

Depressionen! Psychopharmaka? Klassische Homöopathie!

Depressionen sind häufige und schwere Erkrankungen. Stichtagsuntersuchungen ergaben, daß ungefähr 6 % der Bevölkerung unter behandlungsbedürftigen Depressionen leiden, mit steigender Tendenz. Dabei sind Depressionen aller Art zusammengefaßt.

Der Titel „Depressionen“ soll darauf hinweisen, daß es *die* Depression, von der manchmal laienhaft gesprochen wird, nicht gibt. Jeder Betroffene hat *seine* Depression mit individueller Färbung.

Wir besprechen als erstes die reaktive Depression, die eine Form der verschiedenen Depressionen darstellt.

Reaktive Depression

heißt, der Patient reagiert auf irgend einen Umstand, auf ein Geschehen in krankhafter Weise, nämlich mit einer Depression, er *reagiert* depressiv.

Trauer ist nicht dasselbe wie Depression. Aber Trauer und Depression grenzen aneinander. Insbesondere die krankhafte Trauerreaktion steht der reaktiven Depression nahe. Aus Trauer ist Depression geworden, wenn Trauer, eigentlich nicht, oder nicht mehr angemessen ist.

Wenden wir uns zunächst die Trauer zu.

Trauer ist ein seelischer Schmerz, der eintritt, wenn dem Menschen etwas verlorengelassen, was ihm lieb und vertraut war, insbesondere wenn er einen nahen Angehörigen durch dessen Tod verliert. Trauer ist bis zu einem gewissen Grad etwas normales, was nahezu jeder Mensch schon erlebt hat. Trauer kann aber auch so verstrickend für einen einzelnen werden, daß therapeutische Hilfe notwendig wird, weil eine reaktive Depression entstanden ist.

Trauer kann sich in heftigem Weinen und lautem Klagen äußern oder aber in Verstummen und Insichgekehrtheit bis zur Versteinerung des Gefühlslebens. Welchen Ausdruck die Trauer findet, ist nicht nur von der Persönlichkeitsstruktur des Betroffenen, sondern auch von Stilbildungen in der Gesellschaft abhängig.

In unserem Kulturkreis sind Trauerriten und Trauerverhalten erkennbar von der jüdisch-christlichen Tradition bestimmt. Dazu gehören auch konventionelle Zwänge, nämlich sich „zusammenzunehmen“ und „vernünftig“ zu sein, also Schmerz und Trauer nicht zu äußern. Das mag für manche nützlich sein, oft aber wäre es für den Betroffenen besser, seinem Schmerz Ausdruck zu geben, auch in Form lauter Äußerung. In anderen Kulturkreisen, so z.B. dem Islam oder auch in weiten Teilen Asiens, ist es üblich seiner Trauer, durch lautes Weinen und Schreien, Ausdruck zu verleihen. Es werden sogar extra sogenannte

„Klageweiber“ angagiert, die die Angehörigen in der besonders ekstatischen Ausdrucksform ihrer Trauer, intensiv unterstützen.

Dieser Kulturkreis hat seltener die Problematik einer entstehenden reaktiven Depression nach Todesfall, die Zeit der Trauer ist meistens kürzer und wird besser bewältigt.

Unmittelbar nach dem Verlusterlebnis können auch Überaktivität und Geschäftigkeit auftreten, häufiger ist jedoch ausgeprägte Passivität. Der Betroffene hat kein Interesse mehr an der Umwelt, kaum mehr an seinem nächsten Mitmenschen. Manche empfinden die Situation als unwirklich, so als stünden sie „neben sich“. Sie erleben sich wie fremd oder wie unlebendig und leer. Es können körperliche Beschwerden hinzukommen: Erschöpfung, Kraftlosigkeit, Appetitverlust, Schlafstörung und weitere vegetative Regulationsstörungen, vor allem von seiten des Magens und Darms. Die körperlichen Bewegungen werden langsam und einförmig, das Gesicht spiegelt Schmerz und Trauer wieder.

Sigmund Freud sagte, daß Trauer „die vollste Abwendung von Gegenwart und Zukunft mit sich bringt“. Eine Neuorientierung des Trauernden werde ermöglicht durch die sogenannte Trauerarbeit, „nach deren Vollendung das Ich wieder frei und ungehemmt ist“. In dieser Sicht gilt die Trauer nicht in erster Linie dem Toten, sondern ist vielmehr ein Vorgang der Ablösung des Hinterbliebenen von dem Verstorbenen.

