

Von der Depression zur Lebensfreude

Univ.-Prof. Dr. Johannes Wancata

Gesund werden. Gesund bleiben. Band 4 / 7. überarbeitete und erweiterte Auflage

Eine Buchreihe des Dachverbandes der Sozialversicherungsträger
für Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige

Von der Depression zur Lebensfreude

Univ.-Prof. Dr. Johannes Wancata

Dr. Fabian Friedrich
Dr.in Clarissa Laczkovics
Mag.a Monika Schlögelhofer

Gesund werden. Gesund bleiben. Band 4 / 7. überarbeitete und erweiterte Auflage

Eine Buchreihe des Dachverbandes der Sozialversicherungsträger für Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige

Copyright: MedMedia Verlags Ges.m.b.H.
Herausgeber: Dachverband der Sozialversicherungsträger
Grafische Gestaltung: creativedirector.cc lachmair gmbh, www.creativedirector.cc
Lektorat: online-lektorat.at – Sprachdienstleistungen
Verlag: MedMedia Verlag und Mediaservice Ges.m.b.H., Seidengasse 9/Top 1.1,
A-1070 Wien, Tel.: +43/1/407 31 11-0, E-Mail: office@medmedia.at, www.medmedia.at
Druck: Print Alliance HAV Produktions GmbH

7. überarbeitete und erweiterte Auflage 2026
ISBN: 978-3-9505733-3-6

Soweit in dieser Publikation personenbezogene Ausdrücke verwendet werden, umfassen sie Frauen und Männer gleichermaßen.

Mitautorinnen und Mitautoren der früheren Ausgaben dieses Buches waren Univ.-Doz. Dr. Karl Dantendorfer, Assoc. Prof.in Priv.-Doz.in Dr.in Claudia Klier, Univ.-Prof. Dr. Gerhard Lenz, Mag.a Karin Stolba

Bildnachweis: fotolia.de, shutterstock.com, stock.adobe.com

Dieses Buch ist ein Service der Österreichischen Sozialversicherung und kann kostenlos über diese bezogen werden. Mehr Informationen über die Bücher der Buchreihe „Gesund werden. Gesund bleiben." finden Sie auf der Website der Österreichischen Sozialversicherung (www.sozialversicherung.at, Bereich Fachinformation, Bücher und Publikationen).

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 Mikrodatenverarbeitung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, dem Verlag vorbehalten.

Angaben über Dosierungen, Applikationsformen und Indikationen von pharmazeutischen Spezialitäten müssen von der jeweiligen Anwenderin/vom jeweiligen Anwender auf ihre Richtigkeit überprüft werden. Trotz sorgfältiger Prüfung übernehmen Medieninhaber und Herausgeber keinerlei Haftung für drucktechnische und inhaltliche Fehler.

Die im Buch enthaltenen Informationen entsprechen dem aktuellen Stand des Wissens zum Zeitpunkt der Erstellung.

AUTORINNEN UND AUTOREN

© MedUni Wien-feelimage



Univ.-Prof. Dr. Johannes Wancata

Em. Leiter der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Medizinische Universität Wien;
Em. Leiter der Klinischen Abteilung für Sozialpsychiatrie, Medizinische Universität Wien;
Past-Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

© zur Verfügung gestellt



Dr. Fabian Friedrich

Oberarzt an der Klinischen Abteilung für Sozialpsychiatrie, Medizinische Universität Wien;
President Elect der Österreichischen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

© zur Verfügung gestellt



Dr.in Clarissa Laczkovics

Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und psychotherapeutische Medizin, Psychoanalytikerin, Supervisorin für Übertragungsfokussierte Psychotherapie für Adoleszente, Leitende Oberärztin der Tagesklinik an der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Medizinische Universität Wien

© Alice Berg



Mag.a Monika Schlögelhofer

Psychotherapeutin, Stellvertretende Leiterin des Universitätslehrgangs für Verhaltenstherapie, Medizinische Universität Wien

REDAKTION



© ThomasMagyarFotodesign

Mag.a Nicole Gerfertz-Schiefer

MedMedia Verlag, Wien

Gemeinsam zu mehr Lebensqualität – Depression erkennen, verstehen und handhaben



© Dachverband der Sozialversicherungsträger

Mag. Jan Pazourek
Büroleiter
Dachverband der
Sozialversicherungsträger

Das SV-Buch „Von der Depression zur Lebensfreude“ soll über viele Fragen, die sich im Zusammenhang mit dieser Krankheit, deren Symptome oft fehlgedeutet werden, informieren und erscheint in der bereits 7. Auflage. Es ist ein Ratgeber, der über dieses wichtige Thema aufklären möchte und umfangreich über den aktuellen Stand des Wissens informiert.

Depressionen können sich auf vielfältige Weise äußern. Symptome wie Reizbarkeit, Stimmungsschwankungen oder sozialer Rückzug werden daher nicht immer als Anzeichen einer Erkrankung erkannt. Dabei ist Depression eine ernst zu nehmende Krankheit, für deren Behandlung heute wirksame Möglichkeiten zur Verfügung stehen.

Je früher die Behandlung beginnt, desto besser. Deshalb ist es der österreichischen Sozialversicherung ein besonderes Anliegen, Patientinnen und Patienten gut zu begleiten, aber auch Angehörigen eine fundierte Informationsbasis zum Thema Depression zu liefern und einen kompetenten sowie handlungsorientierten Umgang mit dieser Erkrankung zu ermöglichen.

Dieser Ratgeber aus unserer erfolgreichen Buchreihe „Gesund werden. Gesund bleiben.“ soll Ihnen helfen, Beschwerden zu erkennen und so eine schnelle Behandlung möglich zu machen. Denn je früher Sie eine Ärztin oder einen Arzt aufsuchen, umso besser sind die Therapiemöglichkeiten. Und je besser Sie über Ihre Krankheit Bescheid wissen, desto erfolgreicher können Sie die Behandlung mitgestalten.

Wir wünschen Ihnen eine interessante und hilfreiche Lektüre!

Mag. Jan Pazourek

Depressionen sind heute gut behandelbar


© MedUni Wien-feelimage

Univ.-Prof. Dr. Johannes Wancata

em. Leiter Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Medizinische Universität Wien; em. Leiter Klinische Abteilung für Sozialpsychiatrie, Medizinische Universität Wien; Past-Präsident Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Der Begriff Depression hat mittlerweile so stark Einzug in unser Leben gehalten, dass er auch für viele andere Dinge des Alltags verwendet wird, die gar nichts mit der Krankheit Depression zu tun haben. Dieses Buch klärt über die Krankheit Depression auf.

Im Laufe des Lebens erkrankt etwa jede bzw. jeder fünfte bis siebente Österreicherin bzw. Österreicher an einer Depression. Das Vorhandensein dieser Krankheit erhöht das Risiko für das Auftreten weiterer körperlicher oder seelischer Leiden. Depressionen können aber auch die Heilung von internistischen, neurologischen oder psychischen Erkrankungen verlangsamen. Depressionen sind also nicht nur eine häufige, sondern auch eine ernst zu nehmende Erkrankung.

Die gute Nachricht ist, dass Depressionen heute gut und wirksam behandelt werden können. Die zur Behandlung eingesetzte Psychotherapie und Soziotherapie sind ebenso wie die Medikamente hochwirksam. Durch diese Therapien lassen sich auch viele der erwähnten negativen Krankheitsfolgen verringern oder zur Gänze vermeiden.

Leider gibt es noch immer zahlreiche falsche und missverständliche Vorstellungen über Depressionen und deren Behandlung. Jene Menschen, die unter dieser Krankheit leiden, sowie deren Familienangehörige, Freundinnen und Freunde sind daher manchmal verunsichert und haben viele Fragen, auf die sie oft keine Antworten finden. Ihnen ist dieses Buch gewidmet. Das Buch soll ihnen helfen, die Erkrankung und deren Symptome sowie die daraus resultierenden Probleme im Alltag besser zu verstehen. Dieses Wissen hilft dabei, die Krankheit besser zu bewältigen und rascher wieder gesund zu werden.

Möge dieses Buch dazu beitragen, dass die Betroffenen ihr Leben und ihren Alltag schneller wieder genießen können.

Univ.-Prof. Dr. Johannes Wancata

INHALT



1. DIE FAKTEN

Depression – eine kleine Einführung **14**
→ Was versteht man unter Depression? **16**
→ Depression in Zahlen **21**
→ Die Krankheit und ihre Folgeprobleme **25**
→ Depression in Spitälern und Heimen **27**
→ Verkürzte Lebenserwartung **28**
→ Ihre Fragen – unsere Antworten **29**



2. SYMPTOME

Die vielen Gesichter der Depression **32**
→ Betroffene erzählen **33**
→ Die Symptome einer Depression **36**
→ Erste Warnzeichen **47**
→ Niedergeschlagen bedeutet nicht depressiv **50**
→ Wie erkenne ich, ob es sich um eine echte Depression handelt? **50**
→ Die „männliche Depression“ **53**
→ Die nicht erkannte Depression **55**
→ Die Suizidgefahr **57**
→ So verlaufen Depressionen **66**
→ Ihre Fragen – unsere Antworten **70**

3. URSACHEN

Wie eine Depression entsteht **74**
→ Betroffene erzählen **75**
→ Viele Faktoren wirken zusammen **78**
→ Botenstoffe außer Balance **79**
→ Die Rolle der Vererbung **81**
→ Depression – eine Fehlanpassung an Stress **82**
→ Negative Erfahrungen verzerren die Realität **83**
→ Psychosoziale Faktoren **84**
→ Wenn Medikamente zu Depressionen führen **85**
→ Körperliche Erkrankungen **86**
→ Weitere biologische und soziale Ursachen **87**
→ Sonderform: Bipolare Störung **90**
→ Ihre Fragen – unsere Antworten **92**

Burn-out – eine Depression?
→ Kennzeichen eines Burn-outs **96**
→ Woher kommt ein Burn-out? **97**
→ Verlauf eines Burn-outs **98**
→ Wer ist von Burn-out besonders häufig betroffen? **102**
→ „Ausgebrannt" oder krank? **102**
→ Ihre Fragen – unsere Antworten **103**

4. BEGLEITERKRANKUNGEN

Eine Depression kommt selten allein **106**
Depression bei:
→ Erkrankungen der inneren Medizin **108**
→ Erkrankungen des Nervensystems **109**
→ Angsterkrankungen **111**
→ Alkoholabhängigkeit **113**
→ Persönlichkeitsstörungen **115**
→ Schlafstörungen **117**
→ Ihre Fragen – unsere Antworten **120**



INHALT

5. DIAGNOSE UND BEHANDLUNG

Hilfe ist möglich! **124**
→ Betroffene erzählen **125**
→ Keine Zeit verlieren! **128**
→ Verdacht auf Depression: Das macht die Ärztin bzw. der Arzt **128**
→ Welche Expertin bzw. welcher Experte kann wie helfen? **134**
→ Weitere mögliche Ansprechpartnerinnen bzw. Ansprechpartner **138**
→ Allgemeinmedizinerin bzw. Allgemeinmediziner oder Spezialistin bzw. Spezialist? **139**
→ Wann ist eine stationäre Aufnahme sinnvoll? **142**
→ Grundlagen der Depressionsbehandlung **145**
→ Behandlung mit Medikamenten **146**
→ Antidepressiva im Überblick **152**
→ Wie finde ich die richtige Psychotherapeutin bzw. den richtigen Psychotherapeuten? **157**
→ Behandlung durch Psychotherapie **159**
→ Andere Behandlungsmöglichkeiten **168**
→ Selbsthilfemaßnahmen **175**
→ Rehabilitation **182**
→ Rückfälle erkennen und vermeiden **189**
→ Ihre Fragen – unsere Antworten **192**



6. LEBEN MIT DEPRESSION

→ Betroffene erzählen **198**
Den Alltag bewältigen **201**
→ Wenn tägliche Aktivitäten zum Problem werden … **202**
→ Depression im Arbeitsalltag **205**
→ Umgang mit Schlafstörungen **207**
→ Ihre Fragen – unsere Antworten **209**

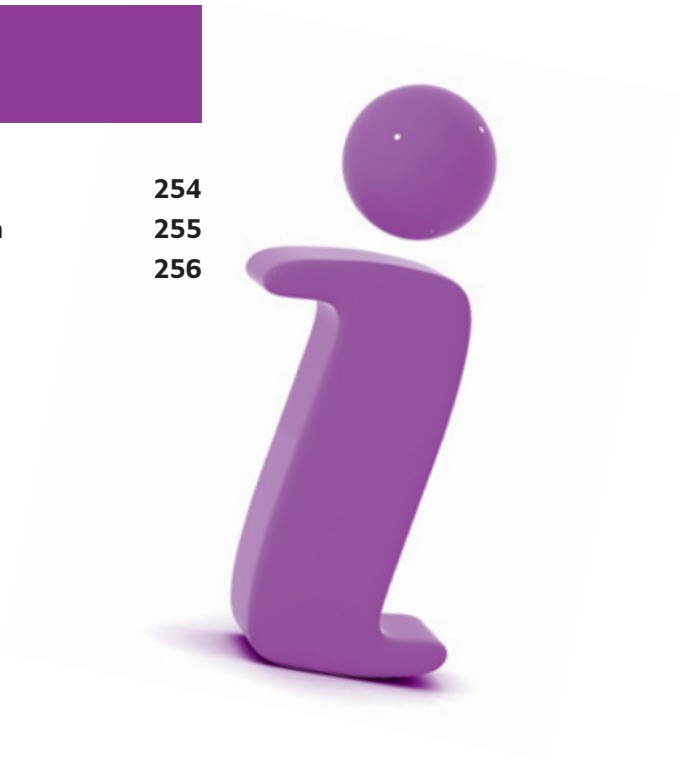
Familie und Umfeld **210**
→ Was tun, wenn ein Familienmitglied an einer Depression erkrankt? **212**
→ Wenn Mitarbeitende depressiv werden … **220**
→ Ihre Fragen – unsere Antworten **224**

7. KINDER UND JUGENDLICHE



Depression kennt kein Alter **228**
→ Betroffene erzählen **229**
→ Auch Kinder sind betroffen **230**
→ Wie äußert sich die Depression bei einem Kind? **231**
→ Missverstanden und unerkannt **232**
→ Depression im Verlauf der kindlichen Entwicklung **234**
→ Gefahr Suizid **238**
→ Woher kommt die Depression bei Kindern? **242**
→ Diagnose: Wer ist die richtige Ansprechperson? **246**
→ Wie verläuft eine kindliche Depression? **246**
→ Behandlung **247**
→ Ihre Fragen – unsere Antworten **251**

8. WISSENSWERTES



Nützliche Informationen **254**
→ Wo Sie Unterstützung finden **255**
→ Glossar: Was bedeutet was? **256**

Die Fakten



KAPITEL 1







Depression – eine kleine Einführung

Wir alle kennen glückliche und freudvolle Zeiten. Jeder Mensch erlebt aber auch Phasen, in denen er traurig oder niedergeschlagen ist. Beides ist Teil des ganz normalen Lebens. Gelegentliche Niedergeschlagenheit muss nicht automatisch mit dem Krankheitsbild einer Depression zu tun haben. Es ist aber für eine Laiin bzw. einen Laien nicht immer leicht zu erkennen, was eine normale Reaktion ist und was bereits als Krankheit gilt.



Nicht immer muss es eine Depression sein, wenn jemand traurig ist.

Was versteht man unter Depression?

Als Depression bezeichnet man eine länger dauernde Zeitspanne, in der die Stimmung traurig gedrückt ist und Dinge, die früher Spaß gemacht haben, keine Freude mehr bereiten. In diesen Phasen ist üblicherweise auch die innere Energie (= Antrieb) vermindert. Dann kostet es enorme Überwindung, die Anforderungen des Alltags zu bewältigen. Betroffene verlieren dann typischerweise das Interesse an jenen Dingen, die ihnen sonst wichtig sind.

Depression ist eine Krankheit und muss unbedingt ernst genommen werden. Sie kann schwerwiegende negative Folgen haben, wenn sie nicht behandelt wird.

Aber: Depressionen können heute ausgezeichnet behandelt werden und die Erfolgsquoten der Behandlung sind sehr gut!

Ein Begriff – viele Fehldeutungen

Den Begriff „Depression" kennt heutzutage wohl jeder. Die Verwendung des Begriffs ist mittlerweile weit verbreitet – doch es kommt vor, dass er verwendet wird, obwohl gar keine Depression vorliegt.

Einige Beispiele dafür, wie der Begriff häufig falsch verwendet wird:

- **Beispiel 1:** Eine Tageszeitung befragt Prominente vor Weihnachten nach dem besten Mittel „im Kampf gegen die Feiertagsdepression". Gemeint ist, wie die Prominenten mit überzogenen Erwartungen an Weihnachten und mit der Enttäuschung umgehen, wenn sich diese Wünsche als unrealistisch herausstellen.
  Handelt es sich hier um eine Depression? Nein. Das ist keine Krankheit, man darf auch enttäuscht sein!
- **Beispiel 2:** Ein Magazin interviewt Expertinnen und Experten, was diese bei einer „Urlaubsdepression" empfehlen. Gemeint ist wohl die in den ersten Urlaubstagen oft schlechte Stimmung, weil der Übergang vom stressigen Alltag in die Ruhe noch nicht gelungen ist.
  Handelt es sich hier um eine Depression? Nein. Auch wenn es uns in manchen Situationen nicht gut geht, ist das noch keine Krankheit.

Eine Enttäuschung ist keine Depression.

→ **Beispiel 3:** Im Internet berichten Betroffene von der „Posturlaubsdepression“, bei der empfohlen wird, sich nicht auszumalen, wie lange es noch bis zum nächsten Urlaub dauert, sondern Möglichkeiten zur Erholung im Alltag zu schaffen. **Handelt es sich hier um eine Depression?** Nein. Auch die Schwierigkeiten, sich wieder mit dem Arbeitsalltag zurechtzufinden, sind nicht als Krankheit zu werten.

Die Lebenssituation kann beim Entstehen dieser Krankheit zwar mitspielen, trotzdem darf eine Depression nicht mit kurzfristiger Niedergeschlagenheit und Lustlosigkeit verwechselt werden, die man in unangenehmen oder lästigen Situationen empfindet.

Irrtümer und Wahrheiten

So wie der Begriff der Depression oft falsch verwendet wird, kursieren auch immer wieder falsche Meinungen und Vorstellungen über die Ursachen und die Behandlung von Depressionen. Hier die häufigsten Irrtümer:

Falsch: „Jemand, der eine Depression hat, muss sich nur zusammenreißen – das heißt, er sollte sich nicht so gehen lassen.“
Richtig: Wenn jemand unter einer Depression leidet, fehlt oft der Elan bzw. die innere Energie. Selbst kleinste Tätigkeiten kosten dann enorm viel Kraft. Einem depressiven Menschen zu raten, er solle sich zusammenreißen, ist völlig sinnlos und führt häufig nur zu einer Überforderung. Phrasen wie „positiv denken“ vermitteln der Kranken oder dem Kranken lediglich, dass man sie oder ihn nicht versteht.



Frust nach dem Urlaub ist keine Depression.

Falsch: „Nur labile Personen bekommen eine Depression."
Richtig: Eine Depression hat nicht das Geringste mit Schwäche oder mangelnder innerer Festigkeit zu tun, sondern ist eine Erkrankung, die durch vielfältige Faktoren ausgelöst werden kann.

Falsch: „Wer eine Depression bekommt, ist selbst daran schuld."
Richtig: Bei vielen Menschen, die eine Depression entwickeln, finden sich keine äußeren Ursachen. Bei der Entstehung von Depressionen spielen biochemische Prozesse im Gehirn eine wichtige Rolle.

Falsch: „Wenn man niedergeschlagen ist, kann man sich nur selber helfen."
Richtig: Eine seelische Erkrankung erfordert eine professionelle Behandlung. Es ist enorm wichtig, sich fachliche Hilfe zu holen.

Falsch: „Die meisten Menschen mit Depressionen simulieren nur, täuschen also eine Krankheit vor."
Richtig: Nein, im Gegenteil! Die Depression ist eine sehr ernst zu nehmende Krankheit, die oft mit schwerwiegenden Folgen und Komplikationen einhergeht. So sterben Menschen mit Depressionen zum Beispiel einige Jahre früher als jene, die nicht unter Depressionen leiden.

Falsch: „Wer in einer schlechten Beziehung lebt, wird depressiv."
Richtig: Die Beziehung zur Partnerin bzw. zum Partner oder zu anderen Menschen ist nicht an der Erkrankung schuld. Vielmehr ist die Familie selbst sehr belastet, wenn in ihrer Mitte jemand unter Depressionen leidet. Viele Angehörige versuchen, der Kranken bzw. dem Kranken zu helfen, sind aber in ihren Bemühungen oft erfolglos, weil sich eine Krankheit nicht durch Bemühen behandeln lässt.

Falsch: „Depressionen sind ein typisches Zeichen unserer Zivilisation."
Richtig: Depressionen kommen in allen Weltregionen, allen Kulturen und seit Menschengedenken vor. Inzwischen werden Depressionen jedoch öfter erkannt und sind weniger ein Tabu.



Eine schlechte Beziehung kann belastend sein. Die alleinige Ursache für eine Depression ist sie aber nicht.

Depression in Zahlen

Depressionen zählen zu den häufigsten, aber hinsichtlich ihrer Bedeutung stark unterschätzten Erkrankungen. Das Risiko, im Laufe des Lebens an einer Depression zu erkranken, liegt bei 13–20% ***(Tabelle 1)***. Etwa ein Viertel der Betroffenen leidet an einer chronischen Verlaufsform einer Depression (= Dysthymie), während rund drei Viertel einen episodenhaften Verlauf zeigen.

Bei der chronischen Verlaufsform bleibt die Depression anhaltend bestehen. Beim episodenhaften Verlauf kommt es in unregelmäßigen Abständen immer wieder zu Krankheitsphasen.

In Bezug auf Österreich schätzt man, dass im Laufe eines Jahres etwa 700.000 Menschen an einer Depression erkranken.

Bei einem kleinen Teil der Betroffenen treten depressive Phasen abwechselnd mit manischen Episoden auf. Diese sogenannten „bipolaren Störungen“ (früher auch manisch-depressive Erkrankung genannt) werden als eigenständige Erkrankung von der Depression abgegrenzt.

Tabelle 1: Wahrscheinlichkeit, an einer Depression zu erkranken

	Frauen	Männer	Beide Geschlechter
Im Laufe eines Lebens erkranken	16–22%	8–12%	13–20%
Im Laufe eines Jahres erkranken	8–11%	5–8%	6–10%

Quelle: ESEMeD-Studie 2004

Eine Depression kann zwar in jedem Lebensalter, auch bei Kindern und Jugendlichen, auftreten. Am häufigsten zeigt sich die Krankheit aber erstmals zwischen dem 35. und 45. Lebensjahr.

Frauen und Mädchen stärker gefährdet

Frauen sind häufiger von depressiven Erkrankungen betroffen als Männer. Ihr Erkrankungsrisiko ist mit einer Lebenszeitprävalenz von 16–22% nahezu doppelt so hoch wie bei Männern mit 8–12%. (Lebenszeitprävalenz beschreibt die Anzahl der Personen in einer Bevölkerungsgruppe, die im Laufe ihres Lebens ein bestimmtes Merkmal – z.B. eine Erkrankung – aufgewiesen haben.)

Auch in Bezug auf die 1-Jahres-Prävalenz liegen Frauen aller Altersgruppen deutlich vor den gleichaltrigen Männern. (Die 1-Jahres-Prävalenz beschreibt die Anzahl der Personen einer Bevölkerungsgruppe, die innerhalb von genau einem Jahr ein bestimmtes Merkmal – z.B. eine Erkrankung – aufgewiesen haben.)

Bei Frauen zeigt sich die Depression als Ersterkrankung außerdem deutlich früher als bei Männern. Auch dauern die depressiven Episoden bei Frauen länger und die Rückfallgefahr ist höher. Neuere Studien lassen vermuten, dass das Erkrankungsrisiko für Mädchen und junge Frauen steiler ansteigt als für ihre männlichen Altersgenossen. So weisen Mädchen möglicherweise schon vor Beginn der Pubertät latent mehr Risikofaktoren auf, die dann angesichts der vielfältigen Veränderungen und Herausforderungen im Jugendalter das Entstehen einer Depression begünstigen.

Allerdings ist bislang unklar, ob sich die Geschlechtsunterschiede im mittleren und höheren Lebensalter angleichen. Denn insbesondere bei älteren Menschen zeigen sich die Symptome einer Depression häufig als Begleiterscheinung körperlicher Erkrankungen.

Symptome einer „männlichen Depression“

Es gibt Anzeichen, dass bei manchen Männern, die von einer Depression betroffen sind, auch andere – zusätzliche – Symptome auftreten können. Möglicherweise führt dies dazu, dass eine Depression bei Männern später diagnostiziert wird bzw. suchen Männer eventuell auch später eine Ärztin oder einen Arzt auf, um depressive Symptome abklären zu lassen. Mehr über die „männliche Depression“ lesen Sie ab ***Seite 53.***

Gibt es ein „kritisches“ Alter?

Depressionen treten in jedem Lebensalter auf. Das durchschnittliche Alter, in dem sich die Krankheit erstmals bemerkbar macht, liegt zwischen dem 35. und 45. Lebensjahr. Allerdings gibt es Hinweise, dass die Erkrankung heute zunehmend früher beginnt.

Im höheren Lebensalter sind Depressionen die häufigste psychische Erkrankung. Sehr oft besteht ein Zusammenhang mit körperlichen Erkrankungen und Funktionseinschränkungen.

Einfluss von Beziehung, Arbeit, Wohnsituation

Menschen ohne enge Bezugsperson sowie getrennt lebende, geschiedene und verwitwete Personen sind eher betroffen. Berufstätige weisen eine deutlich niedrigere Depressionsrate auf als Arbeitslose oder Menschen, die sich in Arbeitsunfähigkeitspension befinden ***(Tabelle 2, Seite 24)***.

Eine Rolle spielt darüber hinaus die Wohnsituation: Wer in einer städtischen Umgebung und/oder in einer Mietwohnung lebt, ist statistisch stärker gefährdet als jemand, der auf dem Land und in einem Eigenheim wohnt.

Tabelle 2: Soziale Risikofaktoren

Gesellschaftsschicht:

Das Risiko, im Laufe eines Jahres an einer Depression zu erkranken, ist bei Menschen aus niedrigen sozialen Schichten fast doppelt so hoch wie bei Personen aus hohen sozialen Schichten.

Bildung:

Menschen, die kürzer als 4 Jahre eine Schule besucht haben, sind im Vergleich zu Menschen mit mindestens 12 Jahre dauernder Schulbildung 1,6-mal so oft von Depressionen betroffen.

Wohnort:

Die Erkrankungsrate ist bei Flüchtlingen nahezu doppelt so hoch wie bei Menschen, die schon lange in einem Land leben.

Menschen in städtischer Umgebung haben ein um 30% erhöhtes Risiko für Depressionen.

Arbeitssituation:

Die 1-Jahres-Prävalenz (Häufigkeit, innerhalb eines Jahres an einer Depression zu erkranken) bei Berufstätigen liegt bei 3,4%.

Arbeitslose Menschen weisen im Laufe eines Jahres eine Depressionsrate von 9,1% auf.

Bei ausschließlich haushaltsführenden Personen (Hausfrauen/Hausmännern) beträgt das Risiko 5,0%.

Personen, die eine Arbeitsunfähigkeitspension beziehen, sind mit 17,9% am häufigsten betroffen.

Beziehungen:

Menschen, die geschieden sind oder von der Partnerin bzw. dem Partner getrennt leben, leiden 1,9-mal so oft unter einer depressiven Erkrankung wie Personen in intakten Beziehungen.



Die Krankheit und ihre Folgeprobleme

Krankheiten können generell verschiedenste negative Auswirkungen haben – von Problemen am Arbeitsplatz über Schwierigkeiten in der Beziehung mit anderen Menschen bis hin zu Problemen, allein in einer Wohnung zu leben. In weiterer Folge kann dies zu Arbeitslosigkeit, Frühpensionierung, Scheidung, sozialer Isolation oder der Notwendigkeit einer Aufnahme in ein Heim führen.

Wenn man solche Folgen einer Krankheit zusammenfasst, zeigt sich, dass Depressionen in Bezug auf die Häufigkeit der negativen Konsequenzen im Spitzenfeld aller Erkrankungen liegen. Nach Berechnungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) werden sie im Jahr 2030 die höchste Belastung durch Krankheitsfolgen in der Weltbevölkerung verursachen – noch vor Atemwegserkrankungen, Herzerkrankungen oder Gelenkentzündungen.

Depressionen haben in vielen Lebensbereichen negative Auswirkungen.

Depressionen reduzieren die berufliche Leistungsfähigkeit, da neben der allgemeinen Antriebsverminderung auch die Konzentration und andere kognitive Funktionen betroffen sind. So haben depressive Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer wesentlich mehr Arbeitsunfähigkeitstage im Monat als nicht depressive Beschäftigte. In vielen Ländern machen Depressionen sogar einen erheblichen Anteil an den Ursachen für Frühpensionierungen aus.

Eine Studie in mehreren europäischen Ländern (ESEMeD-Studie) analysierte den Einfluss verschiedener Erkrankungen auf Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit im letzten Monat ***(Tabelle 3)***.

Tabelle 3: Der Einfluss verschiedener Erkrankungen auf die Arbeitsfähigkeit

Erkrankungen	Anteil der Tage mit eingeschränkter Arbeitsfähigkeit
Chronisch verlaufende Depression (Dysthymie)	28%
Depressive Episode	25%
Herzerkrankung	18%
Arthritis und Rheuma	15%
Lungenerkrankung	13%
Diabetes mellitus	12%

Quelle: ESEMeD 2004



Die Depressionsrate in Spitälern und Heimen ist erhöht.

Depression in Spitälern und Heimen

Etwa 10% aller Patientinnen und Patienten, die in Österreich an einer internistischen oder chirurgischen Krankenhausabteilung aufgenommen werden, leiden während des Krankenhausaufenthalts an einer Depression.
In Österreichs Alten- und Pflegeheimen ist diese Rate noch etwas höher und liegt bei etwa 14%. Diese erhöhten Raten in Heimen spiegeln die Tatsache wider, dass Menschen mit lang andauernden Erkrankungen und krankheitsbedingten Problemen im Alltag gehäuft von Depressionen betroffen sind.

Hohe Dunkelziffer

Weltweit wird die überwiegende Mehrzahl von Menschen mit depressiven Erkrankungen von der Ärztin für Allgemeinmedizin bzw. vom Arzt für Allgemeinmedizin behandelt.

Nach den Ergebnissen einer Studie der WHO werden depressive Erkrankungen in etwa der Hälfte aller Fälle gar nicht diagnostiziert. Oft gehen die Betroffenen nicht zur Ärztin bzw. zum Arzt, weil sie nicht wissen, dass sie unter einer ernst zu nehmenden Krankheit leiden. Wenn sie doch ärztlichen Rat einholen, dann berichten sie häufig über körperliche Symptome der Depression wie verminderten Appetit oder Gewichtsverlust, erwähnen aber die psychischen Anzeichen wie Traurigkeit oder Energielosigkeit nicht. Weniger Appetit und Gewichtsabnahme lassen sich zumeist leichter beschreiben als Gefühle.
Trotzdem ist es wichtig, die Ärztin bzw. den Arzt auch darüber zu informieren! Denn: Eine Depression, die nicht ärztlich diagnostiziert wurde, kann nicht behandelt werden!

Verkürzte Lebenserwartung

Seit Langem ist bekannt, dass Depressionen die Lebenserwartung verkürzen. So versterben depressive Patientinnen und Patienten deutlich öfter an Infektionen, Atemwegserkrankungen oder neurologischen Krankheiten. Aus der inneren Medizin ist bekannt, dass beispielsweise nach einem Herzinfarkt das Sterberisiko deutlich höher ist, wenn die Betroffenen zusätzlich an einer Depression leiden. Darüber hinaus besteht die Gefahr des Suizids.

Ihre Fragen – unsere Antworten



→ Jedes Mal, wenn ich von einem Urlaub nach Hause komme und wieder in die Arbeit muss, bin ich deprimiert. Habe ich eine Depression?

Nein. Die Lebenssituation kann zum Entstehen der Krankheit Depression zwar beitragen; eine kurzfristige Niedergeschlagenheit und Lustlosigkeit dürfen aber nicht mit einer echten Depression verwechselt werden.

→ Was versteht man unter einer „echten" Depression?

Eine krankhafte Depression liegt dann vor, wenn die Stimmung über eine längere Zeitspanne gedrückt ist, Dinge, die früher Spaß gemacht haben, keine Freude mehr bereiten und es enorme Überwindung kostet, die Anforderungen des Alltags zu bewältigen.

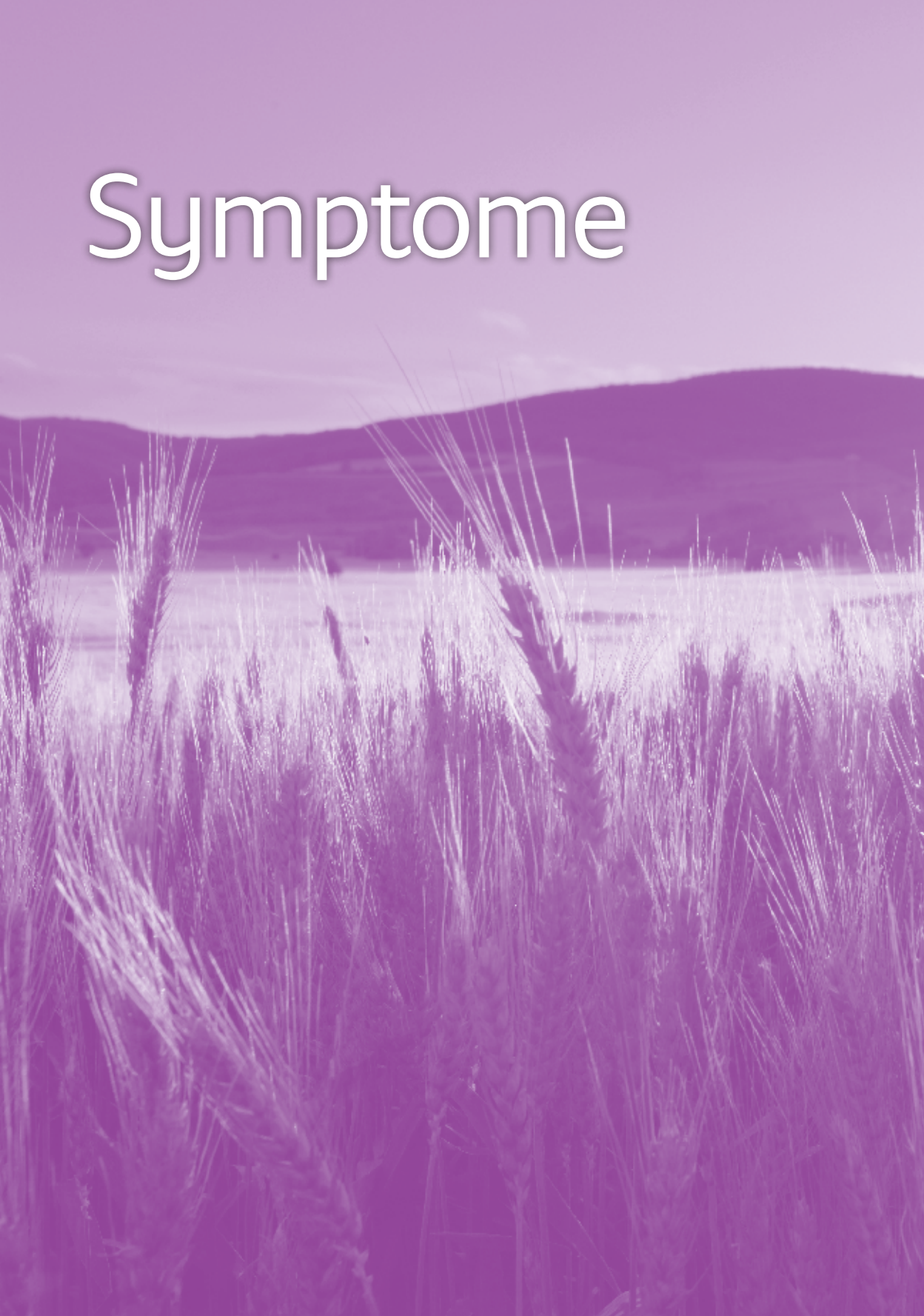
→ Kann man allein mit Selbsthilfemaßnahmen und Willenskraft aus der Depression herausfinden?

Nein. Eine Depression benötigt als Krankheit eine professionelle Behandlung.

→ Gibt es Lebensumstände, die vor einer Depression schützen können?

Wie Untersuchungen zeigen, stellen stabile persönliche Beziehungen einen gewissen Schutzfaktor dar.

Symptome



KAPITEL 2







Die vielen Gesichter der Depression

Betroffene erzählen:

Ich habe die Anzeichen nicht erkannt

Wir standen mitten im Leben, waren fröhlich und unbeschwert. Doch Ilse war anders. Immer wieder zwischendurch ein bisschen „muffig", schlecht gelaunt. Der kleinste Fehler beim Tennis und Ilse ließ uns auf dem Tennisplatz zu dritt stehen. „Nicht einmal so einen einfachen Ball kann ich retournieren", murrte sie und war schon verschwunden. Ein anderes Mal beschwerte sie sich, dass ihr das schöne Wetter auf die Nerven gehe: „Schon wieder scheint die Sonne. Jetzt reicht es mir bald!" Dazwischen gab es allerdings (lange) Phasen, in denen Ilse genauso war wie wir. Wir mochten sie, aber manchmal nervte sie eben ein wenig mit ihrer Launenhaftigkeit. Gedanken darüber machte sich jedoch keiner von uns. Depression war für uns ein Begriff, den wir nicht mit unserer Freundin in Verbindung brachten – bis sie eines Tages zu mir kam und mir erzählte, der Arzt habe ihr Tabletten gegen ihre Depression verordnet. Die nehme sie jetzt, und sie fühle sich viel besser.

Ilse und Depression? Sie war doch eher launenhaft und unfreundlich als traurig! Von den vielfältigen Symptomen einer Depression hatte ich damals keine Ahnung. Leider kam es mir auch nie in den Sinn, darüber nachzulesen. Denn Ilse ging es gut, wir hatten Spaß und ihre „Launenhaftigkeit" war verschwunden. Es ging ihr sogar so gut, dass sie aufhörte, die Tabletten zu nehmen. „Ich brauche sie nicht mehr", meinte sie.
Dann kam mein Umzug in eine andere Stadt. „Nimm diese Brosche, damit du eines Tages etwas von mir hast!" – Ein Satz von ihr, der heute alle Alarmglocken in mir zum Läuten brächte. Damals leider nicht. „Ich bin ja nicht aus der Welt, nur in einer anderen Stadt. Wir sehen uns nach wie vor", erwiderte ich. Ilse lächelte dazu. Ein paar Mal besuchten wir einander tatsächlich. Eines Tages rief ich sie an, um meinen geplanten nächsten Besuch bei ihr zu verschieben. Mein Mann hatte eine Reise nach Rom gebucht. Ilse wurde am Telefon immer stiller. Dann meinte sie, sie sehe das natürlich ein, Rom sei ja sehr schön. Aber wir sollten jetzt nicht länger mein Geld für ein Telefongespräch

verschwenden, wo sie doch im Moment ohnehin nicht zum Plaudern aufgelegt sei. Es hätte beim Tennis einen Streit mit ihrem Mann Christian gegeben. Kurz war ich zwar alarmiert, aber der Streit beim Tennis klang dann doch recht harmlos und alltäglich. „Ich ruf dich an, wenn ich besser drauf bin", war das Letzte, was ich von meiner Freundin hörte. Am nächsten Tag dann der schreckliche Anruf ihrer Mutter. Schlaftabletten.

20 Jahre sind seither vergangen. Jahre, in denen mich Schuldgefühle plagten, in denen ich von der tatsächlichen Ursache des Tennisstreits – Christians Affäre mit einer anderen Frau – erfuhr und in denen ich viel über Depressionen lernte. Ich weiß nicht, ob ich Ilses Suizid hätte verhindern können. Aber heute weiß ich, auf welche Warnzeichen ich bei meinen Mitmenschen achten muss; ich könnte die Anzeichen einer Depression erkennen und eine Ärztin oder einen Arzt hinzuziehen. Und ich weiß, wie gefährlich es ist, Medikamente eigenmächtig abzusetzen …

Hanna, 49, Journalistin

Die Symptome einer Depression

Depressionen werden von Außenstehenden nicht immer als solche erkannt, man hält Betroffene mitunter für unfreundlich, arbeitsunwillig oder labil. Andererseits werden auch harmlose vorübergehende Stimmungsschwankungen oft als Depressionen bezeichnet.
Die „echte“ Depression kann sich in unterschiedlichen Symptomen äußern, die gleichzeitig oder auch einzeln auftreten können. Im Folgenden finden Sie einen Überblick über die vielen Gesichter der Depression.

→ Gedrückte oder traurige Stimmung

Die gedrückte, traurige Stimmung ist eines der typischen Zeichen einer Depression. Allerdings muss sie nicht immer auf eine Erkrankung hinweisen.
Jeder Mensch kennt es, traurig zu sein, beispielsweise wenn man einen nahestehenden Menschen verloren oder eine Enttäuschung erlebt hat. In diesen Fällen besteht die traurige, gedrückte Stimmung aber meist nicht durchgehend während des ganzen Tages, sondern vor allem zu jenen Zeiten, in denen man an die Enttäuschung oder den Verlust erinnert wird. Wird die Traurigkeit durch einen Verlust oder eine Enttäuschung hervorgerufen, so gelingt es nahestehenden Menschen oft, die Betroffenen aus dieser Stimmung herauszuholen und aufzuheitern.

Ist jemand aus Ihrem Umfeld unfreundlich oder wirkt faul? Es könnte eine Depression dahinterstecken.

Bei einer Depression hingegen ist die traurige, niedergeschlagene Stimmung (fast) den ganzen Tag über vorhanden. Dieser Zustand ist dann nicht auf einige wenige Tage beschränkt, sondern hält über längere Zeiträume an, zumeist mehrere Wochen. Im Falle einer Depression sind auch intensive Bemühungen des Umfeldes, die Kranke bzw. den Kranken aus dieser traurigen Stimmung herauszuholen, vergeblich.
Bei manchen Menschen zeigt sich die Depression nicht so sehr in Traurigkeit und Niedergeschlagenheit, stattdessen sind sie gereizt und missmutig. Dies ist allerdings eine eher seltene Form dieser Erkrankung.

→ Interessenverlust

Menschen, die unter einer Depression leiden, können sich nicht über Dinge oder Erlebnisse freuen, die sie normalerweise genießen würden. Während einer depressiven Phase haben die Betroffenen auch kein oder weniger Interesse, Tätigkeiten nachzugehen, an denen sie sonst Gefallen finden. Versuche anderer Personen, ihnen durch gemeinsame Aktivitäten Freude oder angenehme Erlebnisse zu vermitteln, sind typischerweise erfolglos, weil die Erkrankten nicht in der Lage sind, Glück zu erleben. Manche Familienmitglieder haben dann fälschlicherweise den Eindruck, dass die Person sie nicht mehr mag und ablehnt. Für die Angehörigen ist es nämlich oft sehr schwer zu verstehen, dass es den Betroffenen gar nicht möglich ist, sich über die Zuneigung oder Zuwendung anderer zu freuen.



Betroffene verlieren manchmal auch die Lust am Sex.

