fluss, Lautstärke)
- * Reaktionsverzögerung

B. Kognitive Hemmung

- * Problemlösen / Planen
- * Kognitive Flexibilität / Fluency

Eine Depression kann sich auf vielfältige Art und Weise manifestieren. So können bei gewissen Depressionen nichtdepressive Symptome wie Angst, Zwänge, Bulimie und körperliche Störungen im Vordergrund stehen. Beispiele für körperliche Symptome sind Kopf- und Nackenschmerzen, Rückenbeschwerden und Verdauungsstörungen.

2.2. Symptomatik schwerer Depressionen

Bei schweren, früher als endogene Depressionen bezeichneten Krankheitsbildern akzentuiert sich die Symptomatik. Auch bei positiven Ereignissen bleibt die Bedrücktheit und Freudlosigkeit bestehen. Die Patienten geben an, keine Gefühle mehr empfinden zu können. Sie sind unfähig zu weinen („nicht traurig sein können“). Es besteht grosse Müdigkeit und Energiemangel und eine ausgeprägte allgemeine Verlangsamung. Die Patienten sprechen stockend und einsilbig, oft werden stereotyp immer die gleichen Klagen wiederholt.

2.3. Psychotische Symptome

Häufig bestehen Schuldvorstellungen, Verarmungsangst, hypochondrische Ideen oder die Vorstellung, nichts und niemandem zu genügen. Wenn sich diese stimmungskongruenten oder synthymen Ideen zum Wahn steigern und allenfalls Halluzinationen hinzukommen, weist die Depression psychotische Symptome auf. In extremis kann es vorkommen, dass der Patient überzeugt ist, alles, was zu ihm gehört, verloren zu haben oder gar überhaupt nicht mehr zu existieren.

3. Diagnose [\(1\)](#)**3.1. Diagnose der Depression**

Diagnostische Probleme treten oft bei Patienten auf, bei denen Klagen über körperliche Störungen im Vordergrund stehen und die eigentlichen Depressionssymptome wenig prominent erscheinen. Man spricht in diesem Zusammenhang auch von einer larvierten Depression.

Um eine Depression sicher ausschliessen zu können, empfiehlt es sich, nicht nur nach den Leitsymptomen, sondern gezielt auch nach den Zusatzsymptomen zu fragen. Die ICD-10-Forschungskriterien einer depressiven Episode sind in Abb. 6 dargestellt und geben die typischen Symptome einer Depression wieder. Die dabei jeweils erforderliche Anzahl der Symptome hat sich für die Diagnostik jedoch im Praxisalltag noch nicht durchgesetzt.

Abb. 6

ICD-10-Forschungskriterien einer depressiven Episode (WHO):

* Mindestens 2 (für eine schwere Depression 3) der folgenden Symptome liegen vor:

1. depressive Stimmung, in einem für die Betroffenen deutlich ungewöhnlichen Ausmass, die meiste Zeit des Tages, fast jeden Tag, im Wesentlichen unbeeinflusst von den Umständen und mindestens 2 Wochen anhaltend;
2. Interessen- oder Freudenverlust an Aktivitäten, die normalerweise angenehm waren;
3. verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit.

* Eines oder mehrere der folgenden Symptome zusätzlich, wobei die Gesamtzahl der Symptome je nach Schweregrad mindestens 4 - 8 beträgt (siehe unten):

1. Verlust des Selbstvertrauens oder des Selbstwertgefühles;
2. unbegründete Selbstvorwürfe oder ausgeprägte, unangemessene Schuldgefühle;
3. wiederkehrende Gedanken an den Tod oder an Suizid; suizidales Verhalten;
4. Klagen über oder Nachweis eines verminderten Denk- oder Konzentrationsvermögens, Unschlüssigkeit oder Unentschlossenheit;
5. psychomotorische Agitiertheit oder Hemmung (subjektiv oder objektiv);
6. Schlafstörungen jeder Art;
7. Appetitverlust oder gesteigerter Appetit mit entsprechender Gewichtsveränderung.

Abstufung der Depression in Schweregrade:

- * Leichte Depression: 2 der Symptome 1 - 3, Gesamtzahl mindestens 4
- * Mittelgradige Depression: 2 der Symptome 1 - 3, Gesamtzahl mindestens 6
- * Schwere Depression: 3 der Symptome 1 - 3, Gesamtzahl mindestens 8

3.2. Differentialdiagnose der Depression

- * Organische depressive Störung (inkl. Demenzen)
- * Substanzabhängigkeit (z.B. Alkoholabhängigkeit)
- * Schizodepressive Störung (im Rahmen einer schizoaffektiven Störung)
- * Postschizophrene Depression
- * Negativsymptome bei Schizophrenien

- * Angsterkrankung
- * Anpassungsstörung

Die Abgrenzung gegenüber organisch bedingten Depressionen (s. Abb. 3, S. 18), z.B. bei Infektionskrankheiten oder substanzbedingter Depression, geschieht aufgrund der entsprechenden Resultate der körperlichen Untersuchung.

Bei einer schizodepressiven Störung muss neben dem depressiven auch ein schizophreses Syndrom vorliegen und die Wahnhalte sind bei dieser Störung im Allgemeinen stimmungsinkongruent.

Ein depressiver Zustand mit einigen anhaltenden schizophrenen Positiv- oder Negativsymptomen soll nach ICD-10 als postschizophrene Depression diagnostiziert werden.

Das Risiko einer Verwechslung der Depression mit einer Schizophrenie kann v.a. bei Depressionen mit psychotischen Symptomen auftreten, wenn die Patienten schwer nachvollziehbare Vorstellungen äussern. Negativsymptome bei Schizophrenien können den Eindruck einer Depression machen. Schizophreniekranken Menschen sind aber in ihrer Stimmung nicht eigentlich bedrückt, sondern mehr apathisch (motivations- und teilnahmslos).

4. Verlauf [\(↑\)](#)

Depressive Episoden können allmählich über Wochen oder Monate, aber auch relativ rasch innerhalb von Tagen beginnen. Meist besteht - vor allem bei einer Ersterkrankung - ein Zusammenhang mit einem belastenden Lebensereignis. Die Dauer einer Episode ist variabel, beträgt aber oft mehrere Monate. Die Prognose einer depressiven Episode ist grundsätzlich günstig. Bei ca. 15 % der Depressionen kommt es aber zu einer chronischen (oder besser langanhaltenden) Depression.

Mehr als die Hälfte der Menschen, die eine depressive Episode erleiden, machen in ihrem Leben mehrere depressive Episoden durch. In diesem Fall wird nach ICD-10 von einer rezidivierenden depressiven Störung gesprochen. Dabei können zwischen den Episoden nur Wochen bzw. Monate, aber auch Jahrzehnte liegen. Tritt zu depressiven Episoden eine manische Episode hinzu, handelt es sich nicht mehr um eine unipolare affektive Störung, sondern um eine bipolare affektive Störung.

5. Ursachen [\(↑\)](#)

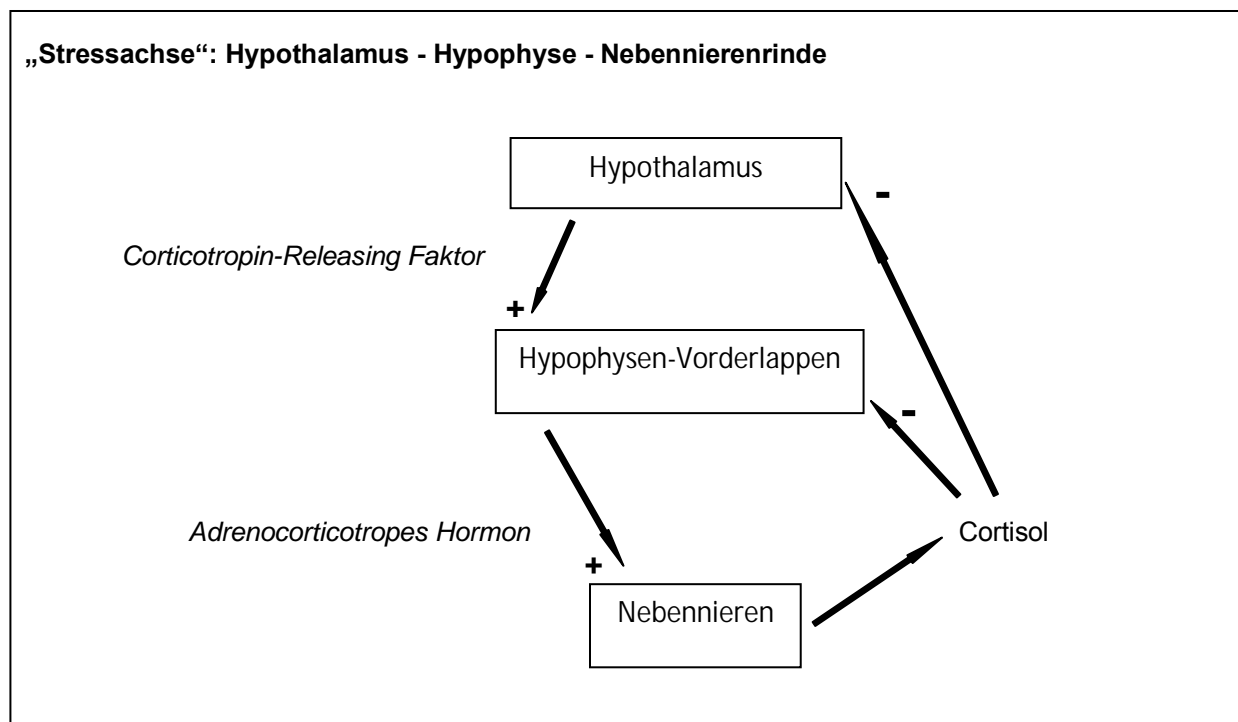
An der Entstehung einer Depression können verschiedene biologische, psychologische und soziale Faktoren beteiligt sein. Das Gewicht der einzelnen Faktoren ist von Fall zu Fall unterschiedlich. Es muss aber davon ausgegangen werden, dass in vielen Fällen die verschiedenen Faktoren miteinander gekoppelt sind und sich unter Umständen gegenseitig ungünstig beeinflussen (zirkuläres Depressionsmodell Abb. 12, S. 34). Im Folgenden sollen die verschiedenen Einflussfaktoren zuerst voneinander getrennt dargestellt werden.

In *biologischer Hinsicht* ist davon auszugehen, dass genetische Faktoren eine unterschiedlich starke Disposition zu depressiven Störungen bewirken. Nach Zwillings- und Adoptivstudien ist zu schliessen, dass die genetische Disposition nicht notwendigerweise zum Auftreten einer Depression führen muss (mindestens 60% der eineiigen Zwillinge erkranken diskordant), dass aber das Risiko, depressiv zu reagieren und rezidivierend zu erkranken, durch ein im Einzelnen noch nicht erforschtes genetisches Muster erhöht werden kann.

Während einer depressiven Erkrankung ergeben sich vielfältige biochemische und neurophysiologische Umstellungen im Körper einer betroffenen Person. Das derzeitige Forschungsinteresse richtet sich hauptsächlich auf Veränderungen der Neurotransmitteraktivität (v.a. des Serotonins) und auf damit in Zusammenhang stehende verschiedene Aktivierungsmuster von Hirnregionen (insbesondere Frontalhirn, limbisches System, Basalganglien).

Bisher am besten studiert sind neurophysiologische Veränderungen der Hypothalamus-Hypophyse-Nebennierenrindenachse (HPA-Achse) und Veränderungen des Schlafmusters. Auf der HPA-Achse (s. Abb. 7) wird häufig ein Hyperkortisolismus festgestellt, der mit zentralen Fehlregulationen gekoppelt ist. Dieser Hyperkortisolismus kann eine chronische Stresssituation widerspiegeln.

Abb. 7



Die Veränderungen des Schlafmusters mit einer REM-Vorverlagerung und der Abnahme der tiefen Schlafstadien stehen in Beziehung mit Störungen des zirkadianen Rhythmus und können eine Desynchronisation des depressiven Menschen mit seiner Umwelt bzw. eigenen Regulationssystemen anzeigen.

Im *psychologischen Bereich* kann angenommen werden, dass Mangel- und Spannungssituationen in der Kindheit (z.B. bei nichtkompensiertem frühem Elternverlust) zu Selbstverunsicherung und zu einem negativen Selbstkonzept beitragen und mit einer grösseren Verletzlichkeit, auf Enttäuschungen depressiv zu reagieren, einhergehen. Aktuelle soziale Belastungssituationen, wie z.B. persönliche Verluste, können vor allem beim ersten Auftreten einer depressiven Episode als auslösende Faktoren nachgewiesen werden. Bei häufig rezidivierenden depressiven Episoden kann sich offenbar eine gewisse Eigendynamik einspielen, so dass psychosoziale Belastungssituationen eine geringere Rolle spielen.

Im Einzelfall sind die verschiedenen Einflussfaktoren unterschiedlich ausgeprägt. So dürften die einen ein höheres genetisches Risiko, die anderen ungünstige soziale Belastungssituationen, dritte stärker depressiogene Reaktionsmuster aufgrund biografischer Einflüsse aufweisen. Zudem ist zu beachten, dass Anlage und Umwelteinflüsse, Verhaltensmuster und psychosoziale Belastungen nicht scharf voneinander zu trennen sind. Eine lineare Abfolge von Disposition und auslösenden Faktoren kann der Problematik depressiver Menschen deshalb nicht ganz gerecht werden. Vielmehr dürften die verschiedenen Faktoren wechselseitig aufeinander einwirken, wie es im zirkulären Depressionsmodell (Abb. 12, S. 34) dargestellt ist.

Einerseits kann eine Depression auf genetischer oder biografischer Grundlage von dazu passenden Belastungsfaktoren ausgelöst werden, andererseits kann aber auch depressive Hemmung selbst zu einer psychologischen Reaktion oder sozialen Belastung führen, die den weiteren Verlauf einer depressiven Episode beeinflussen (Stichwort: Depression über die Depression). Letzteres sei im Folgenden kurz beispielhaft illustriert:

Wer sich bei Auftreten einer depressiven Blockade selbst stark in Frage stellt, oder wer aufgrund eines inneren grossen Verpflichtungsgefühls (z.B. im Zusammenhang mit einem strengen Gewissen oder hohen Idealvorstellungen) eine Sache nicht ruhen lassen kann, wird sich bei beginnender depressiver Blockade fordern und schliesslich überfordern. Dasselbe gilt natürlich auch für Personen, die sich aus äusseren Gründen eine Pause nicht leisten können, etwa eine Mutter mit kleinen Kindern ohne partnerschaftliche Unterstützung. Das willentliche Bekämpfen einer depressiven Blockade führt dann zu einer grossen inneren Anspannung, zu Disstress und nur allzu häufig zu neuen Enttäuschungen, was zwangsläufig in einen Teufelskreis von biologisch verankertem Depressionsmuster und bewusster Gegenwehr führen muss.

6. Therapie [\(↑\)](#)

6.1. Allgemeines

Die Behandlung von affektiven Störungen basiert auf drei Pfeilern, die sich ergänzen:

- Psychotherapie
- biologische (v.a. psychopharmakologische) Therapie und
- Soziotherapie (bzw. Rehabilitation)

Bei der Anwendung aller therapeutischen Ansätze ist die spezifische Interaktionsweise affektiv erkrankter Menschen zu beachten. Bei Depressionen erhöht sich die Gefahr, dass Therapeuten passiv-hilflos reagieren („depressive Ansteckung“). Manien verleiten zu vorschnellem, überaktivem Therapeutenverhalten („manische Ansteckung“).

Grundsätzlich ist immer eine verständnisvolle und stützende Begleitung der Kranken (d.h. eine unspezifische, supportive Psychotherapie im weiteren Sinne des Wortes) nötig (s. Abb. 8).

Abb. 8

Unspezifische, supportive Psychotherapie

- unterstützende, verlässliche Haltung
- Erreichbarkeit im Notfall
- Aufmerksamkeit für Gefahren (Monitoring der Suizidgefahr)
- adäquate Information des Kranken über Diagnose und Behandlungsweisen
- Bereitschaft zur Zusammenarbeit mit Drittpersonen (andere Therapeuten, Angehörige etc.)
- Bereitschaft zur Beratung der Kranken bezüglich aktueller Lebensprobleme
- längerfristiges Engagement

Die folgenden Therapiemöglichkeiten werden hier vertieft:

- psychotherapeutische
- medikamentöse
- andere biologische
- stationäre

6.2. Psychotherapeutische Therapie

6.2.1. Allgemeines

Leichte bis mittelschwere Depressionsformen werden meist ambulant behandelt, viele davon auch in der Praxis von niedergelassenen Allgemeinärzten oder Internisten. Gerade in der Behandlung von leichteren (oder gebesserten) Depressionen spielen psychotherapeutische Methoden eine wichtige Rolle. Dabei greifen alle Psychotherapieverfahren, für die bisher in kontrollierten Untersuchungen gute Behandlungserfolge nachgewiesen werden konnten, in der einen oder anderen Weise am selben Punkt an: Sie suchen das negative Selbstkonzept depressiver Menschen abzubauen und ihr Vertrauen in die eigenen Möglichkeiten zu stärken. Dabei gilt es allerdings nicht in den Fehler zu verfallen, den Patienten ihre momentane Leistungseinbusse und ihr Bedrücktsein ausreden zu wollen. Vielmehr geht es darum, von ihrer momentanen depressiven Blockade auszugehen und herauszuarbeiten, was ihnen trotz dieser Einschränkung noch möglich ist (z. B. gestufte Aktivierung in verhaltenstherapeutischem Ansatz). Da depressive Menschen oft dazu neigen, die in der Depression erlebte Blockade als Beweis ihres persönlichen Versagens zu nehmen, ist es hilfreich, deutlich zwischen dem momentanen

depressiven Erleben einerseits und ihren persönlichen Fähigkeiten ausserhalb der depressiven Episode andererseits zu unterscheiden. So kann dem Patienten beispielsweise erklärt werden, dass niemand in der Lage ist, die eigene Gestimmtheit direkt zu beeinflussen. Als Betroffener könne er aber zum Abklingen des depressiven Zustandes beitragen, wenn er z.B. zusammen mit dem Therapeuten herauszufinden suche, ob es für seine momentane Lage noch unerprobte Bewältigungsmöglichkeiten gibt. Dazu könnte auch eine Überprüfung seiner meist negativen Selbsteinschätzung gehören, wie es in der kognitiven Psychotherapie geschieht.

6.2.2. Spezifische Psychotherapie der Depression

Bei ungünstigem Verlauf leichter Depressionen und insbesondere bei mittelschweren depressiven Episoden sind spezifische Psychotherapieansätze indiziert. Dazu gehören:

- Psychodynamisch orientierte Psychotherapie
- Kognitive Verhaltenspsychotherapie und
- Interpersonelle Psychotherapie der Depression

Diese drei wichtigsten und in ihrer Wirksamkeit am besten überprüften Psychotherapieverfahren sind in Abb. 9 dargestellt:

Abb.9

	Psychodynamische Therapie (v.a. psychoanalytische)	Kognitive Therapie	Interpersonelle Therapie
Krankheitsursache	innere Konflikte und emotionale Abwehr	verzerrendes, negatives Denken	belastende interpersonelle Beziehung
Therapeutische Mittel	Aufarbeiten von biografisch angelegten inneren Konflikten	Veränderung der Denkmuster	Lösung der interpersonellen Probleme

Alle diese spezifischen Therapieverfahren setzen am psychologischen Umgang einer Person mit ihrer depressionsgeprägten Aktionshemmung und Lebenssituation an. Dieser Umgang ist gerade bei mittelschweren Depressionen durch Selbstinfragestellung charakterisiert, also durch die Tendenz, über sich selbst enttäuscht zu sein und sich hilflos ausgeliefert zu fühlen. Das Ziel der psychotherapeutischen Depressionsbehandlung besteht denn auch darin, den Teufelskreis der Depression durch eine Veränderung des Selbstbildes und der damit zusammenhängenden Handlungstendenzen zu durchbrechen. Immer geht es darum, die persönlichen Ressourcen zu stärken und dem depressiven Menschen dazu zu verhelfen, mit sich und seiner Lebenssituation so umgehen zu lernen, dass ein neues Gleichgewicht gefunden wird und die depressive Aktionshemmung abklingt.

Zu den Wirkverfahren der Psychotherapie zählen neben einer guten therapeutischen Beziehung ganz allgemein:

- Ressourcenaktivierung,

- Problemaktualisierung,
- Problembewältigung (wie korrigierende emotionale Erfahrung) und
- motivationale Klärung (wie Einsicht in konflikthafte Verhalten).

6.2.2.1. Psychodynamisch orientierte Psychotherapie

Im Gegensatz zur klassischen, von Sigmund Freud entwickelten Psychoanalyse mit ihrem festen Setting und der damit einhergehenden analytischen Zurückhaltung, die für akut Depressive meist eine Überforderung darstellt, arbeiten psychoanalytisch orientierte Kurztherapien stärker fokussiert und sehen von der Abstinenzregel ab. Dadurch eignen sie sich gerade auch für depressive Patienten. Für diese ist es wichtig, dass Therapeuten ihnen Wege aufzeigen, wie ihr Leiden vermindert werden kann. In ihrer Hilflosigkeit brauchen sie eine spürbare Führung, die ihnen Sicherheit gibt.

Durch die in besonderem Maße berücksichtigte Biografie eines depressiven Menschen kann besser gesehen und verstanden werden, welche Momente und Umstände für einen Patienten besonders kränkend und verletzend sind. Idealerweise kann der Betroffene durch dieses bessere Verständnis Nutzen ziehen.

6.2.2.2. Kognitive Verhaltenspsychotherapie

Der kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansatz ist von Aaron Beck in der Behandlung depressiver Menschen entwickelt worden. Er weist einen besonders hohen Systematisierungsgrad auf und lässt sich so leichter vermitteln als andere, komplexere Verfahren.

Im Fokus dieses Therapieansatzes steht das negative Selbstbild, das schrittweise durch die gezielte Auseinandersetzung mit negativen Denkmustern verändert werden soll.

Dieser Therapieansatz verbleibt im „Hier und Jetzt“ und ist störungsorientiert. Er ist der Lerntheorie verpflichtet und arbeitet vermehrt edukativ mit Hausaufgaben. Dieser Ansatz eignet sich besonders für Menschen, die eine isolierte depressive Symptomatik haben und weniger an inneren Konflikten als an Hilflosigkeit im Umgang mit der depressiven Aktionshemmung leiden.

6.2.2.3. Interpersonelle Psychotherapie

Die Interpersonelle Psychotherapie (IPT) ist eine störungsspezifische psychotherapeutische Kurztherapie und basiert auf der Annahme, dass Depressionen in einem psychosozialen und interpersonellen Kontext auftreten. Sie richtet sich besonders an Menschen, deren Depression durch zwischenmenschliche Problembereiche ausgelöst worden ist oder aufrechterhalten wird. Schwerpunkte dieser Therapieform sind pathologische Trauerreaktionen nach persönlichen Verlusten oder Depressionen nach dem Verlust sozialer Rollen und bei anhaltenden interpersonellen Konflikten.

Die Stimmung wird im Rahmen der Therapie positiv beeinflusst durch das Wiedererlangen der „Kontrolle“ über die soziale Umgebung wie auch die Veränderung des dysfunktionellen Rollenverhaltens.

6.2.3. Psychotherapie bei rezidivierenden Depressionen

6.2.3.1. Achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie der Depression

(engl. Mindfulness Based Cognitive Therapy for Depression – MBCT)

Diese Therapieform ist noch jünger. Sie wurde zur Prophylaxe für Menschen mit rezidivierenden Depressionen entwickelt und basiert auf uralten spirituellen Praktiken des Buddhismus und macht sich das Eingebettetsein eines Menschen in sein leibliches Leben zunutze. Während der Behandlung – im Intervall rezidivierender Depressionen – wird die betroffene Person zunächst über Meditationsübungen wie Bodyscan oder Atemmeditation in ihrem leiblichen Erleben verwurzelt, um anschliessend angeleitet zu werden, die eigenen Gedanken zu beobachten, wie sie Ereignisse oder einen Film wahrnimmt. Das Ziel dieses „Trainings“ ist es, bei erneut auftretenden Belastungssituationen oder beginnender Deprimierung auf spontan auftretende negative Gedanken distanzierter reagieren zu können und sich weniger mit bedrückenden Vorstellungen zu identifizieren, um dadurch weniger niedergeschlagen zu reagieren. In mehreren kontrollierten Studien konnte gezeigt werden, dass mit dieser Methode die Rezidivrate von Depressionen praktisch halbiert werden konnte.

6.2.4. Psychotherapie bei chronischen Depressionen

6.2.4.1. CBASP

(Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy)

Diese Therapieform wurde zur Behandlung chronisch depressiver Menschen entwickelt. Sie vereint Elemente der kognitiven, verhaltenstherapeutischen, interpersonellen und psychoanalytischen Psychotherapie.

6.2.5. Paar- und Familientherapie

Bei anhaltenden, oft schon prämorbid vorhandenen Spannungen und Konflikten kann eine Paar- und Familientherapie indiziert sein. Weil sie eine gewisse Reaktionsfähigkeit aller Teilnehmenden voraussetzt, ist bei schwerer depressiven Zuständen mit diesem Ansatz manchmal zuzuwarten.

6.3. Medikamentöse Therapie

Bei mittelschweren und vor allem bei schweren Depressionen kann die depressive Eigendynamik einen sinndeutenden Gesprächszugang äusserst schwierig machen. Bei solchen Depressionen wird in der Regel eine somatische Therapie notwendig.

Die mit Imaging-Verfahren bei depressiven Patienten erhobenen neurobiologischen Befunde sprechen für eine gestörte Zusammenarbeit tiefer gelegener limbischer Strukturen mit höher gelegenen Zentren der zentralen Exekutive - es besteht also gleichsam ein Ungleichgewicht zwischen emotionalen und kognitiven Zentren.

Die medikamentöse Wirkung von Antidepressiva scheint zunächst die limbischen Aktivitäten zu beeinflussen und erst in einem zweiten Schritt – infolge Dämpfung limbischer Überaktivität – auch zur Normalisierung höher gelegener Zentren im Stirnhirn beizutragen.

Antidepressiva wirken depressionsaufhellend, antriebssteigernd und angstlösend.

Die folgenden Hinweise auf die medikamentöse Behandlung von Depressionen sind praktischer Natur und sollen in aller Kürze das Wichtigste hervorheben. Für eine ausführlichere Beschreibung dieser Behandlungsform sei auf entsprechende Fach- und Lehrbücher verwiesen.

- Es ist davon auszugehen, dass sich alle auf dem Markt befindlichen Antidepressiva (eine Auswahl findet sich in Abb. 10, S. 30) weniger durch ihre spezifische antidepressive Wirksamkeit und mehr durch ihre unerwünschten Nebeneffekte unterscheiden (s. Abb. 11, S. 31).
- Grundsätzlich ist jeder Behandlungsversuch bei akzeptabler Verträglichkeit mit genügend hohen Dosen durchzuführen (s. Abb. 10, S. 30).
- Bei fehlender Besserung sollte spätestens nach drei Wochen die Behandlung modifiziert werden, entweder durch Dosiserhöhung, Zugabe eines anderen Präparates oder durch Wechsel des Medikamentes.
- In der etwa sechs Monate dauernden Stabilisierungsphase sollte die Dosierung in etwa der gleichen Dosierung wie in der Akutphase weitergeführt werden. Rezidivierende depressive Störungen sind längerfristig zu behandeln. Die höchste Rückfallrate findet sich statistisch in den Wochen nach Absetzen der Antidepressiva. Am Ende einer Behandlung sollte deshalb das Medikament vorsichtig ausgeschlichen werden. Antidepressiva machen zwar nicht abhängig wie Suchtmittel, führen aber nach längerem Gebrauch zum Teil zu schwerwiegenden Absetzsymptomen.
- Eine antidepressive Behandlung setzt in den ersten Wochen die Suizidalität eines Menschen nicht herab. Gerade bei Jugendlichen kann sie sogar erhöht werden. Erst später und bei anhaltender Besserung sinkt die Suizidalität unter Antidepressiva, vor allem aber unter Lithium. Insbesondere die klassischen, sog. trizyklischen Antidepressiva sollten wegen ihrer hohen Toxizität bei Überdosierung bei suizidalen Patienten in der Akutbehandlung generell nicht (oder nur mit geeigneter Abgabemodalität) eingesetzt werden.
- Haben Patienten schon früher auf ein bestimmtes Antidepressivum gut angesprochen, so ist die Auswahl dieses Antidepressivums empfehlenswert. Eine Ausnahme stellen zwischenzeitlich neu aufgetretene Kontraindikationen wie Herzrhythmusstörungen usw. dar.
- Bei ausgeprägten Schlafstörungen kann ein sedierend wirkendes Antidepressivum möglicherweise als Einmaldosis am Abend gegeben werden. Wenn trotzdem Schlafstörungen fortbestehen, ist die abendliche Gabe eines länger wirksamen Benzodiazepin-Präparates hilfreich.
- Patienten, die in einer schweren Depression an Wahnvorstellungen (Verarmungs-, Schuld-, nihilistischer Wahn) leiden, benötigen in der Regel eine Kombinationsbehandlung eines Antidepressivums mit einem (atypischen) Neuroleptikum.
- Die neueren und selektiver wirksamen Antidepressiva sind zwar i. d. R. vorzuziehen, weil sie besser verträglich sind, doch kann auf die Antidepressiva der ersten Generation gerade bei schweren Depressionen wegen ihrer im Einzelfall oft besseren Wirkung nicht verzichtet werden.

Abb. 10 Übersicht Antidepressiva

Untergruppe	Substanz	Handelsname (daneben: versch. Generika)	Anfangs- bis max. Standard- Dosierung mg/Tag p.o.	initial sedierend	anticho- linerg	adrenerg
Trizyklische/ tetrazyklische Antidepressiva	Amitriptylin	Saroten®	25-300	+++	+++	+
	Clomipramin	Anafranil®	25-250	+	++	+
	Doxepin	Sinquan® (CH/A) Aponal® (D)	25-300	++	++	+
	Imipramin	Tofranil®	75-300	++	++	+
	Trimipramin	Surmontil® (CH/D)	10-200	+++	++	+
	Maprotilin	Ludiomil®	25-300	++	+	+
	Nortriptylin	Nortrilen®	25-200	-	+	+
SSRI	Fluvoxamin	Floxyfral® (CH/A) Fevarin® (D)	50-250	-	-	-
	Citalopram	Seropram®	20-40	-	-	-
	Escitalopram	Cipraxel®	10-20	-	-	-
	Fluoxetin	Fluctine® (CH/A) Fluctin® (D)	20-40	-	-	-
	Paroxetin	Deroxat® (CH/A) Seroxat® (D)	20-40	-	-	-
	Sertralin	Zoloff® (CH/D) Tresleen® (A)	50-100	-	-	-
MAO-A- Hemmer	Moclobemid	Aurorix®	150-600	-	-	-
SNRI	Duloxetin	Cymbalta®	30-60	-	-	-
	Venlafaxin	Efexor® (CH) Trevilor® (D) Efectin® (A)	37,5-225	-	-	-
NASSA	Mirtazapin	Remeron® (CH/A) Remergil® (D)	15-45	+++	-	+/-
NARI	Reboxetin	Edronax®	4-12	-	-	+/-
NDRI	Bupropion	Wellbutrin® (CH/A) Elontril® (D)	150-300	-	-	+/-
andere	Agomelatin	Valdoxan®	25-50	++	-	-
	Mianserin	Tolvon® (CH/A) Tolvin® (D)	30-90	+++	-	-
	Trazodon	Trittico®	50-400	++	-	+/-

SSRI : selektive Serotonin-Reuptake-Inhibitoren
 SNRI : Serotonin-Noradrenalin-Reuptake-Inhibitoren
 NASSA: noradrenerge und spezifische serotonerge Antidepressiva
 NARI: selektive Noradrenalin-Reuptake-Inhibitoren
 NDRI: Norepinephrin-Dopamin-Reuptake-Inhibitoren

Sprechen Patienten nicht oder ungenügend auf Antidepressiva an, sind auch andere biologische Verfahren (s. unten) bei schwereren Depressionen hilfreich. Eine Zugabe eines anderen Wirkstoffs zu Antidepressiva ist möglich, eine Lithiumzugabe z.B. ist in ihrer Effektivität gut dokumentiert.

Die Behandlung mit Stimulantien (wie Ritalin) wird trotz ungenügender Datenlage zunehmend von Fachärzten praktiziert, einerseits bei depressiven Patienten mit ADHD, andererseits bei schweren gehemmten Depressionen mit einem Morgentief.

Abb. 11 wichtige Nebenwirkungen von Antidepressiva

Untergruppe	Substanz	Handelsname (daneben: versch. Generika)	Wichtige Nebenwirkungen
Trizyklische/ tetrazyklische Antidepressiva	Amitriptylin	Saroten®	orthostatische Hypotonie Obstipation kardiale Reizleitungsstörungen Akkomodationsstörungen Harnretention dito, aber weniger
	Clomipramin	Anafranil®	
	Doxepin	Sinquan® (CH/A) Aponal® (D)	
	Imipramin	Tofranil®	
	Trimipramin	Surmontil® (CH/D)	
	Maprotilin	Ludiomil®	
	Nortriptylin	Nortrilen®	
SSRI	Fluvoxamin	Floxyfral® (CH/A) Fevarin® (D)	Übelkeit Unruhe, Schlafstörungen sexuelle Funktionsstörungen
	Citalopram	Seropram®	
	Escitalopram	Cipralext®	
	Fluoxetin	Fluctine® (CH/A) Fluctin® (D)	
	Paroxetin	Deroxat® (CH/A) Seroxat® (D)	
	Sertralin	Zoloff® (CH/D) Tresleen® (A)	
MAO-A-Hemmer	Moclobemid	Aurorix®	Unruhe
SNRI	Duloxetin	Cymbalta®	Unruhe, Schlafstörungen Übelkeit, Obstipation
	Venlafaxin	Efexor® (CH) Trevilor® (D) Efectin® (A)	
NASSA	Mirtazapin	Remeron® (CH/A) Remergil® (D)	Gewichtszunahme, Schwindel
NARI	Reboxetin	Edronax®	Schlaflosigkeit, Übelkeit
NDRI	Bupropion	Wellbutrin® (CH/A) Elontril® (D)	Exantheme, Bauchschmerzen
andere	Agomelatin	Valdoxan®	Transaminasenerhöhung, Schwindel
	Mianserin	Tolvon® (CH/A) Tolvin® (D)	Gewichtszunahme, Agranulozytose
	Trazodon	Trittico®	Schwindel, Hypotonie, Priapismus

6.4. Andere biologische Verfahren

6.4.1. Lichttherapie

Nicht wenige Menschen reagieren auf anhaltenden Licht- und Wärmemangel mit depressiven Verstimmungen unterschiedlichen Schweregrads. Bereits durch einen täglichen, mindestens halbstündigen Spaziergang (auch bei bedecktem Himmel) kann in der Regel eine ausreichende Lichtexposition erreicht werden. Sind solche Spaziergänge nicht möglich – z.B. bei körperlicher Behinderung oder Schwäche –, können mit Hilfe geeigneter Lampen von mindestens 2.500 bis 10.000 Lux (ohne UV- und Infrarot-Spektrum) entsprechende Lichtexpositionen ermöglicht werden (tägliche Expositionszeit bei 10.000 Lux 30 Minuten, bei 2.500 Lux 2 Stunden). Die Wirksamkeit dieser Massnahme ist bei saisonalen Depressionen gut belegt.

