

## Einführung

Originaldokument  
© Verlag C.H.Beck

Es war die schmerzlichste Erfahrung meines Lebens. Noch qualvoller sogar, als meiner krebskranken Frau beim Sterben zuzusehen. Ich schäme mich, zu gestehen, dass sich meine Depression schlimmer anfühlte als ihr Tod, aber es ist die Wahrheit. Ich befand mich in einem Zustand, der nichts anderem ähnelte, was ich je zuvor erlebt hatte. Ich fühlte mich nicht nur sehr niedergeschlagen und deprimiert im üblichen Sinn des Wortes. Ich war schwer krank. Ich war völlig mit mir selbst beschäftigt, negativ gestimmt und dachte die meiste Zeit an Selbstmord. Ich konnte nicht richtig denken, geschweige denn arbeiten, und wollte mich den ganzen Tag nur ins Bett verkriechen. Ich konnte nicht Rad fahren oder aus eigenem Antrieb das Haus verlassen. Ich bekam Panikattacken, wenn man mich alleine ließ. Und es traten zahlreiche körperliche Symptome auf: Meine ganze Haut schien wie Feuer zu brennen, und ich begann, unter unkontrollierbaren Zuckungen zu leiden. Jedes neue physische Anzeichen löste extreme Angst aus. So fürchtete ich mich zum Beispiel davor, nicht mehr urinieren zu können. Ohne Schlaftabletten zu schlafen war unmöglich; sie wirkten aber nur ein paar Stunden, und wenn ich aufwachte, fühlte ich mich noch elender. Die Zukunft war ohne Hoffnung. Ich war überzeugt, dass ich nie wieder arbeiten oder gesund werden würde. Ich hatte große Angst davor, verrückt zu werden.

Ich hatte niemals zuvor ernsthaft unter Depression gelitten. Bei früheren Gelegenheiten hatte ich leichte depressive Verstimmungen – Gefühle der Niedergeschlagenheit – durch Jogging bekämpft. Nachfragen bei meinen Mit-Jog-

gern bestätigten meine Vermutung, dass wir nicht aus gesundheitlichen Gründen Sport trieben, sondern um unsere leichten Depressionen zu überwinden. Die weit verbreitete Meinung, dass körperliche Bewegung den Endorphinspiegel erhöht und somit eine Stimmungsaufhellung bewirkt, ist durch wissenschaftliche Studien einigermaßen zuverlässig bewiesen. Ich muss zugeben, seinerzeit mit einer gewissen Häme kundgetan zu haben, einzig und allein an die «Nimm-dich-zusammen!»-Schule der Psychiatrie zu glauben, dass man sich also bei gedrückter Stimmung einfach am Riemen reißen sollte. Aber bei einer schweren Depression wirkt dieses Rezept auf keinen Fall. Ursachen und Verlauf meiner eigenen Depression und meine Genesung werden in späteren Kapiteln beschrieben.

Meiner Frau, Jill Neville, war meine Depression peinlich. Sie erzählte Kollegen und Freunden lieber, dass ich nach einem kleineren Herzproblem unter Erschöpfung leide. Sie war besorgt, dass ein Schatten auf meine Karriere fallen könnte, wenn die Wahrheit bekannt würde. Als ich wieder gesund war, fühlte ich mich unbehaglich bei dem Gedanken an das mit der Depression verbundene Stigma und an die Scham, die viele Betroffene empfinden, denn ich hielt die Depression für eine schwere Krankheit, deren man sich nicht schämen sollte. Deshalb beschloss ich, meine Depression öffentlich bekannt zu machen, und schrieb einen Artikel darüber im *Guardian*. Dieser stieß auf eine erstaunlich positive Resonanz. Patienten, Ärzte und Menschen, die mit einer depressiven Person zusammenlebten, fanden es hilfreich, dass das Thema so offen erörtert wurde. Von allem, was ich je geschrieben habe – seien es Bücher oder wissenschaftliche Aufsätze –, ist nichts häufiger gelesen und mehr geschätzt worden als dieser eine Artikel. Erst als man anfang, mich für meinen Mut zu loben, wurde mir richtig klar, welch großes Stigma der Depression immer noch anhaftet. Für mich aber war es im Grunde genommen ganz einfach, darüber zu

schreiben, denn ich hatte eine sichere Stelle an der Universität und daher nichts zu verlieren.