Manche Kranke verlieren in diesem Zusammenhang auch das Interesse und die Freude an Sexualität. Bei Männern kann es durch die Depression außerdem zu Erektionsstörungen kommen. Allerdings kann diese nicht nur die Depression selbst verursachen. Auch manche Medikamente, die zur Behandlung eingesetzt werden, lösen Potenzprobleme aus. Daher ist es wichtig, dieses Symptom der Ärztin bzw. dem Arzt mitzuteilen, damit dies bei der Auswahl der Medikamente berücksichtigt wird.

→ Verminderter Antrieb oder rasche Ermüdbarkeit

Der Elan und die innere Energie sind bei Menschen mit Depressionen deutlich herabgesetzt (= verminderter Antrieb). Depressive Menschen fühlen sich auch rasch müde und sind selbst nach nur geringen Anstrengungen erschöpft. Es kostet die Betroffenen daher meist enorm viel Überwindung und Anstrengung, auch nur einfache Tätigkeiten im Alltag durchzuführen. Oft entsteht der Eindruck, sie wären faul. Das sind sie jedoch keinesfalls, sondern sie müssen sich überdurchschnittlich anstrengen, um mit dem Alltag zurechtzukommen. Aus diesem Grund kommt es häufig vor, dass die Kranken sich selbst oder ihre Wohnung vernachlässigen. Ein weiteres Symptom, das häufig als Faulheit fehlinterpretiert wird, ist der oft fehlende Einsatz im Beruf.

Vielen depressiven Menschen fällt es nämlich sehr schwer, ihrer Arbeit überhaupt nachzugehen. Manche Kranke bemühen sich zwar mit enormem Aufwand, ihre Aufgaben nach wie vor zufriedenstellend zu erledigen, doch die Arbeitsleistung ist dennoch häufig deutlich herabgesetzt.

→ Vermindertes Denk- und Konzentrationsvermögen

Die meisten Menschen, die unter einer Depression leiden, haben den Eindruck, dass ihre Fähigkeit, sich zu konzentrieren und logisch zu denken, nachgelassen hat. Bei schweren Depressionen kann das Denk- und Konzentrationsvermögen nicht nur subjektiv, sondern tatsächlich herabgesetzt sein, was sogar Untersuchungen belegen. Oft besteht zudem das Gefühl, dass sich die Gedanken ständig im Kreis drehen, ohne zu einer Lösung zu führen.
Ältere Menschen mit Depression können daher irrtümlich den Eindruck einer beginnenden Demenzerkrankung erwecken. Klagen ältere Menschen also über Vergesslichkeit und Probleme mit der Konzentration, sollte immer auch ärztlich untersucht werden, ob es sich nicht vielleicht um eine Depression handelt, die fälschlicherweise als Demenz wahrgenommen wird.

→ Innere Hemmung oder Unruhe

Menschen, die unter einer Depression leiden, wirkt auf andere oft verlangsamt. Es entsteht der Eindruck, die Betroffenen würden sich gemächlicher bewegen, auf ihre Umgebung verzögert reagieren und langsamer sprechen.
Einige Kranke berichten hingegen über innere Unruhe. Sie haben das quälende Gefühl, sich nicht entspannen zu können, sondern ständig getrieben zu sein. Diese Unruhe kann sich auch auf die Bewegungen auswirken, z.B. durch ständiges Auf- und Abgehen oder fahrige Bewegungen.

→ Vermindertes Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl

Jemand, der den Eindruck hat, weniger zu leisten und sich nicht konzentrieren zu können, verliert leicht das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten. Deshalb ist mangelndes Selbstvertrauen eine häufige Begleiterscheinung einer Depression. Die Betroffenen halten sich dann selbst oft für wertlos oder sogar schlecht. Eine solche negative und falsche Selbstwahrnehmung kann durch kritische Kommentare nahestehender Menschen noch verstärkt werden.

→ Selbstvorwürfe oder Schuldgefühle

Viele Menschen mit einer Depression machen sich selbst Vorwürfe, weil es ihnen schlecht geht und ihre Leistungsfähigkeit (zumindest subjektiv) herabgesetzt ist. Sie glauben, dass sie schuld an ihrem Zustand sind – auch wenn sie letztlich nicht sagen können, worin ihr Fehler besteht. Manchmal entwickeln die Kranken sogar ganz konkrete Vermutungen darüber, was sie falsch gemacht haben und weshalb es ihnen schlecht geht (z.B. zu viel gearbeitet, zu wenig Zeit für die Partnerin bzw. den Partner aufgewendet).

Für die Familienmitglieder von an Depressionen erkrankter Personen ist es ebenfalls schwer, mit ansehen zu müssen, wie sehr ein geliebter Mensch leidet. Die Kranken selbst spüren dann, dass die Angehörigen ihretwegen traurig sind und es ihnen deshalb schlecht geht – ein weiterer Grund für Selbstvorwürfe.

Andere wiederum haben Schuldgefühle, weil aufgrund ihrer eingeschränkten Leistungsfähigkeit (und eventuell auch wegen eines Krankenstandes) Arbeitskolleginnen und -kollegen ihre Aufgaben erledigen müssen und sie „schuld“ an deren zusätzlichen Belastung sind. Es kommt zu einem Teufelskreis.



Schlafstörungen zählen zu den typischen Anzeichen der Krankheit.

→ Schlafstörungen

Schlafprobleme sind häufig und können auch ohne Depressionen auftreten. Allerdings gehören sie im Falle einer Depression zu den typischen Anzeichen der Krankheit. Die Art der Schlafstörungen kann unterschiedlich sein. Oft können die Betroffenen abends nicht einschlafen und liegen lange wach. Andere wachen nachts immer wieder auf und es dauert längere Zeit, bis sie wieder einschlafen. Häufig kommt es auch zum vorzeitigen Erwachen morgens. Von all diesen Formen von Schlafstörungen gibt es Kombinationen und Mischformen. Alle haben aber zur Folge, dass sich die Kranke bzw. der Kranke dann tagsüber müde und erschöpft fühlt.

Vielen Betroffenen, die stundenlang wach im Bett liegen, gehen zudem quälende und pessimistische Gedanken durch den Kopf, was sich zusätzlich belastend auswirkt.

Viele Betroffene werden in einer depressiven Episode ruhiger und schweigsamer und ziehen sich von der Umwelt zurück.

→ Appetitmangel bzw. Gewichtsverlust

Appetitlosigkeit kann ebenfalls mit Depressionen einhergehen. Viele Kranke haben keine Lust, etwas zu essen, und es schmeckt ihnen nichts. In der Folge essen sie weniger und nehmen ab. Manchmal ist die Gewichtsabnahme geringfügig, bei anderen beträgt sie einige Kilos. Mit dem Abklingen der Depression kommt es dann auch wieder zu einer Normalisierung des Körpergewichts.

Da manche Medikamente als Nebenwirkung eine Gewichtszunahme verursachen, ist es wichtig, zu unterscheiden, ob diese auf die Medikamente im Rahmen der Behandlung zurückzuführen oder Teil des Gesundungsprozesses ist. Gewichtsveränderungen sollte man jedenfalls immer mit der Ärztin bzw. dem Arzt besprechen.

Vereinzelt gibt es auch Menschen, die bei einer Depression gesteigerten Appetit verspüren und an Gewicht zunehmen. Dieser manchmal als „Frustessen" bezeichnete vermehrte Appetit ist jedoch eher selten. Eine solche Appetitsteigerung und Gewichtszunahme sollten unbedingt mit der Ärztin bzw. dem Arzt besprochen werden, da es notwendig sein kann, diese Veränderungen bei der Auswahl der Medikamente zu berücksichtigen.

→ Gefühl von Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung

„Das bringt ja doch nichts!" – Diese Aussage hört man von depressiven Menschen sehr oft. Hoffnungslosigkeit und eine pessimistische Sicht der Dinge betreffen aber nicht nur die

nahe und weitere Zukunft, sondern erstrecken sich meist auch auf die eigene Erkrankung. Die Chance, wieder gesund zu werden, wird als aussichtslos betrachtet. Entsprechend gering ist auch die Motivation, eine Therapie zu beginnen.
Man muss jedoch wissen, dass dies ein typisches Krankheitssymptom der Depression ist! Nicht glauben zu können, dass sich der Zustand jemals bessern wird, ist kein Abbild der Realität, sondern ein Merkmal der Erkrankung. Da Depressionen in Wahrheit meist gut behandelbar sind, ist es wichtig, sich trotzdem (!) in Therapie zu begeben – selbst wenn man den Eindruck hat, dass dies ohnehin nichts bringen wird.

→ Häufiges Weinen

Häufiges Weinen während einer depressiven Phase ist Ausdruck dafür, dass es einem schlecht geht. Allerdings gehört Weinen nicht notwendigerweise zu den typischen Symptomen einer Depression. Aus der Tatsache, ob jemand weint oder nicht, kann nicht geschlossen werden, wie schwer eine Depression ist.

→ Schweigsamkeit und gesellschaftlicher Rückzug

Manche Menschen werden in einer depressiven Episode nach außen hin zunehmend ruhiger und schweigsamer. Oft beteiligen sie sich nicht an Gesprächen, weil sie den Eindruck haben, nichts Sinnvolles zu einer Unterhaltung beitragen zu können oder sich ungeschickt auszudrücken.
Vielfach führt die Depression auch dazu, dass Betroffene sich in Gegenwart anderer Menschen unwohl fühlen. Sie ziehen sich dann zurück und werden immer einsamer und isolierter.

→ Beschäftigung mit dem Tod

Wenn eine Depression länger andauert oder mit sehr stark ausgeprägten Symptomen einhergeht, taucht bei vielen Kranken immer wieder der Gedanke auf, wie es wäre, nicht mehr zu leben. Man denkt auch vermehrt an verstorbene Menschen. Bei besonders starkem Leidensdruck entsteht zudem der Wunsch, dieses Leid zu beenden, selbst wenn das hieße, nicht mehr zu leben. Die Folge können dann konkrete Überlegungen und entsprechende Planungen in diese Richtung sein. Bei besonders schwerer und quälender Symptomatik wird mitunter sogar der Versuch unternommen, das eigene Leben zu beenden (= Suizidversuch).



Trugwahrnehmungen machen Betroffenen meist Angst.

Bei schwerer Depression kann es auch zu Störungen der Sinneseindrücke kommen.

→ Halluzinationen und Wahnideen

Sowohl Halluzinationen als auch Wahnideen treten nur selten auf. Sie kommen ausschließlich bei sehr stark ausgeprägten Depressionen oder dann vor, wenn die Depression von einer anderen psychischen Erkrankung begleitet wird.

Unter einer Halluzination versteht man eine Trugwahrnehmung, die durch Störungen der Sinneseindrücke entsteht. Betroffene hören beispielsweise Geräusche oder Stimmen, die kein anderer vernimmt. Obwohl diese Wahrnehmungen nicht real sind, wirken sie auf die Betroffenen sehr beunruhigend. Zudem kann es passieren, dass die Betroffenen Menschen oder Gegenstände sehen, die nicht vorhanden sind. Solche Trugwahrnehmungen können auch das Riechen und Schmecken und alle anderen Sinneseindrücke betreffen. Sie sind für die Kranken oft unheimlich, vor allem wenn sie zum ersten Mal auftreten und man nicht weiß, dass es sich um eine Halluzination handelt.

Wahnideen sind Ideen und Gedanken, von denen man völlig überzeugt ist, obwohl sie üblicherweise nicht den eigenen Überzeugungen entsprechen. Bei den Mitmenschen stoßen solche Ideen – ebenso wie Halluzinationen – meist auf Unverständnis. Manchmal glauben Betroffene zum Beispiel, dass sie verfolgt oder bestohlen werden oder dass sie an einer unheilbaren körperlichen Erkrankung leiden. Richten sich Wahnideen gegen andere Menschen, fällt es den Kranken in der Folge oft schwer, Personen, denen sie normalerweise vertrauen, noch Glauben zu schenken.



Ein Anzeichen der Krankheit: morgendliches Stimmungstief, das sich im Laufe des Tages bessert.

→ Tagesschwankungen

Oft kommt es zu einem Morgentief (= morgendliches Pessimum), es geht den Betroffenen also nach dem Aufwachen in der Früh am schlechtesten und im Laufe des Tages lassen die Symptome etwas nach. Diese geringe Besserung im Tagesverlauf ist jedoch noch kein Zeichen eines Heilungsprozesses. Am nächsten Morgen sind die Symptome wieder genauso stark ausgeprägt wie am Morgen des Vortages. Solche Tagesschwankungen treten zwar nicht bei allen Menschen mit Depression auf, doch sie werden recht häufig beobachtet.

Bei manchen schwer kranken Depressionspatientinnen und -patienten verläuft der Heilungsprozess jedoch auf eine Weise, die mit den beschriebenen Tagesschwankungen verwechselt werden kann. Vor allem bei jenen, deren Symptome zuvor den ganzen Tag über gleich stark ausgeprägt waren, nehmen die Beschwerden im Laufe des Heilungsprozesses zunächst am Abend ab. Diese anfangs kurze Phase wird allmählich länger. Von Tag zu Tag kommt es in den Abendstunden zu einer immer länger anhaltenden Besserung. Neu auftretende Tagesschwankungen können in diesen Fällen daher ein Zeichen für den Beginn des Heilungsprozesses sein.

Erste Warnzeichen

Depressionen beginnen häufig innerhalb eines Zeitraums von einer oder zwei Wochen, können sich manchmal aber auch über mehrere Monate schleichend entwickeln. Die Betroffenen verstehen oft nicht, was mit ihnen los ist. Viele merken nur, dass sie das Leben weniger genießen als sonst; manche fühlen sich sehr rasch erschöpft. Nicht selten befürchten Betroffene, dass sie an einer körperlichen Erkrankung leiden, die für ihre Energielosigkeit verantwortlich ist. Andere vermuten, dass die Anforderungen im Beruf oder im Alltag stark gestiegen sein müssen, und glauben, „urlaubsreif" zu sein.

Einige wenige Fragen können manchmal helfen, herauszufinden, ob tatsächlich eine Depression hinter den Symptomen steckt:

- → Haben Sie sich in letzter Zeit niedergeschlagen gefühlt?
- → Sind Sie mit den Anforderungen im Alltag nicht zurechtgekommen?
- → Konnten Sie das Leben weniger als sonst genießen?
- → Konnten Sie sich weniger über Dinge freuen, die Ihnen normalerweise Freude bereiten?
- → Haben Sie sich in letzter Zeit immer wieder energielos gefühlt?
- → Sind Sie häufiger unruhig und nervös als sonst?
- → Haben Sie weniger geschlafen?
- → Hat sich Ihr Appetit verändert?

Je mehr Fragen Sie mit „Ja" beantworten, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass den Beschwerden eine Depression zugrunde liegt. Bereits die Fragen und natürlich auch die Antworten weisen zwar auf wichtige Symptome einer Depression hin. Dabei darf aber nicht vergessen werden, dass sich damit keine klare Diagnose stellen lässt. **Dies ist die Aufgabe der Allgemeinmedizinerin bzw. des Allgemeinmediziners oder einer Fachärztin bzw. eines Facharztes.**

Natürlich besteht die Möglichkeit, dass hinter den Anzeichen einer (beginnenden) Depression eine körperliche Krankheit steckt. Ebenso kann es sein, dass man zuletzt zu viel gearbeitet hat und Urlaub braucht. Die beschriebenen Symptome können aber auch auf eine ernsthafte Depression hindeuten! Letztlich kann nur eine ärztliche Untersuchung klären, ob jemand von einer Depression betroffen ist oder ob eine körperliche Krankheit die Ursache für die Beschwerden ist.

Alarmsignale für Familie und Freundeskreis

Familienmitgliedern oder guten Freundinnen und Freunden fallen manchmal Veränderungen bei Menschen auf, die eine Depression entwickeln. Zu solchen Veränderungen, die Außenstehende beobachten können, gehören zum Beispiel:

- → weniger Lust auf Aktivitäten, die die betroffene Person früher gern gemacht hat
- → niedergeschlagene Miene
- → raschere Erschöpfung
- → Leistungsabfall im Beruf
- → Schlafstörungen, v.a. vorzeitiges morgendliches Erwachen
- → Appetitveränderungen
- → Gewichtsverlust
- → mitunter Vernachlässigung alltäglicher Verpflichtungen

Auch hier muss den Angehörigen bewusst sein, dass es sich dabei lediglich um mögliche Hinweise auf eine Depression handelt. Diese Auffälligkeiten sind nicht zwangsläufig Vorzeichen einer Depression; sie können durchaus auch auf andere Krankheiten zurückzuführen oder vorübergehende Reaktionen auf belastende Ereignisse sein.

Wenn jemand schon früher einmal eine Depression hatte, kann sie oder er sich manchmal daran erinnern, wie diese depressive Phase begonnen hat. Auch Familienmitglieder erinnern sich meist daran, was ihnen damals zu Beginn der depressiven Episode aufgefallen ist. Dieses Wissen ist sehr hilfreich und kann von Betroffenen und ihren Angehörigen genutzt werden, um möglichst frühzeitig eine neue Depressionsphase zu erkennen. Hat der oder die Betroffene selbst den Verdacht, (erneut) eine Depression zu entwickeln, ist es am besten, möglichst rasch die behandelnde Ärztin bzw. den behandelnden Arzt (Hausärztin/Hausarzt oder Psychiaterin/Psychiater) aufzusuchen und den Verdacht abklären zu lassen. Außerdem ist es sinnvoll, Familienmitglieder sowie enge Freundinnen und Freunde zu fragen, ob ihnen Veränderungen am eigenen Verhalten aufgefallen sind. Es ist durchaus möglich, dass Außenstehende Veränderungen beobachten, die man selbst nicht bemerkt. Angehörige sollten solche Beobachtungen offen ansprechen und ihre Sorge mitteilen, dass sich möglicherweise (wieder) eine Depression entwickelt. Wichtig ist zudem, die Betroffenen zwecks Abklärung zu einem Arztbesuch zu motivieren.

Niedergeschlagen bedeutet nicht depressiv

Manche Leserinnen und Leser werden einige der beschriebenen Symptome vielleicht kennen, wie zum Beispiel hin und wieder in Stresssituationen schlecht zu schlafen oder nach einem Konflikt niedergeschlagen und traurig zu sein. Dann wird vermutlich die Frage auftauchen, ob nicht viele Depressionssymptome auch im Alltag vorkommen und ob es einen fließenden Übergang zwischen „normaler“ Niedergeschlagenheit und einer Krankheit gibt.

Wie erkenne ich, ob es sich um eine „echte“ Depression handelt?

Für die Diagnose einer „echten“ Depression gilt in der Medizin, dass Symptome zumindest über einen gewissen Zeitraum durchgehend über den Großteil des Tages vorhanden und so stark ausgeprägt sind, dass sie sich im Alltag als belastend erweisen.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) beschreibt in der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (= ICD-11) folgende Symptome für die Depression:

2 affektive Symptome

1. gedrückte oder traurige Stimmung, die meiste Zeit des Tages
2. Interessenverlust oder Freudlosigkeit an Aktivitäten, die üblicherweise angenehm sind

Weitere Symptome

3. Konzentrationsstörungen oder verringerte Entscheidungsfähigkeit
4. verminderter Selbstwert oder exzessive oder inadäquate Schuldgefühle
5. Hoffnungslosigkeit
6. wiederkehrende Gedanken an den Tod, Suizidgedanken oder Suizidversuch
7. deutliche Veränderungen des Schlafs
8. deutliche Appetit- oder Gewichtsveränderungen
9. psychomotorische Agitiertheit oder Gehemmtheit
10. reduzierte Energie oder Erschöpfung

Nach der Definition der WHO müssen für die Krankheitsdiagnose Depression **mindestens eines der beiden affektiven Symptome** („gedrückte Stimmung“ oder „vermindertes Interesse an Aktivitäten“) und **mindestens fünf aller zehn Symptome** über einen Zeitraum von **mindestens zwei Wochen durchgehend** vorhanden sein.

Es zeigt sich also, dass eine Depression nicht nur durch ein oder zwei kurzzeitig auftretende Symptome geprägt ist, sondern dass mehrere Symptome zur selben Zeit vorhanden sein müssen, um die Kriterien der Krankheit „Depression“ zu erfüllen. Aus dieser Beschreibung der einzelnen möglichen Anzeichen geht aber auch klar hervor, dass nicht jede Depression ganz

gleich aussieht. Neben den Kernsymptomen, die praktisch immer vorhanden sind, treten nicht alle Zusatzsymptome bei allen Kranken auf: So haben manche einen verringerten Appetit und andere nicht, einige leiden an ausgeprägten Einschlafproblemen am Abend und andere wachen morgens früher auf, manche machen sich selbst schwere Vorwürfe und andere nicht. Entsprechend treten auch im Alltag, abhängig von den jeweiligen Zusatzsymptomen, unterschiedliche Probleme auf.

Für eine Depression müssen mehrere Symptome gleichzeitig vorhanden sein.

Gibt es körperliche Anzeichen für eine Depression?

Da eine Depression auch den körperlichen Zustand beeinflussen kann, treten im Rahmen der Krankheit neben den beschriebenen psychischen Symptomen zusätzlich häufig körperliche Beschwerden auf. Dazu zählen:

- allgemeine körperliche Abgeschlagenheit
- Appetitstörungen, Gewichtsverlust
- Druckgefühl im Magen, Verdauungsprobleme wie Verstopfung (= Obstipation) oder Durchfall (= Diarrhö)
- Unregelmäßigkeiten bei der Monatsblutung bis hin zum Aussetzen der Menstruation für einige Monate
- Kopf-, Rücken- oder andere Schmerzen
- Muskelverspannungen
- Druckgefühl in Hals und Brust, Beengtheit im Hals
- Herzrasen bis hin zu Herzrhythmusstörungen, Atemnot
- Schwindelgefühl
- Flimmern vor den Augen, Sehstörungen
- Schlafstörungen

In jedem Fall ist es wichtig, bei den genannten Beschwerden eine Ärztin bzw. einen Arzt aufzusuchen. Denn Atemnot, Herzrasen oder andere körperliche Symptome können zwar im Zusammenhang mit einer Depression auftreten, jedoch auch ein Hinweis auf körperliche Erkrankungen sein, die eine sorgfältige ärztliche Abklärung erfordern.



Bei Männern kann sich eine Depression durch andere Symptome äußern als bei Frauen.

Die „männliche Depression“ (Male Depression)

Erst in den vergangenen Jahren wurde in Fachkreisen das Konzept der Male Depression, also der männlichen Depression, entwickelt. Es geht davon aus, dass bei Männern die üblichen Symptome einer Depression häufig durch andere Anzeichen überlagert werden können.

Bei beiden Geschlechtern können Symptome wie eine gedrückte Stimmungslage, der Verlust von Interessen und Freude, verminderter Antrieb, aber auch Schuldgefühle, vermindertes Selbstwertgefühl, Pessimismus, herabgesetzte Aufmerksamkeit, Suizidgedanken bzw. Suizidhandlungen, Schlafstörungen und verminderter Appetit auf eine Depression hinweisen.

Bei Männern finden sich jedoch oftmals zusätzliche Symptome wie häufige Reizbarkeit, Aggressivität und Risiko- bzw. Suchtverhalten.

Das Wissen über diese geschlechtsspezifischen Unterschiede wird derzeit in der offiziellen Diagnostik (noch) nicht berücksichtigt. Bekannt ist jedoch, dass Alkoholabhängigkeit bei Männern im Zusammenhang mit einer Depression häufiger auftritt als bei Frauen. Ob es sich dabei um eine durch den Alkoholkonsum „verdeckte" Depression handelt oder um ein eigenes Krankheitsbild, kann nach aktuellem Stand der Wissenschaft wiederum nicht eindeutig beantwortet werden. Unabhängig von dieser akademischen Diskussion sind die beschriebenen Symptome bei Männern unbedingt ernst zu nehmen und ärztlich abzuklären.

Auch unterschiedliche Auslöser

Geschlechtsspezifische Unterschiede beschreiben Wissenschafterinnen und Wissenschafter auch bei den möglichen Auslösern von Depressionen. Zahlreiche Studien berichten über soziale Risikofaktoren für das Auftreten von Depressionen bei Frauen. Dazu gehören die Mehrfachbelastung durch Haushalt, Kinderbetreuung und Beruf. Während zwischenmenschliche Konflikte bei Frauen das Erkrankungsrisiko erhöhen, sind dies bei Männern Scheidung, Trennung von der Partnerin bzw. dem Partner und Probleme am Arbeitsplatz.

Die nicht erkannte Depression

Depressionen sind ernste Erkrankungen, die mit einer erhöhten Sterblichkeitsrate einhergehen. So wirkt sich eine gleichzeitig bestehende Depression bei einer Reihe körperlicher Krankheiten negativ auf deren Verlauf aus, trägt zur Chronifizierung dieser Leiden bei und erhöht die Gefahr, an der organischen Erkrankung zu versterben. Einen entscheidenden Einfluss in dieser Hinsicht haben Depressionen z.B. im Zusammenhang mit koronarer Herzkrankheit und Herzinfarkt, Diabetes mellitus oder Rückenschmerzen.

Welche Folgen kann eine verzögerte Behandlung haben?

Gesundheitliche Folgen:

- → langsamere Genesung
- → erhöhtes Risiko für Komplikationen im Rahmen der Depression
- → langsamere Heilung von körperlichen Krankheiten
- → vermehrter Konsum von Alkohol oder anderen Drogen, um das Leiden zu dämpfen (und in der Folge Risiko für Substanzmissbrauch)
- → unnötige Krankenhausaufenthalte

Soziale Folgen:

- → Störung der Beziehungen zu anderen Menschen
- → Verlust der Unterstützung durch den Freundeskreis
- → Belastung der Familie der betroffenen Person
- → vorübergehende Abnahme der Fähigkeit, den elterlichen Pflichten nachzukommen (bei Erkrankten mit Kindern)
- → Verlust des Arbeitsplatzes und Arbeitslosigkeit
- → bei Jugendlichen: Probleme in der Ausbildung (Schule, Studium, Lehre)

Bleiben Depressionen lange Zeit unbehandelt, steigt außerdem das Risiko, dass sich eine chronische Depression entwickelt. Das heißt, je später eine Behandlung beginnt, desto länger dauert die Erkrankung.

Helfen Sie der Ärztin bzw. dem Arzt bei der Diagnose!

Betroffene sollten daher der Ärztin bzw. dem Arzt sagen, wenn es ihnen nicht gut geht.

Für die Ärztin bzw. den Arzt kann es schwierig sein, eine Depression (frühzeitig) zu erkennen, da nur manche Symptome offensichtlich sind. Betroffene sollten daher im Arztgespräch mitteilen, wenn es ihnen nicht gut geht. Eine Schwellung am Knöchel nach einem Sturz erkennt man sofort. Eine starke Antriebsverminderung im Rahmen einer schweren Depression kann man den Betroffenen ebenfalls ansehen. Wenn es aber um Schlafprobleme oder die verminderte Freude an Dingen des Alltags geht, ist die Ärztin bzw. der Arzt auf die Informationen der Betroffenen angewiesen.
Oft berichten die Patientinnen und Patienten in der Ordination eher über die körperlichen Symptome einer Depression, wie Appetitverminderung oder eine daraus resultierende Gewichtsabnahme. Denn viele scheuen sich, von ihrer Trauer, ihrer Niedergeschlagenheit und ihrer Lustlosigkeit zu erzählen. In diesem Fall kann es für die Ärztin bzw. den Arzt schwierig sein, eine Depression (frühzeitig) zu erkennen. Kranke, denen es nichts ausmacht, auch über solche Symptome zu reden, erleichtern die ärztliche Diagnose erheblich.

Helfen Sie daher Ihrer Ärztin bzw. Ihrem Arzt, indem Sie über alle Symptome wahrheitsgemäß berichten. Nur so kann Ihre Depression frühzeitig erkannt und entsprechend behandelt werden.

Die Suizidgefahr

Depressionen führen dazu, dass die Erkrankten traurig, niedergeschlagen und verzweifelt sind. Die Betroffenen können viele Dinge nur negativ sehen und blicken sehr pessimistisch in die Zukunft. Wenn die Krankheit zu sehr starkem Leid führt, entsteht oft der Wunsch, dieses Leid zu beenden. In der Folge taucht auch der Gedanke auf, dass es vielleicht besser wäre, nicht mehr zu leben.
Jedes Jahr setzen mehr als 1.000 Menschen in Österreich ihrem Leben ein Ende. Dies wird in der Fachsprache als Suizid bezeichnet. Erfahrungen zeigen, dass dem oft eine längere Entwicklung vorausgeht. Während dieser Zeit erwägen Menschen den Suizid vorerst nur als eine Möglichkeit und befinden sich gefühlsmäßig in einem Zustand großer Unsicherheit. Daher kommt den Reaktionen der Umwelt zu diesem Zeitpunkt eine besondere Bedeutung zu.

Liegen einem Suizid immer Depressionen zugrunde?

Nein. Depressionen zählen zwar zu den wichtigen Ursachen für einen Suizid, doch gibt es auch zahlreiche andere Gründe. So können neben weiteren psychischen Krankheiten (z.B. Psychosen, Angststörungen, Alkoholabhängigkeit) belastende Lebenssituationen auch ohne Vorhandensein einer Depression

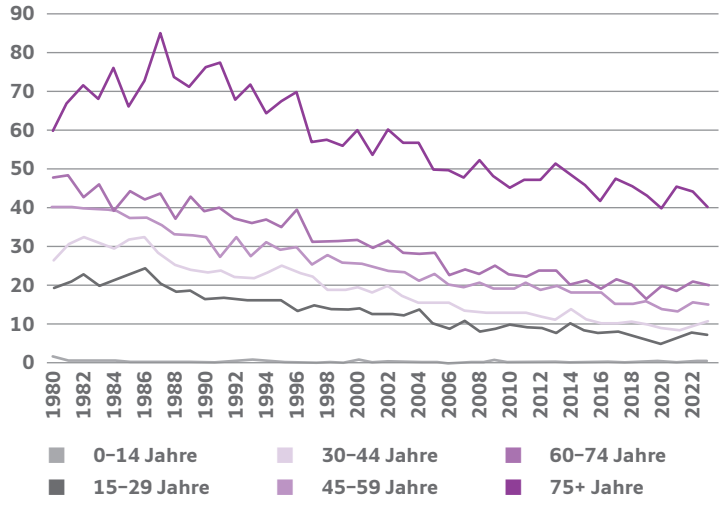
Auch in psychischen Krisen taucht manchmal der Gedanke an einen Suizid auf.

dazu führen, dass jemand sein Leben beenden möchte. Derartige belastende Lebenssituationen werden als psychische oder psychosoziale Krisen bezeichnet.

Suizidrate in Österreich

Durch gezielte Maßnahmen zur Prävention und Information sowie aufgrund verbesserter Behandlungsmöglichkeiten von Depression sind die Suizidraten in Österreich in den letzten Jahrzehnten gesunken. Dies gilt für alle Altersgruppen (siehe Abbildung).

Abbildung: Standardisierte Suizidraten (pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner) in Österreich 1980–2023 nach Altersgruppen



Quelle/Rohdaten: Statistik Austria; Berechnung und Darstellung: GÖG (Standardbevölkerung Europa 2013)

Was ist eine psychische Krise?

Eine Krise ist kein krankhafter Zustand. Eine Krise kann vielmehr jeden Menschen in jedem Lebensalter und in jeder Lebensphase treffen. Im Fall einer Krise sind die affektiven bzw. Zusatzsymptome (siehe ***Seite 51***) einer Depression nicht vorhanden.
Als Krisen werden Ereignisse und Erlebnisse bezeichnet, die von den Betroffenen in ihrer konkreten Situation subjektiv (!) nicht sinnvoll verarbeitet werden können. Ausschlaggebend dabei ist, ob der Anlass oder die Situation eine hohe persönliche Bedeutung für die betroffene Person hat. Es ist unwesentlich, wie wichtig der Anlass objektiv betrachtet ist. Jeder Mensch hat andere Werte und Ziele, weshalb viele Ereignisse und Erlebnisse individuell sehr unterschiedlich bewertet werden.

Solche Krisen können unter anderem hervorgerufen werden durch:

- → Tod eines nahen Menschen
- → (drohende) Trennung von der Partnerin bzw. vom Partner
- → schwere Konflikte mit der Partnerin bzw. dem Partner oder anderen nahestehenden Menschen
- → unerwartete Arbeitslosigkeit
- → Gewalterfahrungen
- → traumatische Erlebnisse
- → gravierende Lebensveränderungen



Anlass für Krisen können auch körperliche Erkrankungen sein, die mit starken Schmerzen oder befürchteten Einschränkungen im Alltag einhergehen. Darüber hinaus lösen oft Krankheiten, die letztlich zum Tod führen oder Betroffene von anderen Menschen abhängig machen (z.B. dauernde Pflegebedürftigkeit), Krisen aus.

Wie werden Krisen bewältigt?

In einer Krise wird ein Mensch mit Situationen oder Erlebnissen konfrontiert, die viele der zentralen Werte und Ziele infrage stellen. Es gelingt ihm dann oft nicht, die Situation mit jenen Strategien, die er normalerweise zur Bewältigung von Problemen einsetzt, in den Griff zu bekommen. Dieses Scheitern der üblichen Methoden und Strategien verursacht ein Gefühl der Überforderung, Unsicherheit und Verzweiflung.
Üblicherweise investieren die Betroffenen all ihre Energie in die Bewältigung der Probleme, sodass letztendlich oft die Kraft fehlt, die gewöhnlichen Anforderungen des Alltags zu bewältigen. Dieses „Versagen" kann das Selbstwertgefühl gravierend beeinträchtigen. Wenn eine Unterstützung durch nahestehende Menschen erfolgt, kann es gelingen, einen Ausweg aus dieser Situation zu finden. Ansonsten besteht die Gefahr, dass Suizidgedanken auftreten. Ein anderer „Ausweg" ist für manche der langfristige Konsum von Alkohol oder Drogen, der schließlich in Missbrauch und Abhängigkeit münden kann.
Es muss aber berücksichtigt werden, dass Krisen nicht nur negative Aspekte haben. Krisen können auch dazu führen, innezuhalten und sich mit wichtigen Fragen des Lebens zu beschäftigen und so dem eigenen Leben eine neue Richtung zu geben.

Viele Krisen werden mithilfe eines verständnisvollen und unterstützenden Netzwerkes nahestehender Menschen bewältigt. Falls das Umfeld jedoch negativ oder verständnislos reagiert und keine Hilfe vermittelt, kann sich die Krisensituation verstärken. Werden Betroffene in dieser Situation von ihren Mitmenschen unter Druck gesetzt, kann dies die Belastung und die subjektive Aussichtslosigkeit erhöhen.

Wie erkennt man eine Suizidgefährdung?

Die Suizidgefährdung ist für Außenstehende nicht immer eindeutig zu erkennen, die folgenden Zeichen können aber als Warnsignale dienen:

- → Bemerkungen wie „Ich kann nicht mehr", „Mir scheint alles so sinnlos" oder „Ich will nicht mehr" können Hinweise darauf sein, dass jemand mit dem Gedanken spielt, sein Leben bewusst zu beenden.
- → Auch Zeichnungen oder schriftliche Notizen können darauf hindeuten.
- → Allgemeine Gespräche über den Tod sind bei depressiven Personen ebenfalls ein Alarmsignal.
- → Sehr starke Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung sind bei vielen am Gesichtsausdruck zu erkennen.
- → Geliebte Dinge werden verschenkt, weil man diese „bald ohnehin nicht mehr braucht".
- → Vorsicht ist auch angebracht, wenn jemand Handlungen erwähnt, die der Vorbereitung eines Suizids dienen, wie zum Beispiel das Sammeln von Tabletten.
- → Ein weiteres Warnsignal ist der allmähliche Rückzug aus Beziehungen und von anderen Menschen. Resigniert das Umfeld, vergrößert das die Gefahr sozialer Isolation zusätzlich.
- → Andere Menschen und Ereignisse werden überwiegend negativ wahrgenommen, Betroffene interessieren sich für nichts mehr.

- → Die persönlichen Handlungsmöglichkeiten werden von Personen mit Suizidgedanken zunehmend als eingeschränkt erlebt. Sie können oft nicht erkennen, dass es verschiedene Möglichkeiten gibt, auf eine bestimmte Situation zu reagieren, sondern sehen meist nur einen einzigen Weg.
- → Zentrale Werte im Leben, wie religiöse oder moralische Überzeugungen, und auch Beziehungen zu nahestehenden Menschen halten viele davon ab, das eigene Leben zu beenden. Verlieren diese zentralen Werte und Beziehungen aber an Bedeutung, geht dadurch häufig ein letzter Schutzmechanismus verloren.
- → Manchmal haben Mitmenschen den Eindruck, dass sie die Betroffenen im Gespräch emotional nicht mehr erreichen können.
- → Auch sind mitunter starke Stimmungsschwankungen oder ein fehlender Kontakt zur Realität zu beobachten.

Das Auftreten einzelner der beschriebenen Verhaltensweisen ist noch kein Hinweis auf das Risiko eines Suizids. Wenn aber mehrere dieser Verhaltensweisen zugleich oder innerhalb kurzer Zeit beobachtet werden und eine ausgeprägte Depression oder Belastung vorliegt, sollte der Zustand der betroffenen Person sowie eine mögliche Suizidgefährdung ärztlich abgeklärt werden.

Für die meisten Betroffenen ist die Entscheidung zwischen „Ich will nicht mehr leben“ und „Ich will weiterleben“ ein quälender innerer Kampf, den man ihnen mitunter ansehen kann. Ist der Entschluss für den Suizid gefallen, wirken manche dann ruhig und gelöst, was Außenstehende fälschlicherweise als Besserung des Zustandes interpretieren können.

Vorsicht! Bei Menschen, die unter Depressionen leiden und in letzter Zeit immer wieder Suizidideen angedeutet haben, gibt es eine Situation, die oft falsch verstanden wird: Wenn ein solcher Mensch plötzlich ruhig und entspannt wirkt und Suizidgedanken nicht mehr erwähnt, obwohl sich an der konkreten Situation nichts geändert hat, kann das ein Hinweis darauf sein, dass er sich für einen Suizid entschieden hat.

Jede Krise ist eine Chance

Betroffene und ihnen nahestehende Menschen sollten eines wissen: Jede Krise ist auch eine Chance! Das ist kein Schlagwort, sondern jährlich erleben das Tausende Menschen in Österreich. Glücklicherweise ist die Zahl jener, die eine Krise positiv bewältigen, um ein Vielfaches größer als die Zahl derjenigen, die ihrem Leben selbst ein Ende setzen. Mitmenschen können durch richtiges Verhalten (siehe ***Seite 64***) und Ansprechen des Problems wesentlich zur Bewältigung einer solchen Krise beitragen.

Was tun bei Suizidgefahr?

Suizidale Äußerungen oder Handlungen sind immer auch ein Hilferuf! Die Betroffenen drücken neben aller Verzweiflung auf diese Weise auch aus, dass sie Hilfe brauchen.
Allen Menschen, die mit einer Person in einer schweren Depression oder psychischen Krise zu tun haben, ist zu raten, aufmerksam zu sein, um Warnsignale nicht zu übersehen. Besteht bei jemandem der Verdacht auf eine beginnende oder bereits vorhandene Suizidalität, sollten mögliche Suizidgedanken und Suizidpläne offen angesprochen werden. Auch wenn uns das oft schwerfällt, ist das konkrete Ansprechen des Problems eine wichtige Chance. Man kann der suizidgefährdeten Person gegenüber durchaus der Sorge um sie Ausdruck verleihen. Ein solches Gespräch steht am Beginn einer möglichen Krisenbewältigung. Die Bereitschaft, sich darauf einzulassen, zeigt den Betroffenen, dass sie in ihrer Situation nicht alleingelassen werden, sondern dass jemand bereit ist, den schweren Weg gemeinsam mit ihnen zu gehen. Dieses Gefühl gibt häufig Kraft und Ermutigung, und manche öffnen sich bereits im ersten Gespräch mit einem nahestehenden Menschen. Dadurch entstehen neue Perspektiven und möglicherweise hilfreiche Auswege.

Sehr oft ist es aber unumgänglich, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Wenn man dies für notwendig hält, sollte man das den Betroffenen auch klar sagen. Erste professionelle Ansprechstellen können Ärztinnen und Ärzte oder andere Fachleute sein, die die betroffene Person bereits kennt und zu denen sie Vertrauen hat. Sind bekannte und vertraute Fachleute nicht verfügbar, ist es wichtig, sich an Einrichtungen zu wenden, die akute Hilfe in Krisen anbieten. Das können sogenannte Einrichtungen zur Krisenintervention sein, aber auch psychiatrische oder psychologische Ambulanzen und Beratungsstellen, wie z.B. https://kriseninterventionszentrum.at/kontakt/weitere-einrichtungen/.

Keinesfalls sollte man eine suizidgefährdete Person in einer solchen Situation alleine lassen. In den meisten Fällen wird es nötig sein, ihr nicht nur eine Adresse mitzuteilen, sondern sie beim Vereinbaren eines Termins zu unterstützen und sie persönlich zu einer Expertin bzw. zu einem Experten zu begleiten. Ob im Weiteren eine Begleitung erforderlich ist, werden die Fachleute beurteilen. Eventuell kann es auch sinnvoll sein, andere nahestehende Menschen aus Familie oder Freundeskreis mit einzubeziehen – dies sollte aber immer vorher mit der betroffenen Person selbst abgesprochen werden.

Wichtig: Es darf nicht vergessen werden, dass die Hilfe und Unterstützung Betroffener durch Menschen, die ihnen nahestehen, eine äußerst wichtige Grundlage für die Bewältigung der Krise darstellen. Jeder, der einmal Angehörige, eine Freundin oder einen Freund erfolgreich durch eine schwere Krise begleitet hat, wird dies auch selbst für immer positiv in Erinnerung behalten.

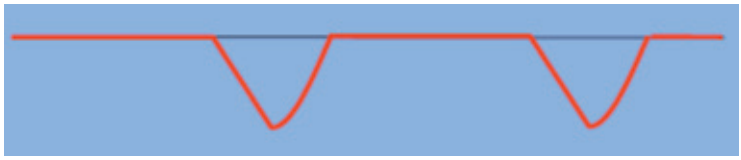


Unterstützung durch nahestehende Menschen ist eine wichtige Grundlage zur Krisenbewältigung.

So verlaufen Depressionen

Depressionen verlaufen üblicherweise episodenhaft. Das heißt, dass Krankheitsphasen zeitlich begrenzt sind und bei einem Teil der Erkrankten nach längerer Zeit auch ohne Behandlung wieder abklingen. Unter der heutigen modernen Behandlung mit Antidepressiva bzw. Psychotherapie hält eine depressive Episode üblicherweise rund drei bis vier Monate an. Bevor diese Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung standen, dauerten depressive Episoden etwa doppelt so lang.

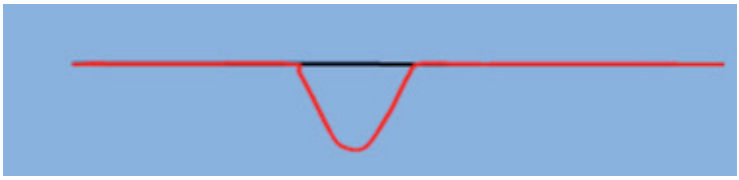
Auch wenn Depressionen in der Regel in Form von Episoden verlaufen, gibt es große Unterschiede. Bei mehr als der Hälfte jener Menschen, die einmal eine depressive Phase erlitten haben, kommt es zu weiteren Krankheitsepisoden. Man spricht dann von einer wiederkehrenden (rezidivierenden) Depression.



Verlauf einer immer wiederkehrenden Depression

Die Wahrscheinlichkeit einer neuerlichen Erkrankung erhöht sich nach zwei depressiven Episoden auf 70% und liegt nach der dritten Episode bei 90%. Dabei muss berücksichtigt werden, dass natürlich auch die Art der Behandlung Einfluss auf das Risiko für das Wiederauftreten einer Depression hat.

