

1 Einführung – Depression als das Ringen einer Person um ihr Gleichgewicht

Die Depressionstherapie ist so vielschichtig wie die depressive Störung selbst. Was dem einen Patienten hilft, kann bei einem anderen nutzlos sein oder sogar schaden. Die Einteilung depressiver Störungen nach der Weltgesundheitsorganisation (ICD-10) oder nach der amerikanischen Gesellschaft für Psychiatrie (DSM-IV) verhilft zwar zu einer ersten Orientierung, doch sind z. B. bei Menschen mit einer depressiven Episode ganz unterschiedliche Problembereiche zu finden. Deshalb wird in der Forschung heute nach Phänotypen (spezifischen depressiven Erscheinungsformen) und Genotypen (spezifischen erblichen Konstellationen solcher depressiver Erscheinungsformen) gesucht. Sie sollen eine individuellere Behandlungsform ermöglichen. Personorientiert ist jedoch eine Behandlung erst, wenn sie nicht nur individuelle Unterschiede in biologischer und psychosozialer Hinsicht erfasst, sondern die Person als Ganzes ins Zentrum rückt und ihre persönliche Erlebensweise berücksichtigt.

1.1 Der Ausgangspunkt

Jeder therapeutische Ansatz geht von einem bestimmten Depressionsverständnis aus. Deshalb möchte ich zu Beginn dieses Buches meine eigene Position kurz darlegen. Während meiner vierzigjährigen Tätigkeit als Psychiater und Psychotherapeut habe ich den Wandel verschiedener Konzeptionen in der Psychiatrie und Psychotherapie intensiv miterlebt. Zunächst herrschte in den 1970er Jahren das Interesse an psychodynamischen und familiendynamischen bzw. systemischen Ansätzen vor. Dann wurde unter dem Leitwort „bio-psycho-soziale Medizin“ vermehrt um eine Integration von psychosozialen und biologischen Aspekten gerungen. Schließlich gewannen biologische Zugänge dank neuer Imaging- und molekularbiologischer Techniken insbesondere in der forschungsorientierten Universitätspsychiatrie ein Übergewicht.

Als ehemaliger Hochschullehrer und Direktor der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich wurde ich in den letzten zwei Jahrzehnten in diese Auseinandersetzungen um das Depressionsverständnis einbezogen. Ich habe dabei versucht, aus einem starken Praxisbezug heraus eine eigene Linie in Forschung und Lehre zu finden. Heute bin ich der Überzeugung, dass ich am meisten von meinen Patientinnen und Patienten und meiner klinischen Tätigkeit gelernt habe, auch wenn die Forschung meiner damaligen Forschungsgruppen in biologischer und psychosozialer Hinsicht internationale Anerkennung fand. Diese Einschätzung ist vom Eindruck geprägt, dass die eigenen Forschungsanstrengungen zwar Teilaspekte des depressiven Geschehens empirisch und mit statistischen Mitteln erfassen konnten, aber das Persönliche der Auseinandersetzung eines depressiven Menschen mit seiner Situation dabei zurücktreten musste. Dieses Persönliche erhält für mich immer mehr Bedeutung, je länger ich mich mit der Behandlung depressiver Menschen beschäftige. Es erscheint mir nicht mehr nur einer unter mehreren Behandlungsaspekten zu sein, sondern der wesentliche. Schon gar nicht betrachte ich es als Vehikel, um die Betroffenen für eine bestimmte Therapie zu gewinnen, die man aus anderen Gründen wählt (wie Lieberman und Rush 1996 empfehlen). Meines Erachtens hat die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung von der Persönlichkeit eines Menschen und seinem phänomenalen Selbsterleben auszugehen, auch wenn empirische Fakten und andere Aspekte zum Entscheidungsprozess und zur Therapie beitragen.

Aus dieser Haltung heraus suche ich in diesem Buch die empirischen Erkenntnisse der Depressionsforschung der letzten Jahre und Jahrzehnte in ein Gesamtkonzept einzuordnen, das die Person ins Zentrum stellt. Diese Haltung nenne ich „Personbezogenheit“. *Ich verstehe Depression als das Ringen einer Person um ihr Gleichgewicht.*

Drei Begriffe sind mir in diesem Zusammenhang besonders wichtig: Person, Gleichgewicht und Depression. Alle drei sind, wie alle isoliert gebrauchten Worte, missverständlich. Ich möchte deshalb eingangs erklären, wie ich diese für mich (und für das Verständnis dieses Buches) wesentlichen Begriffe verstehe. Ich will das nicht abstrakt tun, sondern vor dem Hintergrund meiner therapeutischen Auseinandersetzung mit Not leidenden Menschen.

