

Informationen zur Sendung vom 5. November 2012

Depressionen

„Wie ist das eigentlich, wenn eine Depression hat? Was sind die Auslöser? Und noch viel wichtiger: Was kann ich dagegen tun?“

Licht in dieses dunkle Thema, hat mein hochkompetenter Gesprächspartner Thomas Schnura aus Hannover gebracht. Thomas Schnura hat Psychologie und Geisteswissenschaften studiert, ist außerdem Heilpraktiker, Psychotherapeut und erfolgreicher Roman- und Fachbuchautor. Her(t)zlichen Dank für dieses tolle Gespräch!

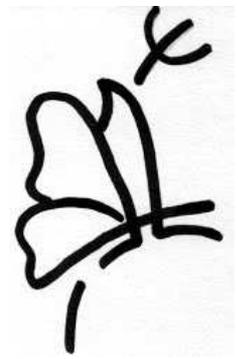
Jeder von uns hat bestimmt schon einmal den Begriff Depressionen gehört. Was ist eigentlich eine Depression?

Schnura:

Das ist gar nicht so leicht zu sagen, wie es auf den ersten Blick klingt. Das ist zum Einen eine allgemeinsprachliche Verwendung, die nicht klinisch oder nicht medizinisch zutreffend ist, will sagen, z.B. ich bin depressiv, dabei meinen wir eigentlich nur: Ich bin traurig oder depressiv verstimmt. Die eigentliche Depression, die in der Medizin sogenannte „Major Depression“, die große Depression, ist eine ganz üble Krankheit, eine der übelsten, die der Mensch kriegen kann.

Wir sind zum Einen natürlich: niedergeschlagen, haben Freude und Interesse am Leben verloren. Aber dann gibt es auch noch eine relativ sichere und zuverlässige Reihe von körperlichen Symptomen: Der Depressive hat zum Beispiel typischerweise Schlafstörungen, er hat Appetitverlust, er wird sich nicht mehr konzentrieren können, seine Merkfähigkeit ist eingeschränkt. Das heißt: Es ist ein wirklich schweres, körperliches Krankheitsbild, bei dem inzwischen auch schon einigermaßen sicher ist, dass es auf einem Serotoninverlust* oder einem Serotoninmangel im Gehirn beruht.

Das ist die große Depression, die ist noch relativ selten. Menschen mit einer echten Depression gehören tatsächlich in klinische Behandlung und die kommen in ihrem privaten Leben auch gar nicht zurecht.



Was gibt es noch für Depressionsformen?

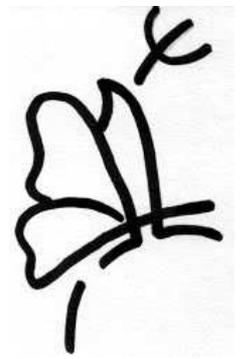
Schnura:

Es gibt das, was wir so allgemein als „Depression“ bezeichnen. Das ist meistens eine reaktive Depression, das heißt es passiert etwas, was uns so bedrückt, dass wir nicht mehr aus der schlechten Stimmung heraus kommen. Die andere Seite ist natürlich, dass wir unterscheiden müssen, ob der Mensch nicht eine ganz normale und natürliche Trauerreaktion hat. Das muss gegeneinander abgegrenzt werden, weil wenn wir einen Verlust erleiden. Ein geliebter Mensch zum Beispiel ist gestorben, dann sind wir nicht depressiv, sondern traurig. Dann ist die Bezeichnung nicht angebracht, obwohl man es weiterhin so sagen wird. Aber dann ist es keine Depression, sondern eben eine normale Trauerreaktion.

Es gibt aber auch noch ein paar andere Depressionen, die nun irgendwie eine andere Geschichte haben, wie zum Beispiel die Erschöpfungsdepression, die zur Zeit gerade gemeinhin Burn-out genannt wird. Dann haben wir saisonale Depressionen. Jetzt im Herbst-/Winterhalbjahr ist so der Beginn der saisonalen Depression, spätestens ab Februar/ März, sagen die Ersten: *„Oh, ich halt es nicht mehr aus. Könnte nicht mal wieder die Sonne scheinen?!“*. Und dann werden wir trübseelig, übellaunig und wer dann die ersten paar Sonnenstrahlen ausnutzt stellt häufig fest, dass diese saisonale Depression, fast schon durch die Sonne behoben werden kann.