Nach einer depressiven Episode ist eine vollständige und dauerhafte Wiederherstellung der psychischen Gesundheit (= Genesung oder vollständige Remission) möglich. Die Patientin bzw. der Patient ist dann für immer völlig symptomfrei.



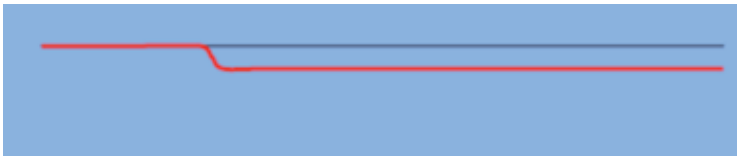
Verlauf einer depressiven Episode mit vollständiger Genesung

In manchen Fällen ist die Genesung aber unvollständig: Es geht der Betroffenen bzw. dem Betroffenen dann zwar deutlich besser als während der depressiven Episode, trotzdem sind noch einige leichte Symptome vorhanden.



Verlauf einer depressiven Episode mit unvollständiger Genesung

In seltenen Fällen verläuft eine Depression chronisch, das heißt, dass die Symptome über lange Zeit vorhanden sind. Eine spezielle Form einer chronisch verlaufenden Depression ist die sogenannte ***Dysthymie,*** bei der weniger und schwächer ausgeprägte Krankheitssymptome über mehr als zwei Jahre durchgehend vorhanden sind.



Verlauf einer Dysthymie, einer speziellen Form der chronischen Depression

Oft bleiben Betroffene jahrelang ohne Beschwerden.

Wann droht ein Rückfall?

Etwa ein Drittel jener Kranken, die eine depressive Episode durchgemacht haben, hat nach sechs Monaten noch leichte Symptome, während zwei Drittel nach einem halben Jahr völlig gesundet sind.

Bei etwa jeder 7. Patientin bzw. jedem 7. Patienten kommt es trotz ausreichender Behandlung auch nach zwei Jahren zu keinem völligen Verschwinden der Symptome, sondern es bestehen nach wie vor restliche Beschwerden. Weiterhin vorhandene Symptome nach einer depressiven Episode sprechen für eine unvollständige Genesung (bzw. unvollständige Remission) und stellen einen Risikofaktor für eine neuerliche Erkrankung dar. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das Risiko eines Rückfalls abnimmt, je länger keiner aufgetreten ist.

Man darf jedoch nicht vergessen, dass die Verläufe sehr unterschiedlich sein können. Bei manchen Kranken sind die depressiven Episoden durch jahrelange gesunde Intervalle unterbrochen, andere erleben depressive Episoden in viel kürzeren Abständen.

Mit zunehmendem Alter steigt das Rückfallrisiko, allerdings ist die Symptomatik bei älteren Menschen manchmal weniger schwer ausgeprägt als bei jüngeren.

Wenn die depressiven Episoden immer zu einer bestimmten Jahreszeit (z.B. Herbst oder Winter) auftreten, wird diese Verlaufsform als saisonale Depression bezeichnet.

Was beeinflusst den Verlauf einer depressiven Erkrankung?

Es gibt verschiedene Faktoren, sowohl in Bezug auf die Krankheit als auch in Bezug auf die Betroffenen selbst, welche die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls beeinflussen.

Folgende Aspekte der Erkrankung erhöhen die Rückfallgefahr:

- → je mehr Krankheitsphasen jemand bereits hatte
- → je länger eine Krankheitsepisode bereits dauert
- → je kürzer die gesunde Phase zwischen zwei Krankheitsepisoden ist
- → wenn zusätzlich zur Depression weitere psychische Erkrankungen vorliegen (z.B. Abhängigkeit von Substanzen wie etwa Alkohol oder Drogen, Persönlichkeitsstörung, Angststörung)
- → wenn zusätzlich chronische körperliche Krankheiten vorliegen (z.B. Diabetes)

Folgende patientenbezogene Faktoren erhöhen die Rückfallgefahr:

- → je jünger jemand bei Beginn der ersten Krankheitsepisode war
- → Frauen haben häufiger Rückfälle
- → wenig Unterstützung aus der Familie oder dem Freundeskreis
- → verzögerter Beginn der Behandlung



Ihre Fragen – unsere Antworten



→ Bestehen bei einer Depression außer der traurigen Stimmung noch andere Symptome?

Die wichtigsten zusätzlichen Anzeichen, die allerdings nicht bei jedem Menschen und auch nicht immer auftreten, sind: Interessenverlust, Antriebslosigkeit, vermindertes Denk- und Konzentrationsvermögen, verlangsamtes Verhalten oder Unruhe, geringes Selbstvertrauen, Schuldgefühle, Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Weinen, Schweigsamkeit, gesellschaftlicher Rückzug, Halluzinationen und Wahnideen, Tagesschwankungen, Suizidgedanken.

→ Äußern sich Depressionen auch in körperlichen Beschwerden?

Ja, durchaus. Müdigkeit, Verdauungsprobleme, Zyklusstörungen, Schmerzen, Muskelverspannungen und Herzrasen sind einige der Beschwerden, die manchmal mit einer Depression einhergehen. Diese Störungen können aber auch Anzeichen für eine körperliche Erkrankung sein. Daher ist eine ärztliche Abklärung sehr wichtig.

→ Wie verläuft die Krankheit üblicherweise?

Zumeist in Episoden, die zeitlich begrenzt sind. Unter der heutigen modernen Behandlung mit Antidepressiva und Psychotherapie dauert eine Episode etwa drei bis vier Monate. Allerdings gibt es große individuelle Unterschiede.

→ Welche Warnzeichen weisen auf eine Depression hin und sollten von der Familie und dem Freundeskreis beachtet werden?

Die betroffene Person hat keine Lust auf Aktivitäten, die ihr früher Freude bereitet haben, sie ermüdet rascher, ist weniger leistungsfähig, leidet eventuell unter Gewichtsverlust und vernachlässigt ihre alltäglichen Verpflichtungen. Es müssen nicht alle Hinweise gegeben sein, diese Auffälligkeiten können auch Reaktionen auf belastende Ereignisse sein. Trotzdem ist eine Abklärung sinnvoll, um eine mögliche Depression frühzeitig zu erkennen und behandeln zu können.

→ Was ist für die depressive Patientin bzw. den depressiven Patienten bei einem Arztbesuch wichtig?

Betroffene sollten unbedingt über alle Symptome wahrheitsgemäß berichten und nicht nur über die körperlichen Beschwerden, wie dies oft der Fall ist. Nur so kann die Patientin bzw. der Patient der Ärztin bzw. dem Arzt bei der Diagnose und damit sich selbst helfen.

→ Stimmt es, dass Menschen, die von Suizid reden, diesen nie in die Tat umsetzen?

Keineswegs. Wenn jemand über Suizid spricht, ist dies im Gegenteil ein sehr wichtiges Warnsignal! Man sollte in diesem Fall unbedingt offen mit den Betroffenen darüber sprechen. Dann fühlt sich die suizidgefährdete Person nicht alleingelassen; das kann ihr Kraft und Mut geben und sie sieht eventuell neue Perspektiven. Man sollte die Betroffenen auch zu einer Ärztin bzw. einem Arzt oder einer anderen Ansprechstelle begleiten.

Ursachen



KAPITEL 3





Wie eine Depression entsteht

Betroffene erzählen:

Ich bin okay, wie ich bin

Es war ein irrsinnig heißer Sommer. Kein Wunder, dass ich nicht schlafen konnte und unkonzentriert war. Obwohl ich mich mit bleierner Müdigkeit durch den Tag schleppte, war abends an Einschlafen nicht zu denken. Die Gedanken ließen sich nicht stoppen: Frust im Beruf, die Schwierigkeiten meiner 15-jährigen Tochter in der Schule, ihr „Abnabeln" – und dann noch meine Eltern! Kein Tag verging ohne ein Telefonat mit meiner Mutter, bei dem sie alle ihre Sorgen auf mich ablud. Ich wollte nicht ihre seelische Mülldeponie sein, konnte mich aber nicht dagegen wehren. Schließlich hatte ich Schuldgefühle, weil ich vor Jahren mit meinem Mann nach Wien gezogen war und meine Eltern in der Steiermark zurückgelassen hatte. Zur Übermüdung und zu den Schlafstörungen kamen immer mehr andere Symptome hinzu: Druck im Kopf, Konzentrationsprobleme, Schwindel, Angstzustände. Manchmal war mein Körper so schwach, dass es mir unmöglich war, mit meinem Mann unseren täglichen Spaziergang zu unternehmen. Eine

Blutuntersuchung ergab schließlich eine Schilddrüsenerkrankung mit Unterfunktion. Na also, das war die Ursache! So dachten mein Mann und ich jedenfalls. Doch die Schilddrüsenbehandlung brachte in Bezug auf diese Symptome keinerlei Besserung. Instinktiv wusste ich, dass mit mir auch psychisch etwas nicht in Ordnung war. Ich brauchte offenbar ganz dringend einen Psychiater. Es war allerdings nicht leicht, auf Anhieb jemanden zu finden, der sofort einen Termin frei hatte. Darüber hinaus bestand ja die Vermutung, meine Symptome resultierten aus der Schilddrüsenerkrankung, sodass nicht klar war, an wen ich mich letztlich wenden sollte. Schließlich suchte ich im Internet einmal nach einem Psychotherapeuten. Tatsächlich fand ich eine Psychotherapeutin in meiner Nähe, die einen freien Termin hatte. Und damit änderte sich alles. Schon in der ersten Sitzung führte sie mich mit ihren gezielten Fragen in die richtige Richtung: die jahrelangen Schuldgefühle meinen Eltern gegenüber, die Angst, von meiner Tochter nicht mehr gebraucht zu werden, meine Unfähigkeit, Nein zu

sagen und mich abzugrenzen ... Die Psychotherapeutin verwies mich überdies an einen Psychiater, der sofort die Diagnose „Depression" stellte. Gemeinsam halfen mir die beiden, aus diesem schrecklichen Tief herauszukommen. Ich bekam Medikamente gegen die Depression, die Psychotherapeutin arbeitete mit mir in Gesprächen meine anderen Probleme auf. Heute geht es mir gut, und ich bin dankbar! Dankbar dem Arzt und der Psychotherapeutin, aber auch dankbar für das Erlebte. Denn ohne meinen Zusammenbruch hätte ich nie die Kraft gehabt, mich von meinen jahrzehntelangen Problemen zu befreien. Das Verhältnis zu meinen Eltern ist heute ein anderes. Wir telefonieren nur noch einmal wöchentlich, und ich sage liebevoll, aber bestimmt „Stopp", wenn man Probleme auf mich abladen will. Ich habe auch gelernt, meine Tochter loszulassen, denn ich weiß, mich selbst zu schätzen – unabhängig davon, ob ich gebraucht werde. Ich bin okay, wie ich bin!

Monika, 47, Krankenschwester

Viele Faktoren wirken zusammen

Wie bei vielen seelischen und körperlichen Erkrankungen ist es auch im Fall der Depression nicht möglich, eine einzelne Ursache zu identifizieren. Die Hintergründe sind komplex und noch nicht vollständig geklärt. Eine Depression entsteht in der Regel aus dem Zusammenwirken von biologischen, lebensgeschichtlichen und sozialen Faktoren. Darüber hinaus können aktuelle Ereignisse und kognitive Verarbeitungsmuster zur Entstehung der Krankheit beitragen.

Welche Rolle die einzelnen Faktoren jeweils spielen, ist individuell verschieden. Somit ist im Einzelfall manchmal nicht eindeutig feststellbar, was gerade bei diesem Menschen zum Ausbruch der Depression geführt hat. Jedenfalls besitzen die Betroffenen gegenüber seelischen, körperlichen und sozialen Belastungen eine geringere Widerstandskraft als gesunde Menschen. Diese besondere Verletzlichkeit wird als „Vulnerabilität" bezeichnet und spielt bei der Entstehung und beim Verlauf einer Depression eine wichtige Rolle.

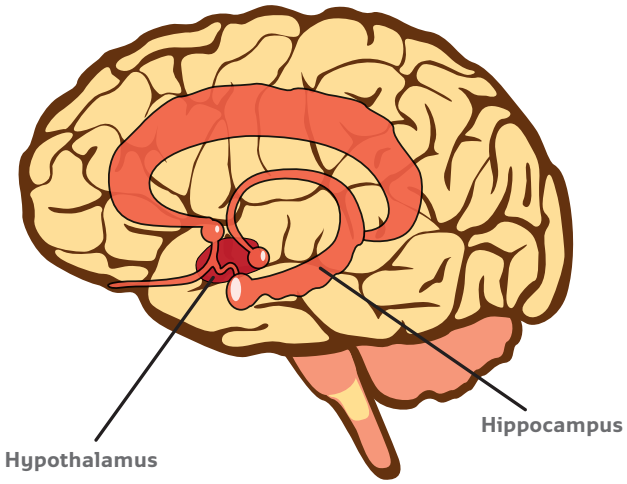
Häufig sind daneben allerdings noch zusätzliche Faktoren oder Auslöser, wie belastende Lebensereignisse oder Überforderungssituationen, nötig, damit es zum Auftreten der Krankheit kommt. Solche Lebensereignisse oder Überforderungen können natürlich jeden treffen; Menschen mit einer erhöhten Vulnerabilität haben aber ein größeres Risiko, eine Depression zu entwickeln.

Bei der Entstehung der Krankheit wirken immer mehrere Faktoren zusammen.

Botenstoffe außer Balance

Die Stimmungslage hängt unter anderem auch mit den Botenstoffen im Gehirn zusammen.
Wenn wir ein Geräusch hören, eine Farbe sehen, fühlen oder denken, so geschieht das aktiv mithilfe unserer Nervenzellen (Neuronen), die entsprechende Signale an bestimmte Gehirnregionen senden. Diese Signale werden auf elektrischem Weg entlang der Nervenfasern bis zu den Kontaktstellen mit anderen Nervenzellen transportiert. Chemische „Transportmittel" an diesen Kontaktstellen sind sogenannte Botenstoffe, auch Überträgersubstanzen oder Neurotransmitter genannt. Dabei handelt es sich um chemische Substanzen, die in einen Spalt zwischen den Nervenenden und der nachgeschalteten Nervenzelle mit ihren Kontaktstellen freigesetzt werden. Sie dienen als eine Art „Überbrückungshilfe", welche die Information an die Kontaktstelle der nächsten Nervenzelle weiterleitet.

Menschen, die unter einer Depression leiden, weisen Veränderungen dieser Überträgersubstanzen im Gehirn auf, vor allem bei den Botenstoffen Serotonin und Noradrenalin. Serotonin gilt als zentraler „Stimmungsmacher", Noradrenalin ist ein Botenstoff, der die Stressanpassung steuert. Oft ist die Konzentration dieser Neurotransmitter verändert (zu niedrig) oder es fehlt die biochemische Balance der Überträgersubstanzen untereinander. Diese Veränderungen können Auswirkungen auf Gefühle und Gedanken haben und Niedergeschlagenheit und Pessimismus begünstigen.



Das limbische System im Gehirn (auf unserer Zeichnung ist es rot eingefärbt) hängt eng mit unserem Gefühlsleben zusammen

Der Wirkmechanismus antidepressiver Medikamente beruht auf der Tatsache, dass sie die Konzentration der genannten Überträgersubstanzen an den Nervenzellen im Gehirn erhöhen. Auf diese Weise können sie die Symptome einer Depression lindern oder ganz zum Abklingen bringen. Die Wirksamkeit dieser Medikamente zeigt, dass die Neurotransmitter bei Depressionen eine wesentliche Rolle spielen. Allerdings ist noch unklar, ob die Veränderung dieser Transmitter eine Ursache oder die Begleiterscheinung der depressiven Erkrankung ist.

Welche Gehirnregion ist betroffen?

Neue Methoden der Bildgebung haben gezeigt, dass es während einer depressiven Episode vor allem im limbischen System des Gehirns zu veränderten Aktivitäten kommt. Diese Gehirnregion ist für das Empfinden und Verarbeiten von Gefühlen mitverantwortlich. Aber auch hier ist nicht ganz klar, ob die Veränderung eine Ursache oder eine Folge der Depression ist.

Detailinformation für Interessierte

Die Rolle der Vererbung

Seit Langem ist bekannt, dass Depressionen in manchen Familien häufiger vorkommen als in anderen. Diese Tatsache allein ist jedoch noch kein Nachweis für die Rolle der Vererbung, denn es könnte sein, dass Erziehung, ähnliche Erlebnisse oder derselbe Freundeskreis das Verhalten und damit die Entstehung von Depressionen beeinflussen.

Bei eineiigen Zwillingen, die genau dieselbe genetische Aus--stattung haben, zeigt sich, dass ein Zwilling ein viel höheres Depressionsrisiko hat, wenn auch der andere Zwilling unter einer Depression leidet. Allerdings erkrankt der Zwilling der depressiven Person in weniger als der Hälfte der Fälle selbst.

Die genetische Komponente ist daher offenbar nur ein Teilfaktor. Beim Entstehen einer Depression spielen also auch immer Erfahrungen und Umwelteinflüsse mit.

Oft wird die Frage gestellt, ob es ein Depressionsgen gibt. Nach heutigem Wissensstand führt jedoch nicht ein einzelnes Gen zum Auftreten einer Depression. Vielmehr dürfte eine ganze Reihe verschiedener Gene beteiligt sein. Unter anderem wird heute angenommen, dass ein Gen, welches das Serotonin (siehe „Botenstoffe“) beeinflusst, eine wichtige Rolle spielt. Dieses Gen (5-HTTLPR) kommt in der Bevölkerung in unterschiedlichen Formen oder Ausprägungen (= Allele) vor (siehe ***Seite 256***). Trägerinnen und Träger des sogenannten „kurzen“ Allels sollen empfindsamer auf psychosoziale Stressbelastungen reagieren und damit ein etwa doppelt so großes Depressionsrisiko haben wie jene mit einem „langen“ Allel. Außerdem dürften bei Vorhandensein eines „kurzen“ Allels in Stresssituationen die daraus resultierenden negativen Gefühle nicht ausreichend gedämpft werden, was letztlich zu einer depressiven Verstimmung führt.

Während man früher dachte, Genetik steuere das ganze Leben,

wird der Einfluss der Gene heute differenzierter gesehen. Wir wissen mittlerweile, dass Umwelteinflüsse in einem frühen Lebensabschnitt das Verhalten eines Individuums über dessen weitere Lebensspanne entsprechend verändern. Dieses modifizierte Verhalten kann sogar an die nächste Generation weitergegeben werden. Dies ist aber nicht auf Mutationen der Erbsubstanz zurückzuführen, sondern darauf, dass die Aktivität der betroffenen Gene verändert wird, was sich wiederum auf zahlreiche Körperfunktionen und auch das Gehirn auswirkt. So wissen wir, dass z.B. Stress die Aktivität einzelner Gene beeinflusst.
Genetische Mechanismen sind also keine Einbahnstraße, sondern reagieren auf Umwelt und Erlebnisse. Der Begriff „Epigenetik“ beschreibt diese Mechanismen, durch die nicht das Gen selbst verändert wird, sondern seine Funktion von äußeren Umständen beeinflusst und weitervererbt werden kann.

Depression – eine Fehlanpassung an Stress

Lange anhaltender Stress führt zu einer übermäßigen Ausschüttung von Kortikoiden (= Hormone aus der Nebennierenrinde, deren Basis das Kortison ist) ins Blut. Ein erhöhter Kortikoidspiegel kann sich aber auf empfindliche Regionen des Gehirns, wie z.B. den Hippocampus, negativ auswirken.
Bei depressiven Erkrankten ist durch die Veränderungen im Serotonin- und Noradrenalinsystem gleichzeitig auch die Bewältigung von Stressreaktionen herabgesetzt. Stress kann nicht entsprechend verarbeitet werden, was schließlich zur Entwicklung einer depressiven Stimmungslage führt.

Menschen ohne soziales Netz sind häufiger von Depressionen betroffen.

Negative Erfahrungen verzerren die Realität

Menschen, die in ihrem Leben wiederholt schlechte Erfahrungen gemacht haben, neigen dazu, Dinge negativ zu bewerten. Als eine mögliche Ursache für negative Erfahrungen vor allem in frühen Lebensjahren wird vermutet, dass die Eltern mit der Erziehungsarbeit überfordert waren. Dies führt zu einer Überforderung der Kinder, was wiederum ein Scheitern und andere schlechte Erfahrungen begünstigt.

Betroffene beurteilen sich selbst häufig als fehlerhaft, unzulänglich, wertlos und für andere als nicht attraktiv. Zudem neigen sie dazu, ihre Fähigkeiten zu unterschätzen und alles zu kritisieren. Oft denken diese Menschen auch, ihnen würden jene Eigenschaften fehlen, die nötig sind, um glücklich zu sein.

Subjektiv werden überwiegend Enttäuschungen und Niederlagen empfunden. Es überrascht nicht, dass die Zukunftserwartungen negativ gefärbt sind. Von vielen an einer Depression Erkrankten wird eine Veränderung der gegenwärtig als negativ empfundenen Situation daher als unwahrscheinlich angenommen, vor allem auch, weil sie glauben, selbst überhaupt nichts zu einer Besserung beisteuern zu können.

Diese Verzerrungen der Realität tragen zum Andauern einer bestehenden Depression bei. Unklar ist jedoch, ob solche kognitiven Fehlinterpretationen die Ursache für eine Depression darstellen oder ob durch die Depression kognitive Fehlinterpretationen erst entstehen.

Psychosoziale Faktoren

Ausgelöst wird eine depressive Phase oft durch schwierige Lebensumstände (Arbeitslosigkeit, körperliche Erkrankung, chronische Spannungen in der Partnerschaft, Verlust der Partnerin bzw. des Partners, Einsamkeit, Armut etc.). Dabei darf nicht vergessen werden, dass bei Personen, die schon einmal eine Depression hatten, bereits zuvor Veränderungen der Neurotransmitter (Botenstoffe) stattgefunden haben. Wenn dann soziale Belastungen hinzukommen, kann dies eine neuerliche depressive Episode zur Folge haben.

Menschen ohne soziale Unterstützung bzw. mit einem kleinen und wenig unterstützenden sozialen Netzwerk werden besonders häufig depressiv. Zugleich haben Menschen mit einer in der Vergangenheit durchlebten Depression Schwierigkeiten, ihre sozialen Kontakte und ihr soziales Netzwerk aufrechtzuerhalten. Während einer Depression neigt man dazu, sich zurückzuziehen, wodurch Beziehungen zu anderen verloren gehen können. Betroffene sind in dieser Phase auch langsamer als sonst und haben weniger Ressourcen, um Probleme mit anderen kompetent zu lösen.

Wirken derartige soziale Faktoren mit genetischen Faktoren zusammen, können sie eine Depression zur Folge haben.

Es handelt sich also um typische, wie bereits beschriebene Gen-Umwelt-Interaktionen, die letztendlich zur Krankheit führen.

Depressionen können die persönliche Sichtweise und Interpretation von Alltagsproblemen beeinflussen, was mitunter zu falschen Schlussfolgerungen führt. Betroffene selbst verwechseln dadurch häufig Ursache und Wirkung. Beispielsweise nennt die bzw. der Betroffene als Ursache der Erkrankung zum Teil schon sehr lange bestehende Konflikte. Seien diese behoben, würde sie bzw. er leicht wieder gesund. Tatsächlich kann erst nach Abklingen der depressiven Episode die real vorhandene Belastung meist problemlos bewältigt bzw. als gegeben akzeptiert werden.

Wenn Medikamente zu Depressionen führen

Depressive Symptome können auch durch die Einnahme von Medikamenten verursacht werden. Zu vielen in der Medizin eingesetzten Wirkstoffen liegen Berichte über entsprechende Nebenwirkungen vor.

Im Folgenden findet sich beispielhaft eine Auswahl von Medikamenten, die hierfür infrage kommen:

- → krampflösende Medikamente
- → Medikamente gegen Bluthochdruck
- → Medikamente gegen Parkinson
- → Medikamente gegen Demenz
- → Schlafmittel
- → angstlösende Medikamente
- → Medikamente gegen Herzrhythmusstörungen
- → Kortison und ähnliche Medikamente
- → Magenschutzpräparate
- → Hormone zur Verhütung
- → Medikamente gegen Tuberkulose
- → Interferon, wie es z.B. bei Multipler Sklerose zur Anwendung kommt
- → Medikamente gegen Krebs
- → Antibiotika

Treten nach der Einnahme eines Arzneimittels Symptome einer Depression auf, kann dies eventuell auch an dem Medikament liegen. Diese Nebenwirkung ist dann im Beipackzettel angeführt. Besprechen Sie Wirkungen und Nebenwirkungen immer mit Ihrer Ärztin bzw. Ihrem Arzt.

Allerdings können auch körperliche und andere psychische Erkrankungen, die mit den genannten Medikamenten behandelt werden, Depressionssymptome auslösen – ohne Zusammenhang mit dem Medikament. Zudem kann eine Depression auch ohne Zusammenhang mit der vorliegenden anderen Erkrankung auftreten.

Die Unterscheidung zwischen einer Depression, die durch bestimmte Substanzen ausgelöst wird, und einer von Medikamenteneinnahme unabhängigen Depression kann schwierig sein. Die genaue Diagnose erfolgt durch eine Psychiaterin bzw. einen Psychiater, die bzw. der unter anderem den zeitlichen Zusammenhang von Einnahme der Substanz und Auftreten der Symptomatik im Gespräch erheben wird.
Wird ein Zusammenhang zwischen einem Medikament und der Depression festgestellt, muss mit einer Ärztin bzw. einem Arzt gemeinsam über mögliche Alternativen nachgedacht werden!

Körperliche Erkrankungen

Verschiedene körperliche Erkrankungen können ebenfalls depressive Symptome hervorrufen. Dies sind vor allem:

- → Tumoren jeder Art (sowohl gutartige Gewächse als auch Krebserkrankungen)
- → Infektionen des Gehirns
- → Herzerkrankungen
- → Durchblutungsstörungen
- → Vergiftungen mit Drogen, Medikamenten oder anderen Substanzen
- → chronische Schmerzen jeglicher Ursache
- → neurologische Erkrankungen wie Morbus Parkinson oder Huntington-Erkrankung

- → Schilddrüsenfehlfunktionen
- → Multiple Sklerose
- → Diabetes mellitus
- → schwere Lebererkrankungen
- → chronische Lungenerkrankungen
- → HIV
- → Chronisches Fatigue-Syndrom

Diese Aufzählung umfasst nur einige wichtige Beispiele und ist nicht vollständig. Betroffene, die unter einer dieser körperlichen Erkrankungen und gleichzeitig unter einer Depression leiden, benötigen häufig eine Behandlung sowohl der zugrunde liegenden Krankheit als auch der Depression.

Weitere biologische und soziale Ursachen

→ Lichtmangel

Auch der Mangel an Tageslicht kann Auslöser für eine Depression sein. Bei der sogenannten saisonalen Depression (auch: Herbst-Winter-Depression) treten durch zu wenig Sonnenlicht regelmäßig über die Wintermonate depressive Symptome auf. Mit Beginn des Frühjahrs klingen diese Symptome wieder ab.

→ Schwangerschaft

Etwa 10% aller Frauen sind während der Schwangerschaft von Depressionen betroffen. Die Symptome können aber sehr unterschiedlich sein. Hauptsymptom ist eine herabgesetzte



10% aller werdenden Mütter leiden während der Schwangerschaft unter Stimmungstiefs.

Stimmung, wobei dies nicht Trauer im engeren Sinn sein muss. Viele beschreiben sich als gleichgültig und empfinden eine innere Leere. Oft werden auch Hoffnungslosigkeit und Pessimismus wahrgenommen. Immer wieder kommt es bei den Betroffenen zu Ängsten in Bezug auf die Mutterrolle oder die Gesundheit des Kindes. Neben hormonellen Ursachen sind aber auch hohe Ansprüche an die Mutterrolle und die Unsicherheit vor der neuen Aufgabe für die Entstehung einer solchen Stimmungslage ausschlaggebend. Auch wenn diese Symptome oft sehr belastend sind, sind meist stützende Gespräche ausreichend (siehe dazu ***Seite 141***).

→ Geburt

Dass sich Frauen in den ersten Tagen nach der Geburt plötzlich niedergeschlagen und weinerlich fühlen können, ist seit Langem bekannt. Der Babyblues wird vor allem mit dem starken Hormonabfall nach der Schwangerschaft in Verbindung ge-

bracht. Dazu kommen die Unsicherheit gegenüber den neuen Aufgaben, hoher Erwartungsdruck und das Gefühl fehlender Hilfe. Eine Rolle spielt in der ersten Zeit auch der Schlafmangel. In den meisten Fällen verschwinden diese Symptome nach einigen Tagen von selbst, und die Stimmung hellt sich wieder auf. Nahestehende Menschen, die Verständnis zeigen und Unterstützung bieten, sind in dieser Situation hilfreich. Grundsätzlich wird dieser Babyblues nicht als Krankheit betrachtet.

Vom Babyblues abzugrenzen sind sogenannte postpartale Depressionen der Mutter, die in den ersten zwei Jahren nach der Geburt auftreten. Häufig entwickeln sie sich schleichend. Kennzeichen sind Energiemangel, Traurigkeit, innere Leere, Schuldgefühle, widersprüchliche Gefühle dem Kind gegenüber, allgemeine Teilnahmslosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Kopfschmerzen, Reizbarkeit und Schlafstörungen. Risikofaktoren für die Entstehung einer postpartalen Depression sind unter anderem eigene psychische Erkrankungen vor der Schwangerschaft sowie belastende Lebenssituationen wie Armut, soziale Isolation oder eine geringe Unterstützung in der Partnerschaft. Die postpartale Depression ist unbedingt behandlungsbedürftig! Eventuell kann sogar ein stationärer Aufenthalt notwendig sein.

In den letzten Jahren hat sich herausgestellt, dass auch Männer von einer postpartalen Depression betroffen sein können. Vater zu werden, geht oft mit Überraschungen und Enttäuschungen einher. Gelingt es nicht, sich auf die neue Lebenssituation einzustellen, kann sich eine ausgeprägte Niedergeschlagenheit entwickeln. Weitere typische Symptome sind Reizbarkeit, Erschöpfung und Schlafstörungen. Manchmal klagen die Betroffenen auch darüber, dass sie keine tiefen Vatergefühle entwickeln können.

Sonderform: bipolare Störung

Eine bipolare Störung ist eine eigenständige Erkrankung, die sowohl durch manische Phasen mit euphorischer Stimmung und Überaktivität als auch durch depressive Phasen gekennzeichnet ist. Es kann aber auch eine gemischt manisch-depressive Symptomatik vorherrschen.
Die manischen bzw. depressiven Episoden dauern üblicherweise einige Monate. Zwischen den Krankheitsphasen sind die Betroffenen meist wieder völlig gesund und leistungsfähig.

Wie erkennt man eine manische Episode?

Die Betroffenen haben mehr Energie und fühlen sich wohler als üblich, oft sind sie euphorisch, manchmal auch gereizt. Sie reden viel, schmieden Pläne, haben kaum das Bedürfnis nach Schlaf und können in Kontakten oft distanzlos und enthemmt werden.

Wie erkennt man eine depressive Phase?

Die Krankheitszeichen sind im Wesentlichen identisch mit der in diesem Buch beschriebenen Depression (unipolaren Depression).

Wie entsteht eine bipolare Störung?

Sowohl Vererbung als auch psychosoziale Faktoren spielen eine Rolle. Allerdings ist die genetische Komponente sehr stark ausgeprägt.

Wie wird eine bipolare Störung behandelt?

Die medikamentöse Behandlung unterscheidet sich wesentlich von der Therapie der unipolaren Depression. Es werden hauptsächlich zwei Medikamentengruppen eingesetzt: Stimmungs-

stabilisierer (auch Mood Stabilizer oder Phasenprophylaktika genannt) und atypische Antipsychotika (auch atypische Neuroleptika genannt).

→ Stimmungsstabilisierer
Diese Medikamentengruppe wird sowohl in der depressiven als auch in der manischen Phase eingesetzt und kommt zudem sowohl in der Akut- als auch in der langfristigen Erhaltungstherapie zur Anwendung. Als Wirkstoffe kommen vor allem Lithium sowie die Antiepileptika Valproinsäure, Lamotrigin und Carbamazepin zum Einsatz.

→ Atypische Antipsychotika:
Einige Wirkstoffe dieser Medikamentengruppe werden ebenfalls zur Behandlung der bipolaren Störung eingesetzt.

Hinweis: Die medikamentöse Therapie der bipolaren Störung kann auch aus der gemeinsamen Gabe eines Stimmungsstabilisierers und eines atypischen Antipsychotikums bestehen.

→ Zusätzliche Medikation
Zusätzliche Medikamente kommen dann zum Einsatz, wenn die alleinige Gabe eines Stimmungsstabilisierers oder eines atypischen Antipsychotikums bzw. die gemeinsame Gabe dieser beiden Medikamentengruppen nicht ausreicht. Zu diesen Medikamenten zählen zum Beispiel Antidepressiva, aber auch Beruhigungs- und Schlafmittel.

Neben Medikamenten spielen auch Psychotherapieverfahren, wie ab ***Seite 160*** beschrieben, eine wichtige Rolle.

Ihre Fragen – unsere Antworten



→ Steht eine Depression eher mit körperlichen Störungen oder mit äußeren Einflüssen in Zusammenhang?

Sowohl als auch. Viele einzelne Faktoren können zum Entstehen einer Depression beitragen. Veränderungen bestimmter Botenstoffe im Gehirn können ebenso eine Rolle spielen wie negative äußere Einflüsse, aber auch Vererbung, Stress und körperliche Erkrankungen.

→ Welche Botenstoffe im Gehirn sind bei Depressionen verändert?

In erster Linie die beiden Substanzen Serotonin und Noradrenalin. Es kann einerseits ein Mangel an Serotonin bestehen, andererseits auch ein Ungleichgewicht zwischen den Botenstoffen. Allerdings ist nicht geklärt, ob diese Veränderungen eine Ursache oder Begleiterscheinung der depressiven Erkrankung sind.

→ Gibt es ein Depressionsgen?

Nach heutigem Wissensstand gibt es kein einzelnes Gen, das zum Auftreten einer Depression führt. Es scheint, dass eine ganze Reihe verschiedener Gene Einfluss hat.

→ Besteht ein Zusammenhang zwischen Depression und Stress?

Menschen mit Depressionen können aufgrund der Veränderungen im Serotonin- und Noradrenalinsystem Stressreaktionen nicht adäquat verarbeiten und sich nicht der Belastung entsprechend anpassen.

→ Kann eine Depression auch durch Medikamente oder körperliche Krankheiten ausgelöst werden?

Ja, zahlreiche Medikamente können als Nebenwirkung zu Depressionen führen. Vorsicht ist hier sogar bei pflanzlichen Präparaten geboten. In jedem Fall sollte man genau beobachten, ob zwischen der Medikamenteneinnahme und der depressiven Stimmung ein zeitlicher Zusammenhang besteht.

Auch viele körperliche Erkrankungen können depressive Symptome hervorrufen. Daher sollte immer auch der körperliche Zustand ärztlich abgeklärt werden.

→ Ist der Babyblues eine Krankheit?

Als Babyblues wird das Stimmungstief nach der Geburt bezeichnet, das durch den starken Hormonabfall entsteht. Dieses vergeht nach einigen Tagen von selbst und hat keinen Krankheitswert.

Davon abzugrenzen ist die sogenannte postpartale Depression, die sich in den ersten zwei Jahren nach der Geburt schleichend entwickelt. Diese ist unbedingt behandlungsbedürftig.

Burn-out – eine Depression?

Der englische Begriff Burn-out bedeutet auf Deutsch „ausbrennen“. Das Burn-out-Syndrom beschreibt einen andauernden Zustand der Erschöpfung, sowohl körperlich als auch psychisch.

Ist Burn-out eine Krankheit? Während heute manche das Burn-out mit einer Sonderform der Depression gleichsetzen, betonen andere, dass es sich um eine normale Reaktion auf lange dauernde Belastungen im Arbeitsleben handle.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Burn-out als einen jener Risikofaktoren, welche die Wahrscheinlichkeit erhöhen, eine Krankheit zu entwickeln. Dies ist vergleichbar mit manchen Zuständen bei körperlichen Störungen, die selbst keine Krankheit sind, aber das Risiko für eine Erkrankung erhöhen. So sind beispielsweise Bewegungsmangel und Übergewicht noch keine Krankheit, stellen aber ein Risiko für hohen Blutdruck oder Herzinfarkt dar.

Kennzeichen eines Burn-outs

Als zentrale Kennzeichen eines fortgeschrittenen Burn-outs werden von den meisten Fachleuten die folgenden Symptome beschrieben:

- **Emotionale Erschöpfung,** die aus einer lange dauernden und überdurchschnittlichen emotionalen und/oder körperlichen Anstrengung resultiert. Die Betroffenen fühlen sich kraftlos, erschöpft, energielos und müde. Andere Menschen beobachten oft auch erhöhte Reizbarkeit und die Unfähigkeit, sich in der Freizeit zu entspannen. An körperlichen Beschwerden treten oft Magen-Darm-Symptome, Kopf- und Rückenschmerzen sowie verstärkte Infektanfälligkeit auf.
- **Distanzierung und Gefühlsverlust:** Aus einem anfangs idealisierten Verhältnis zur Arbeit, die meist mit positiven Erwartungen begonnen wurde, entwickelt sich zunehmend Enttäuschung mit anschließender Distanzierung von der Arbeit, den Klientinnen und Klienten bzw. den Geschäftspartnerinnen und Geschäftspartnern. Die Betroffenen lassen die Sorgen und Probleme anderer nicht mehr an sich herankommen. Sie konzentrieren sich vielmehr auf den rein fachlichen Aspekt der Beziehung. Dem folgen häufig Schuldzuweisungen für die als verändert erlebte Arbeit, Verbitterung gegenüber den Arbeitsbedingungen sowie zynische Abwertung der eigenen Leistung. Häufig wird auch Gefühlsverlust beobachtet.
- **Subjektiver Eindruck einer verringerten Arbeitsleistung:** „Ausgebrannte“ haben oft das Gefühl, dass sie trotz Überlastung nicht viel leisten. Die Betroffenen glauben außerdem, ihre Kompetenz und Kreativität seien vermindert, sie nehmen sich selbst als ineffizient wahr und haben das Gefühl, sich ändernden Anforderungen nicht gerecht werden zu können.



„Ich schaffe meine Arbeit nicht mehr!" – ein typisches Kennzeichen des Burn-outs.

Woher kommt ein Burn-out?

Die genauen Ursachen und Mechanismen in der Entstehung des Burn-outs sind bisher nicht vollständig geklärt. Einigkeit besteht aber darüber, dass andauernder Stress von entscheidender Bedeutung ist. Es scheint, dass wir Stress über eine begrenzte Zeitdauer weitgehend problemlos verarbeiten können. Wenn aber die Belastungen über Monate oder Jahre anhalten, zeigen sich Folgen für den Körper und die Psyche. Haben Körper und Seele keine oder zu wenig Möglichkeit, sich ausreichend zu erholen, dürften „die Reserven aufgebraucht sein".

Verlauf eines Burn-outs

Hinsichtlich der Entwicklung eines Burn-outs gibt es zahlreiche Modelle, die unterschiedliche Phasen beschreiben, wobei sich bislang keines gegenüber den anderen durchsetzen konnte. Allen Modellen gemeinsam ist, dass sich ein Burn-out nicht von einem Tag auf den anderen, sondern schleichend über einen längeren Zeitraum hinweg entwickelt.
Im Folgenden werden kurz die einzelnen Phasen beschrieben, die von zahlreichen Autorinnen und Autoren übereinstimmend während der Entwicklung eines Burn-outs beobachtet wurden. Die Dauer dieser Phasen kann allerdings individuell sehr verschieden sein. Manche Menschen dürften zudem einzelne Phasen überspringen, und manchmal ist auch die Reihenfolge des Auftretens anders als bei anderen.

Phase 1: Engagement und Enthusiasmus

Diese Phase ist gekennzeichnet von Begeisterung, Tatendrang und ausgeprägtem Engagement. Manchmal werden sehr hohe, fast unrealistische Erfolgserwartungen beobachtet. Der Beruf und dessen Aufgaben und Herausforderungen werden oft glorifiziert. In dieser Zeit wenden die meisten bereits sehr viel Zeit für ihre Arbeit auf, selbst wenn dadurch Familie, Freundinnen und Freunde sowie Freizeit zu kurz kommen. In dieser Phase fühlen sich die meisten sehr wohl und sind optimistisch.

Phase 2: Zunehmende Vernachlässigung eigener Bedürfnisse

Da trotz hohen Aufwands die Arbeit nicht weniger wird und nicht alle Ziele zu erreichen sind, erhöhen viele Menschen ihr Engagement noch mehr. Eigene Bedürfnisse und Sorgen werden oft hintangestellt oder als nicht wesentlich erlebt. In der Zeitplanung ist häufig nur noch Platz für Berufliches, während soziale Kontakte vernachlässigt werden. Vielen fällt es auch schwer, Aufgaben an andere abzugeben. Mahnungen von nahestehenden Menschen werden überhört oder als übertrieben abgetan.

Phase 3: Erstes Erleben der eigenen Grenzen

Immer öfter erleben die Betroffenen, dass sie nicht mehr alle Herausforderungen bewältigen können. Die Begeisterung nimmt bereits etwas ab, und kleinere Unannehmlichkeiten wie lange Arbeitszeiten und zu wenig Zeit für andere Menschen werden vom Betroffenen wahrgenommen. Trotzdem denkt man nicht an Veränderungen, sondern versucht, durch verstärkten Einsatz bzw. neue Arbeitsstrategien alle Aufgaben zu bewältigen.

Phase 4: Enttäuschung und Frustration

Die Grenzen der eigenen Möglichkeiten werden zunehmend klar gesehen. Ein Gefühl der Machtlosigkeit und Einflusslosigkeit tritt mehr und mehr in den Vordergrund. Die Kontakte zu anderen Menschen reduzieren sich auf ein Minimum. Viele Betroffene ziehen sich zurück, igeln sich ein und empfinden sich zusehends als orientierungslos. Auch die Hoffnung auf Veränderung in einem überschaubaren Zeitraum schwindet. Oft wird dann nur noch „Dienst nach Vorschrift“ gemacht oder es wird versucht, den Leidensdruck durch Alkohol zu lindern.

Phase 5: Innere Leere und Apathie

Nachdem sich die sozialen Kontakte massiv reduziert haben, entwickeln sich Entfremdung und Zynismus im Kontakt mit Arbeitskolleginnen und -kollegen. Auch gegenüber Kundinnen bzw. Kunden und Geschäftspartnerinnen bzw. -partnern entsteht zunehmend Gleichgültigkeit. Die einst hohen Arbeitsziele haben kaum noch Bedeutung.



Phase 6: Entwicklung von seelischen oder körperlichen Krankheiten

In dieser Phase sind häufig Übergänge zu psychischen und/oder körperlichen Krankheiten zu beobachten. Bei vielen Betroffenen finden sich Schlafstörungen, Erschöpfung und Lustlosigkeit – Zustände, die fließend in eine Depression übergehen können. Auch körperliche Beschwerden treten häufig auf. Der andauernde Stress kann negative Auswirkungen auf das Immunsystem und viele Körperfunktionen haben. So sind u.a. die folgenden körperlichen Symptome zu beobachten:

→ Kopfschmerzen
→ Sodbrennen und Magenschmerzen
→ Muskel- bzw. Gliederschmerzen
→ Verdauungsprobleme
→ Schwindel
→ unregelmäßiger Herzschlag oder Herzrasen
→ fallweise erhöhter Blutdruck
→ verminderte Lust auf Sex

Wichtig: Wenn derartige Symptome nicht ernst genommen werden, können sie sich zu schwerwiegenden körperlichen Krankheiten entwickeln. Beispielsweise kann ein anfänglich nur fallweise erhöhter Blutdruck zu einem chronischen Bluthochdruck mit weiteren Folgen wie Herzinfarkt oder Schlaganfall führen. Magenbeschwerden können in manchen Fällen zu einer Gastritis oder einem Magengeschwür führen.

