

Desinteresse am eigenen Kind?

Eine postpartale Depression trifft rund sieben Prozent der jungen Mütter. Große Studie an der Uniklinik

Die Geburt und ersten Monate gemeinsam mit ihrem Kind sollten für junge Eltern eine wunderbare Zeit sein. Zwar ist diese Phase für alle sehr anstrengend, doch das gegenseitige Kennenlernen und das Zusammenwachsen als Familie sind in dieser Zeit so intensiv und schön wie sonst selten im Leben. Vor allem Mutter und Kind legen hier den Grundstein für eine lebenslange enge Bindung.

Doch manchmal ist dieses frühe Glück der Familie gestört. Rund zehn bis 15 Prozent der Mütter bekommen in den Wochen nach der Entbindung eine Depression, die sogenannte postpartale Depression. Da die ersten zwölf Wochen als Mutter generell eine äußerst kräftezehrende Zeit sind, übersehen viele Frauen die Anzeichen einer Depression und tun diese, oft übersehene Erkrankung, als normale „Nebenwirkungen“ einer jungen Mutterschaft ab. Doch neben einer großen Erschöpfung, Appetit-, Antriebs- und Schlaflosigkeit sind auch das Desinteresse am Kind und die große Angst, als Mutter zu versagen, Symptome, die die postpartale Depression kennzeichnen können. Die Sorge, im neuen Leben mit Kind etwas zu verpassen, kann zermürben; und sogar Zwangsgedanken, dem Kind etwas antun zu wollen, kommen auf. Manchmal werden Mütter vor Sorge um das Kind auch regelrecht handlungsunfähig.

Im Rahmen von JARA BRAIN und in Kooperation mit dem INM-7 (Institut für Neurowissenschaften und Medizin) am Forschungszentrum Jülich und dem Perinatalzentrum der Uniklinik RWTH Aachen versucht Dr. med. Natalia Chechko von der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik zurzeit herauszufinden, welche Frauen ein besonders hohes Risiko in sich tragen, an solch einer Depression zu erkranken. Dazu wurden 220 gesunde Mütter in den ersten drei Monaten nach der Entbindung begleitet, untersucht und immer wieder zu ihrem Befinden, zu Umgang und Bindung zum Baby, zu Lebensumständen, Vorerkrankungen und Verhaltensweisen im Alltag befragt. „Durch unsere Studie konnten wir bisher bei 16 Personen eine Depression feststellen, die sonst möglicherweise unentdeckt geblieben wären. So war eine schnelle und gezielte Hilfe möglich“, sagt die Psychiaterin. Damit waren sieben Prozent der Mütter betrof-



