

**Aus der therapeutischen Praxis**  
**Psychotherapie, Unterstützung, Medikamente**  
**Einfühlend und verständlich**

# **Depressionen verstehen und bewältigen**

**Manfred Wolfersdorf**

**4. Auflage**



**Springer**

Depressionen verstehen und bewältigen

Vierte Auflage

Manfred Wolfersdorf

# Depressionen verstehen und bewältigen

Vierte, neu bearbeitete Auflage



Prof. Dr. Manfred Wolfersdorf  
Bezirkskrankenhaus Bayreuth  
Nordring 2  
95455 Bayreuth  
[mwolfersdorf@t-online.de](mailto:mwolfersdorf@t-online.de)

Bilder zusammengestellt von:  
Evelyn Äugle  
Dr. Stefan Bretschneider  
Bezirkskrankenhaus Günzburg

ISBN 978-3-642-13511-8                    e-ISBN 978-3-642-13512-5  
DOI 10.1007/978-3-642-13512-5  
Springer Heidelberg Dordrecht London New York

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnetet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 1994, 1995, 2002, 2011

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zu widerhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

*Einbandgestaltung:* deblik, Berlin

Gedruckt auf säurefreiem Papier

Springer ist ein Teil der Fachverlagsgruppe Springer Science+Business Media ([www.springer.com](http://www.springer.com))

# Vorwort

Trauer und Niedergeschlagenheit sind Erfahrungen, die alle Menschen im Laufe ihres Lebens machen. Wenn wir Abschied nehmen müssen, spüren wir Trauer, nach einem Misserfolg sind wir vielleicht niedergeschlagen. Doch diese Gefühle gehen vorbei und machen neuen Empfindungen Platz. Was aber, wenn aus der Niedergeschlagenheit kein Weg führt? Wenn Mutlosigkeit, Kraftlosigkeit und Verzweiflung den Betroffenen umfangen und er den Glauben an sich, an die Umwelt und die Zukunft verliert?

Dieses Buch will helfen, die Krankheit, die wir Depression, Schwermut, Melancholie nennen, zu verstehen. Es richtet sich an Betroffene, an Angehörige von depressiv Kranken, an interessierte Laien – und auch Ärzte und Psychologen sollten ihren Patienten Informationen an die Hand geben. Es beschreibt die wichtigsten Erscheinungsweisen und die möglichen Ursachen so, wie ich sie bei den vielen Patienten gesehen habe, die in den letzten 30 Jahren bei uns ambulant oder stationär auf den Depressionsstationen im Zentrum für Psychiatrie Weissenau, Ravensburg, oder in der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Bezirkskrankenhauses Bayreuth Hilfe gesucht haben. Anhand von Beispielen soll gezeigt werden, welche Erscheinungsformen die Depression haben kann, welche Ursachen man kennt und welche Hilfen und Behandlungsmöglichkeiten es heute gibt. Denn eine Depression – und insbesondere die mittelgradig und schweren Formen – muss behandelt werden, von einem kompetenten und hierfür aufgeschlossenen Hausarzt, von einem Psychiater oder psychotherapeutisch geschulten Arzt oder Psychologen.

Das Buch ist aber auch für Ihre Partnerin, Ihren Partner, Ihre Angehörigen, Freunde und Freundinnen und Ihre Kolleginnen und Kollegen gedacht. Wenn diese verstehen, was es mit Ihrer Krankheit auf sich hat, wird es Ihr Zusammenleben und -arbeiten erleichtern und hilfreich unterstützen.

Prof. Dr. Manfred Wolfersdorf  
Mit den besten Wünschen und Kraft und Hoffnung,  
Bayreuth, 2010

# Inhaltsverzeichnis

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1 Einführung: Depression – eine seelische Krankheit .....</b>   | <b>1</b>  |
| <b>2 Depressives Kranksein: „Wie es mir geht, wenn es mir schlecht geht“ – Depression in Selbstschilderungen .....</b> | <b>7</b>  |
| <b>3 Die typische Depression .....</b>   | <b>15</b> |
| Herabgestimmtheit – Wie fühlen Depressive? .....   | 18        |
| Kognitive Störungen – Wie denken Depressive? .....   | 21        |
| Schlaf- und Appetitlosigkeit: Vegetative Symptome .....  | 25        |
| „Kein Schwung mehr“: Antrieb und Psychomotorik .....   | 26        |
| <b>4 Wann muss man an eine Depression denken? .....</b>  | <b>27</b> |
| Einige Fragen zur Selbsteinschätzung .....   | 31        |
| <b>5 Ursachen und Auslöser einer Depression .....</b>  | <b>37</b> |
| Ursachen .....   | 37        |
| Auslösung der Depression .....   | 46        |
| <b>6 Die verschiedenen Depressionsformen .....</b>   | <b>49</b> |
| Endogene Depression .....  | 50        |
| Psychogene Depression .....  | 51        |
| Somatogene Depression .....  | 53        |
| Depressionen in besonderen Lebenslagen .....   | 54        |

