

bündnis  
gegen  
**DEPRESSION**

The logo consists of the text 'bündnis gegen DEPRESSION' in a sans-serif font. 'bündnis' and 'gegen' are in a light grey color, while 'DEPRESSION' is in a bold, black font. A red, hand-drawn scribble, resembling a stylized wave or a signature, overlaps the text from the right side, starting above 'DEPRESSION' and extending upwards and to the left.

## Pressespiegel 2004

## **Depression und Suizidalität hängen leider oft zusammen**

15.06.2004 - Menschen, die unter schweren Depressionen leiden, erleben häufig einen so hohen Leidensdruck, dass sie sich das Leben nehmen. Ob auch hinter dem tragischen Tod der Schauspielerin Jennifer Nitsch eine Depression steht, scheint noch unklar. Klar sind allerdings die Fakten: 90 Prozent aller Suizide werden auf psychische Erkrankungen zurückgeführt, die große Mehrzahl davon als Folge einer Depression.

Die Depression ist die psychische Erkrankung mit dem höchsten Suizidrisiko. Bis zu 15 Prozent der schwer depressiv erkrankten Menschen nehmen sich das Leben, ca. die Hälfte begeht in ihrem Leben einen Suizidversuch. In Deutschland sterben pro Jahr ca. 11.000 Menschen durch Suizid, das sind deutlich mehr als durch Verkehrsunfälle. In der Altersgruppe der 15-35jährigen steht der Suizid nach Unfällen sogar an zweiter Stelle aller Todesursachen.

Besonders tragisch erscheinen diese Zahlen vor dem Hintergrund der bestehenden Therapiemöglichkeiten. Oft vergeht wertvolle, ja lebensrettende Zeit, bevor ein depressiv Erkrankter angemessen behandelt werden kann. "Eine Depression lässt sich gut behandeln, der großen Mehrheit der Patienten können wir helfen. Mit der Pharmako- und/ oder der Psychotherapie stehen uns heute wirksame Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung", weiß Prof. Ulrich Hegerl, Psychiater an der Ludwig-Maximilians-Universität und Sprecher des Kompetenznetz Depression, Suizidalität.

Es ist alarmierend, dass nur ein Drittel der Betroffenen medizinische Hilfe sucht. Viele gehen aus Scham nicht zum Arzt, weil sie ihre Erkrankung nicht als solche verstehen oder fälschlicherweise persönliches Versagen dafür verantwortlich machen. Bei vielen Patienten stehen auch körperliche Beschwerden im Vordergrund. Dies macht es auch für den Hausarzt, der meist der erste Ansprechpartner ist, schwer, eine Depression zu erkennen. So werden die meisten der vier Millionen an einer Depression erkrankten Deutschen nicht adäquat behandelt.

Im Rahmen des vom Kompetenznetz Depression, Suizidalität initiierten "Bündnis gegen Depression" konnte in einem Modellprojekt in Nürnberg die Zahl der Suizidversuche um über 25 Prozent gesenkt werden. Durch Fortbildungsprogramme für Ärzte und für Multiplikatoren wie Lehrer, Pfarrer oder Apotheker, durch Öffentlichkeitsarbeit, durch die Unterstützung von Selbsthilfeinitiativen sowie durch spezielle Angebote für Betroffene konnte die Versorgungssituation depressiv erkrankter Menschen verbessert werden. Inzwischen ist das Bündnis nicht nur bundesweit, sondern als "European Alliance Against Depression" auch europaweit aktiv

Quelle: Kompetenznetz Depression

---

## **European Alliance Against Depression - Europaweites Aktionsprogramm zur Verbesserung der Versorgung**

23.04.2004 - In Deutschland sind fünf Prozent der Bevölkerung akut an einer Depression erkrankt, in Europa geht man von ähnlichen Zahlen aus. Obwohl es wirksame Behandlungsmethoden gibt, ist die Versorgung der Betroffenen häufig nicht optimal. Erschwerend kommt zu ihrer Situation hinzu, dass die Depression in der breiten Öffentlichkeit oft nicht als ernsthafte Erkrankung wahrgenommen wird. Um die Versorgung depressiv erkrankter Menschen zu verbessern, startet die "European Alliance Against Depression" in 15 europäischen Ländern Aktionsprogramme.

Vier Millionen Deutsche sind in diesem Moment an einer behandlungsbedürftigen Depression erkrankt. Etwa 10 - 15 Prozent derjenigen unter ihnen, die an einer schweren Form der Depression leiden, nehmen sich irgendwann das Leben. Mehr als 90 Prozent aller Suizide werden im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen begangen, die allermeisten davon auf Grund einer Depression. In der Europäischen Union nehmen sich jedes Jahr mehr als 45.000 Menschen das Leben. Je nach Land rangieren die Suizidraten von 7 pro 100.000 Einwohnern in Großbritannien bis hin zu 36 pro 100.000 in Estland (WHO-Daten 1995/ 1996). Eine Studie zeigte, dass vierzig Prozent derer, die sich das Leben nahmen, innerhalb der letzten vier Wochen vor ihrem Tod einen Arzt aufgesucht hatten. Dies verdeutlicht die Notwendigkeit, im Hausarztbereich gezielt zu intervenieren.

Eine hohe Suizidrate gilt als ein wichtiger Indikator für eine sub-optimale Diagnose und Therapie der Depression. Obwohl mit Medikamenten wie Antidepressiva oder psychotherapeutischen Maßnahmen wirksame Therapien zur Verfügung stehen, erhält nur eine Minderheit der Betroffenen eine optimale Behandlung. Die Gründe hierfür liegen in mangelndem Fachwissen und einem Unterschätzen der Erkrankung durch Hausärzte, in der Wahrnehmung in der öffentlichen Meinung, in der Depression häufig nicht als ernsthafte Erkrankung gesehen wird, aber auch in der krankheitsbedingten Hoffnungs- und Antriebslosigkeit der Betroffenen selbst.

### **Vorbild "Nürnberger Bündnis gegen Depression"**

2001/ 2002 wurde in Nürnberg ein Interventions-Programm auf vier Ebenen durchgeführt, um die Versorgung depressiver Menschen zu verbessern und die Suizidalität zu verringern. Neben Hausärzten und Betroffenen wurden Multiplikatoren wie Geistliche, Lehrer, Polizeibeamte oder Journalisten und als breiteste Ebene die gesamte Öffentlichkeit angesprochen.

Das "Nürnberger Bündnis gegen Depression" wird als Subprojekt des Kompetenznetzes Depression, Suizidalität vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert. Das erfolgreiche, wissenschaftlich evaluierte Programm führte zu einer signifikanten Senkung der Anzahl von Suiziden und Suizidversuchen in Nürnberg um über 20 Prozent. Inzwischen führen zwölf Regionen in Deutschland von Lübeck bis Kempten Aktionsprogramme als "Bündnis gegen Depression e.V." fort, 30 - 40 weitere deutsche Partner befinden sich in der Planungsphase.

### **European Alliance Against Depression**

Das Interventionsprogramm "European Alliance Against Depression" (EAAD) gründet auf den Erfahrungen und Materialien des Nürnberger Bündnisses. Erweitert um Kenntnisse aus anderen europäischen Ländern, wird es europaweit zum Tragen kommen: Regionen aus 15 europäischen Ländern von Ungarn bis Portugal und Island bis Italien sind zum Start mit an Bord. Hinter den Partnern in den Ländern stehen, ebenso wie in den verschiedenen deutschen Regionen, ganz unterschiedliche Institutionen: Universitätskliniken, Krankenhäuser, Versorgungseinrichtungen aus der Primärversorgung oder spezielle mit öffentlichen Mitteln unterstützte regionale Kampagnen.

Innerhalb der ersten 18 Monate werden verschiedene Länder auf regionalen Ebenen Interventionsprogramme starten (EAAD I). In einem zweiten Schritt sollen die Erfahrungen und die gewonnenen Daten der verschiedenen Länder genutzt werden, um die Aktivitäten auf weitere Regionen auszudehnen, wenn möglich landesweit durchzuführen (EAAD II + III). Die Evaluation des Programms wird zwischen den einzelnen Ländern koordiniert.

Die European Alliance Against Depression wird im Rahmen des "Public Health Program" der Europäischen Kommission Health & Consumer Protection, Directorate-General während der ersten Förderphase mit über 650.000 Euro gefördert. Sie wird maximale Effekte bei vergleichsweise kleinem Budget erreichen, weil auf Maßnahmen und Materialien zurückgegriffen wird, die bereits existieren.

#### **Vier-Ebenen-Programm**

Je nach der aktuellen Situation vor Ort entscheiden nationale Networks, welche Maßnahmen in welchem Umfang umgesetzt und welche Materialien eingesetzt werden.

- Für Hausärzte wird es interaktive Schulungen sowie eine Hotline geben, bei der sie individuelle Fälle aus der Praxis mit einem Spezialisten besprechen können. Außerdem erhalten Hausärzte Videokassetten zur Weitergabe an Patienten.
- Betroffene, vor allem besonders gefährdete Patienten wie solche, die einen Suizidversuch hinter sich haben, werden gezielt über Hilfsangebote in Krisensituationen informiert: Sie erhalten eine Notfallkarte mit Telefonnummern von Ansprechpartnern, die rund um die Uhr erreichbar sind. Darüber hinaus werden bestehende oder neu zu gründende Selbsthilfegruppen unterstützt.
- Menschen, die berufsbedingt mit depressiven Patienten zu tun haben, wirken als Multiplikatoren. Einzelne Gruppen wie Geistliche, Altenpflegekräfte, Polizeibeamte oder Journalisten werden in individuell zugeschnittenen, interaktiven Fortbildungsveranstaltungen sensibilisiert und informiert.
- Ziel der European Alliance Against Depression ist auch, durch Aufklärung die Kenntnisse über die Erkrankung Depression und dadurch die Einstellung zur Erkrankung zu verbessern. Durch Plakate, Flyer, Broschüren oder Kino-Spots soll die breite Bevölkerung für das Thema sensibilisiert werden. Events wie Aktionstage sollen punktuelle Schwerpunkte setzen, der Internet-Auftritt der European Alliance Against Depression soll weitere Informationsmöglichkeiten bieten. Schon bald wird es unter [www.eaad.eu](http://www.eaad.eu) eine zentrale Homepage mit Links zu den lokalen

Angeboten in den einzelnen Ländern geben.

Prof. Dr. Ulrich Hegerl, Initiator und Sprecher der "European Alliance Against Depression" zum neuen Projekt: "Wir möchten durch die "European Alliance Against Depression" alle Kräfte bündeln, um europaweit die Situation depressiv erkrankter Menschen zu verbessern. Wir verstehen uns als Koordinator und Vermittler und freuen uns auf die Arbeit mit unseren Partnern im Ausland."

Quelle: [Kompetenznetz Depression](#)

---

## **Depressionen begünstigen Rückenschmerzen**

02.03.2004 - Ärzten ist wohl bekannt, dass Schmerzen depressiv machen können. Die Verbindung ist jedoch keine Einbahnstraße, berichtet eine kanadisch-schwedische Forschergruppe im Fachblatt "Pain". Depressionen erhöhen das Risiko für starke Nacken- und Kreuzschmerzen.

"Sowohl Schmerzen als auch Depressionen treten oft wiederholt auf und beide sind sehr verbreitet", erläutert Linda Carroll von der University of Alberta in Edmonton. Schätzungsweise ein Fünftel der Bevölkerung habe in den letzten sechs Monaten nicht an Rücken- oder Nackenschmerzen gelitten, so die Medizinerin. Umso wichtiger sei ein frühzeitiges Eingreifen, bevor die Betroffenen in einen Teufelskreis von Schmerz und Depression gerieten.

Carroll und ihre Kollegen verfolgten den Werdegang von 790 erwachsenen Einwohnern der kanadischen Provinz Saskatchewan. Zu Beginn der Untersuchung wiesen die Teilnehmer höchstens leichte Schmerzen auf, ihre medizinische Vorgeschichte ließ jedoch ein erhöhtes Risiko für starke bis sehr starke Nacken- und Kreuzschmerzen vermuten. Tatsächlich stellten sich bei 89 Teilnehmern binnen sechs bzw. zwölf Monaten solche Schmerzen ein. Jene mit starken Symptomen einer Depression waren viermal häufiger betroffen als jene mit geringen oder keinen Anzeichen.

Warum Depressionen das Auftreten von Schmerzen begünstigen, ist noch unklar. Carroll vermutet einen Zusammenhang mit der Art und Weise, wie jemand mit Schmerz umgeht. "Möglicherweise führt eine Depression zu einem passiven Erdulden von leichten Schmerzen, wie sie bei vielen Menschen immer wieder auftreten. Dies könnte wiederum die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass der Schmerz zu einem ernsthaften Problem im Leben des Betroffenen wird." Vermutlich gingen nicht depressive Personen dagegen eher mit Gymnastik und speziellen Übungen gegen beginnende Schmerzen an und pflegten generell einen aktiveren Lebensstil.

