

Liebenauer Gesundheits-Info

Psychiatrisch-neurologische Informationen der Stiftung Liebenau

DEPRESSIONEN

Risikofaktoren - Diagnose-Hinweise - seelische und psychosoziale Krankheitszeichen - Angstzustände bei Depressionen - depressiver Wahn - schizoaffektive Störung - spezifische Depressions-Symptome: Wahrnehmungsstörungen, Zeit-Empfindungsstörungen, Antriebsstörungen u. a.- körperliche Krankheitszeichen - zwischenmenschliche Folgen - berufliche Konsequenzen - Fragen, die eine Depression erkennen helfen - Auslöser - organische Ursachen - medikamentöse Ursachen - reaktive Faktoren - Verlauf - erbliche Belastung - Unterschied zwischen Traurigkeit und Depression - „Männer-Depression“ - Depressionen im Kleinkind-Alter - Depressive Störungen beim Vorschul-Kind - Depressionen im Schulkind-Alter - Depressionen im Jugendalter - Suizidgefahr im Jugendalter - Depressionen im höheren Alter - depressive Pseudo-Demenz - Suizidgefahr im höheren Lebensalter - Auslösefaktoren einer Alters-Depression

ALLGEMEINE ASPEKTE

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.

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 einzu-beziehen, also die Großeltern und deren Verwandte mütterlicher- und väterli-cherseits. Je genauer man nachprüfen kann, desto häufiger stößt man auf den Verdacht einer erblichen Vorbelastung. Das ist allerdings oft schwierig, denn frü-her 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 Ge-biet: Getrennte und geschiedene Personen und solche ohne vertraute Umge-bung erkranken eher. Als wichtigster Schutzfaktor erweisen sich vertrauensvolle menschliche Beziehungen und eine positive berufliche Einstellung. Offenbar spie-len die häufig als Ursache herangezogenen belastenden Lebensereignisse oder Schicksalsschläge vor allem eine Auslöserrolle im Vorfeld der ersten depressiven Episoden. Dagegen scheint für wiederholte Depressionen eher eine pathophy-siologische (biologische) Krankheitsanfälligkeit von Bedeutung. Oder kurz: Die ers-ten Auslöser kommen mehr von außen, die späteren von „innen“. Besonders kri-tisch 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 Mus-kelschmerzen, ehe sie - meist nur auf direktes Befragen - auch Merk- und Kon-zentrationsstörungen, Unruhe, innere Anspannung, Entscheidungsunfähigkeit, Interesseschwund, Gleichgültigkeit und allgemeine Lustlosigkeit zugeben. Dabei hilft die alte Erkenntnis weiter: Eine Depression äußert sich eher in einer Art E-lendigkeitsgefühl („wie bei einer schweren Grippe“) sowie durch grundlose Freudlosigkeit als durch auffällige Traurigkeit.

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

- depressive Herabgestimmtheit von abnormem Ausmaß, was ihre Intensität und Dauer anbelangt
- unerklärlicher 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
- Merk- und Konzentrationsstörungen sowie peinliche Vergesslichkeit

- Bewegungsstörungen: entweder passiv, schwach, kraftlos oder gespannt-rastlos umhergetrieben
- Schlafstörungen
- ausgeprägte Änderungen des Appetits (meist Gewichtsverlust, seltener Heißhunger)

DAS LEIDENSBILD DER DEPRESSION

• Seelische und psychosoziale Krankheitszeichen

Die *seelischen und psychosozialen Symptome einer Depression* werden sonderbarerweise seltener beklagt oder sogar als scheinbar weniger belastend empfunden, obgleich es sich hier ja um ein psychisches Leiden handelt, dessen seelische Krankheitszeichen wohl auch am meisten beeinträchtigen. Deshalb muss man die psychischen Symptome regelrecht abfragen; von selber kommen sie nur selten ergiebig genug zur Sprache. Dann aber nehmen die Betroffenen oft erst-mals 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 „versteint“ (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. Dazu 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“.
- 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 jungen und höheren Lebensalter, nicht zuletzt beim männlichen Geschlecht). – Minderwertigkeitsgefühle, allgemeine Unsicherheit, mangelndes Selbstwertgefühl, negative Selbsteinschätzung.
- Merk- und Konzentrationsstörungen („Gedächtnisschwäche“): langsames, umständliches, zähflüssiges, mühsames Denken, Ideenarmut, „Leere im Kopf“ bis zur Angst, schwachsinnig geworden zu sein (Fachausdruck: „depressive Pseudo-Demenz“, die natürlich kein echter erworbener Schwachsinn, sondern nur eine vorübergehende Denkerschwernis ist). – Damit auch 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“. – Nicht zuletzt deshalb 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 Verarmungs-Wahn (Fachausdruck: paranoide Symptome). – Dazu innere Leere mit Absterben aller Gefühle, Gefühl der Gefühllosigkeit, wie benommen, dumpf, ausgebrannt, versteinert.
- Beziehungsideen: Angst vor Tuscheleien und übler Nachrede, Misstrauen, wahnhafte 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. Und 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.). Dafür Lebensüberdruß, düstere Gedanken (erst aktiv herbeigeführt, später sich passiv aufdrängend), am Schluss konkrete Selbsttötungsüberlegungen oder gar -vorbereitungen (Fachausdruck: Suizidgefahr).

