

# Inhaltsverzeichnis

---

## Lektion 1:

<b>Dämonische Gebundenheiten /1 (Biblische Dämonologie)</b>	<b>1</b>
1. Wie kommt es zur dämonischen Gebundenheit? .....	1
1.1 Sicherheit .....	2
1.2 Bedeutung .....	4
2. Grundsätzliche Überlegungen zur dämonischen Beeinflussung	7
2.1 Die Flachländer-Theorie – ein hilfreicher Denktrick .....	7
2.2 Macht es Sinn, Dämonen zu lokalisieren? .....	9
2.3 Wie kommt es zur dämonischen Einwirkung auf den Menschen? .....	10
2.3.1 Eine Haltung des Vertrauens auf übernatürliche Hilfe.....	10
2.3.2 Ein bewusstes und fortgesetztes Sündigen .....	10
2.3.3 Eine Haltung der völligen Passivität .....	11
3. Dämonische Verstrickung bei Christen .....	12
3.1 Was ist „dämonische Verstrickung“? .....	12
3.2 Gibt es Besessenheit bei Christen? .....	13
3.3 Leiden wir unter den Bannwirkungen der Schuld unserer Vorfahren? .....	15

## Anhang 1

Prüfung: Fragen zur Lektion 1.....	21
Vertiefung: Okkultismus heute .....	23

## Lektion 2:

<b>Dämonische Gebundenheiten 2 – Unbiblische Praxis.....</b>	<b>31</b>
4. Okkultseelsorge als Spezialmethode – ist das biblisch? .....	31
4.1 Darstellung der Methode .....	32
4.2 Kritische Beurteilung des „Bindens und Lösens“ .....	32
4.2.1 Zur Diagnostik – Die diversen Hilfsangebote .....	32
4.2.2 Zum „Binden und Lösen“ .....	33

4.2.3	Zur Lossage .....	34
4.3	Haben wir heute noch den Auftrag zum Exorzismus? .....	35
5.	Die Folgen unbiblischer Seelsorge .....	38
5.1	Ablenkung von Sünde .....	38
5.2	Schuldverschiebung auf die Vorfahren .....	38
5.3	Abhängigkeit vom Seelsorger .....	39
5.4	Satan erhält Ehre .....	39
5.5	Dämonische Beeinflussung .....	39
5.6	Lehren der Dämonen .....	40
5.7	Psychische Schädigungen .....	40

## Anhang 2

Prüfung:	Fragen zur Lektion 2 .....	43
Vertiefung:	Was sagt die Schrift über Greuelsünden? .....	45

## Lektion 3:

<b>Dämonische Gebundenheiten /3 – Biblische Befreiung .....</b>	<b>49</b>	
6.	Biblisch-seelsorgerliche Bewältigung dämonischer Verstrickung .....	49
6.1	Vorbemerkung zur Frage der Vollmacht des Seelsorgers .....	49
6.2	Diagnose .....	50
6.2.1	Wichtige Fragen, denen wir nachgehen sollten .....	50
6.2.2	Die Diagnose der „Besessenheit“ .....	52
6.3	Befreiung von Besessenheit .....	55
6.4	Hilfe bei dämonischer Verstrickung: Die Waffenrüstung Gottes	57
6.4.1	Der Gürtel: „Umgürtet an den Lenden mit Wahrheit“ .....	58
6.4.2	Der Brustpanzer: „Angetan mit dem Brustpanzer der Gerechtigkeit“ .....	58
6.4.3	Die Schuhe: „Beschuht an den Füßen mit der Bereitschaft zur Verkündigung des Evangeliums des Friedens“ .....	59
6.4.4	Der Schild des Glaubens: „Ergreift den Schild des Glaubens, mit dem ihr alle feurigen Pfeile des Bösen auslöschen könnt“ .	60
6.4.5	Der Helm: „Nehmt auch den Helm des Heils“ .....	62
6.4.6	Das Schwert: Nehmt das Schwert des Geistes, das ist Gottes Wort“	62

### Anhang 3:

Prüfung: Fragen zum Thema .....	65
Vertiefung: Was ist das eigentlich – Mystik? .....	67

### Lektion 4:

#### **Psychosomatische Erkrankungen – Ursachen und Therapie .....** **73**

1. Begriffsbestimmung .....	73
2. Psychosomatik in der Bibel .....	75
3. Ursachen psychosomatischer Erkrankungen .....	76
3.1 Verschiedene Modelle .....	77
3.1.1 Charakterologische Modelle .....	77
3.1.2 Psychoanalytische Theorien .....	77
3.1.3 Theorie krankheitsspezifischer psychodynamischer Konflikte..	78
3.2 Multifaktorielle Genese .....	78
3.3 Das Stressmodell .....	79
3.3.1 Was ist „Stress“? .....	79
3.3.2 Was bewirkt Stress? .....	79
3.3.3 Unterschiedliche Verhaltensmuster im Umgang mit Stress .....	80
4. Die Diagnose .....	81
4.1 Der Arzt und die Psychosomatik .....	81
4.2 So reagieren Körper und Geist .....	82
4.3 Vier einfache Ratschläge für den Umgang mit Stress .....	83
5. Die Therapie .....	84
5.1 Die Einstellung zum Kranken .....	84
5.2 Zusammenhänge erarbeiten .....	84
5.3 Die Familie mit einbeziehen .....	86
5.4 Willst du gesund werden? .....	86
5.5 Psychohygiene und geistlicher Wandel .....	86

### Anhang 4

Prüfung: Fragen zur Lektion 4.....	91
Vertiefung: Leid und Enttäuschung – Impulse zum Leben? .....	93

## Lektion 5:

### **Depressionen /1 – Formen, Symptome, Ursachen ..... 107**

1.	Was ist eine Depression? .....	107
2.	Formen der Depression .....	108
2.1	Psychiatrische Begrifflichkeit im Wandel .....	108
2.2	Aktuell anerkannte Begrifflichkeit .....	110
2.2.1	Depressive Episode .....	110
2.2.2	Rezidivierende depressive Störung .....	110
2.2.3	Zyklothymie .....	111
2.2.4	Dysthymia .....	111
3.	Die Symptome der Depression .....	111
3.1	Kognitive Symptome .....	112
3.1.1	Formale Denkstörungen .....	112
3.1.2	Inhaltliche Denkstörungen .....	112
3.1.3	Depressive Denkfehler als kognitive Fallen .....	113
3.2	Affektive Symptome .....	115
3.3	Psychomotorische Symptome .....	115
3.4	Körperliche Symptome .....	115
3.5	Psychodynamik .....	116
3.6	Die Symptome der Manie .....	116
4.	Die Diagnose schwerer Depressionen .....	117
4.1	Schlüsselfragen für die Diagnose .....	117
4.2	Depressive Episode oder Rezidivierende depressive Störung? ..	118
4.3	Verlaufsformen schwerer Depressionen .....	119
5.	Ursachen von Depressionen .....	121
5.1	Gehirn .....	122
5.2	Körperfunktionen .....	123
5.3	Denken, Glaube .....	124
5.4	Kindheitserlebnisse, Lebenserfahrungen .....	125
5.5	Auslösende Faktoren .....	125

### Anhang 5

Prüfung:	Fragen zur Lektion 5 .....	127
Vertiefung:	Ist Burnout unvermeidlich? .....	129

Lektion 6:

**Depressionen /2 –Therapie und Seelsorge ..... 141**

6.	Therapeutisches und seelsorgerliches Vorgehen .....	141
6.1	Gehirn .....	141
6.1.1	Medikamente .....	141
6.1.2	Schlafentzug .....	141
6.1.3	Elektrokrampftherapie .....	141
6.2	Körperfunktionen .....	143
6.3	Denken, Glaube .....	144
6.3.1	Stützung .....	144
6.3.2	Klärung der Sinn- und Schuldfrage .....	145
6.3.3	Korrektur von Grundannahmen .....	146
6.3.4	Korrektur von Denkfehlern .....	146
6.3.5	Trösten und Aufrichten .....	147
6.4	Kindheits- und Lebenserfahrungen .....	147
6.5	Auslösende Faktoren .....	148
7.	Fehler, die wir vermeiden sollten .....	150
7.1	Vorwürfe machen .....	150
7.2	Symptomatik missverstehen .....	150
7.3	Falsche Hoffnungen wecken .....	151
7.4	In Urlaub schicken .....	151
7.5	Wichtige Entscheidungen treffen lassen .....	152
7.6	Falsches Mitleid .....	152
7.7	Eigene Depressivität übersehen .....	152
7.8	Wahnideen korrigieren wollen .....	153
7.9	Geistlich überfordern .....	153
7.10	Suizidgefährdung übersehen .....	153
7.10.1	Wie erkenne ich eine Selbstmordgefährdung? .....	154
7.10.2	Wie kann ich der Suizidgefahr begegnen? .....	154
7.10.3	Wie kann eine Zwangseinweisung vorgenommen werden? .....	154

Anhang 6

Prüfung:	Fragen zur Lektion 6 .....	155
Vertiefung:	Anzeichen und Auswirkungen sexuellen Missbrauchs .....	157

Lektion 7:

**Suchtkrankheiten /1 – Die vielen Gesichter der Sucht ..... 161**

1.	Was ist das - „Sucht“? .....	161
1.1	Definition .....	161
1.2	Ziele des Suchtverhaltens .....	162
1.2.1	Lustgewinn .....	162
1.2.2	Unlustverhütung .....	162
1.2.3	Verringerung sozialer Distanz .....	162
1.2.4	Leistungssteigerung .....	163
2.	Die wichtigsten Süchte .....	163
2.1	Stoffgebundene Süchte .....	163
2.1.1	Alkohol .....	163
2.1.2	Medikamente .....	164
2.1.3	Schnüffelstoffe .....	165
2.1.4	Illegale Drogen .....	165
2.1.5	Alltagsdrogen .....	165
2.2	Verhaltensgebundene Süchte .....	166
2.2.1	Die Esssucht (Adipositas, Anorexie, Bulimie) .....	166
2.2.2	Die Spielsucht .....	167
2.2.3	Die Arbeitssucht .....	168
2.2.4	Die Fernsehsucht .....	169

Anhang 7

Prüfung:	Fragen zur Lektion 7 .....	171
Vertiefung:	1) Checkliste zu „Essen als Sucht“ .....	173
	2) Gebote für Kopf und Bauch .....	175

Lektion 8:

**Suchtkrankheiten /2 – Entstehung und Diagnostik des Alkoholismus .. 177**

3.	Die Disposition zur Sucht .....	177
3.1	Allgemeine Suchtdisposition .....	177
3.2	Spezielle Suchtdisposition .....	178
4.	Die Entwicklung der Sucht .....	179
4.1	Fehlbewältigung von inneren (emotionalen) Problemen .....	179

4.2	Wie kommt es zur Abhängigkeit? .....	179
4.3	Phänomen „Kontrollverlust“ .....	182
4.4	Die Phasen der Alkoholsucht .....	183
5.	Die Diagnose des Alkoholismus .....	184
5.1	Der Alpha-Alkoholiker .....	185
5.2	Der Beta-Alkoholiker .....	185
5.3	Der Gamma-Alkoholiker .....	186
5.4	Der Delta-Alkoholiker .....	187
5.5	Der Epsilon-Alkoholiker .....	187

## Anhang 8

Prüfung:	Fragen zur Lektion 8 .....	189
Vertiefung:	Fragebogen für Alkohol Kranke .....	191

## Lektion 9:

### **Suchtkrankheiten /3 – Die Therapie des Alkoholismus ..... 199**

6.	Die Therapie des Alkoholabhängigen .....	199
6.1	Der persönliche Tiefpunkt .....	199
6.2	Die Phase der Motivierung .....	200
6.3	Die Phase der Entgiftung .....	200
6.4	Die Phase der Behandlung .....	201
6.4.1	Ambulante Behandlung .....	201
6.4.2	Stationäre Behandlung .....	201
6.5	Die Phase der Nacharbeit .....	202
7.	Die Arbeit mit den Angehörigen .....	202
7.1	Der Leidensdruck des Partners .....	203
7.2	Der Krankheitsgewinn des Partners .....	203
7.3	Der Partner als „Co-Alkoholiker“ .....	204
7.4	Notwendige Einsichtsprozesse beim Angehörigen .....	206
7.4.1	Zugeben der Machtlosigkeit .....	206
7.4.2	Abschied von der Beschützerrolle .....	207
7.4.3	Das eigene Leben leben .....	208
8.	Der Rückfall .....	208
8.1	Wie kommt es zum Rückfall? .....	209
8.2	Ist lebenslange Abstinenz wirklich nötig? .....	210

8.3	Macht Christus nicht „recht frei“? .....	211
8.4	Wie halten wir es mit dem Abendmahl? .....	211

## Anhang 9

Prüfung:	Fragen zur Lektion 9 .....	213
Vertiefung:	1) Fragebogen zum Coalkoholismus .....	215
	2) Literatur zum Thema „Alkoholismus“ .....	216

## Lektion 10:

### **Neurosen und Persönlichkeitsstörungen ..... 217**

1.	Was ist eine Neurose? .....	217
1.1	Neurose – ein problematischer Begriff .....	217
1.2	Seelisch oder körperlich? .....	218
1.2.1	Psychoneurosen .....	218
1.2.2	Organneurosen .....	218
2.	Wie zeigt sich neurotisches Verhalten? .....	219
2.1	Beschreibung .....	219
2.2	Gemeinsamkeiten neurotischer Menschen .....	220
3.	Neurotisches Verhalten als Bewältigungsstrategie .....	221
3.1	Der Zweck des Symptoms .....	221
3.2	Bewältigung von Motivkonflikten .....	221
4.	Verschiedene Symptombilder .....	223
4.1	Angststörungen .....	223
4.1.1	Allgemeine Ängstlichkeit .....	224
4.1.2	Angstanfälle .....	225
4.1.3	Phobien .....	227
4.2	Hysterisches (hysterisches) Verhalten .....	227
4.2.1	Konversionssymptome .....	227
4.2.2	Dysmnestische Symptome .....	228
4.2.3	Dissoziative Symptome.....	228
4.3	Hypochondrisches Verhalten .....	228
4.4	Zwangsverhalten .....	228
4.4.1	Zwangssymptome .....	228
4.4.2	Zwangsscharakter .....	229
4.5	Selbstdestruktives Verhalten .....	230



5.	Behandlung neurotischer Verhaltensstörungen .....	231
5.1	Was leistet die Psychotherapie? .....	231
5.2	Der seelsorgerliche Zugang .....	232
5.3	Neurose und Glaubensleben .....	233

### Anhang 10

Prüfung:	Fragen zur Lektion 10 .....	235
Vertiefung:	1) Persönlichkeitsstörungen .....	237
	2) Macht Glauben gesund? .....	241

