

Südwestrundfunk

SWR 2 AULA

Redaktion: Ralf Caspary

Depression - Dunkle Schatten über der Seele  
von Ulfried Geuter

"Mit müden kleinen Schritten tritt er ein, setzt sich langsam hin und bleibt in etwas gebeugter Haltung sitzen, fast regungslos, vor sich hinstarrend. Auf Befragen wendet er ein wenig den Kopf und antwortet nach einer gewissen Pause leise und einsilbig." So beschrieb vor über 100 Jahren Emil Kraepelin, der Altmeister der Psychiatrie, einen schwer depressiven Patienten.

Wer depressiv ist, hat nicht nur einen Stimmungsblues. Er fühlt sich krank. Die Verbindung zu anderen Menschen erlahmt, die Gedanken werden stumpf, der Körper schwer, manchmal geradezu versteinert, der Ausdruck teilnahmslos, der Antrieb schwach. Der Depressive ist für sich selbst und für die Anderen nicht mehr richtig da.

In der Volkswirtschaft bezeichnet man als Depression eine Talfahrt. Und eine Talfahrt ist auch das seelische Leid einer Depression. Aber unten im Tal wartet nicht ein lauschiger Bach oder ein freudiger Anstieg zur anderen Talseite, sondern eine unwirtliche Höhle. Eine Depression führt in ein seelisches Loch. Oft können Betroffene nicht schlafen, wachen frühmorgens schweißgebadet auf, sie grübeln, haben keinen Appetit oder stopfen sich voll, und klagen beim Arzt, dass sie nicht wissen, was mit ihnen los ist.

Bei einigen kommt es auch zu motorischer Unruhe, die meisten aber empfinden ihren Körper als bleischwer. Oft fühlen sie sich auch noch schuldig für ihren eigenen Zustand. Der Psychiater Manfred Wolfersdorf kennzeichnet die Selbsteinschätzung Depressiver so: "Ich kann nichts, ich bin nichts, keiner mag mich, schuld daran bin ich selber und das Beste wäre, es gäbe mich nicht."

Depressionen sind eine Volkskrankheit. Tendenz zunehmend. Unter den psychischen Störungen liegen sie auf Rang Eins. Rechnet man die Zeiträume der Erkrankung und nicht nur die Zahl der Fälle, nehmen Depressionen, gemessen an den Erkrankungsjahren, in den entwickelten Ländern den Spitzenplatz unter allen Krankheiten ein. In Deutschland soll etwa jeder Fünfte bis Sechste mindestens einmal in seinem Leben an einer Depression erkranken. Bei Männern wird sie seltener diagnostiziert. Möglicherweise geben sie ihr Leid aber nur weniger leicht zu oder verarbeiten es öfter auf aggressive Weise oder mit Hilfe von Suchtmitteln.

Das Bundesministerium für Gesundheit beziffert die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage infolge von Depressionen mit elf Millionen pro Jahr, bei etwa 300.000 Erkrankungen - ebenfalls ein Spitzenplatz. Das ist ein Schnitt der Krankschreibung von über 36 Tagen. Depressionsbedingte Frühberentungen verursachen Kosten von etwa 1,5 Milliarden Euro jährlich. Eine erschlagende Statistik, deren Zahlen im öffentlichen Bewusstsein wenig bekannt zu sein scheinen.

"Am Ende bleibt nur noch der eine Wunsch - von den unerträglichen Schmerzen der Verzweiflung erlöst zu werden", schreibt der Architekt Holger Reiners über seine Depression. Er lernte

sie im Laufe vieler Jahre zu beherrschen. Viele schaffen das nicht. Von denen, deren Depression chronisch wird, begeht jeder siebte Selbstmord. Schätzungen zufolge geht die Hälfte der jährlich rund 11.000 Selbstmorde in Deutschland auf Depressionen zurück. Zum Vergleich: 2012 starben auf Deutschlands Straßen 3606 Menschen, weniger als durch Depressionen. Wird übrigens in den Medien über entsprechende Selbstmorde wie den des ehemaligen Nationaltorhüters Robert Enke berichtet, nehmen anschließend die Selbsttötungen zu. Man nennt dies den "Werther-Effekt", weil nach der Veröffentlichung von Goethes Briefroman "Die Leiden des jungen Werthers" 1774 auch eine Welle von Selbstmorden zu verzeichnen war. Der Werther hatte sein Unglück über eine unerwiderte Liebe durch seinen Freitod beendet.

