

Trauern ist ein lebenswichtiger Prozess für die seelische Gesundheit

Trauer hat viele Ursachen und ist eine normale Reaktion auf Verlust. Wer den Schmerz, der mit diesem intensiven Gefühl verbunden ist, möglichst schnell loswerden will oder sich seiner Trauer erst gar nicht stellt, riskiert, depressiv zu erkranken.

Der Verlust eines geliebten Menschen ist sehr schmerzvoll, besonders aber, wenn der Verstorbene sich selbst für seinen Tod entschieden hat, wenn er durch Suizid verstorben ist. Zurück bleiben die Angehörigen – in Verzweiflung, Verlassenheit. Es liegt ein langer Trauerprozess vor ihnen.

Was können wir für sie tun? Wir können sie auf diesem langen Weg der Trauer begleiten, ihnen die Möglichkeit geben, sich zuzutrauen, Erinnerungen an den Verstorbenen auftauchen zu lassen, sie darin unterstützen, ihre Gefühle auszudrücken.

Wie bei anderen Verlusterlebnissen, die zu Krisen führen, kann man auch in diesem Trauerprozess 4 Phasen unterscheiden¹.

1. Phase des Nicht-Wahrhaben-Wollens:

Empfindungslosigkeit, Starre. Die Angehörigen haben das Gefühl, dass der Verlust gar nicht real ist. Diese Phase kann Stunden oder Tage dauern, nur selten auch Wochen. Die Angehörigen leben weiter, als wäre (fast) nichts geschehen. Eine innere Leere macht sich im Menschen breit.

Dafür mitverantwortlich ist häufig unsere Art, mit Tod, mit Bestattung umzugehen. Einem rituellen Abschiednehmen wird kaum Platz gegeben. Trotz all dem sollte auf eines – wenn es möglich ist – nicht verzichtet werden: den Verstorbenen als Toten zu sehen.

2. Phase der aufbrechenden chaotischen Emotionen:

Schmerz, Angst, Wut, Zorn, Schuldgefühle werden erlebt, oft beginnt die Suche nach Schuldigen. In dieser Zeit der Ruhelosigkeit, die meist von massiven Schlafstörungen begleitet ist, wenden sich Angehörige in ihrer Not nicht selten an professionelle Helfer: an niedergelassene Ärzte, Therapeuten – oder ans Kriseninterventionszentrum. Für die Helfer ist es wichtig, die Betroffenen immer wieder zu ermutigen, ihre Gefühle zuzulassen und auszudrücken: Wut, Zorn, Schmerz, Angst, Enttäuschung – all diese widersprüchlichen Gefühle sollen Platz haben, dürfen sein und sind normal.

3. Phase des Suchens, Findens und Sich-Trennens:

In einigen Gesprächen können die Angehörigen an nichts anderes als an den Verstorbenen denken. Es ist wichtig den Träumen, Phantasien und Erzählungen über den Toten ihren Platz einzuräumen.

In dieser Phase beginnt der Betroffene den Verlust zu akzeptieren

und das Leben mit dem Verstorbenen in das eigene Leben zu integrieren.

4. Phase des neuen Selbst- und Weltbezuges:

Der Angehörige bewegt sich wieder auf die Welt zu, zu den anderen Menschen hin. Der Verlust ist akzeptiert. Es kommt zu einer schmerzlichen Neuorientierung im Leben. Alte Werte werden überprüft und die Hinterbliebenen erlauben es sich nun eher, sich so zu verhalten, wie sie sich fühlen. So hören sie auf sich zu verstellen, Anpassung ist unwichtig geworden.

Die Hilfe für die Hinterbliebenen in ihrem Trauerprozess, welche sie von ihrer Umgebung erhalten, ist leider sehr gering: Anteilnahme ist rar geworden, Unterstützung und Begleitung werden nur selten angeboten. Viel eher schlägt dem Trauernden die Hilflosigkeit und Verlegenheit seiner Mitmenschen entgegen. Angehörige von Verstorbenen, die sich umgebracht haben, erleben noch viel mehr als Menschen nach anderen Verlusten, dass sie gemieden werden. Zunächst suchen die Angehörigen Trost bei Freunden und Bekannten. Meist wird ihnen gerade dabei schmerzlich bewusst, wie wenige Freunde und Bekannte sie haben, und wie schlecht die wenigen mit Tod und mit Trauer umgehen können. Eine Chance der Aussprache bietet für viele die Selbsthilfegruppe.