Wer ist von Burn-out besonders häufig betroffen?

Menschen, die in sozialen und pädagogischen Berufen tätig sind, werden als sehr gefährdet beschrieben. Gemeint sind damit Lehrerinnen und Lehrer, Erzieherinnen und Erzieher, Ärztinnen und Ärzte sowie professionelle Pflegekräfte. Man vermutet, dass die besondere Motivation und das Engagement, die in diesen Berufsgruppen oft zu finden sind, die Gefahr für eine chronische Arbeitsüberforderung vergrößern. Auch Menschen in leitenden Positionen haben ein erhöhtes Risiko für Burn-out. Hoher beruflicher Druck und Stress über längere Zeit können zu einer chronischen Arbeitsüberforderung führen. Grundsätzlich kann Burn-out aber in jedem Beruf vorkommen.
In den letzten Jahren hat sich gezeigt, dass Menschen, die schwer kranke Familienmitglieder über lange Zeit pflegen, ebenfalls stark gefährdet sind.

„Ausgebrannt“ oder krank?

Wichtig ist, immer abklären zu lassen, ob die beschriebenen Beschwerden vielleicht Vorzeichen einer Krankheit sind, die gar nichts mit Burn-out zu tun hat. So können zum Beispiel folgende Krankheiten zu Symptomen führen, die fälschlicherweise für Zeichen eines Burn-outs gehalten werden können: Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus), Bluthochdruck, Schilddrüsenerkrankungen, Krebserkrankungen, chronische Infektionen und Multiple Sklerose. Solche Erkrankungen gehen vielfach mit dem Gefühl von Erschöpfung, verminderter Leistungsfähigkeit und Überforderung am Arbeitsplatz einher. In diesem Fall sind die Symptome jedoch Zeichen der körperlichen Krankheit und haben nichts mit Burn-out zu tun.
Aus diesem Grund ist bei Verdacht auf Burn-out eine genaue medizinische Diagnostik unabdingbar, um nicht etwaige gefährliche Krankheiten zu übersehen.

Ihre Fragen – unsere Antworten



→ Ist Burn-out eine Art der Depression?

Darüber herrscht in Expertenkreisen keine einheitliche Meinung. Manche sehen Burn-out als eine Sonderform der Depression an und damit als Krankheit. Andere wiederum sind der Ansicht, es handle sich dabei um eine normale Reaktion auf lang anhaltende Überlastung.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Burn-out als einen Risikofaktor, der die Wahrscheinlichkeit erhöht, eine Krankheit zu entwickeln.

→ Entsteht ein Burn-out plötzlich?

Nein, es entwickelt sich schleichend, die Entstehung verläuft in mehreren Phasen: von besonderem Engagement für die Arbeit über zunehmende Vernachlässigung eigener Bedürfnisse bis hin zu Frustration, Apathie und der Entwicklung seelischer oder körperlicher Krankheiten. Das Burn-out kann in der Folge fließend in eine Depression übergehen.

→ Was sind die Warnsignale eines beginnenden Burn-outs?

Emotionale Erschöpfung, eingeschränkte Leistungsfähigkeit, zunehmende Distanz gegenüber Kolleginnen bzw. Kollegen und der Arbeit. Oft kommt es auch zu Schlafstörungen.

Begleit-erkrankungen



KAPITEL 4







Eine Depression kommt selten allein

Kaum eine Erkrankung steht in so engem Zusammenhang mit anderen psychischen oder körperlichen Störungen wie die Depression. Sie kann Teil eines Leidens sein, die Folge davon oder als Auslöser das Entstehen einer anderen Krankheit begünstigen. So weist beispielsweise etwa die Hälfte der an einer Depression Erkrankten eine weitere psychiatrische Krankheit auf; in erster Linie handelt es sich dabei um Angsterkrankungen, Suchterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen oder Zwangsstörungen.

Oft leiden depressive Menschen unter körperlichen Beschwerden, denen keine organische Krankheit zugrunde liegt.

Aber auch körperliche Krankheiten gehen häufig mit einer Depression einher. Vor allem Diabetes, Schlaganfall, Herzerkrankungen und Morbus Parkinson spielen hier eine Rolle. Zudem können Menschen, die an einer Depression leiden, körperliche Erkrankungen entwickeln, ohne dass ein Zusammenhang zwischen den Krankheiten besteht.

Depression bei Erkrankungen der inneren Medizin

Beispiel Diabetes mellitus:

Die Depression kann als Begleiterscheinung des Diabetes auftreten, umgekehrt entsteht Diabetes manchmal als Folge einer Depression bzw. ohne dass es einen Zusammenhang zwischen den beiden Erkrankungen gibt. Grundsätzlich haben Menschen mit Diabetes im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ein etwa doppelt so hohes Risiko, an einer Depression zu erkranken – unabhängig davon, ob jemand an Typ-I- oder Typ-II-Diabetes leidet.

Das Fatale daran: Die Depression hat auch einen negativen Einfluss auf die Diabeteserkrankung, sowohl in Bezug auf das Therapieverhalten und die Blutzuckereinstellung als auch auf die langfristige Prognose. Denn wer zusätzlich unter einem Stimmungstief leidet, setzt medizinische Empfehlungen und gesundheitsfördernde Maßnahmen nicht immer optimal um. Daher entwickeln sich öfter Komplikationen und auch das Risiko, an Diabetes zu sterben, ist erhöht. Man nimmt an, dass hierbei mehrere Faktoren – genetische, biologische, psychische und soziale – eine Rolle spielen und sich wechselseitig beeinflussen.

Eine wesentliche Rolle in der Entstehung einer Depression spielt bei Menschen mit Diabetes sicher die Belastung durch die Erkrankung. Viele Betroffene tun sich sehr schwer, mit den diabetischen Komplikationen fertigzuwerden, oft kommt es auch zu beruflichen Problemen.

Umgekehrt erhöht sich bei depressiven Menschen die Gefahr, an Typ-II-Diabetes zu erkranken.

Depression bei Erkrankungen des Nervensystems

Beispiel Schlaganfall („Post-Stroke-Depression“):

Depressive Episoden stellen die bei Weitem häufigste psychiatrische Komplikation des Schlaganfalls dar. Eine Depression als Folge eines Schlaganfalls wird als „Post-Stroke-Depression“ bezeichnet. Darunter versteht man neben einer typischen Depression oft auch Anpassungsstörungen, die mit depressiven Symptomen einhergehen.

Es stellt sich jedoch die Frage, ob z.B. Niedergeschlagenheit und Passivität Symptome des Schlaganfalls sind oder ob es sich dabei um eine Depression als Folgeerkrankung handelt. Auch beides ist möglich, da auch eine Wechselwirkung zwischen Depression und Schlaganfallfolgen möglich ist. Im Alltag ist es sowohl für Angehörige als auch für Ärztinnen bzw. Ärzte schwer, Stimmungslage und Antriebsniveau bei Schlaganfallpatientinnen bzw. -patienten richtig einzuschätzen. Auch Begleiterscheinungen wie Schlafstörungen oder Gewichtsveränderungen können nicht immer sicher der Depression oder dem Schlaganfall zugeordnet werden. Drei Monate nach einem Schlaganfall leidet ein Fünftel der Betroffenen unter depressiven Erkrankungen. Allerdings besteht das Problem, dass die Depression immer wieder übersehen und dann natürlich auch nicht behandelt wird.

Wichtig: Eine Depression kann zu einer Verzögerung der Besserung nach einem Schlaganfall führen. Auch deswegen ist es sehr wichtig, eine Depression möglichst frühzeitig zu erkennen und eine entsprechende Behandlung einzuleiten. Angehörige sollten daher unbedingt auf erste Anzeichen wie apathisches Verhalten, Aggressivität, Weinen und Traurigkeit achten und bei Bedarf eine Fachärztin bzw. einen Facharzt zurate ziehen. In der medikamentösen Behandlung werden moderne Antidepressiva eingesetzt. Näheres über Medikamente finden Sie ab ***Seite 146.***

Warum kommt es nach Schlaganfällen zu einer Depression?

Einerseits spielt sicherlich die psychische Belastung durch Behinderung und Krankheit eine Rolle. Andererseits dürften auch spezifische, durch den Schlaganfall bedingte strukturelle oder neurochemische Veränderungen im Gehirn beteiligt sein.



Nach einem Schlaganfall kommt es nicht selten zu einer Depression.

Die „Post-Stroke-Depression“ wird oft übersehen.

Depression bei Angsterkrankungen

Angsterkrankungen können sowohl Symptom als auch Ausgangsbasis einer Depression sein und in unterschiedlichen Formen in Erscheinung treten:

- Die **Panikstörung** ist gekennzeichnet durch anfallsartige Angst, die mit körperlichen Beschwerden (Herzklopfen, Schwitzen, Zittern, Druck über der Brust, Schwindel, Kribbeln in den Armen …) und negativen Gedanken (Angst vor Herzinfarkt, vor Lähmung, vor Kontrollverlust …) verbunden ist. Die Angstanfälle dauern meist ca. 20 Minuten und klingen dann wieder ab. Panikattacken können immer und überall, unabhängig von der jeweiligen Situation, auftreten.
- Die **generalisierte Angststörung** ist gekennzeichnet durch eine lang andauernde Angst, die nicht situationsbezogen ist und ebenfalls mit körperlichen Beschwerden wie Anspannung, Herzklopfen und Schwitzen einhergeht. Betroffene grübeln viel und machen sich ständig Sorgen.
- Bei der **Agoraphobie** (Angst vor der Außenwelt) tritt die Angst anfallsartig auf und ist auf bestimmte Objekte oder Situationen (Angst vor geschlossenen Räumen, vor öffentlichen Verkehrsmitteln, vor freien Plätzen) gerichtet.
- Bei der **Sozialphobie** entsteht die Angst anfallsartig und ist auf die Mitmenschen bezogen: Angst vor der Beurteilung durch andere, Angst, im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu stehen, Angst vor Kontaktaufnahme etc.

→ Die **spezifische Phobie** ist eine anfallsartige Angst, beschränkt auf eine bestimmte Situation oder ein Objekt. Man unterscheidet dabei vier verschiedene Typen von spezifischen Phobien (verbunden mit entsprechendem Vermeidungsverhalten): *Tier-Typus* (Angst vor Spinnen, Schlangen, Hunden etc.), *Blut-Spritzen-Verletzungs-Typus* (Anblick von Blut, medizinische Prozeduren, Zahnarztbesuch führen zu einer Angstattacke), *situativer Typus* (Angst vor Aufzug, Tunnel, Flugzeug etc.) und *Umwelt-Typus* (Angst vor Gewitter, Höhe, Wasser etc.).

Angsterkrankungen sind oft Langzeiterkrankungen, die dann in einem erheblichen Prozentsatz zu anderen psychischen Leiden wie Depression oder Sucht führen können.
Umgekehrt kann Angst auch ein Symptom der Depression sein. Ist dies der Fall, so haben Betroffene hauptsächlich Angst vor Leistungsüberforderung oder vor der Zukunft. Eigenständige Ängste, die nicht mit einer Depression in Zusammenhang stehen, beziehen sich hingegen mehr auf bestimmte Situationen oder Objekte. Dazu gehört z.B. die Angst vor freien Plätzen, vor negativer Beurteilung oder vor spitzen Gegenständen etc.
Wichtig ist, ob ein zeitlicher Zusammenhang zwischen dem Auftreten von Angst und Depression besteht. Das sollten Sie der Ärztin bzw. dem Arzt mitteilen. So kann festgestellt werden, ob es sich um eine selbstständige Angsterkrankung oder ein Depressionssymptom handelt. War schon vorher eine Angsterkrankung vorhanden, muss diese zusätzlich separat behandelt werden. Ist die Angst jedoch Symptom der Depression, so ist sie auf die depressive Episode beschränkt und sollte im Rahmen der Depressionsbehandlung abklingen.



Depression und Alkohol-abhängigkeit

Depression und Alkoholabhängigkeit treten häufig in Kombination auf. Bis zu 75% der Alkoholkranken leiden unter einer depressiven Symptomatik, und bei Vorliegen einer Depression ist das Risiko für gesteigerten Alkoholkonsum um das Zwei- bis Dreifache erhöht.

Depressionen treten bei Alkoholkranken meist durch eine akute Alkoholvergiftung, als Folge von Alkoholentzug oder als Reaktion auf alkoholbedingte psychosoziale Probleme (z.B. Arbeitsplatzverlust, Partnerschaftsprobleme, Führerscheinverlust usw.) auf.

Manche Menschen, die an einer Depression erkrankt sind, setzen Alkohol auch als eine Art „Antidepressivum“ ein, da sie den Eindruck haben, der Alkoholkonsum würde ihre Stimmung verbessern. Doch das Gegenteil ist der Fall: Alkohol verstärkt die Symptome einer Depression!

Alkoholabhängige Depressions-Erkrankte stellen nach außen hin gerne die depressiven Symptome in den Vordergrund, weil diese weniger stigmatisierend sind. Das kann für die Behandlung gefährlich sein, weil die Ärztin bzw. der Arzt die Art und die Dosis der antidepressiven Medikamente auch auf das Alkoholproblem und die dadurch eventuell entstandenen körperlichen Schädigungen abstimmen muss. Im eigenen Interesse ist hier unbedingt Ehrlichkeit angebracht!

In der Therapie einer mit Alkoholabhängigkeit kombinierten Depression werden spezielle Schulungen (= Psychoedukation) und psychotherapeutische Maßnahmen sowie Medikamente gegen Depressionen eingesetzt.

Spezielle Probleme können sich in der medikamentösen Behandlung bei alkoholbedingten körperlichen Krankheiten wie Lebererkrankungen, Herzerkrankungen oder Diabetes ergeben. Sie sollten daher die Ärztin bzw. den Arzt, die bzw. der Sie gegen Depressionen behandelt, offen über Ihre Alkoholabhängigkeit und eventuell damit in Zusammenhang stehende Krankheiten informieren. Nur so kann das für Sie richtige Medikament in der geeigneten Dosis gefunden werden.

Depression im Zusammenhang mit Persönlichkeitsstörungen

Viele Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung weisen eine weitere psychiatrische Krankheit auf. Die am häufigsten zu beobachtende Begleiterkrankung ist die Depression. Etwa 50% aller Menschen mit Persönlichkeitsstörungen leiden darunter.
Umgekehrt kann man davon ausgehen, dass ein beträchtlicher Teil der Menschen, die an einer Depression leiden, auch eine Persönlichkeitsstörung hat.
Der Verdacht auf eine Persönlichkeitsstörung liegt dann vor, wenn einzelne Ausprägungen der Persönlichkeit besonders stark vorhanden sind. Diese Verhaltensweisen entstehen bereits in der Kindheit bzw. Jugend und sind oft eine Reaktion auf Lebensumstände, die von der Psyche in der damaligen Situation als bedrohlich erlebt wurden. Diese „Überlebensstrategie", die dann in späterer Zeit nicht mehr erforderlich ist, führt zu tiefgreifenden Veränderungen im Fühlen, Denken und Verhalten der Betroffenen. Das macht diesen Menschen die flexible Anpassung an bestimmte Situationen und Anforderungen des Alltags schwer. Dies verursacht oftmals Spannungen und Prob-

Persönlichkeitsstörungen sind oft von einer Depression begleitet.





Schlafprobleme können Depressionen auslösen, aber auch ein Symptom dafür sein.

leme mit den Mitmenschen. Die Betroffenen leiden zudem häufig selbst darunter.

Es gibt eine Reihe verschiedener Persönlichkeitsstörungen, die sich durch paranoides, exzentrisches, launisches oder „dramatisches“ Verhalten äußern können. Am häufigsten führt jedoch eine Persönlichkeitsstörung zur Depression, bei der die Betroffenen ein übermäßig ängstliches und furchtsames Verhalten zeigen.

Persönlichkeitsstörungen selbst werden nur durch Psychotherapie behandelt. Bei begleitend auftretenden Depressionen kommen ab einer mittelgradigen Form zusätzlich Medikamente zum Einsatz.

Depression und Schlafstörungen

Schlaf und Gemütszustand stehen in engem Zusammenhang. Schlafstörungen sind ein typisches Zeichen der Depression. Schlaf wirkt sich aber auch auf die allgemeine Stimmungslage aus und diese wiederum auf den Schlaf. Schlafmangel kann nicht nur zu Müdigkeit und Schläfrigkeit, sondern auch zu Depressionen führen. Umgekehrt können Depressionen die Ursache für Schlafprobleme sein, die sich in unzureichendem oder übermäßigem Schlaf ausdrücken. Schlafstörungen dieser Art können nur behoben werden, wenn die Ursache, also die Depression, behandelt wird.

Wichtig ist zuerst die Feststellung, ob die eigentliche Ursache für die Beeinträchtigung der Gesundheit im Schlaf oder in der Gemütsverfassung liegt. Leidet jemand unter Ein- und Durchschlafstörungen sowie unter vorzeitigem Erwachen, ohne wieder einschlafen zu können, sollte auch nach weiteren Zeichen einer Depression gefahndet werden. Bei entsprechender Diagnostik und Behandlung ist eine Schlafstörung gut zu beheben.

Liegt jedoch eine sogenannte „primäre“ Schlafstörung vor (z.B. schlafbezogene Atmungsstörungen wie die obstruktive Schlafapnoe, die mit Atemaussetzern, lautem, unregelmäßigem Schnarchen und Schlafunterbrechungen einhergeht), so bekommen die Betroffenen nie ausreichend Schlaf. Sie sind dann tagsüber abgespannt und müde, was manchmal durch die zunehmende Erschöpfung auch eine depressive Symptomatik auslösen kann.

Auch andere Schlafstörungen, wie z.B. das Syndrom der ruhelosen Beine (Restless-Legs-Syndrom = RLS) oder periodische Be-

wegungen der Gliedmaßen (Periodic Limb Movement Disorder = PLMD), die im Schlaf Zuckungen in den Beinen verursachen, führen aufgrund der Schlafunterbrechungen zu Tagesmüdigkeit und andauernder Schläfrigkeit.
Eine genauere Abklärung bei länger anhaltenden Schlafstörungen kann im Schlaflabor erfolgen. Menschen mit Depressionen weisen manchmal ungewöhnliche Schlafmuster im Tief- und Traumschlaf auf. Die bzw. der Betroffene verbringt die Nacht im Schlaflabor und wird an Geräte angeschlossen, die u.a. Atmung, Hirnströme, einzelne Schlafstadien etc. aufzeichnen. So lässt sich die Ursache einer Schlafstörung herausfinden. Sprechen Sie mit Ihrer Ärztin bzw. Ihrem Arzt, ob eine Abklärung in einem Schlaflabor in Ihrem Fall sinnvoll ist. In Österreich verfügen viele Spitäler über ein Schlaflabor. Eine Liste zertifizierter Schlaflabore finden Sie unter *www.schlafmedizin.at.*
Unabhängig von der Wechselbeziehung zwischen Schlaf und Depression sowie von den jeweiligen Therapieansätzen kann oft eine deutliche Verbesserung des Schlafes durch einfache, schlaffördernde Maßnahmen (siehe Kasten) erreicht werden.

Umgang mit Stress

Schlafstörungen können auch einen Zusammenhang mit Stress aufweisen. Generell gestaltet sich Stressbewältigung bei Menschen mit Depression anders. Bei vielen Betroffenen liegt eine verringerte Stressresilienz vor. Im Krankheitsverlauf ist es daher wichtig, gemeinsam mit Ärztinnen bzw. Ärzten oder Psychotherapeutinnen bzw. -therapeuten die individuellen Stressauslöser zu ermitteln und den Umgang damit zu erlernen. Grundsätzlich ist es wichtig, dass gerade Menschen, die an einer Depression erkrankt sind, eine Balance zwischen Überforderung und Unterforderung finden. Dies ist ein schrittweiser Prozess, der gemeinsam mit dem Behandlungsteam (Ärztinnen bzw. Ärzte, Psychotherapeutinnen bzw. -therapeuten) bewältigt werden kann.

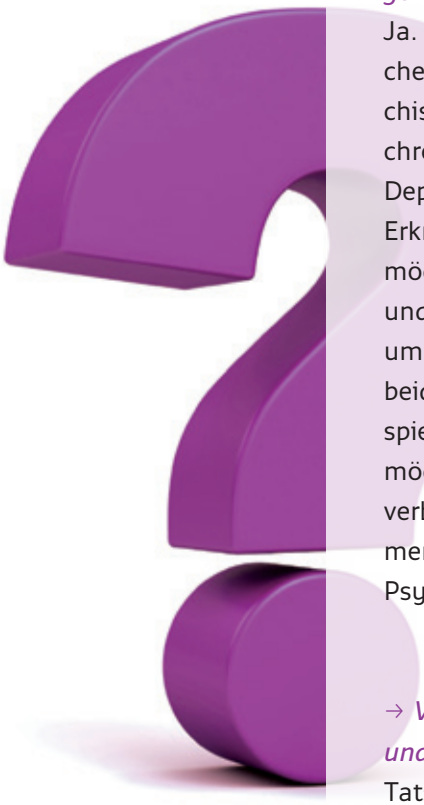


Tipps für Ihre Schlafhygiene

Folgende Maßnahmen können einen erholsamen Schlaf unterstützen:

- → den Abend ruhig ausklingen lassen (entspannendes Bad, angenehme Musik, Lesen)
- → Rituale wie eine Tasse beruhigenden Kräutertee oder warme Milch vor dem Zubettgehen
- → keine anstrengenden körperlichen Aktivitäten (z.B. Laufen) in den letzten zwei Stunden vor dem Schlafengehen
- → keine späten schweren Mahlzeiten
- → vor dem Schlafengehen kein Alkohol, keine Zigaretten und keine stimulierenden Getränke wie Kaffee, Schwarztee, Energy Drinks etc.
- → keine Handynutzung kurz vorm Schlafengehen – d.h., nicht noch mal kurz Mails checken oder Social Media, Nachrichten etc. lesen, dies kann aufwühlend wirken und Sie am Einschlafen hindern; am besten kein Handy ins Schlafzimmer mitnehmen
- → täglich um die gleiche Zeit ins Bett gehen
- → bequemes Bett
- → Ruhe im Schlafzimmer
- → kühle Temperatur im Schlafzimmer

Ihre Fragen – unsere Antworten



→ Geht eine Depression auch mit körperlichen Erkrankungen einher?

Ja. Eine Depression kann in Verbindung mit einer körperlichen Erkrankung auftreten, beispielsweise durch die psychische Belastung nach einem Schlaganfall oder bei einer chronischen Erkrankung wie Diabetes. Zudem kann eine Depression vorliegen und das Entstehen einer körperlichen Erkrankung dadurch „begünstigt" werden. Es ist aber auch möglich, dass bereits eine körperliche Erkrankung besteht und jemand zusätzlich eine Depression entwickelt – oder umgekehrt –, ohne dass ein Zusammenhang zwischen den beiden Erkrankungen besteht. Weiters ist ein „Wechselspiel" zwischen Depression und körperlicher Erkrankung möglich, d.h., wenn sich z.B. eine der beiden Krankheiten verbessert bzw. verschlimmert, verbessert oder verschlimmert sich auch die andere. Denn unser Körper und unsere Psyche beeinflussen sich gegenseitig.

→ Viele Alkoholabhängige behaupten, sie seien depressiv und nicht alkoholkrank …

Tatsächlich geht Alkoholabhängigkeit in bis zu 75% aller Fälle mit Depressionen einher. Alkoholvergiftung, Entzug, aber auch soziale Probleme, die aus der Alkoholkrankheit resultieren, sind die hauptsächlichen Auslöser. Allerdings

betonen Betroffene ihren Mitmenschen und der Ärztin bzw. dem Arzt gegenüber gerne die depressiven Symptome – dabei wäre es sehr wichtig, auch das Alkoholproblem im Arztgespräch zu thematisieren. Denn das Wissen über die Alkoholkrankheit und mögliche körperliche Folgeschäden spielt z.B. bei der Auswahl und Dosierung der Medikamente eine Rolle. Manche Depressionsbetroffene setzen Alkohol zudem als eine Art „Antidepressivum" ein – doch Alkohol lindert Depressionen nicht, sondern verstärkt die Symptomatik sogar! Wirksam bei Depression sind hingegen Medikamente und andere Therapieformen (siehe ab ***Seite 145***).

→ *Sind Schlafstörungen ein Zeichen von Depression?*

Sie können ein Symptom der Depression sein. Umgekehrt kann aber auch eine längerfristige, durch andere Faktoren (z.B. durch nächtliche Atemaussetzer) verursachte Schlafstörung tagsüber zu Müdigkeit und letztlich zu Erschöpfung führen. Dies kann in eine Depression münden.

Diagnose und Behandlung



KAPITEL 5







Hilfe ist möglich!

Betroffene erzählen:

Ich habe mich zum Leben bekannt

Vor vier Jahren beging ich eine Kurzschlusshandlung, die ich glücklicherweise überlebt habe. Der Auslöser war wohl meine berufliche Situation, die sich immer mehr zugespitzt hatte. Ich arbeitete im EDV-Bereich, wo die Spezialisierung immer höher wird, sodass selbst Spezialisten wie ich unter Druck geraten. Eines Tages musste ich in unserer Firma das System wieder einmal auf eine neue Software umstellen, und zwar innerhalb eines Wochenendes. Dieses enge Zeitfenster erzeugte bei mir enormen Stress. Dazu kam, dass ich eine Prüfung machen musste, wie es bei Technikern üblich ist. Ich habe immer mehr Angst bekommen, das nicht zu schaffen. Letztlich habe ich zwar bestanden, wusste aber, dass mich die jüngeren Kollegen rechts und links überholen. Als sich meine Situation mit Versagensängsten und Schlafproblemen immer mehr zuspitzte, sprach ich mit meinem Chef. Gemeinsam mit dem Betriebsarzt hat er einen Aufenthalt in einer Rehabilitationsklinik angeregt. Dort bin ich erst einmal „aufgefangen" worden. Es hat gutgetan, mich mit anderen Betroffenen auszutauschen. Nach der

sechswöchigen Rehabilitation sollte ich noch Urlaub nehmen und dann in der Firma mit einem neuen Ausbildungsplan anfangen. Nach meiner Rückkehr aus der Reha hat jedoch ein Kunde im Burgenland Hilfe gebraucht, und ich bin hingefahren in der Meinung, ich könnte mir dort ein lang vermisstes Erfolgserlebnis holen. Es wurde allerdings ein Desaster. Ich konnte mich nicht konzentrieren und habe mehr verpfuscht als repariert. Auch haben meine Ängste wieder stark zugenommen. Nach erfolglosen Psychotherapiebehandlungen kam ich schließlich zu einem Psychiater, der meinte, in drei Monaten könne ich wieder fit sein. Wieder drei Monate, in denen ich in der Firma nicht voll leistungsfähig war. Wie sollte das gehen? Nach der ersten Sitzung meinte der Psychiater, ich solle ihn unbedingt am Wochenende anrufen und ihm sagen, wie es mir geht. Also habe ich ihn dann am Samstag nach einem Einkaufstag mit meiner Freundin angerufen und gesagt, es sei alles in Ordnung. Aber ich war wohl nicht ehrlich … Was weiter an diesem Tag passiert ist, weiß ich nur noch teilweise. Meine Freundin ging ins Bad, während ich auf dem Balkon stand. Und dann bin ich

gesprungen. Ich kann mich an den Sprung nicht mehr erinnern und will es auch nicht. Auch nicht an die Zeit danach. Man sagt mir, ich habe während des ganzen Krankenhausaufenthalts nie gefragt, was passiert war. Insgesamt war ich fast fünf Monate im Spital, dann noch auf Rehabilitation, wo ich auch psychisch betreut wurde. Heute habe ich mich körperlich und seelisch erholt. Glücklicherweise bin ich nicht im Rollstuhl gelandet! Mit meinen Depressionen bin ich beim Psychiater in Behandlung, nehme geringe Dosen Psychopharmaka und es geht mir so weit gut. Von meiner Firma bin ich bei Bezahlung freigestellt, bis ich in Pension gehen kann. Und ich fühle mich tatsächlich befreit. Ich spiele wieder Posaune und habe mich sogar einer Big Band angeschlossen. Aus heutiger Sicht bin ich froh, dass ich überlebt habe. Auch wohne ich nach wie vor in meiner Wohnung und betrete sogar den Balkon, ohne dass es mich belastet. Ich habe die Vergangenheit hinter mir gelassen und mich zum Leben bekannt.

Josef, 57, EDV-Techniker

Je später die Behandlung einsetzt, umso länger dauert die Genesung.

Keine Zeit verlieren!

Besteht der Verdacht auf eine Depression, so ist dies unbedingt durch eine Ärztin oder einen Arzt abzuklären! Denn die Behandlung der Krankheit sollte so rasch wie möglich beginnen. Bleibt eine Depression unbehandelt oder setzt die Therapie erst verzögert ein, ergeben sich daraus wesentliche Nachteile für die Betroffenen: Die Genesung erfolgt langsamer, der Krankenstand dauert länger und das Risiko für Komplikationen ist erhöht.

Verdacht auf Depression: Das macht die Ärztin bzw. der Arzt

Die Ärztin bzw. der Arzt wird zunächst fragen, welche Krankheitszeichen seit wann vorhanden sind. Außerdem kann sie bzw. er eventuell manche Symptome (z.B. Konzentrationsprobleme, Unruhe in den Bewegungen) selbst an der Patientin bzw. am Patienten beobachten. In weiterer Folge erfragen die Ärztin bzw. der Arzt zahlreiche andere Aspekte – über körperliche und psychische Krankheiten sowie deren Behandlung.

Erhebung der Krankengeschichte (Anamnese):

→ Hatten Sie in der Vergangenheit internistische (z.B. Blutdruck, Diabetes) bzw. neurologische (z.B. Morbus Parkinson, Schlaganfall) Erkrankungen?
→ Bestehen chronische körperliche Krankheiten, die zu Einschränkungen im Alltag führen?
→ Haben Sie schon früher an Episoden einer Depression oder einer anderen psychischen Krankheit gelitten?
→ Haben Sie je einen Suizidversuch unternommen?
→ Konsumieren Sie Alkohol oder Drogen, rauchen Sie?
→ Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein? Welche haben Sie früher über einen längeren Zeitraum eingenommen?
→ Wurden Sie in der Vergangenheit psychiatrisch behandelt (z.B. mit Antidepressiva, Schlafmitteln, Psychotherapie)?

Erhebung der Lebensgeschichte:

→ Wurden Sie mit belastenden Ereignissen konfrontiert (z.B. Tod oder schwere Krankheit eines nahen Angehörigen, Arbeitsplatzverlust)?
→ Haben Sie ein Familienmitglied über einen längeren Zeitraum gepflegt?
→ Gab es Konflikte und Belastungen, die Ihnen Sorgen bereitet haben?



Eventuell kann auch eine Computertomografie notwendig sein.

Körperliche Untersuchungen

Sie sind vielleicht irritiert, wenn Ihre Ärztin oder Ihr Arzt zunächst einige körperliche Untersuchungen an Ihnen durchführt bzw. vorschlägt. „Was haben solche Untersuchungen mit meinem Gemütszustand zu tun?“, werden Sie sich fragen.
Einerseits können körperliche Krankheiten ebenfalls Symptome einer Depression hervorrufen. Daher ist in solchen Fällen eine entsprechende Abklärung erforderlich. Andererseits dürfen manche Medikamente zur Behandlung der Depression bei Vorhandensein bestimmter Krankheiten oder Risikofaktoren nicht oder nur unter gewissen Auflagen verordnet werden.

Folgende Untersuchungen können notwendig sein:

Computertomografie des Gehirns (CT)
Bei dieser Untersuchung mittels Röntgenstrahlen kann das Gehirn auf einem Computerbildschirm in Schichten dargestellt werden. Damit lassen sich Veränderungen im Hirngewebe feststellen. Diese können z.B. auf Entzündungen, Tumoren (gutartige oder bösartige Wucherungen), Durchblutungsstörungen oder einen Schlaganfall hinweisen.

Kernspintomografie (MRT, MRI, NMR)

Die Kernspintomografie (auch Magnetresonanztomografie, abgekürzt MRT, MRI oder NMR) ist ein bildgebendes Verfahren, das zur Darstellung von Struktur und Funktion der Gewebe und Organe im Körper eingesetzt wird. Mithilfe von Magnetfeldern können Schnittbilder des Körpers besonders genau und scharf dargestellt werden. Es kommt keine Röntgenstrahlung zum Einsatz. Die Patientin bzw. der Patient liegt bei dieser Untersuchung in einer Röhre. Als störend werden von manchen die Beengtheit der Röhre und/oder das laute Geräusch während der Untersuchung empfunden.

Elektroenzephalografie (EEG)

Die Elektroenzephalografie bildet die elektrische Aktivität des Gehirns ab. Bei dieser Untersuchung können Hinweise auf Funktionsstörungen des Gehirns gewonnen werden.

Die Elektroden werden durch eine Haube an den richtigen Stellen der Kopfhaut festgehalten, die Patientin bzw. der Patient sitzt oder liegt dabei bequem. Die Elektroden werden üblicherweise mit einer Kontaktflüssigkeit benetzt, um eine bessere Leitung der elektrischen Spannung zu ermöglichen; diese lässt sich nach der Untersuchung leicht abwaschen.

Den wichtigsten Stellenwert hat die Elektroenzephalografie heute in der Diagnose von epileptischen Erkrankungen und Schlafstörungen.

Blutabnahme

Ein Bluttest gibt Hinweise auf eventuelle körperliche Erkrankungen, die auch auf das Gehirn wirken und möglicherweise eine Depression hervorrufen oder verstärken können. Außerdem werden manchmal durch die Depression (z.B., wenn sie mit vermindertem Appetit und Gewichtsverlust einhergeht) auch körperliche Funktionen beeinträchtigt. Dies kann sich in den Blutbefunden zeigen.

Außerdem können manche Medikamente zur Depressionsbehandlung, die bei körperlich gesunden Menschen völlig harmlos sind, bei Vorliegen bestimmter körperlicher Krankheiten zu Nebenwirkungen führen. Aus diesem Grund erfolgt oft eine Blutabnahme vor Beginn einer medikamentösen Behandlung. Auch bei länger dauernder Einnahme von Medikamenten ist es sinnvoll, zur Sicherheit über die Blutbefunde zu kontrollieren, ob es zu Funktionsveränderungen von Organen gekommen ist. Die hier bestimmten Blutwerte sind üblicherweise dieselben, die routinemäßig von der Hausärztin bzw. vom Hausarzt untersucht werden (z.B. Leber- und Nierenfunktion, Blutzellen, Blutzucker).

Darüber hinaus kann im Blut die Konzentration von Medikamenten bestimmt werden. So werden z.B. Lithium oder Antiepileptika nach der Konzentration im Blut dosiert, denn diese Medikamente haben in zu niedriger Dosierung keine Wirkung und in zu hoher Dosierung ein erhöhtes Risiko für Nebenwirkungen.

Die Bestimmung von Schilddrüsenhormonen oder Sexualhormonen aus dem Blut dient einerseits der Diagnostik, andererseits aber auch dem Ausschluss von Nebenwirkungen einzelner Medikamente.



Depressionen können das Risiko für Herzerkrankungen erhöhen.

Elektrokardiogramm (EKG)

Das Elektrokardiogramm ist die Aufzeichnung der Summe der elektrischen Aktivitäten des gesamten Herzens. Mittels dieser Untersuchung können Hinweise auf zahlreiche Krankheiten des Herzens gewonnen werden. Denn Depressionen können das Risiko für manche Herzkrankheiten erhöhen, auch dürfen viele Medikamente bei bestimmten Herzkrankheiten nur eingeschränkt eingenommen werden. Aus diesem Grund wird ein Elektrokardiogramm oft vor Beginn einer medikamentösen Behandlung durchgeführt.

Harnuntersuchung

Die Harnuntersuchung kann Hinweise auf körperliche Erkrankungen geben, die fallweise in Kombination mit einer Depression vorkommen können. Auch wenn Drogen genommen werden und Verdacht auf eine Depression besteht, sollte das der Ärztin oder dem Arzt mitgeteilt werden. Die Ärztin bzw. der Arzt unterliegt der Schweigepflicht.

Welche Expertin bzw. welcher Experte kann wie helfen?

Ärztin bzw. Arzt für Allgemeinmedizin

Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin haben ein Medizinstudium abgeschlossen. Nach Ende des Studiums erwerben die Medizinerinnen und Mediziner im Rahmen einer Turnusausbildung in unterschiedlichsten Bereichen praktisches Wissen. So arbeiten sie während ihrer Ausbildung unter anderem im Bereich der Chirurgie, der Frauenheilkunde, der Inneren Medizin, der Dermatologie, der Kinderheilkunde sowie der Psychiatrie bzw. der Neurologie.
Der Aufgabenbereich der Allgemeinmedizinerin und des Allgemeinmediziners beinhaltet die Grundversorgung aller Betroffenen mit körperlichen und seelischen Krankheiten. Sie sind darauf spezialisiert, als erste ärztliche Ansprechpartner bei allen Gesundheitsproblemen zu beraten und die erste Behandlung zu übernehmen. Sehr häufig ist für die wirksame Behandlung keine Fachärztin bzw. kein Facharzt erforderlich, sondern die Therapie kann durch die Allgemeinmedizinerin bzw. den Allgemeinmediziner zufriedenstellend durchgeführt werden. Aber auch wenn Fachleute nötig sein sollten, koordiniert die Ärztin bzw. der Arzt für Allgemeinmedizin die verschiedenen therapeutischen Maßnahmen.

Psychiaterin bzw. Psychiater

Die korrekte Bezeichnung lautet auch: Fachärztin bzw. Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin bzw. Fachärztin bzw. Facharzt für Psychiatrie (früher auch: Fachärztin bzw. Facharzt für Psychiatrie und Neurologie).

Psychiaterinnen und Psychiater haben Medizin studiert und sind daher Ärztinnen bzw. Ärzte. Im Anschluss an das Studium müssen sie eine mehrjährige praktische und theoretische Ausbildung an einer psychiatrischen Krankenhausabteilung absolvieren, um Psychiaterin bzw. Psychiater zu werden. Eine psychotherapeutische Ausbildung ist für Psychiaterinnen und Psychiater verpflichtend.
Zu ihren Aufgaben gehören das Erstellen einer Diagnose und die Behandlung von psychischen Erkrankungen in Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen aus dem Gesundheitsbereich. Psychiaterinnen und Psychiater setzen üblicherweise psychotherapeutische Interventionen und soziotherapeutische Methoden ein (siehe ab ***Seite 159***). Sie dürfen aber auch Medikamente verschreiben – eine Behandlung mit Antidepressiva ist bei Vorliegen einer Depression oft wichtig und hilfreich.

Psychologin bzw. Psychologe

Psychologinnen und Psychologen haben das Studium der Psychologie absolviert. Sie beschäftigen sich nicht nur mit psychischen Krankheiten, sondern auch ganz allgemein mit den Gesetzmäßigkeiten des menschlichen Seelenlebens. Viele Psychologinnen bzw. Psychologen absolvieren nach dem Studium eine Zusatzausbildung zur „Klinischen Psychologin“ bzw. zum „Klinischen Psychologen“ und/oder auch eine Ausbildung in Psychotherapie.
Zur Unterstützung der Diagnose können Psychologinnen und Psychologen Tests zu Leistungsfähigkeit, Persönlichkeitszügen, Intelligenz oder Stimmungslage durchführen. Psychologische Behandlungen beschäftigen sich unter anderem mit der Bewältigung von Stress oder Angst und dem Training von Konzentration bzw. Gedächtnis.

Was passiert bei der psychologischen Diagnostik?
Hierbei handelt es sich um standardisierte psychologische Tests, über die zusätzliche Informationen gewonnen werden. Diese werden vor allem für folgende Fragestellungen eingesetzt:

- → Ausschluss anderer (psychischer) Krankheiten bei der Abgrenzung zur Depression. Denn nicht nur körperliche Erkrankungen können Symptome einer Depression zur Folge haben, sondern auch psychische.
- → Messung von Verbesserungen im Krankheitsverlauf
- → Erfassung von Intelligenz
- → Erfassung der Arbeitsleistung in der Rehabilitation

Psychotherapeutin bzw. Psychotherapeut

Psychotherapeutinnen und -therapeuten haben eine mehrjährige, gesetzlich geregelte Ausbildung absolviert. Diese besteht aus einem allgemeinen Theorieteil und einer vertiefenden Spezialisierung in einer bestimmten Psychotherapiemethode. In Österreich gibt es verschiedene Psychotherapieschulen, die in vier Schwerpunkte zusammengefasst sind: die psychodynamischen/tiefenpsychologischen (z.B. Psychoanalyse), die verhaltenstherapeutischen, die humanistischen (z.B. Gestalttherapie oder Personenzentrierte Psychotherapie) und die systemischen Schulen (z.B. Familientherapie). Näheres über diese Verfahren lesen Sie ab ***Seite 159***.
Die Ausbildung wird häufig zusätzlich zu einer anderen Berufsausbildung absolviert, etwa von Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern, Ärztinnen und Ärzten, Psychologinnen und Psychologen, Ergotherapeutinnen und -therapeuten, Physiotherapeutinnen und -therapeuten oder Krankenpflegepersonen. Die Vielfalt der beruflichen Hintergründe ist dabei eine Stärke: Sie bringen unterschiedliche Erfahrungen und Perspektiven in die psychotherapeutische Arbeit ein.

Die Psychotherapie ist eine der zentralen Methoden zur Behandlung psychischer Erkrankungen (wie die Soziotherapie oder Psychopharmaka). Ihre Aufgabe ist es, psychische Erkrankungen, aber auch andere belastende psychische Leidenszustände wie z.B. Trauer, Krisen oder Übergangsphasen, durch therapeutische Gespräche und gezielte Methoden zu behandeln.



Was macht die Psychotherapeutin bzw. der Psychotherapeut?

Vor Beginn jeder Psychotherapie steht eine ausführliche Diagnostik. Die Psychotherapeutin bzw. der Psychotherapeut führt dazu Gespräche, in denen sie oder er sich ein genaues Bild von der Lebensgeschichte und bisherigen Entwicklungen der bzw. des Betroffenen macht. Diese erste Phase nennt man **Anfangsdiagnostik.** Dabei geht es unter anderem darum, zu klären, ob eine Psychotherapie für die Betroffenen überhaupt geeignet ist. Falls die Psychotherapeutin bzw. der Psychotherapeut die erste Ansprechperson ist, wird auch überlegt, ob ergänzende Untersuchungen (u.a. körperliche Abklärungen, psychiatrische Diagnostik) durch andere Fachpersonen erforderlich sind. In weiterer Folge zeigt sich in diesen ersten Gesprächen oft schon, welche Therapiemethode am besten zum Problem, dem Umfeld und/oder zur Persönlichkeitsstruktur der Patientin bzw. des Patienten passt. Um den Erfolg der Psychotherapie später beurteilen zu können, erfolgt auch während der Behandlung eine Überprüfung (Verlaufsdiagnostik) und am Ende der Behandlung steht schließlich die Abschlussdiagnostik.

Weitere mögliche Ansprechpartnerinnen bzw. Ansprechpartner

Diplomierte Lebens- und Sozialberaterin bzw. Diplomierter Lebens- und Sozialberater

Lebens- und Sozialberatung ist die professionelle Beratung und Betreuung von Menschen in Problem- und Entscheidungssituationen. In Österreich ist das Ausüben der „Lebens- und Sozialberatung“ streng reglementiert. Lebensberaterinnen und -berater dürfen in Österreich keine Krankheiten behandeln. Ihre Beratungstätigkeit beschränkt sich auf den sozialen Bereich, also auf Fragen zu Familie und Partnerschaft sowie auf die Arbeitswelt.