Zu den *speziellen Aspekten* im Rahmen seelischer und psychosozialer Krankheitszeichen zählen folgende Beeinträchtigungen:

- **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 Psychosen („Geisteskrankheiten“) möglich, sondern auch bei einer wahnhaften Depression (also einer Gemütsstörung, Fachbegriff: affektive Störung). Sie müssen jedoch der depressiven Niedergestimmtheit entsprechen. Dies äußert sich beispielsweise in Verarmungsideen bis zum Verarmungswahn, obgleich die wirtschaftliche Lage unverändert (gut) ist. – Oder in 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.
 - Möglich und ausgesprochen belastend sind auch 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. – Ferner 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.

- Schließlich sind sogar Sinnestäuschungen möglich: 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. – Zuletzt selten, aber nicht auszuschließen 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 Episode) u. a.
- **Schizo-affektive Störung:** Handelt es sich um eine krankhafte Episode, bei der sowohl affektive (also depressive oder manisch-hochgestimmte) als auch schizophrene Symptome in der gleichen Krankheits-Phase auftreten, meist gleichzeitig oder höchstens durch einige Tage getrennt, nennt man das je nach Schwerpunkt schizo-depressive oder schizo-manische Störung, auf jeden Fall als Überbegriff eine schizo-affektive Störung.
- **Weitere Störungen:** Nicht selten (aber nur selten beklagt) sind so genannte
 - *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. (s. u.).
 - *Zeit-Empfindungsstörungen:* 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).
 - Bei den depressiven *Störungen des Antriebs* handelt es sich entweder um eine körperliche Unruhe und innere Getriebenheit oder um eine unerklärliche, unnatürliche tiefe Müdigkeit, treffender: Mattigkeit, Antriebslosigkeit, bis hin zu innerem Erstarren oder seelisch-körperlicher Blockierung; besonders quälend: äußerlich gehemmt, aber innerlich unruhig.

• Körperliche Krankheitszeichen

Bei den *körperlichen Symptomen* 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 in Stichworten:

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 gemütmäßigen 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 getrieben-klagsamen, 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 Konsequenzen* 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. Leistungs*un*fähigkeit im Sinne von Nicht-Können, Nichts-Leisten, Versagen. – Beeinträchtigt 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 Problem-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 darüber hinaus noch jene Krankheitszeichen, die man meist erfragen muss, weil sie den Betroffenen gar nicht (so) bewusst sind. Deshalb sei noch einmal 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 seit einiger Zeit elend, wie zerschlagen oder schwer erkrankt, jedoch ohne entsprechenden Grund?
- Fällt es Ihnen neuerdings(!) schwer, Entscheidungen zu treffen, sogar alltägliche?
- Haben Sie das plötzliche 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 abwägend 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 Geistesschwäche?
- 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, sind „des Lebens müde geworden“, kommen vielleicht so gar nicht mehr von dem Gedanken los, 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

Zuletzt sind noch folgende Daten wichtig, die das diagnostische Erkennen besser verstehen helfen. An diese Erkenntnisse kommt man aber nur heran, wenn sie von Patient und Angehörigen zuvor gezielt geprüft, überdacht und entsprechend beantwortet wurden:

- **Auslöser:** Liegt den derzeitigen oder früheren depressiven Zuständen ein auslösendes Ereignis von subjektiver Bedeutung zugrunde? Doch 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 so genannte *Jahrestag-Reaktionen* achten, d. h. erinnerungsschwere und damit kritische Daten wie Todestag naher An-

gehöriger, Erkrankungs-, Trennungs- oder Scheidungstermine, sonstige Verluste oder heimlich belastende Ereignisse u. a.

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 für diesen Beschwerdebild dann doch nicht so entscheidend sind.

- **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, heute am ehesten mit Burnout zu vergleichen: erschöpft → verbittert → ausgebrannt)?
- **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 so genannten „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 andauert hat?
- **Erbliche Belastung/Disposition:** Ist der Patient durch seelische Störungen oder Erkrankungen seitens Großeltern, Onkels, Tanten, Eltern eventuell vorbelastet? Gibt es unter Geschwistern, Nichten, Neffen ähnliche Leiden? Die Frage nach der erblichen Belastung oder mindestens Disposition (Neigung, in diesem Falle also ein Art genetische 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 Gemütskrankheiten nicht selten auch eine Generation überspringen! Auch sollte man nicht gleich oder ausschließlich 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, ungewöhnlicher Leistungseinbruch trotz verzweifelter Kompensations-Versuchen, vielleicht sogar in eine überzogene Hochstimmung umschlagen bzw. ganz allgemein „Schicksalsschläge“, „Nervenzusammenbrüche“, längere Fremd-Aufenthalte („Kur“?) usw.

