

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

DEPRESSIONEN - TEIL 1:

Beschwerdebild – Ursachen – Krankheitsverlauf

Depressionen nehmen zu. Auch werden sie häufiger als solche erkannt. Sie gelten als die gefürchtetsten aller seelischen Krankheiten - und auch als die gefährlichsten (Selbsttötungsneigung).

Doch Depressionen müssen heute keine unabänderliches Schicksal mehr sein. Immer mehr Menschen wissen, auf was es zu achten gilt, welche Krankheitszeichen auf seelischem, körperlichem und psychosozialen Gebiet belasten können. Deshalb werden sie auch immer häufiger als solche erkannt - und zwar rechtzeitig.

Dazu kommen die modernen Behandlungsmöglichkeiten durch Psychotherapie, soziotherapeutische Hilfen, antidepressiver Arzneimittel und eine Vielzahl weiterer Behandlungsmaßnahmen. Sie alle ermöglichen ein inzwischen hoffnungsvollen Heilungsverlauf einschließlich Rückfallgefahr.

Nachfolgend eine Übersicht zum Thema Beschwerdebild, Ursachen, Verlauf und Einteilung der Depressionen als 1. Kapitel einer dreiteiligen Serie.

Erklärte Fachbegriffe:

- *Seelisches Krankheitsbild*: Schwermut – Freudlosigkeit – Elendigkeitsgefühl – Erschöpfbarkeit – Antriebslosigkeit – psychomotorische Hemmungen – depressiver Stupor – innerliche Unruhe – Agitiertheit – negative Sichtweise – Schamgefühle – Interesselosigkeit – Überempfindlichkeit – Reizbarkeit – Aggressivität – feindselige Depression – Minderwertigkeitsgefühle – depressive Gedächtnisschwäche – depressive Pseudo-Demenz – Entscheidungs-

unfähigkeit – Grübelsucht – depressive Schuldgefühle – depressive Beziehungsstörungen – innerliches Erkalten – Angstzustände – Panikattacken – Verarmungsideen – Gefühl der Gefühllosigkeit – Beziehungsideen – Entfremdungserlebnisse – Zwangsgedanken – Lebensüberdruß – depressiver Wahn – Verarmungsideen – Verarmungswahn – hypochondrische Befürchtungen – Schuldwahn – Versündigungswahn – paranoide Fehldeutungen – depressive Sinnestäuschungen/Trugwahrnehmungen/Halluzinationen – depressive Leibgefühlsstörungen – depressive Wahrnehmungsstörungen – depressive Zeitempfindungsstörungen u. a.

- *Störungen des Antriebs:* körperliche Unruhe – innere Getriebenheit – unerklärliche Mattigkeit – seelisch-körperliche Blockierung
- *Körperliche (psychosomatisch interpretierbare) Krankheitszeichen:* Ein- und Durchschlafstörungen – Früherwachen – schwere Träume – Appetitlosigkeit – Gewichtsverlust – Heißhunger – Gewichtszunahme – Magen- und Darmstörungen – Kopfdruck – beeinträchtigte Sinnesorgane (Sehen, Hören, Riechen, Schmecken) – Herz- und Kreislaufstörungen – vegetative Beschwerden (Hitzewallungen/Kälteschauer) – Kloß im Hals – Verspannungen – Gelenk-, Rücken- und Muskelschmerzen – Zungenbrennen – Mundtrockenheit – schwere Beine – Tränenlosigkeit – sexuelle Störungen: Libido/Potenz – u. a.
- *Psychosoziale Folgen:* Probleme in Partnerschaft, Ehe, Familie, Nachbarschaft und am Arbeitsplatz mit Neigung zu Rückzug, Vereinsamung und Isolation
- *Depressionsauslöser:* organische Ursachen (körperliche Erkrankungen) – medikamentöse Ursachen (Arzneimittel) – reaktive Faktoren (zwischenmenschlich, beruflich) – Erschöpfungszustand – jahreszeitliche Auslöser – Schwangerschaft – erbliche Belastung/Disposition
- *Beschwerdebild:* Vorposten-Symptome – Warn-Symptome – Fehldiagnosen – Trauer/Traurigkeit: Unterscheidung, Überschneidung
- *Selbsttötungsgefahr:* die wichtigsten Selbsttötungsrisiken – aktuelle Suizidgefahr – Fragen zur Prüfung einer Selbsttötungsgefahr
- *Depressionsformen:* psychogene Depression – reaktive Depression – neurotische Depression – depressive Entwicklung – Erschöpfungsdepression – Entwurzelungsdepression – endogene Depression – phasische Depression – manisch-depressive Erkrankung/Störung/Psychose – Spätdepression – Involutionsdepression – körperlich begründbare Depression – somatogene Depression – organische Depression – symptomatische Depression – larvierte Depression – maskierte Depression – lang anhaltende Gemütsstörungen – Zylothymia – Dysthymia – Winterdepression – saisonale Depression – Lichtmangel-Depression – Wochenbett-Depression

– schizoaffektive Psychose – Major Depression – Typische Depression – depressive Neurose – Bipolare Störung – Dysthyme Störung – depressive Episode – rezidivierende depressive Störung – bipolare affektive Störung

- *Depression im höheren Lebensalter*: psychoreaktive Depression – körperlich begründbare Depression – endogene Depression – Entwurzelungs-Depression – altersbedingte hirnorganische Veränderung mit Depression – körperlich begründbare Depression – chronische Depression – therapieresistente Depression – Altersdepression u. a. m.

Verstimmungszustände sind Befindensstörungen im Alltag. Die Trauer ist eine natürliche Reaktion aufgrund eines belastenden Ereignisses. Die Depression dagegen ist eine Krankheit, eine Gemütskrankheit. Verstimmungszustände kann man überwinden lernen. Bei der Trauerreaktion "heilt meist die Zeit die Wunden". Eine Depression hingegen kann man nicht einfach überwinden, aussitzen, überspielen, verdrängen oder ausschalten.

Eine Depression verändert ihr Opfer tiefgreifend, und zwar seelisch, körperlich, zwischenmenschlich und leistungsmäßig-beruflich. Während einer Depression kann man das Leben nicht mehr so weiterführen wie bisher - oder nur mit der größten Anstrengung. Depressionen sind vor allem deshalb so gefürchtet, weil sie *alle* Lebensbereiche beeinträchtigen. Einer Depression ausgeliefert sein, heißt nirgends mehr Zuflucht zu finden. Depressionen gehören zusammen mit der Alzheimer Demenz nicht umsonst zu den gefürchtetsten Krankheiten.

Wen treffen Depressionen?

Niemand kann vor einer depressiven Erkrankung sicher sein. Kein Wunder, depressive Zustände nehmen zu. Heute vermutet man, dass zwar nur wenige (rund 1 %) wegen einer schweren Depression in einer psychiatrischen Fachklinik behandelt werden müssen, doch mehr als jeder zehnte Patient des Hausarztes unter depressiven Zuständen leidet. Und das Schlimmste dabei: Nicht einmal ein Fünftel der Betroffenen wird rechtzeitig als depressiv erkannt und konsequent behandelt, weil nicht einmal der Betroffene weiß, was er hat, geschweige denn damit zum Arzt geht.

Dabei fallen die körperlichen und sozialen Beeinträchtigungen im Durchschnitt folgenschwerer aus als bei Patienten mit so weit verbreiteten chronischen Krankheiten wie Hypertonie (Bluthochdruck), Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit), Arthritis (Gelenkentzündung) oder degenerative Verschleißerscheinungen der Wirbelsäule. Bei einer Depression beträgt die durchschnittliche Zahl

der Arbeitsunfähigkeitstage pro Monat 8,7, bei einer chronischen körperlichen Krankheit dagegen lediglich 2,6.

Häufigkeit

Die Punktprävalenz (Anzahl der zu einem bestimmten Zeitpunkt als krank angetroffenen Personen) liegt für sämtliche depressive Störungen einschließlich leichter Formen bei über 10 %, für schwere bei 2 bis 7 %. Die Lebenszeitprävalenz (das Risiko, mindestens einmal im Leben zu erkranken) wird für die heute als „major depression“ (früher als endogene Depression) bezeichneten depressiven Zustände auf 7 bis 18 % geschätzt.

Zwei Vorstellungen gilt es jedoch zu korrigieren: Das höhere Lebensalter stellt weder einen besonderen Risikofaktor noch einen Schutz gegen erstmalige depressive Erkrankungen dar. Und auch im Kindes- und Jugendalter sind depressive Erkrankungen nicht selten - im Gegenteil. Bei Jugendlichen ist die zweithäufigste Todesursache inzwischen der Tod durch eigene Hand (bis zu 80 % aller Suizidopfer jeglichen Alters sollen an einer Depression leiden, auch hier soll nicht einmal ein Fünftel davon gezielt behandelt worden sein). Am häufigsten brechen depressive Zustände sogar in den "besten Jahren" aus. Man ist aber in keinem Lebensabschnitt gegen Depressionen gefeit.

Risikofaktoren

Zu den **Risikofaktoren** zählen neben dem weiblichen Geschlecht vor allem eine **erbliche Belastung**, z. B. depressive Erkrankungen in der Familienvorgeschichte. Dabei darf man nicht nur die Eltern, sondern muss auch deren Vorfahren einzubeziehen, also die Großeltern und deren Verwandte mütterlicher- und väterlicherseits.

Je genauer man nachprüfen kann, desto häufiger stößt man auf den Verdacht einer erblichen Vorbelastung. Das ist allerdings oft schwierig, denn früher kannte man sich mit Depressionen weit weniger aus und versuchte vor allem alles zu vertuschen, was irgendwie seelisch auffällig war.

Daneben gibt es aber auch *weitere Risikofaktoren*, vor allem auf sozialem Gebiet: Getrennte und geschiedene Personen und solche ohne vertraute Umgebung erkranken eher. Als wichtigster Schutzfaktor erweisen sich vertrauensvolle menschliche Beziehungen und eine positive berufliche Einstellung. Offenbar spielen die häufig als Ursache herangezogenen belastenden Lebensereignisse oder Schicksalsschläge vor allem eine Auslöserrolle im Vorfeld der ersten depressiven Episoden. Dagegen scheint für sich wiederholende Depressionen eher eine pathophysiologische (biologische) Krankheitsanfälligkeit von Bedeutung.

Oder kurz: Die ersten Auslöser kommen mehr von außen, die späteren von "innen". Besonders kritisch wird es dann, wenn sich die Schicksalsschläge so häufen, dass sich das Opfer dazwischen nicht mehr recht erholen kann.

Wie kann man eine Depression erkennen?

Depression ist nicht nur Schwermut. Im Gegenteil: Viele Depressive schleppen sich erst einmal mit Leistungsabfall und körperlichen Beschwerden dahin und dies oft viel zu lange, d. h. im Schnitt mehrere Monate, falls sie überhaupt ihren Arzt konsultieren.

Sie klagen vor allem über Schlaf-, Appetit-, Magen-Darm-, Herz- und Atmungsstörungen, über Verspannungen, Gelenk-, Rücken- und Muskelschmerzen, ehe sie - meist nur auf direktes Befragen - auch Merk- und Konzentrationsstörungen, Unruhe, innere Anspannung, Entscheidungsunfähigkeit, Interessenschwund, Gleichgültigkeit und allgemeine Lustlosigkeit zugeben.

Dabei hilft die alte Erkenntnis weiter: Eine Depression äußert sich eher in einer Art Elendigkeitsgefühl ("wie bei einer schweren Grippe") als durch auffällige Traurigkeit.

Zu den **häufigsten Krankheitszeichen** gehören folgende Symptome:

- depressive Herabgestimmtheit von abnormem Ausmaß, was ihre Intensität und Dauer anbelangt
- Verlust von Interesse und Freude
- verminderter Antrieb und abnorme Ermüdbarkeit
- Verlust von Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl
- unbegründete Selbstvorwürfe
- Gedanken an den Tod, auch von eigener Hand
- Denk- und Konzentrationsstörungen
- Bewegungsstörungen: entweder passiv, schwach, kraftlos oder gespannt-rastlos umhergetrieben
- Schlafstörungen
- ausgeprägte Änderungen des Appetits (meist Gewichtsverlust, seltener Heißhunger)

Nachfolgend eine stichwortartige, aber dafür ausführliche Übersicht der wichtigsten Symptome auf seelischer, körperlicher und zwischenmenschlicher Ebene.

