

Depression ist nicht Traurigkeit

Daniel Hell

Depression ist ein moderner Begriff. Er wurde gegen Ende des 19. Jahrhunderts in die deutsche Psychiatrie eingeführt und leitet sich vom lateinischen Wort „deprimere“ ab, was niederdrücken oder niederschlagen meint. Was wir heute unter Depression verstehen, ist jedoch keine neue Erscheinung. Seit es schriftliche Zeugnisse gibt, finden sich Beschreibungen von Menschen, die heute als depressiv charakterisiert würden, so etwa von Bellerophon bei Homer oder König Saul in der biblischen Chronik.

In der griechisch-römischen Antike wurde depressives Leiden mit einem Übermass an schwarzer Galle gleichgesetzt, und deshalb Schwarzgalligkeit oder Melancholie genannt. Im Mittelalter wurde für „depressive“ Verstimmungen der Begriff „Acedia“ verwendet, was so viel wie Trägheit oder Langeweile heisst. Man ging damals davon aus, dass Acedia oder Trägheit Sünde ist. Was im Mittelalter dämonisiert wurde, wird heute als Krankheit verstanden bzw. pathologisiert.

Schon dieser kurze Rückblick zeigt auf, dass Leidensformen, die wir heute Depression nennen, nicht nur schon immer bekannt waren, sondern je nach kulturellem und gesellschaftlichem Hintergrund auch verschieden verstanden und benannt wurden. Der moderne Begriff „Depression“ oder „Niedergeschlagenheit“ verweist darauf, dass es depressiven Menschen heute besonders schwerfällt, infolge Antriebsschwäche an Selbständigkeit und Handlungsfreiheit einzubüssen, gleichsam den aufrechten Gang zu verlieren. Denn der depressive Zustand behindert, was heute vor allem gefragt ist: Autonomie und Selbstunternehmertum. In einer Zeit, in der Flexibilität und Vernetzung hoch im Kurs stehen und in der Erfolg und Beschleunigung das Alltagsleben charakterisieren, wirkt sich selbst eine leichtere depressive Aktionshemmung hinderlich und oft kränkend aus. Unter diesem Blickwinkel ist die enorme Zunahme von antidepressiven Behandlungen in den letzten Jahrzehnten (vgl. Pro Mente Sana Nr. 4, 2010) vielleicht weniger überraschend. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) schätzt, dass heute weltweit 121 Millionen Menschen an Depressionen leiden. In der Schweiz beläuft sich die Schätzung auf eine halbe Million Menschen, die jährlich depressive Störungen aufweisen. Lebenszeitlich wird von 15 bis 25 Prozent betroffenen Personen ausgegangen.

Verlust der Lebenskraft

Depression kann am besten als (meist vorübergehender) Verlust der Lebenskraft charakterisiert werden. Sie äussert sich in einer bedrückten Grundstimmung sowie Interessen- und Antriebsverlust. Entsprechend sind auch die Leitkriterien der WHO für eine depressive Episode definiert. An erster Stelle steht die depressive oder gedrückte Stimmung, die bereits im Wort „Depression“ oder „Bedrücktsein“ zum Ausdruck kommt. Sie muss mindestens zwei Wochen anhalten. Als Zweites kommen Interesseverlust bzw. Freudlosigkeit hinzu, als Drittes Antriebsminderung bzw. erhöhte Ermüdbarkeit. Auch die weiteren (z.T. fakultativen) Symptome, die nach der WHO das Krankheitsbild abrunden, verstärken den Eindruck von Aktivitätsverlust und Kümmeris. Es sind: vermindertes Selbstvertrauen, Gefühle von Schuld und Wertlosigkeit sowie pessimistische Zukunftsperspektiven. Diese Zusatzsymptome tragen dazu bei, dass die Motivation zu handeln, im depressiven Zustand weiter sinkt. Auch Schlaf- und Appetitstörungen vergrössern die Antriebsschwäche und Erschöpfung. Das Vollbild depressiver Bedrücktheit führt zu Lebensüberdruß und Hoffnungslosigkeit. Todeswünsche und Suizidgedanken können die Folgen sein.

