

MITREDEN – NACHDENKEN – WOHLFÜHLEN

NEU
ENDLICH IN
DEUTSCHLAND

PSYCHOLOGIES.DE

PSYCHOLOGIES

MAGAZINE

Genuss ist keine Sünde

Unser Ernährungspsychologe verrät, wie man alles essen kann – ohne Jo-Jo-Effekt

BIN ICH SCHÖN?

Wie Sie lernen, sich selbst zu mögen

Karriere

Können Sie sich gut verkaufen?

Mut zur guten Tat

Über das Glück, helfen zu können

VERFÜHRUNG 3.0
EDLE DÜFTE HABEN EINE
BESONDERE MACHT

DEPRESSION
WEG MIT DEN
PILLEN!

DOSSIER

Liebe leben

- + Das Geheimnis von Nähe
- + So fühlt sich Sexualität zwischen 20 und 60 an
- + TEST: Wie lieben Sie?

AUDREY
TAUTOU

„Ich habe lange
gebraucht, um mich von
Amélie zu befreien“

Weg mit den Pillen!

Neue Wege aus dem Tief

Immer mehr Menschen haben das Gefühl, dass sie kaum noch Kontrolle über ihren Alltag haben. Überall lauern Aufgaben, Termine, Sorgen. Zeit für Ruhe und Entspannung von den Grübeleien ist dagegen rar. Kein Wunder, dass Krisen, Burn-out und Depressionen immer verbreiteter sind – und damit auch die Verschreibung von Psychopharmaka. Wenngleich Medikamente in manchen Fällen unumgänglich erscheinen: Entscheidend ist die Auseinandersetzung mit dem eigenen Lebensstil

VON **ELISABETH HUSSENDÖRFER** FOTOS **BERNHARD HUBER**

Wieder ein Tag, an dem sie das Haus nicht verlässt. Nur im Bett liegt. Nicht mal die Rollläden hochzieht. Das letzte Telefonat liegt Wochen zurück, ein Treffen mit Freunden noch länger. Der Start in den Tag, wie er früher selbstverständlich war, mit Kaffee, Marmeladenbrot und einer Portion Selbstermunterung – „das geht in diesem Zustand nicht mehr“, sagt Tanja Salkowski. Der „Zustand“ ist seit einem guten Jahr vorbei, doch die Erinnerung noch sehr präsent: Die kreisenden Gedanken. Die Energielosigkeit. Das Desinteresse an allem, selbst am Essen. Und wie sie selbst das fehldeutete. „Ich dachte, ich müsste mich nur ausruhen.“ Bei der Arbeit hatte die Marketingexpertin einen Zusammenbruch erlitten, der Hausarzt diagnostizierte ein „Erschöpfungssyndrom“. Was für sie nach kurzzeitiger Ausbremsung klang, entpuppte sich als schwere Depression.

„Ich fühl mich heute ganz depressiv“ – solche Klagen hört man fast täglich. Nicht selten ist damit aber nur eine akute Verstimmung gemeint, für die „deprimiert“ der passendere Begriff wäre. Wer dagegen tatsächlich an einer Depression leidet, dem helfen weder gut gemeinte Ratschläge („Nimm mal 'ne Auszeit“) noch latent vorwurfsvolle Ermunterungen à la „Kopf hoch, so schlimm ist es doch gar nicht!“. Wenn Tanja Salkowski auf solches Unverständnis stieß, schilderte sie ihr Befinden plastisch: Der Körper scheint wie gelähmt, >>>



Klaus-Peter Wecklein, 46, hat auf Antidepressiva verzichtet und mit Verhaltenstherapie sein seelisches Tief bekämpft