|  |            |
|--|------------|
| <b>7 Sind Depressionen behandelbar? .....</b>  | <b>61</b>  |
| Wann ist jemand behandlungsbedürftig? .....  | 64         |
| Was ist Heilung bei der Depression? .....  | 68         |
| Was hilft? – Die heutigen Therapieformen .....   | 71         |
| <br>   |            |
| <b>8 Medikamente in der Depressionsbehandlung .....</b>  | <b>73</b>  |
| Was sind und wie wirken Antidepressiva? .....  | 74         |
| Tranquillizer und Schlafmittel in der Depressionsbehandlung .....                                | 90         |
| Neuroleptika .....   | 92         |
| Prophylaxe von Wiedererkrankungen: Antidepressiva, Lithium,<br>Valproinsäure, Carbamazepin ..... | 94         |
| <br>   |            |
| <b>9 Psychotherapie: Hilft reden? .....</b>  | <b>99</b>  |
| Hilfreicher Umgang mit Depressiven .....   | 99         |
| Methodische Psychotherapie .....   | 105        |
| <br>   |            |
| <b>10 Fehler, die man machen kann .....</b>  | <b>111</b> |
| Was man als Arzt falsch machen kann .....  | 111        |
| Fehler, die Depressive machen .....  | 114        |
| <br>   |            |
| <b>11 Was Arbeitgeber, Nachbarn, Familie und Freunde<br/>wissen sollen .....</b>                 | <b>117</b> |
| Arbeitgeber .....  | 117        |
| Nachbarn .....   | 119        |
| Familie .....  | 120        |
| <br>   |            |
| <b>12 Was Angehörige tun können, tun sollen,<br/>was sie nicht tun sollen .....</b>              | <b>123</b> |

|   |     |
|---|-----|
| <b>13 Unterstützende Therapieformen .....</b>                       | 129 |
| <b>14 Stationäre Behandlung in der psychiatrischen Klinik .....</b> | 133 |
| <b>15 Der suizidgefährdete Depressive .....</b>                     | 137 |
| Wie kann man eine Suizidgefährdung erkennen? .....                  | 137 |
| Was kann man zur Suizidverhütung tun? .....                         | 140 |
| <b>16 Hat eine Depression auch positive Seiten? .....</b>           | 143 |
| <b>17 Abschlussbemerkung – eine Art Zusammenfassung .....</b>       | 147 |
| <b>Danksagung .....</b>   | 149 |
| <b>Literatur .....</b>  | 151 |

# Einführung: Depression – eine seelische Krankheit

## In der Depression

lebe ich ohne Sinn und Bewusstsein.

Ich sehe, ohne wahrzunehmen.

Ich fühle ohne Empfindung und Gefühl.

Ich schmecke ohne Genuss.

Ich rieche ohne Empfindung.

Ich denke ohne Geist und Sinn und Phantasie und Kombinationsfähigkeit.

Ich lache ohne Freude.

Ich weine ohne Schmerzensstachel.

Ich bewege mich ohne motorische Harmonie und Ausdrucksvermögen.

Ich kenne weder Hoffnung noch Maß noch Ziel.

Schlaf und Tod sind mir das Erstrebenswerteste.

Ich freue mich nicht, ich begeistere mich nicht, ich liebe nicht, ich trauere nicht.

Ich male nicht, ich spreche nicht, ich dichte nicht, ich singe nicht, ich tanze nicht, und wenn ich es dennoch tue, dann ohne Ausdruck und Phantasie und ohne dabei zu sein,

ohne Leben.

