



Beck
KOMPAKT

Christian Stock

Depression:

**Erkennen, verhindern,
bewältigen**

**Bewährte Strategien
zur Selbsthilfe**



Zum Buch:

Volkskrankheit Depression

Zurzeit leiden ca. vier Millionen Menschen in Deutschland akut an einer Depression. Die Wahrscheinlichkeit, im Leben an einer Depression zu erkranken, liegt statistisch für jeden von uns zwischen 16 und 20 Prozent.

Vielleicht möchten Sie sich „nur“ informieren, was eine Depression eigentlich ist, wie man ihr vorbeugen kann und wie man sie behandelt: Für sich selbst, für einen Freund oder den Partner, für einen Kollegen oder einen Verwandten, damit Sie kompetent mitreden und Rat geben können.

Die gute Nachricht ist: Man kann eine Depression mit dem heutigen Wissen und den therapeutischen Mitteln sehr gut behandeln. Dieser Ratgeber zeigt in Kurzform, was Sie wissen müssen, und bietet in einem Selbsthilfeteil sehr viele praktische Tipps zur Hilfe und Selbsthilfe.

Der Autor

Dr. med. Christian Stock, geb. 1962, ist Facharzt für Innere und Psychotherapeutische Medizin, Leitender Oberarzt in der Psychosomatischen Abteilung der Berolina-Klinik Löhne (NRW), zusätzlich freiberuflich tätig als Psychotherapeut, Dozent, Supervisor und Coach. Sein tiefenpsychologisches Grundverständnis wird ergänzt durch verhaltenstherapeutische Ansätze. Zusatzausbildungen hat Dr. Stock u. a. in klinischer Hypnose, EMDR, Energetischer Psychologie, NLP und systemischer Psychotherapie. Themenschwerpunkte: Burnout, Depression, Stressbewältigung, Entspannung, Work-Life-Balance, BGM (Gesundheitszirkel), Männergruppen und Achtsamkeit.

Depression

Erkennen, verhindern, bewältigen

Dr. Christian Stock

So nutzen Sie dieses Buch

Die folgenden Elemente erleichtern Ihnen die Orientierung im Buch:

Beispiele und Übungen

In diesem Buch finden Sie zahlreiche Beispiele, die die geschilderten Sachverhalte veranschaulichen, sowie Übungen, die Ihnen helfen, Ihr Konfliktverhalten zu optimieren.

Definitionen

Hier werden Begriffe kurz und prägnant erläutert.

Die Merkkästen enthalten Empfehlungen und hilfreiche Tipps.

Auf den Punkt gebracht

Am Ende jedes Kapitels finden Sie eine kurze Zusammenfassung des behandelten Themas.

Inhalt

Vorwort

Woran erkennt man eine Depression?

Der Selbsttest oder: Bin ich selbst betroffen?

Unterschied zum Burn-out

Was sind die Ursachen?

Wie wird eine Depression behandelt?

Wie funktioniert die medikamentöse Behandlung?

Wie funktioniert die Psychotherapie?

Was ist der Unterschied zwischen einem Verhaltenstherapeuten und einem Tiefenpsychologen?

Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es sonst noch?

Besondere Behandlungsmethoden

Was ist Lichttherapie?

Was ist EMDR?

Und was ist mit Sport?

Welche Probleme können in der Behandlung auftreten?

Was ist mit der Selbstmordgefahr?

Depression und der Arbeitsplatz

Was macht eigentlich „glücklich“?

Situationsanalyse und das Erkennen von Auslösern

Nach der Stressanalyse setzen Sie sich Ziele

Wozu ist das Führen eines Tagebuchs gut?

Wie baut man befriedigende Aktivitäten auf?

Wie verändert man kognitive und emotionale Muster?

Wie verändert man ein „inneres Bild“?

Wie gehe ich positiv mit meinem Körper um?

Die Verbesserung sozialer Fähigkeiten

Die finanzielle Situation klären

Was bewirkt eine Lifestyle-Veränderung bei Depression?

Achtsamkeit und Akzeptanz

Depression und Trauer

Literaturliste

Vorwort

Waren Sie in den letzten zwei Wochen meistens froh und guter Laune? Haben Sie sich über die Hälfte der Zeit ruhig und entspannt gefühlt? War Ihr Alltag meist voller Dinge, die Sie interessieren? Haben Sie sich beim Aufwachen immer frisch und ausgeruht gefühlt? Haben Sie sich auch meistens energetisch und aktiv gefühlt? Wenn ja, dann brauchen Sie dieses Buch wahrscheinlich gar nicht.

Ich wünsche Ihnen natürlich, dass es so bleibt. Aber wer weiß? Die Wahrscheinlichkeit, in unserem Leben an einer Depression zu erkranken, liegt statistisch für jeden von uns zwischen 16 und 20 Prozent. Laut einer Prognose der Weltgesundheitsorganisation WHO wird die Depression spätestens im Jahr 2030 in den Industrienationen die Volkskrankheit Nummer eins sein. Im Moment stehen an erster Stelle „noch“ die Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Man schätzt, dass zurzeit ca. vier Millionen Menschen in Deutschland akut behandlungsbedürftig an einer Depression leiden. Leider sterben auch jedes Jahr ca. 7.000 schwer depressiv Erkrankte durch den Freitod. Das sind weit mehr Menschen, als jährlich im Straßenverkehr sterben.

