



Dies ist eine Leseprobe von Klett-Cotta. Dieses Buch und unser
gesamtes Programm finden Sie unter www.klett-cotta.de

Simone Alz

Depression entschlüsseln

**Ursachen verstehen
und Lösungen finden**

Klett-Cotta

Klett-Cotta

www.klett-cotta.de

© 2022 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Cover: Weiß Freiburg

unter Verwendung einer Abbildung von shutterstock / Petr Bonek

Gesetzt von Eberl & Koesel Studio, Altusried-Krugzell

Gedruckt und gebunden von CPI – Clausen & Bosse, Leck

ISBN 978-3-608-98657-0

E-Book ISBN 978-3-608-11893-3

PDF-E-Book ISBN 978-3-608-20576-3

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über

<http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Inhalt

Vorwort und Intention	7
TEIL I Einleitung	11
1 Das Modell: Die Depressions-Pyramide	13
2 Aufbau des Buches und der Kapitel	18
3 Szenen einer Depression, oder: Wie fühlt sich das eigentlich an?	20
4 Habe ich eine Depression und wie werden Depressionen diagnostiziert?	22
TEIL II Die Depressions-Pyramide	31
5 Physische Ursachen	32
5.1 Gehirn	32
5.2 Genetik, Epigenetik	38
5.3 Neurotransmitter	45
5.4 Endokrinologie: Hormone & Co. – Schilddrüse – Nebennieren	55
5.5 Viren & Co. und der liebe Darm	70
5.6 Vitalstoffe	84
6 Psychische Ursachen	90
6.1 Denkmuster/Glaubenssätze	90
6.2 Trauma, Schicksalsschläge, negative Erlebnisse	103
6.3 Stress, Burnout und Resilienz	114

7 Soziale Ursachen	135
7.1 Beziehungen, Partnerschaft	135
7.2 Kindheit, Bindung	150
7.3 Selbstwert, Zugehörigkeit, Identität	161
8 Spirituelle Ursachen	173
8.1 Bewusstsein, Seele, Energien	173
8.2 Sinn	189
TEIL III Was ist noch wichtig?	203
9 Psychopharmaka	204
10 Suizidgefährdung	215
11 Behandlungsmethoden/Therapien	225
Literatur und Internetquellen	245
Die Autorin	257

Vorwort und Intention

Das Leben kann kompliziert sein. Komplex ist es allemal. Ebenso komplex sind Depressionen – komplexer, als manche Experten es statuieren. Es hilft aber nichts. Wir müssen Lösungen finden, und diese finden sich über das Verstehen der wahren Ursache. Ansonsten bleibt uns nur Versuch und Irrtum, und damit wieder das Komplizierte. Etwas, das Hoffnung gibt, sie bald raubt und uns erneut verzweifelt zurücklässt.

Es ist meine Absicht, diese Komplexität einfach darzustellen, der Kompliziertheit das Beklemmende zu nehmen. Anhand eines Modells, das Depressionen entschlüsselt und an dem man sich orientieren kann.

Kinder fragen immer »Warum?« Ich habe nie aufgehört zu fragen. »Warum« ist meine Lieblingsfrage. Ich will verstehen – soweit eben möglich. Meinen Entdeckergeist befriedigen.

Depressionen begleiten mein Leben. Mein ganz persönliches Leben. Mein Leben mit Angehörigen. Mein berufliches Leben. Hunderte Gespräche mit Klienten und Kollegen, mit Allgemeinmediziner, Neurologen, Endokrinologen und Immunologen, mit Psychologen, Therapeuten, Coaches, Heilpraktikern, Krankenschwestern, Pflegeern und Heilern haben mein Bild geprägt. Ich wünsche mir, dass Betroffene und Angehörige von dieser Erfahrung profitieren.

Ich habe hunderte Artikel und Bücher zum Thema gelesen. Und doch hat mir immer eines gefehlt: strukturierte Hilfe, die offen ist und keinen wie auch immer gearteten Weg als den allein richtigen deklariert. Selbst wenn ein bestimmtes Vorgehen in einem geschilderten Fall oder sogar in mehreren Fällen geholfen hat, ist das noch kein Garant dafür, dass sich der Erfolg verallgemeinern lässt.

Menschen, die sich in einer Depression befinden, haben nicht die

Energie, sich durch den Dschungel zu kämpfen. Und nicht die Kraft, immer wieder etwas Neues auszuprobieren und Rückschläge zu verarbeiten. Wie soll ein Betroffener also diese Flut von Informationen und die vielen unterschiedlichen Meinungen bewältigen?

Auch Angehörige und Freunde können nicht mal eben Psychologie und Medizin studieren. Offensichtlich haben auch viele »Helfer« nicht das Wissen, die Erfahrung oder ganz simpel die Zeit, die individuell richtige Lösung mit und für den Betroffenen zu finden. Und Therapieplätze sind oft auf lange Sicht ausgebucht – wenn denn das der Weg wäre ...