6.4.2. Wachtherapie (Schlafentzug)

Der einmalige oder wiederholte partielle Schlafentzug (ab ca. 1 Uhr 30, der Patient darf dann bis zum folgenden Abend nicht mehr schlafen) wird in der Regel als Zusatztherapie bei schweren Depressionen angewendet. Er kann, allerdings meist lediglich vorübergehend, zu einer Stimmungsaufhellung führen.

6.4.3. Elektrokrampftherapie

Die Elektrokrampftherapie kann bei schwersten, therapierefraktären Depressionen indiziert sein. In Kurznarkose und unter Muskelrelaxation wird ein generalisierter Krampfanfall ausgelöst. Eine reversible Gedächtnisstörung ist als Nebenwirkung möglich.

6.4.3. Weitere

Die repetitive *transkranielle Magnetstimulation* und die *Vagusnervstimulation* haben sich noch nicht als Routinebehandlung durchgesetzt.

6.5. Stationäre Therapie

Hochsuizidale und sozial stark belastete sowie schwerstdepressive Menschen benötigen meist eine stationäre Behandlung. Wenn psychotische Symptome die Depression begleiten oder Komorbiditäten mit psychiatrischen und somatischen Erkrankungen bestehen (z.B. Alkoholabhängigkeit, internistische oder neurologische Erkrankungen) ist eine Hospitalisation oft unumgänglich.

Eine stationäre Therapie ermöglicht dem oft psychomotorisch gehemmten Patienten einen Schutzraum, Entlastung von täglichen und häuslichen Pflichten, eine geregelte Tagesstruktur und eine intensivere Betreuung. Eine Hospitalisation kann auch bei vereinsamten oder von zwischenmenschlichen Konflikten belasteten Menschen sinnvoll sein. Die in Fachkliniken angebotenen Therapiemöglichkeiten können die in der depressiven Blockade noch vorhandenen oder bei Aufhellung der Depression wiedererwachenden praktischen und mentalen Fähigkeiten fördern. Dabei soll durch körperorientierte Therapien (z.B. Bewegungstherapie, Entspannungsübungen) auch das Körpergefühl gestärkt werden.

Meist ist es dem Patienten erst mit Nachlassen der depressiven kognitiven Blockade möglich, mit Hilfe einer intensiveren Psychotherapie depressionsauslösende Ursachen oder dysfunktionale Denkmuster zu erkennen und alternative Bewältigungsstrategien zu entwickeln.

Eine besondere Herausforderung bedeutet die Entlassung aus der stationären Behandlung. Die Reintegration ins persönliche Umfeld und die Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit müssen sorgfältig vorbereitet werden. Die Therapie wird in aller Regel ambulant weitergeführt.

Bei all dem Gesagten ist allerdings zu berücksichtigen, dass der Rückzug aus sozialen Aufgaben und Verpflichtungen für depressive Menschen auch zur Belastung werden kann, wenn sie die Hilfsmass-

nahmen als Bestätigung ihres subjektiv empfundenen Versagens erleben oder Ängste vor einer Stigmatisierung entwickeln. Deshalb ist die Indikation zur stationären Behandlung gut abzusprechen.

7. Zirkuläres Depressionsmodell [\(↑\)](#)

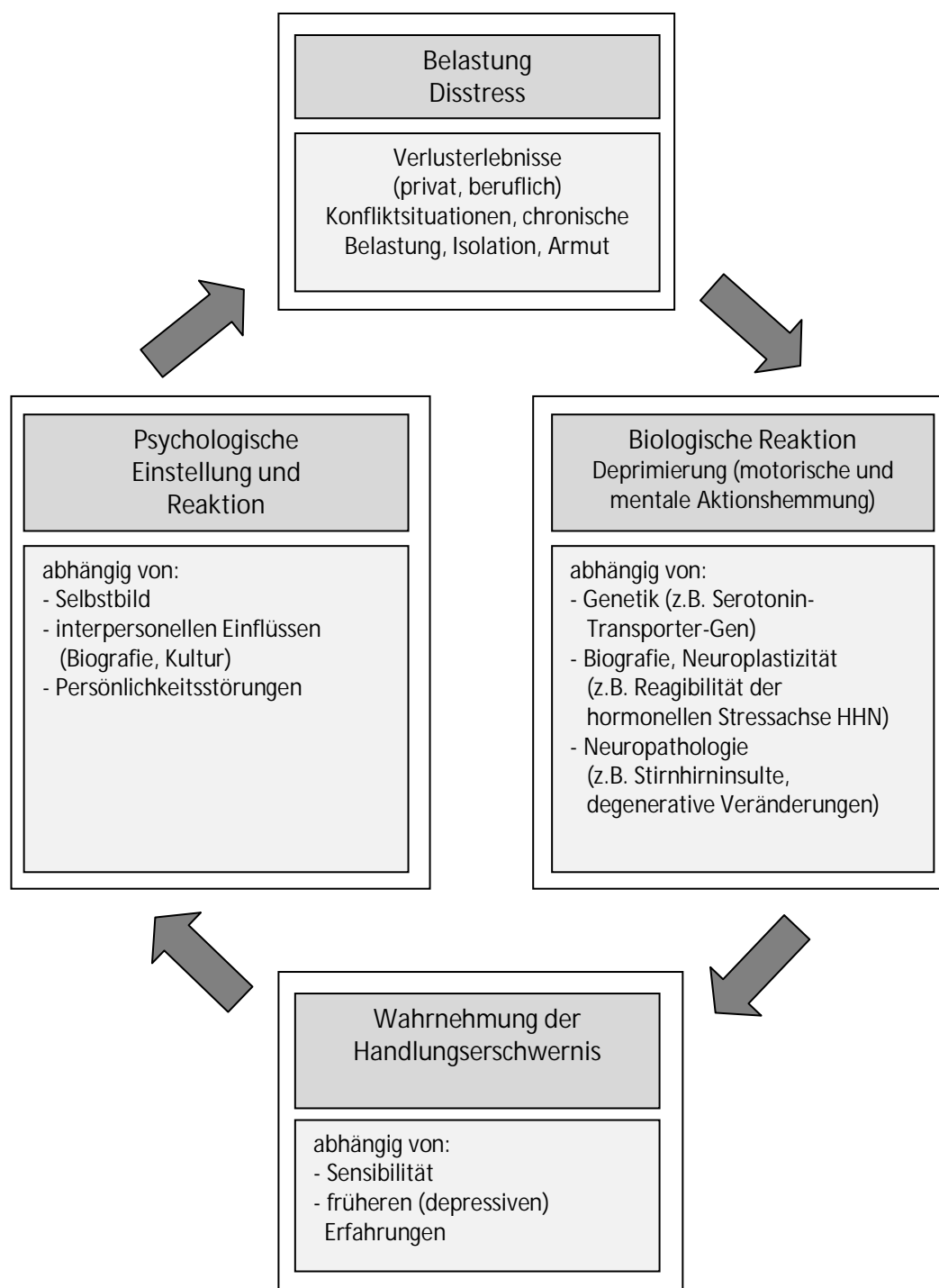
Am Beginn einer ersten depressiven Episode stehen meist eine belastende Erfahrung, etwa ein Partnerverlust, eine berufliche Enttäuschung oder eine erschöpfende Mangelsituation (s. Abb. 12, S. 34).

Diese Belastungen bzw. ein anhaltender Disstress lösen je nach Vulnerabilität früher oder später leichtere oder schwerere biologische Reaktionen aus. Viele Körperfunktionen sind auf typische Weise verändert. So finden sich Veränderungen der Hirnaktivität (insbesondere des Stirnhirns und des limbischen Systems), des vegetativen Nervensystems (z.B. Obstipation), des Hormonhaushalts (insbesondere ein Anstieg des Stresshormons Kortisol) und der Psychomotorik. Insgesamt scheint der Körper durch diese Veränderungen wie ruhiggestellt und in seiner nach aussen gerichteten Aktivität gehemmt.

Diese biologischen Veränderungen können von den einzelnen Menschen unterschiedlich wahrgenommen und vor allem unterschiedlich gewertet werden. Da sie mit unangenehmen Empfindungen einhergehen und den Lebensradius mehr oder weniger einschränken, werden sie häufig von den Betroffenen zunächst abgelehnt. Die meisten sind alarmiert und suchen nach Möglichkeiten, wie sie diesem bedrückenden Bremsmanöver ein Ende setzen können. Dabei werden nicht nur günstige, sondern sehr oft auch ungünstige und zusätzlich belastende Bewältigungsweisen (z.B. Grübeln, Hadern) eingesetzt, die meist zu neuen Enttäuschungen führen und dadurch den Disstress erhöhen: Der Teufelskreis wird nicht durchbrochen, sondern verstärkt.

Günstig wäre ein Coping, das von der psychomotorischen und mentalen Aktionshemmung ausgeht und im Sinne einer schrittweisen Aktivierung prüft, welche praktischen und kognitiven Aktivitäten trotz aufgezwungener Verlangsamung noch möglich sind. Dazu gehören z.B. Routinearbeiten. Ebenso günstig ist bei leichteren Depressionen sich bewusst und gezielt frühere positive Erfahrungen in Erinnerung zu rufen. Hilfreich sind auch gute Gespräche mit verständnisvollen Freunden und/oder therapeutische Begleiter, die zur Lösung der Problematik beitragen können. (Davon handelt ausführlich das Buch von D. Hell: „Depression als Störung des Gleichgewichts“, Kohlhammer, 2. Aufl. 2013.)

Abb. 12 Zirkuläres Depressionsmodell nach Hell 2009



8. Veränderte Kommunikation (↑)

Das Erscheinungsbild einer Depression kann auch unter dem Aspekt der zur depressiven Verstimmung gehörenden kommunikativen Veränderungen nonverbaler Art (gebückte Haltung, verarmte oder fahrig gestik, erstarrte Mimik, fehlender Blickkontakt, brüchige Stimme mit langen Sprechpausen) und verbaler Art (Worte der Hilflosigkeit, Klagen, Wortarmut) betrachtet werden. Die veränderte Kommunikationsweise depressiver Patienten beeinflusst das Verhalten ihrer Bezugspersonen. Diese füh-

len sich oft verunsichert und verstimmt (Deprimierung, aber auch Ärger). Es entwickelt sich häufig eine Schonhaltung gegenüber dem depressiven Patienten, oft aber auch eine kritische und kontrollierende Haltung.

Die in der Depression veränderte Kommunikationsweise führt zu einem veränderten Kommunikationsmuster zwischen einer depressiven Person und ihrem Gesprächspartner (gegenseitige Kontrolle und erhöhte Spannung). Die geschilderten kommunikativen Veränderungen treten selbstverständlich nicht isoliert auf, sondern stehen in Zusammenhang mit den biologischen, psychologischen und sozialen Veränderungen bei einer depressiven Verstimmung.

Siehe dazu auch die Kapitel:

[Depression und Partner](#), S. 43 und

[Depression und Interaktion](#), S. 76

C. Spezielle Fragestellungen für Laien und Fachleute

1. Depression und Alter (↑)

1.1. Depression im Alter - Wie erkennen, wie behandeln?

1.1.1. Einleitung

Depressionen sind die häufigsten psychischen Störungen bei alten Menschen. Sie äussern sich nicht grundlegend anders als im jüngeren Erwachsenenalter. In statistischer Hinsicht lassen sich zwar bestimmte Abweichungen beobachten – so finden sich bei alten Menschen häufiger Klagen über somatische Beschwerden, Obstipation, Appetitlosigkeit, psychomotorische Unruhe und Schlafstörungen, während jüngere Menschen eher über Libidoverlust, Schuldgefühle und familiäre Probleme klagen – das Kernsyndrom (Bedrückung, Hoffnungs-, Interesse-, Freudlosigkeit) ist jedoch das gleiche.

Ein Unterschied, der unbedingt beachtet werden muss, besteht jedoch darin, dass alte Menschen über ihr Leiden weniger Worte verlieren, ja, dass sie den Depressionsbegriff weniger kennen oder ihm eine negativere Bedeutung geben als jüngere Menschen. Zudem können kognitive Leistungseinbußen oder gleichzeitig bestehende internmedizinische bzw. neurologische Erkrankungen zur falschen Interpretation einer depressiven Symptomatik Anlass geben. Die Folge davon ist, dass Depressionen im Alter in vielen Fällen nicht oder allzu spät erkannt werden. Ferner besteht auch bei korrekter Diagnosestellung die Gefahr, dass Ärztinnen und Ärzte von der depressiven Hoffnungsarmut stimmungsmässig angesteckt werden und sich – insbesondere bei älteren Menschen – mit aktiven Behandlungsmassnahmen zurückhalten.

In differentialdiagnostischer Hinsicht muss man die Depression im Alter in erster Linie von der Demenz abgrenzen (s. Abb. 1, S. 36). Auch Depressionen gehen mit Konzentrationsstörungen und Ge-

dächtniseinbussen einher, die aber im Gegensatz zur Alzheimerschen Erkrankung oder zur Multiinfarktdemenz weitgehend reversibel sind.

Abb. 1

Befunde, die eher auf Depression als auf Demenz hinweisen

1. Appetitverlust, Gewichtsverlust
2. Schlafstörungen
3. Tagesschwankungen
4. depressive Gedanken
5. Fähigkeit, die eigene Lebensgeschichte zu schildern
6. relativ kurze Dauer der Symptome
7. familiäre oder persönliche Anamnese einer affektiven Störung
8. Klagen über kognitive Verluste
9. die Klagen sind sehr detailliert
10. die depressiven Symptome treten vor den kognitiven Verlusten auf
11. gleichmässige Beeinträchtigung des Frisch- und Altgedächtnisses

Gemeinsame Symptome von Depression und Demenz sind:

- Gedächtnisstörungen
- kognitive Beeinträchtigung
- psychomotorische Hemmung oder ängstliche Agitiertheit
- Verlangsamung
- Denkhemmung
- sozialer Rückzug
- körperliche Verwahrlosungstendenzen

1.1.2. Wie kommt es zur Depression?

Die moderne Depressionsdiagnostik verzichtet auf hypothetische, ursachenorientierte bzw. monokausale Einteilungsversuche (wie endogene versus psychogene Depression) und charakterisiert stattdessen depressive Zustandsbilder rein deskriptiv nach Schweregrad und Verlauf. Die alte Diagnose einer Involutionsdepression wurde fallengelassen, weil Alter weder mit Depressivität korreliert noch Depressionen im Alter regelhaft auf degenerative Prozesse zurückgeführt werden können.

Es müssen 3 Ursachenbündel für eine Depression unterschieden werden: nämlich biologische Veränderungen, psychologische Momente sowie soziale Einflüsse. Diese Ursachenbündel wirken kumulativ und beeinflussen sich untereinander (s. Zirkuläres Depressionsmodell, S. 33). Biologisch spielen körperliche Begleiterkrankungen sowie deren medikamentöse Behandlung eine pathogenetische Rolle. So können unter anderem Diuretika, Steroide, Zytostatika und Betablocker eine Depression verstärken bzw. auslösen. In psychologischer Hinsicht erhöhen Selbstunsicherheit und Verletzbarkeit sowie eine damit zusammenhängende Leistungs- und Perfektionsneigung das Depressionsrisiko. Unter

sozialem Aspekt sind Vereinsamung, latente oder manifeste Spannungen mit Angehörigen oder Betreuern und mangelnde Unterstützung bezüglich krankheitsbedingter Handicaps die häufigsten Belastungsfaktoren.

Zudem sind alte Menschen besonders oft Verlustsituationen ausgesetzt. Sie haben z.B. mit dem Tod von Partnern und anderen wichtigen Bezugspersonen zurechtzukommen, aber auch auf frühere Beschäftigungs- und Freizeitmöglichkeiten oder die gewohnte Umgebung zu verzichten. Solche Verlustsituationen sind regelmässig als Auslöser von ersten depressiven Episoden auszumachen.

1.1.3. Depressionstherapie im Alter

Die Behandlungsweise muss der biologischen und psychosozialen Situation des alten Patienten Rechnung tragen. Wie bei jüngeren Depressiven stehen grundsätzlich psychotherapeutische, soziotherapeutische und biologische (vor allem psychopharmakologische) Methoden – als einander ergänzende Verfahren – zur Verfügung.

Schon mit dem diagnostischen Gespräch setzt die Therapie ein, wenn sich der Patient durch gezielte Fragen vom Arzt verstanden fühlt. In der Praxis bewährt es sich gerade bei Alterskranken, zunächst von körperlichen Symptomen (wie Schlafstörungen, Appetit- und Gewichtsverlust, Antriebsstörungen, Konzentrations- und Gedächtniseinbusse, Morgentief und veränderte Tagesrhythmik) auszugehen und erst allmählich auf das schwer in Worte zu fassende innere Erleben (wie Beeinträchtigung des Gefühlslebens, Sorgen, Zukunftsängste, Selbstvorwürfe usw.) zu sprechen zu kommen. Wichtig dabei: Je nach Depressionstiefe sind der Gedankenfluss und das gesamte Zeiterleben des Patienten verlangsamt. Wer sich bei der ersten Konsultation nicht die nötige Zeit für den depressiv erkrankten Menschen nehmen kann, tut gut daran, ihn baldmöglichst noch einmal für ein längeres diagnostisches Gespräch einzubestellen. Immer gilt es aber, eine akute Suizidalität auszuschliessen, bevor ambulant weiter gearbeitet wird.

Auch der Mitteilung der Diagnose (und ggf. einer Krankschreibung) kommt eine therapeutische Funktion zu. Man denke nur daran, wie häufig alte depressive Menschen die Gedächtnis- und Konzentrationseinbusse, welche sie bemerken, einer Alzheimerschen Erkrankung zuschreiben.

Bestehen Anzeichen dafür, dass nahestehende Angehörige sich besonders schuldig fühlen und ungeduldig fordernd oder kritisch ablehnend reagieren, sollten sie mit dem Einverständnis des Depressiven über die Diagnose orientiert werden. Durch ein entlastendes Gespräch mit Angehörigen lässt sich manchmal der äussere Druck auf den Depressiven vermindern.

Schwere Depressionen erfordern meist eine Psychopharmakotherapie. Dabei sollte man bei Alterskranken die Dosis eher niedriger als bei jüngeren Menschen halten und auch eine manchmal längere Latenz bis zum Wirkungseintritt beachten. Für alte Menschen besonders geeignet sind selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer wie Fluvoxamin, Fluoxetin, Citalopram, Paroxetin oder Sertralin, der selektive MAO-A-Hemmer Moclobemid sowie Mianserin. Patienten mit kardialer Dysfunktion,

Prostatahypertrophie, Engwinkelglaukom oder anderen Kontraindikationen für eine anticholinerge Medikation sind ohne intensives Monitoring nicht mit Trizyklika oder Maprotilin zu behandeln. Als kardial besonders gesichert gelten Serotonin-Wiederaufnahmehemmer. Diese haben auch keinen adrenolytischen Effekt, was bei alten Menschen mit Orthostasegefahr von Bedeutung ist.

Bei leichten bis mittelschweren (bzw. gebesserten schweren) Depressionen ist eine psychotherapeutische Behandlung auch im Alter möglich und oft dringend angezeigt. Oft haben gerade Menschen höheren Alters das Bedürfnis, Konflikte zu klären oder die eigene Identität noch umfassender zu erfahren. Alle Psychotherapieverfahren, die bisher in kontrollierten Studien gute Behandlungserfolge aufgewiesen haben, greifen im Prinzip am selben Punkt an: An der Hilflosigkeit bzw. der Selbstinfragestellung depressiver Menschen. Sie versuchen, das negative Selbstkonzept abzubauen und das Vertrauen in die eigenen Möglichkeiten zu stärken. Dabei darf der Arzt aber nicht den Fehler begehen, depressiven Menschen ihre momentane Leistungseinbusse und ihr Bedrücktsein ausreden zu wollen. Vielmehr gilt es herauszuarbeiten, was ihnen trotz ihrer momentanen depressiven Blockade noch möglich ist. Gerade auch bei älteren Menschen hilft es, den normalen Ablauf eines Trauerprozesses zu erklären. Selbst wenn streng zwischen Trauer und Depression unterschieden werden muss, kann das Wissen um die oft mehrmonatige Beeinträchtigung während eines normalen Trauerprozesses die hohen Ansprüche eines Depressiven an sich selbst herabsetzen und zur Entlastung beitragen.

Auch wenn man auf eine spezifische Psychotherapie verzichtet, sollte eine medikamentöse Behandlung, wenn immer möglich, von regelmässigen Gesprächen begleitet werden, da allein schon die Arzt-Patienten-Beziehung einen bedeutenden Wirkfaktor darstellt.

2. Depression und Geschlecht [\(↑\)](#)

2.1. Statistische Unterschiede

Zur männlichen Abwehr von Depressivität und Depression passt die Überzeugung, das depressive Geschehen treffe v.a. Frauen. Das Problem der berufstätigen Männer und insbesondere der Manager sei der Herzinfarkt. Wenn schon ein psychisches Problem bei Männern auftrete, dann sei es Burnout als Ausdruck beruflicher Aufopferung.

Tatsächlich sind Männer und Frauen von psychischen Krankheiten statistisch unterschiedlich betroffen. Angststörungen und Depressionen treten bei Frauen doppelt so häufig auf wie bei Männern. Aber es kann keine Rede davon sein, dass Männer nicht auch sehr häufig depressiv werden. Wenn 8 Prozent der Männer einmal im Verlauf eines Jahres depressiv werden, trifft es in Deutschland 7 Millionen und in der Schweiz 700'000 Einwohner. Zudem fällt – nach neueren Analysen von Krankenkassendaten – der Geschlechtsunterschied der Depressionshäufigkeit in der jüngeren Generation geringer aus. Auch lassen sich jüngere Männer und neuerdings auch Jugendliche männlichen Geschlechts zunehmend häufiger wegen Depressionen behandeln. Es lässt sich also ein leichter Trend zur Geschlechteranpassung feststellen.

2.1.1. Mögliche Ursachen

2.1.1.1. Frauen sprechen offener über depressive Verstimmungen

Trotzdem kämpfen Frauen deutlich häufiger und oft auch anhaltender mit Depressionen. Der Grund ist nicht genau bekannt. Es müssen weiterhin verschiedene Einflüsse diskutiert werden, die sich gegenseitig potenzieren können. Als erstes kann eine Rolle spielen, dass Frauen offener über depressive Verstimmungen berichten, während Männer diesbezüglich zurückhaltender sind. Frauen verschweigen dafür eher für sie stigmatisierende Alkoholprobleme, über die Männer leichter sprechen können. Dabei dürfte mitspielen, dass depressiv sein als feminin oder unmännlich gilt. Männer äussern öfter die Befürchtung, sie würden psychisch etikettiert, wenn sie eigene emotionale Konflikte ansprechen, während Alkoholprobleme sie weniger stigmatisierten. Es könnte also sein, dass sich depressive Not bei Männern hinter einem Missbrauch von Alkohol und andern Substanzen versteckt. Tatsächlich lassen sich Alkohol- und Drogenabhängigkeiten deutlich häufiger bei Männern finden. Allerdings dürfte das statistische Überwiegen des weiblichen Geschlechts bei Depressionen damit nicht vollständig erklärt sein, denn unabhängig vom kulturellen Hintergrund lag in einer Studie in allen untersuchten Ländern der Frauenanteil bei depressiven Erkrankungen deutlich höher.

2.1.1.2. Genetische und hormonelle Unterschiede

Als zweites ist der Unterschied zwischen den Geschlechtern in genetischer und hormoneller Hinsicht zu bedenken. Früher wurde diesen Unterschieden grosses Gewicht zugemessen. Man dachte: „Frauen ticken anders“, sei es genetisch oder hormonell. Folglich seien sie für das depressive Geschehen auch unterschiedlich disponiert. Sorgfältige Untersuchungen haben aber ergeben, dass das genetische Risiko, an einer Depression zu erkranken, für beide Geschlechter vergleichbar ist.

Bisher ist es auch nicht gelungen, die erhöhte Depressionsrate von Frauen generell mit hormonellen Einflüssen zu erklären. So geht der Anstieg oder die Abschwächung von weiblichen Geschlechtshormonen (Östrogen und Progesteron) in der Pubertät oder in der Menopause nicht durchgehend gehäuft mit einem Anstieg von Depressionen einher. Stärker als die Geschlechtshormone korrelieren die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körperbild und zwischenmenschliche Probleme, die in diesen Übergangszeiten vermehrt auftreten, mit der Depressionshäufigkeit. Deshalb wird der Anstieg der Depressionsrate in der Pubertät bei Mädchen eher mit einem Zusammenspiel biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren erklärt.

Was die Menopause betrifft, so hat sich die frühere Annahme nicht bestätigt, dass Frauen in dieser Zeit vermehrt an Depressionen erkranken. Einzig Frauen, die schon früher depressive Episoden erlebt haben, weisen ein erhöhtes Rückfallrisiko auf. Auch tritt bei diesen Frauen die Menopause tendenziell früher ein.

Die schwere Form der einige Tage dauernden Verstimmung vor den Monatsblutungen – das sog. prämenstruelle dysphorische Syndrom (PMDD) –, unter dem manche Frauen im gebärfähigen Alter leiden, wurde früher zahlenmässig ebenfalls überschätzt. Sie trifft ca. 1 - 5 Prozent der Frauen und

dürfte mit einer erhöhten Empfindlichkeit für Veränderungen der Geschlechtshormone zusammenhängen. Doch entspricht sie keiner eigentlichen Depression.

Die bei Frauen nach der Geburt eines Kindes mit unter auftretenden „Heultage“ – der sog. Postpartum Blues, auch „Babyblues“ genannt, der mit dem Absinken der Geschlechtshormone nach der Geburt zusammenhängt – klingen in der Regel nach ein bis zwei Wochen wieder ab und sind nicht als pathologisch zu werten. Anders verhält es sich mit der sog. postpartalen oder „Wochenbett“-Depression. Ca. 13 Prozent aller entbindenden Frauen sind davon betroffen, doch ist diese Depressionsrate gegenüber nicht gebärenden Frauen der gleichen Altersklasse nur unwesentlich erhöht. Es ist aber anzunehmen, dass die hormonelle Umstellung nach der Geburt (wie auch in der Menarche oder Menopause) zumindest bei Frauen, die besonders sensibel auf Schwankungen der Geschlechtshormone reagieren, für das Auftreten einer Depression mitverantwortlich ist.

2.1.1.3. Psychosoziale Belastungen und psychologische Umstände

Als drittes sind psychosoziale Belastungen und psychologische Umstände für das vermehrte Vorkommen von Depression beim weiblichen Geschlecht zu diskutieren. Ganz generell wirken sich soziale Benachteiligungen wie Armut, geringer Sozialstatus und Diskriminierung nachweislich für Mann und Frau ungünstig auf die psychische Gesundheit aus. Frauen sind von solchen Benachteiligungen aber häufiger betroffen als Männer. Nicht nur Doppelbelastungen in Beruf, Haushalt und Kindererziehung wirken sich bei ihnen negativ aus. Auch die Art der Belastung ist bei Frau und Mann z.T. unterschiedlich. Frauen leiden v.a. unter Situationen, die Schwangerschaft, Kinderwunsch oder Kinder – also ihre Mutterrolle – betreffen oder ihre Hausfrauenrolle einschränken. Demgegenüber treffen belastende Lebensereignisse, die die Arbeitstätigkeit, die Gesundheit oder die familiären Beziehungen behindern, Frau und Mann in gleicher Weise. Diese Zusammenhänge treten nur dort auf, wo die Rollen von Mann und Frau in traditioneller Weise aufgeteilt sind. Wenn Männer „frauentypische“ Aufgaben in Kindererziehung und Haushalt übernehmen, gleichen sich die Depressionsraten dieser Männer denjenigen der Frauen an.

Von Interesse ist in diesem Zusammenhang auch, dass homosexuelle Männer (männlicher Genotypus und männliche Hormonverteilung), die z.T. „feminine“ Rollen und Stereotype übernehmen, eine ähnliche Depressionshäufigkeit aufweisen wie Frauen.

2.1.1.4. Unterschiedliche Geschlechterrollen

Eine spezielle Theorie (von Kessler und McLeod) geht davon aus, dass Frauen aufgrund ihrer Geschlechtsrolle und ihrer Tendenz, Pflegeaufgaben bei Kindern bzw. Eltern oder kranken Angehörigen zu übernehmen, häufiger mit belastenden Lebensereignissen konfrontiert werden. Frauen scheinen auch gegenüber zwischenmenschlichen Belastungen – sog. sozialen Netzwerkereignissen – verletzlicher zu sein, während Männer eher auf Trennung oder Ehescheidung mit einer psychischen Störung reagieren. So leiden v.a. geschiedene oder unverheiratete Männer an Depressionen, während (rein statistisch) bei Frauen die Ehe einen weniger schützenden Einfluss hat.

Diese Zusammenhänge zeigen, dass psychosoziale Einflüsse und der Einfluss geschlechtsspezifischer Rollenerwartungen und Eigenschaften voneinander nicht scharf zu trennen sind, sondern psychosoziale Belastungen und persönliche Disposition wie Schlüssel und Schloss zusammenpassen müssen, um eine depressionsauslösende Wirkung zu entfalten.

2.1.1.5. Grübeln und Selbstinfragestellung versus Ablenkung von Problemen

Nach sozialpsychologischen Untersuchungen tendieren Frauen häufiger zu problembezogenem Grübeln und zu Selbstinfragestellung, während Männer eher zu Ablenkung von Problemen neigen. Die Arbeitsgruppe um Susan Nolen-Hoeksema konnte zeigen, dass ausgeprägtes Grübeln und Hadern zur negativen Stimmungslage und zur Verlängerung depressiver Reaktionen beiträgt. Demgegenüber bewirkt Ablenkung vorübergehend eher eine positive Stimmungslage, allerdings mit der Gefahr, dass z.B. bei Ablenkung mittels aggressivem Autofahren oder Alkoholenuss sekundäre Probleme entstehen, was wiederum mit der erhöhten Alkoholproblematik bei Männern zusammenhängen könnte. Diese geschlechtsspezifischen Tendenzen dürften durch Erziehungspraktiken verstärkt sein, indem Jungen für aktives oder dominierendes Verhalten belohnt werden, während bei Mädchen eher das emotionale Ausdrucksverhalten gefördert wird.

Diese unterschiedlichen Ausdrucks- und Abwehrtendenzen dürften zu geschlechtsspezifischen Depressionstypen beitragen. Depressive Männer zeigen manchmal – aber bei weitem nicht immer – ihre Depressivität weniger in Klagen über ihre Befindlichkeit als in äusserer Unruhe, Feindseligkeit sowie in Alkohol- und Nikotinmissbrauch. Nicht selten wollen depressive Männer v.a. in Ruhe gelassen werden und streiten ihren Kummer und ihre Niedergeschlagenheit ab. Kommt es dennoch zu Klagen, rücken Männer eher den Stress infolge beruflicher Inanspruchnahme ins Zentrum (was zur Burnoutdiagnose verleitet). Es ist also nicht von der Hand zu weisen, dass die Umgangsweise mit psychosozialen Belastungen und das Erscheinungsbild von Depressionen bei Mann und Frau teilweise unterschiedlich ist und in der ärztlichen Praxis depressive Zustände v.a. dann diagnostiziert werden, wenn sie einen „typisch weiblichen“ Ausdruck haben.

3. Depression und Anlage (↑)

3.1. Der genetische Einfluss auf das Entstehen von Depressionen

Bis vor zwei Jahrzehnten wurde in der Psychiatrie zwischen genetisch bedingten („endogenen“) und psychosozial bedingten („psychogenen“) Depressionen unterschieden. Diese Unterscheidung, die nicht mehr dem aktuellen psychiatrischen Wissensstand und der modernen Diagnostik entspricht, hat sich in der öffentlichen Meinung weitgehend gehalten. Sie hat dazu geführt, dass immer noch v.a. schwere Depressionen als erblich bedingt angesehen werden. Zwar kann bei einem Menschen der erbliche Einfluss, bei einem anderen der psychosoziale Einfluss auf die depressive Entwicklung grösser sein. Doch lassen sich genetische und Umwelteinflüsse insofern schwer trennen, als Gene durch Umweltfaktoren aktiviert werden und umgekehrt die erbliche Disposition die Reaktionsweise auf Umweltreize beeinflusst. Gerade bei depressiven Episoden konnte gezeigt werden, dass solche „Gen-Umwelt-Interaktionen“ die Regel darstellen. So werden Depressionen häufig durch belastende Le-

bensereignisse (wie der Verlust eines Elternteils oder eines Lebenspartners) sowie durch Traumatisierungen ausgelöst. Diese Belastungssituationen wirken sich aber je nach erblicher Disposition und weiteren Umständen unterschiedlich aus.

3.1.1. Untersuchungsansätze

Im Wissen um das grundlegende Zusammenspiel von erblicher Anlage und Umweltgeschehen kann dennoch versucht werden abzuschätzen, wie gross der genetische bzw. Umweltbeitrag zum depressiven Geschehen ist. Dazu wurden im Wesentlichen drei Untersuchungsansätze entwickelt, nämlich die sog. Familien-, Adoptiv- und Zwillingsstudien. In Familienstudien wird untersucht, wie häufig Menschen an Depressionen erkranken, die einen depressiven Elternteil oder ein depressives Geschwister haben – im Vergleich zu Personen ohne depressive Angehörige. Bei „familiär belasteten“ Personen finden sich mindestens doppelt so viele depressive Erkrankungsfälle wie bei Menschen ohne eine solche „familiäre Belastung“. Dazu ist allerdings zu bemerken, dass diese (nicht sehr grosse) Häufung nicht durch genetische Einflüsse bedingt sein muss, sondern auch Folge unterschiedlicher familiärer Beziehungsweisen und Konflikte sein kann.

In Adoptivstudien werden Kinder depressiver Mütter untersucht, die im frühen Alter von gesunden Eltern adoptiert wurden. Das depressive Erkrankungsrisiko dieser Kinder scheint nur geringgradig erhöht. Dies spricht für einen geringen genetischen Einfluss und betont die Bedeutung psychosozialer Schutz- und Belastungsfaktoren. Allerdings sind die wenigen bisher durchgeführten Adoptivstudien wegen methodischer Mängel nicht sehr aussagekräftig. Grösser ist die Aussagekraft der zahlreicheren und methodisch besser durchgeführten Zwillingsstudien. Dabei wird untersucht, wie sich eineiige (genetisch identische) und zweieiige (genetisch differente) Zwillinge bezüglich des gemeinsamen Auftretens von Depressionen unterscheiden. Aus solchen Zwillingsstudien kann der Schluss gezogen werden, dass der genetische Beitrag zur depressiven Erkrankung um 35 Prozent beträgt. Rund 65 Prozent, also der weit grössere Teil, geht auf Kosten individueller Belastungen durch die Umwelt.