Hiergegen ist zurecht eingewandt worden, daß in diesem Verständnis die Trauer schematisiert und ihr Erleben sozusagen mechanisiert werde. Gewiß gibt es viele Varianten der Trauer und der Trauerarbeit. Was Freud beschrieben hat ist nur *eine* Form der Trauerreaktion. Diese hat sich jedoch in unserer Gesellschaft dem Bewußtsein stark eingeprägt.

Wenn in der Fachliteratur Phasen der Trauerreaktion beschrieben werden, handelt es sich nicht um Regeln, sondern um Annäherungen an relativ häufig zu beobachtende Verhaltensweisen. Anfangs verläuft das Erleben der Trauer nicht selten wellenförmig oder sogar anfallsweise heftig, dazwischen stiller. Es kann mit Benommenheit verbunden sein. Bei manchen Trauernden folgen hierauf Verleugnung, ein Nichtwahrhabenwollen, und auch ein Suchen nach dem Verstorbenen. Darauf kommt es allmählich zum Bewußtsein der Verzweiflung, z.T. verbunden mit einer Desorganisation in der Lebensführung.

In dieser Phase können außer Selbstvorwürfen auch aggressive Regungen gegenüber dem Verstorbenen auftreten. Es kann eine Phase der Resignation folgen. Mit der Zeit kommt es zur inneren Trennung von dem Verstorbenen und zum Suchen nach neuen oder nach alten, reaktivierten Lebensinhalten, gefolgt von einer Wiederorientierung in der Lebenssituation und der Entwicklung von Perspektiven für die Zukunft. Trotzdem gilt: Es gibt keine einheitlichen Erlebnismuster, sondern so viele verschiedene Trauerreaktionen wie trauernde Menschen.

Bei der Bewältigung der Trauer, ist das Gespräch wichtig, wichtig ist auch, daß das Gespräch über den Verstorbenen realistisch bleibt und sich nicht in Überidealisationen ergeht.

Auch schon zum Zeitpunkt der nicht pathologischen Trauer kann eine homöopathische Behandlung von großem Nutzen sein, sie unterstützt die Trauerarbeit positiv und trägt dazu bei, daß sich der Patient in *seiner* Trauer „wohl fühlt“ d.h. mit *seiner* Trauer „richtig umgeht“ und somit diese auch in einer angemessenen Zeit bewältigt und aus der Zeit der Trauer auch etwas Positives gewinnen kann.

Psychopharmaka werden in einer sogenannten normalen Trauerreaktion auch von den meisten Schulmedizinern abgelehnt.

Krankhafte Trauerreaktionen oder auch sogenannte „pathologische“ Trauerreaktionen, eben die daraus entstehende **reaktive Depression** sind zu lang andauernde Trauerreaktionen und sind psychisch komplizierter, zudem treten Gesundheitsstörungen von Krankheitswert auf.

Intensiver und langwieriger sind sowohl die Verstimmungen als auch andere Gefühle und gestörte Emotionen. Es kann Aggressivität auftreten, z.T. als latente Aggressivität, also verborgene feindselige Regungen, die sich gegen den Toten, gegen Angehörige und nicht selten gegen Ärzte richten: gegen den Arzt der den Toten behandelte, oder gegen den, der den Trauernden betreut. Aggressive Gefühle können sich auch gegen die eigene Person richten, so daß Gedanken aufkommen, sich das Leben zu nehmen.

Körperliche Störungen sind fast regelmäßig festzustellen: Erschöpfung, Kreislauf labilität, psychosomatische Beschwerden wie Herzjagen, Schwitzen usw. Magen-Darm-Beschwerden bis zum Grade einer Colitis ulcerosa (das sind blutende Darmgeschüre, einhergehend mit massiven blutigen Durchfällen), aber auch hypochondrische Einstellungen, d.h. Angst bezogen auf denkbare Krankheiten.

