

Das subjektive Erleben depressiver Menschen

Depressionen sind eine der häufigsten Ursachen für Krankschreibung, Frühverrentung und Suizid. Je nach Statistik ist jeder Fünfte oder sogar jeder Vierte einmal im Leben betroffen. Wie fühlen sich Depressionen „von innen“ an?

MICHAEL SCHMIDT-DEGENHARD

Ausgangspunkt jeder Diagnostik und Behandlung depressiver Erkrankungen ist eine empathische und differenzierte Erfassung des subjektiven Erlebens der Betroffenen. Depressives Kranksein in seinen unterschiedlichen Ausprägungsformen erweist sich bei einer solchen verstehenden Annäherung stets als ein Zustand intensiven Leidens. Dieses Leiden des depressiven Menschen möchte ich Ihnen zunächst am Beispiel eines Kunstwerkes verdeutlichen:

Albrecht Dürers 1514 entstandener Kupferstich „Melencolia I“ vermag mit einer seltenen Eindringlichkeit die Daseinsweise und Erlebnisform des depressiven Kranken zu verdeutlichen. Auch ohne erkennendes Verstehen der dichten Symbolik des Bildwerkes und seiner ideengeschichtlichen und ikonografischen Voraussetzungen werden wir beim Betrachten von seiner rätselhaft-abgründigen Komplexität ergriffen: Das seltsam zusammenhanglose Nebeneinander der einzelnen Gegenstände und Figuren in einer dunkelnächtigen Beleuchtung, die schon auf eine eigenartige Konstellation von Zeitlichkeit hindeutet, und schließlich im Vordergrund als Personifikation der Melancholie eine sitzende geflügelte Frauengestalt. Ihr düsterer Blick geht ziellos hin- und herschauend ins trostlos Weite, ja in die Leere. Sie scheint in innerer Ferne seltsam abgerückt von den doch räumlich so nahen Dingen ihrer Umgebung, zu denen sie keine ordnende Beziehung aufnehmen kann. In diesem nur scheinbar gegensätzlichen Zusammenwirken von gleichzeitiger Erstarrung und angstvoller Unruhe erweisen sich Ungeborgenheit, Verlust Erfahrung und grübelndes Leiden an der Vergänglichkeit unserer Existenz als Grundmuster melancholischen Erlebens.

In einem 1933 entstandenen Gedicht zu Dürers Kupferstich beschreibt Gottfried

Benn die Figur der Melancholie als eine „flügelharte unsägliche Gestalt, ihr Blick, der Licht und Sterne und Buch und Zirkel hält, der sieht in eine Ferne, wo keine Träne fällt.“

So deckt bereits die Betrachtung der formalen Komposition des Bildes seine tiefere Sinnaussage auf. In einem der wichtigsten kunstgeschichtlichen Texte zu unserem Thema heißt es, dass Dürer die Melancholie begreife als „das tragische Geschick eines Menschengestes, der sich Kraft seiner inneren Gesetzmäßigkeit in Schranken eingeschlossen sieht, die er nicht überfliegen kann und die er dennoch überfliegen möchte, schwermütig grübelnd in dem Gefühl einer unheilbaren inneren Insuffizienz“ (Klibansky, Panofsky, Saxl 1990).

Die innere Melodie verstummt

Diese Sätze zielen aber bereits in den Kern der Psychopathologie depressiven Krankseins: Das erwähnte Gefühl „unheilbarer innerer Insuffizienz“, das Sich-nicht-mehr-vorstellen-Können der Gesundheit, also der Gedanke, in einem solchen unerträglichen Leidenszustand dauerhaft verharren zu müssen, ist eine wesentliche Triebfeder der suizidalen Gefährdung depressiver Patienten. Wir wissen als Ärzte und Therapeuten um die Reversibilität und die effektiven Behandlungsmöglichkeiten depressiver Zustandsbilder und sind daher gefordert, dem Kranken, dem eben dieses Hoffen-Können nicht mehr gelingt, unermüdlich in einer Haltung stellvertretender Hoffnung beizustehen. Ich bin überzeugt, dass eine solche innere Haltung der Therapeuten das unverzichtbare Fundament jeder leitlinienorientierten Psycho- und Pharmakotherapie depressiver Erkrankungen darstellt.

