18469-190801

www.mepha.ch

Die mit dem Regenbogen

mepha

Ratgeber für Patientinnen und Patienten

Besser informiert über Depressionen, manisch-depressives Kranksein

Die mit dem Regenbogen

mepha

Depressionen, manisch-depressives Kranksein

Meine Seele zerfliesst in mir
Und Elend hat mich erfasst
Lautlos schreie ich zu dir
Abgründe sind mein Gast

Alle Freude von mir wich
Das Leben tut so weh
Des Schlafes Balsam fliehet mich
Müd bin ich, eh ich aufsteh

Ich bin nicht ich, ich bin nur Schmerz
Ich bin so schuldig und so leer
Ich habe Angst, es bricht mein Herz
Und weiterleben ist so schwer

Ich bin nur Trauer, will nur Tod
Ich bin ja allen Last
Gott, gib mir bitte Antwort
Warum du mich verlassen hast

Autorin: Barbara Hochstrasser

Depression: Wenn schwere Nebelschwaden aufziehen 9

- Depression ja oder nein? 10
- Die Zeichen einer Depression: Die Krankheit der «-losigkeiten» 12
- Leide ich an einer Depression? 16
- Wie stellt der Arzt die Diagnose? 18
- Kommen Depressionen häufig vor? 19
- Wieso werden wir depressiv? 20
- Verlauf einer Depression 22

Was tun, wenn die Seele traurig wird? 25

- Wie begegne ich einem depressiven Menschen? 26
- Was kann ich selbst tun? 28
- Depression und Familie 30
- Wie beeinflusst die Depression meine Partnerschaft? 33
- Was bedeutet die Depression für den Freundeskreis? 34
- Wie reagiert mein Arbeitgeber? 35
- Die Behandlung der Depression 36
- Die nicht-medikamentöse Behandlung 37
- Die medikamentöse Behandlung 39
- Ablauf der Behandlung der Depression 40
- Die Gefahr des Suizides (Selbsttötung) 43
- Mythen und Fakten rund um den Suizid 45
- Was kann ich bei akuten Suizidgedanken tun? 46

Himmelhoch jauchzend, zu Tode betrübt (manisch-depressives Kranksein) 49

- Zeichen der Manie 50
- Die Betroffenen 51
- Wer erkrankt wie häufig? 52
- Mögliche Ursachen 53
- Der Verlauf 55
- Das soziale Umfeld 56

Anhang 59

- Aktivitäten, die helfen können, Ihren Alltag zu bewältigen 60

Hinweise 63

- Adressen, Literatur: Wege aus der Auswegslosigkeit 64
- Selbsthilfe- und Angehörigengruppen 68
- Links zum Thema 71

Depression: Wenn schwere Nebelschwaden aufziehen

Oft schleichend, zuerst unbemerkt, wie herbstliches Eindunkeln machen sich Zeichen einer Depression bemerkbar. Stimmungs-, antriebs- und freudlos wird der Alltag. Ängste und Schuldgefühle machen sich breit und beeinträchtigen die Lebensqualität.

Diese Zeichen frühzeitig zu erkennen, sie exakt zu deuten und individuelle Hilfe zu bieten, ist von grosser Bedeutung. Wir zeigen einen Weg dazu.

Depression ja oder nein?

Depressionen beeinträchtigen das Denken, Fühlen und Verhalten, den inneren Antrieb sowie das körperliche Wohlbefinden des Menschen. Biologisch betrachtet besteht ein Mangel an Nervenüberträgerstoffen im Gehirn.

Die Entwicklung einer Depression kann langsam und unmerklich oder aber ganz plötzlich geschehen. Manchmal geht ihr eine schwere persönliche Belastung voraus, manchmal ist kein ersichtlicher Grund dafür auszumachen. Es gibt leichte bis schwere Ausprägungsgrade, die Dauer einer depressiven Episode reicht von wenigen Wochen bis zu mehreren Monaten.

Von der Depression abzugrenzen ist die Traurigkeit. Nach Enttäuschungen, Misserfolgen oder Verlusten sind wir traurig – ein ganz normales Gefühl. Traurigkeit ist zeitlich begrenzt und wir können die Trauer verarbeiten. Die Bewältigung unserer Alltagsaufgaben wird – wenn überhaupt – nur in einem kleinen Ausmass beeinträchtigt. Der Depressive hingegen kann seinen Alltag kaum oder gar nicht mehr bewältigen, er ist unfähig Freude zu empfinden, kann sich nicht mehr entscheiden. Er ist in seinen Gedanken und seiner Stimmung nicht ablenkbar.

Depression ist kein persönliches Versagen oder eine persönliche Schwäche, sondern vielmehr eine Krankheit, die den ganzen Menschen betrifft.

Die Zeichen einer Depression: Die Krankheit der «-losigkeiten»

- **Stimmung:** Ein andauerndes Gefühl von Freudlosigkeit, tiefer Traurigkeit, Niedergeschlagenheit und Hoffnungslosigkeit, keine Gefühle mehr empfinden können (immer weinen müssen oder nicht mehr weinen können), innere Leere, Entschlussunfähigkeit.

  Die depressive Stimmung ist oftmals am Morgen am ausgeprägtesten (Morgentief). Sie wird als sehr quälend erlebt: Nur wer selbst eine Depression erlebt hat, kann dies nachfühlen.
- **Antrieb:** Antriebslosigkeit. Den Alltag nur mit Mühe bewältigen können, Verlust der inneren antreibenden Kraft, verminderte Energie, eingeschränkte Arbeitsfähigkeit.
- **Interesse:** Der Verlust von Freude und Interesse an beinahe allen Dingen.
- **Selbstvertrauen / Selbstwert:** Der depressive Mensch fühlt sich wertlos und ist davon überzeugt, dass andere Patienten Hilfe nötiger hätten, dass sein Jammern die Umgebung sicher langweile.
- **Konzentrations-, Wahrnehmungs- und Merkfähigkeitsstörungen:** Die Wahrnehmung der Betroffenen beschränkt sich auf negative Inhalte oder sie neigen dazu, die Dinge negativ zu bewerten. Merkfähigkeits- und Gedächtnisstörungen treten auf, weil alle Lust fehlt, sich mit Inhalten jeglicher Art auseinanderzusetzen («Ich schaffe das alles nicht mehr, ich kann nicht einmal mehr die einfachsten Sachen erledigen»).
- **Angst- und Schuldgefühle** sind häufig. Oftmals ist die Unterscheidung zwischen Depression und Angstkrankheit schwierig. Im Rahmen der Verbindung von Angst, Verzweiflung und Traurigkeit können auch überwertige Ideen (Wahnideen) entstehen: Der Depressive glaubt zum Beispiel, versagt zu haben, er sei an allem Schuld oder er werde verarmen. Häufig fühlen sich die Betroffenen selbst schuld an ihrem Zustand. Andere bezeichnen bestimmte Ereignisse in ihrem Leben als Ursache ihrer Depression, wobei meist Ereignisse genannt werden, mit denen sich die depressiven Menschen selbst entwerten oder verurteilen. Dieses Verhalten führt zu einer weiteren Verschlechterung der depressiven Symptomatik.
- **Negatives Denken:** Immer wiederkehrende negative Gedanken («Ich bin eine Zumutung für meine Familie, ich habe keine Zukunft» etc.) drängen sich auf (Grübeln). Die eigene, einseitige Wahrnehmung und Bewertung der Dinge wird zur Realität, man sieht vieles schwarz – viel schwärzer als es in Wirklichkeit ist. Gedanken oder Absichten betreffend Selbsttötung (Suizid) treten auf.
- **Psychomotorische Symptome:** Bewegung und Haltung sind gehemmt, verlangsamt, die Mimik fehlt, die Gestik wirkt lustlos, schmerzbetont. Andere Depressive wiederum leiden unter einer stark quälenden inneren Angetriebenheit mit einem ziellosen Bewegungs- und Beschäftigungsdrang.
- **Körperliches Befinden:** Eine gesteigerte Selbstbeobachtung führt oft zu übertrieben anmutenden Befürchtungen, krank zu sein. Dies kann zu einer weiteren Isolation der Betroffenen beitragen. Stehen körperliche Symptome ganz im Vordergrund, spricht man von einer maskierten Depression (wenn die Seele schweigt, schreit der Körper). Zu den Symptomen gehören Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, sexuelle Lustlosigkeit, Verdauungsstörungen, Druck auf der Brust, Kopfschmerzen, Schwindel etc.
- **Veränderung der Beziehung zu Ehepartner, Freunden und Angehörigen:** Depressive Menschen ziehen sich zurück, es fehlt ihnen die Freude, Kontakte zu pflegen. Die Partnerbeziehung ist durch die anhaltend gedrückte Stimmung, Angst, Schuld, Desinteresse sowie die sexuelle Lustlosigkeit belastet.

Bei Kindern und Jugendlichen kann sich eine Depression als Verhaltens- und Lernstörung bemerkbar machen, bei älteren Menschen können Gedächtnisprobleme im Vordergrund stehen. Nicht selten führen diese Gedächtnisprobleme dann zu einer Verwechslung mit einer Demenz.

Die **Depression im Alter** weist einige Besonderheiten auf: Das Erkennen einer Depression im Alter ist oft schwierig, häufig werden die Zeichen einer Depression fälschlicherweise als natürliche Folge des Alterungsprozesses gesehen. Zudem gibt es ausgeprägte Schwankungen im Beschwerdebild. Der Umstand, dass verschiedene Symptome einer Depression auch bei alterstypischen Hirnerkrankungen, wie Alzheimer, Parkinson oder Arterienverkalkung der Hirngefässe auftreten können, erschwert zusätzlich das Erkennen einer Depression bei betagten Menschen.