Das Leidenbild der Depressionen

Allgemeine Aspekte

Die **seelischen Symptome einer Depression** werden sonderbarerweise seltener beklagt oder sogar als belastend empfunden, obgleich es sich hier ja um ein psychisches Leiden handelt, dessen seelische Krankheitszeichen wohl am meisten beeinträchtigen. Deshalb muss man die psychischen Symptome regelrecht abfragen; von selber kommen sie nur selten zur Sprache. Dann aber nehmen die Betroffenen oft erstmals verwundert wahr, unter welcher Vielzahl von Beeinträchtigungen sie zu leiden haben. Im Einzelnen:

- „Herabgestimmt“, bedrückt, niedergeschlagen, trostlos, resigniert, unglücklich, quälend schwermütig
- überdrüssig, lustlos, freudlos (wichtiger Hinweis: an nichts mehr Freude haben), ferner unfähig zu genießen, ja überhaupt etwas zu empfinden ("gefühlte Gefühllosigkeit"), schließlich sogar zu trauern bzw. zu weinen ("tränenlose Trauer")
- allgemeines Elendigkeitsgefühl; wie zerschlagen, tiefes Unwohlsein mit einer Art genereller, schwer beschreibbarer "Übelkeit" usw.
- energielos, passiv, schwach, kraftlos, leicht und rasch erschöpfbar, ohne Initiative, Schwung und Antrieb, willenlos, matt, apathisch, bisweilen regelrecht "versteinert" (Fachausdruck: psychomotorisch gehemmt; Extremzustand: depressiver Stupor = seelisch-körperliche „Versteinerung“)
- innerlich unruhig, gespannt, getrieben, fahrig, nervös, "wie unter Strom", mit leerem Beschäftigungsdrang, ziellosem oder rastlosem Umhergetriebensein (Fachausdruck: agitiert); ferner jammerig, klagsam, anklammernd (erhöhte Selbsttötungsgefahr!)
- mutlos, verzagt, ratlos, schwernehmend, pessimistisch, leicht irritierbar, hoffnungslos, selbstzerstörerisch, negative Sichtweise ("schwarze Brille"), Überbewertung aller Probleme, Gefühl der Aussichtslosigkeit, ja fatalistisch, mit unbeirrbarer Suche nach Negativem
- verschämt (Schamgefühle gehören zu den am meisten peinigenden Symptomen, obgleich sie fast nie zur Sprache kommen oder gerne bewusst „übersehen“ werden)
- interesselos, schließlich völlige Gleichgültigkeit auf allen Gebieten, teils durch eine alles durchdringende Kraftlosigkeit, teils durch die gefürchtete "Leere im Kopf" (siehe später)

- überempfindlich, leicht verletzlich und kränkbar, unzufrieden, vorwurfsvoll und ggf. ungerecht, rasch und unvermittelt mit Verzweiflung reagierend; aber auch reizbar, missgestimmt, mürrisch, aufbrausend oder gar aggressiv bis feindselig ("feindselige Depression", insbesondere im höheren Lebensalter)
- Minderwertigkeitsgefühle, allgemeine Unsicherheit, mangelndes Selbstwertgefühl, negative Selbsteinschätzung
- Merk- und Konzentrationsstörungen ("Gedächtnisschwäche"): langsames, umständliches, zähflüssiges, mühsames Denken, Ideenarmut, "Leere im Kopf" bis zur Angst, schwachsinzig geworden zu sein (Fachausdruck: "depressive Pseudo-Demenz", die natürlich kein echter erworbener Schwachsinn, sondern nur eine vorübergehende Denkerschwernis ist)
- entscheidungsunfähig, wankelmütig, zwiespältig, hin- und hergerissen, alles bis zum Ende durchdenken und dann von neuem anfangen wollen, ziellos, ängstlich abwägend, ohne abschließende Entscheidungsfähigkeit (Fachausdruck: Ambivalenz)
- Grübelneigung bis zur Grübelsucht, unfruchtbares Gedankenkreisen
- Schuldgefühle: Überbewertung früherer oder aktueller Ereignisse, häufig maßlos übertrieben, nicht selten grundlos, dennoch schuldhaftes Verarbeiten krankheitsbedingten Versagens mit Versündigungsideen, Selbstanschuldigungen ohne Grund (Partnerschaft, Beruf, Verbote, ja sogar kriminelle Handlungen)
- Beziehungsstörungen zu anderen: Unfähigkeit, gefühlsmäßig mitzuschwingen, zwischenmenschlich Zuwendung und Wärme zu vermitteln, dafür Angst vor "innerlichem Erkalten", "Glaswand zu den anderen"
- Angstzustände: Zukunftsängste, Gefühl, unerwünscht oder im Wege zu sein, nicht geliebt oder akzeptiert bzw. verlassen zu werden bis hin zu Panikattacken (siehe später)
- Verarmungsideen: nichts vorweisen können, nichts haben, nur Geld verbrauchen, Krankenkasse und Familie schädigen; schließlich unkorrigierbarer depressiver Verarmungswahn (Fachausdruck: paranoide Symptome)
- innere Leere mit Absterben aller Gefühle, Gefühl der Gefühllosigkeit, wie benommen, dumpf, ausgebrannt, versteinert
- Beziehungsideen: Angst vor Tuscheleien und übler Nachrede, Misstrauen, wahnhaftige Verfolgungsideen

- Entfremdungserlebnisse ("ich bin nicht mehr ich", "alles unwirklich, fremd, abgerückt", "die Zeit geht nicht voran")
- weitere Krankheitszeichen wie Zwangsdanken, Zwangsbefürchtungen, Zwangshandeln, hypochondrische Ängste vor seelischen, körperlichen oder sonstigen Veränderungen, mitunter sogar wahnhaftige Reaktionen
- bei allem kein echtes Krankheitsgefühl, trotz massiver Störungen, damit auch keine Krankheitseinsicht, eher Schuldgefühle ("Ich bin schuldig, nicht krank"; "Warten auf Strafe von oben" usw.)
- Lebensüberdruß, düstere Gedanken (erst aktiv herbeigeführt, später sich passiv aufdrängend), am Schluss konkrete Selbsttötungsüberlegungen oder gar -vorbereitungen (Fachausdruck: Suizidgefahr)

Spezielle Aspekte

- **Angstzustände** sind besonders häufig mit Depressionen verbunden. Dies gilt vor allem für Panikattacken. Deshalb muss man insbesondere auf folgende Symptome achten (die manchmal auch einer späteren Depression vorausgehen können):
 - Angststörungen allgemein mit den entsprechenden Krankheitszeichen (siehe das Kapitel über *Angststörungen*).
 - Panikattacken, also plötzliche und unerwartete Angstanfälle, ohne dass eine tatsächliche Bedrohung vorliegt. Beschwerdebild: plötzliches inneres Zittern und Beben, Schweißausbrüche, Hitzewallungen, Schwindel bzw. eine Art schwindelige Benommenheit, ferner Herzrasen, ggf. Herzstolpern, „Herzschlag bis zum Hals“, Druck oder Schmerzen auf der Brust, Enge-, Beklemmungs- oder gar Erstickungsgefühle bis zur Atemnot, trockener Mund, Übelkeit, Brechreiz, Muskelverspannungen, Muskelschwäche, z. B. weiche Knie oder Beine, Missempfindungen, manchmal sogar der Eindruck, man verliere den Verstand oder müsse sterben.
- **Depressiver Wahn:** Ein Wahn ist eine krankhafte Fehlbeurteilung der Wirklichkeit. Wahnphänomene sind nicht nur bei der Schizophrenie oder anderen Geisteskrankheiten möglich, sondern auch bei einer wahnhaften Depression. Sie müssen jedoch der depressiven Niedergestimmtheit entsprechen. Dies äußert sich beispielsweise in
 - Verarmungsideen bis zum Verarmungswahn, obgleich die wirtschaftliche Lage unverändert (gut) ist

- hypochondrischen Befürchtungen bis zum hypochondrischen Wahn: Überschätzung vorhandener und/oder unkorrigierbare Ängste vor nicht nachweisbaren seelischen, vor allem aber körperlichen Beschwerden bis hin zum krankhaften Erleben abstruser Veränderungen im körperlichen Bereich
 - Schuld- und Versündigungswahn: schuldig am eigenen Zustand durch unverzeihliche Energielosigkeit, Gleichgültigkeit, Apathie, Unfähigkeit, Denkstörungen. Oder Schuld an fremder Not, an früheren oder bevorstehenden Katastrophen u. a.
 - paranoide Fehldeutungen: wahnhaftige Beziehungsideen mit Angst vor übler Nachrede, dadurch verstärktes Misstrauen und ratlose Ängstlichkeit. Gelegentlich Verfolgungsideen, jedoch mehr furchtsam und gedrückt, weniger reizbar und aggressiv, wie es mitunter bei schizophren Erkrankten vorkommt
 - Sinnestäuschungen: gelegentlich Halluzinationen (Trugwahrnehmungen), die jedoch der depressiven Stimmungslage angepasst sind (ängstlich-schwernehmend, schuldhaft gefärbt). Meist akustischer Art im Sinne von Stimmenhören: „innere Stimme“, „Stimme des Gewissens“, überwiegend besorgt, resigniert, hoffnungslos, mahnend, mitunter auch anklagend oder diffamierend. Bei den Sinnestäuschungen des Gesichtssinnes bisweilen „Bilder und Erscheinungen“ ähnlicher Tönung (Totenkopf, Kreuze). Bei den Geruchshalluzinationen unangenehme Verpestung nach verwesendem Fleisch, Fäulnis u. a.
 - Leibgefühlsstörungen: abnorme, schwer beschreibbare und mit geläufigen Beschwerden oder Schmerzen kaum vergleichbare Empfindungen: Bewegungs-, Zug- und Druckgefühl im Körperinneren oder an der Oberfläche; Hitze- und Kälteempfindungen; Taubheits- und Steifigkeitsgefühle; umschriebene Schmerzen; wandernde Missempfindungen; eigenartige Raumsinn- und Gleichgewichtsstörungen (häufig zu Beginn einer depressiven Phase) u. a.
- **Weitere Störungen:** Nicht selten (aber nur selten beklagt) sind sogenannte
 - *Wahrnehmungsstörungen:* Geräusch- und Lichtüberempfindlichkeit sowie Änderungen der Geruchs- oder Geschmackswahrnehmung: „alles so laut“, „so grell“, „so scharf und stechend“ usw. Aber auch das Gegenteil: herabgesetztes Hörvermögen, alles „grau in grau“, kein normales Geruchs- oder Geschmacksempfinden mehr etc.
 - *Zeitempfindungsstörungen:* Die Zeit zieht sich endlos hin und will einfach nicht enden = Zeitdehnung (das Gegenteil findet sich in der manischen Hochphase: Zeitraffung = alles vollzieht sich viel schneller).

Störungen des Antriebs

Bei den depressiven **Störungen des Antriebs** handelt es sich entweder um eine körperliche Unruhe und innere Getriebenheit oder um eine unerklärliche, unnatürliche tiefe Müdigkeit, Mattigkeit, Antriebslosigkeit, bis hin zu innerem Erstarren oder seelisch-körperlicher Blockierung; besonders quälend: äußerlich gehemmt, aber innerlich unruhig.

Körperliche Krankheitszeichen

Bei den **körperlichen Krankheitszeichen** im Rahmen einer Depression finden sich vielfältige Störungen, meist ohne nachweisbare Ursache. Bisweilen ergeben sich bei der Untersuchung krankhafte Organbefunde, die jedoch nur einen Teil des geklagte Beschwerdebildes erklären (z. B. Blutdruckabfall, Gewichtsverlust, Schlaflosigkeit usw.). Die häufigsten Beispiele sind:

- Schlaf: Ein- und Durchschlafstörungen, Früherwachen, schwere Träume; tagsüber unfrisch oder dösig
- Appetit: häufig Appetitlosigkeit mit Gewichtsverlust, manchmal auch Heißhunger mit Gewichtszunahme
- Magen und Darm: Übelkeit, Brechreiz, Völlegefühl, Blähungen, Aufstoßen, Magendruck, Krämpfe, Druckschmerzen, Verstopfung oder Durchfall
- Kopf: Kopfdruck, manchmal über den Augen, manchmal als Hinterhauptsdruck, manchmal wie ein "Helm" oder "Reifen" um den Kopf
- Sinnesorgane: Nachlassen von Seh- und Hörfähigkeit bzw. Geruch oder Geschmack, bisweilen auch Überempfindlichkeit
- Herz und Atmung: vielfältige Beschwerden bis Schmerzen in der Herzgegend (z. B. Druck auf der Brust, besonders nach dem Früherwachen), ferner Atemenge, "Kreislaufstörungen" usw.
- vegetative und andere Beschwerden: Kloß im Hals; Verspannungen, Gelenk-, Rücken- und Muskelschmerzen, meist nicht exakt festlegbar, oft wandernd; Blasenstörungen; Zungenbrennen, Mundtrockenheit, Hautüberempfindlichkeit; schwere Beine; Hitzewallungen, Kälteschauer, Störungen der Schweiß- und Tränensekretion ("tränenlose Trauer"); Nachlassen von sexuellem Verlangen und Potenz; allgemeine Missempfindungen am ganzen Körper.