Eine 35-jährige Patientin beschreibt ihre depressive Not in der folgenden Selbstschilderung:

„Noch immer leide ich beständig und habe keine Minute von Wohlbefinden und keine menschliche Empfindung; umgeben von allem, was das Leben glücklich und angenehm macht, fehlt mir jede Fähigkeit des Genusses und der Empfindung; beide sind physisch unmöglich für mich geworden ... In allem, in den zärtlichsten Liebkosungen meiner Kinder finde ich nur Bitterkeit, ich bedecke sie mit Küssen, aber es ist etwas zwischen ihnen und meinen Lippen und dieses grässliche Etwas ist zwischen mir und allen Genüssen des Lebens. Meine Existenz ist unvollständig ... Jeder meiner Sinne, jeder Teil meiner Selbst ist wie von mir selbst getrennt und kann mir kein Empfinden mehr verschaffen; diese Unmöglichkeit scheint von einer inneren Leere abzuhängen ...“

Diese bewegenden Sätze habe ich der Darstellung der depressiven Erkrankungen in Wilhelm Griesingers Lehrbuch „Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten“ von 1845 entnommen, einem der epochalen Texte der Psychiatriegeschichte.

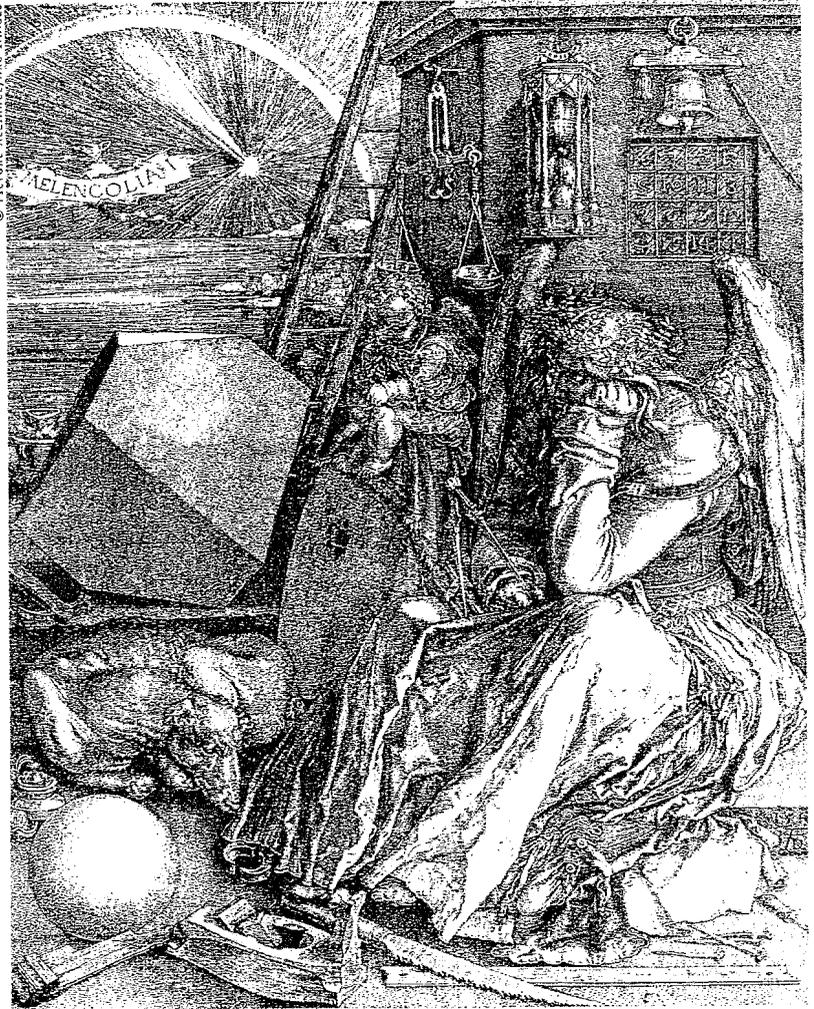
Die nachfolgenden Äußerungen verdanke ich einer an einer schwersten Depression leidenden 64-jährigen Patientin, die wir in Kaiserswerth behandelten und die nach ihrer Gesundung rückblickend eine beeindruckende ausführliche Selbstschilderung verfasste. Hieraus möchte ich einige wesentliche Sätze zitieren, in denen auch die suizidale Gefährdung der Patientin erkennbar wird:

„Ich trug mich mit so vielen Schuldgefühlen herum, was für ein schlechter Mensch ich sei. Ich fühlte mich bestraft, so dass ich noch nicht einmal mehr zu beten wagte, da ich mich dazu gar nicht mehr würdig fand. Obwohl ich mein Ehrenwort gegeben habe, mein Leben nicht anzutasten, was ich in dem Moment auch ganz ehrlich meinte, war meine innere Not so groß geworden, dass ich sie nicht mehr ertragen konnte. Je länger dieses Gefühl anhielt, desto weniger hatte ich die Kraft, mich gegen diese innere Not zu wehren. Ich war längst wie erstarrt in meiner Gefühlswelt, empfand mich innerlich total wund, und der Kopf war nicht mehr frei ... Meinen Geist und meine Seele erfasste eine einzigartige Beklemmung, und ich fühlte mich erbarmungslos vorgeführt. Ich hatte nur noch den einen Wunsch, von dieser Not befreit zu sein, an eine Gesundung konnte ich nicht glauben ... Ich fühlte mich hineingezogen in einen Sog, aus dem ich glaubte, mich nicht mehr befreien zu können.“ Die Patientin beschreibt, dass sie sich „der Depression vollständig ausgeliefert“ gefühlt habe. Die hiermit verbundene „innere Not des Geistes und

der Seele ist mit dem körperlichen Schmerz, der auch unerträglich und anhaltend sein kann, nicht vergleichbar, weil die Empfindung grundverschieden ist.“ Weiter heißt es dann:

„Wenn die innere Not am größten ist und länger anhält, weil die richtige Therapie noch nicht gefunden ist oder noch keine Wirkung zeigt, so ist sie jenseits aller Vorstellungskraft.“

Diese beiden im Abstand von mehr als 150 Jahren geschriebenen Selbstschilderungen zweier an einer schweren Depression erkrankten Frauen machen deutlich, dass die depressiven Erkrankungen als eine zeitüberdauernde, eine transhistorische und



auch als eine transkulturelle Form leidvollen seelischen Anderseins anzusehen sind. Die konkrete Symptomgestalt der Depression wird aber vom jeweiligen lebensweltlichen und sozialgeschichtlichen Kontext geprägt, der auch die gegenwärtig herrschenden Kultur- und Mentalitätsstrukturen umfasst.

Albrecht Dürer, Melancolia I
von 1514



FOTO: NICOLA BOURDON

Ein etwa 60-jähriger Mann beschreibt mit subtiler Introspektion das allmähliche Hineingeraten in eine depressive Episode, deren Intensität sich schließlich zu einem ausgeprägten melancholischen Erleben steigerte:

„In meinem Leben vollzog sich allmählich eine eigenartige Veränderung: Die Intensität meines Erlebens wurde schwächer. Die innere Melodie erklang nicht mehr, Erlebnisse verloren an Bedeutung ... Meine Erlebniswelt verdorrte und verkümmerte ...“

Der von mir bewusst gewählte Begriff der Melancholie, dessen Verwendungstradition bis zu den Ursprüngen der abendländischen Geistesgeschichte zurückreicht, findet sich nicht mehr in den offiziellen psychiatrischen Diagnoseglossaren der ICD 10 oder des US-amerikanischen DSM IV. In einer komplizierten begriffs- und ideengeschichtlichen Entwicklung ist an seine Stelle der im 18. Jahrhundert geprägte Begriff der Depression getreten, der inzwischen in das Vokabular unserer Alltagssprache eingegangen ist – allerdings um den Preis einer geradezu inflationären Bedeutungsausweitung und einer zur Beliebigkeit reichenden Nivellierung seines Inhaltes. Das vielleicht wichtigste Werk der Depressionsforschung des 20. Jahrhunderts, das seit 1961 mehrfach aufgelegt und erweiterte Buch „Melancholie“ des Heidelberger Psychopathologen Hubertus Tellenbach, intendierte den Versuch einer Renaissance des Melancholie-Begriffes in der Psychiatrie. Der Krankheitsbegriff Melancholie meint demnach ein hinsichtlich Intensität, Ver-