Hier haben sie oft erstmals das Gefühl, wirklich mit ihrem Schmerz verstanden zu werden - und vor allem nicht alleine damit zu sein. Eine Gefahr liegt allerdings darin, sich nur mehr mit Betroffenen zu treffen und allen anderen Menschen aus dem Weg zu gehen, denn je mehr sich Hinterbliebene von der Umgebung gezwungen fühlen so zu tun, als wäre nichts geschehen, desto zorniger beharren sie auf ihrer Trauer, desto aggressiver wenden sie sich gegen diese Menschen. Der Verlust von Bekannten und Freunden wird verbittert in Kauf genommen.

Durch diese schmerzliche Erfahrung liegt die Gefährdung vor, sich immer mehr zurückzuziehen - sich zu isolieren, aber es liegt darin auch die Chance, mutiger zu werden und das von den Mitmenschen zu verlangen, was man haben möchte. Monate nach dem Todesfall fühlen sich Hinterbliebene im Kreise anderer Menschen oft noch fehl am Platz, wenn andere über Belanglosigkeiten wie Essen, Wetter etc. reden.

Stellen sich nach einiger Zeit wieder Gefühle von Freude und Hoffnung ein, so werden diese an sich selbst und besonders bei anderen Hinterbliebenen ängstlich beobachtet, denn es fällt vielen nach einem Selbstmord Hinterbliebenen überaus schwer, sich die

»Wer sich weigert über seinen Schmerz zu sprechen, oder wer glaubt, nach einem schweren Verlust wie ein Automat weiter funktionieren zu müssen, läuft Gefahr, psychische Folgeschäden zu erleiden.«

¹Vgl. V. Kast, Trauern. Phasen und Chancen des psychischen Prozesses, Stuttgart 2002.

Kasus: 5 Wochen nach dem Suizid ihrer einzigen Tochter in Wien, die 24 Jahre alt war, kommt ein verheiratetes Paar, beide 57 Jahre alt, zum ersten Mal in die Praxis. Sie können den Selbstmord der Tochter noch gar nicht begreifen und verstehen und hoffen darauf, dass es sich um einen „bösen Traum“ handelt, aus dem sie bald erwachen werden. Ihre Tochter stand knapp vor dem Studienabschluss auf der Fakultät. Sie war sehr intelligent und fleißig, eher introvertiert und verschlossen. Da die Mutter und der Vater ebenfalls eher ruhig und zurückgezogen in Wien lebten, war das Verhalten der Tochter für sie wenig auffällig. Selbstmordgedanken habe sie nie sichtbar geäußert. In den nachfolgenden Gesprächen geht es beiden noch schlechter als bei unserem ersten Kontakt. Die Anerkennung der Realität „unsere Tochter ist tot - und das endgültig“ - ist äußerst leidvoll. Gefühle tiefster Verzweiflung, Wut und Enttäuschung brechen hervor. Das Leben erscheint ihnen vollkommen sinnlos und wertlos zu sein und sie haben mit dem Tod ihrer Tochter X all ihre Hoffnungen, all ihre Freuden verloren. Es ist kein „zur-Rube-kommen“ für sie möglich. Auch in der Nacht quälen sie Gedanken an ihre Tochter. Nur mit Hilfe von Beruhigungsmedikamenten können sie zumindest für einige wenige Stunden Linderung der Unruhe und Angst finden. Beruhigende Antidepressiva helfen etwas besser und ermöglichen wenige Stunden Schlaf. Jedoch das Erwachen am nächsten Morgen bleibt schrecklich. Am liebsten wäre es ihnen oft, nicht wieder aufzuwachen, diese unheimlichen Schmerzen, dieses tiefe Leid nicht mehr spüren zu müssen. Auch ich persönlich bin tief betroffen vom Schmerz dieser Eltern, die offenbar mit großer Liebe und Fürsorge an ihrer Tochter hingen, und dabei spüre selbst meine Ohnmacht und Hilflosigkeit. Ich kann den Eltern nicht wieder zurückgeben, was sie verloren haben - ich kann sie nur in ihrem Schmerz, in ihrer Trauer begleiten. Die weiteren Gesprächs-