Zuletzt sollen noch zwei Aspekte etwas ausführlicher diskutiert werden, die für den Alltag, für Diagnose und Therapie von großer praktischer Bedeutung sind. Gemeint ist das alte Unterscheidungs-Problem *Traurigkeit oder Depression?* sowie die neueren Erkenntnisse zur Frage: Gibt es eine spezifische *Männer-Depression?* Im Einzelnen:

WIE KANN MAN ZWISCHEN TRAUERIGKEIT UND DEPRESSION UNTERSCHIEDEN?

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 sie vom Betroffenen selbst als nicht nur quälend, sondern zumindest teilweise fremd und nicht abschüttelbar erlebt werden, 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, 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.

GIBT ES EINE „MÄNNLICHE DEPRESSION“?

Bisher glaubte man, dass die von den Ärzten und Psychologen erarbeiteten, treffender: herausgearbeiteten Krankheitszeichen einer Depression generelle Bedeutung hätten, also auch für beide Geschlechter und alle Altersstufen gelten würden. Das hat man inzwischen als Irrtum erkannt. Was das Thema „Depression und Alter“ anbelangt (siehe später), so war man auf neuere Erkenntnisse noch am ehesten gefasst. Etwas ungewöhnlich aber war die Vorstellung, Männer und Frauen würden depressive Zustände unterschiedlich erleben, was das quälende und folgenreiche Beschwerdebild anbelangt. Was gilt es inzwischen zu erkennen und - vor allem von der Seite der betroffenen Männer aus - zu akzeptieren?

Körperliche und psychische Störungen werden offensichtlich nicht nur durch die biologische Geschlechts-Zugehörigkeit über genetische (Erbanlage) und hormonelle Faktoren beeinflusst. Man muss auch die soziale Geschlechter-Rolle, d. h. gesellschaftliche Aspekte berücksichtigen. Zwar ist hier neuerdings vieles im Fluss, was geschlechts-spezifische Einstellungen und Gesundheits-Konzepte, Erkrankungs-Risiken und -Entwicklungen anbelangt, doch nach wie vor gilt es nicht nur biologische, sondern auch sozial-psychologische Unterschiede zu respektieren.

Als Erstes muss man sich darüber Gedanken machen, dass das weibliche Geschlecht zwar offiziell zwei- bis dreimal öfter von einer Depression betroffen ist bzw. sein soll, die Suizid-Häufigkeit von Männern aber drei- bis zehnmal höher ist als die von Frauen, je nach Studie. Und Depressionen gelten mit Abstand als häufigste Selbsttötungs-Ursache. Also ist auch mit mehr „Männer-Depressionen“ zu rechnen, wenngleich auf spezifische Art „maskiert“ (früher auch als larvierte Depression bezeichnet).

Einzelheiten zu den vor allem sozio-ökonomischen Ursachen sowie sozio-kulturellen Formen traditioneller Männlichkeit sollen hier nicht diskutiert werden. Sie haben aber auf die „aktuelle Depressions-Form beim Mann“ einen großen Einfluss. Das Gleiche gilt für das so genannte Männlichkeits-Stereotyp, bei dem das Eingeständnis von Hilflosigkeit und Hilfsbedürftigkeit einem Status- und Identitätsverlust gleich käme. Eine Depression passt nicht in die traditionelle Maskulinitäts-Ideologie, weil sie als weiblich (wenn nicht gar „weibisch“) gilt. Frauen suchen Hilfe, Männer flüchten lieber in den Alkohol, wenn nicht gar Suizid; letzteres eine möglicherweise zunehmende Form der „männlichen Konflikt-Lösung“. Offenbar gibt es beim weiblichen Geschlecht mehr depressions-bahnende Stress-Ursachen, während bei den Männern der Beruf die alles dominierende Stress-Quelle zu sein scheint (zumindest aber am besten untersucht ist). Jedenfalls leuchtet damit ein, dass der wichtigste oder zumindest einer der wichtigsten Risiko-Faktoren für Depressionen die Bedrohung ihres sozialen Status ist.

