

# Depression (major depression)

Seite 34–36

## ? Wie erkennt man eine Depression (Symptomatik)?

Im alltäglichen Sprachgebrauch wird der Begriff „depressiv“ häufig verwandt, wenn Menschen zu etwas keine Lust haben, „nicht gut drauf sind“ oder eine Situation, beispielsweise im Beruf, als unbefriedigend empfinden. Depression im medizinischen Sinn ist etwas anderes. Sie ist eine sehr ernsthafte und durch eine bestehende Selbstmordgefährdung oftmals lebensgefährliche Erkrankung. Der Betroffene braucht in jedem Fall Hilfe. Dazu muß die Erkrankung erst einmal als solche erkannt werden. Wichtige Anzeichen sind schwere gemütsmäßige Verstimmung, Hoffnungslosigkeit, das Gefühl innerer Leere, Konzentrationsstörungen und Neigung zum Grübeln. Die Antriebsstörungen weisen manchmal eine recht charakteristische Rhythmik auf, z. B. eine besonders starke Ausprägung am Morgen (Morgentief). Vorangegangen ist dann oft eine Nacht mit erheblichen Ein- und Durchschlafstörungen, in der die Betroffenen den folgenden Tag herbeigesehnt haben, dann aber nicht die Kraft zum Start in diesen neuen Tag finden, ja selbst Mühe haben, die Morgentoilette zu verrichten. Neben den bereits erwähnten Grübeleien über alles und jedes, gibt es auch Depressionen, bei denen sich die Erkrankten erhebliche Schuldvorwürfe machen, manchmal in (wahnhaft) unkorrigierbarer Weise überzeugt sind, sich extrem falsch verhalten zu haben oder auch bezüglich der eigenen Situation nur noch schwarz sehen, d. h., Armut, Krankheit und Siechtum als einzige gewisse Perspektive für sich annehmen. Das deprimierte seelische Befinden legt sich vielfach auch auf das Körpergefühl (sog. vitalisierte Depression). Die Betroffenen fühlen sich dann

matt, abgeschlagen, ganz allgemein krank, wie man es etwa bei Krebsleiden oder schweren allgemeinen Infekten kennt. Es kann aber auch zu umschriebenen Schmerzen, beispielsweise im Kopf-Brust-Bereich oder Unterleib kommen. Diese führen anfangs den Arzt oft auf die falsche Fährte, zumal auch die Betroffenen selbst überzeugt sind, daß sie „etwas haben“.

## ? Wie häufig sind Depressionen – wie verlaufen sie?

Depressionen, auch ausgeprägter klinischer Schweregrade, sind keine seltene Störung. Mehr als 10, vielleicht sogar bis 20% aller Menschen machen mindestens einmal in ihrem Leben eine schwere, behandlungsbedürftige depressive Phase durch; nur wird diese oft nicht erkannt. Selbst im Fall der richtigen Diagnose werden immer noch nur die Hälfte der Fälle angemessen behandelt. Frauen sind doppelt so häufig wie Männer betroffen. Bei einem kleinen Teil der Depressiven, vielleicht jedem zehnten, gibt es auch irgendwann einmal im Leben Phasen von Antriebsenthemmung, Hektik, überschießenden Aktivitäten. Man spricht dann von manisch-depressiver Erkrankung (siehe S. 23). Nicht immer sind Depressionen mit Apathie und Erlahmen des seelischen Antriebs verbunden. Manchmal sind Depressive auch sehr unruhig, „nervig“ für sich und ihre Familien. Früher sprach man recht drastisch von „Jammerdepression“. Gerade diese Depressionsform wird häufig von den Betroffenen und ihren Verwandten, Angehörigen und Partnern nicht erkannt, sondern als Charakterfehler angesehen.

