

[zeit.de](http://www.zeit.de)

Depressionen: Aus dem Schatten ans Licht

Julia Friedrichs

28-34 Minuten

Als der Faden riss, der ihn mit dem normalen Leben verband, war Tobias gerade zum Studium nach [Berlin](#) gezogen. Er war viel allein, teilte eine Wohnung mit einem Bekannten, der ihn ignorierte. "Ich habe nichts mehr hinbekommen", sagt er. "Ich konnte nicht mehr aufstehen. Ich habe dagelegen und mir immer und immer wieder ausgemalt, wie ich mich umbringe." Tobias ging zum Arzt, zu einem Psychiater. Der sprach fünf Minuten mit ihm. "Ich habe kurz erzählt, wie es mir geht", erinnert sich Tobias. "Dann hat der Arzt gefragt: Konsumieren Sie Marihuana?" Schließlich raube das Kiffen jungen Leuten oft die Motivation. Er habe verwundert verneint. Und dann, drei Fragen später, habe der Psychiater die Diagnose gestellt: mittelschwere [Depression](#). Natürlich sollte sich ein Arzt für eine solche Einschätzung mehr Zeit nehmen. Tat er in diesem Fall aber nicht.

Tobias bekam ein Rezept für ein Antidepressivum in die Hand. "Sie können die Dosis jederzeit erhöhen", sagte der Arzt. Die Pillen sollten Tobias' Gehirn wieder ins Gleichgewicht bringen. Schnell schluckte er nicht mehr die Einstiegsdosis von 50 Einheiten, sondern 200 am Tag. Dann spürte er die Wirkung. "Es war ein Ritual, das mir beim Aufstehen half", sagt er.

Wenn jemand, wie Tobias, des Lebens müde ist, braucht er Hilfe. Natürlich wird auch in den allermeisten Fällen eine Psychotherapie empfohlen. Aber die [Wartezeiten für einen Therapieplatz](#) sind lang: im Schnitt sechs Monate, so das Ergebnis einer Umfrage der Bundespsychotherapeutenkammer. So viel Zeit haben Kranke nicht. Also gehen die meisten erst mal zum Arzt. Der hat einen Menschen vor sich, der leidet, und bietet das Mittel an, das schnell verfügbar ist: Medikamente.

Zwischen 2000 und 2013 hat sich in Deutschland laut

[Depressionsatlas](#) der Techniker Krankenkasse die verschriebene Tagesmenge an Antidepressiva verdreifacht. Sechs Prozent aller Erwerbstätigen schluckten die Medikamente. 2015 zahlten allein die gesetzlichen Krankenkassen dafür über 750 Millionen Euro an die Pharmaindustrie.

Die Pillen werden also immer öfter aufgefahren gegen Depressionen – diese Krankheit, die schwer fassbar ist, die von vielen als anhaltende bodenlose Traurigkeit, als Verzweiflung, als nicht zu überwindende Erschöpfung beschrieben wird. Betroffene fühlen sich oft leer, wertlos, hoffnungslos, häufig klagen sie über Schlaflosigkeit, Müdigkeit und Konzentrationsprobleme.

Es ist die Krankheit, die ganz Junge erwischt wie Tobias, aber auch Ältere, Väter, Mütter, Rentner, neuerdings vermehrt sogar Kinder, weltweit jeden Zehnten, so schätzt die Weltgesundheitsorganisation WHO im Frühjahr 2016. Die Krankheit, die inzwischen in Deutschland der Hauptgrund für Frühverrentungen ist, die – zum Glück – kein Tabu mehr ist und der oft bestimmte physiologische Ursachen zugeschrieben werden.

"Ich war wehrlos. In meinem Körper liefen chemische Prozesse ab, die ich nicht beeinflussen konnte", beschreibt die Skirennläuferin Lindsey Vonn ihre Depression. Und: "Ich bin zum Glück sehr bald zum Arzt gegangen. Er hat mich mit Medikamenten behandelt."

