

Evangelische Fachhochschule Berlin
2. Semester - WS 1998/99
Fach: Sozialpädagogik
Seminar: Einführung in die Sozialpädagogik (S 206)
Dozentin: Dr. Rachel Herweg

Hausarbeit zum Thema

Depression

Symptomatik - Diagnose - Therapie

Bearbeitung:

Alwin Ertl

Inhaltsverzeichnis

1. Depression: Die unerkannte Volkskrankheit?	Seite 2
2. Zur Struktur depressiver Erkrankungen	Seite 4
3. Formen und mögliche Entstehungsursachen depressiver Erkrankungen	Seite 7
4. Möglichkeiten der Diagnose und Therapie depressiver Erkrankungen	Seite 10
4.1 Diagnose	Seite 10
4.2 Therapie	Seite 14
5. Was Depressionen <i>nicht</i> sind...	Seite 17
Literatur- und Quellenverzeichnis	Seite 18
Weitere Quellenhinweise	Seite 19

1. Depression: Die unerkannte Volkskrankheit?

„Würde man an einem Stichtag alle Menschen auf dieser Welt untersuchen, so würde man feststellen, daß etwa drei bis fünf Prozent an einer behandlungsbedürftigen Depression leiden. Das Lebenszeitrisko für die Entwicklung von Depressionen und anderen affektiven Störungen beträgt (...) etwa 25 Prozent.“

In den letzten Jahren sind Depressionen häufiger geworden bzw. werden häufiger diagnostiziert. Im Erwachsenenalter haben Frauen noch immer mindestens doppelt so häufig Depressionen als Männer; hier zeichnet sich jedoch eine Veränderung ab, da das Erkrankungsrisiko für jüngere Männer steigt. Dasselbe gilt für Kinder und Jugendliche: Das Ersterkrankungsalter hat in den letzten Jahren abgenommen.

Nach Angaben der *National Foundation for Depressive Illness* ist Selbstmord unter den Jugendlichen in den Vereinigten Staaten inzwischen die zweithäufigste Todesursache. Oft liegt dem Suizid eine unerkannte oder nicht behandelte Depression zugrunde.

Die volkswirtschaftlichen Kosten depressiver Erkrankungen werden in den USA auf jährlich 15 bis 35 Milliarden Dollar geschätzt. In krassem Gegensatz dazu stehen die Ausgaben, die in demselben Zeitraum für öffentliche Aufklärung und Forschung aufgewendet werden: Sie betragen lediglich zehn Dollar pro Kopf und Jahr; damit liegen sie in der Rangliste sogar noch hinter der Kariesprophylaxe (11 Dollar) und Schizophrenie (14 Dollar) sowie weit hinter dem Aufwand, der zur Vorbeugung und Erforschung von Herzerkrankungen (130 Dollar), multipler Sklerose (161 Dollar) oder Krebs (203 Dollar) betrieben wird.

Erst in neuester Zeit (Stand: Februar 1999) werden depressive Erkrankungen zunehmend zum Gegenstand öffentlicher Aufmerksamkeit und verstärkter wissenschaftlicher Forschung, wobei für Deutschland insbesondere das Münchener Max-Planck-Institut für Psychiatrie erwähnenswert ist. Einem aktuellen Fernsehbericht zufolge hat man dort vielversprechende Ansätze für die Entwicklung eines neuartigen Antidepressivums gefunden.

Das zunehmende öffentliche Interesse mag vielleicht auch auf eine Entstigmatisierung depressiver Erkrankungen zurückzuführen sein. Psychisch Kranke gelten als Personen, die „man“ am liebsten in Verwahranstalten unterbringt und sie sich in „geschlossenen Abteilungen“ „vom Leib hält“, sie der öffentlichen Aufmerksamkeit entzieht. Neuere Forschungsergebnisse zeigen jedoch, daß sich für die Depression eine somatische Ursache finden läßt, nämlich Störungen im Hirnstoffwechsel, und entziehen damit der früher verbreiteten Meinung, der Depressive „lasse sich nur gehen“ und „sei an seiner Krankheit selbst schuld“, die Grundlage. Zudem mag die oben erwähnte zunehmende Verbreitung depressiver Erkrankungen bei dem einen oder anderen, der in seiner Familie oder seinem Bekanntenkreis damit konfrontiert wird, die Erkenntnis reifen lassen, wie leicht es ihn selbst treffen könnte.

Mit dieser Arbeit soll versucht werden, einen kurzen Überblick über Erscheinungsformen, mögliche Ursachen und Therapiemöglichkeiten depressiver Erkrankungen zu geben. Dabei ist manches, was hier geschrieben steht, Hypothese, da gesicherte Erkenntnisse nicht vorliegen.

Darüberhinaus ist diese Arbeit ein Plädoyer für mehr Interdisziplinarität. Gerade am Beispiel der Depression zeigt sich deutlich, daß die Ursachen einer Erkrankung nicht nur in einem Bereich zu suchen sind und demzufolge eine Therapie mit den Methoden nur eines Bereiches nicht erfolgreich sein kann. Erst die Zusammenarbeit von Medizinern, Neurobiologen, Pharmakologen, Psychologen, Psychiatern, Therapeuten, Sozialarbeitern und - nicht zuletzt - Betroffenen kann hier neue Wege aufzeigen.

2. Zur Struktur depressiver Erkrankungen

Eine depressive Erkrankung ist relativ leicht zu diagnostizieren, wenn die Merkmale des sogenannten „*depressiven Kernsyndroms*“ äußerlich erkennbar sind. Hierzu gehören Antriebsstörungen und niedergedrückte Stimmungen in allen ihren Ausprägungen: Hemmung des Denkens, Wollens und Handelns; negative Denkinhalte; Abschwächung von Wahrnehmung und Gefühlen; Kontaktverminderung bis hin zum vollständigen Rückzug. „Die Patienten fühlen sich verändert, fremd, wissen nicht mehr, wer sie eigentlich sind, können sich nicht mehr auf sich selbst verlassen. (...) Antriebslosigkeit, Freudlosigkeit und ein vermindertes Interesse für die Umwelt erschweren eine sinnvolle Beschäftigung.“ In fortgeschrittenen Stadien der Depression kommen „Konzentrationschwierigkeiten, verlangsamte Auffassung und verminderte Gedächtnisleistung“ hinzu, wobei hier zu ergänzen ist, daß diese Symptome nur in einem bestimmten Kontext auftreten, nämlich dann, wenn es um Interaktion mit der Umwelt geht. Eine Reflexion des eigenen Innenlebens ist Depressiven sehr wohl möglich, wobei ein - im Vergleich zum „geistig Gesunden“ - erstaunliches Erinnerungsvermögen in Bezug auf seelische Vorgänge sichtbar wird.