### Lektion 11:

#### **Schizophrenien und andere Psychosen /1 – Beschreibung u. Ursachen 245**

1.	Psychosen allgemein .....	245
1.1	Was sind Psychosen? .....	245
1.2	Folgende Psychosen gibt es .....	245
1.3	Die biochemische Erklärung .....	246
2.	Grundlegendes über Schizophrenien .....	247
2.1	Was ist Schizophrenie? .....	247
2.2	Häufigkeit und Erblichkeit .....	247
2.3	Formen und Verlauf der Schizophrenie .....	248
3.	Beschreibung der schizophrenen Symptomatik .....	251
3.1	Symptome des Erlebens .....	251
3.1.1	Akustische Halluzinationen .....	251
3.1.2	Leibhalluzinationen .....	252
3.1.3	Schizophrene Ichstörungen .....	252
3.1.4	Wahnwahrnehmung .....	253
3.2	Symptome des Ausdrucks .....	253
3.2.1	Formale Denkstörungen .....	253
3.2.2	Katatone Störungen .....	254
3.2.3	Affekt- und Kontaktstörungen .....	255
4.	Die Entstehung der Schizophrenie .....	256
4.1	Unwissenheit fördert die Mythenbildung .....	256
4.2	Überschuss an Dopaminen? .....	257
4.3	Multifaktorielle Genese .....	258
4.4	Störung der Informationsaufnahme und -verarbeitung .....	259

## Anhang 11

Prüfung: Fragen zur Lektion 11 .....	261
Vertiefung: Psychopharmaka (Martin Schumacher) .....	263

## Lektion 12:

### **Schizophrenien und andere Psychosen /2 – Therapeutische Ansätze.. 281**

5.	Die Therapie der Schizophrenie .....	281
5.1	Therapie als Balanceakt .....	281
5.2	Die medikamentöse Behandlung .....	282
5.3	Die psychotherapeutische Behandlung .....	283
5.4	Der seelsorgerliche Zugang .....	284
5.5	Die Arbeit mit den Angehörigen .....	285
6.	Persönlichkeitsstörung „Borderline“ .....	288
6.1	Was versteht man unter „Borderline“? .....	288
6.2	Die Borderline-Persönlichkeit .....	289
6.3	Die Symptome kurzgefasst .....	291
6.4	Die Diagnose der Borderline-Störung .....	292
6.5	Die Therapie der Borderline-Störung .....	294
6.5.1	Psychotherapie .....	294
6.5.2	Medikamente .....	294
7.	Persönlichkeitsstörung „Dissoziative Identitätsstörung“ (DIS)..	295
7.1	Was versteht man unter einer „Dissoziativen Identitätsstörung“? .....	295
7.1.1	Diagnose .....	295
7.1.2	Bedeutung für die Seelsorge .....	296

## Anhang 12

Prüfung: Fragen zur Lektion 12 .....	299
Vertiefung: Verhaltensregeln für Schizophrene .....	301



Lektion 5:

## DEPRESSIONEN /1

---

### 1. Was ist eine Depression?

Eine Depression ist eine Gemütsstörung, gekennzeichnet durch eine länger-dauernde tiefgreifende Verstimmung, die den Menschen in seiner gesamten Persönlichkeit betrifft. Das Wort „Depression“ kommt aus dem Lateinischen und heißt „Niederdrückung“. Heute wird das Wort sehr inflationär verwendet. Jede kleine Verstimmung bezeichnet man schon als Depression. Wesentlich sind also: Dauer und Umfang (die gesamte Person ist betroffen). Eine Depression kann über Wochen, Monate oder Jahre anhalten. Betroffenen fällt es schwer, den Alltag mit all seinen Aufgaben und Aktivitäten zu bewältigen. Die gesamte Lebensführung kann durch eine Depression beeinträchtigt sein.

Depressionen können also in unterschiedlichen Schweregraden auftreten. Man unterscheidet:

- 1) leichte Depressionen
- 2) mittelgradige Depressionen
- 3) schwere Depressionen.

Vor Jahren wurde ich gebeten, in einer Bibelschule über das Thema „Depression“ zu referieren. Der Titel dieses Vortrags wurde mir vorgegeben: „Depression – Übernahme von innen“. Ich hatte mit diesem Titel zunächst etwas Mühe. Er legt nämlich die Vorstellung nahe, dass die Depression so etwas ist wie eine Macht, die mich überwältigt, wobei ich selbst die Opferrolle inne-habe. Dann kam mir aber eine Idee. Man kann den Titel nämlich auch anders verstehen. Ich möchte das am Beispiel von Troja veranschaulichen. Die Klä-rung der Frage, ob die Geschichte der Einnahme von Troja eine historische Grundlage hat oder ein Mythos ist, können wir uns ersparen.

---

Auch nach zehnjähriger Belagerung war es den Griechen nicht gelungen, die Stadt Troja zu erobern. Da hatte der griechische Held Odysseus die Idee mit dem trojanischen Pferd. Es handelte sich um ein riesiges hölzernes Pferd, das vor den Toren Trojas abgestellt wurde. Vorgeblich sollte es ein Geschenk an die griechische Göttin Athene sein. Nicht ahnend, dass in dessen Bauch griechische Soldaten versteckt waren, zogen die Trojaner das Pferd in die Stadt. Nachts öffneten die Griechen die Stadttore Trojas von innen und ließen ihr Heer hinein. So konnten sie schließlich Troja von innen her bekämpfen und übernehmen.

---

Könnte es sein, dass es bei der Depression ähnlich ist. Das würde heißen, dass wir nicht nur Opfer sind, sondern die Voraussetzungen für die Übernahme selbst geschaffen haben. Sicher gilt das nicht für alle Formen der Depression in gleichem Maße. Damit wir hier differenzieren können und nicht alles über einen Leisten brechen, sollten wir uns zunächst kurz mit den verschiedenen Formen der Depression befassen. Wenn wir keine differenzierte Diagnose haben, dann werden wir die Depression auch nicht adäquat behandeln können. Außerdem werden wir, wenn wir alles in einen Topf werfen, den betroffenen Menschen nicht gerecht. Die psychische Beteiligung und damit auch die persönliche Verantwortung ist bei den Depressionsformen nicht gleich.

## **2. Formen der Depression**

### **2.1 Psychiatrische Begrifflichkeit im Wandel**

Eine fundierte und allgemein akzeptierte Klassifikation der vielfältigen depressiven Störungen ist wichtig zum einen für die Diagnostik, zum anderen aber auch für die länderübergreifende Kommunikation. Nun gibt es mittlerweile verschiedene Systeme der Kriterien, abhängig vom jeweiligen Stand der Forschung. Die international gültigen Klassifikationen sind der „ICD-10: Internationaler Krankheiten-Katalog der Weltgesundheitsorganisation, 10.

Revision“ und der „DSM V: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen, 5. Revision“. In Deutschland ist allerdings nur der ICD verbindlich. Das DSM wird überwiegend in den USA verwendet.

Nun ist es allerdings so, dass diese Kriterien in der klinischen Praxis noch nicht generell übernommen worden sind. Psychiater aus alter Schule verwenden oft noch ältere Einteilungen, die nicht primär an Schwere und Verlauf der Krankheit orientiert sind, sondern die Entstehung dieser Störungen einbeziehen. Dies bedeutet, dass sich die Diagnostik hauptsächlich an den vermuteten Ursachen (Pathogenese) orientierte. In Abb. 5-1 ist das gut erkennbar.