In *Drüberleben*, dem viel gelobten Roman der Bloggerin Kathrin Weßling, sagt die Hauptfigur Ida über sich: "Ich bin ein menschlicher Verkehrsunfall." Sie geht in eine Klinik. Dort bringt man ihr bei, was ihr die Lust am Leben nahm: "... kein Schicksal, keine Bestimmung", schreibt Weßling, "nur ein bisschen Serotonin, das fehlt." Der Depressive, so vermitteln diese Aussagen, braucht Medikamente, um das chemische Ungleichgewicht in seinem Gehirn wieder in Ordnung zu bringen. Um das Serotonin, das ihm fehlt, künstlich aufzufüllen. Das Hormon Serotonin ist einer der wichtigsten Botenstoffe im Körper.

Auch die Deutsche Depressionsliga, die größte Organisation Betroffener, erläutert die Krankheit so: Depressionen könnten "vor allem über einen gestörten Hirnstoffwechsel erklärt werden", heißt es in einer Broschüre des Verbandes. Sie würden durch eine "Fehlfunktion" von Botenstoffen wie Serotonin verursacht.

Gewandhaus [Leipzig](#), ein Samstag im Spätsommer. 1200

Menschen, meist Patienten, sind zum größten deutschen Depressionskongress gepilgert. Ihr Papst ist der Mann, der gerade vorne steht. Professor [Ulrich Hegerl](#), Vorsitzender der Deutschen Depressionshilfe. Mit ruhiger Stimme erklärt er den Patienten, warum sie krank sind. "Alles, was wir reden und tun, hat mit den Hirnfunktionen zu tun. So auch die Depressionen. Hormone im Gehirn", sagt er, "können aus dem Gleichgewicht sein. Vom Serotonin haben Sie vielleicht gehört." Die gute Nachricht sei, fügt er hinzu, dass es Medikamente gebe, die die Chemie im Gehirn wieder in Ordnung brächten "und nicht nur die Symptome beseitigen, sondern die Krankheit auch in ihrem Kern angehen".

Eine Theorie, mit der viele leben können: die Patienten, die eine einfache Erklärung bekommen, was mit ihnen los ist, und ein Medikament einnehmen können, das oft tatsächlich dazu führt, dass es ihnen besser geht. Die Ärzte, die auf dieser Basis ein Heilmittel anbieten können. Und die Firmen, die genau dieses Heilmittel verkaufen.

Es gibt nur ein Problem: Vermutlich stimmt sie so nicht.

Irving Kirsch, 73, graues Haar, sitzt in seinem Professorenbüro an der Harvard Medical School und wartet, bis die Skype-Verbindung zu ihm steht. Gründlich und freundlich wird er in den nächsten eineinhalb Stunden Fragen beantworten. Dieser Mann ist ein Wissenschafts-Star, bejubelt von den einen, bekämpft von den anderen. Kirsch hat 2008 das Vertrauen in die Wirksamkeit von Antidepressiva erschüttert, in den [USA](#) eine große Debatte ausgelöst. In Deutschland wurde zwar über seine Ergebnisse berichtet (auch in der [ZEIT 10/08](#)), aber die Debatte beschränkte sich auf ein Fachpublikum. Seltsam, denn seine Erkenntnis ist spektakulär.

Irving Kirsch hat über Jahre die Studien der Pharmafirmen ausgewertet, mit denen sie sich um die Zulassung für ihre Antidepressiva bewarben. Kirschs Clou war: Er schaute sich nicht nur die Studien an, die die Pharmafirmen freiwillig veröffentlichten, sondern auch die, die sie geheim hielten – über den Freedom of Information Act, ein amerikanisches Recht auf Transparenz, verschaffte er sich Einblick.

Am Ende verglich er die Patienten, die ein Medikament erhalten hatten, mit denen, die eine gefakte Pille bekommen hatten, ein

[Placebo](#) also. Sein Ergebnis: Vielen Patienten ging es nach der Behandlung besser. Allerdings war es in den meisten Fällen egal, ob sie ein echtes Mittel oder eine Zuckertablette geschluckt hatten. Nur bei einer kleinen Gruppe sehr schwer Erkrankter übertraf die Wirkung der Medikamente die der Placebos. Für diese Menschen gibt es sehr gute Gründe, die Tabletten einzunehmen.