Also wie vorgehen? Und welche Fragen stellen?

Die schlechte Nachricht ist: Ich habe auch nicht *die* Lösung.

Die gute Nachricht ist: Ich sortiere das, was ich weiß, und stelle es für Leserinnen und Leser, für Fachleute wie für Betroffene, so klar wie möglich dar.

Klarheit hat für mich oberste Priorität, ebenso die Struktur – wenn sich diese auch nicht immer zu 100 Prozent perfekt einhalten lässt. Manchmal ist es eben nicht eindeutig, ob ein Thema seinen Ursprung eher im körperlichen oder im psychischen Bereich hat. Und letztlich hängt oft vieles zusammen. Eine Strukturierung anhand der Depressions-Pyramide als Modell halte ich trotzdem für grundlegend möglich und wichtig!

Das Buch soll helfen, den Dschungel zu durchqueren, Licht am Ende des Tunnels zu finden. Und so hoffe ich, dass jeder Schritt für Schritt am Küchen-, Ess- oder Schreibtisch überlegen kann: Trifft das vielleicht auf meinen Klienten zu? Trifft das auf mich zu? Wenn ja, heißt es, das jeweilige Thema anzugehen, ins Detail zu gehen, konkrete Maßnahmen zu ergreifen, Hilfe für das spezifische Thema zu suchen. Wenn nein, geht es weiter zum nächsten Punkt.

Ich bin mir sicher: Irgendwo in diesem Buch können Betroffene sich wiederfinden. Irgendetwas wird zutreffen.

Das Ziel lautet dann: Die richtige Hilfe, den richtigen »Helfer« zu finden. Die Methode der Wahl. Dann wird das schon.

Vielleicht dauert es seine Zeit. Es gilt, Mut zu haben und nicht aufzugeben! Emotionen bleiben nicht gleich, das Empfinden wird sich verändern.

Auch in »guten Zeiten« bleibt das Wissen verfügbar. So sind Betroffene besser vorbereitet und wissen, was zu tun ist, wenn eine schwierige Phase ansteht.

Noch ein kleines Bonbon: Eine gut gelebte Depression kann zu einem besseren Menschen machen. Bescheiden. Empathisch. Achtsam. Mitfühlend. Ein wertvoller, tiefsinniger Gesprächspartner. Weil Betroffene auch die andere Seite kennen. Wie meine Praktikantin einmal sagte: »Ich würde mein herausforderndes Leben nicht eintauschen wollen gegen die ‚Bananen-Republik‘ meiner oberflächlichen Bekannten.«

Oder mit den Worten von Hermann Hesse: »Wahrlich, keiner ist weise, der nicht das Dunkel kennt.«

Es gibt immer Hoffnung. Niemand ist allein.

Simone Alz

P. S.: Ein Wort noch zur gendergerechten Sprache in diesem Buch: Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werde ich auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichten. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

TEIL I

Einleitung

Depression kann jeden treffen. Laut Bundesministerium für Gesundheit gehören depressive Störungen zu den häufigsten und hinsichtlich ihrer Schwere am meisten unterschätzten Erkrankungen. Weltweit leiden ca. 350 Millionen Menschen unter Depressionen, Tendenz steigend. Die Initiative European Alliance Against Depression (EAAD) fasst auf ihrer Website [iFightDepression®](#) zusammen: Unabhängig von Alter, Bildungsniveau und sozial-ökonomischer Schicht erkranken mindestens eine von fünf Frauen und einer von zehn Männern einmal im Leben an einer Depression. Beeinträchtigt sind alle Lebensbereiche.

Experten aus Wissenschaft und Medizin gehen davon aus, dass die Zahl an Depressionen erkrankter Menschen in den kommenden Monaten noch einmal deutlich zunimmt. Ein Grund von vielen: Die Coronakrise 2020/2021. In Zeiten einer Pandemie müssen wir alle mit mehr oder weniger dramatischen Einschränkungen leben. Social Distancing und Ungewissheit tragen dazu bei, dass Sorgen und Ängste zunehmen. In einer Sondererhebung »Deutschland-Barometer Depression« der Stiftung Deutsche Depressionshilfe zeigte sich 2021, dass der zweite Lockdown den Krankheitsverlauf und die Versorgung von psychisch Erkrankten massiv verschlechtert hat. Insgesamt 44 % der Befragten mit diagnostizierter Depression gaben an, dass sich coronabedingt ihre Erkrankung in den letzten sechs Monaten verschlechtert habe. **Und mehr als jeder fünfte Patient bekam keinen adäquaten Behandlungstermin. Auch die Allgemeinbevölkerung zeigte sich in der Pandemie so belastet wie nie zuvor.** Sind wir physisch und psychisch gesund, war und ist die