Erlösende Tiefe

*Alles, alle Bemühungen, so sie mal auftauchen,
fallen in die Löcher -
ich sacke durch meine Tage,
ich segle, bläst einmal Wind, aufs offene Meer hinaus -
dort läßt er nach, und ich dümple im Kreis bis
es nicht mehr geht.
Ich tauche hinunter,
doch tiefer als gedacht,
kein Grund, nirgendwo Grund -
doch dunkler wirds.
Der Druck preßt das Blut aus den Bahnen,
die sauerstoffarme Müdigkeit ist die einzige Erlösung.
Aber auch sie ein Betrug, eine böse Verlockung -
denn im Schlaf
saugt die Tiefe
in die Tiefe bis ich
erwache
ohne Bewußtsein.*

Doch nicht in jedem Fall muß die Kernsymptomatik offen sichtbar sein. Man spricht in einem solchen Fall von einer „*larvierten Depression*“, einer Depression also, die gleichsam „in Verkleidung daherkommt“. Diese quasi „peripheren“ Symptome können, wenn mehrere zugleich auftreten, auf eine zugrundeliegende Depression hindeuten. Im folgenden soll eine Zusammenstellung der entsprechenden Symptome nach Woggon gegeben werden, nebst (nach Meinung des Autors) möglichen Bezugspunkten zu einer zugrundeliegenden Depression.

- Ängste und Panikattacken

Scheinbar unbegründete Ängste können bei depressiv veranlagten Personen zweierlei Ursachen haben. Tritt eine Panikattacke immer dann auf, wenn auf Umweltreize spontan reagiert werden muß, so ist eine Depression zu vermuten. Bei dauernden Angstzuständen könnte es sein, daß eine Depression bereits ausgeprägt vorhanden ist und dem Patienten/Klienten die Angst vor dem nächsten depressiven Schub „im Nacken sitzt“ - was das Auftreten eines neuen Schubes nur noch beschleunigt.

- Zwangssymptome
wie z.B. der sogenannte „Putzfimmel“ könnten eine Vermeidungsstrategie darstellen: Der depressive Patient versucht, sich durch „blinden Aktionismus“ seiner Umwelt gegenüber abzugrenzen (aufgrund seiner Unfähigkeit, mit ihr zu interagieren) und wird dabei nicht gewahr bzw. verdrängt, daß sein Handeln von der Umwelt als „sinnlos“ wahrgenommen wird.
- Phobien
sind äußeres Erscheinungsbild der Unfähigkeit, auf Umweltveränderungen adäquat zu reagieren.
- Aggressionszustände
Hier wird es schwierig, denn kaum jemand würde einen aggressiven Menschen als depressiv einstufen. Oft handelt es sich bei aggressivem Auftreten jedoch um eine erlernte Verteidigungshaltung, die ebenfalls dazu dient, näheren Kontakt mit der Umwelt zu vermeiden und die eigene Unfähigkeit dazu zu verschleiern.

Im Gegensatz dazu steht die

- Hypochondrie
- das „Kranksein“ aus nichtigen Anlässen -, da zunächst der Anschein erweckt wird, die Person wünsche sich besondere Zuwendung. Doch genau das Gegenteil ist der Fall: Indem das „Eingebildete“ am „Kranksein“ offen zur Schau gestellt wird, vergrault der Depressive seine potentiellen „Pflegepersonen“ und vermeidet so den Kontakt.
- Körperliche Symptome
Es ist z.B. erwiesen, daß manche Formen von Hautveränderungen, die meist als „Allergien“ diagnostiziert werden, psychosomatischer Natur sind. Auch das plötzliche „Ausbrechen“ von Lippenherpes kann dazu dienen, sich die Umwelt „auf Distanz zu halten“. Ebenso kann häufigen Migräneanfällen - vor allem, wenn sie bevorzugt in Gruppensituationen auftreten - eine affektive Störung zugrunde liegen.
- Sucht
ist im Zusammenhang mit Depressionen eine zweiseitige Angelegenheit. Einerseits entsteht Suchtverhalten aus der Depression heraus; andererseits unterstützt Suchtverhalten die Depression, indem der Mißbrauch von Alkohol und anderen Drogen sowohl intrinsische (Veränderungen im Stoffwechsel) als auch extrinsische (wirtschaftliche Schwierigkeiten, gesellschaftliche Stigmatisierung) Ursachen der Depression verstärkt. Eine sinnvolle Therapie muß hier bei der zugrundeliegenden Depression ansetzen und darf sich nicht auf einen reinen „Entzug“ - dessen Wirkung bei depressiven Patienten ohnehin von kurzer Dauer sein wird - beschränken.

- Kleptomanie
ist ein Symptom, das bei schwer depressiven Personen kaum auftreten wird. Vielmehr ist diese Form der „Kleinkriminalität“ als Selbsttherapie anzusehen: Die durch die Möglichkeit des ertapptwerdens verursachte Aufregung bewirkt eine erhöhte Adrenalinausschüttung; dadurch wird das bei depressiven Personen vorhandene Defizit an aktiven Neurotransmittern kurzfristig ausgeglichen.
- Spielsucht
muß trotz gleichen Wortstamms von „Sucht“ (oben gleichgesetzt mit „kontinuierlichem / wiederholtem Drogenkonsum“) unterschieden werden. Das Automatenpiel erfüllt zwei Bedürfnisse des Depressiven gleichzeitig: Zum einen die Abkapselung von der Umgebung, da er sich nur mit dem vor ihm befindlichen Gerät beschäftigen muß; zum anderen die Erhöhung der Ausschüttung an Adrenalin/Neurotransmittern, da das Spiel eine gewisse Spannung bietet.
- Manie
bzw. Hyperaktivität kann insofern mit Aggressionsverhalten (s.o.) gleichgesetzt werden, als es sich auch hier in erster Linie um eine Verschleierungsstrategie handelt. Während jedoch aggressives Verhalten in erster Linie darauf abzielt, den eigenen „Zustand“ vor der Umwelt zu verheimlichen, hat hyperaktives Verhalten den Sinn, sich seiner eigenen Situation möglichst nicht bewußt zu werden. Als „Workaholismus“ gesellschaftlich anerkannt, kann diese Coping-Strategie sehr lange ihren Zweck erfüllen.

Das genaue Gegenteil sind

- Psychotische Zustände
Sie treten dann auf, wenn das Individuum nicht mehr in der Lage ist, sich durch gesellschaftlich akzeptable Strategien dem Zugriff der Umwelt zu entziehen. Kaum jemand wagt von sich aus den Schritt in eine psychiatrische Klinik - in bestimmten Gesellschaftsschichten gilt sogar der Gang zum Therapeuten als anrühlich -, so daß man das „Ausflippen“ als letzten Hilfeschrei des depressiven Patienten, im Widerstreit zwischen latenter Selbsttötungsabsicht und noch existierendem Selbsterhaltungstrieb, betrachten muß.