Über die vielen anderen aber sagt Kirsch seitdem: Es seien nicht die Wirkstoffe in den Antidepressiva, die helfen. Der Erfolg der Pillen sei ein Scheinerfolg.

"Mich hat das selbst überrascht", sagt Kirsch. "Ich hatte auch gedacht, dass Antidepressiva sehr gut wirken. Die Daten haben mich aber überzeugt, dass das falsch ist." Es gebe, behauptet er, keine wirklichen Zweifel mehr. Nur Diskussionen über die Daten: Gerade haben Forscher aus Göteborg zum Beispiel eine Untersuchung veröffentlicht, die bestätigt, dass es – betrachtet man alle Depressionssymptome – tatsächlich kaum Unterschiede zwischen der Wirkung von Medikamenten und Placebos gibt. Allerdings habe sich bei einem Teil der Patienten, die die Medikamente nahmen, ein nicht unwichtiges Symptom, nämlich die niedergedrückte Stimmung, doch stärker als mit einem Placebo verbessert. Andere Studien haben Kirschs Resultate in Gänze bestätigt.

In einem kargen Raum im Royal College of Psychiatrists in London hat sich Tim Kendall für uns Zeit genommen. Wir sind nicht die Ersten, denen er heute ein Interview gibt. Er ist ein viel gefragter Mann, schließlich entscheidet er in Großbritannien darüber, wie Depressionen am besten zu behandeln sind. "Diese Serotonin-Hypothese ist totaler Quatsch", sagt er. Man merkt, dass ihn das simplifizierende Gerede über Serotonin persönlich ärgert. "Ich habe mir die Daten angeguckt, und sie sind Müll. Die Serotonin-Hypothese hält keiner Prüfung stand. Wir wissen heute, dass die Idee, dass ein einzelner Botenstoff für Depressionen verantwortlich gemacht werden kann, eigentlich lächerlich ist."

Auch an der Schlosspark-Klinik in Berlin-Charlottenburg – laut Rankings eine der besten Adressen für Depressionspatienten – klingt das Urteil eindeutig. Der Chefarzt der Psychiatrie, Tom Bschor, graues Hemd, graue Krawatte, gerader Rücken, ist eine wissenschaftliche Instanz: Mitglied der Arzneimittelkommission,

Mitautor der deutschen Behandlungsleitlinien, Vorsitzender der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie. Auch er sagt: Obwohl Einzelstudien immer wieder scheinbar gute Ergebnisse für einzelne Medikamente lieferten, "wissen wir aus Analysen, dass der Großteil der Wirkung, die wir sehen, wenn wir einem Patienten ein Antidepressivum geben, auf einen Placeboeffekt zurückgeht. Das ist wissenschaftlich eigentlich nicht zu bezweifeln." Vor allem bei schweren Depressionen gebe es aber durchaus eine Wirksamkeit der Medikamente. Deshalb verschreibt er sie auch in seiner Klinik. Selbst wenn er den Wirkmechanismus nicht genau erklären kann. "Ich vermute inzwischen, dass zwar Effekte auf das Serotonin da sind, das ist eindeutig, das kann man messen. Aber ich glaube, das sind Begleiteffekte, die wir zusätzlich feststellen, und die eigentliche Wirkung auf die Psyche geht über ein ganz anderes System, das wir gar nicht richtig kennen oder verstanden haben." Denn in einem Punkt ist auch Bschor überzeugt: "Dass Depressionen durch eine Verschiebung von Neurotransmittern wie [Serotonin](#) entstehen und dass Antidepressiva dies wieder ausbalancieren, stimmt mit Sicherheit nicht."