Zwischenmenschliche Folgen

Die **zwischenmenschlichen und beruflichen Folgen** pflegen nach den körperlichen Beeinträchtigungen am ehesten als Belastung empfunden zu werden. Allerdings weiß man sie meist nicht richtig einzuordnen. Auch versucht man vor allem in beruflicher Hinsicht durch intensive Anstrengungen den alten Leistungsstand so lange wie möglich zu halten. Im Einzelnen:

- Ängstlich registrierte Minderung der Kontaktfähigkeit bei jedoch unverändert vorhandenem Kontaktwunsch: Partner, Kinder, Eltern, sonstige Verwandte, Freunde und Bekannte, Nachbarn, Berufskollegen, Zufallsbekanntschaften u. a.; dadurch Gefahr der gemütsmäßigen Vereinsamung, des Rückzugs der Umwelt, des Abbruchs alter Beziehungen mit der Unfähigkeit, neue zu knüpfen, kurz: Isolation.

Aber auch "leises Einschlafen der Kontakte" bei seelisch-körperlich gehemmten Depressiven und aktiver Rückzug der Umgebung bei getriebenklaagsamen, hypochondrischen oder gar hilflos-feindselig reagierenden Patienten.

- Dazu sonstige vielschichtige Probleme mit der näheren und weiteren Umgebung, z. B. im hygienischen Bereich (Vernachlässigung von Kleidung und Körperpflege, ungewohnte "Unzuverlässigkeit", „Nachlässigkeit“, „Gleichgültigkeit“ u. a.)

Berufliche Folgen

Bei den **beruflichen Folgen** droht vor allem das Unvermögen, mit alltäglichen Aufgaben und bisher problemlos bewältigten Schwierigkeiten fertig zu werden: Unfähigkeit, sich zu den einfachsten Alltagsverrichtungen aufzuraffen - und wenn, dann mit plötzlich langer Anlaufzeit und unendlicher Mühsal: "doppelter Einsatz bei halbem Ertrag". Das betrifft sowohl den Beruf als auch den Haushalt; vor allem die Schwierigkeiten, eine Tätigkeit zu beginnen und durchzuhalten, sogar bei automatisierten Fertigkeiten und Routinehandgriffen.

Besondere Einbußen drohen bei neuen, ungewöhnlichen, unerwarteten oder schwierigen Aufgaben, bei Mehrfachbelastung, Arbeit unter Zeitdruck oder bei rasch wechselnden Anforderungen; dadurch deutlicher, z. T. peinlicher Leistungsabfall.

Die Folgen: Verwunderung, Irritation, Verärgerung, ungnädige Anfragen, demütigende Aussprachen, unnötige Auseinandersetzungen, atmosphärische Belastung in Familie und Betrieb, Gefahr der Versetzung, Herabstufung oder gar des Arbeitsplatzverlustes, entweder durch Kündigung von Arbeitgeber

oder gar Patienten selber, der durch seine krankheitsbedingten Minderwertigkeits- und Schuldgefühle schließlich völlig zermürbt aufgibt.

Die am **häufigsten geäußerten Sorgen** sind die drei Bereiche:

- Eingeschränkte Leistungsfähigkeit bzw. Leistungsunfähigkeit im Sinne von Nichts-Können, Nichts-Leisten, Versagen
- Beeinträchtigtes Selbstwertgefühl bzw. Minderwertigkeits- und Kleinheitsgefühle im Sinne von Nicht-gemocht-Werden, Nicht-geliebt-Werden
- unnötige, wenn nicht gar unzutreffende Schuldzuweisungen bzw. Selbstvorwürfe, Selbstanklagen und damit ein fehlendes Schuldbewusstsein
- und alles dies auch noch selbst verursacht zu haben.

Oder ausgedrückt in einem einzigen Satz depressiven Grübelns: "Ich kann nichts, ich bin nichts, man mag mich nicht - und schuld daran bin ich auch noch selbst."

Erschwert wird diese vernichtende Selbstbeurteilung von der charakteristischen Einstellung vieler Depressiver:

- *Hilflosigkeit*: „Ich kann nichts daran ändern“
- *Hoffnungslosigkeit*: „Nichts wird sich mehr zum Guten wenden“

Dies ist allerdings "nur" der subjektive Leidenschwerpunkt, also das, was dem Patienten am meisten bewegt, was er am häufigsten äußert. Charakteristisch sind noch andere Krankheitszeichen, die man jedoch meist erfragen muss, weil sie den Betroffenen gar nicht (so) bewusst sind.

Deshalb sei zum Abschluss noch auf einige Basisfragen hingewiesen, die zwar keine diagnostische Sicherheit garantieren, dennoch einen gewissen Hinweiswert besitzen:

Fragen, die helfen können, eine Depression zu erkennen

- Können Sie sich noch freuen? Oder sind Sie völlig freudlos geworden, können nicht einmal mehr auf ein erfreuliches Ereignis gemütsmäßig positiv reagieren?

- Fühlen Sie sich elend, zerschlagen, wie schwer erkrankt, jedoch ohne entsprechenden Grund?
- Fällt es Ihnen neuerdings schwer, Entscheidungen zu treffen, sogar alltägliche?
- Haben Sie das Interesse an Dingen verloren, die Ihnen zuvor viel bedeuteten?
- Neigen Sie in letzter Zeit vermehrt zum Problem-Grübeln, selbst bei völlig belanglosen Dingen?
- Fühlen Sie sich fast durchgehend niedergeschlagen, resigniert, hoffnungslos, von einer Schwermut herabgedrückt, die man nicht nur als seelisch, sondern auch als "körperlich herabgestimmt" bezeichnen kann?
- Fühlen Sie sich müde, ohne Antrieb und ohne Initiative, ja schwunglos, kraftlos - und zwar ohne vorangegangene Anstrengung?
- Sind Sie plötzlich völlig verunsichert, ohne jegliches Selbstbewusstsein, voller Minderwertigkeitsgefühle?
- Machen Sie sich übertriebene oder gänzlich haltlose Selbstvorwürfe, fühlen sich wertlos, schuldig?
- Denken, sprechen oder bewegen Sie sich plötzlich langsamer, träger, sind unschlüssig, wankelmütig, ängstlich abwiegend geworden und können damit nicht einmal mehr ihre täglichen Routineaufgaben abschließen?
- Können Sie sich nicht mehr konzentrieren, vergessen alles, sind bestürzt über Ihre "Leere im Kopf", fürchten vielleicht sogar eine beginnende Geisteschwäche?
- Können Sie nicht mehr schlafen: erschwertes Einschlafen, zerhackter Schlaf, quälendes Früherwachen mit Panik vor dem neuen Tag?
- Schmeckt nicht mehr alles so wie früher?
- Haben Sie Ihren Appetit und damit an Gewicht verloren?
- Haben Sie seit einiger Zeit Probleme in sexueller Hinsicht?
- Spüren Sie immer wieder anhaltende, schwer zu beschreibende Druckgefühle, Missempfindungen, ja Schmerzen, besonders im Kopf, in der Brust, im Rücken usw.?
- Haben Sie immer öfter das Gefühl, Ihr Leben sei sinnlos geworden?

- Denken Sie häufiger über den Tod nach - vielleicht sogar daran, sich etwas anzutun?

In diesem Zusammenhang scheinen einige Aspekte besonders charakteristisch zu sein. Dazu gehören:

- Energielosigkeit: Alles ist unendlich anstrengend und erschöpfend
- Hoffnungslosigkeit, insbesondere Zukunftsängste
- Gefühl der Wertlosigkeit
- Interesselosigkeit
- Freudlosigkeit
- Neigung zu Rückzug und damit Gefahr der Vereinsamung
- erschwertes Denken
- verlangsamte Bewegung
- Schwermut: Alles ist grau und trostlos

Weitere Fragen zur Diagnose

Für den Arzt sind schließlich noch folgende Daten wichtig, die das diagnostische Mosaik abzurunden helfen. An diese Erkenntnisse kommt er aber nur heran, wenn sie von Patient und Angehörigen zuvor geprüft, überdacht und entsprechend zurechtgelegt wurden (am besten schriftlich). Nachfolgend deshalb folgende Überlegungen:

- **Auslöser:** Liegt den derzeitigen oder früheren depressiven Zuständen ein auslösendes Ereignis von subjektiver Bedeutung zugrunde?

Vorsicht: Was welche Bedeutung bzw. Erschwernis hat, entscheidet einzig und allein der Betroffene, nicht seine Umgebung. Wie frustrierend oder gar verhängnisvoll solche Fehleinschätzungen sein können, kennt jeder aus seiner eigenen Jugend, den Satz noch im Ohr: „Deine Sorgen möchte ich haben ...!“

Bei den subjektiven Auslösern auch auf sogenannte *Jahrestagreaktionen* achten, d. h. erinnerungsschwere und damit kritische Daten wie Todestag naher Angehöriger, Erkrankungs-, Trennungs- oder Scheidungstermine, sonstige Verluste oder heimlich belastende Ereignisse u. a.

Im übrigen können auch chronische Belastungen unbemerkt jene Grenze erreichen, die dann zum entscheidenden Auslöser wird, auch wenn sie von niemandem als Ereignis von Bedeutung eingestuft werden.

Allerdings ist es nicht einfach, zwischen „echten“ und vorgeschobenen, zumindest überbewerteten Unannehmlichkeiten zu unterscheiden. Viele Patienten und vor allem Angehörige neigen in ihrer Not und Verzweiflung dazu, zu nachvollziehbaren, nach außen einigermaßen stichhaltigen Ursachen und Motiven Zuflucht zu nehmen und diese dann einseitig und beharrlich als entscheidendes Kriterium anzubieten bzw. immer wieder in den Vordergrund zu stellen. Das sind dann meist bedrückende Geschehnisse, die durchaus einen möglichen Grund abgeben können, bei genauem Nachfassen aber doch nicht so entscheidend sind. Hier wird der Arzt gezwungen sein, mit Takt und Verständnis weiterzuforschen, ohne die Erklärungsversuche von Patient und Angehörigen deshalb in Frage zu stellen.

- **Organische oder medikamentöse Ursachen:** Welche körperlichen Krankheiten wurden bisher festgestellt (körperlich begründbare Depression); welche medikamentösen Maßnahmen wurden angesetzt oder laufen noch (medikamentenbedingte Depression)?
- **Reaktive Faktoren:** Gab oder gibt es im Leben des Patienten Ereignisse, die ihn seelisch und/oder psychosozial belasten und die ihm im Grunde nicht mehr losgelassen haben - auch wenn er darüber nicht spricht?
- **Erschöpfungszustand:** Ist der Patient einer gefühlsmäßigen Belastung bzw. entlastungslosen Stress-Situation ausgesetzt, z. B. in Partnerschaft, Familie, Nachbarschaft, Berufsleben (Erschöpfungsdepression)?
- **Verlauf:** Hat der Patient bereits ein- oder mehrmals depressive oder manische (= Hochstimmungs-)Phasen unterschiedlicher Ausprägung durchgemacht - evtl. an bestimmte Jahreszeiten wie Frühjahr oder Herbst gebunden? Oder - ggf. weniger ausgeprägt, aber gleichwohl belastend - in der dunklen Jahreszeit (also etwa zwischen November und Februar/März = Winter- oder Lichtmangeldepression)?
- Beim weiblichen Geschlecht ist besonders die **Zeit nach einer Schwangerschaft** von Bedeutung. Dort irritieren zwar fast immer die sogenannten „Heultage“, doch die sind normal. Die Frage lautet: Hat sich einige Tage nach der an sich komplikationslosen Geburt eines gesunden Kindes plötzlich eine ausgeprägte Schwermut eingestellt, die weit über die bekannten Heultage hinausgegangen ist und mehrere Woche angedauert hat?
- **Erbliche Belastung/Disposition:** Ist der Patient durch seelische Störungen oder Erkrankungen seitens Großeltern, Onkels, Tanten, Nichten, Neffen, Eltern, Geschwister eventuell vorbelastet? Bei dieser Frage, an die selten gedacht und die noch seltener gestellt wird, die aber gleichwohl zu den

wichtigsten gehört, was die Ursache einer Depression (manischen Hochstimmung) anbelangt, nachfolgend noch einige Hinweise.

