

Depression und ihre Folgen

Depression stellt in vielerlei Hinsicht eine Gefahr dar. Noch immer wird die Depression unterschätzt. Die Folgen sind häufig fatal.

Die "Gemütskrankheit" kommt aus dem Nichts. Sie packt einen, man wird hinunter gezogen- in die Freudlosigkeit, gefesselt schwindet der Antrieb, gravierend wächst der Interessenverlust. Es herrscht eine gedrückte Stimmung mit negativem Selbstbild und pessimistischen Zukunftsaussichten. Das Leben erscheint sinnlos und leer. Wenn jemand eine Depression bekommt, ist er anders als alle anderen Menschen. Weder die Lieblingsmusik noch das Aussprechen mit Freunden kann eine Depression aufhalten. Sie lässt sich nicht kontrollieren. Unverständnis der Mitmenschen für die Systematik kann zu Schamgefühlen führen. Unverständnis kann schon entstehen, wenn der Depressive kein Lustgefühl bei der Sexualität verspürt oder wenn der Appetit auf den Sonntagsbraten ausbleibt. Schuldgefühle breiten sich tief gehend aus. Nicht selten kommt es zum sozialen Rückzug. Folgen Ängste, Verspannungen und andere körperliche Symptome, wie Druck auf der Brust oder Kraftlosigkeit und Schlafstörungen, wird die Spirale der Verzweiflung immer größer.

Der Begriff Depression entstammt dem lateinischen Wort "depressus" und bedeutet "niedergedrückt". Er kennzeichnet einen schwer beschreibbaren, quälenden Verlust an Lebensfreude, Leistungsfähigkeit und Wohlbefinden (Payk 2010). Wenn die depressiven Anzeichen nicht so stark, aber über zwei Jahre lang ausgeprägt sind, wird der Zustand Dysthymie genannt.



Etwa 4 Millionen Menschen leiden dauerhaft unter tief gedrückter Stimmung. Der Lebensüberdruß kann so quälend sein, dass ungefähr 10 Prozent aus dem Leben treten. Genaue Angaben sind schwierig, auch wenn sie sachdienlich wären. So sagen einige Statistiken, dass die reine Depression bei weniger als 5 Prozent zum Suizid führt, andere kommen auf 15 Prozent. Das liegt zum einen daran, was man unter einer depressiven Störung versteht. Häufig wird die Depression auch vorher nicht diagnostiziert. Manche gehen auch nicht zum Arzt. Dann kann oftmals nur über Mitmenschen eine Diagnose gestellt werden.

Zum anderen darf nicht unerwähnt bleiben, dass sich das tief gehende Stimmungstief häufig mit anderen psychischen Störungen vermischt. Dann wird von einer Komorbidität gesprochen. Viele Menschen mit einer Depression sind auch abhängig von Alkohol, Medikamenten oder anderen Drogen. Im Vergleich mit anderen psychischen Störungen ist die Suizidquote bei Abhängigkeitserkrankungen und Depressionen am höchsten. Ein weiteres Problem besteht darin, dass sich die Depression mit der Sucht oder der Angststörung gegenseitig beeinflussen. Es führen Alkoholabhängigkeit oder die generalisierte Angststörung nicht selten zu einer tiefen Niedergeschlagenheit aus der man allein nur schwer wieder heraus kommt. Auch verbindet sich die Depression häufig mit einer Angststörung oder mit körperlichen Leiden.

Das depressive Störungsbild kann allerdings genauso mit der Manie (altgriech.: mania= Raserei) auftreten. Der Psychiater spricht dann von einer bipolaren Störung oder auch einer manisch-depressiven Störung. Sowohl die Manie als auch die Depression gehören zu den affektiven Störungen, vom lateinischen Wort "affectus", das als Gemütsverfassung übersetzt werden kann.

Aus den Verbindungen oder auch dem existieren neben anderen Syndromen, kann man nicht genau sagen, wie viele Depressive es überhaupt gibt, noch wie viele sich aus Gründen des Krankheitsbildes das Leben nehmen. Neueste Schätzungen gehen von einem Mittelwert von 10 Prozent aus. Einstimmig geht die Fachwelt davon aus, dass die meisten Suizidversuche nicht gelingen. Aus dem misslungenem Suizidversuch können weitere Scham- oder Schuldgefühle entstehen. Bei der stationär behandlungsbedürftigen bipolaren Störung gehen Psychiater sogar von einem Suizidrisiko von bis zu 30 Prozent aus.