1.2 Depression

Depression (lat. deprimere = niederdrücken, niederschlagen) ist ein Begriff, der in der deutschen Psychiatrie des 19. Jahrhunderts als Lehnbegriff aus dem Französischen aufkam und im 20. Jahrhundert größte Verbreitung fand. Selbstverständlich kannten auch Menschen früherer Zeiten seelische Befindlichkeiten und Verhaltensweisen, die wir heute als „Depression“ bezeichnen. Nur hatten sie ein anderes Verständnis dieser Leidensformen und nannten sie anders, z. B. Melancholie, Akedia oder Schwermut.

Seit es schriftliche Zeugnisse gibt, finden sich auch Berichte über Menschen, die seit dem 19. und 20. Jahrhundert als depressiv charakterisiert würden. In der griechischen Antike wurden diese Menschen zuerst von den Philosophen, später auch von der hippokratischen Ärzteschule „Melancholiker“ (von griech. melancholia = Schwarzgalligkeit) genannt. Im Mittelalter kam der theologisch beeinflusste Ausdruck „Akedia“ oder „Trägheit“ für leichtere und agitierte Fälle hinzu. In der Renaissance wurde von Mystikern für bestimmte religiöse Menschen die Bezeichnung „Dunkle Nacht“ gewählt. In der Neuzeit fand auch die Beschreibung „Schwermut“ Verbreitung, bis sich im Übergang vom 19. zum 20. Jahrhundert der Ausdruck „Depression“ durchsetzte. Die hier zusammengestellten Begriffe bezeichneten nicht immer Identisches. Vor allem ihre Grenzziehung zum Gesunden und zu anderen psychischen Problemen war unterschiedlich. Alle schlossen aber einen Kernbereich ein, der Niedergeschlagenheit und Antriebshemmung umfasst, Symptome, die auch heute zu den Leitkriterien der Depression gehören (Ackerknecht 1985, Starobinski 1960).

Im historischen Rückblick auf die verschiedenen Versuche, depressive Zustände zu verstehen und zu erklären, fällt auf, dass die Betonung der negativen Seite der Depression immer wieder von Gegenbewegungen der Positivierung abgelöst wurde – etwa in der griechischen Antike, als Melancholiker mit Kreativität in Zusammenhang gebracht wurden, oder in der Renaissance, als die spätmittelalterliche Dämonisierung der Trägheit (Akedia) im Verständnis der „Dunklen Nacht“ entdämonisiert wurde. Auch heute lässt sich als Reaktion auf die Pathologisierung der Depression als funktionelle Hirnstörung eine entpathologisierende Gegenbewegung unter dem Begriff „Burnout“ und seltener unter dem Verständnis einer „spirituellen Krise“ beobachten.

Lange Zeit wurden Depressionen – wie früher auch das melancholische Krankheitsbild oder die Akedia – nur idealtypisch beschrieben und mit charakteristischen Beispielen illustriert (► **Kap. 11**). Erst in den letzten zwei bzw. drei Jahrzehnten wurde in den internationalen Klassifikationssystemen versucht, Depressionen mit einheitlich definierten Kriterien exakter zu fassen und mit statistischen Mitteln von andern Störungen abzugrenzen (► **Abb. 1**).

Hauptsymptome		Zusatzsymptome				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ depressive Stimmung ▪ Verlust von Interesse und Freude (Anhedonie) ▪ Verminderung des Antriebs und erhöhte Ermüdbarkeit 		<ul style="list-style-type: none"> ➤ verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit ➤ vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen ➤ Gefühle von Schuld und Wertlosigkeit ➤ negative und pessimistische Zukunftsperspektiven ➤ Suizidphantasien und -handlungen ➤ Schlafstörungen ➤ verminderter Appetit 				
$\Sigma \dots$		$\Sigma \dots$				
2	2	leicht	depressive Episode	depressive Episode, monophasisch	F 32	
2	3 - 4	mittel		depressive Episode, rezidivierend	F 33	
3	≥ 4	schwer		depressive Episode im Rahmen eines bipolaren Verlaufs	F 31	
Symptome (≥ 2 Wochen)			Schweregrad	psychopathologisches Syndrom	ICD-10	