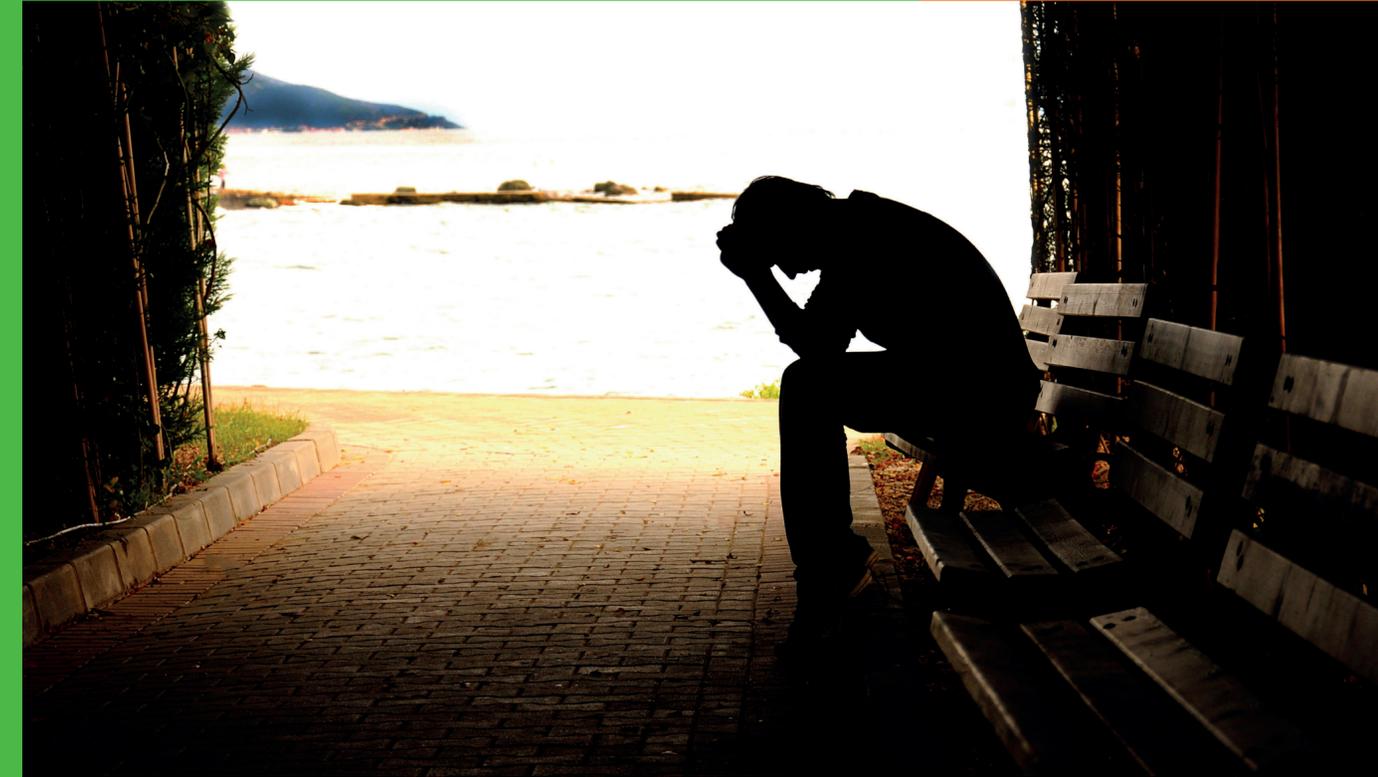
fen. Bei weiteren zehn Prozent wurden vorübergehende Anpassungsstörungen festgestellt. Das Kuriose: Keine der Frauen hatte die Depression bemerkt, alle waren der Auffassung, ihr Befinden sei im Wochenbett üblich. Dabei kann eine handfeste Depression zur Gefahr werden. „Ziel muss es daher auch sein, das Bewusstsein für die Möglichkeit einer postpartalen Depression zu schärfen“, erklärt Dr. Chechko, die die Studie in Zusammenarbeit mit Univ.-Prof. Dr. med. Tamme W. Goecke vom Pränatalzentrum der Uniklinik durchführt, und macht Betroffenen Hoffnung: „Es ist wirklich leicht, zu helfen. Bei allen Frauen konnten die Beschwerden durch eine ambulante Therapie und – bei schwereren Fällen – auch durch die Gabe von Medikamenten schnell gelindert werden. Auch unter einer medikamentösen Therapie war das Stillen in der Regel weiter möglich.“

Postpartale Depression: ein Tabuthema

Leider sieht die Wirklichkeit ohne Teilnahme an einer Studie meist anders aus: Die Risikofaktoren sind unbekannt, die Symptome werden nicht richtig interpretiert. Zudem erwarten Umfeld und Familie

ein „Sich-Zusammenreißen“, ein fehlender Verbund in der Großfamilie lässt junge Mütter in dieser Zeit regelrecht isoliert zurück; und der eigene Anspruch erzeugt Schuldgefühle. „Zwar können postpartale Depressionen auch ohne Behandlung wieder besser werden, aber dafür gibt es keine Garantie. Und: Ohne Behandlung dauert dies immer länger und wichtige Zeit wurde dann verschenkt“, sagt Dr. Chechko. „Zum einen müssen die Frauen selbst länger leiden als nötig. Zum anderen leiden in dieser Zeit auch das Kind und die Bindung zwischen Mutter und Kind erheblich. Und diese wichtigen Monate für die Mutter-Kind-Bindung sind dann verloren.“ Zudem bestehe ohne Behandlung immer die Gefahr, dass die Depression sich verschlechtere, so die Ärztin.

Von den 16 depressiven Müttern der Studie hatten sieben bereits vor dem Kinderwunsch eine depressive Episode. Damit scheint die Vermutung bestätigt, dass vorerkrankte Frauen ein höheres Risiko tragen, auch eine postpartale Depression zu bekommen. Welche anderen Risikofaktoren es gibt, will Dr. Chechko noch herausfinden. Die Studie läuft noch weitere 24 Monate.