Ältere Patienten leiden oft unter mehreren Krankheiten gleichzeitig und müssen viele Medikamente einnehmen. Diese beiden Umstände können die Entstehung einer Depression mitbegünstigen. Gleichzeitig sind alte Menschen öfter belastenden Lebensereignissen ausgesetzt als jüngere Patienten, sei es durch den Tod nahestehender Personen oder durch körperliche Erkrankungen. Auch diese Verlusterlebnisse zählen zu den Auslösern einer depressiven Episode im Alter. Heute bekannte Risikofaktoren für Depressionen bei alten Menschen sind wiederholte Depressionen in der Vorgeschichte, eine depressive Persönlichkeitsstruktur, soziale Isolierung und Einsamkeit, **mangelnder sozialer Rückhalt und Konflikte mit Freunden und Angehörigen.**

Leide ich an einer Depression?

Mit dem von Prof. Dr. J. Margraf an der psychiaterischen Universitätsklinik in Basel entwickelten **Kurzfragebogen zur Schnellerkennung einer depressiven Verstimmung** kann rasch, einfach und zuverlässig festgestellt werden, ob eine bei Ihnen vorliegende Beeinträchtigung des Befindens ein krankhaftes Ausmass haben könnte.

Anleitung zum Ausfüllen:

Lesen Sie die Fragen sorgfältig durch. Es handelt sich um eine Liste von Problemen und Beschwerden, die jeder von uns kennt. Entscheiden Sie, wie sehr Sie in den letzten sieben Tagen durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind. Überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antworten den besten Eindruck machen, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich zutrifft. Machen Sie hinter jede Frage ein Kreuz (X) in das Kästchen, welches Ihre Situation am besten beschreibt. Beantworten Sie bitte jede Frage!

Anleitung zur Auswertung:

Sie zählen die Anzahl Kreuze pro Spalte zusammen und multiplizieren sie mit der für die jeweilige Spalte angegebenen Gewichtung. Zählen Sie anschliessend die Punkte zusammen und vergleichen Sie Ihre Punktzahl mit der unten stehenden **Auswertungstabelle:**

0–3 Punkte:	Sie können davon ausgehen, dass Sie **nicht an einer Depression leiden.**
4–6 Punkte:	Es liegt **möglicherweise eine leichte Depression** vor.
über 7 Punkte:	Es ist sinnvoll, für eine genaue Abklärung Ihren **Hausarzt aufzusuchen**. Ihr Hausarzt kann Sie über eine eventuell notwendige Behandlung am besten informieren.

	Überhaupt nicht	**Wenig** Es störte mich nicht sehr	**Mittel** Es war sehr unangenehm, aber ich konnte es aushalten.	**Stark** Ich konnte es kaum aushalten.
Gewichtung	0	1	2	3
1. Energielosigkeit oder Verlangsamung in den Bewegungen oder im Denken				
2. Schwermut				
3. Gefühl, sich für nichts zu interessieren				
4. Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft				
5. Gefühl, dass alles sehr anstrengend ist				
6. Gefühl, wertlos zu sein				
Hier bitte nicht ausfüllen!	0	Σ _____	+Σ _____	+Σ _____
			=Σ **Gesamt**	_____

Wie stellt der Arzt die Diagnose?

Die Diagnose beruht auf folgenden Abklärungen:

- spontan geschilderte Beschwerden, bisheriger Verlauf,
- gezielt erfragte Krankengeschichte,
- Tests,
- Berücksichtigung ursächlicher Faktoren (Auslöser, Konflikte, weitere Erkrankungen, familiäre Häufung).

Kommen Depressionen häufig vor?

Depressionen zählen zu den häufigsten Krankheiten überhaupt. Im Durchschnitt leiden drei bis fünf Prozent der Weltbevölkerung an Depressionen (insgesamt etwa 120–200 Mio. Menschen). Die Wahrscheinlichkeit, im Laufe eines Lebens an einer Depression zu erkranken, liegt zwischen 20 und 30%.

Wieso werden wir depressiv?

Meistens sind es **mehrere Gründe**, die zu einer Depression führen. Sie liegen im seelischen, im körperlichen sowie im sozialen Bereich.

Bei manchen Menschen besteht eine angeborene oder persönliche Verletzlichkeit, welche die Entwicklung einer Depression begünstigt. Diese **persönliche Veranlagung** kann vererbt sein oder beruht auf lang andauernden ungünstigen Einflüssen in Familie und Erziehung.

Daneben spielen ganz **bestimmte Auslöser** in Form von überfordernden Lebensereignissen oder überfordernden Lebensumständen eine entscheidende Rolle bei der Entstehung einer Depression. Zu den überfordernden Lebensereignissen zählen:

- Verlusterlebnisse (Tod einer nahestehenden Person, Trennung oder Scheidung),
- Misserfolge (berufliche Karriere, Prüfung),
- Schicksalsschläge,
- Andauernde Überforderungen (z.B. Krankheiten wie Herzinfarkt, Hirnschlag etc., tiefgreifende Probleme in der Beziehung, Schwierigkeiten am Arbeitsplatz),
- Sinnkrisen.

Verschiedene körperliche Erkrankungen können eine Depression hervorrufen. Auch Veränderungen im Hormonhaushalt (Schilddrüsenfunktionsstörung, Wochenbett, Alter etc.) oder Medikamente und Suchterkrankungen sind als Auslöser von Depressionen zu nennen.

In vielen Fällen geht der Depression ein Verlusterlebnis oder ein anderes Ereignis voraus. Dann bezeichnet man die Depression als **reaktive Depression**. Lassen sich keine klaren Auslöser nennen, spricht man von einer **endogenen Depression**.

Die Weltgesundheitsorganisation macht die folgenden Punkte für die **Häufung von Depressionen** verantwortlich:

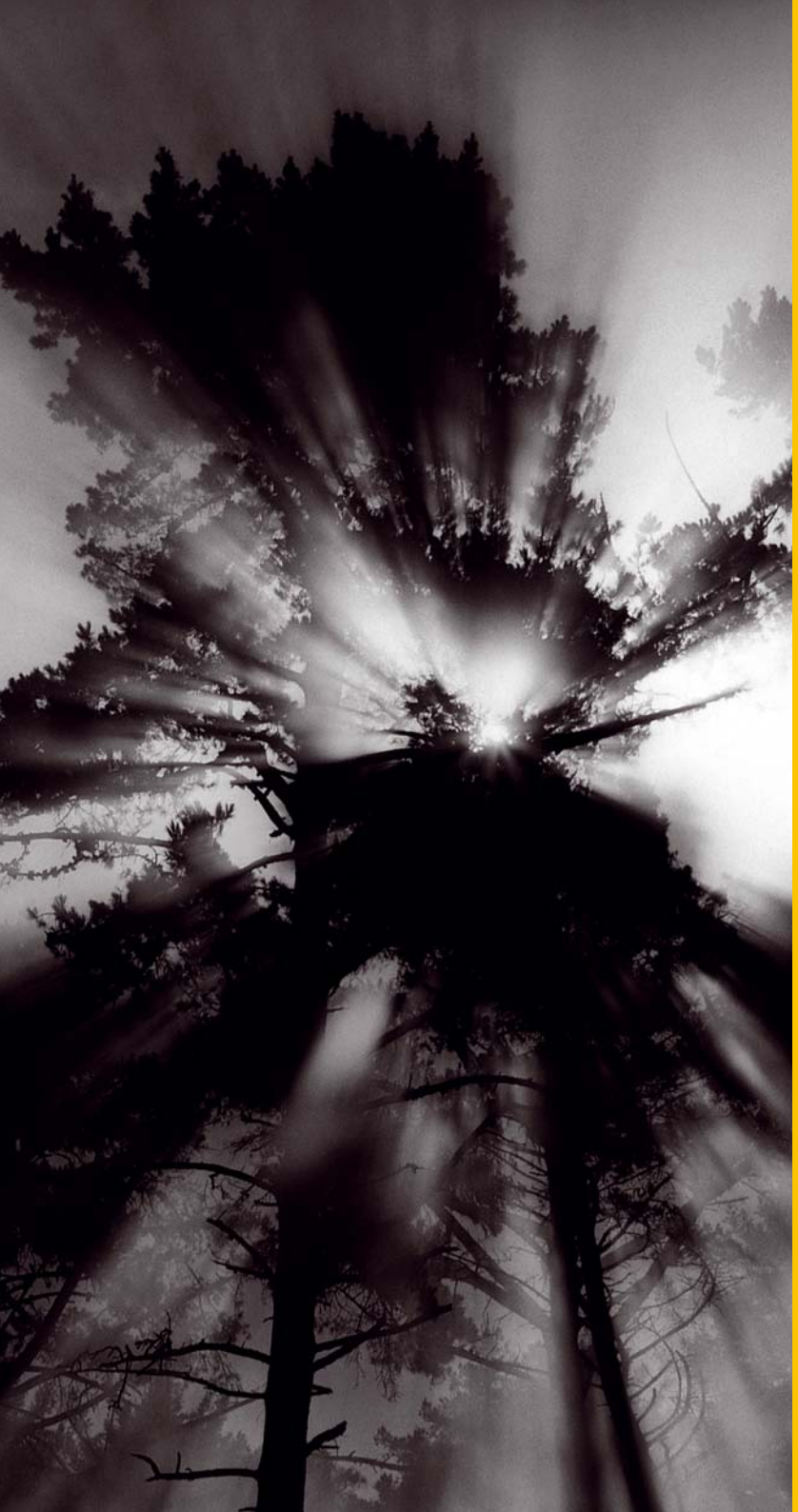
- Zerfall der Familienstrukturen
- Vereinsamung in der Masse
- Erreichen eines höheren Lebensalters
- die genauere Diagnostik
- Medikamentenmissbrauch
- Suchtverhalten
- Verlust weltanschaulicher und religiöser Normen.

Wichtig: **Eine Depression ist kein Ausdruck persönlicher Schwäche oder eigener Fehler.** Die Symptome, die der depressive Mensch spürt, sind Ausdruck einer Krankheit und sagen nichts über seine Grundpersönlichkeit aus.

