

## Depressiv - Normal oder krank?

Jeder von Ihnen, so möchte ich annehmen, kann sich unter "**Depression**" etwas vorstellen. Wohl deshalb, weil niemand unter uns ist, der nicht schon mal deprimiert, depressiv oder traurig verstimmt war. Hierin unterscheidet sich die Depression von anderen psychischen Krankheiten, z.B. der *Schizophrenie*, von der sich der Laie in der Regel kein richtiges Bild machen kann. Das *depressive Erleben* dagegen steht dem Gesunden oder dem sogenannten Normalen sehr viel näher. Auch dem Fachmann, dem Psychiater oder Psychotherapeuten, gelingt es leichter, sich in einen Patienten mit einer Depression "hineinzufühlen" als beispielsweise in einen akut schizophrenen Patienten mit seinen Halluzinationen und Wahngedanken. Wenn Sie diese einleitenden Sätze aufmerksam verfolgt haben, so dürften Sie vielleicht bemerken, daß die anfangs aufgeworfene Frage: "Ist die Depression nun eine *Krankheit*, oder ist sie nur eine vorübergehende, *normale Reaktion* auf bestimmte Lebensereignisse?" im Grunde schon beantwortet wurde. Depression meint *beides*. Sie kann eine Krankheit sein, unter Umständen eine sehr schwere, sie kann aber auch eine zeitlich begrenzte Erscheinung im Leben eines Menschen sein, die normalpsychologisch verstehbar und *nicht* im engeren Sinne als krankhaft zu bezeichnen ist. Es empfiehlt sich vielleicht, in diesem Falle von *Traurigkeit* zu sprechen und

den Begriff der "*Depression*" den eigentlich *krankhaften* Verstimmungen vorzubehalten. Ich werde allerdings diese Unterscheidung von *normaler Traurigkeit* und *krankhafter Depression* vorerst bewußt unberücksichtigt lassen, weil es fließende Übergänge gibt und wir uns zunächst ein Bild von beidem machen wollen.

- Die Schwierigkeit, normales und krankhaftes Traurigsein zu unterscheiden, besteht u.a. darin, daß die normale Trauerreaktion, die wir alle kennen, bereits viele Eigenschaften, viele "Symptome" der krankhaften Depression in *qualitativ* gleicher Weise zeigt.

Das Bild der Traurigkeit

Was ist Traurigkeit? Jeder weiß es, und doch fällt es uns schwer, erlebte Gefühle in Worten auszudrücken ("zu verbalisieren", wie die Psychotherapeuten sagen). Diejenigen unter Ihnen, die sich in einer Psychotherapie befinden, werden die Schwierigkeit der "*Verbalisierung von Gefühlen*", die in der Psychotherapie so wichtig ist, sehr wohl kennen. Ich übernehme hier einmal die Beschreibung des Persönlichkeitspsychologen *Philipp Lersch*, der das Bild der Traurigkeit folgendermaßen gezeichnet hat (#):

Die Stimmungslage der Traurigkeit ist vor allem gekennzeichnet durch ein Erlebnis der *Lichtlosigkeit*, eines inneren Dunkels. So schreibt der schwer melancholische Dichter *Lenau* in einem Brief: "*Um und um schwarz ist meine Seele*". Diesen Mangel an innerer Helligkeit und Farbigkeit kennzeichnet unsere Sprache treffend

mit dem Wort "*Trübsinn*": Es ist trüb in meiner Seele, es fehlt an Farbe und Helligkeit. In der Lichtlosigkeit der Schwermut erleben wir eine Mattigkeit und Armut des Lebens, gleichsam ein Müdewerden und Hinneigen zu dem, was vom Leben her als Tod erscheint.

Mit diesem Bild lassen sich weitere Wesenszüge der Traurigkeit nachempfinden: Das Erlebnis einer "*Gedrückttheit*" - das ist die wörtliche Übersetzung des lateinischen Wortes "*depressio*" - oder das Gefühl der inneren Schwere und des Niedergezogenwerdens. Das Dasein ist für den Depressiven eine Last, worauf die Sprache in ihrer Bildhaftigkeit hinweist, wenn von "**Schwermut**" und "*Niedergeschlagenheit*" die Rede ist oder davon, daß jemand "*schweren Herzens*" sei. Dieses Wesensmerkmal der Depression, die Gedrücktheit, tritt augenfällig im *leiblichen* Ausdruck in Erscheinung, und zwar darin, daß die Last des eigenen Körpers gleichsam durch alle Bewegungen hindurchschimmert: Die Bewegungen des Traurigen sind spärlich, langsam, schleppend. **Grillparzer**, der ebenfalls unter Depressionen litt, spricht vom "*unerträglichen, lauwarmen Hinschleppen*".

Im *Seelischen* entsprechen der körperlichen Gedrücktheit das Erlebnis einer Lebensleere, die der Traurigkeit eigene *Armut des Vorstellungserlebens* und der schleppende Gang des Vorstellungsverlaufes: Es fällt dem Depressiven schwer, sich etwas vorzustellen bzw. von bestimmten (meist negativen) Vorstellungen

wegzukommen. Die spontane Tätigkeitsbereitschaft, die wir auch als **Antrieb** eines Menschen bezeichnen, ist in schweren Fällen auf ein Mindestmaß geschwunden. Es fällt dem traurig Gestimmten schwer, sich für etwas zu entscheiden. Seine *Entschlußkraft* ist vermindert. Den Traurigen kennzeichnet oft auch eine starke Uninteressiertheit, eine Ermattung und *Verarmung seines Werterlebens*, die sich darin auswirkt, daß er abgeneigt, besser gesagt *unfähig* ist, sich den Menschen und Dingen seines Lebenskreises zuzuwenden, sei es nun mit dem Verstande, dem Willen oder dem Gefühl. *Grillparzer* schreibt in seinem Tagebuch: "*Mein Herz ist anteilnahmslos geworden. Mich interessiert kein Mensch, kein Genuß, kein Gedanke, kein Buch.*" So äußert sich ein bedeutender Dichter in seiner depressiven Phase! Dieses scheinbare Desinteresse für wichtigste Daseinsbereiche fällt den **Angehörigen** depressiver Patienten manchmal als erstes auf, oft noch bevor der Zustand als Krankheit erkannt wurde. Da bleibt die Tageszeitung ungelesen in der Ecke liegen, die für den Großvater sonst zum festen Bestandteil seines Vormittags gehörte. Oder die Mutter scheint sich plötzlich nicht mehr für die Sorgen und Nöte ihrer Kinder zu interessieren, die Familie registriert eine merkwürdige "*Gleichgültigkeit*". Sie können sich sicherlich vorstellen, wie es dadurch zu erheblichen Mißverständnissen und Konflikten kommen kann, besonders solange die Angehörigen das *Krank-*

*hafte* an diesem Zustand nicht wahrgenommen haben.

Erschwerend wirkt, daß der Depressive sich seine Interessenlosigkeit häufig selbst vorwirft; denn die Neigung, **Schuldgefühle** zu entwickeln, ist ein weiteres, typisches Symptom der Depression. Bei bestimmten Depressionsformen können wir annehmen, daß krankheitsbedingt Schuldgefühle auftreten, die primär gar keinen Inhalt haben. Der Patient *fühlt* sich einfach *schuldig*. Aber er sucht dann nach *Gründen* für seine Schuldgefühle und findet sie manchmal in seinem gegenwärtigen *Verhalten* (Leistungsunfähigkeit, Antriebslosigkeit, Desinteresse), ungeachtet der Tatsache, daß diese Einbußen ja durch die Krankheit verursacht sind; oder er macht seine Schuldgefühle fest an früheren "*Verfehlungen*", die allerdings *vor* seiner Erkrankung auch für ihn nicht von Bedeutung waren. Beispielsweise kann sich ein Patient vorwerfen, in der Nachkriegszeit Kohlen vom Bahndamm "gestohlen" zu haben, und er ist überzeugt, damit seine massiven Schuldgefühle "begründen" zu können.

Den Versuch, Ihnen Wesen und Symptome der Depression beschreibend vor Augen zu führen, möchte ich abschließen mit einem *Gedicht*, das uns ein Patient in der Klinik zukommen ließ. Es hat mich beeindruckt, und ich habe eine Zeile daraus zum Titel dieses Vortrages gemacht. Es zeigt, wie "*der Betroffene*", wenn er sprachliche Begabung besitzt, uns das Bild der Depression in wenigen Zeilen plastischer vor Augen führen kann, als es

manch mühselige Erörterung der Wissenschaft  
vermag:

## Depression

Nur der Betroffene  
kennt das Nichts.  
Die Leere der Hoffnungslosigkeit  
wird durch Verzweiflung ersetzt.  
Verzweiflung ist der Begleiter des Lebens,  
welches nicht existiert.

Blindheit bezwingt das Licht.  
Die Seele ist gebeugt,  
unempfindlich für das Göttliche.  
Der Glanz der Freude ist schwarz.  
Trauer ist das Sein.  
Tränen fließen in das Innere,  
unbemerkt von der arroganten Welt.  
Die Sekunde der Liebe ist zerstört.

Die Sucht der Einsamkeit ist unendlich.  
Die Bewegung erstarrt zu Eis.  
Der Atem stockt - der gelähmte Wille  
findet den endlosen Abhang ins Tiefe.  
Hilflosigkeit wird Agonie.  
Trost ist die Ahnung des Todes.