Situation oft schwer genug. Für Menschen, die unter Depressionen oder einer Vorstufe davon leiden, ist die Gefahr gerade in derart herausfordernden Zeiten besonders groß, dass sich die persönliche Situation verschlechtert. Betroffene nehmen in einer Krise, die das komplette Lebensumfeld betrifft und deren Ende nicht absehbar ist, das Negative deutlich verstärkt wahr. Und selbst wenn das Ende in Sicht ist – die erlebten Strapazen können auch nach der Pandemie noch psychische Folgen aufzeigen. Man hält durch und spürt erst im Nachhinein, wie viel Kraft es eigentlich gekostet hat.

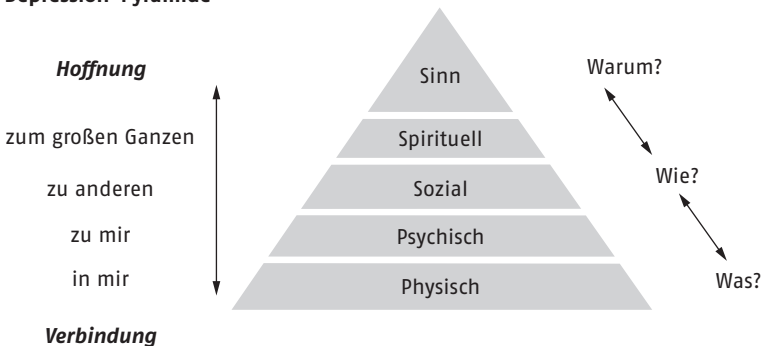
Betroffene und deren Angehörige brauchen – neben dem Wissen um Ursachen – vor allem eines: dass ihnen jemand die Hand reicht. Genau diese Verbindung möchte ich mit diesem Buch unterstützen. Eine Verbindung zwischen Wissenschaft und Mensch, eine Verbindung zu uns selbst und anderen. Ein Band, das hilft, das Licht am Ende des Tunnels zu finden.

KAPITEL 1

Das Modell: Die Depressions-Pyramide

Ich halte Struktur für wichtig, daher habe ich die Depressions-Pyramide kreiert. Inspiriert ist sie durch die maslowsche Bedürfnispyramide. Maslow beschreibt in seinem sozialpsychologischen Modell auf vereinfachende Art und Weise menschliche Bedürfnisse und Motivationen¹. Ich bin der Überzeugung, dass menschliche Bedürfnisse und deren Befriedigung oder Nichtbefriedigung auch die Grundlage für das Verstehen von Depressionen sind.

Depression-Pyramide



Die Struktur der Pyramide soll keine Hierarchie darstellen. Keine Stufe ist wichtiger als die andere. Alle Bereiche sind letztlich wesentlich für das Wohlergehen des Menschen.

¹ Die Darstellung der maslowschen Bedürfnishierarchie in Form einer Pyramide soll Maslow fälschlich zugeschrieben worden sein; diese sei eine Interpretation seiner Arbeit durch andere (Bridgman et al. 2019).

Verbindung und Hoffnung

Persönlich sehr wichtig ist mir das auf der linken Seite eingezeichnete Prinzip. Ich glaube fest daran, dass Depressionen mit verlorenen Verbindungen und dem Fehlen von Hoffnung zu tun haben. Umgekehrt braucht es für die Lösung und Heilung von Depressionen genau diese beiden Faktoren: Verbindung wiederzufinden oder zu kreieren und Hoffnung zu schöpfen.

Diese beiden zentralen Gedanken *Hoffnung* und *Verbindung* bedingen sich auch gegenseitig. Wenn ich mich verbunden fühle, gibt mir das Hoffnung. Hoffnung zu haben stärkt wiederum die Verbindungen. Es bildet sich ein Kreislauf, der uns entweder positiv oder negativ beeinflussen kann. Zieht uns dieser tendenziell nach unten, können wir zum Glück jederzeit an einer beliebigen Stelle wieder einen positiven Impuls geben, dem ein Aufwärtstrend folgt.

Verbindung

Verbindung könnte man auch als Beziehung beschreiben. Wichtig ist, mich als »Teil von ...« zu fühlen. Zugehörig. Nicht abgeschnitten. Man ist angebunden, hängt nicht in der Luft. Natürlich ist auch die Qualität der Verbindung wichtig. Bei Depressionen geht es erst einmal darum, die gefühlte und/oder tatsächliche Isolation zu erkennen und aus dieser wieder herauszukommen, Verbindungen oder Beziehungen wiederherzustellen. Und diese dann mehr und mehr positiv zu gestalten, zu festigen und sie immer wieder aufs Neue zu fühlen.

