

Schweizerische Ärztezeitung (SÄZ) 90(19): 776-9; 2009

Von deprimiert zu depressiv? (Teil 1)

Psychische Störungen in einer komplexen Welt

Daniel Hell

(Gekürzte Abschiedsvorlesung an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich vom 17. Dezember 2008)

Psychische Probleme sind in der Regel in ein soziales und kulturelles Umfeld eingebettet. Sie wirken sich dort aus oder sind davon beeinflusst. Weil jedoch die heutige Umwelt für die meisten Menschen zunehmend weniger durch lokale Konstanz und zunehmend mehr durch globale Beschleunigung geprägt ist, wird auch das Alltagsleben komplexer. Viele Menschen haben mit vermehrten Brüchen in ihrer Biographie und geringerer religiöser oder kultureller Verwurzelung fertig zu werden. Diese Entwicklung trägt dazu bei, dass der menschliche Körper heute mehr als früher Aufmerksamkeit bekommt als «ein Ort der Selbstkonstanz und Bodenhaftung» (Stichwort Embodiment). Dadurch können aber körperliche Veränderungen und Erkrankungen besonders starke psychische Reaktionen auslösen. Das soll zunächst am Beispiel der depressiven Störung dargestellt werden. Der zweite Teil behandelt dann die Bedeutung des Selbstbildes für die Entstehung psychischer Störungen in der Spätmoderne.

Sprachweisheit und Depression

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

durch Demütigungen, destruktive Kritik und Aggressionen niedergeschlagen wurden, hat Emil Kraepelin als Kernsymptom der von ihm depressiv genannten Menschen bezeichnet.

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

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

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

Psychomotorische Hemmung und ihre Folgen

Für den Nachweis psychomotorischer Hemmung und ihrer Folgen haben wir aus unseren Studien sehr viele Belege. So hat die eigene Arbeitsgruppe z.B. die Muskelkraft depressiver Menschen mit gesunden verglichen und dabei während der Depression eine erstaunlich starke Einschränkung der Muskelkraft gefunden, die sich nach Aufhellung der Depression wieder normalisiert [1]. Vor allem betroffen sind die Streckmuskeln, die den Körper gegen die Schwerkraft aufrichten. In weiteren Studien wurden der verminderte Blickkontakt und die Einschränkung der mi-

mischen Reagibilität nachgewiesen. Auch das Abstossen beim Gehen ist geschwächt, so dass der Gang kleinschrittiger und die Gehstrecke kürzer wird.

Diese Befunde stehen in weitgehender Übereinstimmung mit Studien ausländischer Zentren (Übersicht: [2]). Sie führten dazu, dass ich zusammen mit meinen Mitarbeitern in den letzten Jahren ein einfaches Instrumentarium entwickelte, um die psychomotorische Aktionshemmung vor allem von depressiven Menschen einzuschätzen. Es benützt die erwähnten Veränderungen der Psychomotorik. Im Gegensatz zu bereits bestehenden Instrumenten aus dem angelsächsischen Sprachraum (RRS, Core, Mars) beschränkt sich dieses (beim Autor zu beziehende) Verfahren auf die Beobachtung der psychomotorischen Verlangsamung bzw. Einschränkung. Sein Vorteil liegt auch darin, dass es in der ärztlichen Praxis leicht einsetzbar ist, weil es nur voraussetzt, dass ein Arzt oder Psychotherapeut seine Patienten im Gespräch aufmerksam beobachtet und anschliessend hinsichtlich von elf Items einschätzt, was mit einiger Übung in wenigen Minuten möglich ist. In den letzten zwei Jahren haben wir mit dieser reliablen und validen Methode zur Messung der motorischen Aktionshemmung (AHD) über hundert depressive Patientinnen und Patienten untersucht, einen Teil auch über einen dreiwöchigen Behandlungsverlauf [3]. Als Hauptbefund der mit dieser Methode angesetzten Studien findet sich eine ausgesprochen hohe Korrelation der depressiven Aktionshemmung mit der Depressionstiefe.