3.1.2. Umwelteinflüsse und erbliche Disposition

Die strikte Trennung von Umwelteinflüssen und erblicher Disposition ist also problematisch. Umweltbelastung und genetische Disposition greifen wie Schlüssel und Schloss ineinander. Das zeigt sich besonders deutlich bei der Analyse des Krankheitsverlaufs. Erste depressive Episoden werden fast regelhaft durch überfordernde Lebenssituationen ausgelöst. Dabei sind jedoch die Dauer und der Behinderungsgrad der depressiven Episoden mit von der genetischen Verletzlichkeit abhängig. Auch die Wahrscheinlichkeit, später depressive Rückfälle zu erleiden, wird durch die genetische Disposition erhöht. Bei genetisch bedingter Verletzlichkeit besteht eine gewisse Gefahr, dass schon geringere soziale Belastungen im weiteren Verlauf wieder depressive Episoden auslösen können.

3.1.3. Molekularbiologische Untersuchungen

Da erbliche Faktoren bei der Entstehung von Depressionen eine Rolle spielen, ist es naheliegend zu versuchen, mit modernen molekularbiologischen Methoden einzelne Gene zu bestimmen, die für diese genetische Verletzlichkeit für Depressionen verantwortlich sind. Die bisherigen Untersuchungen

lassen den Schluss zu, dass die depressive Reaktionstendenz nicht auf ein einzelnes Gen zurückgeführt werden kann. Auch wenn verschiedene in Frage kommende Gene untersucht werden, kann nur ein verschwindend kleiner Anteil der genetischen Verletzlichkeit durch bisher untersuchte Dispositionsgene erklärt werden. Das Auftreten von Depressionen lässt sich also in den meisten Fällen nicht auf bekannte Genveränderungen zurückführen. Nur bei der manisch-depressiven Erkrankung, die eine bedeutend höhere erbliche Veranlagung als rein depressive Erkrankungsfälle aufweist, sind bisher grössere molekularbiologische Fortschritte erzielt worden.

Weil das Zusammenspiel von Erbanlage, Biografie und aktueller Lebenssituation so komplex ist, kann in naher Zukunft nicht mit einem molekularbiologischen Durchbruch des Verständnisses von Depressionen gerechnet werden. Vorsicht ist geboten angesichts des Anspruchs, die depressive Reaktionsweise direkt auf einen genetischen Faktor zurückzuführen. Es könnte auch sein, dass bestimmte genetische Dispositionen durch prägende Lebenserfahrungen verstärkt zum Ausdruck kommen, während andere genetische Dispositionen infolge günstiger Umstände nicht zur Entfaltung gelangen. Dann wäre die depressive Reaktionstendenz nicht ein direktes Abbild einer Genkonstellation, sondern schwer durchschaubare Folge eines Ineinanders und Miteinanders von Anlage, Lebensgeschichte, Wertvorstellungen und sozialen Kompetenzen.

4. Depression und Partner [\(↑\)](#)

4.1. Wechselwirkung zwischen depressiven Menschen und ihren Angehörigen – Interaktionelle Aspekte

Aus verhaltensorientierter Sicht können depressive Symptome als Botschaften eines Senders (Patient) an einen Empfänger (Partner) angesehen werden. So betrachtet, sind depressive Verhaltensweisen als ausgesprochen starke Reize einzuschätzen. Erfahrungsgemäss ist es fast allen Menschen nur schwer möglich, sich depressiven Botschaften zu entziehen oder sich davon unberührt zu zeigen.

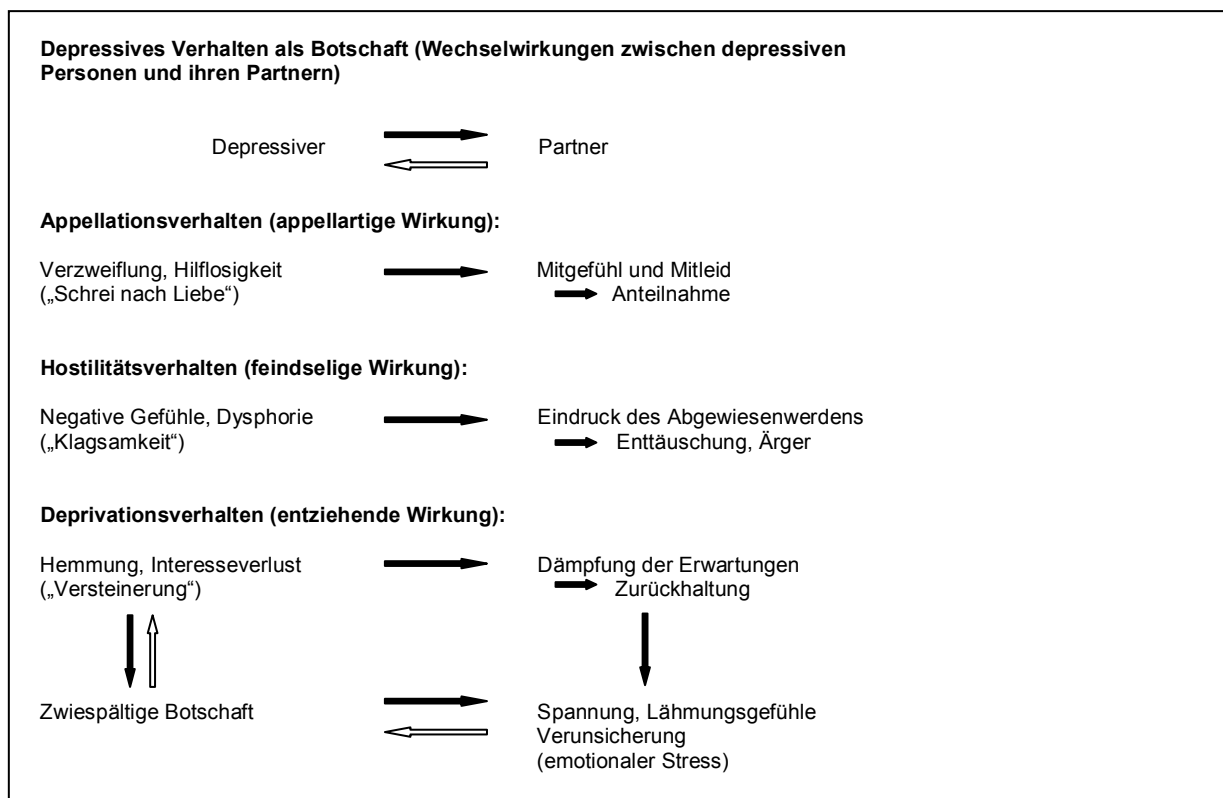
Verhaltensforscher haben im depressiven Ausdrucksmuster drei Komponenten herausgearbeitet, die nebeneinander bestehen und sich in ihrer Wirkung offenbar beeinflussen. Diese unterschiedlichen Verhaltensaspekte sind schematisch in Abb.1 (S. 44) zusammengefasst und sollen kurz erläutert werden.

Depressives Verhalten wirkt erstens als Appell. Verzweiflung und Hilflosigkeit des Depressiven wecken Mitgefühl und Anteilnahme. Der Psychoanalytiker Sandor Rado hat demgemäss Depressionen auch als «Schrei nach Liebe» interpretiert.

Neben Anteilnahme rufen depressive Klagen zweitens aber auch feindselige Gefühle (Hostilität) wach. Die Klagen der depressiven Menschen werden häufig als Anklagen (miss)verstanden, vor allem, wenn sie in depressiv-gereizter Weise und in bitterem Ton vorgebracht werden. Auch das vergebliche Bemühen um Aufhellung der trostlosen Gemütsverfassung kann bei Partnern Ärger auslösen. Drittens haben depressive Verhaltensweisen auch einen «entziehenden» Effekt (Deprivation). Weil der De-

pressive in seiner Gehemmtheit kein Interesse zu zeigen vermag und im Gespräch oft starr und reaktionsarm bleibt, ist die Kommunikation mit ihm nicht nur schwerfällig und monoton, sondern lässt auch oft einen Sinn vermissen. Zudem erweckt die depressive Haltung meist den Eindruck, dass der Betroffene mit sich selbst beschäftigt ist und allein gelassen sein will. Dadurch fühlen sich viele Partner von Depressiven zurückgestossen, ohne dass dies beabsichtigt wäre.

Abb.1



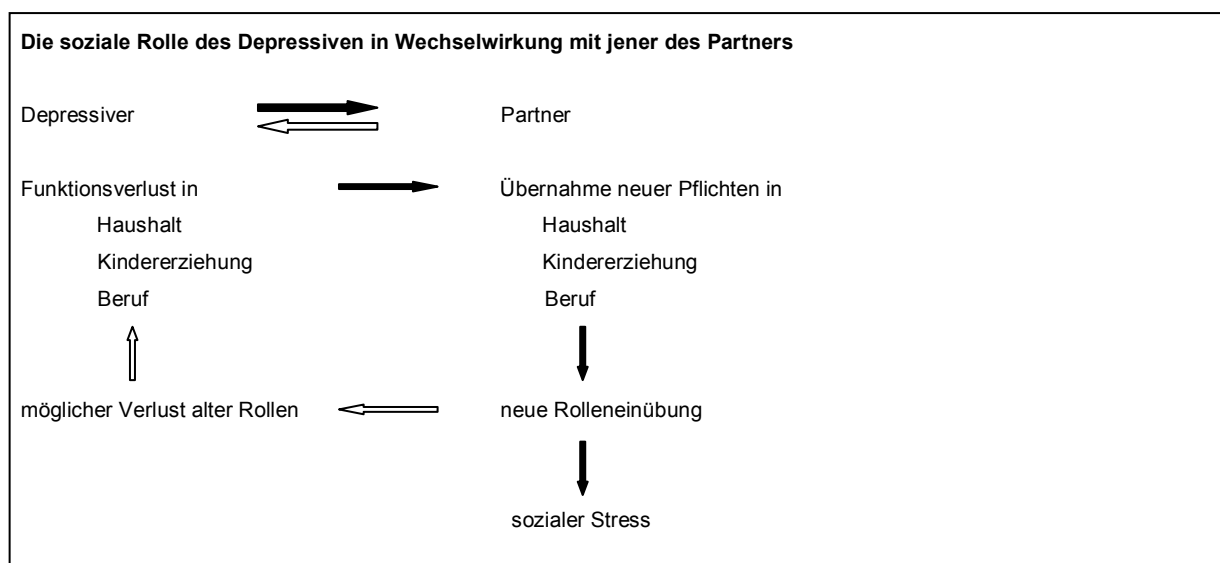
Die aufgeführten drei Komponenten depressiven Verhaltens – Appellieren, Bangemachen, Entziehen – sind in sich widersprüchlich. Infolgedessen wirken sie auch als zwiespältige Botschaften, die beim Gegenüber nebeneinander Mitleid, Ärger und Zurückhaltung auslösen. Da diese Gefühle sich gegenseitig blockieren – zum Beispiel eine aufkeimende Wut wegen des gleichzeitig vorherrschenden Mitleids unterdrückt wird –, wächst die innere Spannung beim Partner oftmals wie bei einem Gewitteraufzug an.

Ich halte die Kenntnis der aufgezeigten Dynamik, dass eine Depression nicht nur Mitgefühl weckt, sondern auch einen zwangsartigen Effekt auf andere haben kann, zum Verständnis der Wechselwirkungen zwischen Depressivem und Partner für entscheidend. Viele Betroffene sind zwar dieser regelmäßig aufkommenden Dynamik emotional ausgesetzt, können sie aber rational nicht verstehen und verkennen sie – zum Beispiel als böswillige Manipulation des Depressiven. Sie fordern dann (nutzlos und belastend) den Depressiven dazu auf, wozu sie sich selbst innerlich zwingen müssen: „Du musst dich nur zusammenreißen; du darfst nicht schwach sein; es ist alles gar nicht so schlimm.“ Oder sie verfallen einer übertriebenen Aktivität, weil sie sich selbst wie Eingeschlossene fühlen und dieser Gefahr durch Überstimulation entkommen wollen.

Auch der Angehörige lebt in einer Stresssituation. Er fühlt sich auf unbekannte Weise und durch undurchschaubare Mechanismen bedrückt und hilflos gemacht. Seine Versuche, den Depressiven aufzuheitern oder auf andere Weise aus der als Käfig empfundenen Lage auszubrechen, schlagen meistens fehl. Da er sich als Angehöriger oder Ehepartner an den depressiven Menschen gebunden fühlt und sich der unerfreulichen Situation nicht einfach entziehen will, gerät er in einen Annäherungs-Vermeidungs-Konflikt. Er möchte helfend einspringen, fühlt aber zugleich den Wunsch nach Zurückweichen in sich. So kann es geschehen, dass er Hilfsangebote in abweisendem Ton macht oder Kritik in lobende Worte hüllt.

Gerade sensible und einfühlsame Bezugspersonen von Depressiven spüren oft in lähmender Weise, dass sie sich in einer Beziehungsfalle befinden. Sie nehmen wahr, dass sie den wirklichen Bedürfnissen der depressiven Patienten, wie sie auch immer handeln werden, im Moment nicht gerecht werden können und fühlen sich dadurch schachmatt gesetzt. Angesichts dieser quälenden emotionalen Situation darf nicht vergessen werden, dass der Partner zusätzlich auch noch soziale Pflichten des Depressiven übernehmen muss. Er hat teilweise in Haushalt, Beruf und Kindererziehung für den Depressiven einzuspringen. (vgl. Abb. 2)

Abb. 2



Infolge der dargestellten Interaktionsproblematik laufen viele Angehörige längerfristig Gefahr, den depressiven Menschen zunehmend kritisch in Frage zu stellen und sich selbstbehauptend mehr als üblich in ein positives Licht zu rücken.

So schützen sich die Partner von Depressiven im Vergleich zu Partnern somatisch Kranker in Paargesprächen durch grössere Selbstbezogenheit und durch abwertende Kritik am Partner vor Infragestellung. Auch nach den Untersuchungen deutscher Forschergruppen werden Depressive von Angehörigen häufiger kritisiert als von fremden Gesprächspartnern. Gleichzeitig suchen sich die Partner verstärkt selber zu behaupten.

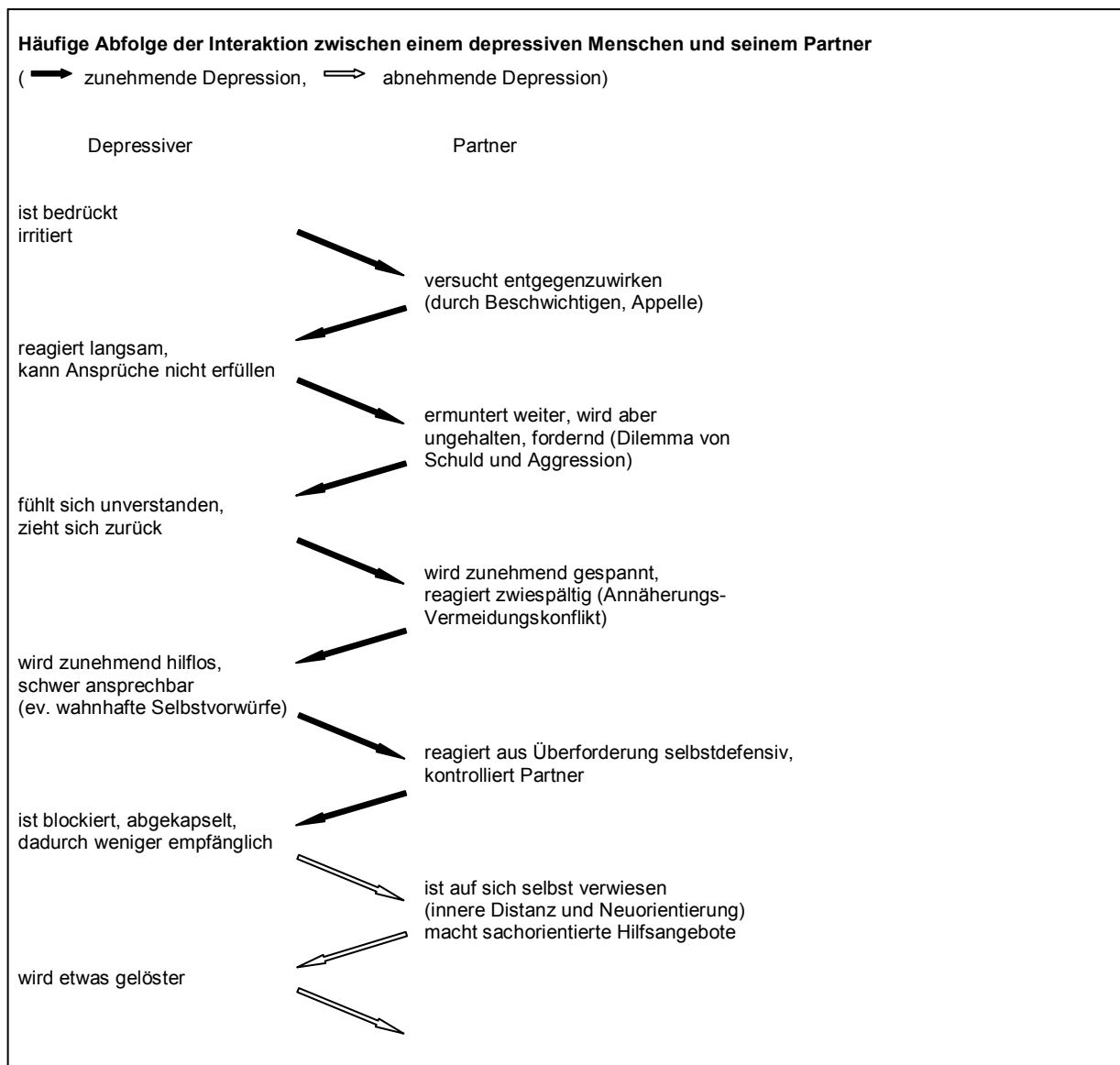
Wie wirken nun diese Verhaltensmuster der Partner auf die Depressiven zurück? Kritische und rechthaberische Worte stellen für den «depressiven Empfänger» negative Botschaften dar, die ihn in Frage stellen. Sie tragen dazu bei, das noch vorhandene aktive Verhalten depressiver Menschen zu schwächen. Fühlt sich der Depressive in seiner Verzweiflung nicht angenommen, so ist häufig zu beobachten, dass er vorübergehend seine Hilf- und Wertlosigkeit noch betont. Kann der depressiven Entwicklung nicht gegengesteuert werden, sind manchmal völliger Rückzug, ja sogar starre Abkapselung des Patienten die Folge. Mit zunehmender Verschlussenheit wird es aber noch schwieriger, die Botschaften des Depressiven zu verstehen und adäquat zu beantworten. Infolgedessen lässt sich nicht selten ein Teufelskreis negativer Verstärkung zwischen dem depressiven Menschen und seinem Partner beobachten, wie dies in Abb. 3 (S. 47) wiedergegeben wird.

Von wenigen Ausnahmen abgesehen, kommt es bei dieser ungünstigen Entwicklung, die zunächst wie eine Einbahnstrasse erscheint, dennoch zur Umkehr. Dazu dürfte beitragen, dass die zunehmende Blockiertheit des Depressiven schliesslich einer weiteren Eskalation entgegenwirkt. Seine Abgeschlossenheit und Reaktionsarmut machen ihn – trotz aller Sensibilität – für äussere Einflüsse weniger empfänglich. Andererseits reagieren die Partner von Depressiven nicht nur zu ihrem eigenen Schutz kritisch und selbstbezogen, sondern aus ihrer Verbundenheit heraus auch weiterhin fürsorglich und bestätigend. Je deutlicher für sie die Symptomatik hervortritt und sie einsehen, dass z.B. ihr Gatte oder Verwandter tatsächlich krank ist, desto leichter mag ihnen auch die Anteilnahme fallen. Viele davon betroffene Angehörige wehren sich aber so lange gegen eine solche «Krankschreibung» ihres Gatten oder Verwandten, da diese Annahme auch einen Verlust bedeutet. Wer einen depressiven Menschen nicht mehr als nur müde und erschöpft, sondern zeitweise auch als wesensmässig krank einschätzt, verliert vorübergehend ein Stück von ihm. Die Anerkennung eines Krankseins bedeutet deshalb für viele einen schmerzhaften Abgrenzungsprozess. Die partielle innere Distanzierung hilft aber manchem Partner, selbst bei einem schwer depressiven Menschen auszuhalten. Dies kann manchem Partner von Depressiven, wie dem Ehemann von Caroline Muhr, dadurch erleichtert werden, dass er andere Wesenszüge des Kranken weiterhin hochschätzt (C. Muhr: „Depressionen. Tagebuch einer Krankheit“).

Eine solche positive Grundhaltung, gekoppelt mit einer partiellen Distanzierung, erlaubt günstigenfalls den Angehörigen, sich trotz dem stereotypen Verhalten des Depressiven erneut spontan und offen zu geben. Von solchen alternativen Quellen der Unterstützung und Wertschätzung des Depressiven – unabhängig von seinen Symptomen – hängt wesentlich die Fähigkeit zum Durchtragen einer Depression unter schweren Bedingungen ab. Nun gibt es freilich auch negative Beispiele, wo dieses Durchhalten misslingt. Die einen verleugnen die Krankheit ihres Angehörigen, indem sie so weiterleben, als wäre nichts geschehen. Sie suchen keine ärztliche Hilfe und kümmern sich auch nicht um das erhebliche Selbstmordrisiko. Die andern entziehen sich dem Depressiven, indem sie ihn sofort an Rehabilitationsstätten oder Kliniken verweisen, ohne sich dort um ihn zu kümmern. Zwischen diesen beiden Polen der Bagatellisierung und Abschiebung gibt es Übergangsvarianten: Es kann der Fall eintreten, dass der Partner versucht, aus der frustrierenden Ehesituation möglichst viel Profit für sich selbst herauszuschlagen, sei es durch finanzielle Übervorteilung des Depressiven, durch das

Ausspielen der Kinder oder durch Aufnahme ausserehelicher Freundschaften. Wenige andere stempeln sich selbst zum Märtyrer, spielen Krankheitssymptome des Depressiven hoch und gewinnen Befriedigung daraus, sich vor einem breiteren Publikum von Verwandten und Bekannten zum Helden des Leidens zu machen.

Abb. 3



Fühlt sich ein Depressiver auf diese Weise faktisch verlassen, kann das Rückzugsverhalten des Partners zum interaktionellen Wendepunkt werden, an dem sich das Schicksal des Depressiven entscheidet. Es kann zu einer Suizidhandlung führen oder, seltener, zu seinem letzten, verzweifelten Aufbegehren kommen, mit seinem Schicksal ohne seinen Partner fertig zu werden.

Die Mehrzahl der Partner Depressiver hält allerdings ein grosses Mass an Belastung aus und zieht sich vom Depressiven nicht zurück. Im Gegenteil scheinen in statistischer Hinsicht (Ehe-)Beziehungen während depressiver Krisen eher gekittet als aufgetrennt zu werden.

5. Depression und Antriebsstörung (↑)

5.1. Allgemeines

Depression ist ein Begriff des 19. und vor allem des 20. Jahrhunderts. Er zeigt paradigmatisch, wie sich die Sprache des körperlichen Ausdrucks bedient, um eine Gestimmtheit wiederzugeben. Das lateinische Wort „deprimere“ heisst „niederdrücken, niederschlagen“. Depressive Menschen empfinden sich nun nicht nur stimmungsmässig niedergedrückt und herabgestimmt, sondern sie zeigen auch oft eine gedrückte Körperhaltung, indem sie den Kopf eher gesenkt halten, wenig Augenkontakt aufnehmen und Schultern und Arme fallen lassen.

Diese leicht gebückte Haltung, die an Menschen erinnert, die von einer schweren Last niedergedrückt oder durch Demütigungen, destruktive Kritik und Aggressionen niedergeschlagen wurden, hat der deutsche Psychiater Emil Kraepelin als Kernsymptom der von ihm depressiv genannten Menschen bezeichnet. Kraepelin schrieb 1896 über depressive Menschen: „Die Körperhaltung zeigt den Mangel an Spannkraft, das schlaaffe Bedürfnis nach möglichster Ruhe und stabilem Gleichgewicht; der Kopf ist gesenkt, der Rücken gebeugt und der ganze Körper nach dem Gesetz der Schwerkraft in sich zusammengesunken.“

Auch der Schweizer Psychiater Eugen Bleuler brachte das allgemeine Muster der Erstarrung von depressiven Personen 1916 prägnant zum Ausdruck: „Die Bewegungen werden mühsam, langsam, kraftlos, die Glieder sind schwer 'wie Blei', Bewegungen kosten ebenso viel Anstrengung wie das Denken.“

Was also bestimmte Menschen körpersprachlich zum Ausdruck bringen, wurde zur Namensgebung einer Krankheit, die im Übergang vom 20. ins 21. Jahrhundert wohl zur häufigsten behandelten psychiatrischen Störung avancierte. Doch im modischen Gebrauch des Begriffs Depression ging mehr und mehr verloren, worauf die Namensgebung ursprünglich hinwies: die veränderte Psychomotorik von Menschen, die sich wie Niedergeschlagene verhalten.

Das Wissen um die psychomotorische Hemmung, die einen depressiven Menschen gleichsam mit der Schwerkraft zu Boden zieht und dort festhält, ist historisch tief verwurzelt. Es hat auch Eingang gefunden in den zentralen Begriff der Antriebsstörung. Nichtsdestotrotz werden in der aktuellen Diagnostik weniger die körpersprachlichen Zeichen der Antriebshemmung – die veränderte Psychomotorik –, sondern eher die kognitiven und affektiven Folgen der Antriebshemmung ins Zentrum gerückt. Konsequenterweise steht die Erforschung der Psychomotorik – auch wenn sie wieder vermehrt Aufmerksamkeit findet – insgesamt im Schatten kognitionspsychologischer und emotionsbiologischer Ansätze.

Ein anderes Bild ergibt sich, wenn Kliniker befragt werden. Gerade auch ältere und erfahrene Kliniker legen in ihrer Diagnostik und bei der Beurteilung des Krankheitsverlaufs oft grossen Wert auf psychomotorische Veränderungen. Auch wissen sie darum, dass eine psychomotorische Aktivierung oft vor der eigentlichen Stimmungsaufhellung zu beobachten ist. Solche klinischen Beobachtungen weisen darauf hin, dass die Psychomotorik für das Verständnis depressiver Zustände nicht nebensächlich ist.

5.2. Psychomotorische Hemmung und ihre Folgen

Die Sprachweisheit, die ein Gemütsleiden als depressiv bezeichnet, weil die betroffenen Menschen in ihren Verhaltensäusserungen einen niedergedrückten, schwer beweglichen Eindruck machen, bestätigt sich auch in klinischen Studien. Für den Nachweis psychomotorischer Hemmung und ihrer Folgen gibt es viele Belege.

5.2.1. Eingeschränkte Muskelkraft

Die Muskelkraft depressiver Menschen ist messbar eingeschränkt, vor allem betroffen sind die Streckmuskeln, die den Körper gegen die Schwerkraft aufrichten. Auch das Abstossen beim Gehen ist geschwächt, so dass der Gang kleinschrittiger und langsamer und die Gehstrecke kürzer werden. Diese Einschränkung der Muskelkraft normalisiert sich nach der Aufhellung der Depression.

5.2.2. Veränderungen von Mimik und Gestik

Von besonderem Interesse sind die psychomotorischen Veränderungen von Mimik und Gestik, weil sie grossen Einfluss auf die zwischenmenschlichen Beziehungen und die Reaktionsweise von Mitmenschen haben. Die Muskulatur um Mund und Augen sind umso starrer, je tiefer die Depression ist. Gerade das Spiel mit den Augenbrauen scheint in der Depression erschwert.

Depressive Menschen reagieren – in Abhängigkeit von der Depressionstiefe – vermindert auf mimische Botschaften ihres Gegenüber. Ihre mimische Reaktionsweise ist nicht grundsätzlich anders als die von Gesunden. Depressive Personen verfügen über das gleiche Repertoire, nur brauchen sie es – je nach Depressionstiefe – seltener und in abgeschwächter Weise. Ihr in depressivem Zustand verminderter Ausdruck normalisiert sich, sobald sich die Depression aufhellt.

5.2.3. Verlangsamung des Redeflusses

Ein anderer objektivierbarer Hinweis auf die generelle Aktivitätsverminderung depressiver Menschen ist die Verlangsamung ihres Redeflusses. Dabei zeigt sich die Hemmung weniger in der Zeit, die sie für das Sprechen eines Satzes oder einer Passage brauchen, als vielmehr in der sog. Sprechpausenzeit, die zwischen den einzelnen Aussagen verstreicht. Depressive Personen brauchen länger, um zu antworten bzw. mit einer Aussage einzusetzen. Diese Beobachtung verweist wie andere Befunde darauf, dass das Sprechen und Denken nicht grundlegend gestört ist, sondern das Innehalten bei einer Sprech- und Denkbewegung verlängert ist.

5.2.4. Veränderte Stimme

Auch die Modulation der Stimme, die vor allem durch die Anspannung der Stimmbänder erfolgt, ist bei depressiven Menschen charakteristisch verändert. Die Stimme verändert sich parallel zur Depressionstiefe. Mit zunehmender Depression gehen die Obertöne der Stimme verloren. Auch wird die Stimme monotoner und leiser.

Nicht zufällig verwendet die deutsche Sprache den gleichen Wortstamm für Stimme und Stimmung: Die „Stimmung“ leitet sich sprachgeschichtlich vom „Stimmen“ eines Instrumentes ab. Die deutsche

Sprache weiss offenbar um den Zusammenhang von emotionaler Gestimmtheit und stimmlichem Ausdruck.

5.3. Bedeutung der psychomotorischen Hemmung für Betroffene

Die Bedeutung dieses psychomotorischen „Angehaltenseins“ ist für betroffenen Menschen recht unterschiedlich. Nicht wenige sind besorgt, einen schlechten Eindruck auf andere zu machen, weil sie weniger lebhaft wirken.

Noch mehr als am äusseren Bild leiden viele depressive Menschen daran, dass sie ihrem Selbstbild hinsichtlich Leistungsfähigkeit, Reaktionsgeschwindigkeit und Flexibilität nicht mehr entsprechen können. Personen, die zu Pessimismus neigen und an ihrem Selbstwert generell zweifeln (sog. „depressive Persönlichkeiten“), werden durch die depressive Blockade besonders stark verunsichert. Auch Menschen, die eher aussengeleitet sind und auf die Bestätigung durch andere Personen besonders achten, haben mit dem Auftreten einer psychomotorischen Verlangsamung besondere Mühe, weil sie fürchten, auf andere weniger eingehen zu können oder anderen Menschen weniger zu Diensten stehen zu können. Ein besonders ordentlicher, gewissenhafter und genauer Mensch wird durch das Auftreten einer psychomotorischen Verlangsamung daran gehindert, seinen Verpflichtungen nachzukommen, den Haushalt oder das Geschäft in Ordnung zu halten, kurz, sein Leben wie gewohnt im Griff zu haben. Es ist mehr als verständlich, dass ein so ordentlicher und gewissenhafter Mensch, der sich zudem mit seiner gesellschaftlichen Rolle stark identifiziert, durch eine beginnende depressive Aktionshemmung gleichsam in seinem Wesenskern getroffen wird. Es ist denn auch schon 1961 vom Heidelberger Psychiater Hubertus Tellenbach herausgearbeitet worden, dass Menschen mit einer solchen Charakterstruktur, die er Typus melancholicus nannte, besonders schwere und rezidivierende Depressionen durchmachen. Leistungsorientierten und kulturellen Normen besonders stark verpflichtete Menschen laufen auch Gefahr, bei Auftreten einer depressiven Aktionshemmung vermehrt ins Grübeln zu geraten, weil sie ihre sozialen Verpflichtungen nicht mehr in gleichem Mass erfüllen können. Dass aber Grübeln und Hadern, neudeutsch Ruminieren, ein besonderes Risikopotential schwererer und länger anhaltender Depressionen sind, hat die Arbeitsgruppe um Frau Nolen-Hoeksema schon in den neunziger Jahren des letzten Jahrhunderts herausgearbeitet. Ein erhöhtes Depressionsrisiko tragen auch Frauen, die sich sozial verantwortlich fühlen und auf zwischenmenschliche Belastungen oft verletzlicher als Männer reagieren, und ganz speziell Frauen mit kleinen Kindern ohne partnerschaftliche Unterstützung (s. dazu auch [Depression und Geschlecht](#), S. 38). Sie geraten infolge ihrer herausfordernden Lebensumstände nicht selten in Erschöpfung und werden dadurch in ihrem Aktionsradius eingeschränkt. Da sie spüren, dass sie ihre Kinder infolge der Aktionshemmung nicht mehr so sorgfältig und mit gleich liebevoller Zuwendung betreuen können, laufen sie Gefahr, in einen Teufelskreis von depressiver Erschöpfung bzw. Aktionshemmung und Selbstvorwürfen zu geraten. Dadurch schaukelt sich aber ihre depressive Stimmungslage weiter hoch: Es kommt zu einer Depression über die Depressivität und schliesslich zu einer Depression über die Depression.

Dieses Hochschaukeln ist systematisch auf Seite 34 im [zirkulären Depressionsmodell](#) dargestellt und wird dort auch erläutert.

5.4. Ein bildlicher Vergleich

Metaphorisch kann die Depression – nach einem C.G. Jung zugesprochenen Bild – als „Dame in Schwarz“ vorgestellt werden. Wenn diese „Dame in Schwarz“ auf ihr erstes Anklopfen nicht angehört, sondern abgewiesen wird, kann sie böse werden. Sie zwingt dann die betroffene Person zum leidvollen und verzweifelten Stillhalten. Dazu benutzt sie raffinierte Mittel emotionaler, kognitiver und psychomotorischer Art. Mit Hoffnungslosigkeit, Denkhemmung und Kraftverlust unterbindet sie jeglichen Fluchtversuch.

Gleichzeitig plagt sie den Menschen mit innerer Unruhe und psychischem Schmerz, so dass er sie auch gegen seinen Willen zur Kenntnis nehmen muss. Aus der „Dame in Schwarz“ ist ein Monster geworden, das den Menschen wie einen Gefangenen mit seinen Fangarmen festhält. Spätestens jetzt wird eine Therapie nötig. Depressionsbehandlung heisst aber immer auch Anerkennung dieses unwillkommenen und schliesslich lähmenden Gastes. Um seine mögliche Rückkehr zu verhindern, ist es hilfreich, nicht nur sein Erscheinungsbild zu kennen, sondern auch seine allfällige Botschaft zu hören.