Eigentliches depressives Leiden verändert in tiefgehender Weise den ganzen Menschen: die Gefühle, das Denken und Verhalten sowie die körperlichen Funktionen bis hin zum Stoffwechsel. Die Fähigkeit zum Erleben von Freude erlischt, das Denken wird kreisend, grüblerisch und selbstanklagend. Selten treten Wahngedanken oder Sinnestäuschungen - sog. psychotische Symptome - hinzu. Solche schwer Kranke sind z.B. der festen Überzeugung, zu verarmen, innerlich abzusterben, am Unglück der Welt Schuld zu sein, oder sie vernehmen Stimmen, die ihnen ihre angebliche Wertlosigkeit einreden.

Was Depression nicht ist

Am häufigsten wird Depression mit Traurigkeit verwechselt. Traurig zu sein setzt aber Lebenskraft voraus. Wer so depressiv ist, dass ihm die Vitalität abhanden gekommen ist, kann schwerlich intensive Traurigkeit empfinden. Seine Tränen stocken, seine Mimik erstarrt, sein Gang wird kleinschrittiger und seine Bewegungen langsamer. Selbst die Muskelkraft vermindert sich, so dass sich depressive Menschen wie ausgebremst fühlen. Manche schwer depressive Menschen sehnen sich danach, wieder richtig fühlen und weinen zu können. Es ist für manche eine Erlösung, wenn das depressive Eingefrorensein auftaut, und sie wieder weinen können.

Depressionen gehen zwar häufig mit Angst einher, doch fehlt dem depressiven Bangen oft die Ausdruckskraft, mit der normale Angst und Angststörungen einhergehen. Denn das Ge-

fühlsleben verliert in der Depression an Intensität, so dass schwer depressive Menschen ihre Gefühle gedämpft oder sogar wie abgestorben erleben. Wenn sich Angst, die generell aktiviert, mit desaktivierender Depressivität verbindet, erscheinen die betroffenen Menschen besonders unruhig und gequält. Sie zeigen dann das Bild einer agitierten Depression. Tatsächlich sind depressive Episoden häufig mit Angststörungen kombiniert, sowohl lebensgeschichtlich wie in einer bestimmten Phase. Trotzdem gilt es, therapeutisch immer darauf zu achten, ob zum Behandlungszeitpunkt eher Angststörungen (wie Phobien oder Panik- und generalisierte Angstzustände) im Vordergrund stehen oder depressives Leiden. Je nachdem ist prioritär die Vermeidungshaltung oder die Aktionshemmung anzugehen. Als Unterscheidungshilfe kann der Aktivitätsgrad des betroffenen Menschen dienen.

Heute gibt vor allem die Überschneidung von Burnout und Depression zu reden. Dabei handelt es sich um unterschiedliche Konzepte und nicht um klar abgrenzbare Zustands- bzw. Krankheitsbilder. Ein schweres Burnout entspricht meist den Kriterien einer depressiven Episode. Auch kann eine Depression durchaus Erschöpfungsfolge sein, doch wird Erschöpfung meist mit Burnout assoziiert, vielleicht auch, weil im Zeitalter der biologischen Psychiatrie Depressionen vermehrt mit Hirnfunktionsstörungen in Zusammenhang gebracht werden.

Depression nicht gleich Depression

Für die Diagnose einer Depression genügt es nicht, nur einen Fragebogen auszufüllen, der die oben aufgeführten Symptome erfasst. Es braucht eine ausführliche medizinische und psychologische Untersuchung, in der Schweregrad und Zeitdauer des Stimmungstiefs und seine körperlichen und psychosozialen Konsequenzen ermittelt werden. Zudem ist auszuschliessen, dass es sich um eine Trauerreaktion oder eine andere Anpassungsstörung, die Folge einer körperlichen Erkrankung oder um die Konsequenz eines Missbrauchs von Alkohol, Drogen oder Medikamenten handelt.

