**Referat zum 15. jährigen Gründungsjubiläum des „Bündnisses gegen Depression e.V.“**

**Melancholie ein veralteter Begriff?**

Die Depression als Erkrankung ist auf dem Vormarsch, sie wird sich bis 2020 auf den Platz der zweithäufigsten der Volkserkrankungen vorschieben, trotz aller Bemühungen und kostenträchtiger Therapien. Die Suizidalität hat überraschender Weise besonders in Bayern zugenommen mit 1806 Fällen in 2015, etwa ¾ davon Männer. Und gerade im voralpenländischen Bilderbuchstädtchen Kempten, mit der denkbar lebenswertesten Umgebung ist sie mit 22,1 auf 100.000 am höchsten (Viele Suizide in Bayern, 2016-09-06). Ist das Stagnation oder vielleicht etwas ganz Anderes? Jedenfalls ist es Grund genug ganz weit zurück zu gehen.

Depression , den Begriff kennen wir von einem in Baltimore wirkenden Schweizer Psychiater Adolf Meyer ((September 13, 1866 – March 17, 1950). Er sah diese Erkrankung ausdrücklich als ein Geschehen soziopsychobiologischer Wechselwirkung, nicht als Krankheit des Gehirns an. Er setzte damit eine Tradition fort, die seit Hippokrates´ Schrift von der Natur des Menschen diese Verfassung, Zustand und Lebensäußerung als die schwarze Galle bzw. deren Wirkung beschrieb (F1).

Wie die alten Griechen das empfanden und in ihrer 4-Säftelehre entwickelten lässt sich besser als gedanklich sensorisch- körperlich fassen. Wenn Sie, was in diesem Jahr ganz gut möglich war, in dieser trockenen Phase des Spätsommers an einem Feldrand saßen, der Boden staubig rissig und durchgehärtet, die Luft bleiern, so dass es schwerer fällt zu atmen und sich zu bewegen, bei Anstrengung die Schleimhäute auszutrocknen scheinen, Alles zäh und langsam wird - so tauchten Sie, liebe Zuhörer ein in das Naturerleben - aus dem das antike Griechenland die Vorstellung entwickelte – die Vorstellung der Melancholie.

Die schwarze Galle, zäh und durch die Trockenheit eingedickt, vergiftet den Körper von innen her, durchdringt die Organe. Damit ist die Melancholie zunächst gefasst als eine von außen provozierte Veränderung, reaktiv, freilich eine, bei denen Menschen, die von sich aus zu einer Verschiebung der Säfte neigten, leichter auftrat. Dieser Vorstellung ist auch eigen, dass sie die Veränderungen keinesfalls dem Gehirn und dem Denken zuordnet, viel eher verschiedene Orte annimmt an denen sich die schwarze Galle austoben kann. Galen von Pergamon (129-216 nChr.) unterschied drei Formen der Melancholie, eine aus dem Bauchraum (hypochondrisch), eine aus dem Gehirn (enkephalisch) und eine Generelle. Damit ist schon vorgezeichnet, wie zentral das Körpererleben die Melancholie auszeichnet.

Die Melancholie hat ein sehr weitgehend schlechtes Image. Am stärksten im Mittelalter wurde sie der Sünde sehr nahe gerückt. Zwischenzeitlich, auch in der Renaissance (man denke nur an Hamlet) wurde die Melancholie auch überhöht als ein besonderer Zustand von zarter Empfindungstiefe. Doch auch hier wird den äußeren Einflüssen eine besondere Rolle zuerkannt. Komponisten wie C. Monteverdi in Orpheus und Eurydike (F3) oder H. Purcell in „Dido und Aeneas“ (Purcell, 1983) bringen die Melancholie und Todesnähe mit der Trennung vom geliebten unverzichtbaren Menschen in eine enge Verbindung. Denken Sie nur an die berühmte Arie von Dido „Remember me“ die fast zum Schlager geworden ist (F4- Einspielung?). Dieser Zustand besonderer Seelentiefe wird musikalisch insbesondere mit chromatischen Tonfolgen, die eine besondere Sogwirkung entfalten, zum Ausdruck gebracht. Da findet sich auch eine Spur, die wir später aufgreifen werden, die Sie Alle aber wahrscheinlich in Ihrem Leben zumindest ansatzweise kennen gelernt haben – die Melancholie in der Folge von Trauer und Verlust. Wir werden noch näher verstehen, wie sehr das traumatische Erleben ein Verlusterleben ist und ein enges Geschwister der Trauer.