Depression – die unterschätzte Volkskrankheit

Depressionen sind so alt wie die Menschheitsgeschichte. Ihre Symptome waren bereits im Altertum als Melancholie bekannt – als Zustand von Schwermut, Traurigkeit und Hoffnungslosigkeit über längere Zeit. Eine Depression ist eine häufige und schwere psychische Krankheit, eine affektive Störung, wie die Fachleute diese Erkrankung heute bezeichnen. In unserer Gesellschaft wird sie allerdings oft verkannt und dann mit einer vorübergehenden Verstimmung oder gar schlechter Laune verwechselt. Deshalb benötigen die Betroffenen, aber auch Angehörige und Freunde im sozialen Umfeld von Menschen mit Depressionen mehr Informationen über diese schwere psychische Erkrankung.

Die Depression kann den Betroffenen bis hin zur Unfähigkeit, den eigenen Lebensverpflichtungen nachzukommen, stark beeinträchtigen. „In ihren tiefsten und schwersten Ausprägungsformen beherrscht sie die Kranken in ihrem Denken und Erleben derart, dass diese über ihr eigenes Leid nicht mehr hinauszuschauen vermögen und den Glauben an sich, an ihr soziales Umfeld, an Hilfsmöglichkeiten und an die Zukunft verlieren“, erklärt Univ.-Prof. Dr. med. Dr. rer. soc. Frank Schneider, Direktor der Klinik für

Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik an der Uniklinik RWTH Aachen, und warnt: „Die Depression kann dann lebensbedrohlich werden, denn sie birgt die Gefahr der Selbsttötung.“ Aber es gibt auch eine gute Nachricht: Eine Depression ist keine ausweglose Erkrankung. „Hilfe und Heilung sind gut möglich“, so der Experte.

In der Uniklinik werden jährlich 1.000 Patientinnen und Patienten wegen einer Depression stationär behandelt. Hinzu kommen 200 teilstationäre und viele ambulante Patienten. Deutschlandweit erkranken rund vier Millionen Menschen jährlich an einer Depression. Das sind mehr als acht Prozent. Jede vierte Frau und jeder achte Mann erkrankt im Laufe des Lebens an einer Depression.

Die Symptome kennen

Daher sollte man diese Erkrankung als Ursache für tiefe Erschöpfung, Antriebslosigkeit und Verzweiflung im Blick haben. Wer die Symptome kennt (Seite 3), kann reagieren – und sich schnell behandeln lassen. Erste Anlaufstelle kann der Hausarzt sein. Über die Hälfte der depressiven Patienten im ambulanten Bereich (53 Prozent) befinden sich ausschließlich in hausärztlicher Behandlung. Doch sie erhalten oft entweder

keine spezifische Behandlung oder eine ausschließlich medikamentöse Behandlung. Umfragen zeigen: Von den Patienten mit einer schweren depressiven Episode erhalten nur fünf Prozent eine Kombination aus Psychotherapie und Pharmakotherapie, wie sie in der Nationalen Versorgungsleitlinie empfohlen wird. Daher ist gerade in schwereren Fällen der Weg zum Experten unbedingt ratsam. In der Uniklinik finden depressive Patienten beste Bedingungen, sich individuell stationär, tagesklinisch oder ambulant helfen zu lassen (Seite 4). Das Magazin FOCUS zeichnete die Klinik erst gerade zum wiederholten Male als besondere Klinik für Depressionen, bipolare Störungen und Schizophrenien aus. Auch weil Patienten dank der umfangreichen Forschung auf dem Gebiet der Depressionen immer von den modernsten diagnostischen und therapeutischen Verfahren profitieren.

Depressionen sind nicht nur mit erheblichem Leid für den Betroffenen verbunden. Sie verursachen auch hohe volkswirtschaftliche Kosten, weil sie behandelt werden müssen und – vor allem unbehandelt – zu Arbeitsunfähigkeit und Frühverrentungen führen. Gründe genug, sich im Privaten, aber auch in der Gesellschaft mehr mit der seelischen Gesundheit zu beschäftigen und sie ernst zu nehmen.

Unsere Angebote für Sie

Unser Behandlungsspektrum umfasst alle psychischen Erkrankungen von schizophrenen Psychosen über Depressionen und Suchterkrankungen bis hin zu demenziellen Erkrankungen. Zudem bietet die Klinik ein breites Therapieangebot im ambulanten und besonders auch im teilstationären Bereich mit zwei großen Tageskliniken in Aachen und Würselen. Die Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik verfügt über 129 Betten auf acht Stationen. Gegenwärtig bereiten wir eine Erweiterung um zusätzliche 41 Betten vor.

