

Vorbemerkung 7

Einleitung 9

## **TEIL I Beschreiben und verstehen**

**Unsere heutigen Vorstellungen von depressiven Erkrankungen 16**

Was ist eine »Depression«? 19

Gefühle und Stimmung – Trauer 24

**Die Symptomatik einer Depression 31**

Leidensdruck 31

Fühlen 41

Ängste 48

Denken 49

Körperwahrnehmung 65

Handeln 71

**Verursachung und Verlauf depressiver Erkrankungen 75**

Unterschiedliche Verläufe 90

## **TEIL II Behandeln und bewältigen**

**Therapie 94**

Frühzeitige therapeutische Begleitung 95

**Psychotherapie 105**

Klagen erlaubt: Die psychotherapeutische Beziehung 112

Erste therapeutische Schritte gehen 119

Einzelpsychotherapie mit depressiv Kranken 124

Psychotherapeutische Gruppenarbeit mit Depressiven 130

**Medikamentöse Behandlung 141**

Wie wirken nun Antidepressiva? 149

Zur medikamentösen Rückfallvorbeugung und Dauertherapie 161

Anmerkungen zur Therapie mit Antidepressiva 163

**Soziotherapie bei Depressionen 170**

**Langfristige Behandlung und Wiedererkrankungsprophylaxe 176**

Chronische Depression 178

**Depression und Suizidalität 184**

**Die »wahnhafte« Depression 190**

**Schlussbemerkungen 196**

**Literatur 198**

**Internetadressen 207**

Vor einiger Zeit fand ich auf dem Weg zu einer Stationsvisite etwas Zeit und ich setzte mich auf die Bank vor der Station in die Sonne, und zwar neben eine gerade mit einer depressiven Erkrankung aufgenommene Patientin. Ich hatte sie am Tag zuvor notfallmäßig gesehen und ihr dann die stationäre Aufnahme empfohlen. Wir unterhielten uns über das Eingewöhnen in der Klinik, über ihre und meine Herkunft und über das Genießen des warmen Sonnentages bzw. ihr »Nicht-genießen-Können«, ihre Unfähigkeit, solche und auch andere Gefühle überhaupt empfinden zu können. Selbst das Weinen, das fast von allein käme, berühre sie nicht, führe auch nicht zu einer Erleichterung.

Mit ihren knapp 60 Lebensjahren sah die Patientin deutlich jünger aus, als sie war, war braun gebrannt und wirkte sportlich: »Man sieht es mir nicht an. ›Du siehst doch gut aus‹, sagen viele, auch Nahestehende, die mich lange kennen.« Und nach einer Pause fügte sie hinzu: »Wer nicht selbst depressiv war, kann das nicht verstehen. Es ist so schwer zu beschreiben, es gibt kein Wort, das benennt, was eine Depression ist. Traurig zu sein, ja, das kennt jeder, aber das ist es nicht. Die Sonne, die jetzt wärmt, berührt mich nicht.«

Das vorliegende Buch will trotz des obigen Vorbehalts der Patientin, dass eine Depression in ihrer Tiefe nur derjenige verstehen könne, der selbst einmal depressiv war, eine Brücke bauen. Häufig habe ich von schwer depressiv erkrankten Menschen die Klage gehört, dass die ihnen von Angehörigen geschenkten Ratgeber zu wenig ihr eigenes Krankheitsbild einer schweren depressiven Erkrankung wiedergeben und viel zu oft ein leichtfertig dahingeschriebenes »positives Denken« empfehlen wür-

8 den. Letzteres sei sowieso nur von Gesunden leistbar und genau das seien sie nun einmal nicht. Deshalb ist das hier vorliegende Buch nicht als Übersicht über den derzeitigen Stand des Wissens zur Depression gedacht. Es geht vielmehr darum, depressiv kranke Menschen in ihrem Empfinden zu verstehen sowie den möglichen Verlauf der Erkrankung und die therapeutischen Wege aus ihr heraus besser zu erkennen.

Dies geschieht aus meinem persönlichen Blickwinkel heraus und vor dem Hintergrund einer nun dreißigjährigen Beschäftigung mit depressiv kranken Menschen im stationären und ambulanten Bereich. Von den von mir oft langjährig begleiteten Patienten und ihren Partnern und Familien habe ich gelernt, was eine depressive Erkrankung bedeuten kann. Hierin sind persönliche therapeutische (oder auch »nichttherapeutische«) Beziehungs- und Arbeitserfahrungen ebenso eingegangen wie Beobachtungen und Meinungen anderer Berufsgruppen und vieler Angehöriger. Die Absicht dieses Buches ist, näher an das Erleben depressiven Krankseins heranzukommen und damit die Krankheit Depression und den depressiv erkrankten Menschen besser verstehen zu lernen – um ihm besser helfen zu können.