**Die Entstehung der traumatischen Melancholie**

Menschen versuchen vorwiegend mit zwei Kräften am Leben teil zu nehmen. Gerade wo ich diesen Vortrag schreibe sitze ich an einem Gartentisch, umgeben von zwei jungen Kätzchen, die, sofern sie nicht müder werden und an den Zitzen der Katze hängen, neugierig ihre Umgebung erforschen. Die Pfoten tasten alle Gegenstände ab, was sich bewegt fasziniert sofort, selbst der eigene Körper wird andauernd ein Gegenstand der Exploration. Neugier und der damit verbundene Forscherdrang ist die eine Kraft, die Alles Lebendige vorantreibt. Eng damit verbunden ist das, was wir psychotherapeutisch noch schlecht fassen können, es aber beständig spüren – unser Wille. Wir „wollen“ ständig, zumindest, und das teilen wir selbst mit den ganz niederen Organismen – wir „wollen“ die Umgebung kontrollieren, uns behaupten, unsere Bedürfnisse befriedigen. Was und wie wir wahrnehmen ist angetrieben, ist motiviert vom Einfluss nehmen, vom Gestalten im Dienste unserer Bedürfnisse nach Sicherheit, Wachstum und unseren bestmöglichen Platz in der Umwelt, deren Teil wir sind, zu finden.

Traumatische Erschütterungen sind deshalb so zentral im menschlichen Leben, weil sie so sehr an diesen Grundfesten angreifen, weil sie den Boden auf dem wir stehen, die Handlungen, an denen wir uns festhalten, die Beziehungen auf die wir angewiesen sind erschüttern.

Trauma ist die Verletzung eines in seine Mitwelt eingebetteten Individuums. Es gibt kein Ereignis, welches zwingend zu einer traumatischen Erschütterung führen muss. Es gibt aber leider Ereignisse und Erfahrungen, die sehr viele oder fast alle Menschen zerbrechen lassen. ( F5 -“All of us have our breaking-point. To some it comes sooner than to others.” Der Militärpsychiater Ross hat es bei seinen Soldaten kennen gelernt. Ein Satz, der uns bescheiden machen könnte, wenn wir so zerbrochenen Menschen begegnen.

Dieses Zerbrechen findet immer dann statt, wenn die Möglichkeiten eines Menschen, eines Organismus, aber auch einer Gruppe oder einer sozialen Gemeinschaft mit einer Begebenheit umzugehen unmöglich erscheint, wenn das eintritt, was Fischer und Riedesser (Fischer & Riedesser, 2003) in ihrer ausgezeichneten Trauma-Definition die „schutzlose Preisgabe“ genannt haben. Ein vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverhältnis bewirkt. (F6) Ein Trauma ist eben keine Begebenheit. Trauma ist Verletzung – „ein vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverhältnis bewirkt“.

So können wir eine Kette beschreiben, einen Ablauf (F7), bei dem es zunächst keine Halten gibt. Was Nicht- Betroffene, auch oft Fachleute so schwer nachvollziehen oder gar nacherleben können – diese Kette läuft im ursprünglichen Sinne des Wortes „Unwillkürlich“ ab. In dem Wort steckt der Wille, also das eigene Streben ebenso wie die Kür“ – das Küren, das Wählen. Beides ist außer Kraft gesetzt, der Wille und das wählen und entscheiden können, die Beeinflussbarkeit von Handlung überhaupt. Es läuft keinesfalls „unbewusst“ ab, ganz im Gegenteil, aber automatisiert insbesondere in den elementaren Handlungsabläufen (Janet P. , 1889). Diese elementare Stressreaktion, überrollt den Organismus, während er gefangen ist in dem was viele Kliniker (z.B. M. Huber) (Herman, 2006)als traumatische Zange beschreiben. Einerseits ist der Betroffene nicht in der Lage sich dem Geschehen zu entziehen, kann nicht fliehen, andererseits kann er auch nicht kämpfen oder sich mit der Bedrohung anders wirksam auseinandersetzen. Es bleibt das Einfrieren in dem vitalen Bedrohungsgeschehen, Bedrohung und überwältigende Ohnmacht. Diese elementare Erfahrung wird sich in der späten Phase der traumatischen Melancholie wieder finden.

