

Prof. Dr.  
Andreas Menke

# DEPRESSION

## WISSEN, WAS HILFT

Neueste Erkenntnisse und  
wirksame Therapien, um die Krankheit  
zu überwinden



PIPER

Prof. Dr. Andreas Menke  
*Depression – wissen, was hilft*



Prof. Dr. Andreas Menke

# **DEPRESSION – wissen, was hilft**

Neueste Erkenntnisse und  
wirksame Therapien,  
um die Krankheit zu überwinden

Mit 24 Grafiken und Abbildungen

**PIPER**

*Mehr über unsere Autorinnen, Autoren und Bücher:*  
[www.piper.de](http://www.piper.de)

Die in der vorliegenden Arbeit verwendeten Personenbezeichnungen beziehen sich gleichermaßen auf weibliche, männliche und diverse Personen. Auf eine Doppelnennung oder gegenderte Bezeichnungen wird zugunsten einer besseren Lesbarkeit verzichtet.

Die Namen und Orte der Personen in den Fallbeispielen wurden aus persönlichkeitsrechtlichen Gründen verändert.

Inhalte fremder Webseiten, auf die in diesem Buch (etwa durch Links) hingewiesen wird, macht sich der Verlag nicht zu eigen. Eine Haftung dafür übernimmt der Verlag nicht. Wir behalten uns eine Nutzung des Werks für Text und Data Mining im Sinne von § 44b UrhG vor.



ISBN 978-3-492-07287-8

© Piper Verlag GmbH, München 2024

Satz: Tobias Wantzen, Bremen

Gesetzt aus der Calluna

Litho: Lorenz & Zeller, Inning am Ammersee

Druck und Bindung: GGP Media GmbH, Pößneck

Printed in Germany

*Für meine Eltern Siegrun und Klaus*

# Inhalt

**Vorwort** 11

**Bin ich depressiv?** 19

Die Symptomatik 19

Die unterschiedlichen Ausprägungen 28

*Die melancholische Depression* 28

*Die atypische Depression* 28

*Die agitierte Depression* 28

*Die psychotische Depression* 29

*Die somatisierte Depression/larvierte Depression* 31

*Die Altersdepression* 32

*Die saisonale affektive Störung* 32

*Die postpartale Depression – Wochenbett-  
depression* 33

*Die ängstliche Depression* 34

Depression bei Kindern 35

*Verlaufsformen* 36

Interview mit Clara Louise 38

Abgrenzung zu anderen Krankheitsbildern	41
<i>Burnout: Unterschied Depression vs. Burnout</i>	41
<i>Bipolare Depression im Rahmen einer bipolaren affektiven Störung</i>	44
<i>ADHS und Depression</i>	54

Interview mit Angelina Boerger	59
--------------------------------	----

## **Wir müssen nun über Suizidalität sprechen** 67

## **Kurze Geschichte der Depression** 77

## **Wie entsteht eine Depression?** 91

Genetische Verwundbarkeit	91
---------------------------	----

Psychologische Verwundbarkeit	97
-------------------------------	----

Die Umwelt – was ist toxischer Stress?	98
--	----

<i>Exkurs: Stress and the City</i>	108
------------------------------------	-----

Mechanismen der Depressionsentstehung	112
<i>Die Monoaminmangel-Hypothese – zu wenig Serotonin?</i>	113
<i>Oder doch nur Stress: die Stress-Systeme des Körpers</i>	114
<i>Exkurs: Die großen Krisen: Corona, Klima, Ukraine ...</i>	124
<i>Veränderungen in der Struktur und der Funktion     des Gehirns</i>	132
<i>Neuroplastizität, Neurogenese oder auch die Anpassungs-     fähigkeit des Gehirns</i>	134
<i>Die Darm-Gehirn-Achse – oder das Mikrobiom</i>	134
<i>Was sind denn nun die Mechanismen der Depressions-     entwicklung?</i>	137

## **Was macht die Depression mit meinem Körper?** 139

## **Depressionsmanagement, Rückfallprophylaxe und Prävention – 10 Wege aus der Depression** 151

1. Psychotherapie 155
  - Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)* 160
  - Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie* 167
  - Systemische Therapie* 169
  - Nebenwirkungen der Psychotherapie* 170
2. Hilfe auf Rezept – Antidepressiva 171
  - Exkurs: Therapie der bipolaren Depression* 188
3. Psychedelika – den Geist offenbaren 190
4. Weitere biologische Verfahren: Elektrokrampftherapie  
und Co. 200
  - Exkurs: Therapie der therapieresistenten Depression* 208

*Exkurs: Personalisierte Medizin – Therapeutisches  
Drug Monitoring und Gentests* 209

5. DIGAs und weitere internet- und mobilbasierte  
Therapiemöglichkeiten 213
6. Stressmanagement: Achtsamkeit und Entspannungs-  
verfahren 216
7. Sport 220
8. Ernährung 226
9. Natur als Therapie: Waldbaden 230
10. Freunde und Beziehungen 233

**Mein Angehöriger ist depressiv,  
wie kann ich helfen?** 237

**Wer hilft mir?** 243

Nützliche Adressen 247

**Ausblick** 250

Prävention: Steinzeitmenschen  
auf der Überholspur ... 253

**Anhang** 257

Quellen 263



# Vorwort

Wieso braucht es ein weiteres Buch über Depression? Gibt es nicht schon genug davon?, werden Sie sich vielleicht fragen. Während ich im November 2023 an diesem Buch schrieb, wurden die Suizidzahlen für 2022 veröffentlicht. Es war zu einem deutlichen Anstieg der Suizide in Deutschland gekommen, mit 10119 Toten sind es fast 10% mehr als im Jahr zuvor. Die Suizidrate war seit 1980, von 18451 ausgehend, stetig mit jeweils nur kleinen Rückschritten gesunken, seit damals gab es keinen so deutlichen Anstieg mehr. Der stetige Rückgang reflektierte die verbesserten Behandlungsoptionen, aber auch das gestiegene Bewusstsein um die Depression und die wachsende Entstigmatisierung der Depression und Suizidalität. Wieso haben wir aber jetzt diesen starken Anstieg der Suizidalität zu verzeichnen?