>>> der Kopf so leer, dass keine Motivation für irgendetwas aufzubringen ist. Doch in einer Gesellschaft, die auf Leistung und Gut-drauf-Sein programmiert ist, betrachten viele so ein Bekenntnis als Zeichen von Schwäche – vielleicht auch, um die Sorge vor einem ähnlichen Schicksal wegzuschieben. Sie habe selbst Jahre zuvor bei einer depressiven Freundin gedacht: „Die stellt sich an!“, räumt Salkowski ein. Undenkbar, dass sie selbst mit ihrer Begeisterungsfähigkeit und Willensstärke mal solche Probleme haben würde. Das Umdenken kam erst mit der eigenen Diagnose. Als sie in einer Klinik behandelt wurde, zählten millionenschwere Banker und Top-Manager zu den Mitpatienten. Die stellten ihre Probleme zwar meist als Burn-out dar. Doch das ist gar keine offizielle Diagnose, die Symptomatik ähnelt in vielen Punkten der einer Depression. Offenbar werden viele lieber als temporär ausgebrannte Dauerarbeiter gesehen, als eine grundsätzliche Überschreitung ihrer Grenzen anzuerkennen.

Dabei hat Depression allen Vorurteilen zum Trotz nichts mit Faulheit oder Inkompetenz zu tun. Es ist eine ernsthafte Erkrankung, die immer öfter auftritt. Jeder sechste Deutsche, so die Statistik, ist mindestens einmal im Leben davon betroffen. Die Weltgesundheitsorganisation WHO schätzt, dass Depression schon 2030 global die höchsten krankheitsbedingten Belastungen verursacht, noch vor Herzleiden. Wobei Warnungen vor einer „Depressionsepidemie“ zu hinterfragen sind: Steigende Patientenzahlen lassen sich zum Teil auch durch verbesserte Diagnostik und mehr Sensibilität für seelische Erkrankungen erklären.

Die Ursachen sind vielfältig

Zudem steckt hinter dem Begriff „Depression“ ein breites Spektrum an Leiden, die in Schwere und Dauer sehr unterschiedlich sind (siehe Kasten rechts). Mitunter ist die Störung schwer zu erkennen, die Symptome sind breit gefächert: Manche empfinden eher körperliche Einschränkungen wie Appetit- und Schlafstörungen, andere büßen ihr Selbstwertgefühl ein oder grübeln unentwegt. Viele laufen wie mit einer Brille herum, durch die sie alles schwarzsehen und jeglichen Antrieb verlieren. Aber auch im Gegenteil kann sich die Krankheit ausdrücken: ständige Überaktivität, hektisches Reden, hastiges Tun. Außerdem ist der Beginn oft schleichend, was den Gang zum Arzt oder Psychotherapeuten hinauszögert. Das erschwert wiederum die Behandlung und steigert die Gefahr einer Chronifizierung.

Noch unklarer als das Erscheinungsbild ist die Entstehung. Für Experten wie Stephen S. Ilardi, Professor für Klinische Psychologie an der Universität von Kansas und Autor des Buchs „Depression ist heilbar“, sind gesellschaftliche Änderungen entscheidend. Mit der Zunahme von Fettleibigkeit vergleicht er den Anstieg psychischer Probleme in der westlichen Welt. Nie zuvor hätten rund um die Uhr so viele Kalorien so leicht zur Verfügung gestanden. Jedoch reagiere das Hirn auf diesen Überfluss nicht mit sinkendem Appetit, sondern mit Hunger nach mehr. So schnell die tägliche Kalorienzufuhr in die Höhe. Mit der Seele sei es ähnlich: „Steinzeitgehirne sind nicht dazu bestimmt, mit Isolation, Stubenhockerei, Schlafmangel, Fast Food und dem stressgeplagten Tempo im 21. Jahrhundert fertigzuwerden.“ >>>

Formen der Depression

Lange Zeit unterteilte man depressive Zustände gemäß ihrer Entstehung in drei Gruppen: endogene (wörtlich: „aus dem Organismus heraus“, also biologisch verursacht), neurotische (ein – oft lange schwelender – Konflikt kann nicht mehr bewältigt werden) und reaktive (es gibt aktuelle Auslöser, z.B. eine Trennung). Die moderne Medizin vergibt eine Diagnose dagegen vor allem nach der Art und Zahl der Symptome.

