

Dossier HIV und Depression

(Bild: o-zero / photocase.com)

Inhalt

Depression – die unbekannte Volkskrankheit S. 2

Grenzen der Belastbarkeit S. 5

Von Hühnern und Rosinen S. 8

Was hilft bei Depressionen? Zehn Anregungen S. 11

Pillen oder Psychologen: Was hilft besser gegen Depression? S. 13

Keinen Nerv für die Gesundheit: Diskriminierung schürt Depressionen S. 17

HIV und Depression? Alles im Griff S. 20

Depression – die unbekannte Volkskrankheit

Noch nie waren so viele Menschen wegen Depressionen in Behandlung wie heute. Das ist ein gutes Zeichen: Endlich traut man sich auch mit psychischen Beschwerden zum Arzt. Davon profitieren gerade auch HIV-Positive, denn sie sind überdurchschnittlich oft von Depressionen betroffen. Wir veröffentlichen hier einige Beiträge zu der neu entdeckten Volkskrankheit.

Die Krankenkassen schlagen Alarm: Deutschland ist zu depressiv! 3,2 Millionen Fehltage meldete die [Techniker Krankenkasse](#) Anfang Juni in ihrem Gesundheitsreport 2013 allein aufgrund der Diagnose „depressive Episode“. Die Krankenkasse rechnet vor: In einem 350-Mann-Betrieb waren 2012 im Schnitt fünf Personen wegen einer Depression für zwei Monate krankgeschrieben – ein Produktivitätsverlust von 75.000 Euro. Was bei der Statistik leicht in den Hintergrund gerät: Hinter diesen Zahlen stecken die Leidensgeschichten von 54.000 Versicherten.

Bis in die 90er-Jahre wurden Depressionen meist hinter „Schamdiagnosen“ versteckt

Trotz der Notstandsmeldungen deutet nichts darauf hin, dass sich die Krankheit Depression ausbreitet. Die steigenden Zahlen sind nach Ansicht vieler Experten sogar ein gutes Zeichen. Immer mehr Patienten trauen sich inzwischen, beim Arzt offen über ihre psychischen Beschwerden zu sprechen. Bis in die 90er-Jahre wurden Depressionen meist hinter „Schamdiagnosen“ wie Rückenschmerzen, Reizmagen oder Tinnitus versteckt. „Depressionen haben nicht zugenommen, aber sie werden heute früher erkannt und besser behandelt“, betont der [Psychiater Ulrich Hegerl auf Spiegel Online](#). Das habe bemerkenswert positive Folgen: Die Zahl der Suizide in Deutschland ist drastisch zurückgegangen, von rund

18.000 Fällen in den frühen 80er-Jahren auf 9.600 im Jahr 2011.

[Einige Medien zählen Depressionen schon zu den „Volkskrankheiten“ wie Diabetes oder Herzinfarkt.](#) Fakt ist: Bei etwa sechs Prozent der Deutschen wurde in den letzten zwölf Monaten eine Depression diagnostiziert. Das hat gerade erst das Robert-Koch-Institut in seiner [„Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland \(DEGS\)“](#) festgestellt.

Gründe für Depressionen bei einer HIV-Infektion gibt es genug

Mit dem Dossier „HIV und Depression“ und seinen sechs Beiträgen will die Deutsche AIDS-Hilfe die seit einigen Jahren laufende Debatte über die „Volkskrankheit Depression“ in Gang halten. Der Fokus liegt dabei auf dem engen Zusammenhang zwischen HIV-Infektion und psychischen Beschwerden. Und der ist offensichtlich: Menschen mit HIV leiden sehr viel häufiger an Depressionen als der Bevölkerungsdurchschnitt. 2009 meldete das Kompetenznetz HIV/Aids bei über 21 Prozent der HIV-Patienten eine Depression oder eine depressive Verstimmung.

Gründe dafür gibt es genug: HIV ist nach wie vor ein starkes Stigma. Viele Positive haben große Angst, aufgrund ihrer Infektion auf Ablehnung zu stoßen: bei Freunden, Arbeitskollegen, Familienmitgliedern, sogar bei ihren Lebenspartnern. Dazu kommt, wie bei jeder chronischen Krankheit, die Sorge vor nachlassender Leistungsfähigkeit, vor dem Jobverlust. Als weitere seelische Belastung kommen bei manchen die dauerhaften Nebenwirkungen einer HIV-Therapie hinzu.

„Gerade bei Leuten, die ein Leben lang mit vielen Belastungen zurechtkommen müssen, ist

HIV schlicht der Tropfen, der das Fass zum Überlaufen bringt“, sagt Werner Bock von der Deutschen AIDS-Hilfe (DAH). Gemeinsam mit seinem Kollegen Karl Lemmen veranstaltet er die Seminarreihe „HIV und seelisches Gleichgewicht“. In diesem geschützten Rahmen können viele Positive erstmals offen reden – nicht nur über ihre Depression, sondern auch über ihre HIV-Infektion. Der Dossier-Beitrag „Grenzen der Belastbarkeit“ (S. 5) zeigt, warum dieser Austausch ein wichtiger Schritt auf dem Weg zur Besserung ist.

Austausch ist ein wichtiger Schritt auf dem Weg zur Besserung

Ein großes Problem bei Depressionen ist die Diagnose. Wo endet ein normaler Durchhänger, wie er zum Leben dazugehört? Und wo beginnt eine behandlungsbedürftige Depression, die man ohne medizinische und therapeutische Hilfe nicht mehr los wird? Eine Faustregel des Robert-Koch-Instituts: Hält eine Verstimmung länger als zwei Wochen an, könnte es sich um eine Depression handeln. Feststellen kann das aber nur ein Arzt oder Psychotherapeut. Doch dazu muss man ihn erst einmal um Rat fragen – und gerade das fällt vielen Erkrankten schwer. Zumindest bei der ersten Depression ahnen sie selbst nicht, woher ihre Beschwerden kommen.

„Anfangs fällt einem die Depression gar nicht auf“, sagt Thilo. „Man findet ja immer Ausreden, warum man sich gerade nicht gut fühlt: zu viel gearbeitet, zu wenig geschlafen.“ 2001 wurden bei dem 49-jährigen Brandenburger schwere Depressionen festgestellt. Im Beitrag „Von Hühnern und Rosinen“ erzählt er davon, wie er die Krankheit bewältigt hat – und wie er heute seinem ebenfalls depressiven Lebenspartner René beizustehen versucht (S. 8).

Leichter gesagt als getan: die richtige Therapie zur richtigen Zeit

Ein Patentrezept bei der Behandlung von Depressionen gibt es nicht. Die Neurologin Gabriele Arendt empfiehlt „die richtige Therapie zur richtigen Zeit“. Doch das ist bei Depressionen

oft leichter gesagt als getan. Auf einen Termin beim Psychotherapeuten müssen Patienten oft monatelang warten. „Diese lange Wartezeit versuchen Allgemeinmediziner und Internisten verständlicherweise zu überbrücken“, sagt Arendt. „Und dann wird schnell zum Medikament gegriffen.“ Ideal sei jedoch eine individuelle Kombination aus medikamentöser und psychotherapeutischer Behandlung. In einem ausführlichen Interview mit Gabriele Arendt berichtet die Leiterin der Neurologischen HIV-Ambulanz in Düsseldorf über die vielfältigen Therapiemöglichkeiten bei Depression (S. 13).

Patentrezepte gibt es im Umgang mit einer Depression nicht. Im Gegenteil: Gut gemeinte Tipps und Tricks verschlimmern oft die negativen Gefühle. Sie verstärken beim Betroffenen den ohnehin vorhandenen Eindruck, nicht leistungsfähig und wertlos zu sein. Die in diesem Dossier vorgestellten „Zehn Anregungen“ im Umgang mit einer Depression sind also keineswegs als Hausmittel zu verstehen. Aber sie können im Falle eines depressiven Schubes Ideen liefern, wo man ansetzen könnte (S. 11).

Patentrezepte gibt es im Umgang mit einer Depression nicht

Egal welche Behandlungsmethode man wählt: Der Umgang mit Depression erfordert viel Geduld. Doch die ist in unserer auf Effizienz getrimmten Gesellschaft nur selten vorhanden. In seinem Essay „HIV und Depression? Alles im Griff!“ kritisiert Rainer Hörmann die verbreitete Erwartung, dass HIV-Positive ihre Krankheit problemlos „managen“ (S. 20).

Vielleicht haben die vielen Erfolgsmeldungen zur HIV-Therapie und Nichtinfektiosität dazu geführt, dass manchmal die alltäglichen Probleme im Umgang mit dieser chronischen Krankheit aus dem Blick geraten. Zum Beispiel die enorme Herausforderung, lebenslang Medikamente einzunehmen. Oft äußert sich eine Depression bei HIV-Positiven darin, dass sie ihre HIV-Therapie abbrechen. Sie sehen schlicht keinen Sinn mehr darin, täglich zu einer festen Uhrzeit eine Tablette oder sogar mehrere einzunehmen. Wenn alles nur noch schwarz und schwer scheint – warum dann noch so viel Mühe aufwenden, um weiterzuleben?