*Manfred Wolfersdorf*

K.R. JAMISON (1997) hat in ihrem Buch *Meine ruhelose Seele* die Geschichte ihrer manisch-depressiven Erkrankung einfühlsam beschrieben. Sie ist Psychologin und auch Professorin für Psychiatrie und sie hat sich als Wissenschaftlerin, aber auch als Betroffene und als selbst Therapieerfahrene jahrelang mit der Behandlung depressiver und manisch-depressiver Patienten beschäftigt. Sie schreibt über ihre Depression:

»Ich fühlte mich total erschöpft und konnte morgens kaum aus dem Bett kommen. Jeder Weg kostete mich doppelt so viel Zeit wie gewöhnlich, ich trug immer wieder dieselben Kleider, denn die Entscheidung für etwas anderes hätte mich zu sehr angestrengt. Ich fürchtete mich davor, mit jemandem sprechen zu müssen, ich ging meinen Freunden, wenn möglich, aus dem Weg, frühmorgens und spätnachmittags saß ich fast reglos in der Schulbibliothek, mit totem Herzen und einem Gehirn so kalt wie ein Lehmklumpen.« Und sie schreibt weiter: »Jeden Morgen wachte ich todmüde auf, eine Erfahrung, die meinem eigentlichen Ich ebenso fremd war wie der Lebensüberdruß oder die Gleichgültigkeit, die als Nächstes kam.« (S. 47 ff.)

Wenige Jahre zuvor hatte der Psychiater und Psychoanalytiker P.C. KUIPER vom Lehrstuhl für Psychiatrie in Amsterdam in *Seelenfinsternis* (1991) seine Depression beschrieben. P.C. Kuiper reflektiert in seinem Buch im Kapitel »Patient und Psychiater zugleich«, wie er sich, auf seine Krankheit zurückblickend, gefragt habe, ob das, was er sich an Vorstellungen über Depressionen bis dahin gemacht habe, eigentlich richtig gewesen sei. Er kommt zu der Auffassung:

»Viele Depressionen und ihre psychotischen Formen treten

in Phasen und Anfällen auf. Zwischen diesen Anfällen fühlt sich der Patient gesund. Anlagefaktoren spielen zwar eine Rolle, das bedeutet jedoch nicht, dass man, wie durch eine Schicksalsfügung, eine Depression bekommen *muss*. Es ist eine spezifische Anfälligkeit, eine Verletzlichkeit vorhanden. Die Kette hat ein schwaches Glied, das nur bei Überbelastung bricht. Die Depression tritt auf, wenn das innere Gleichgewicht gestört wird, vor allem durch Leid und Kränkungen.« (S. 231)

P.C. Kuiper erinnert sich an seine Symptomatik, nämlich keine Lust zu etwas zu haben, niedergeschlagen zu sein, häufig unter Suizidneigung zu leiden, sich selbst zu entwerten, Gedanken und Wahnvorstellungen zu haben, der Körper sei krank und das Leben gescheitert, verbunden mit Schuldgefühlen sowie fehlender Zukunftserwartung, oft einhergehend mit körperlichen Symptomen, Schlafstörungen, mangelndem Appetit und Obstipation. Aus Sicht als Betroffener meint er:

»Die depressiven Anfälle sind in der Regel sehr gut zu behandeln, die psychotischen Depressionen gleichfalls. Die chronische Düsternis oder eine Neigung dazu ist auch kein unabwendbares Schicksal. Psychotherapie, das heißt systematisches Durchsprechen der zugrunde liegenden Problematik, ihrer bewussten und unbewussten Aspekte, in Verbindung mit Medikamenten oder auch nicht, kann diesem schrecklichen Leiden ein Ende machen.« (S. 233)

Es scheint also längst möglich geworden zu sein, über eigene Depressionen zu schreiben und, wenn Fachkompetenz und Kompetenz als betroffene Person zusammenkommen, auch ein vertieftes Verständnis für das Erleben in der Depression zu vermitteln. Depressionen sind derart weit verbreitete Erkrankungen – einige Ausführungen zur Häufigkeit in der Allgemein-

bevölkerung finden sich später –, dass eine Verbesserung des Kenntnisstandes nicht nur für Betroffene und Angehörige, für Ärzten, Psychologen, Sozialpädagogen und alle, die im medizinischen und psychosozialen Feld tätig sind, und auch in der Allgemeinbevölkerung zu fordern ist.