Nachdem ich aus meiner Depression aufgetaucht war, dankte ich der Psychiaterin, die mich behandelt hatte, für all ihre Hilfe. Dann fragte ich sie, ob sie sich meiner Meinung anschließen würde, wenn ich behauptete, dass Psychiater eigentlich nichts über die Depression wüssten. Sie gab mir teilweise recht. Natürlich haben sie im Hinblick auf Diagnose und Behandlung große Sachkenntnis, und Antidepressiva wie Fluctin® (Prozac) können bemerkenswerte Erfolge erzielen. Aber gerade auf einer mechanistischen Ebene scheint wenig bekannt zu sein. Mir selbst war nicht einmal im Entferntesten klar, was es bedeutete, eine Geisteskrankheit in dem Sinne zu «verstehen», wie man heutzutage Krebs versteht. Krebs können wir insofern verstehen, als wir die Veränderungen in bestimmten Genen, die bei der Kontrolle der Zellvermehrung eine Rolle spielen, kennen und auch etwas über die Ausbreitung der bösartigen Zellen wissen. Doch selbst wenn man herausfinden würde, dass ein niedriger Serotoninspiegel in irgendeiner Weise für die Krankheit verantwortlich wäre, würde dies allein als Erklärung immer noch nicht genügen. Denn wie können Veränderungen in der Konzentration eines so einfachen Moleküls derart tief greifende Verhaltensänderungen bewirken, wie sie im Fall einer Depression zu beobachten sind?

Obwohl es zu diesem Thema eine Menge Bücher zur «Selbsthilfe» gibt, fand ich sehr wenige zuverlässige und leicht zugängliche Informationen über die Depression. Ich beschloss, dieses Buch zu schreiben, denn ich wollte festhalten, was bis jetzt bekannt ist. Ich hatte dabei vier Ziele im Auge: Denjenigen, die mit einer oder einem Betroffenen leben oder arbeiten, zu helfen, die Natur der Depression zu verstehen, weil der Umgang mit Depressiven, seien sie nun Eltern, Kinder oder Partner, nicht einfach ist; Depressiven zu helfen, sich selbst zu verstehen; das Stigma zu tilgen, das

der Depression anhaftet; und, in erster Linie, den Versuch zu unternehmen, die Natur dieses grauenhaften Leidens im wissenschaftlichen Sinne zu verstehen. Dieses zuletzt genannte Ziel ermöglichte mir so etwas wie eine persönliche Suche.

Ich weiß, dass ich mich hiermit auf Gebiete begeben, in denen ich über keine unmittelbaren Fachkenntnisse verfüge, da ich weder Arzt noch Psychologe bin. Aber ich habe zwei Vorteile: Ich bin ein in der Forschung tätiger Biologe, dessen Interesse sich auf jene Mechanismen richtet, welche für die Entwicklung des Embryos und die Art und Weise, wie Gene das Verhalten von Zellen steuern und Gliedmaßen und andere Organe ausbilden, zuständig sind; ich kenne mich also mit grundlegenden biologischen Prozessen und komplexen Systemen aus. Als Wissenschaftler habe ich auch einige Erfahrung mit der Bewertung von Evidenzen. Noch wichtiger ist aber die Tatsache, dass ich selbst eine Depression durchlebt habe, denn jeder Mensch, der eine Depression behandelt oder darüber schreibt und nicht selbst depressiv war, erinnert an einen Zahnarzt, der nicht am eigenen Leib verspürt hat, was es heißt, Zahnschmerzen zu haben.

Depression ist etwas sehr Schlimmes, nicht nur für die oder den Betroffenen, sondern auch für diejenigen, die mit dem Opfer zusammenleben. Opfer sind Depressive in dem Sinne, dass sie unter einer beängstigenden Krankheit leiden, die sie arbeitsunfähig macht – einer Krankheit, von der immerhin ein Zehntel der Bevölkerung befallen ist und die bei Frauen doppelt so häufig auftritt wie bei Männern. Zieht man in Betracht, wie weit verbreitet die Depression ist, dann ist es besonders betrüblich, dass sie mit der zusätzlichen Belastung eines schwerwiegenden sozialen Stigmas einhergeht.

Die Auswirkungen der Depression auf das Gesundheitssystem sind gewaltig. Aus dem von der Weltgesundheitsbehörde WHO veröffentlichten Bericht *Global Burden of Disease* geht hervor, dass keine andere Krankheit den Men-

Originaldokument  
© Verlag C. H. Beck

schen in den westlichen Industrieländern mehr gesunde, unbeschwerte Jahre raubt als die Depression. Selbst wenn man jeweils alle Infektionskrankheiten oder alle Herzkreislauf-Erkrankungen weltweit zusammen betrachtet, erreichen diese Krankheitsgruppen bei weitem nicht das Ausmaß der Beeinträchtigungen, wie es die Depression alleine bedingt. Neben den direkten Kosten für die stationäre, ambulante und rehabilitative Versorgung verursachen Depressionen auch erhebliche indirekte Kosten. So stieg in Deutschland die Zahl der Krankheitstage aufgrund depressiver Störungen seit 2000 um über 40 Prozent, die Zahl der Krankheitsfälle um 30 Prozent. Etwa 10 bis 15 Prozent der Patienten mit Depressionen versterben durch Suizid. Ungefähr alle 1,5 Stunden nimmt sich ein depressiver Mensch in Deutschland das Leben.