(Gedicht einer depressiven Frau)

Bis heute ist umstritten, ob psychische Krankheiten und psychische Störungen einfach Abweichungen, sozusagen „etwas mehr“ von z. B. Traurigkeit sind oder ob es einen qualitativen Sprung gibt, der normales psychisches Erleben von psychischer Krankheit trennt. In der Tat scheint es *Übergangsformen* von der Trauer über die Depressivität bis zur schweren Depression zu geben. In Äußerungen von Betroffenen wie: „Es wurde immer mehr, es kam zu viel zusammen, es wurde mir zu viel, ich habe es dann einfach nicht mehr ausgehalten, ich habe mich so hineingesteigert“ kommt dies zum Ausdruck. Häufiger, und insbesondere in der schweren Depression, werden jedoch unterschiedliche Empfindungen beschrieben. Auch das obige Gedicht verdeutlicht das Umfassende einer Depression, die keine Blinddarmentzündung ist, die operiert werden kann, kein gebrochener Arm, der eingegipst oder geschient wird, und auch keine Schnittverletzung.



Stürmisches Chaos zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Klinik.

zung, die genäht oder mit einem Pflaster geklebt werden kann. Eine Depression umfasst, beeinträchtigt, ja bedroht den gesamten Menschen in seinem körperlichen Empfinden, seinem Denken, seiner Gestimmtheit, in seinen Gefühlen, in seinen Bezügen zur eigenen Person, zum aktuellen Umfeld, zur eigenen Vergangenheit und Zukunft.

Das Beispiel von Frau A. zeigt, dass Depressionskranke zwischen alltäglicher Trauer und krankhafter Depression unterscheiden:

|          |  |  |
|----------|--|--|
| Beispiel |  |  |
|----------|--|--|

**Frau A.**

Die knapp 60-jährige Frau A. wird etwa ein Jahr nach dem plötzlichen Tod ihres 71-jährigen Ehemannes stationär aufgenommen, nachdem sie mit Tabletten einen Suizidversuch unternommen hatte: „Ich komme einfach alleine nicht zurecht. Wir haben alles gemeinsam gemacht, ich habe mich um nichts kümmern müssen. Ich hatte keine Freude mehr am Leben, obwohl mein Sohn so gut zu mir ist, deswegen habe ich auch versucht, mir das Leben zu nehmen“, klagt sie. „Jetzt stehe ich so ganz alleine da; meine Geschwister sind auch alle viel älter und können das gar nicht verstehen.“ Nach dem Tod des Ehemannes war ihr zum Verzweifeln, aber die Hektik der Organisation des Begräbnisses und der Überführung in seine Heimatstadt hätten sie einfach nicht zur Ruhe und zum Nachdenken kommen lassen.

„Humor war noch nie meine große Stärke, ich bin ein eher schwermütiger Typ, habe immer alles mitgemacht, war aber nie so richtig dabei. Das geht seit meiner Jugendzeit so, und ich glaube, es hängt damit zusammen, dass ich zwei Stiefmütter gehabt habe und mich besonders mit der zweiten überhaupt nicht verstanden habe ... Jetzt dachte ich, ich gehe zu meinem Sohn und kümmere mich um das Enkelkind, ich dachte, das sei eine Aufgabe, aber das Kind war so lebhaft. Ich kann nicht mehr denken, ich fühle mich nicht normal, ich kann kaum etwas lesen, auch nicht schreiben, nichts mehr aufnehmen ... Einmal erlöst sein, schlafen, von nichts mehr wissen. Wenn ich doch nicht mehr leben bräuchte“, das seien die Gedanken gewesen, die sie in letzter Zeit beschäftigt hätten. Und weiter: „Die große Leere ... innerlich wie versteinert, nicht weinen können ... ich werd nicht fertig und ich möchte es ja bewältigen können. Wenn was auf mich zukommt, dann regt es mich viel zu sehr auf. Mein Mann hat immer alles gemacht, mir ist immer alles gemacht worden.“ Anfänglich habe sie noch unter Weinkrämpfen gelitten, jetzt könne sie nicht mehr weinen, sie tue sich schwer mit dem Denken, im Kopf sei sie unklar, der ganze Geist sei weg, wie wenn ihre Gehirnzellen abgestorben wären. Sie könne jetzt auch nicht mehr trauern. Außerdem halte sie sich für eine Zumutung anderen Leuten gegenüber, weil ihre Haare nach dem Tod des Ehemannes ausgegangen seien, weil sie sich die letzte Zeit nicht mehr attraktiv anziehe, ungepflegt sei und auch keine Zeit mehr für sich selber aufgewendet habe. „Denn ich bin so elendig müde, dösen könnte ich den ganzen Tag ... Ob ich mir vorstellen kann, dass sich das wieder verändert? Ich habe keine Hoffnung, am liebsten wäre mir, wenn ich nicht mehr da wäre. Aber ich muss dableiben, ich muss kämpfen, meine Kinder wollen das Beste für mich und ich will doch nur, dass ich für mich selber wieder sorgen kann.“ Während eines mehrwöchigen Besuches beim Sohn, der die depressive Mutter eingeladen hatte, um ihr mit der Versorgung des vierjährigen Enkelkindes eine Aufgabe zu geben, hatte sie dann aus einem Gefühl der tiefen Verzweiflung und der Überforderung heraus den Suizidversuch unternommen.