Wenn der Mensch überlebt, so gerät er, nach meiner Erfahrung oft bereits nach Stunden in eine Phase III. Die Phase II in der innere Wiederholungen die Erfahrung verschärfen, die Symptome zuspitzen und die Reaktionen automatisieren, kann auch übersprungen werden und läuft dann nebenher ab. Gerade weil der Geist versucht das Geschehen als Erfahrung zu verdauen, dem eine Bedeutung zu erteilen, beginnt eine schwarze Galle sich auszubreiten.

Die alten griechischen Ärzte würden es vielleicht so fassen. Die „gelbe Galle“ steht für Kampf und Abwehr – für Aggression also. Wird sie verunmöglicht, so dickt sie ein, wird zur schwarzen Galle.

Dazwischen können wir eine zweite Phase formulieren, sie ist klinisch wichtig, kann hier aber nur angedeutet werden (F8). Über die Versuche das Geschehene irgendwie zu verdauen, zu integrieren, kommt es zu innerer Wiederholung des Erlittenen, zur Wiederholung der Erfahrung, jetzt als innerer Film, innere sich wiederholende Schallplatte und Körpererfahrung. Damit verfestigt sich der Zustand über zahlreiche innere Wiederholungen, bis dahin dass Betroffene es so beschreiben. „Ich war noch nie wirklich draußen, ich bin noch im Traumafilm“.

In dieser Phase drei (F9) bilden sich zentrale negative Vorstellungen über den Menschen selbst, Selbstüberzeugungen über die eigenen Fähigkeiten, die Handlungsmöglichkeiten und den Wert des eigenen Lebens. Diese schwarze Galle ist auch in der Lage alle positiven Selbstüberzeugungen, die der Mensch sich als Kind erworben hatte außer Kraft zu setzen, zu vergiften. Sie wirken wie ausgestanzt, totalitär mit Sätzen wie „Ich bin wertlos, unfähig…usw.“

Gleichzeitig finden sich, für den außen Stehenden z.T. bizarre Vorstellungen über die Mitwelt. Das Weltverhältnis ist verändert. Die Mitwelt wird als ausschließlich feindlich, als eine Welt gesehen die nicht nährt und versorgt, sondern die eigenen Bedürfnisse verhöhnt, den Menschen verfolgt und zerstört. Der Glaube an die Haltbarkeit von Beziehung ist zerbrochen, ebenso wie die Vorstellung vorteilhafte Verbindungen mit der Umwelt aufrecht erhalten zu können (Sack, Sachsse, & Schellong, 2013, S. 96ff). Der Mensch fällt über den Rand von Mutter Erde, also einer Welt, die ihn mütterlich zu versorgen versprechen könnte.

Leider werden diese negativen Vorstellungen, an sich verzerrt. von der Mitwelt bestätigt. Fast gesetzmäßig blenden Menschen und soziale Gemeinschaften, die mit katastropalen Erfahrungen Anderer konfrontiert werden, diese in verblüffender Weise aus, reagieren mit „Ignoranz“, ein grundlegende Tatsache in der Konfrontation mit traumatischen Erschütterungen (Nijenhuis, 2015, S. 71-78).

Wir haben also gesehen, es gibt drei Phasen (F10), die sensomotorische (Howell, 2014) und die der inneren Kreisprozesse und die letztlich für die traumatische Melancholie prägende dritte Phase der Änderung der Perspektiven auf die eigene Person und die Mitwelt.

Sie haben schon gesehen, für mich passt das Wort Melancholie viel besser als das mechanistische Wort „Depression“, was irgendwie aus der Physik der flüssigen Körper entlehnt zu sein scheint (F11). 'Melancholie', (so der an Depression erkrankte Journalist William Styron) (Styron, 1990)“ scheint immer noch ein viel zutreffenderes und ausdrucksstarkes Wort für die schwärzeren Formen der Krankheit zu sein, doch wurde es überwältigt von einem Substantiv mit fader Tonalität, ohne jede gebieterische Präsenz, ohne Unterschied gebraucht für eine ökonomische Krise oder geologische Unebenheiten, ein wahrer Kümmerling für eine so bedrohliche Krankheit." (Übersetzt nach William Styron, Darkness Visible, London 2004, S. 36