Reaktive Depression

heißt, der Patient reagiert, ähnlich wie in der beschriebenen Weise der Trauer, auf irgend einen Umstand krankhaft, nämlich mit einer Depression. Diese Umstände können natürlich sehr unterschiedlich sein und keinesfalls zählen hierzu nur reaktive Depressionen nach Todesfällen, sondern z.B. auch nach: Ehescheidung oder Trennung von Partnern, nach Umzügen, nach Verlust des Arbeitsplatzes, nach sexuellem Mißbrauch, nach finanziellen Verlusten, nach oder bei schwerer körperlicher Erkrankung, nach Gewalttaten, nach Naturkatastrophen, nach Kriegen ect. ect.. Es wird auch von posttraumatischen Belastungssituationen gesprochen.

Neurotische Depression als Persönlichkeitsfehlentwicklung, eine weitere Form der Depressionen.

Es gibt Menschen, deren Persönlichkeit sich so entwickelt hat, daß sie von Depressivität geprägt ist. Man nennt das auch depressive Persönlichkeitsstruktur, depressive Neurose, depressive Charakterneurose, Dysthymia oder depressive Persönlichkeitsstörung - diese Worte bezeichnen immer dieselbe Störung. Es handelt sich also weniger um eine Erkrankung, die einen Menschen für eine Zeitlang befällt, auch nicht nur um eine Reaktion auf eine einzelne belastende Lebenssituation, sondern um eine *ständige* psychische Verfassung. „Ich war schon immer so“, sagen die Betroffenen.

Menschen mit dieser Persönlichkeitsstruktur sind still und zurückhaltend, sie wirken gehemmt und bedrückt. Sie äußern sich zu den meisten Dingen des Lebens skeptisch und pessimistisch. Sie erwarten nicht viel vom Leben. Sie können sich das Gute, das ihnen das Leben bietet, nicht gönnen, nicht erlauben. Von ihren stillen Leiden erfährt die Umgebung nicht viel. Viele verbergen ihr Depressivsein hinter scheinbarer Gelassenheit. Sie fallen im Alltagsleben wenig auf, zumal sie meist in der Arbeit fleißig und im Privatleben solide sind. Diese Menschen sind besonders empfindlich gegenüber Enttäuschungen und Verlusterlebnissen.

Wie kommt diese Persönlichkeitsstruktur zustande? Wir kennen zwei Entstehungsmechanismen. Der eine liegt in der Veranlagung, der Erbllichkeit. Der andere Entstehungsfaktor liegt in der *Entwicklung* der Persönlichkeit. Die depressiv-neurotische Verfassung ist nicht auf *eine* akute Belastung oder auf *einen* Konflikt zurückzuführen (wie die reaktive Depression), sondern auf *anhaltende* Belastungen und Konfliktsituationen, die in der Regel bereits in der Kindheit begannen. Diese Kinder wuchsen in einer Situation auf, die Geborgenheit und Vertrauen vermissen ließ, was nicht immer an den äußeren Mißständen im Sinne von zerrütteten Familienverhältnissen, erkennbar ist. Es sind auch keineswegs immer grobe Mißhandlungen oder sexueller Mißbrauch in der Kindheit vorausgegangen.

Wenn es an verlässlichen Beziehungen gefehlt hat, bleibt ein kindliches und unbefriedigtes Anklammerungsbedürfnis bestehen, das in der weiteren Entwicklung mit dem natürlichen Selbständigkeitsstreben in Konflikt gerät und zu Angst führt, nämlich Trennungsangst. Es resultieren daraus eine dauerhafte Hemmung und depressive Gestimmtheit. Diese Menschen können sich ablehnende oder gar aggressive Gefühle die gerade bei diesen Menschen oft von therapeutischem Nutzen wären gegenüber anderen kaum erlauben, da diese Regungen Angst und Schuldgefühle auslösen und so unerträglich werden, daß sie aufgegeben werden müssen, zumindest in ihrer Zielrichtung auf andere. Sie können sich dann ersatzweise auch gegen die eigene Person richten und eine Quelle der Suizidalität werden.

Die beste Hilfe für diese Menschen ist neben einer eventuellen Psychotherapie, in der sie *sich* verstehen lernen, sich der Ursprünge *ihrer* Wesensart und Verhaltenseigentümlichkeiten bewußt werden und schließlich Zutrauen zu sich selbst finden können, die klassisch homöopathische Behandlung, die oft auch als alleinige Therapieform, sehr gute Erfolge erzielen und den Patienten zu den gleichen positiven Erkenntnissen führen kann.