Coachin bzw. Coach

Der Begriff „Coaching“ wird oft recht willkürlich und in widersprüchlicher Form verwendet und häufig mit betrieblicher Organisation oder Sport in Verbindung gebracht. Eine häufige Formulierung besagt, Coaching sei eine „Begleitung“ oder „Unterstützung“ der Klientin bzw. des Klienten, bei der diese selbst zu einer Problemlösung finden sollen. Dabei bleiben die Begriffe „Begleitung“ und „Unterstützung“ jedoch oft sehr vage, sodass nicht klar ist, was konkret damit gemeint ist. Coaching ist also keine Form der Behandlung und kann eine Therapie keinesfalls ersetzen.



Jede Expertin bzw. jeder Experte hat einen unterschiedlichen Zugang zur Behandlung der Depression.

Allgemeinmedizinerin bzw. Allgemeinmediziner oder Spezialistin bzw. Spezialist?

Die meisten Patientinnen und Patienten mit depressiven Erkrankungen können durch die Allgemeinmedizinerin bzw. den Allgemeinmediziner richtig und ausreichend behandelt werden. Der Vorteil einer Behandlung durch die Allgemeinmedizinerin bzw. den Allgemeinmediziner ist, dass die Betroffenen diese bzw. diesen üblicherweise seit längerer Zeit kennen und die Behandlung daher in einer vertrauten Umgebung erfolgt. Die Allgemeinmedizinerin bzw. der Allgemeinmediziner kann eine diagnostische Abklärung durchführen, die alle erforderlichen körperlichen Untersuchungen einschließt.
So wie bei vielen körperlichen Krankheiten kann die Allgemeinmedizinerin bzw. der Allgemeinmediziner oft auch eine Depression mit Antidepressiva behandeln, ohne eine Fachärztin

bzw. einen Facharzt beizuziehen. Eine Überweisung zur Fachärztin oder zum Facharzt erfolgt dann, wenn beispielsweise ...
... jemand nicht auf die Behandlung anspricht,
... die Therapie schlecht vertragen wird,
... die Erkrankung sehr schwer ausgeprägt ist,
... Komplikationen auftauchen,
... mehrere psychische Erkrankungen zur selben Zeit auftreten.

Die Entscheidung, ob die Behandlung durch die Allgemeinmedizinerin bzw. den Allgemeinmediziner selbst durchgeführt oder der bzw. die Betroffene an eine Fachärztin bzw. einen Facharzt für Psychiatrie weitergeleitet wird, trifft die Allgemeinmedizinerin bzw. der Allgemeinmediziner aufgrund von Vorwissen und klinischen Erfahrungen. Natürlich kann sich aber auch die Patientin bzw. der Patient selbst an eine Fachärztin bzw. einen Facharzt wenden. (Bei Vorliegen einer Schwangerschaft ist vor Beginn einer etwaigen medikamentösen Therapie eine Zuweisung an eine Fachärztin oder einen Facharzt für Psychiatrie indiziert.)

Die Ärztin bzw. der Arzt als vertraute Ansprechperson

Bei jedem Menschen, der an einer Depression erkrankt, tauchen zahlreiche Fragen betreffend die Krankheit, ihre Ursachen und die Möglichkeiten der Behandlung auf. Depressionen sind mit persönlichem Leid verknüpft, auch wenn die Krankheit für andere nicht immer (wie z.B. ein Gipsbein) eindeutig erkennbar ist. Aus diesen Gründen ist es enorm wichtig, eine vertraute Ansprechperson zu haben, auf deren Rat man hört und die man bei Unklarheiten fragen kann.

Gespräche als Basisbehandlung

Am Anfang einer Therapie stehen unterstützende und informative Gespräche mit der Patientin bzw. dem Patienten, in denen u.a. über die Krankheit und die Therapie ausführlich aufgeklärt wird. Diese Gespräche können sowohl von der Fachärztin bzw. vom Facharzt als auch von der Allgemeinmedizinerin bzw. vom Allgemeinmediziner mit den Betroffenen und deren Angehörigen geführt werden. Diese unterstützende Therapie wird auch als „psychotherapeutische Basisbehandlung" oder als „supportive Psychotherapie" bezeichnet und ist zentraler Bestandteil jedes Gesamtbehandlungsplans von Depressionen – unabhängig davon, ob spezifische psychotherapeutische Verfahren geplant sind.
Falls darüber hinaus eine spezifische Psychotherapie notwendig ist und die Allgemeinmedizinerin bzw. der Allgemeinmediziner die entsprechende Ausbildung dafür nicht besitzt, wird die Patientin bzw. der Patient an eine diesbezüglich kompetente Psychotherapeutin bzw. einen diesbezüglich kompetenten Psychotherapeuten weitergeleitet.

Zu den wesentlichsten Elementen einer „psychotherapeutischen Basisbehandlung" gehören:

- → Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung
- → Informationsvermittlung zur Entstehung von Depressionen
- → Informationsvermittlung zum Umgang mit Depressionen
- → Unterstützung der Betroffenen in dem Ziel, den Leidenszustand der Depression als Krankheit zu akzeptieren
- → Besprechen der Vor- und Nachteile der einzelnen Therapieverfahren (inkl. der Haupt- und Nebenwirkungen von Medikation und spezifischer Psychotherapie)
- → Hilfe bei Entscheidungsfindungen
- → Klärung von Alltagsfragen betreffend die Erkrankung
- → Planen von realistischen, erreichbaren Zielen

Wann ist eine stationäre Aufnahme sinnvoll?

Die meisten Menschen mit Depressionen können problemlos ambulant behandelt werden. Viele Patientinnen und Patienten benötigen nicht einmal eine Fachärztin bzw. einen Facharzt oder eine andere Spezialistin bzw. einen anderen Spezialisten, sondern die Behandlung durch eine Allgemeinmedizinerin bzw. einen Allgemeinmediziner ist völlig ausreichend.

Ob im Einzelfall eine stationäre Aufnahme im Krankenhaus sinnvoll ist, hängt von mehreren Aspekten ab. Folgende Faktoren können u.a. Anlass für eine stationäre Behandlung sein:

- → Besonders schwere und belastende Krankheitssymptome. In seltenen Fällen rufen diese Symptome auch eine fast unerträgliche Angst hervor. In diesem Fall kann eine Aufnahme im Krankenhaus hilfreich sein, da man im Spital auch höhere Medikamentendosen einsetzen kann, um die Symptome rasch zu lindern.
- → Zusätzlich zu den üblichen Krankheitszeichen einer Depression auftretende untypische Symptome (z.B. starke Wahrnehmungsstörungen wie Halluzinationen), die zu Spannungen mit anderen Menschen führen. Bei solchen Spannungen mit Angehörigen bzw. Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern ist es daher oft für die Betroffenen günstig, diesen Stress durch eine Aufnahme im Krankenhaus zu vermindern.
- → Mangelndes Ansprechen auf die ambulante Therapie
- → Unsicherheit in der Diagnostik, wenn die Ärztin bzw. der Arzt die Kranke oder den Kranken nur zeitweise sieht. Im Krankenhaus kann die Symptomatik hingegen durchgehend genau beobachtet werden.



Gegen den eigenen Willen ins Spital gebracht? Das ist nur bei ernstlicher Gefährdung des Lebens oder der Gesundheit möglich.

- → In seltenen Fällen kann eine Patientin bzw. ein Patient auf die medikamentöse Behandlung mit stärkeren Nebenwirkungen, wie sie im Beipackzettel angeführt sind, reagieren. Auch dann ist ein Krankenhausaufenthalt angezeigt.
- → Suizidabsichten, sodass eine Gefahr für die Gesundheit oder das Leben der oder des Kranken selbst besteht

Grundsätzlich kann jedoch eine akute Depressionsepisode auch ambulant behandelt werden, was heute üblicherweise der Fall ist.
Die Entscheidung über eine stationäre Behandlung muss aber immer im Einzelfall zwischen Patientin bzw. Patient und behandelnder Ärztin bzw. behandelndem Arzt getroffen werden. Oft ist es hilfreich, auch die Familienangehörigen in die Überlegungen einzubeziehen.

Kann jemand gegen den eigenen Willen auf einer psychiatrischen Station aufgenommen und behandelt werden?

Im Normalfall ist keine Behandlung ohne Zustimmung der bzw. des Betroffenen möglich!

Im Prinzip gelten für die Behandlung psychischer Erkrankungen dieselben Bedingungen und Gesetze wie für die Behandlung körperlicher Erkrankungen. Die Aufnahme im Krankenhaus und die Behandlung erfolgen üblicherweise im Übereinkommen zwischen Ärztin bzw. Arzt und Patientin bzw. Patient. Das heißt, dass eine Ärztin bzw. ein Arzt jemanden nicht behandeln darf, wenn diese Person nicht einverstanden ist.

Von dieser Regel gibt es zwei Ausnahmen:

1. Wenn akute Lebensgefahr für die Betroffenen besteht: In diesem Fall darf eine Ärztin bzw. ein Arzt eine Patientin bzw. einen Patienten auch ohne deren bzw. dessen Zustimmung behandeln (z.B. bei Bewusstlosigkeit nach einem schweren Verkehrsunfall).
2. Wenn aufgrund einer psychischen Erkrankung eine ernstliche und erhebliche Gefahr für den Kranken oder andere Personen besteht: Diese seltene Ausnahme einer Behandlung psychischer Erkrankungen ist durch das **Unterbringungsgesetz (UbG)** geregelt.

Unterbringungsgesetz (UbG) im Zusammenhang mit Depressionen:

Nur wenn durch eine psychische Erkrankung eine ernstliche und erhebliche Gefährdung für das Leben oder die Gesundheit besteht, darf eine psychisch Kranke bzw. ein psychisch Kranker auch gegen den eigenen Willen in eine psychiatrische Krankenhausabteilung aufgenommen und behandelt werden. Die Betonung der „ernstlichen und erheblichen Gefährdung" des Lebens oder der Gesundheit bedeutet, dass ein rein finanzieller oder sozialer Schaden für eine Unterbringung nicht ausreicht.

Um die Rechte der Patientinnen und Patienten an psychiatrischen Krankenhausabteilungen besonders zu schützen, wurde 1991 das Unterbringungsgesetz (UbG) geschaffen. In diesem Gesetz sind alle Voraussetzungen und Rahmenbedingungen geregelt (z.B. unabhängige Gutachterin bzw. unabhängiger Gutachter, Rechtsbeistand, maximal zulässige Dauer einer Aufnahme gegen den Willen der Patientin bzw. des Patienten).

Zum Schutz der Kranken bzw. des Kranken bei Spitalsaufnahme gegen ihren bzw. seinen Willen wurde vom Gesetz auch festgelegt, dass ein „Patientenanwalt" die Anliegen des Betroffenen vertritt. Die Patientenanwältinnen und -anwälte handeln völlig unabhängig vom psychiatrischen Versorgungssystem. In jedem Krankenhaus mit einer psychiatrischen Abteilung müssen Patientenanwältinnen bzw. -anwälte verfügbar sein.

Grundlagen der Depressionsbehandlung

Bei der Therapie von Depressionen geht es einerseits um die Behandlung einer aktuellen Krankheitsepisode (Akutbehandlung) und andererseits um die Verhinderung von Rückfällen (Rückfallverhütung).

In der Akutbehandlung von mittelschweren und schweren Depressionen sind Medikamente unverzichtbar, eine alleinige Psychotherapie ist meist aufgrund von Konzentrationsschwierigkeiten und der Energielosigkeit der Patientinnen und Patienten gar nicht möglich. Erst wenn Betroffene (durch Medikamente) aus dem Tief ein wenig herauskommen, greifen auch spezifische psychotherapeutische Maßnahmen.

Bei mittelschweren bis schweren Depressionen hat sich die Kombination von Medikamenten und Psychotherapie bewährt.

Medikamente haben meist den Vorteil, dass sie schneller wirken, **Psychotherapie** hat oft eher langfristige Vorteile (ihre Wirksamkeit hält auch nach Therapieende an), die **Kombination von Medikamenten und Psychotherapie** hat sich bei mittelschweren und schweren Depressionen als am wirksamsten erwiesen. Bei leichten Depressionen muss individuell von der behandelnden Ärztin bzw. dem behandelnden Arzt bestimmt werden, ob man nur Medikamente mit unterstützenden Gesprächen oder Medikamente mit Psychotherapie kombiniert bzw. ob eine spezifische Psychotherapie allein sinnvoll ist. In einzelnen Fällen kann die Ärztin bzw. der Arzt entscheiden, noch für einige Tage mit dem Therapiebeginn zuzuwarten, wenn nicht klar ist, ob es sich wirklich um eine Depression handelt.

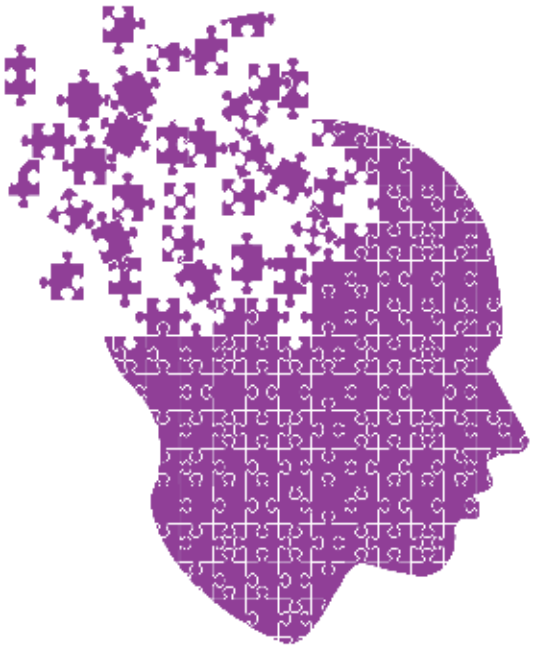
Weitere unterstützende Therapieverfahren sind Schlafentzug, die Lichttherapie bei saisonalen (Herbst-Winter-)Depressionen und die Elektrokrampftherapie bei sehr schweren oder ansonsten therapieresistenten Depressionen (siehe **Seite 168**).

Zur Rückfallverhütung werden jene Antidepressiva, die in der Akutphase wirksam waren, weiter eingenommen.

Behandlung mit Medikamenten

Bei Depressionen haben sich vor allem die sogenannten Antidepressiva in der Praxis als sehr hilfreich erwiesen. Die Wirksamkeit der verschiedenen Substanzen wurde in wissenschaftlichen Studien entweder im Vergleich zu einem anderen antidepressiven Wirkstoff oder zu einer Tablette ohne Wirkstoff (Placebo) getestet.

Man geht heute davon aus, dass bei einer Depression ein Mangel an Botenstoffen im Gehirn – vor allem Serotonin und Noradrenalin – eine Rolle spielt. Antidepressiva können diese Substanzen wieder anreichern (meist entweder durch Hemmung der Wiederaufnahme in die Speicher oder durch Abbauhemmung). Damit lassen sich eine Steigerung der Energie und eine Aufhellung der Stimmung erreichen.



Welches Medikament für wen?

Die Wahl des Antidepressivums richtet sich nach den Hauptwirkungen (Beschwerdeprofil) sowie nach den möglichen Nebenwirkungen bzw. der individuellen Verträglichkeit. Falls auch andere Medikamente eingenommen werden, muss natürlich auf mögliche Wechselwirkungen Rücksicht genommen werden. Hinweise über Vorerfahrungen mit Antidepressiva (gute Verträglichkeit bestimmter Substanzen oder Unverträglichkeiten) können für die Therapieplanung ebenfalls sehr hilfreich sein.

Wichtig: gemeinsame Entscheidungen

Die Entscheidung, welche Therapie zum Einsatz kommen soll, trifft die behandelnde Ärztin bzw. der behandelnde Arzt gemeinsam mit der Patientin bzw. dem Patienten. Zu dieser gemeinsamen Entscheidungsfindung – im Englischen: Shared Decision Making – gehört auch das Etablieren der medikamentösen Behandlung. Das Einbinden der Betroffenen in die Entscheidungsfindung verbessert nachweislich die spätere Therapietreue (Compliance).

Antidepressiva werden erst nach mehrwöchiger kontinuierlicher Einnahme wirksam.

Wie schnell wirken Antidepressiva?

Nach einem ersten Therapieversuch mit Antidepressiva kommt es nach vier bis sechs Wochen bei 50–70% der Patientinnen und Patienten zu einer deutlichen Besserung der depressiven Beschwerden. Spricht die Patientin bzw. der Patient trotz ausreichender Dosierung und ausreichend langer Einnahme nur ungenügend auf ein verordnetes Antidepressivum an, so kann dieses mit einem zweiten Medikament kombiniert oder es kann auf ein anderes Antidepressivum gewechselt werden.

Sie sollten Ihre Medikation nur in Absprache mit Ihrer behandelnden Ärztin bzw. Ihrem behandelnden Arzt absetzen oder die Dosis reduzieren.

Vorsicht beim Absetzen!
Antidepressiva sollten nicht vorzeitig abgesetzt werden. Wenn es einem besser geht, kommt es manchmal zu dem Trugschluss, man brauche das Medikament nicht mehr. Das kann jedoch einen Rückfall zur Folge haben! Nach einem halben Jahr Depressionsfreiheit kann überlegt werden, ob das Medikament schrittweise nach Rücksprache mit der Ärztin bzw. dem Arzt abgesetzt werden kann (Dosisreduktion über etwa vier Wochen) oder ob eine Langzeitmedikation notwendig ist.

Wichtig: Antidepressiva werden erst nach mehrwöchiger kontinuierlicher Einnahme wirksam (zumindest drei bis vier Wochen sollte bis zu einer Beurteilung abgewartet werden) – also ganz anders als z.B. ein Schlafmittel, das sofort wirkt.



→ Akuttherapie

Wenn Sie auf ein Antidepressivum neu eingestellt worden sind, dauert es mindestens zwei Wochen, bis Sie eine Wirkung bemerken, und bis zu drei oder vier Wochen, bis eine deutliche Besserung eintritt.

→ Erhaltungstherapie
Auch wenn Sie sich wieder wohlfühlen, sollten Sie das Antidepressivum zumindest vier bis sechs Monate weiter einnehmen, weil das Rückfallrisiko in diesen Monaten ansonsten besonders hoch ist.

→ Langzeittherapie zur Rückfallverhütung
Bei einer Langzeittherapie muss das Antidepressivum auch im Falle von Beschwerdefreiheit weiter eingenommen werden. Das ist vor allem dann wichtig, wenn Sie schon einen oder mehrere Rückfälle hatten – damit weitere Rückfälle nach Möglichkeit verhindert werden können.

Nebenwirkungen und Wechselwirkungen

Antidepressiva haben eine Reihe von möglichen Nebenwirkungen, die oft schon vor der Hauptwirkung auftreten oder sich auch erst im Laufe der Behandlung einstellen können. Nebenwirkungen sind zwar störend, aber meist in keiner Weise gefährlich.
Warum werden dann im Beipackzettel so viele abschreckende Nebenwirkungen angeführt? – Aus rechtlichen Gründen muss bei Medikamenten jede mögliche Nebenwirkung aufgezeigt werden, auch wenn diese noch so selten auftritt. Wer dadurch von einer Einnahme abgeschreckt wird, sollte sich mit seiner Ärztin bzw. seinem Arzt beraten. Dieses Gespräch kann Klarheit über die Häufigkeit bzw. Wahrscheinlichkeit und Relevanz solcher Nebenwirkungen bringen.

Antidepressiva machen nicht abhängig und führen auch nicht zu Persönlichkeitsveränderungen!

Manche Menschen scheuen sich sowohl in der Akuttherapie als auch in der Langzeittherapie, Antidepressiva zu nehmen, weil sie zwei Dinge befürchten:

1. Sie haben Angst, davon abhängig zu werden.
2. Sie glauben, durch die Einnahme käme es zu Persönlichkeitsveränderungen.

Das ist nicht der Fall!

→ Im Unterschied zu manchen Beruhigungs- oder Schlafmitteln führen Antidepressiva weder zu einer Gewöhnung noch ist mit der Zeit eine Steigerung der Dosis notwendig. Antidepressiva können sogar jahrelang ohne Abhängigkeitsrisiko eingenommen werden.

→ Antidepressiva verändern eine gesunde Persönlichkeit keineswegs. Allerdings helfen sie, die durch die Depression veränderten psychischen Funktionen zu normalisieren. Bei Gesunden haben Antidepressiva keine Wirkung (Irrglaube einer „Glückspille"), sondern sie beeinflussen nur die im Rahmen einer Depression gestörten Hirnfunktionen.

Wichtig ist auch, die mögliche Wechselwirkung mit anderen Medikamenten zu beachten (Verstärkung oder Abschwächung der Wirkung von Antidepressiva). Bei der Neueinstellung auf ein Antidepressivum muss man der Ärztin bzw. dem Arzt daher unbedingt mitteilen, welche anderen Arzneimittel regelmäßig angewendet werden. Am besten bringen Sie eine komplette Liste aller derzeit eingenommenen Medikamente mit in die Ordination.

Der gleichzeitige Konsum von Alkohol sollte vermieden werden, weil dadurch die Wirkung der Antidepressiva beeinträchtigt werden kann bzw. weil Nebenwirkungen mitunter verstärkt auftreten können.

Antidepressiva in der Schwangerschaft

Es gibt mittlerweile Antidepressiva, die auch in der Schwangerschaft eingenommen werden dürfen. Wichtig ist es, nach Möglichkeit bereits vor Eintritt einer Schwangerschaft – wenn es sich um eine geplante Schwangerschaft handelt – mit einer Fachärztin bzw. einem Facharzt für Psychiatrie die Medikation zu besprechen. Zudem sollte während der Schwangerschaft engmaschig Rücksprache mit der Fachärztin bzw. dem Facharzt gehalten werden.

Vorsicht bei Infos aus dem Internet

Viele Menschen suchen im Internet nach Informationen über ihre Erkrankung bzw. über die verordneten Medikamente. Doch manche Internetquellen liefern fehlerhafte Informationen und stellen Zusammenhänge, beispielsweise in Bezug auf Nebenwirkungen, verkürzt dar.

Tipp: Drucken Sie die Ergebnisse Ihrer Internetrecherche aus, oder notieren Sie sich Stichwörter der gefundenen Informationen und die Quellenangabe. Nehmen Sie diese Ausdrucke/Notizen zum Gespräch mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt mit. Diese bzw. dieser kann dann die Seriosität der Quelle und der Informationen aus ärztlicher Sicht mit Ihnen besprechen und Ihre Fragen beantworten.

Antidepressiva im Überblick

Medikamente gegen Depressionen unterscheiden sich durch ihren Wirkmechanismus. Man teilt sie in folgende Gruppen ein:

Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI)

SSRI bewirken, dass der Botenstoff Serotonin von der Nervenzelle, von der er abgegeben wurde, nicht wieder aufgenommen wird, somit länger im synaptischen Spalt (Spalt zwischen zwei Nervenzellen) bleibt und daher weiterhin für die Reizübertragung zur Verfügung steht. Damit wirken SSRI dem Serotoninmangel bei Depressionen entgegen.
Da die SSRI kaum Wirkungen auf andere Botenstoffe zeigen, werden sie oft auch besser vertragen als z.B. die trizyklischen Antidepressiva (TZA). Außerdem sind sie leichter zu dosieren als TZA (keine langsame Aufdosierung notwendig, morgendliche Einmalgabe ausreichend) und bei Überdosierung viel weniger gefährlich.

Mögliche Nebenwirkungen:
SSRI sind meist gut verträglich. Am Beginn der Behandlung können Magen-Darm-Beschwerden (Übelkeit, Durchfälle) auftreten, eventuell Unruhe, selten vermehrte Angst und Schlafstörungen. Auch sexuelle Funktionsstörungen (Orgasmusprobleme bei Frauen, verzögerter Samenerguss bei Männern) kommen vor. Die sexuelle Lust ist mitunter generell vermindert, was aber auch ein Zeichen der Depression sein kann.
SSRI sollten nicht plötzlich abgesetzt werden, weil es dann zu Schwindel, Kopfschmerz und Übelkeit kommen kann. Besser ist ein langsames Ausschleichen.

Selektive Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SSNRI)

Hier wird neben der Serotonin-Wiederaufnahme auch die Noradrenalin-Wiederaufnahme gehemmt, sodass beide Überträgersubstanzen angereichert werden.

Mögliche Nebenwirkungen:
Sie haben ähnliche Nebenwirkungen wie die SSRI, abhängig von der Dosis kann auch der Blutdruck ansteigen. Zudem kann es zu Mundtrockenheit, Herzklopfen, Verschwommensehen und Problemen beim Wasserlassen kommen.

Noradrenalin- und Serotonin-spezifische Antidepressiva (NaSSA)

Diese beeinflussen die Botenstoffe Serotonin und Noradrenalin über indirekte Mechanismen.

Mögliche Nebenwirkungen:
Die Einnahme kann mit einer Gewichtszunahme einhergehen.

Noradrenalin-Dopamin-Wiederaufnahmehemmer (NDRI)

Medikamente aus dieser Gruppe wirken vor allem auf den Noradrenalin- und Dopaminstoffwechsel. Ein Vorteil ist das Fehlen sexueller Nebenwirkungen.

Mögliche Nebenwirkungen:
Mögliche Nachteile sind das Auftreten von Schlafstörungen sowie eine eventuelle Senkung der Krampfschwelle.

Serotonin-Antagonist-und-Wiederaufnahmehemmer (SARI)

Antidepressiva dieser Gruppe kommen z.B. bei zusätzlicher Angst und Schlafstörungen zum Einsatz. Auch hier treten eher keine sexuellen Funktionsstörungen auf.

Mögliche Nebenwirkungen:
Müdigkeit (oft erwünscht am Abend), Mundtrockenheit, Kopfschmerzen.

Tri- und tetrazyklische Antidepressiva (TZA)

TZA sind die ältesten Antidepressiva, hier gibt es bereits reichlich Erfahrung in der Anwendung. Sie bewirken nicht nur eine Wiederaufnahmehemmung von Serotonin und Noradrenalin, sondern auch eine Blockade von Rezeptoren für andere Überträgersubstanzen im Gehirn. Diese zusätzlichen Wirkungen erklären einen Großteil der Nebenwirkungen von TZA.

Mögliche Nebenwirkungen:
Mundtrockenheit, Verschwommensehen, Verstopfung oder Schwierigkeiten beim Harnlassen (Achtung bei Prostatavergrößerung!), Erhöhung des Augeninnendrucks (Achtung bei grünem Star!) und Verwirrtheitszustände vor allem bei älteren Menschen. Daneben können Herz-Kreislauf-Probleme auftreten (plötzlicher Blutdruckabfall nach dem Aufstehen, Schwindel, Herzrhythmusstörungen – Achtung bei koronarer Herzerkrankung!). Einige TZA machen auch müde, was bei innerer Unruhe oder Schlafstörungen allerdings sehr hilfreich sein kann.

Beispiele für andere Antidepressiva

Selektive Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer: wirken stark aktivierend. **Mögliche Nebenwirkungen** sind u.a. innere Unruhe, Zittern oder Schwierigkeiten beim Harnlassen.

MAO-Hemmer: Diese Monoaminoxidase-Hemmer verstärken die Wirkung von Noradrenalin und Serotonin. **Mögliche Nebenwirkungen** sind u.a. Unruhe, Schwindel und Mundtrockenheit. Vorsicht bei der Einnahme weiterer Medikamente wegen möglicher Wechselwirkungen – immer Rücksprache mit der Fachärztin oder dem Facharzt für Psychiatrie halten!

Glutamat-Modulatoren (GM): wirken auf den Botenstoff Glutamat. **Mögliche Nebenwirkungen** sind hauptsächlich Übelkeit und Verstopfung.

Esketamin: zugelassen zur Behandlung von therapieresistenter (also mit anderen Medikamenten nicht erfolgreich behandelbarer) Depression. Der antidepressive Wirkeintritt erfolgt rasch. Wird in niedriger Dosierung intranasal, das bedeutet über die Nasenschleimhaut, verabreicht. Die Zeitintervalle der Einnahme werden individuell in Rücksprache mit der behandelnden Ärztin bzw. dem behandelnden Arzt festgelegt. **Mögliche Nebenwirkungen** sind u.a. Müdigkeit, kurzfristige Dissoziation (Gefühl der Unwirklichkeit), Blutdruckanstieg, Unruhe, Schwindel, Übelkeit, Verdauungsstörungen. Aufgrund des Nebenwirkungsprofils hat die Anbehandlung in Österreich im stationären Bereich zu erfolgen.

Johanniskraut wird oft bei leichter bis mittelschwerer Depression als Selbstmedikation eingenommen. Allerdings müssen auch die Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten beachtet werden.

Pflanzliche Wirkstoffe

Hier ist in erster Linie Johanniskrautextrakt zu nennen, der von Betroffenen oft im Sinne der Selbstmedikation eingenommen wird. Es muss aber vor allem auf die Wechselwirkungen mit einigen Arzneimitteln geachtet werden.

Wichtige Wechselwirkungen gibt es mit der Antibabypille (kann unwirksam werden) sowie mit Medikamenten zur Blutverdünnung und zur Epilepsiebehandlung, die in ihrer Wirkung vermindert werden können.



Wie finde ich die richtige Psychotherapeutin bzw. den richtigen Psychotherapeuten?

Die Ausübung der Psychotherapie ist in Österreich gesetzlich geregelt. Im April 2024 wurde vom Nationalrat ein neues Psychotherapiegesetz (PThG 2024) beschlossen, das seit 1. Jänner 2025 in Kraft ist.
Es gibt einerseits die Psychotherapie durch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Sie verfügen über eine fundierte, gesetzlich geregelte Ausbildung in einem anerkannten psychotherapeutischen Verfahren. Sie können aus unterschiedlichen Berufsfeldern kommen. Als gleichwertig gilt die psychotherapeutische Medizin (eine Diplomausbildung der Ärztekammer) durch Ärztinnen und Ärzte (Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, aber auch andere Ärztinnen und Ärzte).

Die Kosten für Psychotherapie sind unterschiedlich geregelt: Es gibt Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit Kassenvertrag, bei denen die Kosten vollständig von den Krankenkassen übernommen werden. Bei jenen ohne Kassenvertrag ist in vielen Fällen ein Kostenzuschuss durch die Kasse möglich.

Die Entscheidung, welche Psychotherapeutin bzw. welcher Psychotherapeut und welche Psychotherapierichtung für Sie geeignet sind, fällt sicher nicht leicht. Auch örtliche Erreichbarkeit und Finanzierbarkeit der Therapie spielen eine wichtige Rolle. Seit dem Psychotherapiegesetz 2024 ist Online-Psychotherapie per Videogespräch oder Telefon gesetzlich anerkannt und eine Option, die besonders bei langen Anfahrtswegen, Wartezeiten oder eingeschränkter Mobilität hilfreich sein kann. Auch Ihre Hausärztin bzw. Ihr Hausarzt oder eine Fachärztin bzw. ein Facharzt kann Sie bei der Wahl beraten.

Informationen und die offizielle Liste aller berechtigten Psychotherapeutinnen und -therapeuten finden Sie unter:

→ psychotherapie.ehealth.gv.at (offizielle Psychotherapeutenliste des Gesundheitsministeriums)
→ www.psyonline.at
→ www.psychotherapie.at

Wenn Sie nicht sicher sind, ob eine Therapeutin bzw. ein Therapeut für Sie persönlich die bzw. der richtige ist, sollten Sie am besten mehrere Erstgespräche vereinbaren.

Worauf Sie beim Erstgespräch achten sollten:

1. Haben Sie den Eindruck, dass die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut sich in Sie und Ihre Probleme einfühlen kann (Empathie), und erleben Sie eine Wertschätzung Ihrer Person?
2. Vermittelt Ihnen die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut einen ersten Eindruck, ob und wie sie oder er Ihnen helfen kann? (Kompetenz)
3. Können organisatorische Dinge geklärt werden, wie z.B. Einzel- oder Gruppentherapie, Therapierichtung, Häufigkeit der Sitzungen, Bezahlung und eventuelle Teil- oder Vollrefundierung durch die Sozialversicherungsträger?
4. Wenn Sie nach der ersten Stunde noch nicht sicher sind, geben Sie sich ruhig noch etwas Bedenkzeit, schlafen Sie eventuell eine Nacht darüber, sprechen Sie mit Vertrauenspersonen oder vereinbaren Sie ein weiteres Erstgespräch mit einer anderen Therapeutin bzw. einem anderen Therapeuten.

Behandlung durch Psychotherapie

Psychotherapie ist ein eigenständiges Heilverfahren für die Behandlung von psychischen Erkrankungen und Leidenszuständen. Sie kann unter anderem bei folgenden Problemen sinnvoll sein:

- → Depressionen
- → Ängste, welche die Lebensqualität einschränken
- → Belastende Zwangsgedanken und Zwangshandlungen
- → Süchte
- → Traumata und Posttraumatische Belastungsstörungen
- → Selbstwertproblematik
- → Schwierige Übergangssituationen (Orts- und Berufswechsel, Geburten, Menopause, Pensionierung)
- → Belastende Lebenssituationen, Verlusterfahrungen, Identitätskrisen
- → Probleme und Krisen in Partnerschaft und Familie
- → Schwere/chronische körperliche Erkrankungen

In Österreich gibt es 23 anerkannte Psychotherapieformen, für die die Österreichische Gesundheitskasse (teilweise) die Kosten übernimmt.

Nebenwirkungen von Psychotherapie

Ähnlich wie bei Medikamenten kann es auch bei Psychotherapie zu unerwünschten Wirkungen kommen. Mögliche Nebenwirkungen von Psychotherapie wurden leider lange nur wenig beachtet und untersucht. Erst in den letzten 10 Jahren hat sich die Forschung auch diesem wichtigen Thema gewidmet.

Solche negativen unerwünschten Wirkungen können unter anderem sein: eine vorübergehende Verstärkung der Symptome, Konflikte mit anderen Menschen wie Familienmitgliedern oder

Freundinnen und Freunden, Probleme am Arbeitsplatz, zu starke emotionale Bindung bis zur Verliebtheit an die Psychotherapeutin oder den Psychotherapeuten. Nebenwirkungen können auch bei fachlich korrekt durchgeführten Therapien auftauchen, sind also kein Hinweis darauf, dass die Therapie eventuell inkorrekt durchgeführt worden wäre.

Im Folgenden werden nur einige ausgewählte Formen der Psychotherapie dargestellt, die sich für die Behandlung der Depression eignen.

Die kognitive Verhaltenstherapie (KVT)

Die kognitive Verhaltenstherapie in der Depressionsbehandlung basiert auf folgenden Elementen:

Aufbau positiver Aktivitäten

Tätigkeiten, die individuell als angenehm wahrgenommen werden und sich auch positiv auf die Stimmung auswirken, werden abgegrenzt von Tätigkeiten, die man machen „muss". Ziel ist eine ausgewogene Beschäftigung mit beiden. In der Therapie wird gemeinsam eine Liste als angenehm erlebter Aktivitäten erarbeitet und ein Wochenplan dazu erstellt. Depressionsfördernde sowie depressionsreduzierende Tätigkeiten werden identifiziert und in ihrer Wirkung (kurzfristig wie langfristig) analysiert. Positive, freudvolle Aktivitäten werden identifiziert und bewusst in den Alltag integriert. Kleine, erreichbare Schritte sind dabei wichtiger als große Pläne. Jede bewältigte Aktivität stärkt das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten.

Achtsamkeit und Akzeptanz

Auch „Achtsamkeit" wird geübt, damit ist gemeint, auf eine bestimmte Art aufmerksam zu sein: bewusst, im gegenwärtigen Moment und ohne zu bewerten. Ergänzend dazu steht das

Konzept der „Akzeptanz“: schwierige Gedanken und Gefühle wahrzunehmen und zuzulassen, anstatt gegen sie anzukämpfen. Das klingt zunächst ungewohnt, denn wir sind gewohnt, negative Gedanken loszuwerden oder verdrängen zu wollen. Das Ziel ist jedoch, einen anderen Umgang mit belastenden negativen Gedanken zu finden.

Im Umgang mit künftigen Stimmungstiefs können folgende Sicht- und Herangehensweisen hilfreich sein:

- → Mut, Dinge zu ändern, auf die wir Einfluss haben („Selbstwirksamkeit“)
- → Gelassenheit, Dinge hinzunehmen, die wir nicht ändern können („Akzeptanz“)
- → Die Fähigkeit, das eine vom anderen unterscheiden zu können („Weisheit“)

Veränderung von kognitiven Prozessen

Unter kognitiven Prozessen versteht man Wahrnehmungen, Erwartungen, Anspruchshaltungen, Interpretationen und Bewertungen. Bei Menschen mit Depressionen sind diese oftmals verzerrt, überinterpretierend, negativ gefärbt („Schwarzsehen“), unlogisch oder katastrophisierend (= Fachausdruck für „immer das Schlimmste annehmen“). Das kann zu folgenden Gedanken und Annahmen führen:

- → **Kognitive Triade:** Darunter versteht man die Dreier-Kombination aus negativem Selbstbild, der Neigung, Erfahrungen stets negativ zu interpretieren, und pessimistischen Zukunftserwartungen.
- → **Automatische Gedanken** und reflexhafte, situationsgebundene Bewertungen, wie z.B. „Das schaffe ich nie!“ oder „Ich kann es keinem recht machen!“.
- → **Kognitive Grundannahmen:** Damit sind typische grundlegende Überzeugungen, persönliche Regeln und Werthaltungen gemeint, wie z.B. „Ich bin ein Versager!“, „Ich muss perfekt sein!“, „Mich sollen alle mögen!“.

Ziel ist es, im Zuge der Therapie negative, fehlerhafte und unlogische gedankliche Interpretationen zu erkennen und diese schrittweise zu verändern. Betroffene werden dabei durch folgende Methoden unterstützt: Selbstbeobachtung (bewusstes Wahrnehmen von Situationen, Gedanken und Gefühlen), Tagesprotokolle automatischer negativer Gedanken, Entkatastrophisieren (bewusstes Hinterfragen von übertriebenen Worst-Case-Szenarien) etc. Die Bearbeitung erfolgt durch gezieltes Hinterfragen negativer Gedanken, Überprüfung anhand eines Realitätstests (Was spricht dafür, was dagegen?) sowie durch das Finden von unverzerrten, konstruktiven Alternativen in Gedanken und Handlungen.

Verbesserung sozialer Fertigkeiten

- → Betroffene sollen sowohl die eigenen Wünsche und Ansprüche im sozialen Umfeld erkennen und in effektiver Weise zum Ausdruck bringen als auch die Wünsche anderer wahrnehmen und anerkennen und beides in Einklang bringen können.
- → Da Menschen, die an einer Depression erkrankt sind, ihr Umfeld häufig sehr negativ betrachten, entstehen Schwierigkeiten im sozialen Kontakt mit anderen. Im Rahmen der Therapie üben Betroffene daher das Äußern positiver Gefühle anderen gegenüber, z.B. Komplimente zu machen, Freude auszudrücken oder sich zu entschuldigen. Damit werden die Anerkennung und die Achtung sowohl der eigenen Person als auch anderer Personen im sozialen Umfeld schrittweise wieder gestärkt.
- → Wiederentdecken oder Verbessern der Fähigkeit, soziale Kontakte zu knüpfen und aufrechtzuerhalten. Dazu gehört auch, zuzuhören und auf das Gegenüber einzugehen sowie Themen von eigenem Interesse einzubringen.
- → Problemlösefähigkeiten trainieren, um mit schwierigen Alltagssituationen und Krisensituationen besser umzugehen.

Rückfallsprophylaxe (Rückfallverhütung)
Die wichtigsten psychotherapeutischen Maßnahmen in diesem Zusammenhang:

- → Frühzeitiges Erkennen erster Warnsignale und Symptome von Depression
- → Rechtzeitiges Erkennen depressionsauslösender Ereignisse und Belastungssituationen
- → Aufrechterhaltung und gezielte Steigerung positiver Aktivitäten
- → Selbstbeobachtung und Anwendung von Tagesprotokollen, wenn negative Gedanken erneut auftreten, um verzerrte Denkmuster frühzeitig zu erkennen und ihnen gegenzusteuern
- → Soziale Kontakte und ein soziales Netzwerk erhalten, aktivieren oder erweitern
- → Positive Planung und Gestaltung der Zukunft, orientiert an den eigenen Werten und Zielen

Tiefenpsychologische Therapieformen

Tiefenpsychologische Modelle gehen von der Grundannahme aus, dass menschliches Erleben von tiefen Kräften geformt wird. Diesen Modellen zufolge werden Krankheitsentstehung, -bewältigung und -verhalten von unbewussten Faktoren bestimmt.
Begründer der „Psychoanalyse“ ist der Arzt Sigmund Freud. Aus seiner Lehre entwickelten sich in weiterer Folge die Analytische Psychologie (nach Carl Gustav Jung), die Individualpsychologie (nach Alfred Adler) sowie die psychoanalytisch orientierten Therapien und Kurzzeittherapien.
Für die Langzeitbehandlung kommen zwei Modelle zur Anwendung:

- → **Psychoanalyse:** 4 Therapiesitzungen pro Woche mit nicht von vornherein begrenzter Zeitdauer (in der Regel mehrere Jahre)
- → **Psychoanalytische Psychotherapie:** 2 Sitzungen pro Woche mit nicht von vornherein begrenzter Zeitdauer (in der Regel über mehrere Jahre)

Daneben gibt es auch:

- → **Stützende psychoanalytische Psychotherapie:** eine oder mehrere Sitzungen pro Woche (unterschiedliche Dauer)
- → **Psychoanalytische Kurz- oder Fokaltherapie:** Stundenfrequenz und Behandlungsdauer werden individuell je nach Behandlungsschwerpunkt vereinbart.

Ein Beispiel für solch eine psychoanalytische Fokaltherapie, die speziell zur Behandlung von Depressionen entwickelt wurde, ist die interpersonelle Psychotherapie (kurz: IPT), die auf ***Seite 167*** ausführlicher dargestellt wird.

Systemische Therapie

Die systemische Therapie ist ein psychotherapeutisches Verfahren, das den Menschen nicht isoliert betrachtet, sondern immer als Teil eines Systems, beispielsweise Familie, Partnerschaft, Schule oder Arbeitsplatz, sieht.
Anstatt die betroffene Person allein als „Trägerin" bzw. „Träger" des Problems zu betrachten, richtet dieser Ansatz den Blick auf die Beziehungen zwischen allen Beteiligten, denn schwierige Beziehungen oder ungünstige Kommunikationsmuster können die psychische Gesundheit von Einzelnen erheblich beeinträchtigen.

Der Schwerpunkt in der systemischen Therapie liegt darauf, zu verstehen, welche Muster, Rollen und ungeschriebenen Regeln innerhalb der Familie oder eines anderen sozialen Umfelds dazu beitragen, dass ein Symptom entsteht oder bestehen bleibt, und wie sich die Dynamik verändern lässt.

Je nach Situation kann die Therapie als Einzelsitzung stattfinden oder Partnerin bzw. Partner, Familienmitglieder bzw. andere wichtige Bezugspersonen mit einbeziehen.

Klientenzentrierte Psychotherapie (früher auch Gesprächspsychotherapie)

Ein zentrales Element dieser Therapie bildet das Bedürfnis nach positiver Wertschätzung. Nur diejenigen, die bereits in ihrer Kindheit von den Bezugspersonen bedingungslose positive Wertschätzung erfahren haben, können sich im Erwachsenenalter mit höherer Wahrscheinlichkeit selbst ebenso bedingungslos akzeptieren. Das heißt, selbst wenn man erkannt hat, als Mensch nicht vollkommen zu sein, kann dennoch der eigene Wert als Person anerkannt werden.