Abb. 1: Kriterien der depressiven Episode nach ICD-10 (Quelle: Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, 1997)

Diese symptomorientierte, kriteriengeleitete Beschreibung erlaubt eine bessere Übereinstimmung der Diagnosestellung zwischen den verschiedenen Ärzten, also eine bessere Reliabilität. Doch bleibt fraglich, wie es mit der Gültigkeit bzw. Validität dieser Diagnose steht bzw. inwieweit unter der gleichen Diagnosestellung ganz verschiedene Problemstellungen subsumiert werden. Denn der Umbruch in der Diagnostik basiert nicht auf neuen psychologischen oder biologischen Erkenntnissen. Vielmehr verhalfen Fortschritte der statistischen Analyse (Computerisierung) dazu, dass verrechenbare Symptommuster vermehrt ins Zentrum rücken. Dadurch findet aber der Lebenskontext der Kranken weniger Berücksichtigung. Eine methodisch hochwertige und gleichzeitig beißende Kritik der aktuellen Depressionsdiagnostik haben die beiden englischen Sozialwissenschaftler Alan Horwitz und Jerome Wakefield verfasst (unter dem

Titel: „The Loss of Sadness – How Psychiatry Transformed Normal Sorrow into Depressive Disorder“, 2007. Zur allgemeinen Problematik der psychiatrischen Diagnostik vgl. auch D. Hell: „Seelenhunger – Der fühlende Mensch und die Wissenschaften vom Leben“, 2003).

Depression im heutigen psychiatrischen Sinne ist zweifelsohne ein theoretisches Konstrukt, das sich aus einer Gruppe von Symptomen zusammensetzt, die die wissenschaftliche Gemeinde aufgrund klinischer Erfahrungen und statistischer Zusammenhänge als depressiv anerkennt (► **Abb. 1**). Würde morgen ein anderes Konzept unter internationalen Experten Konsens finden (was mit dem DSM V und dem ICD 11 zu erwarten ist), würden bestimmte Menschen nicht mehr unter die Depressionsdiagnose fallen, andere dafür neu als depressiv diagnostiziert werden und die Häufigkeit der Diagnosestellung würde verändert.

In Kenntnis dieser Umstände und im Wissen um historische und aktuelle kulturelle und gesundheitspolitische Zusammenhänge scheint es mir dennoch angebracht, die heutige Depressionsdefinition der Weltgesundheitsorganisation (ICD-10) als diagnostische Übereinkunft zu übernehmen, dabei aber offen zu bleiben für die Vielfalt depressiver Bilder und die Mehrdimensionalität depressiven Leidens. Wenn die aktuelle kategoriale Depressionsdiagnostik mit den nötigen kritischen Vorbehalten übernommen wird, verringert sich die Gefahr, dass das Kästchen-Denken in Diagnosekategorien in der therapeutischen Praxis zum Prokrustesbett wird, in das ein Patient hineingepresst wird, obwohl vieles, was seine Problematik ausmacht, nicht hineinpasst (und letzteres sogar wichtiger sein kann als seine unter der Diagnose Depression zusammengefassten Symptome). Infolgedessen scheint es mir nach wie vor sehr wichtig zu sein, das depressive Geschehen nicht nur an den vorliegenden Symptomen zu erkennen, sondern das ganzheitliche Erleben, die depressive Gestalt eines Menschen, im Blick zu behalten. Denn eine Person leidet nicht nur an einzelnen Beschwerden, sondern vor allem an der gesamten Veränderung ihrer Gestimmtheit und ihres Antriebs. Sie fühlt sich besser verstanden, wenn diese umfassende Veränderung ihrer Vitalität und Befindlichkeit erkannt wird, als wenn sie nur als Symptomträgerin eingeschätzt wird (Tellenbach 1987).