Dabei geht es nicht um das, was ich hier »Alltagsdepressivität«, nämlich eine schwankende Gestimmtheit in Zusammenhang mit Alltagsbelastungen, nennen möchte. Dabei würde es sich um ein grundsätzliches Lebensgefühl (HAU u. a. 2005) oder schlimmstenfalls sogar um einen Missbrauch des geradezu modisch gewordenen Wortes »depressiv« handeln.

Es geht hier also um das, was heute die »schwere Depression« heißt bzw. früher »Melancholie« hieß, um eine Erkrankung, die den gesamten Menschen in seiner psychischen und körperlichen Befindlichkeit, in seiner Selbsteinschätzung und Selbstbewertung, seinem Erleben und Handeln in Gegenwart, Vergangenheit und möglicher Zukunft betrifft. Dabei gerät plötzlich vieles in Frage: die persönlichen Entwicklungsmöglichkeiten, die körperliche und psychische Leistungsfähigkeit und die Beziehungsfähigkeit. Der Mensch ist nun in seiner Vitalität derart beeinträchtigt, dass zuerst die Krankschreibung und die stationäre Behandlung, aber auch eine Lebensgefährdung durch Suizidalität und die Beeinträchtigung der gesamten Lebensperspektive durch Chronifizierung entstehen können.

S. KASPER u. a. (1994) geben an, dass nach der internationalen Einteilung psychischer Erkrankungen (die sogenannte ICD-10) davon ausgegangen werden muss, dass in der Gesamtbevölkerung rund 17 Prozent der Menschen im Verlauf ihres Lebens an einer Depression erkranken, wobei die schweren depressiven Störungen etwa 4–5 Prozent ausmachen. Das bedeutet für die

Festlegung an einem beliebigen Stichtag, dass ca. 10 Prozent der Bevölkerung an Depressionen leiden, und zwar Frauen doppelt so oft wie Männer. Beklagt wird von Fachleuten, dass nur rund 50 Prozent dieser Personen von Hausärzten als depressiv erkannt werden. In Fachkliniken jedenfalls beträgt der Anteil der schwerstdepressiven Patientinnen und Patienten zwischen 15 und 25 Prozent.

Auch die Gesundheitspolitik ist in der Zwischenzeit auf das Krankheitsbild »Depression« aufmerksam geworden: So hat der »Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen« im Jahr 2001 in seinem Gutachten *Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit* neben vier körperlichen Erkrankungen die »depressiven Störungen« zu einem gesundheitspolitisch bedeutsamen Thema des nächsten Jahrzehnts erklärt. Dabei wurde auf das Problem sowohl der alten depressiven Menschen als auch auf junge Depressive hingewiesen.

Der Weltgesundheitsreport von 2001 *Mental Health: New understanding, new hope* hat die unipolare Depression als die weltweit führende Ursache für menschliche Beeinträchtigungen bezeichnet, und zwar auf die gesamte Lebensspanne eines Menschen bezogen.

Im Oktober 2005 hat die EU-Kommission für Gesundheit ein sogenanntes *Greenbook* herausgegeben und dort zur Prävention von Depressionserkrankungen, Drogenmissbrauch und Suizidsterblichkeit aufgefordert.

Und nicht zuletzt hat das Forum »gesundheitsziele.de« in einer eigenen Arbeitsgruppe die Verbesserung der Diagnostik und Therapie der Depression als besonderes Ziel deutscher Gesundheitspolitik 2006 definiert. In diesem Kontext ist interessant, dass das Statistische Bundesamt (2006) für das Jahr 2004 be-

richtete, der Volkswirtschaft wären rund 4,2 Millionen Erwerbstätigkeitsjahre durch Arbeitsunfähigkeit, Invalidität oder vorzeitigen Tod verloren gegangen. An erster Stelle bei den Gründen standen Vergiftungen (22,9 Prozent) und an zweiter Stelle psychische und Verhaltensstörungen (15,5 Prozent). Letztere beinhalteten vor allem Depressionen, Schizophrenien und Alkoholerkrankungen. Für die Gesundheitspolitik und die Fachgesellschaften ist die Depression damit zur derzeit wichtigsten psychische Erkrankung geworden.

Wenn Politiker oder Psychiater und Psychologen heute mit Selbstbeschreibungen ihrer eigenen depressiven Erkrankungsphasen an die Öffentlichkeit gehen, dann ist es ihr Anliegen, auf die Schwere und Gefährlichkeit, ja Lebensgefährlichkeit der Erkrankung Depression hinzuweisen. Hier hat sich unser Verständnis von dem, was »Depression« ist und wie sie zu behandeln sei, erheblich verändert. Und das sollte allen Betroffenen Hoffnung geben und Mut machen.