

Manfred Wolfersdorf

Depression

Die Krankheit bewältigen



Manfred Wolfersdorf

Depression

Die Krankheit bewältigen

Unter Mitarbeit von Eva Schaller und
Ulrike Rupprecht

BALANCE **ratgeber**

Manfred Wolfersdorf:

Depression. Die Krankheit bewältigen

1. Auflage der Neuauflage 2010

ISBN-Print: 978-3-86739-060-6

ISBN-PDF: 978-3-86739-742-1

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.

Bei Medikamenten, die in diesem Buch ohne besondere Kennzeichnung aufgeführt sind, kann es sich um gesetzlich geschützte Warenzeichen handeln, die nicht ohne Weiteres benutzt werden dürfen.

© BALANCE buch + medien verlag, Bonn 2010

Der BALANCE buch + medien verlag ist ein Imprint

der Psychiatrie Verlag GmbH, Bonn

www.balance-verlag.de

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf ohne Zustimmung des Verlags vervielfältigt, digitalisiert oder verbreitet werden.

Erstausgabe Psychiatrie-Verlag, Bonn 2000

Lektorat: Dr. Matthias Reiss, München (www.dr-reiss.com)

Umschlagkonzeption: p.o.l. kommunikation design, Köln

unter Verwendung eines Fotos von drunkenbutterfly/photocase.com

Typografie, Illustrationen und Satz: Iga Bielejec, Nierstein

Druck und Bindung: Kösel, Krugzell (www.koeselbuch.de)

Zum Schutz von Umwelt und Ressourcen wurde für dieses Buch

FSC®-zertifiziertes Papier verwendet:



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 66

Handeln 71

Verursachung und Verlauf depressiver Erkrankungen 76

Unterschiedliche Verläufe 91

TEIL II Behandeln und bewältigen

Therapie 96

Frühzeitige therapeutische Begleitung 97

Psychotherapie 107

Zentrale Aspekte im Umgang mit depressiven Personen 114

Klagen erlaubt: Die psychotherapeutische Beziehung 118

Erste therapeutische Schritte gehen 125

Einzelpsychotherapie mit depressiv Kranken 130

Psychotherapeutische Gruppenarbeit mit Depressiven 135

Medikamentöse Behandlung 146

Wie wirken Antidepressiva? 154

Dosierung und Behandlungsdauer 163

Zur medikamentösen Rückfallvorbeugung und Langzeittherapie 167

Absetzen von Antidepressiva 169

Absetzen von Lithium 171

Psychoedukation 172

Selbsthilfegruppen 183

Selbsthilfegruppen für depressive Patienten 183

Selbsthilfegruppen für Angehörigen 184

Soziotherapie bei Depressionen 188

Rehabilitative Behandlung 194

Langfristige Behandlung und Wiedererkrankungsprophylaxe 198

Spezifische Erscheinungsformen 201

Chronische Depression 201

Depression und Suizidalität 206

Die »wahnhafte« Depression 212

Männerdepression 217

Bipolare Depression 221

Schlussbemerkungen 225

Literatur 227

Internetadressen 238

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 darüber, wie sie sich in der Klinik eingewöhnt hatte, woher sie und ich kommen und wie wir den warmen Sonnentag genießen bzw. nicht genießen können. Wir sprachen über 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 eine Brücke bauen, und das trotz des oben erwähnten Vorbehalts der Patientin, dass eine Depression in ihrer Tiefe nur derjenige verstehen könne, der selbst einmal depressiv war. Häufig habe ich von schwer depressiv erkrankten Menschen die Klage gehört, dass die Ratgeber, die ihnen von Angehörigen geschenkt wurden, zu wenig ihr eigenes Krankheitsbild einer schweren depressiven Erkrankung wieder-

8 geben und viel zu oft ein leichtfertig dahingeschriebenes »positives Denken« empfehlen würden. Letzteres sei sowieso nur von Gesunden zu leisten 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 und vor dem Hintergrund einer nun dreißigjährigen Beschäftigung mit depressiv kranken Menschen im stationären und ambulanten Bereich. Geholfen haben mir dabei die beiden Psychologinnen unserer Depressionstationen am Bezirkskrankenhaus Bayreuth, Frau Ulrike Rupprecht und Frau Eva Schaller