Auch wenn man solche statistischen Zahlen natürlich immer von zwei Seiten betrachten kann und auch wenn die WHO sich vielleicht überschätzt hat, sind die Zahlen, selbst wenn sie nur zur Hälfte stimmen, dennoch sehr beunruhigend.

Die Depression wird ein immer größerer Kostenfaktor bei den Krankenkassen. Man schätzt, dass die Kosten, die jedes Jahr entstehen (direkte und indirekte Kosten), um die Behandlung dieser Erkrankung und ihre Folgen zu bezahlen, inzwischen bei ca. 22 Milliarden Euro liegen.

Vielleicht möchten Sie sich daher doch informieren, was eine Depression eigentlich ist, wie man ihr vorbeugen kann und wie man sie behandelt, wenn man selbst oder ein Freund, ein Kollege oder ein Verwandter tatsächlich erkrankt sein sollte.

Die gute Nachricht ist: Man kann eine Depression mit dem heutigen Wissen und den therapeutischen Mitteln sehr gut behandeln. Ich habe Ihnen daher auf den folgenden Seiten alles in Kurzform zusammengefasst, was Sie wissen müssen, und auch nach einem anfänglichen Theorieteil sehr viele praktische Tipps in einem Selbsthilfeteil zusammengestellt, die sich in meiner langjährigen klinischen Erfahrung sehr bewährt haben. Einiges ist reine Wissensvermittlung, einige praktische Übungen können Sie aber auch gerne im Sinne der Prävention und der Selbsterfahrung ausprobieren.

Seien Sie sich aber bitte klar darüber, dass dieses kleine Büchlein keine ärztliche und/oder psychotherapeutische Behandlung ersetzen kann, sondern nur als Anregung zu verstehen ist.

Bleiben Sie gesund!

Dr. Christian Stock

Anmerkung:

In diesem Text ist durchgehend die neutrale Sprachform gewählt, die der männlichen entspricht. Es sind aber natürlich immer beide Geschlechter gemeint.

Woran erkennt man eine Depression?

Beispiel 1

Herr Schmidt hat sich in letzter Zeit verändert. Er ist über längere Zeit antriebslos und hat zu nichts Lust. Seine Lebensfreude ist ihm über große Strecken verloren gegangen. Alte Hobbys interessieren ihn nur noch wenig. Seine Familie macht sich große Sorgen um ihn. Nachts kann er nicht mehr richtig schlafen; er liegt oft stundenlang da und seine Gedanken kreisen immer wieder um dieselben Sorgen. Vereinzelt ertappt er sich sogar bei sehr negativen Phantasien über ein mögliches Lebensende. Herr Schmidt hat auch kaum noch Appetit und er geht nur noch selten mit den Kollegen zusammen essen. Er nimmt deutlich an Gewicht ab. Langsam macht ihm der Zustand Angst, weil er ihn nicht richtig kontrollieren kann. Hinzu kommen Schuldgefühle und ein schlechtes Gewissen. Zum Teil erlebt er sich als Versager. Manchmal ärgert Herrn Schmidt dieser Zustand auch; er wird dann richtig wütend und verliert die Beherrschung. Seine Kollegen nehmen ihn dann als gereizt und aufbrausend wahr, ihn, der früher immer als sehr ausgeglichen galt. Bei der Arbeit kommt es zu Konzentrationsstörungen und Fehlentscheidungen, sodass der Herr Schmidt noch weniger Selbstwertgefühl hat. Schließlich bittet ihn sein Vorgesetzter zu einem Gespräch und man vereinbart, dass sich Herr Schmidt Hilfe bei einem Arzt sucht.

Herr Schmidt aus unserem Beispiel leidet an einer Depression. Er ist damit nicht alleine. Die Weltgesundheitsorganisation WHO geht davon aus, dass die Depression schon bald eine der häufigsten Erkrankungen überhaupt sein wird. In Deutschland schätzt man, dass durchschnittlich jeder zehnte Bürger an einer Form von Depression erkrankt ist (die sogenannte Prävalenz), wobei leichte und schwere Verlaufsformen unterschieden werden. Man rechnet außerdem mit einer hohen Dunkelziffer, d. h., viele Depressionen werden nicht richtig erkannt. Schauen wir uns dazu das nächste Beispiel an:

Beispiel 2

Frau Müller ist schon älter. Sie ist verwitwet und vereinsamt. Sie hat immer wieder diverse körperliche Symptome, mit denen sie sich regelmäßig beim Hausarzt vorstellt, z. B. ein Druck- und Engegefühl in der Brust. Ihr Rücken schmerzt und sie ist häufig verspannt. Hinzu kommen Kopfschmerzen, Schwindel und Atembeschwerden. Manchmal ist ihr übel und sie hat oft keinen Appetit. Ihr Hausarzt kann allerdings keine organische Ursache entdecken. Er deutet die Beschwerden als „alterstypisch“ und führt sie zum Teil auf Nebenwirkungen von Medikamenten zurück, die Frau Müller einnimmt.