Depression ist keine Trauer über ein Unglück. Der Trauernde empfindet seine Trauer als ein lebendiges Gefühl. Er wird bewegt von seinem Schmerz. Der Depressive aber fühlt sich leer, so dass er seinen Schmerz nicht mehr spürt. Er spürt auch seine Liebe zu anderen Menschen nicht mehr, verliert sein Interesse am Leben, seine Freude, seine Hoffnung und häufig auch seine sexuelle Lust. Er leidet darunter, nichts mehr fühlen zu können. Kann der Trauernde weinen, ist der Depressive erstarrt. In sehr schlimmen Fällen treten Wahnvorstellungen hinzu, zum Beispiel dass ein gut situiertes Mensch vor seinem inneren Auge sieht, wie er verarmt und als einsamer Bettler durch die Straßen der Stadt zieht. Oder dass jemand überzeugt ist, sich am Leben versündigt zu haben. Die Depression gibt es eigentlich gar nicht, sondern nur verschiedene Formen mit unterschiedlichen Graden der Schwere.

Psychotherapeuten diagnostizieren Depressionen anhand von Symptomen, die ihnen die Klassifikation psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation vorgibt. Eine dort enthaltene Checkliste nennt folgende:

- Leidet ein Patient unter gedrückter Stimmung?
- Hat er seine Interessen verloren?
- Fühlt er sich freudlos?
- Ist sein Antrieb herabgesetzt?
- Wird er rasch müde, fehlt ihm Energie?
- Kann er sich schlecht konzentrieren?
- Ist sein Selbstwertgefühl herabgesetzt?
- Hat er Schuldgefühle oder Gefühle von Wertlosigkeit?
- Sieht er seine Zukunft negativ und pessimistisch?
- Denkt er an Selbstmord, oder hat er schon einmal versucht sich umzubringen?
- Leidet er unter Schlafstörungen?
- Hat er weniger Appetit?

Bei vier oder mehr "Ja's" auf diese Fragen heißt es je nach Schweregrad: leichte, mittlere oder schwere Depression. Und zwar, wenn die Symptome mehr als zwei Wochen andauern. Der Zeitraum ist reine Konvention.

Was eine Depression ist, kann nämlich im Grunde niemand sagen. Fraglich ist sogar, ob es die Depression überhaupt gibt. Oder ob man in der Psychiatrie und Psychotherapie nicht unterschiedliche, aber irgendwie ähnliche Zustandsbilder unter einem Oberbegriff zusammenfasst, auch wenn das, was als Depression diagnostiziert wird, recht verschieden aussehen kann.

Da haben wir zum Beispiel die Winterdepression. Davon sprechen wir, wenn Menschen weniger Energie haben und sich melancholisch fühlen, sobald die Tage kürzer werden. Den Betroffenen fehlen aber zwei für eine Depression typische Symptome: negative Gedanken und emotionale Stumpfheit. Während sich der Depressive für ein Nichts oder einen Versager hält und nicht mehr fühlen kann, bleibt der Winterdepressive emotional "schwingungsfähig", wie Fachleute sagen. Im Grunde hat er also keine Depression, nur weniger Energie. Und das, weil die Zirbeldrüse weniger von dem Hormon Melatonin produziert, wenn das Tageslicht abnimmt. Daher klagen in Alaska 20 Prozent der Menschen über Winterdepressionen, in New York 12,5 und in Florida 2,6 Prozent. Je sonniger, desto weniger. Krank aber sind sie nicht, auch wenn ihr Befinden gestört ist. Wirkliche Depressionen treten epidemiologischen Studien zufolge übrigens häufiger im Herbst und im Frühjahr auf. Die Gründe dafür kennt man nicht.