Es kann also festgehalten werden, dass auch die moderne Depressionsdiagnostik, die sich weitgehend auf das subjektiv veränderte Erleben der Probanden abstützt – sei es in affektiver oder kognitiver Hinsicht –, eng mit der psychomotorischen Hemmung korreliert. Mit anderen Worten: Die Sprachweisheit, die ein Gemütsleiden als depressiv bezeichnet, weil die betroffenen Menschen in ihren Verhaltensäusserungen einen niedergedrückten, schwer beweglichen Eindruck machen, bestätigt sich auch in klinischen Studien. Wer depressive Menschen danach befragt, wie es um ihre Kraft und Beweglichkeit steht – wie wir das systematisch gemacht haben –, kann feststellen, dass sie ihren Kraftverlust und ihre Schwerfälligkeit sehr wohl bemerken. Mögen sie auch in diagnostischen Interviews nicht spontan darüber berichten – auch weil sie nach ganz anderem gefragt werden –, leiden viele an einer psychomotorischen Verlangsamung, an einem Ausgebremstsein, das sie umso mehr behindert, als es auch mit einem kognitiven Angehaltensein und mit affektiver Leere einhergeht.

Was aber bedeutet dieses psychomotorische Angehaltensein für betroffene Menschen? Das ist recht unterschiedlich. Nicht wenige sind besorgt, einen schlechten Eindruck auf andere zu machen. Angesichts des modernen Körperkults und der Bedeutung von Kosmetik und Schönheits-

operationen darf die parkinsonähnliche Veränderung des Äusseren depressiver Menschen nicht unterschätzt werden.

Noch mehr als am äusseren Bild leiden viele depressive Menschen daran, dass sie ihrem Selbstbild hinsichtlich Leistungsfähigkeit, Reaktionsgeschwindigkeit und Flexibilität nicht mehr entsprechen können. Personen, die zu Pessimismus neigen und an ihrem Selbstwert generell zweifeln (sogenannt «depressive Persönlichkeiten»), werden durch die depressive Blockade besonders stark verunsichert. Auch Menschen, die eher aussengeleitet sind und auf die Bestätigung durch andere Personen besonders achten, haben mit dem Auftreten einer psychomotorischen Verlangsamung besondere Mühe, weil sie fürchten, auf andere weniger eingehen zu können oder anderen Menschen weniger zu Diensten stehen zu können. Man stelle sich einen Menschen vor, der besonders ordentlich, genau und gewissenhaft ist und nun durch das Auftreten einer psychomotorischen Verlangsamung daran gehindert wird, seinen Verpflichtungen nachzukommen, seinen Haushalt oder sein Geschäft in strenger Ordnung zu halten, kurz, sein Leben wie gewohnt im Griff zu haben. Es ist mehr als verständlich, dass ein so ordentlicher und gewissenhafter Mensch, der sich zudem mit seiner gesellschaftlichen Rolle stark identifiziert, durch eine beginnende depressive Aktionshemmung gleichsam in seinem Wesenskern getroffen wird. Es ist denn auch schon vor 40 Jahren vom Heidelberger Psychiater Hubertus Tellenbach herausgearbeitet worden, dass Menschen mit einer solchen Charakterstruktur, die er «Typus Melancholicus» nannte, besonders schwere und rezidivierende Depressionen durchmachen. Leistungsorientierte und kulturellen Normen besonders stark verpflichtete Menschen laufen auch Gefahr, bei Auftreten einer depressiven Aktionshemmung vermehrt ins Grübeln zu geraten, weil sie ihre sozialen Verpflichtungen nicht mehr in gleichem Mass erfüllen können. Dass aber Grübeln und Hadern, neudeutsch Ruminaton, ein besonderes Risikopotential schwererer und länger anhaltender Depressionen ist, hat die Arbeitsgruppe um Susan Noelen-Hoeksema [4] schon vor Jahren herausgearbeitet. Ein höheres Depressionsrisiko tragen auch Frauen, die sich sozial verantwortlich fühlen und auf zwischenmenschliche Belastungen oft verletzlicher als Männer reagieren, und ganz speziell Frauen mit kleinen Kindern ohne partnerschaftliche Unterstützung. Sie geraten infolge ihrer herausfordernden Lebensumstände nicht selten in Erschöpfung und werden dadurch in ihrem Aktionsradius eingeschränkt. Sie laufen Gefahr, in einen Teufelskreis von depressiver Erschöpfung bzw. Aktionshemmung und Selbstvorwürfen zu kommen. Dadurch schaukelt sich aber ihre depressive Stimmungslage weiter hoch: Es kommt zu einer Depression über die Depressivität und schliesslich zu einer Depression über die Depression.