Auch bei Depressionen hat ein Prozess der Entstigmatisierung begonnen

Das strenge Therapie-Regime, das HIV-Patienten täglich an den lebensgefährlichen Virus erinnert, ist eine starke psychische Belastung. Der eine steckt sie ohne weiteres weg. Beim anderen summiert sie sich mit weiteren Belastungen zu einer Depression. Und HIV ist ja bei Weitem nicht die einzige Last, die zu schultern ist. Das zeigt die Pilotstudie zur „Seelischen Gesundheit bei schwulen und bisexuellen Männern“, die mit Unterstützung der Deutschen AIDS-Hilfe entstanden ist. Sie weist nach, dass Depressionen und Angstzustände bei schwulen und bisexuellen Männern fast doppelt so häufig vorkommen wie bei heterosexuellen. Ursachen sind vielfältige Formen von Diskriminierung. Im Beitrag „Diskriminierung schürt Depressionen“ zeigt DAH-Referent Dirk Sander, woher diese Anfälligkeit kommt – und wie eng seelische Gesundheit und erfolgreiche HIV-Prävention zusammenhängen (S. 17).

Mit dem Dossier „HIV und Depression“ will die Deutsche AIDS-Hilfe die Diskussion über die „Volkskrankheit Depression“ in Gang halten. Gleichzeitig soll die Vielfalt der Beiträge darauf hinweisen, dass es im Umgang mit dieser psychischen Erkrankung keine Patentrezepte und schnelle Lösungen gibt. Wohl aber einen positiven Trend: Wie bei HIV hat auch bei Depressionen ein Prozess der Entstigmatisierung begonnen. Die Krankheit wird nüchterner betrachtet – und das ist gut. Denn [Depressionen sind weder „Modediagnose“ noch ein harmloser Durchhänger](#), den man alleine durchstehen kann. Die sachliche Auseinandersetzung mit Ursachen und Behandlungswegen hat gerade erst begonnen.

Philip Eicker

Weitere Informationen zum Thema „HIV und Depression“

[Eine kurze Einführung zum Thema bietet die DAH-Broschüre „Depression?“.](#)

[Ausführlichere Informationen liefert die von der Aidshilfe Köln herausgegebene MED-INFO, Ausgabe 46, „HIV und Depressionen“.](#)

[Aktuelle Informationen zum Thema Depression präsentiert der gemeinnützige Verein „Deutsches Bündnis gegen Depression“. In ihm sind Fachleute, Betroffene und Angehörige gleichermaßen vertreten.](#)

[Die Deutsche Depressionsliga ist die größte Selbsthilfe-Organisation für Erkrankte und Angehörige.](#)

[Am 1. September 2013 findet in Leipzig der 2. Deutsche Patientenkongress Depression für Betroffene und Angehörige statt. Die Veranstaltung ist für alle Interessierten offen.](#)

Grenzen der Belastbarkeit

Die Seminarreihe „HIV und seelisches Gleichgewicht“ der Deutschen AIDS-Hilfe stoßen bundesweit auf großes Interesse. Dort können sich Betroffene austauschen – für viele ist das ein großer Schritt. Oft nämlich wird eine Depression gar nicht als Krankheit erkannt, sondern als persönliche Schwäche abgetan.

Ein Zahnarztbesuch ist selten ein Highlight des Tages. Aber manchmal kann er einen richtig runterziehen – vor allem wenn man HIV hat. Diese Erfahrung hat Thilo gemacht. Nach seinem Coming-out als HIV-Positiver verweigerte seine Zahnärztin die weitere Behandlung – die Praxis sei dafür nicht ausgerüstet. Dabei wusste Thilo: Es besteht keine Infektionsgefahr, sofern grundlegende Hygienestandards eingehalten werden. Eine bittere Diskriminierung, wie sie viele HIV-Positive schon erlebt haben. „Du bist in der Zeit eh schon empfindlich, und dann treffen dich solche Aussagen noch mal härter als sonst schon“, erinnert sich Thilo. „Für mein Wohlbefinden war das genau das Falsche. Das hat sicher dazu beigetragen, dass meine Psyche kaputtging.“

2001 wurde bei dem 49-Jährigen eine schwere Depression diagnostiziert. Das Zahnarzt-Erlebnis war sicher nicht der Auslöser, aber eines von vielen kleinen Sorgenpäckchen, unter denen Thilos Seele an einem bestimmten Punkt nachgegeben hat (S. 8).

Bei manchen kann HIV das Fass zum Überlaufen bringen

Menschen mit HIV haben sehr viel häufiger mit Depressionen zu kämpfen als der Bevölkerungsdurchschnitt. „Gerade bei Leuten, die ein Leben lang mit vielen Belastungen zurechtkommen müssen, ist HIV schlicht der Tropfen, der das Fass zum Überlaufen bringt“, sagt Werner Bock von der Deutschen AIDS-Hilfe (DAH).

Gemeinsam mit seinem Kollegen Karl Lemmen organisiert er die eintägigen Seminare „HIV und seelisches Gleichgewicht“ auf Anfrage in einer

der rund 120 regionalen Aidshilfen. In einer Mischung aus Vortrag, Kleingruppenarbeit und Diskussion tauschen sich dort Menschen aus, die mit dem Thema Depression zu tun haben. „Ursprünglich waren diese Seminare nur für Mitarbeiter geplant“, sagt Werner Bock. „Aber dann stellte sich heraus, dass sie auch bei den Klienten der Aidshilfen auf großes Interesse stoßen. Deshalb gibt es dieses Angebot inzwischen auch speziell für Menschen, die Depressionen haben.“ Pro Jahr finden etwa vier Seminare mit maximal zwölf Teilnehmern statt. „Wir können diese Termine gar nicht so oft anbieten, wie sie nachgefragt werden“, berichtet Bock.

Wie stark HIV die Psyche belastet, zeigt das Beispiel eines solchen Seminars in einer norddeutschen Universitätsstadt, keine Millionenmetropole, aber auch keine Provinzstadt: Unter den sechs HIV-positiven Teilnehmern war nur ein Mann, der offen mit HIV lebt. Alle anderen verheimlichen ihre HIV-Infektion gegenüber Angehörigen und Freunden. „Die Angst vor Ablehnung im eigenen sozialen Umfeld ist nach wie vor sehr groß“, sagt Werner Bock. „Aber die Geheimhaltung und die ständige Kontrolle kosten viel Energie.“

„Das ist klassische Selbsthilfe“

Die fehlt dann, um mit anderen Dauerbelastungen fertigzuwerden, zum Beispiel mit der Diskriminierung aufgrund von Hautfarbe, Herkunft oder sexueller Orientierung. Die DAH-Seminare zum „seelischen Gleichgewicht“ dienen auch dazu, diese Stigmata zu benennen, mit denen viele Positive umgehen müssen. „Wir wollen den Teilnehmern deutlich machen, dass sie sich nicht schämen müssen“, sagt Bock. „Angesichts so vieler Belastungen ist es gar nicht verwunderlich, dass es zu Depressionen kommt.“

Im Seminar informieren die Dozenten über das Krankheitsbild der Depression und die Behandlungsmöglichkeiten. Vor allem aber ermöglicht es den Austausch. „Das ist klassische Selbsthilfe“, so Bock. „Die Teilnehmer wissen schon recht viel über das Thema. Wichtig ist, dass sie ins Reden kommen und ihre Sorgen verbalisie-

ren können. Es hilft ihnen sehr, zu sehen: Ich bin nicht allein, andere haben das genauso erlebt wie ich.“ Außerdem berichten sie, was ihnen hilft, einen depressiven Schub durchzustehen. „Manche haben da erfolgreiche Strategien entwickelt“, erzählt Bock. „Sie haben zum Beispiel gelernt, mit anderen Menschen über ihre Probleme zu sprechen. Ein stabiles Umfeld aus Freunden ist ein gutes Auffangnetz, wenn es zu Krisen kommt.“

Körperliche Warnsignale werden oft als Schwäche und Versagen gedeutet

Allein schon mit dem Reden über das Thema ist viel erreicht. Denn meist werden Depressionen erst sehr spät oder gar nicht erkannt. Die Warnsignale des Körpers – ständige Müdigkeit, verminderte Konzentrationsfähigkeit, keine Lust mehr auf Lieblingsbeschäftigungen – werden oft als Schwäche und Versagen gedeutet, auch von den Erkrankten selbst. „Diese Symptome können aber auch Ausdruck einer Depression sein und bedürfen dann einer entsprechenden Behandlung“, betont Psychologe Karl Lemmen, zuständig für den DAH-Bereich „Psychosoziales und Qualitätssicherung. Auch den Einsatz antidepressiver Medikamente dürfe man nicht grundsätzlich ausschließen.

Ein weiteres Symptom der Depression, so Lemmen, sei der Rückzug aus Freundschaften, Familie und Beziehung. „Das Fatale dabei ist, dass der soziale Rückzug nicht nur Symptom, sondern auch verstärkende Ursache einer Depression ist. „Deshalb müsste man jemanden, der sich zurückzieht, auch wieder ein wenig herauszerren.“

Für die Beraterinnen und Berater in den Aidshilfen ist der Umgang mit depressiven Klienten deshalb eine große Herausforderung. „Hier das richtige Maß zwischen Aktivierung und Überforderung zu finden, ist nicht einfach“, sagt zum Beispiel Melanie*, [Seminarbesucherin und Mitarbeiterin der Aidshilfe Wuppertal](#). „Es tut gut, sich mit Kollegen über Strategien austauschen und von ihren Erfahrungen profitieren zu können.“ Das Seminar habe ihr geholfen, ihre Klienten besser zu verstehen.