Bei einer Wochenbettdepression kann es ganz anders aussehen. Hier reicht das Spektrum von einer leichten Störung des Befindens bis hin zu schweren, wahnhaften Formen, bei denen die betroffenen Frauen jeden fühlenden Bezug zu sich und ihrem Kind verlieren und in eine apathische Starre verfallen. Oder nehmen wir eine manisch-depressive Störung, die heute "bipolare Störung" genannt wird. Hier pendeln die Betroffenen zwischen zwei Polen, der depressiven Lähmung einerseits und einer unnatürlichen, manischen Erregtheit andererseits, die sich phasenweise abwechseln. Andere Depressive kennen ausgeprägte Manie nicht.

Eine bipolare Störung verläuft episodisch, das heißt dass sie kommt und geht. Das gilt auch für die so genannte "Rezidivierende Depression", eine sehr häufige Form der Depression. Hier fallen die Betroffenen immer wieder in "depressive Episoden", von denen sie sich zwischenzeitlich aber erholen. Taucht eine solche Episode nur ein- oder zweimal auf, kann es sein, dass man im weiteren Leben von Depressionen verschont bleibt. Jede weitere Episode aber erhöht statistisch die Chance, erneut zu erkranken.

Andere Depressionen tauchen akut auf, vor allem als Folge von Krisen oder belastenden Lebensereignissen. Dann spricht man von "Reaktiven Depressionen". Sie können mit der Zeit wieder von selbst vergehen, wenn Menschen über genügend eigene Kräfte oder Unterstützung von außen verfügen oder eine zusätzliche Unterstützung bekommen, zum Beispiel in Form einer Psychotherapie.

Eine häufige Form chronischer Depression, die meist schon in der Jugend oder im frühen Erwachsenenalter beginnt, nennen Fachleute "Dysthymie". Diese Patienten fühlen sich meist anhaltend verstimmt, monatelang kraftlos, müde und überfordert, sie grübeln, zweifeln an ihrem Selbstwert, schlafen schlecht, aber können im Unterschied zu Patienten mit einer schweren depressiven Episode meist das alltägliche Leben noch einigermaßen meistern. Aber auch wenn diese Art der Depression nicht ganz so schwer ist, ist sie aufgrund ihres Verlaufs oft nicht minder quälend. Vielfach kommt es zudem bei dysthymen Patienten zusätzlich zu einzelnen heftigen depressiven Episoden. Diese Kombination von Dysthymie und rezidivierender

Depression wird auch "double depression", doppelte Depression genannt. In der Praxis trifft man sie häufig an.

Am Beginn einer Dysthymie stehen oft Erfahrungen von Verlust, Bindungslosigkeit, Kränkung oder Abwertung in Kindheit und Jugend. Daher beginnen die Symptome meist schon in der Jugend. Wer mit entsprechenden Patienten als Psychotherapeut arbeitet, tut gut daran, alte Konflikte zu bearbeiten, die alten Stimmungslagen wiederzubeleben und frühere Erfahrungen zur Sprache zu bringen, damit sie verdaut und mit neuen Bewertungen und neuen Gefühlen überschrieben werden können. Zum Beispiel kann es hilfreich sein, dass ein Patient, der als Kind eine depressive Mutter seelisch versorgen sollte und damit überfordert war, seine Wut und seine Kraft entdeckt, die er hinter Anpassung und Selbstzweifeln verbirgt.

Ein Patient mit einer reaktiven Depression mag eine ganz andere Form von Hilfe benötigen: sich seiner eigenen Fähigkeiten und Möglichkeiten wieder bewusst zu werden, wenn diese unter negativen Gedanken über sein Unvermögen verschüttet sind, oder wieder Kontakte zu Menschen zu knüpfen, wenn er glaubt, dass niemand mehr ihm hilft. Oder einfach Schritt für Schritt sich wieder den Lebensaufgaben des Alltags zuzuwenden und zu spüren, wie gut es sich anfühlt, wenn man diese bewältigt.