Verbindungen unterschiedlicher Art

Betrachten wir die Pyramide genauer, geht es bei der physischen Ebene um die Verbindung *in mir*. Diese kann sich mannigfaltig gestalten. Zum Beispiel die Reizweiterleitung als verbindendes Element in mir, die Hormonbalance als Verbindung in mir, der Energiehaushalt als Verbindung in mir.

Auf dem psychischen Level geht es um die Verbindung *zu mir*. Wie bewerte ich mich? Wie stehe ich zu mir? Wie habe ich bisherige Erlebnisse verarbeitet? Wie erzähle ich meine Geschichte?

Auf der sozialen Ebene geht es um die Verbindung *zu anderen*: zu

meiner Familie, zu meinen Freunden, zu Kollegen, zu meiner Umwelt, zu den Menschen im Allgemeinen. Dazu gehört auch, welche Erfahrungen ich mit diesen Menschen gemacht habe. Sind es gute Erfahrungen? Oder eher schlechte? Bin ich enttäuscht worden? Bin ich verletzt worden? Wie groß ist mein (Ur-) Vertrauen?

Und letztlich auf der spirituellen Ebene und der Frage nach dem Sinn – hier geht es um die Verbindung *zum großen Ganzen*. Wie erschließt sich für mich der Sinn des Lebens und welcher Glaube spielt dabei eine Rolle? Glaube ich überhaupt und woran glaube ich? Gibt mir das Vertrauen und Hoffnung und fühle ich mich verbunden mit der Welt und dem Universum?

Hoffnung – eine Annäherung

Was sind wir ohne Hoffnung? Wofür leben, wenn sie fehlt? Brauchen wir nicht alle den Glauben an »irgendetwas« – um zu sagen: Ich gebe nicht auf, auch wenn es sich gerade furchtbar anfühlt.

Wer Hoffnung hat, verzweifelt nicht.

Es geht bei meiner Definition von Hoffnung im Kontext der Depression überhaupt erstmal darum, Ja zum Leben sagen zu können. Dieses Ja ist mit einem Gefühl verknüpft, dass Leben sinnvoll ist und zu Gutem führen kann. Die Betonung liegt auf »kann«. Ein Ziel ist, die Hoffnung auch bei widrigen Umständen nicht zu verlieren. Es geht um ein positives Grundgefühl, die Einstellung, dass Positives, auch für mich, möglich ist. Ich meine die Hoffnung, die an das Leben glaubt und ihm Sinn und Wert zumisst.

Und diese Hoffnung definiert sich noch weiter durch das, was sie nicht ist: Es geht nicht um eine Hoffnung, die aus Angst entsteht oder dem Wunsch, der Realität zu entfliehen. »Falsche« Hoffnung kann fatal sein. Vor allem dann, wenn die Realität so weit von dem abweicht, was wir uns erträumen. Aber ich meine nicht den Traum, den Wunschgedanken, dass das Leben rosarot ist. Es geht nicht darum, unrealistisch optimistisch von einer rosigen Zukunft zu träumen.

Hoffnung ist nicht Wunschdenken, Optimismus oder Erwartung! Es geht nicht um illusionäre Hoffnung. Der »Alles wird gut«-Satz ist für Betroffene sowieso schwer zu ertragen.

Es geht also darum, trotz potentiell schwieriger Lage noch die

Möglichkeit eines positiveren Weges zu sehen. Wenn dieser auch noch so unwahrscheinlich erscheint.

Hoffnung ist das Gegenteil von Hoffnungslosigkeit. Und Depressive sind meist hoffnungslos. Mit diesem Gefühl gehen Gefühle von Mutlosigkeit, Hilflosigkeit und Verzweiflung einher. Und es entsteht ein Desinteresse in Bezug auf Aktivitäten und soziale Kontakte – hier schließt sich wieder der Kreis zu den so wichtigen Verbindungen aller Art.

Hoffnung bringt uns der Zuversicht näher. Ist Zuversicht sogar der »bessere« Begriff?

Ulrich Schnabel schrieb ein Buch mit ebendiesem Titel: Zuversicht. »Es braucht die Lebensenergie der Zuversicht, die der noch unfertigen Zukunft ein gewisses Vertrauen entgegenbringt.« Er zitiert den Psychoanalytiker Sudhir Kakar: »Die Realität ist kein Anlass zur Heiterkeit. Auch Sigmund Freud war depressiv. Aber um zu handeln darf man nicht allzu realistisch sein. Ohne Hoffnung kann man nicht handeln.« (Schnabel 2018)

Der Begriff »Zuversicht« reicht mir nicht ganz im Kontext Depression – es braucht die etwas stärkere Energie der Hoffnung.