Deshalb können einem Menschen Bilder und Metaphern für sein Leiden manchmal mehr entsprechen als die Zusammenfassung von Symptomen in einer Beschwerdeliste. Insbesondere der Vergleich mit einem reibungsvollen Bremsmanöver, das der Körper gegen den Willen des Betroffenen einleitet, hat sich bei vielen meiner Patienten bewährt. Viele moderne, mit der Technik aufgewachsene Menschen erfahren ihre depressive Einschränkung tatsächlich so, als ob sie mit angezogener Handbremse vorwärts kommen müssten. Weniger mechanistisch ist der schöne Vergleich mit einem winterlichen Zustand, einer

Art aufgezwungenem Winterschlaf. Dieses Bild einer Depression weckt auch die Hoffnung auf einen Frühling, an dem die winterlich eingefrorene Natur wieder erwacht und Blüten treibt.

Aus epidemiologischen und interkulturellen Studien ist bestens bekannt, dass sich Depressionen je nach Sozialisation und gesellschaftlichem Hintergrund unterschiedlich äußern (Übersicht bei Stoppe et al. 2006). Auch Geschlechts- und Alterseinflüsse spielen eine wichtige Rolle. So werden im höheren Alter vermehrt körperliche Symptome (wie Inappetenz, Obstipation etc.) in den Vordergrund gestellt. Frauen und Männer zeigen ihre Depressivität, insbesondere wenn diese geringgradig ausgeprägt ist, nicht immer auf die gleiche Weise. Frauen sind tendenziell in ihrer emotionalen Ausdrucksweise offener und stehen auch oft unter größerem sozialem Verpflichtungsdruck. Männer suchen demgegenüber depressive Zustände vermehrt mit Substanzgebrauch oder ablenkendem, auch gereizt-aggressivem Verhalten abzuwehren. So wird die doppelt so hohe Depressionsrate unter Frauen gegenüber Männern auch mit einer leichteren diagnostischen Erfassung der Depression bei Frauen in Zusammenhang gebracht. Zudem scheint die Kriterien geleitete aktuelle Depressionsdiagnostik stärker feminin als maskulin orientiert. Interessanterweise gleichen sich die Geschlechtsverhältnisse etwas an, wenn Agitation und andere, nach außen gerichtete Verhaltensweisen wie Aggressivität oder Gereiztheit eingeschlossen werden, die Männer tendenziell häufiger zeigen.

- Depressive Episode
- Rezidivierende depressive Störung
- Gegenwärtige depressive Episode bei bipolarer affektiver Störung
- Dysthymie/Zyklothymie
- Atypische Depression
- SAD: saisonal abhängige Depression
- double depression (Dysthymie plus aktuelle depressive Episode)
- recurrent brief depression

Abb. 2: Depressive Störungen nach ICD-10 und DSM-IV

Bei allen geschlechts-, alters- und kulturbedingten Unterschieden lässt sich doch übereinstimmend eine länger anhaltende, aber meist reversible Einschränkung des Wohlbefindens feststellen, die mit Schwierigkeiten einhergeht, Alltagsaktivitäten zu bewältigen. Dieses depressive Kernsyndrom kann unterschiedlich schwer ausgeprägt sein, verschiedene Verläufe nehmen und mit organischen Krankheiten verknüpft sein. Deshalb macht es Sinn, Depressionen je nach

Verlauf, saisonalen und zirkadianen Mustern, organischer Beteiligung und Schweregrad in depressive Subtypen, bzw. verschiedenartige Störungskategorien einzuteilen (► **Abb. 2**).

1.3 Gleichgewicht

Wenn die verschiedenen aktuellen Depressionstheorien und die historischen Konzeptionen von Melancholie, Akedia und „Dunkler Nacht“ nicht nur auf ihre Unterschiede, sondern auch auf Gemeinsamkeiten hin studiert werden, fällt auf, dass sie regelhaft von einem Ungleichgewicht ausgehen, sei es von einem Ungleichgewicht körperlicher Stoffe, seelischer Kräfte oder sozialer Verhältnisse.

Alle historischen Begriffe zeichnet aus, dass sie die Problematik in einer Störung des Gleichgewichts eines Menschen sehen: die Melancholie in einer Gleichgewichtsstörung der Körpersäfte (Übergewicht der schwarzen Galle gegenüber Blut, Schleim und gelber Galle), die Akedia in einer egozentrischen Störung der göttlichen Ordnung (Maßlosigkeit menschlicher Triebe und Gedanken), die „Dunkle Nacht“ in einem Gleichgewichtsverlust infolge Aufgabe eines untauglichen, aber früher stabilisierenden Gottesbildes und die Depression in einer Störung der Homöostase in biologischer, psychologischer und sozialer Hinsicht. Auf die letzten beiden Aspekte gehe ich detailliert in den Kapiteln 4 bis 9 ein, weshalb ich hier nur beispielhaft und kurz auf das Ungleichgewicht der Botenstoffe bzw. den Aminmangel in biologischen Hypothesen verweise.