Auch Frau Müller leidet an einer Depression, die sich aber auf der körperlichen Ebene ausdrückt und nicht die klassischen Melancholiesymptome aufweist. Fachleute nennen die körperlichen Symptome einer Depression auch „Somatisierung“ (übersetzt: „Verkörperlichung“). Das liegt daran, dass Körper und Seele zwei Seiten einer Münze sind und sich gegenseitig beeinflussen.

Fortsetzung Beispiel 2

Frau Müller ist eine starke Frau, die den Krieg mitgemacht und alle möglichen Entbehrungen kennengelernt hat. Sie hat es gelernt, keine Schwäche zu zeigen und niemanden mit ihrem seelischen Befinden zu belasten. Sie hat ihre Probleme mit sich selbst ausgemacht und in sich hineingefressen. Erst jetzt, im Alter, kommen manchmal belastende Erinnerungen hoch. Frau Müller glaubt aber, dass das zum Leben gehört und man sowieso nichts dagegen tun kann. Sie käme daher auch nicht auf die Idee, z. B. bei einem Psychologen um Rat zu fragen.

Herr Schmidt und Frau Müller sind zwei typische Beispiele für eine Depression. Im Volksmund kennt man noch eine dritte Form: Man redet von „himmelhoch jauchzend und zu Tode betrübt“. Was ist damit gemeint?

Beispiel 3

Herr Schulze geht zu seinem Bankberater und bittet um einen ungewöhnlich hohen Kredit. Er habe eine neue Geschäftsidee, die todsicher sei. Herr Schulze ist in dem Gespräch verhaltensauffällig. Der Bankberater merkt, dass er „überdreht“ wirkt. Er sprudelt mit unzähligen Ideen heraus und plant mehrere Projekte gleichzeitig. Seine Risikobereitschaft ist dabei völlig überzeichnet und Herr Schulze überschätzt sich und seine Fähigkeiten um ein Vielfaches. Zum Glück hat der Bankberater von Herrn Schulze auf einer Schulung von solchen Fällen gehört, sodass er nicht darauf eingeht und versucht, Zeit zu gewinnen. Er schlägt einen neuen Termin vor. Tatsächlich ist Herr Schulze beim Folgetermin nicht mehr so euphorisch, sondern wesentlich „gebremster“. Zu den ursprünglichen Ideen besteht nun viel mehr Abstand und er wirkt eher bedrückt und völlig gegenteilig im Vergleich zum letzten Termin. Es stellt sich heraus, dass Herr Schulze inzwischen auf Drängen seiner Familie einen Therapeuten aufgesucht hat.

Herr Schulze leidet an einer wesentlich selteneren Form der Depression, einer sogenannten „bipolaren Störung“. Das heißt, er schwankt zwischen zwei Polen: auf der einen Seite einer Depression, die wir auch schon in den ersten beiden Beispielen kennengelernt haben, und auf der anderen Seite eine „Manie“ oder manische Phase, gekennzeichnet durch übersteigerten Antrieb, Ideenflut und Selbstüberschätzung mit erhöhter Risikobereitschaft. In der manischen Phase erlebt sich der Betroffene meist nicht als krank, sondern hält sich für besonders kreativ und energiegeladen. Meistens müssen die Familie und der Freundeskreis einschreiten und für eine Behandlung sorgen.

Beispiel 4

Blicken wir nun noch auf Frau Meier. Man kennt sie im Kollegium als „missmutig“ und oft schlecht gelaunt. Sie ist in ihrer Grundstimmung eher pessimistisch und dem Leben gegenüber sehr skeptisch. Auch Frau Meier fühlt sich oft niedergeschlagen und „müde“. Manchmal plagen sie auch Ängste und Unsicherheitsgefühle. Insgesamt sind die Symptome aber schwächer als in den anderen Beispielen und Frau Meier hat auch Phasen, in denen sie sich als „glücklich“ erlebt. Sie kann außerdem ihrer Arbeit nachgehen und ihren Alltag bewältigen, sodass auch ihr Umfeld nicht auf die Idee käme, dass Frau Meier an

■ einer leichteren Form der Depression leidet, einer sogenannten „Dysthymie“.

Wir haben jetzt die wichtigsten Spielarten einer Depression kennengelernt. Eine Depression kann außerdem unterschiedlich verlaufen. Verläuft sie „unipolar“, wie in Beispiel 1, spricht man von einem einmaligen Ereignis oder einer Episode. Die Depression kann aber auch mehrere Episoden umfassen und sich wiederholen, wie in Beispiel 2. Die Stimmung kann zwischen den beiden Polen hin und her schwanken, wie in Beispiel 3, oder unterschwellig anhaltend sein und sich immer mal wieder intensivieren, wie in Beispiel 4. Zusätzlich wird noch unterschieden, wie schwergradig die depressiven Symptome sind, also ob man nur wenige Symptome hat, über einen kurzen Zeitraum, oder mehrere Symptome und diese vielleicht auch noch besonders stark und über einen längeren Zeitraum. Fachleute sprechen dann von leichten oder schweren depressiven Episoden.