Wir waren schon sehr weit gekommen; viele bekannte Persönlichkeiten wie Wincent Weiss, Bruce Springsteen, Ed Sheeran, Katty Salié, Nora Tschirner, Kurt Krömer, Lewis Hamilton, Hazel Brugger, Sarah Connor, Stefanie Giesinger, Gesine Schwan, Clara Louise, Torsten Sträter und noch viele mehr haben über ihre Depression gesprochen. Aber offensichtlich reicht dies nicht. Es gibt immer noch eine Stigmatisierung. Immer noch werden Patienten mit einem Herzinfarkt anders behandelt als mit einer Depression.

Die Depression ist in gewisser Hinsicht wie ein zweischneidiges Schwert: auf der einen Seite die Krankheitsbelastung

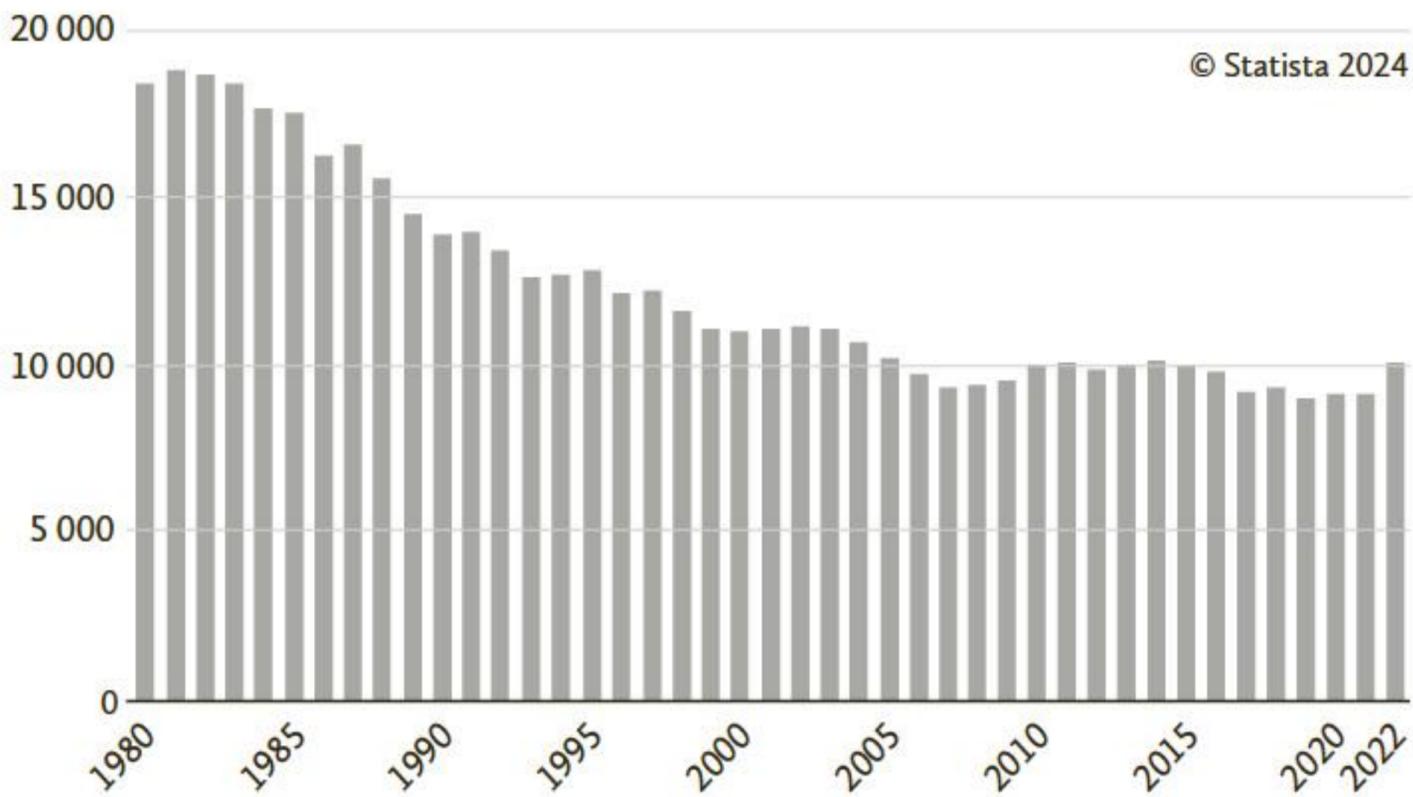
durch die Symptome, die ein normales Leben nahezu unmöglich macht, auf der anderen Seite die Stigmatisierung durch die Gesellschaft, die Vorurteile und Ängste, die Menschen mit einer Depression diskriminieren und von vielen Möglichkeiten des Lebens, seien es berufliche oder gesellschaftliche, ausschließen [1, 2].

Die Stigmatisierung führt sogar so weit, dass Behandlungsmöglichkeiten nicht ausreichend angeboten, zu spät aufgesucht oder gar nicht aufgesucht werden. Manche Behandlungsmöglichkeiten, wie zum Beispiel die Antidepressiva, werden ebenfalls stigmatisiert. Zudem werden wirksame Medikamente, die eine Krankheit in letzter Konsequenz sogar heilen können, von manchen regelrecht verteufelt. Bei Betablockern, die nach einem Herzinfarkt helfen, konnte man so eine Abneigung noch nie beobachten.