Unser Ziel ist es, möglichst viele Menschen in ihrem Lebensalltag zu unterstützen. Am besten, bevor eine Lebenskrise bzw. psychische Erkrankung ausbricht. Die Behandlung erfolgt je nach Fragestellung in unserer Institutsambulanz, Privatambulanz oder in der Poliklinik. Mithilfe modernster diagnostischer Methoden wird immer der individuelle Therapiebedarf ermittelt. Anschließend wird beraten, welche Therapieoption und -form für den Patienten sinnvoll ist.

Unser spezifisches Diagnostik- und Behandlungsangebot:

- Umfassende Diagnostik psychischer Störungen
- Psychopharmakologische Behandlung, insbesondere bei Patientinnen und Patienten mit akuten und therapieresistenten Verläufen
- Psychoedukative Gruppen und Hilfen bei der Krankheitsbewältigung
- Kognitive Einzel- und Gruppentherapie
- Wach- und Lichttherapie
- Konzentrationstraining

- Elektrokonvulsionstherapie
- Progressive Muskelentspannung nach Jakobson
- Soziales Kompetenztraining
- Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen
- Sport- und Bewegungstherapie
- Ergo- und Kunsttherapie

Mehr Informationen zum Thema Depression finden Sie auch in den Büchern von Prof. Frank Schneider, der in den letzten Jahren immer wieder von der Zeitschrift FOCUS als Deutschlands Top-Arzt in der Behandlung von Depressionen, bipolaren Erkrankungen und Schizophrenien ausgezeichnet wurde, so auch 2017:

Depressionen im Alter, Herbig Verlagsbuchhandlung
Depressionen im Sport, Herbig Verlagsbuchhandlung

Sprechen Sie am besten mit Ihrem Hausarzt oder Psychiater, ob er Ihnen eine Behandlung in der Klinik empfiehlt.

www.psychiatrie.ukaachen.de

Impressum

Herausgeber: Uniklinik RWTH Aachen Verantwortlicher: Dr. Mathias Brandstädter Redaktion: Michaela Mütter Satz und Layout: Michaela Mütter Fotos: Uniklinik RWTH Aachen, Fotolia Herstellung und Druck: Flyeralarm Anschrift der Redaktion: Redaktion Uniklinik RWTH Aachen, Pauwelsstraße 30, 52074 Aachen E-Mail: kommunikation@ukaachen.de Auflage: Uniklinikvisite erscheint in einer Auflage von 1.000 Stück.



02 Zurück ins Leben: Eine Patientengeschichte



03 Wie und warum entsteht eine Depression?



04 Ansprechpartner: Unsere Sprechstunden

Schritt für Schritt zurück ins Leben

Elvira Weg aus der Depression. „Ich habe lange gebraucht, um zu erkennen, was mir fehlte.“



Als Elvira in die Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik der Uniklinik RWTH Aachen kam, hätte sie nicht geglaubt, dass man ihr hier würde helfen können. Zu tief war die Verzweiflung, zu übermächtig die Traurigkeit in ihr. Über Wochen und Monate hatte sich eine erdrückende Stimmung über Elvira gelegt; eine Hoffnungslosigkeit und das Gefühl, das eigene Leben nicht mehr im Griff zu haben.

Dabei war sie immer eine lebenslustige, aktive Frau gewesen. Mutter zweier Kinder, Oma mehrerer Enkelkinder, glücklich verheiratet, mit vielen Freunden und einem erfüllenden Berufsleben. Perfekt – eigentlich. Doch irgendwie war es anders seit einiger Zeit. Schleichend hatte sich eine Erschöpfung in ihr ausgebreitet. Das zunehmende Alter forderte seinen Tribut, doch die 63-Jährige machte weiter wie immer – und achtete nicht auf sich und ihre Bedürfnisse. Dazu kam die Sorge um ihre eigene Mutter, die in der Heimat Spanien plötzlich nicht mehr allein leben konnte. Obwohl Geschwister vor Ort waren, sah sich Elvira verpflichtet, sich aus der Ferne an der Organisation von Pflege und Hilfe zu beteiligen – und fühlte sich zunehmend überfordert. Nachmittags wurde sie müde, dabei war die Arbeit im Haus noch nicht getan. Sie schaffte es nicht mehr, Einkäufe zu planen, sich zu organisieren, schlief immer schlechter und traute sich am Ende selbst nicht mehr.