Forschung: Linda J. Carroll, Department of Public Health Sciences und Alberta Centre for Injury Control and Research, University of Alberta, Edmonton; und andere

Veröffentlicht in Pain, Vol. 107(1-2), pp 134-9

Quelle: [Scienceticker](#)

---

## **Bündnis gegen Depression in Hamburg-Harburg gestartet**

Das größte Projekt gegen die Depression in der Geschichte des deutschen Gesundheitswesens hat jetzt auch einen Stützpunkt in Hamburg: Im Harburger Rathaus hat sich am 5. Februar 2004 das "Harburger Bündnis gegen Depression" gegründet.

Mit einer Auftaktveranstaltung formierte sich hier eine Allianz, die es bisher gegen die Krankheit noch nicht gab: Mediziner, Psychotherapeuten, Selbsthilfegruppen, Gesundheitsamt, Beratungsstellen, psychosoziale Einrichtungen, Arbeitsrehabilitation und Apotheker ziehen an einem Strang - das AK Harburg mit seiner Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie gehört zu den Organisatoren des neuen Netzwerks. Schirmherrin und Schirmherr sind die NDR-Moderatorin Bettina Tietjen und der Präsident der Hochschule für Musik und Theater, Prof. Dr. Hermann Rauhe.

Die Depression sei die psychische Erkrankung mit dem höchsten Suizidrisiko und gehöre zu den am meisten unterschätzten Krankheiten, sagt Dr. Hans-Peter Unger, Leitender Arzt der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie im AK Harburg. Er hat das Bündnis initiiert: "Die Depression ist eine der großen Volkskrankheiten wie Diabetes und Bluthochdruck. Sie sollte nicht mit üblichen Stimmungstiefs oder Traurigkeit verwechselt werden - ein depressiv Erkrankter erfährt eine grundlegende Veränderung seines Erlebens. Er entwickelt Angst, Schuldgefühle, Grübelzwang, innere Unruhe und Konzentrationsstörungen. Die Unfähigkeit zur Freude bis hin zu lebensmüden Gedanken verbinden sich mit körperlichen Symptomen wie Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust und schneller Erschöpfbarkeit. Gerade in unserer hochentwickelten Technologie- und Kommunikationsgesellschaft stellt die Depression so etwas wie den "Arbeitsunfall der Moderne" dar. Auch die Altersdepression nimmt zu. Dagegen wollen wir gemeinsam etwas tun. Depressionen können jeden treffen, und sie sind behandelbar."

90 Prozent der Patienten wären mit Psychotherapie und medikamentöser Therapie erfolgreich zu behandeln, so Dr. Unger. Bisher suche aber nur ein Drittel der Betroffenen medizinische Hilfe. Daher vergehe oft wertvolle Zeit, bevor ein depressiv Erkrankter angemessen behandelt werden könne. Das Bündnis arbeite auf vier Ebenen: Aufklärung der Öffentlichkeit, Kooperation mit Haus- und Fachärzten, Zusammenarbeit mit Multiplikatoren wie Lehrern, Pastoren oder Betriebsräten, Angebote für die Betroffenen und Angehörigen.

Prof. Heinz Lohmann, Vorstandssprecher des LBK Hamburg, lobte auf der Auftaktveranstaltung das Engagement Beteiligten des Harburger Bündnisse und insbesondere den persönlichen Einsatz von Dr. Unger und seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im AK Harburg: "Eine Depression kann wirklich jeden treffen, selbst Psychiatrieexperten. Leider wird sie allzu oft trotz aufwändigster somatischer Untersuchungsverfahren nicht erkannt oder fälschlicherweise bagatellisiert - auch von den Betroffenen und ihrem Umfeld." Sehr wichtig sei es, so Lohmann, dass diese Erkrankung und die davon Betroffenen endlich entstigmatisiert würden: "Oft lese ich in Biographien, dass auch sehr erfolgreiche Personen Krisen mit Ängsten und Depressionen durchleben. Leider ist das meist nur zwischen den Zeilen zu erfahren, dabei könnte ein offener Umgang mit diesem Thema vielen

Betroffenen helfen, ihr eigenes Leiden zu erkennen und mit professioneller Hilfe zu bewältigen."

20.000 Flyer mit Selbsttest und Hinweisen auf Hilfsangebote, 500 Plakate, Videokassetten etc. stehen zur Verteilung an Arztpraxen, Apotheken, Beratungsstellen und öffentlichen Einrichtungen in Harburg zur Verfügung. Ein Veranstaltungsprogramm für die nächsten Monate wird ebenfalls vorgestellt, alles zum Thema Depression. Nach entsprechender Schulung durch Mitarbeiter der LMU München haben sich kleine Teams gebildet, die jetzt an Schulen, Altenheimen und in Betrieben über die Erkrankung Depression und rasche Behandlungsmöglichkeiten aufklären wollen.

Zu diesem Zweck hat sich das Harburger Bündnis gegen Depression e.V. gegründet.

Gründungsmitglieder sind:

- Allgemeines Krankenhaus Harburg
- APONOVA-Servicecenter der Apotheken im LBK Hamburg
- Der Hafen-VpH Harburg e.V.
- Elbe Werkstätten GmbH
- Ev. luth. Kirchenkreis Harburg
- Gesundheitsamt Harburg
- Hamburger Fachdienst
- Paritätischer Wohlfahrtsverband LV Hamburg
- Selbsthilfegruppe für psychisch Kranke Harburg
- Haus- und Fachärzte

Anfang Mai 2003 erfolgte das offizielle Startsignal zur bundesweiten Ausweitung des erfolgreichen "Nürnberger Bündnisses gegen Depression". Das Modell ist eines der wichtigsten Teilprojekte des Kompetenznetzes "Depression, Suizidalität". Ziele des Projekts sind die Verbesserung der Diagnose und Versorgung depressiv erkrankter Menschen und die Senkung der Anzahl von Suiziden und Suizidversuchen. Zum Arbeitskonzept gehören Fortbildungen für Ärzte, Psychologen, Pfarrer, Beratungsstellen und Gesundheitsämter sowie eine breite Öffentlichkeitsarbeit und Selbsthilfe-Initiativen für Betroffene und Angehörige. Erste Ergebnisse des seit 2001 arbeitenden "Nürnberger Bündnisses gegen Depression" zeigen einen positiven Trend: die wissenschaftliche Auswertung konnte zeigen, dass das öffentliche Bewusstsein bezüglich des Themas Depression anstieg und suizidale Handlungen signifikant zurückgegangen sind. Das Kompetenznetz Depression, Suizidalität gehört zu den bisher 14 Kompetenznetzen in der Medizin, die das Bundesministerium für Bildung und Forschung seit 1999 fördert. Die Netze widmen sich jeweils einem spezifischen Krankheitsbild mit besonderer gesundheitspolitischer Bedeutung. Ziel ist es auch, die Kooperation und den Wissenstransfer zwischen den Forschungseinrichtungen und den verschiedenen Ebenen der Patientenversorgung zu verbessern.

Allein in Deutschland leidet jede zwanzigste Person nach wissenschaftlichen

Untersuchungen an einer behandlungsbedürftigen Depression, das sind insgesamt rund vier Millionen Menschen. Depressive Erkrankungen werden immer noch viel zu häufig als "Psychoprobleme" bagatellisiert oder aus Angst vor Stigmatisierung verschwiegen, sagt Dr. Unger. Weil meist vielfältigste körperliche Beschwerden hinzukämen, sei häufig der Hausarzt der erste, der die Anzeichen der Depression erkennen könne: "Da ein Mensch mit einer neu auftretenden Depression zunächst keine Erklärung für das hat, was sich in ihm verändert, spielt gerade der Hausarzt in der Frühdiagnostik der Depression eine entscheidende Rolle." 90 Prozent der

Patienten wären mit Psychotherapie und medikamentöser Therapie erfolgreich zu behandeln, sagt Dr. Unger. Deshalb strebt auch das "CareWerk Depressionsprojekt" der AKH-Apotheke eine enge Vernetzung zwischen Hausärzten, Psychiatern, Apothekern und Klinik an. Eine adäquate Behandlung der Depression lindert nicht nur bei Betroffenen und Angehörigen großes Leid, sondern ist auch volkswirtschaftlich von enormer Bedeutung: Vor allem unter 20- bis 40-Jährigen nimmt die Arbeitsunfähigkeit wegen Depressionen beständig zu. Als Folge depressiver Erkrankungen wurden beispielsweise in Deutschland innerhalb eines Jahres elf Millionen Ausfalltage registriert und 10.629 Frühberentungen ausgesprochen.

Weitere Informationen:

Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie im AK Harburg  
Leitender Arzt Dr. Hans-Peter Unger  
Eißenborfer Pferdeweg 52, 21075 Hamburg  
Tel.: 040/7921-3254, Fax: 040/7921-3996

Das "Harburger Bündnis gegen Depression e.V." im Internet:  
[www.buendnis-depression.de](http://www.buendnis-depression.de)

---

## **Wie entsteht eine Depression?**

Eine Depression hat selten eine einzige Ursache. Meist führt ein Zusammenspiel verschiedener Faktoren zur Erkrankung. Diese möchten wir Ihnen hier näher erläutern.

Die Depression können wir sowohl von der körperlichen, biologischen Seite her als auch von der psychischen und psychosozialen Seite her erklären und behandeln. Wie bei den zwei Seiten einer Medaille ergänzen sich auch hier die beiden Betrachtungsweisen. Dies gilt im übrigen nicht nur für die Depression, sondern auch für andere Erkrankungen. Die früher verbreitete Ansicht, dass Depressionen entweder körperlich bedingt seien (endogene Depressionen) oder eher psychogen bzw. psychoreaktiv (neurotische Depression), hat die Wissenschaft inzwischen revidiert.

Folgende Faktoren spielen für die Entstehung einer Depression eine Rolle:

**Veranlagung:** Die Veranlagung zur Depression kann erworben sein, ist jedoch oft auch genetisch bedingt. Patienten mit genetischer Veranlagung neigen vermehrt dazu, bei belastenden Situationen oder auch ohne erkennbare Belastungen eine Depression zu entwickeln. Wie diese genetischen Faktoren genau aussehen, ist bislang ungeklärt. Die Hoffnung, dass ein einzelnes Gen für Depressionen zu finden ist, hat sich nicht erfüllt.

Beim Entstehen einer Depression spielt auch die Veranlagung eine Rolle. Die Wissenschaft unterscheidet zwischen genetischer und erworbener Veranlagung. Eine erworbene Veranlagung wird im Gegensatz zur genetischen Veranlagung nicht vererbt, sondern entsteht zum Beispiel durch ein frühkindliches Trauma. Im Folgenden ist nur von der genetischen Veranlagung die Rede.

Familien-, Zwillings- und Adoptionsstudien legen nahe, dass bei manchen Menschen eine genetisch bedingte Empfindlichkeit für Depression besteht.

So zeigen Familienuntersuchungen, dass Verwandte depressiver Patienten zu mindestens 20 % ebenfalls depressiv sind. Damit tritt die Depression im Familienkreis öfter auf als in der Allgemeinbevölkerung (5 - 10 %). Bei eineiigen Zwillingen ist das Phänomen noch häufiger: Hat ein Zwilling eine Depression, hat der andere Zwilling sie in über 40 % der Fälle ebenfalls. Bei zweieiigen Zwillingen beträgt die Rate 20 %. Und Adoptionsstudien zeigen, dass die biologischen Eltern depressiver Adoptierter ebenfalls häufig depressiv sind.

Die Zwillingsstudien zeigen umgekehrt aber auch, dass der genetische Faktor nur ein Teilfaktor ist. Selbst bei identischer genetischer Ausstattung erkrankt der Zwillingspartner des depressiven Patienten in weniger als der Hälfte der Fälle. Beim Entstehen einer Depression spielen immer auch Umweltfaktoren eine Rolle. Darüber, wie die mögliche genetische Grundlage der Depression allerdings aussehen könnte, besteht keine Einigkeit. Einvernehmen herrscht im Moment nur darüber, dass es ein isoliertes „Depressions-Gen“ nicht gibt.

Zu bedenken ist, dass zwischen genetischen Faktoren und Umweltfaktoren komplizierte Wechselbedingungen bestehen können. So können genetische Faktoren z.B. bedingen, dass ein bestimmter Mensch durch eine große Risikobereitschaft sich häufig in schwierige Lebenssituationen manövriert. Umgekehrt kann es von genetischen Faktoren abhängen, ob ein bestimmter Mensch mit einer psychosozialen Belastung gut zurecht kommt oder depressiv erkrankt.

**Persönlichkeitsfaktoren:** Bestimmte Persönlichkeitsfaktoren können die Depressionsanfälligkeit erhöhen. So sind viele Menschen mit depressiven Erkrankungen im gesunden Zustand eher leistungsorientiert, bereit, Verantwortung für andere zu übernehmen und eher streng mit sich selber.

**Psychosoziale Belastungsfaktoren:** Akute psychosoziale Belastungen wie der Verlust oder Tod einer Bezugsperson können als Auslöser einer depressiven Erkrankung fungieren und in diese einmünden. Auch soziale Faktoren, die eine Anpassung an neue Umstände erfordern (zum Beispiel Heirat, Arbeitslosigkeit, Berentung), treten vermehrt vor dem Beginn einer Depression auf. Jedoch sind nicht bei allen Patienten derartige Auslösefaktoren im Spiel. Viele Depressionen treffen den Erkrankten wie aus heiterem Himmel, so als ob jemand "den Lichtschalter ausgeschaltet" hätte.