**Traumatische Melancholie erkennen**

Nicht alle „Depressionen“ sind traumatische Melancholie. In welchem Ausmaß krankmachende Schwermut traumatische Wurzeln hat, ist kaum erforscht (Seidler, Freyberger, & Maercker, 2011, S. 264ff). Für die praktische Arbeit bedarf es daher einstweilen gewisser Aufgriffskriterien, wenn wir eine traumatische Melancholie vermuten. Natürlich sind diese unscharf. Nach meiner klinischen Erfahrung aber sollte bereits eines der folgenden Kriterien ausreichen nach traumatischen Erschütterungen energischer zu fragen, die Anamnese auszuweiten, anstatt der menschlich so üblichen gesetzmäßigen „Ignoranz“ (Nijenhuis, 2015, S. 525ff) anheim zu fallen.

Die folgenden Kriterien sind substantiell (F12) s.a. (Sack, Sachsse, & Schellong, 2013, S. 61-62):

* Manifeste Intrusionen
* Störungen der Wahrnehmung oder des Bewußtseins
* Gestörte Wahrnehmung von Aggressoren oder schädigenden Ereignissen
* Albträume
* Somatische Stressphänomene (insbesondere mit benennbarer Entstehungszeit)
* negativistische Selbstüberzeugungen mit Entstehungszeit (gestörte Selbstwahrnehmung)
* Manifeste Belastungserfahrungen mit Vermeidungsverhalten
* Veränderungen im Wertesystem (Verzweiflung, Verlust von Glaubensinhalten)
* rasche Wechsel im Stimmungsgefüge mit Einbruch nach Kontakt mit Triggern (Störung der Regulation von Affekten und Impulsen)
* Auffälliger Wechsel von Hyperarousal (das bedeutet Übererregung des autonomen Nervensystems, allgemein bekannt als innerer Stress) mit Hypoarousal mit Kognitiven Verzerrungen
* Traumatisches Übertragungsgeschehen im therapeutischen Kontakt

Wenn wir solche Phänomene erfassen, führen ganz einfache Fragen weiter (F12)

* Benennen Sie bitte die schwersten Belastungen Ihres Lebens ( die schwersten 10….)!
* Wie ist es wenn Sie jetzt an die Belastung denken?
* Wenn Erinnerungen an… auftauchen, erleben Sie diese als Vergangen?
* Wenn Sie an… denken, was empfinden Sie?
* Wenn Sie an … denken, wo und wie reagiert ihr Körper?
* Gibt es Zeiten und Momente im Leben an die so nicht denken können, oder wo die Erinnerung ausgelöscht erscheint?
* Haben Sie Alpträume über bestimmte Ereignisse (gehäuft)
* Erschrecken Sie leicht wenn Sie plötzliche Geräusche wahrnehmen oder plötzliche Bewegungen

Wenn wir hier fündig werden, so ist es angebracht vertiefter nach einer sog. Traumafolgestörung zu forschen. Nicht nur um Daten zusammen zu tragen, auch wenn die entsprechenden Erhebungsinstrumente sehr nützlich sind, sondern weil es eminente Folgen für das therapeutische Handeln haben kann.

**Ein Psychotraumatologisches Verständnis der Therapie traumatischer Melancholie**

Ich kann in diesem Vortrag nur anreißen, welche weitgehenden Veränderungen es nach sich zieht, wenn wir das Verständnis traumatischer Prozesse zur Grundlage therapeutischen Handelns machen.

In nicht wenigen Bereichen der klinischen Psychiatrie erleben wir, wie die Grundannahmen sich gewandelt haben. Immer mehr orientiert sich das klinische Handeln wieder an den Vorstellungen des Münchener Psychiatrieprofessors Emil Kraepelin (1856-1926) (wikipedia.org/wiki/Emil\_Kraepelin). Er verlegte mehr als Andere seiner Zeitgenossen die Entstehung der Melancholie nach innen, sozusagen in den Stoffwechsel des Menschen, für ihn im Sinne eines degenerativen Stoffwechseldefektes. Zudem forderte er letztlich eine Konzentration auf objektivierbare Symptome der psychischen Leiden, die Subjektivität und die zwischenmenschlichen Beziehungen erhielten keinen Raum in der Untersuchung der Leiden.