Im Seminar können sich Betroffene und Berater besser kennenlernen

Depressive Menschen verhalten sich oft widersprüchlich: Einerseits suchen sie Unterstützung, andererseits wird ihnen die Zuwendung anderer Menschen schnell zu viel. „Diese innere Spannung überträgt sich auf die Mitmenschen, die sich dann entweder selbst runterziehen lassen oder aber mit Aktionismus, Ärger oder Wut reagieren“, erklärt Werner Bock.

Die Seminare zur Depression können hier Entlastung schaffen. Betroffene und Berater können sich – moderiert von Außenstehenden – besser kennenlernen. Die Berater bekommen die Chance, nachzuvollziehen, wie sehr depressive Menschen in ihrer Situation gefangen sind. Und sie lernen, dass zum Beispiel die starke Passivität zum Krankheitsbild der Depression gehört. „Für Helfende ist es entlastend, dass es in solchen Situationen kein Patentrezept gibt“, sagt Werner Bock. „Sie müssen sehr sensibel vorgehen und ausloten, was gerade am besten hilft. Auf jeden Fall ist es wichtig, deutlich zu signalisieren: Ich bin da, wenn du mich brauchst.“

Trotzdem: Die Schwierigkeiten im Umgang mit Depressionen bleiben. Für Laien ist es fast unmöglich, die Krankheit von einer depressiven Verstimmung abzugrenzen, wie sie bei jedem Menschen vorkommt. „Die Berater in den Aidshilfen sollen auch keine Diagnose stellen“, betont Werner Bock, das könne nur ein Arzt oder Psychotherapeut. Entscheidend sei, dass man eine gewisse Sensibilität entwickle, um bei Bedarf die Klienten an entsprechende Hilfsangebote verweisen zu können. Bei Verdacht auf eine Depression solle der Hausarzt konsultiert werden.

„Wie bei allen Schicksalsschlägen sind Angehörige und Freunde wichtig“

Der Bedarf ist da, denn HIV kann sehr belastend sein: nicht nur bei der Diagnose, sondern auch später. Zum Beispiel bei Therapiebeginn, wenn die tägliche Tablette daran erinnert, dass man das Virus nie mehr loswird. Oder wenn die HIV-Medikamente Nebenwirkungen hervorrufen. „Wie bei allen Schicksalsschlägen sind dann Angehörige und Freunde wichtig, die einen auffangen“, sagt Werner Bock. „Aber viele haben dieses Umfeld eben nicht. Und deshalb sind die Angebote der Aidshilfen so wichtig –

die Beratung ebenso wie die Selbsthilfegruppen, in denen sich Positive austauschen können.“

*Name geändert

Philip Eicker

Weitere Informationen

Aidshilfen, die ein Patienten- und Mitarbeiterseminar zu „HIV und seelisches Gleichgewicht“ durchführen möchten, wenden sich an: Werner.Bock@dah.aidshilfe.de

Weitere Informationen zur Seminarreihe bietet das Interview „[Die verschwiegene Krankheit](#)“ sowie der Beitrag „[Aus der Tabu-Ecke holen – HIV und Depression](#)“ im DAH-Jahrbuch 2011/2012 auf Seite 25.

Von Hühnern und Rosinen

Thilo ist HIV-positiv und hatte eine schwere Depression. Inzwischen ist sie überstanden. Diese Erfahrung hilft ihm dabei, heute seinem Freund beizustehen. Ein Bericht über den mühsamen Weg aus der Depression.

„HIV-positiv“. Viele Menschen fallen nach dieser Diagnose in ein tiefes Loch. Thilo nicht. Er bekam Lust, sich ein Tattoo stechen zu lassen. „Die Diagnose hat mich anfangs nicht so beschäftigt“, berichtet der 49-jährige Brandenburger, „obwohl ich damals damit gerechnet habe, nur noch fünf bis sechs Jahre zu leben“. 1997 waren zwar schon wirksame HIV-Therapien auf dem Markt, aber noch nicht so weit verbreitet wie heute.

Statt mit Medikamenten ließ Thilo seinen Körper mit Tätowiernadeln und Piercings behandeln. Auch Aktfotos ließ er von sich schießen. „Meine Gedanken kreisten darum: Was habe ich in meinem Leben noch nicht gemacht, weil ich mich nicht getraut habe?“, erinnert er sich. Jetzt schien dafür der beste Zeitpunkt: „Wenn mir das jemand vorgehalten hat, habe ich mir nur gedacht: Na und? Ich bin in ein paar Jahren eh nicht mehr da.“

„Dieses Aufbegehren damals hat schon zur Depression gehört“

Thilo fühlte sich damals sehr gut. Heute, gut zehn Jahre nach einer schweren Depression, sieht er den Todesmut jener Tage in einem anderen Licht. „Dieses Aufbegehren damals hat schon zur Depression gehört“, vermutet Thilo, „sozusagen ein letztes Aufblühen, bevor sich der Sargdeckel schließt.“ Dass er an Depressionen leidet, hat Thilo erst vier Jahre später erfahren, als sein Körper zu streiken begann: 2001, nach der Rückkehr aus einem Mittelmeerurlaub. Eigentlich war Thilo in Hochstimmung: „Ich war sehr glücklich und zufrieden.“ Thilo hatte gerade einen neuen Job angetreten, die Probezeit war erfolgreich überstanden, zur Belohnung hatte er sich 14 Tage Tunesien gegönnt. Zurück in Berlin lief nichts mehr, zumin-

dest nicht auf dem Klo. Blase voll, Nierenschmerzen – aber es kommt kein Tropfen.

„Harnverhalt“ nannte das der Urologe und entleerte Thilos Blase mit Hilfe eines Katheters. Zehn Tage quälte sich Thilo, dann legte der Arzt einen Dauerkatheter durch die Bauchdecke. „Ich bin mit dem Katheter im Zug nach Hause gesessen und habe überlegt, wie viele Tage es noch dauert, bis ich sterbe“, erinnert sich Thilo. Den Schlauch im Bauch spürte er kaum, aber die Seele tat weh. „Damals hatte ich zum ersten Mal den Gedanken: So, das war's jetzt. Ich fühlte mich völlig ausgeliefert und hatte keine Vorstellung, wie mein Leben weitergehen sollte.“ Geredet hat er mit keinem darüber. „Wenn schon die Ärzte nicht erklären können, was gerade mit mir abgeht, was hätten dann meine Freunde sagen sollen?“

Den Schlauch im Bauch spürte er kaum, aber die Seele tat weh

Gleich am folgenden Tag war Thilo wieder beim Urologen. „Ich hätte die Einstichstelle des Katheters täglich reinigen müssen“, erzählt er, „das habe ich mir einfach nicht zugetraut“. Er bat seinen HIV-Schwerpunktarzt um Rat, der ließ ihn noch am gleichen Tag in die Charité einweisen. Doch auch alle Fachärzte in Berlins größtem Krankenhaus konnten keine körperlichen Ursachen für Thilos Leiden finden. Hatte der Blasenstreik psychische Ursachen? Ein Arzt empfahl einen Besuch in der psychiatrischen Abteilung der Klinik.

Nach zwei Wochen wurde der Katheter gezogen, weil die Blase langsam tröpfelnd ihren Dienst wieder aufnahm, vorerst nur „mit viel Ruhe und Meditationsübungen“. Nach drei Wochen wurde Thilo entlassen. Offizielle Diagnose: autonome Neuropathie der Blase mit unklarer Genese – und schwere Depressionen.

Vier Jahre lang hat Thilo seine HIV-Infektion einfach hingenommen. Aber mit dem Harnverhalt war ein Punkt erreicht, an dem die Zweifel wie eine Welle über ihm zusammenbrachen. „Du stellst dir die Sinnfrage“, berichtet Thilo:

„Warum eigentlich ich? Das ist auch völlig legitim. Aber es gibt keine Antwort darauf.“

„Deine Gedanken sind wie in einem Kreisverkehr“

Es begann der typische Sorgenkreislauf einer Depression. „Deine Gedanken sind wie in einem Kreisverkehr“, versucht Thilo die Krankheit zu beschreiben. „Du findest keinen Ausgang mehr, in keiner Richtung: weder um zu frühstücken, noch um ins Kino zu gehen. Ich hatte meist das Gefühl: Dann mache ich lieber gar nichts, es hilft ja eh alles nichts.“

Mithilfe einer Gesprächstherapie gelang ihm der Ausbruch aus diesem Teufelskreis. Gleich nach seiner Entlassung aus der Charité hatte er sich eine niedergelassene Psychotherapeutin gesucht. „Allein drüber zu reden hat schon vieles erleichtert“, sagt Thilo. „Beim Sprechen kann ich mich selbst noch einmal in Ruhe mit den Themen auseinandersetzen und entdecke Dinge, die das Leben erträglicher machen.“ Heute versucht er, die Frage nach dem Sinn seiner HIV-Infektion nicht mehr so oft zu stellen. „Ich gucke eher: Was bringt mir das? Es hat mir geholfen, mir vorzustellen, aus der ganzen Scheiße wenigstens die Rosinen rauszupicken.“