Grundsymptome:

- Niedergeschlagenheit (depressive Verstimmung)
- Minderung von Interesse und Lebensfreude
- erhöhte Erschöpfbarkeit

Zusatzsymptome:

- Konzentrations- und/oder Aufmerksamkeitsminderung
- Verlust von Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
- Schuldgefühle und/oder Wertlosigkeitsgefühle
- Pessimismus
- Selbstmordgedanken und/oder -handlungen
- Schlafstörungen
- Appetitminderung

! Bei leichter bis mittlerer Depression bestehen mindestens zwei, bei schwerer Depression alle drei Grundsymptome (s. Aufzählung). Von den Zusatzsymptomen bestehen bei leichter Depression mindestens zwei, bei mittlerer mindestens drei und bei schwerer Depression mindestens vier. Körperliche Symptome wie in Beispiel 2 können bei allen Schweregraden vorhanden sein.

Alltagsbewältigung als weiterer Hinweis

Als Richtwert und zusätzliche Daumenregel für die Beurteilung des Schweregrades gilt, ob der Betroffene seinen Alltag noch bewältigen kann oder nicht. Leichte Störung: Häusliche, familiäre und berufliche Verpflichtungen können noch aufrechterhalten werden. Mittlere Störung: Aufrechterhaltung nur noch unter er-

heblichen Schwierigkeiten Schwere Störung: Die Betroffenen können ihre häuslichen, familiären und beruflichen Verpflichtungen überhaupt nicht mehr nachkommen. Die depressiven Symptome sind fast immer vorhanden. Meistens besteht auch ein erhöhtes Selbstmordrisiko. Eine stationäre Krankenhausbehandlung ist hier unausweichlich.

Der Selbsttest oder: Bin ich selbst betroffen?

Sicherlich sind Sie nun neugierig geworden, ob Sie selbst oder jemand in Ihrem Umfeld betroffen ist. Es gibt dazu verschiedene Fragebögen unterschiedlicher Qualität, die allerdings wegen urheberrechtlicher Gründe nicht ohne Weiteres hier abgedruckt werden können. Ich habe Ihnen Auszüge aus verschiedenen Fragebögen zusammengestellt. Ganz allgemein gilt, dass Ihr Depressionsrisiko erhöht ist, wenn Sie mehrere Fragen mit Ja beantworten. Je mehr Fragen positiv beantwortet sind, desto höher das Risiko und umgekehrt. Falls Sie bei dem Test ein erhöhtes Risiko feststellen, insbesondere bei Selbstmordgedanken, empfehle ich Ihnen dringend, sich in ärztliche und psychotherapeutische Behandlung zu begeben.

Selbstaussagen bezogen auf den Zeitraum der letzten vier Wochen:

	Trifft zu
Ich bin trauriger als sonst.	
Meine Zukunft sieht nicht gut aus.	
Ich habe in letzter Zeit oft versagt.	
Das Leben macht in letzter Zeit keinen Spaß mehr.	
Ich kann mich selbst nicht leiden.	
Ich bin hässlich/sehe hässlich aus.	
Ich habe oft ein schlechtes Gewissen.	
Ich mache mir viele Vorwürfe.	
Ich denke manchmal an Selbstmord.	
Ich muss häufig weinen.	
Ich bin reizbarer und aggressiver als sonst.	

Ich esse nur noch wenig und habe abgenommen.	
Ich habe kein Interesse mehr an Sexualität.	
Menschen sind mir egal geworden und ich ziehe mich immer mehr zurück.	
Ich bin dauernd müde.	
Ich habe starke Schlafstörungen.	
Ich muss mich zu den meisten Tätigkeiten antreiben und zwingen.	
Ich kann mich schlechter entscheiden als sonst.	
Ich bin unkonzentrierter als sonst.	
Ich habe viele körperliche Beschwerden, für die mein Hausarzt keine Ursache findet.	

Umgekehrt sollten Sie diesen kleinen Test auch nicht überbewerten. Jeder kann mal einen oder zwei schlechte Tage haben. Das ist noch keine Depression! Wie Sie aus dem bisher Gesagten ja schon entnommen haben, müssen die Symptome über einen langen Zeitraum bestehen und in ihrer Häufigkeit einen Trend zur Zunahme aufzeigen.

Unterschied zum Burn-out

In einem Buch über Depressionen darf natürlich ein Kapitel über das Burn-out-Syndrom nicht fehlen.

Die Lager der Fachleute zu diesem Thema sind gespalten. Die einen halten das Burn-out-Syndrom für ein ganz neues Phänomen der heutigen Zeit, das durch die Komplexität des modernen Lebens immer mehr zunimmt und noch nicht ausreichend verstanden wird. Die anderen halten den Begriff „Burn-out“ nur für eine Mode und sehen darin nichts anderes als eine Spielart der Depression (also keine eigenständige Erkrankung). Immerhin empfiehlt inzwischen selbst eine Fachgesellschaft wie die DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde) eine Depression zusätzlich mit dem „Risikofaktor“ Burn-out (in diesem Fall die Ziffer Z 73.0) zu verschlüsseln, wenn eine erhöhte berufliche Überbelastung höchstwahrscheinlich im Zusammenhang damit vorliegt oder vorgelegen hat.