Fragen sind essentiell

Wenn wir uns die Depressions-Pyramide ansehen, sehen wir auf der rechten Seite des Modells Fragen, welche sich auf den verschiedenen Ebenen hauptsächlich zeigen. Diese gewinnen von unten nach oben an »Tiefe«. Während es auf den unteren Ebenen um das *Was* geht: »Was brauche ich?«, »Was fehlt mir?«, geht es im sozialen Bereich eher um das *Wie*: »Wie hat sich meine Erfahrung gestaltet?«, »Wie wäre es optimaler?« Auf der spirituellen und der Sinn-Ebene geht es schließlich zumeist um das *Warum*: Warum tue ich, was ich tue? Warum lebe ich diese Art Leben? Warum sehe/erlebe ich die Welt in dieser Weise?

In den folgenden Kapiteln gehe ich einzeln durch alle Ebenen: physisch, psychisch, sozial, spirituell, Sinn, und beschreibe ausführlicher die relevanten Punkte des jeweiligen Themas.

Auf jeder dieser Ebenen der Pyramide können wir uns mit folgenden Fragen auf die Suche machen:

- Sind meine Bedürfnisse erfüllt?
- Habe ich, was ich brauche?
- Gibt es auf einer Ebene Defizite?

Und insgesamt:

- Auf welcher Ebene kann ich die (Haupt-) Ursache meines Unwohlseins, meiner Depression finden?

Am effizientesten kann ich für Besserung sorgen, wenn ich die Hauptursache beziehungsweise den Hauptauslöser kenne und beitragende Komponenten im Blick habe. So werde ich mir meiner Verletzbarkeit bewusst und verstehe, wie ich mich aufstellen muss, damit es mir besser oder sogar gut geht.

Einige bekannte Modelle zu Depressionen gehen auf diese Verletzbarkeit, auch Vulnerabilität oder Anfälligkeit genannt, ein.

So das Vulnerabilitäts-Stress-Modell, welches besagt, dass eine potentielle Vulnerabilität in der Gesamtkonstitution liegt. Also in Faktoren, die wir mitbringen, wie: biologische, psychologische oder psychosoziale (z. B. kritische Lebensereignisse). Stressoren können verschiedene akute oder chronische Belastungen sein. Treffen aktuelle Stressoren auf die Vorbedingungen in der Konstitution, kann es zu Symptomen kommen, wenn die persönliche Belastungsgrenze überschritten wird. Diese Grenze ist ein individueller Schwellenwert. Treffen kann es jedoch jeden – das vertiefe ich noch an anderer Stelle – es ist (nur) eine Frage der Höhe der Belastung.

Natürlich ist nicht alles immer eindeutig. Bei Depressionen gibt es in der Regel verschiedene Ursachen in unterschiedlichen Kombinationen. Das heißt im Klartext, dass ich auf jeder Ebene auch Anteile der anderen Ebenen finde, zum Beispiel auf der physischen Ebene auch Anteile der psychischen, sozialen oder spirituellen. Die Ebenen sind nicht gänzlich voneinander trennbar, sie bauen aufeinander auf und sind wie in einer Matrix miteinander verknüpft. Wir können jedoch den primären Fokus jeweils auf eine Ebene lenken und bleiben offen für die Möglichkeiten der Kombination. So können wir den komplexen dreidimensionalen Raum zweidimensional Schritt für Schritt durchgehen.

KAPITEL 2

Aufbau des Buches und der Kapitel

Fallgeschichten ziehen sich durch das ganze Buch. Die beispielhaften Figuren Ben, Laura, Andi und Susanne vereinen meine persönlichen und beruflichen Erfahrungen mit dem Thema. Sie durchleben also stellvertretend die Suche nach Ursachen und Lösungen und begleiten uns durch die Kapitel.

Die vier bilden eine Selbsthilfegruppe. Generell treffen sich in Selbsthilfegruppen Menschen mit ähnlichen Problemen oder Krankheiten, in der Regel ohne professionelle Anleitung. Auch bei Depressionen, wie hier, sind solche Gruppen eine wichtige und sinnvolle Ergänzung zu anderen Behandlungsformen. Die Betroffenen tauschen sich über die Erkrankung aus und profitieren von den Erfahrungen der anderen, zum Beispiel zu speziellen Behandlungsmöglichkeiten und -erfolgen oder zum generellen Umgang mit der Erkrankung. Zudem geben sie sich auch ein Stück weit gegenseitig Halt und Unterstützung, machen Mut und spenden Trost.

Die Geschichten der Personen sollen helfen, ein Gefühl für die eigenen Gefühle zu bekommen und die Inhalte lebendiger machen. Auch wenn es die vier nicht als reale Personen gibt, sind all ihre Erlebnisse, Erkenntnisse und Aussagen wahr, so geschehen, erlebt, erzählt – von mir, meiner Familie, von Freunden oder Klienten. So sind die Situationen »echt«, die Personen jedoch keine realen Individuen.