Es ist verwirrend, dass der Begriff Depression mehrere unterschiedliche Bedeutungen hat. Im üblichen Sprachgebrauch bezieht er sich auf Niedergeschlagenheit und Angst, also auf Gefühle, die im Alltagsleben häufig vorkommen. Mein Buch jedoch befasst sich mit der Depression als Krankheit, einer Depression, die das Leben eines Menschen so sehr beeinträchtigt, dass er arbeitsunfähig wird. William Styrons *Sturz in die Nacht* ist eine einzige wunderbare Beschreibung der Depression, und der Autor stellt gleich am Anfang klar: «Wer nicht darunter gelitten hat, vermag sich die Qualen einer schweren Depression kaum vorzustellen, und sie verläuft oft genug tödlich, weil die Angst unerträglich wird.» Das vorliegende Buch konzentriert sich also auf die schwere Depression, oder, wie sie oft auch genannt wird, die klinische Depression – eine Depression, die so schlimm verläuft, dass sie zur Arbeitsunfähigkeit oder sogar zum Selbstmord führen kann. Der Zusammenhang zwischen der schweren Depression und der gewöhnlichen, alltäglichen Depression, einem bloßen Gefühl der Niedergeschlagenheit, ist jedoch wichtig und wird insofern unter-

sucht werden, als wir eine Antwort auf die Frage suchen: Ist die schwere Depression nur eine extreme Form der alltäglichen Depression, oder gibt es zwischen den beiden einen qualitativen Unterschied?

Der Titel meines Buchs besteht aus zwei Teilen. Der eine leitet sich ab von Robert Burtons berühmter, monumentaler und faszinierender, aber nicht leicht lesbaren *Anatomie der Melancholie* (1621–1651), in der er sämtliche zu seiner Zeit bekannten Aspekte der melancholischen Gemütsverfassung festhielt. Burton verbrachte den größten Teil seines Lebens am Christ Church College in Oxford, wo er, neben anderen Verpflichtungen, Theologie lehrte. Sein Interesse galt allen Zweigen der Medizin und Naturwissenschaften. Er entschloss sich, als Lebenswerk etwas über die Melancholie zu schreiben, weil er selbst darunter litt und hoffte, dass diese Tätigkeit ihm helfen könnte, seine Symptome zu lindern: «Ich schreibe über die Melancholie, weil ich mich angestrengt bemühe, der Melancholie aus dem Weg zu gehen.» Wie die Wahl des Wortes «Anatomie» für seinen Titel nahelegt, versuchte er methodisch, das Thema erschöpfend zu behandeln und jede bekannte Autorität zu zitieren. Burton achtete auch auf den Stil seiner Schriften und wäre glücklich gewesen, wenn er gewusst hätte, dass Samuel Johnson, der ebenfalls depressiv war, bei der Lektüre seiner *Anatomie der Melancholie* Trost fand – es war das einzige Buch, um desentwillen er zwei Stunden früher aus dem Bett stieg, als er eigentlich gewollt hätte.

Da gegenwärtig alljährlich mehr als dreitausend Artikel über die Depression erscheinen, musste ich weniger ehrgeizig sein als Burton. Obwohl die Informationsmenge gewaltig ist, versuche ich, in einer verständlichen Form das, was derzeit über die Depression bekannt ist, zusammenzufassen. Ich beginne mit einem Blick auf die Erfahrungen depressiver Menschen in Gegenwart und Vergangenheit. Dann betrachte ich die Probleme, die die Diagnose der Krankheit nicht nur

im Westen, sondern auch in anderen Kulturen aufwirft. Ich versuche, die Faktoren herauszuarbeiten, welche Menschen für die Depression empfänglich machen, wie etwa ihre Gene, schmerzliche Schicksalsschläge, Erlebnisse in der frühen Kindheit und sogar das Wetter. Die manisch-depressive Erkrankung, die in diesem Buch keine zentrale Rolle spielt, ist ein eigenes Feld, und Selbstmord muss als eine tragische Folge der Depression erkannt werden; beiden Themen widme ich jeweils ein eigenes Kapitel. Auf diesem Hintergrund lassen sich dann die psychologischen und biologischen Theorien erörtern, die zur Erklärung der Depression aufgestellt wurden, sowie ihre Bedeutung aus der Sicht der Evolutionsforschung. Die psychologischen Erklärungen konzentrieren sich auf die Bedeutung von Verlust und frühkindlicher Erfahrung, während die biologischen ein Verständnis von Gefühlen als Hirnfunktionen und chemische Prozesse voraussetzen. Im Anschluss daran werden die verschiedenen Behandlungen der Depression, wie Pharmakotherapie und Psychotherapie, diskutiert und danach die Frage untersucht, was für wen hilfreich ist. Ferner berichte ich über die Erfahrungen der Depressionsbehandlung in Asien – in China, Japan und Indien. Zu guter Letzt werfe ich einen Blick in die Zukunft und befasse mich sowohl mit den wissenschaftlichen Fortschritten als auch mit Ansätzen zur Prävention der Krankheit.