Genauso wenig wie es *die* Depression gibt, gibt es *die* Ursache für alle Depressionen. Forscher kennen verschiedene Modelle, aber keines, das alle Formen der Depression erklärt. Nach einem biografischen Modell sind Krankheiten individuelle Reaktionen auf besondere Bedingungen des Lebens. Zum Beispiel eine Depression Folge davon, dass ein Mensch in einer bela-

stenden Situation Trauer oder Wut zurückhält und dann bedrückt wird und erstarrt. Zu einem solchen Verständnis passt eine psychotherapeutische Behandlung, die sich den Lebenserfahrungen zuwendet. Auch kann es sein, dass ein Mensch Hilflosigkeit und Schwäche erlernt, weil er mit entsprechenden Strategien in seinem Leben besser fährt - ein möglicher Grund für den höheren Anteil von Frauen unter Depressiven. Psychologen machen auch negative Denkstile verantwortlich, zum Beispiel sich selbst immer als fehlerhaft anzusehen und die Welt als eine Welt zu betrachten, die einen grundsätzlich benachteiligt.

Wochenbettdepressionen können hingegen auf eine plötzlich einsetzende hormonelle Störung zurückgehen. Das passt zu einem anderen Modell. Demnach sind Depressionen Störungen im Haushalt der Neurotransmitter, beispielsweise Folge eines Mangels an Serotonin. Serotonin ist ein Botenstoff, der unter anderem ausgeschüttet wird, wenn Signale von einer Nervenzelle auf die andere übertragen werden. Depressive haben zu wenig davon zur Verfügung. Ob dies ein Teil der Krankheit und eine Folge von Lebensereignissen ist oder ihr Grund, vermag aber niemand zu beweisen.

Schon der griechische Arzt Hippokrates meinte im 5. Jahrhundert vor Christus, dass seelische Nöte "über uns kommen vom Gehirn her, wenn es nicht gesund, sondern wärmer oder kälter, feuchter oder trockener als normal ist." Die Melancholie hielt er für kalt und trocken. Sie zeuge von einem Übermaß an schwarzer Galle, einem der vier Körpersäfte neben der gelben Galle, dem Blut und dem Schleim.

Die moderne Säftelehre handelt von Noradrenalin, Serotonin oder Dopamin. Und vom Ungleichgewicht dieser Botenstoffe im Gehirn. Während Hippokrates die Säfte mit Diät oder Nieswurz ins Gleichgewicht bringen wollte, empfehlen seine modernen Nachfahren Antidepressiva.

Anfang der 1950er Jahre hatten Ärzte ein neues Mittel an Tuberkulosepatienten ausprobiert. Nach der Einnahme wirkten die Patienten wie beflügelt. So stieß man zufällig auf die ersten antidepressiv wirkenden Substanzen. Bis heute sind sie eine große Hoffnung für Menschen mit sehr schweren Depressionen, deren Stimmung sich mit anderen Mitteln nicht aufhellen lässt. Klassische Antidepressiva wirken auf mehrere Botenstoffe des Gehirns gleichzeitig ein. Manche steigern dabei den Antrieb, andere dämpfen ihn und mildern zugleich Ängste.

In der jüngeren Zeit sind die so genannten Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer als neue Substanz hinzugetreten, nach dem englischen Begriff abgekürzt SSRIs. Sie hemmen die Wiederaufnahme des Serotonins - daher ihr Name, das bei der Signalübertragung im Spalt zwischen den Nervenzellen ausgeschüttet wird. Dadurch steht mehr Serotonin zur Verfügung. Da SSRIs weniger unangenehme Nebenwirkungen wie zum Beispiel Mundtrockenheit haben, sind sie heute beliebt. Bei schweren Depressionen allerdings sind die klassischen Substanzen wirksamer.

Ihre angebliche Überlegenheit verdanken die SSRIs einer groß angelegten Vertuschung von Studienergebnissen. Der US-amerikanische Pharmakologe Erick Turner und seine Mitarbeiter nämlich schauten sich alle Studien zu Antidepressiva an, die bei der US-amerikanischen Zulassungsbehörde angemeldet wur-