Manche Betroffene mit einer Depression vertrauen sich selbst ihren Nächsten nicht an, weil sie befürchten, von ihnen missverstanden zu werden. Ähnlich verhält es sich am Arbeitsplatz, kaum jemand möchte offen vor seinen Vorgesetzten oder seinen Kollegen über Depression sprechen. Ein Patient von mir, eine Führungskraft auf Direktorenebene in einem weltweit agierenden, allseits bekannten Konzern, zitierte seinen Vorstand: »Sagen Sie niemandem, dass Sie eine Depression haben. Erzählen Sie etwas von einer Kur, und nehmen Sie sich eine Auszeit ...«

Nun frage ich Sie: Würden Sie nach einem Herzinfarkt zögern, Ihren Kollegen und Ihrem Vorgesetzten davon zu berichten? Wenn ja, warum? Da ist also wirklich noch einiges zu tun. Immerhin gibt es schon verschiedene, von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und auch von anderen initiierte Programme, um die Entstigmatisierung voranzubringen [3-5].

Was sind nun die Fakten? Etwa jeder Fünfte erleidet mindestens eine depressive Episode in seinem Leben. Wir gehen davon aus, dass in einem Jahr etwa 8,2% der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland an einer Depression leiden, das



Anzahl der Suizide in Deutschland seit 1980 [6].

sind 5,3 Millionen Menschen [7, 8]. In dieser Zahl sind allerdings Kinder und Jugendliche sowie Menschen über 79 Jahre nicht berücksichtigt. Depression ist also eine Volkserkrankung, die wirklich jeden treffen kann, und stellt eine massive Belastung in allen Lebensbereichen dar.

Lange waren Herz-Kreislauf-Erkrankungen als Ursache für eine Frühberentung führend, dann wurden die medizinischen Behandlungsmöglichkeiten des Herz-Kreislauf-Systems immer besser, und so lösten Muskel-Skelett-Erkrankungen, also der klassische »Rücken«, die Herzerkrankungen ab. Mittlerweile ist mit die Depression 16,2% die führende Ursache bei Frühberentungen [9, 10]. Bei der Arbeitsunfähigkeit liegt sie zwar noch auf dem zweiten Platz, allerdings führt sie mit riesigem Abstand bei der Erkrankungsdauer je Fall mit durchschnittlich mehr als 39 Tagen [11, 12]. Und laut der Global-Burden-of-Disease-Studie ist Depression weltweit ebenfalls auf dem zweiten Platz, diesmal aber bezogen auf die gesunden Lebensjahre, die durch die Erkrankung verloren werden, also noch vor Herzinfarkten, Schlaganfällen oder Krebserkrankung [13].

Es gehen aber nicht nur Jahre an gesundem Leben, mit Teilnahme am gesellschaftlichen und beruflichen Leben, verlo-

ren, sondern auch Lebensjahre überhaupt. Die Sterblichkeit ist durch Suizide, aber auch durch die Entwicklung oder Verschlechterung von vielen anderen körperlichen Erkrankungen erhöht, wie etwa Herzerkrankungen, Schlaganfällen, Diabetes mellitus, das Metabolische Syndrom und Krebserkrankungen [14, 15]. Bei schweren psychischen Erkrankungen wie einer schweren Depression kostet es Betroffene möglicherweise mehr als zehn Jahre, die sie früher sterben [16].

Das durch die Depression verursachte Leid lässt sich aber eigentlich nicht in Zahlen ausdrücken. Der wirtschaftliche Schaden, den sie verursacht, lässt sich jedoch schon errechnen. In Europa, so schätzt man, sind etwa 30 Millionen Menschen von der Depression betroffen, was geschätzt 92 Milliarden Euro kostet [17]. Die Allianz-Versicherung hat in Zusammenarbeit mit dem Wirtschaftsinstitut RWI für das Jahr 2008 berechnet, welche Kosten genau durch die Depression entstehen. Dies sind zum einen die direkten Krankheitskosten, die für ambulante, teilstationäre und stationäre Behandlungen sowie medizinische Heil-, Präventions- und Rehabilitationsbehandlungen zu entrichten sind [18].

Es entstehen aber auch indirekte Kosten, insbesondere durch Präsentismus und Absentismus bei der Arbeit. Präsentismus ist ein Maß für das Arbeiten mit eingeschränkter Leistungsfähigkeit, zum Beispiel durch Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen. Absentismus sind die Fehlzeiten, die typischerweise bei einer Depression mehrere Wochen bis Monate betragen können. Somit gehen dem Unternehmen das Wissen und die Kompetenz der Mitarbeitenden, zumindest für eine gewisse Dauer, verloren. Im Report der Allianz werden die direkten Krankheitskosten mit 5,2 Milliarden Euro angegeben, was sich zusammensetzt aus 1,8 Milliarden Euro für den ambulanten und 2,9 Milliarden für den stationären einschließlich teilstationären Bereich.

Die indirekten Kosten sind weit schwieriger zu berechnen, sie ergeben sich aus Mortalität und Morbidität, also aus der Sterblichkeit und den erkrankungsbedingten Folgen auf die

Arbeit, hier werden im Report der Allianz 1,3 Milliarden Euro angegeben. Weitere Komponenten der indirekten Kosten sind die Arbeitsunfähigkeit mit 1,6 Milliarden Euro, die Erwerbsunfähigkeit, also Frühberentung, mit 4,6 Milliarden Euro, und der Präsentismus lässt sich auf 9,3 Milliarden Euro schätzen, wenn man von einem Produktivitätsverlust von etwa 1,8 Stunden pro Tag ausgeht. Somit kam es im Jahr 2008 zu geschätzten Gesamtkosten von etwa 22 Milliarden Euro [18].

Lassen Sie mich ein paar weitere Zahlen hinzufügen. Die Stiftung Deutsche Depressionshilfe und Suizidprävention untersucht jährlich in einer repräsentativen Umfrage die Einstellungen und Erfahrungen zur Depression und zu deren Behandlungssituation in der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland. Das Barometer Depression hat im Jahr 2022 ermittelt, dass im Durchschnitt 20 Monate vergehen, bis sich Menschen mit einer Depression Hilfe suchen [19].