Die melancholischen Anzeichen können sich auch ohne Behandlung wieder zurückziehen, doch kommen die Symptome häufig wieder. Man spricht daher von einer depressiven Episode. Gibt es immer wieder Phasen mit und ohne depressiver Episode bezeichnet man das als rezidivierende depressive Episode. Nur ein Drittel aller depressiven Schübe sind einmalig. Damit kommt bei zwei Dritteln der Erkrankten die Depression wieder oder das Empfinden verbessert sich erst gar nicht. Ein depressiver Schub kann von 3 Monaten bis zu einem Jahr andauern. Auf Grund dieser Tatsache ist es ratsam eine länger als 14 Tage anhaltende getrübtete Stimmung mit Antriebslosigkeit oder Freudlosigkeit untersuchen zu lassen. Wird eine depressive Episode diagnostiziert, dann können Maßnahmen eingeleitet werden, um die Symptome zum Erliegen zu bringen oder zumindest zu vermindern. Es können jedoch auch für die nächste depressive Phase Präventionen als Möglichkeit der Früherkennung ausgemacht werden, die zu mehr subjektiver Sicherheit führen.

Doch es passiert allzu oft, dass die Seelenfinsternis, wie sie der Psychiater Piet Cornelis Kupier bezeichnet, chronifiziert. Bei einer Chronifizierung festigt sich die Depression nicht nur, sondern breitet sie sich auch weiter auf den Körper und die Denkweise aus. Eine unbehandelte Depression kann zusätzlich körperliche Veränderungen auslösen, wie die Verminderung der Gedächtnisleistung oder das "gebrochene Herz", das aus Kummer und Leid entsteht. Zwar zerbricht das Herz nicht, jedoch kann es durch eine überhöhte Produktion des Stresshormons Kortison zu einem dauerhaften Herzrasen und zu erhöhtem Blutdruck führen. Das kann wiederum zu einer Verengung in den Herzkranzgefäßen kommen. Die Depression könnte auch für einen Verlust der Mineralstoffe in den Knochen verantwortlich sein. Es ist wissenschaftlich zwar noch nicht ausreichend bewiesen, dass die Depression direkt für die körperlichen Erkrankungen verantwortlich gemacht werden kann. Doch sehen viele Mediziner eine Verbindung von der psychischen Störung zu den schweren körperlichen Erkrankungen und auch von den körperlichen Leiden zu der Gemütskrankheit. Aus den angesprochenen Gründen, sollte man eine länger anhaltende depressive Phase sehr ernst nehmen. Bei einer richtigen Behandlung beim Psychotherapeuten oder Psychiater stehen die Chancen gut, dass die Symptome sich vollständig zurückziehen. Dadurch entsteht schon in der Behandlung ein hoher Schub an Motivation. Diese gibt Kraft und Zuversicht, um morgens wieder aufzustehen und in den Tag zu starten.

Kontakt

Heilkundlichen Psychotherapie

Andreas Kawallek

Paulstr. 3

10557 Berlin, Mitte / Tiergarten/ Moabit

Tel. 030/ 27 49 92 31
kawallek@heilkundigepsychotherapie.de

Literatur

- Horst DILLING, Werner MOMBOUR, Martin H. SCHMIDT, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), Verlag Hans Huber, 5. Auflage 2005
- Heidi MÜSSIGBRODT, Silke KLEINSCHMIDT, Harald J. FREYBERGER, Horst DILLING, Psychische Störungen in der Praxis, Verlag Hans Huber, 3. Auflage, 2006
- Klaus PAULITSCH, Praxis der ICD-10-Diagnostik, Faculats-Verlag und Buchhandel AG Wien, 2004
- Silvia TEMPLER, Diagnostik und Verlauf depressiver Störungen: Differenzierung der Depression, Suedwestdeutscher Verlag fuer Hochschulschriften, 2010
- Angela MAHNKOPF, Umgang mit depressiven Patienten, Psychiatrie Verlag, 2007
- Michael BAUER, Anne Berghöfer, Mazda Adli, Akute und therapeutenresistente Depression, Springer Medizin Verlag, 2. Auflage, 2005
- Piet C. KUPIER, Seelenfinsternis: Die Depression eines Psychiaters, Fischer, 10. Auflage, 2010
- Theo R. PAYK, Depression, UTB, Stuttgart, 2010
- Josef GIGER_BÜTTLER, Endlich frei, 3. Auflage, 2009 Psyhyrembel, Klinisches Wörterbuch, De Gruyter, 260 Auflage, 2004
- Andreas KAWALLEK, <http://www.heilkundigepsychotherapie.com>, 02.03.2011
- Andreas KAWALLEK, <http://www.heilkundigepsychotherapie.com>, 11.07.2010