Das heißt aber auch, dass sich Depressionen bei Männern anders äußern, als die bisher „klassischen Depressions-Symptome“ nahe legen. Es geht also vor allem um eine männer-typische Abwehrstrategie zum Schutz einer „männlich-starken Fassade“. Dabei gibt es offenbar keine Unterschiede, was die Kern-Symptome einer Depression anbelangt (siehe oben). Allerdings - und hier beginnt das Problem der rechtzeitigen Diagnose - berichten Männer sehr viel seltener über entsprechende Beschwerden, die den Verdacht einer Depression nahe legen könnten. Dafür zeichnen sich häufiger eine innere Unruhe, Nervosität und Anspannung ab, ja eine erhöhte Feindseligkeit, die vermehrt mit entsprechenden Selbstbehandlungs-Versuchen erträglicher gemacht werden soll (s. u.). Dies äußert sich auch in den eher gesellschaftlich negativ auffallenden Symptomen Reizbarkeit, ärgerliche Reaktionen, in Aggressivität und sogar antisozialen Verhaltensweisen – wohl gemerkt nicht „nur“ als Fehl-Verhalten, sondern als Depressions-Symptome.

Deshalb diskutiert man inzwischen auch folgende diagnostische Kriterien, die man einer „männlichen Depression“ zuordnen kann:

Vermehrter sozialer Rückzug (der aber oft infrage gestellt, ja verneint wird). – Burnout-Hinweise (berufliches Überengagement, das aber eher einer berufsbedingten Stress-Überforderung zugeschrieben wird). – Abstreiten von Kummer und Traurigkeit, dafür aber zunehmend starre Forderungen, „endlich in Ruhe gelassen zu werden“; Unfähigkeit, die Hilfe von anderen anzunehmen („das kann ich schon allein“). – Schwindendes sexuelles Interesse (aber auch das Gegenteil). – Zunehmende Impulsivität und Ärger-Attacken. – Vermehrter Nikotin- und Alkohol-Konsum, aber auch anderes Sucht-Variationen wie Fernseh-, „Sport“- , TV-, Internet-, ja Arbeits-Sucht u. a. – Ausgeprägte Selbstkritik, vor allem auf das eigene vermeintliche Versagen gerichtet, ja Versagens-Angst. – Aber auch der Versuch, andere oder bestimmte Bedingungen für seine eigenen Probleme verantwortlich zu machen. Damit verdeckte oder offene Feindseligkeit, auf jeden Fall innere Unruhe, Gespanntheit, Nervosität, Fahrigkeit und deshalb vermehrt Konzentrations- und Schlaf- sowie Gewichtsprobleme.

DEPRESSION UND LEBENSALTER

Wenn man an Depressionen denkt, hat man vor allem einen älteren Menschen vor Augen. Doch das ist ein Irrtum. Depressionen gibt es in jedem Lebensalter. Ältere kommen zwar in manchen Studien etwas häufiger vor, wohl aber vor allem deshalb, weil sie eher den Arzt konsultieren, entsprechend diagnostiziert und behandelt werden - und damit öfter in die Statistik eingehen.

Wie unterscheiden sich nun depressive Störungen im Kindes- und Jugendalter von denen der Erwachsenen bis ins hohe Alter? Dabei muss man als Erstes beachten: Depressive Symptome bei Minderjährigen sind stark alters-abhängig, d. h. nicht nur gegenüber den Erwachsenen, sondern auch im eigenen Alters-Bereich. Hier ist nämlich zu differenzieren in Kleinkind, Vorschulkind, Schulkind und Jugendlicher.

• Depressionen im Kleinkind-Alter

Depressionen im Klein-Alter sind eher körperlich betont (wie das zum Ende des Lebens erneut auffallen wird – siehe Altersdepressionen). Die Fachleute sprechen von „larvierten Depressionen“, vom lat.: larva = Larve, Maske, deshalb auch maskierte Depressionen genannt. Gemeint ist ein (vor allem Eltern, Pflegepersonal und sogar Ärzten täuschendes) Überwiegen körperlicher Symptome; scheinbar rein-körperlich, in Wirklichkeit aber seelisch ausgelöst und unterhaltend, wenn auch in der „Körper-Sprache“ des Kleinkindes (deshalb auch psychosomatisch genannt: seelische Belastungen äußern sich körperlich, aber ohne organischen Grund). Welches sind nun die wichtigsten *körperlichen Störungen* im Rahmen einer Kleinkind-Depression?

Vor allem Ein- und Durchschlafstörungen sowie Ess-Störungen; und hier vor allem eine Ess-Verweigerung mit Gewichtsverlust. Interessant auch eine erhöhte Infekt-Anfälligkeit (ständiges „Kränkeln“). Die „larvierte Depression“ des Kleinkindes beunruhigt also besonders durch Appetit-, Schlaf-, Gedeih- und Entwicklungsstörungen oder Bauchschmerzen. Der Kinderarzt findet keinen krankhaften Befund. Den Kinderpsychiater aber interessieren vor allem weitere mögliche Symptome wie Unruhe, Weinen und Schreien. Dazu Desinteresse, Passivität, Apathie (Teilnahmslosigkeit), mangelnde Ausdrucksfähigkeit, immer wieder auftretende Wein-Attacken, in der Regel ohne Grund, leichte Irritierbarkeit (schnell durcheinander zu bringen) und Agitiertheit (unruhig, nervös, gespannt). Interessant, dass nicht nur depressive Erwachsene über den Rückgang von Kreativität und Leistungsfähigkeit klagen, man findet dies auch schon beim Kleinkind. Denn auch seine Kreativität ist – im Rahmen seiner Möglichkeiten – reduziert; die Fantasie verblasst, die Ausdauer nimmt ab. Dafür nimmt vielleicht eine ungewöhnliche Anhänglichkeit, ja sogar Albernheit zu. Und ein vermehrt selbst-stimulierendes Verhalten in jeglicher Form („sich in seinem kindlichen Elend selber belohnen“).