Zurück zu Professor Hegerl, dem Mann, der den Vortrag vor über 1.000 Patienten hielt – am Tag danach waren wir mit ihm zum Interview verabredet. Auf dem Weg wurde er immer wieder von Kongressteilnehmern aufgehalten. Gab Autogramme, nahm Dank und Geschenke entgegen. Die Menschen waren ihm dankbar dafür, dass er ihnen eine Erklärung für ihr Leid anbietet und Heilung in Aussicht stellt. Dann saßen wir in einem schlichten Besprechungsraum, das Aufnahmegerät zwischen uns. Und plötzlich baute auch er den Zweifel in seine Worte ein: "Es ist zunächst wohl trivial, dass im Gehirn etwas aus dem Gleichgewicht sein muss, wenn man keinen Appetit mehr hat, keine Freude mehr, nicht mehr schlafen kann", sagte er. Fügt dann aber hinzu: "Was stimmt, ist, dass man im Detail nicht verstanden hat, was eine Depression auslöst."

"Trotzdem ist überall zu lesen, es liege am Serotonin-Ungleichgewicht."

"Ja", sagte Hegerl, "das wurde halt mal von irgendeinem etwas plakativ so erzählt, wohl um den Medien entgegenzukommen. Aber das haben wir nicht beweisen können."

"Es steht in den Broschüren, die hier verteilt wurden, und auch in Ihrem Vortrag erwähnten Sie das", wandten wir ein.

"Ich glaube nicht, dass ich das je behauptet habe", sagte der Professor.

In der Schlosspark-Klinik hat Chefarzt Tom Bschor eine Erklärung dafür parat, warum die Mär vom Serotonin-Mangel so erfolgreich war. Er sagt: "Diese Serotonin-Theorie ist ein beeindruckendes Ergebnis von Marketing. Eine Kampagne der pharmazeutischen Industrie, die genau dieses vereinfachte, unzutreffende Modell unter die Ärzte gebracht hat."

Depression – die große Schwermut, die scheinbar jeden befallen kann – hat die Menschheit schon immer vor große Rätsel gestellt. Die Griechen lieferten das erste Erklärungsmodell: die Säftelehre. Die Depression, so glaubten sie, werde durch ein Zuviel an schwarzer Galle verursacht. Also tat man alles, um die Säfte wieder ins Gleichgewicht zu bringen: nahm Brech- und Abführmittel, führte Schwitzkuren und Aderlässe durch. Im Mittelalter dachte man, die Schwermut sei eine Strafe Gottes. Man betete und hielt sich von den Verzweifelten fern. Und wir glauben eben, dass es eine Krankheit des Gehirns ist. Und gehen sie mit Pillen an, die man durch Zufall entdeckte.

Antidepressiva waren ein Nebenprodukt der pharmazeutischen Forschung. Gegen Ende des Zweiten Weltkriegs, als Deutschland die Treibstoffe für die V2-Raketen ausgingen, entwickelten Forscher eine neue chemische Verbindung, Hydrazin, die als Ersatzantriebsstoff taugte. Nach dem Krieg landeten einige Proben in den Forschungsabteilungen der damals boomenden Pharmafirmen. Die Frage war, ob sich der chemische Raketentreibstoff auch zum Bau neuer Medikamente eignete. Und in der Tat: 1951 gelang es Chemikern der Firma Hoffmann-La Roche, zwei Hydrazine ausfindig zu machen, die Tuberkulosebakterien bekämpften. Schon bald aber berichteten die Krankenhäuser Seltsames von ihren Tuberkulosekranken: Das Medikament schien sie zu beflügeln. Die nach wie vor schwer Kranken tanzten nach Einnahme von Hydrazin durch die Flure. Da schien es naheliegend zu sein, diese Medikamente zur Behandlung von Depressiven zu nutzen.

1959 nannte die *New York Times* diese Pillen zum ersten Mal

Antidepressiva. Aber die ersten Mittel hatten schwerste Nebenwirkungen. Und überraschenderweise schien sich zunächst auch kaum jemand für die neuen Medikamente zu interessieren. Es gab einfach keinen Markt für sie. Ende der achtziger Jahr aber kam der Durchbruch: Die Pharmafirma Eli Lilly entwickelte Fluoxetin, in den USA als Prozac verkauft. Prozac erhöht den Serotonin-Spiegel im Gehirn. Was folgte, war ein cleverer Schachzug, den der amerikanische Autor Gary Greenberg in seinem Buch *Manufacturing Depression* beschreibt: Der Hersteller verbreitete die Theorie, dass Depressiven Serotonin fehlt. Eine Pille, die Serotonin liefert, wäre demnach kein Aufputzmittel, sondern zielgerichtete Medizin. Etwas, das man gerne verschreibt und mit gutem Gewissen schluckt.