den. Fast alle Studien, so das Ergebnis ihrer Recherche, die ergeben hatten, dass SSRIs nicht wirken, wurden nicht veröffentlicht. Zeigte sich jedoch ein positiver Effekt des Medikamentes, wurden die Ergebnisse publiziert. Bei Studien mit fraglichen Ergebnissen stellte man die Zwecke falsch dar. Mediziner legen Behandlungsempfehlungen aufgrund von veröffentlichten Studien fest. Die Überprüfung aber zeigte, dass die Wirksamkeit der Medikamente nur halb so groß ist, wie sich aus der veröffentlichten Literatur schließen lässt. Trotzdem machen die Selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer fast die Hälfte aller Verordnungen in Deutschland aus. Der Grund für das Verschweigen von Studien ist aus den Unterlagen nicht ersichtlich. Wahrscheinlich liegt er darin, dass sich die Pharmaunternehmen in ihren Verträgen mit Wissenschaftlern die Entscheidung vorbehalten, ob Forschungsergebnisse veröffentlicht werden oder nicht.

Ohnehin ist die Wirksamkeit der Antidepressiva nicht allzu hoch. In Placebo-kontrollierten Studien geht es 45 Prozent der Patienten nach Einnahme eines Medikamentes besser, aber 30 bis 35 Prozent auch nach einem Placebo. Diese Differenz von etwa zehn Prozent bedeutet: Einem von zehn Patienten hilft ein Antidepressivum, wenn ihm ein Scheinmedikament nicht geholfen hätte. Placebos allerdings kann man in der Praxis nicht geben. Dann müssten nämlich weder der Arzt noch der Patient wissen, was verordnet wird. Daher zählt in der Praxis der Wert, dass ungefähr bei der Hälfte der Patienten das Medikament anschlägt. Zu einem großen Teil aber nicht aufgrund seines Wirkstoffs, sondern aufgrund so genannter allgemeiner Faktoren: dass sich einem ein Arzt zuwendet oder

dass man sich entschieden hat, etwas für sich zu tun und nun daran glaubt. Nur bei schweren Depressionen scheint es so zu sein, dass wirklich der Wirkstoff Veränderungen anstößt. Bei ihnen nämlich nimmt die Wirkung der Medikamente im Vergleich zum Placebo zu.

Der Verbrauch an Antidepressiva in Deutschland ist exorbitant. In den letzten 10 Jahren hat er sich verdreifacht. 2011 wurden 1,26 Milliarden Tagesdosen verordnet, das sind Pillen für rund dreieinhalb Millionen Menschen Tag für Tag.

Im zweiten Jahrhundert nach Christus hatte Aretaios von Kapadokien den Melancholikern empfohlen, Lauch und Brombeeren zu verzehren - vielleicht nicht weniger nützlich. Heute nehmen viele Johanniskraut, das aber nur in hohen Dosen wirksam ist und nur bei leichten oder mittelschweren Depressionen helfen kann. Zugleich aber sollten Melancholiker, schrieb Aretaios, "die Symptome aussprechen, damit sich dadurch der Patient von seinen Ängsten befreien kann". Denn der Melancholiker, so Aretaios, ist "besessen von Angst." Angst, meint heute der Psychotherapieforscher Klaus Grawe, bildet den Boden der Depression. Angst, einen Verlust nicht zu verkraften oder eine Belastung nicht zu bewältigen. Als Kind ist es die Angst vor dem Entzug von Liebe, dem Ausbleiben von Zuwendung, vor Vernachlässigung, Gewalt oder emotionalem oder sexuellem Missbrauch.

Die psychologische Forschung vertritt heute ein Vulnerabilitäts-Stress-Modell der Depression. Vulnerabilität oder Verletzbarkeit bedeutet, dass genetische Dispositionen und mehr noch früh erworbene Programmierungen den Umgang mit Belastungen prägen und für eine Depression empfänglich ma-

chen. Forschungen an Ratten zeigen, dass das Verhalten der Mütter die Arbeit der Stressgene bei den Jungtieren programmiert. Wenn Muttertiere ihre Jungen intensiv lecken und putzen, verändert das auf Dauer die Tätigkeit von Stressgenen in einem Teil des Gehirns. Tun sie es nicht, wird diese Aktivität so verändert, dass die Jungtiere dauerhaft heftiger auf Reize reagieren. Sie sind dann genetisch anfälliger für Belastungen. Bei Menschen lassen Forschungen zu den Langzeitfolgen kindlicher Lebensbedingungen und Beziehungserfahrungen nach den Worten von Klaus Grawe "keine Zweifel" an der Bedeutung "der allerfrühesten Kindheit" für die Entstehung psychischer Störungen.