### Die Formen der Depression (nach Kielholz)

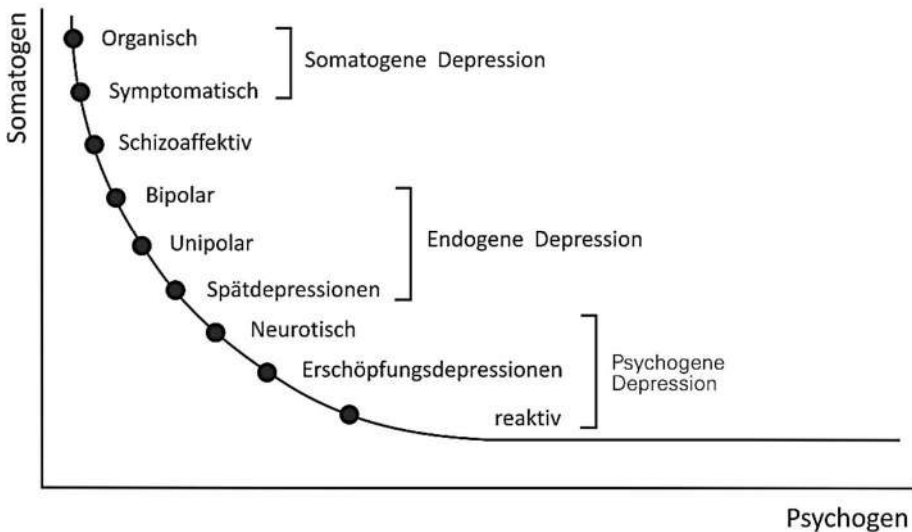


Abb. 5-1

Die diversen Formen der Depression sind hier nach den Kriterien „psychogen“ und „somatogen“ sortiert, dem Ausmaß an seelischer bzw. körperlicher Verursachung. Die moderne Forschung hat jedoch gezeigt, dass jede Depression mehr oder weniger fehlangepasste (neurotische), situationsbedingte (reaktive) und körperliche Ursachen hat, so dass diese Krankheitskonzeption als nicht mehr zuverlässig und nützlich gesehen wird.

## 2.2 Aktuell anerkannte Begrifflichkeit<sup>1</sup>

### 2.2.1 Depressive Episode

Um von einer depressiven Episode sprechen zu können, muss die depressive Symptomatik mindestens 2 Wochen langanhaltend bestehen. Depressive Episoden können von unterschiedlicher Schwere sein. Die Verlaufsdauer ist variabel. Im statistischen Mittel ist allerdings von einer abgrenzbaren Phasendauer von 4 bis 6 Monaten auszugehen. In etwa 15% der Fälle kann die Phase einen langfristigen Verlauf nehmen und zum Teil deutlich über ein Jahr betragen. Solche depressiven Episoden können praktisch in jedem Lebensalter erstmals auftreten. Die größte Häufung von Ersterkrankungen findet sich jedoch im jungen Erwachsenenalter. Die Chance der Remission, d.h. des vollständigen Wiederabklingens der depressiven Symptomatik ist gut. In ca. 1/3 der Fälle bleibt jedoch unbehandelt nach Abklingen der Episode eine depressive Restsymptomatik zurück. In ca. 50 bis 75% aller Fälle bleibt es nicht bei einer einmaligen depressiven Erkrankung.

Liegt ein depressiver Wahn vor spricht man von einer „psychotischen Depression“ bzw. von einer schweren depressiven **Episode mit psychotischen Symptomen**. Der Wahn beschränkt sich auf die Inhalte Schuld, Verarmung und Hypochondrie. Die psychotische Depression zeichnet sich durch besondere Schwere und Häufigkeit der Krankheitsphasen sowie durch vermehrte Suizidalität aus.

### 2.2.2 Rezidivierende depressive Störung

Treten mehrere abgrenzbare depressive Phasen auf, so spricht man von einer „rezidivierenden depressiven Störung“. Auch hier ist im Allgemeinen von einer vollständigen Gesundheit nach dem Abklingen der jeweiligen Phase auszugehen. In ca. 20% allerdings kann eine rezidivierende depressive Störung einen chronischen Verlauf nehmen. Die Betroffenen müssen lernen, auf ihre psychische Gesundheit zu achten, Warnzeichen für ein Wiederauftreten der Depression rechtzeitig zu erkennen, um einem Rückfall vorzubeugen.

---

<sup>1</sup> Teilweise übernommen von <https://www.wicker.de/kliniken/hardtvaldklinik-ii/behandlungsschwerpunkte/erkrankungen-a-z/melancholie/>.

### **2.2.3 Bipolare Störung**

Kommt es im Verlauf einer rezidivierenden depressiven Störung zumindest einmal zu einer manischen Phase, spricht man von einer Bipolaren Störung. Manische Phasen können vereinfacht als das Umkehrbild einer Depression verstanden werden. Sie sind gekennzeichnet durch grundlose Heiterkeit, Selbstüberschätzung, Gedankenflüchtigkeit, ein deutlich vermindertes Schlafbedürfnis sowie gesteigerten Rede-, Bewegungs- und Betätigungsdrang. Diese zunächst scheinbar positiven Auswirkungen können für den Betroffenen wegen seiner Selbstüberschätzung und unkritischen Selbstsicht erheblichen sozialen und finanziellen Schaden zur Folge haben.

### **2.2.4 Dysthymie**

Als Dysthymie (früher Neurotische Depression) werden vom Ausprägungsgrad her eher leichtere Depressionen verstanden, die allerdings oft einen chronischen Verlauf nehmen. Symptombeginn ist oft bereits im Jugendalter. Von einer Dysthymie kann erst dann gesprochen werden, wenn die depressive Symptomatik über mindestens zwei Jahre hinweg bestanden hat.

Wengleich von der Definition her die Dysthymie als eine eher leichtere depressive Verstimmung bezeichnet wird, so darf nicht verkannt werden, dass durch den oft chronischen Verlauf doch ein erheblicher Leidensdruck entsteht. Da Betroffene diesen langjährigen Gemütszustand oft als Teil ihrer Persönlichkeit ansehen, kommen sie auch selten zur Behandlung.

## **3. Die Symptome der Depression**

Man kann die Depressions-Symptome nach den psychischen Grundfunktionen, Denken, Fühlen, Wollen, ordnen, bzw. von kognitiven, affektiven und Verhaltenssymptomen sprechen.

Bei Verwendung der nachfolgenden Symptomliste wäre unbedingt zu bedenken, dass bei weitem nicht alle genannten Symptome bei jeder Depressionsform vorhanden sind. So liegt z.B. ein Wahngeschehen nur bei der Psychotischen Depression vor.