**Körperliche Erkrankungen:** Auch körperliche Erkrankungen, z.B. Schilddrüsenfunktionsstörungen, können eine Depression mit verursachen.

**Hirnfunktionsstörung:** Ist die Depression einmal ausgebrochen, zieht sie den ganzen Körper des Erkrankten in Mitleidenschaft. Es kommt zu hormonellen Veränderungen, so werden z.B. vermehrt Stresshormone ausgeschüttet, der Muskeltonus erhöht sich, der Schlaf-Wach-Rhythmus ist gestört, ebenso der Appetit und die Sexualität. Als biologische Ursache für diese Veränderungen sowie für die gedrückte Stimmung, die Kraftlosigkeit, die Schuldgefühle und die anderen psychischen Symptome werden veränderte Funktionsabläufe im Gehirn, z.B. bedingt durch veränderte Funktion der Botenstoffe zwischen den Nervenzellen, diskutiert. Serotonin ist z.B. einer dieser Botenstoffe. Bisher ist es allerdings nicht gelungen, eine genau definierte Funktionsstörung im Gehirn zu lokalisieren, die unmittelbar für das Auftreten der depressiven Symptome verantwortlich ist.

**Cave:** Man sollte sehr vorsichtig damit sein, Depressionen nur als nachvollziehbare Reaktion auf schwierige Lebensumstände aufzufassen. Schwere Schicksalsschläge verursachen zwar Trauer, gedrückte Stimmung und Befindlichkeitsstörungen, jedoch nicht zwangsläufig eine Depression. Tritt allerdings eine depressive Erkrankung auf, so muss sie konsequent behandelt werden.

Quelle: [www.kompetenznetz-depression.de](http://www.kompetenznetz-depression.de)

## **Krankheitsbild der Depression**

### **Formen der Depression**

Depressive Erkrankungen verlaufen meist in Phasen, die über mehrere Monate, bei einigen Patienten auch über Jahre anhalten können.

**Unipolare Depression:** Die meisten Menschen, die an einer Depression erkranken, erleiden in ihrem Leben mehr als eine depressive Episode. Derartige Episoden dauern unter Umständen Wochen, manchmal auch Monate, insbesondere dann, wenn die Patienten nicht konsequent behandelt werden. Treten nur depressive Episoden auf, so spricht man von einer unipolaren Depression.

**Bipolare affektive Störung:** Manche Patienten erleiden nicht nur depressive, sondern auch manische Episoden. Manische Episoden sind gekennzeichnet durch einen unbändigen Tatendrang, meist gehobene Stimmung, fehlendes Schlafbedürfnis, Größenideen, häufig auch durch Kaufrausch. In diesen Fällen spricht man von einer bipolaren affektiven Störung.

**Dysthymie:** Manche Patienten leiden an einer meist leichter ausgeprägten, aber dafür chronisch verlaufenden Form der Depression, genannt Dysthymie. Diese beginnt meist im frühen Erwachsenenalter.

Depressive Episoden im Rahmen unipolarer und bipolarer affektiver Störungen sowie Dysthymie gehören zu den wichtigsten Depressions-Diagnosen. Depressive Erkrankungen können jedoch auch im Rahmen körperlicher Erkrankungen, z. B. von Schilddrüsenfunktionsstörungen, oder in Verbindung mit bestimmten Medikamenten, z.B. hochdosierter Cortisonbehandlung, auftreten.

---

## **Depression - die unterschätzte Krankheit**

**Depressive Störungen gehören zu den häufigsten und hinsichtlich ihrer Schwere am meisten unterschätzten Erkrankungen.**

Die Depression ist eine der größten Volkskrankheiten. Dies wurde sehr eindrücklich durch eine neuere, weltweit durchgeführte Studie der WHO ("Global burden of disease", Lopez und Murray, 1996) bestätigt. Die Bedeutung der verschiedenen Volkskrankheiten wurde mit einem Indikator

ermittelt, der die Erkrankungsjahre pro Bevölkerung berücksichtigt, gewichtet mit der Schwere der Beeinträchtigung durch die jeweilige Erkrankung. In den entwickelten Ländern steht hier mit deutlichem Abstand die unipolare Depression an erster Stelle (Abbildung), mit weitem Abstand vor allen anderen körperlichen und psychiatrischen Volkskrankheiten. Hochrechnungen haben zudem eine in den nächsten Jahren weiter zunehmende Bedeutung der Depression ergeben.

Wird zusätzlich der Verlust an Lebensjahren durch vorzeitiges Versterben mit berücksichtigt, so stehen kardiovaskuläre Erkrankungen (Herzinfarkt) an erster Stelle, die unipolare Depression jedoch bereits wieder an zweiter Stelle in der Rangliste der wichtigsten Volkskrankheiten.

Diese in ihrer Deutlichkeit für viele überraschenden Ergebnisse waren für die WHO Anlass, Aktionsprogramme auf nationaler Ebene zur Bekämpfung depressiver Erkrankungen zu fordern.

Wodurch ergibt sich diese große Bedeutung der Depression?

Depressionen sind häufige Erkrankungen. Derzeit sind schätzungsweise **5% der Bevölkerung** in Deutschland an einer behandlungsbedürftigen Depression erkrankt. Das sind in Deutschland ca. 4 Millionen Menschen. Etwa dreimal so groß ist die Zahl derjenigen, die irgendwann im Laufe ihres Lebens an einer Depression erkranken. Depressionen verlaufen meist in Form von Krankheitsphasen (Episoden), die Wochen bis Monate, manchmal auch Jahre anhalten können, die, vor allem wenn sie unbehandelt bleiben, rezidivierend sind, d.h. erneut auftreten können und die in manchen Fällen auch einen chronischen Verlauf nehmen können.

Depressionen gehen wie kaum eine andere Erkrankung mit hohem Leidensdruck einher, da diese Erkrankung ins Zentrum des Wohlbefindens und der Lebensqualität zielt. Von einer Patientin wurde dies in folgende Worte gefasst: "Während meiner schweren körperlichen Erkrankungen wollte ich Hilfe und hatte Hoffnung, während der Depression wollte ich nur mehr sterben."

Nicht nur vom subjektiven Erleben her, sondern auch objektiv gesehen ist die Depression eine schwere, oft lebensbedrohliche Erkrankung. Hier ist die Gefahr der Suizidversuche und der Suizide (Selbsttötungen) zu nennen. Fast alle Patienten mit schweren Depressionen haben zumindest Suizidgedanken. Bis zu 15 % der Patienten mit schweren depressiven Störungen versterben durch Suizid. Zirka die Hälfte der Patienten mit depressiven Störungen begehen in ihrem Leben einen Suizidversuch. Umgekehrt besteht bei der Mehrheit der Patienten, die Suizide begehen, ein depressives Syndrom. Der „Freitod“, d. h. der im gesunden Zustand getroffene Entschluss, sich das Leben zu nehmen, kommt so gut wie nicht vor.

Auch unabhängig von der Suizidalität kann z.B. bei älteren Menschen die Depression durch Rückzugsneigung ins Bett, durch Appetitlosigkeit, zu geringe Flüssigkeitsaufnahme sehr rasch zu lebensbedrohlichen Zuständen führen. Auch ist sehr gut belegt, dass der Verlauf vieler anderer Erkrankungen wie z. B. Diabetes mellitus oder der Zustand nach Herzinfarkt äußerst negativ beeinflusst wird, wenn gleichzeitig eine unbehandelte Depression vorliegt.

Eine häufiger Grund für die Unterschätzung der Depression liegt darin, dass wir umgangssprachlich schon von Depressionen sprechen, wenn

lediglich die Stimmung etwas gedrückt ist. Eine depressive Erkrankung besteht jedoch nicht, wenn lediglich eine gedrückte Stimmung oder Traurigkeit vorliegt, sondern es müssen weitere Symptome der Depression hinzukommen.

## **Depression und Suizidalität**

In Deutschland nehmen sich pro Jahr ca. 12 000 Menschen das Leben, wobei die tatsächliche Zahl der Suizide (Dunkelziffer) sicherlich erheblich höher liegt. Die Zahl der Suizide übersteigt demnach deutlich die der jährlichen Verkehrstoten. In der Altersgruppe der 15 - 35-jährigen steht der Suizid nach Unfällen sogar an zweiter Stelle aller Todesursachen. Die Zahl ernsthafter Suizidversuche liegt ca. um den Faktor 10 höher als die der vollzogenen Suizide. Das höchste Suizidrisiko tragen ältere Männer, das höchste Suizidversuchsrisiko jüngere Frauen.

Die Depression ist eine mittlerweile gut zu behandelnde Krankheit, trotzdem ist sie durchaus lebensgefährlich. Untersuchungen belegen, dass 40 - 60 % der Menschen, die sich jährlich in Deutschland das Leben nehmen, zum Zeitpunkt ihres Suizids an einer Depression leiden. Von denen an einer Depression schwer erkrankten Patienten - die dann auch in einer psychiatrischen Klinik behandelt werden müssen - sterben heute noch bis zu 15 % durch Suizid. Todeswünsche und Selbsttötungsideen findet man bei etwa 60 % aller stationär behandelten depressiven Patienten. Ärzte und Angehörige depressiver Patienten müssen deshalb die Äußerung von Todeswünschen oder Selbsttötungsabsichten sehr ernst nehmen, mit dem Kranken auch darüber reden und dann entsprechende Vorkehrungen treffen. Wichtige Anzeichen sind direkte oder indirekte Ankündigungen: Äußerungen über Hoffnungslosigkeit, nicht mehr leben wollen, keine Freude mehr am Leben zu haben.

Geht eine Depression mit Wahnvorstellungen einher, z.B. mit dem Gefühl von Straferwartung, von elendigem Zugrundegehen, von selbstverschuldeter Verarmung und Katastrophe der Familie, oder liegt Hoffnungslosigkeit vor, dass einem nicht mehr geholfen werden könne, ist von einem erhöhten Risiko auszugehen. Auch Vorbereitungen, bisher Versäumtes in Ordnung zu bringen, das Schreiben von Testamenten, die Klärung von Versicherungsangelegenheiten usw., können direkte Hinweise auf Suizidgefahr sein.

Viele Menschen haben Hemmungen, direkt nach Selbstmordgedanken zu fragen. Dabei ist das direkte, offene und ernsthafte Nachfragen die einzige Möglichkeit, Klarheit über die aktuelle Situation zu bekommen. Nur ernsthafte Gespräche und Hilfsangebote können das Vertrauen schaffen, das notwendig für den Depressiven ist, um das Wagnis einzugehen, wieder Kontakt mit der Außenwelt aufzunehmen. Jedes bagatellisierende Verhalten, eine Verkleinerung oder Verharmlosung des Leids fördert die Grundstimmung der Hoffnungslosigkeit.

Das Gespräch sollte sehr konkret, direkt und einfühlsam geführt werden. Die Erfahrung zeigt, dass Patienten froh sind, auf ihre Suizidgedanken angesprochen zu werden.

Manchmal versuchen die Kranken, ihre Suizidgedanken zu verharmlosen: "Ach, nimm das nicht so ernst, das tue ich schon nicht, das geht mir nur jetzt gerade durch den Kopf." Dabei besteht die Gefahr, dass sich Patient, Therapeut und Angehörige über das Ausmaß der Gefährdung täuschen und notwendige Maßnahmen unterbleiben.

Besteht eine Selbsttötungsgefahr, müssen sofort Hilfsmaßnahmen eingeleitet werden. Es muß eine Gesprächsmöglichkeit geschaffen werden. Die Suizidabsicht muß als Notsignal offen und direkt, aber einfühlsam angesprochen werden. Es sollten Bindungen im Leben des Gefährdeten betont werden, vor allem aber auch die Hoffnung auf eine zu erwartende Besserung. Im Gespräch sollte herausgestellt werden, was den Kranken noch hält und bindet: z.B. die Kinder, Verwandte oder die berufliche Situation. Gibt es eine eigene innere Hoffnung? Hat der Kranke dies schon einmal erlebt und überlebt? Gibt es Wünsche, für deren Erfüllung sich weiter zu leben lohnt? Ist man im Gespräch an einem solchen Punkt gelangt, stehen Fragen nach Veränderungen der jetzigen Situation an: Was soll sich ändern? Wieviel Zeit gibt der Kranke sich? Wieviel Hoffnung hat er? Hierher gehören auch Fragen nach den Zukunftsperspektiven: wie soll es in einem Jahr in seinem Leben aussehen? Die Zukunftsperspektiven des Depressiven sollten möglichst genau angesprochen werden. Stellen Sie Fragen und hören Sie aufmerksam zu. Außerdem müssen Sie, falls es noch nicht geschehen ist, den Kranken zum Aufsuchen eines Arztes bewegen bzw. den behandelnden Arzt so schnell wie möglich von der Suizidgefährdung unterrichten, um mit ihm zusammen eine Entscheidung über eine mögliche Einweisung herbeizuführen.