Nach drei Monaten Schlaflosigkeit, Appetitlosigkeit, Unruhe und gleichzeitiger lähmender Erschöpfung zog sie die Reißleine und bat ihren Sohn, sie zu unter-



In der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik ist das Therapieangebot groß: Sport, Einzel- und Gruppengespräche oder, wie hier, die Ergotherapie gehören dazu.

stützen und in der Uniklinik RWTH Aachen Hilfe zu suchen. „Als ich endlich in der Klinik war, spürte ich plötzlich eine große Erleichterung“, erzählt Elvira. Keine Verpflichtungen mehr, keine Aufgaben. Ein geschützter Raum, in dem sie sich auf sich selbst besinnen konnte, war gefunden. Zehn Wochen sind seitdem vergangen. Schritt für Schritt hat sich Elvira in dieser Zeit über Therapien und die Einnahme von Medikamenten zurück ins Leben gearbeitet.

Die Symptome kennen

„Eine Depression ist eine schwere Erkrankung. Sie ist nicht an sich lebensbedrohlich, aber sie kann tödlich enden, wenn sie die Betroffenen in den Suizid treibt“, sagt Dr. med. Karsten Henkel, Oberarzt in der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik. „Deshalb darf man sie nicht unterschätzen, sondern muss sie adäquat und konsequent behandeln.“ Je schneller man dies tut, umso besser. Leider erkennen immer noch viele Menschen deutliche Symptome nicht (mehr dazu rechts) oder zögern, sich helfen zu lassen. Dabei kann der erste Schritt auch über den Hausarzt erfolgen. Und nicht immer ist gleich eine stationäre Therapie erforderlich. Wer frühzeitig professionelle Hilfe sucht, kann eventuell einen Klinikaufenthalt verhindern.

Im Rückblick wundert sich Elvira, dass auch sie so lange brauchte, um überhaupt auf die Idee zu kommen, dass ihre Erschöpfung, Schlafstörungen und der fehlende Appetit Anzeichen einer Depression waren. Nach dem ersten Verdacht versuchte sie noch, sich durch einen Erholungsurlaub im Wellnesshotel selbst zu heilen – vergebens. „Im Gegenteil, was ich sonst so genoss, nervte mich plötzlich furchtbar. Massagen und Anwendungen konnte ich kaum ertragen“, erzählt sie. „Ich wusste damals wenig über die Erkrankung, kannte die Anzeichen nicht. Als ich mir bewusst wurde, was mir fehlte, bekam ich Panik. Was kommt auf mich zu? Werde ich je wieder gesund? Heute weiß ich: Depressionen sind gut heilbar. Es dauert nur etwas. Man muss Geduld haben und lernen, achtsamer mit sich selbst umzugehen.“

Depression ist keine Schwäche

In Elvira Umfeld wissen mittlerweile alle Bescheid über die Depression. Freunde und Familie unterstützen sie. Ein Tabu ist die Erkrankung nicht, auch wenn Elvira ihren vollständigen Namen nicht in dieser Zeitung lesen möchte. Bei vielen Patienten ist der Umgang mit der Depression nicht so einfach wie der mit einem Leiden, das jeder sehen und nachvollziehen kann. „Burn-out“ als Ursache depressiver Symptome wird von Betroffenen besser akzeptiert. Denn ein „Ausgebranntsein“ resultiert aus einer Leistung, einer Überarbeitung, einer Aufopferung – nicht aus einer Schwäche, die mancher immer noch mit einer Depression assoziiert. Dabei ist eine Depression eine Erkrankung und keine Schwäche oder gar ein Makel. Sie hat unter anderem körperliche

Ursachen und erbliche Komponenten, auf die niemand selbst Einfluss nehmen kann. Hinzu kommen Lebensumstände und Ereignisse, die die Ausprägung beeinflussen. Es ist das Zusammenspiel biologischer und psychosozialer Faktoren (z. B. Überforderung am Arbeitsplatz, aber auch Stress in allen anderen gesellschaftlichen und privaten Bereichen), das die Depression auslöst. Multifaktorielle Bedingtheit nennen Fachleute das.