Blicken wir einmal auf die Gemeinsamkeiten und Unterschiede der beiden Krankheitsbilder:

Es ist richtig, dass die beiden Krankheitsbilder viele sehr ähnliche Symptome haben, die sich teilweise überlappen. Besonders in der Spätphase ist eine Depression vom Burnout kaum noch zu unterscheiden. Zumindest in diesem Punkt sind sich die Fachleute einig.

Einem Burn-out geht aber meistens eine Phase erhöhter Aktivität voraus, weil der Betroffene sehr stark dem Leistungsprinzip („höher, schneller, weiter“) folgt. Das heißt, es besteht vorher ein hohes Selbstwertgefühl und eine erhöhte Leistungsbereitschaft. Dadurch überschreitet ein Burn-out-Kandidat über einen längeren Zeitraum seine eigenen Grenzen und seine Kräfte. Es wäre somit die Krankheit der „Macher und Leistungsträger“.

Ein von einer Depression Betroffener würde eher weniger von sich überzeugt sein und ein geringeres Selbstwertgefühl haben (siehe Stichwort: „erlernte Hilflosigkeit“ auf Seite 20). Das Gefühl der inneren Leere kann daher schon viel früher bestehen und stellt sich nicht erst nach völliger Verausgabung ein. Das Leistungsprinzip würde einen depressiven Patienten eher wenig interessieren. Eine Depression ist oft unabhängig von äußeren Ereignissen.

Der Betroffene kann meist nicht sagen, warum er depressiv ist, es gibt keinen eindeutigen Auslöser. Beim Burn-out sind es meistens die Rahmenbedingungen, die gepaart mit hohem Ehrgeiz irgendwann zur Erschöpfung führen. Man kann den Auslöser relativ schnell identifizieren. Daher sagen manche Autoren, dass das Burn-out immer „kontextbezogen“ (meist arbeitsbedingt) ist, während eine Depression von innen heraus, „kontextunabhängig“ sein kann. Ein „Ausbrenner“ kennt aus der Zeit vor dem Burn-out und dem übermäßigen Energieverbrauch lange unbeschwerte Lebensabschnitte. Ein Depressiver kann auch vorher schon ohne anhaltende Belastungen zur Melancholie geneigt haben. So zumindest die sehr stark vereinfachende Betrachtung.

Ein Burn-out ist oft auf einen bestimmten Lebensbereich beschränkt (z. B. die Arbeit). Der Betroffene kann sich am Anfang noch ausreichend von den Stressoren distanzieren und Ausgleich finden (z. B. in Hobbys). Eine Depression betrifft hingegen alle Lebensbereiche, sowohl Beruf als auch Privatleben. Wie schwierig und künstlich hier die Unterscheidung ist, sieht man daran, dass auch beim Burn-out früher oder später die anderen Lebensbereiche zwangsläufig mit betroffen sind.

Trotzdem wird gerne die Metapher gebraucht, dass bei einem Millionengewinn im Lotto das Burn-out schnell vorbei sei, während der Depressive sich selbst daran nicht erfreuen könne und weiter in seiner Depression verbleibe.

Die Unterschiede in der Entstehung sind wichtig für die Behandlung, weil ein depressiv Erkrankter vor allem eine Stimmungsaufhellung und eine Antriebssteigerung benötigt. Der von Burn-out Betroffene benötigt gerade das Gegenteil, also eine Ausbalancierung seiner Kräfte, die sogenannte „Work-Life-Balance“, viel Entspannung und Ruhe. Eine erneute Antriebssteigerung und übersteigerte Aktivität würden den Burn-out nur unnötig verstärken. Ein Urlaub hilft einem Burn-out-Patienten, sich zu distanzieren und innezuhalten, ist also eine Art „Puffer“, um sich zu regenerieren und neu zu sortieren. Ein Depressiver nimmt seine Depression mit in den Urlaub, d. h., es tritt höchstwahrscheinlich keine Veränderung

ein. Während der Burn-out-Patient viel Ruhe, Erholung und Schlaf benötigt, würden vermehrter Schlaf und viel Ruhe eine Depression wahrscheinlich noch mehr verstärken. Ein Depressiver benötigt viele kleine Aufgaben, die seiner Existenz wieder einen Sinn geben; er muss seine Lethargie überwinden. Ein Burn-out-Patient hingegen muss mehrere Gänge runterschalten und sein Leben ruhiger angehen. Letztendlich kann ein guter Kliniker durch eine genaue Erhebung der Krankengeschichte ziemlich genau sagen, ob eher die Kriterien für ein Burn-out-Syndrom oder eher die einer Depression erfüllt sind.