Das einfühlsame und ausführliche Gespräch mit dem depressiv Kranken ist die Grundlage für alle weiteren Schritte. Sie können in diesem Gespräch vieles tun, um über die akute Gefahr der Selbsttötung hinwegzukommen und den Suizidgefährdeten in kompetente Fürsorge zu bringen. Manchmal ist dabei auch die Einweisung in die psychiatrische Klinik gegen den Willen des Kranken nötig. Im Sinne der Lebensrettung sollte dies rasch geschehen. Bedenken Sie: Schuldgefühle und ein falsches Verständnis von menschlicher Freiheit ("Jeder kann tun, was er will, auch wenn er für sich selbst nicht mehr die Verantwortung tragen kann") können für den Depressiven in einer derartigen Krisensituation lebensgefährlich werden.

Selbsttötungsdrohungen, besonders konkret formulierte, müssen immer ernst genommen werden.

Sie müssen nicht selbst Problemlösungen finden; wichtiger ist das aufmerksame Zuhören und das einfühlsame und ernsthafte Nachfragen. Gut gemeinte Ratschläge, "Moralpredigten" und Aufmunterungsversuche drängen den Selbstmordgefährdeten nur immer tiefer in seine Ausweglosigkeit zurück.

Teilen Sie Ihre eigenen Gefühle angesichts der Selbstmorddrohung ehrlich mit, auch wenn Sie damit in Widerspruch zu den Äußerungen des Verzweifelten geraten.

Nach einem glücklicherweise fehlgeschlagenen Selbstmordversuch braucht der Depressive Ehrlichkeit, Offenheit und Respekt. Es wäre völlig falsch, ihn bei der Vertuschung seiner verzweifelten Situation zu unterstützen und vielleicht so zu tun, als ob der Selbsttötungsversuch nur ein Versehen oder ein Unfall gewesen wäre. Fragen Sie offen nach den Gründen und Problemen, die die Lebenssituation scheinbar aussichtslos gemacht haben. Verbergen Sie dabei auf keinen Fall Ihre eigenen Gefühle von Wut, Hilflosigkeit, Angst, Schuld oder Liebe.

Wenn Sie sich durch den Selbstmordgefährdeten überfordert oder sogar

erpreßt fühlen, sollten Sie nicht zögern, sich weitere Hilfe durch Außenstehende zu holen.

Zu Ihrer eigenen, notwendigen seelischen Entlastung ist es wichtig, mit vertrauten Personen über den Selbstmordversuch zu sprechen und ihn nicht als "Schande" zu verheimlichen.

## **Depression und Illusion**

"Die Depression ist gleich einer Dame in Schwarz. Tritt sie auf, so weise sie nicht weg, sondern bitte sie als Gast zu Tisch und höre, was sie zu sagen hat." Dieser C.G. Jung zugeschriebene Ausspruch macht durchaus Sinn, wenn man die Depression als einen Schutzmechanismus akzeptieren kann, der aus dem Unbewußten heraus in ein Leben eingreift, in dem der Betroffene über seine eigenen Bedürfnisse hinweggeht und so seine Gesundheit und seine Integrität aufs Spiel setzt. Das Unbewußte duldet es nicht, dass wir fern von der Wirklichkeit Dingen nachlaufen, die durch ihre Unerreichbarkeit unsere ganze Energie absorbieren und so unsere Gesundheit gefährden.

Wir leben mehr in Illusionen, als wir uns eingestehen wollen. Dabei liegt die Illusion meist nicht in den Zielen, die wir uns setzen, sondern in der Belohnung, die wir uns dafür erhoffen, dass wir diese Ziele erreichen. Zu den am häufigsten und hartnäckigsten verfolgten Zielen gehören Reichtum, Erfolg und Ruhm. Unsere Kultur wird geradezu durch den Mythos vom Reichsein bestimmt. Wir unterscheiden zwischen "Besitzenden" und "Besitzlosen". Wir glauben, die Reichen seien glücklich, weil sie das Geld besitzen, um sich durch die Erfüllung ihrer Wünsche selbst zu verwirklichen. Leider stimmt das nicht so. Die Reichen werden ebenso depressiv wie die Armen. Finanzieller Reichtum kann nur wenig zu der Art von Selbstverwirklichung beitragen, die das Leben mit Sinn erfüllt. Viel zu häufig lenkt uns der Drang, Reichtum zu erwerben, von Tätigkeiten ab, die schöpferischer sind und mehr zur Selbstverwirklichung beitragen als Geld zu verdienen.

Auch hinter dem Drang nach Erfolg und Ruhm steht eine Illusion. Wir glauben, wir könnten unsere Selbstachtung und natürlich auch die Achtung anderer vor uns durch äußere Erfolge steigern. Erfolg verschafft uns die Geltung und die Billigung, die wir zu brauchen meinen. Wenn das wahr wäre, hätten nicht schon so viele erfolgreiche Leute auf dem Gipfel ihrer Karriere Selbstmord begangen. Wer hat durch seinen Ruhm je wirklich wahre Liebe gefunden? Wer hat durch äußere Erfolge das Gefühl der inneren Einsamkeit überwunden? Geld, Ruhm und Erfolg werden in den Medien der Massengesellschaft glorifiziert, aber das wirkliche Leben wird immer noch auf eine ganz persönliche Weise gelebt. Die Idole, die die Medien aufbauen, um von ihnen zu leben, sind gefährliche Leitbilder. Sie haben dazu beigetragen, dass jemand der arm und unbekannt ist, zu einem "Niemand" wird, der es nicht wert ist, geliebt zu werden. Der "Erfolg-Reiche" mag wie ein "Jemand" wirken, weil er sich mit den äußeren Anzeichen der Wichtigkeit umgibt - Kleidung, Autos, ein großes Haus und die Aura der Berühmtheit geben einen blendenden Anschein. Aber der Anschein ist außen und hat vielleicht keinen Bezug zum inneren, wirklichen Leben dieses Menschen. Tatsächlich weist der Umstand, dass jemand den Anschein erwecken muß, "jemand zu sein", darauf hin, dass er in seinem Inneren das Gefühl hat, "niemand" zu sein.

Wir sind anfällig für Depressionen, wenn wir den Sinn unseres Lebens an äußeren Werten orientieren. Solange wir unsere Erfüllung und Befriedigung von Quellen außerhalb von uns selbst erwarten, werden wir immer wieder enttäuscht werden. Wenn wir, müde und erschöpft durch das fruchtlose Verfolgen illusionärer Ziele, unsere Enttäuschung nicht wahrhaben wollen, fallen wir in Depressionen. So kann man die Depression als den Weg ansehen, den das Unbewußte wählt, um einer sinnlosen Vergeudung von Lebenskraft und -zeit ein Ende zu setzen.

Quellen: [www.kompetenznetz-depression.de](http://www.kompetenznetz-depression.de) / [www.die-positivliste.de](http://www.die-positivliste.de)

### **Diagnose und Therapie: Defizite**

Eine pharmakotherapeutische Behandlung mit Antidepressiva und Psychotherapie (z.B. kognitive Verhaltenstherapie) kann der Mehrheit der depressiven Patienten helfen. Wirksame Behandlungen werden jedoch sehr häufig nicht eingesetzt, da Depressionen übersehen und in ihrer Schwere unterschätzt werden. Dafür gibt es mehrere Gründe:

- Die depressiv Erkrankten erleben ihre Erkrankung fälschlicherweise als persönliches Versagen und schämen sich, zum Arzt zu gehen. Viele Erkrankte sind auch zu hoffnungslos und kraftlos, um sich Hilfe zu holen.
- Die meisten depressiven Patienten befinden sich beim Hausarzt in Behandlung. Für diesen ist es oft schwierig, eine Depression zu diagnostizieren, da die Patienten körperliche Beschwerden in den Vordergrund stellen und so die zugrunde liegende Depression bei mehr als der Hälfte der Patienten nicht erkannt wird.
- Die Schwere depressiver Erkrankungen wird oft von den Nichtbetroffenen unterschätzt, leider nicht selten auch von Ärzten.
- Selbst wenn die Depression erkannt wird, erhält nur weniger als die Hälfte dieser Patienten eine konsequente antidepressive Behandlung - sei es, weil ärztlicherseits keine wirksame Behandlung verordnet wurde, sei es weil die Patienten die Behandlung, z.B. die Einnahme von antidepressiven Medikamenten (Antidepressiva), nicht einhalten bzw. vorzeitig wieder abbrechen oder das Angebot einer Psychotherapie ablehnen.

---

### **Die Säulen der Therapie**

Die wichtigsten Säulen der Behandlung sind die Pharmakotherapie (Medikamentenbehandlung) mit Antidepressiva und die Psychotherapie. Handelte es sich in den achtziger Jahren bei dieser Alternative noch um eine Art Glaubensfrage, so wird heute im Dienste des Patienten sachlich diskutiert und geforscht. Die früher gebräuchliche Einteilung in entweder psychogene/reaktive oder endogene Depressionen ist in der Psychiatrie verlassen worden. Die Pharmakotherapie gilt inzwischen als unverzichtbares und wirksames Heilverfahren. Aber auch psychotherapeutische Verfahren wie z.B. die kognitive Verhaltenstherapie

haben ihren festen Platz bei der Behandlung der Depression. Wenn möglich, werden beide Therapieformen kombiniert.

Zitate zum Thema:

„Bei einem depressiven Menschen sind immer sowohl die Physiologie als auch das Verhalten und Erleben verändert. Dies sind nur zwei Seiten einer Medaille. Es ist deshalb naheliegend, sowohl mit Medikamenten als auch mit Psychotherapie zu behandeln.“

Prof. Dr. Ulrich Hegerl

„Selbstmorde als Kurzschlusshandlung, etwa nach einer schweren Kränkung, sind eher die Ausnahme. Meist wird ein Suizid Tage oder Wochen erwogen. Diese meist längere Phase des Abwägens, des Hin und Her ist die große Chance der ärztlichen Intervention.“

Prof. Dr. Hans Jürgen Möller

---

## **Symptome der Depression**

Bei depressiven Menschen können wir sowohl körperliche Veränderungen als auch Veränderungen des Verhaltens und Erlebens beobachten. Die Depression erfasst alle drei Bereiche.

**Verändertes Erleben:** Die Patienten berichten über verändertes Erleben. Gefühle der Hoffnungslosigkeit dominieren: Hilflosigkeit, innere Leere, Schuld und Angst, Verzweiflung und Trauer, aber auch die Unfähigkeit, überhaupt noch Gefühle empfinden zu können („Ich bin wie versteinert“). Negative Denkmuster herrschen vor. Depressiv Erkrankte entwickeln in vielen Fällen eine pessimistische Einstellung gegenüber sich selbst, den eigenen Fähigkeiten, dem eigenen Aussehen und der Zukunft, verbunden mit starker Grübelneigung. Permanente Selbstkritik, Konzentrationsprobleme und Suizidgedanken sind häufig. Manche Patienten entwickeln auch Wahnvorstellungen, z.B. die Überzeugung unheilbar erkrankt zu sein, oder sich und die Familie finanziell ruiniert zu haben. Die Betroffenen sind nur schwer davon zu überzeugen, dass sie eine Krankheitsepisode durchleben, die in den meisten Fällen gut zu behandeln ist.

**Verändertes Verhalten:** Die Patienten vermeiden soziale Kontakte, stellen Hobbys ein, können ihre Arbeit nicht mehr bewältigen und ziehen sich ins Bett zurück. Die Mimik und Gestik ist bei vielen Patienten wie erstarrt, die Stimme leise und monoton. Einige Patienten laufen rastlos, verzweifelt und wie getrieben hin und her (agitierte Depression).

**Körperliche Beschwerden:** Schlaflosigkeit mit Früherwachen, Appetitstörung mit Gewichtsverlust, Libidoverlust, schnelle Ermüdung und multiple körperliche Beschwerden gehören zu den vielfältigen somatischen Begleiterscheinungen einer depressiven Störung.

---

## **Diagnose der Depression**

Depressive Erkrankungen gehen mit Krankheitsanzeichen einher, die sich von normaler Niedergeschlagenheit meist klar abgrenzen lassen. Da die Symptome der Depression aber in unterschiedlicher Zusammensetzung, Dauer, Intensität und Periodik auftreten, ist es für den Arzt nicht immer leicht, eine "Depression" als behandlungsbedürftige Krankheit ohne gezieltes Nachfragen sofort zu diagnostizieren.

Zudem klagen die Patienten meist nicht über depressive Verstimmung, sondern über körperliche Beschwerden, die eine Depression tatsächlich verursachen bzw. verstärken kann. Entsprechend verlangen depressive Patienten beim Hausarzt z.B. oft nur nach Kopfweh- oder Schlafmitteln. Nach einer Studie der Universität Mainz befürchten außerdem 80% der depressiv erkrankten Menschen durch das Bekanntwerden einer psychischen Krankheit nachteilige Folgen für ihr Berufs- und Privatleben. Über die Hälfte aller Depressionen bleiben daher trotz Arztbesuch unerkannt. Das Kompetenznetz "Depression" will deshalb geeignete Diagnoseverfahren etablieren und insbesondere die Hausärzte in Qualitätszirkeln u.a. mit Hilfe neuer Medien (Lehrvideos) für das Krankheitsbild Depression sensibilisieren.