verläufe sind gefüllt von Erzählungen über die Tochter - mit Erinnerungen, Träumen und Phantasien über mögliche Beweggründe für ihren Suizid. Sehr erschwert erleben die Eltern ihre Schuldgefühle. Sie machen sich viele Vorwürfe: „War unser Erbgut nicht gut - hätten wir gar kein Kind bekommen dürfen?“ „Haben wir in der Erziehung so viel falsch gemacht?“ Existenzanalytische Literatur „unterstützt“ besonders die Frau sehr in ihren Schuldgefühlen.

Alle Stadien des Lebens ihrer Tochter werden betrachtet und wie zu einem Mosaik zusammengefügt. Die Unsicherheit und Unzufriedenheit der Tochter sind Thema der Gespräche. Ereignisse, die sie kaum wahr- und nicht ernst genommen haben, gewinnen nachträglich oft an erdrückender Bedeutung. Die Schuldgefühle darüber, dass sie Anzeichen ihrer Probleme und Schwierigkeiten nicht richtig erkannt und aufgegriffen haben, werden im Laufe der Gespräche geringer. Gleichzeitig wird die Wut auf die Unsensibilität der Umgebung immer stärker. Die Ablenkungsversuche von Freunden und Bekannten machen sie ärgerlich, denn sie wollen über ihre Tochter, über den Tod ihrer Tochter, über ihren Verlust und ihren Schmerz sprechen. Es kommt zu einer kleinen Erleichterung ihres Schmerzes, als es ihnen gelingt, ihre Wünsche nach der Art von Unterstützung, die sie jetzt brauchen, auch anderen mitzuteilen. Auch neue Aktivitäten (Reisen) bekommen Platz in ihrem Leben. Ihre Trauer wird ruhiger, ihre Gefühlslage stabiler. Es gibt auch wieder Dinge, die sie gerne machen. Aber es fällt ihnen oft schwer, sich dies zuzugestehen.

Doch langsam, etwa 10 Monate nach dem Suizid der Tochter, beginnen sie einander nicht nur in ihrem Schmerz sondern, auch in ihren lebensbejahenden Gefühlen zu unterstützen.

„Erlaubnis“ für positive Gefühle zu geben: „Wie kann ich etwas Schönes genießen, während mein Kind tot bleibt!“ Wiederholt kommt es zum erneuten Aufflackern von Verzweiflung und Depression, die Pausen dazwischen werden immer größer, die „Rückfallphase“ kürzer und allmählich schwächer. Leider wird aber auch das gleichzeitige Unverständnis der Umwelt für den Schmerz der Angehörigen immer größer - und immer spürbarer. Bereits ein halbes Jahr nach dem Selbstmord gibt es kaum mehr Schonung für die Angehörigen. Behutsame, vorsichtige Behandlung hat ein Ende genommen. Die Umgebung ist schon lange vorher zum „normalen Leben“ übergegangen. Auch das Gegenteil kann passieren, dass die Menschen einander durch den Tod von Angehörigen näher kom-

Ein weiterer Fall aus der Praxis:

Zwei Monate nach dem Selbstmord seiner Lebensgefährtin kommt ein zirka 45jähriger Mann zum ersten Mal zu der Beratung. Er hat die Adresse von einem Arzt erfahren, der ihn nach seinem vor sieben Tagen erfolgten Selbstmordversuch (mit Medikamenten) betreut hat. Er beschreibt dabei sein Verhältnis zum Arzt als sehr eng. Herr X kann sich ein Leben ohne seine Partnerin nicht vorstellen. Die Zeit des Alleinlebens beschreibt er als die Hölle (davor liegt eine gescheiterte Ehe). Alle Gedanken und Emotionen kreisen um den Selbstmord der Lebensgefährtin und um eigene Selbstmord-Phantasien. Sein Gefühlszustand ist äußerst chaotisch. Wut, Angst und Verzweiflung, Sinnlosigkeit lösen einander in rascher Folge ab. In weiteren Gesprächen werden seine Schuldgefühle immer massiver. Er macht sich große Vorwürfe, die Frau nicht gerettet zu haben. Das Einzige, was ihm derzeit das Leben erleichtert, ist die Gewissheit, dass das Sterben nicht schwer geht und dass es nicht weh tut. Herr X isoliert sich sehr und lässt kaum jemanden an sich heran, er hat große Angst, anderen die Zeit zu stehlen. Sein Leben erscheint ihm angesichts des Todes seiner Freundin wenig wertvoll und sinnvoll. Er kümmert sich kaum um seine lebensnotwendigen Bedürfnisse wie Essen und Schlafen. Nach einigen Gesprächen mit Herrn X beginnt er sich etwas mehr um sich zu sorgen und die Hilfestellung anderer anzunehmen. Die vorangegangenen einsamen Wochenenden sind besonders belastend für ihn. Alle Gedanken

kreisen um die Tote und um seine Schuld an ihrem Tod. Nach und nach versucht er die Beziehung zu ihr realistischer zu sehen und spricht über die Probleme, die sie miteinander hatten, darüber, was er in dieser Beziehung alles auf sich genommen hat, worunter er gelitten hat, aber auch, was er in dieser Beziehung verwirklichen und leben konnte. Aus der intensiven Erstarrung und der Flut von wilden Emotionen geht eine Besinnungsphase hervor. Die Themen der nächsten Sitzungen sind, was er von dieser Beziehung verloren geben muss und was er in sein weiteres Leben integrieren kann. Die Angst, nicht über seine Trauer hinweg zukommen, ist einem Akzeptieren seiner Trauer gewichen. Begleitend stellen sich alte Fähigkeiten wieder ein, und auch neue Aktivitäten bekommen ihren Platz. Er übernimmt Verantwortung für seine Wünsche und ändert immer mehr sein früheres Weltbild, nach dem jeder für den anderen verantwortlich sei, jedoch keiner für sich selbst. Zurückblickend sieht er seine Krise, die durch ein so schmerzvolles Erlebnis ausgelöst wurde, auch als Chance für sich. Herr X hat die Chance zur Veränderung und Neuorientierung wahrgenommen. Herr X ist durch den schmerzhaften Trauerprozess durchgegangen und erlebt seine sinnvolle Neuorganisation als Bereicherung und Vertiefung. Jedoch nicht immer kann eine Trauer als Chance wahrgenommen werden. Schwierig ist es, wenn es sich bei dem aus dem Leben Geschiedenen um das eigene Kind handelt.



»Die Übergänge von der Trauer in die krankhafte Depression sind fließend. Aber es gibt keine eindeutigen Kennzeichen dafür, wo die Trauer aufhört und die Depression beginnt. Zu einer gesunden Trauer gehören auch depressive Verstimmungen.«



men. Sie sind enttäuscht voneinander, erleben ihre Trauer sehr unterschiedlich und finden nicht den gewünschten Halt im anderen. Hat sich ein Kind umgebracht und gibt es noch weitere Kinder in dieser Familie, ist häufig die Angst spürbar, auch diese Kinder (durch Selbstmord) zu verlieren. Schuldgefühle und quälende Fragen werden zur Lebensbegleitung: Warum hat er/sie das getan? Warum habe ich nichts gemerkt? Worin habe ich versagt? Mögliche Antworten darauf kann nur der Betroffene selbst - allerdings mit

der nötigen Begleitung - finden. Ratschläge bringen sehr wenig.

Wie der Betroffene mit einem Todesfall umgehen sollte, darauf gibt es keine letzten Antworten. Ist es besser wegzufahren oder zu Hause zu bleiben, das Zimmer des Toten umzuräumen oder nicht?