Hier noch einmal die Unterschiede in der Übersicht:

Burn-out	Depression
Erschöpfung	Freudlosigkeit
Baut sich langsam auf	Ist plötzlich da
„Kämpfer“	„Erlernte Hilflosigkeit“
Erhöhter Energieverbrauch	Verminderter Antrieb
Selbstbewusst	Wenig Selbstwertgefühl
Kontextabhängig	Kontextunabhängig
Nur ein Bereich	Übergreifend
Vorher unbeschwerte Phasen	Schon öfter melancholische Phasen in der Vorgeschichte
Erkennbare Ursache	Manchmal „endogen“, ohne ersichtlichen Auslöser
Benötigt Regeneration und Ruhe	Benötigt Aufmunterung und Antriebssteigerung
Keine eigene anerkannte Diagnose, sondern ein „Risikofaktor“	Eigenständige Diagnose

Was sind die Ursachen?

Kommen wir nun zu den Ursachen einer Depression. Fachleute gehen von mehreren

möglichen Ursachen aus:

- Erbfaktoren
- seelische Belastungen
- chronischer Stress
- körperliche Erkrankungen
- Veränderungen der Botenstoffe (Neurotransmitter) im Nervensystem
- erlerntes Verhalten
- Charaktereigenschaften

Erbfaktoren

Befürworter der Erbtheorie haben in Zwillingsstudien ein erhöhtes Erbrisiko nachgewiesen. In Familien mit mehreren an einer Depression erkrankten Familienmitgliedern scheint das Risiko erhöht zu sein. Es kann aber auch sein, dass das depressive Verhalten „erlernt“ ist und man es sich von den anderen depressiven Familienmitgliedern sozusagen „abgeguckt“ hat.

Seelische Belastungen

Belastende Lebenserfahrungen stehen in einem deutlichen statistischen Zusammenhang mit dem Auftreten einer Depression. Betroffene, die über Erlebnisse von Verlust, Gewalt, Gefahr, Vernachlässigung und/oder Erniedrigung berichten, hatten ein deutlich erhöhtes Depressionsrisiko.

Chronischer Stress

Nicht nur gravierende Erlebnisse wie z. B. die Pflege oder der Tod eines Angehörigen können eine seelische Belastung verursachen. Natürlich gehören chronische Erkrankungen oder familiäre und berufliche Belastungen dazu. Aber auch der normale „Alltagsstress“ trägt in der Gesamtsumme zum chronischen Stress bei, der auf einen Menschen einwirkt. Auch bei positiven Ereignissen wie z. B. der Geburt eines Kindes oder einer Hochzeit werden Stresshormone ausgeschüttet. Das bekannteste Stresshormon, das in diesem Zusammenhang bei Depressiven erhöht ist, ist das Cortisol.

In der Gesamtbilanz können neben den großen Belastungen dann die zusätzliche Steuererklärung, Ärger mit einem Angehörigen und Terminstress sowie ein Strafzettel für Falschparken irgendwann zu einer Überforderung der Stresstoleranz führen. Die resultierenden Erschöpfungszustände werden, wie bereits erwähnt, auch als Burn-out-Syndrom bezeichnet. Hier gibt es viele Überschneidungen zur Depression.

Die Stresstoleranz wird von einigen Autoren auch Resilienz oder Widerstandskraft genannt. Je höher die persönliche Stresstoleranz oder Belastbarkeit, desto mehr Belastungen kann man standhalten und umgekehrt. Menschen mit niedriger Stresstoleranz sind also im Umkehrschluss weniger belastbar und haben daher auch ein erhöhtes Risiko, an einer Depression zu erkranken. Kein Mensch ist übrigens „unverwundbar“. Es ist zwar gut, die persönliche Widerstandskraft zu stärken, aber auch hier gibt es Grenzen und es gilt, das rechte Maß und die Ausgewogenheit zwischen Belastung und Regenerationsphasen zu finden.

Die folgende Liste verschiedener Stressoren versucht, einen Hinweis auf die Höhe der Stressbelastung zu geben. Sie stammt von der medizinischen Fakultät der Universität in Washington von den Forschern T. H. Holmes und R. H.

Rahe. In der Skala sind zunächst die Stressoren aufgeführt, die in der Bewertung die höchste Belastung ergaben. Wie man sieht, sind auch positive Ereignisse wie Heirat oder Schwangerschaft relativ hoch eingestuft. Am Schluss habe ich noch einige gering eingestufte Ereignisse aufgeführt, die aber zur gesamten Stressbilanz mit beitragen. Die Originalliste ist noch wesentlich länger.

Ereignis	Bewertung
Tod des Ehepartners	100
Scheidung	73
Trennung der Ehepartner	65
Gefängnishaft	63
Tod eines Angehörigen	63
Körperverletzung oder Krankheit	53
Heirat	50
Entlassung	47
Aussöhnung der Ehepartner	45
Pensionierung	45
Erkrankung eines Angehörigen	44

Schwangerschaft	40
Wechsel des Wohnortes	20
Veränderung der Essgewohnheiten	15
Urlaub	13
Weihnachtszeit	12
Geringfügige Gesetzesübertretungen	11

Die beiden Forscher konnten mit einer hohen Wahrscheinlichkeit vorhersagen, dass jemand, der in den letzten zwölf Monaten mehr als 300 Punkte in der Skala erreichte, erkranken würde. Wer weniger als 200 Punkte erreichte, wurde mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht krank. Stress gehört zum Leben dazu. Eine gewisse „Grundbelastung“ kann also jeder aushalten. Die Schwelle scheint bei 200 Punkten zu liegen.