Verlauf einer Depression

Es sind sowohl eine **allmähliche Entwicklung** als auch ein **akuter Ausbruch** einer Depression möglich. Die depressive Störung kann **einmalig** auftreten, häufiger sind jedoch **mehrmalige Phasen** nach kürzeren oder längeren depressionsfreien Zeiträumen. Chronische Depressionen, bei denen langfristig keine Besserung eintritt, sind selten. Möglich ist auch ein Wechsel zwischen depressiven und manischen Phasen, die sogenannte manisch-depressive Krankheit (sie wird in dieser Broschüre weiter hinten genauer beschrieben). Selten kann eine Depression nach einigen Wochen wieder von alleine zurückgehen. Häufiger hält sie Monate bis Jahre an, und dauert im Durchschnitt ohne Behandlung vier bis sechs Monate. Körperliche Krankheiten können den Verlauf von Depressionen mitbeeinflussen. So spielt gerade im Alter die abnehmende Funktion des Gehirns, zum Beispiel infolge einer ungenügenden Versorgung mit Sauerstoff, eine erschwerende Rolle.

Eine gute Behandlung kann die Beschwerden bei einer depressiven Episode deutlich lindern und ihre Dauer stark verkürzen.



Was tun, wenn die Seele traurig wird?

Depressionen sind in jedem Fall ernst zu nehmen. Zuwendung, Unterstützung und Geduld sind ebenso wichtig wie das Beachten der eigenen körperlichen und psychischen Grenzen. Geschick und Einfühlungsvermögen helfen und sind die Basis in der Partnerschaft, im Kontakt mit der Familie, Freunden und dem Arbeitgeber.

Depressionen lassen sich gut behandeln. Eine rechtzeitig begonnene und sorgfältig durchgeführte Therapie zeigt Lösungen auf.

Wie begegne ich einem depressiven Menschen?

Depressive Menschen haben häufig den Eindruck, völlig alleine und isoliert zu sein. Es lohnt sich, wenn bei der Behandlung das mitmenschliche Umfeld der Patientinnen und Patienten, also Lebenspartner, Familie, enge Freunde, miteinbezogen werden können, denn Angehörige möchten in der Regel helfen, wissen aber nicht wie. Das Vorgehen ist mit dem Betroffenen offen und für ihn verständlich zu besprechen. Mögliche Überforderungen müssen beachtet werden.

- **Depression ist eine ernste Krankheit und keine Frage des Willens**
  Depressionen können behandelt werden und sind heilbar. Doch Druckversuche, Appelle an den Willen wie «Reiss Dich zusammen! Lass Dich nicht gehen! Tu es mir zuliebe! Denke positiv!» oder gar Vorwürfe schaden einem depressiven Menschen. Alleine der Krankheit muss die Schuld am Geschehen gegeben werden, nicht dem Betroffenen – vergleichbar mit einer Blutdrucksenkung, die ja auch keine Willensfrage ist. Gut gemeinte Ratschläge, «Moralpredigten» und Aufmunterungsversuche drängen den Depressiven nur immer tiefer in die von ihm empfundene Auswegslosigkeit hinein.

- **Zuwendung, Unterstützung, Geduld**
  Zeigen Sie, dass Sie helfen wollen, haben Sie Geduld und Zeit zum Zuhören, seien Sie verständnisvoll und aufmerksam. Vermeiden Sie aber Mitleid und zu langes Anhören von Klagen.Verzichten Sie wenn möglich auf Ratschläge, insbesondere solche, die rasche Lösungen versprechen. Ablenkungsversuche können die Situation verschlimmern, der depressive Mensch fühlt sich nicht ernst genommen und ist enttäuscht.

- **Entscheidungen vermeiden oder treffen**
  Entscheidungen fallen Depressiven schwer, manchmal können sie auch gar nichts mehr entscheiden. Da sie vieles verzerrt sehen, sind sie oft zu sachlichen Entschlüssen nicht fähig. Es gilt deshalb zu vermeiden, dass folgenschwere Entscheidungen wie zum Beispiel Künden der Arbeitsstelle, Trennen der Partnerschaft, Verkauf des Hauses etc. getroffen werden.
  Vorerst sollen nur in jenen Bereichen des Alltags, die sich als lebensnotwendig erweisen, Entschlüsse gefasst und konsequent umgesetzt werden: Dies betrifft z.B. die Ernährung, Arztbesuche, Tabletteneinnahme, Bewegung oder Körperpflege.

- **Suizidgedanken ernst nehmen**
  Gedanken hinsichtlich Selbsttötung (Suizidgedanken) gehören häufig mit zu einer Depression. Offenes Ansprechen löst keinen Suizid aus, vielmehr führt es beim Betroffenen zu einer Entlastung. Je konkreter die Vorstellungen und/oder Vorbereitungshandlungen in Erscheinung treten und je stärker der Rückzug, die Isolation und die Zeichen zunehmender Verzweiflung und Auswegslosigkeit sind, desto grösser ist auch das Risiko der Selbsttötung. Treten Suizidgedanken in Erscheinung, ist unbedingt fachliche Hilfe zu holen.

- **Urlaub oder fremde Umgebung sind keine Lösung**
  Ablenkungsversuche durch Urlaub oder eine fremde Umgebung sind eher eine Belastung und keine Lösung. Ziel ist es, dass die Betroffenen ihren Alltag wieder bewältigen können. Der gebesserte Zustand ist Voraussetzung für neue Perspektiven (Kuren/Ferien). Ansonsten kommt es zu verstärkter Vereinsamung mit «Grübeln» und möglicherweise auch Suizidgedanken.

- **Eigene körperliche und psychische Grenzen beachten**
  Nicht ein übereifriger Einsatz, sondern das Einteilen der Kräfte – ein langer Atem – sind gefragt. Voraussetzung dafür ist ein vorsichtiger Umgang mit den eigenen Reserven: soziale Kontakte aufrecht erhalten, Zeit zum Auftanken beachten, eigene Überforderungen erkennen sowie fremde Hilfe annehmen (Selbsthilfegruppen, Hausarzt, Psychotherapeuten).

Was kann ich selbst tun?

Trotz Verzweiflung und Antriebsarmut sollen sich auch depressive Menschen selbst gewisse Leitplanken im Umgang mit der Krankheit geben.

Es ist wichtig, dass Sie Ihren **Tagesablauf strukturieren**, was nichts anderes heisst, als den Tag vorauszuplanen und einen klaren Stundenplan zu erstellen. Dabei gilt es, an vertrauten Alltagsaktivitäten (Aufstehen, Körperhygiene, Spaziergang, Einkaufen, Zeitung lesen, Haushalt) bewusst festzuhalten und diese zeitlich genau zu fixieren. Die mit dem festgelegten Tagesablauf verbundenen Ziele sollen überschaubar, konkret, angenehm und zu bewältigen sein. Selbst noch so kleine Fortschritte bei der Bewältigung des Tagesablaufs verhelfen dazu, auch in der depressiven Phase Erfolgserlebnisse zu verspüren. Das Gefühl der Hilflosigkeit und des Ausgeliefertseins nimmt ab. In der depressiven Phase sollten Sie keine wichtigen Entscheidungen, wie z.B. solche hinsichtlich Ihrer Partnerschaft treffen.

Die Leistungsfähigkeit ist während einer Depression eingeschränkt. Dies führt zu Rückschritten in verschiedenen Bereichen. Sie gehören mit dazu und sind nicht auf Ihr persönliches Versagen, sondern auf die Krankheit Depression zurückzuführen. Das Auftauchen aus der Depression erfolgt schrittweise.

Körperliche Betätigung und gesunde Ernährung sind wichtig. Auch noch so kleine körperliche Aktivitäten, wie wir sie in gesundem Zustand tagtäglich unbemerkt ausführen, sind für das Wohlbefinden depressiv erkrankter Menschen von Bedeutung, da sie trüben Gedanken entgegenwirken. Es gilt, die Aktivitäten dem aktuellen Zustand anzupassen und überschaubar zu planen: Spaziergänge sollten nicht zu lange dauern, Velofahrten den aktuellen Kräften angepasst werden. Das tägliche Duschen kann eine Herausforderung sein und sollte nicht als selbstverständlich betrachtet werden.

Auch wenn es Ihnen an Appetit mangelt, nichts mehr richtig zu schmecken scheint und Sie überhaupt keine Lust auf irgendwelche Nahrungsmittel verspüren, sollten Sie auf eine regelmässige, gesunde und ausgewogene Ernährung achten. Versuchen Sie, sich zur Einnahme von kleinen Mahlzeiten, verteilt über den Tag, zu motivieren. Auf Alkohol sollten Sie verzichten. Dies zum einen wegen der Wechselwirkung mit den Medikamenten, welche die Psyche beeinflussen, zum anderen, weil die depressive Stimmungslage nach einer anfänglichen Erleichterung eher noch vertieft wird. Sorgen können nicht ertränkt werden. Trinken vernebelt vielmehr den Blick auf wirksame Hilfen, die beispielsweise aus dem persönlichen Umfeld erfolgen.

Versuchen Sie, das für Sie wichtige Umfeld (Angehörige/Freunde/Nachbarn etc.) **über Ihre Erkrankung zu informieren**. Beziehen Sie nächste Bezugspersonen in Ihre Tagesplanung mit ein. Schaffen Sie durch Ihr Umfeld ein Klima, das Sie davon abhält, sich zurückzuziehen. Freunde und Nachbarn helfen gerne, sind aber meist auf Ihren ersten Schritt angewiesen.