Die Gruppe trifft sich regelmäßig und schon seit vielen Monaten. Sie kennen sich entsprechend gut und auch ihre jeweiligen Geschichten. Sie treten in den Dialog – miteinander und mit dem Leser, um Situationen zu beleuchten und gemeinsam zu lernen. Und so helfen sie auch Betroffenen, das Ganze perspektivisch zu betrachten.

Die Personen der Selbsthilfegruppe sind mitten aus dem Leben gewählt. So können diese uns einen definierten Kontext für ihre Geschichten bieten. Die Gruppe besteht aus:

Ben: 52 Jahre, Geschäftsmann, zwei Kinder, verheiratet;

Laura: 48 Jahre, Single, Angestellte Human Resources;

Andi: 22 Jahre, Student der Informatik;

Susanne: 37 Jahre, drei Kinder, in Elternzeit.

Im Hauptteil des Buches (Teil II) beschreibe ich die einzelnen Teile des Modells. Um einen Überblick über die verschiedenen Ursachenbereiche von Depressionen zu bekommen, kann man das Buch von vorne bis hinten durchlesen. Alternativ lassen sich die einzelnen Themen und Kapitel aber auch unabhängig voneinander betrachten. Zum Beispiel diejenigen, die persönlich von größerem Interesse sind. Von denen ich vermute, dass sie mir weiterhelfen können. Themen, die mir schon begegnet sind, zu denen ich Fragen habe, die ich vertiefen möchte.

Im dritten Teil folgen einzelne Themen, die nicht speziell dem Modell zuzuordnen sind, die jedoch übergeordnet wichtig sind, wie Behandlungsmethoden und Suizidgefährdung.

Jedes inhaltliche Kapitel endet mit meinem persönlichen Fazit und (wo es Sinn macht) mit Reflexionsfragen. Betroffene, denen das Lesen der gesamten Inhalte zu viel erscheint – und in der Depression erscheint manches zu viel – können sich durch die Fazits und Reflexionen einen guten Überblick verschaffen.

Szenen einer Depression, oder: Wie fühlt sich das eigentlich an?

Der Badezimmerteppich

Laura erzählt ihrem Arzt: »Ich glaube, ich habe gefühlt 200 Tage des letzten Jahres auf meinem Badezimmerteppich verbracht. Und das Verrückte ist: Das ist eher noch untertrieben!«

Mein Badezimmer war mein Panikraum. Mein sicherer Hafen, die Verkörperung einer Auszeit – eine Art Kokon, aber ohne die kuscheligen, glücklichen Assoziationen, die wir diesem Raum normalerweise zuschreiben.

Es ging um Flucht. Beim Betreten meines Badezimmers ging es darum, einen Ort zu finden, an dem die Zeit stehen blieb – wo äußere Reize auf das Nötigste reduziert wurden. Nur noch Weiß- und Grautöne. Wenig Licht. Geräusche gedämpft, fast nicht zu erkennen. Der lange, schlanke Raum in der Mitte meiner Wohnung hat keine Fenster und ist daher ein Ort der Konstanten: konstante Temperatur (warm), konstantes Licht (hell, aber nicht blendend) und konstanter Geräuschpegel (stumm geschaltet). Diese Konstanten beruhigten meine weinende Seele.

Ich kroch in mein Badezimmer und legte mich auf den Boden, mit dem Rücken an der Wand, locker in die fötale Position gerollt, mein Handy auf dem Teppich neben mir. Mein Telefon war mein einziger Kontakt zur Außenwelt, eine Art Lebensader. Stundenlang lag ich so, fern jeder Realität, aber zumindest noch da.

Manchmal dachte ich eine Stunde lang darüber nach, wie ich es schaffen würde, aufzustehen und zum Laden um die Ecke zu

gehen, um Lebensmittel zu kaufen. Alles war schwierig, anstrengend, eine Belastung. Allein das Haarewaschen forderte einen enormen körperlichen Tribut – eine fast herkulische Anstrengung. Die einfachsten Aktivitäten, wie Aufstehen und Anziehen, kosteten mich so viel Energie, so viel Kraft.

Wenn ich heute zurückblicke, frage ich mich, wie um alles in der Welt es sein kann, dass ein Mensch Tage und Wochen auf dem Boden seines Badezimmers liegen und trotzdem noch irgendwie funktionieren kann. Kann man es überhaupt Funktionieren nennen? Oder ist es eher ein Überleben? Nacktes Leben? Es fühlte sich nicht einmal lebendig an.

Es erscheint völlig absurd. Und war doch möglich. Wahnsinn?!

KAPITEL 4

Habe ich eine Depression und wie werden Depressionen diagnostiziert?