Die wichtigsten depressiven Syndrome nach dem Klassifikationssystem der WHO (ICD-10):

DEPRESSIVE EPISODE

Bestimmte Haupt- (verminderter Antrieb, gedrückte Stimmung, Interessensverlust) und Nebensymptome (u.a. Schuldgefühle, Schlafstörungen, Appetitverlust) müssen zwei oder mehr Wochen am Stück auftreten. Es gibt leichte (mindestens zwei Haupt- und zwei Nebensymptome), mittelgradige (mindestens zwei Haupt- und drei bis vier Nebensymptome) und schwere (drei Haupt- und mindestens vier Nebensymptome) Formen.

REZIDIVIERENDE DEPRESSIVE STÖRUNG

Depressive Episoden treten wiederholt auf.

BIPOLARE STÖRUNG

Wechsel von depressiven und manischen Phasen (sichtbar etwa in Größenwahn, übermäßiger Heiterkeit, starker Enthemmung).

DYSTHYMA

Leichtere Form der Verstimmung (oft verbunden mit Energie- und Interessenmangel), die durch Phasen des Wohlbefindens unterbrochen sein kann. Der Zustand hält jahrelang an, erreicht aber meist nicht das Niveau einer depressiven Episode.

ANPASSUNGSSTÖRUNG

Depressive Reaktion auf ein stark belastendes Ereignis.

Depressive Symptome können außerdem im Zusammenhang mit Geburten („Wochenbettdepression“), Drogenmissbrauch, Stoffwechselstörungen oder Hirnschädigungen auftreten.

„Ich schaff das allein, so wurde ich erzogen“

Tanja Salkowski, 35,
Marketingfachfrau

Die ersten zwei Wochen als neue Marketingleiterin waren grandios.

Aber was dann kam, erscheint mir heute wie in einem schlechten Film: Jeden Tag demütigte mich mein Chef, weil ich angeblich meinen Job nicht richtig machte. Verletzte Eitelkeit, dachte ich, weil ich ihn bei privaten Kontaktversuchen hatte abblitzen lassen. Aber irgendwann fing ich an zu glauben, dass wirklich etwas an meiner Arbeit auszusetzen war. Ich habe dann geschuftet wie verrückt, selbst an Weihnachten – aber das erhoffte Lob blieb aus. Eines Tages, nach zwei Jahren, ging ich wie immer morgens zur Arbeit. Startete wie immer meinen PC. Aber weiter kam ich nicht. Ich starrte aus dem Fenster, acht Stunden lang. Am Abend verabschiedete ich mich von den Kollegen. Und wusste: Da gehe ich nie wieder hin. Mein Hausarzt schlug vor, zu einem Psychologen zu gehen. Ich lehnte ab. Stark sein, alles allein schaffen – so wurde ich erzogen. Ich habe dann gekündigt, eine Auszeit genommen: Wochen, in denen ich fast nur im Bett lag. Nachwehen des Burn-outs, dachte ich. Und dass ich nur Kraft tanken musste, dann würde es schon wieder. Irgendwann fühlte ich mich stabil genug für einen Job als Redakteurin auf einem Kreuzfahrtschiff. Drei Jahre habe ich mich in zwei verschiedenen Welten bewegt: Erst mehrere Monate an Bord, da habe ich funktioniert. Dann acht Wochen Pause zu Hause, da habe ich mich eingegelt. Als ich mich dann verliebte, in einen Mann von der Ostsee, flammte ein alter Traum auf: am Meer zu leben. Ich zog an die



Küste. Wurde schwanger. Hatte eine Fehlgeburt. Zwei Wochen später verließ er mich. Ich fiel ins Bodenlose, schüttete Unmengen an Alkohol und Tabletten in mich hinein. Die neun Wochen stationäre Therapie nach dem Beinahe-Suizid haben mich gerettet. Wenn es auch zunächst anders aussah... Ich schaff das allein – voller Euphorie hatte ich die Klinik verlassen. Doch schon bei winzigen Belastungen blieb ich wieder den ganzen Tag im Bett liegen, mit geschlossenen Rollläden. Bis mir die Wunschliste einfiel, die ich in der Klinik erarbeitet hatte. „Einen

Hund haben“ stand ganz oben. Ich wusste: Ein Bauer im Ort hatte einen Wurf Labradorwelpen. Also ging ich zu ihm. In Kimba verliebte ich mich sofort. Sie fordert alles, was bei Depression hilft: Bewegung an der frischen Luft – und dass ich mich verantwortlich fühle, eine Aufgabe habe. Beim Gassigehen rede ich mit anderen Hundeleuten. Sich einigeln, das geht nicht mehr. Noch immer gibt es Tage, an denen ich fühle, wie Schermerut sich breitzumachen droht. Und vermutlich bleibt das auch immer so. Aber Kimba, die bleibt auch!