6. Depression und Sinnfrage (↑)

Der folgende Artikel datiert aus dem Jahr 1998. Heute würde ich stärker zwischen Deprimiertheit und Depression unterscheiden und Depression als dysfunktionelle Komplikation von Deprimiertheit verstehen (vgl. Zirkuläres Depressionsmodell, S. 33). Auch wenn ich manches heute anders formulieren würde, sind im Text Grundaussagen enthalten, die nach wie vor aktuell sind, insbesondere die Kritik an einer ausschliesslichen Pathologisierung des depressiven Geschehens. So wird bis heute meist übersehen, dass Deprimiertheit nicht sinn- und zwecklos ist, auch wenn sich daraus eine behindernde Krankheit entwickeln kann.

6.1. Kann Depression auch Sinn machen?

Ein älterer Arzt, der bei mir in Behandlung stand, sagte zu mir: "Ich habe in meinem Leben viel durchgemacht. Ich habe aber noch nie so gelitten, wie in meiner Depression." In der Tat: Der betreffende Mann hatte ein körperliches Leiden, das sein Gesicht zunehmend entstellte und ihn schliesslich erblinden liess. Trotzdem litt er, nach seinen eigenen Worten, mehr an seinen depressiven Symptomen als an seiner körperlichen Erkrankung. Von seiner Depression genesen, aber völlig erblindet und auf die Unterstützung seiner Frau angewiesen, fügte er hinzu: "Ich kann mir nichts schlimmeres vorstellen, als nochmals durch die Hölle der Depression zu gehen."

Von vielen anderen Menschen habe ich ähnliches gehört. Die depressive Zeit wurde von vielen als die schlimmste in ihrem Leben bezeichnet. Wie kann man sich angesichts solcher Berichte fragen, welchen Sinn eine Depression mache?

6.1.1. Die Bedeutung der Bewertung depressiven Erlebens

Es gibt mehrere Gründe. Zum einen fragen depressive Menschen oft selber nach dem Sinn ihrer Erkrankung. Sie tun dies vor allem, wenn es ihnen wieder besser geht. In tiefster Depression sind sie

gleichsam von Sinnlosigkeit umstellt. Solange sie schwer leiden, ist die Frage nach dem Sinn einer Depression eine Provokation. Zum anderen: Depressive Menschen leiden nicht nur an ihrem Zustand, sondern auch daran, wie sie ihre depressive Erstarrung beurteilen und wie die Umwelt ihren Zustand einschätzt. Deshalb macht es einen Unterschied, ob eine Depression nur negativ als Störung bewertet wird, oder ob sie umgekehrt potentiell auch Sinn machen kann. Viele depressive Menschen fühlen sich nicht nur durch die Depression blockiert, sondern sie fühlen sich darüber hinaus auch verurteilt, dass sie mit einer Depression zu kämpfen haben. Sie wehren sich gegen die depressive Erstarrung, weil nicht sein kann, was nicht sein darf. Je mehr sie sich aber innerlich aufbäumen und sich gegen ihre Kraftlosigkeit zur Wehr setzen, desto stärker leiden sie an ihrem Zustand.

Als sensible Menschen nehmen Depressive die (vor allem früher vorhandene) gesellschaftliche Stigmatisierung psychischer Probleme noch stärker wahr, als sie heute allenfalls vorhanden ist. Sie empfinden sich als Versager, die die geforderte Leistung nicht erbringen. Dabei spielt die negative Bewertung der Depression, wie sie sich geschichtlich durch die Jahrhunderte weit zurückverfolgen lässt, eine Rolle. Die wenig verständnisvolle Einstellung depressiven Menschen gegenüber hat auch damit zu tun, dass depressives Erleben historisch vor allem als Störung - als Defizit - beurteilt wurde. Im Mittelalter wurde die Depression - oder Akedia, wie eine damals vorkommende depressive Leidensform genannt wurde - sogar als Todsünde diffamiert.

Aber auch heute noch werden depressive Menschen auf verstecktere Weise, selbst in Psychologie und Psychiatrie, allzu häufig abgewertet. So vermutet man bei Depressiven vorschnell abhängige oder unreife Persönlichkeiten. Man liest zum Beispiel bei Rado (1968), dass depressive Menschen "an ihren Objekten (sprich Partnern) wie Blutsauger kleben und sie aussaugen, als wollten sie sie völlig verschlingen". Oder man verbindet Depressionen mit biologischen Defekten und sieht in depressiven Menschen Personen, die genetisch falsch programmiert sind oder eine durch Psychopharmaka zu kompensierende Stoffwechselstörung aufweisen. Peter D. Cramer geht in seinem amerikanischen Bestseller "Listening to Prozac" noch einen Schritt weiter und reduziert nicht nur den depressiven Zustand, sondern die ganze Lebensweise von Menschen, die mit Depression kämpfen, auf eine Serotoninstoffwechselstörung. Selbst die Lustlosigkeit von Romanfiguren, wie etwa von Camus' Fremdem oder Goethes Werther, werden von Cramer auf eine Serotoninstörung zurückgeführt.

Gegen diese abwertende Einstellung, die zu depressivem Leiden noch soziale Abwertung fügt, haben immer wieder Denker (wie Sören Kierkegaard oder Arthur Schopenhauer etc.) und Dichter (wie Reinhold Schneider oder Blaise Pascal) ihre Stimme erhoben. Am berühmtesten ist die Aristoteles zugeschriebene Aussage, die aber von Theophrast stammt, geworden: "Warum erweisen sich alle aussergewöhnlichen Männer in Philosophie oder Politik oder Dichtung oder den Künsten als Melancholiker - und zwar ein Teil von ihnen so, dass sie sogar von krankhaften Erscheinungen ergriffen werden?" Melancholie - als griechische Bezeichnung für eine besondere Depressionsform - wurde in der Schule des griechischen Philosophen Aristoteles nicht mehr als Fluch betrachtet, sondern als Auszeichnung. Auch christliche Mystiker - wie Johannes vom Kreuz - haben später vereinzelt depressiv anmutende Zustände, die sie als "dunkle Nacht" beschrieben, als Durchgangsstadium zur „unio

mystica“, zur mystischen Einheit und Erkenntnis beschrieben. Sie haben übrigens die Depression keineswegs idealisiert, sondern sie im Gegenteil als etwas äusserst bitteres dargestellt. Aber diese Mystiker haben auch versucht, die Depression nicht nur aus dem Moment heraus negativ zu werten, sondern sie in einen grösseren Zusammenhang zu stellen und als Strecke zu einem Ziel zu betrachten: als Tunnel, der zum Licht führt.

6.1.2. Persönliche Erfahrungen von Depressiven

Eine ähnliche Einschätzung habe ich auch bei vielen, überhaupt nicht mystisch eingestellten Patientinnen und Patienten angetroffen. Manche berichteten mir, wie die Depression sie verändert habe. Für die einen war eine Depression Anlass, die bisherige Lebenshaltung zu überdenken. Andere erzählten mir, dass die Depressionszeit, von der auch ihr Partner mitbetroffen war, zu einer Stärkung ihrer Paarbeziehung geführt oder wie ein Härtetest für ihre Ehe gewirkt habe. Ein älterer akademischer Lehrer hat mir kürzlich eindrücklich dargelegt, dass er durch die Depression hindurch zur Erfahrung und zur Einsicht gekommen sei, dass ihn letztlich auch vom nächststehenden Menschen etwas trenne. Er hatte vor der Depression zur grösstmöglichen Übereinstimmung mit seiner Frau tendiert. Es sei ihm klar geworden, dass ihn seine Nächsten im tiefsten depressiven Erleben nicht verstehen könnten. Was er in tiefster Nacht durchgemacht habe, gehöre ihm ganz allein. Die Depression verhalf ihm, nach seinen eigenen Worten, zu einer Art "Individuation", also zur Entdeckung seines eigenen, auch Schattenseiten enthaltenden Selbst. Eine solche Entwicklung ist keineswegs die Regel, aber eine seltene Möglichkeit.

Depressive Menschen haben mich auch darauf aufmerksam gemacht, dass das Auftreten erster Symptome einer depressiven Verstimmung als Warnsignal verstanden werden kann. So berichtete mir eine Medizinerin, die schon mehrere Depressionen durchgemacht hat, dass sie erste Anzeichen einer Depression - etwa frühes Erwachen, Antriebsarmut und eine leichte Konzentrationseinbusse - als Zeichen interpretiere, dass sie sich derzeit wieder mit Verpflichtungen übernehme. Sie frage sich dann, womit sie sich belaste. Sie mache oft die Erfahrung, dass sie sich in solchen Momenten allzu ehrgeizig auf ihre Pläne oder Aufgaben ausrichte und sie versuche dann bewusst, "einen Gang zurückzuschalten". Bisher hätte dieses Vorgehen bei ihr weitere schwerere depressive Dekompensationen verhindert. Vielen anderen Menschen, die mit Depressionen kämpfen, ist ebenfalls bewusst, dass ein enger Zusammenhang zwischen Selbstüberforderung und Depression besteht. So sagte mir eine depressive Frau: "Wenn ich nur verzichten könnte! Aber mein Wille wird mir zum Problem. Ich habe Depressionen immer nur dann bekommen, wenn ich mich überfordert habe."

Interessanterweise machen neuerdings vor allem Therapeutinnen und Autorinnen auf die Möglichkeit aufmerksam, dass eine Depression im günstigen Falle Ausgangspunkt für neue persönliche Entwicklungen sein kann. So schreibt die amerikanische Psychologin Ellen McGrath unter dem vielsagenden Titel "Wenn es gut ist, sich schlecht zu fühlen": "Für mich führte der Prozess, (psychischen) Schmerz zuzulassen und darauf zu antworten, schliesslich zu einer Befreiung von depressiven Gefühlen, die ich nie für möglich gehalten hätte." Und sie fährt fort: "Es gibt Zeiten, in denen es vollkommen gesund und normal ist, depressiv zu sein, speziell für Frauen in unserer Kultur." Entsprechend hat

Ellen McGrath den Begriff einer "gesunden Depression" entwickelt, die sie von "ungesunden und behandlungsbedürftigen Depressionen" abgrenzt. Ähnlich unterscheidet auch die Psychoanalytikerin Emmy Gut zwischen "produktiven" und "unproduktiven" Depressionen. Unterstützt von John Bowlby, einem der herausragendsten Psychiater der 2. Hälfte des 20. Jahrhunderts, sieht Emmy Gut in der Depression einen vitalen Prozess am Werk, der entweder nützlich oder schädlich sein könne. Sie ist der Auffassung, dass im depressiven Zustand ein Scheitern oder eine Verlustsituation verarbeitet werden könne, indem die Depression zur Ruhe zwingt und gleichzeitig die Möglichkeit gebe abzuwarten, was aus dem Unbewussten hochsteige. Wo dem Betreffenden aber eine produktive Depressionsarbeit misslinge, stünde die Gefahr einer unproduktiven Depression im Raum.

In manchen Autobiografien, gerade auch von Künstlern, findet sich die analoge Erfahrung wiedergegeben, dass in depressiven Zeiten Altes zurückgelassen wird und dadurch neue Wege beschritten werden können. Der Schweizer Schriftsteller Ludwig Hohl findet dafür ein einprägsames Bild: „Zu Zeiten muss jeder den Schritt über jenen Ort hin tun, wo alles momentweise in Frage gestellt ist (was der Grund ist all unserer Depression), den Schritt über Abgrundstege des Gebirges. Das Neue ist noch nicht, das Alte ist nicht mehr; über eine Kluft zwischen zwei Felswänden gehst Du, fest war der Fels hinter Dir und sicher wird einmal der neue sein, aber nun ist unter Deinen Füßen die Leere.“ Ludwig Hohl geht sogar soweit zu postulieren, dass Depressivität ein obligater Begleiter des Schöpferischen sei, zwar nicht als Quelle des Neuen, aber als Durchgangsstadium bei Grenzüberschreitungen, die Altes zurücklassen und Neues ermöglichen. Er sieht im depressiven Zustand günstigenfalls eine Brückenfunktion, die dazu verhilft, eine gefährlich wirkende Leere erstarrend auszuhalten, so dass ein Übergang von einer zurückgelassenen zu einer neuen Lebensbasis möglich wird.

Was ich bisher dargelegt habe, sind persönliche Meinungen und Erfahrungen. Lassen sich aber auch theoretische Überlegungen und empirische Untersuchungen anführen, die die Sinnfrage stützen?

6.1.3. Ein organismisches Modell

Ich habe in meinem Buch „Welchen Sinn macht Depression?“ versucht, Argumente dafür zusammenzustellen, dass die Depression als grundlegende menschliche Möglichkeit verstanden werden kann, auf überwältigende Not schutzsuchend zu reagieren. In der Evolutionsgeschichte hat sich die depressive Reaktionsform durchgesetzt, als sich die Menschen vermehrt in immer komplexer werdenden kulturellen und sozialen Verbänden zusammenschlossen. Heute kann man davon ausgehen, dass praktisch alle Menschen aufgrund einer angeborenen Verhaltensmöglichkeit depressionsfähig sind, d.h. dass jeder Mensch eine Depression entwickeln kann. Nicht jeder Mensch hat aber das gleiche Risiko, depressiv zu werden. Die Auslösung einer Depression hängt von seinen Lebensumständen und von seiner biografisch und genetisch bedingten Disposition ab.

Neben evolutionären Überlegungen weisen auch biologische und soziale Befunde darauf hin, dass das bio-soziale Grundmuster der Depression eine Art „vita minima“, einen energetischen Sparzustand, darstellt, in dem viele vitale Prozesse eines Menschen gebremst ablaufen. So sind mentale Abläufe (z.B. Denken, Erinnern) gehemmt, Bewegungsabläufe sowie viele weitere psychobiologische Funktio-

nen sind verlangsamt. Das bio-soziale Grundmuster führt zu einer Ruhigstellung des ganzen Menschen und damit zu einem sehr kräfteschonenden und vorsichtigen Verhalten. Auch wenn für Betroffene die Logik dieser Erstarrung meist nicht einsehbar ist, weil sie ohne ihr Zutun auf organismischer Grundlage – gewissermassen als Einschaltung eines bio-sozialen Verhaltenssystems – erfolgt, kann dieses Reaktionsmuster durchaus eine Schutzfunktion haben. Oder in den Worten Nitzsches: „Weil man zu schnell sich verbrauchen würde, wenn man überhaupt reagiert, reagiert man gar nicht mehr... Lebenserhaltend unter den lebensgefährlichsten Umständen ist die Herabsetzung des Stoffwechsels ...eine Art...Winterschlaf.“

Bestimmte Aspekte dieses bio-sozialen Grundmusters der Depression sind auch im Tierreich beobachtbar. So verhalten sich höhere Tiere in aussichtsloser Situation - z.B. Jungtiere bei Trennung von ihrer Mutter oder der Herde - ähnlich wie depressive Menschen. Sie erstarren und zeigen biochemische Veränderungen, die in gleicher Weise bei depressiven Menschen gefunden werden. Dabei handelt es sich etwa um hormonelle Umstellungen (z.B. ein Anstieg von Cortisol) wie auch um depressionstypische Veränderungen von Hirnstrommustern als Zeichen einer veränderten Aktivität bestimmter Hirnzentren (bei Primaten).

Eine solche Beschreibung des bio-sozialen Grundmusters einer Depression lässt die Wertung des Geschehens offen. Sie geht nicht von der Vorstellung aus, dass depressive Menschen an einem Defizit leiden, sondern von einer grundlegenden und allgemeinmenschlichen, wenn auch bei den einzelnen Menschen unterschiedlich ausgeprägten Disposition, unter bestimmten Umständen depressiv reagieren zu können.

Warum ist mir diese Feststellung wichtig? Weil ich das bio-soziale Grundmuster der Depression, wie es auch im Tierreich teilweise zu beobachten ist, nicht für das Ganze der menschlichen Depression halte und es mir entscheidend scheint, wie das der Depression zugrundeliegende Geschehen von einem betroffenen Menschen bewertet wird. Dabei wird diese Wertung immer von den kulturellen und wissenschaftlichen Strömungen einer Zeit beeinflusst sein.

Die Grundfrage an ein wissenschaftliches Modell der Depression ist eine erkenntnistheoretische. Bildet das Modell die Wirklichkeit ab? Wird das subjektive innere Erleben, die Selbstwahrnehmung der betroffenen Menschen, genau so ernst genommen, wie die objektiven körperlichen und zwischenmenschlichen Veränderungen, die mit einer Depression einhergehen?

In der modernen biologischen Psychiatrie wird versucht, den Zusammenhängen zwischen mind and brain, zwischen Geist und Gehirn, zwischen dem Erleben und Verhalten eines Menschen als Subjekt und den Vorgängen im zentralen Nervensystem des Objektes Mensch nachzuspüren. In der Regel werden diese Zusammenhänge einseitig im Sinne einer Einbahnstrasse interpretiert. Das Gehirn bestimmt den Geist. So wird beispielsweise aus Veränderungen bestimmter Hirnaktivitäten im Zustand der Depression auf eine pathologische Funktion dieser Hirnareale als Ursache depressiven Geschehens geschlossen.

Das Erleben der Depression und insbesondere die Deutung des objektivierbaren bio-sozialen Grundmusters durch den betroffenen Menschen wird damit aber weder vollständig abgebildet noch gar verständlich erklärt. Vielmehr wird die persönliche Stellungnahme des betroffenen Subjektes zu einer objektivierbaren Veränderung übergangen und als unbedeutende Nebenerscheinung beurteilt.

Persönlich bin ich der Überzeugung, dass bei psychischen Leiden wie der Depression die Bewertung bzw. die subjektive Sinnggebung des eingetretenen Zustandes ebenfalls von ausschlaggebender Bedeutung für die Krankheitsentwicklung und deren Bewältigung ist. So hat man in Verlaufsuntersuchungen nachweisen können, dass die Depressionsprognose mit der Beurteilung der Depression durch die Betroffenen im Zusammenhang steht. Ungünstige Depressionsverläufe gehen sehr häufig mit der Überzeugung einher, das depressive Geschehen sei destruktiv, irreversibel und durch die Betroffenen völlig unbeeinflussbar. Umgekehrt ist die Bewertung der Depression als vorübergehende Blockade, die indirekt über therapeutische und Selbsthilfemassnahmen beeinflussbar ist, mit einer günstigen Prognose korreliert. Selbstverständlich ist bei solchen statischen Zusammenhängen auch zu berücksichtigen, dass die Schwere eines Krankheitszustandes die Bewertung der Problematik beeinflusst. Es ist sehr wohl verständlich, dass schwerer Depressive dazu neigen, die Erkrankung eher ungünstig zu sehen - und sich damit auch vor überhöhten eigenen und fremden Erwartungen schützen. Es muss sich dahinter kein falsches Denken verstecken, wie überhaupt vor Pathologisierungen und Abwertungen der Selbstwahrnehmung depressiver Menschen zu warnen ist.

Was ich hier ansprechen will, ist etwas anderes: Es geht mir darum, die Bedeutung der Sinnggebung durch einen betroffenen Menschen hervorzuheben, da es mir nicht möglich scheint, dass sich Menschen der Wertung einer aufgetretenen depressiven Blockade entziehen können.

Das bio-soziale Grundmuster der Depression ist schwer zu ertragen, weil die davon betroffenen Menschen ihren Zustand wach und klar beobachten. Arthur Schopenhauer, der selber schwermütig war, sieht die Problematik von depressiven Menschen gerade darin, dass sie ihr Leiden umso klarer und schmerzhafter wahrnehmen, je wacher ihr Bewusstsein sei. Vielen Depressiven macht vor allem zu schaffen, dass sie im Zustand der Depression bei erhaltenem Bewusstsein nicht mehr fühlen können, was ihnen vorher selbstverständlich war. Sie empfinden sich in ihren menschlichen Möglichkeiten beschränkt und von der Zukunft wie abgeschnitten.

Es ist müssig zu fragen, ob es eine Depression ohne bewusstes Erleben überhaupt geben kann. Zum einen basiert die Diagnose der Depression auf den selbst empfundenen und selbst wahrgenommenen Veränderungen des Empfindens, Denkens und Fühlens. Zum andern wäre ein Mensch, der in seinem Wachzustand an einer Depression leidet, im bewusstlosen Zustand gerade von seiner Depression befreit, selbst wenn er weiterhin die körperlichen Veränderungen aufwiese, die sich bei depressiven Menschen finden lassen.

Derzeit betont die Psychiatrie das Defizitäre und Destruktive des depressiven Leidens, ohne zwischen biologischer Blockade und psychologischem Erleben und Bewerten zu differenzieren. Sie geht dabei

von schweren Depressionszuständen aus, bei denen in der Tat die depressive Entwicklung oft bereits so weit fortgeschritten ist, dass die depressive Botschaft nurmehr als Vorwurf verstanden werden kann und eigene Bewältigungsmöglichkeiten äusserst eingeschränkt sind. Solche tiefen Depressionen machen es auch fast unmöglich, die biologische von der psychologischen Dimension zu trennen, weil die einzelnen Einflussfaktoren sich zu einer schwer fassbaren Konstellation ineinander verzahnt haben.

6.1.4. Psychosoziales Grundmuster ohne Depression

Dennoch gibt es gute Gründe, das bio-soziale Grundmuster nicht mit einer eigentlichen Depression gleichzusetzen. So kennt die Psychiatrie schon lange Zustände, die sie als „depressio sine depressione“ bezeichnet, frei übersetzt als depressionsähnliche Blockadezustände ohne depressives Leiden. Eine Patientin hat mich kürzlich mit der Mitteilung überrascht, dass sie in den letzten Wochen zwar anhaltend blockiert gewesen sei, aber nur tageweise an einer Depression gelitten habe. Sie unterschied spontan einen Zustand des Initiierungsverlustes, der psychosozialen Blockade, von einem depressiven Leidenszustand, der für sie nur zeitweise zur anhaltend erlebten Blockade hinzukam. Nach meiner Überzeugung ist diese Differenzierung nicht nur akademisch, sondern essentiell.

Im Falle der zitierten Patientin war es in der Folge möglich, ihre Bewertung der Blockade genauer zu studieren. Sie hatte eine äusserst schwere depressive Episode von mehrjähriger Dauer durchgemacht. Während der ganzen Depressionszeit ging sie davon aus, dass sie an einer Stoffwechselstörung leide, die nur durch äussere Eingriffe zu durchbrechen sei. Als hochdosierte medikamentöse und andere Therapien keine Linderung brachten, war die Patientin umso mehr überzeugt, dass sie an einer unheilbaren, irreversiblen und destruktiven Krankheit leide. Sie unternahm zwei schwerste Suizidversuche.

Im Rahmen einer stationären Therapie konnte die Patientin zuerst von inneren und äusseren Anforderungen entlastet werden. Im Rahmen der Klinik lebte sie in einem Schonraum, der ihr nicht täglich die häuslichen Verpflichtungen und die Ansprüche von Angehörigen vor Augen führte. Die Anwendung einer Infusionstherapie, d.h. die Applikation eines antidepressiven Medikamentes per Tropfinfusion, erweiterte diesen Schonraum, indem ihr diese Therapie das Recht gab, ohne Selbstvorwürfe auch tagsüber stundenweise untätig zu sein. In der Folge wurde die Patientin schrittweise zu umschriebenen und zeitlich begrenzten Tätigkeiten und Beschäftigungen ermutigt. Dabei konnte sie erfahren, dass sie - entgegen ihrer Selbsteinschätzung - trotz depressiver Blockade noch zu bestimmten Leistungen fähig war. Diese Erfahrung wurde geduldig gestützt, und durch weitere kleine Aufgaben gefördert. Als sich die Patientin nach mehreren Wochen stundenweise etwas besser fühlte, wurde versucht, in diesen Aufhellungszeiten über die Bedeutung zu sprechen, die sie der depressiven Blockade zumass. Es zeigte sich, dass die Patientin mit der Blockade schwerwiegende Zukunftsängste verband. Insbesondere befürchtete sie den Verlust ihres Mannes und ihrer Kinder. Gleichzeitig erlebte sie sich durch die Blockade gegenüber ihren Mitmenschen zurückgesetzt, ja wertlos. Nach und nach berichtete sie allerdings auch davon, dass es eigentlich ganz erstaunlich sei, was sie in den letzten Jahren durchgestanden habe. Sie könnte darauf im Grunde genommen auch stolz sein. Schliesslich

stellte sie fest, die Depression habe ihr Wertsystem verändert. Ihr äusseres Erfolgsstreben sei an der depressiven Blockade gebrochen. Sie beurteile die Mitmenschen, aber auch sich selber, heute weniger nach dem Erfolg, als nach ihrer menschlichen Reife. Schliesslich meinte sie überraschend, mit der anhaltenden Blockade könnte sie - wenn auch mit Mühe - auf Sparflamme leben. Wenn nur die Selbstverachtung und der damit zusammenhängende psychische Schmerz nicht erneut auftreten würden. Damit war es ihr möglich, zwischen Selbstinfragestellung einerseits und depressiver Blockade andererseits klarer zu trennen und ihre Selbstwertproblematik nicht mehr durchgehend mit der bio-sozialen Blockade zu verbinden. Das blockierende bio-soziale Grundmuster wurde für sie zu einem körperlichen Zustand, mit dem sie sich nicht mehr voll identifizierte. Indem sie die depressive Hemmung als etwas Vorhandenes und Begrenzendes, aber nicht mehr als das ihr Eigentliche und sie Bestimmende betrachtete, verlor es an Macht über sie. Die Patientin konnte nun vermehrt, um ein Novaliswort zu brauchen, „gegenexperimentieren“. Sie war bereit zu prüfen, was sie mir ihren eingeschränkten Möglichkeiten noch unternehmen und durchführen konnte. Sie verstand sich nicht mehr nur als Kranke, sondern vermehrt als Mensch mit einer definierten Begrenzung. Damit aber war ein Teufelskreis durchbrochen, der sich nach meiner Erfahrung in der Depressionsentwicklung nahezu regelmässig beobachten lässt.

6.1.5. Teufelskreis der Depressionsentwicklung (Depression über die Depression)

Als Auslöser einer ersten depressiven Episode lassen sich sehr häufig nicht bewältigbare Stresssituationen nachweisen, sei es ein Partnerverlust, der einen Menschen überwältigt, seien es anhaltende Belastungen in einer Beziehung oder im Beruf, seien es innere Ängste oder Zwänge, die die Abwehrkräfte eines Menschen erschöpfen. Solche nicht bewältigbaren Stresssituationen gehen mit einer körperlichen Umstellung einher, wie ich sie als bio-soziales Grundmuster der Depression beschrieben habe. Diese körperlichen Veränderungen führen zu einem Abbremsen vieler mentaler, psychomotorischer und vegetativer Vorgänge, so dass ein betroffener Mensch verlangsamt ist und sich in seiner Leistungsfähigkeit eingeschränkt fühlt. Sehr häufig verbindet sich nun - wie bei der zitierten Patientin - das Auftreten eines solchen bio-sozialen Grundmusters mit einer psychologischen Gegenwehr. Insbesondere Menschen, die sich selber wenig zutrauen oder ihr Selbstwertgefühl in ausgeprägter Weise auf Tüchtigkeit, Gewissenhaftigkeit oder äussere Anerkennung abstützen, fühlen sich durch die aufgetretene bio-soziale Blockade in Frage gestellt. Konsequenterweise versuchen sie alles, um diese Blockade zu überwinden. Leider vermögen sie aber in der Regel die gezogene Notbremse des Körpers nicht zu überwinden. Ihre Gegenwehr führt zu neuen Enttäuschungen. Damit wird aber auch die Stressreaktion verstärkt, die der bio-sozialen Blockade zugrunde liegt. Es entwickelt sich gleichsam eine Depression über die Depression, ähnlich wie die Angst vor der Angst eine Angstreaktion vergrössern kann.

Indem es unserer zitierten Patientin gelang, dem bio-sozialen Grundmuster, dieser Initiierungshemmung, eine neue Bewertung zu geben und sich deswegen nicht - oder nicht mehr so sehr - in Frage zu stellen, vermied sie auch die weitere Verstärkung dieses regelkreisähnlichen Vorgangs. Sie stellte überrascht fest, dass die bio-soziale Blockade nach und nach an Stärke verlor. Bis zum Wendepunkt dieser Entwicklung war die Patientin zuerst mit ihrer ganzen starken Persönlichkeit gegen die bio-

soziale Blockade angerannt und hatte sich Enttäuschung um Enttäuschung eingehandelt. Auch als sie nicht mehr die Kraft gefunden hatte, sich willentlich zu wehren und nach aussen hin resigniert erschien, lehnte sie innerlich die Blockade verschämt ab. Konsequenterweise war es ihr auch lange Zeit nicht möglich, sich mit kleinen Aktivitäten zufriedenzugeben. Im Kampf gegen das depressive Grundmuster gab es für sie nur Sieg oder Niederlage, alles oder nichts.

Erst die Neubewertung des bio-sozialen Grundmusters trug - über eine Art Entkatastrophierung - zur Entspannung der Situation bei. Sie ermöglichte der Patientin auch eine produktivere und flexiblere Auseinandersetzung mit ihren verbliebenen Möglichkeiten. Indem sie die Blockade akzeptierte, vermochte sie auch zu prüfen, was trotz dieser aktuellen Behinderung für sie noch möglich und lebenswert war. Damit verlor die Depression ein Stück ihrer Allmacht. Aus der Herrscherin Depression, die die Patientin ganz in Beschlag nahm, wurde ein Zustand, an den sich die Patientin anzupassen versuchte, ohne sich dabei selber aufzugeben. Nicht die Krankheit, sondern sie selber entschied nun über den Sinn ihres Handelns.

Man könnte auch sagen: Aus einem kranken Menschen wurde ein Mensch mit einer Krankheit.

Das gewählte Beispiel zeigt allerdings auch auf, dass eine Neubewertung des bio-sozialen Grundmusters, das der Depression zugrunde liegt, oft eines langen schmerzhaften Prozesses sowie günstiger Umstände bedarf. Eine solche Neubewertung kann weder erzwungen noch herbeigeredet werden. Wo aber im Umfeld von Betroffenen eine globale Pathologisierung und Stigmatisierung des depressiven Geschehens vorherrscht und wo sozial-darwinistisch geprägte Wertevorstellungen einer Leistungsgesellschaft die Akzeptanz einer depressiven Blockade erschweren, sind die Bedingungen für eine schrittweise Annäherung an die depressive Dynamik für die Betroffenen ungünstig.

Was Depressive brauchen ist weder Belehrung noch Vertröstung, weder Aufmunterung noch Kritik. Ratschläge sind meistens Schläge. Depressive brauchen Verständnis, Anerkennung und Hoffnung. Sie benötigen Verständnis für ihre Situation, Anerkennung in ihrem Ringen und Hoffnung auf ein Leben ohne Depression. Selbstverständlich benötigen schwerer Depressive in der Regel auch eine gezielte medizinische Therapie.

Depressive sehnen sich nach einer mitmenschlichen Begleitung. Viele wünschen sich Geborgenheit und dass man an sie glaubt. Sie unterscheiden sich darin nicht von andern Menschen, ausser dass sie aus ihrer Situation heraus besonders viel Glauben, Hoffnung und Liebe benötigen.

Die Hauptschwierigkeit im Zusammenleben mit Depressiven liegt darin, dass letztere den Glauben an sich selbst verloren haben, dass sie hoffnungslos sind und dass sie ihre Liebe weder andern zeigen, noch selber fühlen können. So wird das Begleiten von Depressiven über lange Strecken zur Einbahnstrasse. Es löst Ärger, Enttäuschung und Hilflosigkeit aus. Es trübt die Stimmung und führt zur defensiven Selbstrechtfertigung und Kritik an andern. Auch diese Herausforderung gehört zur Depression.

Depressive befinden sich nicht nur selber in einer Grenz- und Übergangssituation. Sie vermitteln auch andern ihre Hilfs- und Hoffnungslosigkeit. Sie führen auch andere an ihre Grenzen.

Wo liegt da der Sinn? Es gibt keinen Sinn, ausser jenem, den wir uns selbst zulegen. Nicht der psychische Schmerz adelt uns, wir adeln den psychischen Schmerz. Voraussetzung dazu ist allerdings, dass wir uns durch das Leiden nicht anhaltend in Frage stellen lassen. „Wer ein Warum zum Leben hat, erträgt fast jedes Wie“ (Nietzsche). Wer hingegen psychischen Schmerz in keinem Zusammenhang mit dem Lebensganzen sieht, gleicht dem Gefangenen, der nur die behindernde Zelle wahrnimmt. Sinngebung setzt das Annehmen einer Situation voraus. Nur wer annimmt - und nicht einfach resignierend hinnimmt - kann nach einem sinnmachenden Verständnis suchen. Der Sinn kann in einem Dennoch, in einer Wertvorstellung, in einer getroffenen Wahl liegen. Der Sinn kann für einen Angehörigen auch in der Überzeugung begründet sein, dass einem notleidenden Partner zu helfen ist.

6.1.6. „Lerne, mit dem Schmerz zu denken“

„Lerne, mit dem Schmerz zu denken“. Diese paradox erscheinenden Worte finden sich in einem Buch von Maurice Blanchot zum Holocaust. Der psychische Schmerz der Depression kann grausam sein. Er geht mit einer Blockade einher, die den Fluss des Denkens und die Entschlussfähigkeit beeinträchtigt. Trotzdem ist der Satz Blanchot's „Lerne, mit dem Schmerz zu denken“ oft das Einzige, was Depressiven und ihren Mitbetroffenen noch offen bleibt. Wenn kämpferische Abwehr ebenso wie resignierte Hinnahme an der Fortdauer des depressiven Schmerzes gescheitert sind, kann nur noch entlang des psychischen Schmerzes und unter Anerkennung der depressiven Blockade weiter gedacht und weiter gelebt werden. Dann kann es gelingen, dass aus der unsäglichen Schwere und aus der dunklen unfassbaren Masse, die einen depressiven Menschen niederdrückt, eine Gestalt mit einer wahrnehmbaren Konfiguration, mit einem Gesicht, wird, das man erfassen und als eigenes Gegenüber verstehen lernen kann. In diesem Sinne hat das schöne, C.G.Jung zugeschriebene Wort eine gewisse Berechtigung: „Die Depression ist gleich einer Dame in Schwarz. Tritt sie auf, so weise sie nicht weg, sondern bitte sie als Gast zu Tisch und höre, was sie zu sagen hat.“

Aber nicht nur die von Depressionen Betroffenen und Mitbetroffenen müssen oft mühsam lernen, mit dem psychischen Schmerz und nicht gegen ihn zu denken. Wir alle haben uns damit auseinanderzusetzen, welche Bedeutung wir der Depression zuordnen. Trotz aller Abwehrversuche, trotz Verleugnung und Wegschauen, trotz aller wissenschaftlicher Fortschritte und trotz immer selektiver wirkender Medikamente scheinen depressive Leidensformen heute häufiger - und vermehrt chronisch - zu werden. Alles weist darauf hin, dass der technokratisch eingeschlagene Weg der Depressionsisolierung und -bekämpfung im Sinne eines ausschliesslich organischen Krankheitsverständnisses nicht genügt, der Depression gerecht zu werden. Wir haben wohl keine andere Wahl: Wir können das depressive Geschehen nicht aus der kulturellen Bewertung und aus sozialen Zusammenhängen herauslösen. Wie ein Magnet zieht jede ungelöste Zwangslage depressives Leiden an. Jede Depression hat eine zwischenmenschliche und soziale Dimension. Was unsere Zeit, was wir von Depressionen denken und halten, fließt unbesehen ins depressive Geschehen ein, bis zu dem Punkt, dass Menschen sich lieber eine Treppe hinunterstürzen, um sich Frakturen zuzuziehen, als dass sie sich zu ihrer De-

pression bekennen. Es liegt letztlich an uns allen zu verhindern, dass aus vorübergehenden Blockaden ein Nährboden für anhaltende Scham- und Schuldgefühle entsteht. Es liegt an uns, die Depression menschlicher zu machen und Entwicklungen zu vermeiden, die dazu beitragen, dass Menschen bei Auftreten von depressiven Blockaden infolge gesellschaftlicher Stigmatisierung schwerer leiden, als durch die depressive Blockade allein.