Damit entstand zum Einen eine Individualisierung des Problems, eine Fixierung auf Defizite, sowie eine einseitige Somatisierung, die noch weit hinter die Konzepte der altgriechischen Theoretiker zurückfällt.

Einige wesentliche Punkte für Problematiken, die im Traumakontext entstehen, sind dagegen unter traumaadaptiert arbeitenden Therapeuten kaum umstritten, aber keinesfalls derzeitiger mainstream in der Psychotherapie: (F14).

* der Mensch leidet in erster Linie an Belastungen, die eine Erschütterung des Selbst- und Weltverhältnisses bewirkten und damit eine Desintegration der Persönlichkeit.
* die Folgen dieser Belastungen können sich körperlich, somatisch und kognitiv äußern. Diese Phänomene sind immer begründet, auch wenn sie in der Gegenwart zunächst unverständlich oder verzerrt erscheinen („Theorie des guten Grundes“).
* Die Betroffenen haben eine Phobie vor negativen Zuständen und Sprachlosigkeit darüber.
* Es existieren nicht mentalisierte Zustände mit niedrigem (reflexhaftem) Handlungsniveau
* depressiv ist nicht ein Mensch insgesamt sondern bestimmte Zustände, oder Anteile der Persönlichkeit. Dies erlaubt eine primäre Ressourcenorientierung.
* Die Fokussierung der Therapie auf die individuellen und kollektiven traumatischen Prozesse und Traumafolgen hat das Primat in der Behandlung (Prinzip „trauma first“) (Sachsse, 2004).

**Ein Anliegen für die psychiatrische Therapie**

Sie haben inzwischen sicherlich bemerkt was es bedeutet, wenn wir hier weiter denken. Es bedeutet nichts weniger als eine Erweiterung psychiatrischen Denkens und Handelns um mehrere Perspektiven. Eine hiervon ist mir zu einem besonderen Anliegen geworden.

Die Therapie wäre damit nicht auf eine Bekämpfung der Depression ausgerichtet, sondern auf eine Integration der melancholischen Anteile im Rahmen einer therapeutischen Beziehung. Damit würden wir letztlich sogar von einer antidepressiven Haltung Abschied nehmen. Aus der Perspektive der Integration der melancholischen Zustände, getragen von einem intersubjektiven Verständnis der therapeutischen Beziehung würden wir auf eine andere Grundhaltung zusteuern (F15). Die These dafür lautet: Psychotherapien benötigen eine **pro**depressive Grundhaltung, die über Expression inneres Verstehen und verändertes Handeln eine Integration der depressiven Anteile ermöglicht. Auch Ihr Bündnis wäre dann um zu benennen, hieße dann eher „Bündnis für die Bewältigung der Depression“.

Die praktisch klinische Umsetzung dieser These folgend würde den Rahmen des Vortrags sprengen. Psychotherapeutisch findet sich inzwischen wesentlich bereichert durch Methodiken aus Traumatherapien, ein reicher Schatz, z.B. Arbeit mit Persönlichkeitsanteilen (Fritzsche & Hartman, 2011) (Rießbeck, 2013), Ericksonische Hypnotherapie, Kunsttherapeutische Ansätze, Fokussierte Gruppentherapiekonzepte, und zunehmend die von E. Nijenhuis konzipierte recht umfassende Enaktive Traumatherapie (Nijenhuis, 2015). Viele dieser Ansätze sind weit über den Umgang mit traumatisch erschütterten Menschen in den Psychotherapien hilfreich.

Der große Romantische Dichter und Schriftsteller, Gottfried Keller, Autor des berühmten Entwicklungsromans „Der Grüne Heinrich“ hat eine solche Haltung -sicher für seine Epoche sehr idealisierend- so gefasst (F16):

Sei mir gegrüsst, Melancholie,

Die mit dem leisen Feenschritt

Im Garten meiner Phantasie

Zu rechter Zeit ans Herz mir tritt!

Die mir den Mut wie eine junge Weide

Tief an den Rand des Lebens biegt,

Doch dann in meinem bittern Leide

Voll Treue mir zur Seite liegt!

Tun Sie das bitte nicht zu schnell zur Seite angesichts der schnöden klinischen Realität.