Menschen, die diese Wertschätzung in der Kindheit nicht erfahren haben, fühlen sich hingegen auch als Erwachsene wertlos. Im Zuge der Therapie wird dementsprechend ein Klima der Unterstützung gefördert, in welchem man sich akzeptiert fühlt. Es werden die positiven Aspekte der menschlichen Natur hervorgehoben und nicht die Mängel. Gefühlsaspekte werden dabei stärker betont als die intellektuellen. Besonderes Augenmerk liegt auf dem „Hier und Jetzt" der Probleme.
Im Zentrum steht auch die Beziehung zwischen Patientin bzw. Patient (in der Psychotherapie auch als Klientin bzw. Klient bezeichnet) und Therapeutin bzw. Therapeut. Beim Verhalten der Therapeutin bzw. des Therapeuten sind nicht „Techniken" von Bedeutung, sondern eher menschliche Qualitäten wie emotionale Wärme, positive Wertschätzung, empathisches Verstehen und das Bemühen, dies der Klientin bzw. dem Klienten auch mitzuteilen.



Klinisch-psychologische Beratung

Die klinisch-psychologische Beratung durch Klinische Psychologinnen und Psychologen dient der Vermittlung von krankheitsspezifischem Wissen und Informationen über Krankheitsbild und Behandlungsmöglichkeiten. Sie unterstützt Betroffene dabei, ihre Erkrankung besser zu verstehen und Motivation sowie Zuversicht für den Genesungsweg aufzubauen. Sowohl Betroffene selbst wie auch deren Angehörige können dieses Angebot in Anspruch nehmen. Denn Depressionen wirken sich häufig auf Partnerschaft, Familie und das soziale Umfeld aus.

Klinisch-psychologische Behandlung

Die klinisch-psychologische Behandlung wird ebenfalls von Psychologinnen und Psychologen durchgeführt und stützt sich auf wissenschaftlich fundierte Methoden der Psychologie.

In der Behandlung von Depressionen wird dabei vor allem auf folgende Aspekte Wert gelegt:

- → Wiedererlangung bzw. Steigerung von Lebensqualität
- → Verbesserung der sozialen Kompetenz und Beziehungsfähigkeit
- → Vermittlung von Problemlösungs- und Konfliktbewältigungsstrategien
- → Erlernen von Entspannungstechniken
- → Vermittlung von Angstbewältigungsstrategien
- → Steigerung von Selbstvertrauen und Selbstsicherheit
- → Förderung bereits bestehender Stärken und Ressourcen
- → Entwickeln eines „Frühwarnsystems“ (Warnsignale wahrnehmen und angemessener Umgang damit)

Seit 2026 ist die klinisch-psychologische Behandlung in Österreich eine vollfinanzierte Kassenleistung. Weitere Informationen darüber finden Sie unter folgenden Links: https://www.boep.or.at/psychologische-behandlung/kassenplaetze-fuer-klinisch-psychologischen-behandlung oder www.psyhelp.at.

Die interpersonelle Therapie (IPT)

Die IPT stellt zwischenmenschliche Beziehungen in den Mittelpunkt. Die Grundannahme ist einerseits, dass Probleme in diesen Beziehungen an der Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Krankheiten beteiligt sind, und andererseits, dass die Lösung eines aktuellen zwischenmenschlichen Problems zu einer Verbesserung der Symptomatik führen kann.
Diese Probleme können in vier Bereiche unterteilt werden, die im Zuge der Therapie behandelt werden:

- → Unfähigkeit, bei einem Verlust verschiedene Trauerphasen zu durchleben
- → Konflikte mit Partnerinnen und Partnern, Angehörigen, Freundinnen und Freunden, Kolleginnen und Kollegen usw., die eine entscheidende Bedeutung für die Entstehung oder Aufrechterhaltung der Störung haben
- → Schwierigkeiten beim Verlassen einer alten Rolle bzw. beim Übergang in eine neue Rolle, wie z.B. bei der Geburt eines Kindes oder im Zuge einer Scheidung
- → Probleme hinsichtlich sozialer Verarmung, Einsamkeit und Isolation

Andere Behandlungsmöglichkeiten

Elektrokonvulsionstherapie (EKT)

Bei der EKT wird durch eine kurze elektrische Reizung des Gehirns ein Krampfanfall ausgelöst. Der Vorgang erfolgt in Narkose und wird in Zusammenarbeit von einer Psychiaterin oder einem Psychiater und von einer Anästhesistin oder einem Anästhesisten durchgeführt. Durch muskelerschlaffende Medikamente werden Muskelkrämpfe vermieden. Die EKT ist entgegen manchen Vorurteilen ein sehr sicheres und wirksames Verfahren bei sehr schweren Depressionen und wird üblicherweise im Spital durchgeführt, wobei insgesamt etwa 6 bis 12 Behandlungen (meist zwei- bis dreimal wöchentlich) erfolgen.

Entgegen vieler Vorurteile und vorhandenen Ängsten kann die Elektrokrampftherapie bei besonders schweren Depressionen sehr hilfreich sein.

Mögliche Risiken: das grundsätzliche Narkoserisiko.
Mögliche Nebenwirkungen: Es können vorübergehend Gedächtnisstörungen auftreten.
Gut zu wissen: Die öffentliche Meinung zur EKT ist durch den Film „Einer flog über das Kuckucksnest", in dem die EKT als Bestrafungsmaßnahme dargestellt wird, negativ besetzt. Bei sehr schweren Depressionen, die manchmal auch durch die völlige Energielosigkeit zu einer körperlichen Gefährdung führen (Betroffene essen und trinken nicht mehr, vernachlässigen sich selbst völlig) oder bei denen unmittelbare Suizidgefahr besteht, kann eine EKT jedoch sehr rasch zu einer deutlichen Besserung führen.

Neurostimulatorische Verfahren bei Depression

Neben der Elektrokonvulsionstherapie, die ein Standardverfahren im Rahmen der Behandlung schwerer Depressionen darstellt, werden noch weitere nicht-medikamentöse thera-

peutische Maßnahmen zur Behandlung herangezogen. Diese sind zwar wissenschaftlich belegt, haben aber in der Therapie teilweise noch experimentellen Charakter. Dazu gehören beispielsweise:

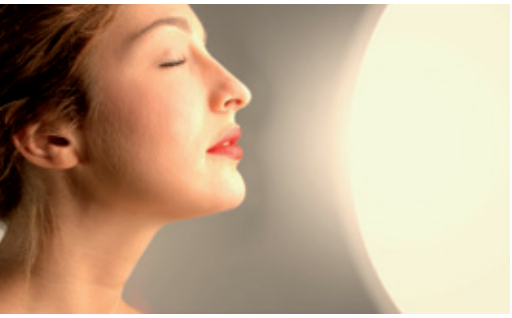
Transkranielle Magnetstimulation: Bei der repetitiven Transkraniellen Magnetstimulation (rTMS) wird eine Spule an der Kopfhaut angelegt (nicht-invasiv, d.h., ohne die Haut zu durchdringen). Diese Spule erzeugt elektromagnetische Impulse, welche die Hirnaktivität in den Bereichen regulieren, die für die Stimmung eine Rolle spielen. Die rTMS muss wiederholt durchgeführt werden. Es ist weder eine Narkose noch Muskelrelaxation (Muskelentspannung durch spezielle Medikamente) erforderlich. Es gibt bei der rTMS verschiedene Stimulationsformen und Weiterentwicklungen, die sich in der stimulierten Hirnregion sowie in Frequenz, Intensität und zeitlichen Intervallen des Magnetfeldes unterscheiden. **Die häufigsten Nebenwirkungen** sind u.a. lokale Missempfindungen im Bereich der Stimulation und vorübergehende Kopfschmerzen; sehr selten kann ein epileptischer Anfall ausgelöst werden.

Transkranielle Gleichstromstimulation (tDCS): Bei diesem Verfahren werden auf der Kopfhaut Elektroden angebracht (nicht-invasiv, d.h., ohne die Haut zu durchdringen). Über die Elektroden wird ein schwacher Gleichstrom appliziert. Dies verändert die Erregbarkeit von Nervenzellen und kann so eine antidepressive Wirkung erzielen. Eine Sitzung dauert ca. 20–30 Minuten; üblich sind 10–15 Stimulationen innerhalb von 2–3 Wochen. Als mögliche Nebenwirkungen könnten u.a. Hautreizungen und -verbrennungen unter den Elektroden sowie hypomane/manische Symptome auftreten.

Vagus-Nerv-Stimulation (VNS): Bei diesem invasiven Verfahren wird in einer kurzen neurochirurgischen Operation ein Stimulator implantiert. In der Folge werden über die nächsten Wochen die Stimulationsparameter durch in diesem Verfahren erfahrene Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie eingestellt. Mögliche Nebenwirkungen sind u.a. Veränderungen in der Stimme, Husten, Kurzatmigkeit, Nackenschmerzen, Schluckstörung, Verkrampfung der Stimmbänder, Hautkribbeln oder -brennen und Rachenentzündungen.

Weitere **experimentelle neurostimulative Verfahren** sind die Magnetkonvulsionstherapie, Tiefe Hirnstimulation, Craniale Hirnstimulation und die Transkranielle Wechselstromstimulation. Diese Verfahren könnten möglicherweise in Zukunft in der Depressionsbehandlung eine Rolle spielen.

Lichttherapie



Die saisonal abhängige Depression („Herbst-Winter-Depression“) ist durch depressive Symptome gekennzeichnet, die nur im Herbst und Winter auftreten und im Frühjahr wieder abklingen. Im Vordergrund der Beschwerden stehen neben der Energielosigkeit oft der Hunger nach Süßigkeiten, Gewichtszunahme und ein vermehrtes Schlafbedürfnis.

Für diese Erkrankungsform hat sich die Behandlung mit hellem Licht (wobei die UV-Strahlen herausgefiltert werden) in einer Intensität von 10.000 Lux als wirksam erwiesen. Die Patientinnen bzw. Patienten sollen täglich ca. 30 Minuten vor einer Lichttherapielampe sitzen und jede Minute für ein paar Sekunden in das Licht schauen. Eine Besserung ist innerhalb von zwei bis drei Wochen zu erwarten, die Behandlung sollte aber meist den ganzen Herbst bzw. Winter hindurch fortgeführt werden.

Mögliche Nebenwirkungen: Mit ernsthaften Nebenwirkungen ist nicht zu rechnen. Gelegentlich kommt es zu Augenbrennen, Kopfschmerzen, Übelkeit oder Unruhe.

Schlafentzugsbehandlung

Die Wirksamkeit von Schlafentzug erscheint vielen depressiven Menschen, die unter Schlafstörungen leiden, oft paradox. Tatsächlich zeigt sich jedoch, dass etwa zwei Drittel der Betroffenen auf diese Therapieform ansprechen und am Morgen nach einer schlaflosen Nacht oft beschwerdefrei sind. Dieser Effekt verschwindet allerdings meist nach dem nächsten Schlaf.
Die Durchführung erfolgt entweder als totaler Schlafentzug (über die ganze Nacht) oder als partieller Schlafentzug (in der zweiten Nachthälfte, Patientin bzw. Patient wird gegen ein Uhr früh geweckt und darf dann nicht mehr schlafen).
Diese Methode kann als Unterstützung einer Behandlung mit Antidepressiva eingesetzt werden, wenn diese keinen ausreichenden Erfolg gebracht hat bzw. wenn eine schnelle, kurzfristige Besserung angestrebt wird.

Soziotherapie und soziale Interventionen

Soziotherapie ist eine Form der Behandlung, die sich vor allem mit der Umgebung der bzw. des psychisch Kranken beschäftigt. Denn unsere Umgebung (Personen, Räume oder zeitliche Abläufe) beeinflusst unser Wohlbefinden und unsere Gefühlslage. Da dies auch bei Menschen mit Depressionen der Fall ist, kann man diesen Umstand therapeutisch nutzen. Soziotherapie hat also die zeitliche, räumliche und persönliche Gestaltung der Umgebung (auch als „Kontext“ bezeichnet) einer bzw. eines Kranken zum Ziel – sowohl in Institutionen wie Krankenhäusern oder Tageskliniken als auch in Bezug auf das tägliche Umfeld der Patientin bzw. des Patienten.

Unter anderem versucht die Soziotherapie, eine Atmosphäre zu schaffen, die sich auf die Heilungsvorgänge förderlich auswirkt und damit eine wesentliche Rahmenbedingung für andere therapeutische Maßnahmen (z.B. Psychotherapie, medikamentöse Therapie) schafft.

Andere Beispiele für Soziotherapie sind Tagesstrukturierung, Aktivierung der Patientin bzw. des Patienten, Kontaktstiftung und die Einbeziehung und Aufklärung von Angehörigen. Die zwischenmenschliche Unterstützung und Förderung gehen in manchen Bereichen fließend in spezifische psychotherapeutische Programme über. Häufig werden soziotherapeutische Interventionen unter anderem auch gemeinsam mit Ergotherapie und Physiotherapie eingesetzt. Die Wirksamkeit wurde in zahlreichen wissenschaftlichen Studien abgesichert.

Eine Behandlung mittels soziotherapeutischer Methoden kommt bei schweren und chronisch verlaufenden Depressionen zum Einsatz, während bei leichteren und mittelgradigen Depressionen derartige Therapien nur selten notwendig sind. Soziotherapeutische Interventionen können aber weder die psychotherapeutische noch die medikamentöse Behandlung ersetzen, sondern sind nur in Ergänzung sinnvoll.

Die Soziotherapie kommt z.B. in Form einer „Arbeitsassistenz“ auch in der beruflichen Rehabilitation zum Einsatz (siehe ab ***Seite 186***).

Ergotherapie

Die Ergotherapie ist eine Therapieform, die mittels handwerklicher Tätigkeiten den Zustand der bzw. des Kranken zu beeinflussen versucht. Bei Depressionen geht es vor allem darum, durch gezielte Aktivitäten den Antrieb, die Ausdauer, die Motivation und die Konzentration zu steigern. Ergotherapie kann außerdem zur Tagesstrukturierung eingesetzt werden und auf diese Weise den verminderten Antrieb stufenweise verbessern. So gelingt es oft auch, eine Steigerung der Belastbarkeit zu erreichen. Die Kranken können im Rahmen dieser Therapie erleben, dass es ihnen gelingt, Aufgaben sinnvoll und erfolgreich zu bewältigen. Dies stärkt das Selbstvertrauen und gibt Hoffnung für die Bewältigung der krankheitsbedingten Einschränkungen.

Durch Simulation arbeitsähnlicher Abläufe kann man den Kranken vor Augen führen, wie gut ihre Leistungsfähigkeit ist. Sie können aber auch erkennen, wo ihre derzeitigen Grenzen liegen und wann sie Pausen brauchen, um eine Überforderung zu vermeiden. Insofern hilft Ergotherapie bei einer besseren Selbsteinschätzung. Durch die Zusammenarbeit mit anderen werden zusätzlich kommunikative Fertigkeiten geübt. Für manche Betroffene ist es auch hilfreich, die eigene Kreativität wieder neu zu entdecken.



Ergotherapie wird als Einzel- und als Gruppentherapie angeboten und gehört zu den Standardverfahren in psychiatrischen Krankenhausabteilungen. Zu dieser Behandlung gehört z.B. das Arbeiten mit Ton, Holz, Farben, Stoff etc.

Physiotherapie und Bewegung

Ganz allgemein befasst sich die Physiotherapie mit dem Erhalt und der Wiederherstellung der Bewegungsfähigkeit bzw. der Vermeidung von Funktionsstörungen des Bewegungsapparates. Bei Menschen, die unter einer Depression leiden, kommen aber wesentliche andere Aspekte dazu.

Die Energie- und Antriebslosigkeit, die üblicherweise mit Depressionen einhergeht, kann durch gezielte körperliche Aktivierung schrittweise gebessert werden. Zudem zeigen aktuelle Studien, dass Bewegung sich auch positiv auf die Stimmungslage auswirken und so eine antidepressive Wirksamkeit entfalten kann. Allerdings kann Bewegung die medikamentöse und weitere Therapie einer Depression nicht ersetzen. Als Ergänzung ist sie jedoch auf jeden Fall sinnvoll.

Es ist allerdings wichtig, die Kranken nicht zu überfordern, sondern die körperlichen Anforderungen unter professioneller Anleitung schrittweise zu steigern. Da manche Kranke sich wegen ihrer Depression längere Zeit wenig bewegt haben, ist oft auch die körperliche Fitness vermindert – auch das muss berücksichtigt werden.

Treten im Rahmen einer Depression körperliche Beschwerden wie Druckgefühl im Magen, Kopfschmerzen, Beengtheit im Hals, Druckgefühl in der Brust, Herzrasen oder Atemnot auf, können Übungen zur Körperwahrnehmung hilfreich sein. Muskelverspannungen als Begleiterscheinung einer Depression lassen sich durch physiotherapeutische Übungen lösen. Leidet eine Patientin bzw. ein Patient unter innerer Unruhe, sind gezielte Entspannungsübungen hilfreich.

Selbsthilfemaßnahmen

Wie bei allen Erkrankungen ist auch in der Behandlung der Depression die Mitarbeit der Betroffenen sehr hilfreich. Selbsthilfemaßnahmen können die psychotherapeutische und/oder medikamentöse Behandlung unterstützen.

Sport und Bewegung

Wie bei Gesunden fördert Sport auch bei Menschen mit psychischen Belastungen und Erkrankungen Ausdauer, Beweglichkeit, Koordination, Konzentration, Körperwahrnehmung und insbesondere bei Gruppenangeboten Selbstbewusstsein und soziale Kompetenzen. Sport lenkt von negativen Empfindungen und Wahrnehmungen ab und hilft, Aggressionen abzubauen. Ebenso können Energie- und Antriebslosigkeit durch körperliche Aktivierung gebessert werden (siehe „Physiotherapie“, ***Seite 174***), wobei jedoch vermieden werden muss, sich zu überfordern. Aus diesem Grund kann unter Umständen eine professionelle Begleitung durch eine Physiotherapeutin bzw. einen Physiotherapeuten oder eine Sporttrainerin bzw. einen Sporttrainer sinnvoll sein.

Regelmäßiger, maßvoller Ausdauersport, wie z.B. Lauftraining, kann bei leichten bis mittelschweren Depressionen eine positive Wirkung zeigen. Sport allein kann zwar keine Depression heilen oder der Krankheit vorbeugen, stellt aber auf jeden Fall eine sinnvolle Ergänzung anderer Behandlungsmethoden dar. Auch wirkt sich Sport bei vielen Begleiterkrankungen der Depression (Diabetes, Herz-Kreislauf-Probleme) günstig aus und kann Risikofaktoren reduzieren.

Die Einnahme von Medikamenten stellt keinen Hinderungsgrund für moderates Ausdauertraining dar. Im Einzelfall ist lediglich zu beachten, dass Psychopharmaka Schnelligkeit und Koordinationsvermögen beeinflussen können.

So ernähren Sie sich richtig: 1,5–2 Liter Flüssigkeit, viel Gemüse und Obst, reichlich Vollkornprodukte, fettarme Milchprodukte, wenig Fleisch, mehr Fisch, wenig Süßes und Fettes.



Die österreichische Ernährungspyramide: © Bundesministerium für Gesundheit

Ernährung

Die Ernährung ist ein wichtiges Element, allerdings kann sie einer Depression nicht vorbeugen und diese auch nicht heilen. Es wird beispielsweise immer wieder berichtet, dass Schokolade gegen Depressionen helfen soll. Als Grund dafür wird angeführt, dass die Kakaobohne viel Tryptophan enthält, welches die körpereigene Produktion von Serotonin ankurbeln würde. Serotonin ist einer jener Botenstoffe im Gehirn, der bei einer Depression aus dem Gleichgewicht gerät. Um durch Schokolade eine stimmungsaufhellende Wirkung zu erzielen, müsste man allerdings täglich mehrere Kilo davon essen …

Ähnlich verhält es sich bei vielen anderen Vorschlägen, eine Depression durch entsprechende Ernährung zu vermeiden: Sie funktionieren in der Realität nicht.

Obwohl es nicht möglich ist, diese Krankheit durch bestimmte Nährstoffe zu beeinflussen, ist es für Menschen mit einer Depression trotzdem wichtig, sich gesund zu ernähren. Denn Depressionen gehen häufig mit Ernährungsstörungen einher. So haben viele Menschen mit Depressionen einen verminderten Appetit (siehe auch „Symptome“, ***Seite 42***), was oft zu einer unfreiwilligen Gewichtsabnahme führt. Mit dem Abklingen der Symptome normalisieren sich auch Appetit und Körpergewicht wieder. Hier sind keine besonderen Ernährungsmaßnahmen nötig, außer auf eine ausgeglichene Ernährung zu achten, um einem Nährstoffmangel vorzubeugen.

Vereinzelt gibt es Betroffene, deren Appetit während einer Depressionsepisode gesteigert ist und die daher an Gewicht zunehmen. Auch manche Medikamente können als Nebenwirkung eine Gewichtszunahme hervorrufen. Deshalb ist es wichtig, solche Gewichtsveränderungen mit der Ärztin bzw. dem Arzt zu besprechen. Sie bzw. er kann nötigenfalls andere Medikamente verordnen, um diese Nebenwirkung hintanzuhalten.
Da Menschen mit einer Depression häufig zusätzlich unter körperlichen Krankheiten wie Diabetes oder Herzerkrankungen leiden und Übergewicht das Risiko für solche Krankheiten deutlich erhöht, ist eine Gewichtszunahme zu vermeiden. Hier gelten im Normalfall die üblichen allgemeinen Ernährungsvorschläge, die im Folgenden nur kurz erwähnt werden:

- → Essen Sie fett-, zucker- und salzreiche Lebensmittel möglichst selten.
- → Essen Sie täglich 5 Portionen Gemüse und Obst, idealerweise mehr Gemüse als Obst.
- → Essen Sie täglich Getreide, Brot, Nudeln, Reis oder Erdäpfel.
- → Essen Sie täglich 2 Portionen (fettarme) Milch bzw. Milchprodukte, Öle, Fette/Nüsse und Samen.
- → Essen Sie pro Woche mindestens 3 Portionen Hülsenfrüchte und 3 Eier.
- → Essen Sie pro Woche maximal 1 Portion Fleisch oder Wurst (möglichst fettarm).
- → Essen Sie pro Woche 1 Portion Fisch oder 1 Portion Fleisch oder Fisch.
- → Trinken Sie täglich mindestens 1,5–2 Liter Flüssigkeit, bevorzugt energiearme Getränke in Form von Wasser, Mineralwasser oder ungesüßten Tees.

Mehr Informationen über richtige Ernährung finden Sie unter:
https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Ernährung/Österreichische-Ernährungsempfehlungen-NEU.html

Krankheitsbewältigung und Selbsthilfe

Genießen, Wohlfühlen, Kontakte, Entspannung – all das ist für seelisch gesunde Menschen eine Selbstverständlichkeit. Für Menschen mit Depressionen sind dies Selbsthilfestrategien zur Stärkung der eigenen Ressourcen, die aber meist erst neu oder wieder erlernt werden müssen.

Lernen Sie genießen!

Ein Hauptproblem vieler Menschen, die an Depressionen leiden, besteht darin, dass sie nichts mehr genießen können. Selbst Dinge, die ihnen früher großes Vergnügen und Freude bereitet haben, werden nicht mehr so erlebt. Hier kann zum Beispiel ein Genusstraining hilfreich sein, bei dem es darum geht, alle Sinne (Riechen, Schmecken, Sehen, Hören, Tasten) zu aktivieren. Die Wahrnehmung wird sensibilisiert, die Entspannung im Alltag gefördert und positive Energie empfunden.

Genussregeln:

→ Genuss braucht Zeit.
→ Genuss muss erlaubt sein.
→ Genuss geht nicht „nebenbei".
→ Wissen, was einem guttut – jedem das Seine.
→ Weniger ist mehr.
→ Ohne Erfahrung, was einem guttut, kein Genuss.
→ Genuss ist alltäglich.
→ Bewusste Genusspausen steigern den Genuss.

Dabei geht es auch darum, „Wohlfühlmomente" zu identifizieren und in den Alltag bewusst einzubauen. Dies können ganz unterschiedliche Dinge sein, die die Sinne positiv anregen.

„Wohlfühlmomente“ schaffen und bewusst erleben:

- → Die Wärme der Sonne im Gesicht spüren
- → Den ersten Schluck Kaffee oder Tee am Morgen bewusst genießen
- → Einen kurzen Spaziergang an der frischen Luft machen
- → Musik hören, die die Stimmung hebt
- → Einen Podcast hören, der einen interessiert oder zum Lachen bringt
- → Sich an einem Tier erfreuen, ob am eigenen Haustier oder an Tieren in der Natur
- → Einem Menschen eine kleine Freude bereiten
- → Ein warmes Bad oder eine heiße Dusche genießen
- → Ein Buch oder eine Zeitschrift lesen oder ein Hörbuch hören, das man mag
- → Einen Film oder eine Serie ansehen, auf die man sich freut
- → Etwas Selbstgekochtes oder -gebackenes essen
- → Per Videoanruf mit jemandem in Kontakt bleiben
- → Einen Moment innehalten und drei Dinge bewusst wahrnehmen, die gerade schön sind

Knüpfen Sie Kontakte!

Beziehungen zu anderen Menschen, regelmäßige soziale Kontakte sind sowohl für die seelische als auch für die körperliche Gesundheit von großer Bedeutung. Während einer depressiven Episode fällt dies den meisten Betroffenen jedoch besonders schwer. Folgende Tipps können zur Erhaltung sozialer Beziehungen hilfreich sein:

- → Teilen Sie sich Freundinnen und Freunden sowie Verwandten mit. Sprechen Sie darüber, wie es Ihnen geht, und bitten Sie gegebenenfalls um Hilfe.
- → Versuchen Sie ganz bewusst, soziale Aktivitäten aufrechtzuerhalten, auch wenn Sie sich zunächst nicht danach fühlen. Verabreden Sie sich zum Kaffeetrinken, begleiten Sie eine Freundin oder einen Freund ins Kino, ein Konzert oder ins Theater, auch wenn Sie keine Lust dazu haben.

- → Anderen etwas Gutes zu tun, kann Freude machen und Sinn stiften.
- → Versuchen Sie gezielt, in einem Kurs, einem Verein o.Ä. neue Leute kennenzulernen.
- → Besuchen Sie eine Selbsthilfegruppe und lernen Sie von anderen Betroffenen, wie diese mit ihrer Situation umgehen und welche Strategien sie entwickeln, um sich selbst zu helfen.

Faulenzen als Strategie

Faulheit ist grundsätzlich in unserer Leistungsgesellschaft äußerst negativ belegt. Aber wir alle brauchen zwischendurch Phasen, in denen wir uns erlauben, „faul" zu sein. Überdenken Sie daher Ihre Einstellung zu Faulheit mit folgenden Fragen und Maßnahmen:

Wofür ist Faulsein gut?
Luft holen, Kraft schöpfen, regenerieren, gesund bleiben …

Was bereitet Ihnen beim Faulenzen besonders viel Freude?
Vogelstimmen lauschen, tagträumen, ein Bild malen, Musik hören, singen …

Wie nehme ich mir „Faul-"Zeit?
Legen Sie diese pro Tag und Woche als fixen Termin fest und halten Sie sich daran. Machen Sie nur in besonderen Fällen eine Ausnahme!

Wie bereite ich den Müßiggang vor?
Für viele erfordert Faulenzen viel Übung, deshalb vollziehen Sie es wie ein Ritual! Legen Sie schon vorab fest, auf welche Weise und wo Sie faul sein wollen, und räumen Sie alle Hindernisse aus dem Weg.

Achten Sie auf sich selbst!

- → Tun Sie sich jeden Tag ganz bewusst etwas Gutes! Planen Sie einen Kinobesuch, üben Sie Ihren Lieblingssport aus, legen Sie Ihre Lieblingsmusik auf, nehmen Sie sich Zeit für ein entspannendes Bad etc.
- → Gehen Sie jeden Tag ins Freie und tanken Sie Sonne und Frischluft. Auch die reine Luft bei Regen kann guttun!
- → Achten Sie auf regelmäßiges und gesundes Essen.
- → Versuchen Sie, in der Nacht 6 bis 8 Stunden zu schlafen.
- → Halten Sie Ihren Stress in Grenzen.
- → Denken Sie jeden Tag darüber nach, was es Positives in Ihrem Leben gibt und wofür Sie dankbar sein können.
- → Genießen Sie etwas Kreatives (Kunst, Kultur, Literatur etc.) oder versuchen Sie, selbst etwas bewusst zu tun oder zu erschaffen (Handwerk, Töpfern, Malen, Schreiben etc.).
- → Vermeiden Sie Überforderung.
- → Üben Sie, sich zu entspannen! Dafür stehen verschiedene Techniken wie das autogene Training oder die Muskelentspannung nach Jacobson zur Verfügung.

Lassen Sie Hilfe zu!

Erkennen Sie, wenn Sie mehr Hilfe benötigen, und gestehen Sie sich dies auch ein.

Wenn Sie allein nicht mehr weiterwissen, wenden Sie sich so rasch wie möglich an eine Ärztin bzw. einen Arzt oder eine Psychotherapeutin bzw. einen Psychotherapeuten!

Rehabilitation

In manchen Fällen verlaufen Depressionen leider trotz ausreichender ärztlicher und psychotherapeutischer Behandlung nicht so günstig: Es häufen sich kürzere oder längere Krankenstände und mitunter ist auch eine vorzeitige Pensionierung aus Krankheitsgründen im Gespräch.
Die Zuerkennung von Frühinvalidität wegen psychischer Erkrankung hat in den letzten Jahren massiv zugenommen: 2011 waren psychische Erkrankungen bereits die häufigste Ursache für eine Invaliditätspension. Auch haben die Krankenstandstage aufgrund von psychischen Erkrankungen zugenommen, obwohl fast alle anderen Krankheiten als Ursache für Krankenstandstage zurückgegangen sind. Als ein Faktor dafür werden vermehrte berufliche und psychosoziale Belastungen diskutiert.

Welche Hilfe gibt es bei häufigen und/oder längeren Krankenständen?

Wenn es wegen Ihrer Depressionen vermehrt zu Krankenständen kommen sollte, steht Ihnen ein Informations- und Beratungsangebot für Personen und Betriebe zur Verfügung, welches aufgrund des Arbeits- und Gesundheitsgesetzes vom 1. 1. 2011 ins Leben gerufen wurde: ***fit2work*** (*www.fit2work.at*) ist ein gemeinsames Projekt des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Arbeitsmarktservice, Arbeitsinspektorat, Bundessozialamt, Pensionsversicherungsanstalt (PVA), Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA) und den Krankenversicherungsträgern, welches österreichweit stufenweise seit Herbst 2011 umgesetzt wird.
fit2work organisiert die Angebote verschiedener Partnerinstitutionen zu individuellen Lösungen, die auf die Problemlage abgestimmt sind. Durch die Beratungsleistung



fit2work berät und unterstützt.

von fit2work soll bereits in einem frühen Stadium erkannt werden, ob Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer Gefahr laufen, invalid zu werden. Sogenannte „Case Managerinnen" bzw. „Case Manager" begleiten die Betroffenen während des gesamten Prozesses und ermöglichen ihnen im Bedarfsfall auch den Zugang zu den Rehabilitationsleistungen der zuständigen Stellen und weiteren Beratungseinrichtungen.
Das Ziel von fit2work sind die Verbesserung des Gesundheitszustandes und, damit verbunden, der nachhaltige Verbleib bzw. die Wiedereingliederung der Betroffenen in den Arbeitsprozess. Ebenso werden Betriebe speziell beraten, um Arbeitsplätze gesünder zu gestalten (*https://www.fit2work.at/artikel/fit2work-fuer-betriebe*).

Wie kann man eine vorzeitige Pensionierung durch die Krankheit verhindern?

Um vorzeitigen Pensionierungen vorzubeugen, soll nach dem Motto „Reha vor Pension" in Österreich durch gezielte Rehabilitation gegengesteuert werden. Dazu sind in den letzten Jahren in Österreich bundesweit neue medizinische Rehabilitationszentren entstanden.

Medizinische Rehabilitation

Diese umfasst einen ganzheitlichen Ansatz. Über die Behandlung der Krankheit hinaus werden auch andere, damit in Zusammenhang stehende Faktoren berücksichtigt, um einen bestmöglichen Rehabilitationserfolg zu erzielen und die weitere Teilnahme am gesellschaftlichen und beruflichen Leben zu ermöglichen.

Die medizinische Rehabilitation ist in Österreich seit 1992 (32. ASVG-Novelle) eine Pflichtaufgabe der **Pensionsversicherung,** teilweise auch der **Krankenversicherung** und der **Unfallversicherung.**

Zur Klärung der Notwendigkeit und der Zielsetzung einer Maßnahme der medizinischen Rehabilitation werden die **Rehabilitationsbedürftigkeit** (drohende oder bereits manifeste Beeinträchtigung der Teilnahme am sozialen und beruflichen Leben), die **Rehabilitationsfähigkeit** (körperliche und psychische Verfassung) und die **Rehabilitationsprognose** (medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage über den Erfolg der Rehabilitation) geprüft.

Generelles Ziel der medizinischen Rehabilitation ist es, die drohenden oder bereits manifesten Beeinträchtigungen durch frühzeitige Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen abzuwenden, zu beseitigen oder zu mildern.

Die Ziele im Detail:

- → Verbesserung psychischer Funktionen (Reduktion von Angst, Stärkung der Konzentration, Stimmungsaufhellung …)
- → Verbesserungen im Bereich Aktivitäten und Teilhabe am Gesellschafts- und Berufsleben (Kommunikationsfähigkeit, soziale Kompetenz, Problemlösefertigkeiten, Stressbewältigung, Krankheitsbewältigung …)
- → Änderungen im Bereich jener Faktoren, die mit der Depression zusammenhängen (soziale Integration, Lebensstiländerung, Abbau von Risikoverhalten …)

Die medizinisch-psychiatrische Rehabilitation kann sowohl stationär als auch ambulant stattfinden.
Die Reha erfolgt im multiprofessionellen Team (Expertinnen und Experten aus mehreren Fächern sind beteiligt) unter fachärztlicher Leitung. Es wird ein individuelles Therapieprogramm unter Berücksichtigung biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren durchgeführt. Der Schwerpunkt der Behandlung liegt auf einzel- und gruppentherapeutischen Aktivitäten sowie medikamentösen Maßnahmen.

Wer kommt für eine Rehabilitation infrage?

Zielgruppe sind Menschen mit psychischer Krankheit, die entweder noch im Arbeitsprozess stehen oder arbeitslos sind, sich im Langzeitkrankenstand befinden oder um Berufsunfähigkeits- bzw. Invaliditätspension angesucht oder diese befristet bewilligt bekommen haben.
Die Zuweisung zur medizinischen Rehabilitation erfolgt mittels Antrag auf Rehabilitation beim zuständigen Sozialversicherungsträger durch die behandelnde Ärztin bzw. den behandelnden Arzt.

Stationäre oder ambulante Rehabilitation?

Vorteile einer meist sechswöchigen **stationären Reha:**

- → Herausnahme aus einem belastenden Milieu mit „Verschnaufpause“
- → Möglichkeit einer Neuorientierung ohne gleichzeitige Konfrontation mit „Altlasten“

Ein **Nachteil** ist die Entfernung vom Wohnort, wodurch das Ineinandergreifen von medizinischer und beruflicher Rehabilitation nicht möglich ist. Das Einüben von alltagsnahen Bewältigungsstrategien ist somit schwieriger, Gelerntes kann nicht vor Ort erprobt werden.



Bei der ambulanten Rehabilitation sollte die tägliche Fahrzeit eine Stunde nicht überschreiten.

Vorteile einer sechswöchigen ambulanten Reha:

- → Bessere Integration der Reha in den Alltag der Betroffenen
- → Mehr Arbeitsorientierung durch die tägliche Fahrt von zu Hause in die Ambulanz
- → Übungsmöglichkeiten vor Ort bzw. alltagsnahes Training
- → Ein unterstützendes häusliches Umfeld kann genutzt werden.
- → Die Erfüllung nicht delegierbarer häuslicher Pflichten (Kinderbetreuung, Pflege von Familienmitgliedern etc.) ist möglich.
- → Bessere Koordinationsmöglichkeit im Hinblick auf die ärztliche und/oder psychotherapeutische Weiterbetreuung oder Anbindung an andere weiterbetreuende Institutionen.

Nachteil einer ambulanten Reha:

Diese ist nur möglich, wenn eine gute Erreichbarkeit der ambulanten Einrichtung gegeben ist (die tägliche Fahrzeit sollte eine Stunde nicht überschreiten), und kommt daher eher in städtischen Ballungszentren infrage.

Die medizinische Rehabilitation kann als notwendige Vorstufe vor beruflichen Reha-Maßnahmen gesehen werden (bei denen eine ausreichende psychische Stabilität und berufsbezogene Motivation Voraussetzung ist), kann aber auch direkt zu einer beruflichen Tätigkeit führen.

Berufliche Rehabilitation

Die berufliche Rehabilitation fällt in den Zuständigkeitsbereich des AMS (Arbeitsmarktservice), der PVA (Pensionsversicherungsanstalt), der AUVA (Allg. Unfallversicherungsanstalt) oder aber auch des Bundessozialamtes. Verschiedene Institutionen bieten seit mehr als 30 Jahren Menschen mit kör-

perlichen oder psychischen Behinderungen, die ihren Beruf nicht mehr ausüben können, vielfältige Unterstützungsmöglichkeiten an: Berufsorientierung, Trainingsmaßnahmen, Umschulung, Jobassistenz oder geschützte Arbeitsplätze.

Informationen zur beruflichen Rehabilitation finden Sie hier:

- → https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/kur-reha/berufliche-rehabilitation.html
- → https://www.pv.at/web/reha-und-praevention/berufliche-rehabilitation
- → https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/?contentid=10007.846042
- → https://auva.at/auva-ihre-leistungen/leistungen-auf-einen-blick/rehabilitation/berufliche-rehabilitation

Die **Reha-Planung** beinhaltet ein Reha-Assessment (differenzierte individuelle Standortbestimmung) und eine Berufspotenzialanalyse (ganzheitliche Abklärung und Orientierung).

Die **Reha-Trainingsmaßnahmen** dienen in erster Linie der Kompetenzentwicklung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Bereich Ausbildung und im Erwerb von sozialen Schlüsselqualifikationen.

Reha-Kombinationen beinhalten Elemente von Reha-Planung und Reha-Training und eignen sich besonders als Basisangebote für Personen mit psychischer Problematik. Neben Diagnostik der Persönlichkeit und der sozialen Kompetenzen, medizinischer Beratung, Leistungsdiagnostik, berufsspezifischer Grund- und Spezialabklärung sowie beruflicher Perspek-

tivenentwicklung zielen die Reha-Kombinationen verstärkt auf Elemente zur psychischen Stabilisierung ab.
Auch Arbeitstraining und Maßnahmen zur Berufsvorbereitung sind Teil einer solchen Reha-Kombination. Reha-Ausbildungen mit Lehrabschlussprüfung werden vor allem im kaufmännischen und technischen Bereich angeboten.

Arbeitsassistenz

Bei schweren und lang andauernden Depressionen können neben der üblichen beruflichen Rehabilitation auch die soziotherapeutischen Maßnahmen („Soziotherapie" siehe ***Seite 171/172***) der sogenannten „Arbeitsassistenz" nötig sein.
Die Arbeitsassistenz (*https://www.neba.at/anbieterinnen/liste/arbeitsassistenz*) ist eine seit 1994 im Gesetz verankerte Dienstleistung. Kernauftrag ist die Beratung und Begleitung von Menschen mit Behinderungen/Erkrankungen zur Erlangung und Sicherung von Arbeitsplätzen. Dabei geht es im weitesten Sinn um eine Begleitung beim (Wieder-)Einstieg ins Arbeitsleben, wenn die bzw. der Kranke zuvor für längere Zeit krankheitsbedingt nicht arbeitsfähig war. Dazu können unter Umständen auch Gespräche mit der Arbeitnehmervertretung oder Vorgesetzten gehören (sofern die bzw. der Kranke damit einverstanden ist). Die Begleitung durch die Arbeitsassistenz beinhaltet auch Hilfestellungen beim Kontakt mit sozialen und medizinischen Dienstleistern, Behörden, Fördergebern und anderen Kooperationspartnern.
Das Dienstleistungsangebot der Arbeitsassistenz richtet sich sowohl an Menschen mit Behinderungen/Erkrankungen als auch an Betriebe und Unternehmen, die diese Menschen beschäftigen bzw. bereit sind, diese zu beschäftigen.

Rückfälle erkennen und vermeiden

Wenn man einmal eine depressive Episode hatte, liegt die Gefahr für das neuerliche Auftreten einer Depression irgendwann im Laufe des Lebens bei mehr als 50%. Allerdings können dazwischen oft viele Jahre liegen.
Das Rückfallrisiko ist besonders dann gegeben, wenn die oder der Betroffene nach einer depressiven Krankheitsepisode nicht ganz gesund geworden ist und Restsymptome wie Energielosigkeit, Schlafstörungen oder verminderte Belastbarkeit weiter vorhanden sind.

Wann wird vorbeugend behandelt?

Üblicherweise wird bei der medikamentösen Therapie einer ersten depressiven Episode die Behandlung zumindest über sechs Monate nach der Akuttherapie in gleicher Dosierung fortgesetzt. In der Folge kann die Behandlung langsam ausgeschlichen werden, das heißt, die Dosis wird schrittweise reduziert. Die Ärztin bzw. der Arzt wird zunächst das eventuelle Auftreten einer zweiten Krankheitsepisode abwarten, ehe sie bzw. er entscheidet, ob eine vorbeugende Medikation gegeben werden sollte.



Bei ersten Anzeichen eines Rückfalls gleich einen Arzt oder eine Ärztin aufsuchen!

Wichtige Kriterien für eine vorbeugende Behandlung sind:

- → Die Zeitspanne zwischen der ersten und der zweiten Episode
- → Der Schweregrad der Depression inklusive Suizidgefährdung
- → Restsymptomatik nach der ersten Episode
- → Familiäre Belastung für psychische Erkrankungen
- → Begleiterkrankungen wie Angsterkrankungen oder Sucht

Treffen mehrere der genannten Kriterien zu und tritt eine zweite Episode innerhalb von fünf Jahren auf, ist eine vorbeugende Medikation angemessen. Ansonsten erfolgt diese Maßnahme erst bei drei Episoden innerhalb von fünf Jahren.

Medikamente zur Vorbeugung bzw. Rückfallverhütung

Zur **medikamentösen Behandlung** eignen sich auch in der Vorbeugung in erster Linie die Antidepressiva aus der Akutphase in der dort wirksamen Dosis. Bei ungenügendem Ansprechen können zusätzlich Stimmungsstabilisatoren wie Lithiumsalze, Carbamazepin, Valproinsäure oder Lamotrigin gegeben werden sowie auch bestimmte atypische Antipsychotika (Quetiapin).

Psychotherapeutische Maßnahmen können ebenso helfen, Rückfälle zu verhindern. Psychotherapie ist auch bei Bestehen einer Restsymptomatik zusätzlich zur Medikamentengabe in der Reduktion von Rückfällen wirksam.

Achten Sie auf erste Warnsignale wie Müdigkeit oder Interessenverlust!

Frühwarnsymptome erkennen

Wichtig ist, rechtzeitig die Entwicklung einer neuen depressiven Episode zu erkennen und entsprechende Gegenmaßnahmen (medikamentös und psychotherapeutisch) zu ergreifen. Hier sollten Sie gut über die Symptome einer Depression Bescheid wissen und aus der Erfahrung früherer Depressionen auf individuell unterschiedliche sogenannte Frühwarnsymptome – wie Schlafstörungen, Müdigkeit, Interessenabnahme, Neigung zum Grübeln, verstärkte Selbstkritik – achten (ohne aber in andauernde ängstliche Selbstbeobachtung zu verfallen).