Von den von mir oft langjährig begleiteten Patienten und ihren Partnern und Familien habe ich gelernt, was eine depressive Erkrankung bedeuten kann. Hier 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

Kay Redfield 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 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 Piet C. KUIPER vom Lehrstuhl für Psychiatrie in Amsterdam in »Seelenfinsternis« (1991) seine Depression beschrieben und sie zu dem in Beziehung gesetzt, was er sich zuvor unter einer Depression vorgestellt hatte. Er reflektiert in seinem Buch im Kapitel »Patient und Psychiater zugleich«, wie er sich, auf seine Krankheit zurückblickend, gefragt habe, ob seine alten Vorstellungen über Depressionen eigentlich richtig gewesen seien. 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)

Piet 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. Das geht oft mit körperlichen Symptomen, Schlafstörungen, mangelndem Appetit und Obstipation einher. Aus Sicht eines Betroffenen 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, kann man auch ein vertieftes Verständnis dafür vermitteln, wie die Depression erlebt wird. Depressionen sind derart weit verbrei-

tete Erkrankungen, dass eine Verbesserung des Kenntnisstands nicht nur für Betroffene und Angehörige wichtig ist, sondern auch für Ärzte, Psychologen, Sozialpädagogen und alle, die im medizinischen und psychosozialen Feld tätig sind, und für die Allgemeinbevölkerung.

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

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 wird plötzlich vieles in Frage gestellt: die persönlichen Entwicklungsmöglichkeiten, die körperliche und psychische Leistungsfähigkeit und die Beziehungsfähigkeit. Der Mensch ist nun in seiner Vitalität derart beeinträchtigt, dass es zuerst zu Krankschreibung, zur ambulanten und stationären Behandlung kommt. Dann ist aber auch allmählich das Leben durch die Suizidalität und die Beeinträchtigung der gesamten Lebensperspektive gefährdet, weil die Krankheit chronisch wird.

Siegfried 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 schwe-

ren 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 schwerst depressiven Patientinnen und Patienten inzwischen um 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 Bedarfs-gerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit neben vier körperlichen Erkrankungen die »depressiven Störungen« zu einem gesundheitspolitisch bedeutsamen Thema des nächsten Jahrzehnts erklärt. Dabei wurde sowohl auf das Problem der alten depressiven Menschen als auch auf das der jungen Depressiven hingewiesen.

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

Im Oktober 2005 hat die EU-Kommission für Gesundheit ein sogenanntes Grünbuch 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 nach Berechnungen des Statistischen Bundesamtes (2010) im Jahr 2008 5,2 Milliarden Euro für die Prävention, Behandlung und Rehabilitation von depressiven Erkrankungen ausgegeben wurden. Neben den direkten Krankheitskosten sind auch die volkswirtschaftlichen Kosten beträchtlich. Einer Studie der Bundespsychotherapeutenkammer (2010) zufolge erkranken deutsche Arbeitnehmer am häufigsten an Depressionen und fehlen dadurch besonders lange, nämlich durchschnittlich 35 bis 50 Tage an ihrem Arbeitsplatz. Es also nicht weiter verwunderlich, dass die Gesundheitspolitik und die Fachgesellschaften ihre Kräfte bündeln, um Depressionen früher zu erkennen und besser zu behandeln.

Dazu trägt auch bei, dass die Stigmatisierung psychischer Erkrankungen abgenommen hat, auch wenn es – wie der Fall Robert Enke zeigt –, immer noch nicht selbstverständlich ist, sich als depressiv Erkrankter zu outen. Doch wenn Politiker, Psychiater und Psychologen heute mit Selbstbeschreibungen ihrer eigenen depressiven Erkrankungsphasen an die Öffentlichkeit gehen, dann ist es stets ihr Anliegen, nicht nur auf die Schwere und Gefährlichkeit, ja Lebensgefährlichkeit der Erkrankung Depression hinzuweisen, sondern auch auf ihre Behandelbarkeit. Und das sollte allen Betroffenen und ihren Angehörigen Hoffnung geben und Mut machen.

TEIL I

Beschreiben und verstehen