Doch so einleuchtend es klingt: Gerade das Gespräch fällt bei einer Depression besonders schwer. Vor allem die Angehörigen sind oft überfordert, denn schwer depressive Menschen ziehen sich zurück, wirken sehr abweisend. Das hat Thilo 2011 noch einmal erlebt, aber nicht als Erkrankter, sondern als Angehöriger. Denn auch sein Lebenspartner René leidet an Depressionen. 2005 haben sich die beiden auf einem [Positiventreffen im Waldschlösschen](#) kennengelernt. „Für meine Eltern war das völlig unverständlich, dass René damals nicht telefonieren wollte. Mein Vater hat sich beschwert, dass er so kurz angebunden ist und gleich den Hörer weiterreicht.“ Thilo hat versucht zu vermitteln. „Ich hatte gedacht, dass [der Fall von Torwart Robert Enke](#) was geändert hat. Aber weit gefehlt. In den Augen meines Vaters hat René einfach eine Macke und gehört in die Klapse.“

„Er war einfach da. Das hat ungemein geholfen.“

Thilo konnte seinen Freund besser verstehen, weil er selbst eine Depression hinter sich hatte. „Ich kann besser erahnen, wenn er sich zurückziehen möchte. Jeder neigt dazu, Reaktionen des anderen auf sich selbst zu beziehen und zu hinterfragen, warum der so abweisend ist. Aber mit dir selbst hat das in dem Moment gar nichts zu tun. Das ist das Schwierige an einer Depression.“

Thilo selbst hatte das Glück, dass ein guter Freund ebenfalls Depressionspatient war. „Der hat gewusst, wie ich mich fühle. Er hat mich in manchen Situationen allein gelassen, aber manchmal auch einfach aus der Wohnung gezerrt. Er war einfach da. Das hat ungemein geholfen.“

Thilo und René bemühen sich, das Gleichgewicht zwischen Zuwendung und Zurückhaltung zu halten. Vor allem aber achtet Thilo darauf, ihrem gemeinsamen Alltag eine Struktur zu geben. „Man muss sich kleine Ziele für den Tag stecken, die man einhalten kann – nur nicht von der einen Sofaecke in die andere rutschen!“

„Man muss sich kleine Ziele für den Tag stecken“

Zu den gemeinsamen Ritualen gehört, pünktlich aufzustehen, um die Schafe zu füttern. Und die Hühner. 70 Stück haben die beiden, sie sind sogar Mitglieder im Geflügelzüchterverein der Nachbarstadt Neustadt (Dosse). Seit einigen Jahren leben sie zu zweit auf dem Land in Brandenburg. Weitere Stationen in ihrem Tagesablauf: frühstücken, mittags Kaffee und ein Stück Kuchen, abends was Warmes. Kurz: die Mahlzeiten einhalten.

Zur Zuwendung gehört auch, dass Thilo seinen Freund daran erinnert, seine HIV-Tabletten zu nehmen. Auf dem Höhepunkt seiner Depression hatte René damit aufgehört. „Dass er mich nicht mehr beschimpft, wenn ich sie ihm hinstelle, ist für mich ein Zeichen, dass er weiterleben möchte“, sagt Thilo. „Aber wir haben auch besprochen, dass ich mich ein bisschen weniger einmischen soll. Trotzdem versuche ich ihm zu

zeigen, dass ich mein Leben mit ihm teilen möchte. Auch wenn es schwierig ist.“

Um das Gleichgewicht zu halten, hat Thilo wieder mit einer Psychotherapie begonnen. Das ist eine Einsicht, die er während seiner Depression gewonnen hat: Wenn es hart wird, holt er sich professionelle Hilfe. „Es ist gut, wenn jemand von außen draufschaut“, sagt Thilo. „Der entdeckt auch Dinge, die Angehörige nicht sehen können oder nicht sehen wollen.“ Zum Beispiel die Gefahr, sich im Umgang mit einem depressiven Partner aufzureiben. „Man muss aufpassen, dass man sich keine Überverantwortung auflädt“, erklärt Thilo. „Ich versuche, mein eigenes Leben weiterzuleben und nicht von 0 bis 24 Uhr René zur Seite zu stehen.“

„Mit Tieren hast du keine Wahl: Du musst morgens raus.“

Zu Thilos eigenem Leben gehört, dass er sich zum Beispiel weiterhin ehrenamtlich bei der [HIV-Präventionskampagne ICH WEISS WAS ICH TU](#) engagiert. „Ich biete René immer die Möglichkeit mitzukommen. Aber wenn er nicht möchte, akzeptiere ich das, ohne mich selbst davon abhalten zu lassen. Man muss trotz der Depression sein eigenes Ding machen.“ Die regelmäßigen Termine verringern das Risiko, dass der Sorgenkreislauf wieder in Gang kommt. Und dann ist da noch das liebe Vieh: „Mit Tieren geht's mir besser“, sagt Thilo. Auch sie geben seinem Tag eine Struktur, die ihm durch die depressiven Phasen hilft. Die Hühner und Schafe brauchen ihr Futter. „Mit Tieren hast du keine Wahl: Du musst morgens raus. Das hält den Motor am Laufen.“

Trotzdem: Thilo braucht immer Kraft, um sich die positiven Erlebnisse ins Gedächtnis zu rufen, von denen es ja auch einige gibt. Eine dieser schönen Erinnerungen: die Hochzeit der beiden Männer in der Kirche ihres brandenburgischen Heimatdorfes vor vier Jahren. Der Gemeinderat hatte einmütig beschlossen, dass auch zwei Männer Anspruch auf einen Traugottesdienst haben. „Fast 150 Gäste waren da“, erzählt Thilo, die eine Hälfte eingeladen, die andere neugierige Nachbarn aus dem Dorf. „Zum Glück hatten wir genügend Kuchen bestellt.“ Dann überlegt er kurz und sagt: „Die Hochzeit und die acht gemeinsamen Jahre mit

René, das sind schon zwei sehr dicke Rosinen.“

Philip Eicker

[Mehr Infos zu Thilo auch unter *iwwit.de*](#)

Was hilft bei Depressionen? Zehn Anregungen

Im Umgang mit einer Depression gibt es keine „goldenen Regeln“, die für alle gelten. Das macht die Behandlung so schwierig. Aber es gibt Mittel und Wege, um depressiven Schüben Herr zu werden. Zehn Anregungen, die bei einer Depression helfen könnten.

1 Professionelle Hilfe in Anspruch nehmen

Das Gute an einer Depression: Die Heilungschancen sind hoch. Meistens klingt sie nach einigen Monaten von alleine ab. Nimmt sie jedoch zu, kommt man nicht mehr ohne fremde Hilfe aus der Abwärtsspirale heraus. Man sollte daher professionelle Unterstützung suchen, auch wenn es sehr schwer fällt. Ein Arzt des Vertrauens kann weiterhelfen. Erste Hilfe kann auch die Telefonseelsorge leisten: 0800 111 0 111 (rund um die Uhr, kostenlos aus dem Festnetz).

2 Eine Psychotherapie erwägen

Für die Behandlung einer Depression ist das Gespräch von großer Bedeutung. Vielen hilft es, wenn sie über ihre Sorgen sprechen können. Eine Psychotherapie ist dafür ein professioneller Rahmen. Sie ist mühsam, kann aber langfristig einen Ausweg aus der Depression weisen. Für die Wahl des richtigen Psychotherapeuten gibt es keine Faustregel. Aber: Die „Chemie“ muss stimmen. Im Laufe einer Psychotherapie kommt es auch zu Auseinandersetzungen zwischen beiden Seiten. Vertrauen in den Therapeuten ist daher Grundvoraussetzung.

3 Antidepressiva in Betracht ziehen

Medikamente können bei einer Depression hilfreich sein. Gerade in Hochphasen wirken sie erleichternd und ermöglichen zum Beispiel die Teilnahme an einer Gesprächstherapie. Man muss sie ja nicht ein Leben lang einnehmen.

4 Medikamente nicht selbst verordnen

Schlaf-, Schmerz- oder Beruhigungsmittel sollte man nie ohne Rücksprache mit Arzt oder Therapeut einnehmen. Das gilt besonders bei einer Depression. Die Gefahr gesundheitlicher Schäden ist hoch. Bei einer HIV-Therapie gilt außerdem: Vorsicht bei Johanniskraut. Dieses Hausmittel gegen Verstimmungen beschleunigt den Abbau von HIV-Medikamenten und verändert so deren Wirkung. Der HIV-Schwerpunktarzt kann Alternativen empfehlen.

5 Den Tag strukturieren

So wie eine Depression das seelische Gleichgewicht aus dem Lot bringen kann, kann sie auch den Tagesrhythmus beeinträchtigen. Vielen Betroffenen hilft es, wenn sie ihrem Tag eine feste Struktur geben: Aufstehen. Duschen. Frühstück. Mittagessen. Kaffeepause – alles zu einer festen Uhrzeit. Auch regelmäßige Unternehmungen können den Tag überbrücken. Zum Beispiel ein Treffen mit einem guten Freund. Wichtig: Die Tagespunkte sollten nicht zu dicht gesetzt werden. Sonst können sie leicht überfordern.