Früh geprägte Bereitschaften allerdings machen alleine noch keine Depression. Tritt sie erstmals auf, gehen immer belastende Lebensereignisse voraus, die ein Mensch nicht zu bewältigen schafft oder die er auf eine höchst selbstkritische oder gar selbstdestruktive Weise verarbeitet. Zum Beispiel machen sich Depressionen heutzutage häufig in Form eines Burn-outs bemerkbar. Burnout bedeutet in der Reaktortechnik, dass Brennstoffhülsen durchbrennen. Durch Überhitzung droht eine Katastrophe. Bei einem psychischen Burnout sind die Brennstoffzellen leer, weil Menschen zu viel arbeiten und dafür zu wenig Anerkennung bekommen, oder wenn sie im schlimmeren Fall sogar gemobbt werden. Dann empfinden sie alles nur noch als Last, die Lebensfreude schwindet, die Vitalität lässt nach. Fast immer stehen dahinter Spannungen, Unsicherheiten und mangelnde soziale Unterstützung am Arbeitsplatz oder eine Überforderung durch eigene Verpflichtungen, eine Scheidung oder einen Hausbau. Das führt zu Hilflo-

sigkeit, Ohnmacht, Zurückhalten von Ärger, negativem Denken über sich selbst - alles Faktoren, die als Gründe der Depression diskutiert werden.

So nimmt es nicht wunder, dass Depressionen heutzutage zunehmen. Andrew Salomon, der als Betroffener ein fulminantes Buch über die Krankheit schrieb, macht Isolation und Einsamkeit, Überforderung durch zu viele Wahlmöglichkeiten in unserem Leben und einen großen Druck, sich nie zufrieden geben zu dürfen, für die Zunahme von Depressionen verantwortlich. Lebensläufe sind nicht mehr fest vorgegeben, immer mehr Menschen werden zum Unternehmer ihrer selbst, schreibt der Soziologe Ulrich Bröckling. Ein Zwang, sich zu präsentieren, sich ständig neu zu erfinden und in einem oft gnadenlosen Konkurrenzkampf zu bestehen. Das hat psychische Kosten. Genauso wie eine ungewollte und als Demütigung erlebte Arbeitslosigkeit.

Gegen diese Ursachen kommt der Einzelne nicht an. Aber man kann sich wappnen und im Leben etwas gegen die Depression tun. Denn das beste Gegenmittel, folgt man dem Psychotherapieforscher Klaus Grawe, sind neue positive Lebenserfahrungen. Wenn man sich von der Überforderung erholen oder aus der Hilflosigkeit herauskommen kann, wenn sich Konflikte lösen, Lebensbedingungen verändern lassen, wenn man Trost im Verlust erfährt, dann hilft dies, dass die Depression vergeht. Oder wenn man wieder zu körperlicher Kraft finden und aktiv werden kann oder die selbstzweiflerischen, grüblerischen Gedanken beenden kann.

Weil Menschen das oft selbst nicht können, ist Psychotherapie ihnen eine Hilfe. Sie hat gegenüber Medikamenten zwei ein-

fache Vorteile: Die Patienten nehmen die Behandlung meist konstant wahr, und ihre Wirkung entfaltet sich auch nach der Behandlung, wenn ein Mensch die inneren Kräfte zurückgewonnen hat, die ihm ein selbstbestimmtes und zufriedenes Leben ermöglichen. Bei Antidepressiva ist das anders. Oft nehmen Patienten die Mittel gar nicht ein oder nicht konstant genug. Wer nämlich ein Antidepressivum plötzlich absetzt, kann danach umso stärker in eine Depression kippen. Antidepressiva haben außerdem keinen Depoteffekt. Sie wirken wie Schmerzmittel: Für den Moment mögen sie die Symptome lindern, aber nicht für die Zukunft. Schon das kann ein Grund dafür sein, dass Psychotherapie Studien zufolge bei leichten und mittleren Depressionen Medikamenten in der mittel- und langfristigen Wirkung überlegen ist.