## ? Wie entsteht eine Depression (Ätiologie und Pathogenese)?

Es gibt unterschiedliche Ursachen, wobei gerade die schweren Depressionsformen von Typ der major depression am häufigsten anlagebedingt sind. Die Betroffenen weisen in bestimmten Strukturen des Gehirns (dem sog. limbisch-diencephalen System im Zwischenhirn) Störungen unter anderem des Stoffwechsels bestimmter Botenstoffe wie Serotonin und Noradrenalin auf. Durch diese Stoffwechselstörung sinkt die Fähigkeit, Empfindungen wie Freude und Zufriedenheit zu verspüren, seelischen Elan zu entwickeln oder auch einmal abzuschalten („alle fünf grade sein zu lassen“). In „ruhigen“ Phasen des Lebens muß sich diese anlagebedingte Schwäche aber nicht bemerkbar machen. Treten zusätzliche „stressige“ Ereignisse hinzu, können diese zu einer Überforderung der labilen Systeme im Gehirn führen. Man spricht im Falle einer solchen Verursachung der depressiven Erkrankungsphase von „reaktiv“. Schließlich kann es aber auch sein, daß schwerwiegende organische Erkrankungen wie Durchblutungsstörungen, Entzündungen oder Tumoren die entsprechenden Strukturen im Gehirn in Mitleidenschaft ziehen, dann spräche man von „organisch bedingten“ Depressionen. Bei den depressiven Störungen älterer Menschen, der sog. Altersdepression, greifen oft alle genannten Ursachenkomplexe ineinander, so daß eine Entscheidung, inwieweit der Alterungsprozeß des Gehirns, Anlagefaktoren und lebensgeschichtliche reaktive Faktoren, beispielsweise die Trauer über den Verlust des Lebenspartners, im einzelnen für die Altersdepression in Frage kommt, gar nicht möglich ist.

## ? Wie wirkt sich Streß auf die Depression aus?

Im letzten Abschnitt wurde dargestellt, daß ursächlich für die Entstehung einer Depression häufig biologische, soziale und psychische Faktoren ungünstig zusammenspielen. Ein einziges schwerwiegendes Lebensereignis vermag in aller Regel allerdings keine Depression auszulösen. Manchmal

kommt es aber z. B. durch den Verlust eines geliebten Menschen zu einer verlängerten Trauerreaktion. Für das Zustandekommen einer Depression bzw. einer depressiven Entwicklung bedarf es aber i. allg. länger anhaltender „stressiger“ Lebensumstände. Heute weiß man, daß andauernde soziale und psychische Belastungen im Elternhaus, in der Partnerschaft und im Beruf bei sensiblen Menschen mit einem Anstieg an Streßhormonen einhergehen. Bildlich gesprochen „bombardieren“ die Streßhormone die bereits erwähnten Strukturen im Zwischen- und Mittelhirn des Menschen, die für eine ausgeglichene seelische Stimmung, angemessene gemütsmäßige Ansprechbarkeit und gesunden Elan wichtig sind. Unter dem Einfluß eines hohen Spiegels an Streßhormonen kommt es auf lange Sicht zu einer Störung bei den wichtigen Botenstoffen (Neurotransmittern) Serotonin und Noradrenalin. Es spricht auch einiges dafür, daß die Angriffspunkte dieser Botenstoffe (sog. Rezeptoren) durch Streßhormone gleichsam abstumpfen und weniger empfindlich sind. Im nachfolgenden Abschnitt über die Behandlung wird deshalb informiert, welche therapeutischen Hilfestellungen es gibt, damit Menschen, die an einer Depression erkrankt sind, keinen Rückfall erleiden.

