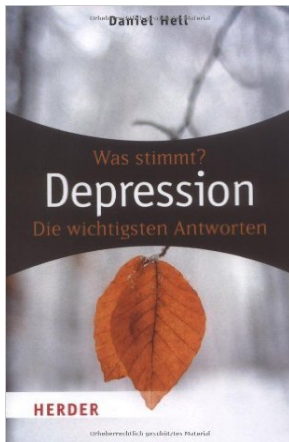


Leseprobe:

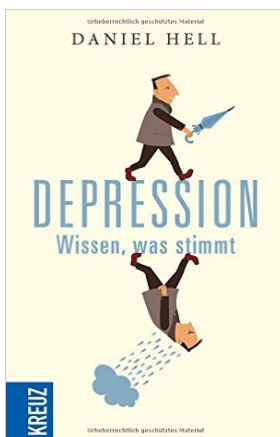


Depression - Was stimmt?

Die wichtigsten Antworten

(Erstauflage: 2007) Freiburg i. B.: Herder; 4. Auflage, 2010

Dieses Buch erscheint seit September 2015 in einer erweiterten und aktualisierten Auflage und mit neuem Titel im Kreuz Verlag:



DEPRESSION - Wissen, was stimmt

Freiburg i. B.: Kreuz; 1. Auflage, 2105

(S. 12/13, aus der **Einleitung**)

Das depressive Geschehen ist aber nicht eindimensional. Trotz äusserer Starre ist es voller Dynamik. Deshalb greifen einfache, monokausale Erklärungen meist zu kurz. Hüten muss man sich dort, wo unpersönliche Interessen im Spiel sind, etwa Marketing-Strategien oder gesundheitspolitische Interessen einzelner Gruppierungen. Aber auch Eltern, Partner und Freunde können aus Eigeninteresse eine bestimmte Sichtweise nahelegen, weil ihnen eine andere unangenehm oder belastend erscheint. Nicht zuletzt führen kulturelle und gesellschaftliche Umstände dazu, dass ein bestimmtes Depressionsverständnis in den Vordergrund rückt. Dadurch werden Vorurteile verstärkt. Sie dienen nicht selten zur Schuldentlastung der einen und zur Schuldzuschreibung an anderen. Solche geläufigen Vorurteile wer-

den in diesem Buch als Kapitelüberschriften benützt. Das erlaubt mir, diesen Vorurteilen Kapitel für Kapitel die bekannten Fakten entgegenzuhalten. Dadurch wird das Bild der Depression vielschichtiger und facettenreicher.

(S.28/29, aus dem Kapitel 2 **Das Erscheinungsbild**)

„Depression ist Trägheit oder Faulheit“: Zweifelsohne sind depressive Menschen verlangsamt und interessearm und wirken dadurch träge. Sie sind es aber gegen ihren Willen. Nichts wäre ihnen lieber, als wieder aktiv sein zu können. Deshalb ist es nicht nur – auch nach religiöser Auffassung – falsch, sie als schlecht oder sündig zu beurteilen (weil zur christlichen Auffassung von Sünde ein Willensentscheid gehört). Es ist auch widersinnig, an ihren Willen zu appellieren. Dadurch wird ihr Problem, wie wir noch sehen werden, eher grösser als kleiner.

Trotzdem werden Depressionen immer wieder mit willentlicher Trägheit oder Faulheit in Zusammenhang gebracht. Auch in der Spätmoderne besteht die Gefahr, dass jegliches depressive Geschehen von vornherein und unbesehen schlecht gemacht wird. Statt aber eine Depression als Sünde zu diskriminieren, neigt die Moderne dazu, auch leichte und vorübergehende depressive Leidensformen zu pathologisieren. Wo Sünde (im religiösen Verständnis) war, ist jetzt Krankheit (in medizinischem Sinne). Gesundheit wird - etwa von der WHO - mit völligem Wohlergehen gleichgesetzt, obwohl gerade ein Umgang mit leichterem depressivem Unwohlsein eine Voraussetzung für wirkliches Gesunden sein könnte. Gewiss, Depressionen sind sehr ernst zu nehmen. Sie können sich zu schweren Krankheiten entwickeln. Das ist aber kein Grund, jegliches Deprimiertsein und leichtere depressive Verstimmungen als Ausdruck eines Krankheitsprozesses einzuschätzen, den es an der Wurzel auszurotten gilt. Vielmehr wachsen Depressionen aus gesunden Reaktionsweisen heraus. Dazu gehört normales Deprimiertsein, wenn jemand ungerecht behandelt, beschämt, psychisch verletzt oder übermässig belastet wird.