3. Formen und mögliche Entstehungsursachen depressiver Erkrankungen

Die Unterscheidung zwischen „endogenen“ - auf sogenannten Persönlichkeitseigenschaften beruhenden - und „exogenen“ - durch Umweltfaktoren entstandenen - Depressionen erscheint angesichts neuerer wissenschaftlicher Erkenntnisse obsolet. Dasselbe gilt für die Aussage, daß Depressionen erblich seien. Beides sind unzulässige Vereinfachungen, die jedoch in ihrem Kern folgendes beinhalten:

Depressionen und andere affektive Störungen scheinen auf *angeborenen Anlagen* zu beruhen, obwohl über deren Eigenschaft noch nichts bekannt ist. Man vermutet genetisch bedingte Störungen im Hirnstoffwechsel, wobei man sich unter anderem auf Untersuchungen an eineiigen Zwillingen beruft. Dennoch sind die Ergebnisse nicht eindeutig. Daß viele eineiige Zwillingspaare mehr oder weniger gleichzeitig anfangen, an Depressionen zu leiden, mag auf hereditäre Faktoren hindeuten; daß dies bei manchen Zwillingspaaren nicht der Fall ist, stützt eher die Empathie-These. Brigitte Woggon schreibt:

„Gemütskrankheiten sind nicht ansteckend, die Stimmung kann sich aber vorübergehend übertragen (...) Wir hatten früher in unserer Klinik eine kleine, drei Zimmer umfassende Behandlungseinheit für acht depressive Frauen. Nach der einstündigen Gruppentherapie mit diesen acht in ähnlicher Weise niedergedrückten Patientinnen war ich jeweils selber deprimiert, wie angesteckt.“

Auf eine ererbte Veranlagung scheint wiederum hinzudeuten, daß bei Kindern depressiver Patienten das Erkrankungsrisiko um das Zwei- bis Dreifache erhöht ist. Da Depressionen - genauso wie andere Krankheiten - jedoch auch eine Bewältigungsstrategie in Lebenskrisen darstellen können, wäre eine lerntheoretische Erklärung ebenfalls denkbar: Das in der Familie erlebte „Vorbild“ wird vom Patienten nachgeahmt. Die These einer genetischen Prädisposition erscheint einleuchtend und entspricht noch dazu dem derzeitigen naturwissenschaftlichen Paradigma; bewiesen ist sie jedoch nicht.

Tatsache ist auch, daß Depressionen durch *traumatisierende Ereignisse* ausgelöst werden können, „zum Beispiel durch Verlust eines nahen Angehörigen oder Freundes, durch Verlust der Arbeitsstelle, durch politische Verfolgung oder das Wissen um eine tödliche Krankheit.“ Die hier aufgezählten Ereignisse stehen jeweils in unmittelbarem Zusammenhang mit gesellschaftlichen Rollenerwartungen, die der Einzelne nicht (mehr) erfüllen kann und sich deshalb vielleicht durch „Flucht in die Krankheit“ der Gesellschaft entzieht. Anstelle dieser soziologischen ist jedoch auch eine rein medizinische Erklärung denkbar: Eine latent vorhandene Stoffwechselstörung wird durch ein traumatisches Erlebnis plötzlich manifest. Auch hier mögen genetische Faktoren eine Rolle spielen, wobei jedoch ebenfalls noch kein schlüssiger Beweis dafür erbracht wurde.

Beziehungsschwierigkeiten werden von Patienten und Therapeuten oft als auslösende Faktoren der Depression betrachtet. Nach Brigitte Woggons Ansicht ist dies jedoch eine Umkehrung der Ursache-Wirkungs-Kette: Im Verlauf einer affektiven Störung stellen sich „regelmäßig“ Beziehungsschwierigkeiten ein. Es ist dann „sehr schwierig, sich als Ehepartner nicht schuldig zu fühlen, wenn man immer wieder dafür verantwortlich gemacht wird, daß der

Partner oder die Partnerin nicht genüßfähig ist, nicht lieben und leben kann.“ Dieses Schuldgefühl führt oft dazu, daß die Depression unbehandelt bleibt, da der Partner eine ablehnende Haltung gegenüber dem Erkrankten einnimmt oder die Krankheit insgesamt verleugnet wird. Besonders problematisch ist dies innerhalb einer Mutter-Kind-Beziehung, da „manche Therapeuten verkennen, daß langes Kranksein natürlich zu einer verzögerten Ablösung führt; viele interpretieren diese Auswirkung der Krankheit als Grund für die Symptome und ‘predigen’ die Ablösung als Allheilmittel.“

Sogenannte *saisonal abhängige Depressionen (SAD)* treten meist im Herbst und Winter auf und bilden sich im Frühjahr oder Sommer wieder zurück. Es ist unklar, ob die SAD eine eigene Form der Depression darstellt; sie kann jedoch nach einigen Jahren in eine schwerere Form übergehen. Hier könnten „Lernvorgänge“ im Gehirn eine Rolle spielen, bei denen sich eine zunächst vorübergehende Stoffwechselstörung dauerhaft etabliert.

Neben der saisonal abhängigen Depression ist die sogenannte *Wochenbettdepression (postnatale Depression)* eine weitere Form der affektiven Störung. Damit ist nicht der „Baby Blues“ gemeint, eine höchstens zwei bis drei Tage lang anhaltende Niedergeschlagenheit nach der Geburt des Kindes, sondern eine über Wochen und Monate anhaltende Depression. Diese tritt bei bis zu zehn Prozent der Geburten auf; bei Frauen, die bereits vorher an Depressionen erkrankt waren, liegt die Wahrscheinlichkeit bei 25 Prozent. Die Wahrscheinlichkeit, nach einer weiteren Geburt wieder an einer Depression zu erkranken, beträgt mindestens 50 Prozent.

Die Psychologin Veronika Windsor-Oettel führt in ihrer Dissertation das Auftreten postnataler Depressionen vor allem auf psychosoziale Faktoren zurück, angefangen von der hierzulande bei einer Geburt üblichen Krankenhaussituation bis hin zur Veränderung des häuslichen Umfelds. In einem Interview sagt sie:

"(...) Zu Hause ist die Mutter meist isoliert, allein mit dem Baby. Der Partner geht aus dem Haus. Sie entdeckt, daß das Baby nicht unbedingt die erwartete Erfüllung ist. Daß das Baby sie Tag und Nacht bis zum Umfallen fordert. Sie stellt fest: Ständig für das Baby zu springen, kostet Kraft und Energie. Das ist nicht so wahnsinnig befriedigend, sondern kann auch ganz schön frustrieren. (...) Dann kommen das schlechte Gewissen und die Ansprüche: Ich muß aber eine perfekte, glückliche Mutter sein. Der Muttermythos stellt auch hier Ansprüche an die Frau, die sie gar nicht erfüllen kann. Demnach hat sie keine Eigeninteressen mehr zu haben. Sie hat aufzugehen in der Mutterrolle. Sie hat glücklich zu sein, daß das Baby da ist. Wenn sie es im Arm hält, sollen alle Schmerzen vergessen sein. Den Frauen wird auf perfekte Weise vermittelt, daß sie perfekte Mütter zu sein haben."