Die Gründe liegen in der erkrankungsbedingten Antriebslosigkeit, aber auch in der Stigmatisierung durch die Gesellschaft und in den Versorgungsengpässen. Die Befragten gaben an, dass sie, wenn sie sich Hilfe gesucht hatten, etwa acht Wochen auf einen Termin beim Facharzt und etwa zehn Wochen auf ein psychotherapeutisches Erstgespräch warten mussten. Für dieses Erstgespräch mussten die Betroffenen durchschnittlich fünf Psychotherapeuten kontaktieren [19]. Nach dem Erstgespräch geht es aber leider weiter mit der Warterei. Die Bundespsychotherapeutenkammer hat sich die Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung angeschaut, daraus wurde offensichtlich, dass die durchschnittliche Wartezeit vom Erstgespräch bis zum Therapiebeginn im Jahr 2019 mehr als 20 Wochen betrug [20].

Stellen Sie sich vor, Sie sind massiv belastet durch Traurigkeit oder Gefühllosigkeit, durch Ängste, Unruhe und Anspannung, können sich nicht mehr konzentrieren und nicht mehr richtig schlafen. Und dann müssen Sie diese Wartezeit in Kauf nehmen, bis Sie Hilfe bekommen ...

Wir sehen also, dass es leider immer noch eine gesellschaftliche Stigmatisierung gibt, sodass es Betroffenen nicht leichtfällt, sich Hilfe zu suchen und Hilfe zu bekommen. Ebenfalls sehen wir, dass es in ihrem unmittelbaren Umfeld zu Hause zu Schwierigkeiten kommt. Und leider sehen wir auch, dass die Suizidrate in Deutschland seit Langem wieder substantiell gestiegen ist. Daher denke ich, dass ein weiteres Buch zur Erkrankung Depression richtig und wichtig ist. Meiner Meinung nach kann es nicht genug Bücher über die Depression geben, von Experten, aber auch Betroffenen. Je mehr Erfahrungs- und Wissensaustausch stattfindet, umso mehr wird sich die Stigmatisierung reduzieren und der Zugang zur Behandlung aber auch die Behandlungsmöglichkeiten sich verbessern.

In diesem Buch werde ich – wie es dem Thema angemessen ist – auch belastende Aspekte wie Traumatisierungen oder suizidspezifische Momente beschreiben. Trotzdem werde ich in den einzelnen Kapiteln **keine Trigger-Warnungen** anzeigen. Warum nicht? In Studien wurde gezeigt, dass Trigger-Warnungen eben nicht die negativen emotionalen Konsequenzen abfangen oder vermindern konnten, auch kam es nicht zu einer Verbesserung der Bewältigungskompetenzen [21]. Somit seien Sie sich bitte bewusst, dass ich auch belastende Aspekte in einzelnen Kapiteln thematisieren werde, ohne dass dies davor angezeigt wird.

Eine weitere Anmerkung ist mir auch noch wichtig. Im Folgenden werde ich Ihnen von verschiedenen Patientinnen und Patienten berichten, um Ihnen ein möglichst umfängliches Bild der Depression vermitteln zu können. Alle Krankheitsgeschichten haben sich so ähnlich zugetragen, aber eben nur so ähnlich. Damit keine Rückschlüsse auf einzelne Personen gezogen werden können, sind die Krankheitsgeschichten grundsätzlich in einzelnen soziodemografischen Angaben verfremdet. Die Namen stimmen nie, aber auch Orts- oder Zeitangaben sowie manche Zusammenhänge entsprechen meistens nicht der wahren Krankheitsgeschichte. Somit ist es unmög-

lich, mit den Beschreibungen aus diesem Buch Rückschlüsse auf existierende Personen zu ziehen.

Bevor es nun losgeht, möchte ich Ihnen noch eine Frage stellen, die ich auch gerne den Zuhörern meiner Vorträge stelle. Wie viel Stress hatten Sie im letzten Jahr? Keinen, so mäßig viel oder richtig viel? Und wie haben Sie die Stressbelastung empfunden? Haben Sie sich Sorgen um Ihre Gesundheit gemacht? Bitte merken Sie sich Ihre Antwort, die Auflösung gibt es im Kapitel über die psychologische Verwundbarkeit ...



# Bin ich depressiv?

Warum interessieren Sie sich für dieses Buch über Depression? Machen Sie sich schon länger Sorgen über seltsame Gefühle, die Sie nicht verstehen können? Gefühle, die unangenehm sind und die Sie im Alltag einschränken und belasten? Oder fragen Sie sich, ob eine Freundin oder ein Familienmitglied eine Depression haben könnte?

Im Sprachgebrauch gehen wir sehr leichtfertig mit den Begriffen »Depression« oder »depressiv sein« um. »Heute bin ich deprimiert, gestern hat mein Verein verloren und ist in der Bundesliga abgestiegen«, hört man immer wieder; »Wenn ich diese Schuhe nicht bekomme, dann werde ich depressiv« oder »Das Wetter deprimiert mich heute« sind andere Beispiele. Aber all das hat nichts mit der psychischen Erkrankung Depression zu tun.

## Die Symptomatik

Was also ist die Depression? Zugegeben, in manchen Fällen ist es nicht immer leicht zu unterscheiden, ob eine traurige Stimmung »normal« oder schon klinisch relevant ist. Stimmungsschwankungen gehören zum Leben dazu, sind sogar sehr wichtig für ein erfülltes Leben. Ohne Stimmungsschwankungen wäre es fad und eintönig. Wenn ich einen geliebten Menschen oder ein geliebtes Tier verliere, ist es völlig nachvoll-

ziehbar, dass ich traurig bin. Wenn ich mich lange auf eine bestimmte Aufgabe vorbereitet habe und diese dann nicht gelingt, ist es ebenso natürlich, dass ich enttäuscht und traurig bin. Das Ende einer wichtigen Beziehung führt auch üblicherweise zu Trauer und vielleicht sogar zu Verzweiflung. Dies zeigt aber nur, dass die jeweiligen Situationen mich berühren und eben nicht kaltlassen. Wer möchte nun festlegen, wie lange ich trauern darf, damit es noch »normal« ist? Schließlich ist der Trauerprozess hochindividuell, wir trauern unterschiedlich lange.