Die depressive Psychose, auch endogene Depression

genannt ist die schwerste Form der Depression, was das Erleben des Patienten anbelangt, aber auch die Schwierigkeit der Behandlung, es handelt sich hier um die melancholische Depression oder kurz die Melancholie. Der Begriff Melancholie darf hier keinesfalls mit der Vorstellung des romantisierten Begriffs Melancholie aus den Bereichen Poesie, Kunst oder Philosophie verwechselt werden, obwohl durchaus auch Parallelen zu erkennen sind.

Die depressive Psychose, die Melancholie ist eine sehr ungewöhnliche Krankheit. Was der Betroffene erlebt und erleidet, ist nicht zu vergleichen mit anderen Krankheiten, auch nicht mit anderen Depressionsformen. Der melancholisch Kranke kann *nicht* traurig sein und auch sonst *keine* Gefühle haben. Das Schwerwiegendste, ist bei der Melancholie nach Auskunft vieler Kranker nicht einmal die Verstimmung, als das Depressivsein, sondern die *Antriebsblockierung*, das *Nicht-Können*. Diese Veränderungen des Erlebens, die noch ausführlicher beschrieben werden, sind dem psychologischen Einfühlen nicht zugänglich. Was der Kranke erlebt kann niemand verstehen. Selbst der Betroffene hat nachträglich (wenn er wieder gesund ist) nur eine gewisse Erinnerung an die Krankheit, aber er kann den melancholischen Zustand nicht mehr nachempfinden. Es handelt sich um den schwersten Leidenszustand, der überhaupt einen Menschen treffen kann. So urteilen Kranke, die auch schwere körperliche Krankheiten erlitten haben. Aber in ihrem Ablauf ist die melancholische Depression insofern *gutartig*, als die Phase kommt und wieder geht (nach unterschiedlich langer Zeit). Durch Behandlung kann der Leidenszustand gelindert und z.T. auch die depressive Phase abgekürzt werden. Die melancholische Depression ist leider keine seltene Krankheit. Frauen erkranken etwas häufiger als Männer. Wiederholte melancholische Phasen sind häufiger als einmalige Erkrankungen. Rein melancholische Verläufe sind häufiger als wechselhaft melancholisch-manische Verläufe.

Der Gesichtsausdruck dieser Patienten ist ernst, der Blick ängstlich. Auffallend sind Bewegungsarmut und Passivität, z.T. verbunden mit innerer Unruhe. Das Gefühlsleben (Affektivität) liegt darnieder. „Keine Herzenswärme... diese Gefühlslosigkeit... das ewig Neutrale“. „Alles ist abgeschnürt und tot in mir“ So äußern sich Betroffene. Angst tritt regelmäßig auf, aber nicht Angst vor etwas Bestimmtem, sondern Angst vor allem, was auf den Kranken zukommt, vor dem Tag, vor dem Leben und auch vor Banalem und Alltäglichem. Hoffnungslosigkeit beherrscht das Erleben dieser Kranken, so daß

Todeswünsche naheliegen. Die Wahrnehmung ist in eigentümlicher Weise gestört: Der Kranke kann Augen und Ohren regelrecht benutzen, aber das Gesehene und Gehörte hat so gut wie keine Qualität.

In den tiefsten melancholischen Zuständen wird das Erleben des Kranken von **Wahn** beherrscht. Die Kranken erleben sich klein, schuldig und nichtig. Hypochondrische Befürchtungen können sich bis zum **Krankheitswahn** steigern. Verarmungsängste können den Grad eines **Armutswahns** erreichen. Am häufigsten ist der **Schuldwahn**: Das ist jetzt die Strafe Gottes für mich, ich bin nichts wert.

Die melancholische Depression ist nicht auf seelische Störungen beschränkt. Diese Depression läuft auch über den Körper. Die Patienten spüren einen zentnerschweren Druck auf Brust- oder Bauchraum. Bei Frauen bleibt die Periode aus, bei Männern ist die Sexualität herabgesetzt oder aufgehoben. Der Appetit läßt nach, das Gewicht sinkt. Manche haben auch Herzklopfen und Schwindel. Der Ablauf der einzelnen Episode ist uneinheitlich: Etwa die Hälfte dauert (unbehandelt) bis zu drei Monaten, ein Drittel aber ein Jahr oder länger, ein kleiner Teil dauert nur einige Tage oder wenige Wochen. Die einzelne Phase beginnt mal allmählich, mal plötzlich von einer Minute zur anderen. Das gilt auch für das Ende der melancholischen Phase.