Dennoch sollte auch bei Wochenbettdepressionen eine Abklärung möglicher körperlicher Ursachen stattfinden. Eventuell entsteht die postnatale Depression aus dem „Baby Blues“ heraus spontan durch einen ähnlichen „Lerneffekt“, wie er im Falle der saisonal abhängigen Depression über einen längeren Zeitraum hinweg stattfindet. Gesicherte Erkenntnisse hierüber scheinen jedoch nicht vorzuliegen.

Unabhängig von der Jahreszeit, dem Geburtsereignis oder äußeren Faktoren kann jeder von einer Depression betroffen sein, ungeachtet seiner bisherigen psychischen Konstitution, seines sozialen Status oder seines Alters. Die in den 70er Jahren noch geltende Lehrmeinung, *Kinder und Jugendliche* könnten nicht an Depressionen erkranken, ist inzwischen widerlegt: „Kinder

und Jugendliche können genauso schwere Depressionen haben wie Erwachsene, bis hin zum Selbstmord.“

Genauso unzutreffend ist die auch heute noch häufig anzutreffende Meinung, es gäbe eine „ganz normale Altersdepression“. Leiden *ältere Menschen* an Depressionen, „liegt (die Gefahr) darin, daß sie (die Depressionen, d.A.) als ‘verständlich’ angesehen werden, deshalb nicht als Krankheit erkannt und nicht konsequent behandelt werden. Es stimmt eben nicht, daß alle älteren Menschen depressiv sind, weil sie bald sterben werden. Ein gesunder alter Mensch genießt sein Leben mindestens genauso wie ein jüngerer Mensch und denkt nicht den ganzen Tag über den Tod nach.“

4. Möglichkeiten der Diagnose und Therapie depressiver Erkrankungen

4.1 Diagnose

Auf somatischer Ebene sind depressive Erkrankungen zum Beispiel durch Veränderungen im Elektroenzephalogramm während des Schlafs nachweisbar, wobei im Vergleich zum Gesunden auch bestimmte Hormonspiegel verändert sind. Eine solche Diagnose ist jedoch nur äußerst aufwendig durchzuführen und bleibt medizinischen Speziallabors vorbehalten.

In der überwiegenden Mehrheit der Fälle tritt der depressive Patient zunächst mit praktischen Ärzten, Therapeuten und/oder Sozialarbeitern in Kontakt, denen keine hochtechnisierten diagnostischen Möglichkeiten zur Verfügung stehen. Hier ist es wichtig, Hilfsmittel zur Verfügung zu haben, die es ermöglichen, bestimmte typische Symptomatiken zu erkennen und einzugrenzen, um das Vorhandensein bzw. den Grad einer Depression zu bestimmen.

Brigitte Woggon verwendet in ihrer ärztlichen Praxis das von ihr so genannte „Blütenmodell“, bei dem die im zweiten Kapitel dieser Arbeit beschriebenen Symptome kreisförmig rund um das depressive Kernsyndrom angeordnet sind. Jedesmal, wenn der Patient zustimmt, daß er aus der entsprechenden Symptomgruppe auch Symptome hat oder hatte, wird das entsprechende „Blatt“ markiert. „So entsteht ein Abbild der gesamten Symptomatik des Patienten im Quer- und Längsschnitt, d.h. jetzt und im Gesamtverlauf. Es gibt auch Patienten, die die Symptome des depressiven Kernsyndroms nicht kennen, sondern nur Symptome eines anderen affektiven Syndroms. Das ist allerdings eher die Ausnahme.“

Abbildung 1 auf der nächsten Seite zeigt eine schematische Darstellung dieses Blütenmodells, die als Hilfsmittel zur Diagnose dienen kann.

Eine weitere Grundlage für die Diagnose kann das psycho-bio-soziale Depressionsmodell des Schweizer Mediziners und Psychiaters Daniel Hell darstellen. Ob die dort genannten Risikofaktoren bzw. Symptome vorhanden sind, läßt sich durch Gespräche mit dem Patienten feststellen, wobei sich biologische Faktoren oft anhand unbewußter Verhaltensmerkmale erkennen lassen.

Das Hellsche Depressionsmodell ist in *Abbildung 2* auf der folgenden Seite dargestellt. Eine ausführliche Beschreibung muß hier aus Platzgründen unterbleiben.

Welchem Modell der Vorzug gegeben wird, hängt nicht zuletzt von der Person des Klienten bzw. Therapeuten ab. Die Darstellung Hells eignet sich eher für psychoanalytisch orientierte Ansätze, während das Modell von Woggon gut für die Verhaltens- und Gesprächstherapie geeignet ist.

Abbildung 1:

„Blütenmodell“ depressiver Symptome nach *Woggon 1998*

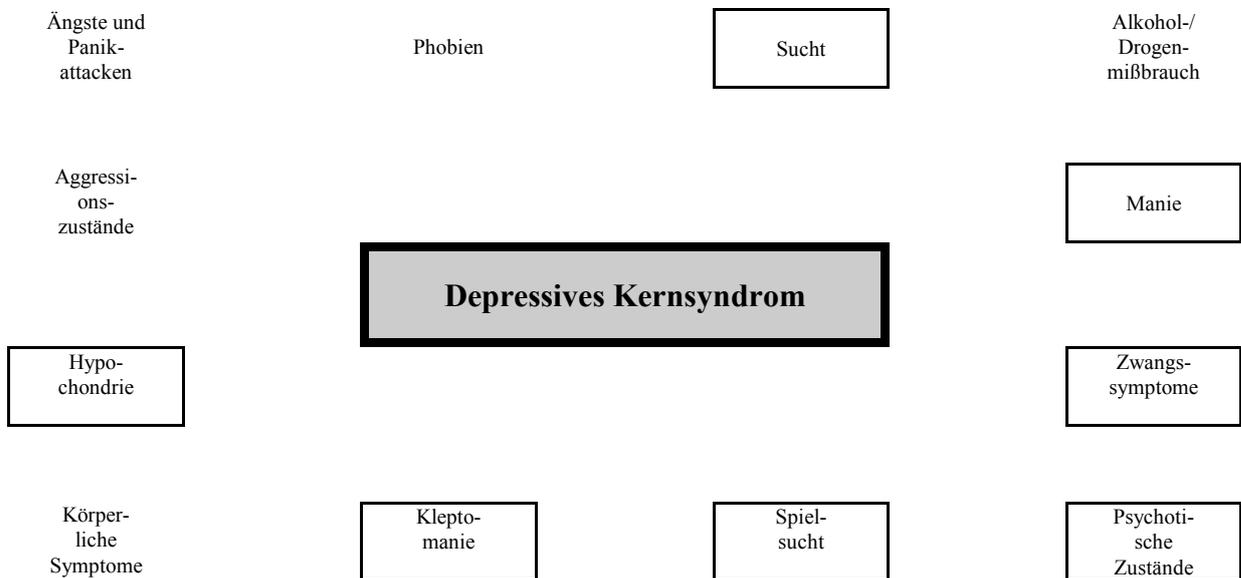


Abbildung 2:

Psycho-bio-soziales Depressionsmodell nach *Hell 1994*

	biologisch	psychologisch	sozial
gesunde Grundlage	weitgehend intakte Gehirnstrukturen (mit: Affektsystem-Vorstufe, erstem und zweitem Affektsystem)	Ich-Entwicklung (über: Instinkte, reflexhafte Reaktionen, sprachlose Grundgefühle, ich-haft erlebte Gefühle)	Betreuungssystem in früher Kindheit (mit: Pflege, gegenseitigem Bindungsverhalten, Gemeinschaftsbildung, kultureller Einbettung)
mögliche Risikofaktoren	genetisch verletzliche Konstitution; Sensibilisierung des ersten Affektsystems für „Angst“ und „Trauer“; negativ besetzte (depressogene) Gedächtnisspeicher;	Verlustangst (evtl. starkes Anklammern an Elternteil); Selbstunsicherheit (evtl. kompensatorisches Leistungsstreben und Ordentlichkeit); Vermeidungshaltung gegenüber Verlust (z.B. narzißtische Verletzlichkeit)	emotional ambivalente Verfügbarkeit der „Elternfigur“ oder Verlust eines Elternteils; mangelnde Anerkennung (soziale oder familiäre Stigmatisierung); unsichere oder unflexible Partnerschaften (z.B. starre Rollenverteilung)
Auslösung	eingeschränkte kognitiv-affektive Verarbeitungskapazität (z.B. für „Trauer“)		(drohender) Verlust eines Partners oder einer „Lebensbasis“ (z.B. Beruf, Häuslichkeit, Autonomie, Gesundheit)

**Depressions-
zustand**

psychomotorische Erstarrung,
evtl. Enthythmisierung
(Reaktivierung älterer
Affektsysteme?)

Einbuße an ichhaften Gefühlen
(Empfindung der Hemmung und
Schwere)

Lähmung der
Beziehungsdynamik
(interaktioneller Stillstand)

Ein weiteres diagnostisches Hilfsmittel sind Fragebögen zur Selbsteinschätzung, die dem Patienten an die Hand gegeben werden. Er soll die dort gemachten Aussagen auf einer Zahlenskala bewerten, was allerdings voraussetzt, daß er über eine hinreichende Fähigkeit und über den Willen zu einer realistischen Selbsteinschätzung verfügt. Verdrängt er beispielsweise seine Krankheit vehement, so dürften die gemachten Angaben wertlos sein. Zudem wird nur der Zeitraum der letzten zwei bis vier Wochen erfaßt, so daß eine vorhandene depressive Symptomatik nicht erkannt wird, wenn der Zeitpunkt der Befragung in eine „Hochphase“ fällt.

Trotz dieser Einschränkungen kann es sinnvoll sein, solche Fragebögen einzusetzen, zumal da sie für den Patienten etwas „Vertrautes“ darstellen, erinnern sie doch an die mehr oder weniger seriösen „Psycho-Tests“ diverser Zeitschriften. Auch der nachfolgend abgedruckte Test stammt aus einer Frauenzeitschrift. Er wurde erstellt unter Mitwirkung von Prof. Dr. Hans-Ulrich Wittchen, Leiter der klinischen Psychologie am Münchener Max-Planck-Institut für Psychiatrie, und Dr. Rita Wietfeld, Ärztin für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie in Witten.

Abbildung 3:

Fragebogen zur Selbsteinschätzung bei depressiven Erkrankungen

Testauswertung zum Fragebogen auf der folgenden Seite:

bis 35 Punkte:

Offenbar gibt es bei Ihnen keine Anzeichen für eine depressive Verstimmung. Sie scheinen stabil zu sein, und es gelingt Ihnen, negative Gefühle und Belastungen so zu verarbeiten, daß Sie insgesamt ausgeglichen sind.

36 bis 60 Punkte:

Manchmal sind Sie depressiv verstimmt - und das ist kein Anlaß zur Sorge. Gelegentliche Gefühle von Traurigkeit, Niedergeschlagenheit oder Freudlosigkeit sind normal und keine Krankheit. Die negativen Gefühle dauern ja auch nur wenige Stunden oder Tage an. Dieser Zustand läßt sich durch Ablenkung, Gespräche oder Zuwendung meist unterbrechen.

61 bis 75 Punkte:

Sie fühlen sich häufig antriebslos und erschöpft oder rastlos getrieben. Sie neigen dazu, alles schwarz zu sehen, und empfinden wenig Lebensfreude. Ein Besuch bei einem Psychotherapeuten oder Arzt ist empfehlenswert. Denn Depressionen verändern Gedanken, Gefühle, Verhaltensweisen und körperliche Vorgänge so massiv, daß sie zu einer lebensbedrohlichen Krankheit werden können. Je früher Sie Hilfe suchen, desto größer sind die Chancen, aus dem Stimmungstief wieder herauszukommen.

76 bis 100 Punkte:

Eine normale Lebensführung ist Ihnen nur unter größten Anstrengungen möglich. Sie fühlen sich erschöpft und hoffnungslos. Dauert dieser Zustand schon länger als zwei Wochen an, leiden Sie wahrscheinlich unter einer schweren Depression. Ein Besuch bei einem Psychotherapeuten oder Arzt ist dringend nötig. Möglicherweise denken Sie sogar öfter an Selbstmord. Dann sollten Sie sofort eine Klinik oder einen ärztlichen Notdienst aufsuchen.

Schlecht drauf oder schon depressiv?