Einen Gleichgewichtsverlust beklagen auch die meisten depressiven Menschen. Es ist kein Zufall, dass manche von einem Nervenzusammenbruch sprechen, viele andere von einem Gefühl der Ohnmacht, der psychischen Lähmung, des Schwindels oder davon, dass ihr gewohntes Leben durcheinander geraten ist, nichts mehr selbstverständlich ist und sie nicht mehr ein noch aus wissen. Mit solchen Bildern drücken sehr viele depressive Menschen aus, dass sie ein für sie früher selbstverständliches oder mühsam gehaltenes Gleichgewicht verloren haben.

Die grundlegende Vorstellung der Depression als einer Gleichgewichtsstörung hat den Vorteil, dass nicht nur ganz unterschiedliche biologische, psychologische und soziale Auslösefaktoren, die oft eine Ergänzungsreihe bilden, darunter subsumiert werden können. Es findet auch die anthropologische Beobachtung Berücksichtigung, dass Menschen immer wieder neu um ein labiles Gleichgewicht in ihrem Leben ringen müssen. Der Mensch verfügt nun einmal nicht über eine von allem Anfang an festgelegte Identität oder eine unwandelbare biologische Ausstattung oder gar über eine immer gleich bleibende Lebenssituation. Er

macht im Gegenteil eine ständige Entwicklung durch und hat sich auch immer wieder neu an sich verändernde kulturelle und soziale Bedingungen anzupassen. Auch seine Identitätsentwicklung ist im Erwachsenenalter nicht ein für alle Mal abgeschlossen, sondern bedarf besonders in unserer schnelllebigen Zivilisation der ständigen Entwicklung. Die von ihm geforderte Adaptation und Akkommodation machen ihn aber auch als „nicht festgestelltes Tier“ oder als „Mängelwesen“ (Gehlen 1961) besonders anfällig für Störungen des Gleichgewichts. Störungsanfälligkeit und Problembewusstsein sind humane Charakteristika und bilden eine spezifisch menschliche Herausforderung. Sie hängen nach dem deutschen Philosophen Plessner (1957) mit seiner „exzentrischen Positionalität“ zusammen, also der Fähigkeit, sich wie von außen wahrzunehmen. Umso mehr benötigt der Mensch auch Ressourcen und Hilfestellungen, um eine gewisse Stabilität – man könnte auch von einem labilen Gleichgewicht sprechen – zu erreichen. Dazu gehören z. B. die Akzeptanz durch die Mitwelt, transpersonale Werte, die Befriedigung grundlegender Bedürfnisse wie Bindung und Sicherheit sowie eine gewisse Freiheit zur Selbstgestaltung. Wird ihm sowohl eine sichere Bindung wie die Möglichkeit, sich persönlich auszudrücken, verwehrt und findet er keine Anerkennung, so verliert er an Halt und Bodenkontakt. Auf sich selbst geworfen, ohne Möglichkeit, ein Werk zu schaffen oder auf andere bezogen zu sein, und ohne existenzielle Rückzugsmöglichkeit fühlt sich der Mensch verloren. Gerade depressive Menschen leiden häufig an einer solchen Ohnmachtsempfindung – aus welchen Gründen auch immer. Eine meiner Patientinnen hat dafür das Bild gebraucht, im Treibsand zu versinken. Andere haben vom Gefühl gesprochen, über schwankende Bretter zu gehen, mit den Wellen zu kämpfen oder einfach die Fassung zu verlieren.