„Dank der Krise fand ich einen neuen Anfang“

Simone Raisch*, 53,
Inhaberin eines Schreibbüros

Auslöser meiner Depression war eine Warze. Die hatte sich bei einer Untersuchung als Hautkrebs entpuppt. „Überlebe ich das?“, hämmerte es in meinem Kopf. Als das betroffene Gewebe entfernt wurde, hätte ich aufatmen können. Aber meine Seele war verfangen. Schlagartig hatte ich erkannt: Dieses Leben ist zeitlich begrenzt. „Depression“ – als mein Hausarzt dieses Wort aussprach, fand ich es merkwürdig. Ich selbst sah mich eher in einer Ausnahmesituation. Weil es mit der Arbeit nicht klappte, keine meiner vielen Bewerbungen auf Resonanz stieß. Und weil die belastende körperliche Diagnose weiter nachwirkte. Antidepressiva könnten helfen, sagte der Arzt. Ich vertraute ihm. Verspürte aber keine Wirkung. Der Arzt setzte die Dosis hoch, dann probierten wir andere Mittel. Richtig überzeugt wurde ich nie. Das Schlimmste an der Depression ist die Rastlosigkeit: Wäsche waschen, Rasen mähen, die Kinder zum Sport fahren – alles ging irgendwie, aber es war nicht mehr ich, die das tat. Man läuft vor sich selbst weg und ist zugleich wie gelähmt. Meine Kinder waren damals elf, 16 und 18. Bald würden sie mich nicht mehr brauchen. War auch das ein Grund für die Angst? Dass ich dann ohne „Existenz“ dastünde? Irgendwann fand ich endlich einen Job, im Pfarrbüro einer überalterten Gemeinde. Statt der Vergänglichkeit zu entkommen, wurde ich nun erst recht damit konfrontiert. Nach zwei Monaten



kündigte ich. Und begann eine Therapie. Das Reden tat gut. In den wöchentlichen Sitzungen beim Psychologen konnte ich meine Ängste benennen. Beziehungswise überhaupt irgendwo abladen. Als mein Ältester zum Studium auszog, hatte das trotzdem was von einem „kleinen Sterben“. Aber nachdem er weg war, fühlte es sich weit weniger schlimm an als befürchtet. Weil ich die Situation vorher gefühlsmäßig durchgespielt hatte? Ich noch zwei Kinder daheim hatte? Heute glaube ich, der Knackpunkt lag woanders: Ich hatte erkannt, dass ich mir nur selbst helfen konnte. Und dass die Krise zu meinem Leben, meiner Biografie gehört. Deshalb erschien mir die Situation immer paradoxer: mich innerlich aufs Loslassen von der Familie einzustellen, mich dabei aber an den Therapeuten zu binden. Wohl vor allem aus Angst vor einem weiteren Verlust ging ich immer mehr auf Konfrontation. Als ich die neuen Tabletten absetzen wollte, weil ich Herzbeschwerden spürte, reagierte der Psychologe verschnupft: Er könne mit mir nicht

mehr arbeiten. Zunächst erschien mir das verantwortungslos. Doch im Rückblick war es das Beste, was passieren konnte: weg von allem, den Tabletten, den Abhängigkeiten – und anerkennen, dass es keinen Weg am Leiden vorbei gibt. Bei mir musste die Festplatte ausgetauscht werden, so erkläre ich es manchmal. Ein Potpourri an Tätigkeiten hält mich im Gleichgewicht: Schreiben, Gartenarbeit, Naturkosmetik selbst herstellen. Manches musste ich immer wieder üben. Beim Unkrautjäten habe ich lange Zeit immer schon die nächste Pflanze gesehen, die ich versetzen muss. Jetzt konzentriere ich mich auf jeden Handgriff. Aus dieser Entschleunigung ziehe ich Kraft. Als vor zwei Jahren das letzte Kind auszog, war das traurig. Aber auch ein neuer Anfang. Vielleicht ist die sogenannte Midlife-Crisis vor allem ein Problem, weil unsere Gesellschaft sie zum Problem macht? Statt zu sagen: Gebt euch Zeit! Und bedenkt, dass ein Medikament zwar Symptome mildern kann. Aber auf Dauer keine Probleme löst!