### Beispiel

#### **Herr B.**

Ein anderer Patient, 60 Jahre alt, 30 Jahre verheiratet, hatte den Tod seiner Ehefrau und den Trauerprozess gut überstanden. Nach Auflösung des Haushaltes wenige Monate später und Umzug in eine neue, kleinere Wohnung begann er zu grübeln, konnte sich nicht mehr freuen, lag nächtelang wach, begann sich selbst und auch die verstorbene Ehefrau, von der er sich nun verlassen fühlte, anzuklagen und entwickelte Suizidideen. Für ihn lag der Unterschied zwischen Trauer und Depression darin, dass er in der Trauer „lebensfähig“ blieb, während er den Zustand der Depression als „Nicht-Trauer“ bezeichnete, als Lähmung seiner geistigen Funktionen, seiner Kommunikationsfähigkeit, als Minderung seiner Stimmung, seiner Fähigkeit, Gefühle empfinden zu können, sowie als Beeinträchtigung seiner körperlichen Funktionsfähigkeit.

Diese Beispiele zeigen, wie Betroffene selbst den allen Menschen bekannten Prozess der Trauer, der individuell und in der jeweiligen Gesellschaftsform unterschiedlich ausgeprägt sein kann, von einer Depression unterscheiden. In der Depression wird von *Nicht-traurig-sein-Können*, von *Nicht-Trauer* gesprochen. Anscheinend geht die Leidensfähigkeit verloren, wie sie in der Trauer, im Abschiednehmen von einem geliebten Menschen noch vorhanden ist. Verlust der Leidensfähigkeit meint natürlich nicht, dass depressiv Kranke nicht leiden, aber in der tiefen Depression steht die Freudlosigkeit, die Unfähigkeit überhaupt Gefühle empfinden zu können, im Vordergrund. Auch fällt auf, dass in der Depression nicht so sehr über den Verlust des Partners bzw. der Partnerin geklagt, geweint, getrauert wird, sondern dass eher die Klage über die eigene Lebens- und Leistungsunfähigkeit, über Freudlosigkeit, über Schlafstörungen, das eigene schlechte Aussehen, das schlechte körperliche Befinden im Vordergrund stehen. Es scheint, dass Trauer etwas Zielgerichtetes ist, einmal in Bezug auf den Verstorbenen, zum anderen aber auch im Sinne einer Entwicklung in eine neue Zukunft hinein, weg vom Verstorbenen, während Depressivität apathisch, antriebslos, innerlich erstarrt auf der Stelle verharren lässt. „Depression ist erstarrte Trauer“, definierte ein Patient den Unterschied zwischen Trauer und Depression.

#### Beispiel

##### **Herr C.**

Der Grundschullehrer, 42 Jahre alt, bereits mehrfach depressiv erkrankt, hat als das für ihn Schlimmste der Depression „das völlige Gefühl der Sinnlosigkeit, das totale Gefühl der Ohnmacht“ bezeichnet:

„Man stößt an seine Grenzen und es geht nicht mehr weiter, man verliert jegliches Selbstvertrauen, jegliches Selbstwertgefühl, wertet sich selber ab und dies geht bis zu Selbstmordideen, so weit, dass meine Kinder oder auch mein Glaube noch einen Sinn für mich darstellen, aber als Halt nicht mehr funktionieren.“

Depression als Krankheit ist auch nicht das, was wir in der Alltagssprache mit Depressivsein meinen. Depressivität oder depressive Verstimmung bezeichnet immer ein Symptom, das (wie z. B. Fieber) bei verschiedenen Erkrankungen auftreten kann. Fieber hat man bei Grippe, bei einer Nierenbeckenentzündung oder einer anderen Infektion. Depressive Symptome können eine Reihe von psychischen, aber auch körperlichen Erkrankungen begleiten. So kennen wir z. B. die Depressivität als länger anhaltende

Traurigkeit nach dem Verlust des Partners, nach der Eröffnung einer schweren Krankheitsdiagnose oder auch den sog. Wochenbett-Blues, den „Heultag“ durch die hormonelle Umstellung nach der Entbindung.