Hat Depression einen Sinn ?

So beklemmend, man könnte sagen "deprimierend", das Bild der Traurigkeit auch wirkt, es fehlt nicht an Stimmen, die dem Traurigsein, der Depression, einen Wert und einen **Sinn** abgewinnen wollen. Das versucht beispielsweise der amerikanische Psychiater *Frederic Flach* in seinem Buch "*Depression als Lebenschance*" (#). Er beschreibt Depression als die "*gesunde Reaktion des Menschen auf eine Lebenssituation, der er sich nicht mehr gewachsen glaubt, und zugleich als eine Chance für ihn, sich mit dieser Situation auseinanderzusetzen, sie ändernd zu meistern*". Seelische Krisen, wie eine Depression, werden als "*Wachstumsschmerzen der Persönlichkeit*" vom Autor durchaus *positiv* gesehen: Nur durch das *Leiden am eigenen Leiden* gelange der Mensch zur Reife, zur Erweiterung und Entwicklung seiner Persönlichkeit. Depressionen als "Wachstumsschmerzen der Persönlichkeit" zu beschreiben, ist ein ungewohnter, aber interessanter Aspekt. Depression und **Schmerz** weisen ohnehin große Gemeinsamkeiten auf, nicht von ungefähr sprechen wir vom "*seelischen Schmerz*". Wie die Depression so ist auch der Schmerz zunächst einmal etwas *Normales*, ja für die Gesundheit des Menschen außerordentlich Wichtiges. Der Schmerzsinn stellt ein bewährtes *Warnsystem* dar, er ist der seelische Anteil eines lebens-

wichtigen *Schutzreflexes*, der uns vor schädlichen Einwirkungen warnt und zurückhält. Menschen, bei denen die Schmerzempfindung durch einen Krankheitsprozeß am Rückenmark *ausgefallen* ist, fügen sich ungewollt schwere Verletzungen oder andere körperliche Schäden zu, eben weil das Warnsystem Schmerz versagt (z.B. bei dem Krankheitsbild der "**Syringomyelie**" oder der "**Tabes**", einer Spätform der Syphilis). Andererseits kann Schmerz (genauso wie die Depression) das **Symptom**, also das erlebbare Zeichen einer Krankheit sein. Auch hier ist der Schmerz *sinnvoll*, denn er veranlaßt uns, die zugrundeliegende Krankheit zu suchen und diese behandeln zu lassen. Der Schmerz ist ja *das* Symptom, welches den Patienten am häufigsten zum Arzt führt.

Es gibt aber auch Fälle, in denen der Schmerz sich sozusagen *verselbständigt*, etwa wenn die eigentliche Krankheit abgeklungen ist, der Schmerz aber bleibt, wie nicht selten bei der **Gürtelrose**; oder wenn der Schmerz einziges Symptom einer an sich harmlosen Krankheit ist, wie bei bestimmten Gesichtsneuralgien (z.B. der **Trigeminusneuralgie**); oder aber wenn der Schmerz das Symptom einer unheilbaren Krankheit ist, etwa einer nicht mehr behandelbaren Krebserkrankung. Erst dann ist der Schmerz "*sinnlos*" geworden, er hat in diesen Fällen keine Warnfunktion mehr. Mediziner sprechen bei längerem Bestehen solcher Schmerzzustände von einer "**Schmerz-**

**krankheit**", um damit herauszustellen, daß Schmerz nicht mehr nur Symptom ist, sondern als eigengesetzliche *Krankheit* angesehen und behandelt werden muß.

Zur **Depression** lassen sich zu dem eben Gesagten vielfältige Parallelen aufzeigen. Das Vorhandensein depressiver Symptome kann uns zum einen *anzeigen*, daß etwas mit unserem sozialen Umfeld, in unserer persönlichen Lebenssituation nicht in Ordnung ist. Sofern wir dies erkennen und unseren Lebensstil oder unsere Lebenssituation entsprechend verändern, kann die Depression - wie der Schmerz - als Warnsystem *gesundheits- und lebensfördernd* wirken.

Depression kann aber auch lediglich das **Symptom** einer Krankheit sein, einer körperlichen oder seelischen Erkrankung, z.B. Symptom einer Leberkrankheit, eines beginnenden Hirnabbauprozesses, einer Blutarmut bei Vitamin-B12-Mangel oder auch einer seelischen Fehlentwicklung, etwa einer Neurose. Ist der **Leidensdruck**, den die depressiven Symptome verursachen, stark genug, so wird das *Symptom Depressivität* den Kranken zum Arzt drängen, und die zugrundeliegende Krankheit kann erkannt und behandelt werden.

Schließlich gibt es Depressionen, die *weder* Folge einer gestörten Lebenssituation, *noch* Symptom einer Krankheit sind, sondern die als *eigenständiges* Krankheitsbild angesehen werden müssen. Man könnte in Analogie zu dem Begriff "Schmerzkrankheit" von einer

"*Depressionskrankheit*" sprechen.

Nach dem, was wir bisher ausgeführt haben, lassen sich somit drei Gruppen von Depressionen unterscheiden:

1. Die Depression als normale oder krankhafte *Reaktion* auf eine - wie auch immer - gestörte Lebenssituation.

2. Die Depression als *Symptom*, als Krankheitszeichen, einer körperlichen oder seelischen Krankheit (z.B. bei einem Hirntumor, einer Lebererkrankung oder einer seelischen Fehlentwicklung).

3. Die Depression als eigenständige psychische, d.h. seelische *Krankheit*.

Diese Unterscheidungen sollten getroffen werden, will man über Depressionen sprechen. Der Mediziner, insbesondere der Psychiater oder Psychotherapeut, muß noch weiter differenzieren.

Er kennt eine Vielzahl unterschiedlicher Depressionen, die zum Teil - und das ist natürlich wichtig - auch verschieden behandelt werden.

traurigkeit - eine normale Reaktion

Wenn ich mit einem depressiv wirkenden Menschen spreche, so stellt sich mir zunächst die

Frage, ob diese Depression *empföhlbar*, ob sie verstehbar und in ihrer Intensität und Dauer

*angemessen* erscheint. Es ist dies die Frage

danach, ob die Depression eine normale Reaktion auf ein entsprechendes Ereignis im Leben dieses

Menschen ist. Wir müssen uns stets vor Augen halten, daß Depressiert-Sein eine ganz normale

Variationsart unserer *Lebensgrundstimmung*

ist, keine besonders schöne oder angenehme, aber doch eine Gestimmtheit, die zum menschlichen Dasein gehört, zu unserer Stimmungsskala, auf deren anderem Pol *Heiterkeit* und lustige Ausgelassenheit stehen. Ich glaube, unser Leben wäre ziemlich armselig, würden wir nur eine Stimmungslage kennen, etwa die der neutralen Ausgeglichenheit.

Es gibt ja Persönlichkeiten, die immer ausgeglichen, in ihrer Stimmungslage ständig gleichbleibend (z.B. "cool") wirken: Solche Mitmenschen kommen uns vielleicht besonders *zuverlässig* vor, weil sie stets unseren Erwartungen gemäß reagieren, ganz gleich, was auf sie zukommt. Sie können aber auch sehr *langweilig* sein, und nicht selten sind sie - schaut man erst einmal hinter die Fassade der Ausgeglichenheit - seelisch stärker gestört als manch anderer, der auf uns einen unbeherrschten, launenhaften oder gar einen etwas "verrückten" Eindruck macht. Heiterkeit und Traurigkeit sind *Modulationsarten unseres Seelenlebens*, genauso wie Angst und Aggression, Aufmerksamkeit und Schläfrigkeit; geradeso wie es in der Musik Dur und Moll, Piano und Forte oder in der Malerei helle und dunkle, blasse und kräftige Farben gibt.

Es ist eben "*normal*", auf den Tod eines nahen Angehörigen oder Freundes mit *Trauer* zu reagieren. Der Verlust eines Arbeitsplatzes, an dem wir hängen, stimmt uns traurig. Die Trennung von einem Liebespartner läßt uns mit Traurigkeit

reagieren. Auch eine *Enttäuschung*, man sagt heute gern "Frustration", oder eine *Kränkung* macht uns traurig. Deprimiert-Sein, Traurig-Sein, Schwermütig-Sein stellt auf alle diese Belastungen des Lebens zunächst eine normale Reaktion dar. Es wäre eher auffällig, würde jemand in solchen Situationen *nicht* so reagieren.

Wenn die Trauerreaktion ausbleibt

Das *Fehlen* einer angemessenen

**Trauerreaktion** kann bedeuten, daß der Verlust von dem Betroffenen gar nicht als ein solcher erlebt wird, z.B. wenn ein *ungeliebter* Ehepartner stirbt, von dem sich der Hinterbliebene längst gefühlsmäßig entfernt und distanziert hat, wenn also der Tod eher eine *Erleichterung* als einen Verlust darstellt.