Jeder einzelne Trauernde muss seinen Lebensweg selbst durch die empfindende Trauer finden. Wir können ihn dabei ausschließlich begleiten.

Weitere Gesichtspunkte für den Trauerprozess:

☛ Akzeptieren Sie die Trauer.

Versuchen Sie nicht, „gefasst“ zu sein. Nehmen Sie sich persönlich Zeit, um zu weinen.

☛ Reden sie einfach (viel) darüber.

Versuchen Sie nicht, andere durch Schweigen zu schützen. Versuchen Sie Menschen in ihrer Umgebung zu finden, die zuhören können oder eine ähnliche Trauer schon selbst erlebt haben.

☛ Beschäftigen Sie sich.

Erledigen Sie die alltäglichen Arbeiten und Tätigkeiten, die Ihre Gedanken in Anspruch nehmen, auch wenn sie Ihnen sinnlos erscheinen. Vermeiden Sie dabei aber hektische Aktivitäten.

☛ Seien Sie gut zu sich selbst.

Auch wenn Ihnen Ihre Gesundheit, Ihr Leben im Moment egal ist - kümmern Sie sich darum.

☛ Ernähren Sie sich persönlich gut, gönnen Sie sich etwas.

Gerade in einer Zeit emotionaler und physischer Erschöpfung braucht Ihr Körper dieses umso mehr.

☛ Machen Sie regelmäßig Körperübungen. (z.B. Spaziergänge, Ausflüge...)

☛ Verschieben Sie wichtige Entscheidungen,

die gefällt werden müssen.

☛ Wenn Ihnen Kontakte zu Freunden, auch zu Selbsthilfegruppen zu wenig bieten, **versuchen Sie einen professionellen Berater/Therapeuten aufzusuchen.**²

²G. Winkler, Suizid: Verneinung der Sinnfrage? Christliche Seelsorge und Suizid: Der existenzanalytisch-logotherapeutische Entwurf Frankls für die Praxis und Theorie der Seelsorge an Suizidgefährdeten, Dissertation/Wien 2006, 150f.

Quälende Odyssee: Auf der nicht erhellten Seite des Lebens

Ist die Depression zu einer Volkskrankheit geworden? Die Suche nach den Ursachen gestaltet sich nach wie vor als schwierig. Dennoch gibt es für die Betroffenen Hoffnung: Neue hilfreiche Medikamente wurden entwickelt, und auch die Psychotherapie der Depression macht kleine Fortschritte.

»Am Ende bleibt nur noch der eine Wunsch - von den unangenehmen Schmerzen der Hoffnungslosigkeit erlöst zu werden.« Ingenieur F. litt 10 Jahre lang unter Depressionen. Es waren Jahre einer Qual, die in seiner Jugend begann, als er ein Leben zu leben versuchte, das er eigentlich nicht leben wollte. Und es waren Jahre einer quälenden Odyssee von einem Arztbesuch zum Nächsten. Bis er sein Schicksal selbst in die Hand nahm und einen Psychotherapeuten aufsuchte. Der habe nichts beschönigt, aber ihm Zuversicht gegeben: »Da wusste ich, dass mir irgendwann und irgendwie zu helfen war.«

Die Depression ist zu einer Volkskrankheit geworden. Die WHO zählt sie neben den Herz-Kreislauf-Störungen zu den häufigsten Krankheiten. Jede fünfte depressive Erkrankung verläuft chronisch, jeder siebte dieser Patienten begeht Selbstmord. Tendenz steigend. Der Leidensdruck depressiver Menschen, wird oft unterschätzt, weil man eine Depression zu Unrecht mit einer verständlichen Trauer oder Verstimmung gleichsetzt.