Wichtig: Nach einer ursprünglichen Phase mit Unruhe, Weinen und Schreien werden die Kinder zunehmend passiver, desinteressierter, scheinbar „weniger auffällig“. Doch das ist ein Irrtum: Das Beschwerdebild geht nicht zurück, es nimmt nur eine andere Gestalt an.

- **Depressive Störungen beim Vorschul-Kind**

In dieser Altersstufe beginnen sich die seelischen Symptome in den Vordergrund zu schieben. Körperlich finden sich zwar immer noch Auffälligkeiten, die zu allen möglichen organischen Ursachen zählen können, doch jetzt fallen auch den weniger informierten Beobachtern die seelischen und psychosozialen Besonderheiten auf. Dazu gehören nach wie vor das Weinen, vor allem grundlos. Vor allem aber bereits etwas, das man nicht unbedingt mit einer Depression in Verbindung bringen würde, nämlich zunehmende Reizbarkeit, Aggressivität, ja aggressive Durchbrüche bis hin zur Explosibilität, auf jeden Fall leicht irritierbar, schnell durcheinander zu bringen, geringe Frustrations-Toleranz u. a. Auch das wird man später im dritten Lebensalter wiederfinden, von den älteren Psychiatern als „feindselige Depression des alten Menschen“ bezeichnet. Bedeutungsvoll auch eine unerklärliche Freudlosigkeit, die durch nichts aufzuheitern ist, obgleich man doch gerade Kindern mit vielerlei Maßnahmen unter normalen Umständen beidenswerten Spaß an allen möglichen Dingen bereiten kann.

Rein äußerlich fällt aber noch etwas anderes auf, nämlich eine Hypomimie, d. h. eine Verarmung der Mimik, vielleicht sogar bis hin zur maskenhaften Starre. Auch die übrigen Bewegungsmuster, ob die Gestik im Speziellen oder generell verarmend, es dominiert eine eigenartige Passivität. Und die erstreckt sich auch auf den seelisch-geistigen Bereich im Sinne von Introversion (Innenschau, in diesem Fall aber krankhaft einseitig und andauernd auf sich selbst bezogen) und Interesslosigkeit (nichts macht mehr Spaß, nichts interessiert, nichts motiviert).

Unter diesem Aspekt stellt hier nicht nur der Arzt, sondern schon zuvor die besorgte Umgebung eine soziale und kognitive Entwicklungsverzögerung fest, d. h. zwischenmenschlich und geistig geht es nicht mehr voran. Dafür schiebt sich eine eigenartige Aufmerksamkeits-Suche in den Vordergrund, d. h. nicht nur die Anhänglichkeit des Kleinkindes, sondern eine ungewöhnliche bis lästige Art, im Mittelpunkt stehen zu wollen. Unverändert auch das selbst-stimulierende Verhalten (z. B. im sexuellen Bereich).

In körperlicher Hinsicht findet sich der bereits erwähnte motorische Entwicklungs-rückstand (d. h. die Entwicklung der Bewegungsmuster, die ständig Fortschritte machen sollte, lässt zu wünschen übrig). Auch die sprachliche Entwicklung macht eher Rück- statt Fortschritte. Und es finden sich so genannte sekundäre Enuresis (Einnässen), wenn nicht gar Enkopresis (Einkoten). Sekundär deshalb, weil es sich nicht um organische (d. h. primäre) Ursachen, sondern um eine Depression handelt.

• Depressionen im Schulkind-Alter

Im Schulkind-Alter wird das Beschwerdebild immer erwachsen-typischer. Nun kann das Kind auch endlich über seine belastende Befindlichkeit berichten (was zuvor in der Regel noch nicht erfassbar und vor allem in Worte kleidbar war). Unverändert und vor allem ohne Grund: Weinen. Dazu eine schwer beschreibbare Traurigkeit, insbesondere aber Lustlosigkeit und Antriebslosigkeit. Das Desinteresse an allem und jedem wächst - und damit auch Rückzug mit Isolationsgefahr. In geistiger Hinsicht mehren sich die Merk- und Konzentrationsstörungen, nunmehr auch mit schulischen Konsequenzen, bis hin zu Leistungseinbruch und damit Schulversagen. Dafür vereinnahmen unnötige Sorgen, Kümmernisse, Probleme mit wachsendem Gedankenkreisen: sinnlos, vor allem zu dem später besonders häufig beklagten „Problem-Grübeln“ ausufernd.