Ich bin vor allem von einigen Büchern beeinflusst worden: von William Styrons bereits erwähntem *Sturz in die Nacht*, einem Bericht über seine eigene Depression, und von Kay Redfield Jamisons *Touched with Fire*, das sich mit der manisch-depressiven Erkrankung, mit Kreativität und mit anderen depressionsrelevanten Themen beschäftigt, sowie von Joseph LeDoux' *Das Netz der Gefühle*. In meinen Ansatz flossen auch verschiedene Theorien ein, insbesondere John Bowlbys Überlegungen zu Bindung und Verlust, sowie Aaron Becks Gedanken über die kognitive Grundlage

der Depression und ihre Beziehung zum negativen Denken. Arthur Kleinman, ein Anthropologe und Psychiater, hat mich über die Manifestationen der Depression in anderen Kulturen aufgeklärt.

Der englische Haupttitel meines Buches, *Malignant Sadness* (zu deutsch etwa «Bösartige Traurigkeit»), soll die sehr ernste Natur einer depressiven Erkrankung hervorheben und auch meine Überzeugung zum Ausdruck bringen, dass die normale Traurigkeit sich zur Depression so verhält wie das normale Zellwachstum zum Krebs.

Ich hoffe, dass sich dieses Buch sowohl für diejenigen, die unter einer Depression leiden, als auch für jene, die mit Betroffenen zusammenleben, als interessant und hilfreich erweist. (1999)

Ich komme aus dem Staunen darüber, wie weit verbreitet die Depression ist, nicht heraus. Seit ich mit meiner Depression an die Öffentlichkeit gegangen bin, kommt es sehr selten vor, dass ich irgendjemanden treffe, der im Verlauf eines Gesprächs nicht einräumt, schon einmal mit Depression in Berührung gekommen zu sein – sei es über einen Verwandten, einen Freund oder gar aufgrund eigenen Erlebens. Leute, die normalerweise nicht über ihre Depression sprechen würden, hatten keine Probleme, mit mir darüber zu reden, denn sie wussten ja, dass ich eine ähnliche fürchterliche Erfahrung durchgemacht hatte. Viele teilten meine Ansicht, dass der Zustand «schwere Depression» etwas völlig anderes ist als alles, was sie außerhalb dessen je erlebt hatten. Dabei fielen immer wieder Ausdrücke wie «tiefes Loch», «eine andere Welt» und «nicht zu beschreiben».

Die Reaktion des Publikums auf dieses Buch war sehr erfreulich. Am meisten freute ich mich über offenherzige Briefe und direkte Kontakte. Für die vielen bewegenden Briefe, die ich erhielt, war ich dankbar. Fast alle waren schmeichelhaft

und enthielten Dankesworte dafür, dass ich meine eigene Erfahrung beschrieben und sie öffentlich gemacht hatte, und gelegentlich auch dafür, dass ich jemandem geholfen hatte, mit der eigenen Depression besser umgehen zu können. Ermutigend waren ferner die Zuschriften jener Leser, die sich um einen depressiven Menschen kümmern und sagten, dass das Buch ihnen geholfen habe, diese für Außenstehende rätselhaft und distanzierende Krankheit besser zu verstehen. Ich erhielt auch Bitten um Beratung, die ich aus Kompetenzgründen nicht erfüllen konnte. In meinen Antworten legte ich den Ratsuchenden immer dringend nahe, sich so bald wie möglich an professionelle Helfer zu wenden.

Es gab einige sehr gute und positive Besprechungen von Rezensenten. Doch nicht alle Kritiken waren positiv, und in den meisten negativen wurde beklagt, dass ich nicht genug über mich selbst geschrieben hätte, psychoanalytischen Interpretationen skeptisch gegenüberstünde und mich zu sehr für biologische, ja sogar naturwissenschaftliche Interpretationen einsetzte.