*Name geändert

>>> Je „moderner“ die Lebensweise einer Gesellschaft, desto höher die Depressionsrate – ist da was dran? Wer in der Rushhour dicht gedrängt in der S-Bahn steht oder sich abends durch gefühlte 250 Programme zappt, findet einen Zusammenhang zumindest plausibel. In der Tat scheint die Krankheit auch durch Verhaltensmuster ausgelöst zu werden, die nicht mehr zu den heutigen Anforderungen passen. Wenn der Urmensch einer Gefahr begegnete (etwa einem Raubtier oder Feind), programmierte sich der Körper auf Abwehr: Adrenalin wurde ausgeschüttet, die Muskulatur besser durchblutet – Maßnahmen, die auf Kampf oder Flucht vorbereiteten. „Dieses Programm läuft in unseren Körpern noch immer“, erklärt Thomas Nickel, Oberarzt der Psychiatrischen Ambulanz am Münchner Max-Planck-Institut, „obwohl wir Probleme in der Regel nicht mehr mit Kämpfen oder Abhauen lösen können.“ Besteht längere Zeit eine solche Alarmbereitschaft, etwa durch Konflikte im Job oder in der Familie, können sich Regelkreise verändern: Die Aktivität in bestimmten Bereichen der Großhirnrinde nimmt ab, das Hormonsystem kommt ins Ungleichgewicht. Zum Beispiel wird weniger vom „Glückshormon“ Serotonin produziert, das das Hirn wie ein Puffer vor den Wirkungen negativer Gefühle zu schützen scheint. Tiefenpsychologen betonen ebenfalls, wie bedeutsam aktuelle Erfahrungen des Versagens und Scheiterns sind. Jedoch gehe es grundlegend darum, welche Verletzungen man in früheren Jahren erlebt habe. „Depression ist nicht

die direkte Konsequenz einer Stresssituation“, sagt etwa der französische Psychoanalytiker Moussa Nabati. „Vielmehr werden dadurch alte Wunden aus der Kindheit wieder geöffnet: dass man nicht geliebt, nicht ermutigt, nicht geschützt wurde.“ Diese Mängel würden zunächst erfolgreich verdrängt. Doch irgendwann gelinge diese Anstrengung nicht mehr – und es komme zum Zusammenbruch.

Wenn solche fürs Seelenwohl relevanten Prozesse langfristig aus der Balance geraten, sprechen Experten von „Vulnerabilität“. Was so viel heißt wie: Anfälligkeit – für Depressionen, Süchte oder andere psychische Störungen. In welcher Form sich das Leiden zeigt, hängt neben (familiären) Vorbildern wohl auch von den Genen ab: Sind Vorfahren betroffen, steigt das Risiko, selbst zu erkranken. Akuter Stress wie Trennung oder der Umzug in eine fremde Umgebung kann dann wirken wie der berühmte Tropfen, der das Fass überlaufen lässt. Wie gesagt: kann, muss aber nicht. Gene, Kindheit und aktuelle Belastungen – das scheinen wichtige Eckpfeiler zu sein, doch das Zusammenspiel ist nur ansatzweise erforscht.

Frauen erleben oft mehr Stress

Und der Lebensstil? Dass Depression bei Frauen etwa doppelt so oft wie bei Männern diagnostiziert wird, ist für Ursula Nuber kein Wunder. Schließlich unterscheiden sich >>>

Therapie ohne Chemie

Eine „antidepressiv wirkenden Lebensstil“ empfiehlt der US-Psychiater Stephen S. Ilardi, um Freude und Wohlbefinden zurückzugewinnen und die Seele präventiv gegen Depressionen zu wappnen. Hier die wichtigsten Bausteine des klinisch erprobten Therapieprogramms TLC:

Bewegung: Erhöht die Aktivität jener Botenstoffe, an denen während einer Depression ein Mangel besteht – eine Erkenntnis, die Hunderte von Studien dokumentieren. Für eine antidepressive Wirkung ist laut Ilardi selbst eine geringe Dosis (eine halbe Stunde strammes Gehen dreimal pro Woche) oft genauso effektiv wie Medikamente.