In diesem Zusammenhang kann es dann zu den ersten folgenschweren Überlegungen kommen, ob dieses Leben überhaupt noch lebenswert ist. Das verstärkt die Suche nach Zuwendung, Halt, Stützung, Trost, Verfügbarkeit. Einzelheiten siehe später.

Unter den körperlichen Beschwerden (wohlgemerkt: ohne organischen Befund) nach wie vor Schlafstörungen und Ess-Störungen. Es können aber auch andere körperliche Beschwerden auftreten: Kopf, Herz-Kreislauf, Magen-Darm, Wirbelsäule und Gelenke (in der Regel aber erst im Erwachsenenalter so richtig quälend).

Depressionen im Jugendalter

Die Depressionen Jugendlicher ähneln schließlich denen der Erwachsenen. Vor allem schieben sich hier jetzt die psychosozialen Konsequenzen, d. h. Defizite, Probleme, Auseinandersetzungen und zwischenmenschliche Folgen in den Vordergrund, was wieder zu entsprechenden Reaktionen von Umfeld und Patient führt. Ein Teufelskreis. Dabei fallen zwei Schwerpunkte auf:

- Auf der einen Seite Verlangsamung von Denken und Handeln und damit kognitive (geistige) Einschränkungen und Leistungsprobleme; dazu Lustlosigkeit, Antriebslosigkeit, Desinteresse, Teilnahmslosigkeit, Rückzug, schließlich Selbstunsicherheit, Selbstvorwürfe, Grübeln, Zukunftsängste, Angst, Ekel und Lebensmüdigkeit.
- Auf der anderen läppisch-alberne Reaktionen, Verweigerung, schließlich Verzweiflung, Wut - und damit wiederum Suizidgedanken (wenn die Wut nicht mehr nach außen abgeführt werden kann, sondern sich gegen den Patienten selber zu richten droht). Orientieren sich die Affekte hingegen eher nach außen, ist auch mit entsprechenden aggressiven Durchbrüchen zu rechnen, ggf. bis hin zur Amok-Gefahr.

In körperlicher, treffender: psychosomatischer Hinsicht vor allem Schlaf- und Ess-Störungen und eine Reihe psychosomatisch interpretierbarer Beschwerden; jetzt aber vermehrt auch Früherwachen (und nicht nur Ein- und Durchschlafstörungen), Morgentief („Morgengrauen“ mit Angst vor dem kommenden Tag, Berg auf der Brust und Hoffnungslosigkeit) sowie eine durchgehende Unfähigkeit zur Entspannung und damit Erholung.

Ein besonderes Problem im Jugendalter, d. h. während der Ausbildung und damit in einer zwischenmenschlich eigentlich aktiven Zeit sind Leistungseinbußen, vor allem der erwähnte Interessen- und Antriebsverlust, sozialer Rückzug, Zukunftsängste, die Suizidalität. In einer Art sinnlosem „Rund-um-Schlag“ aufgrund schwindender Frustrations-Toleranz kommt es vermehrt zu Unmut, Miss-Stimmung, Reizbarkeit, ja Jähzorn („schuld sind die anderen“); gelegentlich auch bisweilen fast hysterisch anmutende Verhaltensweisen. Oftmals auffällig nicht nur die erwähnten Ängste, sondern zunehmend zwanghaft erscheinende Handlungen. Da die Krankheit alles absorbiert und wenig für die Leistungs-Anforderungen des Alltags übrig lässt, können entwicklungs-notwendige Stimulation und Reifung fehlen, was wiederum mit einer Entwicklungs-Verzögerung im sprachlichen, psycho-motorischen (Bewegungs-Ablauf), kognitiven (geistigen) und sozialen Bereich zu bezahlen ist. Und mit einem weiteren Verlust an Selbstwertgefühl, Selbstvertrauen und dem notwendigen Engagement.

Eine nicht seltene Verzweiflungs-Reaktion, vor allem bei chronischem, unbehandeltem Verlauf, ist der Missbrauch von Alkohol, Rauschdrogen, Nikotin, bisweilen auch Medikamenten oder eine verheerende Mehrfach-Abhängigkeit.

Am schlimmsten aber eine drohende Selbsttötungs-Gefahr, oftmals lange zuvor schwer durchschaubar, bisweilen für das Umfeld völlig überraschen. Was muss man wissen?