Dass der Depression ein Stigma anhaftet, ist äußerst beunruhigend. Die Tatsache, dass man mich oft dazu beglückwünscht hat, mutig, ja sogar tapfer zu sein, weil ich so freimütig über meine eigene Depression spreche, ist ein eindeutiger Hinweis darauf, wie groß dieses Stigma ist. In meinem Fall war aber überhaupt keine «Tapferkeit» im Spiel. Für ein Publikum zu schreiben oder Vorträge zu halten ist Teil meiner alltäglichen Arbeit, und mir gefällt der Gedanke, dass ich überhaupt keine Scham darüber empfinde, unter einer Depression gelitten zu haben. Aber vielleicht entspricht das doch nicht ganz der Wahrheit, weil ich, wie ich im Weiteren darlegen werde, für meine Krankheit eher biologische als psychologische Erklärungen habe.

Für viele andere Menschen aber stellt das Stigma der Depression ein ernsthaftes Problem dar. So gab es auch Leute, die mir sagten, dass sie sich nicht einmal ihrem Bru-

der oder ihrer Schwester anvertrauen konnten, obwohl sie einen Selbstmordversuch unternommen hatten. Wieder andere waren überzeugt, dass sie ihre Arbeit verlieren würden, sollte ihr Zustand bekannt werden. Einigen gelang es in der Öffentlichkeit erstaunlich gut, ihre Depression zu kaschieren. Einer Frau gegenüber, mit der ich zum Essen ausgegangen war, bemerkte ich, dass sie trotz ihrer Verfassung auffallend fröhlich wirke. Daraufhin erzählte sie mir, wie sie gelernt hatte, ihre Krankheit zu verheimlichen. Es war gruselig, ihr zuzuhören, als sie mir schilderte, wie vernügt sie mit ihrem Sohn sein konnte, während sie in Gedanken gleichzeitig den Abschiedsbrief formulierte, den sie ihm schreiben wollte.

Wiederholt erzählte man mir Geschichten von Menschen, die schwer depressiv waren, sich aber weigerten, ein Antidepressivum einzunehmen. Die Sorge, dass Antidepressiva süchtig machen und das Bewusstsein verändern oder beschädigen können, scheint weit verbreitet zu sein. Ein Griff zur Chemie weckt Argwohn und Aversion. Johanniskraut wird eher akzeptiert. Es mag irrational klingen, aber ich bin mir sicher, dass die Leute dann, wenn Fluctin® auf Bäumen wüchse, viel eher bereit wären, es einzunehmen.

Ich stellte mir gern vor, dass meine Depression eine rein biologische Ursache hatte und durch ein Medikament ausgelöst wurde, das ich wegen meiner Herzbeschwerden einnahm. Diese Überzeugung schloss eine psychologische Grundlage aus, weshalb mir gelegentlich auch Zweifel daran kamen, aber ich hielt an ihr fest. Obwohl ich selbst öffentlich erklärte – ja fast wie ein Evangelium verkündete –, dass die Depression nicht mit einem Stigma verbunden werden sollte, wirkte diese Überzeugung irgendwie beruhigend auf mich. Eine biologische Ursache bedeutete, dass ich für meinen Zustand nicht verantwortlich war. Es war ungefähr so, als ob eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) diagnostiziert worden wäre. Die PTBS ist die einzige psych-

iatrische Diagnose, die nicht mit einem Stigma behaftet ist, weil der Auslöser Teil der Diagnose ist und das Leiden eine äußere und genau definierte Ursache hat, für die der Betroffene nicht verantwortlich gemacht werden kann. Ich war mir sicher, dass meine Depression auf ähnliche Weise durch das Medikament ausgelöst worden war.

Wie sehr ich mich doch irrte! Während ich wusste und im Buch selbst geschrieben hatte, dass nur einer von zehn Patienten, die von einer Depression genesen waren, keinen Rückfall erleben wird, glaubte ich, dass ich genau dieser eine sein würde. Doch fast vier Jahre nachdem ich mich von meiner schweren Depression erholt hatte, bemerkte ich, dass bei mir etwas nicht ganz in Ordnung war. Es waren keine spezifischen Gefühle. Ich hatte soeben dieses Buch und eine dreiteilige Fernsehserie für die BBC abgeschlossen. Vielleicht, so dachte ich, war ich einfach im Begriff, nach dieser ganzen Anspannung total abzuschlafen und in so etwas wie einen Babyblues hineinzuschlittern. Ich reiste über Ostern nach Südafrika, und alles ging bestens über die Bühne. Aber nach meiner Rückkehr fiel es mir schwer, ebenso intensiv zu arbeiten, wie ich es normalerweise kann. Als ich im Juni eine ziemlich unangenehme Harnwegsinfektion bekam, führte ich meine ständige Müdigkeit darauf zurück. Das, so sagte ich mir, gehört eben zu Infektionen dazu. Als Hypochonder hatte ich mir vorher schon eingeredet, dass ich Diabetes oder Krebs hätte, denn ich begann abzunehmen. Ein Urlaub auf Kreta verlief gut, auch wenn ich unter mangelndem Antrieb litt und sehr viel schlief.