Ein integratives Depressionsmodell

Diese Verhältnisse möchte ich schematisch mit einer Abbildung illustrieren.

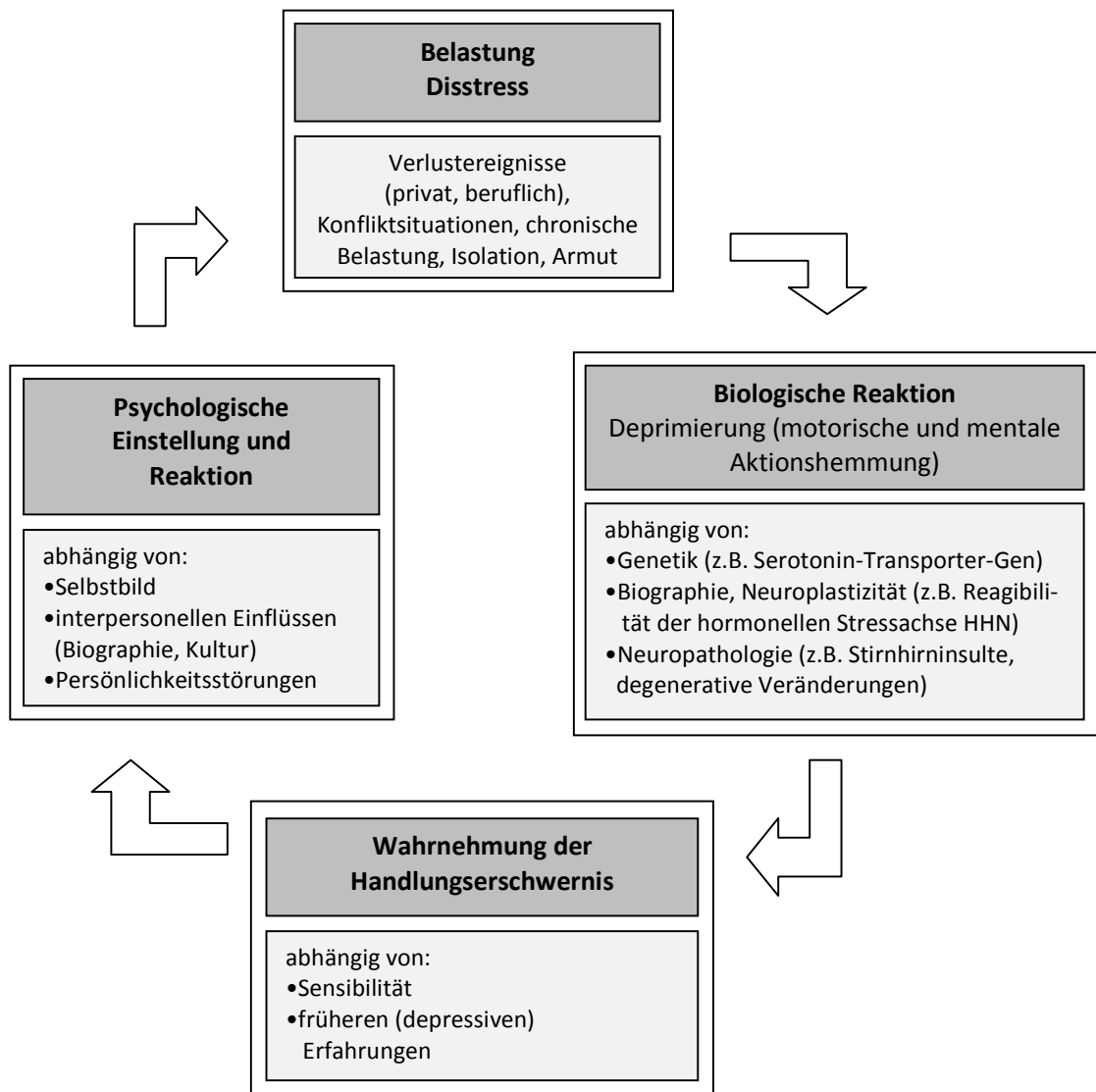


Abb.: Integratives Depressionsmodell nach Hell 2008

Unvermeidbare Belastungen (wie Verlustsituation) bzw. anhaltender Distress lösen je nach Vulnerabilität früher oder später eine leichtere oder schwerere biologische Reaktion aus, die mit Deprimierung und Aktionshemmung einhergeht. Dieses biologische Bremsmanöver geschieht nicht nur unwillkürlich, sondern auch unwillentlich. Wahrscheinlich stellt es eine evolutionsbiologisch

verankerte Reaktion dar, kann aber auch durch hormonelle oder Hirnerkrankungen hervorgerufen oder beeinflusst werden.