Ich vermute, dass jeder Leser schon eine bestimmte Vorstellung davon hat, was Depression bedeutet. Grundsätzlich akzeptiere ich als Psychologin und Coach es erst einmal, wenn Menschen mir sagen, sie seien depressiv. Denn unabhängig von einer wie auch immer gearteten »offiziellen« Diagnose gilt für mich: Wer subjektiv leidet, leidet deswegen ja nicht weniger! Für die Ursachenfindung und Behandlung ist es natürlich wichtig, größtmögliche Klarheit zu schaffen. Die zwei Kernfragen sind somit zu Beginn:

- Ist es tatsächlich eine Depression?
- Wie stark ist sie ausgeprägt?

Eine Depression hat viele Gesichter und ist sehr individuell. Trotzdem haben sich bestimmte Symptome herauskristallisiert, die zur Diagnostik dienen:

- **Gefühle:** Traurigkeit, Niedergeschlagenheit, Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit, Leere, Isolation
- **Gedanken:** Grübeln/Grübeln Schleifen, Sorgenspiralen, Selbstzweifel, Ängstlichkeit
- **Körperlich:** Müdigkeit, Energielosigkeit, Antriebsmangel, Schlafstörung, Appetitveränderungen
- **Typische Beschreibungen:** Wie unter einer Glocke. Wie in dichtem Nebel.

Es gibt zwei wichtige Manuale, anhand derer Experten diagnostizieren:

1. **DSM-5:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders aus dem Jahr 2013.
2. **ICD-10:** International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. (Das überarbeitete ICD-11 erscheint Anfang 2022.)

Die Kriterien für Depressionen unterscheiden sich nur geringfügig zwischen den beiden Diagnose-Manualen. Die Kategorien, auf die geschaut wird, sind:

- Negative Stimmung
- Interessenverlust
- Gewichtsveränderung (Appetitstörung)
- Schlafstörungen
- Veränderung in den Bewegungen
- Energiemangel/Müdigkeit
- Negative Selbstbewertung
- Konzentrationsstörungen
- Todeswünsche
(Schweiger 2020)

Im Folgenden gehe ich näher auf die ICD-10-Klassifizierung ein. Das ICD-10 unterteilt dabei in Haupt- und Zusatzsymptome.

Die **Hauptsymptome** depressiver Episoden sind:

- depressive, gedrückte Stimmung;
- Interessenverlust und Freudlosigkeit;
- Verminderung des Antriebs mit erhöhter Ermüdbarkeit (oft selbst nach kleinen Anstrengungen) und Aktivitätseinschränkung.

Die **Zusatzsymptome** sind:

- verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit;
- vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen;
- Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit;
- negative und pessimistische Zukunftsperspektiven;
- Suizidgedanken, erfolgte Selbstverletzung oder Suizidhandlungen;
- Schlafstörungen;
- verminderter Appetit.

Zur Diagnosestellung einer depressiven Störung und ihrer Schweregradbestimmung nach ICD-10 sind die folgenden diagnostischen Kriterien maßgeblich:

1. Mindestens zwei (schwere Episode: drei) Hauptsymptome müssen mindestens zwei Wochen anhalten. Kürzere Zeiträume können berücksichtigt werden, wenn die Symptome ungewöhnlich schwer oder schnell aufgetreten sind.
2. Schweregradbestimmung: Die Patienten leiden zusätzlich zu den Hauptsymptomen unter mindestens zwei (leichte Episode), drei bis vier (mittelgradige Episode) bzw. mindestens vier (schwere Episode) Zusatzsymptomen.

<https://www.leitlinien.de/themen/depression/pdf/depression-2aufl-vers1-kurz.pdf> 04. 07. 2021

Im Fließtext des ICD-10 liest sich die Beschreibung einer depressiven Episode so:

Bei den typischen leichten, mittelgradigen oder schweren Episoden leidet der betroffene Patient unter einer gedrückten Stimmung und einer Verminderung von Antrieb und Aktivität. Die Fähigkeit zu Freude, das Interesse und die Konzentration sind vermindert. Ausgeprägte Müdigkeit kann nach jeder kleinsten Anstrengung auftreten. Der Schlaf ist meist gestört, der Appetit vermindert. Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen sind fast immer beeinträchtigt. Sogar bei der leichten Form kommen

Schuldgefühle oder Gedanken über eigene Wertlosigkeit vor. Die gedrückte Stimmung verändert sich von Tag zu Tag wenig, reagiert nicht auf Lebensumstände und kann von sogenannten »somatischen« Symptomen begleitet werden, wie Interessenverlust oder Verlust der Freude, Früherwachen, Morgentief, deutliche psychomotorische Hemmung, Agitiertheit, Appetitverlust, Gewichtsverlust und Libidoverlust.