Häufiger bleibt eine angemessene Trauerreaktion deshalb aus, weil das Ereignis oder die Reaktion auf dieses Ereignis aus unserem Bewußtsein *verdrängt* wird. Die **Verdrängung** bestimmter Inhalte aus dem Bewußtsein spielt eine wichtige Rolle bei seelischen Krankheiten, insbesondere bei den **Neurosen**, worauf **Sigmund Freud** in seiner psychoanalytischen Theorie hingewiesen hat. Daß wir gerade für uns peinliche Erlebnisse gern verdrängen, war allerdings schon vor *Freud* bekannt, und der Philosoph **Friedrich Nietzsche** hat dies so ausgedrückt: "*Das habe ich getan, sagt mein Gedächtnis. Das kann ich nicht getan haben, sagt mein Stolz und bleibt unerbittlich... Endlich gibt das Gedächtnis nach.*"

Was *Nietzsche* hier etwas ironisch formuliert, würde man ja zunächst schlicht als "*vergessen*" bezeichnen. Aber *Nietzsche* mit seinem Aphorismus und *Freud* mit seinem Begriff der Verdrängung zielen darauf ab, daß hier nicht "passiv" etwas aus unserem Gedächtnis verlo-

rengeht, sondern daß bestimmte Anteile unserer Persönlichkeit offenbar *aktiv* - wenn auch nicht bewußt - Inhalte aus dem Bewußtsein "*verschwinden lassen*" oder "*verdrängen*", und zwar bevorzugt solche Inhalte, die nicht so recht zum eigenen "Ideal-Bild" passen wollen. Verdrängung ist also - wenn man so will - ein Stück "*psychischer Hygiene*" und insofern auch nicht primär etwas Krankmachendes, sondern für die Ökonomie unseres Seelenlebens durchaus Notwendiges.

Wenn aber normale Trauerreaktionen durch eine Verdrängung unterbleiben, so kann es nach einer gewissen Zeit zu *Störungen* kommen, z.B. zu einer *krankhaften Depression*, die den Zusammenhang mit dem ursprünglichen Verlusterlebnis gar nicht mehr erkennen läßt. Es ist offenbar so, daß wir uns in der gesunden Trauerreaktion mit einem Verlust auseinandersetzen, daß wir den Verlust auf diese Weise bewältigen und verarbeiten können.

Psychotherapeuten sprechen deshalb auch von der notwendigen "**Trauerarbeit**", die zu "leisten" ist, wenn Verlust- oder Trennungserlebnisse uns treffen. (#) Bleibt die normale Trauerreaktion aus und wird die Trauerarbeit somit nicht geleistet, dann kann gerade dies uns krank machen, unter bestimmten Voraussetzungen auch körperlich krank, wie das folgende Beispiel zeigt:

Ein 30-jähriger Werkzeugmacher lebt mit seiner 65-jährigen Mutter in einem Haushalt zusammen. Den Vater hat er nie kennengelernt, dieser starb

kurz nach der Geburt des Patienten an den Folgen eines Verkehrsunfalles. Der Patient ist ohne Geschwister aufgewachsen, er hat eine relativ unauffällige Kindheits- und Jugendzeit verbracht, und es bestand stets ein harmonisches Verhältnis zu der als ausgeglichen und liebevoll beschriebenen Mutter. Er hat einen kleinen Freundeskreis - allerdings keine Freundin - und fühlt sich in seinem Beruf wohl. An einem Sonntag - beim gemeinsamen Kaffeetrinken - erleidet die Mutter aus scheinbar völliger Gesundheit heraus einen Schlaganfall und stirbt wenige Stunden später im Krankenhaus.

Der Sohn erledigt wie mechanisch alles Nötige, wirkt bei der Beerdigung fast gleichgültig, führt sein Leben, Beruf und Freizeit, unverändert weiter, so als wäre nichts geschehen. Insbesondere zeigt und erlebt er keine gefühlsmäßige Reaktion, er fühlt sich nicht traurig, hat keine Tränen, keine Betroffenheit, Angst oder Wut. Auch in Gedanken setzt er sich nicht mit dem Tod der Mutter oder mit seiner nun wesentlich veränderten Lebenssituation auseinander. Er hat - so müssen wir annehmen - den Verlust der Mutter, wie auch die zu erwartenden Gefühlsreaktionen verdrängt und lebt - scheinbar unberührt von den Ereignissen - "sein Leben" weiter.

Aber sechs Wochen später beginnt eine schwere Darmerkrankung, die mit Entzündungen und Geschwüren des Darmes einhergeht (Colitis ulcerosa). Nachdem mehrere Krankenhausaufenthalte nur kurzfristige Besserungen der eitrig-blutigen Durchfälle brachten, wird er

schließlich in eine psychosomatische Klinik überwiesen, weil der Zusammenhang der Krankheit mit seelischen Faktoren und der Lebenssituation des Patienten erkannt wurde: Offenbar fühlte er sich unbewußt einer Auseinandersetzung mit dem Verlust der Mutter, die ihm ja im Grunde auch Lebenspartnerin war, nicht gewachsen, und er mußte alles, was damit zusammenhing, Gefühle und Gedanken, verdrängen oder verleugnen, um mit seinem weiteren Leben zurechtzukommen.

Dieses Beispiel zeigt deutlich, daß eine *Trauerreaktion* auf bestimmte Ereignisse nicht nur *normal*, sondern für unsere seelische und - wie in diesem Fall - auch körperliche Gesundheit sogar *notwendig* ist. *Verena Kast*, eine der bekanntesten Psychotherapeutinnen unserer Zeit, beschreibt in ihrem Buch "*Trauern*" (#) verschiedene Phasen des (normalen) Trauerprozesses und die damit verbundenen Probleme: "Jede der Trauerphasen bietet die Gefahr, daß man sich in ihr 'versitzt', daß man den Weg zurück wählt und sich nicht dem fortschreitenden Trauerprozeß stellt. In der Therapie haben wir es oft mit Menschen zu tun, die irgendwann in ihrem Leben einen Menschen verloren haben, der ihnen sehr nahe gestanden hat, ohne daß sie ausreichend getrauert haben. Es gilt ja in unserer Gesellschaft oft als Merkmal der Stärke, wenn es gelingt, Trauer sehr schnell zu 'überwinden'. Diese Trauerverdrängung kann zu Depressionen führen, die für den Betroffenen recht unerklärlich sind. Geht man diesen Depressionen nach, findet man

häufig unabgeschlossene Trauerprozesse, verdrängte Trauer usw."

"Wird diese Phase (des Nicht-wahrhaben-Wollens) verlängert, dann haben wir den Menschen vor uns, der den Verlust und damit auch die große Emotion verdrängt. Diese Menschen leben so weiter, als wäre fast nichts geschehen. Ganz verdrängen läßt sich ja der Verlust eines geliebten Menschen nicht. Eine beliebte Form davon ist die Flucht in die 'Geschäftigkeit'." (#)

Trauer kann zur Krankheit werden

Es gibt nun aber auch Trauerreaktionen, die an *Stärke* und *Dauer* so sehr von dem normalen Trauerprozeß abweichen, daß sie

"**Krankheitswert**" besitzen. Wir sprechen dann von einer krankhaften oder "**abnormen Trauerreaktion**". Patienten, bei denen diese Diagnose gestellt wird, erzählen uns oft, daß sie nach dem Verlust eines Angehörigen *nicht* trauern *konnten*. Sie klagten nicht, weinten nicht, wirkten eher wie "versteinert" und verblieben in dieser steifen, ungewöhnlichen Reaktion über Monate. Es treten zusätzlich körperliche Beschwerden auf, wie Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit, Atembeschwerden oder Schlaflosigkeit. Schließlich kommt es dann auch zu depressiven oder mißmutigen Verstimmungen, die oft gar nicht mehr mit dem Trauerfall in Verbindung gebracht werden, der ja schon längere Zeit zurückliegt; die "abnorme Trauerreaktion" ist entstanden.

Hintergrund einer derartigen Entwicklung ist manchmal eine *konflikthafte* Einstellung

gegenüber dem Verstorbenen, z.B. ein versteckter, vielleicht sogar unbewußter Haß, den der Hinterbliebene sich aus moralischen Gründen nicht einzugestehen wagt. Aus diesem **Gefühlskonflikt** heraus - Haßgefühle auf der einen Seite und das Gebot, die Toten zu ehren, auf der anderen Seite - entstehen **Schuldgefühle** und Selbstvorwürfe, deren Herkunft dem Betroffenen gar nicht bewußt sind, die ihn aber krank machen.

Auch hierzu möchte ich Ihnen ein Beispiel bringen: Eine 60-jährige kaufmännische Angestellte kommt wegen Angstzuständen, depressiver Verstimmungen, Muskelschmerzen, Einschlafstörungen und Atembeschwerden in die psychotherapeutische Ambulanz, nachdem medikamentöse Behandlungsversuche verschiedener Fachärzte keine Besserung erbracht hatten.

Sie gibt an, früher weitgehend gesund gewesen zu sein, obwohl sie "ein schweres Leben" habe führen müssen und jetzt eher entlastet sei. Sie könne sich ihren Zustand, der seit ungefähr einem Jahr bestehe, deshalb auch gar nicht erklären. Auf die Frage, was denn vor einem Jahr war, berichtet sie von einem kleinen Unfall mit einem Bruch im Sprunggelenk, der sie einige Wochen ans Bett fesselte und auch danach noch acht Wochen Arbeitsunfähigkeit bedingte, da Komplikationen auftraten. Damals hätten ihre Beschwerden eigentlich begonnen. Fast beiläufig erwähnt die Patientin dann, daß sie drei Monate vor dem Unfall "Witwe geworden" sei.