Den Weg in einen stationären Aufenthalt wählen Patienten teils mit großer Angst und Skepsis. Doch wer einmal auf einer Station für depressive Patienten war, weiß, dass hier nichts so trüb und düster ist, wie die Erkrankung selbst. Auch Elvira war überrascht von den hellen, offenen Räumen, von den vielen, ganz normalen Menschen jeden Alters, jeder Couleur. Hier wird – anders als auf anderen Stationen der Uniklinik – gemeinsam gegessen, die Patienten sind in den Tagesablauf eingebunden. In anfänglichen Phasen der Erkrankung liegen manche Patienten auch längere Zeit im Bett, doch in der Regel trifft man sich auf den Fluren, in Aufenthaltsräumen, im Garten, beim Sport oder in Therapien. Gesprächstherapie, Kunsttherapie, Ergotherapie, Entspannungsverfahren, Achtsamkeitstraining, Bewegung – das Angebot ist groß. Man wird medikamentös eingestellt, Kraft und Ausdauer werden wiedererlangt, die Lust am Leben geweckt, die Fähigkeit, ein Stück Schokolade zu genießen, sich selbst wieder zu trauen, zurückerobern. „Man arbeitet hier sein Leben auf, bricht alte Muster auf. Ich habe die Unordnung im Kopf beseitigt, die die Erkrankung geschaffen hat. Die Heilung geschieht auch über eine Selbstreflexion, die ich nie erwartet hätte – und das tut gut“, sagt Elvira. An eine stationäre Behandlung schließen Aufenthalte in der Tagesklinik oder ambulante Therapien an, bis schließlich keine Behandlung mehr notwendig ist. Und auch die verbreitete Sorge vor der Einnahme von Psychopharmaka ist weitgehend unbegründet. „Heutige Medikamente haben überschaubare Nebenwirkungen“, sagt Dr. Henkel. „Zudem erfolgt die Gabe sehr differenziert und behutsam.“

„Es geht vorbei“

Natürlich kann es auch Rückfälle geben. Die Nachsorge und Prävention eines Rezidivs spielt dabei eine große Rolle. Doch sehr viele Patienten kehren nach einer depressiven Phase nie wieder in die Klinik zurück. An Elvira Bett hängt – neben Fotos und selbstgemalten Bildern ihrer Enkel – ein großes Schild. „Es geht vorbei. Ich werde wieder gesund“, steht darauf. Bald ist es soweit. Bald wird sie entlassen. Einen ersten Schritt macht sie am Wochenende, wenn sie nach Wochen wieder erstmals zu Hause übernachtet. Ein bisschen mulmig ist ihr schon bei dem Gedanken, die sichere Klinik mit all den Ärzten, Therapeuten und Ansprechpartnern aller Art zu verlassen. Doch sie blickt zuversichtlich in die Zukunft und zweifelt nicht daran, ihr Leben bald wieder völlig normal weiterzuleben. Und sie stellt fest: „So gut wie heute habe ich mich lange nicht gefühlt.“

Wie entsteht eine Depression?

Eine Depression erfasst nicht einen Teil des Körpers, sondern den gesamten Menschen

Eine Depression kann ebenso schleichend wie plötzlich entstehen. In den Fällen des plötzlichen Beginns schildern Betroffene, ihre Stimmung habe sich von einem Augenblick auf den anderen verändert. Weit häufiger entsteht eine Depression jedoch unmerklich und in einer für die Betroffenen kaum nachvollziehbaren Weise.

Über Wochen oder Monate hinweg entwickeln sich die unterschiedlichsten Störungen an Psyche und Körper. „Die Lebensqualität nimmt ab, kann sich aber vorübergehend wieder vollkommen einstellen, sodass die Betroffenen diese Störungen nur für eine vorübergehende Unpässlichkeit halten“, erklärt Prof. Schneider, Direktor der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik. „Die unterschiedlichen Beschwerden, die sich einstellen und die oft auch wieder für eine bestimmte Zeit verschwinden, werden nicht als zusammenhängendes Phänomen wahrgenommen, dem man gezielt auf den Grund kommen möchte, wie dies bei anderen Erkrankungen in der Regel geschieht.“ Vielmehr herrsche bei vielen Betroffenen das Gefühl vor, man

selbst würde sich zum Nachteil verändern. Die depressiv Erkrankten können nicht mehr klar zwischen „gesund“ und „krank“ unterscheiden. Typisch: Die Erkrankung erfasst den gesamten Menschen und nicht wie bei der Mehrzahl der körperlichen Erkrankungen klar abgrenzbare Teilbereiche.