Körperliche Erkrankungen

Chronische Erkrankungen treten ebenfalls gehäuft zusammen mit depressiven Verstimmungen auf. Hier die häufigsten in zufälliger Reihenfolge:

- chronische Schmerzen
- Kopfschmerzen/Migräne
- Demenz
- multiple Sklerose
- Morbus Parkinson
- Rheuma
- Krebs
- Schilddrüsenerkrankungen
- Diabetes („Zuckerkrankheit“)
- Schlaganfall
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie die koronare Herzkrankheit

Während bei Schilddrüsenerkrankungen, z. B. einer Unterfunktion, typische depressive Symptome auftreten können (und somit eine messbare hormonelle Veränderung besteht), vermutet man bei den anderen chronischen Erkrankungen, dass die anhaltende emotionale Belastung durch die Erkrankung die depressive Verstimmung auslöst. Es ist nachvollziehbar, dass die Diagnose einer chronischen

Erkrankung die Betroffenen angesichts der Einschränkungen und Belastungen, die auf sie zukommen werden, belastet.

Auch manche Medikamente wie Betablocker, Kortison oder Interferon, die in der Behandlung einiger dieser Erkrankungen eingesetzt werden, können depressive Symptome verursachen.

Veränderungen der Botenstoffe im Nervensystem

Im Nervensystem sorgen sogenannte Neurotransmitter (manchmal auch Botenstoffe genannt) für die Übermittlung von Informationen. Mithilfe dieser chemischen Substanzen können Nervenzellen miteinander kommunizieren. Neurotransmitter können aktiviert oder vorübergehend blockiert werden.

Dieses System ist unerhört komplex und differenziert. Aus der Forschung weiß man heute, dass insbesondere zwei dieser Botenstoffe etwas mit der Entstehung von Depressionen zu tun haben: Serotonin und Noradrenalin. In Hirnregionen, die für Gefühle, Konzentration, Antrieb und den Schlaf-Wach-Rhythmus zuständig sind, sind diese Botenstoffe bei depressiven Patienten weniger aktiv als bei Gesunden. Genau darauf basiert auch die Therapie mit entsprechenden Medikamenten, die dafür sorgen, dass genau diese Botenstoffe wieder vermehrt ausgeschüttet werden.

In der manischen Phase der bipolaren Störung aus Beispiel 3 vermutet man übrigens das Gegenteil: eine Erhöhung des Noradrenalinspiegels.

Ob Menschen depressiv werden, weil die Botenstoffe vermindert aktiv sind, oder ob dies eine Folge der Depression ist, gilt es noch zu klären. Das Gehirn verändert sich nämlich im Laufe des Lebens und passt sich an verschiedene Herausforderungen unterschiedlich an. Fachleute nennen das „Neuroplastizität“.

Erlerntes Verhalten

Es gibt auch psychologische Theorien, die die Entstehung einer Depression zu erklären versuchen.

Erlernte Hilflosigkeit

In der Theorie der erlernten Hilflosigkeit geht man davon aus, dass Menschen irgendwann im Laufe ihres Lebens (mehr oder weniger bewusst) beschließen, dass sie dem Leben und negativen Ereignissen hilflos ausgeliefert sind und nichts dagegen tun können. Diese Grundhaltung wurde evtl. auch schon von anderen Familienmitgliedern so vermittelt oder der Betroffene kommt aufgrund seiner Lebenserfahrung irgendwann einmal selbst zu dieser Bewertung der Wirklichkeit. Verlusterfahrungen oder z. B. eine Vernachlässigung in der Kindheit (mangelnde positive oder unsichere Bindungserfahrungen) können den Eindruck entstehen lassen, dass die jeweilige Person nicht besonders liebenswert ist, und ein negatives Selbstbild von sich entstehen lassen.

Wenn im Leben eines Menschen dann noch öfter etwas „schiefgeht“ und er diese Erfahrung zeitlich verallgemeinert („Immer passiert mir so etwas!“), kann sich schnell eine entsprechend pessimistische Grundhaltung einschleichen. Wird dann noch vermutet, dass es ein dauerhaftes Problem ist, verstärkt sich die negative Grundhaltung. Glaubt der Betroffene zu guter Letzt, dass es immer seine eigene Schuld sei und nicht an der Außenwelt liege, kann sich ein mangelndes Selbstwertgefühl entwickeln und etwas einstellen, was Forscher „Gefühl der Hoffnungslosigkeit“ nennen. Jede Verlusterfahrung und jedes Missgeschick werden dann zu einer erneuten Bestätigung der Weltsicht.