Dann haben wir larvierte Depressionen. Das sind Depressionen, die zeigen sich im Wesentlichen, in körperlichen Symptomen. Diese körperlichen Symptome können ganz unterschiedlicher Art sein, aber sie sind unerwartet und überraschend.

Und eine ganz besonders schlimme Art der Depression, ist die sogenannte „Post-partem Depression“: Eine Depression, die sich nach Geburten einstellt und nicht zu verwechseln ist, mit den üblichen „Heultagen“, sondern Mütter von frisch geborenen Kindern verfallen einfach in eine Depression.

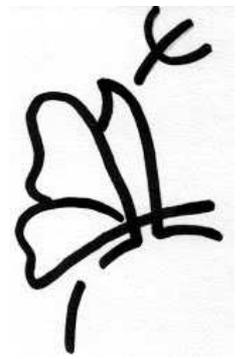


Was sind denn die möglichen Auslöser für einer Depression?

Schnura:

Das ist sehr vielfältig. Am überraschendsten sind Depressionen, die sozusagen aus heiterem Himmel kommen. Mir ist der Fall einer Patientin bekannt, die ein ganz übliches, durchschnittliches, normales Leben gelebt hat, mit der normalen Ehe, normaler Familie, die normalen Belastungen, nichts, was über das Maß des Normalen hinaus geht, und eines morgens wurde sie wach und kam nicht mehr aus dem Quark heraus. Also, sie hat es nicht einmal mehr geschafft, ihren Kindern Brot und Äpfel für die Schule zu machen. Da kann man nicht sagen, dass es einen Auslöser gibt. Vielleicht, dass über Nacht, irgendetwas den Stoffwechsel im Gehirn umgestellt hat - und dann ist die Depression da gewesen. Aber das ist eher die Ausnahme.

Häufig finden wir Menschen, die in langfristig belastenden Situationen sind, sagen wir mal Dauerstress: Man hat das Übliche zu tun, dann ruft noch der Steuerberater an, dann wollten wir auch noch zum Markt fahren und dann hat auch noch der Mann an diesem Tag diesen Termin verpasst und dann ruft noch die beste Freundin an und sagt: „Ich komme nicht mit ins Kino.“ Und dann bricht irgendetwas zusammen, wie man so sagt, der Tropfen, der das Fass zum Überlaufen bringt, und wenn vorher schon eine gewisse familiäre Veranlagung da gewesen ist, dann tritt durch manchmal lächerlich kleine Auslöser eine lawinenartig schwere Reaktion ein. Das sind keine bestimmten Auslöser. Man kann also nicht sagen, dass es zum Beispiel typischerweise Verluste sind. Wir sind zwar als Menschen auf Verluste abonniert, wir mögen sich nicht, wir tun so gut wie alles, um sie zu vermeiden, und die sind typischerweise auch die schlimmsten Dinge für uns, wenn wir etwas verlieren, Menschen, die wir lieben, aber es müssen nicht diese schlimmen Ereignisse im Leben sein, die eine Depression auslösen. Es können manchmal ganz alltägliche Dinge sein.



für Psychotherapie und psychosomatische Gesundheit

Angenommen mein Vater oder meine Mutter hat eine Depression. Muss ich dann Angst haben, dass ich die auch kriege oder sogar meine Kinder?

Schnura:

Ich sage es nicht gerne, aber wir wissen jedenfalls, dass es eine gewisse familiäre Häufung gibt. Wir können aber nicht sagen, ob das jetzt zum Beispiel genetisch bedingt ist - es ist wie mit Stoffwechselkrankheiten, die ja auch familiär gehäuft auftreten – oder, ob wir es nicht zu tun haben mit sozialem Lernen, der sogenannten „erlernten Hilflosigkeit“. Das heißt, das Kind lernt von seinem einem Elternteil, oft von der Mutter, dass es besser über „*ich kann nicht*“ oder „*ich weiß nicht*“ reagiert, „*ich hab´ keine Ahnung, was ich machen soll*“, „*es geht mir ganz schlecht*“, „*ich bin ein armes Hascher*“ - so in diese Richtung - und wenn das eine mögliche Reaktion ist, dann ist man sozusagen zum „Opferdasein“ verdammt, kann nicht selber aktiv werden und kann sich dann nur noch über aggressive Äußerungen oder über Rückzug abreagieren, bei denen wir uns dann eben in die Depression zurückziehen, und das ist so ein Stichwort: „erlernte Hilflosigkeit“, die als psychosoziales Lernen auch bezeichnet werden kann.