Überlegen Sie sich schon vorher, wie Sie vorgehen, wenn Sie solche Frühwarnsymptome bemerken (Kontakt zu Angehörigen, Therapeutinnen und Therapeuten), damit Fachleute rechtzeitig intervenieren können.

Versuchen Sie, auch im Gespräch mit Ihrer Ärztin bzw. Ihrem Arzt oder Ihrer Psychotherapeutin bzw. Ihrem Psychotherapeuten herauszufinden, welche Risikofaktoren (Stressfaktoren?) bei Ihnen für die Auslösung und Aufrechterhaltung von Depressionen eine Rolle spielen und wie Sie in Zukunft lernen können, entweder Stress zu vermeiden oder unvermeidlichen Stress besser zu bewältigen.

Ihre Fragen – unsere Antworten



→ Muss ich mit einer Depression unbedingt zum Psychiater gehen?

Nein. Die meisten Patientinnen und Patienten können durch die Allgemeinmedizinerin bzw. den Allgemeinmediziner ausreichend behandelt werden – die Ausbildung zur Allgemeinmedizinerin bzw. zum Allgemeinmediziner schließt auch das Fach Psychiatrie ein. Diese bzw. dieser kann daher die nötigen Untersuchungen durchführen und Medikamente gegen Depressionen verschreiben. Wenn Ihre Hausärztin oder Ihr Hausarzt der Meinung ist, dass Sie bei einer Fachärztin bzw. einem Facharzt oder einer Psychotherapeutin bzw. einem Psychotherapeuten besser aufgehoben sind, wird man Sie dorthin weiterleiten.
Natürlich können sich die Betroffenen auch selbst an eine Psychiaterin bzw. einen Psychiater oder eine Psychotherapeutin bzw. einen Psychotherapeuten wenden. Liegt eine Schwangerschaft vor, sollte vor Beginn der Behandlung auf jeden Fall eine Fachärztin oder ein Facharzt aufgesucht werden.

→ Was ist der Unterschied zwischen einer Psychologin bzw. einem Psychologen, einer Psychotherapeutin bzw. einem Psychotherapeuten und einer Psychiaterin bzw. einem Psychiater?

Klinische Psychologinnen und Psychologen, also solche, die an Patientinnen und Patienten arbeiten, können zur Unterstützung der Diagnose Tests durchführen. Psychologische Behandlungen beschäftigen sich u.a. mit der Bewältigung von Stress oder Angst und dem Training von Konzentration.

Eine Psychotherapeutin bzw. ein Psychotherapeut absolviert – oft neben einer anderen Berufsausbildung (Psychologin/Psychologe, Ärztin/Arzt, Sozialarbeiterin/Sozialarbeiter etc.) – eine mehrjährige Ausbildung in einer der Psychotherapieformen wie Verhaltenstherapie, Psychoanalyse usw. Die Aufgabe der Psychotherapeutin bzw. des Psychotherapeuten ist es, psychische Erkrankungen und Beschwerden durch therapeutische Gespräche gezielt zu behandeln.
Eine Psychiaterin bzw. ein Psychiater ist Fachärztin bzw. Facharzt für Psychiatrie und hat Medizin studiert. Zusätzlich haben heute alle Psychiaterinnen und Psychiater eine psychotherapeutische Ausbildung absolviert. Sie erstellen Diagnosen, behandeln mit Medikamenten und wenden psychotherapeutische Methoden an.

→ Welche Behandlung ist bei Depressionen besser: Medikamente oder Psychotherapie?
In der Akutphase einer mittelschweren oder schweren Depression sind Medikamente unverzichtbar, um aus dem Tief so weit herauszukommen, dass auch andere Maßnahmen wie eine Psychotherapie angewendet werden können. Bei leichten Depressionen muss im Einzelfall entschieden werden, ob man nur Medikamente gibt oder eine Psychotherapie allein sinnvoll ist oder ob man besser beides kombiniert. In mittelschweren und schweren Fällen hat sich die Kombination von Medikamenten und Psychotherapie als am wirksamsten herausgestellt.

→ Wirken Antidepressiva sofort?
Nein. Üblicherweise kommt es erst nach einer etwa vierwöchigen Behandlung zu einer deutlichen Besserung. Eine leichte Besserung ist oft bereits nach zwei Wochen zu bemerken.

Ihre Fragen – unsere Antworten



→ Warum muss man die Medikamente weiternehmen, auch wenn es einem besser geht?

Setzt man die Medikamente abrupt ab, kann es zu einem Rückfall kommen. Antidepressiva darf man erst nach mindestens einem halben Jahr Beschwerdefreiheit durch allmähliche Dosisreduktion schrittweise absetzen. In manchen Fällen ist zur Vermeidung eines Rückfalls allerdings eine Langzeitbehandlung notwendig.

→ Machen Antidepressiva abhängig?

Nein. Sie führen zu keiner Gewöhnung, daher ist mit der Zeit auch keine Dosissteigerung notwendig.

→ Werden psychiatrische Patientinnen und Patienten auch heute noch mit „Elektroschocks" behandelt?

Diese Behandlung heißt Elektrokonvulsionstherapie (EKT) und ist entgegen manchen Vorurteilen ein sicheres und wirksames Verfahren bei sehr schweren oder wahnhaften Depressionen. Die Behandlung, bei der durch eine kurze elektrische Reizung des Gehirns ein Krampfanfall ausgelöst wird, kann in besonders schweren Fällen rasch zu einer deutlichen Besserung führen.

→ Wie finde ich die für mich „richtige" Psychotherapeutin bzw. den für mich „richtigen" Psychotherapeuten?

Auf den Internetseiten www.bmg.gv.at, www.psyonline.at oder www.psychotherapie.at finden Sie eine Auflistung von Psychotherapeutinnen und -therapeuten. Es ist hilfreich, vorher mit Ihrer Hausärztin oder Ihrem Hausarzt zu besprechen, welche Therapierichtung für Sie infrage kommt. Wenn Sie dann eine Wahl getroffen haben, vereinbaren Sie ein (oder auch mehrere) Erstgespräch(e). Dabei sehen Sie, ob die Therapeutin oder der Therapeut sich in Ihre Probleme einfühlen kann, Ihnen Respekt entgegenbringt, ob sie bzw. er den Eindruck erweckt, Ihnen helfen zu können. Ist das nicht gegeben oder ist sie bzw. er Ihnen nicht sympathisch, sollten Sie weitersuchen.

→ Man liest immer wieder, dass bei der Sportausübung Glückshormone ausgeschüttet werden. Kann Sport daher auch gegen Depressionen helfen?

Regelmäßiger, maßvoller Ausdauersport, wie z.B. Laufen, kann bei leichten bis mittelschweren Depressionen durchaus eine positive Wirkung zeigen. Schließlich fördert Sport u.a. Konzentration, Körperwahrnehmung und Selbstbewusstsein; außerdem lenkt er von negativen Empfindungen ab, hilft, Aggressionen abzubauen, und kann Energie- und Antriebslosigkeit bessern.

Bewegung allein kann aber einer Depression weder vorbeugen noch eine Depression heilen.

Leben mit Depression



KAPITEL 6







Betroffene erzählen:

Der Alltag wurde zum Himalaya

Können Sie sich vorstellen, dass man vor der Kaffeemaschine steht und einem das Hineingeben der Kapsel und das Drücken des Startknopfes wie eine unlösbare Aufgabe erscheinen? Jede kleine Alltagstätigkeit war im Jahr meiner Krankheit für mich so schwierig wie eine Himalayabesteigung. Ich hatte bereits zum zweiten Mal eine Depression, diesmal war es aber besonders schlimm. Begonnen hatte das Ganze mit Unruhe, Angst und Unsicherheit. In meinem Beruf stand ich unter enormem Druck. Privat war ich nur noch auf meine Pflichten als Mutter, Ehefrau und Hausfrau fokussiert und nicht mehr auf mich selbst. Dazu kam, dass mir meine Mutter alle Sorgen, die sie mit meinen Brüdern und deren Kindern hatte, aufbürdete und von mir erwartete, dass ich ständig helfend einspringen sollte. Irgendwann wurden die Ängste so stark, dass ich nicht mehr allein bleiben wollte, mich nicht mehr traute, Auto zu fahren, und eigentlich nur noch schlafen wollte. Ich bin zwar in der Früh für meine Kinder aufgestanden, habe mich dann aber wieder hingelegt und so lange

wie möglich geschlafen. Je kürzer der Tag war, umso besser. Sogar meinen Lieblingssport, das Reiten, gab ich auf. Mein Mann und meine Großfamilie konnten bei den Kindern und im Haushalt glücklicherweise vieles ausgleichen. Aber natürlich litten die Kinder unter der Situation. Mein Sohn nahm mir einmal das Versprechen ab, dass ich niemals das machen würde, was mein Neffe im Jahr davor getan hatte: Er hatte sich das Leben genommen … Ich habe mehrere Ärzte konsultiert und schließlich einen Psychiater gefunden, der mir helfen konnte. Endlich hat ein Medikament gewirkt! Dieser Arzt war auch stets für mich da. Wir haben täglich telefoniert, was mir große Sicherheit gegeben hat. Langsam stellte sich dann eine Besserung ein. Dazu hatte ich auch im Haushalt über eine Organisation Unterstützung bekommen. Diese Frau war genau das Richtige für mich. Sie hat mich beim Einkaufen begleitet, und mit ihr habe ich mich nach Monaten zum ersten Mal wieder getraut, Auto zu fahren und reiten zu gehen. Das Reiten hat mir schließlich enormen Auftrieb gegeben. Sowohl der Kontakt mit dem Tier als auch die sportliche Tätigkeit. Eines Tages stand

ich aber doch wieder vor einem für mich unlösbaren Problem: Meine Tochter fragte mich, was wir denn im Urlaub machen würden. Da kamen wieder die Ängste: Wie konnte ich verreisen? Was sollte ich tun, wenn ich dort eine Attacke bekam? Schließlich sind wir gemeinsam mit mehreren Freundinnen und Freunden und deren Kindern nach Griechenland gefahren. Es war wunderschön, hat richtig Spaß gemacht, und ich hatte kein einziges Mal Angst. Endlich habe ich mich wieder gesund gefühlt. Heute weiß ich, dass ich nicht perfekt sein muss, dass ich auch einmal nichts tun darf. Ich habe durch die Krankheit auch gelernt, das Selbstverständliche zu genießen. Und noch einen positiven Effekt hatte dieses Jahr: Ich habe sehr viele nette Menschen kennengelernt, die mir geholfen haben. Unlängst habe ich sogar schon wieder ein großes Abendessen gemacht – für die 27 Teilnehmerinnen und Teilnehmer unserer Griechenlandreise. Und es war wunderbar! Zwar muss ich noch meine Medikamente nehmen, hoffe aber, dass ich sie bald langsam reduzieren kann.

Isabella, 50, Sprachheil- und Sonderpädagogin

Den Alltag bewältigen

Wenn tägliche Aktivitäten zum Problem werden ...

Eine Depression bringt nicht nur hohen Leidensdruck mit sich, sondern wirkt sich auch nachhaltig auf den Alltag aus. Durch die Antriebsstörung erscheinen normale leichte Alltagsanforderungen als unüberwindlich. Früher gerne ausgeübte Freizeitaktivitäten werden uninteressant. Die Erkrankung beeinträchtigt natürlich auch die Leistungsfähigkeit im Beruf und kann so zu zusätzlichen Belastungen führen.

Wie können Betroffene mit all dem umgehen? Wo findet man Hilfe?

Allgemeine Tipps:

- → Wichtig ist es, die momentanen **Beeinträchtigungen** zu **akzeptieren** und nicht Unmögliches bewältigen zu wollen oder sich unter Druck zu setzen.
- → Nach Möglichkeit sollte man eine **vorübergehende Entlastung** bei einem Teil der Pflichten und Ansprüche sowohl in der Familie als auch am Arbeitsplatz suchen. Bei schwereren Depressionen kann auch ein zeitlich begrenzter Krankenstand notwendig und sinnvoll sein.
- → **Geduld:** Aufgrund der eingeschränkten Konzentrationsfähigkeit und der Antriebsminderung werden geistige und körperliche Aktivitäten gerade zu Beginn einer depressiven Episode als belastend erlebt. Überfordern Sie sich nicht! Sobald die Behandlung wirkt, können sich diese Probleme schrittweise lösen.
- → **Körperliche Aktivität:** Regelmäßige Bewegung kann die Genesung unterstützen: Bei regelmäßiger körperlicher Bewegung werden körpereigene Hormone (wie das „Glücks-



Während einer depressiven Episode sollte man keine schwerwiegenden Entscheidungen treffen

hormon“ Endorphin) ausgeschüttet, die sich grundsätzlich positiv auf die Stimmung und das Wohlbefinden auswirken können. Bewegung/Sport kann deshalb eine sinnvolle Ergänzung zu Psychotherapie und medikamentöser Behandlung sein, um die Genesung zu beschleunigen (zum Thema Sport siehe auch ***Seite 175***). Grundsätzlich sind alle Ausdauersportarten wie Wandern, Radfahren, Schwimmen, Walken (zügiges Gehen) oder gemäßigtes Joggen empfehlenswert, in einem Tempo, das Sie nicht überfordert.

Wichtig: Auch bei körperlichen Aktivitäten sollten Sie die Beeinträchtigungen durch die Depression ernst nehmen und sich nicht überfordern!

→ Die **Strukturierung des Alltags** mit einem genauen Plan für alle Tätigkeiten kann ebenfalls hilfreich sein: In einen Wochenplan (wie ein Stundenplan in der Schule) können Sie vorerst einmal täglich Ihre Aktivitäten eintragen und beurteilen, ob Sie diese als angenehm, neutral oder unangenehm erleben. In einem zweiten Schritt sollten Sie versuchen, die trotz Depression als angenehm erlebten Aktivitäten gezielt einzuplanen. Notieren Sie im Stundenplan

aber auch jene Tätigkeiten, die Sie erledigen müssen. Diese Planung im Vorfeld nimmt Ihnen schwierige Entscheidungssituationen ab, dadurch wird der Alltag übersichtlicher und leichter bewältigbar.

Was tun, wenn eine Entscheidung ansteht?

Menschen mit einer Depression können grundsätzlich wie alle anderen Menschen Entscheidungen über die Bereiche treffen, die ihnen wichtig sind. Allerdings fällt den meisten Betroffenen das Entscheiden während einer depressiven Episode schwer, selbst bei alltäglichen Dingen wie der Wahl der Kleidung oder des Essens.

Vereinzelt kann die krankheitsbedingte verzerrte Wahrnehmung zu Spontanentscheidungen mit negativen Folgen führen. Beispielsweise führt eine Depression zu einer negativen Sicht der Dinge. Alles, was man normalerweise als schön und gut erachtet, wird dann ausgeblendet. Wenn im Rahmen einer schweren depressiven Episode Konflikte in der Partnerschaft auftreten, wird manchmal die gesamte Beziehung infrage gestellt. Eine Entscheidung über eine Trennung auf Basis dieser verzerrten Sichtweise zu treffen, birgt das Risiko, dies später zu bereuen und nicht mehr rückgängig machen zu können.

Nicht selten kommt es auch vor, dass man aus der momentanen Überlastung heraus seinen Arbeitsplatz kündigen will. Solche und ähnliche Wünsche nach überstürzten Veränderungen der Lebenssituation sollten daher besser aufgeschoben werden, bis sich der Zustand gebessert hat.



Depression am Arbeitsplatz ist keine Seltenheit.

Depression im Arbeitsalltag

Psychische Erkrankungen zählen heute zu den häufigsten Ursachen für Berufsunfähigkeit. Während die Anzahl der Krankenstandstage aufgrund körperlicher Leiden in den letzten Jahren zurückgegangen ist, sind jene wegen psychischer Störungen kontinuierlich gestiegen. Auch Frühpensionen aufgrund von depressiven Erkrankungen haben zugenommen.
Depressionen am Arbeitsplatz sind also sowohl in der Öffentlichkeit als auch bei Personalverantwortlichen und Betriebsärztinnen und -ärzten genauso wie bei Mitarbeitenden ein präsentes Thema. Trotzdem ist die Frage, wie man als betroffene Person am Arbeitsplatz damit umgehen soll, nicht einfach zu beantworten.

Die Arbeitgeberin oder den Arbeitgeber informieren?

Wird wegen der Depression ein Krankenstand notwendig, so stellt sich die Frage, wie man dies der Arbeitgeberin oder dem Arbeitgeber mitteilen soll. Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber

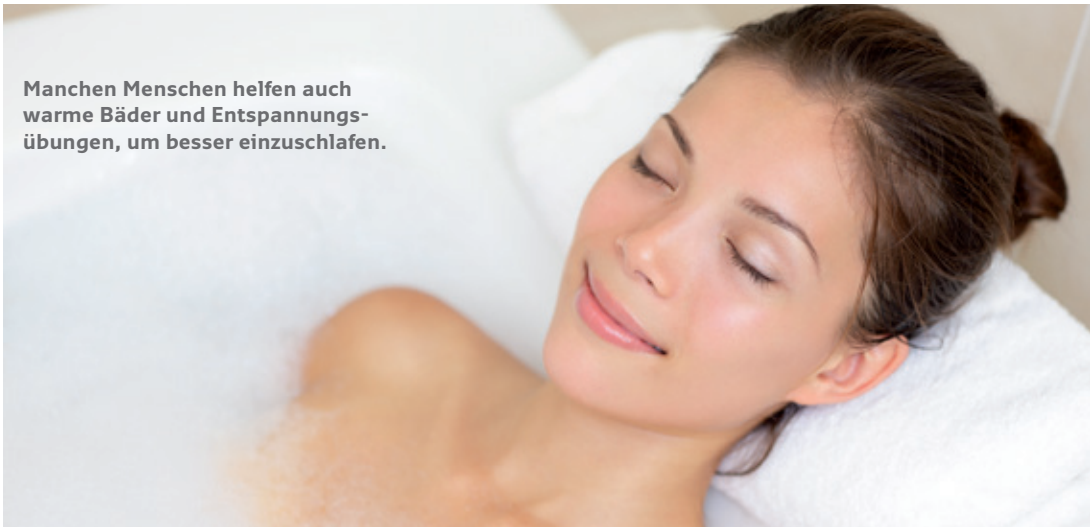
Wer unter einer akuten Depressionsepisode leidet, ist den Anforderungen im Beruf meist nicht gewachsen.

müssen nur über die Krankschreibung informiert werden, nicht jedoch über die Diagnose. (Es ist wichtig, zu wissen, dass man das Recht hat, der Arbeitgeberin oder dem Arbeitgeber die Art der Krankheit **NICHT** mitzuteilen.) Bei einem voraussichtlich längeren Krankenstand oder einem stationären Aufenthalt kann es jedoch im eigenen Interesse hilfreich sein, die zuständige Personalverantwortliche oder den Personalverantwortlichen bzw. die Chefin oder den Chef über die Erkrankung und die voraussichtliche Dauer des Krankenstands zu informieren.

Was sage ich meinen Arbeitskolleginnen und -kollegen?

Ob man die Kollegenschaft über die Krankheit informiert, hängt vom gegenseitigen Vertrauen und vom Betriebsklima ab. Es gibt keine allgemein richtige Antwort. Die Entscheidung liegt bei Ihnen. Aber manchmal ist die Wahrheit besser als Andeutungen, die häufig nur zu entsprechenden Gerüchten führen. Je offener und selbstverständlicher Sie mit Ihrer Erkrankung umgehen, desto mehr Verständnis und Rücksichtnahme werden Sie wahrscheinlich erfahren.

Wenn das Betriebsklima weniger offen oder schwierig ist, sollten Sie abwägen, ob die Offenheit für Ihre berufliche Situation von Nachteil sein könnte. In diesem Fall ist es vielleicht sinnvoller, auf Nachfragen wegen Ihrer Krankenstände nur eine kurze, allgemeine Antwort zu geben, die man sich vorher zurechtgelegt hat, wie zum Beispiel: „Ich war ziemlich krank, müde und erschöpft. Ich bin froh, dass es nun vorbei ist. Erinnern Sie mich lieber nicht daran."



Manchen Menschen helfen auch warme Bäder und Entspannungsübungen, um besser einzuschlafen.

Umgang mit Schlafstörungen

Schlafstörungen sind ein typisches Symptom der Depression. Ausreichend erholsamer Schlaf ist jedoch wichtig für das Allgemeinbefinden. Schlafstörungen können das psychische Problem zusätzlich verstärken. Daher sind Verhaltensmaßnahmen für einen ausreichend guten Schlaf wichtig. Bei schwereren Schlafstörungen kann eine medikamentöse Behandlung mit schlaffördernden Medikamenten sinnvoll und notwendig sein.

Nicht-medikamentöse Maßnahmen gegen Schlafprobleme

Körperliche Betätigung

Viele Menschen verbringen den größten Teil des Tages im Sitzen bzw. mit oft sehr einseitigen Belastungen, z.B. des Rückens. Für einen gesunden Schlaf ist eine ausgewogene körperliche Aktivität tagsüber sehr wichtig, jedoch nicht in den letzten Stunden vor dem Schlafengehen. Kurz vor dem Zubettgehen empfiehlt sich eher ein ruhiger Abendspaziergang. Manchen Menschen helfen auch warme Bäder und Entspannungsübungen (per App oder Audiodatei), um besser einzuschlafen.

Planen der Schlaf-Wach-Zeiten

Feste Zeiten, zu denen man ins Bett geht und aufsteht, begünstigen eine erholsame Nachtruhe. Wenn der Schlaf gestört und verkürzt ist, empfiehlt es sich, später ins Bett zu gehen, als früher aufzustehen. Auch sollte man keinen Mittagsschlaf halten bzw. diesen bei den geplanten Schlafzeiten berücksichtigen.

Müdigkeit abwarten

Gehen Sie nur schlafen, wenn Sie wirklich müde sind. Im Bett nicht mehr fernsehen, auf das Handy schauen, lesen, essen oder grübeln – wenn nach einiger Zeit nach dem Zubettgehen noch kein Schlaf eingetreten ist, sollten Sie wieder aufstehen und sich in einem anderen Zimmer beschäftigen. Gehen Sie erst wieder ins Bett, wenn Sie müde genug sind.

Gedankliche Umstrukturierung

Oft hindern Gedanken über den vergangenen Tag, über Beziehungen, über die Zukunft, Erwartungsängste etc. am Einschlafen. Räumen Sie daher den Sorgen oder Problemen jeden Abend bewusst eine gewisse Zeit zum Überdenken ein, und verbannen Sie diese dann aus der Schlafenszeit. Versuchen Sie, sich nicht zu lange in die Sorge vor den Folgen des Schlafmangels hineinzusteigern. Hilfreich kann es sein, belastende Gedanken kurz aufzuschreiben; das entlastet den Kopf und erleichtert das Loslassen in den Schlaf. Machen sich trotzdem negative Gedanken breit, setzen Sie ihnen bewusst positive Gedanken entgegen.

Ihre Fragen – unsere Antworten

→ Was kann ich tun, wenn mir aufgrund meiner Krankheit im Alltag alles über den Kopf wächst?

Einerseits sollten Sie versuchen, Tätigkeiten an andere Familienmitglieder oder andere wichtige/vertraute Menschen in Ihrem Leben zu delegieren. Andererseits hilft oft eine exakte Strukturierung des Alltags mittels Wochenplan. Tragen Sie dort die Dinge ein, die Sie erledigen MÜSSEN (Überfordern Sie sich dabei nicht!). Als Ausgleich planen Sie täglich auch einige jener Aktivitäten ein, die Ihnen immer Freude bereitet haben.



→ Zusätzlich zur Depression habe ich auch noch eine Ehekrise. Am liebsten möchte ich alles hinwerfen! Könnte es mir durch einen Neuanfang besser gehen?

Beziehungsprobleme treten nicht selten als Folge der Belastung durch die Depression auf. Allerdings sind solche Krisen meist nie so schwerwiegend, wie sie in den Augen des Betroffenen aussehen. Denn zu einer Depression gehört auch die negative Sicht aller Dinge. Es könnte daher nachteilig sein, während einer depressiven Episode eine folgenschwere Entscheidung bezüglich einer Trennung zu treffen. Verschieben Sie solche Entscheidungen auf später, wenn es Ihnen durch die Behandlung wieder besser geht. Eine Ausnahme besteht, wenn es konkrete Gründe dafür gibt, dass Sie sich durch eine Trennung körperlich oder seelisch schützen müssen.

→ Muss ich meine Arbeitgeberin oder meinen Arbeitgeber im Falle eines Krankenstands über meine Depression informieren?

Nein, das müssen Sie nicht. Im eigenen Interesse kann aber ein Gespräch hilfreich und sinnvoll sein, in dem Sie sie oder ihn über Ihre Situation aufklären. Sie sind aber nicht dazu verpflichtet, eine genaue Diagnose zu benennen. Die Chancen auf Verständnis sind größer, wenn die Arbeitgeberin oder der Arbeitgeber weiß, ob und warum Sie für längere Zeit ausfallen.

Familie und Umfeld

Depressionen können einen Menschen sehr verändern. Partnerinnen und Partner, die früher lebenslustig, vielseitig interessiert und warmherziger waren, können sich plötzlich ins Gegenteil verwandeln: zurückgezogen, deprimiert, desinteressiert an der Welt und den Menschen, oft voller Schuldgefühle, energielos und unkonzentriert, wenig belastbar und kaum leistungsfähig. Das Interesse an gemeinsamen Aktivitäten geht ebenso verloren wie das Verlangen nach Nähe und Austausch von Zärtlichkeiten.

Was tun, wenn ein Familienmitglied an einer Depression erkrankt?

Angehörige schwanken in so einer Situation oft zwischen Hilflosigkeit und Ärger. Denn die Depression eines Familienmitglieds belastet die anderen, in erster Linie die Partnerin bzw. den Partner, auf mehrfache Weise:

- → Man sorgt sich um die Betroffenen und fühlt sich ohnmächtig, weil man ihnen nicht helfen kann.
- → Dauert die Depression länger an, muss man den Betroffenen Aufgaben und Entscheidungen abnehmen und ist dadurch zusätzlich belastet.
- → Man fühlt sich mit der Verantwortung für die Familie alleingelassen.
- → Lebensüberdruss bis hin zu Suizidgedanken bei Betroffenen können die Anspannung und die emotionale Belastung bei Angehörigen erheblich steigern.
- → Da der Einsatz der Familienmitglieder von Betroffenen oft nicht ausreichend gewürdigt wird und kein/weniger Interesse an der Beziehung bzw. dem Familienleben gezeigt wird, fühlen sich Angehörige häufig abgelehnt.
- → Wenn Betroffene ständig über körperliche Probleme, Schmerzen oder Schlafstörungen klagen oder langsam und unkonzentriert sind, kann das Angehörige mit der Zeit belasten, wütend machen oder erschöpfen, was wiederum Schuldgefühle nach sich ziehen kann.

Wie aber soll man sich in so einer schwierigen Situation richtig verhalten, um sowohl dem depressiven Menschen als auch sich selbst gerecht zu werden?

Ratschläge für Angehörige

Erkennen und akzeptieren Sie die Depression als medizinische Erkrankung!

Viele zusätzliche Probleme im Umgang mit Menschen mit Depressionen resultieren aus Missverständnissen und mangelnder Information. Hier einige Beispiele:

- → Wenn Menschen depressiv werden, wird dies manchmal als Faulheit oder Sich-gehen-Lassen missverstanden. In der Folge fordert man die Betroffenen auf, sich doch zusammenzunehmen.
- → Fehlende Energie und die für eine Depression charakteristische Interesselosigkeit werden oft als Ablehnung in einer Beziehung missverstanden.
- → Die Betroffenen ziehen sich vom sozialen Leben zurück und tendieren dazu, aus einem Gefühl der Überforderung heraus verschiedene Aufgaben und Aktivitäten zu vermeiden. Beides wird oft als Bequemlichkeit ausgelegt.
- → Reizbarkeit und Gereiztheit sind ebenfalls häufige Symptome einer Depression und werden von Angehörigen oft persönlich genommen, obwohl sie Ausdruck der Erkrankung sind.

Wissen bringt Hilfe

Depression ist eine häufige und ernst zu nehmende Erkrankung, deshalb ist es besonders wichtig, sich als Angehörige bzw. Angehöriger ausreichend zu informieren. Nur wer über die Krankheit und ihre Symptome Bescheid weiß, wird die bzw. den Erkrankten verstehen können, wird sich durch das Verhalten des an einer Depression erkrankten Menschen nicht verletzt oder abgelehnt fühlen und kann so mit der schwierigen Situation und den zusätzlichen Belastungen besser umgehen.

Suchen Sie therapeutischen Rat und Hilfe!

Depression ist eine medizinische Erkrankung, für deren Linderung und Heilung es professioneller Hilfe bedarf. Es ist daher von größter Bedeutung, dass Betroffene diese Hilfe suchen und annehmen. Angehörige spielen dabei zumeist eine entscheidende oder zumindest unterstützende Rolle.

Leidet jemand unter einer **leichteren Form der Depression**, kann er durch entsprechende Argumentation und Hilfe (z.B. Empfehlung einer Fachperson) zu einem Besuch bei einer Ärztin bzw. einem Arzt und/oder einer Psychotherapeutin bzw. einem Psychotherapeuten motiviert werden.

Im Falle einer **schweren Depression** haben Betroffene oft nicht mehr die Energie, um sich Hilfe zu holen, oder sie sind so hoffnungslos und der Meinung, dass ihnen ohnehin niemand mehr helfen könne. Oft fehlt auch die Krankheitseinsicht, und Betroffene halten eine Behandlung nicht für notwendig. Hier müssen Angehörige die Initiative ergreifen, für die Betroffenen einen Arzt- oder Psychotherapietermin vereinbaren und sie dorthin begleiten.

Was aber tun, wenn die Betroffenen sich dazu krankheitsbedingt nicht in der Lage fühlen oder sich sogar aktiv weigern?

Dann sollten Angehörige auch ohne die betroffene Person einmal eine Ärztin bzw. einen Arzt oder eine Psychotherapeutin bzw. einen Psychotherapeuten konsultieren, um die weitere Vorgehensweise zu besprechen (Informationsvermittlung, Hilfestellung im Umgang mit Betroffenen, Abklärung der Notwendigkeit einer Behandlung sowie gegebenenfalls die Notwendigkeit einer stationären Aufnahme).

Hilfe und Information können Sie auch über Angehörigenvereine (z.B. HPE – Hilfe für Angehörige psychisch Erkrankter, www.hpe.at) oder Angehörigengruppen bekommen. Es ist jedenfalls sinnvoll, wenn Angehörige in irgendeiner Form in die Betreuung des an einer Depression erkrankten Menschen mit



Verständnis und Geduld sind wichtige Voraussetzungen im Umgang mit Betroffenen.

einbezogen werden. Eine Ausnahme wäre, wenn es triftige Gründe gibt, die dagegensprechen (z.B., wenn die bzw. der Betroffene dies ausdrücklich nicht wünscht).

Haben Sie Geduld und vermitteln Sie Hoffnung!

Es braucht einige Zeit, bis Therapien Wirkung zeigen. Haben Sie daher Geduld, und lassen Sie sich nicht von der Hoffnungslosigkeit und dem Pessimismus der oder des Betroffenen anstecken. Glauben Sie an die gute Prognose, und vermitteln Sie auch Betroffenen, dass eine Besserung oder Wiederherstellung des psychischen Gleichgewichts möglich ist.
Denken Sie daran, dass Hoffnungslosigkeit und Pessimismus Symptome der Erkrankung sind. Die große Mehrheit der Menschen mit Depressionen erholt sich mit der richtigen Behandlung.

Vorsicht mit gut gemeinten Ratschlägen!

Wenn jemand in Schwierigkeiten ist, denkt man oft zuerst daran, wie man selbst das Problem lösen würde, und erteilt einen entsprechenden Rat. Dabei übersieht man aber, dass

depressive Menschen zu solchen Lösungen krankheitsbedingt meist nicht in der Lage sind. Kritik oder Appelle wie „Reiß dich zusammen!“ oder „Lass dich nicht so gehen!“ sind nicht nur sinnlos, sondern können sogar negative Auswirkungen haben. Denn Betroffene sind damit überfordert und fühlen sich danach noch schlechter. Menschen mit Depressionen machen sich ohnehin selbst Vorwürfe, und eine Bestätigung dieser Selbstvorwürfe von außen trifft sie dann besonders.

Auch die Aufforderung, mehr unter Menschen zu gehen, zu verreisen, an einer Feier teilzunehmen oder einen lustigen Film anzusehen, verstärkt meist die Depressivität, weil Betroffene die Fähigkeit verloren haben, sich zu freuen. Oft sind sie auch einfach überfordert. Dies wird ihnen gerade in solchen Situationen schmerzlich bewusst.

Dagegen sollten Sie Betroffene immer dann unterstützen, wenn sie Eigeninitiative zeigen. Auch die Motivation zu körperlichen Aktivitäten (spazieren gehen, laufen, schwimmen, Rad fahren etc.) kann bei Depressionen sinnvoll sein. Im Zuge einer Depression sind körperliche Aktivitäten eher möglich als geistige, da letztere mehr Konzentrationsfähigkeit und Antrieb erfordern.



Motivieren Sie die depressive Person zu gemeinsamen körperlichen Aktivitäten!

Wenn jemand im Begriff ist, aus einer schweren Depression langsam herauszukommen, kann es allerdings sinnvoll sein, dass Angehörige und Freundinnen bzw. Freunde aktiv auf Betroffene zugehen, etwa mit Vorschlägen für gemeinsame Unternehmungen. Denn Menschen, die aus einer Depression herausfinden, sind dann oft noch nicht in der Lage, von sich aus anzurufen oder eine gemeinsame Unternehmung vorzuschlagen. Ein einfaches „Ich rufe dich an und wir schauen, was möglich ist!“ kann dabei sehr entlastend wirken.

Signalisieren Sie den Betroffenen, dass Sie für sie da sind, jedoch ohne sie zu bevormunden.

Depression ist kein günstiger Zeitpunkt für wichtige Entscheidungen!

In der Depression ist die Realitätsbeurteilung in der Regel sehr verzerrt in Richtung negativer Sichtweisen, z.B. in Bezug auf Arbeitsplatz, Finanzen oder Beziehungen. Deshalb sollten in diesem Zustand keine wichtigen Entscheidungen, wie z.B. Kündigung des Arbeitsplatzes oder Verkauf von Haus oder Grundstücken, getroffen werden. Versuchen Sie als Angehörige bzw. Angehöriger, in einem solchen Fall behutsam einzugreifen und gemeinsam nach Möglichkeiten zu suchen, die Entscheidungen aufzuschieben, bis sich der Zustand gebessert hat.

Wie Sie erkrankten Angehörigen zusätzlich helfen können:

- → Unterstützen Sie Ihre erkrankten Familienmitglieder dabei, ihren Tagesablauf zu strukturieren und eine gewisse Orientierung in den Alltag zu bringen. Helfen Sie ihnen bei Aktivitäten und Verpflichtungen, die sie aufgrund der Erkrankung momentan nicht alleine übernehmen können.
- → Nehmen Sie den Betroffenen allerdings nicht alles ab, überfordern Sie sie aber auch nicht. Das richtige Maß zu finden, ist nicht immer einfach, vertrauen Sie dabei auch auf Ihr Gefühl, und sprechen Sie im Zweifel mit einer Fachperson.

- → Vermeiden Sie es, die Betroffenen zu bevormunden oder einzuengen, und treffen Sie keine Entscheidungen hinter ihrem Rücken.
- → Lenken Sie den Blick Ihres an einer Depression erkrankten Familienmitglieds oder Ihrer Freundin bzw. Ihres Freundes darauf, dass sie eine Aufgabe bewältigt haben, und loben Sie sie dafür – auch wenn sie dieses Lob manchmal entwerten, indem sie sagen, das sei doch nichts, das könne ja jeder, und überhaupt sei ihnen das früher viel besser gelungen.
- → Versuchen Sie, die Betroffenen durch kleinere Unternehmungen, wie z.B. gemeinsame Spaziergänge, zu aktivieren.
- → Signalisieren Sie den Betroffenen immer wieder, dass Sie für sie da sind und sie auf ihrem Weg durch die Depression unterstützen und begleiten. Auch wenn Ihre Angehörigen äußern, dass ihnen nicht zu helfen sei: Es tut ihnen gut, zu wissen, auf Sie zählen zu können!

Was Sie für sich selbst tun können, wenn Ihre Partnerin bzw. Ihr Partner oder Ihre Angehörigen unter Depressionen leiden

Je nach Schweregrad der Depression Ihrer Partnerin bzw. Ihres Partners oder Ihrer Angehörigen werden Sie mehr oder weniger Aufgaben übernehmen und Belastungen ertragen müssen. Es ist wichtig, dass Sie sich in dieser Zeit der Belastung nicht selbst vernachlässigen und eine Balance finden zwischen der Sorge und Unterstützung für den depressiven Menschen sowie der Verantwortung für sich selbst und die eigene Gesundheit. Sie helfen weder den Betroffenen noch sich selbst, wenn Sie zulassen, dass auch das eigene Leben nur noch von der Depression dominiert wird. Machen Sie nicht alles mit sich alleine aus, und sprechen Sie offen über Ihre Sorgen und Nöte. Kontaktieren Sie Freundinnen und Freunde oder Bekannte und sprechen Sie sich aus.

Vergessen Sie nicht, auf Ihre eigenen Bedürfnisse zu achten!

Niemand ist endlos belastbar. Innezuhalten und Kraft zu tanken, sind vollkommen berechtigte Bedürfnisse. Daher sollten Sie zumindest zeitweise Aufgaben und Betreuung auch an andere Personen delegieren, um selbst Zeit für Erholung und Ausgleich zu haben. Auch kurze Auszeiten, ein Spaziergang, ein Abend mit Freundinnen und Freunden oder einfach ein ruhiger Moment für sich können einen großen Unterschied machen.
Nehmen Sie sich die Zeit für Dinge, die Ihnen guttun. Pflegen Sie Ihre Hobbys, planen Sie Entspannungspausen ein, sei es eine Massage, ein gutes Buch, Musik oder Bewegung in der Natur. Verlieren Sie Ihr eigenes Leben und die Interessen und Aktivitäten, die Ihnen Freude bereiten, nicht aus den Augen. Pflegen Sie weiterhin den Kontakt zu Freundinnen und Freunden, auch wenn Ihre Partnerin bzw. Ihr Partner oder Ihre Angehörige bzw. Ihr Angehöriger im Moment kein Interesse daran haben.

Es ist oft schwierig, die richtige Mischung zwischen Einfühlen in die Betroffenen und ausreichend Abgrenzung zu finden. Viele Angehörige entwickeln dann Schuldgefühle oder werden aus der Überforderung heraus selbst depressiv. In diesem Fall wäre es wichtig, selbst rechtzeitig professionelle Hilfe zu suchen. Darüber hinaus kann auch der Besuch von Angehörigengruppen zum Erfahrungsaustausch sehr hilfreich sein.



Häufige Fehlzeiten können ein Hinweis auf die Depression einer Mitarbeiterin bzw. eines Mitarbeiters sein.

Wenn Mitarbeitende depressiv werden

Wenn eine Mitarbeiterin bzw. ein Mitarbeiter in eine psychische Krise gerät oder sich bei ihr bzw. ihm langsam eine psychische Krankheit entwickelt und ausprägt, hat dies Auswirkungen auf ihr bzw. sein Verhalten am Arbeitsplatz. Veränderungen zeigen sich für die Außenstehenden im Arbeitsverhalten, im Sozialverhalten, in der Gefühlslage und im Ausdruck von Gefühlen, im körperlichen Bereich und im Alltagsleben.

Wenn Sie als Vorgesetzte bzw. Vorgesetzter oder Kollegin bzw. Kollege einige der nachfolgend angeführten Veränderungen bei jemandem aus der Kollegenschaft beobachten, sollten Sie aufmerksam werden, ohne die Betreffenden gleich als „psychisch gestört“ abzustempeln. Psychische Erkrankungen wie Depressionen sind weit verbreitet und können jeden treffen.

Warnsignale

- **Arbeitsverhalten:** vermehrte Fehlzeiten, häufigere Arbeitsunterbrechungen
- **Leistungsverhalten:** Leistungsminderung, Nachlassen von Konzentration und Flexibilität, verlangsamtes Arbeitstempo
- **Sozialverhalten:** sozialer Rückzug, vermehrte Reizbarkeit oder ängstlich-vermeidendes Verhalten
- **Gefühlslage:** Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit, Erschöpfung, Resignation, vermehrtes Klagen über körperliche Beschwerden
- **Alltagsverhalten:** Antriebslosigkeit, verminderte Interessen und Aktivitäten, Schwierigkeiten, den Alltag zu organisieren, Verlust von Leichtigkeit, manchmal erhöhter Alkoholkonsum

Sollten Sie einige dieser Anzeichen einer Depression über einen längeren Zeitraum bei Kolleginnen bzw. Kollegen oder bei Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern bemerken, lohnt es sich, diese darauf anzusprechen und ihnen Ihre Beobachtungen mitzuteilen. Bei der Beschreibung Ihrer Beobachtungen ist es wichtig, sich auf die Verhaltensbeschreibung zu beschränken und diese ohne Wertung und ohne Interpretation zu besprechen.

Ratschläge für Arbeitskolleginnen bzw. -kollegen und Vorgesetzte

Betriebliche Handlungsmöglichkeiten zur Unterstützung von psychisch belasteten oder erkrankten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern:

→ **Unterstützung bei Arbeitsunfähigkeit und Krankenhausbehandlung:**

Bei längeren Arbeitsunfähigkeitszeiten ist es für die Betroffenen oft hilfreich, wenn Vorgesetzte oder andere Mitarbeitende lockeren Kontakt halten und den betroffenen Personen zeigen, dass sie an sie denken und dass sie vermisst werden. Auch eine kurze Nachricht oder ein Brief kann viel bedeuten, ohne Druck auszuüben oder Erwartungen zu wecken.



→ **Vorbereitung auf die Rückkehr an den Arbeitsplatz:**
Für die Planung der Arbeitsinhalte ist ein Abgleich von Anforderungs- und Fähigkeitsprofil die Grundlage für die Vorgehensweise bei der Wiedereingliederung. Neben der Vorbereitung auf die Wiedereingliederung in zeitlicher und fachlicher Hinsicht sollte aber auch die Rückkehr ins Kollegenteam bewusst geplant werden. Kolleginnen bzw. Kollegen wissen oft nicht, wie sie den zurückkehrenden Personen begegnen sollen, und die Betroffenen selbst sind ebenfalls unsicher, wie sie auf das Team zugehen sollen. Oft sind sie auch beschämt oder haben Angst vor den Reaktionen ihrer Kolleginnen und Kollegen.

Jedenfalls müssen die Betroffenen selbst entscheiden, wie viel sie der Kollegenschaft über ihre Erkrankung preisgeben möchten. Was die betroffene Person wirklich sagen soll, kann nicht generell empfohlen werden und sollte im Rahmen der ärztlichen oder psychotherapeutischen Behandlung vor Arbeitsantritt besprochen werden.

Präventive Maßnahmen im Betrieb:
Die **betriebliche Gesundheitsförderung** als vorbeugende Maßnahme zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz gewinnt auch in Österreich zunehmend an Bedeutung, insbesondere im Bereich der psychischen Gesundheit. Informationen zur betrieblichen Gesundheitsförderung finden Sie unter *www.netzwerk-bgf.at*.

Ihre Fragen – unsere Antworten



→ Meine Frau leidet unter Depressionen. Ich bemühe mich sehr, sie zu entlasten, und muss für die Familie alles alleine entscheiden und organisieren. Warum lehnt sie mich trotzdem ab?