6 In Bewegung bleiben

Bewegung wirkt wie ein Antidepressivum: mäßiger Dauerlauf, Spaziergänge oder Ausflüge mit dem Rad. Die körperliche Aktivität stärkt das Wohlbefinden und beugt einer Depression vor. Wichtig dabei ist, dass man sich realistische Ziele setzt. Wer sich zu viel zumutet, geht das Risiko einer Enttäuschung oder Erschöpfung ein. Das kann die Depression verstärken.

7 Bei Alkohol und Drogen zurückhalten

Alkohol und andere Drogen machen einen depressiven Schub vielleicht erträglicher. Langfristig aber können sie die Depression verstärken und zu einer Verfestigung der Krankheit führen.

8 Gefühle ernst nehmen

Empfindungen sollte man weder dramatisieren noch bagatellisieren. Jeder Mensch hat depressive Phasen, sie gehören zum Leben dazu. Gerade eine HIV-Diagnose kann sehr belasten, gleiches gilt für den Beginn einer HIV-Therapie. Jeder zweifelt ab und zu an sich selbst. Entscheidend ist, mögliche Warnsignale einer dauerhaften Depression zu erkennen. Ein erster Hinweis sind regelmäßige Schlafstörungen, ein sehr deutliches Signal sind Selbstmordgedanken.

9 Kontakt zu Angehörigen halten

Freundschaften und Familie leiden unter einer Depression. Es fällt schwer, Kontakt zu halten und Gespräche zu führen. Betroffene sollten trotzdem versuchen, den Kontakt zu Partnern, Freunden oder Familie nicht abreißen zu lassen – so gut das eben geht. Eine Möglichkeit ist zum Beispiel, sich wenigstens einmal am Tag oder in der Woche zu festen Zeiten zu einer gemeinsamen Unternehmung zu verabreden.

10 Zur Seite stehen

Freunde und Angehörige eines an Depression Erkrankten sind wichtige Unterstützer: Sie können Verständnis zeigen, Ängste nehmen und Hilfe vermitteln – etwa indem sie gemeinsam mit dem Erkrankten nach einem Therapeuten oder einer Selbsthilfegruppe suchen. Die Unterstützung sollte aber nicht in Bevormundung umschlagen. Die Situation ist für alle Beteiligten schwierig, gerade bei der Langzeitbehandlung ist viel Geduld erforderlich. Angehörige sollten daher auch auf die Grenzen ihrer eigenen Belastbarkeit achten.

Zusammenstellung: Michael Thiele/Philip Eicker

Pillen oder Psychologen: Was hilft besser gegen Depression?

Gesprächstherapien sind ein klassisches Mittel, um Depressionen zu behandeln. Manchmal aber ist die Krankheit so stark, dass nur Medikamente den Patienten für Gespräche empfänglich machen. Die Neurologin Gabriele Arendt berichtet über die vielfältigen Therapiemöglichkeiten bei Depression und die besonderen Herausforderungen für Menschen, die gleichzeitig mit HIV und mit einer Depression fertig werden müssen.

Frau Professorin Arendt, nach der Diagnose einer Depression empfehlen Sie manchen Patienten, einen HIV-Test machen zu lassen. Wie hängen HIV und Depression zusammen?

Auf sehr viele Arten. HIV kann unter anderem den Stoffwechsel der Neurotransmitter angreifen. Das sind die Botenstoffe, die das Gehirn ausschickt, damit unsere Nervenzellen miteinander kommunizieren können. Sie steuern auch unsere Stimmungen. Eine Störung kann Depressionen auslösen. Um diese Ursache besonders in Hauptbetroffenengruppen rechtzeitig diagnostizieren zu können, empfehlen wir einen HIV-Test.

Auch manche HIV-Medikamente gelten als „Motoren“ für eine Depression.

Ja, einige HIV-Medikamente begünstigen Depressionen, besonders Efavirenz. Vor allem in den ersten vier Wochen der Einnahme, in manchen Fällen auch noch wesentlich später. Efavirenz dringt gut ins Gehirn ein, kann aber zu starken zentralnervösen Symptomen, darunter auch zu Depressionen führen. Der genaue Verlauf der Krankheit ist aber noch nicht aufgeschlüsselt.

HIV-Therapien gelten inzwischen als gut verträglich. Ist die Depression die Schattenseite dieses Erfolgs?

So würde ich das nicht ausdrücken. Es ist schlicht die Nebenwirkung ansonsten hilfreicher Medikamente. Antiretrovirale Medikamente können auch Polyneuropathien oder eine Lipodystrophie verursachen. Efavirenz hat eben diese spezielle Nebenwirkung. Problematisch ist das nur für Leute, die zu Depressionen neigen.

Bei jeder Depression ist die Frage: Pille oder Psychologe? Wie entscheiden Sie, ob eine Depression mit Medikamenten oder mit einer Psychotherapie zu behandeln ist?

Ich halte es grundsätzlich für gut, wenn man eine Pharmakotherapie, also medikamentöse Behandlung, mit einer bearbeitenden Gesprächspsychotherapie verbindet. Das muss nicht immer eine große Psychotherapie sein, auch eine stützende Gesprächstherapie ist schon viel wert: Der Patient kann seine Gefühle schildern und gemeinsam mit dem Arzt den Ursachen seiner Depression nachspüren.

Schweigsamen Menschen verlangt die Gesprächstherapie mehr ab als redseligen

Ist die Wahl zwischen Präparat und Psychologie auch eine Frage des Typs?

Sie hängt mit der Persönlichkeit des Patienten zusammen. Einem schweigsamen Menschen verlangt eine Gesprächstherapie mehr ab als einem redseligen. Ich empfehle jedem Patienten eine langfristige Psychotherapie. Manche sagen mir dann: Nein, ich habe überhaupt keine Lust dazu, mein Innerstes zu outen. Diese Patienten wünschen sich ein Medikament, das ihr Gehirn zurechtrückt. In diesen Fällen sage ich: „Versuchen wir es mit einem Medikament. Wenn Ihnen das hilft, ist es gut. Aber wenn nicht, müssen wir noch mal darüber reden.“ Viele Menschen glauben einfach nicht daran, dass Sprechen hilft.

Ist Sprechen denn ein gutes Heilmittel?

Sprechen hilft sehr vielen Menschen, jedoch nur dann, wenn der Einzelne dafür aufgeschlossen ist. Aber mit dem entsprechenden Aufwand kann man die meisten für eine Gesprächstherapie gewinnen.

Wie viel Zeit muss man für eine Gesprächstherapie veranschlagen?

Das Minimum sind 35 Stunden, ein- bis zweimal pro Woche. Meist kommt man damit aber nicht aus. Eine große Psychotherapie zieht sich über mehrere Jahre hin, an drei bis fünf Tagen pro Woche. Das können natürlich nur wenige in ihren Tagesablauf einfügen.

Manche Psychiater halten Gesprächstherapien für verzichtbar

Konkurrieren Neurologen und Psychologen bei der Behandlung von Depressionen?

Es gibt durchaus Psychiater, die vor allem auf Medikamente setzen und Gesprächstherapien im Grunde für verzichtbar halten. Das war zumindest in den 1980er Jahren noch so. Inzwischen haben sich diese beiden Fachrichtungen einander angenähert. Allerdings gibt es noch immer gewisse Vorbehalte der sogenannten biologischen Psychiater, die Medikamente und Gesprächstherapie verbinden, gegenüber den Psychoanalytikern, die den Einsatz von Medikamenten kritisch sehen. Letztere versuchen, allein durch Gespräche mit dem Patienten die seelische Wurzel der Depression zu erfassen.

Wie sehen Sie das als Neurologin? Hat jede Depression eine tiefsitzende Wurzel?

Ja, ich kann diesen Ansatz nachvollziehen, aber nur wenn gilt: Die richtige Therapie zur richtigen Zeit. Es gibt Depressionen, die allein psychoanalytisch behandelt werden müssen. Und da ist der tiefenpsychologisch orientierte Psychologe, Psychotherapeut oder – ganz klassisch – der Psychoanalytiker der Mann oder die Frau der Stunde. Ohne sie geht es nicht. Aber diese Formen der Depression sind selten. Meistens ist eine Kombination der beiden Behandlungsmethoden die richtige Wahl.

Werden Antidepressiva heute zu schnell verschrieben?

Heute wird leider sehr schnell zu Antidepressiva gegriffen, auch von Nicht-Fachärzten. Das kann ich nicht befürworten. Antidepressiva gehören in die Hände eines Facharztes, also nur in die von Neurologen oder Psychiatern.

Ein Grund für den Pillenboom: die langen Wartezeiten beim Psychologen

Was ist so verlockend an den „Glückspillen“?

Ein großes Problem sind die langen Wartezeiten bei Psychotherapien. Die Patienten klagen, dass sie beim Psychiater oder Psychotherapeuten erst sehr spät einen Termin bekommen. Diese lange Wartezeit versuchen primär betreuende Kollegen wie Allgemeinmediziner und Internisten verständlicherweise zu überbrücken. Und dann wird schnell zum Medikament gegriffen.

Wo liegen die Grenzen der Pillen?