## ? Wie kann eine Depression behandelt werden?

In der Akutphase einer Depression liegt das Schwergewicht der Therapie auf der Seite der medikamentösen Behandlung mit Antidepressiva. Die „seelischen Batterien“ bei depressiven Menschen sind völlig erschöpft. Auch beim besten Willen ist ein „Start“ in den Alltag nicht möglich. Im Gegenteil ist es sogar eher schädlich, die letzten Kräfte zu mobilisieren, sich und den anderen so etwas wie „Normalität“ vorzuspielen. Depressionen sind schwere Erkrankungen. Der depressiv erkrankte Mensch muß entlastet werden und braucht alle Unterstützung vom Arzt und den Angehörigen. Wie ein Auto nicht mit leeren Batterien starten kann, so kann auch der depressive Mensch nicht durch Willenskraft die Schwermut überwinden. Antidepressiva (siehe S. 83) sind Medikamente, die ein gestörtes seelisches Gleichgewicht und eine

gestörte Biochemie in bestimmten Strukturen des Gehirns wieder einregulieren helfen. Insofern sind Antidepressiva auch nicht „Chemie für die Seele“. Sie sind Substanzen mit einem biologischen Wirkprinzip, die Störungen im Stoffwechsel des Gehirns beseitigen helfen. Antidepressiva brauchen, bis sie „die Batterien aufladen“, Zeit. Gerade weil sie einen gestörten Normalvorgang wieder einregulieren helfen, ist Zeit erforderlich, meist zwei bis vier Wochen. Nicht alle depressiven Patienten sprechen auf eine antidepressive Substanz gleichermaßen an. Daher ist es manchmal erforderlich, Präparate zu wechseln und ggf. auch Kombinationsbehandlungen zu wählen.

In dem Maße wie sich depressiv Erkrankte unter der Behandlung stabilisieren, sind stützende und unterstützende Psychotherapie nötig. Bewährt haben sich zum einen kognitive Therapien und Verhaltenstherapien (siehe S. 87) und zum anderen ein fokaltherapeutisches Verfahren, die interpersonelle Psychotherapie (siehe S. 93).

Die Genesungszeit nach einer durchlaufenden depressiven Phase ist bei den einzelnen Erkrankten sehr unterschiedlich: Tage, Wochen und Monate. Manchmal dauert es recht lange Zeit, bis sich Interessen so rege wie früher wieder einstellen, sich das Konzentrationsvermögen vollständig normalisiert oder auch die Sexualität unbeeinträchtigt vollzieht. Es ist Geduld sowohl vom Betroffenen, den Angehörigen als auch vom Arzt gefordert. Auch im Genesungsverlauf einer Depression kann man nichts erzwingen.

### ? Wie kann Rückfällen vorgebeugt werden?

Depressionen sind Rückfallerkrankungen. Fast 80% aller depressiv Erkrankten erleiden in den ersten drei Jahren nach einer durchlaufenen depressiven Episode eine erneute Erkrankungsphase. Insofern muß man sich mit dem Rückfallrisiko auseinandersetzen. Rückfallschutz ist grundsätzlich auf zweierlei Wegen möglich:

- Antidepressive Langzeitbehandlung über Monate und Jahre ist der wirksamste Schutz, vor allen Dingen beim sog. „Risikopatienten“.
- Psychohygienische und psychotherapeutische stabilisierende Maßnahmen.

Zu letzterem noch einige Tips zum Schluß: Depressiv gefährdete Menschen sind häufig sehr genau, leistungs- und normorientiert, haben einen „hundertzehnprozentigen“ Anspruch an sich und andere. Im Umkehrschluß heißt es, sie können selten einmal „alle fünf gerade sein lassen“. Psychotherapeutische Führung bedeutet deshalb häufig, daß depressiv gefährdete Menschen lernen, eigene Bedürfnisse zu erspüren, ein angemessenes Verhältnis von Anspannung und Entspannung, von Arbeit und Freizeit zu finden. Letztlich kann man es auf die Formel bringen, daß depressiv gefährdete Menschen lernen, ihre „seelischen Batterien“ vor Überlastung zu schützen. Es geht keinesfalls um völlige Schonung. Vielmehr ist es wichtig, Anspannung in ein ausgewogenes Verhältnis zur Entspannung zu bringen. Im Sprachbild heißt dies, sich viel Zeit für die „seelische Batteriepflege“ zu nehmen.