Nirgendwo ging dieser Plan so gut auf wie in den USA, wo die Pharmafirmen – anders als in Deutschland – ihre Medikamente direkt bewerben dürfen. In Deutschland nehmen die Firmen den Umweg über die Ärzte, wie Tom Bschor berichtet: Die Depression, sagt er, sei ein besonders evidentes Beispiel für die Verzahnung von pharmazeutischer Industrie, Wissenschaft und Medizin. "Die ärztliche Weiterbildung wurde und wird immer noch in großen Teilen von der Industrie durchgeführt. Die Meinungsbildner sind in großem Umfang finanziell verknüpft mit der Industrie, haben Beraterverträge, bekommen Honorare, bekommen Symposien bezahlt. Und keiner dieser Kollegen würde sagen, ich bin dadurch beeinflusst. Und doch ist es so."

Der Journalist Ethan Watters erzählt in seinem 2011 erschienenen Buch *Crazy like us. Wie Amerika den Rest der Welt verrückt macht*, wie sich diese Geschichte vor 15 Jahren in [Japan](#) wiederholte. Es ist eines der wenigen gut dokumentierten Fallbeispiele dafür, wie die Hersteller von Antidepressiva die Serotonin-Theorie nutzen, um den Markt für ihre Pillen zu bereiten. Japan war bis ins Jahr 2000 aus Sicht der Pharmafirmen unerschlossenes Gebiet. Die Japaner bezeichneten nur sehr schwere Fälle der Krankheit als Depression. Traurigkeit und Schwermut hingegen waren gesellschaftlich akzeptierte Gefühlszustände. Nicht etwas, wogegen man Pillen nahm. Prozac wurde in Japan erst gar nicht angeboten.

Im Jahr 2000 aber entschied die Firma GlaxoSmithKline, doch einen Versuch auf dem japanischen Markt zu wagen. Bevor man das Antidepressivum Paxil in den Verkauf brachte, startete man

eine große Kampagne: Zunächst fand man einen neuen Namen, nannte die Krankheit *kokoro no kaze*, "Schnupfen der Seele". Das klingt nach einem häufigen Leiden. Und, so hieß es im japanischen Fernsehen, die Amerikaner nähmen gegen diesen seelischen Schnupfen Antidepressiva ein wie Hustensaft. Dann verbreiteten die Hersteller unter Ärzten und Patienten die Serotonin-Hypothese, um schließlich die Lösung zu präsentieren: Paxil. Es klappte: Paxil wurde in Japan zu einem Milliardengeschäft.

Nun mag man einwenden, dass es Menschen, die leiden, erst mal egal sein kann, ob eine Pille in ihrem Gehirn ein Ungleichgewicht ausbalanciert oder ob es nur der Glaube daran ist. Hauptsache, es wirkt. Auch der Brite Tim Kendall äußert sich an dieser Stelle abwägend: "Bei allem, was ich über Antidepressiva gesagt habe, will ich auf jeden Fall hinzufügen: Bitte hören Sie nicht auf, Ihre Medikamente zu nehmen. Wenn die für Sie funktionieren, ist das prima!" Alle wissenschaftlichen Argumente, die dagegensprächen, bezögen sich auf Durchschnittswerte. "Wenn jemand Antidepressiva nimmt, und es geht ihm gut damit, ist das vollkommen in Ordnung."