Beantworten Sie die Fragen für den Zeitraum *der letzten zwei bis vier Wochen* und stufen Sie sich auf einer Skala von 1 bis 4 ein. Dabei bedeutet:

1 = nie oder fast nie

2 = selten

3 = häufig

4 = fast immer

- Ich fühle mich traurig und niedergeschlagen und empfinde ein Gefühl von Hoffnungslosigkeit. _____
- Ich kann mich an nichts mehr richtig freuen. Auch wenn mir etwas Schönes passiert und ich zum Beispiel gelobt werde, etwas gewinne oder mir ein Kompliment gemacht wird, berührt mich das nicht wie sonst. _____
- Es fällt mir schwer, mich zu irgend etwas aufzuraffen, und ich schaffe es kaum, meinen Verpflichtungen nachzukommen. _____
- Ich muß grübeln. Dabei sind meine Gedanken finster und drehen sich im Kreis. _____
- Ich habe das Gefühl, daß mein Leben eigentlich nie richtig schön war und daß sich daran auch in Zukunft nichts ändern wird. Ich kann mir nicht vorstellen, daß mir da jemand heraushelfen könnte. _____
- Ich kann mich nicht mehr konzentrieren, und ich habe den Eindruck, daß mein Gedächtnis nicht mehr so gut ist wie früher. Es fällt mir auch immer schwerer, neue Dinge zu behalten. _____
- Fast alles, selbst alltägliche Probleme in meinem Leben, löst Sorgen, Angst und das Gefühl von Überforderung aus. Selbst bei den kleinsten Anlässen muß ich weinen. _____
- Ich habe keinen Appetit mehr, nicht einmal auf meine Lieblingspeise. Ich habe an Gewicht verloren. _____

- Wenn es mir schlecht geht, esse ich meinen Kummer in mich hinein und werde gierig auf Essen und Süßes. _____
- Ich fühle mich antriebslos und verkrieche mich am liebsten in meiner Wohnung. Ich habe das Interesse an meinen Hobbys und meiner Arbeit verloren. _____
- Wenn ich morgens aufwache, geht es mir schlecht. Ich frage mich, warum ich eigentlich aufstehen soll. _____
- Ich habe das Gefühl, nichts wert zu sein. Mein Selbstwertgefühl ist so labil, daß es mir zum Beispiel schwerfällt, offen meine Meinung zu sagen. Schon die geringste Kritik, das kleinste negative Ereignis wirft mich aus der Bahn. _____
- Unter Alkoholeinfluß fühle ich mich vorübergehend etwas erleichtert. Für einige Stunden habe ich dann das Gefühl, es sei doch nicht so schlimm. Deswegen trinke ich mehr Alkohol als sonst. _____
- Ich mache mir eigentlich unberechtigte Vorwürfe. Wenn zum Beispiel am Arbeitsplatz etwas schiefgeht oder Freunde verstimmt reagieren, fühle ich mich dafür verantwortlich. _____
- Ich habe große Schwierigkeiten, Entscheidungen zu treffen, auch solche ganz alltäglicher Art. _____
- Ich bin immer unruhig, kann nicht stillsitzen und gehe ständig auf und ab. _____
- Ich stürze mich rastlos und getrieben von einer Aktivität in die nächste in der Hoffnung auf Änderung. _____
- Ich bin mit nichts mehr zufrieden, nicht mit meinem Auftreten, meinem Aussehen und dem, was ich tue - alles dreht sich im Kreis. _____
- Ich habe das Gefühl, daß ich langsamer spreche und mich langsamer bewege als sonst. Sogar meine Gedanken sind langsamer als gewöhnlich und sehr durcheinander. _____
- Ich fühle mich eigentlich grundlos müde, angespannt und energielos, obwohl ich körperlich gesund bin. Auch mein sexuelles Interesse ist geringer als gewöhnlich. _____
- Ich schlafe schlecht ein oder wache nachts immer wieder auf. Morgens werde ich viel früher wach als sonst. _____
- Ich denke viel über meinen eigenen Tod oder den einer nahestehenden Person nach. Ich ertappe mich bei dem Gedanken, daß es eigentlich egal wäre, wenn ich jetzt sterben würde. _____
- Ich ziehe mich von meinen Freunden und Bekannten zurück. Es fällt mir sogar schwer, mich bei meinen besten Freunden zu melden, und ich habe das Gefühl, für andere nur noch eine Last zu sein. _____
- Ich fresse alles in mich hinein, ich habe niemanden, dem ich meine belastenden Gefühle anvertrauen kann oder möchte. _____
- Das Leben erscheint mir sinnlos, ich sehe keinen Ausweg. _____

Bitte jetzt die Punkte zusammenzählen und das Ergebnis hier eintragen: _____

4.2 Therapie

„Sehr viele Patienten werden zuerst und leider oft auch viele Jahre lang erfolglos mit ‘Therapien’ behandelt, deren Wirksamkeit gegen Depressionen und andere affektive Störungen nicht nachgewiesen ist. (...) Viele Therapeuten kennen leider nur die Therapiemethode, die sie selbst erlernt haben, und wenden diese bei ihren Patienten an, obwohl es andere, für diesen Patienten bessere Möglichkeiten gibt.“

Anerkanntermaßen wirksam bei Depressionen sind folgende Verfahren:

- kognitive und interpersonelle Gesprächstherapie
- Lichttherapie
- Verhaltenstherapie
- Schlafentzug
- Psychopharmaka
- Elektrokrampftherapie

Wichtig ist dabei, die Behandlung möglichst frühzeitig zu beginnen, wenn die Depression noch nicht zu schwer ausgeprägt ist, und bei einem Nichtansprechen des Patienten auf Gesprächs- oder Lichttherapie eine zusätzliche medikamentöse Behandlung einzuleiten. Auch hier sollte man nicht allzu lange warten; ein Zeitraum von sechs Wochen gilt als angemessen.

Um das Auftreten schlimmerer depressiver Erkrankungen zu vermeiden, sollte man bereits saisonal abhängigen Symptomen besondere Aufmerksamkeit widmen. Hier ist die *Lichttherapie* die Methode der Wahl. Nach Angaben der Aachener Firma SML Licht- und Therapiesysteme haben Studien ergeben, daß bei Patienten, die unter einer leichten Form der saisonal abhängigen Depression leiden, bereits kurze Bestrahlungen mit entsprechenden Geräten, die zwei- bis dreimal wöchentlich durchgeführt werden, die Symptome nach kurzer Zeit zum Verschwinden bringen. Entsprechende Möglichkeiten standen 1992 in etwa 15 Prozent der psychiatrischen Krankenhäuser und 60 Prozent der psychiatrischen Universitätskliniken zur Verfügung; diese Zahlen dürften inzwischen gestiegen sein, neuere Angaben liegen jedoch nicht vor.