laufsform und qualitativer Symptomausgestaltung mit einer gewissen Bestimmtheit beschreibbares depressives Syndrom. Diese Form schweren depressiven Krankseins, die in den Selbstschilderungen deutlich wurde, bezeichnete die tradierte psychiatrische Krankheitslehre mit überaus problematischen Begriffen als „endogene“ oder „psychotische“ Depression; die modernen Termini der „schweren depressiven Episode“ in der ICD 10 bzw. der „Major Depression“ des DSM IV, mit denen die verschiedenen Depressionszustände vor allem hinsichtlich ihres Schweregrades unterschieden werden, überschneiden sich durchaus in manchen Aspekten mit dem hier gemeinten Melancholie-Begriff, ohne aber gänzlich die besondere qualitative Ausformung und die subjektive Erlebnisdimension dieses Krankheitsbildes zu erfassen.

Die Grundgestalt depressiven Krankseins

Ausgehend vom Krankheitsbild der Melancholie möchte ich im Folgenden die Grundgestalt depressiven Krankseins skizzieren, die sich auch bei leicht- und mittelgradigen Depressionszuständen aufzeigen lässt. In diesem Zusammenhang sei auch betont, dass es nicht die Depression, sondern unterschiedliche Facetten von Depressivität gibt, die sich typologisch differenzieren lassen. Diesen Typen von Depressivität entsprechen durchaus unterschiedliche Weisen der Behandlung und vor allem des Umgehens mit depressiven Menschen.

Die Grundgestalt depressiven Krankseins wird in erster Hinsicht durch eine qualitative Veränderung der alles Erleben tragenden Sphäre der Stimmungen, der Gestimmtheit geprägt. Unser Wissen um das neurobiologische Korrelat dieser affektiv-emotionalen Grunddynamik unseres Daseins hat sich in den letzten Jahren erheblich erweitert. Heute können wir hier mit den modernen antidepressiven und stimmungsstabilisierenden Medikamenten kurativ-heilsam einwirken und so die Gesundung des Patienten entscheidend anstoßen und unterstützen. In ihren Selbstschilderungen betonen melancholische Kranke oft den einem normalpsychologischen Gedrückt- und Traurigsein unvergleichlichen Charakter ihrer Verstimmung: Eigentlich sei diese ein Nicht-mehr-fühlen-Können, ein Nicht-traurig-sein-Können, das aber – in seltsamer Paradoxie – um so schmerzlicher als eine tiefe innere Entfremdung und emotionale Leere und damit als eine erhebliche Veränderung der persönlichen Identität fühlend erlitten wird.

Ich erinnere mich an eine Patientin, die auf den plötzlichen Tod ihres Sohnes während der melancholischen Phase nicht mit Traurigkeit reagieren konnte und dieses Nicht-traurig-sein-Können schmerzhaft-suizidal reflektierte. Erst nach der Remission ihrer Erkrankung konnte sie ermessen, was geschehen war, sie konnte weinen und sich auf einen jetzt in ganz anderer Weise schmerzlichen Trauerprozess einlassen. Eine andere schwer depressive Patientin bezeichnete diesen Kern melancholischen Erlebens einmal mit einem ungewöhnlichen, aber zutreffenden Begriff als „Leerlosigkeit“.

Zur Grundgestalt der Melancholie gehört auch eine tiefgreifende Störung des Antriebserlebens und -verhaltens, eine vielschichtige „Hemmung aller psychischen Vorgänge“ (Bleuler), die sich auf alle kognitiven und emotionalen Vollzüge erstreckt. Ein an einer schweren Melancholie leidender Patient beschrieb diese psychomotorische Hemmung in den folgenden einleuchtenden Sätzen: „Unsere Impulse kommen aus einer geheimnisvollen Quelle, wir wachen auf und wollen etwas. Damit war es für mich vorbei.“

Die Störung des Antriebserlebens bedingt im Zusammenwirken mit der erläuterten spezifischen melancholischen Verstimmung auch eine Veränderung des Leiberlebens. Hieraus resultieren die nahezu regelhaft bei depressiven Menschen anzutreffenden körperlichen Symptome, die ohne ein fassbares somatisches Korrelat nahezu jedes Organsystem betreffen können.