Es ist also nicht immer einfach zu entscheiden, ob ein Stimmungstief noch nachvollziehbar ist oder ob es sich schon um eine psychische Erkrankung handelt. Ein paar Merkmale können bei der Unterscheidung aber helfen:

- Mir geht es so schlecht, dass ich immer wieder in der Schule oder in der Arbeit fehle, und wenn ich nicht fehle, wollen mir die Aufgaben nicht richtig gelingen.
- Die Tätigkeiten des Alltags wie Einkaufen, Öffnen der Post, Kochen und Putzen führen zu Schwierigkeiten.
- Bei positiven Nachrichten kann ich mich nicht mehr freuen, auch nicht, wenn ich geliebte Menschen treffe.
- Ich hatte schon eine depressive Episode.
- Ich habe Verwandte, die schon eine depressive Episode hatten.

Es gibt auch Fragebögen, die bei dem Verdacht »Bin ich depressiv?« helfen können. Zum Beispiel eignet sich der »Patient Health Questionnaire (PHQ-9) dafür [siehe Tabelle 1 im Anhang]. Er enthält neun Fragen zu möglichen depressiven Symptomen, die mit jeweils 0 für »nicht vorhanden« bis 3 für »fast jeden Tag vorhanden« beantwortet werden müssen. Ab einem Punktwert von 10 geht man von einer relevanten depressiven Episode aus [22].

Manche stellen sich nun aber ganz andere Fragen: »Mir geht es schlecht, ich fühle mich furchtbar, aber es gibt keinen Grund dafür. Niemand ist gestorben, es besteht eine wun-

derbare Partnerschaft, auch Geld ist genug vorhanden, und doch fühlt sich alles sehr miserabel an. Darf ich dann überhaupt depressiv sein?« In dieser Konstellation tauchen häufig Schuldgefühle auf: »Anderen geht es doch so viel schlechter als mir ...« und »Ich müsste mich einfach mal zusammenreißen ...«. Tatsächlich sagen einem das manche: »Schau dich doch an, du hast doch alles, was du brauchst, schlaf doch mal aus, nimm mal Urlaub, und dann rei dich bitte schön zusammen ...«

Wann aber ist nun die Diagnose zu stellen? Die Kriterien der Depression sind klar definiert. In Deutschland richten wir uns nach dem medizinischen Klassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization, WHO), das »Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme« genannt wird, oder auf Englisch »International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems«, abgekürzt ICD-10 für die derzeit noch gültige 10. Version [siehe auch Tabelle 1]. Mittlerweile wurde schon eine 11. Version veröffentlicht, also ICD-11, die aber in Deutschland noch nicht umgesetzt wurde [siehe Tabelle 2 im Anhang]. In wissenschaftlichen Studien wird neben der ICD-10 auch häufig das Manual der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft (American Psychiatric Association, APA) verwendet, das »Diagnostische und Statistische Manual psychischer Störungen«, auf Englisch »Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders«, abgekürzt DSM-V [siehe Tabelle 3 im Anhang].

Aber egal, nach welchem Klassifikationssystem man sich richtet, im Zentrum der Erkrankung steht immer die niedergedrückte Stimmung. Das lateinische Wort für »niederdrücken«, *deprimere*, hat der Erkrankung ihren Namen gegeben. Dabei bestehen eine Herabgestimmtheit der Stimmung, eine Traurigkeit und nicht selten eine Verzweiflung. Auch kann die Freude fähigkeit deutlich eingeschränkt sein. Je nach Schweregrad kommt es zudem zu einer kompletten Anhedonie, also Freudlosigkeit. Patienten mit einer schweren Depression kön-

nen sich z. B. nicht mehr über ein Treffen mit ihren Liebsten, Kindern, Enkeln oder Freunden freuen. Manche beklagen, dass sie gar nichts mehr fühlen, noch nicht einmal mehr Trauer. Sie fühlen sich innerlich leer, gleichgültig, empfinden sich als leeres oder welkes Blatt. Sie reagieren kaum noch auf die Umwelt.

Diese Gefühllosigkeit kennzeichnet eine noch ausgeprägtere Schwere der Depression, als wenn »nur« Traurigkeit besteht. Manche sind hingegen gar nicht traurig, sondern eher gereizt. Gerade bei Männern tritt häufig eine leichte Reizbarkeit und Dünnhäutigkeit auf. Auch das Interesse oder die Motivation, irgendetwas zu tun oder anzufangen, ist häufig reduziert oder sogar aufgehoben. Dies betrifft nicht nur Tätigkeiten, die landläufig ohnehin keine Freude machen, sondern tatsächlich auch angenehme Vorhaben wie Kinobesuche oder mit Freunden essen zu gehen.

Eine weitere Kernsymptomatik ist der reduzierte Antrieb. Depressive Patienten fühlen sich ausgelaugt, haben keine Kraft mehr. Alles, jede noch so kleinste Tätigkeit, kostet enorm viel Kraft, die Akkus sind leer. Je nach Schweregrad verlassen depressive Patienten ihre Wohnung oder ihr Haus nicht mehr, gehen nicht mehr arbeiten, nicht mehr einkaufen, können auch zu Hause keine Aufgabe mehr erledigen oder vernachlässigen sogar die Körperpflege.