Der melancholisch Kranke selbst neigt zu der Annahme, sein Leiden sei persönliches Versagen und nicht Krankheit. Er vermutet, daß diese seelische Veränderung nur ihn betreffe, und er weiß nicht, daß es sich um einen bekannten krankhaften Leidenszustand handelt.

Es ist falsch anzunehmen, jede Depression müsse eine Ursache, einen „erkennbaren äußeren Grund“ haben. Es ist auch falsch, im Fall einer vorausgegangenen Belastung nur noch dies im Auge zu haben und nur deshalb irrtümlich eine reaktive Depression anzunehmen.

Die Standardbehandlung melancholischer Patienten besteht in der Kombination von Pharmakotherapie (antidepressive Medikamente) und Wochentherapie, der sogenannte antidepressive Schlafentzug, gestützt auf eine kontinuierliche psychotherapeutische Führung des Kranken. Eine parallel dazu durchgeführte, oder auch daran anschließende klassisch homöopathische Behandlung, wird einen Rückfall deutlich seltener machen.

Manie und Melancholie, zwei Seiten der affektiven Psychosen.

Die Melancholie hat eigentümlicher Weise ein Gegenbild: die **Manie**. Beide Störungen zusammenfassend, spricht man von **affektiven Psychosen** oder **affektiven Störungen**. Noch merkwürdiger ist es, daß sich Melancholie und Manie beim gleichen Kranken abwechseln können, was **bipolare Verlaufsform** oder **bipolare affektive Psychose** genannt wird. Von Laien hört man auch die Bezeichnung „*manische Depression*“ was aber sprachlich nicht korrekt ist.

Die **Manie** soll hier kurz beschrieben werden: Ein sonst ruhiger und ausgeglichener Mensch wird auffallend aktiv und redselig. Er fühlt sich ungeheuer leistungsfähig. Anfangs wirkt das belebend und unterhaltend, dann aber unheimlich. Der Betroffene schläft nicht viel, leidet hierunter jedoch nicht und ermüdet auch nicht, sondern er ist immer tätig, bald im Übermaß. Die ausgeprägte Manie besteht in gehobener Stimmung, gesteigertem Antrieb und raschem geradezu flüchtigem Denken der sogenannten Ideenflucht. Der Patient selbst erkennt nicht, daß er krankt ist (außer bei wiederholter Erkrankung). In seiner Überaktivität kann er sich leicht in Gefahrensituationen begeben, es kommt zu unüberlegten Handlungen mit der Folge von Konflikten, Partnerschaftszerwürfnissen, beruflichen und finanziellen Fehlentscheidungen und anderen unkontrollierten Verhaltensweisen.

Die manische Phase dauert einige Wochen oder Monate an. „Wenn der Höhenflug zu Ende geht...“, ist der Patient über sein Verhalten zutiefst bestürzt.

Die manischen und bipolaren affektiven Psychosen sind im allgemeinen schwerer ausgeprägt und beeinträchtigen das Leben des Betroffenen mehr als rein melancholische Erkrankungen.

Auch hier gibt es relativ gute Möglichkeiten der Behandlung und Vorbeugung, nach schulmedizinischer aber auch nach klassisch homöopathischer Methoden.

Organische Depressionen.

Depressionen können auch aufgrund körperlicher Vorgänge entstehen, gemeint sind nicht die bereits erwähnten reaktiven Depressionen bei welchen auch körperliche Mitbedingungen zu Depressionen führen können. Hier ist gemeint: die Depression wird durch die körperliche Krankheit selbst **verursacht**. Das nennt man organische Depression. Dabei sind die Ursachen vielfältig. Häufige Grundkrankheiten sind Hirndurchblutungsstörungen, Morbus Parkinson, Multiple Sklerose, HIV-Infektionen; und aus dem Bereich der internistischen Krankheiten: perniziöse Anämie, hormonelle Störungen wie Cushing-Syndrom und auch Karzinome. Organische Depressionen können nicht zuletzt auch durch bestimmte Psychopharmaka und Hochdruckmittel verursacht werden.