Aktivitäten: Für Ilardi ist Depression eng mit der Gewohnheit verknüpft, die immer gleichen negativen Gedanken im Kopf herumzuwälzen. „Jede Art von fesselnder Aktivität kann helfen, das Grübeln zu unterbrechen, auch wenn es sich um etwas Einfaches handelt.“ Das gelte jedoch nicht für Hintergrundberieselung durch TV oder Radio. Besser: eine Liste mit Lieblingsaktivitäten anlegen und diese auch bei starker Grübelneigung konsequent durchführen.

Sozialkontakte: Auch Listen mit potenziellen Gesprächspartnern helfen, das schädliche Grübeln zu stoppen. Denn wer sich mit anderen austauscht, hat weniger Kapazität dafür.

Licht: In vielen Fällen reicht schon täglich eine halbe Stunde gezielte Tageslichtaufnahme, um eine antidepressive Wirkung zu erzielen. Das hellt nicht nur die Stimmung auf; auch die innere Uhr für Schlaf, Appetit und Hormonspiegel wird dadurch neu eingestellt.

>>> die Belastungen je nach Geschlecht deutlich, meint die Psychologin und Fachautorin („Wer bin ich ohne dich?“). Frauen, so emanzipiert sie auch sein mögen, seien oft in einem permanenten Zyklus gefangen: Haushalt managen, Kinder erziehen, Hausaufgaben überwachen, kranke Familienmitglieder pflegen. Aufgaben, die nie erledigt sind. Für die es wenig Wertschätzung gibt. Die gerade durch die fortschreitenden beruflichen Möglichkeiten für Frauen noch schwerer zu organisieren sind. „Mache ich alles richtig?“ oder „Bin ich liebenswert?“: Das sind laut Nuber typische Fragen, die findet, wer hinter die Fassade schaut.

Behandelt werden solche Verunsicherungen immer häufiger mit Tabletten. Die Hoffnung: schnelle und unkomplizierte Leidlinderung. Knapp 1,3 Milliarden Tagesdosen Antidepressiva nennt der Arzneiverordnungsreport 2011 für Deutschland, mehr als doppelt so viele wie 2002. Zwar sind viele neue Mittel auf dem Markt. Für den Psychiater Stefan Weinmann handelt es sich jedoch vor allem um „Scheininnovationen“ mit nur marginalen Veränderungen. Der Autor des Buchs „Erfolgsmythos Psychopharmaka“ beklagt zudem „verschleierte“ Patientenaufklärung, die großteils über Hochglanzbroschüren von Pharmafirmen laufe: „Wieso sollte da stehen, dass die Wissenschaft bis heute nicht genau sagen kann, was Depression auslöst? Oder dass man beim Behandeln seit 50 Jahren auf die Überträgerstoffe Serotonin, Noradrenalin und Dopamin setzt?“

Dabei liegt der Störung offensichtlich ein wesentlich komplexeres Geschehen zugrunde. Trotz intensiver neurobiologischer Forschung fand man bislang keine Möglichkeit,

in andere Regelkreise sinnvoll einzugreifen, etwa ins Stresshormonsystem. „Die aktuellen Mittel breiten sich zu ungezielt im Körper aus“, sagt auch der Psychiatrieforscher Thomas Nickel. Präparat und Dosis findet man durch Ausprobieren. Beim einen Patienten passt gleich der erste Versuch und sorgt nach wenigen Wochen für Besserung. Beim anderen bringt auch die x-te Variante keinen Erfolg – sondern nur typische Nebenwirkungen: Schwindel, Gewichtszunahme, Lustverlust, Zyklusstörungen. „Leichtere Depressionen lassen sich in der Regel ohne Tabletten behandeln“, meint Nickel. Vor allem bei Selbstgefährdung führe an Antidepressiva aber kein Weg vorbei. Und er gibt zu bedenken: „Psychotherapie kann oft erst wirken, wenn sich Übersteuerungsprozesse im Gehirn beruhigt haben.“