Darauf angesprochen erzählt sie nun von dem verstorbenen Mann und ihrer Ehe, die unter einem wenig glücklichen Stern stand. Sie hatte 1943 geheiratet, und es sei damals "Liebe auf den ersten Blick" gewesen. Sie war stolz, die Frau dieses selbstbewußten, mutigen und erfolgreichen Mannes geworden zu sein. Ende 1944 erlitt ihr Mann im Krieg einen Kopfschuß und kam als Hirnverletzter 1947 nach Hause. Sie bemerkte sogleich eine erhebliche Wesensänderung bei ihm, die in den folgenden Jahren eher zunahm. Er litt unter epileptischen Anfällen, neigte zum Alkoholmißbrauch, obwohl die Ärzte ihm Alkoholkonsum strikt verboten hatten, und war aufbrausend, unzufrieden, ungerecht, "eigentlich unerträglich". Er schrie oft herum, wurde manchmal auch handgreiflich gegen sie und vergraulte durch sein auffälliges Verhalten Freunde und Verwandte. Kinder konnte er nicht ertragen, wollte auch keine eigenen. Als die Patientin trotzdem schwanger wurde, ließ sie sich von ihm zur Abtreibung überreden. Sie betont nicht ohne Stolz, trotz all der massiven Belastungen damals nicht krank geworden zu sein. Sie hatte sich an die schweren Bedingungen ihres Lebens angepaßt, ließ alles über sich ergehen, ohne sich zu wehren, vermied es, ihren Mann zusätzlich aufzuregen, und ging mit ihm um wie mit einem kranken Kind. Sie fühlte sich verpflichtet, an seiner Seite zu bleiben, und entschuldigte ihn immer wieder vor sich und den anderen mit seiner Krankheit, an der er keine Schuld trage. Ein bißchen Selbstbestätigung suchte sie sich in ihrer Firma, wo sie als

Sachbearbeiterin geschätzt war.

In den letzten Jahren spitzte sich die häusliche Situation weiter zu, als sich ihr Mann zum Alkoholiker entwickelte und eine krankhafte Eifersucht ausbildete. Sie mußte ihm über jeden ihrer Schritte Rechenschaft ablegen und trotzdem schwerste Verdächtigungen erdulden, die sich besonders auf die männlichen Arbeitskollegen bezogen. Zwar war sie dort beliebt und mochte einige Kollegen "recht gern", aber sie vermied nähere Begegnungen. Als ihr Mann sie nicht mehr zur Arbeit gehen lassen wollte und er wegen einer Leberzirrhose zunehmend hilfloser wurde, kündigte sie und pflegte ihn zu Hause bis zu seinem qualvollen Tod. Als er starb, fühlte sie keine Trauer. Sie war aber auch nicht erleichtert, wie man es nach den vielen Jahren der Demütigung und des Leidens hätte erwarten können. Sie war "wie leer", irgendwie innerlich erstarrt. Nur in Träumen wurde sie von schrecklichen Bildern geplagt, in denen ihr Mann häufig schwere Unfälle erlitt.

Wir können davon ausgehen, daß diese Patientin, die ihr Leben einem kranken, wesensveränderten Mann opferte, neben ihrem Pflicht- und Verantwortungsgefühl auch massive **Aggressionen** gegen den Partner entwickelt haben muß, die sie jedoch aus Gewissensgründen nicht zuließ, sondern in den vielen Jahren ständig *verdrängte*. Eine moralisch-ethische Einstellung mit dem Zwang zur Abwehr solch "negativer Gefühle" erlaubte ihr nicht einmal das Gefühl der Erleichterung nach seinem Tod, also nach

Beendigung dieser quälenden Situation. Allerdings weist ihr *Zustand der "inneren Leere"* darauf hin, daß sie im *Konflikt* zwischen dem Gebot der Solidarität mit dem einst geliebten Mann einerseits und den Haßgefühlen sowie der Erleichterung über seinen Tod andererseits verhaftet blieb und daran krank wurde.

In den folgenden therapeutischen Gesprächen konnte sich die Patientin allmählich ihrer *Gefühle* bewußt werden und diese - das ist besonders wichtig - als *Trauer* und *Wut* im Gespräch auch ausleben. Es gelang ihr immer besser, zu ihren "negativen Gefühlen" zu stehen und den Gewissenskonflikt dadurch zu verringern. So erarbeitete sie sich auch eigene Wunschvorstellungen und Perspektiven für ihr zukünftiges Leben, und die geklagten Beschwerden klangen allmählich ab.

Dies war das Beispiel einer *abnormen Trauerreaktion*, bedingt durch eine *konflikthafte*, zwiespältige Einstellung zu dem Verstorbenen. Wie Sie sehen, läßt sich ein derartiges Krankheitsbild gut behandeln und relativ rasch bessern, weil es sich um einen ziemlich begrenzten und *bewußtseinsnahen* Konflikt handelt, der mehr oder weniger noch aus der *Gegenwart* stammt.

Die *Behandlung* dieser Patientin bestand darin, ihr den zugrundeliegenden Konflikt und die damit verbundenen Gefühle im Gespräch *bewußt* zu machen. Die Behandlung, die Therapie, geschieht also in diesem Falle nicht mit Medikamenten, son-

dern mit Worten und Gefühlen im Gespräch, also mit *"psychischen" Mitteln*; das ist es, was wir **Psychotherapie** nennen. Psychotherapie meint nicht "Therapie der Seele"; denn die Psyche können wir auch mit Medikamenten behandeln. Gemeint ist die *Methode* der Behandlung, nicht ihr Ziel. Psychotherapie können wir somit definieren als *"Therapie der Seele oder des Körpers mit seelischen Mitteln"*.

belastende Lebenssituationen

Die wohl häufigsten Depressionen sind die sogenannten "**Reaktiven Depressionen**": Auf die Nichterfüllung beruflicher Wünsche, auf eine ständige intellektuelle Überforderung im Beruf, auf eine konfliktreiche Ehe, auf eine durch Unfall aufgetretene Körperbehinderung, auf eine unerwidert gebliebene Liebe, auf eine schwere Kränkung oder Enttäuschung hin kann ein Mensch *empfänglich* mit einer Depression von Krankheitswert *reagieren*. Anders ausgedrückt: Die Reaktion ist normal, aber das Ausmaß und die Folgen müssen schon als krankhaft angesehen werden.

Für diese Form der Depression gilt das zitierte Wort von der "*Depression als Lebenschance*" wohl am ehesten, weil die Erfahrung lehrt, daß nach *Auflösung* der Belastung die Depression relativ rasch abklingt, beispielsweise nach einer Ehescheidung oder durch ein Zurückstecken übertrieben ehrgeiziger Berufspläne, also das Akzeptieren eigener Leistungsgrenzen, oder auf Grund einer veränderten Einstellung des Körperbehinderten zu seinem Leben.

Hier muß man allerdings sehr auf der Hut sein, um nicht *Ursache* und *Folgen* miteinander zu verwechseln, was womöglich schlimme Konsequenzen hätte. So kann eine Ehe deshalb kriseln, weil der eine Partner schon längere Zeit an einer Depression erkrankt ist, was ihm aber selbst gar nicht bewußt sein muß. Die Ehekrise ist dann nicht *Ursache*, sondern bereits *Folge* der

Depression. Die Scheidung der Ehe würde zu keinerlei Besserung führen, sondern die Depression des Patienten wahrscheinlich sogar noch verstärken.

Dazu ein weiteres Beispiel: Ein durchaus begabter Student bricht sein Studium ab und nimmt eine unter seinem Niveau liegende Tätigkeit auf, weil er der Meinung ist, das Studium habe ihn *überfordert* und er sei dadurch in eine Depression geraten. *Tatsächlich* leidet er aber - ohne es erkannt zu haben - schon seit einer nicht verarbeiteten *Liebesenttäuschung* unter einer Depression, die seine Leistungsfähigkeit beeinträchtigt. Er ist nicht eigentlich traurig, aber ständig lustlos, müde, leidet unter Schlafstörungen und hat kein richtiges Selbstvertrauen mehr. Auch in diesem Fall stellen sich die Zusammenhänge entgegen dem Anschein dar: Das Gefühl der Überforderung ist nicht die Ursache, sondern schon *Folge* der Depression.

Macht man überhaupt äußere Lebensumstände oder innere Konflikte für eine Depression verantwortlich, nimmt man diagnostisch also eine "Reaktive Depression" an, so stellt sich grundsätzlich die Frage, warum *dieser* Mensch auf *diese* Belastung mit einer Depression reagiert, während ein anderer mit einer "objektiv" gleich starken Belastung vielleicht ohne Schwierigkeiten fertig wird.

Denken Sie noch einmal an das Beispiel des vaterlos mit seiner Mutter aufgewachsenen Mannes, der den Tod der Mutter und seine

Trauerreaktion verdrängte und schließlich an einer Darmentzündung erkrankte. Daß dieser Patient den "**Abwehrmechanismus**" der Verleugnung oder Verdrängung benötigte, um mit einem Schicksalsschlag fertig zu werden, mit dem jeder von uns irgendwann konfrontiert wird oder wurde, läßt zweierlei vermuten:

1. die *Bindung* an die verlorene Bezugsperson war besonders eng und

2. aufgrund frühester *Kindheitserfahrungen* kann die Persönlichkeit dieses Patienten derartige Verlusterlebnisse besonders schwer ertragen.

Es gibt diese Bereitschaft bestimmter Persönlichkeiten, im Leben auf spezifische Belastungen hin abnorm zu reagieren, das heißt, mit körperlichen oder seelischen Symptomen zu antworten, und zwar aufgrund unbewußter Konflikte und Erfahrungen in der Kindheit. Diese seelische Bereitschaft ist kennzeichnend für die Krankheitsgruppe der *Neurosen*.