Neben den beiden Grundpfeilern der Symptomatik, Verstimmung und psychomotorische Hemmung, findet sich bei melancholischen Kranken nicht selten eine abgründige Angst, die das Gesamtbild bis hin zu einer unruhigen Agitiertheit verändern kann. Diese depressive Angst stellt eine ganz eigene Erlebnisqualität dar und ist mit der Symptomatik bei sogenannten Angststörungen nicht vergleichbar. Die abgründige Angst schwer depressiver Patienten ist oft mehr atmosphärisch spürbar, denn dass sie von den Betroffenen adäquat sprachlich ausgedrückt werden kann. Da die Suizidalität im Wesentlichen aus dem Erleben von Angst und Verzweiflung erwächst, müssen wir daher in jedem Gespräch mit depressiven Menschen ihre Angst direkt erfragen.

Bei schweren Verläufen, die wir vornehmlich in der Klinik behandeln müssen, kann sich dann der depressive Wahn des Verlorenseins in seinen unterschiedlichen Erscheinungsformen entwickeln. Dieser Wahn kann in qualvollen Ideen des Schuldigseins wegen schwerer, nicht sühnbarer Verfehlungen, als Verarmungswahn oder aber in der hypochondrischen Not unheilbar gewählten Krankseins auftreten. Kurt Schneider, eine der großen Gestalten der deutschen Psychiatrie im 20. Jahrhundert, erblickte im melancholischen Wahn eine „Aufdeckung der Urängste des Menschen“ durch die psychotische Depression.

Wir können der Not depressiver Menschen nur gerecht werden, wenn wir verstehen lernen, dass ihr Erleben durch eine tiefgreifende „emotionale und intentionale Entmächtigung“ (Janzarik) gekennzeichnet ist. Der bereits erwähnte Psychiater Wilhelm Grisinger schrieb bereits 1867, dass alles melancholische Erleben „einen wesentlichen Charakter“ habe, „den der Passivität, des Leidens, des Beherrscht- und

Zum Weiterlesen

Klibansky, R., Panofsky, E., Saxl, F.: Saturn und Melancholie, Suhrkamp, Frankfurt am Main 1990

Kuiper, P. C.: Seelenfinsternis, S. Fischer, Frankfurt am Main 1991

Lehmke, M. R. (Hrsg.): Affektive Störungen. Thieme, Stuttgart, New York 2004

Schmidt-Degenhard, M.: Melancholie und Depression, Kohlhammer, Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1983

Tellenbach, H.: Melancholie. Problemgeschichte, Endogenität, Typologie, Pathogenese, Klinik, Springer, Berlin, Heidelberg, New York 1961ff.

**„Im Grunde
starre ich
immer ins
Nichts“**

Überwältigtwerdens“ (Griesinger 1867, S. 232). Jeder noch so gut gemeinte Versuch, den Kranken durch einen Appell an seine Willenskraft zu aktivieren, wird aufgrund seines basalen „Nicht-Könnens“ scheitern und das ohnehin leidvoll gegebene Insuffizienzgefühl des Kranken verstärken.

Die aufgezeigte Grundgestalt depressiven Krankseins macht deutlich, dass Depressionen Erkrankungen des ganzen Menschen sind: Erkrankungen, die unsere biologisch-organischen, unsere lebensgeschichtlichen und auch unsere mitmenschlich-sozialen Bezüge ergreifen und verändern. Hieraus aber folgt, dass sich bei der Pathogenese, der Entstehung der Depressionen, neurobiologische, genetische, biografische und persönlichkeitspsychologische Bedingungsfaktoren mit je unterschiedlicher Gewichtung miteinander verschränken. Es gibt also nicht *die* Ursache der depressiven Erkrankungen. Ebenso ist es irrig und reduktionistisch, Depressionen als zerebrale Stoffwechselstörung oder aber, mit gleicher Einseitigkeit, als die Folge psychodynamisch verstehbarer Konfliktspannungen zu begreifen. Eine Psychiatrie als Seelenheilkunde, die ihren Patienten gerecht werden will, wird sich in ihrem Selbstverständnis als eine mehrdimensionale praktische Wissenschaft definieren müssen.