Ein sowohl international als auch in Deutschland gebräuchliches Diagnosesystem ist die sogenannte ICD 10 (International Classification of Disorders). Dabei werden systematisch in Abhängigkeit von Anzahl, Dauer und Schwere des Auftretens der Symptome verschiedene Arten der depressiven Erkrankungen unterschieden, so zum Beispiel:

- die depressive Episode im Rahmen einer unipolaren Depression. Diese wird in eine leichte, mittlere und schwere Form unterteilt.
- die depressive Episode im Rahmen der bipolaren affektiven Störung. Bei Patienten mit dieser Erkrankung treten neben depressiven Episoden auch Manien mit gesteigertem Antrieb und gehobener Stimmung auf.
- die Dysthymie. Hierbei handelt es sich um eine meist im jungen Erwachsenenalter beginnende, eher chronisch verlaufende Depression.

**Die depressiven Episoden können Wochen, Monate und unbehindert manchmal auch Jahre anhalten. Gerade bei lang dauernden Phasen besteht die große Gefahr, dass sich ein fatalistischer Gewöhnungsprozess bei den Angehörigen und auch dem Patienten selbst einstellt und die Beschwerden nicht als Ausdruck einer Erkrankung, sondern der Persönlichkeit oder der Lebensumstände des Patienten angesehen werden.**

"Die allermeisten Menschen mit depressiven Störungen wenden sich zuerst an den niedergelassenen Hausarzt und nicht an den Facharzt (Psychiater). Es ist daher von größter Wichtigkeit, gerade den Blick der Hausärzte für diese oft versteckte Krankheit zu schärfen."

Dr. Veit Wambach

Quelle: [www.kompetenznetz-depression.de](http://www.kompetenznetz-depression.de)

---

**Interpersonelle Therapie (IPT)**

Auch die Wirksamkeit der IPT bei depressiven Patienten ist in methodisch sorgfältigen wissenschaftlichen Untersuchungen belegt worden. Im Mittelpunkt der therapeutischen Gespräche stehen die Beziehungen des Patienten zu seinen Mitmenschen. Auch wenn Konflikte mit Partnern oder Angehörigen selten eine Depression auslösen, so werden umgekehrt die Beziehungen des Patienten meist durch die Krankheit stark belastet. Durch das Aufgreifen von Themen wie Trauer und Abschluss von Lebensabschnitten eignet sich die Interpersonelle Psychotherapie auch besonders gut für ältere Menschen. Gerade für ältere Menschen konnte die Wirksamkeit der Interpersonellen Therapie besonders gut nachgewiesen werden, obwohl sie auch bei jüngeren Erwachsenen zur Besserung einer Depression geeignet ist.

Basis der Interpersonellen Therapie bilden wissenschaftliche Untersuchungen, die gezeigt haben, dass Depressionen mit folgenden vier Bereichen in Verbindung stehen:

- (1) Verlust von geliebten Menschen und Trauer,
- (2) menschliche Konflikte,
- (3) Abschluss von Lebensabschnitten,
- (4) Kontaktschwierigkeiten.

Aus diesen vier Bereichen werden meist zwei Themen ausgewählt, die für den jeweiligen Patienten am wichtigsten sind. Ist Trauer ein zentrales Thema, weil z.B. der Lebenspartner verstorben ist oder ein anderes unglückliches Ereignis eingetreten ist, wird der Ausdruck von Trauer gefördert, Interessen und neue Beziehungen werden aufgebaut. Stehen interpersonelle Konflikte im Mittelpunkt, sollen diese zunächst erkannt und mit dem Partner diskutiert werden. Bei einem problematischen Rollenwechsel, z.B. von der Berufstätigkeit in die Berentung, ist es von Bedeutung, den Verlust der alten Rolle anzunehmen und zu betrauern, die neue Rolle positiv zu sehen und das Selbstwertgefühl wiederherzustellen. Leidet ein Patient unter Kontaktproblemen, wird er beim Schließen von Freundschaften unterstützt.

Der Therapeut ermuntert den Patienten stets zum Ausdruck seiner Gefühle und Gedanken. Neue oder schwierige Situationen werden immer wieder im Rollenspiel geübt.

### **Lichttherapie**

Die Therapie mit Licht wird vor allem bei der kleinen Gruppe der saisonal abhängigen Depressionen, den sogenannten Winterdepressionen, als zusätzliches unterstützendes Therapieverfahren erfolgreich eingesetzt. Dabei setzt sich der Patient Licht von mindestens 2.500 Lux, besser 10.000 Lux aus, und zwar am besten vormittags für 30 bis 40 Minuten. Die Behandlung dauert mehrere Tage bis zu einer Woche. Der Patient muss immer wieder in die Lichtquelle sehen, damit über Retina und Sehnerv die Ausschüttung von Serotonin und Melatonin ausgelöst wird. Auch die Lichttherapie muss man als unterstützendes Verfahren in Kombination mit Pharmako- und Psychotherapie sehen.

### **Der richtige Psychotherapeut**

Für die Wahl des richtigen Psychotherapeuten gibt es keine Faustregel - nur soviel: die "Chemie" muss stimmen. Zu Ihrem Therapeuten sollten sie volles Vertrauen haben, so dass Sie auch Auseinandersetzungen mit ihm

führen können, die unweigerlich in einer Therapie auftreten. Der Therapeut oder die Therapeutin sollte genügend Einfühlungsvermögen aufbringen, Ihre Lage zu verstehen und Ihre Gefühle nachvollziehen zu können. Auch sollte er eine klare Vorstellung von dem geben, was Sie erwartet. Vorsicht sollte bei "Schnell- oder Wunderheilern" geboten sein.

Die Psychotherapie kann von einem behandelnden Psychiater oder Nervenarzt verordnet werden, seit letztem Jahr auch von psychologischen Psychotherapeuten, die eine staatliche Anerkennung haben. Eine Psychotherapie kann sowohl von Ärzten als auch von Psychologen durchgeführt werden. Dabei sollte auf den Zusatztitel "Psychotherapeut" geachtet werden, der seit dem Jahr 2000 geschützt ist. Therapeuten mit dieser Bezeichnung haben eine einheitliche Grundausbildung absolviert und die generelle Erlaubnis zur Ausübung des Berufes des Psychotherapeuten erlangt. Erkundigen Sie sich bei Ihrem Hausarzt, ob dieser mit Psychotherapeuten zusammenarbeitet oder sie an einen Kollegen vermitteln kann, der entsprechende Kooperationen aufgebaut hat.

Adressen von Psychotherapeuten geben die örtliche AOK, der Bundesverband der Psychotherapeuten oder die örtliche Kassenärztliche Vereinigung heraus. Auch der Psychotherapie-Informations-Dienst vermittelt Anschriften und Telefonnummern registrierter Psychotherapeuten in ganz Deutschland. Wegen zum Teil längerer Wartezeiten lohnt es sich, sehr frühzeitig Kontakt zu Therapeuten aufzunehmen. Keiner kann Ihnen im Voraus sagen, welcher Therapeut der richtige für sie ist. Haben Sie sich zusammen mit Ihrem Arzt oder Psychologen für eine bestimmte Therapie entschieden, sollten sie mit einem Therapeuten sogenannte probatorische Sitzungen vereinbaren, in denen Sie herausfinden können, ob Sie eine fruchtbare Zusammenarbeit aufbauen können. Maximal fünf probatorische Sitzungen werden von der Krankenkasse unabhängig von der später bewilligten Anzahl von Stunden bezahlt. Natürlich kann auch Ihre jeweilige Ärztin oder Ihr Arzt die Therapie führen, sofern sie oder er dafür ausgebildet ist. Legen Sie großen Wert auf diese Gespräche - nur wenn die Rahmenbedingungen stimmen und Sie Vertrauen fassen können, kann die Therapie Erfolg bringen.

Quelle: [www.kompetenznetz-depression.de](http://www.kompetenznetz-depression.de)

## **Die Angehörigen des Depressiven**

In der Regel befinden sich die Angehörigen eines an Depression erkrankten Menschen in einer schwierigen Situation. Sie haben keine Erfahrung mit dieser Erkrankung und verwechseln die Depression dann mit einer Verlust- oder Trauerreaktion. Auf diese Weise wird die Behandlung der Krankheit hinausgezögert. Erst nach einiger Zeit, wenn sich neben der Traurigkeit auch andere Anzeichen der Erkrankung bemerkbar machen, z.B. anhaltende Appetitlosigkeit, Gewichtsabnahme und Schlafstörungen, wird erwogen, einen Arzt aufzusuchen. Besonders kompliziert wird diese Situation dann, wenn der - nicht erkannte - depressive Kranke auf die liebevolle Zuwendung seiner Angehörigen nicht reagiert. Die Angehörigen sind irritiert, weil sie das in sich zurückgezogene Verhalten des Depressiven als Mißachtung ihrer Bemühungen interpretieren. So entsteht eine Verärgerung, die den Depressiven zwangsläufig noch tiefer in den Rückzug treibt. Die Eskalation der allgemeinen Situation und der Krankheit sind so zwangsläufig miteinander verbunden.

Die Angehörigen müssen, um sich dem Depressiven gegenüber richtig verhalten zu können, wissen, dass der Kranke unter seiner Unfähigkeit, Gefühle auszudrücken, selbst am meisten leidet. Es geht hier nicht um eine absichtliche Verweigerung, um Lieblosigkeit oder gar Börsartigkeit, sondern um eine Störung, die Bestandteil und Ausdruck der Depression ist. Dieser Zustand wird sich aber im Laufe der Therapie wieder zum Besseren verändern. Er wird nicht ewig anhalten

Die mit der Depression einhergehende emotionale Blockade ist zusätzlich verbunden mit der Unfähigkeit, etwas wie gewohnt zu tun, der Klage über diese Unfähigkeit und einer schnellen Erschöpfbarkeit insgesamt. All das wirkt besonders in der ersten Zeit sehr verwirrend auf alle im Umfeld des Depressiven befindlichen Personen. Das Nichtkönnen wird dann gerade von den Arbeitskollegen als Nichtwollen verkannt. Es ist wichtig, sich immer wieder ins Bewußtsein zu rufen, dass es beim Depressiven nicht um das Nichtwollen, sondern um das Nichtkönnen geht.

Aber ähnlich wie die durch das Nichtwissen bedingte Verständnislosigkeit und ein Mangel an Fürsorge kann auch eine Überfürsorglichkeit der Gesundheit des Kranken im Wege stehen, wenn sie die Entwicklung von Eigeninitiative und Selbstverantwortlichkeit behindert. So kommt es z.B. einer Entmündigung gleich, wenn Angehörige mit dem Arzt oder mit dem Therapeuten über den Kranken reden, wenn dieser nicht dabei ist, oder noch schlimmer, als ob dieser nicht dabei wäre. Die Depression ist keine Geisteskrankheit, sondern eine Gemütskrankheit, und der depressiv Kranke ist, auch wenn er schweigt, nicht entmündigt. Er ist kein hilfloser und grundsätzlich lebensunfähiger Mensch. Er braucht Unterstützung im Sinne von Aktivierung und Bestätigung und darf durch überbeschützende und bevormundende Maßnahmen nicht zusätzlich behindert werden. In diesem Sinne sollten Angehörige auch keinen Einfluß auf medizinische oder psychotherapeutische Maßnahmen ausüben.

Quelle: Augsburgener Allgemeine vom 02.11.2001 / **Nina-Anna Beckmann**

## **"Die Einsamkeit frisst einen auf"**

Sozialpsychiatrischer Dienst bietet Hilfe bei seelischen Problemen - Jeden Mittwoch Teestube

Krumbach/Günzburg

Es gibt Krankheiten, die sieht man nicht, denn sie betreffen die Seele. - Und sie machen einsam. Denn viele Menschen stehen solchen Krankheiten, die nicht so einfach zu diagnostizieren und zu heilen sind wie ein Armbruch, hilflos gegenüber. Wie sehr ein Mensch unter Depressionen oder Angstzuständen leidet, kann oft nur jemand nachvollziehen, der selbst betroffen war oder ist. Einer der Gründe, weshalb der Sozialpsychiatrische Dienst Günzburg mehrere Selbsthilfegruppen und Treffs für Menschen mit seelischen Problemen eingerichtet hat. Und das nicht nur in Günzburg. Auch in der Außensprechstelle im Krumbacher Kreishaus trifft man sich jeden Mittwoch zu einer Teestube.[www](http://www).

Wer das kleine Zimmer im ersten Stock des Krumbacher Kreishauses zur Teestuben-Zeit des Sozialpsychiatrischen Dienst betritt, hat nicht den Eindruck, auf Menschen mit schwerwiegenden Problemen zu treffen. In lockerer Runde sitzen fünf Männer und zwei Frauen um den großen Tisch, auf dem sich neben Mandel-Marzipanhörnchen und den ersten Lebkuchen-

Sternen auch Schinkenbrote türmen. Bei einer Tasse Kaffee oder Tee werden Neuigkeiten ausgetauscht: "Ich habe vergangene Woche ein neues Klingelschild bekommen", erzählt ein 51 Jahre alter Mann und fügt kopfschüttelnd hinzu, dass man seinen Namen darauf falsch geschrieben habe.