Nach meiner Rückkehr warteten zahlreiche Verpflichtungen auf mich. Im September fuhr ich nach Krakau und fühlte mich unwohl und unruhig. Ich verfiel immer öfter in diese gedrückten Stimmungen, die so unglaublich schwer zu beschreiben sind und die mich auf unangenehme und beängstigende Weise an meine frühere Depression erinnerten. Ich beschloss, Johanniskraut zu nehmen, und obwohl es

mir ein wenig Übelkeit verursachte, fühlte ich mich mit der Zeit wieder besser. Ich war viel unterwegs, was mich sehr ermüdete. Das Gefühl, dass es mit mir abwärts ging, kehrte zurück, und ich setzte mich mit der Therapeutin in Verbindung, die mir mit ihrem kognitiven Behandlungsansatz schon bei meiner vorherigen Depression geholfen hatte. Sie meinte, ich würde mir wegen meiner bevorstehenden Pensionierung übertriebene Sorgen machen. Ich ging alle zwei Wochen zu ihr, selbst am Morgen nach der großen Party, die ich zu meinem siebzigsten Geburtstag veranstaltete. Tags darauf fuhr ich nach Holland, um an verschiedenen Orten Vorträge zu halten, und kehrte ein paar Tage später erschöpft zurück. Andere Probleme traten auf: Meine vergrößerte Prostata sorgte dafür, dass ich während der Nacht fast stündlich aufstehen musste, und eine Operation, die diese Misslichkeit beheben konnte, schien unvermeidlich. Schlechte Nachrichten selbst für einen Nicht-Hypochonder.

Dann begann ich morgens sehr früh aufzuwachen und konnte nicht mehr einschlafen. Das war für mich ein sicheres Anzeichen dafür, dass meine Depression wieder im Anzug war. Es fiel mir auch sehr schwer, morgens aus dem Bett zu kommen, und nachmittags konnte ich mich vor Müdigkeit kaum noch auf den Beinen halten. Meine Angstgefühle nahmen zu. Ich setzte das Johanniskraut ab und konsultierte dieselbe Psychiaterin, die meine letzte Depression behandelt hatte. Sie gab mir ein Rezept für Paroxetin, dasselbe Antidepressivum, das ich damals eingenommen hatte.

Es ging mir immer schlechter. Wäre ich ein besserer Schriftsteller, könnte ich diese Verschlimmerung vielleicht in Worte fassen. Aber meine Gefühle unterschieden sich so sehr von denen im gewöhnlichen Leben, dass es nahezu unmöglich ist, sie zu beschreiben. Ich begann etwas zu entwickeln, was an Panikattacken erinnerte. Ein Kältegefühl kroch durch meinen ganzen Körper, und meine Angst wuchs. Ich hatte das Gefühl, ohnmächtig zu werden. Mein Herz schien

eher langsamer als schneller zu schlagen. Dagegen half es ein wenig, wenn ich etwas umherspazierte. Die Einnahme eines Betablockers half auch. Manchmal hielt dieses Gefühl einige Minuten an, andere Male Stunden. Meine Therapeutin war mir eine große Stütze und zeigte mir Atemtechniken, die helfen sollten, die Panik zu überwinden. Es war schwer festzustellen, was diese Anfälle auslöste. Als ich meiner Psychiaterin sagte, dass ich nicht depressiv, sondern extrem ängstlich sei, war sie nicht überzeugt, sondern meinte vielmehr, dass ich gerade eine neue depressive Episode durchlebte.

Körperliche Bewegung hatte mir bei leichter Depression oder dann, wenn ich gedrückter Stimmung war, immer geholfen. So versuchte ich es einmal mit Tennis. Zum Erstaunen meiner Partnerin spielte ich ausgezeichnet, obwohl ich kaum ein Wort über die Lippen bringen konnte. Ich versuchte es auch mit Jogging, aber das erschöpfte mich, und wenn ich mich hinlegte, um mich auszuruhen, versank ich in einen sehr merkwürdigen Halbschlaf, in dem ich keine Kontrolle über meine Gedanken mehr hatte. Ich hatte das Gefühl, verrückt zu werden – ein Begriff, der weniger stigmatisiert ist als «wahnsinnig». Meine Therapeutin und meine Psychiaterin beruhigten mich und sagten, dass ich wieder gesund werden würde. Ich glaubte ihnen nicht. Auch das Wissen, dass ich mich von meiner vorigen Depression erholt hatte, half mir überhaupt nicht weiter. Ich hatte nichts dazugelernt. Und als ein Freund mir riet, mein eigenes Buch zu lesen, fand ich das nicht einmal mehr komisch.