Wie entsteht eine Neurose?

Die **Neurose** ist eine seelisch bedingte Gesundheits- oder Verhaltensstörung, deren Symptome Folge oder symbolischer Ausdruck eines krankmachenden *seelischen Konfliktes* sind, der *unbewußt* bleibt. Daß der Konflikt unbewußt ist und bis in die *Kindheit* zurückreicht, unterscheidet die Neurose von der zuvor beschriebenen Konfliktreaktion.

Lassen Sie mich, um es weniger theoretisch darzustellen, einige *Formen* neurotischer Krankheitsbilder nennen: Etwa die

**Angstneurose**, bei der massive Angstanfälle die Symptomatik bestimmen und der Patient nicht sagen kann, wovor er eigentlich Angst hat. Anders ist es bei den **Phobien**, die gleichfalls durch Angst geprägt werden, bei denen aber der phobische Patient Angst vor bestimmten Objekten oder Situationen hat, die für den Gesunden recht harmlos und ungefährlich wirken. Beispielsweise die Brückenphobie, also die Angst, über Brücken zu gehen, oder die Angst vor der Straße bei der Agoraphobie oder die Angst vor Mäusen, die Mäusephobie... Sie merken vielleicht diesen Beispielen an, wie sie vom grob Auffälligen bis zum fast Normalen *streuen*.

Es gibt relativ viele Menschen, angeblich besonders Frauen, die Angst vor *Mäusen* haben. Obwohl es ja nicht ganz unauffällig ist, wenn ein großer, erwachsener Mensch Angst hat vor einem so kleinen Tier, das weder beißen kann, noch giftig ist, so würden wir dennoch aus einer solchen

"normalen", zumindest häufigen Angst *keine* Krankheit, *keine* "Mäusephobie" machen. Typisch für die Phobie ist etwas anderes, nämlich die *Vorwegnahme der Angst* und die **Vermeidung** der gefürchteten Situation. Man würde also erst von einer *Mäusephobie* sprechen, wenn z.B. eine Hausfrau bestimmte Räume ihres Hauses, etwa die Kellerräume, nicht betritt, weil dort eine Maus sein *könnte*. Auch bei der Errötungsfurcht (der *Erythrophobie*) kommt es oft gar nicht zum Erröten des Patienten, sondern im Vordergrund steht die *Angst vor* dem Rot-Werden und die *Vermeidung* der Situationen, in denen man erröten könnte.

Eine wesentlich andere Symptomatik zeigt die **Zwangsneurose**, die mit unüberwindlichen Zwangsgedanken und Zwangshandlungen einhergeht. Obwohl er Einsicht in das Krankhafte seines Tuns hat, muß z.B. ein Patient mit Zählzwang immer wieder bestimmte Gegenstände zählen oder in eine zahlenmäßige Ordnung bringen. Beim Waschwang steht der Patient unter dem Zwang, sich wiederholt die Hände waschen zu müssen, manchmal bis zu hundertmal am Tag. Neben der erwähnten Angstneurose, den Phobien und der Zwangsneurose kennen wir die **neurotische Depression** als ein weiteres Beispiel neurotischer Krankheitsbilder, mit dem wir nun wieder unmittelbar bei unserem Thema über die verschiedenen Depressionsformen sind. Anders ausgedrückt: *Depression* begegnet uns auch in der Form einer **Neurose**.

Zwischen der *reaktiven* und der *neurotischen* Depression sind die Übergänge oft fließend. Daß jemand auf eine Liebesenttäuschung mit einer Depression reagiert, hängt eben häufig damit zusammen, daß die Beziehung zu Mutter, Vater oder zu den Geschwistern in der Kindheit schon neurotisch gestört war. Die Zusammenhänge sind bei einer neurotischen Depression im Vergleich zu den bisher behandelten Depressionsformen bedeutend komplizierter und vielfältiger. Ich möchte dennoch den Versuch machen, Ihnen auch dieses Krankheitsbild mit einer Falldarstellung verständlich zu machen:

Eine 30-jährige Patientin wurde nach einem Selbsttötungsversuch (Suizidversuch) und kurzfristiger intensivmedizinischer Versorgung auf die psychotherapeutische Abteilung eines Psychiatrischen Landeskrankenhauses verlegt. Im Erstgespräch berichtet die schwächliche, knabenhaft wirkende und depressiv verstimmte Frau, sie habe nach einem Ehekrach endgültig Schluß machen wollen. "Sie können sich nicht vorstellen, Herr Doktor, wie mein Mann mich immer wieder gequält hat. Ich kann es nicht mehr ertragen!" Zunächst lag die Vermutung nahe, es handele sich bei dem Krankheitsbild um eine reaktive Depression in der Folge einer Ehekrise. Im Laufe des Gespräches erfahren wir indessen von zwei weiteren Suizidversuchen, den ersten mit 18 Jahren, nachdem die Patientin bei ihrer Kaufmannsgehilfenprüfung durchgefallen war, und den zweiten im Alter von 23 Jahren als Reaktion auf eine Liebesenttäuschung: "Erst hat er mich ge-

demütigt, und dann hat er mich sitzenlassen". Das Leben dieser Patientin ist offenbar geprägt von *negativen Erfahrungen* mit anderen Menschen, insbesondere Männern, und sie zeigt immer wieder eine Tendenz, sich nicht zur Wehr zu setzen, sondern sich als "*der Verlierer*" zu fühlen und "sich selbst zu richten", also das unbewußte Streben, die Wut, die sie eigentlich auf die anderen hat oder haben müßte, gegen die eigene Person zu richten, z.B. in Form der Suizidversuche.

Wenn wir einen solchen "*roten Faden*" im Leben eines Menschen entdecken, also eine unbewußte, sich wiederholende Tendenz erkennen, Belastungen auf sich zu ziehen und ihnen schließlich durch Flucht zu entinnen, dann läßt dies an eine *neurotische*

*Persönlichkeitsentwicklung* denken. Gemäß unserer Vorstellung, daß der Keim einer Neurose in der frühen Kindheit gelegt wird, müssen wir uns für die Kindheitsentwicklung dieser Patientin interessieren, wenn der eigentliche, die Krankheit hervorbringende Konflikt erfaßt werden soll:

Die Patientin wuchs bei Pflegeeltern auf. Erst im Alter von zwölf Jahren erfuhr sie, daß ihre leibliche Mutter sie unehelich geboren und, nachdem der Vater eine Heirat ablehnte, sie mit sechs Monaten in ein Kinderheim gab, wo sie bis zum dritten Geburtstag blieb. Erinnerung an diese Zeit hatte sie nicht mehr. Sie wußte jedoch aus Erzählungen der Adoptiveltern, etwas von den ungünstigen Heimverhältnissen und ihren eigenen

Verhaltensstörungen zu berichten, unter denen sie zum Zeitpunkt der Adoption gelitten haben soll: Sie näßte noch ein, zeigte nächtliche Angstzustände und war in der Sprachentwicklung zurückgeblieben.

Zu ihren Stiefeltern, einem schon etwas älteren, kinderlosen Ehepaar, entwickelte sie eine mit zunehmendem Alter deutlicher werdende zwiespältige Einstellung. An die Mutter klammerte sie sich einerseits mit größter Anhänglichkeit, durfte kaum von ihr getrennt werden, ohne daß sie mit Angst und Weinen reagierte; andererseits "traktierte" sie, wie die Patientin selbst sagt, die Mutter, wenn sie zusammen waren, mit ständigen Wünschen und Nörgeleien, und zwar so lange, bis der Mutter die Geduld ausging und sie zur Strafe in die Speisekammer eingesperrt oder auch geschlagen wurde.

Die Unfähigkeit der Patientin, die Mutter "loszulassen", führte verständlicherweise zu erheblichen Schwierigkeiten beim Eintritt in Kindergarten und Schule, woraufhin das inzwischen nicht mehr aufgetretene Einnässen erneut festzustellen war. In der Grundschule schloß sie sich sehr eng ihrer Klassenlehrerin an, welche offenbar die Problematik des Kindes erkannt hatte und es in seinen musischen Begabungen, insbesondere im Zeichnen, sehr förderte.

Der Stiefvater unserer Patientin war ein weicher, gehemmter Mann, ein Steuerberater, der sehr gewissenhaft in seiner Arbeit war und recht zurückgezogen lebte. Die Patientin mochte ihn wegen seiner Ruhe und Zuverlässigkeit. Aber sie

fürchtete ihn auch, weil er in allen Dingen so genau und pedantisch war und sie seiner Freundlichkeit ihr gegenüber irgendwie nicht trauen konnte. Diese Verunsicherung gegenüber dem Stiefvater "bestätigte" sich, als sie in die Pubertät kam und er sich ihr mehrmals sexuell näherte, wobei er ihr - geradezu als Entschuldigung - erstmals eröffnete, daß sie nicht das leibliche Kind ihrer Eltern sei.

Nachdem die Patientin überhaupt realisierte, was mit ihr vorging, und sie in heftigste Gewissenskonflikte durch eigene sexuelle Bedürfnisse geriet, vertraute sie sich ihrer früheren Lehrerin aus der Grundschule an, die schließlich Anzeige erstattete, wodurch es zur Verurteilung des Stiefvaters und zur Scheidung der Stiefeltern kam. Bis zu ihrem 18. Lebensjahr verblieb sie danach bei der Stiefmutter.