Wenn in diesem Buch von *Depression* gesprochen wird, ist eine *schwere Krankheit* gemeint, die den ganzen Menschen umfasst, ihn in seinem körperlichen Befinden, seinem Denken, seiner Gestimmtheit und in seinen Gefühlen, seinen Bezügen zur Umwelt, zur eigenen Person und zur Zukunft bedroht. Die Depression kann den Betroffenen bis hin zur Unfähigkeit, den eigenen Lebensverpflichtungen nachzukommen, beeinträchtigen. In ihren tiefsten und schwersten Ausprägungsformen umfängt sie die Kranken in ihrem Denken und Erleben derart, dass diese über ihr eigenes Leid nicht mehr hinauszuschauen vermögen und den Glauben an sich, an ihre Umwelt, an Hilfsmöglichkeiten und an die Zukunft verlieren. Die Depression wird dann lebensbedrohlich, denn – „Schlafen und Tod sind mir das Erstrebenswerteste“ – sie bringt dann die Gefahr der Selbsttötung mit sich.

Der Arzt bezeichnet als Depression im Sinne einer Krankheit einen Zustand, der

- zu deutlichen Symptomen im seelischen und körperlichen Bereich führt,
- das soziale Leben und die zwischenmenschlichen Beziehungen beeinträchtigt,
- die Arbeitsfähigkeit und Lebensqualität schädigt,
- mit Leiden und Krankheitsgefühl bis zur Freud- und Gefühllosigkeit einhergeht,
- bereits mindestens zwei Wochen lang unverändert und auch durch sozialen Kontakt nicht beeinflussbar andauert,
- mit einer hohen Rezidiv- und Chronifizierungsgefahr einhergeht, insbesondere wenn nicht oder unzureichend behandelt.

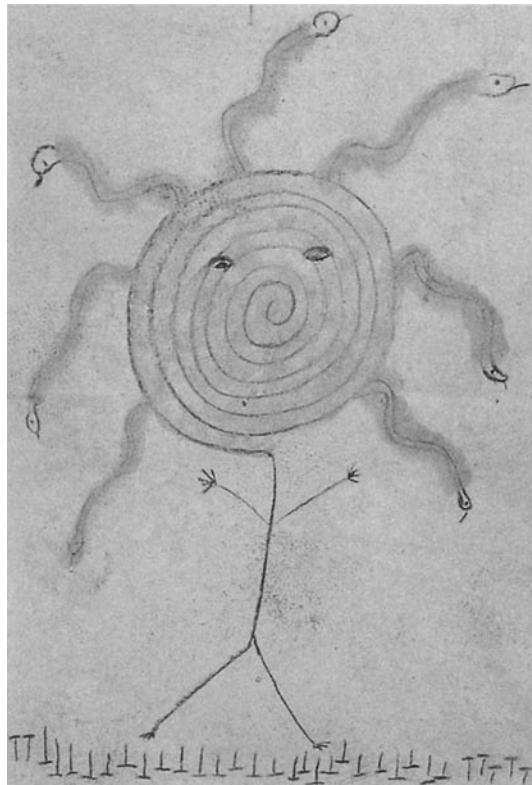
Die Depression ist eine *psychische* Krankheit, und es sei unterstrichen, dass Depression nicht Geisteskrankheit bedeutet! Ein depressiv kranker Mensch ist nicht irre oder verrückt, sondern „gemütskrank“. Der Psychiater, der einen Depressionskranken behandelt, ist kein „Irrenarzt“ und die psychiatrische Klinik kein „Narrenhaus“. Auch die Befürchtung, die Depression werde schließlich mit Schizophrenie oder Demenz enden, trifft wissenschaftlich und klinisch nicht zu. Trotz ihres ernsten Charakters gibt es

heute viele Hilfs- und Behandlungsmöglichkeiten. Depressives Kranksein bedeutet kein lebenslanges Gefangensein in der Melancholie, in der Gemütskrankheit, mehr.