Was aber bedeutet das für die medikamentöse Therapie. Nein, überflüssig wird sie nicht, aber der Umgang mit ihr wird substantiell anders. dies ist die These 2 (F17):

An dieser Stelle stehen eine medikamentöse antidepressive Therapie und die Psychotherapie in einem problematischen Verhältnis. Der Wert einer medikamentösen Therapie misst sich daran, ob und wie substantiell sie die psychotherapeutische Integrationsarbeit unterstützt.

Bereits seit Jahrzehnten ist die Diskussion um den Gebrauch der Antidepressiva vom Typ der Serotonin-Wiederaufnahmehemmer nicht zum Stillstand gekommen. Insbesondere das Risiko der Suizidalität wurde über lange Zeit bagatellisiert und nur wiederstrebend für Kinder und junge Erwachsene benannt. Die therapeutische Wirksamkeit ist weit mehr umstritten als öffentlich zugegeben wird (Padberg, 2016-06-24). Eine klare Evidenz für die klinische Wirksamkeit, insbesondere bei leichten bis mittelschweren depressiven Störungen, fehlt, das wirtschaftliche Interesse ist jedoch eindeutig und führt zu einer Propagierung der AD-Medikation, so dass in Deutschland inzwischen ca 8% der erwachsenen Bevölkerung ein Antidepressivum einnimmt.

Inzwischen scheint es bei TherapeutInnen mehrheitlich angekommen zu sein, dass auch die Vorstellung eines Serotoninmangelzustandes, der behoben werden müsste, eine mechanistisch verfälschende Vereinfachung aus dem Kraepelin´schen Geist ist, die nicht aus wissenschaftlicher Quelle stammt.

Einige gute Quellen weisen darauf hin, dass die Suizidalität unter der Einnahme von SSRI nicht vermindert, sondern leicht erhöht ist (Stübner, 2010).

Mit einer mittelgradigen depressiven Verstimmung bei voll erhaltener Arbeitsfähigkeit nimmt der 32 jährige Akademiker Sebastian R. auf den Rat einer Psychiatrischen Fachambulanz 10 mg Escitalopram ein. Er hatte ein Jahrzehnt davor im Rahmen des Studiums bereits ein Mal Citalopram einschleichend während einer Richtlinienpsychotherapie erhalten und sein Studium gut beendet, eine berufliche sowie eine Beziehungskarriere gestartet.

Der psychiatrische Kontakt umfasst initial 45 min. und ca 10 min an einem Folgetermin. S.R. leidet unter starken vegetativen Nebenwirkungen und abrupten Wechseln der Spannungszustände. Er arbeitet intensiv, bringt es weiter zu hohen sportlichen Leistungen. Nach einem Streit mit der Freundin um Geringfügigkeiten setzt er am 20. Tag der Medikamenteneinnahme ohne jegliche Ankündigung abrupt seinem Leben raptusartig ein Ende (F18).

Seltene Einzelfälle? Wie selten? Ist möglicherweise der Anstieg der Suizidalität gerade in gut situierten Landstrichen eine Folge der guten medikamentösen Behandlung? Die Suizide sind insgesamt so selten, dass es nur schwer möglich ist sich dem über statistische Aussagen alleine zu nähern.

Sind die Suizide, die durch SSRI provoziert werden im Ablauf anders und weisen sie Besonderheiten auf? Der vorliegende Fall legt es nahe.

Beschämend und ernüchternd. Diese Fälle scheinen nicht systematisch aufgegriffen und untersucht zu werden. Gerichtsmedizinische Institute scheinen bei Suizidanten nicht einmal die Frage zu stellen, ob diese Medikamente vorher eingenommen hatten.

Einstweilen erscheinen mir die folgenden Verfahrensweisen bis zu einer umfassenderen Klärung zwingend (F19):

1. Verpflichtende Aufklärung durch einen Facharzt über das Risiko Suizidalität.
2. Klare Definition was engmaschige Betreuung in der Anfangsphase einer SSRI Medikation bedeutet.
3. Soweit möglich einschleichende Behandlung mit SSRI.
4. Beschränkung der medikamentösen Therapie mit SSRI auf die Diagnose „major depression“.
5. Beschreibung Klarer Phänomene, die speziell auf suizidale Entwicklung unter SSRI andeuten. Daraus müssen Aufgriffskriterien entwickelt werden, die eine engmaschige Begleitung zur Folge haben.