In stärker technischen Begriffen kann auch von einer Störung der Homöostase gesprochen werden, womit in der Systemtheorie eine Störung des Gleichgewichts gemeint ist (Egger 2000, 2008). Nach dem bio-psycho-sozialen Modell ist das menschliche Leben durch eine hierarchische Ordnung verschiedener Organisationsebenen charakterisiert (► **Abb. 3**). Jede Ebene, z. B. die atomare oder die kulturelle, repräsentiert ein dynamisch organisiertes System. Keine Ebene innerhalb dieser hierarchischen Ordnung, von den Superstrings des Mikrokosmos bis zum Universum im Makrokosmos, ist ganz isoliert. Vielmehr ist jede mit der andern (über die nächstliegende) verbunden, sodass eine Änderung auf der einen Ebene, z. B. der atomaren Ebene, Veränderungen in den anderen Ebenen, z. B. zunächst der molekularen, indirekt aber auch z. B. der kulturellen Ebene, bewirken kann.

Nach diesem bio-psycho-sozialen Modell bedeutet Gesundheit, dass ein Mensch unvermeidbare Störungen auf irgendeiner Systemebene autoregulativ

bewältigen kann. Krankheit bedeutet demgegenüber, dass der Mensch nicht in der Lage ist, sein Gleichgewicht bei Störungen ausreichend zu bewahren (Petzold 2001, Grawe 2004). Gesundheit und Krankheit erscheinen infolgedessen nicht als stabile Zustände, sondern als dynamische Prozesse.

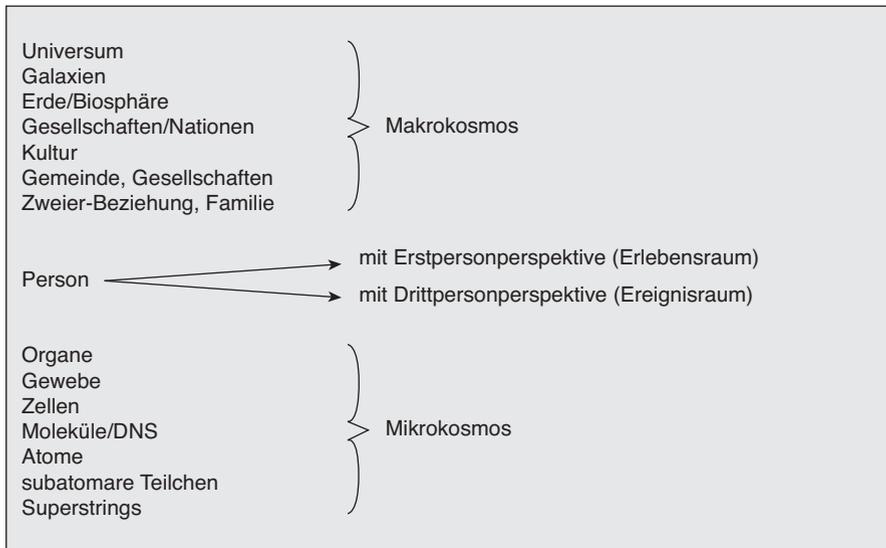


Abb. 3: Systemebenen des bio-psycho-sozialen Modells (mod. n. Engel 1976 und Egger 2008)

Wird dieses gegenwärtig wohl kohärenteste und kompakteste Konzept zum Verständnis von Gesundheit und Krankheit auf Depressionen angewandt, so erscheint das depressive Geschehen als eine spezifische Störung des Gleichgewichts, ohne dass allerdings schon klar ist, welche Hierarchieebenen in welcher Weise aus dem Gleichgewicht gebracht sind. Ebenso ungeklärt bleibt zunächst, wie sich die verschiedenen Ebenen gegenseitig beeinflussen bzw. wie sie miteinander verbunden sind. Der Zauberbegriff der Emergenz, der dafür in der Systemtheorie herangezogen wird, übertüncht hier wohl mehr, als er erklärt (Fuchs 2010). Auch die Depressionsforschung muss sich vorerst damit begnügen, einzelne Ebenen, z. B. die molekulare oder die Beziehungsebene, isoliert zu untersuchen. Erst wenn die Verhältnisse und Störungen der einzelnen Ebenen analysiert sind, können in einem zweiten Schritt (über Korrelationen) Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Systemebenen postuliert und in einem weiteren, noch später zu erfolgenden Schritt Wechselwirkungen dieser Ebenen untersucht werden. Derzeit verfügen wir aber erst über begrenzte Erkenntnisse, die sich im Wesentlichen auf einzelne, isoliert untersuchte Ebenen