So sieht es ja auch Tom Bschor, der Chefarzt, der auch Antidepressiva verschreibt. Seinen schwer kranken Patienten – weil die Medikamente, so zeigen die Daten, in dieser Patientengruppe tatsächlich messbar besser wirken als Placebos –, aber auch den anderen: "Zur Heilkunst gehört es, Hoffnung auszulösen", sagt er. Also dem Patienten das Gefühl zu vermitteln, dass alles wieder gut werden kann. Das gelte vor allem für eine Krankheit wie die Depression, deren Symptom Hoffnungslosigkeit sei. "In einer indianischen Kultur", sagt Bschor, "sind vielleicht schamanische Rituale wirksam, um einen Selbstheilungsprozess auszulösen."

Und wir glauben eben an die Macht der Medikamente.

Aber darf ein Arzt seinem Patienten etwas vormachen? Und hilft es dem Betroffenen wirklich auf Dauer?

Als Tobias, der Student aus Berlin, die Antidepressiva schluckte, merkte er als Erstes die Nebenwirkungen. "Ich konnte beim Sex nicht mehr kommen", sagt er. Sexuelle Funktionsstörungen heißt das im Beipackzetteljargon. Sie sind relativ häufig. Weitere Nebenwirkungen können sein: trockene Mundschleimhäute, große

Müdigkeit und Gewichtszunahme. Für Tobias war die Nebenwirkung paradoxerweise ein Segen: Die klare Reaktion seines Körpers, so erzählt er, stärkte in ihm den Glauben, dass das Medikament auch in seinem Kopf etwas bewirkt. "Ich glaube, die Antidepressiva haben mir geholfen", sagt er. "Ob als Placebo oder nicht, ist mir eigentlich egal." Er nutzte den Schwung, um sein Leben zu ändern: Er suchte sich eine neue Wohnung, er fand Freunde, er kam an in der neuen Stadt. Gerade reduziert er nach und nach die Dosis der Pillen. Er wird wohl auf Dauer ohne sie leben können. Tobias' Geschichte ist gut ausgegangen. Die vieler anderer Patienten aber nicht.

Wenn Robert Whitaker in seinem Büro in Boston über die Gefahren von Antidepressiva spricht, tut er das mit der Inbrunst des Konvertiten: Der einstige Tageszeitungsjournalist gründete in den Neunzigern eine Firma, die Pharmaunternehmen Berichte über Medikamententests lieferte. "Wir waren Industriefreunde", sagt Whitaker. Dann aber stolperte er über zwei Studien, die ihn zweifeln ließen: Sowohl die Harvard Medical School als auch die WHO berichteten, dass die Zahl der dauerhaft psychisch Kranken in den USA angestiegen sei, zeitgleich zur Menge der verordneten Medikamente. Whitaker stellte sich die naive Frage: Wie kann das sein, wenn wir Pillen haben, die wirklich helfen?

Whitaker wühlte sich tief in die Medizin-Archive hinein und tauchte mit interessanten Daten wieder auf: Das National Institute for Mental Health an der amerikanischen Ostküste ist die weltweit größte Einrichtung zur Erforschung psychischer Störungen. In ihren Akten fand Whitaker folgende Zahlen: In den 1940er Jahren erkrankte nur einer von 1.000 Amerikanern an Depressionen und nur einer von 4.000 so schwer, dass er auf Dauer nicht mehr arbeiten konnte. Das ließ die Forscher damals resümieren: "Depressionen sind eine der psychiatrischen Erkrankungen mit der besten Aussicht auf eine komplette Erholung – mit oder ohne Behandlung." Heute, so informiert das National Institute for Mental Health, habe sich die Depression zu einer Epidemie ausgewachsen: Jedes Jahr erkrankt einer von zehn Amerikanern, und einer von zwanzig wird so schwer krank, dass er als arbeitsunfähig gilt. Ähnliche Daten liefern die Gesundheitsbehörden anderer Industrieländer. "In der kurzen Spanne von 40 Jahren hat sich die Depression merklich verändert", sagt Whitaker. "Früher war

es eine seltene und in der Regel gut verlaufende Krankheit. Heute erkranken viel mehr Menschen, und die Prognose ist niederschmetternd." Und das, so Whitaker, obwohl wir den Kranken so viele Pillen verabreichen wie nie zuvor, manchen ein Leben lang. Wie, so fragt er, können wir da weiter daran glauben, dass die Medikamente auf Dauer heilen?