Beim Menschen gibt es nun noch eine psychologische Dimension zu berücksichtigen, die im Tiermodell im Gegensatz zur biologischen Reaktion nicht zu studieren ist. Denn die kurz vorgestellte biologische Reaktionsweise kann von den einzelnen Menschen unterschiedlich wahrgenommen und vor allem unterschiedlich gewertet werden. Da sie mit äusserst unangenehmen Empfindungen einhergeht und den Lebensradius stark einschränkt, wird sie in der Regel von den Betroffenen zunächst abgelehnt. Die meisten sind alarmiert und suchen nach Möglichkeiten, wie sie diesem bedrückenden Bremsmanöver ein Ende setzen können. Dabei werden nicht nur günstige, sondern sehr oft auch ungünstige und zusätzlich belastende Bewältigungsweisen eingesetzt.

Günstig wäre ein Coping, das von der psychomotorischen und mentalen Aktionshemmung ausgeht und im Sinne einer schrittweisen Aktivierung prüft, welche Aktivitäten trotz depressiver Verlangsamung noch möglich sind.

Ungünstig – aber verständlich – ist eine psychologische Reaktion auf Deprimierung und Aktionshemmung, die das biologisch verankerte Bremsmanöver nicht wahrhaben will, grübelnd und hadernd das bereits Geschehene rückgängig zu machen sucht, sich verzweifelt dagegen aufbäumt und gleichzeitig in immer grössere Katastrophenängste gerät. Hadern und angstvolle Gegenwehr – gleichsam ein Anrennen gegen die Blockade – führen aber meist zu neuen Enttäuschungen. Dadurch erhöht sich der Distress, sodass der Teufelskreis nicht durchbrochen, sondern eher verstärkt wird.

Im Verlauf rezidivierender Depressionen lässt sich manchmal auch ein sogenannter Kindling-Effekt beobachten. Sind im Vorfeld erster depressiver Episoden meist psychosoziale Belastungen auszumachen, so verlieren sich die Spuren solcher Auslösesituationen im späteren Verlauf rezidivierender Störungen. Das depressive Geschehen scheint sich zu verselbstständigen. Es braucht immer geringere und schliesslich überhaupt keine nachweisbaren Auslöser mehr, damit eine Depression auftritt. Allerdings könnte bei einer solchen Entwicklung gerade der Umstand eine Rolle spielen, dass Menschen, die frühere Depressionen wie traumatische Ereignisse erfahren haben, bereits auf ein alltägliches Deprimiertsein besonders sensibel und katastrophierend reagieren. Die spontane Reaktivierung alter und besonders negativer Erinnerungen könnte den beschriebenen Teufelskreis nicht mit äusseren Belastungen beginnen lassen, sondern mit

inneren traumatisierenden Erinnerungsreizen. Eine solche Hypothese machen sich neuere Psychotherapieverfahren, wie die achtsamkeitsbasierte kognitive Psychotherapie [5] zu nutzen, indem sie bei Personen mit rezidivierenden depressiven Episoden nachgewiesenermaßen ihre Identifizierung mit negativen Gedanken und Empfindungen im Krankheitsintervall auch unter Zuhilfenahme von Meditationsmethoden abschwächen können. Allerdings gilt es bei chronifizierenden Depressionen auch Armut und gesellschaftliche Isolation als Chronifizierungsfaktoren zu berücksichtigen und somatische Erkrankungen, wie Läsionen des Frontal- und Temporalhirns, auszuschliessen.