Neben dieser Kernsymptomatik gibt es noch ein breites Spektrum an weiteren Symptomen und Beschwerden. Grundsätzlich sind die ersten Symptome häufig Konzentrations-, Merkfähigkeits- und Gedächtnisstörungen. Die Konzentration reicht nicht mehr, die Tageszeitung oder ein Buch zu lesen, einfache Dinge fallen einem nicht mehr ein, man vergisst, wo man das Auto abgestellt hat oder was man im Keller wollte. Während der Arbeit oder in der Schule häufen sich Fehler, es stellen sich immer größere Gedächtnislücken ein, Denken und Sprechen ist gehemmt, langsam und monoton. Häufig wird es einfach als eine Leere im Kopf beschrieben. Einige Patienten fürchten sogar, aufgrund der Schwere dieser kognitiven Defizite an einer Demenz erkrankt zu sein.

Das Denken an sich ist ebenfalls beeinträchtigt. Manchmal ist es verlangsamt, häufig besteht ein Grübeln und Kreisdanken. Wie in einem Karussell drehen sich die Gedanken immer wieder im Kreis, ohne dass sich dabei eine Klärung für irgendein Problem ergibt. Ganz im Gegenteil, häufig treten klassische depressive Denkfehler auf: Die Gedanken kreisen um das Nichtkönnen, Versagen, die eigene Unfähigkeit, es kommt zu einem Schwarz-Weiß-Sehen, zu einem Katastrophisieren, Generalisieren und stets negativen Bewertungen.

Aaron Beck, einer der bekanntesten Psychotherapeuten, der u. a. die kognitive Verhaltenstherapie prägte, hat die kognitive Theorie der Depression beschrieben [23]. Ein wichtiger Bestandteil seiner Theorie ist die kognitive Triade. Nach Beck ist nicht nur ein negatives Ereignis schuld an der Entwicklung an einer Depression, sondern vielmehr die persönliche Bewertung dieses Ereignisses. Bei depressiven Patienten ist die Bewertung oder die Sicht auf die Dinge meist negativ geprägt. Bestandteile der kognitiven Triade sind daher ein negatives Selbstbild, damit einhergehend ein negatives Weltbild und dann konsequenterweise auch eine negative Sicht auf die Zukunft. Die depressiven Patienten fühlen sich wertlos, mangelhaft, als Versager. Die Umwelt wird von ihnen gleichermaßen als negativ wahrgenommen, man fühlt sich nicht verstanden, ungerecht behandelt. Wenn das Selbstbild und das Weltbild schlecht sind, kann die Sicht auf die Zukunft kaum positiv ausfallen. Somit sind depressive Patienten meist hoffnungslos, sehen keinen Ausweg aus der misslichen Lage, kein Licht am Ende des Tunnels.

Zusammenfassend könnte man sagen, die Depression legt sich wie ein schwerer schwarzer Teppich über alles, färbt alles negativ ein. Grundsätzlich bewerten und denken depressive Patienten nicht anders als Menschen ohne Depression, allerdings ist der Schwerpunkt der Bewertung deutlich ins Negative verschoben. Negative Aspekte werden der eigenen Person und dem eigenen unzulänglichen Verhalten zugeschrieben, während positive Aspekte erst einmal nicht gesehen werden,

und wenn doch, dann werden sie externen Faktoren oder dem Zufall zugeschrieben.

Gerade bei einer schweren Ausprägung der Depression kommt es manchmal zu Gedanken und Überzeugungen, die zwar unrealistisch sind, aber von den Patienten als richtig und gegeben wahrgenommen werden. Fachlich nennt man dies Wahnerleben. Schuld ist dabei ein sehr häufiges Thema. Die depressiven Patienten sind dabei überzeugt, an etwas oder auch an ihrer Erkrankung selbst schuld zu sein. Sie glauben – und das ist durch Außenstehende nicht korrigierbar –, dass sie Fehler gemacht, sich versündigt haben. Andere glauben, dass sie und ihre Familien verarmen werden; auch wenn es z. B. durch Kontoauszüge leicht belegbar ist, dass es sich um eine eklatante Fehleinschätzung handelt, halten die Patienten an dieser Überzeugung fest. Der nihilistische Wahn ist ein weiteres klassisches Wahnerleben, die Patienten sind fest davon überzeugt, minderwertig zu sein bzw. nicht zu existieren.

Viele Patienten mit einer Depression berichten von einer inneren Unruhe, einer Anspannung oder sogar inneren Getriebenheit. Dies kann besonders belastend sein, wenn auf der einen Seite der Antrieb fehlt, etwas zu tun, auf der anderen Seite aber diese innere Getriebenheit einen dazu auffordert. Das Ergebnis ist ein sehr quälendes Gefühl, aus dem sich Patienten kaum befreien können.

Neben dieser motorischen Unruhe gibt es noch weitere »körperliche« Veränderungen. Die meisten Patienten haben weniger oder gar keinen Appetit mehr, nichts schmeckt mehr, sie haben keine Kraft und keinen Antrieb zum Essen. Folglich nehmen viele Patienten an Gewicht ab. Es gibt aber auch depressive Patienten, die deutlich mehr Appetit haben. Sie verspüren einen Drang, immer mehr zu essen, ständig zu essen, und meist richtet sich dieser Appetit nicht gerade auf gesunde Nahrungsmittel wie Gemüse oder Obst, sondern eher auf zucker- oder fettreiche Nahrung. Diese Patienten nehmen dann nicht selten an Gewicht zu.

Die Betroffenen fühlen sich also unwohl, psychisch und körperlich, sind massiv belastet. Selbstwert und Selbstbewusstsein sind kaum noch vorhanden. Daher verwundert es nicht, dass auch das sexuelle Erleben verändert ist. Häufig berichten depressive Patienten von mangelnder Libido, sprich, sie haben keine Lust auf Sex. Außerdem fehlen der Antrieb und die Kraft dafür, sie wollen sich lieber zurückziehen. Wenn es dann doch zum Sex kommt, leiden männliche Patienten oft unter Erektions- und Ejakulationsstörungen, Patientinnen unter Lubrikationsstörungen und Schmerzen. Nun treten häufig auch Schuldgefühle gegenüber dem Partner oder der Partnerin auf, was die Patienten weiter belastet.