## 3.1 Kognitive Symptome

### 3.1.1 Formale Denkstörungen

- Denkhemmung, verlangsamtes Denken, Gedanken sind unproduktiv, einfallsarm, ständig wiederkehrende Gedankeninhalte, Grübeln.
- Störung der Konzentrations- und Merkfähigkeit
- Ratlosigkeit

### 3.1.2 Inhaltliche Denkstörungen

- Denkfehler (dazu Näheres unter 3.1.3)
- depressive Wahnideen (speziell bei der Zykllothymie).
- Die Inhalte haben es mit den Urängsten des Menschen zu tun.
  - 1) Der *Schuld- und Versündigungswahn* mit der Angst um das Heil der Seele: Eine Patientin in der Psychiatrie, in der ich hospitierte, war überzeugt, sie sei schuld an allen Kriegen auf der Welt.
  - 2) Der *Hypochondrische Wahn* mit der Angst um die Gesundheit: Eine Patientin meinte, sie habe einen Tumor im Kleinhirn. Auch MRT-Bilder von ihrem Kopf konnten sie nicht vom Gegenteil überzeugen.
  - 3) Der *Verarmungswahn* mit der Angst um die materielle Existenz: Ein Landwirt hatte einen kleinen Anbau an seinem Hof bauen lassen. Der Bau war fast fertig, da fiel er in eine Depression. Er war überzeugt, dass er jetzt völlig verarmen würde, obschon die Finanzierung absolut gesichert war. Auch die Konfrontation mit den Fakten brachte ihn nicht davon ab.
- Todes- und Suizidgedanken
- Zwangsgedanken
- negatives Denken (ein negatives Selbstbild; eine negative Sicht der Umwelt; eine negative Zukunftserwartung). Diese drei negativen Sichtweisen nennt man auch die Depressive Triade.



### 3.1.3 Depressive Denkfehler als kognitive Fallen

1. *Alles-oder-nichts-Denken*: Man sieht alles in Schwarzweiß-Kategorien. Wenn eine Leistung nicht absolut vollkommen ist, wird sie als totaler Misserfolg betrachtet. Das Essen ist angebrannt und die Reaktion ist: „Ich kann nicht kochen!“ Entweder bin ich völlig geheiligt oder ein totaler Sünder.

2. *Übertriebene Verallgemeinerungen*: Eine übertriebene Verallgemeinerung liegt dann vor, wenn ich etwa von einem einzelnen Ereignis so rede, als wäre es Teil einer endlosen Folge von Niederlagen. Gewöhnlich werden dann Wörter wie „immer“ oder „nie“ verwendet. Ein Bruder kommt ausnahmsweise einmal zu spät zu einer Verabredung und meint: „Ich komme immer zu spät“. Oder man sagt nach einem ersten Versagen: „Das lerne ich nie!“

3. *Geistiger Filter*: Ich suche mir ein einzelnes negatives Detail heraus und jetzt drehen sich meine Gedanken nur noch darum. Ich habe vielleicht mitbekommen, dass Kollege X etwas gegen mich hat. Nun denke ich nur noch: „Kollege X mag mich nicht!“ Dass es andererseits eine Menge Leute gibt, die mir schon zu erkennen gegeben haben, dass sie mich mögen, kommt gar nicht mehr in meine Gedanken (das ist so eine Art Tunnelblick). Ein einziges Wort der Kritik löscht alles Lob aus, das einem je zuteilgeworden ist.

4. *Abwertung des Positiven*: Ich lehne positive Erfahrungen ab und beharre darauf, dass sie „nicht zählen“. Wenn mir etwas gelungen ist, glaube ich, alle anderen hätten es genauso gut fertiggebracht.

5. *Sprunghafte Schlüsse*: Wenn ich über keine Tatsachen verfüge, dann neige ich dazu, die Dinge durch sprunghafte Schlüsse negativ zu interpretieren. Zwei häufig vorkommende Variationen davon sind das *Gedankenlesen* und das *Wahrsagen*. *Gedankenlesen*: Ich schlussfolgere willkürlich, dass jemand negativ auf mich reagiert, geradeso, als könnte ich seine Gedanken lesen. *Wahrsagen*: Ich sehe und sage voraus, dass alles schiefgehen wird. Nehmen wir an, ich plane ich für das Wochenende einen Ausflug und sage im Blick darauf: „Es wird garantiert regnen.“

6. *Übertreibung*: Ich übertreibe die Bedeutung meiner Probleme und Unzulänglichkeiten und spiele gleichzeitig meine guten Eigenschaften herunter.

Das nennt man auch den „Fernglastrick“: Je nachdem, wo man reinguckt, kommt es zu einer Vergrößerung oder Verkleinerung.

*7. Emotionale Argumentation:* Ich nehme an, meine negativen Gefühle spiegeln die Realität wider: „Ich habe Schuldgefühle → Ich muss ein schlechter Mensch sein.“ – „Ich fühle mich im Hauskreis unwohl → Ich bin sicher, dass die anderen mich ablehnen.“ – „Ich fühle keine Heilsgewissheit → ich bin gar nicht wiedergeboren!“.

*8. Aussagen mit „sollte“:* Ich sage mir immer wieder vor, wie die Dinge sein sollten. Viele Menschen versuchen, sich mit „sollte“ und „sollte nicht“ zu motivieren, als ob sie erst bestraft werden müssten, ehe man von ihnen erwarten kann, dass sie etwas unternehmen. „Ich sollte mehr Bibel lesen... mehr beten... usw.“ So macht man sich ständig ein schlechtes Gewissen, tut aber doch nicht das, was man tun sollte.

*9. Etikettierung:* Dies ist eine extreme Form des Alles-oder-nichts-Denkens. Anstatt zu sagen: „Ich habe einen Fehler gemacht“, hängt man sich ein negatives Etikett an: „Ich bin ein Versager!“

*10. Personifizierung:* Personifizierung liegt vor, wenn ich Dinge, die gar nichts mit mir zu tun haben, auf meine Person beziehe. „Frau Krause ist heute im Supermarkt an mir vorbeigegangen, ohne mich zu grüßen. Sicher hat sie was gegen mich!“ (Dabei ist es ja viel wahrscheinlicher, dass Frau Krause mich einfach nicht gesehen hat). Ich weiß, dass an meiner Hose ein Fleck ist und denke jetzt, alle Leute schauen auf diesen Fleck. Personifizierung liegt auch vor, wenn ich mich persönlich verantwortlich halte für Ereignisse, auf die ich überhaupt keinen Einfluss habe.

Gewöhnlich treten mehrere dieser Denkfehler gleichzeitig und in entsprechender Mischung auf. Nehmen wir an, Sie sind verstimmt, weil Sie bei einem Vorstellungsgespräch keinen so guten Eindruck gemacht haben wie erhofft. Ihre Gedanken könnten nun ungefähr so aussehen: „Ich verpatze solche wichtigen Dinge immer. Die Stelle bekomme ich nie. Ich bekomme wahrscheinlich nie eine Arbeit. Der Personalchef hat mich geradezu gehasst, das habe ich gemerkt. Was bin ich doch für ein Trottel.“

### 3.2 Affektive Symptome

- Tiefe Verstimmung und Traurigkeit
- verminderte Schwingungsfähigkeit hin zum Heiteren
- verstärkte Schwingungsfähigkeit zum Traurigen
- Eindruck der Gefühllosigkeit
- grundloses Weinen
- Angst
- Reizbarkeit

### 3.3 Psychomotorische Symptome

- Antriebshemmung (Depressive können in ihren Bewegungen geradezu „einfrieren“, sie haben ein Maskengesicht, eine unbewegliche Mimik und einen starren Blick)
- Interesselosigkeit
- Innere Unruhe, Spannung
- Antriebssteigerung (Agitiertheit); ständiges Herumnesteln, beschäftigt sein, ohne etwas zu erreichen: Leerlaufaktivität

### 3.4 Körperliche Symptome

- Schlafstörungen (Einschlafen, Durchschlafen, frühes Erwachen)
- Müdigkeit, Erschöpfung, Mattigkeit
- Kopfschmerzen, Kopfdruck
- Rückenschmerzen
- Herzsensationen (Herzrasen, -stolpern usw.)
- Gastrointestinale Störungen (Magen-Darm)

- Gewichtsverlust, Appetitlosigkeit
- Libidoverlust, Amenorrhoe (Ausbleiben der Periode)
- Schwindel, Mundtrockenheit, Engegefühl im Hals, Haarausfall, usw., usw.