Sie wirken gut, aber bei jedem Menschen anders. Zunächst geht es darum, das richtige Antidepressivum für den Patienten auszuwählen, abhängig von der Art der Depression, aber auch von individuellen Gegebenheiten im Gehirn. Das betrifft das Gebiet der sogenannten Pharmako-Genetik: Diese Forschungsrichtung untersucht, warum Herr Meier anders auf ein bestimmtes Medikament reagiert als Frau Müller. Diese aufstrebende Wissenschaft wird, wenn sie Erfolg hat, uns sehr weiterhelfen. Bisher sind wir allein auf eine gute Anamnese angewiesen, um das richtige Medikament auszuwählen.

Was gibt es noch für Nachteile?

Jedes Medikament hat gewisse Nebenwirkungen. Der Patient muss bereit sein, sie in Kauf zu nehmen, zum Beispiel eine eingeschränkte Sexualfunktion. Eine optimale medikamentöse Einstellung hält die Nebenwirkungen gering. Aber das bedeutet, dass man am Anfang der Therapie auch mal einige Präparate durchprobieren muss, um diesem Ideal nahezukommen.

Schwerste Formen der Depression lassen Erkrankte fast dement wirken

Als Neurologin empfehlen Sie bei einer HIV-Infektion eine sorgfältige Gehirnuntersuchung. Warum?

HIV befällt bestimmte weiße Blutkörperchen, die bis ins Gehirn wandern. Auch dort kann sich HIV ausbreiten. Unbehandelt kann es dann zu einer HIV-Demenz oder einer HIV-Enzephalopathie kommen. Das sind Schädigungen des Gehirns, die zum Beispiel die Motorik, das Gedächtnis und auch die Emotionen betreffen. Dabei kann es leicht zu einer Depression kommen. Schwere HIV-Demenzen kommen in Deutschland aber dank wirksamer HIV-Therapien kaum noch vor.

Eine Depression kann bei HIV-Positiven also auch rein körperliche Ursachen haben?

Das muss man sehr genau prüfen. In vielen Fällen ist es auch umgekehrt: Eine schwere Depression kann sogar eine HIV-Demenz vortäuschen. Sie kann das Denken und Handeln von HIV-Patienten quasi einfrieren. Die Vitalität ist vollkommen heruntergefahren. Dadurch wirkt der Patient dement, obwohl er es gar nicht ist. Man nennt diesen Zustand Pseudodemenz.

Wie hoch sind die Heilungschancen bei einer Depression?

Die Rückfallraten sind zwar sehr hoch, zwischen 50 und 70 Prozent. Wer einmal eine depressive Phase hatte, wird im Lauf seines Lebens sehr wahrscheinlich noch weitere haben. Trotzdem sind die Therapieaussichten gut: Wenn ein Patient die Symptome erkennt und rechtzeitig einen Arzt seines Vertrauens aufsucht, dann ist die Therapie gelungen: Der Patient hat gelernt, seinen Gesundheitszustand realistisch einzuschätzen und holt sich notfalls Unterstützung – und zwar *bevor* er in das dunkle Loch gefallen ist.

Anteilnahme ist wichtig, aber bei schweren Depressionen sind Laien machtlos

Können auch Freunde und Familienmitglieder diese Unterstützung bieten?

Das kommt auf den Grad der Depression an. Wenn die Depression eine Reaktion auf akute Umwelteinflüsse ist, dann können Freunde und Verwandte sie erfolgreich abfangen. Wenn sie aber sehr stark ausgeprägt ist, gelingt das nicht, denn dann *kann* der Patient die Zuwendung seiner Angehörigen gar nicht annehmen. Wenn eine Depression diesen Grad erreicht hat, sind Laien machtlos.

Ist dann die Gabe von Antidepressiva un- ausweichlich?

So ist es. Bei einer solch schweren Ausprägung kommen auch Psychiater oder Psychologen mit Gesprächen nicht mehr weiter. Der Patient lächelt dann nur leicht und sagt: „Sie meinen es gut, aber Sie können mir nicht helfen. Mir kann niemand helfen.“ Um diese Stimmung niederzuringen, braucht man ein Medikament. Das sind Stoffwechselstörungen im Gehirn, die man nur mit pharmakologischen Mitteln mildern kann. Besonders kritisch ist diese Situation deswegen, weil die geschilderten Verhaltensweisen auf eine Selbstmordgefährdung hindeuten können. Deshalb ist größte Sorgfalt und Vorsicht angebracht.

Was tun Sie, wenn Sie das Gefühl haben, Ihr Patient könnte sich etwas antun?

Das ist eine der schwierigsten Situationen überhaupt. Es gibt ja auch Gesetze, die mich als Ärztin zwingen, bei Suizidverdacht eine Einweisung in eine geschlossene Anstalt zu veranlassen. Eine solche Einweisung ist eine der gravierendsten Erfahrungen im Leben eines Menschen und fördert nicht gerade das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient. Unter Umständen ist der Patient später dankbar, wenn es ihm wieder besser geht. Aber im Moment der Einweisung ist das Verhältnis zu ihm oft empfindlich gestört.

In den letzten Jahren gab es viele Berichte über die Erfolge der HIV-Medizin: Positive können heute ein fast völlig normales Leben führen. Wer zu Depressionen neigt, dürfte sich von solchen Botschaften unter Druck gesetzt fühlen.

Ja, das gilt gerade für diejenigen HIV-Positiven, die vor vielen Jahren ihre Diagnose erhielten, schon mit dem Leben abgeschossen hatten und nun erfahren: Alles ist wieder offen, das Leben geht weiter – und zwar mit allen Verpflichtungen, die das mit sich bringt. Heute gibt es viele HIV-Patienten, die sehr gute Blutwerte haben, aber dennoch über Gedächtnisschwäche oder Konzentrationsmängel klagen. Das Virus ist ja nicht weg, es ist weiter im Organismus, etwa wie eine chronische Grippe – und die kann sich durchaus in Form einer verminderten intellektuellen Präsenz bemerkbar machen. Man kann zum Beispiel dem Arbeitsstress nicht ohne weiteres standhalten. Aber bei Angehörigen, Arbeitgebern und vor allem bei den Rentenbehörden gilt man als völlig gesund. Man fühlt sich nicht fit, aber alle schauen einen auffordernd an und sagen: „Nun stell dich nicht so an!“ Das ist ein enormer psychischer Druck.

Interview: Philip Eicker

Gabriele Arendt ist Ärztin und Professorin am [Universitätsklinikum der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf](#). Ihre Arbeitsgruppe „Neurologische HIV-Ambulanz“ erforscht seit 1987 durch HIV hervorgerufene Erkrankungen des Nervensystems.

Keinen Nerv für die Gesundheit: Diskriminierung schürt Depressionen

Depressionen und Angstzustände kommen bei schwulen und bisexuellen Männern doppelt so häufig vor wie bei heterosexuellen. Eine Ursache sind wahrscheinlich die vielen Diskriminierungserlebnisse, mit denen sie zurechtkommen müssen. Das belastet nicht nur persönlich, sondern torpediert auch die HIV-Prävention. Daten dazu liefern nun die Ergebnisse der Pilotstudie „Wie geht’s Euch?“

Diskriminierung kann schwule Männer depressiv machen. Das belegt eine Pilotstudie, die im Sommer 2012 mit Unterstützung der Deutschen AIDS-Hilfe durchgeführt wurde. Rund 1.600 schwule und bisexuelle Männer zwischen 16 und 77 Jahren beteiligten sich an der Online-Umfrage mit dem Titel „Wie geht’s Euch?“. Die nun vorliegende Auswertung liefert bedrückende Zahlen: Bei einem Drittel (33 Prozent) der Befragten deuten die Aussagen auf erhöhte depressive Symptome hin.

„Diese Werte sind überraschend hoch“, schreiben die Studienautoren Dr. Dirk Sander und Martin Kruspe, schränken allerdings ein: „Die Ergebnisse sind nicht zwangsläufig klinisch relevant, da nicht ermittelt werden kann, wie schwer die angegebenen Symptome wirklich sind.“ Auch seien die Umfragedaten mit äußerster Vorsicht zu interpretieren, da die Erhebung nicht repräsentativ sei. Jedoch lasse sich anhand dieser Zahlen „schon jetzt ein erhöhter Bedarf für präventive Angebote deutlich erkennen“.

Die Hälfte der Befragten berichtete von „Zurückweisung durch Familienmitglieder“

Eine wesentliche Ursache für die beunruhigenden Werte dürften die vielfältigen Diskriminierungen sein, denen schwule und bisexuelle Männer ausgesetzt sind. Die Hälfte der Befragten berichtete von „Zurückweisung durch Familienmitglieder“. Ungefähr zwei Drittel gaben an,

antihomosexuelle Beschimpfungen erlebt zu haben. Gewalterfahrungen waren seltener (25 Prozent), diese hatten allerdings den größten Einfluss auf das seelische Wohlbefinden der Teilnehmer.