Was muss man über eine erbliche Belastung wissen?

Bei der Frage nach einer **erblichen Belastung oder zumindest Disposition** ist es wichtig, sich nicht nur auf eine Eltern-/Großeltern-Generation zu konzentrieren, nur weil man diese besser kennt („von der anderen Seite gibt es wenig zu berichten“ oder „Die kennen wir fast gar nicht“). Gerade bei jenen Personen, von denen man am wenigsten weiß bzw. von denen am wenigsten „rausgelassen“ wurde, kann die wegweisende Krankheitsvorgeschichte am ergiebigsten sein (s. u.).

Die Frage nach der erblichen Belastung oder mindestens Disposition (Neigung, in diesem Falle also ein Art Anfälligkeit) ist von größter Wichtigkeit, auch wenn ihr Hinweiswert nur selten genutzt wird. Manchmal ist sie leicht, in der Regel aber nur schwer und vor allem unvollständig zu beantworten. Zum einen kann man sich kaum mehr an die meisten Verwandten erinnern, zum anderen wurden gerade seelische Störungen - bewusst oder unbewusst - früher viel häufiger vertuscht. Deshalb gilt es sorgfältig nachfragen, zumal solche Gemüskrankheiten nicht selten auch eine Generation überspringen!

Auch sollte man nicht nach „Geisteskrankheiten“, „psychiatrischem Krankenhausaufenthalt“ oder gar „Selbstmordversuchen“ fragen, was nur schockiert und damit blockiert, sondern eher nach häufigen Beschwerden bzw. Ereignissen forschen, die meist für unverfänglich gehalten werden: hartnäckige Ein- und Durchschlafstörungen, quälendes Früherwachen, ausgeprägte und unbegründete Angstzustände, länger dauernde Phasen von unerklärlicher Traurigkeit, die sich dann wieder verflüchtigen, vielleicht sogar in eine überzogene Hochstimmung umschlagen bzw. ganz allgemein „Schicksalsschläge“, „Nervenzusammenbrüche“ usw.

Wichtig: Die erstmalige Reaktion auf die Frage nach solchen genetischen Aspekten ist häufig unergiebig. Die Antwort nach einer erblichen Belastung ist meist ein spontanes und glattes: „nichts bekannt“. Deshalb sollte man diese Frage nach einiger Zeit erneut stellen, durchaus auch ein drittes und viertes Mal. Zwar führte die erste Frage zu einer scheinbar eindeutigen Stellungnahme („nichts“), hat aber doch in den meisten Fällen einen Denkprozess angestoßen. Dies betrifft nicht zuletzt den Partner oder andere Angehörige, die natürlich viel unbelasteter nachforschen und antworten können. Wird die Frage also nicht mehr wiederholt, trauen sich manche Angesprochene auch nicht mehr, darauf zurückzukommen. Wird sie jedoch wiederholt, ist das die heimlich erhoffte Gelegenheit Vergessenes wieder aufzufrischen - und damit dem Patienten bzw. seinem Arzt entscheidend weiterzuhelfen.

Welches sind die ersten Krankheitszeichen einer Depression?

Im Gegensatz zu manchen anderen seelischen (und vor allem körperlichen) Leiden ist es bei der Depression gar nicht so einfach, sogenannte **Warn- oder Vorposten-Symptome** auszumachen. Das liegt zum einen am vielfältigen Beschwerdebild, das so weit gespannt bzw. verwirrend sein kann wie bei kaum einer anderen Krankheit. Zum anderen fallen bei der Depression besonders körperliche oder zwischenmenschliche Beeinträchtigungen auf, die natürlich - zumindest zu Beginn - kaum mit der seelischen Störung Depression in Zusammenhang gebracht werden.

So bemerken die meisten als erstes eine Veränderung ihres Schlafes, also Ein- und Durchschlafstörungen („zerhackter Schlaf“) mit belastenden Träumen und schließlich auch das gefürchtete Früherwachen mit „Berg auf der Brust und Panik vor dem neuen Tag“.

Dann lässt auch der Antrieb zu wünschen übrig: müde, matt, ohne Initiative und Schwung, schließlich zunehmend energielos, passiv, zuletzt schwach, kraftlos, vor allem leicht und rasch erschöpft. Besonders verwirrend und peinigend ist dabei die Kombination aus äußerlich antriebslos, ermattet oder völlig hilflos und innerlich unruhig, gespannt, gleichsam „wie unter Strom“.

Nach und nach kommt es auch zu Appetitstörungen und Gewichtsverlust, wobei letzteres weniger stört, weil es die meisten Patienten ihrem „Idealgewicht“ zuzuführen scheint. Soweit die Hinweise, wie sie am häufigsten beklagt werden.

Für Menschen mit einiger Fähigkeit zur „Innenschau“ und Objektivität aber hat sich schon lange vorher eine gewisse Lustlosigkeit, ja Freudlosigkeit eingeschlichen sowie eine wachsende Unfähigkeit, zu genießen.

Manche klagen auch über ein undefinierbares „Grippegefühl“, das sich später zu dem erwähnten „Elendigkeitsgefühl“ auswachsen wird.

Besonders verwirrend, weil nicht nur zermürend, sondern vor allem kaum begründbar, ist eine zunehmend pessimistische, ja mutlose Einstellung und das Nachlassen früherer Interessen, zumindest jener, die eine gewisse Mindestaktivität voraussetzen.

Sorgenvoll registriert wird auch eine peinliche Merk- und Konzentrationsstörung, ja wachsende Vergesslichkeit. Die später so gefürchtete „Leere im Kopf“, die besonders intellektuell Interessierte bis zum Lebensüberdruß und damit in eine gefährliche Selbsttötungsgefahr treiben kann, prägt sich erst nach und nach aus.

In zwischenmenschlicher und vor allem beruflicher Hinsicht fällt auf, dass zuerst intensive, später sogar alltägliche Kontakte immer schwerer durchgestanden, ja überhaupt ertragen werden. Die Leistungsfähigkeit nimmt ständig ab, vor allem unter Druck („Stress“) und bei mehrschichtigen, komplexen Aufgaben.

Natürlich sind das alles erst einmal „allgemeine Stress-Reaktionen“ und „Störungen der Befindlichkeit“, wie das so schön heißt. Sie können in der Tat jeden und zu jeder Zeit treffen, deshalb muss man noch keine Depression befürchten. Entscheidend ist jedoch die Art und Weise, wie die Betroffenen (und ihre Angehörigen) das Ganze darstellen. Letztlich mag sich alles noch so einleuchtend abgespielt haben, irgendwie scheint mehr vorzuliegen als nur eine der üblichen Belastungs- oder Überforderungsreaktionen, die jeder von sich selber kennt.

Es kann aber auch sein, dass sowohl der Patient als auch die Angehörigen - meist aus der unbewussten Furcht heraus, es könne sich tatsächlich um etwas „Ernsteres“ handeln -, das Ganze zwar beklagen, aber auch so interpretieren, dass der Arzt auf eine falsche Fährte gelockt wird. Und obgleich er sich nicht sicher ist, lässt er doch das Ganze letztlich auf sich beruhen („erst einmal abwarten“), um die Entwicklung nicht unnötig zu „dramatisieren“. Damit ist aber nichts gewonnen. Im Gegenteil: Das Leiden und Elend zieht sich noch länger hin - und zwar ohne entsprechende Behandlung.

So ist die **häufigste Diagnose** zu Beginn einer Depression eine **Fehldiagnose**, meist als vegetative Dystonie oder Labilität oder psychovegetativer Erschöpfungszustand verkannt.

Und entsprechend sehen auch die Therapievorschlüsse aus: Ausspannen, Kürzertreten, einmal so richtig ausschlafen, endlich die überfälligen Restferien des letzten Jahres nachholen.

Und wenn es um Medikamente geht, dann vor allem Schlaf- und Beruhigungsmittel. Das hilft auch fürs erste, aber eben nur fürs erste.

So müssen die meisten Depressionen erst einmal so richtig „durchbrechen“, seelisch zermürben, körperlich belasten und zwischenmenschlich bzw. beruflich irritieren oder gar Schaden anrichten, bevor man auf die richtige Ursache, Diagnose und damit Therapie kommt.

Wie kann man zwischen Traurigkeit und Depression unterscheiden?

Traurigkeit ist ein Gefühl, die **Trauer** eine normale Reaktion auf einen (schwerwiegenden) Verlust oder Schicksalsschlag.

Auch bei der „einfachen Trauer“ kann sich ein ausgeprägtes depressives Beschwerdebild mit Niedergeschlagenheit, Appetitlosigkeit, Gewichtsabnahme und Schlafstörung einstellen. Selbst Schuldgefühle sind möglich, doch kreisen sie dann in der Regel um nachvollziehbare Skrupel, z. B. frühere Auseinandersetzungen, Streit, Spannungen, Pflege.

Und treten Todesgedanken auf, beschränken sie sich gewöhnlich auf die Überlegung, dass es vielleicht besser wäre, ebenfalls tot zu sein. Solche düsteren Gedanken pflegen jedoch nicht das Ausmaß diffuser oder gar konkreter Selbsttötungsphantasien anzunehmen. Auf jeden Fall hält der Betroffene seine Gefühle noch für „normal“, selbst wenn er z. B. wegen Schlafstörungen medikamentöse Hilfe sucht.

Der **Übergang von Trauer zur Depression** kann allerdings auch fließend verlaufen. Die größten Unterscheidungsschwierigkeiten findet man in der Regel im höheren Lebensalter. Doch gibt es einige Unterscheidungshilfen, deren Wert man zwar nicht unkritisch überdehnen, die man aber dennoch kennen und ggf. nutzen sollte:

So spricht man nicht mehr von Trauer, sondern von einer **krankhaften depressiven Störung**,

- wenn die Verstimmungen im Sinne einer seelischen und sogar körperlichen „Herabgestimmtheit“ ununterbrochen länger als einige Wochen oder gar Monate bestehen (was mitunter aber auch bei ausgeprägten Trauerreaktionen möglich ist, vor allem im höheren Lebensalter)
- wenn die Verstimmungen vom Betroffenen selbst als nicht nur quälend, sondern zumindest teilweise fremd und nicht abschüttelbar erlebt werden
- wenn die Verstimmungen mit bedrängenden, ja beherrschenden Gefühlen von Schuld und Unfähigkeit (nicht Können trotz Wollen), mit gleichgültiger Selbstvernachlässigung, mit Todeswünschen oder gar konkreten Selbsttötungsideen bzw. -absichten einhergehen (siehe unten)
- wenn die Verstimmungen von außen, d. h. durch zwischenmenschliche Kontakte nicht mehr in der üblichen Weise zu lindern sind und
- wenn der Gesamtzustand so unerträglich wird, dass der Betroffene ärztliche Hilfe suchen muss.

Vor allem die letzte Erkenntnis ist ein alter, einfacher und in der Tat nicht unbegründeter Unterscheidungsfaktor:

Wer nur traurig ist, geht kaum zum Arzt.

Wann droht eine Selbsttötungsgefahr?

Die wahrscheinlich größte Sorge aber betrifft die Unsicherheit: Wird der Patient irgendwann versuchen, in seiner Not Hand an sich zu legen? Nachfolgend deshalb hierzu einige Fragen und Hinweise zur möglichen **Selbsttötungsgefahr**:

Hat der Patient bereits einmal einen Selbsttötungsversuch unternommen, heimliche Vorbereitungen getroffen, sich entsprechender Selbsttötungsphantasien nur mit Mühe erwehren können? Gibt es ähnliche Geschehnisse oder Gerüchte in der näheren oder weiteren Familie beider Elternteile?