### 3.5. Psychodynamik

Man kann die Symptome der Depression als verschlüsselten Schrei nach Liebe verstehen. Das überstarke Bedürfnis nach Liebe führt oft zu starker Abhängigkeit von andern Menschen. Die Forderungen des Depressiven nach Liebe und Zuwendung sind in der Regel maßlos und unerfüllbar. Das führt dazu, dass der Depressive bei Konflikten starke Trennungsängste entwickelt, er klammert sich an den Partner und andere Menschen bildlich gesprochen an und ist bemüht, offene Konflikte zu vermeiden. Diese Psychodynamik ist übrigens in abgeschwächter Form auch bei Menschen zu beobachten, die eine Disposition zu depressiven Reaktionen haben (depressive Charakterstruktur).

### 3.6. Die Symptome der Manie

Die Manische Episode können wir als das Umkehrbild der Depressiven Episode verstehen. Typisch für die manischen Phasen bei der bipolaren Depressionsform ist ...

- ein flaches, flüchtiges und beschleunigtes Denken (Ideenflucht);
- eine grundlos gehobene Stimmungslage, Heiterkeit (die gehobene Stimmung wird aber nicht unbedingt als angenehm empfunden. Er merkt etwas von deren Unnatürlichkeit);
- ein übersteigertes Selbstbewusstsein;
- Distanzlosigkeit;
- evtl. wahllose sexuelle Kontakte (Steigerung der Libido);
- manisches, wahnhaftes oder wahnähnliches Denken;
- Gehobenheit der Vitalgefühle;

- ein Übermaß an Initiative und Aktivität;
- grundloses und unsinniges Einkaufen, Verreisen usw.;
- psychomotorische Erregung;
- Schlaflosigkeit (aber nicht unangenehm empfunden, 4-5 Stunden reichen ihm völlig aus).

Während meines Psychologiestudiums hatte ich Kontakt zu einem Kommilitonen, der an einer bipolaren Erkrankung litt. Die Diplomprüfung fiel in die Zeit, in der er seine manische Phase hatte. Ich habe ihn zunächst bedauert, musste aber schließlich zu der Einsicht kommen, dass die Manie ihm nicht zum Hindernis wurde, sondern zur Hilfe. Er hat die Prüfung mit „sehr gut“ abgeschlossen. Gründe: Er brauchte nur wenig Schlaf (3-4 Stunden), um tagsüber richtig „gut drauf“ zu sein. So konnte er die halben Nächte hindurch büffeln. In der mündlichen Prüfung hat er die Prüfer durch sein selbstbewusstes Auftreten und seine geistige Präsenz beeindruckt. Keiner der Prüfer (promovierte Psychologen!) kam auf die Idee, dass mit ihm etwas nicht stimmt.

Das Schwierige bei manischen Menschen ist, dass sie keinerlei Krankheitseinsicht haben. Von daher sind die seelsorgerlichen Möglichkeiten fast gleich Null. Dagegen wäre die medikamentöse Therapie wirkungsvoll, wenn sie denn angenommen würde.

## 4. Die Diagnose schwerer Depressionen

### 4.1 Schlüsselfragen für die Diagnose

*Leiden Sie unter ...*

- einer gedrückten Stimmung?
- Interessenlosigkeit und/oder Freudlosigkeit, auch bei sonst angenehmen Ereignissen?
- fehlendem Selbstvertrauen und/oder negativen Selbstwertgefühle?

- Schwunglosigkeit und/oder bleierner Müdigkeit und/oder innerer Unruhe?
- verminderter Konzentrationsfähigkeit und/oder starker Grübelneigung und/oder Unsicherheit beim Treffen von Entscheidungen?
- starken Schuldgefühlen und/oder vermehrter Selbstkritik?
- negativen Zukunftsperspektiven und/oder Hoffnungslosigkeit?
- hartnäckigen Schlafstörungen?
- vermindertem Appetit?
- tiefer Verzweiflung und/oder Todesgedanken?

#### 4.2 Depressive Episode oder Rezidivierende depressive Störung?

Allein aus den anamnestischen Fakten ist eine Differentialdiagnose nicht möglich. Die Diagnostik muss sich zusätzlich an der Symptomatik und am Verlauf orientieren. Folgende Parameter sprechen außerdem dafür, dass ein vermutlich hoher organischer Anteil, also eher eine rezidivierende depressive Störung vorliegt:

- Erbliche Belastung (es gibt in der Familie andere Fälle);
- kein ausreichender äußerer Grund; evtl. aber psychogene Auslösung (die Sache, die die Depression ausgelöst hat, ist nicht hinreichend bedeutsam, um eine solche Reaktion zu erklären);
- frühes Erwachen und Morgentief, d.h. beim Erwachen geht es dem Betroffenen besonders schlecht;
- von Anfang an besteht eine tiefe vitale Traurigkeit (der Betroffene kann innerhalb von wenigen Tagen in eine tiefe Depression hineingeraten, während sich eher psychisch bedingte Depressionen längerfristig ausbilden);
- Erkrankungs-, Versündigungs- oder Verarmungswahn (bei Wahngeschehen ist immer ein organischer Faktor im Spiel);

- Remission innerhalb kurzer Zeit, d.h. der Betroffene taucht so kurzfristig wieder aus der Depression auf, wie er hineingeraten ist.

### 4.3 Verlaufsformen schwerer Depressionen:

Wesentlich ist auch der Verlauf. Daher ist eine Verlaufsbeobachtung wichtig (besonders bei Psychosen).

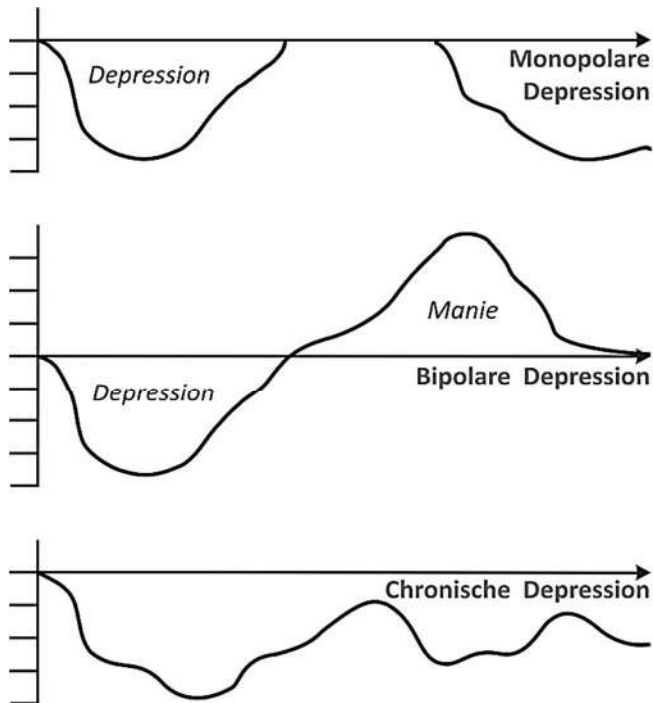


Abb. 5-2: Verlaufsformen schwerer Depressionen

- 1) *Monopolare Depression:* Es kommen nur depressive Phasen vor;
- 2) *Bipolare Depression:* Einer depressiven Phase folgt eine manische Phase;
- 3) *Chronische Depression:* Es gibt keine Phasen, sondern nur unterschiedliche Ausprägungen der Depression.