Damit habe ich auch eine Bitte an Sie. Wenn Sie von Menschen Kenntnis erlangen, die während der Einnahme von SSRI an Suizid versterben, bitte geben Sie mir entsprechende Informationen soweit möglich direkt weiter. Ich bemühe mich derzeit darum eine kompetente Stelle zu finden, die diese Problematik weiter erforscht.

Therapeutische Begleitungen können lange dauern. Ich habe einen Patienten begleitet, fast ein Jahrzehnt, im zeitlichen Umfang aber nicht mehr als der einer Langzeittherapie mit 100 Sitzungen. Er, ein kurz nach der Geburt verlassenes Kind, kam mit schweren depressiven Zuständen und Ängsten. Seine Suizidalität beschrieb er am besten mit dem Bild, welches Sie hier sehen (F20). Während das therapeutische Bündnis immer wieder zu zerbrechen drohte, malte er das folgende Bild (F21).

In seiner Geldbörse behielt er über Jahre das Gedicht, welches ihn gestärkt hatte (F22). Er schenkte mir diese Zeilen:

You know how one angel smiles there

Then weep not. ´t is easy for you

To be drawn by a single gold hair

Of that curl, from earth´s storm and despair

To the safe place above us. Adieu.“ E.B. Browning

Literaturverzeichnis

Böwing, G., & Schröder, G.-S. (November 2009). Spätfolgen von Traumatisierung. *Trauma und Gewalt*, S. 294-303.

Fischer, G., & Riedesser, P. (2003). *Lehrbuch der Psychotraumatologie.* München: Ernst Reinhardt.

Fritzsche, K., & Hartman, W. (2011). *Einführung in die Ego State Therapie.* Heidelberg: Auer Verlag.

Herman, J. (2006). *Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden.* Paderborn: Junfermann Verlag.

Howell, E. (2014). FERENCZI’S CONCEPT OF IDENTIFICATION WITH THE AGGRESSOR: UNDERSTANDING DISSOCIATIVE STRUCTURE WITH INTERACTING VICTIM AND ABUSER SELF-STATES . *The American Journal of Psychoanalysis, 2014, 74, (48–59)*.

Janet, P. (1889). *L`Automatisme psychologique.* Paris: Alcan.

Janet, P. (1925). *Psychological Healing.* London: George Allen & Unwin Ltd.

Nijenhuis, E. (2015). *The Trinity of Trauma: Ignorance, Fragility and Control.* Göttingen: Vandenhoek & Ruprecht.

Padberg, J. F. (2016-06-24). Aus dem Schatten ans LIcht. *ZEITmagazin Nr. 25*.

Purcell, H. (Komponist). (1983). Dido und AEneas. [N. Harnoncourt, Dirigent] Wien.

Rießbeck, H. (2013). *Einführung in die hypnodynamische Ego state Therapie.* Heidelberg: Auer Verlag.

Sachsse, U. (2004). *Traumazentrierte Psychotherapie. .* Stuttgart: Schattauer.

Sack, M., Sachsse, U., & Schellong, J. (2013). *Komplexe Traumafolgestörungen.* Stuttgart: Schattauer Verlag.

Schulz von Thun, F. (1998). *Miteinander reden Bd III -.* Reinbek: Rowohlt TB Verlag.

Seidler, G., Freyberger, H., & Maercker, A. (. (2011). *Handbuch der Psychotraumatologie.* Stuttgart: Klett-Cotta Verlag.

Stübner, S. e. (10 2010). Suicidality as rare adverse event of antidepressant medication: report from the AMSP multicenter drug safety surveillance project. *J Clin Psychiatry*, S. 1293-1307.

Styron, W. (1990). *Sturz in die Nacht.* Berlin: Ullstein.

Trickett, P., Noll, J., & Putnam, F. (23(2011)). The impact of sexual abuse on female developement: Lessons from a multigenerational, longitudinal research study, Development and Psychopathology, 23(2011) 453-476. *Development and Psychopathology*, S. 453-476.

Viele Suizide in Bayern. (2016-09-06). *Nürnberger Nachrichten*.

*wikipedia.org/wiki/Emil\_Kraepelin*. (kein Datum).