Die wichtigsten Anhaltspunkte für ein erhöhtes Selbsttötungsrisiko sind:

- frühere Suizidversuche oder suizidale Äußerungen
- das Vorkommen von suizidalen Handlungen oder Androhungen im Bereich der Verwandtschaft oder näheren Umgebung (Nachahmungseffekt, Sogwirkung, Identifikationsneigung)
- offene oder versteckte Suiziddrohungen
- die Äußerung konkreter Vorstellungen über Vorbereitung oder Ausführung suizidaler Handlungen
- Selbstvernichtungs- oder Katastrophenträume
- „unheimliche Ruhe“ nach vorangegangener suizidaler Unruhe, Aufgewühltheit oder Zerrissenheit
- ängstlich-gespanntes oder getriebenes Verhalten
- lang dauernde, zermürende Schlafstörungen
- unterdrückte Gefühlsausbrüche und Aggressionsstauungen
- Beginn oder Abklingen depressiver Phasen
- biologische Krisenzeiten: Pubertät, Schwangerschaft, Stillzeit, Wechseljahre, Rückbildungsalter
- schwere Schuld- und Unfähigkeitsgefühle
- unheilbare Krankheit oder Wahnvorstellung vor einer unheilbaren Krankheit

- Suchtgefahr: Alkoholismus, Rauschgiftsucht, Medikamentenmissbrauch, Mehrfachabhängigkeit
- familiäre Probleme in früher Kindheit: Trennung, Scheidung, Tod eines Elternteils, Stiefeltern, Heimaufenthalt u. a.
- Fehlen oder Verlust mitmenschlicher Kontakte: Vereinsamung, Entwurzelung, Liebesenttäuschung usw.
- berufliche oder finanzielle Schwierigkeiten
- Fehlen eines Aufgabenbereichs und Lebensziels
- Fehlen oder Verlust tragfähiger religiöser Bindungen usw.

Um die **aktuelle Suizidgefahr** einigermaßen abschätzen zu können, gibt es eine Reihe von Fragen, die nicht nur gezielt, sondern für manche sogar indiscret, wenn nicht gar als unzumutbar empfunden werden. Andererseits ist jedoch zu bedenken: Wie hoch kann der Preis werden, wenn sich die Zurückhaltung nicht auszahlt? Was ist wichtiger: Die Wahrung sogenannter gesellschaftlicher Normen oder die Erhaltung eines Lebens?

Solche gezielten **Fragen zur Prüfung der Selbsttötungsgefahr** sind beispielsweise:

- *Empfinden Sie gegen jemanden Wut, Zorn, Hassgefühle, die Sie unterdrücken müssen?* Aggressionen, die unterdrückt werden (müssen), können sich gegen die eigene Person richten.
- *Haben sich Ihre Interessen, Gedanken und zwischenmenschlichen Kontakte gegenüber früher eingeengt?* Je mehr sich die Außenkontakte reduzieren, die Gefühlswelt verarmt, das Blickfeld einengt, die Zukunft „röhrenförmig“ auf suizidale Impulse zentriert, desto größer die Gefahr.
- *Haben Sie schon daran gedacht, sich das Leben zu nehmen?* Diese schockierende Frage löst eine heimliche Suizidgefahr nicht aus, sondern macht sie oftmals dem Betroffenen erst richtig bewusst. Je konkreter seine Vorstellungen oder Vorbereitungen, desto größer die Gefahr.
- *Denken Sie bewusst daran oder drängen sich derartige Gedanken bereits auf, auch wenn Sie es nicht wollen?* Suizidideen, die sich passiv aufdrängen, sind gefährlicher als selbst herbeigeführte Selbsttötungsphantasien.
- *Haben Sie schon über Ihre Absichten mit jemanden gesprochen?* Jede Form von Ankündigung, versteckt wie demonstrativ erscheinend, muss

ernst genommen werden. Die meisten haben auch entsprechende Andeutungen gemacht, sind aber auf Unverständnis oder Zurückhaltung gestoßen, was ihren Rückzug noch mehr beschleunigt hat.

Natürlich müssen solche Fragen vor allem dem Arzt vorbehalten bleiben. Und selbstverständlich sollte man auch alle Kraft darauf verwenden, den Patienten in ärztliche Behandlung zu bringen. Andererseits kann sich auch der Laie - sei es der Partner, Elternteil, Kind, Freund, Nachbarn, Berufskollege - in bestimmten Situationen nicht seiner Verantwortung entziehen. Dann ist es besser, er stellt sich dieser schweren Aufgabe, besonders wenn er über die notwendigen Grundkenntnisse verfügt. Und vielleicht wird es ihm leichter, wenn er sich dazu zwei der wichtigsten Merksätze einprägt:

- „Selbstmörder ist man lange, bevor man Selbstmord begeht“.
- „Selbstmord, das ist die Abwesenheit der anderen.“

Welche Depressionsformen gibt es?

Zwar redet man im Alltag von *der* Depression, muss aber verschiedene Formen nach Ursachen, Verlauf und sogar Beschwerdebild unterscheiden. Außerdem wurde die "klassische Einteilung" der Depressionen abgelöst durch moderne Klassifikationen, z. B. durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und durch die Amerikanische Psychiatrische Vereinigung (APA), auf die aber hier nur kurz eingegangen werden soll (siehe später).

Bisherige „klassische“ Einteilung der Depressionen

Bei der bisherigen oder auch "klassischen" Einteilung der Depressionen, die wir hier trotzdem noch vorstellen, weil sie verständlicher und einprägsamer ist als die neuen Klassifikationen, unterscheidet man wie folgt:

- **Psychogene Depressionen**

Psychogene (rein seelisch ausgelöste) Depressionen sind am häufigsten. Sie haben, wie der Name andeutet, seelische, meist erlebnisbedingte oder lebensgeschichtlich bedingte Ursachen. Sie sind eine - bis zu einem gewissen Grad - nachvollziehbare Reaktion auf akute oder langdauernde Belastungen. Man unterscheidet drei Gruppen:

- Die **reaktive Depression** ist durch ein äußeres, schmerzliches Ereignis verursacht. Das ist zwar bei der Trauer ähnlich, doch jetzt ist die Trauerreaktion gleichsam krankhaft entgleist. Meist handelt es sich dabei um

Liebesenttäuschungen, Todesfälle, Zurücksetzung, Partner- oder materielle Probleme. Inhaltlich bleibt die Depression auf dieses auslösende Ereignis begrenzt.

- Bei der **neurotischen Depression** handelt es sich um eine gestörte Verarbeitung bestimmter Erlebnisse, nicht selten schon aus der Zeit der frühen Kindheit. Entscheidend ist dabei das Zusammenspiel einer sogenannten neurotischen Persönlichkeitsstruktur mit entsprechend belastenden Umweltbedingungen. Dabei kann es sich z. B. um eine lang nachwirkende gestörte Eltern-Kind-Beziehung handeln, aber auch um jedes andere, nicht ausreichend verarbeitete Ereignis, das dann nicht zuletzt in sogenannten Schwellensituationen des Lebens (Pubertät, Nachpubertät, Heirat, Schwangerschaft, Menopause, Rückbildungsalter) wieder ausbricht.
- Die **depressive Entwicklung** entsteht unter dem Druck einer gefühlsmäßigen Dauerbelastung ohne Aussicht auf Entlastung. Dazu gehören z. B. langjährige zermürbende Ehekonflikte, andauernde berufliche Überforderung, Entwurzelung durch Aussiedlung oder Exil usw. Will man diese Art der Depressionen konkreter beschreiben, nennt man sie Erschöpfungsdepression, Entwurzelungsdepression u. a.

Einzelheiten zu diesen Krankheitsbildern siehe die speziellen Kapitel.

• Endogene Depressionen

Die **endogenen Depressionen** entstehen - wie der Name schon sagt - "aus dem Inneren des Organismus" (endogen). Sie sind also biologischer Natur. Zwar gehen auch hier manchmal erkennbare Auslöser voraus (Unfall, körperliche Krankheit, berufliche Zurücksetzung, materielle oder zwischenmenschliche Verluste, Auseinandersetzungen usw.), doch ist im Allgemeinen keine einleuchtende Ursache festzustellen.

Dafür finden sich häufig erbliche Belastungen, schon frühere depressive Zustände und ein besonders schweres Beschwerdebild mit hoher Selbsttötungsgefahr. Obgleich dabei auch zahlreiche körperliche Beschwerden beklagt werden, lässt sich meist kein krankhafter Befund nachweisen (außer z. B. Gewichtsverlust).

Dennoch hat die endogene Depression vermutlich organische Ursachen, die man aber bisher nicht genau nachweisen kann (z. B. bestimmte Stoffwechselstörungen des Zentralen Nervensystems).

Auch bei dieser Depressionsform unterscheidet man drei Untergruppen:

- **Depressionen mit mehreren depressiven Phasen**, zwischen denen länger dauernde Zeiträume liegen, in denen der Betroffene wieder völlig normal gestimmt und bei voller Leistungsfähigkeit ist. Das ist ein wichtiger Trost für Patient und Angehörige, auf den man immer wieder zurückkommen sollte.

Die Dauer der depressiven Phase kann sich über Wochen oder Monate, in seltenen Fällen (z. B. höheres Lebensalter) sogar noch länger erstrecken. Bei rechtzeitiger Diagnose und konsequenter Therapie kommt dies jedoch selten vor. Bisweilen finden sich auch kurzfristige, wenige Tage oder gar Stunden dauernde Phasen, bisweilen noch im schnellen Wechsel von depressiv nach manisch-hochgestimmt und umgekehrt (sogenannte „schnelle Phasenwechsler“, englisch: Rapid Cycling).

- Bei der **manisch-depressiven Erkrankung (Zyklothymie)** wechseln sich depressive und manische Phasen meist unregelmäßig ab. Einzelheiten zur Manie, der krankhaften Hochstimmung, siehe das entsprechende Kapitel.
- Die sogenannten **Spätdepressionen (Involutionen)** im vorge- rückten Alter weisen praktisch nur depressive Phasen auf. Zwar sind ihre Krankheitszeichen im Allgemeinen milder ausgeprägt und nicht so typisch wie sonst, der Verlauf dafür umso langwieriger. Doch hängt dies weitgehend von rechtzeitiger Diagnose und gezielter Therapie ab, so dass sehr langwie- rige Depressionen eigentlich seltener werden.

• **Körperlich begründbare Depressionen**

Die **körperlich begründbaren (somatogenen) Depressionen** stehen in ursächlichem Zusammenhang mit einer körperlichen Krankheit oder Funkti- onsstörung. Dabei unterteilt man zwei große Gruppen:

- **Organische Depressionen** als unmittelbare Folge von Hirnerkrankungen oder Hirnschädigungen wie Hirnverletzungen, Hirntumoren, Hirngefäßver- kalkung, altersbedingte Abbauprozesse usw.
- **Symptomatische Depressionen** als seelische Folgen körperlicher Allge- meinschädigungen und -erkrankungen, die die Hirnfunktion indirekt beeinträchtigen. Beispiele: Infektionen und Kreislauferkrankungen, aber auch die Einnahme, besonders die missbräuchliche, von entsprechenden Arzneimitteln usw.

Körperlich begründbare Depressionen finden sich vor allem im internistischen, orthopädischen, gynäkologischen Bereich. Die Ausprägung dieser Art von Depression ist meist geringer, das seelische Leiden häufig maskiert, d. h. hin-

ter körperlichen Krankheitszeichen versteckt (Fachausdruck: *larvierte Depression*).

Das kann dazu führen, dass man sich vor allem um das organische Beschwerdebild bemüht und auf Dauer wundert, weshalb sich trotz optimaler Therapie nichts bessert. Erst wenn man merkt, dass hier gleichsam eine unerkannte Depression den körperlichen Genesungsverlauf im geheimen bremst, und erst wenn man sich schließlich auch therapeutisch der versteckten Schwermut annimmt, kommt endlich der so lange ersehnte allgemeine Behandlungserfolg auf seelischer und körperlicher Ebene in Gang.

• **Lang anhaltende Gemütsstörungen**

In letzter Zeit widmet man wieder den **leichteren, aber dafür lang anhaltenden Gemütsstörungen** besonderes Interesse. Das sind mildere Hochs und Tiefs (Fachausdruck: *Zyklothymia*), die bisweilen ein ganzes Erwachsenenleben andauern, eine Art leichtere chronische Verstimmung ohne Ursache. Die Perioden gehobener Stimmung können angenehm sein, die eher missgestimmt-depressiven Zustände natürlich nicht. Dafür quälen sie aber meist auch nicht ausreichend, um einen Arzt aufzusuchen.