Aber auch bei chronischen Depressionen kann Psychotherapie helfen. Das fand die Psychologin Elisabeth Schramm an der Freiburger Psychiatrischen Universitätsklinik in einer Untersuchung von chronisch Depressiven heraus, die für fünf Wochen stationär in die Klinik aufgenommen wurden. Noch fünf Jahre nach Ende der Behandlung zeigten psychotherapeutisch betreute Patienten im Vergleich mit anderen, die nur eine Standardbehandlung erhielten, weniger Symptome. Sie waren leistungsfähiger, und vor allem hatten sie weniger Rückfälle. Die Psychotherapie hatte ihre Fähigkeit gestärkt, sich selbst zu helfen, wenn einmal wieder eine depressive Krise drohte. Psychotherapeuten setzen unterschiedliche Methoden ein. Elisabeth Schramm vertritt die Interpersonelle Therapie. Diese Methode konzentriert sich auf die gegenwärtigen zwi-

schenmenschlichen Probleme der Patienten, die mit der Depression zusammenhängen.

Mit Hilfe einer Familientherapie lassen sich Kräfte mobilisieren, mit denen ein Partner oder eine Familie einen depressiven Menschen unterstützen kann. Das ist vielfach genauso wichtig wie die Einzelbehandlung, zumal sich Depressive gegenüber ihren Partnern schämen und die Partner oft mitunter der Krankheit leiden.

Eine kognitive Verhaltenstherapie wiederum hilft dem Einzelnen, seine Gedanken über sich selbst und seine Zukunft zu verändern. Im Zentrum stehen die Denkstile der Betroffenen sowie die Bewältigung des Alltags. Wenn zum Beispiel eine Patientin glaubt, sie würde dieses oder jenes nicht schaffen, schaut die Therapeutin genau hin: Was spricht aufgrund der Lebenserfahrung dafür oder dagegen? Und wie kann sie in kleinen Schritten, mit kleinen Aufgaben beginnend aus der Hilflosigkeit herausfinden?

Einen anderen Schwerpunkt setzen tiefenpsychologische Therapien und die Psychoanalyse. Sie wenden sich den schwierigen Gefühlen zu, sowohl den aktuellen wie solchen aus der Kindheit, Erfahrungen von Verlust, Scham, Demütigung oder Ablehnung, die am Boden einer Depression stehen können. Und sie bringen die inneren Konflikte des Erlebens zur Sprache, zum Beispiel eine unterdrückte Wut oder eine in der Depression erfrorene Trauer. Wenn sich die depressive Leere in eine gefühlte Verzweiflung wandelt, kann dies ein Schritt sein, um aus der Depression herauszufinden, aber nur dann, wenn es gelingt, nicht in der Verzweiflung zu verharren.

Denn bei allen psychotherapeutischen Behandlungen der Depression ist eines das wichtigste: das Gefühl zum Leben und das Gefühl für den eigenen Selbstwert zurückzugewinnen. Das kann sich auf allen Ebenen des Erlebens abspielen, nicht nur in den Gedanken und Gefühlen. Denn die Depression ergreift die Seele wie den Körper zugleich.

An der Depressionsambulanz der psychiatrischen Universitätsklinik in Berlin hat Bruno Müller-Oerlinghausen die Wirkung von Massagen auf Depressionen untersucht. Die Patienten wurden dabei für eine Stunde am ganzen Körper mit vielen langen, langsamen Ausstreichungen über große Hautpartien massiert, eine sanfte Technik, die Slow Stroke Massage genannt wird und mit ruhigen, haltenden Griffen verbunden ist. Anders als eine klassische medizinische Muskelmassage lässt die Slow Stroke Massage eine tiefe Entspannung zu. Die Wirkung liegt auf einer vegetativen Ebene. Aber auch darin, dass sich die Patienten wieder mehr in ihrem eigenen Körper erfahren. Bei Müttern mit einer Wochenbettdepression erwiesen sich psychotherapeutische Methoden als nicht besonders wirksam, um ihre Beziehung zu ihren Babys zu verbessern. Allerdings kam es bei einer Untersuchung zu einer Besserung im Mutter-Kind-Verhältnis, wenn man den Müttern beibrachte, ihre Kinder zu massieren. Die Massage stiftete Kontakt.