Sie werden sicherlich erkennen, wie bei diesem Kind vielfältige seelische *Konflikte* und *Ängste* entstanden sein müssen, welche Einfluß auf ihr späteres Leben nahmen:

Die Patientin hat mit sechs Monaten ihre leibliche Mutter als wichtigste Bezugsperson verloren. Wir müssen davon ausgehen, daß hier ganz wesentliche *Geborgenheitsbedürfnisse* unerfüllt blieben und ein gesundes *Vertrauen* zur Welt und ihren Menschen *nicht* wachsen konnte. Die Angst, *verlassen* zu werden oder verlassen zu sein, nicht das zu bekommen, was Sicherheit und Glück eines Kindes ausmacht, dürfte durch den anschließenden Heimaufenthalt noch verstärkt

worden sein.

Auswirkungen der negativen Einflüsse in der frühen Kindheit werden bald sichtbar: Sie entwickelt zu der (endlich gefundenen) Bezugsperson ein "klammerndes" Verhältnis, das durch **Verlust- und Trennungsangst** gekennzeichnet ist, wobei ihr zu kurz gekommenes Bedürfnis nach Nähe, Wärme und Verwöhntwerden schon nicht mehr gestillt werden kann, das heißt, es tritt auch bei liebevoller Zuwendung eine wirkliche Zufriedenheit nicht ein. Für die Stiefmutter ist es tatsächlich unmöglich, die bereits *neurotischen* Zuwendungsbedürfnisse zu befriedigen. Das wiederum muß bei dem Kind zu aggressiven Gefühlen führen, die aber sogleich verdrängt werden aus Angst, dafür bestraft oder verlassen zu werden. *Unbewußt* aber "straft" sie die Mutter dennoch mit ihrer "Nörgelei", gleichzeitig allerdings auch sich selbst, indem sie die Stiefmutter dahin bringt, tatsächlich Strafmaßnahmen zu ergreifen.

Ich könnte mir vorstellen, daß Ihnen derartige Überlegungen eines Psychotherapeuten recht kompliziert, vielleicht auch zu spekulativ erscheinen mögen. Indessen gibt uns diese Sicht ein Verständnis für die Schwierigkeiten der Patientin in ihrem *weiteren* Leben. Sie verbleibt ja in dem *Konflikt*, einerseits ihre Bedürfnisse durchsetzen bzw. nachholen zu wollen, und andererseits der Angst, gerade dafür bestraft oder verlassen zu werden. Das Auftauchen von Gefühlen wie Ärger und Haß verstärkt diese Angst,

sofern sie überhaupt bewußt werden.

In den Partnerbeziehungen wiederholt sich ihr unbewußter Konflikt immer wieder. Der Freund oder Ehemann wird überfordert von den neurotischen Bedürfnissen der Patientin nach totaler Harmonie, Zuwendung und Liebe. Selbst-abgrenzung und Selbständigkeitsbestrebungen des Partners erlebt sie als Zurückgestoßen-Werden oder gar Verlassen-Werden, Kritik als selbstwertbedrohende Kränkung. So berichtet sie, wie eigentlich meist "Banalitäten" zum Ehekrach führten, z.B. wenn ihr Mann später als üblich von der Arbeit nach Hause kam.

Wesentlicher als der Anlaß der Streitigkeiten war stets der weitere Verlauf der Auseinandersetzungen, bei denen die Patientin regelmäßig in ihrem tief verwurzelten Gefühl bestärkt wurde, nicht geliebt, nicht geschätzt, von ihrem Mann verachtet zu werden. Dann fühlte sie sich "gedemütigt" oder "gequält" und spürte "vage" einen grenzenlosen Haß, den sie aber nicht auszudrücken wagte. Die Streitigkeiten endeten so meist mit einem totalen Verzweifeltsein und Sich-allein-Fühlen, dem sich in der Regel eine längere Phase depressiver Verstimmung anschloß mit zweifelndem Grübeln über die Ehe, gedanklichen Schuldzuweisungen gegen den Ehemann, aber auch gegen sich selbst.

Erschwerend wirkte sich in der Partnerschaft ihre gestörte Sexualität aus, die durch die Erlebnisse mit dem Stiefvater geprägt war. Auch in der Ehe bedeutete sexuelle Hingabe für sie "Opfer" und "Sünde" zugleich. Somit entwickelte sie in der

sexuellen Beziehung zu ihrem Mann nie das Gefühl, etwas zu bekommen, sondern glaubte, nur geben zu müssen, weil sie sonst seine Zuneigung verlieren würde (wie sie es beim Stiefvater ja mit allen Konsequenzen erlebt hatte).

Vor dem jetzigen Suizidversuch hatte ihr Mann sich beschwert, sie sei zu passiv, gehe sexuell zu wenig auf ihn ein und sei überhaupt nicht weiblich-verführerisch. Die Patientin fühlte sich dadurch total abgewertet, unbewußt in ihrem Minderwertigkeitsgefühl bestärkt; Angst und Haß stiegen in ihr auf, ohne daß sie sich zur Wehr setzte. Als der Ehemann die Wohnung im Zorn verließ, geriet sie in einen Zustand extremer Verzweiflung und versuchte schließlich, sich das Leben zu nehmen.

Der stationären Therapie dieser Patientin schloß sich eine längere ambulante **Psychotherapie** an, die zeitweise auch als Paartherapie unter Einbeziehung des Ehemannes durchgeführt wurde. Sie konnte dadurch ihre Verlustängste abbauen, mehr Selbstbewußtsein entwickeln, ihre Gefühle besser artikulieren und sexuell erlebnisfähiger werden. Eine Neigung zu depressiven Verstimmungen unter bestimmten Belastungen blieb bestehen, aber sie und ihr Mann konnten nun damit umgehen, ohne daß es noch zu dramatischen Zuspitzungen kam.

Neurose als Sinnfindung

Die neurotische Depression ist eine der *häufigsten* Neuroseformen. Sie begegnet uns in recht unterschiedlich ausgeprägtem Schweregrad. Unser Fallbeispiel stellte eine relativ schwere

Störung dar, deren Symptomatik sich durch das ganze Leben der Patientin zog. Manchmal wird eine Neurose nur in bestimmten *Krisenzeiten* manifest, etwa in der Pubertät oder dem Klimakterium, also in Lebensabschnitten mit erheblichen Veränderungen im Biologisch-Körperlichen. Doch gibt es neben der hormonellen Umstellung viele andere Gründe, warum z.B. die "Krise in der Mitte des Lebens" (midlife crisis) so häufig ist. Nicht selten entspricht sie nämlich einer in diesem Alter erstmals *manifest* werdenden neurotischen Depression (s. auch S. ##).

*Carl Gustav Jung*, anfangs ein Anhänger *Freuds* und später als Begründer der *Analytischen* oder ***Komplexen Psychologie*** sein bedeutendster Kritiker, hat sich bevorzugt mit diesen *Neurosen der Lebenswende* beschäftigt. Er schildert, wie der Mensch in der *ersten* Lebenshälfte seine Identität, seine ihm eigene Art zu leben, finden muß. Er wird seinen Platz in der Gesellschaft einnehmen wollen, sich von den Eltern lösen und Lebensziele entwickeln müssen, z.B. die Gründung einer eigenen Familie, die Erziehung der Kinder und den Kampf um das materielle Dasein. Wichtige Antriebe dieser Lebensphase (der "ersten Lebenshälfte") sind *Sexualität, Macht- und Geltungsstreben*. Deren Bedeutung nimmt um die Lebenswende herum allmählich ab. Die Ziele der ersten Lebenshälfte sind dann entweder erreicht, oder sie sind nicht mehr so erstrebenswert, und die Ideale und Werte, welche bis dahin gesucht worden waren, verlieren nun an

Wichtigkeit, so daß plötzlich an der Lebenswende eine Leere, ein *Gefühl der Sinn- oder Wertlosigkeit* auftritt. *Jung* meint, daß der Übergang vom Morgen zum Nachmittag eine "Umkehrung aller Werte und Ideale" bedeutet (s. auch S. ##)(#).

Es geht aber nicht nur um eine neue Einstellung zu *äußeren* Lebensbereichen, sondern auch und vor allem um eine Konfrontation mit Anteilen der *eigenen* Persönlichkeit, die bisher ein "*Schattendasein*" geführt haben. *Jung* sieht **Polaritäten** in unserem Seelenleben, von denen meist nur der eine Pol bewußt "gelebt" wird. Die Auseinandersetzung mit dem bisher vernachlässigten "Gegenpol", mit dem "Ganz-Anderen" in uns selbst, kann zur **Identitätskrise** führen. Beispiele solcher **Gegensätze** sind *Gefühl* und *Verstand* oder *Extraversion* und *Introversion*. *Jung* meint, daß bei Menschen, deren Hauptfunktion das Denken sei, sich das Fühlen in einer "minderwertigen" Situation befinde. Der einseitig betonte *Denktyp* kann also in große Schwierigkeiten kommen, wenn er sich mit seinen Gefühlen auseinandersetzen muß oder wenn es um persönliche Kontakte geht. Der junge Mensch, und damit meint er den Menschen bis zum 40. Lebensjahr, *vernachlässigt* meist wesentliche Teile seiner Persönlichkeit. Entsprechend versteht *Jung* die **Neurose** als eine *krankhaft einseitige* Entwicklung der Persönlichkeit, und die seelische Gesundheit hängt von

der Förderung der vernachlässigten Funktion ab (s. auch S. ##).