Zusammenspiel vieler Faktoren

Wie bei den meisten psychischen Erkrankungen geht man heute in der Wissenschaft davon aus, dass an der Entstehung einer Depression eine ganze Reihe von biologischen, psychischen und sozialen Faktoren beteiligt ist. Die Fachleute sprechen deshalb von einem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell. Einen moderierenden Einfluss auf diese Faktoren übt die individuelle Veranlagung eines Menschen aus, da die Erbanlagen ebenfalls eine nicht unwesentliche Rolle spielen. „Unmittelbaren Einfluss auf die Entstehung einer Depression haben auf neurobiologischer Ebene Fehlfunktionen im Neurotransmitter-System. Neurotransmitter sind chemische Substanzen, die von den Nervenzellen ausgeschüttet

werden und als Botenstoffe in der Kommunikation innerhalb des Nervensystems eine wichtige Rolle spielen. So trägt der Neurotransmitter Serotonin wesentlich zur Steuerung von Stimmungen und Emotionen bei. Auf psychosozialer Ebene ist die Entstehung einer Depression oft eng mit einschneidenden Belastungen in der individuellen Entwicklungs- und Lebensgeschichte verknüpft. Sehr belastende Lebensereignisse wie Trennungs- und Verlusterlebnisse steigern das Risiko, im weiteren Lebensverlauf eine Depression zu entwickeln.“

„Aus der Praxis und Forschung wissen wir, dass depressive Patienten in der Kindheit zwei- bis dreimal so häufig Verluste wichtiger Bezugspersonen durch Tod, Trennung oder Scheidung erlebt haben wie nichtdepressive Menschen“, erklärt Prof. Schneider. „Ebenso können bestimmte Persönlichkeitsfaktoren und Verhaltensmuster wie Introvertiertheit, negative Selbstsicht und Vermeidung zwischenmenschlicher Beziehungen die Anfälligkeit für eine Depression erhöhen. Umgekehrt sind intakte Sozialkontakte und verlässliche persönliche Beziehungen gute Schutzfaktoren.“

Was sind die Anzeichen einer Depression?

Dauerhaft traurig, erschöpft und antriebslos? Dann kann eine Depression vorliegen

Orientiert an den Leitlinien ihrer Fachgesellschaft, sprechen Psychiater vorwiegend vom Bild der depressiven Episode, wenn eine bestimmte Mindestanzahl von Haupt- und Zusatzsymptomen über mindestens zwei Wochen vorliegt. Auch für den Laien ist es sinnvoll, die Hauptsymptome einer depressiven Erkrankung und weitere depressionstypische Beschwerden – als Zusatzsymptome bezeichnet – zu kennen.

Die Hauptsymptome sind:

Tiefe Traurigkeit: Gefühle der Verzweiflung und „inneren Leere“ stellen sich ohne erkennbaren Anlass ein. **Interessenverlust:** Die Fähigkeit geht verloren, sich über schöne und wichtige Dinge oder Aktivitäten des Alltags zu freuen bzw. daran teilzunehmen. Der Interessenverlust kann sich auf alle Lebensbereiche erstrecken. **Antriebs- und Energielosigkeit:** Das Gefühl einer starken inneren Müdigkeit, verbunden mit Antriebs- und Energielosigkeit, lässt jede Aktivität, sofern die-

se überhaupt noch wahrgenommen werden kann, beschwerlich erscheinen. Die Motivation zur Durchführung selbst einfacher Alltagsaktivitäten wie Essenszubereitung und Körperpflege nimmt ab.

Weitere depressionstypische Zusatzsymptome sind: **Appetitlosigkeit:** Viele depressive Menschen können das Essen nicht genießen und nehmen als Folge häufig an Gewicht ab. In seltenen Fällen gibt es auch das gegenteilige Phänomen mit gesteigertem Essverhalten. **Aufmerksamkeits- und Konzentrationsdefizite:** Den meisten depressiven Patienten fällt es schwer, mit den Gedanken bei einer Tätigkeit zu bleiben. Verlangsamtes Denken und Unentschlossenheit sind typisch. **Gefühle von Schuld und Wertlosigkeit:** Depressive Menschen neigen dazu – häufig einhergehend mit mangelnden Selbstwertgefühlen –, sich Fehler und Versäumnisse vorzuwerfen, für die sie gar nicht verantwortlich sind.

Negative Zukunftsvorstellungen: Jeder neue Tag wird als schwere Belastung empfunden und der Zukunft wird mit Hoffnungslosigkeit entgegengesehen. **Reduziertes Selbstwertgefühl und mangelndes Selbstvertrauen:** Depressive bewerten ihre Leistungen und Fähigkeiten häufig als sinn- oder wertlos. **Schlafstörungen:** Wiederholte Ein- bzw. Durchschlafstörungen gehören zu den häufigsten Zusatzsymptomen einer Depression. Frühes Erwachen und Grübeln. **Suizidgedanken und -handlungen:** Wenn Sinnlosigkeit und innere Leere das Denken völlig beherrschen.