Noch etwas zu retten?

Gemeinsam überlegt die Runde, ob bei dem Schild noch etwas zu retten ist oder ob ein neues her muss. Dann berichtet sein Tischnachbar, dass er gestern bei der Computer-Tomographie war und wahrscheinlich etwas an den Bandscheiben hat. Dass er sich über diesen Befund Sorgen macht, ist seinem Gesicht anzusehen. Ihm diese Sorgen nehmen, können die anderen Teestuben-Teilnehmer zwar nicht, aber sie hören ihm zu und das ist auch schon eine Hilfe.

"Meist sitzen wir in netter, lustiger Runde zusammen, aber wenn etwas ansteht, sprechen wir auch über Probleme", erklärt Christiane Schuhmann-Wagner, die den Krumbacher Teestuben-Treff ehrenamtlich leitet. Über die Gründe und Probleme, die jeden einzelnen hierher führen, wird nicht groß geredet. "Wir kennen uns inzwischen gut und wissen vom anderen, was los ist", sagt ein 44-jähriger Mann. Wer dennoch nach den Gründen fragt, bekommt bereitwillig Auskunft.

Die Menschen hier haben gelernt, über ihre Probleme zu reden. So zum Beispiel ein 40-jähriger Mann, der vor 14 Jahren in Rente gehen musste. "Man weiß nicht, wie man den Tag rum kriegen soll: Man raucht eine Zigarette, dann kocht man Kaffee, dann raucht man wieder eine Zigarette. Irgendwann fällt einem die Decke auf den Kopf und man glaubt verrückt zu werden", schildert der gebürtige Saarländer nahezu emotionslos seine Erfahrungen. Irgendwann seien dann die Depressionen gekommen und "die Einsamkeit frisst einen auf."

Die Mittwochsrunde hier im Kreishaus habe ihm geholfen. Hier wisse man, dass man mit seinen Problemen nicht allein sei, weil man auf Menschen trafe, die ähnliche Schwierigkeiten hätten. Und sein Nachbar zur Rechten ergänzt schlicht: "Ich habe hier Freunde gefunden" und der Rest der Runde nickt zustimmend. Außer der Teestube jeden Mittwoch bietet der Sozialpsychiatrische Dienst Günzburg noch zahlreiche andere Gruppen und Aktionen an. "Wir treffen uns zum Beispiel jeden Freitag von 9 bis 10.30 Uhr zum Frühstück in der Günzburger Hauptstelle an der Zankerstraße 1a", berichtet Diplom-Psychologe Felix Göb, der hauptamtlich beim Sozialpsychiatrischen Dienst in Günzburg angestellt ist und regelmäßig in Krumbach vorbeischaufelt. Aber auch Radtouren, Malkurse und eine einwöchige Urlaubsfahrt im Sommer werden angeboten. "Das ist wirklich super", schwärmt ein 51-Jähriger, der nach eigener Auskunft an jeder Veranstaltung begeistert teilnimmt und keine auslässt. Und die Familie, ist die nicht böse, wenn er kaum noch zu Hause ist? Nein, sagt er den Kopf schüttelnd. Er habe keine Familie. Und nach einer kurzen Pause fügt er hinzu: "Meine Familie ist hier."

Wer Interesse an dem Angebot des Sozialpsychiatrischen Dienst sowohl in Krumbach als auch in Günzburg hat, kann sich unter (0 82 21) 3 21 50 näher informieren. Zur Teestube jeden Mittwoch von 15 bis 17 Uhr im Kreishaus Krumbach an der Robert-Steiger-Straße ist jeder herzlich willkommen.

## Ein Netz für kranke Seelen

Von Anne Malburg

Eigentlich ist alles organisiert. Nur eine Frage ist noch offen, als der Diplom-Psychologe David Althaus sich auf den Weg zur Beratungsstelle in der Nürnberger Pilotystraße macht. Die wichtigste: Werden die zwei Frauen kommen, die über ihre Krankheit sprechen wollen? Das wäre wichtig. Die haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiter der evangelischen Kirche, die heute an der Fortbildung teilnehmen, werden Fragen haben. Sie wollen ja verstehen: Was passiert mit einem Menschen, der unter Depressionen leidet? Dieser Krankheit, die äußerst quälend ist und doch so häufig verborgen bleibt.

Die Deutschen reden an sich gerne über ihre Krankheiten und Wehwechen. "Doch eine Depression ist nicht salonfähig", sagt Althaus. Über schwere seelische Erkrankungen wird lieber hinter vorgehaltener Hand getuschelt. Andererseits neigen viele dazu, die Macht der Depression zu unterschätzen, weisen ihr eher den Status einer bösen Erkältung zu. Das wissen auch die Betroffenen - die meist alles daran setzen, ihren Zustand geheim zu halten. Umso bewundernswerter findet es Althaus, dass die zwei Frauen ihre Zusage einhalten. Beide sind schon lange wegen Depressionen in Behandlung und inzwischen Mitglieder einer Selbsthilfegruppe. Das gibt Ihnen den Mut, sich in die Öffentlichkeit zu wagen: Sie wollen mithelfen, andere über das Wesen ihrer Erkrankung aufzuklären.

Dass dies gerade in Nürnberg geschieht, ist kein Zufall: Die Stadt ist dabei, ein Kapitel Medizingeschichte zu schreiben. Denn hier läuft mit dem "Nürnberger Bündnis gegen Depression" ein weltweit einmaliges Forschungsprojekt - Experten hoffen, dass es für Ärzte wie Depressionskranke erhebliche Fortschritte bringt. Das Bündnis präsentierte sich der Öffentlichkeit erstmals im Januar dieses Jahres. Doch noch immer fragen sich viele: Wer oder was steckt hinter einem "Bündnis gegen Depression"?

"Erst einmal haben wir den Kontakt zu allen gesucht, die in einschlägigen Bereichen tätig sind", sagt Projektleiter David Althaus. Das sind neben den Klinikärzten die niedergelassenen praktischen Ärzte, Psychologen und Therapeuten sowie einige Ämter. Aber auch die Nürnberger Pfarrer, die Mitarbeiter von Beratungsstellen und Seniorenheimen oder Lehrer sind wichtige Partner: Möglichst viele, die beruflich täglich mit Menschen zu tun haben, sollen über das Erscheinungsbild der Depression informiert sein.

Denn die Krankheit tarnt sich gut. Viele Betroffene entwickeln körperliche Symptome wie Schlafstörungen, Kopf- oder Magenschmerzen. Ihre Lustlosigkeit, ihr mangelndes Interesse an der Umwelt, ihren Rückzug, das Gefühl zu versagen und ihre schlechte Stimmung erklären Sie sich dann als Folge des körperlichen Unwohlseins. Das tun auch viele der Ärzte, an die sich die Hilfesuchenden wenden.

Die Folge: Nicht einmal die Hälfte aller Depressionen werden diagnostiziert, Sehr viele Fälle bleiben unbehandelt. Was nicht nur unnötiges Leid bedeutet, sondern lebensgefährlich sein kann: Bis zu 56 Prozent aller Depressiven versuchen irgendwann, sich das Leben zu nehmen. Experten machen nicht erkannte oder unzureichend behandelte Depressionen für einen Großteil aller Selbstmorde verantwortlich. Das Nürnberger Projekt

soll daher auch zeigen, ob breite Aufklärung helfen kann, die Selbstmordrate spürbar zu senken.

"Allein in Nürnberg gibt es schätzungsweise 25 000 depressiv erkrankte Menschen. Die meisten denken, nur sie hätten ein Problem, wissen nicht, dass es effektive Hilfe für sie gibt", meint David Althaus. Angeboten werden daher neben Fortbildungen für Fachleute auch Infoabende, die allen offen stehen. Plakate, Kinospots und Aktionstage sollen die zentralen Botschaften des Bündnisses transportieren: Depression ist eine Krankheit, sie kann jeden treffen, aber den meisten Betroffenen kann heute wirksam geholfen werden.

"Wir wollen, dass die Menschen über ihr Problem endlich reden können", sagt Althaus. Das wäre auch für die Angehörigen eine große Erleichterung. Sie stehen meist hilflos vor den Veränderungen, die eine Depression in einem Menschen bewirkt; dabei ist gerade ihre Unterstützung sehr wichtig. Erste Informationen könnten sie künftig per Video bekommen: Der 15-Minuten-Film für Patienten und ihre Angehörigen ist fertig. Den Nürnberger Hausärzten werden Kassetten zur Ausleihe an Patienten zur Verfügung gestellt. Sie erhalten auch ein spezielles Ärztevideo zur Diagnose und Therapie der Depression. Und da "alles sehr praxisnah sein muss", wie Althaus weiß, gibt es sogar Seminare zum Abrechnungsverfahren bei Depressionsbehandlungen.

"Natürlich haben die Nürnberger gefragt: Warum sind gerade wir die Versuchskaninchen?", so Althaus. Die Antwort: Nürnberg ist repräsentativ. Nicht zu groß und nicht zu klein, die Versorgung mit Ärzten und Kliniken entspricht dem Standard. "In einer Großstadt wie München ist so ein Arbeitsbündnis schwerer zu organisieren. Auch sitzen dort sehr viele Kliniken und Spezialisten, das ergibt ein verzerrtes Bild", erläutert Althaus. Skandinavische Forscher setzten bei einem Vorläufer des Nürnberger Projekts sogar auf einen viel isolierteren Raum. Sie wählten die Ostseeinsel Gotland mit nur rund 58 000 Einwohnern. Ihre Studie belegte: Die Zahl der Selbstmorde ließ sich allein durch die Depressions-Schulung von Allgemein-ärzten binnen drei Jahren um über die Hälfte reduzieren.

Die Hausärzte spielen im Nürnberger Bündnis ebenfalls eine zentrale Rolle. Sie sind meist die erste Anlaufstelle für Erkrankte. Das erfordert nicht nur die Fähigkeit zur Diagnose einer Depression. Die Niedergelassenen haben es auch mit anderen Formen der Erkrankung zu tun als ihre Klinik-Kollegen. Menschen mit schweren Depressionen müssen häufig stationär behandelt werden; leichtere Formen könnte ein gut informierter Hausarzt betreuen. Wie die optimale Therapie in solchen Fällen aussieht, ist jedoch ungeklärt: Bisher lag das Augenmerk der Forscher hauptsächlich auf der Therapie schwerer und mittelschwerer Depressionen. Daher wird man gemeinsam mit den niedergelassenen Ärzten systematisch der Frage nachgehen, wie leichte depressive Störungen in der Praxis zu behandeln sind.

Sowohl das Nürnberger Bündnis für Depression als auch die Behandlungsstudie sind Teil eines bundesweiten Forschungsvorhabens: Beide sind eingebunden in das neue Kompetenznetz Depression, Suizidalität, das von München aus koordiniert wird. Für Althaus, der sein Büro an der Psychiatrischen Klinik der Münchner Ludwig-Maximilian-Universität hat, bedeutet das viel Pendelei. Denn es hat sich gezeigt: Die Nürnberger, ihre Ärzte und Therapeuten, nehmen die Info- und Fortbildungsangebote begeistert wahr.

Quelle: Ärzte Zeitung vom 10.01.2001

## **6000 Suizide durch Depression - wie können Ärzte das verhindern?**

**Nürnberg (sto). Damit Patienten, die an einer Depression erkrankt sind, künftig früher erkannt und dann adäquat behandelt werden, ist gestern in Nürnberg offiziell ein bundesweit einmaliges Aktionsprogramm gestartet worden. Beteiligt sind Ärzte, Psychiater und Medienexperten ebenso wie die Kirchen und staatliche Stellen.**

Durch eine Vielzahl von Aktionen strebt das "Nürnberger Bündnis gegen Depression" in den kommenden zwei Jahren eine Verbesserung der Versorgung depressiv erkrankter Menschen an, um auf diese Weise auch die Zahl der Suizide zu verringern. Durch gezielte Aufklärungskampagnen bei Ärzten und in der Öffentlichkeit soll vor allem die Wahrnehmung für erste Anzeichen einer Depression geschärft werden, sagte gestern der Sprecher des Kompetenznetzes Depressionen, der Münchner Psychiater Professor Ulrich Hegerl, vor der Presse in Nürnberg. Die Depression sei eine lebensbedrohliche Erkrankung, an der bundesweit mehr als vier Millionen Menschen leiden. Schätzungsweise 6000 Depressive nehmen sich jährlich das Leben.

Tatsächlich haben viele Menschen vor einem Suizid Kontakt zu einer Einrichtung im Gesundheitswesen gehabt, ohne daß dort die Warnzeichen erkannt wurden, berichtete der Psychiater Dr. Günter Niklewski vom Klinikum Nürnberg Nord. Auch würden viele Depressionen von Ärzten zu spät erkannt und dann nicht oder falsch behandelt. Dies müsse sich ändern. Geplant sind unter anderem Fortbildungsveranstaltungen für Ärzte, Lehrer, Berater, Pfarrer oder Pflegekräfte. Begleitet wird das Aktionsprogramm von einer Aufklärungskampagne. Die zentralen Aussagen: "Depression kann jeden treffen" und "Depression ist behandelbar".