7. Depression und Geschichte [\(↑\)](#)

7.1. Gesundheits- und krankheitsorientierte Behandlungsansätze in der Geschichte

7.1.1. Allgemeines

Depressiv ist ein Wort des 20. Jahrhunderts. Es leitet sich vom französischen „dépressif“ ab, was so viel wie niederdrückend meint. Wenig älter ist der deutsche Ausdruck Depression, der ebenfalls ein französisches Lehnwort darstellt und die lateinische Wurzel „depressio“ (von deprimere: niedergedrückt) enthält. Wer depressiv ist oder an einer Depression leidet, ist also in seiner Stimmung bedrückt. Er fühlt sich niedergeschlagen.

Bis heute ist „deprimiert“ ein Wort der Alltags- und Umgangssprache, während Depression zu einem medizinischen Krankheitsbegriff wurde.

7.1.2. Historisches

Selbstverständlich kannten auch Menschen früherer Zeiten seelische Befindlichkeiten und Verhaltensweisen, die wir heute als „Depression“ bezeichnen. Nur hatten sie ein anderes Verständnis dieser Leidensform und nannten sie anders, z.B. Melancholie, Akedia oder Schwermut.

Seit es schriftliche Zeugnisse gibt, finden sich auch Hinweise darauf, dass Menschen an Depressionen gelitten haben. Schon im 8. Jahrhundert v. Chr. schildert Homer die Not eines depressiven Menschen in der „Ilias“. Er erzählt, wie Bellerophon planlos herumirrt und in seiner Vereinsamung von Kummer und Verzweiflung geplagt ist.

Ebenso anschaulich wird in einem der frühesten Bücher der Bibel (1. Buch Samuel) der erste König der Juden als schwermütig dargestellt. Der zu Zorn und Eifersucht neigende Saul hadert mit seinem Schicksal und stürzt sich schliesslich in sein Schwert.

Lange nachdem sich bereits Dichter und Geschichtsschreiber mit depressiver Not beschäftigt hatten, fingen auch Ärzte an, dieser schmerzhaften psychischen Veränderung auf die Spur zu kommen. „Wenn Angst und Traurigkeit lange andauern, so handelt es sich um einen melancholischen Zustand“ (griech. melancholia = „Schwarzgalligkeit“), heisst es in der ersten Sammlung medizinischer Abhandlungen aus Griechenland, den so genannten „Hippokratischen Schriften“. Hier wird dem Leiden einen Namen gegeben und gleichzeitig eine Theorie angeboten, die es erklären sollte.

Seitdem die Griechen den psychischen Schmerz „Melancholie“ nannten, haben sich in der Medizingeschichte die Bezeichnungen für diese Leidensform mehrfach verändert. So wurde etwa eine beson-

dere Form der depressiven Verstimmung im Mittelalter als Akedia (Trägheit) bezeichnet und entsprechend dem damaligen religiösen Weltbild teilweise als Sünde verstanden. In der Renaissance wurde von Mystikern für bestimmte religiöse Menschen die Bezeichnung „Dunkle Nacht“ gewählt. In der Neuzeit fand auch die Beschreibung „Schwermut“ Verbreitung, bis sich im Übergang vom 19. zum 20. Jahrhundert der Ausdruck „Depression“ durchsetzte.

Die hier zusammengestellten Begriffe bezeichneten nicht immer Identisches. Vor allem ihre Grenzziehung zum Gesunden und zu anderen psychischen Problemen war unterschiedlich. Alle schlossen aber einen Kernbereich ein, der Niedergeschlagenheit und Antriebshemmung umfasst, Symptome, die auch heute zu den Leitkriterien der Depression gehören. So sind die schwermütigen Erfahrungen des griechischen Helden Bellerophon oder des jüdischen Königs Saul für uns heute so nachvollziehbar, als hätten sie sich gestern und nicht schon vor weit mehr als zweitausend Jahren ereignet.

7.1.3. Unterschiedliches Verständnis depressiver Zustände

Im historischen Rückblick auf die verschiedenen Versuche, depressive Zustände zu verstehen und zu erklären, fällt auf, dass die Betonung der negativen Seite der Depression immer wieder von Gegenbewegungen der Positivierung abgelöst wurde – etwa in der griechischen Antike, als Melancholie mit Kreativität in Zusammenhang gebracht wurde, oder in der Renaissance, als die spätmittelalterliche Trägheit (Akedia) im Verständnis der „Dunklen Nacht“ entdämonisiert wurde. Auch heute lässt sich als Reaktion auf die Pathologisierung der Depression als funktionelle Hirnstörung eine entpathologisierende Gegenbewegung unter dem Begriff „Burnout“ und seltener unter dem Verständnis einer „spirituellen Krise“ beobachten.

7.1.4. Gesundheit und Krankheit bilden Pole

Zudem lassen sich gesunde Deprimiertheit und kranke Depression nicht scharf voneinander trennen. Gesundheit und Krankheit bilden Pole, die einander entgegengesetzt sind, sich aber nicht gegenseitig ausschliessen. So ist es möglich, eine Depression von zwei Seiten her zu behandeln: Zum einen kann versucht werden, von der gesunden Seite her dem Kranken entgegenzuwirken und die gesunden Selbsthilfemöglichkeiten zu fördern (sogenannte salutogenetische Sichtweise), zum anderen auf die kranke Seite einzuwirken und damit dem Gesunden wieder Platz zu schaffen (sogenannte pathogenetische Sichtweise).

In der Geschichte der Depressionsbehandlung haben stets beide Ansätze eine bedeutsame Rolle gespielt. Besonders für leichte Depressionsfälle wurde immer wieder empfohlen, ein „gesundes Mass“ an Entlastung und Belastung, an Anspannung und Entspannung, an Einsamkeit und Gemeinsamkeit zu finden und den Lebensrhythmus nach dem „Pulsschlag der Natur“ zu richten. Durch rechte Lebensführung, Kontemplation oder Vertrauen in eine höhere Mächte sollte Gelassenheit und Sachlichkeit gefördert und Selbstüberforderung bzw. Schwermut vermieden werden.

Für schwerere Depressionsfälle wurde demgegenüber meist ein Eingriff empfohlen, der das Krankhafte beseitigen sollte. Von diesem Eingriff wurde erwartet, dass er das Schädliche aus dem Körper

austreibt (z.B. durch Brech- oder Abführmittel) oder durch Gegenmassnahmen schwächt (z.B. durch Erschrecken des Kranken, Drehstuhl oder Medikamente).

Beide Ansätze haben manches für sich. Sie wurden in der Medizingeschichte in allen möglichen und unmöglichen Varianten angewandt, miteinander kombiniert oder abwechselnd für unterschiedliche Krankheitsstadien empfohlen. Auch aktuelle Therapieangebote enthalten Elemente beider Ansätze.

7.1.5. Philosophische und religiöse Beschäftigung mit depressivem Leiden

Depressive Not hat aber nicht nur Heiler und Ärzte aller Zeiten herausgefordert. Auch Dichter und Denker haben sich seit jeher mit Schwermut und Melancholie des Menschen befasst. Sie haben Aspekte der Depressionsproblematik mit Grundfragen des menschlichen Lebens in Beziehung gebracht. So war der 1968 gestorbene Religionsphilosoph Romano Guardini der Überzeugung: „Die Schwermut ist Ausdruck dafür, dass wir begrenzte Wesen sind...“ Er sah die melancholische Depressivität begründet in einem „Gefühl der Unerfüllbarkeit“, womit sich die Einstellung verbindet, „hier zu versagen, dort die Pflicht zu versäumen, wiederum Zeit verloren zu haben...“.

Aus dieser philosophischen und religiösen Beschäftigung mit depressivem Leiden ist ein „therapeutischer Umgang“ hervorgegangen, der dem medizinisch-naturwissenschaftlichen Denken fremd ist, für viele Menschen aber trotzdem eine Möglichkeit darstellt, mit den Beschwernissen des Lebens besser zurechtzukommen.

8. Depression und Manie (↑)

Als Manie wurden ursprünglich alle Zustände des „Aussersichseins“ bezeichnet, z.B. Entrückung, Ekstase und Raserei. Im Altertum wurden die Begriffe Manie und Melancholie nicht im Sinne gegensätzlicher Gemütszustände gebraucht, sondern sie galten verschiedenen Aspekten einer auffälligen Geistesverfassung. Erst im 19. Jahrhundert wurde zuerst von französischen, dann deutschen Psychiatern das Konzept entwickelt, dass Manie und Depression gegensätzliche Zustände seien, die sich in der manisch-depressiven Erkrankung periodisch ablösen.

Eine Störung mit rein manischen Episoden ist selten. Häufiger sind bipolare affektive Störungen, bei denen im Lebenslauf sowohl manische als auch depressive Episoden auftreten. Wenn leichtere maniforme Störungen, sog. Hypomanien, mitgezählt werden, sollen um 4% der Bevölkerung einmal davon betroffen sein. Doch zeigen diese leichteren Formen (sog. Typus 2 der bipolaren affektiven Störung, in Abgrenzung zum klassischen Typus 1) nicht das im Folgenden dargelegte Vollbild der Manie.

8.1. Psychopathologie und Klinik der Manie

Leitsymptome einer manischen Episode sind eine inadäquat gehobene, euphorische Stimmung und/oder Reizbarkeit. Selten kann es zu einer extremen Steigerung des manischen Gehetztseins kommen

mit Verwirrung, Aufhebung des Zusammenhangs des Denkens und Sprechens, sogar zur Beeinträchtigung der Orientierung.

Besonders charakteristisch für Manie sind Logorrhoe, Sprunghaftigkeit der Gedanken, Ideenflucht und gesteigerte Ablenkbarkeit. Die durch die gehobene Stimmung bedingte Selbstüberschätzung kann sich zu wahnhaften Grössenideen steigern. Bei einem Teil der Patienten können Grössenwahn und der Stimmung entsprechende Halluzinationen auftreten.

Typischerweise besteht bei manischen Episoden ausgeprägte Überaktivität und Angetriebenheit. Praktisch immer ist die Schlafdauer verkürzt, ohne dass sich die Patienten darüber beklagen würden, sie fühlen sich ja in Form. Die sexuelle Aktivität ist meist erhöht.

Fatal kann sich für den Kranken und seine Angehörigen die fehlende Krankheitseinsicht bzw. das unbedachte, die sozialen Bindungen nicht mehr berücksichtigende Handeln auswirken. Übermässiges Geldausgeben, allgemein egozentrisches Handeln, distanzloses Kontaktaufnehmen, sexuelle Kontakte ausserhalb der Partnerbeziehung und aggressive Verhaltensweisen belasten die Beziehung zu den Angehörigen stark. Viele Ehen werden schon nach Auftreten einer ersten manischen Episode geschieden.

8.2. Verlauf der Manie

Manische Episoden können sich über Wochen und Monate steigern oder akut beginnen. Die Dauer einer manischen Episode ist unterschiedlich. Als Durchschnittswerte werden 4 Monate (mit einer grossen Streubreite) angegeben. Manische Episoden klingen meist vollständig ab, wobei allerdings vorübergehende depressive Nachschwankungen häufig sind. Was den Langzeitverlauf betrifft, können zu späteren Zeitpunkten erneut manische Episoden, aber auch Depressionen auftreten, wobei dann von einer bipolaren affektiven Störung (früher: manisch-depressive Krankheit) gesprochen wird.

8.3. Diagnose der Manie

Die Diagnose einer Manie ist bei ausgeprägter Antriebsvermehrung und euphorischer Grundstimmung meist einfach zu stellen. Bei ausgeprägter Reizbarkeit oder bei schwerer Verwirrtheit können diagnostische Probleme auftreten. Die diagnostischen Kriterien einer Manie nach ICD-10 sind in Abb. 1 (S. 65) zusammengefasst.

Abb. 1

ICD-10-Forschungskriterien der Manie ohne psychotische Symptome

* Die Stimmung ist vorwiegend gehoben, expansiv oder gereizt und für die Betroffenen deutlich abnorm. Dieser Stimmungswechsel muss auffällig sein und mindestens eine Woche anhalten (es sei denn, eine Krankenhauseinweisung wird notwendig).

* Mindestens 3 der folgenden Symptome müssen vorliegen (4, wenn die Stimmung nur gereizt ist) und eine schwere Störung der persönlichen Lebensführung verursachen:

1. gesteigerte Aktivität oder motorische Ruhelosigkeit
2. gesteigerte Gesprächigkeit (Rededrang)
3. Ideenflucht oder subjektives Gefühl von Gedankenrasen
4. Verlust normaler sozialer Hemmungen, was zu einem den Umständen unangemessenen Verhalten führt
5. vermindertes Schlafbedürfnis
6. überhöhte Selbsteinschätzung oder Grössenwahn
7. Ablenkbarkeit oder andauernder Wechsel von Aktivitäten oder Plänen
8. tollkühnes oder leichtsinniges Verhalten, dessen Risiken die Betroffenen nicht erkennen, z.B. Lokalrunden ausgeben, törichte Unternehmungen, rücksichtsloses Fahren
9. gesteigerte Libido oder sexuelle Taktlosigkeit

Häufigstes Ausschlusskriterium: Die Episode darf weder auf einen Missbrauch psychotroper Substanzen noch auf eine organische psychische Störung zurückzuführen sein.

8.3.1. Differentialdiagnose der Manie

- * organische manische Störung bzw. substanzinduzierter manischer Zustand
- * manisch-depressiver Mischzustand
- * schizophrene und andere psychotische Erregungszustände

Eine organisch bedingte Manie kann durch die somatische Untersuchung und anhand der Anamnese ausgeschlossen werden. Substanzinduzierte manische Zustände dauern in der Regel bei nüchternem Zustand nicht an. Bei manisch-depressiven Mischzuständen treten rasch wechselnde oder miteinander verknüpfte manische und depressive Symptome auf. Aber aufgepasst: Hinter sehr vielen manischen Zuständen steht eine tiefe Verletzung – eine Art abgewehrte Depression –, ohne dass wir von Mischzuständen sprechen. Im Weiteren sind schizophrene Erregungszustände ohne gehobene Stimmung oder Reizbarkeit von der Manie zu differenzieren.

8.4. Therapie der Manie

8.4.1. Akutbehandlung

Die Behandlung einer akuten Manie kann wegen der meist fehlenden Krankheitseinsicht schwierig sein. Bei ausgeprägter Selbstschädigung oder Fremdgefährdung ist eine stationäre Behandlung erforderlich. Allgemein empfehlenswert ist es, den Patienten von stimulierenden Aussenreizen abzuschirmen, ihn ernst zu nehmen, jedoch ohne zu stark auf die manischen Inhalte einzugehen. Manchmal ist es sogar hilfreich, ein persönliches Verletztwerden oder eine versteckte Missstimmung anzusprechen. Wegen des Aktivitätsdrangs sollte darauf geachtet werden, dass der Patient sich betätigen oder sich körperlich erschöpfen kann.

Auf medikamentöse Therapie kann bei einer akuten Manie selten verzichtet werden. In Frage kommen in der Regel Neuroleptika (evt. mit sedierender Komponente). Bei leichteren, vorwiegend ambulanten Fällen, bei denen keine starke Sedation erforderlich ist, kann auch Lithium als Ersttherapie verwendet werden. Das Lithium scheint spezifischer auf die manische Grundstörung einzuwirken, während Neuroleptika ihre Wirkung eher über psychomotorische Dämpfung entfalten.

8.4.2. Langzeitbehandlung und Rezidivprophylaxe

Nach einer ersten Stabilisierung z.B. durch die Neuroleptikabehandlung hat es sich bewährt, mit einer Lithiumtherapie zu beginnen. Das Neuroleptikum kann dann bei vollständiger Remission der manischen Episode ausgeschlichen werden. Die Therapie mit Lithium soll mindestens über 2 - 3 Jahre fortgeführt werden. Eine darüber hinausgehende Langzeitprophylaxe ist vor allem bei rezidivierenden und bipolaren Verläufen wünschenswert. Als Alternative zu Lithium kommt Carbamazepin in Frage, das ebenfalls gute „anti-manische“ und prophylaktische Eigenschaften hat. Bei einer Langzeitprophylaxe sollen die Blutspiegel des verwendeten Medikamentes periodisch überprüft werden. Eine Aufklärung des Patienten über die besonderen Gefahren einer Lithiumintoxikation ist Voraussetzung jeder Therapie mit Lithium.

Nach Abklingen einer manischen Episode kann es für den Patienten hilfreich sein, allfällige Schamgefühle, die das Verhalten während der manischen Episode betreffen, im therapeutischen Gespräch aufzuarbeiten, wie überhaupt eine psychotherapeutische Begleitung von Maniekranken über die unmittelbare Krankheitsperiode hinaus empfehlenswert ist.

9. Depression und Schmerz [\(↑\)](#)

Schmerz ist eine der intensivsten Lebensäußerungen. In der Regel denken wir beim Wort „Schmerz“ an körperliche Schädigungen wie Verletzungen, Verbrennungen, Entzündungen oder Koliken. Manchmal reden wir aber auch von psychischem Schmerz, wenn uns etwas seelisch verletzt oder wenn wir einen Verlust – sei es eines Angehörigen oder einer Arbeit – nicht ertragen können. Dieser psychische Schmerz zeigt keine körperliche Schädigung an. Der Schmerzreiz wird in diesem Falle auch nicht von der Haut oder von inneren Organen mittels Nervenfasern über das Rückenmark ins Gehirn geleitet, wie bei körperlich verursachten Schmerzen. Trotzdem ist psychischer Schmerz nicht weniger schwer

zu ertragen als körperlicher. Im Gegenteil. Verschiedene Untersuchungen haben nachgewiesen, dass depressive Menschen, die früher eine schwere körperliche Erkrankung oder Verletzung durchgemacht haben, den seelischen Schmerz als besonders unerträglich einschätzen. Keiner hätte eine Depression dem körperlichen Schmerz vorgezogen.

Beim psychischen Schmerz fehlt zwar eine periphere körperliche Reizquelle, doch treten im Gehirn ebenfalls physiologische Veränderungen auf, die den Schmerz erklären können. Um dies zu verstehen, sind einige neurobiologische Grundlagen nötig: Das Schmerzempfinden ist nicht einheitlich. Es setzt sich aus einer *sensorischen* und einer *emotionalen Komponente* zusammen, die im Gehirn in unterschiedlichen Arealen repräsentiert sind. Die sensorische Komponente, die im Scheitellappen (im sog. somatosensorischen Cortex) lokalisiert ist, gibt Auskunft über Ursprungsort und Intensität eines Schmerzes. Die emotionale Komponente, die im Innern des Gehirns in einer über den Augen gelegenen Hirnwindung, dem sog. Gyrus cinguli anterior, lokalisiert ist, gibt wieder, wie unangenehm – mithin wie leidvoll – ein Schmerz empfunden wird. Im Falle einer körperlichen Verletzung sind meist sowohl die sensorischen wie die emotionalen Areale aktiviert. Da aber diese Areale voneinander getrennt sind, kann es auch bei körperlichen Verletzungen vorkommen, dass der Schmerz zwar an einer bestimmten Stelle wahrgenommen, aber nicht unangenehm oder leidvoll erlebt wird. Dies ist z.B. bei extremem Stress in Kampfsituationen oder unter starker Schmerzmedikation (oder auch in der seltenen „Schmerzasympolie“) der Fall. Dann wird nur das sensorische, aber nicht das emotionale Areal aktiviert. Im Liebesspiel kann ein Schmerzreiz sogar lustvoll erlebt werden.

Aber auch der umgekehrte Fall ist möglich. So wird unter psychosozialen Belastungen nur das emotionale, aber nicht das sensorische Areal aktiviert. Als erste konnte Naomi Eisenberger mit Hilfe bildgebender Verfahren eindrücklich dokumentieren, dass Versuchspersonen, die in einem Experiment Frustrationen ausgesetzt sind, mit einer Aktivierung des emotionalen Schmerzareals antworten. Analoge Aktivierungsmuster lassen sich auch bei Depressionen finden. Es ist wiederholt gezeigt worden, dass in depressivem Zustand die emotionale Schmerzkomponente (bzw. der Gyrus cinguli anterior) aktiviert ist, ohne dass eine körperliche Schädigung vorliegt. Dies kann den sehr unangenehmen psychischen Schmerz von depressiven Menschen besser verstehen lassen. (Nur in Klammern sei angefügt, dass die Aktivierungsverhältnisse im Gehirn komplexer sind als hier dargestellt. So ist der Gyrus cinguli in ein ganzes funktionelles Netzwerk einbezogen. Dies ändert aber nichts an der Schlussfolgerung, dass sich unangenehme und leidvolle Erfahrungen im Gehirn repräsentieren, ohne dass der übrige Körper geschädigt wird.)

Depressives Leiden beschränkt sich aber nicht auf eine Aktivierung des emotionalen Schmerzareals. Was das depressive Leiden so schwer macht ist der Umstand, dass Depression nicht nur eine unangenehme Empfindung (bzw. eine Aktivierung des Gyrus cinguli anterior) ist, sondern auch mit belastender Antriebsstörung, Hoffnungslosigkeit, Schlaf- und Appetitstörung sowie Selbstvorwürfen bis hin zu Schuldideen einhergeht. Der depressive Mensch leidet nicht nur an einer unangenehmen Empfindung und nicht nur an einzelnen Symptomen, sondern er leidet daran, dass er sich als Ganzes, körperlich und seelisch, verändert erlebt. Nichts scheint mehr, wie es war. Weil in schweren depressiven

Zuständen auch die Gefühlskraft verloren geht, kann eine Depression in extremis wie der Tod mitten im Leben erfahren werden.

Während körperlicher Schmerz den Menschen auf einen Körperteil, der weh tut, ausrichtet, ist der depressive Mensch mit sich selbst beschäftigt. Er leidet an sich selber, d.h. auch an dem, was er nicht fühlen und nicht empfinden kann, mithin an Leere. Dies kann sogar dazu führen, dass sich schwer depressive Menschen selber körperliche Schmerzen zufügen, um sich überhaupt zu empfinden oder vom depressiven Leiden abzulenken. Darin zeigt sich bei aller Überschneidung der letztlich entscheidende Unterschied zwischen körperlichem und depressivem Leiden.

10. Depression und Trauer [\(↑\)](#)

In der Umgangssprache wird Depression häufig mit Trauer gleichgesetzt. Diese Gleichsetzung von Trauer und Depression wird auch von der pharmazeutischen Industrie benützt, wenn es gilt, Werbung für Antidepressiva zu machen. „Wer Jarsin® einnimmt, sagt Adieu zur Traurigkeit“. Trauer und Depression sind aber nicht miteinander gleichzusetzen. Zwar hat Depression mit Trauer zu tun. Im depressiven Menschen sind oft traurige Gefühle versteckt, aber sie können nicht zum Leben kommen, solange ein Mensch schwerer depressiv ist.

Traurigkeit ist ein lebendiges Gefühl. Depression ist Bedrücktheit, Niedergeschlagenheit, Erstarrung. Trauer gehört mit Freude, Wut, Angst und Ekel zu den Grundgefühlen. Trauer ist lebensnotwendig. Trauer hat unter den verschiedenen aufgeführten Affekten eine ganz spezielle Bedeutung für den zwischenmenschlichen Zusammenhang. Traurigkeit löst beim Mitmenschen Trost aus. Der Ausdruck von Traurigkeit - das ergreifende Weinen, der traurige Blick und ähnliches - sind Hinweise dafür, dass von andern Kraft und Hilfe erwartet wird.

Im Gegensatz zu diesem sehr lebendigen Gefühl der Traurigkeit geht depressives Erleben mit einem Einfrieren der Gefühle einher. Wo echte Traurigkeit empfunden wird, ist depressives Erleben fern. Wo eine schwere Depression einen Menschen blockiert, ist aktives Trauern vorerst unmöglich. Wie eine Balance bestimmt die Stärke des einen Affektmusters die Schwäche des anderen. Sie ist mit zwei Polen vergleichbar, die sich gegenseitig abstossen und doch - oder gerade deshalb - etwas miteinander zu tun haben. Dass Trauer und Depression offensichtlich eine innere Beziehung zueinander haben, zeigt sich auch darin, dass auf eine abklingende Depression oft Trauer folgt oder umgekehrt heftige unaushaltbare Trauer in eine hemmende Depression umschlägt. Wirkliche Trauer setzt aber die Anerkennung eines Verlustereignisses voraus. Erst wer etwas verlorengibt, kann um das Verlorene trauern. Indem der Trauernde Abschied vom Vergangenen nimmt, erhält er potentiell auch die Chance eines zukünftigen Neubeginns. Depressive Menschen scheinen demgegenüber einen erlebten Verlust nur teilweise auch gedanklich anerkennen zu können. Sie halten am Verlorenen weiter fest und lassen wissende Trauer nicht zu. Erst wenn eine bewusste Anerkennung des Verlustes möglich wird, weicht die depressive Verstimmung oft einem schmerzhaften Trauerprozess.

Nach einem schönen Psalmwort sind Tränen das Brot der Notleidenden. Wer aus einer schweren Depression erwacht und wieder Trauer empfinden kann, wird die Tränen tatsächlich wie ein Geschenk oder wie eine Speise entgegennehmen. Ein schwer depressiver Mensch kann oft gerade nicht weinen. Erst wenn man die Mimik von depressiven Menschen ganz genau untersucht, wird man im Ausdruck dieser depressiven Menschen auch traurige Ausdrucksformen finden, aber immer abgeschwächt und meist vermischt mit Angst und Wut.

Ebenso wie Trauer nicht mit Depression gleichzusetzen ist, ist auch Angst ein Grundgefühl, das nicht einfach mit Depression gleichzusetzen ist. Oft gehen schwere Ängste einer eigentlichen Depression voraus, bis es zu einer depressiven Blockade kommt, wenn der Betroffene für sich keinen Ausweg aus der bedrohlichen Situation sieht.

Depressionen gehen in der Regel mit einem Verlust einher. Dieser Verlust betrifft immer eine Person oder eine Wertvorstellung oder eine Rolle, die für den betroffenen Menschen wichtig ist. Häufig treten Depressionen nach einem Partnerverlust auf oder bei Arbeitslosigkeit oder Pensionierung. Der Verlust kann aber auch in der Vorstellung eines Menschen vorweggenommen werden, ohne dass er tatsächlich real schon eingetreten ist. Dieser vorgestellte Verlust trifft den Menschen an einer sensiblen Stelle und scheint ihn wie wehrlos zu machen. In dieser Situation erstarren betroffene Menschen und finden in ihrer Erstarrung auch keinen Zugang mehr zu den tief in ihnen begrabenen Gefühlen der Traurigkeit, der Angst oder der Wut.

Trotzdem sind Depressionen in der Regel keine Dauerzustände, sondern eine Art Durchgangsstadien, die ein Ende finden. Manchmal stellen sie sogar einen Tunnel dar, der nicht nur wieder ins Licht, sondern in ein neues Leben, zur Individuation führt. Vor dem Ende des depressiven Tunnels muss aber oft ein Verlust angenommen werden, muss Trauer durchlebt werden. Wenn ehemals Depressive wieder echte Gefühle erleben können, ist dies für sie wie ein neuer Tag. Es ist das beste Zeichen dafür, dass die depressive Reaktion schwindet und die gesunde Seite anwächst. So verweist gerade das depressive Leiden auf die Weisheit der Gefühle als basale Elemente unserer Lebensorganisation. Unsere Gefühle sind nichts Zufälliges und schon gar nichts Schädliches. Aber wir haben zu lernen, mit unseren Gefühlen umzugehen. In unserer Kultur scheinen wir besonders Mühe zu haben, mit dem Gefühl der Trauer zu leben. Vielleicht weil unsere Zivilisation die Individuation und die Aktivität hochhält und demzufolge mit einem eher kollektiven und desaktivierenden Gefühl wie der Trauer ihre liebe Mühe hat.

11. Depression und Sucht und Drogen [\(↑\)](#)

Eine anhaltende Vergiftung mit Alkohol, Drogen oder Medikamenten lässt zwar akute Verstimmungszustände wie „das trunkene Elend“ zu, doch verunmöglicht die Betäubung mit Rauschmitteln, solange sie anhält, gerade eine tiefere und länger dauernde depressive Reaktion.

Hingegen treten nach allgemeiner therapeutischer Erfahrung depressive Reaktionsweisen in der Entwöhnungsphase Süchtiger recht häufig auf. Da die Betäubung mit Suchtmitteln keine Verarbeitung von Verlusten und Konflikten zulässt – sondern im Gegenteil neue Probleme hervorruft –, sind süchtige Menschen für Depressionsentwicklungen besonders anfällig, wenn die Betäubung wegfällt.

12. Depression und Stress (↑)

Im Allgemeinen gehen Depressionen mit einer Erhöhung des Stresshormons Cortisol einher. Dieser Anstieg beruht auf der Überaktivität eines relativ komplizierten Stresssystems, der sog. Stressachse, das tief liegende Hirnteile (v.a. den Hypothalamus) mit der Nebennierenrinde verbindet (s. Abb. 7, S. 23). Sowohl klinische wie auch tierexperimentelle Befunde sprechen nun dafür, dass dieses Regulationssystem aufgrund genetischer oder biografischer Einflüsse so verändert ist, dass es auf Belastungen besonders intensiv und langanhaltend reagiert. In einem solchen Fall führen Stressbelastungen zu einer stärkeren Ausschüttung des Stresshormons, was wiederum zur Folge hat, dass Stress schlechter abgefedert werden kann.

Als Auslösefaktoren eines depressiven Geschehens sind vor allem soziale Belastungssituationen (wie berufliche Schwierigkeiten), emotionale Mangelzustände (wie anhaltende unzufriedene Ehebeziehungen) und Verluste (vor allem von Partnern, Eltern und Kindern) hervorzuheben. Das Gemeinsame dieser Auslösefaktoren scheint zu sein, dass sie einen Menschen an seiner verletzlichen Stelle treffen, so dass auslösendes Ereignis und persönliche Grundhaltung wie Schlüssel und Schloss zusammenpassen. Konsequenterweise sind Auslösefaktoren immer individuell zu bestimmen und können von Mensch zu Mensch sehr unterschiedlich sein. So kann eine soziale Zurücksetzung den einen Menschen furchtbar schmerzen, während ein anderer, der weniger ehrgeizig ist, darauf gelassener reagieren kann. Manchmal sind die auslösenden Faktoren auch deshalb schwierig zu erkennen, weil sie für Aussenstehende trivial erscheinen. So kann ein Wohnungswechsel bei einer stark verwurzelten Persönlichkeit zu einem depressionsauslösenden Trauma werden, was weniger trennungsempfindlichen Menschen unverständlich erscheint. Zudem wirken nicht selten verschiedene kleinere Verletzungen und Belastungen zusammen, so dass „der letzte Tropfen“ unerheblich scheint und selbst für die Betroffenen als Auslösefaktor kaum nachvollziehbar ist. Am schwierigsten sind aber vielleicht erfreuliche Ereignisse (wie berufliche Beförderungen) als Auslösefaktoren von Depressionen zu verstehen, obwohl auch sie unter bestimmten Umständen zur inneren Belastung und schliesslich zur Überforderung werden können.

Neben solchen psychosozialen Belastungen, deren Bedeutung nur im Einzelfall zu bestimmen ist, können auch körperliche Erkrankungen oder deren eingreifende Behandlung (z.B. Kortisontherapie) Depressionen hervorrufen. Dabei können Körperkrankheiten bestimmte Hirnfunktionen wie die zentrale Exekutive oder die Stressregulation entweder direkt verändern oder auf indirektem Weg beeinflussen, z.B. über den Weg einer erschöpfenden Belastung. Beispiele für direkte Wirkungen sind Entzündungen, Infarkte oder Tumore des Gehirns. Beispiele für indirekte Wirkungen sind Schilddrüsen Unterfunktionen, chronische Schmerzerkrankungen oder konsumierende Körperkrankheiten. Auch

Suchtkrankheiten haben häufig Depressionsfolgen. Schliesslich können Störungen des Tagesrhythmus oder Lichtmangel zum Auftreten von Depressionen beitragen.

Neben Risiko- und Auslösefaktoren spielen weitere Einflüsse eine wesentliche Rolle für die Depressionsentwicklung. Diese dritten Einflussfaktoren werden im Allgemeinen unterschätzt und auch in Fachbüchern kaum behandelt. Es handelt sich um Einflüsse, die eine einmal aufgetretene depressive Reaktion begleiten und dazu beitragen, dass eine einsetzende depressive Blockade verstärkt oder abgeschwächt wird. Wie „Angst vor der Angst“ eine Entwicklung der Angstkrankheit beeinflussen kann, spielt auch eine Art „Depression über die Depression“ in der Depressionsentwicklung eine Rolle. So kann z.B. die Wahrnehmung einer beginnenden depressiven Hemmung zu einer alarmierenden Gegenreaktion führen, die die zugrundeliegende Belastung verstärkt, oder sie kann eher mit einer entlastenden Intervention einhergehen (s. Zirkuläres Depressionsmodell, S. 33). Es ist verständlich, dass vor allem Personen, die schon schwere Depressionen erlebt haben, sich innerlich heftig gegen erste Anzeichen einer erneuten depressiven Blockade aufbäumen. Umgekehrt kann ein Mensch, der bisher nur leichtere depressive Schwankungen erlebt hat, einer einsetzenden Depression gelassener gegenüberstehen. Die Reaktionsweise auf erste Anzeichen einer Depression wird aber auch von inneren Einstellungen (z.B. von Selbstvertrauen oder Selbstkritik) und von äusseren Umständen (z.B. vom Verständnis der Umgebung und vom Aufgabenbereich) abhängen. Wer sich z.B. bei Auftreten einer depressiven Blockade selber verantwortlich macht und sich stark in Frage stellt, oder wer aufgrund eines inneren grossen Verpflichtungsgefühles eine Sache nicht ruhen lassen kann, wird sich bei beginnender depressiver Blockade fordern und schliesslich überfordern. Dasselbe gilt natürlich auch für Personen, die sich aus äusseren Gründen keine Pause leisten können, etwa für eine Mutter mit kleinen Kindern ohne partnerschaftliche Unterstützung.