Odyssee depressiver Menschen beginnt meistens beim Praktischen Arzt: Dort klagten die Patienten über Schlafstörungen, Appetitmangel, Kopfschmerzen oder Kraftlosigkeit. Da Ärzte wenig Zeit zum Reden haben, neigen sie dazu, diesen körperlichen Beschwerden nachzugehen. Das kommt Patienten entgegen, die sich ein seelisches Leiden nicht eingestehen mögen. Körperliche Beschwerden sind aber nur ein Teil der depressiven Symptome. Im Mittelpunkt steht die tief gedrückte Stimmung, die sich nicht mehr aufhellen lässt. »...Der Antrieb ist weg, ich habe kein Gefühl mehr.« Depressive leiden unter ihrer Unfähigkeit lebendig zu sein und fühlen sich stumpf, niedergeschlagen, überfordert, kraftlos, ohne Interesse, Freude oder Hoffnung. Die Krankheit erfasst auch die Motorik und die Gedanken. Sinnlos kreisen die immer wiederkehrenden Gedanken: »Ich kann nichts, ich bin nichts, keiner mag mich, schuld daran bin ich selbst, und das Beste wäre, es gäbe mich nicht« - so die Selbsteinschätzung Depressiver. In manchen Situationen kommen wahnhaftige Gedanken hinzu, wie zum Beispiel sich am Leben versündigt zu haben oder an einer unheilbaren Krankheit zu leiden.

Leichte oder mittelgradige Formen der Depression. Fachleute unterscheiden sie vor allem nach ihrem Verlauf:

- **Reaktive Depressionen** tauchen als Folge von Krisen oder be-

lastenden Lebensereignissen auf.

- **Rezidivierende Depressionen** kommen, gehen und kommen wieder - bei ihnen unterscheidet man einzelne „depressive Episoden“.

- Bei den **bipolaren Störungen** pendeln die Menschen zwischen zwei Polen, der depressiven Lähmung und einer unnatürlichen, manischen Erregtheit, die sich phasenweise abwechseln.

- Und die chronische, anhaltende depressive Verstimmung, die **Dysthymie**, beginnt meist schon in der Jugend oder im frühen Erwachsenenalter.

Verschiedene Psychopharmaka und Psychotherapiemethoden werden jeweils allein oder in Kombination miteinander eingesetzt. Die psychotherapeutische Behandlung hat dabei gegenüber der medikamentösen den Vorteil, dass sie seltener abgebrochen wird. Patienten setzen Psychopharmaka oft eigenständig ab.

Gibt es ein Modell, in dem sich die Ursachen aller Depressionen beschreiben lassen? Ob vielleicht die Ursachen der Depression in der Kindheit, in einer Lerngeschichte als Erwachsener oder in Belastungssituationen zu finden sind, kann kein Forscher mit Gewissheit sagen. Die biologische Ausstattung eines Menschen oder frühkindliche Erfahrungen mögen dazu führen, dass er verletzlicher ist und daher in einer belastenden Situation eher depressiv reagiert als ein anderer. Aber nicht in allen Fällen lässt sich eine Belastung als Auslöser der Depression erkennen. Manche Menschen bekommen immer zu einer bestimmten Jahreszeit eine Depression. Andere wiederum kippen ohne erkennbaren Anlass von einer Depression in die Manie und von der Manie in die Depression. Daher gibt es kein Modell, in dem sich die Ursachen aller Depressionen beschreiben lassen. Selbst die verbreitete Annahme, die Wochenbettdepression werde durch den raschen Abfall der Hormonspiegel von Östrogen und Progesteron nach der Geburt ausgelöst, lässt sich wissenschaftlichen Untersuchungen zufolge nicht halten.¹

Erkenntnisse aus der Wissenschaft: Dank der Fortschritte der modernen Neurobiologie weiß man, dass sich psychische und neurohormonelle Veränderungen in einem steten Wechselspiel zueinander verhalten. So konnten Forscher zeigen, dass allein als Folge einer Psychotherapie, ohne Medikamente, ein gestörter Kalziumhaushalt in den T-Lymphozyten ins Gleichgewicht kommt. Dies sind Zellen, die der Immunabwehr dienen. Die naturwissenschaftliche Forschung zur Depression richtet sich daher heute weniger auf ihre Ursachen und mehr auf die funktionellen Zusammenhänge zwischen körperlichen und seelischen Prozessen. Aber auch hier gibt es noch viele offene Fragen. »Die ohne Zwei-