## **Depression und Kindheit und Jugend**

Kleine Kinder können keine schwere Depression entwickeln - von dieser Hypothese gingen Ärzte und Forscher bis in die 1980-er Jahre aus. Heute gilt das nicht mehr. Wenn ein Kind ständig weint, ein negatives Selbstbild hat, seine Aktivität herabgesetzt ist und es davon spricht, nicht mehr leben zu wollen, so handelt es sich um depressive Symptome wie bei einem Erwachsenen auch.

Vor der Pubertät gibt es keinen deutlichen Unterschied in der Depressionshäufigkeit zwischen Mädchen und Jungen. Nach der Pubertät jedoch sind wesentlich mehr Mädchen als Jungen depressiv.

Die 15 - 19-jährigen Frauen haben außerdem die höchste Suizidversuchsrate überhaupt, nämlich 340 je 100 000 Einwohner. Alarmierend ist die in den letzten Jahren in mehreren Ländern zu beobachtende Zunahme der Suizidrate bei männlichen Jugendlichen.

Jugendliche machen während ihres Reifeprozesses zahlreiche neue Erfahrungen: Verliebtsein, Trennung, Ablösung vom Elternhaus. Dies alles bringt eine gewisse Verunsicherung mit sich, die wiederum Depressionen und/oder Suizidgedanken auslösen könnte.

---

## **Depression und Alter**

Altern geht mit zahlreichen Verlusterlebnissen einher, etwa dem Verlust der körperlichen, manchmal auch der geistigen Leistungsfähigkeit, dem Verlust des Lebenspartners, des Einflusses im beruflichen und sozialen Bereich, oft auch dem Verlust der eigenen Wohnung.

Man könnte deshalb erwarten, dass alte Menschen deutlich häufiger an Depressionen erkranken. Zumindest bei den schweren Depressionen gibt es jedoch für diese Vermutung keine überzeugenden Belege. Bei jüngeren Erwachsenen wurden sogar häufiger Depressionen diagnostiziert als bei älteren Menschen. Hierbei muss man aber methodische Probleme bedenken. So könnte die Bereitschaft der jüngeren Generation, über depressive Beschwerden zu berichten, größer sein als bei der älteren Generation. Erschreckend ist allerdings die hohe Suizidrate im Alter, besonders bei alten Männern.

Keinesfalls ist höheres Alter mit seinen vielfältigen körperlichen Erkrankungen allein ein ausreichender Grund für depressive Erkrankungen. Depressionen müssen im Alter genauso konsequent wie in jüngeren Jahren behandelt werden, zumal sie bei älteren Menschen besonders leicht einen lebensbedrohlichen Charakter annehmen.

### **Zitat zum Thema**

„Erfolgreiches Altern ist nicht selbstverständlich. Auch Altern will gelernt sein.“

Prof. Dr. Martin Hautzinger

---

## **Depression und Geschlecht**

Frauen erkranken zwei- bis dreimal so oft an einer Depression wie Männer. Für diesen Geschlechterunterschied gibt es verschiedene Erklärungen.

- Frauen sprechen eher über ihre Ängste und Stimmungsschwankungen und werden eher als "depressiv" eingeordnet, während bei Männern oft organische Ursachen vermutet werden. Das unterschiedliche Verhalten der Geschlechter und das unterschiedliche Diagnoseverhalten der Ärzte spielen also möglicherweise eine Rolle.
- Die soziokulturelle Erklärung stellt die gesellschaftliche Rolle der Frau in den Mittelpunkt. So wird zum Beispiel die Hausfrauenrolle immer mehr entwertet

und immer weniger honoriert; erwerbstätige Frauen müssen die Mehrfachbelastung von Hausarbeit, Kinderbetreuung und Erwerbsarbeit tragen. Beides könnte

dazu führen, dass Frauen eher zu Depressionen neigen.

- Der Geschlechterunterschied ist teilweise auch hormonell bedingt. So sind Frauen in Zeiten mit großen Hormonschwankungen anfälliger für eine Depression:

vor der Menstruation oder nach einer Geburt. Beim prämenstruellen Syndrom treten depressive Störungen immer nur vor der Menstruation auf. Die Anfälligkeit scheint genetisch veranlagt zu sein und durch Umwelteinflüsse verstärkt zu werden. Schwere Fälle des prämenstruellen Syndroms werden mit Medikamenten behandelt.

Die postpartale Depression tritt nach der Geburt auf. Viele Frauen leiden im Wochenbett an einer depressiven Verstimmung, doch meistens handelt es sich um eine kurzlebige Erscheinung, den "Baby-Blues". Erst wenn die Symptome über einen längeren Zeitraum andauern, handelt es sich um eine ernsthafte Wochenbettdepression.

Ob Frauen während oder nach der Menopause (Wechseljahre) anfälliger für eine Depression sind, ließ sich bis jetzt nicht abschließend klären.

Bei der Depression im Rahmen einer bipolaren affektiven Erkrankung gibt es übrigens keinen Geschlechterunterschied.

---

## **Depression und Wetter**

Trübes Wetter und dunkle verregnete Herbst-Nachmittage schlagen bei vielen Menschen auf die Stimmung. Bei Einigen erhöht sich saisonal die Vulnerabilität für depressive Erkrankungen. Typische Symptome einer saisonal bedingten Depression sind u.a. anhaltende Müdigkeit, Süßhunger, Gewichtszunahme. Tatsächlich ist in der kalten Jahreszeit ein Anstieg depressiver Erkrankungen um etwa 10 % zu verzeichnen.

Andererseits wird im Frühling eine erhöhte Zahl von Suiziden registriert. Eine eindeutige Zuordnung der Faktoren „schlechtes Wetter“ und Depression ist nicht möglich.

Auch die drei von der Weltgesundheitsorganisation zusammengestellten Erhebungen der Suizidzahlen aus 18 europäischen Ländern ergeben kein einheitliches Bild. Aufgrund des epidemiologischen Befundes lässt sich auf den ersten Blick zwar ein Einfluss des Wetters auf die Stimmung und die psychische Gesundheit vermuten, insofern man tendenziell ein „Nord-Süd Gefälle“ in den europäischen Ländern feststellen kann. So sind die niedrigsten Suizidzahlen eher in den warmen und sonnigen Ländern Griechenland und Italien zu finden, die höheren in den nördlicheren Staaten Dänemark und Finnland mit langen Wintern und kurzen Sommern.

Doch diese Korrelation zwischen Klima und Suizidrisiko ist keineswegs eindeutig. So standen beispielsweise die Staaten der früheren Donaumonarchie Österreich-Ungarn bei Erhebungen durch die Weltgesundheitsorganisation entgegen ihrer geographischen Lage in der Mitte Europas an oberster Stelle. In neueren Erhebungen sind sie jedoch von den baltischen Staaten von den vordersten Plätzen in dieser traurigen Rangliste verdrängt worden.

Auch könnten die relativ niedrigen Suizidzahlen aus den katholischen Ländern Italien, Irland und Polen fehlerhaft sein. Da der Suizid in streng katholischen Gesellschaften als Sünde betrachtet wird, kommt es häufiger zur Verschleierung der Todesursache und fehlerhaft ausgestellten Totenscheinen.

Aber selbst wenn man sonniges und warmes Klima als einen von vielen Faktoren für die unterschiedliche Stimmung und psychische Gesundheit der Bewohner der europäischen Länder in Betracht ziehen wollte, müsste die Interdependenz zu anderen Faktoren wie Mentalität, Tradition, Religiösität, Familiensinn, Gruppenzusammenhalt und Kommunikationsverhalten mit berücksichtigt werden. Das „sonnige Gemüt“ des Südländers beispielsweise ist unter Umständen weniger eine direkte Folge der intensiveren Sonnenbestrahlung als des traditionell intensiveren Kommunikationsverhaltens in Ländern, in denen mehr „nach draußen gelebt“ wird.

Unabhängig vom Klima spielen in allen europäischen Ländern auch soziographische Faktoren, wie die Urbanisierung und die zunehmende Anonymität, eine nicht unbedeutende Rolle. So sind Suizidversuche in städtischen Gebieten häufiger als in ländlichen. Nach einer WHO-Studie werden 70 % aller Suizidversuche in Städten unternommen, obwohl weltweit nur etwa 50 % der Bevölkerung in Städten lebt.

Auch Alkoholmissbrauch und Arbeitslosigkeit sind Faktoren, die die Suizidalität beeinflussen.

**Zitat zum Thema:**

„Seit langem ist bekannt, dass sich Suizide im Allgemeinen im Frühling und Sommer häufen, wofür aber keine stichhaltigen Erklärungen vorliegen. Die saisonale Variation gibt es sowohl in Ländern der nördlichen als auch in denen der südlichen Hemisphäre.“

Prof. Dr. Thomas Bronisch



## **Aktionsprogramm soll Versorgung depressiver Menschen verbessern**

München (dpa) Mit einem europaweiten Bündnis wollen Experten die Behandlung depressiv erkrankter Menschen verbessern. "Die Depression muss endlich als Krankheit ernst genommen werden", sagte der Ärztliche Direktor der Psychiatrischen Uniklinik München, Prof. Hans-Jürgen Möller, am Dienstag in München. Zu dem Aktionsprogramm gehören Schulungen und eine Telefonhotline für Hausärzte, Fortbildungen für Altenpflegekräfte, Pfarrer und Polizisten sowie Hilfs- und Informationsangebote für Betroffene. Dazu zählen etwa Selbsthilfegruppen oder Karten mit Notfall-Telefonnummern. "Die Depression ist mit ungeheuer viel Leid für die Betroffenen verbundenen", sagte Möller. Wichtig sei vor allem, dass die Depression auch als solche erkannt und gezielt behandelt werde. Allein in Deutschland sind nach Schätzungen von Experten fünf Prozent der Bevölkerung akut an einer Depression erkrankt. Zwischen 10 und 15 Prozent der schwer Depressiven nehmen sich irgendwann das Leben.

Vorbild für das neue Projekt ist das "Nürnberger Bündnis gegen Depression". Dieses führte dazu, dass die Zahl der Selbstmorde und Selbstmordversuche in Nürnberg in den vergangenen Jahren deutlich zurückging. Ähnliche Erfolge erhoffe er sich nun auch von der "European Alliance Against Depression", sagte der Sprecher des Projekts, Prof. Ulrich Hegerl. Das Programm wird von der Europäischen Kommission zunächst mit 650 000 Euro gefördert.

Redaktion: [Bayern](#) am 20. April 2004, 18:07:52

## Düstere Gedanken wie aus Blei

#bildbox1#Laut einer Statistik der Weltgesundheitsorganisation ist die Depression in den entwickelten Ländern die größte Volkskrankheit. Sie rangiert von allen körperlichen und psychiatrischen Störungen auf Platz eins vor dem Alkoholmissbrauch und Osteoarthritis. Allein im Jahr 1993 wurden beispielsweise in Deutschland elf Millionen Ausfalltage durch depressive Erkrankungen registriert. 1995 wurde 18.629 Frühberentungen aufgrund depressiver Erkrankungen bewilligt.

Die Betroffenen ihrerseits erklären, dass Depressionen zum Schlimmsten gehört, was man als Mensch erleben kann. Etwa fünf Prozent der Bundesbürger, also vier Millionen Menschen, leiden an einer behandlungsbedürftigen depressiven Störung. Die Häufigkeit bezogen auf die Lebenszeit ist noch deutlich höher: Knapp 20 Prozent aller erwachsenen Menschen erkranken zumindest einmal in ihrem Leben an einer behandlungsbedürftigen Depression.

### 15 Prozent der Patienten sterben durch Freitod

Depressionen gehören zu den lebensbedrohlichen Erkrankungen, da Patienten nicht selten glauben, es wäre eine Erlösung, tot zu sein, nichts mehr zu spüren. Damit unterscheiden sich Depressionen wesentlich von den meisten anderen Krankheiten. Während man bei den übrigen Krankheiten wieder gesund werden möchte, will man in der Depression nicht selten nur noch sterben, damit es „endlich vorbei ist“. 15 Prozent aller Patienten mit einer schweren Depression sterben durch Selbsttötung. Von den jährlich etwa 11.000 Suiziden in Deutschland wird im Mehrzahl im Rahmen einer depressiven Störung ausgeführt.

Der Begriff „Depression“ leitet sich vom lateinischen Wort „deprimere“ ab. Dies heißt soviel wie niederdrücken. Zur Depression gehören eine Vielfalt von Beschwerden, die oft so vielgestaltig sein können, dass es nicht verwundert, wenn immer noch rund 50 Prozent der Erkrankungen nicht erkannt und deshalb nicht adäquat behandelt werden.

Dies liegt vor allem auch daran, dass der Patient selbst – oft sehr lange Zeit – nicht erkennen kann, dass hinter den zahlreichen Symptomen in Wirklichkeit eine behandlungsbedürftige Depression steckt. Depressionen entstehen oft nicht über Nacht, sondern beginnen schleichend, entwickeln sich über Wochen und Monate hinweg und können unbehandelt über viele Monate oder Jahre bestehen bleiben.