Im diagnostischen Prozess ist zu berücksichtigen, dass die Depression viele Gesichter hat. Mit den diagnostischen Kriterien der WHO kann nur der Kern des depressiven Syndroms, nicht aber die von Person zu Person unterschiedliche Hülle erfasst werden. So einheitlich der depressive Kern erscheint, so vielgestaltig ist die Schale. Zudem ist es für die Behandlung wichtig, verschiedene Schweregrade (leicht, mittelgradig und schwer) und verschiedene Depressionsformen zu unterscheiden. Insbesondere die manisch-depressive Erkrankung, heute bipolare affektive Störung genannt, bedarf einer teilweise anderen Therapie als reine depressive Episoden. Saisonale Depressionen, so genannte Winterdepressionen, sind wiederum auf andere Weise zu behandeln. Ähnliches gilt für psychotische Depressionen und

insbesondere für organische Depressionsformen, wie z.B. eine Depression infolge eines Schilddrüsenhormonmangels.

Wenn Umwelt und Körper ungünstig zusammenspielen

Lange Zeit ist versucht worden, die depressive Erkrankung auf eine einzige Ursache zurückzuführen, sei sie biologischer, sozialer oder psychologischer Art. Heute muss man aufgrund der Studienlage von einem Zusammenspiel vieler Umstände und Einflüsse ausgehen. So konnte nachgewiesen werden, dass bestimmte genetische Faktoren sich nur auswirken, wenn entsprechende soziale Belastungsfaktoren hinzukommen. Das gilt z.B. für das bei Depressionen am besten untersuchte Gen des Serotonin-Transporters, das in einer kürzeren und längeren Variante (sog. Allele) vorkommt. Zunächst wurde angenommen, dass die kurze Variante generell zu einem erhöhten Depressionsrisiko führe. Das ist aber nicht der Fall. Nur wenn ein Träger der kurzen Variante des Serotonin-Transportergens auch mit stark belastenden Ereignissen konfrontiert ist, erhöht sich statistisch das Risiko depressiver Symptome. Die Erkrankungswahrscheinlichkeit wird also durch das Zusammen- bzw. Wechselspiel dieses genetischen Faktors mit belastenden Lebensereignissen erhöht. Aber selbst wenn eine kurze Genvariante mit belastenden Ereignissen zusammentrifft, findet sich keineswegs immer eine depressive Reaktionsweise. Das wiederum zeigt auf, dass noch weitere Faktoren eine Rolle spielen, wie z.B. biographische Einflüsse. So weisen Verlaufsbeobachtungen an Menschen, aber auch Tierversuche darauf hin, dass die Reagibilität der hormonellen Stressachse (HHN) von Trennungserfahrungen in der Kindheit und von Gruppeninteraktionen beeinflusst wird. Früh von Müttern getrennte oder traumatisierte Kinder weisen (sicher bei Primaten und wahrscheinlich auch bei Menschen) im späteren Leben eine verstärkte Reagibilität dieses hormonellen Stresssystems auf.

Dass wiederum Depressionen mit Überforderungs- und Belastungssituationen zusammenhängen, zeigt sich neurobiologisch daran, dass im depressiven Zustand das so genannte limbische System - ein tief im Hirn gelegenes Verarbeitungszentrum von emotionalen Reizen - überaktiv ist. Die Aktivität dieses Systems hängt besonders eng mit dem Stresshormon Cortisol zusammen. Die forcierte Aktivierung des limbischen Systems spiegelt also eine besonders starke Stressbelastung wieder.

Trotz aller neurowissenschaftlichen Fortschritte gibt es heute noch keinen biologischen Marker für die Depression. Die biologische Psychiatrie ist also immer noch ein gutes Stück davon entfernt, das Rätsel Depression zu lösen. Aber auch die psychosozialen Forschungsrichtungen können im Einzelfall eine Depression nicht voraussagen. Immerhin scheinen psy-

chosoziale Belastungen nach neuen Studien vor allem dann depressionsgefährdend zu sein, wenn sie mit Demütigungen und Kränkungen einhergehen. Auch frühkindliche Belastungen erhöhen das Risiko, später an Depressionen zu erkranken, vor allem dann, wenn diese Lebensereignisse als erniedrigend und blossstellend erlebt werden.

Im Übrigen führen bei depressiven Menschen nachgewiesenermassen nicht nur medikamentöse Behandlungen, sondern auch psychotherapeutische Gespräche zu einer Normalisierung des Hirnstoffwechsels und der Hirnaktivität. Damit erweist sich noch auf andere Weise, dass der Einfluss von Natur und Kultur nicht zu trennen ist. Die Psychiatrie tut gut daran, sowohl Natur- wie Kulturwissenschaften zu pflegen.