Im Gegensatz zur früheren Erfahrung hatte ich dieses Mal keine Selbstmordgedanken, aber ich kam mir die ganze Zeit so vor, als hätte ich eine leichte Grippe ohne Fieber. Ich konnte nur ein paar Stunden zur Arbeit gehen, dann fühlte ich mich zu schlecht, um weiterzumachen. Ein Teil davon dürfte sich mit Nebenwirkungen von Paroxetin erklären lassen, zu denen auch Übelkeit zählt. Im November und Dezember standen wichtige Termine an: ein größerer Vortrag in Deutsch-

land, eine Veranstaltung bei der Royal Society in London, die ich selbst mitorganisiert hatte, und eine Reise nach Brasilien, in deren Verlauf ich fünf Vorträge halten sollte. Die Chance, dass ich auch nur an einer dieser Veranstaltungen teilnehmen würde, wurde immer geringer. Es war mir gerade noch möglich, meinen Lehrverpflichtungen nachzukommen, aber der Gedanke an Reisen machte mir Angst. Was würde ich tun, wenn ich unterwegs eine schwere Panikattacke bekäme? Ich sagte sämtliche Termine ab, und es tut mir noch heute sehr leid, dass ich damals einige Leute im Stich gelassen habe. Es gehört zu den merkwürdigen Aspekten der Depression, dass es mir jetzt schwerfällt, mich an die Gefühle zu erinnern, die mir diese Reisen unmöglich machten.

Es gab Tage, an denen ich kaum aufstehen konnte. Ich dachte oft an die Möglichkeit, um stationäre Aufnahme zu bitten, und meine Psychiaterin traf die nötigen Maßnahmen. Meine Partnerin hatte große Mühe, mit meinem Zustand umzugehen. Sie überredete mich, gegen meinen Willen einen Psychoanalytiker aufzusuchen; trotzdem ging ich weiterhin jede Woche zu meiner Therapeutin. Meine Partnerin musste mich zum Analytiker chauffieren und wieder abholen, denn ich war unfähig, allein zu fahren. Ich wollte nicht auf die Couch, und bei einigen Sitzungen geriet ich in Panik. Der Analytiker war recht vernünftig und riet mir zu einem gründlichen medizinischen Check-up, dem ich mich auch unterzog, aber alle Befunde waren normal. Diese Art von Therapie half mir jedoch überhaupt nicht, und zwar nicht nur, weil ich davon überzeugt bin, dass in der Psychoanalyse die meisten Ansätze einer wissenschaftlichen Grundlage entbehren. Es gab vielmehr zwei wesentliche Gründe für das Scheitern. Der erste trat zutage, als der Analytiker mir sagte, dass es mir ohne seine Hilfe nicht besser gehen würde. Ich hatte den Eindruck, dass er mich für die nächsten Jahre an den Angelhaken nehmen wollte, und empfand seine Äußerung als unmoralisch und inakzeptabel. Der zweite Grund

Originaldokument  
© Verlags C. H. Beck

hatte mit seiner Diagnose dessen zu tun, was bei mir nicht stimmte. Nichts Neues: Ich hätte Angst vor meiner bevorstehenden Pensionierung und bräuchte andere Menschen, um meine Identität nicht zu verlieren. Er behauptete auch, dass ich einen Zusammenbruch wiederholte, den ich in meiner Jugend gehabt hätte, aber ich konnte mich an einen solchen Vorfall überhaupt nicht erinnern. Selbst wenn ich eingeräumt hätte, dass alles wahr sei – was sollte ich mit alledem anfangen? Was konnte er mir anbieten? Nichts, wie es schien, außer dass er mich aufforderte, mich auf die Couch zu legen und mehrmals wöchentlich für 94 Pfund pro Sitzung frei zu assoziieren. Für mich weder hilfreich noch akzeptabel.

Zum Glück machte er über Weihnachten einen langen – drei Wochen dauernden – Urlaub, und mir ging es langsam wieder besser. Wahrscheinlich lag es am Paroxetin, aber es hatte doch mindestens sechs Wochen gebraucht, bis es anschlug. Der erste Hinweis bestand darin, dass es Tage gab, an denen ich keinen Panikanfall hatte. Ein wichtiger positiver Schritt war, dass ich zu einer Party eines verständnisvollen Freundes ging und imstande war, den ganzen Abend durchzustehen – was in der Rückschau banal erscheint, für mich aber eine recht beachtliche Leistung darstellte, die mein Selbstvertrauen stärkte. An Weihnachten konnte ich den Tag mit meiner Partnerin und ihrer Familie verbringen, und wir besuchten sogar eine Silvesterparty, auf der ich mich amüsierte. Mir ging es besser, und als mein Psychoanalytiker Anfang Januar zurückkehrte, fühlte ich mich wohl genug, um ihm zu sagen, dass ich zu keinen weiteren Sitzungen mehr kommen würde.