Neben diesem chronischen leichteren Auf und Ab gibt es auch noch depressive Dauerzustände (Fachausdruck: *Dysthymia*): müde, schlechter Schlaf, Missgestimmt, melancholisch, nichts wird genossen, jede Energie wird von einer ständigen Grübelelei aufgesaugt - aber alles noch gerade ertragbar.

Manchmal tritt dieser verdrießliche Zustand auch nach einer endogenen depressiven Phase, nach einem Trauerfall oder einer anderen Belastung auf, um sich bisweilen nie mehr so richtig aufzuhellen.

• **Winterdepression**

Saisonale oder sogenannte **Winterdepressionen** sind keine neuen Erkenntnisse. Jahreszeitliche Veränderungen der Stimmung und Aktivität des Menschen sind seit altersher bekannt.

Schon früher berichtete man nicht nur von zunehmenden Stimmungsschwankungen, schlechter Laune, verminderter Tatkraft, verstärkter Müdigkeit, erhöhtem Schlafbedürfnis und gesteigertem Appetit in den Herbst- und Wintermonaten, sondern auch von regelrechten Winterdepressionen (auch als Lichtmangel-Depression bezeichnet), die von einer leichten bis mittelstarken Hochstimmung im Frühjahr oder Frühsommer abgelöst wurden.

Solche saisonal abhängigen depressiven Zustände treten auch zusätzlich bei endogenen sowie psychogenen Depressionen auf, wobei sich die eine Form auf die andere gleichsam aufpfropfen kann.

Die Häufigkeit ist schwer festlegbar, soll aber doch mehrere Prozent in der Allgemeinbevölkerung betragen. Die Alters- und Geschlechtsverteilung spricht von einem deutlichen Überwiegen des weiblichen Geschlechts mit Schwerpunkt jenseits des 20. Lebensjahres. Die Dauer erstreckt sich auf einige Monate zwischen Herbst und Frühjahr.

Neben dem typischen depressiven Beschwerdebild (Herabgestimmtheit, innere Unruhe, Rückzug und Isolationsneigung, Interesselosigkeit, Libidostörungen, Angst, Reizbarkeit u. a.) finden sich jedoch charakteristischerweise eher eine Appetitzunahme (statt Appetitlosigkeit), vor allem ein verstärktes Verlangen nach Kohlenhydraten (Süßigkeiten, Teigwaren) mit Gewichtszunahme sowie eine verlängerte (wenn auch nicht erquickliche) Gesamtschlafzeit.

Als Ursache vermutet man eine Störung bestimmter Botenstoffe (Neurotransmitter) durch winterlichen Lichtmangel, wie er in einigen Regionen dieser Erde (nördliche USA, Kanada, Skandinavien, Finnland, Nord-Russland usw.) stärker ausgeprägt ist.

Die Therapie besteht in einer Verlängerung der täglichen Lichteinwirkung durch normales oder künstliches Licht (Einzelheiten diese das spezielle Kapitel).

Weitere Depressionsformen

Schließlich gibt es noch zahlreiche weitere Depressionsformen, die entweder einer der obigen Gruppen zugeordnet werden können oder verschiedene Ursachen haben: z. B. Depression in den Wechseljahren oder im Wochenbett, die schizoaffektiven Psychosen, bei denen manische oder depressive Phasen mit schizophrenen Krankheitszeichen gemeinsam auftreten usw. Einzelheiten dazu siehe die speziellen Kapitel.

Nachfolgend eine Auswahl besonders häufiger spezifischer Depressionsformen in Stichworten:

- **Rapid-Cycling-Syndrom**

Das **Rapid-Cycling-Syndrom** oder die **manisch-depressive Erkrankung mit schnellem Phasenwechsel** („rascher Phasenwechsler“) sind in letzter Zeit in den Mittelpunkt des Forschungsinteresses gerückt. Dabei differenziert man in

- *Rapid-Cycling-Syndrom*: jährlich mindestens vier Phasen bzw. zwei bipolare (manisch-depressive) Krankheitszyklen. Zykluslänge zwischen wenigen Tagen und mehreren Wochen.
- *Ultra-Rapid-Cycling*: noch schnellerer Phasenwechsel innerhalb von 48 Stunden mit entsprechend kurzer Phasendauer.

Das Rapid-Cycling-Syndrom ist mit seinen fast uhrwerkartig ablaufenden Rhythmusstörungen und kurzfristigen Zyklen ein wissenschaftlich noch nicht ausreichend geklärtes Phänomen. Die schnellen Phasenwechsel fanden sich früher vor allem im höheren Lebensalter und dann bisweilen mit einer eigenartig manisch-depressiven Mischsymptomatik sowie im Kindes- und Jugendalter. Dort kann es soweit gehen, dass die Betroffenen morgens maniform (heiter-angetrieben und überdreht) und abends depressiv sind (oder umgekehrt).

Inzwischen aber scheint das Rapid-Cycling-Syndrom alle Altersstufen einzuschließen und nimmt offensichtlich zu.

- **Prämenstruelles Syndrom – prämenstruelle dysphorische Störung**

Das **prämenstruelle Syndrom** zählt nicht zu den depressiven Zuständen, auch wenn neben dem vielfältigen Leidensbild affektive, also Gemütsstörungen im Mittelpunkt stehen. Dasselbe gilt auch für die seltenere **prämenstruelle dysphorische Störung** mit noch ernsteren Beeinträchtigungen. In beiden Fällen wird aber als zusätzliche Therapiemaßnahme auch eine Behandlung mit antidepressiven Substanzen (z. B. zu Beginn mit Johanniskraut) diskutiert. Weitere Einzelheiten siehe die spezielle Serie über *Frau und seelische Störungen*.

- **Postremissiver depressiver Erschöpfungszustand Schizophrener**

Der **postremissive depressive** Erschöpfungszustand ist ein meist apathisch-depressives Zustandsbild im Rahmen einer häufig lang dauernden und/oder ausklingenden schizophrenen Psychose unter Neuroleptikabehandlung. Dabei werden verschiedene Ursache diskutiert: Krankheitsstress, Dauerbehandlung mit Neuroleptika (antipsychotisch wirkende Psychopharmaka), psychosoziale Leidensfolgen usw. Das schizophrene Krankheitsbild ist meist resigniert-depressiv getönt, auch wenn es die schizophren-psychotischen Symptome häufig überlagern.

- **Larvierte Depression**

Die **larvierte Depression** ist ein depressives Zustandsbild, das sich hinter der Maske (lateinisch: larva) körperlicher Beschwerden verbirgt. Die larvierte Depression ist kein eigenständiges Krankheitsbild und muss deshalb entsprechend eingeordnet werden. Im Grunde ist diese Diagnose nur rückwirkend möglich. Denn wenn eine Depression einmal als solche erkannt ist, ist sie zwangsläufig nicht mehr larviert. Als permanente Mahnung, auf dieses häufige Phänomen zu achten, ist der Begriff (larvierte Depression) aber nach wie vor hilfreich.

- **Chronische reaktive Depression**

Die **chronische reaktive Depression** ist begrifflich eigentlich ein Widerspruch in sich. Entweder ist eine Depression reaktiv (und damit zeitlich begrenzt) oder chronisch. Trotzdem wies der Begriff jahrzehntelang auf ein besonderes Phänomen hin, nämlich die seelischen, organischen und vor allem psychosozialen Gesundheitsschäden nach Gefangenschaft, Folter und Verfolgung. Geht heute im Begriff der posttraumatischen Belastungsstörung auf. Siehe die Kapitel über Extrembelastung, Folter u.a.

- **„Sissi-Syndrom“**

Das **„Sis(s)i-Syndrom“**, benannt nach Kaiserin Elisabeth von Österreich, die durch ihre rastlose (Über-)Aktivität ihre Depression zu „behandeln“ (konkreter: zu überspielen) versuchte. Heute scheint sich dieses Leidensbild tatsächlich häufiger feststellen zu lassen, weshalb man es als spezielles Depressions-Syndrom darzustellen versucht.

Beschwerdebild: ausgeprägte innere Unruhe, Rastlosigkeit, hoher Aktivitätsdrang, sprunghafter Wechsel von Einstellungen und Interessen sowie ein von äußeren Faktoren überzogen abhängiges Selbstwertgefühl. Dazu viel sportliche Aktivität, ein ausgeprägtes Bemühen, trotz depressiver Verstimmungen einen guten Eindruck zu machen, und zwar durch selbstbewusstes, ggf. charmant-attraktives, auf jeden Fall dynamisches Auftreten sowie der Versuch, depressions-typische Verhaltensweisen oder gar Klagen zu vermeiden. Dazu gehört auch die (auf Dauer verhängnisvolle) Einstellung: keine Behandlung, schon gar keine Depressions-Therapie.

Fraglich bleibt, ob sich das „Sissi-Syndrom“ tatsächlich als eigenständige Depressions-Form abgrenzen lässt. Der Versuch, auf diese Weise diesem zweifellos vorhandenen Patienten-Typ die notwendige Erkenntnis und Therapie-Konsequenzen nahe zu bringen, ist sicher nicht falsch.

Neue Einteilung der Depressionen

Die neuen Einteilungen der Depressionen basieren auf den erwähnten internationalen Klassifikationen der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (APA) und der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Im Einzelnen:

Die Amerikanische Psychiatrische Vereinigung (APA) und ihr Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM-IV)

Das US-amerikanische Klassifikationssystem *DSM-IV* (IV. überarbeitete Auflage) definiert eine Depression nach bestimmten Einschlusskriterien (erfüllt oder nicht, demnach Depression ja oder nein) und bestimmten Zeitverläufen mit charakteristischen Krankheitszeichen.

Dazu gehören beispielsweise zu einer **Episode einer Major Depression** (deutsch: Typische Depression) folgende Symptome: depressive Verstimmung, Gewichtsverlust oder -zunahme, Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf, Müdigkeit und Energieverlust, unangemessene Schuldgefühle, Entscheidungsunfähigkeit, Todesgedanken, Verlust an Interesse oder Freude, Appetitverlust oder -zunahme, seelisch-körperliche Unruhe oder Hemmung, Gefühl der Wertlosigkeit sowie Denk- und Konzentrationsstörungen.

Dabei können verschiedene Untertypen abgegrenzt werden wie melancholischer Typus, saisonal abhängige Verlaufsform (z. B. vorwiegend in der dunklen Jahreszeit) sowie mit oder ohne besondere Merkmale wie Wahn oder Trugwahrnehmungen.

Eine **Bipolare Störung**, die durch das abwechselnde Auftreten zweier Stimmungspole charakterisiert ist, äußert sich entweder in einer Major Depression (Typische Depression - s. o.) oder in einer manischen Episode mit krankhafter Hochstimmung.

Eine **Dysthyme Störung** oder **Depressive Neurose** zeigt vor allem depressive oder depressiv-reizbare Verstimmungen, wenig oder zuviel Schlafbedürfnis, ein niedriges Selbstwertgefühl, Appetitlosigkeit oder Appetitzunahme, wenig Energie oder eine ungewöhnliche Erschöpfungsneigung, das Gefühl der Hoffnungslosigkeit sowie geringe Konzentrationsfähigkeit mit Entscheidungsschwierigkeiten.

Das ist aber nur die komprimierte Darstellung einer ansonsten recht detailreichen Klassifikation, die durch ihre Vereinfachung weltweit Verständnis, die gleichen Anwendungsmerkmale und damit die Forschung erleichtern sollen.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und ihre Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10)

Folgende Begriffe spielen nach Einteilung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) inzwischen eine für die deutsche Psychiatrie klassifikatorisch entscheidende Rolle:

1. **Depressive Episode:** depressive Stimmung von abnormem Ausmaß, weitgehend unbeeinflusst durch äußere Umstände, mindestens zwei Wochen anhaltend und zwar fast täglich und dabei die meiste Zeit des Tages belastend. Ferner Verlust von Interesse und Freude, verminderter Antrieb und erhöhte Ermüdbarkeit.