Es sind gerade solche Personengruppen, die besonders häufig Gefahr laufen, depressiv zu erkranken. Überforderte Mütter mit kleinen Kindern sind einerseits emotional und sozial stark belastet, haben andererseits aber auch nicht die Möglichkeit, sich im depressiven Zustand von ihren Kindern zurückzuziehen, um sich dem Druck zu entziehen und das zu leisten, was ihnen im Depressionszustand möglich ist. Dadurch geraten sie in einen Teufelskreis von depressiver Blockade und anhaltend neu hinzukommenden Enttäuschungen, die die Depression als Stresserkrankung unterhalten.

13. Depression und Suizid (↑)

13.1. Suizidrisiko bei depressiven Menschen

Das Suizidrisiko in der mitteleuropäischen Bevölkerung beträgt um 1 bis 2 Prozent. Das Hauptmotiv, Suizid zu begehen, ist Hoffnungslosigkeit. Depressive Menschen sind oft ohne Hoffnung. Da Depressionen sehr häufig sind, werden bei Nachuntersuchungen von Suizidfällen neben anderen psychischen und körperlichen Erkrankungen vor allem depressive Störungen gefunden.

Früher ging man davon aus, dass sich 15 Prozent der Depressionskranken im Verlaufe ihres Lebens selber töten. Diese hohe Zahl kam zustande, weil zunächst vor allem schwere Depressionsfälle vom

somatischen Typus (früher „endogene Depressionen“ genannt) untersucht wurden. Zudem schloss man bei diesen ersten Studien vielfach nur Kranke ein, die in einer Klinik behandelt wurden.

Neuere repräsentative Studien finden bei Vorliegen einer Depression eine Suizidrate von unter 5 Prozent. Das heisst, dass knapp jeder 20. Mensch, der in seinem Leben meist mehrmals an einer Depression gelitten hat, sein Leben durch Suizid beendet. Für depressive Episoden aller Schweregrade wurde eine Sterblichkeit an Suizid (sog. Lebenszeitsuizidmortalität) von 4,3 Prozent berechnet (Wolfersdorf). Gegenüber der Allgemeinbevölkerung ist damit das Suizidrisiko depressiver Menschen um ein Mehrfaches erhöht. Es gilt allerdings zu berücksichtigen, dass viele Suizide bei depressiven Menschen erfolgen, die entweder keine Therapie oder eine sehr belastende Behandlung erhalten. Eine ungenügende, inadäquate oder fehlende Therapie trägt wahrscheinlich zur erhöhten Suizidrate depressiver Menschen bei.

13.2. Schutz vor Suizidhandlungen

Protektiv – im Sinne eines Schutzes vor Suizidhandlungen - wirken sich vor allem gute Beziehungen, soziale Unterstützung, Religiosität und eine gute therapeutische Beziehung aus. Das Suizidrisiko ist demgegenüber erhöht bei Einsamkeit, schweren Beziehungsschwierigkeiten, anhaltenden Konflikten, Armut und wenn die Depression mit Angststörungen und Suchtproblemen einhergeht.

13.3. Kein einfacher Zusammenhang zwischen Depression und Suizidalität

Inwieweit trägt also Depression als Krankheit zu Suizidhandlungen bei und inwieweit fördern unbewältigbar erscheinende Lebensprobleme, die gleichzeitig auch zu depressiven Störungen beitragen, die Suizidalität? Der Zusammenhang von Depression und Suizidalität ist nicht so einfach, wie es auf den ersten Blick erscheinen mag. So kann eine antidepressive Therapie, insbesondere, wenn sie mit einer Antriebssteigerung einhergeht, eine Suizidhandlung auch fördern. In schwerer Depression ist die Handlungsfähigkeit so gehemmt, dass die Planung und Durchführung eines Suizides erschwert sind. Manche Suizidversuche erfolgen bei depressiven Personen erst, wenn es ihnen wieder etwas besser geht und ihre psychomotorische Hemmung („das depressive Bremsmanöver“) nicht mehr so stark ist. Inwieweit die Behandlung mit antidepressiven Medikamenten (insbesondere SSRI, selektiv auf den Botenstoff Serotonin einwirkende Medikamente), die auch den Antrieb steigern, in den ersten Behandlungswochen statistisch die Suizidalität bei depressiven Menschen erhöht, ist umstritten. Sicher scheint heute, dass diese Behandlungsart die Suizidalität anfänglich, d.h. in den ersten sechs Wochen, nicht senkt. Suizidale Depressionskranke bedürfen also nicht nur einer medikamentösen Behandlung mit Antidepressiva, sondern einer engmaschigen therapeutischen Begleitung.

Suizidales Handeln darf grundsätzlich auch nicht mit einer Krankheit gleichgesetzt werden. Suizidales Denken und Verhalten können bei allen Menschen vorkommen. Es hängt mit der wohl nur dem Menschen zukommenden Entscheidungsfreiheit zusammen, eine anders nicht lösbare Lebensproblematik durch Selbsttötung beenden zu wollen. Ein solcher Entschluss ist in erster Linie von den Lebensumständen und von der Einstellung zum Leben abhängig.

13.4. Veränderte Selbsteinschätzung

Eine schwere Depression kann die Selbsteinschätzung und die Bewertung der eigenen Lebenssituation so ins Negative verdrehen, dass einem betroffenen Menschen der Suizid als einziger Ausweg erscheint. Die meisten depressiven Menschen sind aber nicht wahnkrank. Sie haben durchaus Realitätssinn, wenn sie auch in ihrem negativ geprägten Denken vor allem die Lebensschwierigkeiten vor Augen haben. Persönliche Probleme am Arbeitsplatz, in der Familie und im übrigen Sozialleben werden übermächtig. Wer schwerer depressiv ist, traut sich wenig zu, auch weil er sich angehalten und ausgebremst fühlt. Diese Zurückhaltung und Vermeidungstendenz, die als Enttäuschungsprophylaxe verstanden werden kann, geht mit einem niedrigen Selbstwertgefühl einher, aber nicht unbedingt mit Suizidalität. Die depressive Blockade muss die Suizidalität nicht verstärken. Sie kann - wie mehrfach angedeutet - den Antrieb zum Handeln auch bremsen.

13.5. Suizidalität ist ein Lebensproblem

Werden depressive Menschen mit Suizidversuchen mit anderen depressiven Menschen ohne Suizidversuche verglichen, so finden sich bei der suizidalen Gruppe neben erhöhten Aggressionswerten vor allem häufigere Missbrauchserfahrungen in der Kindheit, schwerwiegendere psychosoziale Probleme, geringere Lebensperspektiven, weniger bindende Werte und Alkohol- und Drogengebrauch. Suizidalität ist ein Lebensproblem. Dazu gehören auch krankheitsbedingte Schwierigkeiten. Im Falle der Depression kann die Erkrankung sowohl durch widrige und belastende Lebensumstände mitbedingt sein wie diese verstärken.

13.6. Hilfe bei Suizidalität

Die wichtigste Hilfe für suizidale Menschen ist eine enge, vertrauensvolle Beziehung. Häufig kann die Behandlung ambulant erfolgen. Besonders schwer depressiv Erkrankte mit akuter Suizidalität bedürfen aber einer spezialisierten Krankenhausbetreuung. Im Schutze einer tragenden Gemeinschaft ist es auch besser möglich, eine höher dosierte antidepressive Behandlung einzusetzen.

Depressiven Menschen, die durch Schlaflosigkeit und Angst besonders geplagt sind, kann mit Beruhigungsmitteln (sog. Tranquilizer) zusätzlich geholfen werden. Das A und O der Suizidvorbeugung ist aber die therapeutische Beziehung. Sie erfordert spezielles Geschick und Fingerspitzengefühl, um den traumatisierten und suizidalen depressiven Menschen nicht zu beschämen und einen vorurteilsfreien Zugang zu seinem Erleben zu finden.

13.7. Suizidgedanken ansprechen

Ein weit verbreiteter Irrtum ist, dass Selbsttötungsabsichten nicht angesprochen werden sollten, weil damit die Suizidgefahr geradezu heraufbeschworen werde. Das Gegenteil trifft zu. Viele suizidale Menschen sind froh, offen über ihre mitunter sehr quälenden und eindringlich erfahrenen Suizidgedanken sprechen zu können. Selbst jene, die schliesslich einen Suizid begangen haben, haben in der Mehrzahl der Fälle kurz zuvor noch einen Arzt aufgesucht, wohl in der leider nicht erfüllten Hoffnung, Hilfe bei einem verständnisvollen Ansprechpartner zu finden.

Selbsttötungsabsichten können einem depressiven Menschen nicht ausgeredet werden. Sie stehen im Zusammenhang mit depressiver Hoffnungslosigkeit oder einer belastenden Lebenssituation. Das Eingreifen im Falle akuter Suizidgefahr rechtfertigt sich ethisch aus der Tatsache, dass die wenigsten Personen nachträglich ihre Rettung bedauern oder sich später doch noch töten. 9 von 10 Menschen, die einmal einen Suizidversuch begangen haben, sind 10 Jahre später noch am Leben. Sie sterben meist eines natürlichen Todes. Die Lebenskraft hat schliesslich über die Lebensnot gesiegt.

Die Begegnung mit einem depressiven und suizidalen Menschen gestaltet sich offener, wenn weder Depressivität noch Suizidalität tabuisiert oder ausschliesslich pathologisiert werden. Suizidalität ist ambivalenter Natur. Sie geht nicht nur mit einem Todeswunsch, sondern meist auch mit dem Wunsch zu leben einher. Wenn die Hoffnung, doch noch einen Weg im Leben zu finden, durch eine geeignete Therapie und durch die Unterstützung bei Lebensproblemen gestärkt werden kann, lösen sich oft Depressivität und Suizidalität gemeinsam auf.

14. Depression und Kognition (↑)

Depression gilt gemeinhin als Gemüts- bzw. Affektkrankheit. Doch ist Depressivität nicht nur durch eine Veränderung der Stimmung (Herabgestimmtheit, Bedrücktheit) charakterisiert, sondern ebenso durch Veränderung des Denkens, des Erinnerns und der Konzentration. Auch die Diagnosekriterien der Weltgesundheitsbehörde schliessen nicht nur affektive Symptome (wie Bedrücktheit, Freudlosigkeit, Interesseverlust und Schuldgefühle) ein, sondern auch sog. kognitive Symptome wie Aufmerksamkeits- und Entscheidungsprobleme, Gedanken an den Tod und an Suizid sowie Selbstvorwürfe. Dabei sind affektive und kognitive Symptome – mithin Fühlen und Denken – so eng miteinander verbunden, dass sie nur künstlich voneinander zu trennen sind. Trotzdem macht es Sinn, Fühlen und Denken als verschiedene Erfahrungsweisen voneinander abzugrenzen. Depressionen haben viele Gesichter und kommen in verschiedenen Verlaufsformen vor. Je nachdem sind die affektiven oder die kognitiven Symptome stärker ausgeprägt. So finden sich bei der sog. bipolaren affektiven Störung (früher manisch-depressive Erkrankung genannt) mehr Denkstörungen als bei den rein depressiven Erkrankungsformen. Auch im höheren Alter kommen kognitive Symptome gehäuft vor als bei jüngeren Patienten. (Dabei spielt möglicherweise das Ausmass der „kognitiven Reserve“ eine Rolle, sodass sich eine depressive Antriebsstörung bei fehlender Reserve stärker auf das Denken und die Erinnerungsfähigkeit auswirkt.)

Gemeinsames Merkmal von depressivem Affekt und depressiver Kognition bzw. depressiver Stimmung und depressivem Denken ist ein Hemmungsvorgang. Affektiv findet sich eine Gefühlshemmung im Sinne einer Herabgestimmtheit (low mood), also die Unfähigkeit, emotional intensiv zu erleben. Kognitiv finden sich eine Verminderung der Flexibilität des Denkens (attentional set shifting), eine Verlangsamung des Gedankenflusses (verbal fluency), eine Beeinträchtigung des Arbeitsgedächtnisses und eine Hemmung, sich von negativen Gedanken zu lösen.

Wenn affektive und kognitive Beeinträchtigungen bei Depressionen zusammen auftreten, fragt es sich, wie Fühlen und Denken sich gegenseitig beeinflussen.

1. Traditionell ist man davon ausgegangen, dass das Fühlen das Denken beeinflusst. Tatsächlich erinnert man sich beispielsweise in schlechter Stimmung vermehrt an negative Erlebnisse. So hat eine Metaanalyse (eine Zusammenfassung verschiedener Untersuchungen) durch Matt et al ergeben, dass in depressivem Zustand 10% mehr negative Worte einer zuvor abgegebenen Liste erinnert werden, während bei ausgeglichener Stimmung tendenziell mehr positive Worte erinnert werden.

In depressivem Zustand sind auch anstrengendere Denkaufgaben weniger gut lösbar. So ist z.B. die Lösung von Knobelaufgaben erschwert. Zudem haben depressive Menschen Schwierigkeiten zu planen oder etwas zu konzipieren, was einer Einbusse der sog. Exekutivfunktionen entspricht.

Schliesslich tendieren depressive Menschen dazu, sich selber abzuwerten. Sie neigen zu einer fatalistischen Einstellung, weil sie sich selber wenig zutrauen. Hellet aber die depressive Stimmung wieder auf, so wächst auch das Selbstvertrauen und das Selbstkonzept wird wieder positiver.

2. Das Denken wird nicht nur durch die Stimmung beeinflusst, sondern umgekehrt auch die Stimmung durch das Denken. So ist schon den frühchristlichen Eremiten in den ersten Jahrhunderten nach Christus bekannt gewesen, dass negative Gedanken die Stimmung verschlechtern. Sie haben deshalb bei beginnender depressiver Verstimmung versucht, die Gemüthsheit mit positiven Sätzen aus der Bibel aufzuhellen (sog. antirhetische Methode). Heute basiert die kognitive Psychotherapie auf dem gleichen Prinzip. Negative Gedanken sollen hinterfragt werden, um das Denken positiver zu machen und die depressive Stimmungslage aufzuhellen.

Es konnte neuerdings gezeigt werden, dass bei Menschen, die depressiv erkranken, schon vorgängig überzufällig häufig negative Selbstbilder (sog. negative Schemata) vorliegen. Allerdings zeigen sich solche negativen Schemata meist erst unter Stressbedingungen, während sie bei Verwendung gewöhnlicher Fragebogen nicht ausreichend erfasst werden können. Die kognitive Psychotherapie von Aaron Beck basiert auf der Hypothese, dass Depressionen durch negative Gedanken ausgelöst werden. Aaron Beck spricht von dreierlei automatischen Gedanken, nämlich bezüglich sich selber: „Ich bin unfähig“, bezüglich der Umwelt: „Ich werde verachtet“ und bezüglich der Zukunft: „Es wird sich nichts ändern“. Auch andere psychologische Theorien gehen von negativen Gedanken aus, die ein Stimmungstief auslösen, etwa die Theorie der Hilflosigkeit von Seligman und die Theorie der Hoffnungslosigkeit von Abramson.

Aufgrund der aktuellen Datenlage kann davon ausgegangen werden, dass

- negative Gedanken die Stimmung senken
 - die Tendenz zu Verallgemeinerungen (sog. Übergeneralisierung) mit Depressivität zusammenhängt
 - Defizite des Arbeitsgedächtnisses (infolge reduzierter exekutiver Funktionen) den Umgang mit der negativen Stimmung erschweren
 - Hadern und Grübeln das Depressionsrisiko erhöhen, die Depressionsprognose verschlechtern und die Rückfallrate steigern.
3. In Punkt 1 und 2 wurde darauf hingewiesen, dass die Stimmung das Denken und das Denken die Stimmung beeinflussen. Beides kann sich aber auch gegenseitig hochschaukeln, sodass sich Affekt und Kognition wechselseitig beeinflussen. So kann eine Belastungssituation, die als unlösbar oder demütigend eingeschätzt wird, zu einer depressiven Stimmung führen. Diese Depressivität begünstigt negative Erinnerungen und Gedanken, was wiederum die Stimmungslage negativ beeinträchtigt. Auf diese Weise kann sich ein Teufelskreis einstellen, in dem negative Stimmung und negative Gedanken sich gegenseitig hochschaukeln. Genau darauf basiert mein Depressionsmodell, das auf Seite 34 (Zirkuläres Depressionsmodell) dargestellt wird.
4. Es ist aber in bestimmten Fällen auch möglich, dass Affekt und Kognition, also Denken und Fühlen, gemeinsam von einer zugrunde liegenden Hirnstörung betroffen sind. So ist nach neurowissenschaftlichen Studien die Zusammenarbeit verschiedener Hirnareale bei depressiven Menschen beeinträchtigt. Deshalb gehen manche Neurowissenschaftler (wie Mayberg) davon aus, dass Depressionen eine Netzwerkstörung des Gehirns zugrundeliegt. Allerdings weisen grossangelegte Bevölkerungsuntersuchungen darauf hin, dass in mindestens 80% der Fälle ein enger zeitlicher Zusammenhang zwischen belastenden Lebensereignissen und Depression besteht und dass z.B. eine kognitive Psychotherapie bei mittelschweren Depressionen die in bildgebenden Verfahren nachgewiesene Netzwerkstörungen im Gehirn wieder beseitigen kann – mithin die Netzwerkstörung von Umwelteinflüssen abhängig ist.

15. Depression und Interaktion [\(↑\)](#)

15.1. Stolpersteine und Möglichkeiten im Umgang mit depressiven Personen

Das Gespräch zwischen depressiven Menschen und ihren Partnern, selbst ihrem Arzt, verläuft selten ganz spannungsfrei. Die Regel sind eher Kommunikationsschwierigkeiten, die mit paradoxalen Phänomenen rund um die Depression zusammenhängen. Die daraus entstehenden Missverständnisse zwischen depressiver Person und (therapierendem) Partner haben Auswirkungen, die sich über das unmittelbare Gespräch hinaus auf das Zusammenleben bzw. im therapeutischen Rahmen auf Diagnostik und Behandlung erstrecken.

Der erste Stolperstein im Umgang mit depressiven Menschen liegt im Widerstand gegen die Annahme einer depressiven Erkrankung. Dieser Widerstand kann von betroffenen Partnern noch unterstützt

werden. Er kann in der ärztlichen Praxis dazu führen, dass das Leiden entweder nicht erkannt oder als zwiespältig oder gar unecht erlebt wird. Depressive Störungen werden gehäuft bei sehr alten und bei sehr jungen Menschen übersehen. Im Alter kann eine Depression ein psychoorganisches Syndrom vortäuschen oder mindestens akzentuieren. Bei Jugendlichen äussert sich eine depressive Verstimmung nicht selten in Schul- oder Verhaltensstörungen, die eher an eine altersentsprechende Krise als an eine Depression denken lassen.

Das Risiko, depressive Störungen zu übersehen oder in ihrem Ausmass nicht zu erkennen, wächst, wenn persönliche Eigenheiten das Krankheitsbild überlagern, wenn etwa Klagsamkeit oder „hysterisches Verhalten“ auftreten und deshalb das Leiden unecht scheint. Eine depressive Person muss aber nicht unbedingt still leidend, in sich gekehrt oder niedergeschlagen sein, sondern kann auch unruhig, gespannt oder appellativ-agitiert wirken.

Das Zusammentreffen und Ineinandergehen von krankheitsbedingter Behinderung und persönlichkeitspezifischem Ausdruck kommt bei depressiven Störungen aus mehreren Gründen besonders häufig vor. Durch die Abnahme der emotionalen Erlebnisfähigkeit treten bei depressiven Menschen negative Empfindungen stärker in den Vordergrund, so dass sie leicht ärgerlich, vorwurfsvoll oder abweisend erscheinen, auch wenn sie ganz andere Absichten hegen. Es ist das Verdienst moderner Verhaltensuntersuchungen, diesen seit langem bekannten Beziehungsaspekt der Depression mit fortgeschrittener Methodik bestätigt und differenziert zu haben.

15.1.1. Depressives Verhalten wirkt häufig auch abweisend

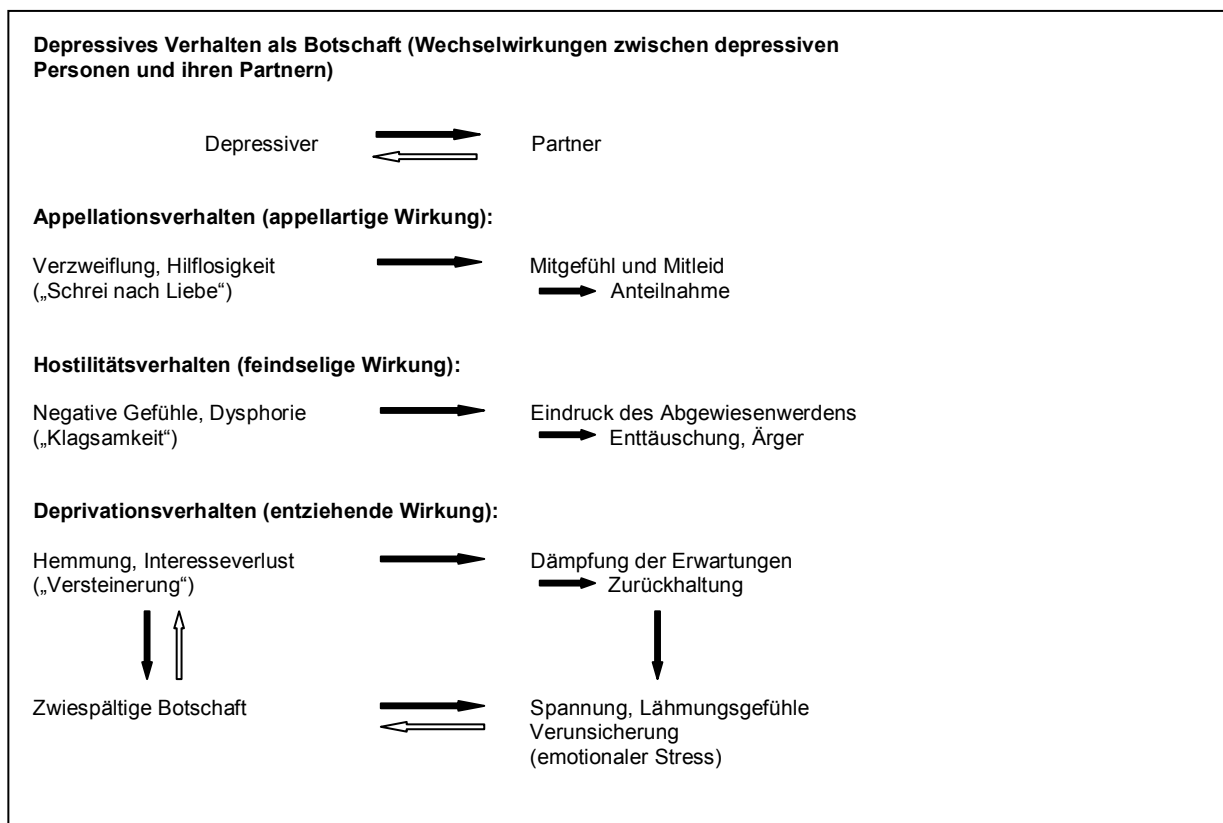
Depressives Verhalten ist in der Zweierbeziehung charakterisiert durch negatives Selbstbewerten, negative Zukunftserwartungen und vermehrtes Inanspruchnehmen. An den Gesprächspartner von Depressiven werden eine Vielzahl von Verhaltensweisen gerichtet, die als „Schrei nach Liebe“ imponieren. Bei genauer Verhaltensanalyse zeigt sich in der Regel, dass dem depressiven Verhalten neben dieser Appellationskomponente auch ein Hostilitäts- und Deprivationsaspekt (d.h. eine feindselige und entziehende Wirkung) zukommt (Abb.1, S. 78).

Ist der „Schrei nach Liebe“ besonders bei leichteren und neurotischen Formen depressiven Leidens auffällig, so kommt der „feindselige Aspekt“ depressiven Verhaltens umso deutlicher zur Geltung, je stärker eine Depression devitalisiert ist und dem Depressiven alles wert- und hoffnungslos erscheint. Demgemäss laufen auch besonders die langfristigen Partner von schwer depressiven Personen Gefahr, sich schützend vom Partner abzugrenzen und ihn zu kritisieren.

Der Deprivationsaspekt depressiven Verhaltens hat mit der Freudlosigkeit und Bedrücktheit depressiven Erlebens zu tun, was eine positive Rückkoppelung in der Beziehung zu andern Menschen unmöglich und die Kommunikation schwerfällig und monoton werden lässt, so dass sich Partner von Depressiven im Gesprächskontakt wie blockiert oder in einer Sackgasse eingeschlossen fühlen.

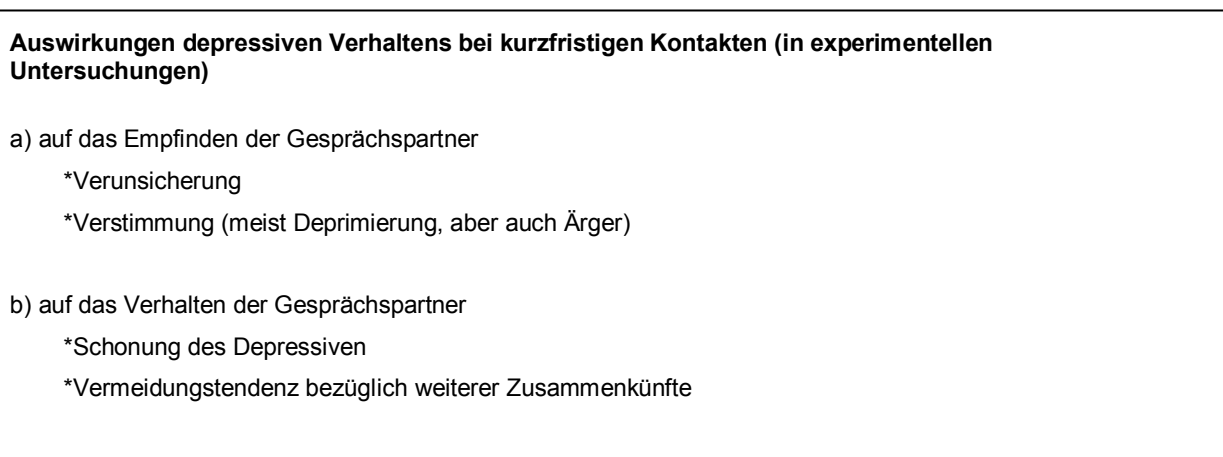
Bei längerfristigen Kontakten (Angehörigensituation) verändert sich die Reaktionsweise: Neben Schonung wird durch Partner und Angehörige auch kritische Kontrolle geübt; anstelle der Vermeidung treten bei weitergeführten Kontakten vermehrt Rechtfertigungs- und Selbstbehauptungsversuche der Partner auf.

Abb.1



Auch wenn die vielfältigen experimentellen Studien zur Interaktionsanalyse von Depressiven und ihren Bezugspersonen zum Teil uneinheitliche Resultate geliefert haben, so haben sie doch die Regel bestätigt, dass die Depression zwar kurzfristig einen Mitleidseffekt hervorrufen kann, längerfristig aber bei Bezugspersonen die Gefahr der Verunsicherung und Deprimierung sowie der Kritik und Kontrolle der Depressiven mit sich bringt (Abb. 2). Depressive Symptome wirken als zwiespältige Botschaften, die nebeneinander Mitleid, Zurückhaltung und Enttäuschung auslösen.

Abb. 2



15.1.2. Widersprüchlichkeit des Symptommusters bewirkt gemischte Gefühle bei Partnern

Durch die Widersprüchlichkeit des Symptommusters bewirken Depressive häufig auch bei ihren Partnern und Therapeuten gemischte Gefühle, die eine klare und stützende Haltung erschweren. Gerade sensible und einfühlsame therapeutische Partner spüren diese Beziehungsfälle in oft lähmender Weise. Sie empfinden, dass sie den Wünschen der erkrankten Menschen, wie sie auch immer handeln werden, im Moment nicht gerecht werden können, und fühlen sich dadurch schachmatt gesetzt.

Die grösste Gefahr in der Behandlung Depressiver liegt denn auch darin, dass auf die widersprüchlichen Botschaften des Erkrankten auch vom Arzt ambivalent reagiert wird und sich Verärgerung über das Hostilitätsverhalten, Enttäuschung über das Deprivationsverhalten und Überfürsorglichkeit gegenüber der Appellationskomponente einstellen und dabei übersehen wird, dass alle diese Verhaltensaspekte in der Erkrankung des Depressiven selbst wurzeln. Solange eine Depression tief ist und der Patient selber keine positiven Gefühle in der Arzt-Patient-Beziehung auszudrücken vermag, muss die Behandlung in einer Art Einbahnbeziehung einseitig durchgetragen werden, was nie leicht ist, je nach Persönlichkeit des Therapeuten manchmal sogar äusserst schwerfallen kann.

Im Folgenden möchte ich nun von diesem interaktionellen Ansatz her auf konkrete Stolpersteine im Umgang mit depressiven Menschen aufmerksam machen, wie ich sie in Paartherapien, in der Supervision von Ärzten in der Ausbildung – aber auch in meiner eigenen Praxistätigkeit – immer wieder erlebe. Ich beziehe mich dabei auf eher schwere Depressionsformen, bei denen ein normales psychologisches Verständnis nicht ausreicht, und schliesse leichtere depressive Verstimmungen von kürzerer Dauer aus, die häufig normal-psychologisch angebar sind.

15.1.3. Stolpersteine im Umgang mit Depressiven

15.1.3.1. Entmündigende Schonhaltung

Aus Mitleid und gleichzeitig empfundener Infragestellung heraus kann der depressiven Person in einer überaus schonenden Weise begegnet werden, die ein echtes Eingehen auf ihr Leiden verunmöglicht und dem Betroffenen das Gefühl gibt, nicht ernst genommen zu werden. Besonders gerne schleicht sich in Aussagen gegenüber depressiven Menschen die Verkleinerungsform – der Diminutiv – ein. Beispiele sind: „Es ist ‚nur‘ eine vorübergehende Verstimmung, das gibt sich schon wieder.“ Oder beim Arzt: „Sie sind körperlich gesund; es handelt sich ‚nur‘ um psychische Probleme“, oder „Sie leiden im Moment schon ‚etwas‘, aber es wird bald wieder besser“, oder „Sie sind ‚einfach‘ erschöpft; ich empfehle Ihnen einen Urlaub, wo Sie frische Kräfte tanken können.“ Durch Worte wie «nur», «etwas» oder «einfach» fühlt sich der Depressive jedoch in seiner Verzweiflung unverstanden und abgeschoben.

Solch gutgemeintes Schonen bewirkt demzufolge oft das Gegenteil und führt dazu, dass der depressive Mensch seine Klagen verstärkt oder sich in seiner Angst, ein unheimliches Leiden zu haben, durch die beschönigenden Worte bestätigt fühlt. Aus der generellen Empfehlung zur Schonung kann der Depressive auch die sachlich unberechtigte Erwartung heraus hören, dass sein Leiden durch Passivität verringert werde. Aus eigener Erfahrung weiss er aber oft genau, dass er durch Nichtstun (z.B.

im Bett liegen) nicht von seinen depressiven Nöten befreit wird. Auch wenn depressive Personen vor Überforderung im Alltagsleben zu schützen sind, verschafft ein Urlaub – womöglich in fröhlicher Gesellschaft – dem Depressiven keine neuen Kräfte, sondern lässt ihn im Gegenteil seine Bedrückung oder sein gefühlsmässiges Nicht-mitschwingen-Können nur noch schmerzhafter erleben.

Deshalb ist dem Depressiven eher zu einfachen, zeitlich limitierten Arbeiten zu raten, und er ist vor engen emotionalen Kontakten, die seine Gemütskräfte herausfordern, zu schützen. Selbst in der Aufhellungsphase einer Depression ist der Betroffene früher zu instrumentellen und beruflichen Tätigkeiten in der Lage als zu intensiven zwischenmenschlichen Beziehungen, die oft noch lange über die Depression hinaus eingeschränkt bleiben.

15.1.3.2. Vermeidung heikler Themen

Eine andere problematische Form der Schonhaltung gegenüber Depressiven besteht im Vermeiden heikler Themen, aus Angst, mit der Norm der Betroffenen nicht konform zu gehen. Hier ist im ärztlichen Kontakt besonders das Nichtansprechen von Todeswünschen oder die Tabuisierung depressiv bedingter Impotenz und Frigidität zu nennen. Der Depressive sollte nicht den Eindruck erhalten, seine Probleme seien unverständlich oder unberechtigt oder gar inexistent. Manchmal kann die Besprechung von Todeswünschen eine spürbare Entlastung bewirken. Aber auch wenn das Eingehen auf depressive Symptome im Umgang mit schwer depressiven Menschen über weite Strecken ohne unmittelbare Resonanz bleibt, bestätigen doch Nachuntersuchungen an remittierten Kranken den therapeutischen Wert eines solchen Vorgehens. Depressive Personen fühlen sich in ihrer Beengung und Isolation gerade dann etwas erleichtert, wenn sie durch genaueres Eingehen auf ihre Beschwerden spüren, dass es sich bei ihrem Leiden nicht um schlechthin Unverständliches und Einmaliges handelt, sondern dem Gesprächspartner vieles – erkenntlich an seinen Fragen – schon bekannt ist.

15.1.3.3. Ärgerliche Ungeduld

Als Reaktion auf Hostilitäts- und Deprivationsverhalten depressiver Personen liegt normal-psychologisch eine ärgerliche Haltung nahe. Sie ist so regelhaft zu beobachten, dass es sich dabei um eine alltägliche Reaktion handeln dürfte, derer sich niemand zu schämen braucht, die aber leider die Neigung depressiver Personen zur Selbstanklage und Selbstinfragestellung bestärkt.

Aggressiv getönte Ansprüche der Kranken führen leicht zu einer analogen Gegenreaktion des Partners. Ähnlich wie Ärger von depressiv Erkrankten jedoch selten offen geäußert wird, sind auch die Gegenreaktionen der (therapeutischen) Partner in der Regel nicht aggressiv. Vielmehr schleicht sich aus Verärgerung manchmal ein Appell an den Willen der Kranken in die Worte des Gegenüber ein. Beispiele wie «wenn Sie keinen Mut fassen und so weiter machen, wird es noch schlimmer mit Ihnen» sind zwar jedem geläufig, lenken aber eher von den viel häufigeren und wohl auch viel wichtigeren averbalen Abwehrgesten und von den in überfreundliche Worte verpackten Bosheiten ab.

Gehässigkeiten ziehen sich schwer depressive Menschen gelegentlich auch dann zu, wenn sie ihre Hoffnungslosigkeit oder ihre Versagensgefühle so stereotyp vortragen, dass sie auf Interventionen

des Gesprächspartners nicht eingehen und in ihrer monothematischen Fixiertheit den Eindruck hervorrufen, undankbare und hoffnungslose Personen zu sein. In der Regel möchten schwer depressive Menschen aber auch dann Zuwendung spüren, wenn sie mit völliger Gleichgültigkeit oder Ablehnung auf die Umgebung reagieren und durch ihr Ausdrucksverhalten bekunden, wie unmöglich die Beziehung für sie zu ändern geworden ist.