# Depressives Kranksein: „Wie es mir geht, wenn es mir schlecht geht“ – Depression in Selbstschilderungen

Man kann sich dem Verständnis depressiven Krankseins auf zwei Wegen nähern. Man kann Betroffene selbst sprechen lassen, wie dies in Krankenblättern, in der Literatur, in Musik, Malerei oder Bildhauerei zum Ausdruck kommen kann, oder die Symptome, die bei depressiven Erkrankungen vorzufinden sind, aus ärztlicher Sicht darstellen. Beide Wege sollen beschritten werden.

Die folgenden Berichte sind Schilderungen von Patienten, die bei uns in Behandlung waren. Einige Einzelheiten wurden aus Gründen des Datenschutzes geändert.



Selbstbildnis: Medusenhaupt, abgemagerter Körper und quälende Spitzen.

**Beispiel****Frau D.**

Die knapp 40-jährige Lehrerin, seit mehreren Jahren immer wieder depressiv erkrankt, ist erstmals in stationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung. Sie eröffnet das Gespräch damit, sie sei froh, dass sie jetzt hier (in einem psychiatrischen Krankenhaus) sei: „Ich kann mich fallen lassen.“ Ihre Berufssarbeit habe sie noch zum Teil machen können, in der Familie und im Haushalt habe sie aber „nichts mehr geschafft, Angst gehabt vor mancher Arbeit; zu Hause gab es auch schöne Dinge, aber ich war unfähig, diese zu tun“. Damit waren zusätzlich Schuldgefühle verbunden. Es gehe ihr schon seit über einem halben Jahr schlecht: „Es ist ein Auf und Ab, im Winter immer schlechter, im Sommer immer besser. Die Angst kommt, wenn die Tage so kurz sind und die Nächte so dunkel. Jetzt (Winter) denke ich, ich spüre eine Übereinstimmung, draußen ist es so dunkel wie in mir.“

Sie erzählt dann, sie habe sich in den vergangenen Jahren Strategien des Zurechtkommens angewöhnt, so „das Jahr zu strukturieren, damit ich immer etwas habe, worauf ich mich freuen kann. Wie Stützpfiler einer Brücke über einen breiten Fluss. Wenn dann aber etwas ins Wanken kam, dann war es für mich ganz schlimm. Dies konnten auch die kleinen Dinge im Alltag sein, z.B. die Frage, ob man ins Thermalbad oder in die Sauna geht.“ Und weiter: „Es ist so, als gebe es zwischen mir und der übrigen Welt eine durchsichtige Wand, die manchmal da ist und manchmal nicht. Manchmal komme ich heraus und verletze mich, manchmal komme ich nicht heraus, meine Maske ist perfekter geworden.“ Sie leide unter wenig Appetit, habe aber trotzdem immer etwas zugenommen, weil sie immer etwas zum Kauen, Äpfel oder Joghurt oder etwas Süßes gebraucht habe. Das Essen habe aber keinen Spaß gemacht und nichts mit Appetit zu tun. „Nur wenig hat mir noch Spaß gemacht, die Lebensfreude war schon ganz weg.“ Sie lächelt dabei und bezeichnet dies als Maske. Was ihr gut tue sei, „Aufmerksamkeit zu erfahren, ... dass jemand sich dafür interessiert, wie es mir geht. Seit ich hier bin, habe ich wieder viel geheult und es war jedes Mal gut; es tut mir gut, weil ich vorher hab nicht mal heulen können. Hier kann ich heulen, so lange ich es brauche und es kommt jemand und streichelt mich, das tut gut ... Mit dem Auf und Ab habe ich in den letzten Jahren leben gelernt, es gab immer wieder das Auf und Ab, das hat mir geholfen, aber dieses Jahr kam kein Auf.“

Sie habe sich schon den Kopf darüber zerbrochen, warum es nicht mehr nach oben gegangen sei. Sie denkt dann an die Entfernung der Gebärmutter und der Eierstöcke ein Jahr zuvor wegen eines Myoms, wobei sie diese Zeit einschließlich der Erholungszeit in einer Kurklinik nicht belastend empfand. Belastend war es aber, später wieder in der Schule „ständig Kontakte anbieten“ zu müssen und anderseits „zu erleben, so viele Jugendliche brauchen mich nicht“. Während des Gesprächs wirkt Frau D. verlangsamt, nachdenklich, wenig schwingungsfähig in der Sprache, auch wenn sie zwischendurch eine Maske sozialen Lächelns aufsetzt.