Bei Frauen ist die Lebensmitte durch das **Klimakterium** besonders deutlich gekennzeichnet. Sie sind deshalb wohl auch anfälliger für Depressionen in diesem Lebensabschnitt, bevorzugt *solche* Frauen, die ihre Lebensaufgabe fast ausschließlich in der Erziehung und Betreuung ihrer Kinder gesehen haben, oder diejenigen, für welche die Bewunderung ihrer weiblichen Reize, das Umwerben-Werden, den wesentlichen Inhalt ihrer sozialen Kontakte ausmachte. In ihrem Lebensentwurf ist die *zweite Lebenshälfte*, geschweige denn der Lebensabend nicht berücksichtigt worden. Sie haben in einer "*provisorischen Daseinshaltung*" dahingelebt und stehen nun dem neuen Lebensabschnitt, der sich relativ dramatisch durch die körperliche Umstellung abzeichnet, weitgehend ungerüstet gegenüber.

Übrigens finden wir auch bei *Jung* die *positive* Einschätzung seelischer Krisen. Die Depression hat aus seiner Sicht nicht nur eine Ursache, sondern enthält einen durchaus zu bejahenden **Sinn**; denn die Krise signalisiert und warnt uns, daß wir allzu *einseitig* gelebt haben und eingestellt waren. Damit verliert die Neurose auch den Makel des Minderwertigen. Im Gegenteil: Der Neurotiker spürt die Unvollständigkeit seines Wesens und kann dabei nicht stehenbleiben, wie es viele sogenannte Gesunde wohl tun, weil sie gar nicht die Sensibilität aufbringen für diese Selbstwahrnehmung. So ist auch die Aussage

eines Schülers von *C.G.Jung* zu verstehen, die Neurose könne das "*verschleierte Adelsprädikat*" eines Menschen sein, sie fordere uns auf zum "*Werde der Du bist*".

Was ist eine endogene Depression?

Lassen Sie mich als letztes auf eine Depressionsform eingehen, die nicht selten und für den Nervenarzt im Grunde die wichtigste ist. Ich meine die sogenannten "**endogenen Depressionen**". Wenn wir bei der abnormen Trauerreaktion, bei der reaktiven Depression und auch bei der neurotischen Depression eine Ursache der Krankheit in der Lebensgeschichte oder Lebenssituation des Patienten zu finden glaubten, so läßt uns diese Betrachtungsweise bei der endogenen Depression im Stich.

Endogen meint "*von innen entstehend*", konstitutionell, biologisch bestimmt. Schon diese etwas unpräzise Beschreibung läßt erkennen, daß ungeachtet einer Vielzahl von Forschungsergebnissen die eigentliche Ursache dieser Krankheit noch unbekannt ist. Die *biologisch* orientierte Psychiatrie vermutet - stark vereinfacht ausgedrückt - Stoffwechselstörungen in den Gehirnzellen (z.B. *Mangel an Überträgerstoffen*, den sogenannten **Neurotransmittern** Noradrenalin und Serotonin). Vermehrtes Vorkommen von endogenen Depressionen in bestimmten Familien macht eine **Vererbung der Anlage** für die Krankheit wahrscheinlich. Dennoch ist sie keine Erbkrankheit im engeren Sinne, genausowenig wie beispielsweise die Zuckerkrankheit, bei der ähnliche Verhältnisse vorliegen: Das heißt, es gibt Familien, in denen Diabetes häufiger auftritt, als es dem Durchschnitt der Bevölkerung entspricht.

Typisch für die endogene Depression ist ihr *phasenhafter Verlauf*: Sie beginnt in der Regel ohne äußeren Anlaß und klingt nach einer unterschiedlich langen Zeit, meist nach einigen Monaten, wieder ab; ebenfalls ohne äußere Einflüsse und auch ohne Therapie. Solche **Phasen** können *mehrmals* im Laufe eines Lebens auftreten, manchmal aber auch nur *einmalig*, z.B. im Klimakterium. Ist die endogene depressive Phase abgeklungen, besteht in der Regel wieder ein Zustand völliger seelischer Gesundheit, das heißt *zwischen* seinen Krankheitsphasen ist der Patient psychisch unauffällig (s. auch S. ##)

Möglicherweise machen viele Menschen gelegentlich leichte endogene Verstimmungen durch, ohne daß diese als krankhaft angesehen werden oder zur Behandlung beim Nervenarzt führen. Es können Zeiten sein, in denen man sich ohne sichtbaren Grund weniger leistungsfähig fühlt, dauernd lustlos und müde ist, dennoch unter Schlafstörungen leidet und alles etwas pessimistischer sieht, als es sonst der Fall ist. Selbstverständlich mögen Perioden dieser Art ganz anders begründet sein - wir "erklären" sie auch meist mit irgendwelchen Gegebenheiten wie Wetter oder Streß oder einer verschleppten Erkältung - aber gelegentlich versteckt sich hinter solchen Tiefs auch eine unerkannte endogene **Vitalitätsschwankung**.

*Ausgeprägte* endogene Depressionen, die neuerdings auch als "**rezidivierende**

**depressive Störungen**", bezeichnet werden, stellen dagegen ein schweres Krankheitsbild dar, das oft sogar eine *Klinikbehandlung*, also *stationäre* Therapie, erfordert; dies vor allem aus drei Gründen:

1. Der Kranke kann dadurch von seinen Pflichten und Aufgaben *entlastet* werden. Die günstige Wirkung einer Befreiung von den Lasten des Alltags gilt nicht für alle Depressionsformen. Doch gerade beim endogen depressiven Patienten ist sie wichtig, um den Teufelskreis zwischen *Leistungseinbuße* und **Schuldgefühlen** zu durchbrechen. Ich hatte bereits von den krankheitsbedingten Schuldgefühlen gesprochen (siehe S.##). Sie sind für die endogene Depression besonders kennzeichnend. Der Patient wirft sich seine verminderte Leistungsfähigkeit, die wiederum Folge der typischen Antriebsschwäche und Schwunglosigkeit ist, *schuldhaft* vor und gibt seinen Schuldgefühlen damit einen Inhalt. Das läßt sich durch die Krankenhausaufnahme eventuell abmildern.
2. Die Behandlung der Wahl ist bei der endogenen Depression die *medikamentöse* Therapie mit antidepressiven Medikamenten. Sie kann unter stationären Bedingungen besser kontrolliert und - soweit notwendig - intensiver durchgeführt werden, z.B. in Form einer Infusionsbehandlung (s. S. ###).
3. Schließlich wird die Einweisung in ein Krankenhaus notwendig, wenn die Gefahr der Selbsttötung, des **Suizides**, gegeben ist, worauf

Angehörige und Ärzte bei der endogenen Depression eingestellt sein müssen. Die seelische Verfassung des Patienten in einer *schweren* depressiven Phase mit Verstimmung, Hoffnungslosigkeit, Antriebsverlust bei gleichzeitig innerer Unruhe, mit Selbstvorwürfen, Schuld- und Versündigungsideen oder totaler Gefühlsleere ("**Gefühl der Gefühllosigkeit**") kann so unerträglich werden, daß er nur noch im *Tod* einen Ausweg sieht. Der sich zwanghaft aufdrängende Wunsch, aus dem Leben zu scheiden, muß als *krankheitsbedingt* gesehen und somit seine Realisierung vom Arzt verhindert werden, wobei dieser immer wieder erfährt, daß man mit logischen Argumenten oder gutem Zureden den Patienten *nicht* von seinen krankhaften Vorstellungen abbringen kann. Auf dem Höhepunkt, besser gesagt auf dem *Tiefpunkt* seiner **Phase** hat der endogen Depressive zwar ein quälendes Krankheitsgefühl, aber nicht eine sichere Krankheitseinsicht.

Das gilt beeindruckenderweise auch für Patienten, die schon mehrere Phasen in ihrem Leben durchgemacht haben und die somit erfahren konnten, daß sie nach Abklingen der Depression wieder völlig *gesund* waren. Während der Krankheit scheint dieses Wissen um den Krankheitsverlauf nicht verfügbar zu sein bzw. es vermittelt keinen Trost; das "**Prinzip Hoffnung**" ist ebenfalls durch die Erkrankung vorübergehend aufgehoben.

Ich habe Schwierigkeiten, für dieses offenbar mehr

biologisch gesetzmäßig ablaufende, konstitutionell verankerte Krankheitsbild den anfangs erwähnten Gedanken von der "Depression als Lebenschance" gelten zu lassen. Die *endogene* Depression scheint *keinen* Signal-, keinen Warncharakter in Bezug auf unsere seelische Gesundheit zu besitzen. Dennoch ist Pessimismus nicht am Platz: Eine endogene Depression läßt sich oft besser behandeln und schneller überwinden als manche der zuvor erwähnten Depressionsformen. Einerseits weil sie relativ gut auf **Thymoleptika** (antidepressive Medikamente) anspricht, andererseits weil sie nach einer gewissen Zeit auch *von allein abklingt*, ohne in der Regel Restsymptome oder Folgezustände zu hinterlassen.