Die operationalen Kriterien, etwa der ICD 10, mit denen wir heute die Diagnose einer Depression stellen, sind letztlich sekundäre Abstraktionen der beschriebenen primär gegebenen Grundgestalt depressiven Krankseins. Diese diagnostischen Kriterien, die keinesfalls als Fragenkataloge zu verwenden sind, können aber wohl als die Leitlinien eines Untersuchungsgesprächs fungieren. In einem solchen, um eine verstehende Annäherung an den kranken Menschen bemühten Gespräch können wir dann auch erspüren, dass eine zentrale Grundbedingung des depressiven Leidens in einem qualitativ veränderten Zeiterleben besteht.

Eine Patientin berichtet: *„Ich habe den ganzen Tag ein Gefühl, das mit Angst durchsetzt ist und das sich auf die Zeit bezieht. Ich muss unaufhörlich denken, dass die Zeit vergeht. Bei jedem Wort denke ich ‚vorbei, vorbei.‘“* Eine andere Patientin schildert: *„Wenn ich nur auf die Uhr schaue, weiß ich die Zeit im nächsten Moment nicht mehr, mein Zustand ist so, als verstünde, begriffe und wisse ich gar nichts mehr. Ich bin nicht mehr in der Zeit. Im Grunde starre ich immer ins Nichts.“*

Diese Selbstaussagen sind keine metaphysischen Umschreibungen, sondern authentischer Ausdruck eines für den Gesunden kaum vorstellbaren Leidenszustandes. Der melancholische Mensch erfährt unmittelbar ein Aufhören, ja den Verlust der lebendigen Zeitfluss-Dynamik seines inneren Zeitbewusstseins. Hieraus resultiert ein subjektives Außer-der-Zeit-Sein, das von manchen Kranken einem „Wie-tot-Sein“ verglichen wird.

Die Erforschung des veränderten Zeiterlebens in der Depression ist ein wichtiges Thema der sogenannten anthropologischen Psychiatrie, die ein interdisziplinäres Forschungsbemühen im Dialog zwischen Psychopathologie und Philosophie darstellt. Sehr vereinfacht lässt sich die Störung des inneren Zeitbewusstseins bei depressiven Menschen als ein „Zerfall der dimensionalen Zeitordnung“ (Theunissen) beschreiben. Das leidvolle Erleben der Gegenwart resultiert demnach aus einer absoluten Determination durch das Vergangene, wozu wiederum eine Versperrung der Dimension Zukunft kontrastiert. Die eigene Lebensgeschichte kann nur noch in der Perspektive eines schuldhaften Versagens bewertet werden, während die persönliche Zukunft als negativ-unheilvolle, im extremen Fall sogar als eine bereits verlorene erfahren wird. Depressives Kranksein kann also bis zum Verlust der für unsere Existenz unverzichtbaren Kategorie der Möglichkeit führen. Der schwer depressive Mensch vermag nicht mehr zu hoffen.

Eine solche das Sich-selbst-Verstehen der Kranken deutende Erkenntnis, die man als anthropologisch bezeichnen könnte, hat zwar keine konkrete klinisch-therapeutische Handlungsanweisung zur Folge. Wohl aber hat sie aus meiner Sicht Bedeutung für unser therapeutisches Umgehen mit depressiven Menschen. Hier ist von uns Therapeuten eine Haltung gefordert, die dem Kranken – neben dem Aufzeigen der Krankheitswertigkeit und Behandelbarkeit seiner Depression – in immer wieder geduldiger Bemühung die begründete Hoffnung auf die Reversibilität seines leidvollen Zustands zu vermitteln versucht. Die Behandlung depressiver Menschen ist daher als Ausdruck einer Kultur der Hoffnung zu verstehen. Depressiven Menschen beizustehen könnte also – bildlich gesprochen – bedeuten, ihnen zu helfen, im Dunkel der Nacht zu versuchen, auf das Leuchten der Sterne zu achten.



FOTO: PRIVAT

Dr. Michael Schmidt-Degenhard, geb. 1953, ist Professor für Psychiatrie und seit 2003 Chefarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Florence-Nightingale-Krankenhaus der Kaiserswerther Diakonie Düsseldorf.

Der Artikel entspricht in weiten Teilen seinem Vortrag bei der Auftaktveranstaltung des Düsseldorfer Bündnisses gegen Depressionen am 16. April 2005.