beschränken. Das heißt aber auch, dass die daraus schon heute abgeleiteten Auswirkungen auf weitere Ebenen weitgehend hypothetisch sind. Das gilt gerade auch für neurowissenschaftliche Hypothesen, die heute hoch im Kurs stehen. Es wird meist postuliert, dass von Veränderungen auf der molekularen oder geweblichen Ebene Rückschlüsse auf die Beziehungs- oder Personenebene gezogen werden können, ohne dass kausale Zusammenhänge dieser Systemebenen genauer bekannt wären. Als spezifische und isolierte Veränderungen einer bestimmten hierarchischen Systemebene verdienen sie aber Interesse, auch wenn keine Extrapolation auf andere Ebenen vorgenommen wird. Die bestuntersuchten und wichtigsten Veränderungen einzelner Systemebenen werde ich in Kapitel 3 zusammenfassen.

1.4 Person

Das bio-psycho-soziale Modell von Engel (1976) benutzt zwar auch den Person-Begriff, doch meines Erachtens in einer reduktionistischen Weise. Die Person wird nämlich auf Physiologie und Verhalten eines Menschen reduziert, als ob er über keinen Erlebensraum verfügen würde. In ► **Abb. 3** ist dieser Kritik bereits Rechnung getragen, indem neben Physiologie und Verhalten aus der Außensicht (genauer der Perspektive der dritten Person) auch das leib-seelische Erleben aus der Innensicht (der Perspektive der ersten Person) Berücksichtigung findet. Schon Egger (2008) hat das Modell von Engel insofern erweitert, als er – dem philosophiegeschichtlichen Gebrauch des Wortes „Person“ entsprechend – auch das Erleben in den Person-Begriff einbezog. Nach meinem Verständnis kann von einer Person ohne Berücksichtigung des subjektiven Erlebensraums eines Menschen – mithin der Perspektive der ersten Person – nicht gesprochen werden. Ich halte dafür, dass eine Person dadurch ausgezeichnet ist, dass sie gerade nicht vollends objektiviert und zu einer Sache gemacht werden kann. Der Mensch als Person ist mehr als sein Bild, das er oder andere von ihm machen. Es ist ihm ein (selbst) bewusstes Erleben eigen, das überhaupt erst die Voraussetzung für jede Erkenntnis bildet.

Was aber das bio-psycho-soziale Modell (insbesondere auch in der erweiterten Form) zu Recht betont, ist der Umstand, dass die Person als eigene Ebene zu behandeln ist. Als solche geht sie weder im Mikrokosmos der Atome und Moleküle, noch im Makrokosmos der Kultur und Gesellschaft auf und weist eine eigene Dynamik auf. Die Person ist im Zwischenbereich von

Mikro- und Makrokosmos angesiedelt, in enger Nachbarschaft zur Zweierbeziehung und Familie. Tatsächlich kann die Person nicht als Einzelwesen gedacht werden. Sie setzt andere Personen für ihre Entwicklung voraus. Wenn Martin Buber (1962, S. 15) sagt: „Ich werde am Du“, so gilt das für die personalen Entwicklungen in früher Kindheit wie wohl auch für die Menschheitsentwicklung generell. Nach dem Säuglingsforscher Daniel Stern (1998) kommt das „du bist“ vor dem „ich bin“. Oder anders gesagt: Die Subjektivität setzt eine primäre Intersubjektivität bzw. eine intersubjektive Matrix voraus.

Nach R. Spaemann, der sich als Philosoph in seinem anspruchsvollen Buch „Personen“ (1996) besonders intensiv mit dem Person-Begriff beschäftigt hat, ist Personalität eine Existenzweise und kein Etwas. „Es gibt keine Eigenschaft, die ‚Personsein‘ hieße“ (S. 14). In diesem Sinne gibt es auch kein Ich als solipsistisches oder sich selbst organisierendes Ego, sondern nur ein intersubjektiv angelegtes Bewusstsein, das sich als eigene Person wahrnimmt. Es ist kein Zufall, dass der Person-Begriff aus der Auseinandersetzung mit der christlichen Trinitätslehre entstanden ist. Dort diente er als Erklärung dafür, dass Gott mehrere Realisierungen, sprich „Personen“, umfassen kann und doch eine Einheit ist. Auch im säkularen Sinne kann das Bewusstsein letztlich nicht egoifiziert werden, auch wenn es jedem einzelnen Menschen persönlich gegeben ist. Die Person setzt ein Angesprochenwerden und Antworten voraus. Sie ist in aller Einmaligkeit und einzigartigen Selbstgehörigkeit immer auf andere bezogen. Erst der verbale oder averbale Dialog lässt das Persönliche in seiner Eigenart hervortreten. Deshalb kann Spaemann sagen: „Personen gibt es nur im Plural“ (ebd. S. 248).