Hinzu können manische Episoden mit einer Antriebssteigerung kommen, die zu extremer Spontanität in Rede und Handlung, zu gesteigertem Rededrang und zu rascher Erregbarkeit führen kann. Eine bipolare affektive Störung (oder bipolare Störung) liegt vor, wenn bei den betroffenen Patienten sowohl depressive als auch manische Episoden vorkommen.

Was kann man bei einer Depression tun?

Der schnelle Weg zum Arzt erspart viel Leid. Stationäre oder ambulante Therapien sind möglich

Wer an sich, Freunden oder Verwandten Zeichen einer Depression bemerkt, sollte nicht zögern, mit seinem Arzt darüber zu sprechen – beziehungsweise sein Gegenüber offen anzusprechen und darin zu bestärken, einen Arzt aufzusuchen. Denn eine korrekte, individuelle und möglichst frühe Diagnose einer Depression macht eine erfolgreiche Behandlung sehr wahrscheinlich und vermindert die Gefahr von Rückfällen.



Eine Therapie hilft: Neben Medikamenten ist vor allem die Gesprächstherapie (hier mit Oberärztin Dr. med. Claudia A. Dietrich) Teil der Standardbehandlung gegen eine Depression.

„Die Therapie lässt sich grundsätzlich in drei Phasen einteilen: die Akut- und Erhaltungstherapie sowie die Rezidivprophylaxe“, erklärt Prof. Schneider. „Bei der Akuttherapie geht es darum, die aktuellen Beschwerden und Symptome so schnell und so gut wie möglich zu lindern und zu beseitigen.“ Eine Form ist die medikamentöse Therapie, die zumeist durch sogenannte Antidepressiva erfolgt. Diese Medikamente gegen die Depression wirken unterschiedlich stark stimmungsauffhellend und dazu – entsprechend der individuellen Symptomatik – antriebssteigernd oder antriebsdämpfend. Antidepressiva können den Leidensdruck zwar lindern und ermöglichen durch eine Verbesserung der Symptome oft den Einstieg in psychotherapeutische Gespräche, um die Ursache der Depression herauszufinden, die man in einem Wechselspiel von biologischen, psychischen und Umweltfaktoren vermutet. „Antidepressiva können aber nicht heilen, das heißt, sie können die möglichen psychosozialen Auslöser oder Ursachen nicht beseitigen“, so Prof. Schneider.

Hierzu ist eine psychotherapeutische Behandlung nötig, die Teil der Standardbehandlung gegen Depression ist. Zur Psychotherapie zählt jedes Behandlungsverfahren, dessen therapeutische Wirkung auf Gespräch, Handlung und Beziehung zwischen Therapeut und Patient beruht. Dazu gehören – in unterschiedlicher Gewichtung und Bedeutung – Empfehlungen, Beeinflussung und Training von bestimmten Verhaltens-, Denk- und Erlebensweisen. Dieses Spektrum beinhaltet auch, Einsicht in die eigene Lebensgeschichte zu ermöglichen und das Aufarbeiten alter Konflikte in der

therapeutischen Situation. Darüber hinaus gehören, vor allem bei einer stationären Aufnahme, paramedizinische Therapien wie Ergo- und Kunsttherapie, Physiotherapie, Sport und Entspannung, aber auch die gezielte Förderung von alltagsnahen Fähigkeiten zum Therapieplan. An der Uniklinik RWTH Aachen werden zudem biologische Therapieverfahren wie Wachtherapie, Lichttherapie und die Elektrokonvulsive Therapie, kurz EKT, angeboten.

Einem Rückfall vorbeugen

Nach der Akuttherapie wird im Rahmen einer Erhaltungstherapie der Zustand des Patienten stabilisiert, um das Risiko eines Rückfalls zu minimieren. Eine medikamentöse Therapie sollte noch über etwa vier bis neun Monate in der Dosierung, die zum Erfolg geführt hat, weitergeführt werden, eine psychotherapeutische Behandlung etwa acht bis zwölf Monate, um den Zustand zu stabilisieren.

Manchmal empfiehlt sich dann im Anschluss an eine Erhaltungstherapie eine Rezidivprophylaxe, um einem erneuten Auftreten einer depressiven Episode vorzubeugen. Eine Rezidivprophylaxe erstreckt sich über ein Jahr und länger und ist besonders zu empfehlen, wenn der Betroffene schon mehrere Rückfälle erlebt hat, an einer chronischen Depression leidet oder unter der aktuellen schweren Depression sehr stark eingeschränkt war. Ob eine Therapie ambulant oder stationär erfolgt, hängt von der Schwere der depressiven Episode ab. In vielen Fällen reicht eine ambulante Therapie.