- **Anhang: Suizidgefahr in jungen Jahren**

Es dürfte kaum eine länger anhaltende Depression geben, in der der Betroffene schließlich nicht zermürbt, lebensmüde oder gar konkret suizidal im gefährlichen Sinne zu werden droht. Die nüchterne Statistik spricht hier eine deutliche Sprache: Die Selbsttötung ist die zweithäufigste Todesursache der Heranwachenden nach dem Unfalltod. Oft geht eine so genannte präsuizidale Phase voraus. Dazu gehören:

- *Zwischenmenschlich* sozialer Rückzug, Andeutungen von Todesgedanken, Verschenken wichtiger persönlicher Dinge, Klärung noch offener Angelegenheiten u. a. (was nebenbei auch in der suizidalen Entwicklung des alten Menschen zu beobachten ist).
- *Im Verhalten* finden sich zunehmende Verwahrlosungs-Tendenzen, deutliche, aber für den Betreffenden eigentlich untypische Verhaltensänderungen, die Vernachlässigung von Alltags-Aufgaben und -Pflichten und ggf. ein

wachsender Substanz-Missbrauch (d. h. Alkohol, oft Rauschdrogen und Nikotin, bisweilen Medikamente).

- Unter den *suizid-gefährlichen Depressions-Symptomen* warnen vor allem zermürendes (Problem-)Grübeln, Leistungsknick, die intensive Beschäftigung mit dem Thema Tod (Zeichnungen, Lektüre, Gedichte, Chatrooms u. a.). Und schließlich eine plötzlich gelöste Stimmung nach depressivem Tief (vom Umfeld fälschlicherweise als „Beruhigung“ oder „Genesung“ verkannt, in Wirklichkeit die anspannungs-lösende Entscheidung zum Suizid).
- *Alarm-Zeichen* sind Abschiedsbriefe, konkrete Planungen zur Suizid-Durchführung sowie frühere, vorausgegangene ernste Suizidversuche.

Die wichtigsten Risiko-Faktoren sind auf jeden Fall seelische Störungen (und hier insbesondere die Depressionen), ferner Suizide oder früher Tod eines nahen Familien-Angehörigen sowie Leistungsprobleme.

• Depressionen im höheren Alter

Depressionen sind so alt wie die Menschheit und nicht an ein bestimmtes Alter, schon gar nicht an das „dritte Lebensalter“ gebunden. Gleichwohl sind depressive Störungen neben den dementiellen Erkrankungen (Stichwort Alzheimer) die häufigsten seelischen Leiden im höheren Lebensalter. Und – wie könnte es anders sein, in den vorangegangenen Lebensjahrzehnten ist es ja auch nicht besser –, sie werden häufig nicht richtig und vor allem rechtzeitig erkannt, was insbesondere wegen der drohenden Selbsttötungsgefahr seine eigene Brisanz hat.

Dabei liegt die besondere Problematik des raschen Erkennens in dem Charakteristikum, dass Niedergeschlagenheit oder zumindest herabgedrückte Stimmungslage in der Regel nicht im Vordergrund stehen. Meist hält sich auch der Schweregrad der Alters-Depression im mittelgradigen Bereich, was die rasche Diagnose zusätzlich behindert. Und schließlich irritiert die depressive Neigung (wie schon einmal in jungen Jahren), die seelische Notlage vor allem ins Körperliche umzusetzen. Auf was ist zu achten?

- *Generelle Aspekte depressiven Leids im höheren Lebensalter*: Über die Hälfte aller depressiven Patienten in der hausärztlichen Versorgung klagen nicht über depressive Verstimmungen. – Ältere Depressive geben mehr somatische (körperliche) Symptome an. – Ihr Leidensbild ist insbesondere unter dem Aspekt der Ko-Morbidität zu sehen, d. h. es belasten nicht nur die Depression, sondern auch noch andere seelische und vor allem körperliche Erkrankungen, besonders auf internistischem, orthopädischem, aber auch Augen- und HNO-ärztlichem Gebiet (Sehschwäche, Hörverlust). – Am häufigsten beklagt werden Energieverlust (Antriebsschwäche, Mattigkeit), Appetitlosigkeit (mit z. T. drastischer Gewichtseinbuße), Schlafstörungen und Schmerzen. – Differentialdiagnostisch (was könnte es sonst noch sein) ist vor allem an die erwähnte Ko-Morbidität mit kör-

perlichen Erkrankungen zu denken: z. B. Demenz oder andere hirn-organische Veränderungen, Herz-Kreislauf-Störungen, Schmerzbilder im Rahmen von Wirbelsäule und Gelenken und in seelischer Hinsicht Trauerreaktionen (s. u.).