Die Therapie der sogenannten organischen Depressionen ist nicht wesentlich anders als die der Depressionen körperlich gesunder Menschen. Unterschiedlich ist, daß natürlich die körperliche Grunderkrankung behandelt werden muß (soweit möglich), um auf diese Weise die organische Depression auf der Ebene der Verursachung zu therapieren.

Der Vollständigkeit halber sei hier auch noch erwähnt, daß **Depression und Sucht**, auch eine besondere Form der Depressionen darstellt. Aus der Sucht kann sich eine Depression entwickeln, aber auch umgekehrt aus der Depression heraus entsteht eine Sucht. (Medikamente, Alkohol, Drogen)

Auch Depressionen bei Kindern sind nicht selten. Die **kindliche Depression** verbirgt sich oft hinter psychischen Störungen wie Enuresis (das heißt nächtliches Einnässen), Mutismus (das ist die Sprachlosigkeit), Schlafstörungen und Magen-Darm-Störungen. Die Depression ist mehr oder weniger maskiert, und von daher nicht so leicht erkennbar. Im Vordergrund können auch Angst, Gehemmtheit und Isolierungstendenzen stehen. Eine typische reaktive Depression im Kindesalter ist die sog. Schul-Depression, die bei Überforderung eintritt.

Depressionen im Wochenbett, auch schwere Psychosen sind relativ häufig, nämlich 10mal öfter als zu anderen Lebenszeiten der Frau.

Oft und mit großer Selbstverständlichkeit wird von der „klimakterischen Depression“ gesprochen. Aber diese gibt es nicht. Verstimmungszustände im Klimakterium müssen differenziert betrachtet werden. Es gibt reaktive Depressionen, die weniger mit der hormonellen als mit der psychosozialen Umstellung zusammenhängen. Schwere Depressionen im Sinne einer endogenen Depression, sind in der Zeit des Klimakteriums nicht häufiger als in anderen Lebensjahren der Frau.

Depressionen im Alter, im höheren und hohen Lebensalter gibt es keine anderen depressiven Störungen als in den früheren Lebensabschnitten. Wohl aber sind Besonderheiten der gesundheitlichen und sozialen Situation älterer Depressiver zu beachten. Bei alten Menschen trifft eine Depression öfter, fast regelmäßig, mit körperlichen Gesundheitsstörungen zusammen. Und auch das Zusammentreffen einer Depression mit anderen psychischen Störungen wird mit zunehmendem Lebensalter häufiger; dabei können insbesondere zugleich Depressionen und Demenz, auftreten. Wenn man zudem die persönliche Situation älterer Menschen berücksichtigt, können soziale Einschränkungen, Eintönigkeit des Daseins, Verlust von Partner und Angehörigen sowie, ganz besonders hervorzuheben, die daraus resultierende Vereinsamung zu depressiven Störungen beitragen. Eine Depression im Alter wird nicht selten irrtümlich als Demenz angesehen. Dieser Irrtum ist häufiger geworden, seit die Altersdemenzen und dabei insbesondere die Alzheimerkrankheit mehr und mehr in den Medien und in der Öffentlichkeit diskutiert werden.

Es gibt auch die **larvierte Depression**, man spricht von dieser Form wenn hinter den Klagen des Patienten über stark ausgeprägte körperliche Beschwerden, die Depressivität schwer erkennbar ist, diese körperlichen Symptome aber durch die Depression verursacht sind.

Aus homöopathischer Sicht handelt es sich bei den Depressionen, wie übrigens auch bei allen anderen Erkrankungen, um einen aus der Balance geratenen Organismus den es gilt, durch das homöopathische Similium, so zu stimulieren, daß seine Selbstheilungskräfte, eine Eliminierung der krankhaften Symptomatik bewirken und somit wieder, das Gleichgewicht, die Gesundheit hergestellt werden kann.

Die durch die Schulmedizin verabreichten Psychopharmaka zeigen nicht selten sehr geringe Wirkung, d.h. der Patient fühlt sich kaum besser, dafür aber eine große Palette von Nebenwirkungen, die den Patienten beachtlich beeinträchtigen oder auch schädigen können. Letztendlich ist die Behandlung durch Psychopharmaka bestenfalls ein Versuch der Unterdrückung, aber eine Heilung kann sie nicht bewirken.