! Besonders drei Überzeugungen verstärken eine Depression:

- negative Ansichten über sich selbst
- negative Ansichten über die Umwelt
- negative Ansichten über die Zukunft

Da dieses Verhalten erlernt zu sein scheint, kann man versuchen, es in einer Psychotherapie zu beeinflussen, indem man die negativen Ansichten hinterfragt und eine andere Grundhaltung erlernt, die optimistischer ist und dem Betroffenen wieder Handlungsspielraum ermöglicht. Fachleute nennen das „Selbstwirksamkeit“, d. h., der Betroffene erlebt sich nicht mehr als hilflos, sondern kann seine Umwelt wieder beeinflussen.

Bindungsstörungen

Depressives Verhalten ist zusätzlich selbstverstärkend. Depressive Menschen lösen in ihrem Umfeld oft negative Reaktionen aus. Klagendes und jammerndes Verhalten stößt oft auf Ablehnung. Ein depressiver Patient fühlt sich dann in seiner negativen Weltsicht erneut bestätigt: Man wolle ja mit ihm nichts zu tun haben. Dadurch sinkt wieder der Selbstwert und es entsteht eine Negativspirale.

Die moderne Bindungsforschung vermutet außerdem, dass schon bei kleinen Kindern ungünstige Beziehungserfahrungen den Grundstein für eine spätere Depression legen können.

Wenn kleine Kinder von ihren Bezugspersonen vernachlässigt oder sogar traumatisiert werden und keine Sicherheit und Geborgenheit erfahren, glauben sie vielleicht, dass sie niemandem vertrauen können, und ziehen sich zum Beispiel zurück. Es kann sich dann ein misstrauischer Beziehungsstil entwickeln oder ein ständiges Ringen um Anerkennung. Der Betroffene stellt dann unrealistische Anforderungen an sich selbst, die nur ungenügend erfüllt werden können, was wiederum schnell zu Enttäuschungen führt. Unsichere Bindungserfahrungen können auch dazu führen, dass die Betroffenen zu sehr klammern und ihre Bezugspersonen stark einengen. Wenn die Betroffenen dann wieder Ablehnung provozieren, verstärkt das erneut die weiter oben erlernte

Hilflosigkeit.

Die vier folgenden Bindungstypen werden von Forschern beschrieben:

- sichere Bindung
- unsicher vermeidende Bindung
- unsicher ambivalente Bindung
- desorganisierte Bindung

Sicher gebundene Kinder haben im späteren Leben ein wesentlich geringeres Depressionsrisiko.

Auch die fehlende soziale Kompetenz im Umgang mit anderen kann nachträglich in einer Psychotherapie wieder erlernt werden, und selbst die negativen Beziehungserfahrungen lassen sich unter günstigen Bedingungen später noch korrigieren.

Charaktereigenschaften

Die erwähnten erlernten Verhaltens- und Haltungsmuster prägen im Laufe der Zeit auch die Wesensart eines Menschen oder seinen Persönlichkeitsstil. Einige Autoren haben daher untersucht, ob es so etwas wie einen depressiven Grundcharakter gibt. Zum Charakter einer Person gehört es z. B., ob er eher offen für neue Erfahrungen ist oder lieber am Bekannten festhält. Der zweite wichtige Persönlichkeitszug ist, ob jemand eher extrovertiert oder eher introvertiert ist, ob er also im gesellschaftlichen Leben eher nach außen gerichtet auftritt, ob er gesellig, aktiv und optimistisch ist oder eher zurückhaltend, alleine und unabhängig handelt. Die dritte Unterscheidung, die Persönlichkeitspsychologen gerne treffen, ist, ob jemand eher zu „Neurotizismus“ neigt oder nicht. Personen mit hoher Ausprägung dieser Charaktereigenschaft sind häufiger nervös, ängstlich, traurig, haben ein schwaches Selbstwertgefühl und können schlechter mit Stress umgehen. Umgekehrt kann jemand mit geringer Ausprägung von Neurotizismus eher ruhig, ausgeglichen und selbstsicher auftreten und besser mit Stress umgehen.

Personen mit einem hohen Anteil an Neurotizismus wären also eher gefährdet, eine Depression zu erleiden.

Eine andere Persönlichkeitstheorie geht davon aus, dass depressive Menschen eine Art „Helfertyp“ sind. Das bedeutet, dass sie sich viel für andere einsetzen und ihre eigenen Interessen eher zurückstellen. Der Grund für dieses Verhalten ist nach dieser Theorie ein ständiges Kämpfen um Anerkennung und Gemochtwerden. Die Anerkennung erfolgt aber stets über die Leistung. Umso größer wäre bei einem solchen Charaktertyp dann die Enttäuschung und Frustration, wenn er z. B. ausgenutzt würde oder überhaupt keine Anerkennung bekäme. Oft fühlt sich ein Betroffener nur geliebt, wenn er geholfen hat und andere unterstützt. Man vermutet, dass besonders Menschen betroffen sind, die schon früh in ihrer Familie Verantwortung übernehmen mussten, evtl. schon als Kind.