Dazu *können* folgende Randsymptome kommen: Verlust von Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl, unbegründete Selbstvorwürfe, Gedanken an Selbsttötung oder Tod, Denk- und Konzentrationsstörungen, Änderung der seelisch-körperlichen Aktivität (verlangsamt oder angetrieben) sowie Schlafstörungen und Appetitänderung. Liegt eine schwere depressive Störung vor, die zusätzlich psychotische Symptome aufweist (Wahn, depressive seelisch-körperliche Erstarrung, Sinnestäuschungen), bei der kein Hinweis auf eine schizophrene Psychose oder schizoaffektive Störung zu finden ist, bezeichnet man dies als *schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen*.

2. Eine **rezidivierende depressive Störung** liegt dann vor, wenn sich die depressiven Episoden wiederholen: mindestens zwei depressive Episoden, von denen eine zwei Wochen oder länger angehalten hat und zwischen denen ein beschwerdefreies Intervall von mindestens zwei Monaten lag.
3. **Bipolare affektive Störungen** sind wiederholte (d. h. wenigstens zwei) Episoden, bei denen sich depressive Zustände mit manischen abwechseln. Was versteht man nach ICD-10 unter einer manischen Episode?
4. Eine **manische Episode** wird dann diagnostiziert, wenn folgende Merkmale gegeben sind: gehobene, gereizte Stimmung in deutlich abnormem Maß über eine Woche andauernd, vor allem mit schwerer Beeinträchtigung der Lebensführung. Ferner gesteigerte Aktivität oder Bewegungs-Unruhe (Ruhelosigkeit), vermehrte Gesprächigkeit (Rededrang), vermindertes Schlafbedürfnis, verstärkte sexuelle Energie, dazu tollkühnes und leichtsinniges Verhalten, rasche Ablenkbarkeit mit ständig wechselnden Plänen, Verlust sozialer Hemmungen, Ideenflucht oder Gefühl des Gedankenjagens sowie überhöhte Selbsteinschätzung mit ggf. Größenideen.

5. Eine **Hypomanie** ist eine weniger ausgeprägte Manie mit gehobener oder gereizter Stimmung von deutlich abnormem Maß über vier aufeinanderfolgende Tage hinweg, die zu einer gewissen Beeinträchtigung der Lebensführung führt. Auch hier finden sich gesteigerte Aktivität und Ruhelosigkeit, Rededrang, vermindertes Schlafbedürfnis und erhöhte sexuelle Energie, jedoch "nur" eine gesteigerte Geselligkeit mit ggf. leichtsinnigem Verhalten.

Anhang: Depressionen im höheren Lebensalter

Zwar sind - entgegen der herkömmlichen Meinung - **Depressionen im höheren Lebensalter** nicht häufiger als in anderen Lebensabschnitten. Allerdings finden sich oft einzelne Krankheitszeichen, die zu einem depressiven Leidensbild gehören, auch wenn es für die Diagnose einer Depression nicht ausreicht.

So werden solche Beeinträchtigungen doch noch zu einer schweren Bürde, insbesondere dann, wenn vielfältige körperliche Beeinträchtigungen sowie eine Vereinsamung hinzukommen. Dabei geht es nicht nur um das leise Einschlafen der gewohnten Kontakte, sondern auch um Art und Nähe des zwischenmenschlichen Verbundenseins. Man kann sich auch in einer Menschenmasse einsam fühlen und zu Hause verloren sein.

Deshalb ist es wichtig, dass gerade depressive Zustände im höheren Lebensalter - in welcher Form und Ausprägung auch immer - rechtzeitig erkannt werden. Das ist zwar schwieriger als bei Depressionen in anderen Altersstufen, aber entscheidend für den Therapieerfolg. Und nachdem man diese Gemütsstörung erkannt hat, gilt es sie zu verstehen. Auch das kann schwieriger werden als sonst. Und ein drittes Problem tut sich bei Depressionen im Alter auf: Die Behandlung dauert länger und ist durch die Vielfalt der belastenden Einflüsse auf seelischem, zwischenmenschlichem, organischem und sozialem Gebiet komplizierter.

Wann und wie droht nun eine Altersdepression? Zwar gibt es Überschneidungen in jeder Richtung, doch lassen sich im wesentlichen drei Bereiche abgrenzen:

- psychoreaktive Depressionen
- körperlich begründbare Depressionen
- "endogene" Depressionen

• Psychoreaktive Depressionen im höheren Lebensalter

Unter einer **psychoreaktiven Depression** versteht man eine krankhafte Schwermut, die durch ein äußeres, nachvollziehbares schmerzliches Ereignis

verursacht wurde. In jüngeren und mittleren Jahren handelt es sich meist um Liebesenttäuschungen, Zurücksetzung, Partnerprobleme, finanzielle und wirtschaftliche Einbußen, Todesfälle usw.

Im höheren Lebensalter müssen es nicht nur einzelne Schicksalsschläge sein, es kann sich auch um eine Vielzahl von scheinbar erträglichen Ursachen handeln. Meist sind es Verlustprobleme, die für sich alleingegenommen gar nicht so schwerwiegend aussehen. Doch spielen dabei zwei wesentliche Gesichtspunkte eine Rolle, die man als Nichtbetroffener oft unterschätzt:

- Die **Trostlosigkeit der äußeren Umstände im Leben vieler alter Menschen**. Das heißt nicht nur erzwungene Untätigkeit, Nachlassen von Gesundheit und damit Leistungsfähigkeit, sondern auch oftmals materielle Not und vor allem Rückzug, Verlassenheit und damit Isolationsgefahr. Dazu kommen zwischenmenschliche Konflikte, insbesondere Unstimmigkeiten mit den jüngeren Angehörigen, aber auch mit Bekannten, Freunden, Nachbarn.

Eine große Rolle spielt die **Entwurzelung**. Das ist nicht nur der Umzug in eine andere Wohnung, eine andere Stadt, vor allem in ein Heim, sondern auch die allgemeine Vereinsamung. Dadurch wird die eigene Vergänglichkeit deutlich. Dies vor allem dann, wenn solche Fragen zuvor lange verleugnet oder verdrängt worden sind. Oder auch wenn man zu leistungs- und ichbezogen gelebt hat.

Oft genug sind solche Belastungen zwar lange vorhersehbar, vielleicht sogar erwünscht gewesen. Und doch bringen sie dann, wenn sie schließlich eintreten, das innere und äußere Gleichgewicht durcheinander.

Dazu gehört beispielsweise der **Abschluss des Berufslebens**. Er wird vor allem von jenen als "Pensionierungs-Bankrott" oder "Rentenschock" erlebt, die zu eng mit ihrer beruflichen Aufgabe verbunden waren und dadurch die übrigen sozialen Kontakte vernachlässigt haben. Oder diejenigen, die ihr Leben außerhalb der beruflichen Anforderungen nicht zu gestalten wussten oder die jetzt plötzlich den Verlust von Ansehen, Einfluss und Macht nicht ertragen. Das hört sich zwar übertrieben an, spielt aber gerade in unserer Zeit eine wachsende Rolle.

Auch das **Selbständigwerden der Kinder** gehört dazu. Es ist zwar normal und gewünscht, kann aber auch als schmerzlicher Verlust der Elternrolle interpretiert werden.

Wirtschaftliche **Armut** an sich scheint nicht zu depressiven Störungen zu führen, wohl aber eine mehr oder weniger plötzliche **Verarmung**.

Ein weiterer Gesichtspunkt, der nicht unterschätzt werden darf, ist die jeweilige **Persönlichkeit** des Betroffenen auf der einen und ihre Veränderung im höhe-

ren Lebensalter auf der anderen Seite. Denn Wesensmerkmale und charakterliche Eigenheiten entwickeln sich im Alter oft noch ausgeprägter, vor allem was ihre negative Seiten anbelangt:

Der Sparsame wird geizig, wer unflexibel war, wird halsstarrig, der Vorsichtige ängstlich, der Misstrauische wahnhaft, der Zurückhaltende vereinsamt noch mehr usw.

Und wenn schon früher eine ausgeprägte seelische Erkrankung vorlag, z. B. mit Ängsten, Zwängen, krankhafter Klagsamkeit, mit Neigung zu Verstimmungen, mit Unruhezuständen oder gar Wahn und Sinnestäuschungen, dann kann sich das im Alter verstärken.

Auf jeden Fall wächst die nachvollziehbare, aber schmerzliche Erkenntnis, dass mit zunehmendem Alter die Einstellungsfähigkeit auf Neues nachgelassen hat, die Empfindlichkeit jedoch größer und die Abwehrmöglichkeiten geringer geworden sind.

Dies wird vor allem durch ein zweites Problem verstärkt, nämlich durch

- die **altersbedingten hirnorganischen Veränderungen**: Nicht nur Herz, Kreislauf, Magen und Darm, Wirbelsäule, Gelenke usw. altern und bereiten dadurch wachsende Schwierigkeiten, auch die Gehirnleistung lässt nach. Das äußert sich nicht nur in geistigen Einbußen, sondern auch in verringerter seelischer, insbesondere gemütsmäßiger und vegetativer Stabilität, d. h. auch in der schwindenden Fähigkeit, Schicksalsschläge, Kummer, Sorgen, Demütigungen und Kränkungen zu ertragen. Selbst wenn man sich nicht beklagen kann, so wird doch die Haut trotz aller Lebenserfahrungen dünner.

Damit wird für die meisten auch die allgemeine Lebenssituation immer schwieriger - und die Kraft sie zu meistern lässt nach.

Dabei handelt es sich in der Regel um normale Abbauerscheinungen. Noch belastender und ggf. folgenschwerer wird es, wenn ernstere Krankheiten ausbrechen, die dann beispielsweise zu Depressionen und Angstzuständen führen. Dabei muss es sich nicht nur um Gehirnerkrankheiten handeln, es kann auch andere Organe betreffen. Wie ist das zu verstehen?

- **Körperlich begründbare Depressionen im höheren Lebensalter**

Körperliche Krankheiten machen jeden ratlos, niedergeschlagen, mutlos oder gar hoffnungslos, wenn sie sich nicht bessern wollen. Das ist eine normale Reaktion. Es gibt aber auch körperliche Leiden, die von sich aus depressive

und Angstzustände auslösen können. Dazu gehören beispielsweise Erkrankungen von Herz, Kreislauf, Lunge, Bauchspeicheldrüse, Leber, Niere, Schilddrüse sowie bestimmte Infektionen, aber auch die Nebenwirkungen mancher Medikamente. Da der Mensch immer älter wird und deshalb mit immer mehr organischen Störungen und damit entsprechenden Arzneimitteln auf einmal rechnen muss, sollte man sich bei einer Depression auch die Fragen stellen:

- Welche körperliche Erkrankung muss ich gerade durchmachen?
- Welche Medikamente nehme ich augenblicklich ein?

Dies zu klären ist natürlich die Aufgabe des Arztes. Doch ist er auf genaue Informationen seines Patienten und dessen Angehörigen angewiesen.

Weitere Informationen siehe das Kapitel über *körperlich begründbare Depressionen* generell.

• Endogene Depressionen im höheren Lebensalter

Zu den quälendsten depressiven Zuständen aber zählen die sogenannten "**endogenen**" Depressionen. *Endogen* heißt "von innen", aus dem Organismus heraus, nicht durch äußere Einflüsse, aber auch nicht durch eine organische Krankheit bedingt, wie dies bei der oben erwähnten körperlich begründbaren Depression der Fall ist.

Was sich hierbei biologisch abspielt, weiß man noch nicht genau. Offenbar stehen die Betroffenen - häufig erblich bedingt - gleichsam auf "dünnem Eis", was die Stabilität ihrer Gemütslage anbelangt. Manchmal bricht die Krankheit ohne offensichtliche Belastung aus, manchmal wird sie durch eine Zusatzbelastung ausgelöst. Dazu gehören beispielsweise im höheren Lebensalter:

- **belastende seelische und/oder zwischenmenschliche Lebensereignisse:** Gewissenskonflikte, Vereinsamung und Isolation, angebliche Unterlassungen und Pflichtversäumnisse, Enttäuschungen, Tod von Ehepartner und Freunden, materielle Einbußen, Umzug, Pensionierung/Berentung mit Rückgang von finanziellen Möglichkeiten, Einfluss, Macht usw. Ferner Wegzug der Kinder usw.
- **Körperliche Ursachen:** Infektionen, sonstige Leiden, ferner operative Eingriffe, Unfälle (z. B. Kopfverletzungen) u. a.