Die Studie liefert auch einige Hinweise, wie man der Entstehung von Depressionen vorbeugen kann. Ein Faktor war der offene Umgang mit der eigenen Homosexualität. Befragte, die bei „allen“ oder „fast allen“ Freunden und Bekannten geoutet waren, berichteten seltener von depressiven Symptomen. Günstig wirkt offenbar auch ein stabiles Sex- und Beziehungsleben: Von den Männern, die laut Angabe in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung keinen Sex hatten, berichtete ein höherer Anteil von depressiven Symptomen (46 Prozent) als von denjenigen, die in diesen Zeitraum einen oder mehrere Sexpartner hatten (29 und 26 Prozent). Bei Befragten, die in einer festen Beziehung leben, war der Anteil derer mit depressiven Symptomen deutlich geringer als bei Singles (76 zu 58 Prozent).

Den stärksten positiven Einfluss auf das seelische Wohlbefinden der Befragten hatte die soziale Unterstützung. Das entspricht auch allen vorliegenden medizinisch-psychologischen Erkenntnissen. Mit der Anzahl der unterstützenden Personen sank der Anteil derjenigen, die von häufigen depressiven Symptomen berichteten – und zwar von 74 Prozent („niemand“) auf 21 Prozent („10 und mehr Personen“).

Den stärksten positiven Einfluss hat soziale Unterstützung

Das Fazit der Studienleiter: „Gesellschaftliche Homonegativität hat offensichtlich massive Auswirkungen auf die Gesundheit schwuler und bisexueller Männer. Erfahrene Stigmatisierungen begünstigen die Internalisierung von Homonegativität und so die Anfälligkeit für seelische Probleme.“ Diese leisteten nicht nur un-

kontrolliertem Drogengebrauch Vorschub, sondern verhinderten auch eine erfolgreiche Prävention von HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen. „Viele Männer sind so sehr mit ihren psychischen Belastungen beschäftigt, dass sie gar nicht in der Lage sind, die bestehenden Gesundheitsangebote zu nutzen“, fasst Dirk Sander das Problem zusammen. „Sie haben keinen Nerv dazu – im wahrsten Sinn des Wortes.“

Interview mit Dr. Dirk Sander

Im folgenden Interview erläutert Dirk Sander, DAH-Fachreferent für schwule Männer, die Ergebnisse der Pilotstudie sowie den engen Zusammenhang zwischen seelischer Gesundheit und erfolgreicher HIV-Prävention.

Herr Dr. Sander, schwule und bisexuelle Männer leiden sehr viel häufiger an Depressionen als heterosexuelle Männer. Woran liegt das?

Das schwule Coming-out hört ja nicht an dem Tag auf, an dem man's Mutti gesagt hat. Sich gegenüber anderen Personen, gegenüber der Gesellschaft mit dem eigenen Schwulsein auseinanderzusetzen, das ist ein lebenslanger Prozess. Dieser wird von einigen Männern als Stress erlebt und kann – neben vielen anderen Faktoren – langfristig zu einer depressiven Erkrankung führen.

Irgendwann ist der Topf dann voll, und der Körper sagt: „Mir reicht 's!“

Wie entsteht dieser „schwule Stress“?

Die Grunderfahrung ist die Auseinandersetzung mit der Homosexualität, die in allen Gesellschaften zumindest auf Vorbehalte stößt, oft sogar auf blanken Hass. Dazu kommen auch traumatische Erfahrungen, zum Beispiel mit Mobbing in der Schule oder im Job, im schlimmsten Fall sogar Gewalt. Diese Belastungen addieren sich im Laufe eines Lebens und formen die Persönlichkeit. Irgendwann ist der Topf dann voll, und der Körper sagt: „Mir reicht's!“ Dann entsteht eine Depression.

Schwule neigen auch eher zum Konsum von Alkohol und Drogen. Ist das eine Folge dieser Stress-Erfahrungen – oder vielleicht auch eine Ursache von Depressionen?

Darauf gibt es keine einfache Antwort, weil hier zu viele Faktoren eine Rolle spielen. Bei Alkohol und Drogen geht es zum Beispiel um die Frage, warum man sie nimmt: Will man damit vorhandene Freuden noch steigern? Oder dienen sie dazu, negative Erfahrungen auszublen- den? Letzteres könnte eine sehr problematische Strategie zur Stressbewältigung sein und die Entwicklung einer Depression begünstigen.

Aber in Deutschland ist die Situation für Schwule doch rosig. Das Verfassungsgericht hat eben erst die volle Gleichstellung verlangt.

Die politische und rechtliche Situation schwuler Männer hat sich verbessert, das ist richtig. Aber offensichtlich kommen solche strukturellen Maßnahmen nicht oder kaum bei den Individuen an. Der Einzelne ist immer noch starken Stressoren ausgesetzt. Nur ein Beispiel: Die Ausgrenzung homosexueller Jugendlicher an Schulen bleibt die gleiche, auch wenn für Erwachsene die Ehe geöffnet wird. Ähnliches gilt für individuelle Gewalterfahrungen. Diese werden seit Ende der 80er-Jahre in den Studien von Michael Bochow abgefragt. Daher wissen wir: Der Anteil der Männer, die von antihomosexuellen Gewalterfahrungen berichten, hat sich im Laufe der letzten 25 Jahre nicht wesentlich verändert. [Das zeigt auch die jüngste Bochow-Studie von 2013.](#)

Klingt ausweglos.

Diese Tatsache ist ja nicht zwangsläufig. Aber wir müssen uns mit Ausgrenzung und Mobbing beschäftigen. Viele Kinder und Jugendliche lernen schon in der Schule, sich zurückzuziehen. Das sind Strategien der Stressbewältigung, die sie dann ein Leben lang anwenden werden. Die Sozialwissenschaft spricht hier von „Coping-Mechanismen“, von denen es problematische und empfehlenswerte gibt.

Hilfreich: mit anderen Ausgegrenzten eine Community bilden

In der Schule gibt es zum Beispiel die Möglichkeit, sich mit anderen Ausgegrenzten zusammenzutun und eine „Community“ zu bilden. Für eine Broschüre zum Coming-out habe ich hierzu schwule Jugendliche befragt, und die haben damit sehr gute Erfahrungen gesammelt. Zur HIV-Prävention setzt die Deutsche AIDS-Hilfe deshalb auch auf Maßnahmen zur Community-Bildung, zur Selbstwertstärkung. Anders gesagt: Wir wollen die Männer dazu ermutigen, ihr Schwulsein als ein positives Identitätskonstrukt zu verinnerlichen.

Depressionen torpedieren laut Ihrer Studie auch die Prävention von HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen.

Das wissen wir von unseren Vor-Ort-Arbeitern. Die gehen in die Schwulenszene und verteilen zum Beispiel vor Lokalen Kondome und Safer-Sex-Informationen. Dabei bekommen sie dann hin und wieder von den Gästen die Rückmeldung: „Ach, lasst mich in Ruhe. Ich habe ganz andere Probleme.“

Diese Aussage muss man ernst nehmen: Seit der [großen EMIS-Studie](#) wissen wir mit Sicherheit, dass mentale Probleme wie depressive Verstimmungen dafür sorgen, dass schwule Männer Gesundheitsangebote nicht wahrnehmen. Sie sind so sehr mit ihren psychischen Belastungen beschäftigt, dass sie gar nicht auf die Idee kommen, sich mit Schutzbotschaften auseinanderzusetzen oder zum Beispiel HIV-Test-Angebote zu nutzen. Sie haben keinen Nerv dazu – im wahrsten Sinn des Wortes.

Je mehr Freunde jemand hat,
desto weniger anfällig ist er für
Depressionen

Was hilft denn gegen Depressionen?

Unsere Pilotstudie zeigt deutlich: der Freundeskreis ist wichtig! Je mehr Freunde oder unterstützende Verwandte die Befragten hatten, desto weniger anfällig waren sie für Depressionen. Ein stabiles soziales Umfeld ist eine gute Impfung gegen psychische Krankheiten.

Freunde haben – das ist leichter gesagt als getan. Wie könnte man denn die Betroffenen dabei unterstützen, Freunde zu finden?

Eine Möglichkeit für Aidshilfen und andere Präventionsprojekte sind zum Beispiel Ausgehgruppen. Sie bieten Neuankömmlingen einen leichten Einstieg in die Schwulenszenen. Und ganz generell bemühen wir uns, diese Szenen zu unterstützen, um einen Schutzraum zu schaffen. Es ist wichtig, dass Menschen einen Ort haben, wo sie so sein können, wie sie sind, wo sie sich nicht verstellen müssen.

Sie sprechen in Ihrer Studie von einem paradoxen Effekt: Einerseits haben schwule Männer, die offen mit ihrer sexuellen Orientierung umgehen, seltener Depressionen. Andererseits berichten genau diese Männer häufiger von homonegativen Anfeindungen. Fördert ein Coming-out am Ende Depressionen?

Je offener ein schwuler Mann lebt, umso angreifbarer macht er sich. Ob die möglichen Anfeindungen ihn depressiv machen, hängt aber von vielen Faktoren ab, unter anderem von seinen Unterstützungsressourcen. Ist man isoliert, ist eine Anfeindung natürlich problematischer, als wenn man einen stabilen Freundeskreis hat, der einen dann auffängt. Je offener man ist, desto größer ist allerdings auch das Risiko, Diskriminierungen zu erfahren.