Eine wichtige Behandlungsmethode bei Depressionen sind Sport und Bewegung, wahrscheinlich weil Sport auf die Stressphysiologie wirkt, die Patienten vitalisiert und sie beim gemeinsamen Laufen zum Beispiel wieder mit anderen Menschen verbindet. Ein Lauftraining oder Nordic Walking erhöht auch die allgemeine Erregungsspannung. Beides hat sich bei Depressio-

nen bewährt. Der schwer depressive Architekt Holger Reiners bewältigt seine Depression, indem er jeden Morgen laufen geht.

In vielen psychotherapeutischen Kliniken wird heute ein ganzheitlicher Ansatz zur Behandlung der Depression vertreten, der neben der Psychotherapie Sport- und Bewegungstherapie einschließt, selten jedoch Kontakt stiftende Massagen. Menschlicher Kontakt aber ist vielleicht das wesentliche Hilfsmittel. Der Psychoanalytiker Tilmann Moser, der selbst unter schweren Depressionen leidet, beschreibt in seiner Autobiografie, wie er sich in einer Klinik nächtelang bei seinem Zimmergenossen in den Arm legte, um Halt und Trost zu finden.

Manche Krankenhäuser bieten darüber hinaus spezielle Behandlungsmethoden für schwerst depressive Menschen an, die kaum noch ansprechbar sind, wie eine Elektrokrampftherapie unter Narkose oder eine Magnetstimulation, die im Gehirn den Stoffwechsel aktiviert, oder auch eine elektrische Stimulation tief sitzender Hirnregionen, eine invasive Methode, die in äußerst seltenen Fällen schwerster Depression das letzte Mittel der Wahl sein kann.

Oft übersehen wird, wie wichtig die Vorbeugung ist. Zum Beispiel die Reduzierung von Belastung oder ein achtsamer Umgang mit Stress. Oder hinzuhören, was die anschleichende Depression zu sagen hat, bevor man ganz in sie hineinfällt. Auch professionelle Prävention kann etwas bewirken. Mitarbeiter des "Kompetenznetz Depression, Suizidalität" unternahmen schon vor etwa zehn Jahren in Nürnberg einen ersten Feldversuch. Es gelang ihnen, die Selbstmordrate in der Stadt

um 20 Prozent zu senken. Vier Maßnahmen trugen dazu bei: 1. Sie klärten die Hausärzte auf und produzierten ein Video mit Informationen über Depressionen, das die Ärzte den Patienten mit nach Hause geben konnten. 2. Sie gingen mit Plakaten, Kinospots und Veranstaltungen in die Öffentlichkeit. 3. Sie sprachen mit Lehrern, Pfarrern, Altenpflegekräften und Journalisten, mit letzteren, um reißerische Berichterstattungen über Selbstmorde zu verhindern. 4. Sie förderten die Gründung von Selbsthilfegruppen und gaben Patienten nach einem Suizidversuch eine "Notfallkarte" mit Telefonnummern, unter denen sie in einer erneuten Krise rund um die Uhr unbürokratisch Hilfe fanden. Einfache Maßnahmen mit großer Wirkung.

Aber auch der Einzelne, der zur Depression neigt, kann etwas dagegen tun, von seiner Krankheit erdrückt zu werden, und zwar all das, was auch bei einer akuten Depression hilft:

- sich regelmäßig bewegen
- sich vor Überlastung schützen
- Konflikte rechtzeitig ansprechen und lösen
- sich von negativen Gedanken fernhalten und selbstquälerische Gedanken stoppen
- all das tun, was das Leben erfüllt.

Alles in allem also: für ein gutes Leben sorgen und fürsorglich zu sich selbst sein. Auch dafür gab es schon in der Antike einen Begriff. Aristoteles nannte es die Eudaimonia, die Lehre vom guten Leben als dem höchsten Lebensziel.