Neue Studien zeigen, dass Psychotherapien auch bei mittelschweren Formen zu nachhaltigeren Erfolgen führen als Medikamente, weil Patienten langfristige Bewältigungsstrategien lernen. Der Alltag sehe aber anders aus, sagt der Heidelberger Medizinprofessor Henning Schauenburg: „Der Großteil der Patienten mit Depressionen wird in Hausarztpraxen behandelt, wo Medikamente verschrieben, aber keine Psychotherapien durchgeführt werden können.“ Zudem sind Placebo-Effekte bei psychiatrischen Störungen offenbar besonders stark: Rund die Hälfte der depressiven Episoden verschwindet auch nach Einnahme von wirkstofflosen Zuckerpillen innerhalb weniger Wochen. Verstärkte Zuwendung zu spüren scheint also extrem wichtig. „Was der Mensch vom Placebo bekommt, ist vielleicht das, was er vom Leben benötigt: Bedeutung und Sicherheit“, sagt Pharmakritiker Weinmann. Es stimme zwar, dass sich bei Depression biologisch etwas ändere. „Das heißt aber nicht, dass man das einseitig biologisch wieder wegmachen kann.“

Zeigen Sie Symptome einer Depression?

Im Internet gibt es eine Fülle von Selbsttests auf Depression. Einer der bekanntesten wurde vom US-Psychiater William W. K. Zung entwickelt und gibt anhand von 20 Fragen eine individuelle Einschätzung. Dieses Ergebnis ist keine fachliche Diagnose, sondern eine erste Empfehlung, ob es ratsam sein könnte, einen Psychologischen Psychotherapeuten oder einen entsprechend qualifizierten Facharzt aufzusuchen:

www.therapie.de/psyche/info/test/depression

Jeder muss seine Methode finden

Was kann jeder selbst zur Heilung beitragen? Für Thomas Nickel ist das die zentrale Frage, zumindest nach der Akutbehandlung. Der Oberarzt weiß: Die Rückfallquote nach der ersten Episode liegt bei 50 Prozent. „Depressionen werden häufig durch Belastungen ausgelöst. Deshalb muss man lernen, besser mit Anforderungen umzugehen und auf seine Bedürfnisse zu achten.“ Sonst droht die Krankheit chronisch zu werden. Damit es nicht so weit kommt, empfiehlt US-Psychiater Ilardi einen „antidepressiv wirkenden Lebensstil“. Therapeutische Lebensstiländerung (TLC, siehe Kasten auf S. 83) heißt das Verfahren, das er anbietet – ohne ein „Zurück in die Steinzeit“ zu fordern. Die Vorzüge der Moderne zu genießen und dabei schützende Elemente traditioneller Lebensweisen in den Alltag zu integrieren, darum geht es. Bewegung, Kontakte und ausreichend Schlaf sind wichtige Säulen des Programms. >>>

„Jetzt kann ich mich selbst lieben“

Klaus-Peter Wecklein, 46,
Wachmann

Ich war nie besonders selbstbewusst, schon als Kind nicht. Mein Vater war Alkoholiker, schlug meine Mutter, im Haus herrschten Angst und Scham. Als ich mich mit Mitte 20 beim Bund verpflichtete, war das die Chance: Endlich konnte ich mich selbst behaupten! Doch so sehr ich mich mühte, die Waffenkammer in Ordnung zu halten – mein Vorgesetzter hatte immer was auszusetzen. Oft bekam ich bis zum Morgenrauen kein Auge zu. Tagsüber war ich wie gerädert, das Denken eine Endlosschleife. Bis ich nur noch einen Ausweg sah: sterben. Ich ging dann zum Bundeswehrarzt. Doch dessen Ziel war, mich schnell wieder funktionsfähig zu machen. Ich bekam Antidepressiva und konnte schlagartig wieder schlafen. Auch die Suizidgedanken waren weg. Aber zugleich jegliche Lebensfreude! Beim nächsten Arztbesuch hatte ich Glück. Diesmal landete ich bei einem Fachmann, und der nahm mein Leiden ernst. Sofort in die Klinik, sagte er. Und weil die Bundeswehrpsychiatrie zu weit weg war, hieß das: in eine ganz normale Klinik. Die Ärzte dort hielten nicht viel von Tabletten, zumindest nicht in meinem Fall. Der Geist müsse wach