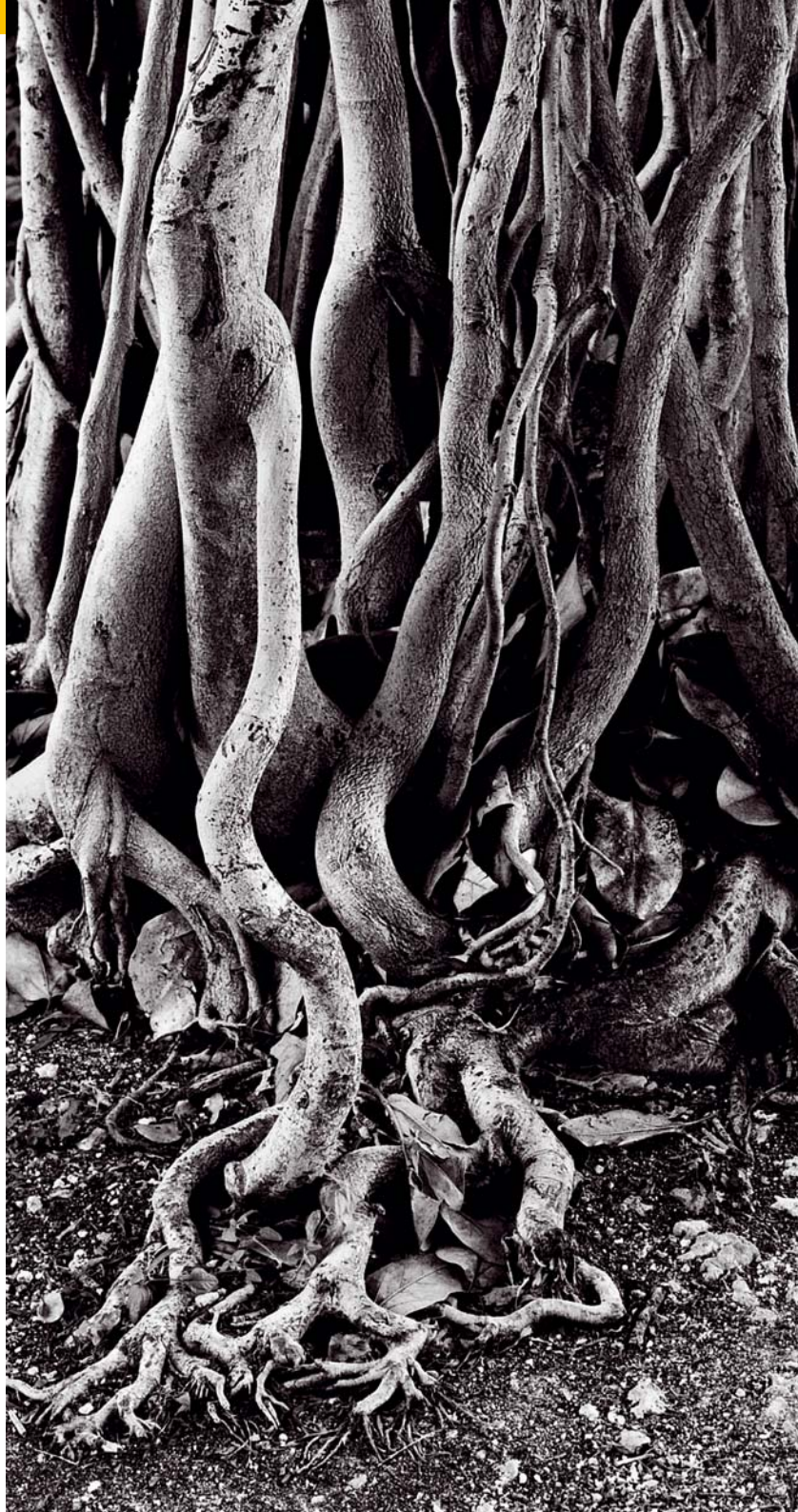
Nehmen Sie **regelmässig Ihre Medikamente** ein. Sprechen Sie bei Zweifeln an der Notwendigkeit dieser Medikamente möglichst früh mit Ihrem Hausarzt. Bauen Sie Sicherheiten ein, damit Sie Ihre Arzt- und anderen Therapietermine nicht vergessen.

Depression und Familie

Bei einer Depression können verschiedene Fragen rund um das Thema «Familie» auftauchen: Worunter leidet die Familie am meisten? Welche Möglichkeiten hat die Familie zur Problemlösung bereits ergriffen? Was für (verschiedene) Erklärungsmodelle zur Depression gibt es in der Familie? Wie haben sich die Beziehungen innerhalb der Familie durch die Krankheit verändert (Verständigungsprobleme): Nehmen die Angehörigen ihre eigenen Bedürfnisse noch wahr oder halten sie sich zurück, weil sie befürchten, den depressiven Angehörigen noch mehr zu belasten? Gemeinsame Gespräche, auch mit einer medizinischen Betreuungsperson, können eine klärende und hilfreiche Wirkung haben. Fordern Sie aktiv solche Gespräche ein!

Wie wird in der Familie mit der Angst umgegangen, dass der Depressive sich das Leben nehmen könnte? Familiengespräche über dieses schwierige Thema können Entlastung bringen. Beziehungen wirken suizidverhütend, wobei ein Suizid nie mit letzter Sicherheit ausgeschlossen werden kann.

Das Ansprechen von Suizidalität löst keinen Selbsttötungsversuch aus. Eine geteilte Verantwortung kann aber erleichtern und hilft dabei, diese schwere Bürde weiter tragen zu können. Auch über die Frage einer allfälligen Klinikeinweisung soll innerhalb der Familie mit Hilfe des Hausarztes gesprochen werden. Eine Einweisung kann notwendig werden, wenn aufgrund des aktuellen Zustandes die Verantwortung nicht mehr alleine getragen werden kann oder wenn für einige Zeit, zum Beispiel wegen Suizidgedanken, der Schutz einer Klinik benötigt wird. Eine Klinikeinweisung löst zwar das Problem nicht, die Angehörigen erhalten jedoch eine «Verschnaufpause». Anschliessend können sie von den Betreuungspersonen in der Klinik wieder in das Behandlungskonzept miteinbezogen werden.



Wie beeinflusst die Depression meine Partnerschaft?

Beziehungsprobleme lösen oft Depressionen aus, gleichzeitig wird die Umgebung des depressiven Menschen (Lebenspartner, Freunde, Angehörige und Arbeitskollegen) durch sein Leiden und sein damit verbundenes Verhalten stark belastet. Diese Belastung der Umgebung wird häufig zu wenig wahrgenommen. Es müssen also sowohl der Patient wie auch sein Partner oder seine Partnerin «geschützt» werden.

Die Verständigung zwischen dem Depressiven und dem Lebenspartner verläuft oft sehr typisch: Von Seiten des Depressiven kommen häufiges Klagen, Selbstabwertungen, negative Äusserungen und Warten auf eine Problemlösung durch andere. Dem steht ein kritisches Verhalten mit häufig negativen Bemerkungen und Vorwürfen sowie oft negativer und zwiespältiger Unterstützung durch den Partner entgegen. Erleichtern lässt sich die Situation, indem gegenseitige Bedürfnisse und Erwartungen klar und deutlich geäussert und besprochen werden können.

Das zu Beginn vorhandene Mitleid und Verständnis für den depressiven Partner führt bei den Angehörigen mit der Zeit zu Erschöpfung und vermehrtem Rückzug. Der Depressive wird dadurch noch mehr isoliert, was die Krankheit weiter verstärkt.

Eine befriedigende Partnerschaft beeinflusst in der Regel die Intensität und den Verlauf der Depression positiv. Das heisst, sie ist bei diesen Patienten weniger einschneidend und verläuft insgesamt günstiger, mit schnellerer Heilung und geringerem Rückfallrisiko. Dies ist nicht erstaunlich, da beim Partner als erstes die so dringend benötigte Zuwendung und Hilfe gesucht werden. Die Depression des Lebenspartners ist eine schwierige Belastungssituation. Wie intensiv man sich in solch einer Situation zur Seite stehen kann, hängt stark von der Qualität der Partnerschaft ab.

Was bedeutet die Depression für den Freundeskreis?

Eine gute Unterstützung durch Freunde, Bekannte und Verwandte kann die Symptome der Depression mildern und den Verlauf der Krankheit günstig beeinflussen. Voraussetzung dafür ist, dass diese Menschen sich langfristig einsetzen und sich auch sehr gut abgrenzen können. Es gilt, sowohl die Bedürfnisse des Depressiven als auch die der Freunde und Bekannten zu beachten. Selbsthilfegruppen oder die Unterstützung durch entsprechende Fachleute können bei dieser Aufgabe eine ganz wichtige Rolle übernehmen.

Wie reagiert mein Arbeitgeber?

Da insbesondere vorübergehend Arbeitsunfähigkeit eintreten kann, ist die Angst gross, dass der Betroffene während oder nach einer Depression seinen Arbeitsplatz verlieren könnte. Die Reaktionen der Arbeitgeber fallen ganz verschieden aus: Von einem der Situation angepassten Verhalten mit dem Schaffen guter Wiedereinstiegsbedingungen über ein geändertes, vielleicht stressreduziertes Pflichtenheft bis hin zur Entlassung ist alles möglich. Generelle Ratschläge sind kaum möglich, da in jedem einzelnen Fall das jeweilige Verhältnis zur Firma, zum Vorgesetzten, zur weiteren Umgebung am Arbeitsplatz abgewogen werden muss, bevor eine gute Lösung gefunden werden kann.

Der Therapeut wird sich in Gesprächen mit dem Arbeitgeber über den einzuschlagenden Weg ins Bild setzen. Allenfalls wird es nötig sein, sich sozialversicherungsrechtlich beraten zu lassen. Eventuell muss auch juristischer Beistand hinzugezogen werden.

Die Behandlung der Depression

Depressionen sind Krankheiten, die gut behandelt werden können. Bewährt hat sich die Kombination von unterstützenden Gesprächen (Psychotherapie), Massnahmen im sozialen Umfeld wie z.B. am Arbeitsplatz (Soziotherapie) und einer medikamentösen Therapie (Pharmakotherapie).

Bei leichtem Schweregrad können stützende Gespräche mit dem Betroffenen, allenfalls seinen Angehörigen, die Festlegung einer Tagesstruktur und z.B. die Anpassung der Arbeitsfähigkeit zur Behandlung ausreichen – eine medikamentöse Therapie kann hinzukommen.