#### Atypische Depressionen

Bei eindeutiger Ausprägung ist die Diagnose der "**Melancholie**" - wie die endogene Depression früher genannt wurde - für den Fachmann nicht schwierig. Es gibt allerdings leichtere und ungewöhnliche Verläufe, bei denen das "Endogene" oft nicht erkannt wird (Atypische Depressionen). Ausgesprochen schwierig wird die Diagnose dann, wenn die endogene Depression *ohne* die kennzeichnenden *seelischen* Symptome abläuft und allein mit *körperlichen* Beschwerden einhergeht. Das mag paradox klingen, aber wir müssen uns vergegenwärtigen, daß in der typischen Depression nicht nur die *seelischen* Funktionen "herabgedrückt" sind (Stimmung, Antrieb, Zuversicht), sondern stets auch

körperliche Symptome bestehen. Häufig klagen die Patienten über Druck auf dem Kopf und der Brust sowie über Schmerzen verschiedenster Art. Weiterhin ist stets das *vegetative Nervensystem* betroffen, was sich in Störungen des Appetits, der Verdauung, des Schlafes oder der Sexualfunktionen äußert.

Wenn nun die *körperliche* Symptomatik das Bild einer endogenen Depression beherrscht und die seelischen Krankheitszeichen weitgehend zurücktreten, "versteckt" sind (sog. "**Larvierte Depression**"), dann wird der Patient immer wieder als *organisch* Kranker untersucht und behandelt, ohne daß es zu einer Besserung kommt. Die körperlichen und vegetativen Beschwerden verschwinden erst nach einer adäquaten Behandlung mit antidepressiven Medikamenten oder eben nach Abklingen der endogenen Phase.

beeindruckend: die Zykllothymie

In diesem Zusammenhang noch kurz ein Wort zum Gegenstück der endogenen Depression, der **Manie**. Bei diesem Krankheitsbild sind - ebenfalls phasenhaft - die seelischen und körperlichen Funktionen "*angehoben*". Im scharfen Kontrast zur Depression geht die Manie also mit unangemessen *gehobener* Stimmung, erhöhter Aktivität, Betriebsamkeit, Rededrang und Selbstüberschätzung einher. Der Maniker hat zwar auch Schlafstörungen, kommt vielleicht nur drei Stunden in der Nacht zur Ruhe - wenn überhaupt - aber er leidet nicht darunter, braucht den Schlaf offensichtlich nicht.

Es gibt nun Menschen, bei denen in eindrucksvoller Weise *abwechselnd* depressive und manische Phasen auftreten. Zwischen der depressiven und der manischen Phase können Jahre oder nur Monate liegen, in denen der Patient seelisch gesund ist. Früher nannte man dieses Krankheitsbild "*manisch-depressives Irresein*" und vermittelte damit eine falsche Vorstellung. Weder der Depressive noch der Maniker ist "irre" im Sinne einer Störung der Wahrnehmung oder des Verstandes. Es sind nicht "Verirrungen im Geiste", an denen der manisch-depressive Patient leidet, sondern krankhafte Verschiebungen der *Gefühlslage* und des Temperamentes nach "oben" oder nach "unten", so daß man besser von einer "*manisch-depressiven Temperamentserkrankung*" sprechen sollte oder, da diese seelischen Verstimmungen in

Zyklen auftreten, von einer "**Zyklothymie**".

Abschließend möchte ich Ihnen ein Fallbeispiel für eine solche Zyklothymie schildern:

Ein 60-jähriger Universitätsprofessor hatte noch im letzten Sommer mit großem Erfolg einen wissenschaftlichen Kongreß geleitet und war zum Ehrenvorsitzenden seines Verbandes gewählt worden. Er führt seit 30 Jahren eine relativ harmonische Ehe, die zwei Söhne studieren Rechtswissenschaft, und trotz seines erheblichen beruflichen Engagements blieb er ein besorgter und verständnisvoller Familienvater, so daß die Familie einen guten Zusammenhalt bietet.

Im Herbst letzten Jahres trat ohne äußeren Anlaß eine depressive Verstimmung auf, die ihn zum Arzt führte. Angefangen hatte es mit Schlafstörungen. Er konnte zwar einschlafen, wachte dann aber regelmäßig gegen zwei Uhr nachts auf und blieb mit belastendem Grübeln bis in den Morgen wach. Entgegen seinen sonstigen Gewohnheiten hatte er große Schwierigkeiten mit dem Aufstehen, fühlte sich besonders morgens völlig zerschlagen.

Allmählich verschlechterte sich seine Stimmungslage. Er begann auch am Tage zu grübeln, glaubte sich schuldig, weil er sich wegen seiner beruflichen Karriere nicht genügend um Kinder und Ehefrau gekümmert hätte, warf sich aber gleichzeitig vor, wissenschaftlich versagt zu haben. Er sah nicht mehr die Erfolge seiner beruflichen Laufbahn, sondern kam von dem Gedanken nicht los, er habe bei anderen nur "abgeschrieben", bezichtigte sich des "geistigen Diebstahls".

Sehr quälend wurden massive Zukunftsängste: Er könne die finanziellen Belastungen seines Hauses nicht mehr tragen und für das Studium seiner Söhne nicht aufkommen. Je mehr er grübelte, desto unruhiger wurde er innerlich, obwohl er nach außen einen eher gehemmten und apathischen Eindruck vermittelte. Er zog sich von allem zurück, äußerte große Ängste vor gesellschaftlichen Kontakten, wenn er sich ihnen nicht entziehen konnte. Alle Versicherungen der Familienangehörigen, der Kollegen oder des behandelnden Arztes, es würden doch in seinem Leben objektiv keine Gründe zu irgendwelchen Sorgen vorliegen, konnten den Patienten nicht entlasten. Gelegentlich geriet er in fast panikartige Zustände von Sorge und Verzweiflung, so daß er sein Leben beenden wollte. Die zunehmende Suizidgefahr war ausschlaggebend dafür, den Patienten, der keine Einwände erhob, in eine psychiatrische Klinik einzuweisen. Man stellte ihn hier, nachdem die Diagnose einer "endogenen Depression" bestätigt worden war, auf ein antidepressives Medikament ein, das zunächst als Infusion, später in Tablettenform verabreicht wurde. Schon 14 Tage nach der Aufnahme ging es dem Patienten wesentlich besser, innere Unruhe und Grübelsucht waren abgeklungen, die depressive Verstimmtheit hellte allmählich auf. Bei der Erhebung der Krankengeschichte und Biographie des Patienten im Rahmen der Aufnahmeuntersuchungen waren übrigens noch einige Hinweise gewonnen worden, welche die Diagnose stützten: Ein Onkel väterlicherseits hatte

sich im Alter von 40 Jahren aus unbekanntem Gründen umgebracht, und sein Vater wurde zweimal wegen Depressionen in einer Nervenambulanz behandelt. Der Patient berichtete ferner über eine depressive Phase mit 26 Jahren, kurz nach dem bestandenen Examen, während der er vor allem unter Schlaflosigkeit und quälenden Gesichtsschmerzen gelitten hatte. Damals wollte er schon die angestrebte Universitätslaufbahn aufgeben, als plötzlich - von einem Tag auf den anderen - alle Symptome wie ein Spuk verschwunden waren.

Drei Monate später registrierte seine Umwelt damals eine auffällige Umtriebigkeit bei ihm. Er machte die Nacht zum Tag, diskutierte ständig, war von einer unübertroffenen Schlagfertigkeit und Witzigkeit, die allerdings oft schon als Taktlosigkeit empfunden wurde. Seine Stimmung war überschäumend, gelegentlich unangemessen und übertrieben wirkend. Der sonst eher sparsame und gewissenhafte junge Mann warf das Geld förmlich aus dem Fenster hinaus, machte Schulden, als seine Ersparnisse verbraucht waren, kaufte einen teuren Sportwagen und unterschrieb den Kaufvertrag für eine große Villa, die er zu einem "Privatinstitut" umbauen wollte. Erst jetzt erkannten seine Angehörigen, die zwar über sein ungewöhnliches Verhalten besorgt oder auch verärgert waren, die Krankhaftigkeit seines Zustandes.

Mit großen Schwierigkeiten - denn er fühlte sich ja in keiner Weise krank oder behandlungsbedürftig - konnten sie ihn in nervenärztliche Behandlung

bringen und zumindest einige der finanziellen Unternehmungen rückgängig machen. Die manische Phase, um die es sich damals eindeutig gehandelt hatte, klang nach einigen Wochen ab, und er blieb gesund bis zum Beginn seiner Depression im 60. Lebensjahr. Die manisch-depressive Erkrankung hat bei diesem Patienten bisher also zu nur drei Phasen in seinem Leben geführt.

Lassen Sie mich *zusammenfassen*: Ich habe versucht, Ihnen die verschiedenen *Depressionsformen* vor Augen zu führen, ausgehend von der normalen Trauer über die abnorme Trauerreaktion, die reaktive und neurotische Depression bis hin zum Krankheitsbild der endogenen Depression. Es war auch mein Anliegen deutlich zu machen, daß die *diagnostische Einordnung* einer Depression recht *schwierig* sein kann und sie deshalb nicht dem Laien überlassen werden sollte, etwa dem Nachbarn, der "so ähnliche Beschwerden" hatte und dem dieses oder jenes "so gut getan hat". Wie Sie hörten, können bei unterschiedlichen Depressionsformen auch voneinander abweichende *therapeutische* Maßnahmen erforderlich werden. Dies sollte man bedenken und im Krankheitsfalle stets einen *Fachmann* konsultieren!