Wenn man bewusst von einer schwer depressiven Person eine negative Gefühlseinstellung erwartet, und wenn man Gereiztheit als Ausdruck der Problematik wertet, gelingt es etwas leichter, eine innere Distanz und damit die nötige Empathie gegenüber dem depressiven Menschen aufrecht zu erhalten.

15.1.3.4. Vertröstung

Das Gegenstück zu gereizten Reaktionen stellt das unrealistische Trösten von depressiven Personen dar (womit nicht der faktisch korrekte Hinweis auf eine spätere Stimmungsaufhellung gemeint ist). Verbindet sich Mitleid unter Zeitdruck mit Ungeduld, so greift der Therapeut gerne zu beruhigenden und beschönigenden Worten (wie: dass «schon alles wieder gut werde» oder «die Sache nicht so schlimm ausschaue»). Depressive Menschen lassen sich aber nicht wie Trauernde ablenken oder aufheitern, so dass Aufmunterungsversuche für sie psychologisch unpassend und belastend sind.

In der Konfrontation mit depressivem Leiden wird vom Partner manchmal auch auf Fortschritte im Krankheitsverlauf hingewiesen, die noch gar nicht eingetreten sind. Aber selbst eine tatsächlich eingetretene Besserung kann vom Depressiven erst dann empfunden werden, wenn es ihm ganz wesentlich besser geht.

Auch der Versuch, den Patienten durch tiefenpsychologische oder aktuelle Deutungen in seinem depressiven Erleben zu entlasten, ist häufig zum Scheitern verurteilt, ist der depressive Mensch doch oft in einer übermächtigen Vergangenheit gefangen, von der er sich kaum distanzieren kann.

15.1.3.5. Kritik an Erziehern oder Partnern

Selbst bei leichteren Depressionen mit aktuellen Lebenskonflikten ist bei einer wertenden Stellungnahme durch den Arzt oder andere Personen zu bedenken, dass es einen Unterschied macht, ob der depressive Mensch selbst seine von ihm gewählte oder seine ihn prägende Umwelt in Frage stellt oder ob dies durch eine Drittperson geschieht, die sich mit seinen Angehörigen nicht zu identifizieren hat.

Kritik an Erziehern oder Partnern bedeutet immer auch ein Stück weit eine Infragestellung des Angesprochenen. Gerade wenn der Partner eigene Gefühle wie Ärger, Enttäuschung oder Ungeduld gegenüber dem depressiven Menschen zu Recht nicht äussern möchte, besteht die Gefahr, dass er sie auf andere wie z.B. bestimmte Angehörige der depressiven Person schiebt. Dies ist umso leichter der Fall, je problematischer deren Verhalten sich darstellt.

Bereits ältere Forschungsergebnisse weisen darauf hin, dass die verständnisvolle Annahme einer Be-

hinderung durch die nächsten Angehörigen auf den weiteren Krankheitsverlauf einen wohl noch entscheidenderen Einfluss ausübt, als die Akzeptanz der Patienten durch den Therapeuten. Meist lohnt es sich, das Gespräch mit den Angehörigen gerade in jenen Fällen zu suchen, wo Missverständnisse und Ängste in der Familie spürbar sind.

15.1.4. Mögliche Umgangsweisen

Bisher sind hauptsächlich Stolpersteine im Umgang mit depressiven Menschen zur Sprache gekommen. Zum Schluss seien noch einige Möglichkeiten angesprochen, die auch im Gespräch mit schwerer depressiv Erkrankten beachtenswert sind:

- * „Psychotherapeutisches Basisverhalten“ im Umgang mit Depressiven
- * Beachtung der eigenen Gefühle gegenüber dem Patienten (Leere, Ärger, Mitleid)
- * anteilnehmende Beobachtung (Empathie und innere Distanz)
- * dem Patienten Zeit lassen, sich Zeit nehmen
- * strukturiertes Vorgehen (Rahmen setzen)
- * aktiv gezielte Fragen stellen
- * beruhigende Versicherung (diagnostische Klarheit)
- * realistische Hoffnung geben

15.1.5. Verhaltensempfehlungen für Partner von depressiven Menschen

- * Depressive Not ernst nehmen (auch dann, wenn es der Betroffene selber nicht kann).
- * Depressive Verstimmung nicht hinterfragen oder beschönigen.
- * Dem Partner gegenüber die Depression nicht interpretieren bzw. keinen Sinn zuschreiben (das kann die depressive Person nur für sich selber tun).
- * Statt Ratschläge zu erteilen, lieber an den depressiven Schwierigkeiten Anteil nehmen.
- * Ständige Aufheiterungsversuche unterlassen, aber sich selber Mut machen.
- * Nicht an die Willenskraft (oder an Verantwortung, Glaube etc.) appellieren.
- * Keine einschneidenden Veränderungen der bisherigen Lebensgewohnheiten empfehlen, eher regelmässige Gliederung des Tagesablaufs unterstützen (morgens aufstehen, regelmässig essen, abends zu Bett gehen).
- * Verständnis dafür zeigen, dass die depressive Person keine positiven Gefühle zeigen kann und auch die sexuelle Lust verloren geht.
- * Gefühle, welche die depressive Person zeigt, möglichst anerkennen und fördern: z.B. ausweinen lassen (um die Selbstbeherrschung, welche der depressive Mensch von sich fordert, nicht noch zu fördern).
- * Die ärztliche Behandlung des depressiven Partners und die Einnahme antidepressiver Medikamente unterstützen.
- * Wenn nötig, selbst Arztbesuche organisieren.
- * Zu gemeinsamen Spaziergängen oder anderen gemeinsamen Tätigkeiten anregen (die depressive Person profitiert von Schrittmacherdiensten, weil sie selber schwer Initiativen entwickeln kann).
- * Lebenswichtige Entscheidungen während der depressiven Episode (z.B. Berufswechsel, Scheidung)

möglichst zurückstellen.

- * Sich selber etwas gönnen, nicht nur in Sorge um den depressiven Menschen aufgehen.
- * Kontakte mit anderen (im Beruf, Freundeskreis) und eigenen Lebensrhythmus möglichst aufrecht erhalten, um nicht selber ins depressive Loch hineingezogen zu werden.
- * Eigene Schuldgefühle, persönliche Sorgen oder aufkommende Verstimmungen mit einem Vertrauten bzw. einer Fachperson besprechen.

16. Depression und Herz (↑)

Fast jedermann kann depressiv werden, besonders aber Menschen, welche in einer belastenden Situation stehen oder einen schweren Verlust erlitten haben. Aber auch Personen mit somatischen Erkrankungen weisen ein grösseres Risiko auf, depressiv zu werden. In den letzten Jahrzehnten hat sich die Forschung in besonderer Weise mit dem Zusammenhang von Depression und Herzkrankheit beschäftigt. Herzranke, wie z.B. Herzinfarktpatienten, haben ein mindestens doppelt so hohes Risiko, an einer Depression zu erkranken wie gesunde Menschen. Umgekehrt ist eine Depression ein Hinweis darauf, dass die betroffene Person statistisch ein etwas höheres Risiko hat, im späteren Leben eine Herzkrankheit zu entwickeln, als nicht depressive Menschen. Dazu kann häufigeres Rauchen, schlechtere Ernährung und geringere Vorsorge beitragen. Zudem weisen Personen mit Depressionen nach einem Herzinfarkt eine erhöhte Sterblichkeit auf, verglichen mit Herzranken, die nicht depressiv sind. Dieser Zusammenhang kann mindestens teilweise damit erklärt werden, dass bei depressiven Menschen Rehabilitationsmassnahmen und Kreislauftraining schwieriger durchzuführen sind.

Es bleibt im Übrigen weitgehend offen, ob und wie Depression und Herzkrankheiten direkt zusammenhängen, auch wenn bei depressiven Menschen – aber nicht nur bei ihnen – verschiedene körperliche Veränderungen festgestellt wurden, die bei der Entstehung von Herzerkrankungen eine Rolle spielen können. Die sog. „hormonelle Stressachse“ - die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrindendachse (s. Abb. 7, S. 23) – ist dabei von grosser Bedeutung. Über regulierende Zentren im Gehirn wird bei anhaltender psychischer Belastung von den Nebennierenrinden vermehrt das „Dauerstresshormon“ Cortisol produziert. Dieses erhöht u.a. das Risiko für Bluthochdruck und Fettstoffwechselstörungen, fördert die Entstehung einer Artherosklerose und kann so zu Herzerkrankungen führen. Der gleiche Mechanismus spielt auch bei Angststörungen, die oft mit Depressionen einhergehen.

Strengt sich der Mensch körperlich an oder ist er einer psychischen Belastung wie z.B. Angst ausgesetzt, nimmt die Schlagfrequenz seines Herzens zu, um die Bedürfnisse des Körpers an diese Anforderungen anzupassen und dem Menschen – im schlimmsten Falle – die Flucht vor einer Gefahr oder den Kampf mit einem Gegner zu ermöglichen. Ist die Anstrengung vorüber, geht die Herzfrequenz zurück in den „Ruhemodus“. Dieser Mechanismus ist evolutionsbiologisch verankert. Die Anpassung der Schlagfrequenz des Herzens an wechselnde Anforderungen – die Herzratenvariabilität – ist bei depressiven Menschen aufgrund einer Dysbalance im vegetativen Nervensystem eingeschränkt, und zwar je ausgeprägter, je schwerer die Depression ist. Bei starker Einschränkung ist das Herz bereits

in Ruhe beeinträchtigt – es ist in ständiger Unruhe und kann sich nicht mehr kräfteschonend entspannen. Umso wichtiger ist eine gute Behandlung und Prophylaxe von Depressionen.

17. Depression und Gesellschaft (↑)

Depressives Erleben ist gekennzeichnet durch Herabgestimmtheit (emotionale Bedrücktheit und Niedergeschlagenheit), durch die Hemmung, eine Initiative ergreifen zu können und aktiv zu sein (was den Eindruck erweckt, nicht voranzukommen und gegenüber andern zurückzubleiben) und durch gesteigerte Ermüdbarkeit (bzw. einer körperlichen Schwereempfindung), oftmals gepaart mit innerer Unruhe. Diese Veränderungen des körperlichen und zeitlichen Erlebens gehen häufig mit einer negativen Einschätzung der betroffenen Person von sich selber, ihrer Zukunft und ihrer Situation einher. Selbstvorwürfe, Hoffnungslosigkeit und Rückzugstendenzen sind charakteristische Folgen. Das depressive Geschehen bleibt aber nicht auf das Erleben beschränkt. Es verändert die zwischenmenschlichen Beziehungen und geht mit vielfältigen biologischen Umstellungen einher.

Um die soziale Dynamik der Depression zu diskutieren, ist es hilfreich, das depressive Geschehen mit einem reibungsvollen Bremsmanöver zu vergleichen. Wer depressiv wird, erfährt sich gegen seinen Willen ausgebremst. Er fühlt sich wie angehalten, zum Stillstehen gezwungen und in seinem Denken, Erinnern, Fühlen und Tun blockiert. Konsequenterweise stellen depressive Menschen oft erschrocken fest, dass ihnen etwas Grundsätzliches fehlt. Auch greifen sie oft zu Bildern, um ihr verändertes Erleben im Gegensatz zum sonstigen Leben darzustellen. Depression wird beschrieben als eine Art „aufgezwungenes Wüstenerlebnis“ (mitten unter Menschen), eine Form von „dunkler Nacht“ (in hellem Tageslicht), als „eingefroren“ sein (umgeben von Wärme) oder als Ausdruck „seelischer Lähmung“ (ohne körperliche Lähmungserscheinungen). Diese Bilder umfassen Raum und Zeit. Sie zeugen davon, dass in einer schweren Depression nichts mehr ist, wie es vorher war. Doch kann das Neue nicht positiv gefasst werden. Deshalb hat der Wiener Psychiater Hans Lenz von der „Krankheit der Losigkeit“ gesprochen. Depressive Menschen erfahren sich als interesse- und antriebslos, als schlaf- und appetitlos, als kraft- und gefühllos.

Obwohl also depressives Erleben nicht in positive Worte zu fassen ist, umfasst es das ganze Leben. Die depressive Erfahrung der Leere und „Losigkeit“ geschieht weder im persönlichen noch sozialen Vakuum. Sie spielt sich auch nicht als isoliertes Ereignis neuronaler Stoffwechselfvorgänge ab. Viel mehr zeugt die depressive Erfahrung davon, wie grundlegend ein Mensch in seiner Sozialisation und Umwelt verhaftet ist. Denn es gäbe kein so schmerzhaftes Leiden am Zustand der „Losigkeit“, wenn die depressive Erfahrung der Herabgestimmtheit und Ermüdung nicht im krassen Kontrast zu den eigenen und fremden Erwartungen stünde.

Trotzdem machen nicht einfach die Lebensumstände oder die Gesellschaft krank. Soziale Bedingungen tragen aber dazu bei, dass ein Mensch an die Grenzen seiner Verarbeitungsmöglichkeiten stösst und depressiv reagiert. Vereinfacht gesagt, kann das depressive Geschehen als eine grundlegende Reaktionsweise verstanden werden, die den meisten Menschen aufgrund biologischer Voraussetzun-

gen eigen ist. Kein Mensch will depressiv sein, aber die biologisch verankerte depressive Reaktionsmöglichkeit zwingt einen Menschen, der von äusseren oder inneren Situationen bzw. Anforderungen überwältigt wird, wie gebannt inne zu halten und eine Art Denk- und Handlungspause einzuschalten.

Es gilt heute als gesichert, dass insbesondere den ersten depressiven Episoden eine psychosoziale Belastungssituation vorausgeht. Dazu zählen berufliche Schwierigkeiten, anhaltende Eheschwierigkeiten und insbesondere Verluste von Partnern, Eltern oder Kindern. Das gemeinsame dieser Auslösefaktoren scheint zu sein, dass sie einen Menschen an seiner verletzlichen Stelle treffen, sodass auslösendes Ereignis und persönliche Grundhaltung wie Schlüssel und Schloss zusammenpassen. So kann eine soziale Zurücksetzung den einen Menschen furchtbar schmerzen, während ein anderer, der weniger ehrgeizig ist, darauf gelassener reagiert.

Um den Einfluss sozialer Faktoren gegenüber genetischen und Persönlichkeitsfaktoren dennoch zu gewichten, hat die Depressionsforschung zwei Wege beschritten. Zum einen wurden eingreifende soziale Ereignisse (wie Firmenschliessungen oder Naturkatastrophen) zum Ausgangspunkt von Verlaufsuntersuchungen gemacht. Bei der Wahl eines solchen Ansatzes kann davon ausgegangen werden, dass die belastenden Lebensereignisse nichts mit den betroffenen Personen zu tun haben, sondern die verschiedensten Persönlichkeiten mit den verschiedensten genetischen Anlagen betrifft. Es steht heute zweifelsfrei fest, dass schwerwiegende soziale Belastungen zu einem Anstieg von Depressionen in einer betroffenen Bevölkerungsgruppe führen. So hat die Schliessung eines Unternehmens in einer abgelegenen Gegend Norwegens in der betroffenen Gemeinde zu einem deutlichen Anstieg der Depressionsfälle geführt, verglichen mit einem Nachbardorf, das keine Betriebsschliessung zu beklagen hatte. Ähnlich wie Arbeitslosigkeit erwies sich auch ein tiefes Einkommen als wichtiger Prädiktor für Depressionen.

Die zweite Methode, um soziale von genetischen Einflussfaktoren zu trennen, zielt auf die Untersuchung eineiiger Zwillinge, die das gleiche Erbgut haben. In solchen Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass das Auftreten von Depressionen eng zusammenhängt mit dem Vorhandensein von belastenden Lebensereignissen in den der Depression vorausgegangenen Wochen, und zwar je enger, je höher die Zahl dieser belastenden Lebensereignisse ist – d.h.: Je höher die Zahl der stressvollen Belastungen ist, desto höher ist auch die Wahrscheinlichkeit, an einer Depression zu erkranken.

Für das Auftreten von depressiven Episoden wirken sich belastende Lebensereignisse besonders stark aus, gefolgt von genetischer Disposition, früheren depressiven Episoden und einer Neigung zu neurotischen Fehlhaltungen. (Kendler)

Aber nicht nur der Ausbruch einer Depression ist von den sozialen Umständen abhängig. Auch der weitere Verlauf hängt mit sozialen Einflüssen zusammen. So wirken sich ökonomische Schwierigkeiten am ungünstigsten auf die depressive Entwicklung aus.

Nicht gelöst ist die methodisch schwierig zu entscheidende Frage, inwieweit Depressionen heutz-

tage im Vergleich zu früheren Jahrzehnten zugenommen haben. Einiges weist darauf hin: So geben später geborene Menschen z.B. im Alter von 30 Jahren häufiger an, dass sie an Depressionen leiden oder gelitten haben, als früher geborene Menschen, die im gleichen Alter befragt wurden. Es ist aber nicht auszuschliessen, dass eine andere Einstellung zum psychischen Leiden diesen statistisch beobachtbaren Depressionsanstieg mitbedingt.

Sicher ist hingegen, dass die Behandlungen von Depressionen in den letzten Jahren sehr deutlich angestiegen sind. Dieser Anstieg dürfte mehrere gesellschaftliche Gründe haben. Zum einen wurde die Depression vermehrt gesellschaftsfähig. Dazu hat neben der Psychiatrie vor allem auch die Pharmaindustrie beigetragen. Diese hat sich erfolgreich bemüht, die medikamentöse Behandlung depressiver Zustände mit einem Depressionsmodell zu verbinden, das sich von rein körperlichen Erkrankungen nicht unterscheidet. Dies mag nicht unwesentlich dazu beigetragen haben, dass die pharmakologische Depressionsbehandlung grössere Akzeptanz erhielt. Der Anstieg der Depressionsbehandlungen kann aber auch damit zusammenhängen, dass es immer schwieriger geworden ist, mit leichteren depressiven Verstimmungen den modernen Alltag und das Berufsleben zu bestehen. Denn die gesellschaftliche Situation hat sich in den letzten Jahrzehnten in den westlichen Industrienationen drastisch verändert. Statt Tugenden wie Treue und Pflichtbewusstsein, die von einer langfristigen Lebensplanung zeugen, werden in der globalisierten und deregulierten Gesellschaft der Spätmoderne eher Flexibilität, Anpassungsfähigkeit und Kurzentschlossenheit gefordert.

Der amerikanische Soziologe Richard Sennett hat in seinem bemerkenswerten Buch „Der flexible Mensch“ mit vielen empirischen Befunden dargestellt, wie sich am Ende des letzten Jahrhunderts in nur einer Generation das Bild vom Menschen und seiner Lebensbahn unter den neoliberalen Wirtschaftsbedingungen der letzten Jahrzehnte grundlegend verändert hat. Am Beispiel einer Familie zeigt Sennett auf, wie an die Stelle eines traditionell verwurzelten, langfristig angelegten Lebensplanes zunehmend ein flexibler und unsteter Lebensentwurf getreten ist.

Der „postmoderne Weltbürger“ hat sich den kurzfristigen und elastischen Zielen des neuen globalen Wirtschaftens anzupassen. Gleichzeitig trägt er aber die historisch gewachsene Verpflichtung zu Autonomie und Selbstverwirklichung in sich. Dadurch gesellt sich zur Verpflichtung innerer Beharrlichkeit bzw. Ich-Identität die Forderung nach Mobilität und „kreativen Sprüngen“.

Der Philosoph Hans Jonas hat darauf hingewiesen, dass der heutige Mensch nicht so sehr Angst vor dem Tode hat, als vor dem Umstand, nicht richtig leben zu können. Insofern passt die depressive Not (mit ihrem Gefühl der Gefühllosigkeit) zur Problematik unserer Zeit. Der depressive Mensch fühlt sich meist leer, ohnmächtig um einen Punkt kreisend, wie seelenlos, ohne Zugang zu einem persönlichen Wert. Selbst der eigene Körper wird in der Depression oft als leblose Materie – wie eine Hülle – empfunden. Dabei fühlt sich der moderne depressive Mensch eher nichtig und leer als von Schuldgefühlen geplagt.

Die aufklärerische Vorstellung eines starken, autonomen und selbstverantwortlichen Subjektes wird in

der depressiven Blockade zur Farce. Weil aber der moderne Mensch aufgeklärt ist und dieses Selbstbild verinnerlicht hat, kann er auch in der Depression nicht davon lassen. Die Vorstellung, dass nur der Tüchtige überlebt und dass die Stärke des modernen Menschen in seiner Macht- und Prestigeentfaltung liegt, ist zu tief verwurzelt. Tritt unter diesem leistungs- und anpassungsorientierten Denken eine depressive Blockade auf, so wird das moderne Individuum an seiner sensibelsten Stelle getroffen. Denn ein autonomer Mensch ist auf sich selber gestellt und darauf angewiesen, initiativ denken und handeln zu können. Gerade diese Fähigkeit ist aber in der Depression behindert. In der Depression ereignet sich, was der moderne Mensch am wenigsten erträgt: Er erlebt klar und wach mit, wie seine persönlichen Entscheidungs- und Einflussmöglichkeiten eingeschränkt werden. Seine Gedanken und Erinnerungen werden schwerer abrufbar. Planen und Entscheiden sind ebenso blockiert wie ausführende Bewegungen oder körpersprachliche Ausdrucksformen. Doch bleibt sich der depressive Mensch – anders als in Bewusstlosigkeit oder bei einer dementiellen Erkrankung – seiner Situation bewusst. In dieser Situation fühlt sich das moderne Ich vor das Nichts gestellt. Es steht ihm nicht mehr – wie in der früheren Melancholieauffassung - der Ausweg offen, sich als Teil eines Weltganzen zu verstehen und daraus Sinn zu gewinnen. Es ist auf sich selbst geworfen, ohne in den vorherrschenden kulturellen Wertungen – in Globalisierung und Deregulierung – einen tragenden Grund zu finden.

Aber gerade im depressiven Geschehen geht die subjektive Erfahrung nicht unter. Bei aller Hilflosigkeit und Abhängigkeit erfährt sich der depressive Mensch als Leidender. Im Verlust seiner Eigenmächtigkeit bleibt ihm oft nur das schwache Erleben seiner Körperlichkeit. Dieses Erleben ist nicht ins Positive verkehrbar. Aber es ist das einzige, was ihm bleibt. Es ist ihm eigen. Mag das Individuum der Natur und der naturwissenschaftlichen Betrachtung gleichgültig sein, der einzelne Mensch kann sich nicht sich selbst entziehen. Er ist als Individuum, wie der Philosoph Manfred Frank sagt, „unhintergebar“. (Er kann nicht hinter sich selbst zurücktreten.) Sein Eigenwert ist nicht durch die Natur oder die Evolution gegeben, sondern liegt in ihm.

Moderne depressive Menschen mögen an ihrer übersteigerten Subjektivität und am Erleben ihres Ungenügens scheitern. Aber sie mögen manchmal auch durch ihr Depressivsein hindurch eine nicht selbstverständliche Erlebensfähigkeit neu entdecken und verspüren, dass es dieser "innere Raum" persönlichen Erlebens ist, der sie ausmacht. Sie können versuchen, sich selbst gegenüber mehr Sorge zu tragen, gerade auch weil sie erlebt haben, dass sie von vielen Konstellationen abhängig sind und nicht alles im Griff haben. Einer meiner Patienten, ein 55-jähriger Bankfachmann mit lang anhaltender Depression, vermochte im therapeutischen Rahmen mit seiner inneren Gelähmtheit und inneren Unruhe reden zu lernen. Er lokalisierte diese spannungsvolle Blockade im Bauch und Brustbereich und gab der empfundenen Spannung eines Tages den Namen "Rumor" (rumor lateinisch = Unruhe, Spannung). Einmal lokalisiert und benannt, versuchte er, den Rumor zum Sprechen zu bringen. Er stellte sich vor, was der Rumor zu ihm sagen würde, wäre er der Sprache mächtig: „Du kannst nicht weniger arbeiten, du würdest als Versager dastehen. Du musst die Leistung bringen, die von dir erwartet wird. Würdest du dich frühpensionieren lassen, würde ich dich Schwächling nennen. Und überhaupt: Was würdest du ohne Arbeit tun, trotz finanzieller Sicherheit wäre dein Leben inhaltlos, ein Scherbenhaufen.“

Es versteht sich von selbst, dass diese Spannung den Mann nicht schlafen liess und ihn tagsüber in Panik und Verzweiflung brachte. Als es meinem Patienten jedoch gelang, der gespannten Blockade einen Namen und eine Stimme zu geben, verwandelte sich das vorher unpersönliche Leiden nach und nach in ein inneres Gegenüber, mit dem er sich auseinandersetzen konnte. Günstige familiäre und soziale Umstände erleichterten ihm schliesslich, sein Leben neu auszurichten und sich mit dem Gedanken einer Frühpensionierung anzufreunden. Je besser es ihm gelang, sich von früheren Wertvorstellungen zu lösen und den inneren Rumor mit anderen Wertvorstellungen zu konfrontieren, desto mehr verschwand auch sein Grübelzwang und seine depressive Blockade. Über das Zwiegespräch dieses Patienten fand eine innere Dynamik zur Sprache.

Diese innere Seite des depressiven Geschehens droht heute in der Medizin immer mehr übersehen zu werden. Abwertende Einstellung und allfällige Gegenwehr gegen das biologisch begründete Bremsmanöver der Depression sind aber von nicht zu unterschätzender Bedeutung für die weitere Entwicklung eines betroffenen Menschen. Wo ein Mensch, der zu Depressionen neigt, keine Zeit für sich findet, steigt auch das Risiko der Selbstüberforderung und damit das Risiko eines depressiven Rezidivs. Umgekehrt kann die Grundierung in einem „inneren Raum“, der ein Gegengewicht gegen die zentrifugalen Kräfte der modernen Lebenssituation schafft, die weitere Entwicklung günstig beeinflussen.

18. Depression und Burnout [\(↑\)](#)

18.1. Was ist Burnout - was ist es nicht?

Burnout ist nach der WHO keine anerkannte psychiatrische Diagnose. Zwar wird im Diagnosemanual der WHO – der sog. International Classification of Diseases (ICD-10) – aufgeführt, dass Menschen wegen Erschöpfung und Burnout medizinische Hilfe suchen. Doch wird Burnout nicht als abgrenzbare psychische Störung eingeschätzt, sondern als Erschöpfungsprozess beurteilt, der zu einer von der WHO anerkannten psychischen Störung wie einer depressiven Episode oder einer Angststörung führen kann.

Tatsächlich wehren sich auch viele Burnout-Betroffene gegen eine Pathologisierung als psychisch krank oder gestört. Sie schätzen ihr Leiden vielmehr als verständliche Folge ihres grossen Arbeitsinsatzes oder ihrer misslichen Berufssituation ein. Somit stimmen Experten und Betroffene mindestens teilweise darin überein, dass Burnout keine eigentliche psychische Erkrankung darstellt.

18.2. Wie häufig ist Burnout?

Burnout hat sich in den letzten Jahren nach statistischen Angaben von Krankenversicherungen und repräsentativen Umfragen epidemisch ausgebreitet. So hat sich in Deutschland die Zahl der Krankentage und der Burnout-Fälle zwischen 1994 und 2013 mehr als verdoppelt. Über 10% der Fehlzeiten am Arbeitsplatz sind durch psychische Probleme, vor allem Burnout und Depression, bedingt. In der Schweiz hat ein Bundesamt (Seco) ermittelt, dass 25% der Arbeitnehmer das Gefühl haben, bei der Arbeit emotional verbraucht zu sein. Auch wenn solche Zahlen mit der nötigen Vorsicht zu interpre-

tieren sind (und im Jahr 2014 auch ein leichter Rückgang der Burnout-Fälle bei den deutschen Krankenversicherern zu beobachten ist), besteht kein Zweifel, dass sich heute viele Menschen gestresst und beruflich überfordert fühlen. Offenbar kommen immer mehr Menschen in der individualisierten Erfolgs- und Leistungsgesellschaft mit der ihnen abverlangten Situation nicht zurecht.

18.3. Gegenüberstellung Burnout – Depression

Burnout kann nicht mit einer Depression gleichgesetzt werden, lässt sich aber auch nicht scharf von Depression abgrenzen, denn wenn die Symptomatik von Burnout und Depression genauer untersucht wird, finden sich Ähnlichkeiten und fließende Übergänge. So überschneidet sich etwa die Skalierung des weltweit am meisten verwendeten Messinstruments für Burnout (Maslach-Burnout-Inventory) mit dem am häufigsten gebrauchten Fragebogen für Depression (von Beck). Wer im Burnout-Fragebogen hohe Werte erzielt, hat im Depressionstest ebenfalls höhere Werte. Auch wenn Burnout-Betroffene von psychiatrischen Experten klinisch interviewt werden, findet sich eine starke Überlappung von Depression und Burnout.

Nach dem heutigen Wissensstand unterscheiden sich Depression und Burnout weniger in ihrer Symptomatik als in ihrer Konzeptualisierung. Burnout wird als Arbeitsproblem definiert und als Erschöpfungsprozess verstanden, während Depression kausal – was die Ursache betrifft – offen bleibt und durch ein bestimmtes Symptomenmuster festgelegt ist. Dieser konzeptuelle Unterschied spiegelt sich auch in einer unterschiedlichen Charakterisierung der an sich ähnlichen Symptome von Burnout und Depression wider. So werden in der Depressionsdiagnostik Freudlosigkeit bzw. Bedrücktheit und Antriebsstörung als Leitsymptome hervorgehoben, während bei Burnout Erschöpfung und Ineffektivität im Vordergrund stehen. Freudlosigkeit und Bedrückung weisen auf ein affektives Problem hin, während Erschöpfung auf eine geleistete Anstrengung hindeuten. In analoger Weise verweist Antriebsstörung auf eine medizinische Problematik, während Ineffizienz auf soziale und berufsorientierte Probleme schliessen lässt. Beide – Antriebsstörung und Ineffizienz – beschreiben aber die gleiche Symptomatik, nur aus unterschiedlicher Perspektive.

Neben Erschöpfung und reduzierter persönlicher Leistungsfähigkeit sind Zynismus oder Depersonalisation weitere Symptome eines Burnout, diese finden aber keine Entsprechung in der Depressionsdiagnostik. Mit Zynismus bzw. Depersonalisation ist gemeint, dass sich bei einem Burnout eine ungewohnt gleichgültige Einstellung zu Kunden und Mitarbeitenden einstellt. Demgegenüber ist depressiven Menschen Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen fremd. Sie neigen vielmehr dazu, alles sehr ernst zu nehmen und tendieren zur Selbstkritik und zu Selbstvorwürfen, aber nicht zu Abwertung von Drittpersonen. Sie leiden daran, kein Interesse aufbringen zu können. Dies ist ihnen gerade nicht gleichgültig.

Ebenso empfinden depressive Menschen ihre Müdigkeit als bedrückend. Sie machen sich deshalb oft Selbstvorwürfe, während Burnout-Betroffene ihre Erschöpfung eher als hinderlich denn als schuldbeladen beziehungsweise als Folge eigenen Versagens beurteilen. Erschöpft zu sein setzt sprachlich eine Anstrengung voraus, während der Müdigkeit diese positive Konnotation abgeht.

18.3.1. Burnout als mögliche Vorstufe von Depression

Burnout kann Vorstufe einer depressiven Episode sein. Ein leichtes Burnout, das den Kriterien einer psychiatrischen Störung (wie einer depressiven Episode) nicht entspricht, ist ein Hinweis auf Überforderung, hat aber noch keinen Krankheitswert. Erst wenn der Burnoutprozess fortschreitet und zu Behinderungen führt, ist von einer eigentlichen psychischen Störung zu sprechen.

Der Burnout-Betroffene ist zunächst seiner Arbeit nicht müde. Er wird aber zunehmend erschöpft, weil es ihm schwerfällt, Aufgaben liegen zu lassen. Sein Erschöpftsein ist also eine Folge seines Einsatzes, den er in der Regel hoch bewertet. Allerdings negativiert sich im Verlauf des Burnoutprozesses diese anfänglich positive Einstellung zu Arbeit und Lebensumständen und ist schliesslich nicht mehr von depressiver Müdigkeit zu unterscheiden. Der Burnout-Betroffene wird dann auch seiner Arbeit müde. Es kommt zu einer „inneren Kündigung“ und zur Distanzierung von seinen Arbeitskollegen („Depersonalisierung“). Dann treten depressive Symptome wie Bedrücktheit, Konzentrationsschwäche und Appetitstörung auf und der Burnoutprozess erfüllt schliesslich auch die Kriterien einer „depressiven Episode“.

18.3.2. Burnout im depressiven Stadium

Im depressiven Stadium betrifft Burnout den gesamten Organismus und ist (wie eine Depression) affektiv durch düstere Gestimmtheit, kognitiv durch Denkhemmung bzw. Konzentrationsverminderung und psychomotorisch durch eine Verminderung von Mimik und Gestik charakterisiert.

18.4. Wie kommt es zu einem Burnoutprozess?

18.4.1. Burnout als Arbeitsproblem

Die Arbeitssituation hat sich in den letzten Jahrzehnten grundlegend verändert. Früher war der Arbeitnehmer in der Industriegesellschaft vor allem körperlich gefordert (was mit Erkrankungen des Bewegungsapparates als häufige Berufskrankheit einherging), während er heute in der Dienstleistungsgesellschaft infolge von Digitalisierung, Deregulierung und Mobilisierung vornehmlich mental herausgefordert wird, was zu vermehrten psychischen Stresserkrankungen führt. Zudem fand in den letzten Jahrzehnten eine enorme Werteverstärkung statt. So wurden am Arbeitsplatz vorrangig Konstanz, Treue und Routine eingefordert, heute werden demgegenüber Flexibilität, Teamfähigkeit und Mobilität verlangt. Bei steigendem Konkurrenzdruck wird zudem von Managern wie Arbeitnehmern eine immer grössere Effizienz erwartet. Der Erfolgsdruck wächst.

Misserfolge müssen umso mehr vermieden werden, als man sich dafür alleine verantwortlich fühlt. Dadurch bekommen berufliche Niederlagen eine grössere Fallhöhe. Um ein Scheitern zu verhindern, wird der Einsatz im Beruf gesteigert – bis zu dem Punkt, an dem die Arbeit andere Lebensbereiche verdrängt (was durch die stete Erreichbarkeit dank Mobiltelefon und Laptop noch verstärkt wird). Die totale Ausrichtung auf die Berufstätigkeit kann im Leben eines Burnout-gefährdeten Menschen so übermächtig werden, dass die Freizeit ausschliesslich als Erholungsphase verstanden wird, die den Zweck hat, die erschöpfte Arbeitskraft zurückzugewinnen. Damit geht aber auch die Chance verloren, Distanz zum beruflichen Alltag zu gewinnen und sich in Musse neu zu orientieren.