Dieser kurze philosophiegeschichtliche Ein- und Rückblick macht deutlich, dass Person etwas grundsätzlich anderes meint als das, was man heute in der „personalisierten Medizin“ darunter versteht. Da erhält die Person genetische oder molekulare Eigenschaften, die sie charakterisieren sollen (► **Kap. 2.3**). Wenn ich in diesem Buch das Wort „Person“ verwende, so spreche ich damit eine Unverfügbarkeit des Menschen (auch zu medizinischen Zwecken) an. Das personale, aber intersubjektiv eingebettete Bewusstsein ermöglicht dem Menschen, zu seinem Körper, seinen Gefühlen und seinem Denken Stellung zu beziehen. Darin liegt seine Größe, aber auch seine Problematik, weil sich dadurch unter den mikro- und makrokosmischen (Stör-)Einflüssen die Möglichkeit ergibt, sich selbst und andere in Frage zu stellen und damit in ein Ungleichgewicht zu geraten. Das dürfte die Hauptquelle modernen Leidens sein.

1.5 Das Ringen um Gleichgewicht an einem Beispiel

Depression, Gleichgewicht und *Person* stellen Schlüsselbegriffe dar, die ich in diesem Buch miteinander verknüpfen und in einen größeren Zusammenhang bringen will. Wie stark sie zusammengehören, möchte ich an einem Beispiel illustrieren. Es kann zeigen, wie eine Person durch ein höchst belastendes Ereignis aus dem Gleichgewicht geworfen wird und wie es ihr aufgrund der Umstände nicht immer möglich ist, dem einsetzenden Zusammenbruch allein mit „gesundem Coping“ und ganz ohne „depressives Bremsmanöver“ Einhalt zu gebieten. Depressive Phänomene sind jedoch von der betroffenen Person als etwas zu akzeptieren und zu verstehen, das nicht schadlos übergangen werden kann.

Frau L. hat ihren Mann nach 34 Ehejahren durch einen Sekundenherztod verloren. Als Ärztin versuchte sie ihren in der Wohnung zusammengebrochenen Mann noch zu reanimieren. Das zugezogene Notfallteam konnte nach weiteren Reanimationsversuchen nur noch den Tod des knapp 60-jährigen Kaufmanns feststellen.

Sein Herztod trat völlig überraschend aus bester Gesundheit ein. Für die 55-jährige Frau bedeutete der Tod ihres Mannes den Zusammenbruch ihres Lebensentwurfs und ihrer Zukunftsvorstellungen. Sie hatte für mehr als drei Jahrzehnte ihr Leben mit ihrem Mann geteilt. Ihre Ehe war kinderlos geblieben. Umso mehr richtete sie sich auf ihren Mann aus. Sie fühlte sich von ihrem Mann gut verstanden und erlebte sich und ihren Mann als Paar, das sich gut ergänzte. Beide waren in ihrer jeweiligen beruflichen Tätigkeit erfolgreich. Ihren Wohnort wählten sie so aus, dass er zwischen den beiden Städten lag, in denen sie tätig waren, um auch in dieser Hinsicht einen „Verlierer“ auszuschließen. Kurz: Frau L. und ihr Mann hatten eine partnerschaftliche und emotional erfüllte Beziehung, wie sie nicht so häufig anzutreffen ist. Ihr Mann gehörte unhinterfragt und selbstverständlich zu ihrem bisherigen Leben, auch wenn sie als praktizierende Ärztin durchaus selbständig, kompetent und wo nötig mit Durchsetzungsfähigkeit arbeitete. Umso mehr warf sie der Sekundenherztod ihres Mannes aus dem Gleichgewicht.

Lebensgeschichtlich wuchs Frau L. in Norditalien als jüngerer von zwei Kindern in einer Kaufmannsfamilie mit engem Zusammenhalt auf. Sie war ein Wunschkind, das eher streng, aber auch liebevoll behandelt wurde.