Bei mittelschweren Depressionen werden zusätzlich zu den Antidepressiva weitere Medikamente z.B. gegen Schlafstörungen oder quälende Angstzustände eingesetzt.

Bei schweren Depressionen schliesslich werden oftmals mehrere Antidepressiva kombiniert; der Zuzug eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie ist sinnvoll. Ein Spitalaufenthalt kann nötig werden.

Die nicht-medikamentöse Behandlung

Grundlage jeder Behandlung einer Depression ist eine **auf Vertrauen basierende und tragfähige Beziehung** zwischen Patient und Therapeut. Im Rahmen einer psychotherapeutischen Unterstützung erfährt der Patient Verständnis und Sicherheit. Die Behandelnden können in der schweren Zeit der Depression als Partner der Betroffenen verstanden werden, die mit ihnen zusammen auf ein sinnvolles Ziel hinarbeiten.

Häufig sind für depressive Menschen auch Therapien hilfreich, die Musik, Tanz, Gesang, aber auch Malen, Basteln usw. mit beinhalten **(Ergo-, Bewegungs- und Kunsttherapie)**. Daneben kommen für die oft vorhandenen körperlichen Beschwerden **Entspannungsübungen**, **Massagen und Gymnastik** zur Anwendung.

Da ein geregelter Tagesablauf sehr wichtig ist, wird mit dem Patienten geklärt, wie er dies umsetzen kann. Auch die Frage der Arbeitsfähigkeit und die notwendige Vernetzung mit einer unterstützenden Umgebung wird angesprochen. In der Regel werden nächste Angehörige, Freunde und eventuell auch der Arbeitgeber in die Behandlung und Betreuung miteinbezogen. Die Länge und Häufigkeit der Gespräche richtet sich nach den Möglichkeiten des Patienten beziehungsweise dem Schweregrad seiner Erkrankung.

An erster Stelle werden depressive Patienten von ihren Hausärzten, eventuell in Zusammenarbeit mit einem Facharzt, betreut. Führen die ambulanten Behandlungsmassnahmen, ergänzt durch Selbsthilfegruppen und psychosoziale Betreuung, nicht zum Ziel, bestehen Hinweise auf eine akute Selbstgefährdung oder ist die Erkrankung sehr schwer, wird die stationäre Betreuung in einer psychiatrischen Klinik notwendig.

Die medikamentöse Behandlung

Stimmungsaufhellende Medikamente, sogenannte Antidepressiva, ermöglichen eine erfolgreiche Behandlung von Depressionen. Dies gilt insbesondere, wenn es sich um mittel- bis schwergradig depressive Episoden handelt. Die Antidepressiva greifen in den biologischen Übermittlungsprozess von Informationen zwischen Nervenzellen im Gehirn ein, indem sie auf die im Körper natürlicherweise vorhandenen Neurotransmitter (Botenstoffe des Gehirns) einwirken. Durch die Behandlung mit Antidepressiva wird das Gleichgewicht dieser Botenstoffe wieder hergestellt und dadurch eine Besserung der depressiven Symptome erreicht.

Es stehen heute über 20 verschiedene Antidepressiva zur Verfügung, die alle gut wirksam sind, sich aber in den möglichen Nebenwirkungen unterscheiden. Je nach vorherrschenden Symptomen und je nach Schweregrad wird vom Arzt ein bestimmtes Antidepressivum ausgewählt. Antidepressiva wirken nur bei regelmässiger Einnahme. Sie sind weder Beruhigungsmittel noch Schlafmittel und führen auch nicht zu Gewöhnung und Abhängigkeit. Im Durchschnitt brauchen Antidepressiva ein bis zwei Wochen, bevor sie eine Linderung der depressiven Beschwerden bewirken können. Das gestörte Gleichgewicht der Botenstoffe kann also nur schrittweise wieder hergestellt werden. In diesem Sinne können Antidepressiva mit Medikamenten gegen zu hohen Blutdruck verglichen werden.

Welches Antidepressivum nun bei welchen Patienten am besten wirkt, ist im vornherein nicht klar. Wichtig ist, dass die Antidepressiva in ausreichend hoher Dosierung und genügend lang eingenommen werden, da sie sonst keine Wirkung entfalten können. Wenn der Patient nach vier bis sechs Wochen trotzdem keine spürbare Linderung erfährt, wird der Arzt ein anderes Antidepressivum verschreiben. Nach heutiger Meinung sollte die Antidepressiva-Therapie in der Dosierung, mit der eine optimale Wirkung erzielt wurde, mindestens während eines halben Jahres weitergeführt werden.

Ablauf der Behandlung der Depression

Die Depressionsbehandlung lässt sich typischerweise in drei Phasen einteilen:

- die **Akuttherapie** (4 – 6 Wochen)
- die **Erhaltungstherapie** (4 – 6 Monate) (Vorbeugen eines Rückfalls)
- **die prophylaktische Therapie** (über Jahre) (Verhindern der Wiedererkrankung).

Die Wochen der **Akuttherapie** sind oftmals belastend, weil das Medikament seine Wirkung nur schrittweise entfalten kann, die unerwünschten Begleiterscheinungen hingegen bereits nach Einnahme der ersten Dosis vorhanden sein können. Eine enge, vertrauensvolle und intensive Zusammenarbeit mit dem Arzt ist deshalb in dieser Phase ganz entscheidend. Meistens verschwinden nämlich die unangenehmen Begleiterscheinungen, wie etwa Tagesschläfrigkeit, eine störende Mundtrockenheit oder Darmträgheit, innerhalb der ersten Behandlungswoche. Der Arzt kann durch die Dosierung und Auswahl des Medikaments die Therapie auf den jeweiligen Patienten abstimmen.

Es braucht also Geduld, bis eine lindernde Wirkung der Medikamente eintreten kann. Die Nebenerscheinungen sollten dem Arzt unbedingt gemeldet werden, damit er eine Einschätzung der Situation vornehmen kann. Eine Änderung oder ein Weglassen der Medikamente sollte nicht ohne Rücksprache mit dem Arzt erfolgen.

Ein Stimmungstagebuch während dieses Zeitraums kann helfen, sich erster, wenn auch kleiner Fortschritte besser gewahr zu werden. Mit Hilfe der Aufzeichnungen lässt sich herausfinden, welche Tätigkeiten sich positiv auf die eigene Stimmung auswirken.

In der **Phase der Erhaltungstherapie**, ab der dritten oder vierten Behandlungswoche, kann das Medikament seine volle Wirkung entfalten. Die Steuerungsvorgänge der Botenstoffe stabilisieren sich. Häufig wird der Schlaf etwas besser, der Patient spürt mehr Energie. Die Tage, an denen es besser geht, häufen sich. Dinge, die vor Kurzem noch unüberwindbar schienen, können nun langsam wieder angepackt werden. Das Vertrauen in die eigenen Kräfte wächst schrittweise. Damit die Wirkung der medikamentösen Behandlung weiter anhält, ist die genaue Einnahme der Medikamente nun besonders wichtig. Eine Planung, wie wieder vermehrt kleine und vor allem überwindbare Aktivitäten in den Alltag eingebaut werden sollen, ist hilfreich. In einer Liste im Anhang schlagen wir verschiedene Aktivitäten vor. Daraus sollen solche, die jeweils am besten passen, ausgewählt werden.

Nach ungefähr drei Monaten Therapie sind die meisten Depressionen abgeklungen. Der Zustand entspricht wieder dem Niveau vor Ausbruch der Erkrankung. Nach dem heutigen Stand des Wissens sollten die Medikamente in der gleichen Dosierung, mit der die Verbesserung erreicht wurde, noch für ein halbes Jahr weiter eingenommen werden. Damit werden gute Bedingungen geschaffen, um einen möglichen Rückfall zu verhindern. Fachleute bezeichnen diese Phase der Behandlung als **prophylaktische Therapie**.

Die Zeichen eines möglichen Rückfalls oder entsprechende «Frühwarnsymptome» werden zusammen mit dem Arzt ausführlich diskutiert – sie sind für den jeweiligen Patienten typisch und somit von Mensch zu Mensch verschieden. In diesem Behandlungszeitraum werden auch die Ursachen, die zum Ausbruch der Depression beitrugen, genauer angeschaut und psychotherapeutisch aufgearbeitet. Es ist nämlich von entscheidender Bedeutung, dass im Alltag des Patienten Veränderungen vorgenommen werden und sich dieser nicht ausschliesslich auf die Schutzwirkung der Medikamente verlässt. Ein Überdenken des Tagesrhythmus', eine Planung der Alltagsaufgaben sowie das Angehen von Konflikten und Vorbereiten von Konfliktlösungen sind entscheidend, um Rückfälle zu verhindern.

Die Gefahr des Suizides (Selbsttötung)

«Es ist das Beste für meine Familie, wenn es mich nicht mehr gibt», «Ich bin doch nur eine Last und es wird nicht besser», «Dann kann mein Mann eine neue Frau nehmen und für die Kinder ist gesorgt». – **Suizidgedanken sind bei depressiven Menschen häufig**. Die Neigung zur Selbsttötung (Suizidalität) gehört meist mit zur Depression. Die für eine Depression typischen Gefühls- und Denkstörungen führen zu zerstörerischen Vorstellungen, die mit der Gefahr der Selbsttötung verbunden sein können. 80% der schwer depressiven Menschen werden von Suizidideen geplagt, 4% unternehmen einen Suizidversuch. Der Umgang mit Suizid gefährdeten Menschen erfordert viel Energie. Dabei muss auf jeden Fall fachliche Hilfe in Anspruch genommen werden.