Bei den meisten Patienten beginnt die Depression mit den Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen, wie oben beschrieben, aber auch mit Ein- und Durchschlafstörungen. Sie brauchen viel länger zum Einschlafen – wenn es früher 15–30 Minuten gedauert hat, brauchen viele nun 1–2 Stunden. Der Schlaf wird unruhiger, die Patienten wachen immer wieder auf, bis hin zum morgendlichen Früherwachen, z. B. um fünf Uhr, und können nicht mehr einschlafen. Aber ähnlich wie beim Appetit gibt es auch hier Patienten, die statt zu wenig zu viel schlafen. Sie sind immer müde, obwohl sie sogar zu viel schlafen, weit mehr als die gewünschten 7–8 Stunden.

Wie bereits erwähnt leiden viele depressive Patienten unter großen Selbstwertproblemen, sie fühlen sich wertlos, sind verzweifelt, hoffnungslos, glauben nicht, dass es wieder besser werden könnte. Sie fühlen sich als Belastung für ihre Umwelt, für ihre Angehörigen und Freunde. Manche haben auch unrealistische, wahnhaftige Überzeugungen, dass sie schuld an etwas Schlimmem sind oder verarmen werden. Bei einer so schweren Ausprägung der Depression kommt es nicht selten zu einem Lebensüberdruß. Die Patienten sehen keinen Sinn mehr im Leben, wenn sie morgen nicht mehr aufwachen würden, wäre es in Ordnung für sie. Manche entwickeln dann Suizidgedanken, erst diffuse, dann konkrete. Manchmal entstehen daraufhin Pläne: Wie könnte es gehen, und wann wäre

ein guter Zeitpunkt? Leider werden diese Suizidgedanken und Suizidpläne von manchen auch umgesetzt, und es kommt zu einem Suizidversuch bzw. einem Suizid. Suizidalität ist das gefährlichste Symptom der Erkrankung!

### **Patientin Manuela B., 21 Jahre**

*Manuela B. war eine meiner ersten Patientinnen. Sie hatte gerade in München mit ihrem Biologiestudium begonnen, davor hatte sie ein freiwilliges soziales Jahr in einem Altenheim absolviert. Sie hatte einen liebevollen Freund, mit dem sie schon drei Jahre zusammen war. Alles lief gut für sie, das Leben machte Spaß, und es schien ihr alles zu gelingen.*

*Aber irgendwann machte das Leben nicht mehr so viel Spaß. Sie konnte nicht sagen, was sich geändert hatte. Das Studium wurde schwieriger, sie konnte sich nicht mehr richtig auf den Lernstoff konzentrieren. In den Testaten machte sie Fehler, die sie vorher nicht gemacht hatte. Sie konnte nicht mehr richtig einschlafen, lag eineinhalb Stunden wach und dachte über den Tag nach. Sie grübelte, was sie hätte besser machen können.*

*Zunehmend ging es ihr schlechter. Sie schämte sich, weil ihre Leistungen im Studium immer schlechter wurden, obwohl sie jede freie Minute lernte. Sie wollte sich nicht mehr mit ihren Freundinnen treffen, zog sich zurück und erledigte nur noch das Notwendigste. Ihr Freund verstand sie nicht, er fragte immer, was los sei, aber sie konnte es ihm nicht sagen.*

*Schließlich hatte sie nicht mal mehr die Kraft, um an die Uni zu gehen, sie besuchte keine Vorlesungen mehr, wollte niemanden mehr sehen. Sie war sehr unruhig, sehr angespannt und innerlich getrieben. Zu Hause konnte sie nicht mehr einfach d sitzen und ein Buch lesen, sie musste immer aufstehen, sich bewegen, damit sie mit der Unruhe einigermaßen umgehen konnte. Sie war sehr verzweifelt, fühlte sich leer, konnte gar nichts mehr fühlen, alles war ihr gleichgültig. Wenn ihr Freund sie besuchte, kam kein Lächeln mehr über ihre Lippen. Sie konnte sich über-*

*haupt nicht erklären, was mit ihr los war. Noch nie zuvor hatte sie sich so gefühlt. Als ihre Eltern begannen, sich Sorgen zu machen, sagte sie immer nur, im Studium sei es gerade sehr stressig, das gehe bald wieder vorbei.*

*Doch irgendwann hatte sie keine Hoffnung mehr, dass es besser werden würde. Sie war der festen Überzeugung, dass sie verdammt sei und niemand ihr mehr helfen könne. Sie wollte nicht mehr leben, sie konnte es nicht mehr aushalten. Innerhalb weniger Tage fasste sie den Entschluss, sterben zu wollen. Sie nahm alle Tabletten, die sie in ihrer Wohnung finden konnte, und wartete ab.*

*Wenige Stunden später kam ihr Freund und fand sie schlafend in ihrer Wohnung. Weil er sie nicht gleich wecken konnte und die leeren Tablettenblister fand, rief er den Notarzt. Sie wurde ins Schwabinger Krankenhaus in München gebracht und in der inneren Nothilfe aufgenommen. Zum Glück hatten die Tabletten keinen größeren Schaden angerichtet, Manuela B. wurde schnell wieder wach. In dieser Nacht hatte ich Bereitschaftsdienst am Max-Planck-Institut für Psychiatrie. Wir versorgten das Schwabinger Krankenhaus konsiliarisch für psychiatrische Fragestellungen, daher wurde ich gerufen.*

*Manuela B. berichtete mir, wie es ihr die letzten Wochen gegangen war. Aufgrund ihrer Schilderungen war klar, dass sie eine schwere depressive Episode entwickelt und in diesem Rahmen versucht hatte, sich das Leben zu nehmen. Sie war erleichtert, dass ihr Suizidversuch nicht gelungen war, und einverstanden, im Max-Planck-Institut für Psychiatrie weiterbehandelt zu werden.*

Nun ist aber Depression nicht gleich Depression. Tatsächlich gibt es mehrere Subtypen oder auch anders gesagt: unterschiedliche Ausprägungen.