Das ist natürlich eine reine Modellkurve, die nur die grundsätzlichen Verläufe aufzeigen soll. Die Verlaufsformen beziehen sich auf die Rezidivierenden depressiven Störungen.

Welcher Schweregrad vorliegt, lässt sich anhand verschiedener Parameter beurteilen: die Anzahl der vorliegenden Beschwerden, die Intensität der Beschwerden und das Maß, in dem die Depression auch körperliche Beschwerden auslöst.

*Unterscheidung nach zeitlichem Verlauf.* Depressionen lassen sich auch im Hinblick auf ihr zeitliches Auftreten nach verschiedenen Formen unterscheiden:

- einmalige depressive Episode
- wiederkehrende (rezidivierende) depressive Störungen
- eine langanhaltende depressive Verstimmung (Dysthymie) und chronische Depressionen
- Depressionen in bestimmten Lebenssituationen

Depressionen können in jedem Alter und in verschiedenen Lebenssituationen auftreten. Die saisonale depressive Störung entsteht vor allem im Herbst und Winter. Sie wird den rezidivierenden depressiven Störungen zugeordnet. Weiterhin kann es zu Depressionen in der Schwangerschaft und nach der Geburt im Wochenbett kommen.

*Phasendauer:* Die durchschnittliche Phasendauer beträgt bei den monopolaren Depressionen 6,1 Monate, bei den bipolaren 8,8 Monate. Die Häufigkeit der schweren Depression in Europa beträgt ca. 0,6 %, wobei das Verhältnis von Frauen zu Männern 7:3 beträgt. Womit das zusammenhängt, weiß man nicht genau, es gibt aber manche Vermutungen, z.B. dass die Depression bei Männern häufiger durch Alkoholismus verdeckt ist. Kurz gesagt: Frauen gehen zum Psychiater, Männer gehen zum Wirt. Was diese Vermutung bestärkt ist folgende Beobachtung: Bei den Amish in USA, unter denen ein absolutes Alkoholverbot herrscht, ist das Verhältnis Männer zu Frauen interessanterweise 1:1.



Es gibt starke inter- und intraindividuelle Schwankungen. Die Intervalldauer (also die Phasen, in denen es dem Depressiven gut geht) ist bei der monophasen Verlaufsförm länger. Bei hoher Phasenzahl besteht eine Abnahme der Phasendauer, d. h. die Phasen werden eher kürzer. In der Regel ist das aber nicht mit einer Verkürzung des depressionsfreien Intervalls verbunden.

## 5. Ursachen von Depressionen

In Bezug auf die Ursachen von Depressionen sollten wir und zunächst eines ganz klar vor Augen halten: Es gibt nicht den einen Faktor, mit dem man sich die Depression erklären könnte. Die Ursachen der Depression sind multifaktoriell zu sehen: es ist eine ganze Reihe von Faktoren erblicher, konstitutioneller, biologischer, psychologischer und sozialer Art, die bei der Entstehung der Depression zusammenwirken. Schauen wir uns die wesentlichen Ursachen an!

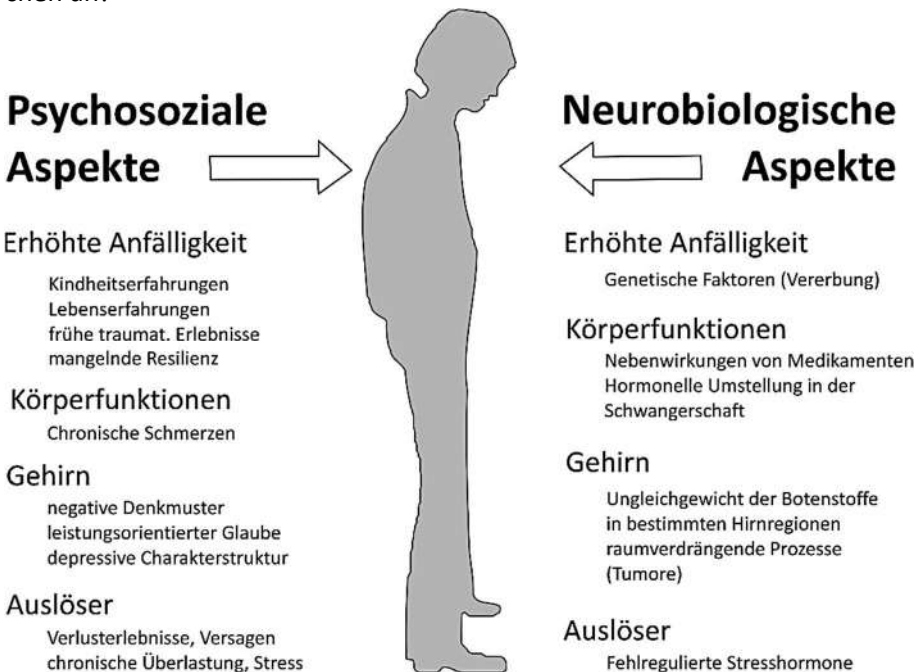


Abb. 5-3

## 5.1 Gehirn

Ein mit Sicherheit wesentlicher Faktor bei der Entstehung der Zykllothymien ist Veranlagung. Die Erbllichkeit ist sogar noch höher als bei der Schizophrenie. Die Wahrscheinlichkeit, an einer Zykllothymie zu erkranken, ist in einer Familie, in der schon jemand daran erkrankt ist, 20mal höher als in der Durchschnittsbevölkerung. Man hat bei Betroffenen festgestellt, dass Chromosom 11 am kurzen Arm Abnormitäten aufweist, die dominant vererbt werden! Andererseits zeigen die Untersuchungen mit eineiigen Zwillingen, dass auch andere Faktoren eine Rolle spielen. An der Stelle wäre es gut, eine gewisse Vorstellung von den biochemischen Prozessen im Gehirn zu bekommen. Genaue gesagt, geht es um den Grundvorgang bei der Übermittlung von Nervenimpulsen.