Interview: Philip Eicker

[Die Ergebnisse der Pilotstudie „Wie geht’s Euch? – Seelische Gesundheit bei schwulen und bisexuellen Männern“ gibt es hier als PDF-Dokument.](#)

HIV und Depression? Alles im Griff

Es ist kein Zufall, dass HIV-Positive überdurchschnittlich oft an Depressionen leiden. Eine chronische Krankheit ist eine große Belastung. Und oben drauf kommt eine weitere Bürde: Die strengen Normen der Leistungsgesellschaft verlangen von jedem Einzelnen ein effizientes Krankheitsmanagement.

Leidest du noch an Depressionen, oder hast du schon Burn-out? Betroffenen muss es wie ein schlechter Witz vorkommen: Kaum haben die Depressionen den Ruch des Irrsinnigen und der Klapsmühle verloren, werden sie schon wieder aus der öffentlichen Debatte verdrängt. „Burn-out“ beherrscht die Schlagzeilen. Das Ausgebrannt-Sein der Leistungsträger hat es in kürzester Zeit zu größter medialer Popularität gebracht. Das gibt einen interessanten Hinweis auf die Bedingungen einer Leistungsgesellschaft, die höchste Anforderungen an uns alle stellt – selbst an kranke Menschen. Das hat auch Auswirkungen auf Menschen, die mit HIV leben und sehr viel häufiger an Depressionen leiden als solche ohne HIV-Infektion.

Melancholie: zu viel schwarze Galle im Blut

Die Depression wurde stets auf verschiedene Art betrachtet, das Burn-out ist nur das jüngste Etikett. Wie die „Niedergedrücktheit“ ihren Weg in unser Jahrhundert fand, kann ein kurzer geschichtlicher Abriss verdeutlichen: Im 2. Jahrhundert vor Christus beschrieb der griechische Arzt Galen die Neigung zu Trübsinn, Trauer und Schwermut als Folge eines Ungleichgewichts der Körpersäfte, zu viel schwarze Galle ergieße sich ins Blut. Das griechische Wort dafür war Melancholie. Melancholie galt als Krankheit.

Nur kurzzeitig – in der Romantik – gab es den Versuch, der Niedergeschlagenheit im Rahmen des Genie-Kults auch einen schöpferischen Wert zuzusprechen. Im aufkommenden Leitbild des rationalen und aufgeklärten Menschen geriet die Melancholie jedoch in den Ruf der Unvernunft. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts wird

Melancholie durch das Wort Depression ersetzt – und ist von nun an Gegenstand der neuen Wissenschaften Psychotherapie und Psychopharmazie. Galens These der schwarzen Galle ist wissenschaftlich längst überholt.

Die heutige Medizin vermutet als Ursache von Depressionen eine Stoffwechselstörung, ein Ungleichgewicht innerhalb der für die Verarbeitung von Reizen so wichtigen Neurotransmitter. Sicher ist es kein Zufall, dass die Medien von all diesen Botenstoffen das „Glückshormon“ Serotonin am meisten lieben. Von Dunkelheit ist keine Rede mehr.

Wer depressiv ist, leidet an zu viel Lebensangst und zu wenig Lebensfreude

Zu solchen Erklärungsmodellen treten Ansätze, die die persönlichen Erfahrungen und das gesellschaftliche Umfeld eines Menschen mit Depressionen in den Blick nehmen. Wer depressiv ist, leidet an – grob gesagt – zuviel Lebensangst und zuwenig Lebensfreude. Warum aber wurde Depression als Thema so lange gesellschaftlich ausgeblendet? Und woher kommt die gerade erwachte Neugier aufs Burn-out?

So wie Depression oft sehr vielfältige Aspekte des Lebens umfasst, wird auch das modische Burn-out meist sehr undifferenziert benutzt und mit Depression gleichgesetzt, weil sich die Symptome der körperlichen wie seelischen Erschöpfung ähneln. Tatsächlich aber meint Burn-out die Folgen von zu viel Stress am Arbeitsplatz – ein Umstand, der die Bewertung als „Krankheit“ entscheidend beeinflusst. *„Während Depression ein negativ besetzter Begriff, nahezu ein Stigma ist, hat Burn-out einen positiveren Klang, weil man impliziert, dass es nur die trifft, die viel leisten“*, erklärt Kristina Leuner, Professorin an der Universität Erlangen, in einem [Interview für die Pharmazeutische Zeitung](#).

Der Verdacht liegt nahe, dass auch im Umgang mit psychischen Krankheiten die wirtschaftliche Entwicklung den Takt vorgibt. Schon oft wurde

die Depression in Beziehung zu wirtschaftlichen Krisen gesetzt. Die Börsenkrise 1929 wird „die große Depression“ genannt. Und in der [Studie „Der niedergeschlagene Mensch“](#) konstatiert Charlotte Jurk, dass Depression als „Volkskrankheit“ um das Jahr 2000 im Umfeld des großen Börsencrashes „populär“ geworden sei. Der neue Begriff Burn-out verweist allgemein auf eine Arbeitswelt, die als zunehmend fordernder wahrgenommen wird. Neue Medien, ökonomische Krisen, Konkurrenz, Mobbing und Prekarisierung erhöhen den Druck auf Arbeitnehmer/innen, sich den verschärften Rahmenbedingungen anzupassen. All dies sind Momente, die letztlich zu Ursachen einer Depression werden können, zumal bei Eintritt einer schmerzhaften Änderung im Leben, sei es durch Trennung, Krankheit oder Tod eines Angehörigen.

Anders als die Depression wird das Burn-out als gesellschaftliches Problem akzeptiert

Wenn „Burn-out“ trotzdem einen „positiveren Klang“ hat als „Depression“, dann deshalb, weil es innerhalb der Normen einer Leistungsgesellschaft verhandelt und als gesellschaftliches Problem akzeptiert wird. Dagegen erscheint die Depression nach wie vor als Problem des Einzelnen – genau wie neuerdings auch eine HIV-Infektion zur Privatsache erklärt wird.

Die erfolgreiche Behandlung von HIV-Infektionen hat die Wahrnehmung der Immunschwächekrankheit verändert. Vom „Todesurteil“ ist sie zu etwas geworden, mit dem sich leben lässt. Dies stellt HIV-Positive vor neue Herausforderungen sowohl in der persönlichen Lebensgestaltung als auch seitens einer Leistungsgesellschaft, die erwartet, dass man mit der Krankheit zurechtkommt. Das kann einerseits Ursache von Depressionen sein, andererseits den Druck auf depressive Menschen mit HIV erhöhen.

Bei einem Drittel bis zur Hälfte aller HIV-Positiven im Laufe ihres Lebens treten depressive Symptome auf. So warnte der [Psychologe und DAH-Referent Karl Lemmen in einem Interview](#) davor, die Bedeutung von Depressionen zu unterschätzen: „Man darf nicht vergessen, welchen permanenten Stress das Leben mit der Diagnose darstellen kann, gerade bei

Menschen, die schon sehr lange mit der Krankheit leben. [...] Die finanziellen Ressourcen sind vielleicht aufgezehrt, die beruflichen Perspektiven schwierig. All das kann eine ungeheure Belastung sein und zu einem positiven Burn-out, zu einer Depression führen.“

HIV-Positive mit Depression stehen vor einem mehrfachen Problem: Sie sollen die Infektion genauso wie das tägliche Leben „in Griff bekommen“ – sei es mit Medikamenten oder sonst einer Therapie. Sie sollen eine Leistung vollbringen, zu der sie sich – das ist nun mal die Krux einer Depression – gerade nicht imstande sehen. In solch einer Lebenssituation können die hohen Normen einer Leistungsgesellschaft schnell zur Zumutung werden: Spaß haben, fit bleiben, flexibel und mobil sein, in Freizeit wie Beruf.

Die Behandlung einer HIV-Infektion wie einer Depression erfordert Geduld

Es sei daran erinnert, dass – trotz aller medizinisch-therapeutischen Möglichkeiten – die Behandlung einer HIV-Infektion wie einer Depression Geduld erfordert. Im letzteren Falle hängt es natürlich von der Schwere der Erkrankung ab. Nur: „Schnell und einfach“ ist eine Behandlung nie. Und ist es nicht mittlerweile eine übliche Erwartung, dass HIV-Positive ihre Krankheit problemlos „managen“? Eine Überforderung in der Arbeitswelt scheint allerdings derzeit gesellschaftlich weitaus mehr Verständnis zu wecken als die Überforderung durch das ganz normale Leben. Mitleid also für die Leistungsträger mit Burn-out, für HIV-Positive mit Depression nur ein herzhaftes „Reiß dich doch mal ein bisschen zusammen“?

Man kann es auch anders sehen: Vielleicht führt das mediale Interesse für Burn-out letztlich zu einem besseren Verständnis von Depressionen und anderen Erkrankungen, die das Leben von Menschen dauerhaft verändern. Weder Depressionen noch eine HIV-Infektion müssen heutzutage „das Ende“ sein, dafür sorgen die moderne Medizin und viele Hilfsangebote. Dass beide Krankheiten noch als Stigma gelten, das zu ändern bleibt eine Aufgabe der Gesellschaft – und nicht allein der Erkrankten.

Rainer Hörmann

Literaturhinweis

Charlotte Jurk: Der niedergeschlagene Mensch.
Depression – eine sozialwissenschaftliche Studie zu
Geschichte und gesellschaftlicher Bedeutung einer
Diagnose. Dissertation Uni Gießen