Weiter trägt ein geringer Einfluss des Angestellten auf die Arbeitsgestaltung bzw. ein Verlust der eigenen Kontrolle über das, was man tut, zur Erschöpfung bei. Wenn Anerkennung ausbleibt, die Entlohnung nicht stimmt und die Bindung an Mitmenschen – an Arbeitskollegen, Vorgesetzte oder Angestellte – fehlt, sodass der Arbeitnehmer zum Einzelkämpfer wird, ohne eine zwischenmenschliche Wertschätzung zu spüren, steigt die Gefahr des Ausbrennens an. Menschen können bekanntlich vieles aus- und durchhalten, wenn sie in Herausforderungen einen Sinn sehen können oder wenn sie – wie in Kriegen oder in Naturkatastrophen – in eine Gemeinschaft eingebettet sind. Sie werden aber innerlich aufgegeben, wenn sie sich - sich selbst überlassen – vor Aufgaben wiederfinden, für die sich weder eine Lösung abzeichnet noch Anerkennung in Aussicht ist.

Vor allem das Ungleichgewicht von grosser Arbeitsbelastung einerseits und ungenügender Anerkennung und Belohnung andererseits erhöht die Gefahr für eine Burnout-Entwicklung, die dann zu weiteren gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen kann.

18.4.2. Persönliche Haltungen

Ein Burnoutprozess kann durch persönliche Haltungen gefördert werden. Dazu zählen hohe bis perfektionistische Leistungsansprüche, hohe Verletzbarkeit und eine isolierende Konzentration der Lebensführung auf den Beruf. Auch sogenannte "innere Antreiber" – Selbstideale wie "Sei perfekt", "Sei für alles verantwortlich", "Sei immer der Beste", "Hab alles im Griff" etc. -, die den Berufsstress erhöhen, sind wesentlich.

Meist wirken aber "äussere Antreiber" wie die Arbeitsmarktsituation und "innere Antreiber" zusammen und schaukeln normalen Stress zu einem übermässigen oder krank machenden Distress (negativer Stress) hoch. Oft vermischen sich Inneres und Äusseres und machen die Burnout-Situation noch komplexer. So sind hohe Selbstideale in der Regel nicht nur selbstgemacht, sondern ebenso von der Biografie und der heute vorherrschenden Kultur beeinflusst, etwa durch den Neoliberalismus, für den nur der sichtbare und in Geldwert messbare Erfolg zählt. Oft macht erst eine Burnout-Krise sichtbar, dass ein Mensch seine eigenen seelischen Bedürfnisse dem von der Gesellschaft mitgeprägten Selbstbild geopfert hat. Er erlebt dann einen Widerspruch zwischen dem, was er im Grunde möchte, und dem, wonach er sich ausrichtet. Dadurch fühlt er sich in seiner Identität infrage gestellt und vermisst den Zustand, mit sich und der Umwelt kohärent zu sein.

Dennoch wird Burnout oft in mechanistischer Weise auf einen blossen Energiemangel infolge zu starker Inanspruchnahme – gleich einer Batterie, die sich entladen hat – zurückgeführt. Dieses lineare Modell übersieht die innere und äussere Dynamik des Burnoutprozesses.

18.5. Was ist zu tun?

18.5.1. Hilfe zur Selbsthilfe

Die heutigen Lebens- und Arbeitsbedingungen sollten sowohl die Prävention (Vorbeugung) von Burnout als auch einen hilfreichen Umgang mit anhaltender Erschöpfung berücksichtigen. Dabei darf weder das moderne Ideal der Selbstverwirklichung noch die neoliberale Tendenz der heutigen konkur-

renzentrierten Marktwirtschaft übersehen werden. Beide treffen sich in der Annahme, dass Menschen selbständig sind und sich selbst organisieren können. Folglich hat auch die Hilfe für Burnout-Betroffene diesen verbreiteten Autonomiegedanken einzubeziehen. Gefragt ist vor allem Selbsthilfe und damit Hilfe zur Selbsthilfe.

Allerdings wird Selbsthilfe, die dem Ideal der Selbstverwirklichung entspricht, mit einer härter werdenden Wirtschaftssituation konfrontiert, die ein höheres Ausmass an Stabilität und innerer Sicherheit voraussetzt, um den heute gegebenen Anforderungen zu genügen. Selbsthilfe stösst dann an Grenzen, wenn Menschen infolge zunehmender Erschöpfung bereits emotional labilisiert und in ihrer Identität verunsichert sind. Zudem ist auch zu fragen, wie weit die Anpassung gefördert werden soll, wenn überfordernde Arbeitsverhältnisse und -strukturen vorliegen. Hier ist nicht nur Selbsthilfe im Sinne eines verbesserten Stressmanagements gefragt. Es ist auch eine Überprüfung der aktuellen Arbeitsbedingungen – idealerweise zusammen mit dem Arbeitgeber – angebracht.

18.5.2. Wandel der Wertvorstellungen

Ein Wandel der Wertvorstellungen von Burnout-Gefährdeten oder Burnout-Betroffenen kann hilfreich sein, insbesondere wenn sie eine kritischere Einstellung zu den heute kulturell vorgegebenen Werten von Aussenorientierung, Erfolg und Effizienz entwickeln können und dadurch etwas Abstand vom Leistungsdruck gewinnen. Wenn sie zudem mehr auf ihr eigenes Erleben achten - gleichsam der Seele Raum geben -, kann es ihnen gelingen, den eigenen "inneren Antreiber" wahrzunehmen und ihn infrage zu stellen.

18.6. Stufenmodell einer Burnout-Therapie

Weil Burnout nach den heutigen Diagnosemanualen keine Erkrankung ist, ist es eigentlich widersinnig, eine Therapie für Burnout vorzuschlagen. In vielen Burnout-Ratgebern wird dies dennoch in ganz unterschiedlicher Weise getan. Tatsächlich geht Burnout mit Leiden einher, weshalb Burnout-Betroffene auch Hilfe brauchen. Vor allem aber ist Burnout ein Alarmzeichen. Es gilt den Burnoutprozess möglichst zu unterbrechen, bevor er zur Depression oder einer anderen psychiatrischen Störung geführt hat.

In der Regel ist ein gestuftes und mehrschichtiges Vorgehen sinnvoll, wie es Toni Brühlmann als anerkannter Experte von Burnout vorschlägt (Brühlmann 2013)¹.

18.6.1. Erster Schritt

Zunächst geht es hauptsächlich darum, den übermässigen und überfordernden Disstress zugunsten eines gemässigten und herausfordernden Stresses abzubauen. Der erste Schritt besteht im Erkennen und Ernstnehmen der individuellen Warnsignale. Dazu gehören Schlafstörungen, innere und äussere Unruhe, Schmerzen, physische Erschöpfung, Reizbarkeit, aber auch Energieverlust und zunehmender Überdross. Günstig ist, wenn die in Arbeit und Leistung investierte Zeit reduziert werden kann und dafür Beziehungen und Freizeitaktivitäten vermehrt gepflegt werden. Günstig ist auch, wenn freie Zeit

¹ Brühlmann T. (2013): Burnout - Stressverarbeitungsstörung und Lebenssinnkrise. Schmerz, 27, 521-533

und neue Erholungsräume nicht wegen Unruhe aufgegeben oder reduziert, sondern durchgehalten werden. Hilfreich sind ferner körperorientierte Therapien und fälschlicherweise belächelte Wellnessangebote wie Entspannungsmassagen, Shiatsu, Yoga, Qi Gong, Atemtherapie oder Feldenkrais. Dadurch kann sich ein erschöpfter Mensch wieder besser spüren. Besonders hilfreich sind meditative Übungen wie Atemmeditation, da sie zur De-Zentrierung von Alltagsbelastungen beitragen.

18.6.2. Zweiter Schritt

Im zweiten Schritt gilt es, neben den äusseren Antreibern auch die inneren Antreiber zu erkennen und sie möglichst auf ein gesundes Mass zu reduzieren. Damit hat sich vor allem die kognitive Verhaltenstherapie befasst. Im Falle von Burnout geht es darum, automatisch auftretende Gedanken, die einen Menschen zu Höchstleistungen oder zu Perfektionismus auffordern, zu schwächen. Wenn beispielsweise jemand, der ängstlich ist, durch furchterregende Gedanken wie "Der Chef lehnt mich ab, wenn ich nicht top bin" in seinem Fleiss noch bestärkt wird und sich nicht traut, eine Pause einzulegen, trägt die kognitive Psychotherapie dazu bei, solche automatisch auftretenden Vorstellungen kritisch zu überprüfen und durch alternative Gedanken zu ersetzen, die dem inneren Antreiber keine Nahrung bieten.

Einen anderen Ansatzpunkt haben die psychoanalytisch orientierten Psychotherapien. Sie helfen vor allem die biografisch begründeten inneren Antreiber zu minimieren, indem sie diese sogenannten "Disstress-Produzenten" auf ihre Herkunft in der Kindheit zurückführen und damit relativieren. So kann ein überhöhtes oder narzisstisches Selbstideal, das seine Wurzeln beispielsweise in familiären Verwöhnungsstrukturen hat oder durch Kompensation beschämender und traumatisierender Erfahrungen in Familie und Schule entstanden ist, aufgedeckt und längerfristig vermindert werden. Dadurch verringert sich – mit der nötigen Geduld – auch der neurotische Leistungsdruck.

18.6.3. Burnout mit manifester Depression

Wenn sich als Folge des Burnoutprozesses bereits eine manifeste Depression entwickelt hat, bekommt die Therapie dieser Gemütsstörung Vorrang. Dann ist eine spezifische Depressionstherapie nötig. Was die medikamentöse Behandlung betrifft, sind bei depressiver Müdigkeit eher anregende Antidepressiva (die selektiv auf Serotonin und Noradrenalin einwirken) vorzuziehen. Allerdings wird auch bei diesen Antidepressiva eine substanzielle Rate an medikamentenbedingter Müdigkeit gefunden. Deshalb sucht man nach Alternativen. Heute werden vermehrt Psychostimulantien (z.B. Ritalin) eingesetzt, die aber bei längerem Gebrauch einen Burnoutprozess noch fördern können.

Gerade das Auftreten einer Depression als Stressfolge eines Burnoutprozesses zeigt eindrücklich auf, dass ein depressives Geschehen meist nicht zufällig auftritt. Es bremst einen Menschen unwillkürlich aus, wenn die Erschöpfung übermässig wird und eine weitere Eskalation unübersehbare Folgen für Körper und Seele hätte. Aber der depressive Bremsvorgang bringt den Menschen auch in eine existenzielle Grenzsituation, die ausserordentlich belastend ist und gefährlich sein kann.

18.7. Burnout ist auch ein Sinnproblem

Brühlmann (2013) ist der Auffassung, dass es zu kurz greift, Burnout lediglich als Stressfolge zu sehen: "Burnout ist immer auch ein Verlust an Lebenssinn, d.h. eine Lebenssinnkrise. Betroffene äußern oft spontan, es mache keinen Sinn mehr, so weiter zu leben. (...) Wichtig ist es, die Sinnfrage aktiv aufzugreifen. Direkt angegangen werden kann sie durch die gemeinsame Reflektion, wie zukünftig der Lebenssinn nicht mehr nur im Berufserfolg liegen darf, sondern andere Lebensinhalte hinzukommen müssen. (...) Sinnverlust ruft auch vermehrt nach spirituellen oder religiösen Verwurzelungen. Durch Egotranszendierung (Ich-Überschreitung) wird eine einseitige Selbstbezogenheit – die heute verbreitete und überbetonte narzisstische Position – überwunden; man sieht sich wieder als Teil eines umgreifenden Ganzen."

Damit spricht Brühlmann die Sinndimension an. Sie fordert die heutige Psychiatrie und Psychotherapie besonders heraus.

D. Literaturhinweise [\(↑\)](#)

Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G (2010): Kognitive Therapie der Depression. 4. Aufl. Weinheim: Beltz

Benkert O, Hippus H (2014): Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie. 10., vollständig überarbeitete und aktualisierte Aufl. Heidelberg: Springer

Bodenmann G (2009): Depression und Partnerschaft. Bern: Huber

Dilling H, Mombour W, Schmidt MH, Coltart I (Hrsg.) (2015): Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10. 10., überarbeitete Aufl. Bern: Huber

Hell D (2014): Welchen Sinn macht Depression? Ein integrativer Ansatz. 6. Aufl. der 2006 überarbeiteten 11. Aufl. Hamburg: Rowohlt

Hell D (2015): DEPRESSION – Wissen, was stimmt. Freiburg: Kreuz

Hell D (2013): Depression als Störung des Gleichgewichts – Wie eine personbezogene Depressionstherapie gelingen kann. 2., überarbeitete und erweiterte Aufl. Kohlhammer: Stuttgart

Hell D, Endrass J, Vontobel J, Schnyder U (2011): Kurzes Lehrbuch der Psychiatrie. 3. Aufl. Bern: Huber

Kessler H, Hell D (2011): Wege aus der Depression. Zürich: Der Schweizerische Beobachter

McCullough JP (2007): Behandlung von Depressionen mit dem Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy CBASP. München: CIP-Medien-Verlag

Schramm E (2010): Interpersonelle Psychotherapie. 3., überarbeitete und aktualisierte Aufl. Stuttgart: Schattauer

Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD (2015): Die Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie der Depression: Ein neuer Ansatz zur Rückfallprävention. 2., überarbeitete und erweiterte Aufl. Tübingen: DGVT

E. Materialien

Materialien 1: Can Depression Also Make Sense? ([↑](#))

(A translation of an article from D. Hell "Welchen Sinn macht Depression?")

An older doctor who had been under my treatment said to me: „I've been through a lot in my lifetime. But I've never suffered so much as during the time of my depression.“ And, as a matter of fact, the man in question had had a physical condition which had increasingly affected his face, finally causing him to lose his vision. Nevertheless, he suffered, in his own words, more from his depressive symptoms than from his physical illness. Recovered from his depression, but completely blind and having to rely upon the support of his wife, he added: „I can't imagine anything worse than having to go through the hell of depression again.“

I've heard similar statements from many other people. The time in which depression has taken place has been described by many people as the worst time of their lives. How can one ask oneself, in light of such reports, what sense a depression makes?

The Valuation of Depressive Experiences

There are numerous reasons. For one, depressive people often ask themselves what sense their illness makes. They do this, for the most part, when they're doing better. In deep depression it's as if they're surrounded by senselessness. As long as they're suffering in the extreme, the question concerning the sense of a depression remains a provocation. On the other hand, depressive people suffer not only from their condition, but also from how their depressive paralysis is judged and how the environment estimates their condition. Therefore, it makes a difference whether a depression is only negatively valued as a dysfunction, or, vice versa, whether it can also potentially make sense. Many depressive people not only feel themselves blocked by a depression, but they also feel themselves to be totally condemned over having to fight with a depression. They defend themselves against a depressive paralysis because what shouldn't be, can't be. The more they inwardly rebel and defend themselves against their own weakness, the more they suffer from their own condition.

As sensitive people, depressives perceive more of the (particularly, earlier existing) social stigmatization of psychic problems, than actually exists, for the most part, today. They feel themselves to be losers who can't perform the required services. At the same time the negative valuation of depression, as it lets itself be traced historically far back through the centuries, plays a role. The few understanding attitudes toward depressive people also has to do with the fact that depressive experience was historically condemned, above all, as dysfunction – as deficiency. During the Middle Ages depression – or *Akedia*, as one of the occurring forms of depressive suffering was termed at the time – was even defamed as a deadly sin.

But depressive people are also today, in more hidden ways – even in psychology and psychiatry – all too often devalued. Thus it's assumed that among depressives one finds rashly dependent or immature personalities. For example, one reads (Rado, 1968) that depressive people „adhere to their objects (read partners) like blood suckers, as though they wanted to completely swallow them“. Or, one connects depressions with biological defects and sees depressive people as persons who are falsely programmed in a genetic sense, or exhibit a metabolic dysfunction to be compensated for through psychopharmaca. Peter D. Kramer, in his American bestseller *Listening to Prozac*, goes still a step further and reduces, not only the depressive condition, but the complete way of living of people who fight with depression, to a serotonin metabolism dysfunction. Even the listlessness of figures out of novels such as Camus' *The Stranger* or Goethe's *Werther* are traced by Cramer back to a serotonin dysfunction.

Against this devaluing attitude which adds to depressive suffering and even more to social devaluation, thinkers (like Sören Kierkegaard or Arthur Schopenhauer, etc.) and poets (like Reinhold Schneider or Blaise Pascal) have always raised their voices. The statement attributed to Aristotle (but actually from Theophrast) has become the most famous: „Why do all the extraordinary men in philosophy, politics or poetry prove to be melancholics – in fact, a part of them to the extent that they are even seized with abnormal appearances.“ Melancholy (the Greek designation for a particular form of depression) was no longer regarded in Aristotle's school of Greek philosophy as a curse, but a distinction. Also Christian mystics – like Johannes vom Kreutz – had conditions later assumed to have been depressive, which they described as the „dark night“, as transition stages toward *unio mystica*, toward mystical unity and awareness. They have, by the way, in no way tried to idealize the depression, but, to the contrary, have described it as something extremely bitter. But these mystics have also endeavored to assess the depression not only out of the moment as negative, but to place it in a larger context and to see it as a passage toward a goal: as a tunnel which leads to the light.

Personal Experiences of Depressives

I have also encountered a similar assessment with many patients who are not at all mystically attuned. Many report to me how depression has changed them. For some, depression was an occasion to rethink the previous way of living. Others have told me that the time of depression, by which the partner was also affected, led to a strengthening of the relationship or how it had worked as test of strength for the marriage. An older academic teacher recently vividly explained to me that he came,

through the depression, to the experience and the insight that something would finally separate him from the people closest to him. Before the depression, he had tended toward the greatest possible accord with his wife. It became clear to him that the person closest to him could not understand his deepest depressive experience. What he had gone through in the deepest night belonged to him alone. In his own words, the depression helped him achieve a kind of „individuation“, that is, for discovering himself, but also for discovering the dark sides contained within this self. Such a development is in no way the rule, but a rare possibility.

Depressive people have made me aware that the first appearance of the symptoms of a depressive mood can be understood as a warning signal. For instance, a medical doctor who had already gone through numerous depressions, reported to me that the first sign of a depression – for example, early awakening, lack of incentive and a slight loss of concentration – she interprets as signs that she is overloading herself with duties. Then, she asks herself what she is burdening herself with. She often has the experience that in such moments she is far too ambitious concerning her plans or centered on her tasks, and then makes a conscious effort to shift to a lower gear. So far, this approach had prevented further heavier depressive decompensations. Many other people who fight with depression are aware that a close connection exists between excessive self-demands and depression. As a depressive woman said to me: „If I could only leave off! But my will becomes a problem for me. I've always gotten depressions only when I've overburdened myself.“

Interestingly, most notably women therapists and authors have drawn attention, of late, to the possibility that a depression, in the most favorable case, can be the starting point for a new personal development. For example, the American psychologist Ellen McGrath writes under the meaningful title *When Feeling Bad is Good*: „For me, the process of allowing and responding to psychic pain led finally to a liberation from depressive feelings which I never would have thought possible.“ And she continues: „There are times in which it is completely healthy and normal to be depressive, especially for women in our culture.“ Accordingly, Ellen McGrath developed the term „healthy depression“, which she distinguished from the „unhealthy depression needing treatment“. Similarly, also the psychoanalyst Emmy Gut differentiates between „productive“ and „unproductive“ depression. Supported by John Bowlby, one of the most outstanding psychiatrists of the second half of the 20th century, Emmy Gut sees a vital process at work in depression, one which can either be useful or damaging. In her view, a failure or loss situation can be processed in the depressive condition to the extent that depression forces repose and simultaneously provides the possibility to await whatever arises from the unconscious. Where productive depression work falls short, however, those affected run the danger of an unproductive depression.

In many autobiographies, especially those from artists, one finds the analogous experience expressed that during depressive periods the old is left behind, thereby allowing new paths to be opened. The Swiss writer Ludwig Hohl has found a memorable image for this process: „At times everyone must go through a place where everything is temporarily called into question (the reason for all of our depression), the passage over the swinging mountain bridge. The new is not yet, the old is no more;

you pass over an abyss between two walls of rock. Solid was the rock behind you and secure once again will be the new. But now emptiness lies under your feet.“ Ludwig Hohl even goes so far as to postulate depression as an obligatory companion of the creative – not, in fact, as the source of the new, but rather as a transitional stage in crossing boundaries in which the old is left behind and new things are made possible. In the best case, he sees a bridging function in the depressive condition which helps one to endure a dangerous appearing emptiness, so that a transition from an abandoned life-basis to a new one would be possible.

What I have laid out so far are personal opinions and experiences. But is it possible to produce theoretical considerations and empirical studies which also support the sense question?

A Neuro-biological Model

I have attempted in my book *Can Depression Also Make Sense?* to assemble arguments for the understanding of depression as the fundamental human possibility to react in a protection-seeking manner to overwhelming distress. In evolutionary history, the depressive reaction form advanced itself as humans multiplied and incorporated themselves into progressively more complex cultural and social groups. Today, one can assume that on the basis of an inborn possibility of behavior, practically all people are capable of depression; that is, everyone can develop a depression. Not every person, however, has the same risk to become depressive. The triggering of a depression depends upon one's life conditions and upon one's biographically and genetically conditioned disposition.

Next to evolutionary considerations, biological and social findings also suggest that the basic bio-social pattern of depression represents a kind of „*vita minima*“, an energy-conserving condition within which many vital processes of a person go on in a limited mode of operation. In this way mental processes (thinking and memory, for example) are inhibited, cycles of movement are decelerated, as well as many other psycho-biological functions. The basic bio-social pattern leads to an immobilization of the whole person, thus to a very strength-conserving and careful behavior. This pattern of reaction can have a protection function even when the logic of this paralysis is not, for the most part, visible for those concerned because it occurs without their assistance on a biological basis – to a certain extent as the activation of a bio-social behavior system. Or, in Nietzsche's words: „Because one would consume oneself too quickly if one were to react, one reacts no more ... Lowering the metabolism is lifepreserving under the most life-threatening conditions ... a kind of ... winter sleep.“

Certain aspects of this basic bio-social pattern of depression are also observable in the animal world. Thus, the higher animals behave in a hopeless situation – for example, young animals when separated from their mother or the herd – similar to depressive humans. They freeze and show biochemical changes which are the same as those found in humans. There it has to do with some hormonal changes (for example, a rise in cortisone), as also with depression-typical changes of brain wave patterns signifying an altered activity in certain brain centers (in primates).

Such a description of the basic bio-social pattern of a depression leaves the valuation of the events open. It does not proceed from the notion that depressive people suffer from a deficit, but from a fundamental and universally human disposition to react under certain circumstances in a depressive manner (even though differently according to the individual).

Why is this conclusion important for me? Because I do not take the bio-social pattern of depression, as it is also partly observed in the animal world, for the whole of human depression; and because it appears decisive for me how the events underlying depression are assessed by those affected. This valuation, in the process, is always influenced by the cultural and scientific currents of a particular era.

The fundamental question in a scientific model of depression is knowledge-theoretical. Does the model represent the reality? Is the subjective inner experience, the self-perception of those affected, taken just as seriously as the objective physical and interpersonal changes accompanying a depression?

In modern biological psychiatry the attempt is made to trace the connections between mind and brain, between the experience and behavior of a person as subject and the events in the central nervous system of the human „object". As a rule, these connections are interpreted in the terms of a one-way street. The brain determines the spirit. For example, in this way depressive events are concluded from changes in particular brain activities during the depressive condition as caused by a pathological function of these particular areas of the brain.

Nevertheless, in this way the experience of depression, and in particular the interpretation of the objectifiable basic bio-social pattern through the affected persons, is neither completely represented nor coherently explained. The personal statements of the affected subjects concerning an objectifiable change are more often passed over and judged as insignificant side phenomena.

Personally, I'm convinced that with psychic suffering such as depression, the valuation (respectively, the subjective interpretation of the occurring condition) is of tremendous importance both for the development of the illness and for coming to terms with it. For example, one has been able to prove in progress studies that the depression prognosis is connected with the assessment of the depression made by affected persons. Adverse depression progressions proceed very frequently along with the conviction that depressive events are destructive, irreversible and completely outside the affected person's influence. Conversely, a favorable prognosis is correlated with an assessment of the depression as a temporary blockage, indirectly influenceable by therapeutic and self-help methods. Naturally, with such statistical relations it should also be taken into account that the severity of an illness influences the valuation of the problematic. It is very well understandable that the more severely depressed tend rather to see the illness as unfavorable – and also in this way protect themselves from excessively high expectations coming from others as well from themselves. There must not be any false thought behind this – generally, what is to be warned about concerning the devaluations and pathologizations of the self-perceptions of depressive people.

What I want to address here is something different: My point is to emphasize the meaning of the interpretation through affected people, since it does not appear possible to me that people can elude the valuation of a depressive blockage which has occurred.

The basic bio-social pattern of depression is difficult to bear because those affected clearly and astutely observe their own condition. Arthur Schopenhauer, who was himself melancholic, sees the problematic of depressive people precisely in the fact that the more awake their consciousness, the clearer and more painfully they perceive their own suffering. In the first instance, many depressives manage, within the maintained consciousness of the depressive condition, to no longer feel what before had been self-evident for them. They feel themselves to be limited in their human possibilities and as though they were cut off from the future.

It is idle to ask whether a depression can exist at all without conscious experience. For one, the diagnosis of depression is based upon the self-felt and self-perceived changes of perceptions, thoughts and feelings. For another, a person in their waking state who suffered from a depression would be freed from their depression in an unconscious state, even when they would continue to exhibit the physical changes which are found in depressive persons. Presently, psychiatry emphasizes the deficiency and destructiveness involved in depressive suffering without differentiating between biological blockages and psychological experience and evaluation. In the process it assumes severe conditions of depression within which the depressive development is, in fact, often so far advanced that the depressive message for the most part can only be understood as a reproach, and in which personal coping possibilities are extremely limited. Such deep depressions also make it almost impossible to separate the biological dimension from the psychological because the individual factors of influence have knitted themselves together into a constellation which is very difficult to comprehend.

Basic Psycho-social Pattern Without Depression

However, there are good reasons not to equate the basic bio-social pattern with an actual depression. Psychiatry has long known conditions termed „*depressio sine depressione*“, freely translated as depression-like blockage conditions without depressive suffering. A patient recently surprised me with the information that in the last weeks she had been continuously blocked, but had only suffered from a depression for a few days. She had spontaneously distinguished between a condition of initiative loss, the psycho-social blockage, and that of a depressive condition of suffering, which for her had only occasionally come to an ongoing experienced blockage. In my opinion, this differentiation is not simply academic, but rather essential.

In the case of the quoted patient it was consequently possible to study her evaluation more precisely. She had gone through an extremely heavy depressive episode which had lasted for a number of years. During the entire time of the depression she had assumed that she was suffering from a metabolism dysfunction which was only possible to breach by means of outer interventions. When highly dosed medications and other therapies brought no relief, the patient became more and more

convinced that she suffered from an incurable, irreversible and destructive illness. She made two very serious suicide attempts.

At first, within the frame of a stationary therapy, the patient could be relieved from inner and outer demands. Within the clinic she lived in a protective room where she was not daily confronted with domestic duties and the demands of relatives. The administration of an infusion therapy (that is, the application of an anti-depression medication by means of intravenous drops) amplified this protective room since this therapy gave her the right – without self-reproach, throughout the day as well – to be inactive for hours at a time. Eventually, the patient was encouraged step-by-step to circumscribed temporary occupations and activities. In this way she could experience – as opposed to her selfassessment – that, in spite of depressive blockages, she was still capable of certain accomplishments. This experience was patiently supported and encouraged through further smaller tasks. As the patient hour-by-hour felt somewhat better after a number of weeks, the attempt was made during this clearing period to speak about the meaning she had given to the depressive blockage. It turned out that the patient had connected the blockage with heavy anxieties concerning the future. She had particularly feared losing her husband and children. At the same time, she had experienced herself as set back in relation to her fellow humans – and even worthless. After a time she also reported, however, that it was actually quite astounding what she had stood out in the last years. Basically, she could also be proud of it. She finally concluded that the depression had changed her value system. Her outer striving for success had been broken on the depressive blockage. She judged her fellow humans, but also herself, today less according to success than according to human maturity. Surprisingly, she finally asserted that she could live with the ongoing blockage – on low flame – even though with effort. If only the self-contempt and the related psychic pain did not appear again. For this reason it had been possible to more clearly distinguish her self-questioning on the one side from the depressive blockage on the other, and to no longer continuously identify her self-worth problematic with the bio-social blockage. The blocking basic bio-social pattern had become a physical condition with which she no longer fully identified. In that she observed the depressive obstruction as something existing and limiting, but as no longer her own, something which she could determine, it began to lose power over her. The patient, to use a word from Novalis, could now increasingly „counter-experiment.“ She was ready to try what she was able to undertake and carry out with her limited possibilities. She no longer only understood herself as a sick person, but more and more as a person with a defined limit. In this way a devil's circle was broken, which, in my experience, had let itself be almost constantly observable in the development of the depression.

The Devil's Circle of the Depression Development (Depression over Depression)

Unmanageable stress situations very often prove to be triggers for a first depressive episode – whether it is the loss of a partner which overwhelms a person, continuing burdens in a relationship or vocation, or whether inner anxieties or compulsions deplete the person's resistance. Such unmanageable stress situations go along with a physical change, which I have described as the basic bio-social pattern of depression. These physical changes lead to a slowing down of many mental, psycho-motoric and vegetative activities, so that an affected person is decelerated and feels limited in

their effectiveness. Very often, as with the above quoted patient, the appearance of such a basic bio-social pattern then connects itself with a psychological resistance. Particularly persons who have little self-confidence or who excessively base their feelings of self-worth upon competence, conscientiousness or outside recognition feel themselves called into question through the appearance of the bio-social blockage. Consequently, they attempt everything in order to overcome these blockages. Unfortunately though, as a rule they remain unable to override the body's activated emergency brake. Their defense leads to new disappointments. In this way, however, the stress reaction underlying the bio-social blockage is also reinforced. At the same time, a depression over a depression develops itself, similar to how an anxiety over anxiety can enlarge an anxiety reaction.

To the extent that our quoted patient was successful in giving this basic bio-social pattern, this initial restraint, a new valuation and therefore not – or not so much – call herself into question, she also avoided the further strengthening of this closed circle-like occurrence. She concluded with surprise that the bio-social blockage gradually lost strength. Until the turning point of this development, the patient had run against the bio-social blockage with the full strength of her personality and had had to deal with repeated disappointments. Even as she had no longer found the strength to willfully defend herself and outwardly appeared resigned, she inwardly rejected the blockage in shame. For a long time, consequently, it was also not possible for her to admit to being satisfied with small activities. In the struggle against the basic depressive pattern, only victory or defeat existed for her – all or nothing.

At first, the new valuation of the basic bio-social pattern led – through a kind of „defusing of the catastrophe“ – to a relaxation of the situation. This also made it possible for the patient to have a more productive and flexible debate with her remaining possibilities. To the extent that she accepted the blockage, she was also allowed to test, in spite of this present disability, what was still possible and livable for her. With this the depression lost a piece of its omnipotence. Out of the Ruler of Depression, which had completely taken over the patient, there became a condition to which the patient attempted to conform without giving herself up in the process. Not the illness, but she herself now decided over the sense of her actions.

One could also say: Out of an ill person there became a person with an illness.

The selected example, however, also points to the fact that a new valuation of the basic bio-social pattern which underlies depression often requires a long, painful process as well as favorable conditions. Such a new valuation can neither be forced nor accomplished by verbal means alone. The conditions for a gradual approach to the depressive dynamic are unfavorable for the affected, however, where a global pathologization and stigmatization of depressive events predominates in the environment of the affected; and where the value conceptions of a performance society stamped by social-Darwinism make the acceptance of a depressive blockage difficult.

What depressive people need is neither instruction nor empty promises; neither encouragement nor criticism. Pieces of advice are for the most part blows. Depressive people need understanding,

recognition and hope. They need understanding for their situation, recognition in their struggle and hope for a life without depression. Naturally, the more heavily depressed also need, as a rule, a well directed medical therapy.

Depressives long for human accompaniment. Many wish for security and that one believes in them. In this way they do not differ from other people – with the exception that in their situation they especially need a lot of belief, hope and love.

The main difficulty in living with depressives lies in the fact that the latter have lost belief in themselves; that they are without hope and that they can neither show their love nor feel it themselves. In this way the accompaniment of depressive people becomes, over long distances, a one-way-street. It causes anger, disappointments and feelings of helplessness. It clouds the mood and leads to defensive self-justifications and criticism of others. These challenges also belong to depression.

Depressives find not only themselves in a border- and transition situation. They also communicate to others their help- and hopelessness. They also lead others to their borders.

Where is the sense in this? There is no sense outside of what we gather for ourselves. The psychic pain does not ennoble us, we ennoble the psychic pain. The precondition for this, however, is that through the suffering we do not allow ourselves to be continually called into question. „Whoever has a Why to life bears almost every How.“ On the other hand, whoever sees psychic pain in no relation to the whole of life is like the prisoner who only notices the restraining cell. Interpretation presupposes the acceptance of a situation. Only those who accept – and not simply resignedly acquiesce – can search for a sense-making understanding. The sense can, however, lie in a value conception, in a choice which is made. The sense for a relative can also be founded in the conviction that a partner in extreme need is to be helped.

„Learn to Think with the Pain“

Learn to think with the pain. These paradoxical-sounding words are found in a book by Maurice Blanchot dealing with the Holocaust. The psychic pain of depression can be cruel. He proceeds with a blockage in a way which incorporates the flow of thought together with the ability to decide. Nevertheless, Blanchot's sentence „Learn to think with the pain“ is often the only thing remaining open for depressives and those who are affected along with them. Only when militant defense as well as resigned acquiescence have failed in the face of ongoing depressive pain, can it be further thought and lived alongside psychic pain and under the acceptance of the depressive blockage. It can then be successful that out of the unspeakable weight and out of the dark, incomprehensible mass which a depressive person forces down, a form appears with a recognizable configuration, with a face that one can grasp and learn to understand as one's opposite. In this sense the beautiful word attributed to C. G. Jung has a certain authority: „Depression is like a lady in black. When she appears, don't show her away, but invite her as a guest to the table and hear what she has to tell.“

But not only those affected by depression – and those affected with them – must often learn with effort to think with, not against, the psychic pain. We all have to deal with which meaning we give to depression. In spite of all attempts at defense, in spite of denial and looking away, in spite of all scientific advances and in spite of progressively more selective-working medications, depressive forms of suffering appear today to be more prevalent – and more chronic. Everything points in the direction that the technocratically adopted path of the isolation and fighting of depression in the sense of an exclusively organic understanding of disease is not sufficient to do justice to depression. We have arguably no other choice: we cannot disconnect depressive events from cultural valuation and from social relations. Every unresolved dilemma attracts depressive suffering like a magnet. Every depression has an interpersonal and a social dimension. What our era thinks, what we think and maintain about depression, flows unseen into depressive events up to the point that people would rather fall down a set of stairs than admit to their depression. It is finally up to all of us to prevent temporary blockages from becoming a breeding ground for continuous feelings of shame and guilt. It is up to us to make depression more humane and to avoid developments which contribute to the fact that people at the appearance of a depressive blockage suffer more as a result of social stigmatization than from the depressive blockage alone.