## **Die unterschiedlichen Ausprägungen**

### **Die melancholische Depression**

Sie ist sozusagen der Klassiker, im Zentrum stehen eine Freudlosigkeit, niedergedrückte Stimmung und Antriebsverlust. Die Betroffenen können kaum noch schlafen, auch der Appetit hat sich vermindert. Viele haben ein Morgentief, was bedeutet, dass die Symptomatik morgens am schlimmsten ist und sich über den Tag etwas aufhellt. Im Wesentlichen entspricht das Bild der oben bereits beschriebenen Symptomatik.

### **Die atypische Depression**

In manchen Teilen ist sie das Gegenteil der melancholischen Depression. Es kann eine gewisse Auslenkbarkeit bestehen, was bedeutet, dass Betroffene sich über positive Situationen kurz freuen können. Zentral ist zudem eine bleierne Schwere der Arme und Beine, eine erhöhte Empfindlichkeit auf Kritik oder Zurückweisung sowie eine Zunahme von Schlaf und Appetit.

### **Die agitierte Depression**

Sie ist geprägt von einer ängstlichen Getriebenheit und einer Bewegungsunruhe. Betroffene können kaum stillsitzen, sondern müssen sich fast pausenlos bewegen. Auch ein unproduktives und hektisches Verhalten sowie ein ausgeprägtes Klagen und Jammern können das Bild bestimmen.

## Die psychotische Depression

Dies ist die schwerste Ausprägung der Depression. Die Beschwerden sind meist die gleichen wie bei dem melancholischen Subtyp. Allerdings kommt es hier zu psychotischen Symptomen in Form von Wahnerleben. Ein Wahn ist eine Vorstellung oder ein Gedanke, der nicht der Wahrheit entspricht. Die Betroffenen sind aber unumstößlich von der Richtigkeit und Wahrheit überzeugt, auch das Vorlegen von Beweisen kann daran nichts ändern.

Typischerweise können bei der Depression ein Verarmungs-, Schuld-, hypochondrischer oder nihilistischer Wahn auftreten. Beim Verarmungswahn ist der Betroffene davon überzeugt, dass das Geld nicht mehr reichen wird, um den Lebensunterhalt zu bestreiten. Beim Schuldwahn besteht die Gewissheit, unermessliche Schuld auf sich geladen zu haben und nun bestraft werden zu müssen. Ein hypochondrischer Wahn kennzeichnet die Gewissheit, an einer Krankheit erkrankt zu sein und möglicherweise bald sterben zu müssen. Beim nihilistischen Wahn ist man der Überzeugung, dass man nicht mehr existiert und alles den Bach runtergeht, hier besteht eine komplette Hoffnungslosigkeit. In seltenen Fällen kann sich die psychotische Symptomatik auch in Form von Sinnestäuschungen/Halluzinationen zeigen. Dann hören die Betroffenen eine oder mehrere Stimmen, die ihnen Befehle geben, sie beschimpfen oder ihr Verhalten negativ kommentieren.

Bei diesem Depressionstyp gilt es zu beachten, dass von allen Subtypen das Suizidalitätsrisiko am höchsten ist. Liegt eine Depression mit Wahnerleben vor, sollte unbedingt eine fachärztliche Behandlung und am besten auch eine stationäre Aufnahme in eine psychiatrische Klinik in die Wege geleitet werden.

## Patient Dr. Thomas B., 52 Jahre

Thomas war Zahnarzt und führte mit einem Kollegen eine Praxis auf dem Land. Sie wurden von ihren Patienten sehr geschätzt. Alle waren sehr zufrieden, die Behandlung war stets fachkundig, es gab keine Komplikationen, und beide Zahnärzte waren sehr nett, die Patienten fühlten sich gut aufgehoben und hatten volles Vertrauen. Dementsprechend lief die Praxis gut, und beide Teilhaber hatten keine finanziellen Sorgen.

Allerdings erlitt Thomas' Kollege einen Herzinfarkt, er wurde operiert, bekam zwei Bypässe und musste sich anschließend für mehrere Wochen in eine Rehabilitation begeben. Thomas führte die Praxis allein weiter. Anfänglich ging es gut, aber die Arbeit wurde immer mehr, und er hatte Probleme, alles allein zu schaffen. Erst konnte er sich bei seiner Arbeit nicht mehr gut konzentrieren, dann wurde sein Schlaf schlechter, und zuletzt stand er komplett neben sich. Er fühlte sich ausgebrannt, hatte keine Gefühle mehr, keine Kraft, keine Energie.

Außerdem war er der festen Überzeugung, dass er seine Patienten falsch behandelt habe, dass er bei seinen zahnärztlichen Eingriffen erhebliche Fehler gemacht habe, die zu großem Leid bei seinen Patienten geführt hätten. Allerdings entsprach diese Vorstellung nicht der Realität. Die Mitarbeiter der Praxis bestätigten, dass immer noch alle Patienten hochzufrieden waren, auch in der Zeit, in der Thomas die Praxis allein führte. Dies konnte er aber nicht glauben.

Seine Ehefrau schaffte es immerhin, ihn zu überzeugen, sich in einer psychiatrischen Klinik aufnehmen zu lassen. Eine psychotherapeutische Behandlung war aufgrund des Wahnerlebens nicht möglich, daher stand die Behandlung mit Medikamenten im Vordergrund. Nach etwa neun Wochen zeigte sich eine deutliche Besserung, Thomas konnte die Situation wieder richtig einschätzen, er wusste, dass er keine Fehler gemacht hatte, sondern nur überlastet war und eine Depression entwickelt hatte. Wir konnten ihn entlassen, und er begann eine ambulante Behandlung.