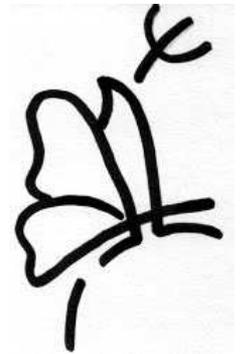
Selbstmordgefahr bei Depressionen: Ist da was dran?

Schnura:

Unbedingt. Es gibt keine andere Krankheit, bei der die Suizid- oder Selbstmordrate so hoch ist. Man sagt also einerseits, von der einen Seite aus betrachtet, 15 Prozent aller Depressiven begehen Selbstmord. Es gibt keine andere Krankheit, bei der die Suizidrate so hoch ist, auch nicht Krebs oder Aids oder Niereninsuffizienz** mit Dialysepflicht*** und zum anderen, umgekehrt von der Suizidrate - wir haben jedes Jahr in der Bundesrepublik zwischen 11.000 und 12.000 Suizide - sagt man: 80 Prozent der Suizide sind mindestens depressiv begleitet, das heißt die Menschen hatten im zeitlichen und lebenssozialen Umfeld eine Depression. Also da ist das Risiko extrem hoch. Und für Angehörige heißt das: Achtet auf Menschen, von denen ihr wisst, dass sie eine Depression haben und vor allen Dingen achtet auf sie, wenn sie aufhören zu sprechen.

Psyche kompakt – Hannovers Radiomagazin

für Psychotherapie und psychosomatische Gesundheit



Schnura:

Wir müssen auf unsere still gewordenen oder auf unsere Stillen aufpassen, weil wenn die Menschen aufhören, über sich und ihr Leben zu sprechen, dann bedeutet das so etwas wie, nach außen hin jedenfalls erkennbar, sie haben sich aufgegeben. Dann können Angehörige auch noch denken: „Ah, Papa oder Mama oder Oma ist über den Berg!“. Es scheint ihm oder ihr besser zu gehen. Man wirkt plötzlich wieder wie gelassen: „Ja, jetzt ist okay./ Klar geht schon.“ Und dabei hat man innerlich den Suizidplan schon längst gefasst, das heißt, wer die Entscheidung gefällt hat: „Jetzt nehme ich mir das Leben, jetzt ist es vorbei, jetzt reicht es“, wer die Entscheidung gefällt hat, der wird plötzlich entspannt, gelassen und weiß: „Das Elend hat bald ein Ende.“ Also, es gibt wie gesagt keine andere Krankheit, bei der das Suizidrisiko so hoch ist.

Da muss ich also als Angehöriger ganz sensibel sein...

Schnura:

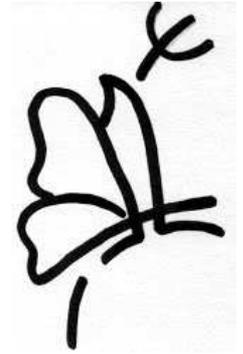
...na ja, sensibel: Das ist so eine zweischneidige Sache. Wissen Sie, wenn Sie auf einen Kranken eingehen, dann müssen Sie sich auf seine „kranke Ebene“ einlassen und es ist natürlich auch notwendig, dass die Angehörigen für sich selber sorgen und nicht mit in das Elend hineingezogen werden. Ich stelle mir das sehr schlimm vor, Kind von depressiven Eltern zu sein. Was sollen die Kinder damit anfangen?

Wie sieht denn mit den Angehörigen aus? Brauchen die dann auch eventuell psychologische Unterstützung?

Schnura:

Nicht eventuell, sondern auf jeden Fall. Das ist ein ganz wichtiges Thema. Es gibt eine Reihe von - hier sind wir bei den affektiven Psychosen**** - aber auch zum Beispiel von Persönlichkeitsstörungen, wo die Angehörigenarbeit ein ganz wichtiger Teil ist. Denn das System, die Familie, das soziale Umfeld hat mit dieser Krankheit zu tun und wer einmal einen Depressiven live erlebt hat, der wird feststellen, dass diese Depression fast etwas ansteckendes hat. Also, die sind in der Lage, eine ganze Party zum Absturz zu bringen und daher ist die Angehörigenarbeit ein ganz wichtiger Teil des Großfeldes „Therapie bei Depressionen“.