(S.39/40, aus dem Kapitel 3 **Die Verbreitung**)

„Depression ist eine Wohlstands- und Modekrankheit“: Die Zunahme von Depressionsbehandlungen in der westlichen Wohlstandsgesellschaft der letzten Jahrzehnte verführt leicht hin zum Schluss, Depressionen seien eine Modeerscheinung unter verwöhnten Menschen und Nationen. Tatsächlich treten aber Depressionen häufig in benachteiligten Bevölkerungsschichten auf, insbesondere bei Arbeitslosen, Menschen mit geringem Einkommen und bei mehrfach belasteten Personen.

Besonders gut untersucht sind die Folgen von Arbeitslosigkeit. Weit über 50 Studien aus unterschiedlichen Ländern weisen übereinstimmend darauf hin, dass die Zunahme der Arbeitslosigkeit die Häufigkeit von Depressionen in der Bevölkerung erhöht. Neueste Untersuchungen belegen zusätzlich, dass auch die Arbeitsplatzunsicherheit, mithin die Angst vor Arbeitslosigkeit, die Depressionsrate erhöht. Verlaufsstudien zeigen darüber hinaus, dass die Erhöhung der Depressionsrate unter Arbeitslosen nicht allein auf persönliche Faktoren oder auf schon früher aufgetretene Depressionen zurückzuführen sind, sondern dass der drohende oder bereits eingetretene Verlust von Arbeit nachweislich das psychische Gleichgewicht stört und häufig Depressionen auslöst ...

In Wohlstandsgesellschaften sind jene Bevölkerungsgruppen am häufigsten von Depressionen betroffen, die besonders stark mit belastenden Lebensereignissen – sog. life events – wie schwerwiegende finanzielle, familiäre oder Wohnprobleme – zu kämpfen haben. So haben getrennte, geschiedene oder verwitwete Menschen deutlich häufiger Depressionen als verheiratete Personen. Gut überprüft ist auch der Befund, dass vor allem Frauen mit kleineren Kindern ohne Unterstützung durch den Partner häufiger an Depressionen erkranken.

(S.55, aus Kapitel 4 **Der Verlauf**)

„Einmal depressiv – immer depressiv“: Depressionen werden häufig als chronische Krankheiten verkannt, auch weil sie mit einem Mangel an persönlicher Widerstandskraft in Zusammenhang gebracht werden. Depressive Episoden sind aber – wie der Name sagt – in der Regel vorübergehender Art. Sie dauern wenige Wochen bis einige Monate an. Unter adäquater Behandlung klingen die meisten Depressionen langsam ab. Allerdings machen Menschen, die einmal eine depressive Episode erlebt haben, in über der Hälfte der Fälle zu einem späteren Zeitpunkt einmal oder mehrmals eine weitere Episode durch. Zudem klingen nicht alle depressiven Episoden vollständig bis zur Symptomlosigkeit ab, so dass manchmal noch Restbeschwerden, wie etwa Selbstwertprobleme, unruhiger Schlaf oder morgendliche Antriebsschwäche für kürzere oder längere Zeit weiter bestehen.

(S.105/106, aus dem Kapitel 6 Therapie und Prophylaxe)

„Jeder depressive Mensch braucht Medikamente“: Noch vor kurzer Zeit herrschte in der Öffentlichkeit die Meinung vor, depressive Menschen müssten in der Regel psychotherapeutisch behandelt werden. Schliesslich handele es sich bei Depressionen um seelische Erkrankungen. In der Zwischenzeit – nach „der Dekade des Gehirns“ in den

1990er Jahren und der Popularisierung der Neurowissenschaften – nehmen immer mehr Menschen an, die Depression sei als Hirnerkrankung primär mit biologischen bzw. pharmakologischen Methoden zu behandeln.