<https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-who/kode-suche/htmlamt12019/block-f30-f39.htm#F32>
19.06.2021

Auch wenn die Kriterien gut getestet wurden, lassen sie einen gewissen Interpretationsspielraum (auch bei den Experten) und können entsprechend subjektiv ausfallen. Die Auflistung bzw. Beschreibung soll hier als Anhaltspunkt dienen.

An dieser Stelle möchte ich noch kurz auf den Begriff **Dysthymie** eingehen, da er mittlerweile recht häufig als Diagnose genutzt wird. Dabei handelt es sich um eine langanhaltende depressive Stimmungsstörung, bei der einzelne depressive Episoden eher selten den Schweregrad einer Depression erreichen. Da sie jedoch jahrelang andauert, ist das subjektive Leiden entsprechend hoch. Gelegentlich kann zudem eine depressive Episode diese anhaltende Störung überlagern (das nennt man dann »double depression«).

<https://www.leitlinien.de/themen/depression/pdf/depression-2aufl-vers1-kurz.pdf> 04.07.2021

Selbst- und Fremdbeurteilung

In der psychologischen Diagnostik wird zwischen Selbstbeurteilung und Fremdbeurteilung unterschieden. Genutzt werden die Begriffe vor allem beim Einsatz von Fragebögen, die bei der Selbstbeurteilung durch den Betroffenen ausgefüllt werden und bei der Fremdbeurteilung durch eine andere Person.

Bevor man einen Experten zu Rate zieht, hat man natürlich ein eigenes Bild über seinen Zustand bzw. auch Feedback aus dem Umfeld bekommen, was in die Selbsteinschätzung einfließt. Möchte ich die Selbsteinschätzung strukturiert angehen, kann als Startpunkt

der Zwei-Fragen-Test dienen, der als erstes Screening für Depressionen empfohlen wird. Eigentlich unglaublich, dass zwei Fragen ausreichen sollen. Immer wieder geprüft, haben diese zwei Fragen – bzw. die Antworten darauf – aber tatsächlich ihre Aussagekraft bewiesen.

Die Fragen lauten:

1. Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos?
2. Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?

Werden beide Fragen mit Ja beantwortet, ist das der erste Hinweis auf Depressionen und ich würde zur weiteren Abklärung einen Experten aufsuchen (zu den empfohlenen Anlaufstellen s. auch Kapitel 11. Behandlungsmethoden/Therapien). Oftmals wird zur näheren Erfassung der Depression mit Fragebögen gearbeitet. Die beiden folgenden Selbstbeurteilungsinstrumente können auch in Eigenregie ausgefüllt werden. Beide sind zur Reflexion für Betroffene unten abgebildet.

Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)

Der PHQ-D wurde entwickelt, um die Erkennung und die Diagnostik der häufigsten psychischen Störungen zu erleichtern. In Kombination mit dem ärztlichen Gespräch ermöglicht er eine valide und schnelle Diagnostik psychischer Störungen. Der PHQ-D enthält den Fragebogen PHQ-9, welcher das Depressionsmodul ist und neun Fragen zur Depressivität umfasst. Dieser wurde speziell als Screening-Instrument zur Diagnostik von Depressivität für den routinemäßigen Einsatz entwickelt.

https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/fileadmin/Psychosomatische_Klinik/download/PHQ_Manual.pdf 19.06.2021

Skala zur Erfassung von Hoffnungslosigkeit (H-RB)

Das wichtige Thema Hoffnung bzw. Hoffnungslosigkeit kann durch die H-Skalen erfassen werden. Sie betrachten die wesentlichen

Aspekte der durch Beck benannten kognitiven Triade der Depression mit den negativen Erwartungen einer Person a) über sich selbst, b) über die Umwelt und c) über ihr zukünftiges Leben (zur kognitiven Triade s. auch Kapitel 6.1: Denkmuster/Glaubenssätze). Die Fragen haben vier gemeinsame Faktoren:

1. Erwartungen an die Zukunft
2. Zukunftsbezogene Emotionen
3. Motivationsverlust
4. Resignation.

(Schmitt et al. 1995)

Wichtig:

Die Selbstdiagnose ersetzt nicht die Expertendiagnose!

Mein Fazit:

- Eine Depression ist sehr individuell. Trotzdem haben sich bestimmte Symptome herauskristallisiert, die zur Diagnostik dienen können.
- Die zwei wichtigsten Diagnoseinstrumente sind das DSM-5 und das ICD-10.
- Die Kategorien der Diagnose sind:
 - Negative Stimmung
 - Interessenverlust
 - Gewichtsveränderung (Appetitstörung)
 - Schlafstörungen
 - Veränderung in den Bewegungen
 - Energiemangel/Müdigkeit
 - Negative Selbstbewertung
 - Konzentrationsstörungen
 - Todeswünsche