Bei einer *Gesprächstherapie* muß von Anfang an auf eine möglichst rasche Diagnosestellung abgezielt werden, auch und vor allem, um eine mögliche Suizidgefährdung erkennen zu können. Professor P. Kielholz, Basel, hat hierfür einen Katalog von Fragen und möglichen Verdachtsmomenten erstellt sowie Vorschläge für den Gesprächsablauf in den auf die Diagnose folgenden Sitzungen zusammengestellt.

Diese Gesprächsrichtlinien sind auf der folgenden Seite abgedruckt. Es ist jedoch zu beachten, daß es sich hierbei um einen „Idealverlauf“ handelt: Nicht in jedem Fall wird man alle Fragen so direkt stellen können oder das Gespräch den geschilderten Verlauf nehmen. Wichtiger als die Methodik ist immer das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Therapeut bzw. Klient und Sozialarbeiter.

Gesprächsrichtlinien nach Kielholz:

Verdachtsmomente für Suizidalität:

- Frühere Suizidversuche
- Direkte oder indirekte Suiziddrohungen

- Suizid in der Familie oder der Umgebung
- Angst-, Schuld-, Insuffizienzgefühle
- Berufliche oder finanzielle Schwierigkeiten
- Verlust mitmenschlicher Kontakte
- Zerrüttete Familienverhältnisse in der Kindheit (broken home)

Fragen an (eventuell) suizidgefährdete Patienten:

Suizidalität - Haben Sie schon einmal daran gedacht, sich das Leben zu nehmen?

Vorbereitung - Wie würden Sie es tun? Haben Sie bereits Vorbereitungen getroffen? (Je konkreter die Vorstellungen, desto größer das Risiko)

Zwangsgedanken - Denken Sie bewußt daran? Oder drängen sich die Gedanken auf, auch wenn Sie es nicht wollen? (Sich passiv aufdrängende Gedanken sind gefährlicher.)

Ankündigung - Haben Sie über Ihre Absichten schon mit jemandem gesprochen? (Ankündigungen immer ernst nehmen.)

Einengung - Haben sich Ihre Interessen, Gedanken und zwischenmenschlichen Kontakte gegenüber früher eingeschränkt, verringert?

Aggression - Haben Sie gegen jemand Aggressionsgefühle, die Sie gewaltsam unterdrücken? (Derartig unterdrückte Gefühle können sich schließlich gegen die eigene Person richten.)

Das helfende Gespräch zur Stützung:

1. „Schale öffnen“:

- „Aktives“ Zuhören, ernst nehmen;
- Verständnis zeigen;
- Fragen stellen, die das Gefühlsleben des Patienten ansprechen

2. *Helfen, Situation klar darzustellen und zu erkennen:*

- Fördern der „Auseinandersetzung mit sich selbst“;
- Gegenfragen stellen, bis Patient selber klar sieht;
- Auf paradoxe Kommunikation achten.

3. *Lösungsmöglichkeiten suchen lassen:*

- Keine Ratschläge, keine Lösungsangebote von außen!
- Verschiedene Varianten suchen und gegeneinander abwägen lassen;
- Konsequenzen überdenken lassen.

4. *Patient soll Entscheidung über mögliche Lösung selber treffen.*

Daneben gilt die bereits gemachte Aussage, daß - besonders bei Vorliegen einer schweren Depression - mit flankierenden Maßnahmen nicht allzu lange gewartet werden sollte.

Die *medikamentöse Behandlung* ist eine solche Maßnahme. Sie stellt keinesfalls einen Ersatz für die Gesprächs- oder Verhaltenstherapie dar, sondern ist in vielen Fällen erst die Grundlage für deren Erfolg: „Eine depressive Patientin ‘lernt’ in der Psychotherapie, wie sie mit ihrem Mann umgehen soll, damit sie besser mit ihm zurechtkommt. Weil sie aber zu diesem Zeitpunkt viel zu stark depressiv ist, kann sie die Ratschläge und Einsichten nicht in die Tat umsetzen. Das ist erst nach erfolgter Besserung der Depression, z.B. durch ein Antidepressivum, möglich.“

Bei den antidepressiv wirksamen Medikamenten gibt es unterschiedliche Substanzgruppen mit unterschiedlichen Wirkungsprofilen und Nebenwirkungen. Nebenwirkungsfrei ist keines dieser Therapeutika. Die Einstellung auf das „passende“ Medikament in der richtigen Dosierung kann daher viel Geduld vom Patienten - aber auch auf seiten des Arztes - erfordern. In den letzten Jahren ist aber eine zunehmend differenziertere Behandlung möglich geworden;

zudem kann durch die Kombination mit anderen Medikamenten (z.B. Stimulanzien, Schilddrüsenhormone, Östrogene) eine zusätzliche „Feinabstimmung“ erreicht werden.

Aus noch nicht geklärten Gründen kann wiederholter *Schlafentzug* entscheidend zur Heilung schwerer Depressionen beitragen. Eine Anwendung zuhause setzt voraus, daß ein Angehöriger zumindest anfänglich mitmacht und den Patienten jeweils am Einnicken hindert. Da ein Schlafentzug jeweils eine Nacht und den darauffolgenden Tag andauert und, um eine langfristige Wirkung zu erzielen, anfangs in wöchentlichen Abständen wiederholt werden muß, ist eine ambulante oder teilstationäre Behandlung in der Klinik einfacher durchzuführen.

Nach dem Schlafentzug stellt sich meist eine sofortige Besserung der Beschwerden ein, die von großer therapeutischer Bedeutung ist: „Anfänglich habe ich immer den Eindruck, daß die Patienten mir kaum glauben können, daß es sich um eine sinnvolle Therapie handelt. Das liegt größtenteils daran, daß Schlaf in der Depression nicht erfrischt und die Patienten deshalb fast alle das Gefühl haben, sie würden sich wesentlich besser fühlen, wenn sie einmal richtig schlafen könnten. Viele schlafen deshalb auch viel zu lange, wodurch die Depression häufig noch verstärkt wird. Hat ein Patient aber einmal die Erfahrung gemacht, daß Schlafentzug hilft, so wird die Anstrengung mehr oder weniger gern in Kauf genommen.“

Die *Elektrokrampftherapie*, bei der dem Patienten unter Narkose Elektroschocks verabreicht werden, soll ähnlich wie der Schlafentzug dazu dienen, Veränderungen im Hirnstoffwechsel herbeizuführen, die eine Linderung der depressiven Symptome bewirken. Nicht zuletzt aufgrund des schlechten „Image“ von Elektroschockanwendungen in der Psychiatrie ist sie umstritten, obwohl Erfolge nachweisbar sind. Da aber jede Narkose ein Risiko für den Patienten darstellt, sollte die Elektrokrampftherapie nur dann versucht werden, wenn andere Therapieformen wirkungslos geblieben sind.