Gespräche über die Suizidneigung zwischen dem Betroffenen, den Angehörigen und dem Arzt erleichtern und helfen, die schwierige Verantwortung gemeinsam zu tragen. Es kann auch die Frage einer Klinikeinweisung besprochen werden. Oftmals ist es die Angst der Betroffenen, die Kontrolle über sich zu verlieren, die sie dazu bewegt, den Schutz einer Klinik zu suchen. Es kann aber auch sein, dass ein Hausarzt zum Schutz des depressiven Patienten eine Einweisung gegen seinen Willen durchsetzen muss. Nach Besserung der depressiven Symptomatik in der Klinik ist aber auch bei Menschen, die gegen ihren Willen zur Behandlung eingewiesen wurden, meist Erleichterung und Verständnis für diesen Schritt spürbar.

Mythen und Fakten rund um den Suizid

Es bestehen grosse Hemmungen, Suizidgedanken direkt anzusprechen. Dies ist aber die einzige Möglichkeit, um Klarheit über den aktuellen Gefühlszustand des Patienten zu bekommen. Rund um das Thema Suizid bestehen viele «Volksweisheiten»; die Fakten stellen sich oft ganz anders dar:

- **«Leute, die von Suizid sprechen, bringen sich nicht um».** Suizidäusserungen sind in jedem Fall als Ausdruck einer seelischen Krisensituation zu verstehen und ernst zu nehmen. Acht von zehn Suizidenten haben vor ihrem Tod klar von ihren Absichten gesprochen.

- **«Menschen, die Suizid begehen wollen, tun dies früher oder später sowieso».** Nachfolgeuntersuchungen zeigen, dass von den Patienten, die Suizidversuche hinter sich haben, nur sehr wenige im späteren Verlauf ihres Lebens tatsächlich Suizid begehen.

- **«Jeder Mensch hat das Recht, seinem Leben ein Ende zu setzen».** Die grosse Mehrheit der Menschen, welche Suizidhandlungen begehen, tun dies in einem psychischen Zustand, der es ihnen nicht erlaubt, ohne krankheitsbedingte verzerrte Sichtweise über ihr Leben zu entscheiden und die Zukunft ihres Lebens genügend sachlich einzuschätzen.

- **«Das Gespräch über Suizidabsichten könnte einen Suizid auslösen».** Kein Patient wird Suizid begehen, weil man ihn auf Suizidgedanken angesprochen hat. Ein offenes Gespräch bringt Entlastung und neue Hoffnung. Es ist Voraussetzung für eine tragfähige Beziehung zu den Angehörigen, den Therapeuten etc.

Was kann ich bei akuten Suizidgedanken tun?

Wichtig ist, die Suizidgedanken ernst zu nehmen und Hilfe zu organisieren. Die Menschen im Umfeld der Betroffenen sollten sich darauf konzentrieren dem/der Betroffenen aufmerksam zuzuhören sowie einfühlsam und ernsthaft nachzufragen. Gutgemeinte Ratschläge und Aufmunterungsversuche drängen die Suizidgefährdeten nur tiefer in ihre Auswegslosigkeit. Eigene Gefühle sollen geäussert, fehlgeschlagene Suizidversuche offen und ehrlich angesprochen und nicht als Unfall oder Versehen abgetan werden. Zur eigenen Psychohygiene sollte mit vertrauten Personen über den Suizidversuch gesprochen werden. Er sollte keinesfalls als «Schande» betrachtet und verheimlicht werden.

Himmelhoch jauchzend, zu Tode betrübt (manisch-depressives Kranksein)

Eine besondere Form depressiver Erkrankungen ist die manische Depression. Sie ist geprägt von stark wechselnden Gemütsverfassungen und beeinträchtigt den Lebensrhythmus eines Menschen erheblich. Das Risiko von körperlichen Schäden und Einbussen im familiären und beruflichen Alltag ist gross.

Das soziale Umfeld wird neben einer systematischen Therapie zum bedeutendsten Aspekt. Wertvoll ist es, wenn die Angehörigen zusammen mit dem Betroffenen zu Experten seiner Erkrankung werden.

Zeichen der Manie

Typische Zeichen einer Manie sind:

- eine gehobene, euphorische, gereizt/aggressive Stimmung.
- ein deutlich gesteigerter Antrieb und Drang zu Aktivitäten.
- ein gesteigertes Selbstwertgefühl (Allmachtsphantasien, Selbstüberschätzung, Grössenwahn).
- Gesprächigkeit, Rededrang, bis hin zu «Nicht-mehr-mit-Reden-aufhören-können».
- eine leichte Ablenkbarkeit mit Konzentrationsstörungen (zu viele Gedanken auf einmal im Kopf).
- Das Verhalten ist enthemmt (z.B. im sexuellen Bereich), distanzlos, leichtsinnig mit unüberlegten Handlungen, wie z.B. verschwenderischem Geldausgeben.
- Die Wahrnehmung ist intensiviert, und zwar in allen Sinnesbereichen: Hören, Sehen, Fühlen und Riechen.
- Das Schlafbedürfnis ist deutlich reduziert.
- Die Krankheitseinsicht ist beeinträchtigt. Der Betroffene fühlt sich gesund und lehnt eine Behandlung deshalb oft ab.

Die Betroffenen

Die Diagnose einer manisch-depressiven Erkrankung stellt für die Betroffenen einen massiven Einschnitt in ihr Leben dar. Die Krankheit wird in der Regel lange nicht als solche erkannt. Wenn nach durchschnittlich zehn Jahren Krankheitsverlauf erstmals ein Arzt im Zusammenhang mit Problemen des Gemütszustands aufgesucht wird, steht meist eine depressive Problematik im Vordergrund.

Vorangehende Phasen, in denen das Ausmass der Symptome deutlich geringer ausfällt als bei einer Manie (sogenannte hypomanische Phasen), fallen weniger auf. Der Betroffene erfreut sich während dieser Zeit gemäss eigenem Urteil bester Gesundheit und Leistungsfähigkeit, ist kreativ und voller Selbstvertrauen. Dies wird als vermeintliches Anzeichen einer positiven Entwicklung des Betroffenen betrachtet («Er hat bei sich einen Knoten gelöst», «Er hat die richtige Einstellung zum Leben gefunden» etc.). Verständlicherweise fehlt zu diesem frühen Zeitpunkt eine Krankheitseinsicht, der Kranke fühlt und betrachtet sich als völlig gesund. Für eine rechtzeitige und erfolgreiche Behandlung und Betreuung ist die Einsicht des Patienten aber besonders wichtig.

Im weiteren Verlauf der manisch-depressiven Krankheit wird die Lebensentwicklung stark beeinträchtigt. Die Betroffenen nehmen mit zunehmender Dauer der Erkrankung immer weniger am familiären und gesellschaftlichen Leben teil. Zu einem weiteren sozialen Rückzug führen die häufigen Begleiterkrankungen Sucht und Angst. Die beruflichen Möglichkeiten sind durch Anzahl und Verlauf der Krankheitsphasen unterschiedlich stark beeinträchtigt. Oft nimmt aber die Leistungsfähigkeit im Verlaufe der Erkrankung deutlich ab, so dass nur noch ein Drittel der Betroffenen einer geregelten Arbeit nachgehen kann. Ein definierter Tagesrhythmus mit einem fest eingeplanten Wechsel zwischen Anforderung und Erholung sowie eine gut strukturierte Arbeit sind wichtig für die Stabilisierung der Situation und des Gemütszustands der Betroffenen.

Wer erkrankt wie häufig?

Etwa jeder hundertste Mensch erkrankt in seinem Leben an einer manisch-depressiven Krankheit. Männer und Frauen erkranken etwa gleich häufig, 75% der Betroffenen erleben ihre erste Krankheitsepisode vor dem 25. Lebensjahr. Neben einem familiär gehäuften Vorkommen fallen die parallel auftretenden Sucht- und Angsterkankungen sowie das Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom, Migräne etc. auf. Die begleitenden Probleme, die oftmals ganz im Vordergrund stehen, verhindern in vielen Fällen die Diagnosestellung und damit auch eine fachgerechte Behandlung des manisch-depressiven Krankseins.

Manische Phasen können sowohl im Zusammenhang mit belastenden persönlichen Ereignissen als auch ohne erkennbaren Grund auftreten. Die Dauer der Phasen reicht von einigen Wochen bis zu mehreren Monaten, wobei ein Abwechseln der manischen und depressiven Phasen möglich ist. Eine fachärztliche Behandlung und medikamentöse Langzeittherapie sind bei der manisch-depressiven Erkrankung unbedingt notwendig.

Mögliche Ursachen

Verschiedene Faktoren spielen beim Entstehen der manisch-depressiven Krankheit eine Rolle. Eine familiäre Häufung und ein frühes Erkrankungsalter legen eine erbliche Veranlagung nahe. Diese Veranlagung macht es wahrscheinlicher, dass ein belastendes Lebensereignis eine manisch-depressive Erkrankung auslösen könnte.

Neben dieser vererbten Veranlagung ist ein gestörtes Zusammenspiel der Botenstoffe im Gehirn (Neurotransmitter) von Bedeutung. Wichtig sind auch psychologische Faktoren – lässt sich doch häufig vor der ersten Erkrankungsphase ein schwer belastendes Lebensereignis beschreiben.

Der Verlauf

Typisch ist der Wechsel zwischen depressiven/manischen Krankheitsphasen und krankheitsfreien Zeiträumen.
Bei den meisten Patienten folgen auf die erste Krankheitsphase im Verlaufe ihres Lebens acht bis zehn weitere Episoden. Mit zunehmendem Alter werden die Krankheitsphasen häufiger und verlaufen auch schwerer.

Die Krankheit setzt in jungen Jahren ein, viele Betroffene müssen mit massiven Einschränkungen (körperliche Gesundheit, Einbussen im familiären und beruflichen Leben, Lebenserwartung) zurecht kommen. Eine frühzeitige Diagnosestellung und der Einsatz von Medikamenten, welche die Häufigkeit der Krankheitsphasen verringern (sogenannte Phasenprophylaktika), sind für eine gute Betreuung und Behandlung sowie den weiteren Verlauf der Krankheit zentral.