### Vielfalt an Symptomen erschwert die Diagnose

Typischerweise sind Depressionen häufig mit körperlichen Beschwerden kombiniert, so dass es sowohl für den Patienten als auch für den behandelnden Arzt zu Beginn recht schwierig sein kann, die Depression als solche zu erkennen. Die Patienten klagen über einen gestörten Schlaf (Durchschlafstörungen, Einschlafstörungen, frühmorgendliches Erwachen mit Grübelneigung, erhöhtes Schlafbedürfnis), Engegefühl in Hals und Brust, Appetitstörung, Gewichtsverlust, Verstopfung, Herzschmerzen, Schmerzen in der Hals- oder Lendenwirbelsäule, Magen-Darm-Beschwerden oder sogar Herzbeschwerden.

Neben diesen körperlichen Beschwerden entwickeln sich im Laufe der Erkrankung typische seelische Symptome: Der Patient wird in zunehmendem Maße freudloser, interesse-, antriebs- und lustlos, es entwickelt sich ein Gefühl der Hoffnungslosigkeit. Die Angst nimmt zu, nie wieder gesund zu werden, bisweilen haben manche Patienten auch das Gefühl, innerlich tot, wie abgestorben oder versteinert zu sein.

Die alleinige Ursache der Depression gibt es nicht. Die moderne Medizin

geht heute davon aus, dass eine Vielzahl von Umständen zur Entstehung von Depressionen führen kann. Außer Frage steht, dass neben einer erblichen Vorbelastung und bestimmten Erkrankungen (z.B. der Schilddrüse) sowohl Persönlichkeitsfaktoren als auch einschneidende Lebensereignisse relevant sein können. Vorausgegangen sind nicht selten chronische Überlastungssituationen im Beruf oder belastende Lebensereignisse wie Verlust oder Tod einer wichtigen Bezugsperson sowie soziale Faktoren (Heirat, Geburt eines Kindes, Arbeitslosigkeit, Berentung). Ob es zu einer Depression kommt oder nicht scheint auch am Umgang mit Stresssituationen zu liegen. Menschen, die ihre eigenen Bedürfnisse nur schwer gegen andere abgrenzen können und sich durch überzogene Leistungsanforderungen ständig überfordern, die eher zu Pessimismus neigen und sich zu wenig Zeit für Lust, Erholung und die eigenen Bedürfnisse gönnen, scheinen eher anfällig zu sein für Depressionen. Ebenso treten Depressionen im Alter gehäuft auf, wenn Erkrankungen und besondere Umstände (z.B. Umzug ins Altersheim) die eigenständige Lebensgestaltung zunehmend einschränken.

### Gedanken wie in Blei gegossen

Ist die Depression einmal ausgebrochen, zieht sie den ganzen Körper des Erkrankten in Mitleidenschaft. Es kommt zu Veränderungen im Gehirnstoffwechsel und der Hormonregulierung. So werden z.B. vermehrt Stresshormone ausgeschüttet, der Muskeltonus erhöht sich, der Schlaf-Wach-Rhythmus ist gestört, ebenso der Appetit und die Sexualität. Als biologische Ursache für diese Veränderungen sowie für die gedrückte Stimmung, die Kraftlosigkeit, die Schuldgefühle und die anderen psychischen Symptome werden veränderte Funktionsabläufe im Gehirn, z.B. bedingt durch veränderte Funktion der Botenstoffe zwischen den Nervenzellen, diskutiert. Serotonin und Noradrenalin sind z.B. zwei dieser Botenstoffe. Bisher ist es allerdings nicht gelungen, eine genau definierte Funktionsstörung im Gehirn zu lokalisieren, die unmittelbar für das Auftreten der depressiven Symptome verantwortlich ist.

Zur Behandlung depressiver Erkrankungen stehen heute verschiedene Antidepressiva zur Verfügung, die den veränderten Gehirnstoffwechsel wieder normalisieren. Entgegen anderslautenden Urteilen machen die dämpfend, aktivierend oder antriebsneutral wirkenden Medikamente nicht abhängig. Ergänzend zu den Medikamenten haben sich verschiedene Verfahren der Psychotherapie (kognitive Verhaltenstherapie, interpersonelle Psychotherapie) zur Behandlung bewährt.

**Weitere Tipps und Aufklärung gibt es auf speziellen Internetseiten, z.B. [www.buendnis-depression.de](http://www.buendnis-depression.de), [www.kompetenznetz-depression.de](http://www.kompetenznetz-depression.de) und [www.ak-depression.de](http://www.ak-depression.de)**

**Axel Effner**



### **Aktionsprogramm soll Versorgung depressiver Menschen verbessern**

München (dpa) Mit einem europaweiten Bündnis wollen Experten die Behandlung depressiv erkrankter Menschen verbessern. "Die Depression muss endlich als Krankheit ernst genommen werden", sagte der Ärztliche Direktor der Psychiatrischen Uniklinik München, Prof. Hans-Jürgen Möller, am Dienstag in München. Zu dem Aktionsprogramm gehören Schulungen und eine Telefonhotline für Hausärzte, Fortbildungen für Altenpflegekräfte, Pfarrer und Polizisten sowie Hilfs- und Informationsangebote für Betroffene. Dazu zählen etwa Selbsthilfegruppen oder Karten mit Notfall-Telefonnummern. "Die Depression ist mit ungeheuer viel Leid für die Betroffenen verbundenen", sagte Möller. Wichtig sei vor allem, dass die Depression auch als solche erkannt und gezielt behandelt werde. Allein in Deutschland sind nach Schätzungen von Experten fünf Prozent der Bevölkerung akut an einer Depression erkrankt. Zwischen 10 und 15 Prozent der schwer Depressiven nehmen sich irgendwann das Leben.

Vorbild für das neue Projekt ist das "Nürnberger Bündnis gegen Depression". Dieses führte dazu, dass die Zahl der Selbstmorde und Selbstmordversuche in Nürnberg in den vergangenen Jahren deutlich zurückging. Ähnliche Erfolge erhoffe er sich nun auch von der "European Alliance Against Depression", sagte der Sprecher des Projekts, Prof. Ulrich Hegerl. Das Programm wird von der Europäischen Kommission zunächst mit 650 000 Euro gefördert.

Redaktion: [Bayern](#) am 20. April 2004, 18:07:52

## Düstere Gedanken wie aus Blei

#bildbox1#Laut einer Statistik der Weltgesundheitsorganisation ist die Depression in den entwickelten Ländern die größte Volkskrankheit. Sie rangiert von allen körperlichen und psychiatrischen Störungen auf Platz eins vor dem Alkoholmissbrauch und Osteoarthritis. Allein im Jahr 1993 wurden beispielsweise in Deutschland elf Millionen Ausfalltage durch depressive Erkrankungen registriert. 1995 wurde 18.629 Frühberentungen aufgrund depressiver Erkrankungen bewilligt.

Die Betroffenen ihrerseits erklären, dass Depressionen zum Schlimmsten gehört, was man als Mensch erleben kann. Etwa fünf Prozent der Bundesbürger, also vier Millionen Menschen, leiden an einer behandlungsbedürftigen depressiven Störung. Die Häufigkeit bezogen auf die Lebenszeit ist noch deutlich höher: Knapp 20 Prozent aller erwachsenen Menschen erkranken zumindest einmal in ihrem Leben an einer behandlungsbedürftigen Depression.

### 15 Prozent der Patienten sterben durch Freitod

Depressionen gehören zu den lebensbedrohlichen Erkrankungen, da Patienten nicht selten glauben, es wäre eine Erlösung, tot zu sein, nichts mehr zu spüren. Damit unterscheiden sich Depressionen wesentlich von den meisten anderen Krankheiten. Während man bei den übrigen Krankheiten wieder gesund werden möchte, will man in der Depression nicht selten nur noch sterben, damit es „endlich vorbei ist“. 15 Prozent aller Patienten mit einer schweren Depression sterben durch Selbsttötung. Von den jährlich etwa 11.000 Suiziden in Deutschland wird im Mehrzahl im Rahmen einer depressiven Störung ausgeführt.

Der Begriff „Depression“ leitet sich vom lateinischen Wort „deprimere“ ab. Dies heißt soviel wie niederdrücken. Zur Depression gehören eine Vielfalt von Beschwerden, die oft so vielgestaltig sein können, dass es nicht verwundert, wenn immer noch rund 50 Prozent der Erkrankungen nicht erkannt und deshalb nicht adäquat behandelt werden.

Dies liegt vor allem auch daran, dass der Patient selbst – oft sehr lange Zeit – nicht erkennen kann, dass hinter den zahlreichen Symptomen in Wirklichkeit eine behandlungsbedürftige Depression steckt. Depressionen entstehen oft nicht über Nacht, sondern beginnen schleichend, entwickeln sich über Wochen und Monate hinweg und können unbehandelt über viele Monate oder Jahre bestehen bleiben.

### Vielfalt an Symptomen erschwert die Diagnose

Typischerweise sind Depressionen häufig mit körperlichen Beschwerden kombiniert, so dass es sowohl für den Patienten als auch für den behandelnden Arzt zu Beginn recht schwierig sein kann, die Depression als solche zu erkennen. Die Patienten klagen über einen gestörten Schlaf (Durchschlafstörungen, Einschlafstörungen, frühmorgendliches Erwachen mit Grübelneigung, erhöhtes Schlafbedürfnis), Engegefühl in Hals und Brust, Appetitstörung, Gewichtsverlust, Verstopfung, Herzschmerzen, Schmerzen in der Hals- oder Lendenwirbelsäule, Magen-Darm-Beschwerden oder sogar Herzbeschwerden.

Neben diesen körperlichen Beschwerden entwickeln sich im Laufe der Erkrankung typische seelische Symptome: Der Patient wird in zunehmendem Maße freudloser, interesse-, antriebs- und lustlos, es entwickelt sich ein Gefühl der Hoffnungslosigkeit. Die Angst nimmt zu, nie wieder gesund zu werden, bisweilen haben manche Patienten auch das Gefühl, innerlich tot, wie abgestorben oder versteinert zu sein.

Die alleinige Ursache der Depression gibt es nicht. Die moderne Medizin

geht heute davon aus, dass eine Vielzahl von Umständen zur Entstehung von Depressionen führen kann. Außer Frage steht, dass neben einer erblichen Vorbelastung und bestimmten Erkrankungen (z.B. der Schilddrüse) sowohl Persönlichkeitsfaktoren als auch einschneidende Lebensereignisse relevant sein können. Vorausgegangen sind nicht selten chronische Überlastungssituationen im Beruf oder belastende Lebensereignisse wie Verlust oder Tod einer wichtigen Bezugsperson sowie soziale Faktoren (Heirat, Geburt eines Kindes, Arbeitslosigkeit, Berentung). Ob es zu einer Depression kommt oder nicht scheint auch am Umgang mit Stresssituationen zu liegen. Menschen, die ihre eigenen Bedürfnisse nur schwer gegen andere abgrenzen können und sich durch überzogene Leistungsanforderungen ständig überfordern, die eher zu Pessimismus neigen und sich zu wenig Zeit für Lust, Erholung und die eigenen Bedürfnisse gönnen, scheinen eher anfällig zu sein für Depressionen. Ebenso treten Depressionen im Alter gehäuft auf, wenn Erkrankungen und besondere Umstände (z.B. Umzug ins Altersheim) die eigenständige Lebensgestaltung zunehmend einschränken.

### Gedanken wie in Blei gegossen

Ist die Depression einmal ausgebrochen, zieht sie den ganzen Körper des Erkrankten in Mitleidenschaft. Es kommt zu Veränderungen im Gehirnstoffwechsel und der Hormonregulierung. So werden z.B. vermehrt Stresshormone ausgeschüttet, der Muskeltonus erhöht sich, der Schlaf-Wach-Rhythmus ist gestört, ebenso der Appetit und die Sexualität. Als biologische Ursache für diese Veränderungen sowie für die gedrückte Stimmung, die Kraftlosigkeit, die Schuldgefühle und die anderen psychischen Symptome werden veränderte Funktionsabläufe im Gehirn, z.B. bedingt durch veränderte Funktion der Botenstoffe zwischen den Nervenzellen, diskutiert. Serotonin und Noradrenalin sind z.B. zwei dieser Botenstoffe. Bisher ist es allerdings nicht gelungen, eine genau definierte Funktionsstörung im Gehirn zu lokalisieren, die unmittelbar für das Auftreten der depressiven Symptome verantwortlich ist.

Zur Behandlung depressiver Erkrankungen stehen heute verschiedene Antidepressiva zur Verfügung, die den veränderten Gehirnstoffwechsel wieder normalisieren. Entgegen anderslautenden Urteilen machen die dämpfend, aktivierend oder antriebsneutral wirkenden Medikamente nicht abhängig. Ergänzend zu den Medikamenten haben sich verschiedene Verfahren der Psychotherapie (kognitive Verhaltenstherapie, interpersonelle Psychotherapie) zur Behandlung bewährt.

**Weitere Tipps und Aufklärung gibt es auf speziellen Internetseiten, z.B. [www.buendnis-depression.de](http://www.buendnis-depression.de), [www.kompetenznetz-depression.de](http://www.kompetenznetz-depression.de) und [www.ak-depression.de](http://www.ak-depression.de)**

**Axel Effner**