Depressionen sind komplexe Störungen. Lineare Ursachen-Wirkungs-Modelle greifen zu kurz. Das gilt auch für neurobiologische Ansätze. Die Depressionsforschung kommt wohl weiter, wenn sie biologische mit psychosozialen Variablen verknüpft. So konnte nachgewiesen werden, dass bestimmte genetische Faktoren sich nur auswirken, wenn entsprechende soziale Belastungsfaktoren hinzukommen. Das gilt z.B. für das Gen des Serotonintransporters, das in der Bevölkerung in Form zweier Allele – eines kurzen und eines längeren – vorkommt. Nur wenn ein Träger des kurzen Allels des Serotonintransportergens auch mit stark belastenden Ereignissen konfrontiert ist, erhöht sich statistisch das Risiko depressiver Symptome [6]. Aber selbst wo ein kurzes Allel mit belastenden Lebensereignissen zusammentrifft, findet sich keineswegs immer eine depressive Reaktionsweise. Das wiederum zeigt auf, dass noch weitere Faktoren eine Rolle spielen wie z. B. biografische Einflüsse. So weisen Verlaufsbeobachtungen an Menschen, aber auch Tierversuche darauf hin, dass die Reagibilität der hormonellen Stressachse, das sogenannte Hypothalamus-Hypophysen Nebennieren-System (HHN) von Trennungserfahrungen in der Kindheit und von Gruppeninteraktionen beeinflusst wird. Früh von Müttern getrennte oder traumatisierte Kinder weisen (sicher bei Primaten und wahrscheinlich bei Menschen) im späteren Leben eine verstärkte Reagibilität des hormonellen Systems HHN auf [7]. Eine gesteigerte Aktivität dieses HHN-Systems (mit konsekutivem Hypercortisolismus) begünstigt aber Deprimierung und Aktionshemmung. Von evolutionsbiologischer Seite (Price, Nesse) wurde diese von der hormonellen Stressachse beeinflusste biologische Reaktionsweise auch als Bewahrungsreaktion gekennzeichnet. Sie wird vor allem in hilflos machenden, überfordernden Situationen ausgelöst, bei denen weder Flucht noch Angriff möglich ist. Sie führt dazu, dass sich z. B. Primaten gegenüber übermächtigen Gruppenmitgliedern in bedrohlichen Situationen immobil, passiv und submissiv verhalten, so dass sie still und unauffällig an Ort verharren, ohne aufzufallen oder einen falschen Schritt zu tun [8]. Eine solche Verhaltensweise kann durchaus überlebenswichtig sein. Erst ihre Verselbstständigung durch zirkuläre Verstärkung oder ihre Chronifizierung ist als dysfunktionell zu bezeichnen und bedarf therapeutischer Hilfe.

Für einen nahtlosen Übergang von Deprimiertheit (mit kurzfristiger und physiologischer Aktionshemmung) zu längerfristigen und behandlungsbedürftigen Depressionen sprechen auch epidemiologische Daten, die an der PUK Zürich von Jules Angst in der Zürich-Studie gewonnen wurden [9]. Es lässt sich kein Hiatus zwischen gesund, subklinisch deprimiert und klinisch depressiv finden. Damit stellt sich aber auch die Frage, inwieweit die zeitgebundene kulturelle Wertung negativer Affekte das festgestellte Kontinuum beeinflusst. Davon handelt u. a. der zweite Teil.

Literatur

1 Bader J-P, Bühler J, Endrass J, Klipstein A, Hell D: Muskelkraft und Gangcharakteristika depressiver Menschen. *Nervenarzt*. 1999;70(7):613-9.

2 Schrijvers D, Hulstijn W, Sabbe BGC: Psychomotorsymptoms in depression: a diagnostic, pathophysiological and therapeutical tool. *J Affect Disord*. 2008;109:1-20.

3 Hell D, Weber S: Messung der motorischen Aktionshemmung bei Depressiven. 2009 (in Vorbereitung).

4 Noelen-Hoeksema S, Morrow J, Fredrickson BL: Response styles and the duration of episodes of depressed mood. *J Abnorm Psychol*. 1993;102(1): 20-8.

5 Williams M, Teasdale J, Segal Z, Kabat-Zinn J: *The Mindful Way through Depression*. New York: Guildford Press; 2007.

6 Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, et al.: Influence of lifestress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*. 2003;301(5631):291-3.

7 Van Praag HM, de Kloet R, van Os J: *Stress, the Brain and Depression*. Cambridge: Cambridge University Press; 2004.

8 Price JS, Gardner R Jr, Erickson M: Can depression, anxiety and somatization be understood as appeasement displays? *J Affect Disord*. 2004;79(1-3):1-11.

9 Angst J, Gamma A, Neuenschwander M, Ajdacic-Gross V, Eich D, Rössler W, Merikangas KR: Prevalence of mental disorders in the Zurich Cohort Study: a twenty year prospective study. *Epidemiol Psychiatr Soc*. 2005;14(2):68-76.