Das soziale Umfeld

«Es ist wichtig, dass die Angehörigen zusammen mit dem Betroffenen zu Experten seiner Erkrankung werden!»

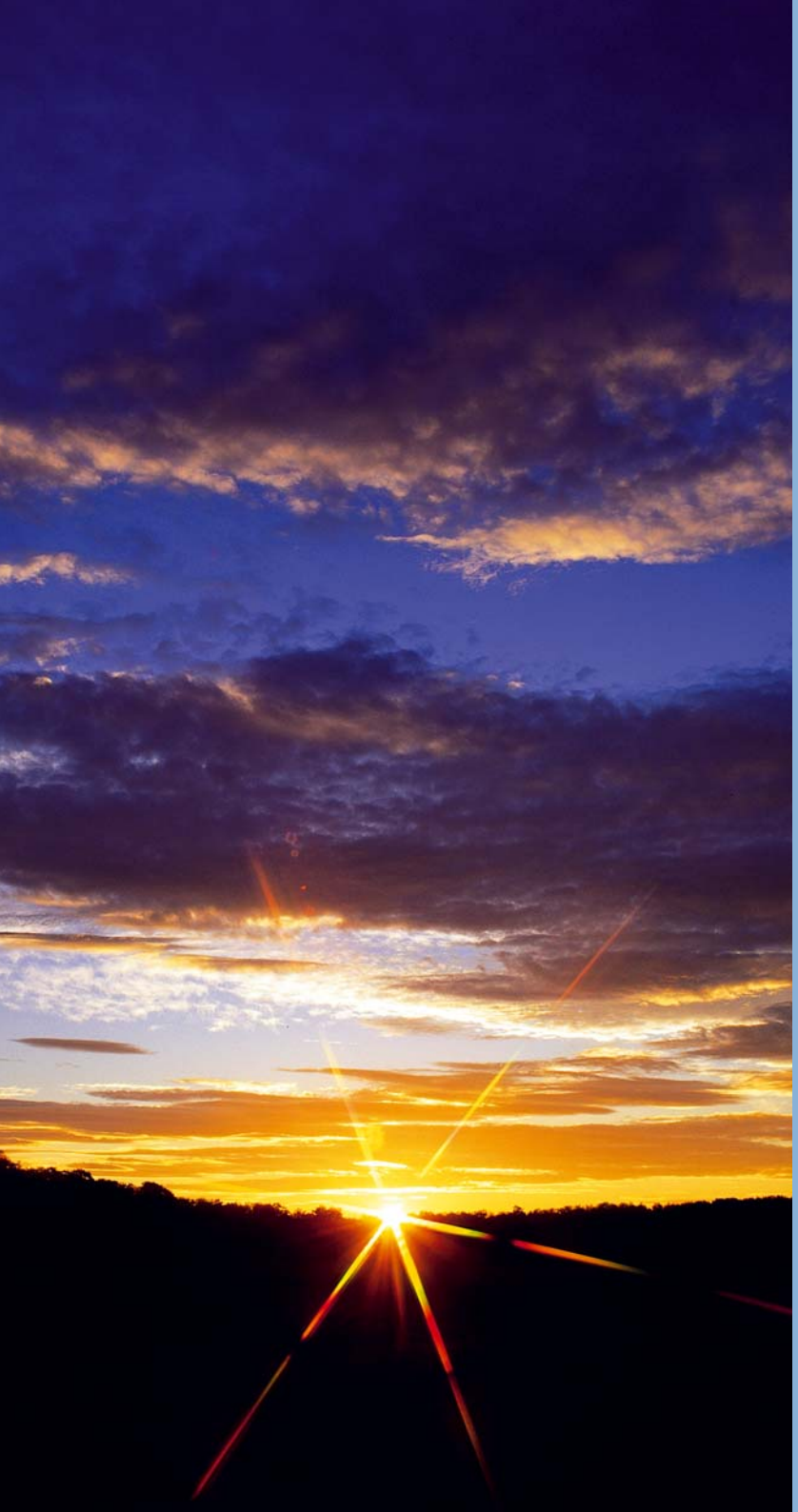
Aggressives Verhalten, körperliche Gewalt, wirtschaftlicher und sozialer Schaden, den die Patienten mit ihrem krankheitsbedingten Verhalten auslösen können, stellen das soziale Umfeld, insbesondere auch die betroffenen Familien, vor schwere Probleme. Auch die Begleiterkrankungen Alkohol- und Drogenmissbrauch sowie die möglicherweise auftretenden Angsterkrankungen führen oft zu grossen Schwierigkeiten. Wegen der fehlenden Krankheitseinsicht manisch-depressiver Patienten, vor allem während einer manischen Phase, können in vielen Fällen Lösungen nur noch mit Hilfe von Zwangsmassnahmen erreicht werden.

Ganz zu Beginn einer erneuten manischen Krankheitsphase sind die Patienten noch für Ratschläge zugänglich. Bemerken Freunde oder Angehörige, dass sich eine neue Krankheitsphase anbahnt, ist es deshalb wichtig, dass sie zu diesem frühen Zeitpunkt die entsprechenden Massnahmen für eine therapeutische Unterstützung in die Wege leiten.

Sinnvollerweise einigt man sich bereits während des krankheitsfreien Intervalls darüber, welche Schritte bei einer sich erneut anbahnenden manischen oder depressiven Phase zu unternehmen sind. Ein geeignetes Instrument dafür ist die sogenannte **Behandlungsvereinbarung**. Sie wird zusammen mit dem Betroffenen, seinen Betreuern innerhalb und ausserhalb der Klinik und von einer von ihm bestimmten Vertrauensperson ausgearbeitet. Die Vereinbarung dient dem Zweck, gemeinsam genaue Handlungsanweisungen festzusetzen, die im Fall einer Verschlechterung des Zustands befolgt werden sollen. Auch die äusserst wichtige Frage der Medikamenteneinnahme wird in der Vereinbarung festgehalten.

Die geschilderten Belastungen des sozialen Umfelds führen dazu, dass manisch-depressiv Erkrankte überdurchschnittlich häufig ledig oder geschieden sind. In drei von vier Fällen wird von ihnen ein Familienmitglied als nächste Bezugsperson angegeben. Die sich daraus ergebende Mitverantwortung bedeutet für die Familien eine grosse Beanspruchung.

Ganz wichtig im Umgang mit manisch-depressiv Erkrankten ist das Eintreten auf ihre häufig vorhandenen Gedanken darüber, sich das Leben zu nehmen. Das offene Ansprechen solcher Gedanken oder Impulse ist hilfreich. Zusammen mit dem bereits erwähnten, rechtzeitigen Reagieren auf eine sich erneut anbahnende depressive oder manische Phase ist es eine geeignete Massnahme, die Gefahr eines drohenden Suizids abzuwenden.



Anhang

Aktivitäten, die helfen können, Ihren Alltag zu bewältigen

1. Zu Hause

Körperhygiene

- ☐ Duschen
- ☐ Fussbad
- ☐ duftende Bäder
- ☐ Maniküre
- ☐ Pediküre
- ☐ Masken

Haushalt

- ☐ Aufräumen
- ☐ Vorhänge waschen
- ☐ Fenster putzen
- ☐ Zimmer neu einrichten
- ☐ Möbel umstellen, restaurieren

Bürotätigkeiten

- ☐ Einzahlungen tätigen
- ☐ Steuerbelege ordnen
- ☐ Adressbuch anlegen

Gartenarbeit

- ☐ Jäten
- ☐ Umtopfen

Kochen

- ☐ neue Rezepte ausprobieren
- ☐ Kuchen backen

Diverses

- ☐ Briefkasten leeren
- ☐ alte Kleider aussortieren

2. Freizeit

- ☐ Lieblingssendung am Fernsehen
- ☐ Gesellschaftsspiele
- ☐ Computerspiele
- ☐ Fotoalben anlegen
- ☐ Musik hören
- ☐ Telefon an Freunde

3. Auswärts

- ☐ Alltagseinkauf
- ☐ Kaffeebesuch
- ☐ auswärts essen gehen
- ☐ Besuch von Nachbarn
- ☐ Kino
- ☐ Konzert
- ☐ Museum
- ☐ Fussball-/Eishockeymatch
- ☐ Coiffeur
- ☐ Kirchenbesuch
- ☐ Arztbesuch

4. Körperliche Aktivitäten

- ☐ kleine Spaziergänge
- ☐ Wanderungen
- ☐ Nordic Walking
- ☐ Hundespaziergang
- ☐ Velofahren
- ☐ Schwimmen

Hinweise

Literaturangaben zum Thema

Daniel Hell: Welchen Sinn macht Depression? Ein integrativer Ansatz; 304 Seiten, 1992, Rowohlt, Reinbeck bei Hamburg
Depressionen spielen sich im Verborgenen ab. Sie gehören zur dunklen Seite des Lebens. Von der lichten Seite her sind sie nur unscharf wahrzunehmen. Selbst schwerere Leidensformen können von geblendeten Augen übersehen werden. Wer aber das drückende Gewicht von Depressionen erfahren hat, weiss um ihre Macht. Er wird sich gegen sie zur Wehr setzen wollen.

Pascale Gmür, Helga Kessler: Wege aus der Depression, Ratgeber für Betroffene und Angehörige; 206 Seiten, 2002, Beobachter-Buchverlag, Zürich
Ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige. Depressionen nehmen zu, bei jungen und alten Menschen, bei Frauen und Männern. Gewachsen sind aber auch die Möglichkeiten zur Behandlung. Heute kann depressiven Menschen in den meisten Fällen geholfen werden.