Psyche kompakt – Hannovers Radiomagazin



für Psychotherapie und psychosomatische Gesundheit

Die Schulmedizin setzt in der Behandlung von Depressionen häufig auf Medikamente, sogenannte Antidepressiva. Macht das Sinn?

Schnura:

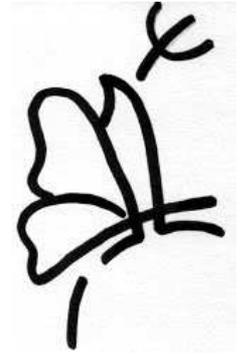
Wenn es sich um eine „Major depression“, also die richtig große, affektive Psychose handelt, dann muss man sagen: Ja, es macht Sinn. Im schlimmsten Falle kann eine Depression bis in den sogenannten „katatonen Stupor“ abrutschen, das heißt die Menschen scheinen nach außen hin zu erstarren. Sie tun einfach nichts mehr. Sie sitzen da wie eine Wachspuppe, rühren sich nur noch dann, wenn man sie bewegt und können dabei richtig, richtig böse vor die Hunde gehen. Da sind dann Antidepressiva eine Möglichkeit, um erst einmal aus diesem Einfrieren, aus diesem Verharren, heraus zu kommen. Das dann im Anschluss eine psychotherapeutische Begleitung notwendig ist, da sind wir uns aber auch einig.

Welche alternativen Behandlungsmöglichkeiten gibt es denn dann?

Schnura:

Also bekannt ist, es gibt ganze Programme aus der Verhaltenstherapie, die bei Depressiven greifen. Man arbeitet hier multifaktoriell, also psychotherapeutisch, heißt zum Beispiel mit Verhaltenstherapie, mit Angehörigenarbeit, mit sogenannten systemischen Verfahren. Darüber hinaus kann man zum Beispiel einiges machen aus dem Bereich Bewegung/ Sport. Wenn man Depressive in Bewegung kriegt, was gar nicht so einfach ist, wenn man die dazu kriegt zum Beispiel irgend einen Ausdauersport zu machen, zum Beispiel Nordic Walking und sei es nur das, dann ist man schon mal auf einer guten Spur, weil das führt dazu, dass der Körper insgesamt auch wieder in Bewegung kommt und das bringt den Menschen dann schon in eine bessere Grundstimmung, und dann kann man auch mehr anderes tun. Also die Psychotherapie ist ja auf die Mitarbeit des Patienten angewiesen. Aber wenn er im Grunde erstarrt ist, geht da auch nichts. Das heißt also die Voraussetzung ist, dass der Patient kooperationsfähig ist.

Psyche kompakt – Hannovers Radiomagazin



für Psychotherapie und psychosomatische Gesundheit

Angenommen ich habe eine Depression oder eine depressive Verstimmung und ich komme zu Ihnen in die Praxis. Wie läuft das dann ab?

Schnura:

Ich werde mich zunächst einmal orientieren, ob Sie wirklich eine große Depression haben oder eine depressive Verstimmung. Wenn sich heraus stellt, dass Sie eine große Depression haben, dann würde ich Ihnen raten, erst einmal für eine gewisse Zeit einen Psychiater aufzusuchen und sich medikamentös behandeln zu lassen, und dann schauen, ob es irgendwelche Begleitumstände in Ihrem Leben gibt, die eine Depression begünstigen. Und da würde ich dann mit Ihnen, mit den verschiedenen Techniken, die uns zur Verfügung stehen, darüber arbeiten, wie Sie sich das Leben erleichtern können. Also wie Sie zum Beispiel dafür sorgen können, dass Sie von dem Ärger in der Familie nicht so belastet werden, wie Sie Ihren Alltag effektiver gestalten können, wie Sie alltäglich Platz, Zeit, Raum für sich schaffen können. All das sind Dinge, die wir dann erarbeiten würden.