Man mag seinen Daten entgegenhalten: Unsere Lebensumstände sind anders als vor 40 Jahren. Vielleicht trauen sich heute mehr Kranke zum Arzt. Mit Sicherheit nahmen sich damals mehr Menschen das Leben – unter ihnen vermutlich etliche unbehandelte Depressive (die Zahl der jährlichen Suizide in Deutschland sank in den letzten drei Jahrzehnten von 18.000 auf 10.000).

Aber, so fragten auch isländische Forscher, die ähnliche Daten gesammelt hatten wie Whitaker: Wenn Antidepressiva wirklich helfen würden, dann sei doch zu erwarten, dass es weniger dauerhaft Kranke, weniger arbeitsunfähige Patienten gebe als vor dem massenhaften Einsatz der Pillen.

Stefan Zeignitz, 46, ist seit über 20 Jahren depressiv. Als die Krankheit zum ersten Mal zuschlug, dachte er, er hätte eine schwere Grippe. Er war damals Berufssoldat, hatte sich verpflichtet, weil seine Freundin und er ein sicheres Einkommen brauchten. Die Beziehung hielt nicht. Und eines Tages schaffte er es nicht mehr, die Dienststube zu verlassen. "Meine Glieder waren schlapp. Ich fühlte mich so traurig. Ich konnte meinen Dienst nicht mehr wahrnehmen." Depression, diagnostizierte der Truppenarzt und verschrieb die ersten Antidepressiva. "Ich habe bis heute alles durch, was der Markt zu bieten hat", sagt Zeignitz. Nichts habe geholfen. "Es ist niederschmetternd. Wenn ich begreife, dass ein Präparat wieder nicht wirkt, geht es mir schlechter, weil ich enttäuscht bin." Seit gut zehn Jahren ist Zeignitz arbeitslos. Die Bundeswehr verlängerte seinen Vertrag nicht. Er kann nicht mehr allein wohnen, ein Sozialarbeiter betreut ihn, hilft ihm durch den Tag. Was ihn durchhalten lässt? Die Hoffnung, dass irgendwann ein neues Medikament auf den Markt kommt, sagt Zeignitz. Ein Medikament, das zu ihm passt und seinem Gehirn das liefert, was fehlt.

Viele Patienten verzweifeln, wenn sie merken, dass die

Medikamente, an die sie glauben, die Depression nicht bezwingen. Allen Frances ist einer der einflussreichsten Psychiater der USA, war Mitautor des weltweit genutzten Diagnosekatalogs für psychische Erkrankungen. In seinem Buch *Normal* schreibt er, dass es gerade bei leichten und mittelschweren Depressionen viele Pfade geben könne, die aus dem Dunklen führen: Eine Therapie sei mindestens genauso zu empfehlen wie Medikamente. "Es dauert länger, bis sie wirkt, und kostet erst einmal etwas mehr, doch ist ihre Wirkung weitaus nachhaltiger, was sie langfristig womöglich wieder günstiger und besser macht als eine Langzeitmedikation." Ansonsten rät Frances zu Stressabbau und einem geregelten Tagesablauf. Und: "Tun Sie das, wovon die meisten Menschen wissen, dass es gut für sie ist", schreibt er. "Nämlich: Bewegung, Bewegung, Bewegung an der frischen Luft. Sorgen Sie dafür, dass Sie genug schlafen. Reduzieren Sie Ihren Konsum an Alkohol."

Es ist ungefähr das Programm, das inzwischen offiziell in den britischen Leitlinien zur Behandlung von leichten bis mittelschweren Depressionen festgeschrieben ist. Statt vor allem auf Pillen zu vertrauen, deren chemische Wirksamkeit außer bei einer kleinen Gruppe schwer Depressiver nicht zu belegen ist, stellten die Briten mehrere Tausend Coaches ein, die Patienten helfen sollen, den Tag zu strukturieren, Sport zu treiben, Sorgen zu besprechen. "Wir sind davon überzeugt, dass das genauso gut hilft wie Medikamente", sagt Tim Kendall, Autor der Leitlinien. Aber die Coaches seien auf Dauer günstiger und nebenwirkungsfrei.