Volkskrankheit Depression?



fel beeindruckende Zunahme neuropsychiatrischen Wissens hat bisher die Frage nicht beantwortet, wie antidepressive pharmakologische oder psychotherapeutische Behandlung überhaupt wirkt«, schreibt der Psychiater Aldenhoff.² Bei Psychopharmaka war es bislang so, dass man eher zufällig die Wirkung von Substanzen herausfand und sich anschließend fragte, auf welchem Wege sie wirken. Dabei hatte man vor allem die Hirnbotsstoffe Noradrenalin und Serotonin im Blick. Denn Medikamente, die die Konzentration dieser Botenstoffe im Gehirn erhöhen, helfen gegen Depressionen.

Seit einigen Jahren versuchen Forscher erstmals, von theoretischen Überlegungen ausgehend, neue Antidepressiva zu entwickeln. Man weiß inzwischen, dass bei Depressionen wie auch bei anderen psychischen Erkrankungen - das neurobiologische Stresssystem anders arbeitet. Depressive erzeugen mehr von dem Stresshormon Kortisol. Dessen Produktion wiederum hängt mit dem „Corticotropin-Releasing-Hormon“ zusammen. Daher versuchen Forscher, Medikamente zu entwickeln, welche die Aufnahme des CRH blockieren, was eine abgeschwächte Stressreaktion zur Folge hätte. Entsprechende Medikamente werden derzeit erprobt. Trotz der enormen Fortschritte der Forschung sind auch die Wirkmechanismen der traditionellen Antidepressiva noch nicht aufgeklärt. Vielleicht ist das der Grund dafür, dass ein Drittel der Patienten auf sie nicht anspricht. 50 bis 70 Prozent verbessern sich durch ein Antidepressivum, 30 bis 40 Prozent aber auch nach Einnahme eines Pla-

cebos, eines Scheinmedikaments. Der Anteil des Placeboeffektes an der Wirkung der Antidepressiva selbst, hieß es in der Zeitschrift *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, wird auf 50 Prozent geschätzt. Bei der Rückfallverhütung soll dieser Wert niedriger liegen.³

Wer ein Antidepressivum verträgt, kann es lange Zeit einnehmen ohne dabei süchtig zu werden. Viele Patienten aber scheuen die Einnahme wegen häufiger Nebenwirkungen, wie Mundtrockenheit, Mattigkeit oder Übelkeit. Daher wird nach Alternativen gesucht. Eine ist Lithium, das vor allem bei manisch-depressiven Erkrankungen hilfreich ist, allerdings häufig dazu führt, dass die Patienten sehr dick werden. Eine andere ist das Johanniskraut, das die Weitergabe von Serotonin und Noradrenalin im Gehirn verbessert. Seine Wirksamkeit ist bei leichteren Depressionen belegt, nicht jedoch für die Rückfallverhütung. Auch das Licht spielt unter den alternativen Behandlungsformen eine große Rolle, insbesondere bei saisonalen Depressionen.

Nicht zu vergessen, vielen Depressiven hilft Bewegung und Sport. Auch Ingenieur F., dessen Beispiel am Anfang erwähnt wurde, half der Sport. Er entdeckte ihn als Medizin beim Aufenthalt im KH. »Seit über 7 Jahren laufe ich jetzt, wenn es geht, jeden Morgen oder am Abend. Jeder abgeschlossene Lauf, ist ein weiterer Beleg für mich, dass ich meinen Tag selbst freudig in die Hand nehmen kann. Dieser Weg, kann auch nicht für jeden Menschen der richtige sein. Lebensmut ist gefragt!«

- GEORG WINKLER

¹Vgl. H. Will u. a.: Depression. Psychodynamik und Therapie. Kohlhammer. Stuttgart 2000, 10f.

²J. Aldenhoff. Überlegungen zur Psychobiologie der Depression. Nervenarzt, 1997, 68f.

³Vgl. E. A. Deisenhammer, H. Hinterhuber: Placebokontrollierte Antidepressiva-Studien. Fortschritte der Neurologie - Psychiatrie, 2003, 71f.