Für den Therapeuten ist es dabei wichtig, „das ganze Spektrum der vorhandenen Möglichkeiten zu kennen, damit man den einzelnen Patienten sachkundig dahingehend beraten kann, welche Behandlung für ihn geeignet und vielversprechend ist *und bei welchem Therapeuten er sie machen kann*.“ Die Behandlung muß dabei *integrativ* sein: „Nicht der Patient wird einer Behandlungsmethode angepaßt, sondern es werden alle Therapieverfahren so eingesetzt, wie sie dem Patienten am besten helfen können. Da natürlich ein Arzt/Therapeut nicht das ganze Spektrum von heute zur Verfügung stehenden Behandlungsmöglichkeiten lernen und anwenden kann, müssen verschiedene Spezialisten zusammenarbeiten. So wie sonst in der Medizin auch!“

5. Was Depressionen *nicht* sind...

„(...) hier liegt die geistige Bedeutung der Depression: wenn man sie nicht als Krankheit und als ein negatives Übel betrachtet, sondern als spirituellen Reifeweg oder als religiösen Heilsweg. Eine solche Depression ist eine Fügung - Ausdruck eines inneren Gesetzes, das sich erfüllen muß.“

Solche Aussagen sind schlichtweg falsch, und sogenannte Ratgeber-Bücher, die sie enthalten, sind regelrecht gefährlich. Leider sind viele derartig bedenkliche Bücher auf dem Markt, und leider können sich ihre Autoren auch noch auf C. G. Jung als „höhere Instanz“ berufen. Wie es einer von Brigitte Woggons Patienten ausdrückt:

„Depressionen sind, sagt Jung, ‘wie eine schwarze Dame, die man einlassen soll und sie fragen, was sie zu sagen hat’. (...) Das schwarze Luder kam vor 34 Jahren ungefragt zu mir und hockt seither breitfüdelig auf und in meiner zarten Psyche. Und zum Zweck seines Besuches hat sich das Miststück bis dato nicht geäußert.“

Eine Depression ist eben keine Übergangsphase, die irgendwann von selbst endet, sondern eine behandlungsbedürftige Krankheit. Von geheilten oder zumindest stabilen ehemaligen Patienten wird die überstandene Krankheit jedoch retrospektiv oft fehlgedeutet.

„Bei langgestreckten Depressionen kommt es vor, daß die Patienten nach erfolgreicher Behandlung spontan berichten, daß sie sich noch nie so wohl gefühlt haben. Dabei handelt es sich nicht um eine Persönlichkeitsveränderung, sondern um das Wegfallen einer vorher dauerhaft vorhandenen depressiven Symptomatik. (...) Da die vor der tieferen Depression vorhandenen leichteren depressiven Symptome gar nicht als Krankheitssymptome erkannt wurden, sondern als ‘Charaktereigenschaften’ fehlgedeutet wurden, kommt nun aber der Eindruck zustande, die Persönlichkeit habe sich verändert. Dabei hat sich endlich die gesunde Persönlichkeit nach Wegfallen der depressiven Störung voll entfalten können!“

Ohne Behandlung wäre dies nicht der Fall gewesen. Wer an sich selbst Symptome einer Depression erkennt, sollte sich keinesfalls auf irgendwelche Ratgeber verlassen, die positives Denken propagieren oder die Gesundheitsstörung schlicht „wegerklären“. Eine Abklärung durch einen Arzt oder Therapeuten ist in jedem Fall nötig, denn wie bei den meisten chronisch verlaufenden Krankheiten sind auch bei Depressionen die Heilungschancen umso größer, je früher eine adäquate Behandlung erfolgt.

Literatur- und Quellenverzeichnis

Literatur:

Bareiter, Katharina: *Depression - Rückzug aus dem Leben*, Frankfurt/Main 1992

Hell, Daniel: *Welchen Sinn macht Depression? - Ein integrativer Ansatz*, Reinbek b. Hamburg 1992

Juchli, Schwester Liliane: *Bilder einer Depression - Leben mit den Kräften der Tiefe*, Stuttgart 1993

Schneider, Regine: *Oh, Baby... - Das hatte ich mir anders vorgestellt: Erfahrungen von Frauen beim ersten Kind*, aktualisierte Taschenbuchausgabe, München 1995

Staudinger, Astrid: *Mutterglück - Mythos oder Wirklichkeit?*, Seminararbeit im Fach Soziologie an der Evangelischen Fachhochschule Berlin, 3. Sem. WS 1998/99 („Zur Soziologie des Glücks“, Prof. Dr. Walter Hollstein), unveröffentlicht (Manuskript bei der Autorin erhältlich), Berlin 1998

Woggon, Brigitte: *Ich kann nicht wollen! - Berichte depressiver Patienten*, Bern/Göttingen/Toronto/Seattle 1998

Internet:

National Foundation for Depressive Illness, P.O. Box 2257, New York, NY 10116 (USA):

<http://www.depression.org>

(Stand: Februar 1999)

SML Licht- und Therapiesysteme, 52076 Aachen:

<http://www.lichttherapie.de>

(Stand: Februar 1999)

Weitere Quellenhinweise

An dieser Stelle sei auf drei weitere Quellen hingewiesen, die in der vorliegenden Arbeit nicht oder nur unvollständig genannt werden konnten.

Zum einen ist dies das Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München, bei dem Unterlagen zu therapeutischen Maßnahmen bei Depressionen erhältlich sind.

Die Postanschrift lautet:

*Max-Planck-Institut für Psychiatrie
Prof. Dr. Hans-Ulrich Wittchen
Kraepelinstraße 2
80804 München*

Desweiteren ist im Internet die Arbeit eines Autors verfügbar, der sich selbst nicht namentlich nennt, der aber erwähnt, daß er selbst über Jahre hinweg unter Depressionen litt. Er ist nach eigenen Angaben kein Mediziner oder Chemiker, hat jedoch umfangreiches Material unter anderem über die biochemischen Entstehungsursachen von Depressionen zusammengetragen und dieses zu einem hervorragenden Grundlagenartikel aufbereitet.

Der Text (in englischer Sprache) ist abrufbar (Stand: Februar 1999) unter

<http://www.ja-web.com/depression/index.shtml>

Speziell mit der Thematik der saisonal abhängigen Depression befaßt sich in den USA die „Society for Light Treatment and Biological Rhythms“. Die Adresse lautet:

*Society for Light Treatment and Biological Rhythms (SLTBR)
Stephanie Argraves, executive director
842, Howard Avenue
New Haven, CT 06519
USA
e-Mail: sltbr@yale.edu*

Die Informationen auf der zugehörigen Website verweisen zur Zeit leider hauptsächlich auf Informationsmaterial, das kostenpflichtig angefordert werden kann. Dennoch sei, der Vollständigkeit halber, die URL genannt:

<http://www.websciences.org/sltr>