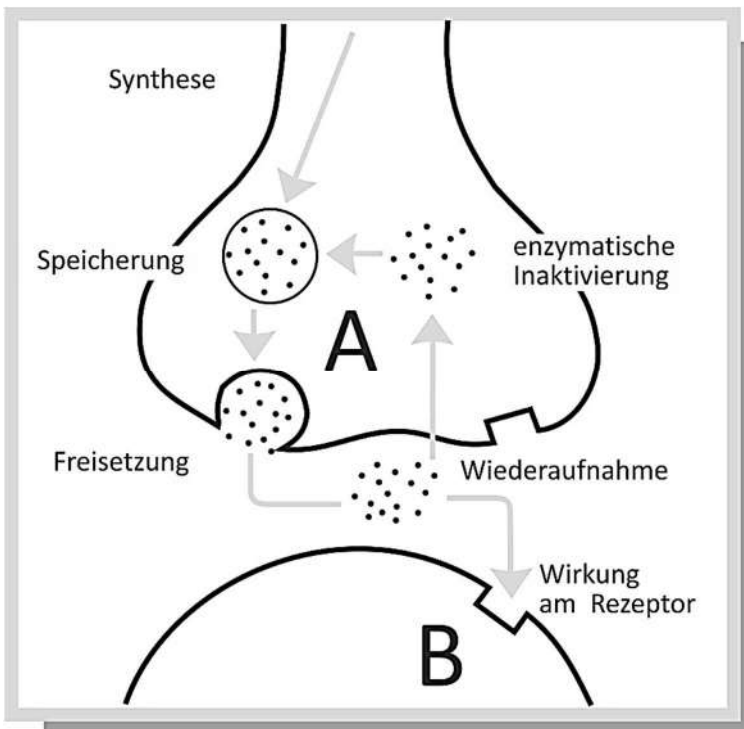


Abb. 5-4

Die Kommunikation von Nervenfasern zu Nervenfasern funktioniert ja nicht nur über Elektrizität, sondern auch über biochemische Wirkstoffe, die sog. „Neurotransmitter“, die in Abb. 5-4 durch schwarze Punkte dargestellt sind. Diese Neurotransmitter werden nach ihrer Synthese in der präsynaptischen Nervenendigung in kleinen Bläschen gespeichert. Wenn der Nervenimpuls kommt, werden sie in den synaptischen Spalt freigesetzt, treffen dann auf den Rezeptor am Ende der anderen Nervenfasern, von wo aus dann der Nervenimpuls fortgesetzt wird. Die Neurotransmitter werden daraufhin von der präsynaptischen Faser wiederaufgenommen, durch Enzyme inaktiviert und schließlich wieder abgespeichert. Das ist notwendig, weil sonst viel zu viele Botenstoffe verbraucht würden. Bei den Depressionen liegt ein Mangel der Botenstoffe *Noradrenalin* und *Serotonin* vor.

## 5.2 Körperfunktionen

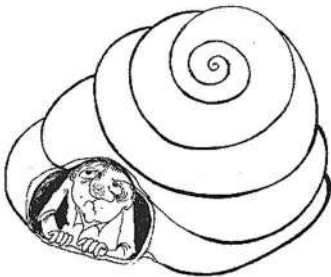
Hier sind vor allem die endokrinen Störungen zu nennen, d.h. die Störungen des Hormonstoffwechsels. Nicht selten kommt es vor, dass Depressionen mit Antidepressiva behandelt werden, und eine zugrundeliegende Schilddrüsenerkrankung übersehen wird. Ein Mangel oder auch ein Übermaß an Schilddrüsenhormonen kann zu einer Depression beitragen. Auch Geschlechtshormone (Östrogene, Androgene usw.) wären hier zu nennen. Viele Frauen leiden darunter, dass sie während der Zeit vor ihrer Menstruation niedergeschlagen, reizbar und unleidlich sind (die Ehemänner nicht weniger). Wir wissen ja auch von den Schwangerschaftsdepressionen oder der klimakterischen Depression, die u.a. mit der Umstellung im Hormonstoffwechsel zusammenhängen (auch hier multifaktoriell!). Aber auch andere organische Störungen wie Hirnschädigungen oder ein allgemeiner cerebraler Abbau (altersbedingt, durch Alkoholismus, durch Krankheiten wie Morbus Addison, Alzheimer'sche Krankheit usw.) können depressionsfördernd wirken.

Wir sehen also schon hier, wie wichtig es ist, dass in jedem Fall eine medizinische Abklärung erfolgt. Neuerdings vermutet man auch die Beteiligung von Krankheitserregern bei der Entstehung von Depressionen. Hinweise gibt es bei vielen verschiedenen Erregern, darunter Herpes- sowie HI-Viren, Chlamydien, Streptokokken, Borrelien u.a.

### 5.3 Denken und Glaube

Wie wir schon gesehen haben, spielt das Denken eine wesentliche Rolle. Die 10 typischen Denkfehler, die ich auf den Seiten 113-114 behandelt habe, sind ja nicht nur eine Auswirkung der Depression, sondern sie sind kognitive Fallen, in die auch die Gesunden hie und da treten. Wo diese Denkweisen im Leben eines Menschen bestimmend sind, kann durchaus von einer prämorbid (d.h. vor der Erkrankung vorhandener) Persönlichkeitsstruktur gesprochen werden. Es ist eine Disposition, die mit hoher Wahrscheinlichkeit irgendwann eine Depression nach sich zieht. Aber auch unsere Grundannahmen sind zu nennen. Es geht hier um unsere typischen Problemlösungsmuster.

Abb. 5-5



*Ort der Sicherheit*

Unversöhnlichkeit und Selbstmitleid sind absolut pathogene Faktoren. Bei fast allen depressiven Episoden finden wir verdrängte Wut, einen enormen Groll und Bitterkeit, außerdem den Hang, Gedanken des Selbstmitleids Raum zu geben. Wir kennen das sicher alle. Wenn wir aber bei jeder Belastung gleich in Selbstmitleid versinken, dann machen wir uns damit anfällig für eine Depression. Die Problem-

reaktion „Flucht in die Gefahrlosigkeit“ bzw. „Rückzug ins Schneckenhaus“ ist äußerst gefährlich. Sie kann irgendwann dazu führen, dass man aus dem Schneckenhaus nicht mehr rauskommt.

Natürlich bleibt auch der Glaube nicht unbetroffen. Beim Glauben ist ja unsere ganze Persönlichkeit involviert. Glauben hat auch viel mit Denken, mit Kognition zu tun, aber auch mit Emotion. Daher hat der Glaube sowohl eine Funktion bei der Entstehung von Depressionen, wie er auch von den Symptomen betroffen ist. Ein ungesunder gesetzlicher Glaube, aber auch ein gefühls- und erlebnisorientierter unreifer Glaube – beide können die Entstehung von depressiven Störungen begünstigen. Natürlich gilt auch das andere: eine Depression wirkt sich auch auf unseren Glauben aus. Das reicht von dem Verlust der Heilsgewissheit bis zum Versündigungswahn.

## 5.4 Kindheitserlebnisse, Lebenserfahrungen

Frühkindliche Deprivationserlebnisse (Verlust der primären Bezugsperson im Säuglingsalter nach Aufbau der Urbeziehung) sowie traumatische Erlebnisse wie etwa sexueller Missbrauch sind bei späteren Depressionen gehäuft zu finden (siehe dazu Liste im). Direkte oder indirekte Zurückweisung durch die Eltern etwa kann eine Prägung schaffen für spätere Depression – „kann“, aber muss nicht!

## 5.5 Auslösende Faktoren

Verlust ist wohl der Hauptfaktor der Depression. Dabei ist „Verlust“ in der ganzen Vielfalt zu verstehen. Zunächst natürlich kann es der Tod oder auch eine schwere Erkrankung des Partners, eines Kindes oder einer anderen geliebten Person sein; dann der Verlust eine Arbeitsstelle; finanzielle Schwierigkeiten; aber auch Liebeskonflikte; eheliche Untreue und Zerwürfnisse; Vereinsamung und Isolierung; Entwurzelung (Ausland); Scheidung (zu 70% auslösender Faktor bei Frauen); Alkoholismus des Ehepartners; Verlust der alten Umgebung; Mangel an mitmenschlichen Beziehungen usw. Normalerweise reagiert der Mensch auf Verlust mit Trauer. Der Trauerprozess kann aber, insbesondere bei vulnerablen Menschen, in eine Depression abgleiten. Auch Stress kann ein auslösender Faktor sowohl für depressiven als auch für psychosomatische Reaktionen sein.