sein, damit die Verhaltenstherapie anschlage. Langsam sollte ich die Pillen ausschleichen. Unglaublich, wie sich die Wahrnehmung änderte! Geräusche, Farben, alles um mich herum wurde klarer. In der Therapie trainierten wir auch Situationen, die uns schwerfallen. Bei mir sind das Gespräche mit Fremden, deshalb sollte ich Leute in der Fußgängerzone ansprechen. Auch gezielte Gedankenstopps helfen mir gegen die Anspannung: Wenn ich in eine gedankliche Abwärtsspirale rutsche, stelle ich mir das Rauschen des Meeres und die Bewegung der Wellen vor. Mit der Bundeswehr war nach der Klinik Schluss. Die Abfindung reichte für eine große Reise: Südafrika, Namibia, Paraguay. So

was prägt. Den einfachen Arbeiter mit begrenztem Aktionsradius, den mein Vater immer in mir sah, gibt es nicht mehr. Ich probiere Neues aus – Joggen, Singen – und pflege aktiv mein Innenleben, zum Beispiel durch VHS-Kurse zur Selbstreflexion: Was tut mir gut? Was will ich wirklich? Ich bin stolz, dass mein Leben längst mehr ist als eine depressionsfreie Zone: Ich habe gute Freunde, engagiere mich in einem Verein. Auch eine große Liebe hat es vor einiger Zeit gegeben. Dass die eine heftige Krise nicht überlebt hat, war traurig, aber kein Untergang. Ich liebe mich jetzt selbst, kenne meine Bedürfnisse. Und weiß: Eine bessere Grundlage für neue Begegnungen kann es nicht geben.

>>> „Jede gute Therapie berücksichtigt solche Aspekte der Alltagsbewältigung und des Lebensstils“, sagt Thomas Nickel. In Deutschland zahlen die Kassen für zwei Psychotherapieformen: Verhaltenstherapie und psychodynamische Verfahren. Erstere arbeitet konkreter am Umgang mit Symptomen, Letztere beschäftigen sich mehr mit grundlegenden Konflikten. Da die Beziehung zum Therapeuten ein entscheidender Faktor ist, sollte man die ersten Termine für eine kritische Prüfung nutzen – und im Zweifelsfall zu einem Kollegen wechseln. Meist werden mindestens 50 Stunden bewilligt, bei schwereren Verläufen auch mehr. Auch andere Formen wie Licht-, Musik- oder Systemische Therapie können im Einzelfall helfen. Und nicht wenige profitieren schon von alltäglich anmutenden Strategien wie Wandern, Gartenarbeit oder Tierhaltung.

Die perfekte Methode? Gibt es nicht, Menschen sind verschieden. Deshalb muss jeder seinen Weg finden, am besten mit professioneller Unterstützung. Neben anerkannten Therapeuten und Ärzten sind Selbsthilfegruppen eine gute Anlaufstelle. Klar ist aber auch: Eine vollständige „Heilung“, nach der alle Narben spurlos weg sind, gibt es meist nicht. „Psychotherapie verspricht nie pure Glückseligkeit“, sagt der Analytiker Moussa Nabati. „Aber sie bietet Chancen, eine neue Freude am Leben zu finden. Eine Freude, die nicht künstlich ist, sondern elementar!“ In diesem neuen, achtsameren Leben können auch bittere Erfahrungen einen Platz haben – ebenso wie die eigenen Wünsche und Sehnsüchte. Tanja Salkowski hat das beherzigt. Sie ist jetzt selbstständig, ihre Erfahrungen verarbeitet sie in einem Blog. Der treffende Titel: sonnengrau.de.