Beide Positionen, die ältere und die neuere, sind zu hinterfragen. Zum einen wird eine Entscheidung nach dem „Entweder-oder-Prinzip“ der Wirklichkeit nicht gerecht. Oft zeigt die Kombination verschiedener Methoden im Sinne eines „Sowohl-als-auch“ bessere Resultate. Zum anderen hängt die Therapiewahl auch vom Schweregrad der Erkrankung, von der Persönlichkeit der Betroffenen und von der zugrunde liegenden psychosozialen oder körperlichen Problematik ab.

(S.117/118, aus dem Kapitel 6 **Therapie und Prophylaxe**)

„Psychotherapien dauern ewig“: Die nach wie vor bekannteste Psychotherapieform stellt die Psychoanalyse dar. Sie wurde um die vorletzte Jahrhundertwende von Sigmund Freud entwickelt und von seinen Schülern teilweise abgewandelt. In der klassischen Psychoanalyse liegt der Analysand auf der Couch, ohne Blickkontakt zum hinter ihm sitzenden Analytiker zu haben. Diese klassische Analyse dauert oft Jahre, mitunter sogar ein Jahrzehnt. Weil diese klassische Therapieform das öffentliche Bewusstsein immer noch prägt, liegt das Vorurteil nahe: „Psychotherapien dauern ewig.“

In Wirklichkeit wird die klassische Psychoanalyse bei depressiven Erkrankungen nicht mehr angewandt. Vielmehr kommen psychoanalytisch orientierte Kurztherapieformen zur Anwendung. Dabei sitzen sich Patient und Therapeut gegenüber und bearbeiten in meist einstündigen Therapiesitzungen über mehrere Wochen und Monate hinweg den psychodynamischen Hintergrund der depressiven Problematik. Neben solchen psychoanalytisch orientierten Psychotherapien werden heute mehrere andere Kurzpsychotherapieformen angewendet, die in den letzten Jahrzehnten entwickelt wurden. Ihre Wirksamkeit wurde in empirischen Studien vielfach belegt.

(S. 137/138, aus dem Kapitel 8 **Depression und Burnout**)

"Burnout ist nicht Depression": Burnout ist nach der WHO keine anerkannte psychiatrische Diagnose. Zwar wird im Diagnosemanual der WHO – der sog. International Classification of Diseases (ICD-10) – aufgeführt, dass Menschen wegen Erschöpfung und Burnout medizinische Hilfe suchen. Doch wird Burnout nicht als abgrenzbare psychische Störung eingeschätzt, sondern als Erschöpfungsprozess beurteilt, der zu einer von der WHO aner-

kannten psychischen Störung wie einer depressiven Episode oder einer Angststörung führen kann.

Tatsächlich wehren sich auch viele Burnout-Betroffene gegen eine Pathologisierung als psychisch krank oder gestört. Sie schätzen ihr Leiden vielmehr als verständliche Folge ihres grossen Arbeitseinsatzes oder ihrer misslichen Berufssituation ein. Somit stimmen Experten und Betroffene mindestens teilweise darin überein, dass Burnout keine eigentliche psychische Erkrankung darstellt und nicht mit einer Depression gleichzusetzen ist.

Allerdings darf daraus nicht der Schluss gezogen werden, dass sich Burnout scharf von Depressionen abgrenzen lässt. Denn wenn die Symptomatik von Burnout und Depression genauer untersucht wird, finden sich Ähnlichkeiten und fließende Übergänge. So überschneidet sich etwa die Skalierung des weltweit am meisten verwendeten Messinstruments für Burnout (Maslach-Burnout-Inventory) mit dem am häufigsten gebrauchten Fragebogen für Depressionen (von Beck). Wer im Burnout-Fragebogen hohe Werte erzielt, hat im Depressionstest ebenfalls höhere Werte. Auch wenn Burnout-Betroffene von psychiatrischen Experten klinisch interviewt werden, findet sich eine starke Überlappung von Depression und Burnout. So ergab z.B. eine grosse finnische Studie (von Ahola und Mitarbeitern, 2005), dass 53% der Personen mit schwerem Burnout eine Depression aufwiesen. Nach einer anderen Studie der gleichen Arbeitsgruppe erhöht Burnout das Risiko depressiver Symptome um das Zwei- bis Dreifache.