"Das [menschliche Gehirn](#) ist das bei Weitem komplizierteste Gebilde im bekannten Universum", schreibt Allen Frances. Es "enthält rund 100 Milliarden Neuronen, von denen jedes mit 1.000 anderen Neuronen verknüpft ist, was insgesamt 100 Billionen Synapsenverbindungen ergibt".

Wir haben dieses Gehirn bis heute nicht verstanden. Wir wissen nicht, was in ihm passiert, wenn Menschen verzweifeln. Wir wissen nicht einmal, ob der Auslöser des Leids in den Synapsen liegt oder eher in dem, was wir Seele nennen.

Hinter der Geschichte

Der Anlass: Julia Friedrichs wusste von Freunden, dass sie

Antidepressiva nahmen, und der Verhaltenstherapeut Thorsten Padberg hat in seiner Praxis viele Patienten, die sie ergänzend zur Therapie verschrieben bekamen. Die beiden hegten keine Zweifel an der chemischen Wirksamkeit der Medikamente, doch dann sahen sie eine US-Dokumentation über die Kirsch-Studie. Konnte es sein, dass sie wie viele eine Theorie für wahr hielten, die in der Fachwelt als überholt gilt?

Die Recherche: Sie umfasste ein knappes Dutzend Interviews, viele per Skype mit Gesprächspartnern in den USA und Großbritannien, in Deutschland von Angesicht zu Angesicht. Hinzu kamen die Lektüre von Fachbüchern und -zeitschriften sowie Kongressbesuche.

Das ist unbefriedigender als die Geschichte mit dem Serotonin.

Kehren wir ein letztes Mal zu Professor Ulrich Hegerl zurück, dem Depressionspapst aus Leipzig. Er ist der Überzeugung, dass es Texte wie diesen besser nicht geben sollte. Als die Kirsch-Studie bekannt wurde, warnte er: "Die Berichterstattung wird die Betroffenen verunsichern. Und ich befürchte, dass sie einige Menschenleben kosten wird." Er hatte Sorge, dass Menschen ihre Medikamente plötzlich absetzen. Was wirklich zu Problemen führen kann. Wenn überhaupt, sollte man sie nur unter ärztlicher Aufsicht ausschleichen. Aber darf man deshalb die Patienten im Nebel der Unwissenheit belassen?

Tim Kendall, der britische Psychiater, ist für Offenheit. "Es ist nicht zu rechtfertigen, die ganze Bevölkerung zu belügen", sagt er. "Man muss sich nicht auf eine einzige Lösung festlegen. Es gibt viele Dinge, die man für Depressive tun kann." Weil es Alternativen gibt, hat sich in diesem Jahr auch die deutsche Behandlungsleitlinie dem englischen Ansatz angenähert. Statt schon bei leichten Depressionen Medikamente zu verschreiben, werden vermehrt [Selbsthilfe](#), eine feste Tagesstruktur und psychologische Unterstützung angeraten.

Andererseits gibt es viele, denen es half, sich vorzustellen, dass in ihrem Gehirn etwas aus dem Takt geraten war. Ethan Watters, der für sein Buch *Crazy like us* durch die ganze Welt gereist ist, um sich mit Betroffenen und Therapeuten zu treffen, kennt Fälle, in denen diese Sichtweise lebenswichtig war: "Für einige, die an Depressionen leiden, ist es sehr hilfreich, wenn man ihnen diese

biomedizinische Geschichte anbietet, sodass sie ihren Eltern, Freunden oder ihrem Partner sagen können: Ich habe diese physiologische Krankheit."

Und das ist wohl die einzige gesicherte Erkenntnis dieser Recherche: Ob die Depression ihre Ursache im Gehirn oder im Herzen hat, wissen wir nicht – aber vielleicht ist das am Ende auch nicht so wichtig. Denn es gibt vieles, was funktionieren kann: Medikamente, eine Therapie, Sport, das Ende einer unglücklichen Beziehung. Es gibt eine Wahl. Und zwar immer.