Rein theoretisch käme jedes der ca. 3000 homöopathischen Mittel die wir derzeit kennen zur Behandlung des Depressivkranken in Frage. In der Homöopathie werden grundsätzlich keine Krankheiten behandelt, sondern immer erkrankte Menschen, was ein sehr großer Unterschied ist. Aus diesem Verständnis heraus, wird es auch für den Laien klarer, daß der einzelne Patient nicht ein Mittel gegen das oder jenes braucht (diese Mittel gibt es in der Homöopathie nicht), sondern er braucht *sein* Mittel, das genau auf ihn paßt, und ihm aufgrund der Totalität *seiner* Symptome verschrieben wird.

Das Praktizieren der klassischen Homöopathie ist nicht ganz einfach und es bedarf eines großen Wissens und großer Erfahrung. Das Studieren der Materia Medica und der Theorie, findet für keinen wirklichen Homöopathen jemals ein Ende. Bei ernsthaften Erkrankungen, sowie selbstverständlich auch die der Depressionen, sollte daher von einer laienhaften Selbsttherapie, unbedingt Abstand genommen werden.

Dennoch möchte ich einige homöopathische Mittel die in der Behandlung depressiver Patienten häufig verschrieben werden erwähnen.

Ignatia, Natrium muriaticum, Staphisagria und Causticum sind recht häufig Mittel für die an reaktiven Depressionen erkrankten Patienten.

Aurum, Arsen, Helleborus, Veratrum album u. Calcium sind keine seltenen Mittel für Patienten die an endogener Depression leiden.

Depressionen bei alten Menschen können oft mit Barium carbonicum, Agnus castus, Argentum nitricum, Arsen oder Conium geheilt werden.

Neben der klassisch homöopathischen Behandlung der an Depressionen erkrankten Menschen ist sicherlich auch eine begleitende Psychotherapie, eine Gesprächstherapie von Nutzen. Auch die Wachtherapie, (antidepressiver Schlafentzug) ist bei allen Depressionen wirksam und unterstützt die eigentliche Therapie.

Elektrokrampfbehandlung ist nur bei schwerer melancholischer Depression angezeigt, aber häufig recht sinn- und wirkungsvoll.

Bei schweren melancholischen Störungen, müssen in aller Regel psychopharmakologische Medikamente zum Einsatz kommen, erst danach kann eine klassisch homöopathische Behandlung begonnen werden, die dann unter guten Voraussetzungen die schulmedizinische Behandlung sinnvoll ergänzen oft auch ersetzen kann.

Heilung, dessen müssen wir uns bewußt sein, kann immer nur durch den Organismus selbst, das heißt durch unser Immunsystem, was bedeutet, durch unsere Selbstheilungskräfte bewirkt werden. Wir brauchen also eine Therapie welche die Selbstheilungskräfte stimuliert, unterstützt und fördert, und nicht eine Therapie die lediglich Symptome unterdrückt oder blockiert, und somit das Immunsystem bremst, auf Dauer schädigt und inaktiviert.

Diesen Anforderungen wird einzig und allein die klassische Homöopathie gerecht, ich betone hier bewußt klassische Homöopathie, denn auch falsch angewandte homöopathische Mittel, oder sogenannte Komplexmittel die nur aufgrund eines einzigen Symptoms bzw. weniger unwesentlicher Symptome oder aufgrund eines klinischen Krankheitsbildes verabreicht werden, bleiben zwar meist nur wirkungslos, können aber im ungünstigsten Falle **auch** das Immunsystem unterdrücken!

Es muß also immer aufgrund der **Totalität der Symptome ein** homöopathisches Mittel nämlich das **passentste** homöopathische Mittel für den **jeweiligen** Patienten gefunden werden. In der echten, soliden, klassischen Homöopathie wird immer nur mit **einem** Mittel zur **selben** Zeit behandelt, weil es gibt nur ein **Similimum**, d.h. ein Mittel, welches beim Gesunden, ähnlichste Symptome wie beim Erkrankten hervorruft d.h. Ähnliches wird mit Ähnlichem geheilt.

Was in der Fachsprache dem traditionellen hahnemannischen Leitsatz der Homöopathie entspricht: **Similia similibus curentur!**