• Chronische Depression im höheren Lebensalter

Die meisten Depressionen gehen wieder vorbei und es bleibt nichts zurück. Dennoch gibt es Ausnahmen. Dazu gehören zum einen eher milde, dafür aber

langanhaltende oder gar Dauerverstimmungen. Sie bedürfen zwar in der Regel keiner Behandlung, können aber ein ganzes Leben lang belasten.

Schlimmer steht es um die sogenannten **chronischen Depressionen**, die auf keine Behandlung ansprechen und deshalb auch **therapieresistente Depressionen** genannt werden.

Was spielt sich hier ab? Ist es vor allem die organische Seite, die gleichsam erschöpfungsbedingt nicht mehr auf die Füße kommen lässt? Das ist sicher ein Teil des Problems. Noch öfter aber wird man auf eine sonderbare psychosoziale Ursache stoßen, wenn man um die Hintergründe einer chronischen Depression weiß, wie sie erstaunlich oft wiederholen.

Häufig belastet nämlich eine *gespannte zwischenmenschliche Situation*, vor allem mit dem Partner oder mit nahen Angehörigen, aber auch mit der Nachbarschaft und im Beruf. Das ist oft die eigentliche, von niemanden durchschaute Ursache einer Dauerdepression.

Viele dieser chronisch-depressiven Patienten hatten schon früher Schwierigkeiten sich anzupassen, sich einzuordnen, waren etwas „anspruchsvoll“ und neigten zum Egoismus. Später hat man bisweilen den Eindruck, dass zumindest einige von ihnen eine solch chronische und durch nichts zu beeinflussende Depression mehr oder weniger bewusst einsetzen, um die anderen unter Kontrolle zu halten. Das muss nicht in jedem Fall so sein, aber es lohnt sich die Klärung: Was spielt sich im zwischenmenschlichen Bereich ab, auch wenn es bisher nicht nach außen dringen durfte?

Das Beschwerdebild der Depressionen im höheren Lebensalter

Depressionen sind nicht einfach zu erkennen. Noch schwieriger wird es im höheren Lebensalter. Auf was muss man achten?

Relativ selten sind offen gezeigte Niedergeschlagenheit, Bedrücktheit, Trauer, Schwermut oder gar Tränen, auf die man am ehesten gefasst wäre. Im höheren Alter spielt sich das mehr verborgen ab. Besonders ältere Patienten neigen dazu, ihre depressiven Gefühle nicht deutlich werden zu lassen, ja zu verharmlosen.

Häufiger sind ausgeprägte Merk- und Konzentrationsstörungen, vor allem wenn eine länger dauernde Aufmerksamkeit erforderlich ist, gelegentlich sogar eine regelrechte Denkhemmung. Ferner Energielosigkeit, rasche Ermüdbarkeit oder gar Erschöpfung. Dabei kann es gleichzeitig zu innerer Unruhe, ja Getriebenheit kommen. Aber auch zum Gegenteil: einer seelisch-körperlichen Antriebshemmung. Fast immer quälen Angstzustände, sogar bei alltäglichen und gewohnten Tätigkeiten und Kontakten. Das Gleiche gilt für Schlafstörungen in jeglicher Form: Ein- und Durchschlafstörungen sowie sogenanntes

„Früherwachen“ mit dem berüchtigten "Berg auf der Brust" und Panik vor dem kommenden Tag.

Kennzeichnend sind vor allem tiefe Freudlosigkeit, Minderwertigkeits- und Schuldgefühle sowie das Empfinden von Sinnlosigkeit und Hoffnungslosigkeit.

Im Vordergrund der Klagen stehen aber meist **körperliche Beschwerden**. Dabei handelt es sich oftmals um *unklare Schmerzen*, die in der Regel nicht einmal genau geschildert werden können - oder ständig wechseln. Organisch findet man meist keine Ursache, jedenfalls keine ausreichende. Auch können diese Beschwerden medizinisch, z. B. durch spezifische Medikamente wie Schmerzmittel u. a. kaum gelindert werden.

Manchmal verunsichern die Umgebung auch **"neurotische" Krankheitszeichen**, die bisher noch nicht auffielen, vor allem Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen, ja hypochondrische oder gar hysterische Persönlichkeitszüge. Das sind dann vor allem unbegründete Krankheitsbefürchtungen vor vielfältigen, aber nicht vorhandenen Leiden im körperlichen, manchmal auch seelischem Bereich (z. B. Tumor, AIDS, Herz- und Lungenkrankheiten, altersbedingte Geistesschwäche).

Gelegentlich fallen als erstes **Veränderungen des Verhaltens** auf: Nahrungsverweigerung, Inkontinenz (unkontrollierter Urin- oder Stuhlabgang), ungewöhnliche Aggressivität oder gar Schreien usw. Vor allem dann, wenn der Patient in ein Alten- oder Pflegeheim aufgenommen werden muss, also seine Selbständigkeit verliert und in demütigende Abhängigkeit gerät - jedenfalls nach seinem Empfinden.

Auch plötzliche **aufdringliche Bitten** um Hilfe von allen Seiten, mitunter etwas gespielt anmutend, kann ein "depressiver Aufschrei" sein. Die Folge ist jedoch oftmals nicht die erwünschte Zuwendung, sondern vermehrter Rückzug der Umgebung und damit Ausgrenzung und Isolationsgefahr.

Besonders gefährlich im höheren Lebensalter, weil nur selten von sich aus vorgebracht und im Ernstfall verhängnisvoll konsequent durchgeführt, sind heimliche *Todeswünsche* oder gar konkrete Selbsttötungspläne. Jede noch so geringe vorsätzliche Selbstbeschädigung muss deshalb als Hilferuf ernst genommen werden.

Wie verläuft eine Altersdepression?

Nicht selten beginnt das Beschwerdebild mit einer **Vorphase**, die man früher gerne als "Nervenschwäche" bezeichnete und auch heute erst einmal auf körperliche Ursachen zurückführt. Oft werden nach Ausbruch der Krankheit des-

halb verschiedene Ärzte aufgesucht. Viele Patienten lassen sich jedoch nur ungern überzeugen und konsequent behandeln, klammern sich andererseits förmlich an Arzt, Angehörige, Nachbarn und Bekannte an. Einige werden nicht nur depressiv, sondern sogar misstrauisch bis wahnhaft.

Solche wahnhaften Depressionen kreisen dann gedanklich ständig um Themen wie Leben, Besitz, Zukunftsangst usw. Dazu kommen gelegentlich unbeeinflussbare Versündigungs- und Verarmungsideen, von den hypochondrischen Befürchtungen um Leib und Seele ganz zu schweigen. Manche quälen sich mit Gewissensbissen aufgrund längst vergangener Versäumnisse und Unterlassungen herum.

Auf jeden Fall ist dieses vielschichtige Leidensbild vor allem von körperlichen Störungen beherrscht. Diese können so im Vordergrund stehen, dass man erst einmal lange an eine rein organische Ursache denkt. Das betrifft vor allem hartnäckige Schlaflosigkeit, sonderbare Missempfindungen und Schmerzen, ausgeprägte Appetitlosigkeit mit starkem Gewichtsverlust, Energielosigkeit und rasche Erschöpfung.

Wenn die Depression **chronisch** zu werden droht, dann sind die Patienten oft missmutig-gereizt, leicht durcheinanderzubringen, verletzlich, unzufrieden und vorwurfsvoll. Sie reagieren überempfindlich gegenüber Wetter, Lärm und sonstigen Einflüssen und lassen sich kaum von ihrem Krankheitsbild ablenken. Viele wirken wie an ihr Leiden gefesselt. Die Beschwerden werden oft in gleichförmiger, aber vorwurfsvoll-anklagender Weise vorgebracht.

Dazu kommen bestimmte Wesensmerkmale, die von der Umgebung immer schwerer zu ertragen sind: Selbstunsicherheit, Klagsamkeit, seelische Starrheit, mangelnde gemütsmäßige Schwingungsfähigkeit u. a.

Am Ende wirken manche Patienten wie hirnorganisch verändert, fast wie eine Demenz, also eine erworbene Geistesschwäche. Das ist ein gefährlicher Irrtum.

Gesamthaft gesehen wird etwa jeder vierte Depressive im höheren Lebensalter wieder stimmungstabil. Das Gleiche gilt für die Hälfte aller Betroffenen, jedoch erst nach einer relativ langen Krankheitsdauer von durchschnittlich ein bis zwei Jahren. Das muss man wissen, um nicht vorzeitig und unnötig in Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit zu versinken. Nur rund 25 % der Altersdepressionen gehen nicht mehr befriedigend zurück.

Risikofaktoren sind frühere depressive Episoden, besonders wenn sie öfter vorkamen, ferner körperliche Erkrankungen, belastende Lebensereignisse und Schicksalsschläge. Und eine schon früher auffällige Wesensart, die charakterisiert ist von negativer Einstellung gegenüber allem und jedem, häufiger Miss-

Stimmung sowie Abhängigkeit von anderen und schließlich Neigung zu Rückzug und damit Isolation.

Therapie

Einzelheiten zur Psycho- und Soziotherapie der Depression sowie Pharmakotherapie siehe die entsprechenden Kapitel dieser Serie (1 bis 3).

Literatur

Noch vor drei bis vier Jahrzehnten galt die Depression zwar als eine der wichtigsten psychiatrischen Krankheitsbilder (Melancholie, Schwermut), jedoch zahlenmäßig scheinbar eher selten und sogar in den klassischen psychiatrischen Lehrbüchern eher begrenzt abgehandelt. Das hat sich unter dem Druck einer enormen Zunahme und damit unter verstärkten wissenschaftlichen Bemühungen für Diagnose und Therapie deutlich geändert. Ja, man kann sagen: Kein seelisches Leiden hat eine solche Interessen- und damit auch Informations-Zunahme erfahren wie die Depressionen - zum Vorteil für alle Betroffenen, einschließlich Angehörige und Therapeuten.

Das hat sich auch in einer nicht mehr überblickbaren Vielzahl von Fach- und sogar empfehlenswerten allgemeinverständlichen Sachbüchern niedergeschlagen. Da hier fast kein Überblick mehr möglich ist, nachfolgend lediglich eine Auswahl.

Grundlage vorliegender Ausführungen sind:

Faust, V., G. Hole (Hrsg.): Depressionen. Hippokrates-Verlag, Stuttgart 1983

Faust, V.: Depressionsfibel. Gustav Fischer-Verlag, Stuttgart-Jena-New York 1995 (jetzt Urban & Fischer, München)

Faust, V.: Depressionen – erkennen, verstehen, betreuen in Stichworten. Arcis-Verlag, München 1995

Faust, V. (Hrsg.): Psychiatrie – Ein Lehrbuch für Klinik, Praxis und Beratung. Gustav Fischer-Verlag, Stuttgart-Jena-New York 1996

Faust, V.: Manie. Enke-Verlag, Stuttgart 1997

Faust, V.: Depressionen. Hippokrates-Verlag, Stuttgart 1998

Faust, V.: **Schwermut. Depressionen erkennen und verstehen, betreuen, behandeln und verhindern.** Hirzel-Verlag, Stuttgart-Leipzig 1999

Weitere Literaturhinweise

APA: **Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – DSM-IV.** Hogrefe-Verlag, Göttingen-Bern-Toronto-Seattle 1998

Gaebel, W., P. Falkai (Hrsg.): **Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 5: Behandlungsleitlinie affektive Erkrankungen.** Steinkopff-Verlag, Darmstadt 2000

Kisker, K.P. et al. (Hrsg.): **Psychiatrie der Gegenwart. Band 5: Affektive Psychosen.** Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1987

Kuiper, P. C.: **Seelenfinsternis. Die Depression eines Psychiaters.** S. Fischer-Verlag, Frankfurt 1991

Helmchen, H. et al. (Hrsg.): **Psychiatrie der Gegenwart. Band 5: Schizophrene und affektive Störungen.** Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 2000

WHO: **Internationale Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10.** Hans Huber-Verlag, Bern-Göttingen-Toronto 1991

Wedler, H. et al.: **Therapie bei Suizidgefährdung.** Ein Handbuch. Roderer-Verlag, Regensburg 1992

Wolfersdorf, M, W. P. Kaschka (Hrsg.): **Suizidalität – die biologische Dimension.** Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1995

Wolfersdorf, M.: **Hilfreicher Umgang mit Depressiven.** Verlag für Angewandte Psychologie, Göttingen-Stuttgart 1992

Wolfersdorf, M.: **Depression.** Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1995