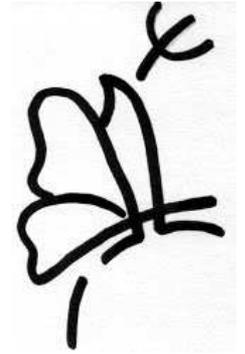
Ich weiß, Sie machen auch Akupunktur. Ist Akupunktur auch etwas bei Depressionen?

Schnura:

Es ist zumindest eine unterstützende Möglichkeit. Ich würde ganz sicher nicht sagen, dass Akupunktur bei Depressionen indiziert ist. Aber wenn ich mit einem Patienten psychotherapeutische Behandlung mache, kann ich ihm anbieten und würde das im Übrigen auch tun, eine Akupunktur-Zusatzbehandlung. Das heißt also es gibt drei Punkte, das sogenannte „Depressions-Dreieck“, das befindet sich an der Hand. Das sind drei Akupunkturpunkte, die genadelt werden, die eine gewisse Möglichkeit zusätzlich geben, die zum Beispiel den Schlaf verbessern, die Lebendigkeit, also den Energiefluss optimieren, so ungefähr als Möglichkeit haben wir das in der Akupunktur noch enthalten.

Psyche kompakt – Hannovers Radiomagazin

für Psychotherapie und psychosomatische Gesundheit



Für Betroffene:

„Mein schwarzer Hund: Wie ich meine Depression an die Leine legte“,
Johnstone, M. (Kunstmann Verlag)

Für Angehörige:

„Mit dem schwarzen Hund leben: Wie Angehörige und Freunde
depressiven Menschen helfen können, ohne sich dabei selbst zu
verlieren“, Johnstone A. + M. (Kunstmann Verlag)

Gast:

Thomas Schnura, Heilpraktiker + Psychologe M.A.

Lister Straße 7

30163 Hannover

Termine erhalten Sie unter der Rufnummer:

0171 – 317 86 63

<http://www.naturheilpraxis-schnura.de/>

Moderatorin:

Sonja Kohn

Heilpraktikerin/Dozentin/Freie Redakteurin/Ein Mitglied der AG Haut.

Peiner Str. 29, 31319 Sehnde, Tel.: 05138 - 61 57 52

www.naturheilpraxis-kohn.de/

<http://sonjakohn.blogspot.de/>

<http://psyche-kompakt.blogspot.de/>

Jeden 1. Montag im Monat auf Radio Leinehertz 106.5, 17:05 Uhr.

Nützliche Links:

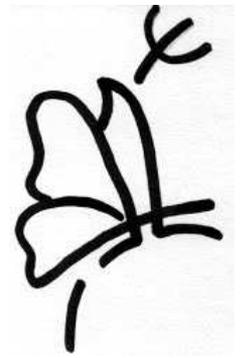
Dachverband Psychosozialer Hilfsvereinigungen:

<http://www.psychiatrie.de/dachverband/>

Radio Leinehertz 106.5: <http://www.leinehertz.net/>

Psyche kompakt – Hannovers Radiomagazin

für Psychotherapie und psychosomatische Gesundheit



Anhang:

* Serotonin: sogenanntes „Glückshormon“, ein hoher Serotoninspiegel fördert das Wohlbefinden, ein niedriger Spiegel kann zu aggressiven Verhalten und Depressionen führen, Serotonin beeinflusst den Appetit, unseren Schlaf, steuert den Sexualtrieb und die Körpertemperatur

**Niereninsuffizienz: Unterfunktion einer oder beider Nieren

***Dialyse: medizinisches Verfahren zur Reinigung des Blutes bei Nierenversagen

****affektive Psychose: seelische Erkrankung mit nicht kontrollierbarer Störung der Gemütslage (wie die Depression)

Bücher von Thomas Schnura:

„Psychologische Beratung für Heilpraktiker: Wissen für Prüfung und Praxis“ (Sonntag-Verlag, weitere Autorin: Tanja Schnura)

„Diagnose und Punktauswahl nach TCM“ (Elsevier-Verlag)

„Zorn“: Der Bericht an die Kommission (Books on Demand)
(Roman)

Ein rechtlich wichtiger Hinweis: Die Tipps der Sendung „Psyche kompakt“ dienen Ihrer Information und sind zur Selbsthilfe gedacht! Sie ersetzen keine Psycho- oder psychosomatische Therapie durch speziell ausgebildete Fachleute - und sind nicht oder nur teilweise wissenschaftlich durch Studien belegt.