Meine Therapeutin, die, wie bereits erwähnt, einen kognitiven Behandlungsansatz hatte, war wesentlich hilfreicher. Für mich war es eine viel bessere Beziehung, da sie nichts von der Geheimniskrämerei des Analytikers an sich hatte – er hatte mir noch nicht einmal verraten, wohin er in Urlaub fuhr. Die Beziehung zu meiner Therapeutin war viel offener

und persönlicher: Wir konnten über praktische Fragen diskutieren, zum Beispiel darüber, ob und wann bevorstehende Verpflichtungen, wie Vorträge, abgesagt werden sollten, beziehungsweise wie ich mich auf sie vorbereiten könnte. Sie ermunterte mich, mich so viel wie möglich auszuruhen und deswegen keine Schuldgefühle zu entwickeln. Sie machte keinen Versuch, zu dem Zuflucht zu nehmen, was ich für Psycho-Geschwätz halte; wir diskutierten vielmehr offen über all meine Probleme und ihre möglichen Ursachen.

Von da an verbesserte sich mein Zustand, und ich bin sogar ein bisschen, aber wirklich nur ein ganz kleines bisschen, manisch geworden – vielleicht infolge von Paroxetin, das ich nach wie vor einnehme, wenn auch nur in ziemlich niedriger Dosierung. Meine Psychiaterin will, dass ich mindestens noch ein Jahr bei diesem Medikament bleibe. Es scheint das Richtige zu sein, da die Nebenwirkungen – einmal abgesehen von der sexuellen Aktivität – minimal sind. Ich könnte es auch für den Rest meines Lebens nehmen. Es scheint kein plausibles Argument gegen die Langzeiteinnahme eines Antidepressivums zu geben, wenn sich dadurch doch ein erneutes Auftreten der Krankheit verhindern lässt.

Ich muss jetzt darauf gefasst sein, dass es zu einer weiteren depressiven Episode kommen kann. Wenn man mich fragt, was eigentlich meine letzte ausgelöst hat, muss ich zugeben, dass ich wirklich keine Ahnung habe. Ich kann mir eine Geschichte zurechtlegen, dass die Sache etwas mit meiner Angst vor dem Ruhestand zu tun hatte, aber woher soll ich wissen, ob das tatsächlich *die* Erklärung ist? Wichtiger ist die Frage, wie eine weitere Episode vermieden werden kann. Alles, was es an zuverlässiger Evidenz gibt, weist in die Richtung, dass sowohl die Kognitive Verhaltenstherapie als auch Antidepressiva eine erneute Attacke verzögern oder sogar völlig unterbinden können. Und mir und anderen rate ich dringend, so früh wie möglich professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. (2001)

Seit der letzten Auflage dieses Buchs hatte ich drei weitere Episoden. Es ist tatsächlich ein chronischer Zustand. Diese depressiven Episoden waren jedoch anders: Ich fühlte mich morgens sehr müde und ein bisschen unwohl, aber gegen Abend ging es mir besser. Eigentlich fühlte ich mich überhaupt nicht deprimiert, aber meine Psychiaterin sagte mir, dass es eine Depression sei und ich somatisiere, das heißt, dass die Depression körperliche Symptome auslöste. Jogging ermüdete mich stark. Ich nahm wieder Paroxetin, und nach ein paar Monaten ging es mir besser. Aber ein Jahr später, am Ende meines Urlaubs, meldete sie sich zurück, dieses Mal in Verbindung mit Übelkeit. Meine neue Psychiaterin – meine frühere war in der Zwischenzeit in den Ruhestand getreten – beschloss, dass ich auf ein anderes Antidepressivum umsteigen sollte. Dies war eine sehr schwierige Periode, in der ich mich oft unwohl und matt fühlte, aber schließlich nahm ich Venlafaxin und fühlte mich endlich fast ein ganzes Jahr lang geradezu beängstigend wohl. Großartig – aber es hielt nicht an, und als ich mich wegen Blasen- und Prostatakrebs einigen urologischen Untersuchungen unterziehen musste, zu denen auch Biopsien gehörten, fing alles wieder an, und ich musste meine Teilnahme an Konferenzen in Portugal und Neuseeland absagen. Bis zu einem gewissen Grad leide ich, während ich dies hier schreibe, immer noch darunter.

(2006)