Die „Ablehnung" hat grundsätzlich nichts mit der Partnerin bzw. dem Partner zu tun, sondern ist ein Symptom der Krankheit. Menschen mit Depressionen haben einfach keine Energie und interessieren sich vorübergehend für nichts, was ihnen normalerweise wichtig ist. Das darf während einer Depression keinesfalls persönlich genommen oder als Ablehnung missverstanden werden.

→ Mein Vater leidet unter Depressionen, weigert sich aber, eine Ärztin oder einen Arzt aufzusuchen. Was kann ich tun?

Menschen mit Depressionen haben oft keine Krankheitseinsicht. Zusätzlich glauben sie, dass ihnen ohnehin niemand helfen kann. Daher müssen in solchen Fällen Angehörige die Initiative ergreifen und für die Betroffenen einen Arzttermin vereinbaren und sie auch dorthin begleiten. Weigern sich die Betroffenen trotzdem, so sollten Angehörige zunächst einmal alleine eine Ärztin bzw. einen Arzt oder eine Psychotherapeutin bzw. einen Psychotherapeuten konsultieren, um die weitere Vorgehensweise zu besprechen.

→ Ist es sinnvoll, sich zu bemühen, einen depressiven Menschen aus seiner Isolation herauszureißen, ihn zu animieren, unter Menschen zu gehen oder eine schöne Reise zu machen?
Nein, das ergibt keinen Sinn. Betroffene haben nicht nur die Fähigkeit verloren, sich zu freuen, sondern sind mit solchen Plänen auch überfordert, was ihnen dann schmerzlich bewusst wird. Allerdings ist es wichtig, die Betroffenen immer dann zu unterstützen, wenn sie Eigeninitiative zeigen. Auch die Ermunterung zu körperlichen Aktivitäten wie Spaziergängen oder leichtem Sport kann hilfreich sein, weil bei einer Depression körperliche Aktivitäten manchmal eher möglich sind als geistige.

→ Mein Partner zieht mich mit seiner Depression derart hinunter, dass ich langsam selbst depressiv werde. Was kann ich tun?
Suchen Sie selbst rechtzeitig professionelle Hilfe. Das ist kein Zeichen von Schwäche, sondern von Verantwortungsbewusstsein. Es ist von größter Bedeutung, dass Sie sich nicht ausschließlich auf den an einer Depression erkrankten Angehörigen konzentrieren, sondern zeitweise Aufgaben und Betreuung an andere Personen delegieren. Sie müssen schließlich auch selbst Kraft tanken und sich Zeit für Ihre Interessen und Ihre Freundinnen und Freunde nehmen, und das ohne Schuldgefühle. Denn niemand ist endlos belastbar.

Kinder und Jugendliche



KAPITEL 7





Depression kennt kein Alter

Betroffene erzählen:

Martina ist ein dreizehnjähriges Mädchen. Sie kommt mit hängenden Schultern in die Ambulanz und lässt sich auf den Stuhl fallen. Leise beginnt sie, zu erzählen:
„Nichts macht mehr Freude. Ich hänge nur noch rum. Es ist so schwer, morgens aufzustehen. Das Schuljahr schaffe ich sicher nicht mehr. Dann wird nichts aus mir werden. Ich könnte genauso gut tot sein. Was hat das alles für einen Sinn?“
Martina verbringt seit zwei Wochen ihre Tage im Bett. Sie hat wenig Appetit, aber nachts Heißhunger auf Süßes. Es quälen sie das Gefühl, nichts wert zu sein, sowie Schuldgefühle, weil sie nichts hinbekommt. So entsteht ein Teufelskreis, der sie innerlich angespannt macht. Wenn ihre Mutter versucht, sie zu etwas motivieren, wird sie wütend. Sie kann sich nicht mehr konzentrieren. Auf die Nachrichten ihrer Freundinnen und Freunde kann sie nicht mehr antworten: „Ich weiß nicht, was ich schreiben soll. Ich bin einfach ein schlechter Mensch. Grad bin ich lieber alleine.“
Aber alleine starrt Martina an die Wand oder in ihr Handy. Abends schläft sie lange nicht ein, und oft erwacht sie mitten in der Nacht. Zuletzt besucht sie Foren, die sich mit dem Thema Suizid auseinandersetzen. Als sie mit ihrer Mutter gesprochen hat, hat diese sofort einen Termin bei einer Kinderpsychiaterin vereinbart.

Auch Kinder sind betroffen

Wenn Sie an Kinder denken, welches Bild haben Sie dann vor Augen? Viele Menschen denken sofort an körperlich aktive und fröhliche junge Menschen. Kinder und Depression? Für die meisten ist dieser Zusammenhang unvorstellbar. Aber Depression ist keineswegs nur eine Erkrankung des Erwachsenenalters. Kinder und Jugendliche können ebenso betroffen sein. Allerdings werden 50–75% der jungen Patientinnen und Patienten nicht diagnostiziert (und folglich nicht behandelt). Unter anderem wohl auch, weil Eltern, Lehrkräfte und das soziale Umfeld nicht genug darüber wissen bzw. diese Krankheit bei Kindern nicht wahrhaben wollen.

Zahlen und Fakten

Treten in den ersten fünf Lebensjahren depressive oder ängstliche Symptome auf, so kann dies auf Risikofaktoren zurückzuführen sein, die bereits in den ersten sechs Lebensmonaten vorhanden waren.

- → In der späteren Kindheit leidet eines von fünf Kindern unter psychischen Krankheiten wie Depression, Angst oder Verhaltensauffälligkeiten.
- → Nur eines von vier betroffenen Kindern bekommt die Hilfe, die es benötigt.
- → Ein Drittel der Kinder mit Depressionen leidet unter Beeinträchtigungen bis ins Erwachsenenalter mit einem deutlich erhöhten Risiko für Suizid und Suizidversuche.



Wie äußert sich die Depression bei einem Kind?

Kinder und Jugendliche leiden unter ganz ähnlichen Symptomen wie Erwachsene. Sie können **traurig** und **niedergeschlagen** erscheinen, **weinerlich** sein, **keine Lust** auf Aktivitäten haben, die ihnen früher Spaß bereitet haben. Sie fühlen sich **einsam, wertlos** und haben **Schuldgefühle** den Eltern oder Geschwistern gegenüber. Bei manchen Kindern äußert sich die Depression auch dadurch, dass sie **gereizt** und **streitsüchtig** sind. Viele Kinder leiden außerdem unter **Ängsten,** die intensiver sind als bei Kindern ohne psychische Probleme. Dazu gehören Ängste vor dem Alleinsein, vor Gruppen, vor Dunkelheit sowie unrealistische Ängste im Hinblick auf die Zukunft und das Wohlergehen der Eltern oder Geschwister, Angst vor Tieren und den Elementen.

Wie bei Erwachsenen ist auch bei Kindern das **Denken und Handeln beeinträchtigt.** Das führt vor allem in der Schule dazu, dass sie **unkonzentriert** sind und Schwierigkeiten haben, sich Dinge wie Hausübungen, Stundenplan oder Schularbeiten zu merken. Damit kann ein Teufelskreis von negativem Feedback über Selbstwertzweifel und Verschlechterung der depressiven Symptomatik entstehen.

Das alles führt schließlich zum Rückzug, weil die Kinder merken, dass sie nicht mithalten können, oder durch Mitschülerinnen bzw. Mitschüler und andere Altersgenossen ausgegrenzt werden.



Rückzug kann ein Hinweis sein.

Daneben treten oft auch körperliche Symptome wie **Müdigkeit** und **Abgeschlagenheit** auf, wodurch die betroffenen Kinder die Freude an Spiel und Bewegung verlieren. Das führt zu einem weiteren Verlust der sozialen Einbindung und zu noch stärkerem Rückzug in die Isolation.
Auch **Schlafstörungen** und verminderter oder vermehrter **Appetit** mit einhergehendem Gewichtsverlust oder -steigerung und Antriebslosigkeit sind häufige Symptome.

Missverstanden und unerkannt

Depression ist eine Erkrankung, die man oft nicht erkennt. Das ist bei Erwachsenen der Fall, besonders aber bei Kindern und Jugendlichen. Da Kinder einer permanenten Entwicklung unterworfen sind und sich damit auch verändern, ist es besonders schwierig, Verhaltensänderungen, die auf eine Depression zurückzuführen sind, richtig zu interpretieren. Je jünger ein Kind ist, desto schwieriger ist es, die depressiven Symptome hinter seinem Verhalten zu „entdecken".

Häufige Gründe, warum eine kindliche Depression übersehen wird:

- → Die Eltern leiden selbst unter psychischen Problemen und wollen die Krankheit beim Kind nicht wahrhaben.
- → Geht die depressive Symptomatik mit Rückzug einher, so wird das Kind oft als „braves, angenehmes“ Kind bzw. als „ruhige, schüchterne“ Schülerin bzw. als „ruhiger, schüchterner Schüler“ verkannt.
- → Umgekehrt – wenn sich die Depression in Gereiztheit und Unruhe äußert – beurteilt man das Kind als „schlecht erzogen“ oder „aufsässig“. Dann werden Kinder und auch Eltern für dieses Verhalten verantwortlich gemacht, was die Verzweiflung auf allen Seiten noch verstärkt.
- → Depressionen können sich zusätzlich zu anderen psychischen Störungsbildern entwickeln. Solche „komorbiden“ Erkrankungen können Ängste sein, eine Sozialphobie, posttraumatische Belastungen, Essstörungen, Lernstörungen oder Hyperaktivität sowie insbesondere im Jugendalter eine Persönlichkeitsstörung. Dabei kann die Depression leicht übersehen werden.
- → Depressive Episoden treten besonders häufig bei Lebensveränderungen wie Eintritt in den Kindergarten, Schulbeginn, Trennung der Eltern, körperlichen Krankheiten, Mobbing und Verlust von Freundschaften auf. Daher werden die Symptome häufig als natürliche Reaktion auf dieses Ereignis fehlgedeutet.

Depression im Verlauf der kindlichen Entwicklung

Kleinkindalter

Essenziell für die seelische Gesundheit eines Menschen ist eine stabile Bindung des Kindes an eine Bezugsperson. **Trennung und Bindungsstörungen** im frühen Kindesalter sind daher Grundlagen für psychische Probleme.
Der **frühe Verlust der Bezugsperson** kann schon bei Säuglingen zu depressiven Symptomen führen. Neben der Trennung wirkt sich auch eine **gestörte Bindung** zwischen Eltern und Kind negativ auf dessen psychische Entwicklung aus. Depressionen zeigen sich zunächst vor allem körperlich: Unlust, zu trinken, Schlafprobleme und Verdauungsprobleme stehen im Vordergrund.

Ab wann wird eine Trennung zur Gefahr?

Die längere Trennung des Kindes von seinen Bezugspersonen wird als Ausgangspunkt für eine krank machende Entwicklung gesehen. Vorbereitete Trennungen wie eine Betreuung durch Babysitter oder im Kindergarten sind für die Entwicklung wichtig. Plötzliche, länger dauernde Trennungen können aber die Anpassungsmöglichkeiten eines Kleinkindes übersteigen und die Grundlage für spätere Schwierigkeiten sein.
Der Verlust einer Bindungsperson, zum Beispiel durch Tod, löst einen mehrphasigen Trauerprozess aus, im Zuge dessen der Verlust mehr oder weniger gut verwunden wird. Notwendige Momente der Trauer sind die (unrealistische) Suche nach der Bezugsperson sowie Aggression und Wut, die sich auch gegen die verlorene Bezugsperson richten. Ziel des Trauerprozesses ist es, die Abwesenheit der Bindungsperson zu akzeptieren.

Kindergartenalter

Mit dem Eintritt in die Krippe oder den Kindergarten müssen Kinder lernen, sich vorübergehend von der Bezugsperson zu trennen, sich in eine Gruppe einzufügen und ein anderes Regel- und Wertesystem als zu Hause zu akzeptieren. Vor dem dritten Lebensjahr ist eine längere Eingewöhnungsphase zum Aufbauen einer Bindung zur neuen Bezugsperson notwendig.
In der Übergangsphase kann es zur Rückkehr zu früheren Entwicklungsstadien mit Einnässen und Einkoten kommen (Regression). Auch sprachliche Rückschläge können auftreten.
Bei Kindern mit Risikofaktoren (siehe ***Seite 244/245***) entwickelt sich oft zusätzlich eine depressive Symptomatik mit Rückzug oder Aggressivität anderen Kindern gegenüber, Spielunlust, Interessenverlust an sozialen Aktivitäten, Essproblemen, Schlafproblemen und körperlichen Beschwerden wie Bauchweh oder Kopfschmerzen. In weiterer Folge kann es zur Verweigerung des Kindergartenbesuches kommen und zu einer tiefen Verzweiflung. Manchmal äußern Kinder eine Sehnsucht, zu sterben, ohne dass sie in diesem Alter die Endgültigkeit des Todes begreifen können.

Schulalter

In dieser Lebensphase spielen die Einbettung in eine Gruppe und das Erbringen von Leistung eine große Rolle. Diese neue Anpassungsleistung wird durch eine Depression natürlich massiv erschwert. Denken wir an Depressionssymptome wie Antriebslosigkeit, Merkfähigkeitsprobleme und Konzentrationsschwierigkeiten, dann wird klar, dass Leistungseinbußen wahrscheinlich sind, die sich wiederum negativ auf den Selbstwert auswirken und die Situation weiter verschlimmern.



Dazu kommen Versagensängste und Grübeln. Da betroffene Kinder keine Lust haben, sich in der Freizeit mit Freundinnen und Freunden zu treffen oder Sport zu treiben, können sie auch Stress schlecht abbauen. Eine Flucht von der Realität hin zu Computerspielen und sozialen Medien verschlechtert den Selbstwert und steigert soziale Ängste.

Präsentiert sich die Symptomatik einer Depression als Gereiztheit und motorische Unruhe, so verbergen diese Kinder ihre Stimmung hinter Aktivität und Umtriebigkeit. Wichtig ist die Abgrenzung von der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS), bei der die Kinder meist vergnügt und lustig sind.

Auch körperliche Symptome wie Kopfschmerzen, Bauchschmerzen mit Übelkeit sowie Schlaflosigkeit, Appetitverlust oder ständiges Verlangen nach Zucker und Kohlenhydraten sind nicht selten. Im Volksschulalter sind Suizidgedanken noch extrem selten. Ab dem Alter von neun oder zehn Jahren treten sie häufiger auf und müssen immer sehr ernst genommen werden.

3–8% aller Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren sind zu irgendeinem Zeitpunkt von Depressionen betroffen.



Pubertät ist ein Wechselbad der Gefühle. Eine Depression wird da leicht übersehen.

Jugendliche

Mit Beginn der Pubertät steigt das Risiko, an einer Depression zu erkranken, vor allem bei Mädchen stark an (das Verhältnis junge Männer zu jungen Frauen beträgt 1:2). Die psychosozialen Herausforderungen an Mädchen sind in dieser Phase besonders groß, die körperlichen Veränderungen müssen verarbeitet werden.

Patientinnen und Patienten zeigen oft risikoreiches Verhalten (suizidales Verhalten, Alkohol-, Nikotin- und Drogenmissbrauch, risikoreiches Sexualverhalten). Sie haben ein erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen und Übergewicht. Weiters führt jugendliche Depression zu schlechteren Schulerfolgen und erhöhter Arbeitslosigkeit im Erwachsenenalter.

Meistens ist die Pubertät ein Wechselbad der Gefühle; Unzufriedenheit mit sich selbst und Weltschmerz sind Teil der Entwicklung. Auch Arbeitsunlust und -verweigerung sowie Gereiztheit und eine normale Verschiebung des Schlafrhythmus (späteres Einschlafen und längeres Schlafbedürfnis am Morgen) können die Abgrenzung zur Depression schwierig machen.

In dieser Phase geht es um Autonomie und Selbstständigkeit, deshalb sind Angebote von Erwachsenen, insbesondere den eigenen Eltern, für Jugendliche schwer anzunehmen.

Gefahr Suizid

Wie verstehen Kinder den eigenen Tod?

Kindern bis etwa neun Jahren fehlt das Verständnis der Irreversibilität des Todes. Sie gehen davon aus, dass der Tod ein vorübergehender Zustand ist wie der Schlaf. Ab dann erkennen sie bereits die Endgültigkeit des Todes.

- → Bis zum 10. Lebensjahr sind Suizide extrem selten.
- → Die Häufigkeit von Suizidversuchen steigt mit der Pubertät stark an und ist ab dem 15. Lebensjahr ein schwerwiegendes Symptom bei Depression.
- → Suizid stellt die dritthäufigste Todesursache bei Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahre dar.

Suizid bei Jugendlichen ist eine Impulshandlung

Bei 80–90% aller Suizide liegt eine Depression vor. Die typischen depressiven Symptome vor dem Suizid sind tiefe Hoffnungslosigkeit, Minderwertigkeitsgefühl, das Gefühl von großer Schuld an der Situation, Ohnmacht, Einsamkeit und das Gefühl, von niemandem geliebt zu werden.
Der Suizid bei Jugendlichen geschieht im Rahmen einer psychosozialen Krisensituation. Die wichtigsten Auslöser sind Familienkonflikte, Liebeskonflikte, Konflikte in der Peer-Group, insbesondere Mobbing, Schulprobleme und Entwicklungskrisen.
Während man bei Erwachsenen zwischen der Fantasie zur Suizidabsicht, dem Versuch und der Handlung unterscheidet und das Suizidrisiko entsprechend einschätzen kann, kommt

es bei Jugendlichen häufiger zu impulsiven Handlungen, die auch Todesfolgen haben können, selbst wenn diese gar nicht beabsichtigt waren.
Risikoverhalten ist Teil der normalen Entwicklung. Dennoch gibt es einen starken Zusammenhang zwischen risikoreichem Gesundheitsverhalten und Depression. Jugendliche setzen dann selbstschädigende Handlungen, deren Auswirkungen sie nicht abschätzen können. Alkohol und Drogen setzen die Hemmschwelle herab und können eine Situation zusätzlich gefährlich machen.
Auf der anderen Seite kommt es bei älteren Jugendlichen zunehmend zu geplantem und absichtlich selbstschädigendem Verhalten. Je älter eine Jugendliche bzw. ein Jugendlicher ist, desto größer ist die Suizidgefahr, da sie bzw. er besser abschätzen kann, welche Methode zum Tod führt.

Achtung! Wenn ein Kind über Todessehnsucht oder Suizid spricht, besteht große Gefahr! Das Kind muss unbedingt ernst genommen werden und ärztliche Hilfe bekommen!

Gefährlicher Nachahmungseffekt

Öffentliche Berichterstattung birgt das Risiko, Menschen mit Suizidgedanken noch weiter zu einer suizidalen Handlung zu treiben im Sinne einer Nachahmung. Dieser Nachahmungseffekt ist heute weitgehend bekannt. Früher sprach man auch vom Werther-Effekt, denn Goethe hatte mit seinem Roman über die Leiden des jungen Werther einige Suizide ausgelöst. Diese Erkenntnis ist nun in die Prävention eingeflossen. Es gibt

eine Empfehlung der WHO für Medien, über Suizide in sachlicher Form zu berichten und Begriffe wie Suizidepidemie zu vermeiden. Neue Forschungen haben gezeigt, dass Berichterstattung mit Aufzeigen von Wegen und Lösungsmöglichkeiten in schwierigen Situationen sogar einen positiven Effekt hat und danach weniger Suizide auftreten. Dies wird als Papageno-Effekt bezeichnet: Papageno wollte sich nach dem Verlust von Papagena selbst töten, konnte aber davon abgehalten werden, weil ihm Lösungswege eröffnet wurden.

Suizidforen im Internet

Unbemerkt von ihren Eltern tauschen sich Heranwachsende häufig in Internetforen über ihre Suizidideen aus. Es ist dies ein Ort, an dem sie sich ohne Druck und Zwang „aussprechen" können und mit ihrer Verzweiflung angenommen werden. Die Gesellschaft für Suizidologie hat dazu eine Stellungnahme erarbeitet, deren Eckpunkte sind:

- → Die Suizidabsicht wird nicht durch die Foren erzeugt, sie besteht bereits, wenn jemand dort darüber berichtet.
- → Es ist eine Fehlannahme, dass Jugendliche, die sich im Internet mitteilen, auch persönlich erreichbar wären.
- → Die Problematik der Suizidforen kann nur vor dem Hintergrund des allgemeinen Umgangs der Gesellschaft mit diesem Thema verstanden werden. In den Foren entsteht ein Freiraum, suizidale Gedanken zu formulieren, die im Alltag tabuisiert werden. Jugendliche brauchen einen Ort, wo sie sich mit diesem schwierigen Thema auseinandersetzen können.

Es ist wichtig, dass neben den Webseiten, welche Tötungsmethoden diskutieren, auch webbasierte Informationen über Hilfsangebote zur Verfügung stehen. Peer Support über das Internet wäre hier ein guter Weg, wie z.B. ein Projekt aus Freiburg zeigt, das von Jugendlichen in Suizidgefahr gut angenommen wird: *www.u25-freiburg.de/*.

Internetabhängigkeit, Online-Spielsucht, soziale Medien und Bildschirmzeit:

Es zeigten sich besorgniserregende Assoziationen bei Jugendlichen zwischen selbstverletzendem Verhalten und Suizidalität und hohem Konsum von Internet, Spielen und sozialen Medien. Hoher Konsum ist mit Einbußen in der psychischen Gesundheit verbunden. Es ist wichtig, die jungen Menschen nicht alleine zu lassen, sondern ihnen von Kindheit an mit klaren Vorgaben konsequent Halt zu geben. Vor dem Alter von drei Jahren wird von Zeit am Bildschirm generell abgeraten. Im Jugendalter wird es zunehmend schwer, eine Struktur (bspw. maximale Bildschirmzeit) vorzugeben.
Insbesondere während der sozialen Isolation in der Covid-19-Pandemie konnten soziale Medien auch das Gefühl von Verbundenheit verstärken und Einsamkeit vermindern. Der Konsum alleine ist daher nicht als krankheitswertig einzustufen. Wichtig ist es, auf weitere Warnsignale zu achten: Schlafstörungen, Appetitverlust, abfallende Leistungen in der Schule, Schuleschwänzen, psychosomatische Beschwerden (Bauchweh, Kopfschmerzen), Gereiztheit und sozialer Rückzug sowie schlechtere Körperhygiene.



Woher kommt die Depression bei Kindern?

Nie ist ein einziges Ereignis schuld, immer spielen mehrere Faktoren zusammen, und zwar biologische, psychische und soziale.

Die Anfälligkeit für eine Depression ist durch die genetische Ausstattung und die damit zusammenhängenden biochemischen und hormonellen Prozesse mitbestimmt. Genetische Faktoren betreffen nicht nur die biochemischen Vorgänge, sondern auch das Temperament sowie die Bewältigung von Stress und negativen Lebensereignissen.

Eine sichere Bindung zur primären Bezugsperson in den ersten Lebensjahren ist die Voraussetzung für psychische Gesundheit, vor allem beim Vorliegen von Risikogenen. Aber schon vor der Geburt des Kindes können wir von Risikokonstellationen sprechen. Bei Depression oder Angst der Mutter während der Schwangerschaft kommt es häufiger zu auffälligem Verhalten beim Kind sowie zu Problemen in der kognitiven und emotionalen Entwicklung. Die Grundlage dieser Probleme ist das „fe-

tal programming", wobei die Plazenta für das Kortisol („Stresshormon") durchlässiger wird. Damit ist das Ungeborene einer großen Menge an Kortisol ausgesetzt.

Dass die erfolgreiche Behandlung der mütterlichen Depression gleichzeitig die psychiatrischen Auffälligkeiten der Kinder verringert, konnte in einer Studie gezeigt werden. Kinder von Müttern, die erfolgreich mit Antidepressiva behandelt wurden, zeigten signifikant verminderte Symptome von Angst, Depression und antisozialem Verhalten.

Soziale Risikofaktoren sind Armut, Obdachlosigkeit, auf der Flucht zu sein, das Erleben von Krieg und Terror sowie soziale Isolation.

Mehr als 95% aller depressiven Episoden bei Kindern entstehen im Zusammenhang mit lang andauernden psychosozialen Problemen wie Familienstreitigkeiten, Scheidung, Trennung, häusliche Gewalt, körperlicher oder sexueller Missbrauch, Schulprobleme, Mobbing oder soziale Isolation. Ein weiterer Risikofaktor sind chronische Erkrankungen wie Epilepsie und Migräne.

Meistens beginnt die Depression kurz nach dem Eintreten eines zusätzlichen Auslöseereignisses vor dem Hintergrund chronischer Schwierigkeiten. In einem Drittel der Fälle entwickelt sich die Erkrankung eher langsam ohne spezifisches Auslöseereignis.

Schutz und Risiko

Folgende Faktoren können die Entwicklung von Depressionen bei Kindern positiv (+) oder negativ (–) beeinflussen:

KIND

+ gute Fertigkeiten in Bezug auf freundschaftliche Kontakte
+ optimistische Bewältigungsstrategien

– geringer Selbstwert
– negative Denkmuster

FAMILIE

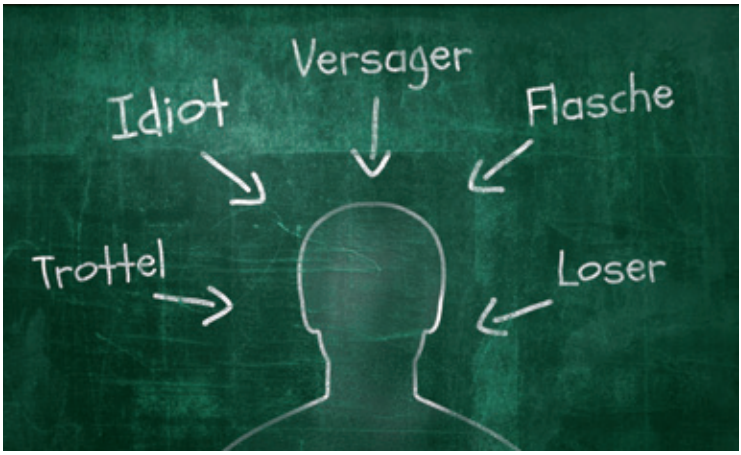
+ familiäre Harmonie und Stabilität
+ unterstützende Eltern
+ stabiles familiäres Wertesystem

– jede Form von Kindesmissbrauch oder Verwahrlosung
– Familienkonflikte oder Trennung, Tod eines Elternteils
– strenger oder stets wechselnder Erziehungsstil
– Eltern mit psychischer Erkrankung, Alkohol- oder Drogenmissbrauch

SCHULE

+ positives Schulklima, das Integration und Gemeinschaft fördert
+ unterstützende Angebote in schwierigen Phasen

– Zurückweisung von der Klassengemeinschaft
– Misserfolg in der Schule
– schulische Unter-/Überforderung
– wenig Kontakt zu anderen Kindern in der Schule
– Mobbing



LEBENSEREIGNISSE

+ Kontakt zu einer bzw. einem Erwachsenen, von der bzw. dem das Kind Hilfe erwarten kann
+ unterstützende Angebote in schwierigen Phasen, z.B. durch Verwandte, Freundinnen und Freunde, Lehrerinnen und Lehrer, Beratungsstellen

– Schwierigkeiten bei Schulwechsel
– Tod eines Familienmitglieds
– traumatisierendes Ereignis

GESELLSCHAFT

+ Einbindung in soziales Netz
+ Zugang zu Unterstützung
+ wirtschaftliche Sicherheit
+ starke kulturelle Identität

– Diskriminierung
– Isolation
– finanzielle Schwierigkeiten, Armut
– fehlender Zugang zu Unterstützungsangeboten
– Flucht, Krieg, Terror

Diagnose: Wer ist die richtige Ansprechperson?

Allgemeinmedizinerin bzw. Allgemeinmediziner, Kinderärztin bzw. Kinderarzt oder Psychiaterin bzw. Psychiater?

Erste Anlaufstelle bei Verdacht auf eine kindliche Depression ist die Allgemeinmedizinerin bzw. der Allgemeinmediziner oder die Kinderärztin bzw. der Kinderarzt, die bzw. der eine organische Erkrankung ausschließen kann. Die Diagnose wird dann im Rahmen eines klinischen Interviews gestellt, wobei bis zum 12. Lebensjahr die Beschreibung durch die Eltern einen wichtigen Stellenwert einnimmt; ab zehn Jahren wird das Gespräch mit dem Kind oder Jugendlichen selbst immer wichtiger. In manchen Fällen wird eine psychologische Diagnostik empfohlen, insbesondere auch um die kognitive Leistungsfähigkeit zu erfassen.

Wie verläuft eine kindliche Depression?

Es kann sich um eine einmalige Episode handeln. Bei etwa der Hälfte der Patientinnen und Patienten kehrt die Erkrankung immer wieder zurück. Jede einzelne Episode dauert zwischen drei und acht Monaten. Sind Depressionen mit anderen psychischen Erkrankungen verbunden, leiden auch die Eltern an psychischen Erkrankungen oder handelt es sich um einen schweren Verlauf mit Suizidgedanken und -versuchen, kann eine depressive Episode länger anhalten – bei einem von fünf Kindern sogar zwei Jahre oder mehr.

Worüber sich alle Eltern depressiver Kinder im Klaren sein sollten:
Depression ist eine Krankheit und nicht die Schuld des Kindes oder seiner Eltern!

Behandlung

Es ist unabdingbar, dass die Familie in die Behandlung einbezogen wird. Informationen über die Krankheit und deren Behandlung spielen dabei eine wesentliche Rolle. Lassen Sie sich daher von der behandelnden Ärztin bzw. vom behandelnden Arzt alles über die Symptome, den Verlauf der Erkrankung und die Behandlungsmöglichkeiten erklären.

Die 4 Bereiche des Behandlungsplans

Der Behandlungsplan betrifft normalerweise 4 Bereiche:
→ Familie
→ Freundinnen und Freunde
→ Schule
→ betroffenes Kind

Familie:
Depressionen bei Kindern, insbesondere bei bestehender Suizidalität, führen zu einer großen Unsicherheit bei Eltern und Geschwistern. Das führt sehr oft dazu, dass diese Kinder übermäßig geschont werden, keine Verantwortung mehr tragen müssen oder auch ständig kontrolliert werden. Im Laufe der Behandlung ist das Ziel, dass das Kind oder die bzw. der Jugendliche langsam wieder altersentsprechende Aufgaben erfüllen kann und die elterliche Kontrolle wieder abnimmt.

Betroffene Kinder haben häufig selbst einen Elternteil mit psychiatrischen Problemen, meist Depression, Angst oder Suchtmittelmissbrauch. Das kann es für die Familie schwer machen, die Behandlungsempfehlungen für das Kind durchzuführen. Wenn allerdings die elterliche Depression erfolgreich behandelt wird, geht dies gleichzeitig mit einer Verbesserung der kindlichen Symptomatik einher. Deshalb ist es wichtig, sich als betroffener Elternteil selbst einer Behandlung zu unterziehen.

Freunde:
Da sich depressive Jugendliche oft mit Leidensgenossinnen bzw. Leidensgenossen zusammentun, Drogen als Selbstmedikation verwenden und einander in depressionsfördernden Verhaltensweisen verstärken sowie manchmal auch kriminell werden, ist die Förderung positiver Freundschaften wichtig.

Schule:
Die schulische Einbindung und Probleme in der Peer-Group werden im Rahmen der Behandlung ebenfalls angesprochen, falls solche Faktoren an der Erkrankung beteiligt sind. Eventuell wird die behandelnde Ärztin/Therapeutin bzw. der behandelnde Arzt/Therapeut mit den Lehrerinnen und Lehrern ein vermindertes Arbeitspensum bis zur Genesung vereinbaren und deren Verantwortung in Bezug auf soziale Konflikte in der Schule einfordern.

Betroffenes Kind:
Bei leichten Depressionen genügen oft Beratung, Begleitung durch eine „Case Managerin“ bzw. einen „Case Manager“, die bzw. der die Maßnahmen koordiniert, stützende Psychotherapie, Änderung des Lebensstils hinsichtlich Schlaf, Ernährung, Medien- und Substanzkonsum sowie die oben geschilderten Interventionen. Nur wenn diese Maßnahmen nicht innerhalb einiger Wochen greifen oder die Depression mittelschwer bzw. schwer ist, kommen die folgenden spezifischen Behandlungsverfahren zum Einsatz:

Psychologische und psychotherapeutische Verfahren

Als effektiv in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen haben sich die kognitive Verhaltenstherapie und die interpersonelle Psychotherapie erwiesen (siehe ab ***Seite 159***).
Weitere Methoden schließen Familientherapie und psychodynamische Therapien ein, die bei jüngeren Kindern in Form von Spieltherapie eingesetzt werden. Beratung, Selbsthilfeprogramme und internetbasierte Therapieformen gewinnen zunehmend an Bedeutung.



Medizinische Behandlung

Nicht-medikamentöse biologische Therapien

- → **Sport und Bewegung:** In der Gruppe oder alleine führt Sport und Bewegung zu einer positiveren und wertschätzenden Haltung sich selbst gegenüber.
- → **Lichttherapie:** Diese hat in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen einen untergeordneten Stellenwert, allenfalls bei einer kleineren Gruppe mit saisonaler Depression.

Antidepressiva bei Kindern und Jugendlichen

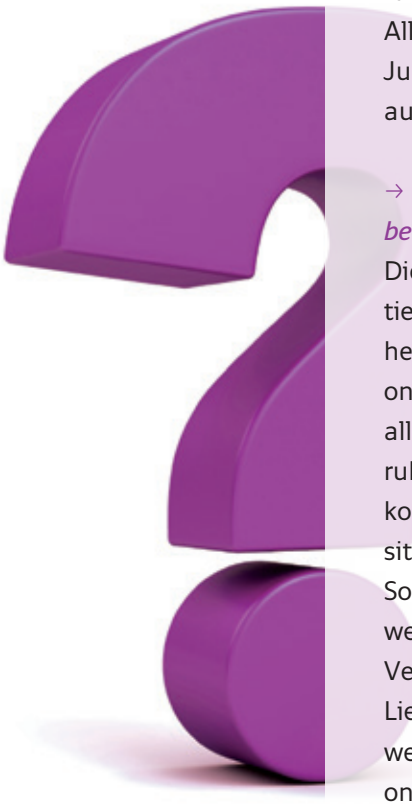
Antidepressiva werden bei Kindern und Jugendlichen bei mittelgradiger oder schwerer Depression, bei Komorbiditäten oder Suizidalität immer in Kombination mit Psychotherapie verordnet. Sie sind in der Regel gut verträglich und zeigen einen guten therapeutischen Effekt. Das Risiko für Suizidideen ist neuen Studien zufolge dadurch erniedrigt.

Hinsichtlich der Nebenwirkungen der Antidepressiva (SSRI) bei Kindern und Jugendlichen müssen Kopfschmerzen, Müdigkeit, gastrointestinale Nebenwirkungen, Absetzprobleme und sexuelle Entwicklungsstörungen in Betracht gezogen werden.

Die medizinische Abklärung vor der Verschreibung sollte immer eine Routineblutuntersuchung (inkl. Schilddrüsenwerte), ein EKG, Größe, Gewicht und eine eingehende klinische Untersuchung beinhalten.

Wenn die medikamentöse Therapie erfolgreich ist, soll sie mindestens sechs Monate beibehalten werden, um einen Rückfall zu verhindern.

Ihre Fragen – unsere Antworten



→ Können auch Kleinkinder von einer Depression betroffen sein?

Ja, sogar Säuglinge können bereits depressive Symptome zeigen. In der späteren Kindheit leidet eines von fünf Kindern unter irgendeiner psychischen Krankheit. Allerdings wird bei 50–75% der erkrankten Kinder und Jugendlichen die Depression nicht erkannt und daher auch nicht behandelt.

→ Warum ist es so schwierig, Depressionssymptome bei einem Kind zu erkennen?

Die Symptome sind zwar denen bei erwachsenen Patientinnen und Patienten ähnlich (Niedergeschlagenheit, Lustlosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Konzentrationsprobleme, Antriebslosigkeit, Ängste, Gereiztheit), allerdings werden sie bei Kindern oft als „brav und ruhig", „schlimm und aufsässig" fehlgedeutet. Dazu kommt, dass depressive Episoden vor allem in Krisensituationen und bei Lebensveränderungen auftreten. So werden die Anzeichen einer Depression beispielsweise bei Eintritt in den Kindergarten, Schulbeginn, Verlust von Freundschaften, Trennung der Eltern, Liebeskonflikten etc. meist als normale Reaktion gewertet, und man übersieht, dass hier eine Depression entsteht. Außerdem ändern Kinder aufgrund ihrer steten Entwicklung ihr Verhalten permanent, sodass Verhaltensänderungen vor dem Hintergrund einer Depression nicht so auffallen.

Ihre Fragen – unsere Antworten

→ Worin liegen die Ursachen einer kindlichen Depression?

Wie beim Erwachsenen spielen auch beim Kind genetische und biochemische Faktoren (Botenstoffe im Gehirn), psychische und soziale Risikofaktoren eine Rolle.

→ Wie gefährlich sind Internetforen, in denen sich Jugendliche über Suizid austauschen?

Eine Absicht zum Suizid wird nicht durch diese Foren erzeugt, sondern ist bereits vorhanden, wenn jemand sich darüber mitteilt. Es ist nicht belegt, dass die Suizidgefahr durch Internetforen verstärkt wird. Das Internet bietet auch hilfreiche Seiten und anonyme erste Unterstützung für Jugendliche in Krisen.

→ Welche Faktoren können Kinder vor Depressionen schützen?

Unter anderem: gute Kontaktfähigkeit, optimistische Bewältigungsstrategien, familiäre Harmonie und Stabilität, ein positives Schulklima, Kontakt zu unterstützenden Erwachsenen, das Eingebunden-Sein in einen Freundeskreis, körperliche Aktivität.

→ Sind Eltern schuld, wenn ihr Kind depressiv wird?

Nein! Weder die Eltern noch das Kind sind schuld, sondern Depression ist eine Krankheit. Man kann allerdings danach trachten, das Umfeld und die Verhältnisse für das Kind so zu gestalten, dass die Schutzfaktoren die Risikofaktoren überwiegen.

→ Wie problematisch ist das Handy?

Sozialer Rückzug und Flucht in die Online-Welt (Online-Spiele, soziale Medien etc.) sind mit Störungen der psychischen Gesundheit verbunden. Insbesondere vor dem Alter von drei Jahren sollten die Kinder keinen Kontakt zu Bildschirmen haben. Danach braucht es klare, stringente Vorgaben und eine kontinuierliche gemeinsame Auseinandersetzung. Im Jugendalter sollten schließlich Eigenverantwortung und ein gesunder Umgang gefördert werden.

Wissenswertes/ Nützliche Informationen

Wo Sie Unterstützung finden



Wenn Sie sich sehr traurig, unglücklich oder niedergeschlagen fühlen bzw. den Verdacht haben, an einer Depression zu leiden, können Sie sich primär an folgende Stellen wenden:

- → niedergelassene Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin
- → niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie
- → in akuten Fällen: psychiatrische Ambulanz eines Krankenhauses

Auch *Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten* oder *Psychologinnen und Psychologen* können als erste Ansprechpersonen fungieren bzw. maßgeblich in die Diagnose und Behandlung einbezogen sein.
Psychotherapeutische Versorgungsvereine haben mit zahlreichen Krankenversicherungsträgern Verträge zur Bereitstellung von Psychotherapie abgeschlossen.
Psychosoziale Dienste und Einrichtungen tragen wesentlich zur Vernetzung und Versorgung im Bereich der psychischen Erkrankungen bei.
Selbsthilfegruppen bieten sowohl Betroffenen als auch Angehörigen Unterstützung.
Vor allem gibt es zahlreiche Anlaufstellen der Krankenversicherungsträger.

Die Zahl der Ansprechstellen ist allerdings derart groß, dass ihre vollständige Aufzählung den Rahmen dieses Buches sprengen würde. Zudem ändern sich sowohl Daten als auch Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner laufend.

Anlaufstellen finden Sie z.B. über folgende Internetseiten (siehe auch QR-Codes):

- → https://www.gesundheit.gv.at/service/beratungsstellen/krankheiten/psyche/psychische-krankheiten.html
- → https://www.gesundheit.gv.at/service/gesundheitssuche.html

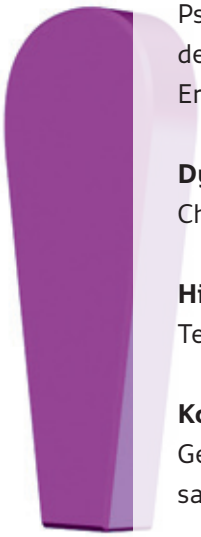
Glossar: Was bedeutet was?

Agoraphobie
Angst vor freien Plätzen oder öffentlichen Verkehrsmitteln

Allel
Variante eines Gens

Antidepressivum
Medikament zur Behandlung von Depressionen

Bipolare Störung
Psychische Erkrankung, bei der euphorische (manische) und depressive Phasen wechseln; früher auch „manisch-depressive Erkrankung“ genannt



Dysthymie
Chronische Verlaufsform der Depression

Hippocampus
Teil des Gehirns, der zum limbischen System gehört

Kognitive Funktionen
Geistige Funktionen wie Sprechen, Denken, Planen, Aufmerksamkeit, Wahrnehmung



Kortikoide
Überbegriff für Hormone, die in der Nebennierenrinde gebildet werden

Lebenszeitprävalenz
Anteil der Menschen, die im Laufe des Lebens an einem bestimmten Leiden erkranken

Limbisches System
Gehirnregion, die für das Wahrnehmen und Verarbeiten von Gefühlen mitverantwortlich ist

Morgendliches Pessimum
Morgendliches Stimmungstief

Neuronen
Nervenzellen

Neurotransmitter
Botenstoffe im Gehirn; für das psychische Befinden sind neben anderen die Neurotransmitter Serotonin und Noradrenalin wichtig

Post-Stroke-Depression
Depression, die nach einem Schlaganfall auftritt

Psychoedukation
Spezielle Schulungen für Kranke und deren Angehörige über die psychische Krankheit und den richtigen Umgang damit

Psychomotorik
Zusammenspiel von Gefühlsleben, Wahrnehmung und Bewegung

Psychosoziale Faktoren
Lebensumstände, Faktoren aus der Umwelt, welche die Entstehung und den Verlauf der Krankheit beeinflussen

Remission
Genesung

Rezidivierend
Wiederkehrend

Notizen

Notizen

Notizen

Notizen

Notizen

Sind depressive Menschen besonders labil?

Kann eine unglückliche Ehe zur Depression führen?

Oder ist Depression angeboren?

Viele Fragen stellen sich im Zusammenhang mit dieser Krankheit, deren Symptome oft fehlgedeutet werden. So werden Menschen mit Depressionen nicht selten lediglich als unfreundlich und launenhaft eingestuft, weil viele nicht wissen, dass dies Teil der Symptomatik sein kann. Andererseits heißt es manchmal, „Ich bin depressiv", wenn nur ein vorübergehendes Stimmungstief vorliegt.

Depression ist jedoch eine ernst zu nehmende Krankheit, die sich in vielen Erscheinungsformen zeigen kann. Die Krankheit kann heute allerdings sehr gut behandelt werden.

Wichtigste Voraussetzung einer erfolgreichen Behandlung ist das Wissen um die Depression und ihre Symptome. Dieses Wissen vermitteln Ihnen im vorliegenden Buch namhafte Expertinnen und Experten unter der Leitung von Univ.-Prof. Dr. Johannes Wancata. Sie erfahren in diesem Ratgeber u.a., an welchen Anzeichen Sie eine Depression erkennen können, wer für die Behandlung zuständig ist und welche Formen der Behandlung es gibt.

Erlebnisberichte von Betroffenen können Ihnen einen speziellen Zugang zur Krankheit Depression vermitteln.

978-3-9505733-3-6