Ulrich Hegerl, David Althaus, Holger Reiners: Das Rätsel Depression, Eine Krankheit wird entschlüsselt; 254 Seiten, 2005, C. H. Beck, München
Eine Krankheit wird entschlüsselt. Dieses Buch, verfasst von Fachleuten des renommierten «Kompetenznetzes Depression» sowie einem Betroffenen, erläutert die neuesten Ergebnisse der Depressionsforschung und die erfolgreichsten Behandlungswege. Es zeichnet sich gegenüber herkömmlichen Ratgebern dadurch aus, dass die Erfahrungs- und Lebenswelt von Betroffenen besonders anschaulich gemacht wird. Ein umfassendes Werk, das als zusätzlichen Service einen ausführlichen Adressteil sowie einen Selbsttest enthält.

(Auszugsweise aus «Bücherliste zur Depression»: Frau Dr.med. M. Kristen-Krüger, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich)

Depressive Menschen und ihre Angehörigen haben einen sehr grossen Erklärungsbedarf. Im Alltag haben sich zum erweiterten Verständnis dieser Krankheit verschiedene Bücher, vor allem jene, in denen die eigene Sicht des Erlebens einer Depression dargestellt wird, als äusserst hilfreich erwiesen. Besonders lesenswert sind folgende Titel:

Ruedi Josuran; Verena Hoehne; Daniel Hell: Mittendrin und nicht dabei; Mit Depressionen leben lernen; 1999, Haffmans Sachbuch Verlag AG, Zürich
Alle Facetten eines Lebens mit Depressionen werden in diesem Briefwechsel zwischen den beiden JournalistInnen Ruedi Josuran und Verena Hoehne angesprochen. Der Leser erfährt auf berührende Art und Weise, wie diese zwei Menschen mit Fragen umgehen, über die sonst kaum jemand zu sprechen wagt:

- Wie sage ich jemandem, wie schlecht ich mich fühle?
- Wie kann ich akzeptieren, dass ich eine Depression habe und krank bin?
- Wieso trifft es mich? Woher kommt diese Depression?
- Was mache ich falsch? Was muss ich besser machen?
- Wie soll ich mir helfen lassen?
- Wie ertrage ich diese Nebenwirkungen?
- Wie finde ich die richtige Therapie und die richtige Person dafür?

Die Antworten, die sich aus den Erfahrungen dieser beiden Menschen ergeben, werden ergänzt durch medizinische Kommentare von Daniel Hell.

Brigitte Woggon: Ich kann nicht wollen; 195 Seiten, 1998, Huber, Bern
Die Autorin hat dieses Buch zusammen mit ihren PatientInnen geschrieben. Es soll dazu beitragen, dass Depressionen häufiger und vor allem früher erkannt, als Krankheit ernst genommen und richtig, d.h. erfolgreich behandelt werden. Es ist nicht mehr nötig, viele Jahre an Depressionen zu leiden, da man diese heute wirksam behandeln kann. Voraussetzung ist allerdings, dass diese auch als solche erkannt werden.

Ellen McGrath: Danke, es geht mir schlecht!
Die Chance für Frauen in Krisen: Wie man depressive Gefühle in positive Energien umwandelt; 445 Seiten, 1994, Goldman-Taschenbuch, München
In unserer Zeit, in der man geradezu verpflichtet ist, Vitalität und Lebensfreude auszustrahlen, ist es nicht leicht, depressive Phasen zu bewerten. Vor allem Frauen haben gelernt zu glauben, dass es ihre Schuld oder ein natürlicher Zustand sei, wenn sie sich schlecht fühlen. Ellen McGraths Buch gibt die Chance zu erkennen, dass viele depressive Verstimmungen wertvolle Warnsignale für Frauen darstellen, weil Familie, Arbeitsplatz und vor allem die Gesellschaft männlich orientiert sind. Dieses praktische und leicht verständliche Buch zeigt, wie Frauen grössere Unabhängigkeit erreichen und sich gesünder und wohler fühlen können.

Piet C. Kuiper: Seelenfinsternis, Die Depression eines Psychiaters; 1995, Fischer, Frankfurt a.M.
In diesem vielbesprochenen Buch schildert der niederländische Psychiater Piet C. Kuiper auf beklemmende Weise eine schwere Depression, die ihn in eine tiefe Lebenskrise stürzte und seine Einweisung in eine Klinik notwendig machte.
All sein Wissen über seelische Störungen versagte vor seiner eigenen Erkrankung. Nach seiner Genesung schrieb er dieses einmalige Dokument nieder, das zu einem Bestseller wurde.

J. Cleve: Licht am Ende des Tunnels (mit einem Vorwort von Prof. D. Hell); 1997, Huber, Bern
Viele Menschen kämpfen über Jahre mit chronischen Depressionen, die sie im Alltag vielleicht gerade noch unter Kontrolle halten, die ihnen aber jegliche Freude am Leben rauben. Der Autor dieses «Selbsthilfebuches» wendet sich an alle Menschen, die häufig und ohne ersichtlichen Grund unter schwerer Niedergeschlagenheit leiden. Das Buch zeigt, dass es möglich ist, eine heraufziehende depressive Verstimmung rechtzeitig zu erkennen und sich ihrem «Abwärtssog» zu entziehen.

Daniel Hell: Die Depression des alten Menschen; 119 Seiten, 1993, Fachverlag AG, Zürich
Anwendungsfelder von Psychiatrie und Psychotherapie

Selbsthilfe- und Angehörigengruppen

Hilfe und Unterstützung von Menschen, die eine Depression durchlebt haben, ist eine der wichtigsten Quellen zur Bewältigung der Krankheit. Depressions-Erfahrene haben 1994 in Zug den «Verein Equilibrium zur Bewältigung von Depressionen» gegründet. Der Verein verfolgt das Ziel, Veranstaltungen über Depressionen durchzuführen, schweizweit Selbsthilfegruppen zu gründen sowie durch Öffentlichkeitsarbeit die manisch-depressiven Krankheiten zu enttabuisieren und die Patienten von ihrem Stigma zu befreien.

Informationen sind erhältlich über:

Verein Equilibrium
Ibelweg 20
6300 Zug
Telefon 041 761 05 88
www.depressionen.ch

Suchen sie jemanden, mit dem Sie aktuelle Probleme erörtern können?
help@depressionen.ch

Die Stiftung Pro Mente Sana bietet Beratung und Unterstützung kostenlos an:

Pro Mente Sana
Hardturmstrasse 261
Postfach
8031 Zürich
Telefon 044 563 86 00
Telefax 044 563 86 17
www.promentesana.ch

Für Angehörige psychisch Kranker gibt es folgende Selbsthilfegruppen:

VASK
Vereinigung der Angehörigen von
Schizophrenie-/Psychisch-Kranken
Schweizerischer Dachverband
Geschäftsstelle
Postfach 474
6015 Reussbühl
Telefon 0800 50 50 82
Telefax 041 250 50 83

vask@bluewin.ch
www.vask.ch

Kontakt-Telefon/Beratung VASK Zürich: 044 240 48 68
Dienstag und Donnerstag, 14.00–18.00 Uhr

Links zum Thema

Weitere, ausgewählte Informationen zum Thema «Depression»:

www.depression.ch
Interessante (und aktuelle) Informationen zum Thema «Depression»

www.psychiatrie.ch
Homepage der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, unter anderem mit einer Liste von Selbsthilfegruppen

www.kompetenznetz-depression.de
Ausführliche Informationen sowohl für Betroffene als auch für Fachleute

www.depression.unizh.ch
Website der Universität Zürich zum Thema Depression, die sich sowohl an Laien wie auch an Fachleute richtet. Ausführliche fachliche Angaben.

www.patienten.ch
Plattform für Schweizer Patientenorganisationen

www.zugerbuendnis.ch
Initiative 6D Kanton Zug, BAG, Equilibrium

www.berner-buendnis-depression.ch
Informiert über Krankheit, Beratungsstellen, Veranstaltungen und Selbsthilfeaktivitäten im Kanton Bern

www.depri.net – Online Plattform Depression
Online Plattform einer Direktbetroffenen zum Informationsaustausch

www.depressionen-film.ch – SellenSchatten
Homepage zu Dieter Gräunichers Film «Sellenschatten» mit vielen weiteren Texten und Materialien

www.beobachter.ch – Forum «Depression»
Forum, Links und Literaturhinweise
DVD – Depressionen, Ohnmacht und Herausforderung, Dieter Gränicher (momenta Film)

Dankeschön

Dieser Patientenratgeber entstand in enger Zusammenarbeit zwischen der Mepha Pharma AG und Dr.med. Daniel Bielinski, Chefarzt Psychiatrische Klinik und Leiter der Psychiatrischen Dienste des Kantons Solothurn. Wir danken Dr.med. Daniel Bielinski herzlich für sein Engagement und seine wertvollen Ausführungen, die diese Publikation zu einem lesefreundlichen Buch für Patienten und ihr Umfeld werden liessen.

Impressum

«Depressionen, manisch depressives Kranksein» – Ratgeber für Patientinnen und Patienten

Auflage
29'000 Ex. (deutsch, französisch, italienisch)

Texte
Dr.med. M.H.A. Daniel Bielinski,
Chefarzt Psychiatrische Dienste
des Kantons Solothurn,

Dr. Hans Balmer,
Dr. Hans Balmer AG, 4601 Olten

Fragebogen Depression: Prof.Dr. J. Margraf,
Psychiatrische Universitätsklinik, Basel

Redaktion
Béatrice Greutert, Dr. Richard Hummel,
Dr.med Dagmar Meyer, Simone Theiler,
Dr. Thomas Weikert

Übersetzungen
Patricia Lambelet, Agence Iff,
1673 Promasens

Roberto Stürchler, lic. oec. HSG
und Partner GmbH, 6374 Buochs

Gestaltung und Produktion
Peter Salzmann, Anita Walter,
Créative-Atelier Salzmann GmbH,
4656 Starrkirch-Wil

Druck
Brogle Druck AG, 5073 Gipf-Oberfrick

Info-Adresse
Mepha Pharma AG
Dornacherstrasse 114
Postfach 445, 4147 Aesch BL
Telefon 061 705 43 43
Telefax 061 705 43 85
www.mepha.ch

mepha