– *Das depressive Beschwerdebild selber zeigt im höheren Lebensalter folgende Schwerpunkte:* Depressive Herabgestimmtheit (eher im Sinne einer vor allem seelischen, aber auch körperlichen Erstarrung, was konkret nachgefragt werden muss). – Gefühl der Gefühllosigkeit. – Freudlosigkeit: selbst in jüngeren Jahren nur selten vom Betroffenen als solche erkannt, im höheren Lebensalter auch noch entschuldigt: „Was soll ich mich in meinem Alter noch freuen?“ – Neigung zu ängstlicher Klagsamkeit bis hin zur andauernden „Jammer-Depression“ (schwer ertragbar, siehe auch der Seufzer: „Patienten haben auch Angehörige...“), aber auch apathischer Rückzug. – Häufig körperbezogene Klagen mit Überbewertung von zwar vorhandenen Beschwerden und entsprechenden Einschränkungen, aber auch hypochondrisch überzogen; dazu vor allem somatoforme Störungen (früher psychosomatisch genannt) bis hin zu der bekannten „larvierten Depression“, bei der sich seelische depressive Beschwerden hinter der Maske (lat.: larva) körperlicher Leiden verbergen. – Neigung zu lange anhaltenden körperlichen Beschwerden über die depressiven Phasen hinaus, am ehesten im Sinne von Befindlichkeitsstörungen: Antriebsverlust, niedergedrückte Stimmung, aber auch schwindelige Benommenheit, Schlafstörungen, innere Unruhe, Nervosität und Anspannung. – Nicht selten so genannter depressiver Wahn, vor allem bei erstmaliger Depressions-Erkrankung im höheren Lebensalter. So etwas wird zuerst als „psychotisch“ oder noch direkter als „schizophren“ verkannt. Es muss bei dieser Wahnform aber im depressiven Zusammenhang gesehen werden, nämlich am häufigsten als Schuld- und/oder Verarmungswahn.

Der Wahn des Schizophrenen ist meist nicht nachvollziehbar, der des Depressiven zwar inhaltlich auch nicht, passt aber eher in den depressiven Gesamtzustand (z. B. „schwarze Brille“: alles nur negativ, pessimistisch, hoffnungslos sehen). Es kann sogar zu akustischen Halluzinationen (Gehörs-Sinnestäuschungen) kommen, dann aber ebenfalls beschwerde-typisch (z. B. Stimme des verstorbenen Partners, der ins Grab ruft). Oder eine etwas schlichte, aber gut merkbare Metapher: Beim schizophrenen Wahn weist der „Zeiger der Schuld“ eher auf die anderen, beim depressiven Wahn meist auf sich selber.

– *Depressive Pseudo-Demenz:* Natürlich gibt es auch die Vermischung mit einer realen Demenz, von der aber die so genannte depressive Pseudo-Demenz abzugrenzen ist. Das ist eine vorübergehende „Demenz-Phase“ durch die geistig total „ausdörrende“ Depression (die gefürchtete „totale Leere im Gehirn“), was nach Abklingen der depressiven Episode wieder (völlig?) zurückgeht.

– *Suizidgefahr:* Die erhöhte Suizidrate im Alter, vor allem im Rahmen einer Vereinsamung (z. B. Witwer über 70) ist nicht zu unterschätzen. Das geht von der unzureichenden Therapietreue (z. B. Einnahmezunverlässigkeit der verordneten Medikamente) bis zur Lebensverweigerung („stiller Suizid“). Und schließt na-

türlich konkrete Selbsttötungsmaßnahmen mit ein, die nicht nur auf einen altersbedingt weniger belastbaren Organismus treffen, sondern auch mitunter schaurig konsequent durchgezogen werden können.

– Zu den offenbar *wichtigsten Auslöse-Faktoren* einer Depression im höheren Lebensalter gehören folgende Aspekte:

– – Verlust und Verlassenwerden von wichtigen Bezugspersonen, wozu nicht nur nahe Angehörige gehören, sondern auch Freunde und gute Bekannte, Nachbarn u. a. Denn das subjektive Alleinsein wird zur Verlassenheit, zur Einsamkeit. Es drohen nicht nur Trauer, sondern auch unzureichende „Trauerarbeit“, wie man die jetzt folgende schwere Zeit umschreibt. Dazu gehören auch die „Ur-Ängste“ des Ausgeliefertseins oder nüchtern: Versorgungs- und Betreuungsprobleme bei Krankheit und Hilfsbedürftigkeit.

– – Vielleicht schon vorher, meist aber danach drohen auch der Verlust von Gewohntem in Haushalt, Wohnung/Haus, Arbeit (s. u.), Freizeit und Umfeld (z. B. Umzug in ein Heim, insbesondere wenn er erzwungen werden musste). Das ist der große Problembereich von Abschiednehmen-Müssen, von Lebenskonzepten und -phantasien - oder noch schlichter, aber lebens-prägend: Abschied vom „mittleren Lebensabschnitt“. So etwas nannte man früher einen „Rentner-Schock“ oder „Pensionärs-Bankrott“.

– – Und damit meist verbunden die Beendigung der Erwerbstätigkeit (vorzeitig oder altersentsprechend): d. h. Verlust von Kontakt, ggf. Selbst- und Fremdbes-tätigung und damit Selbstwertverlust („Minderwertigkeitsgefühle?“). Und die (erzwungene?) Einengung auf „nicht-nützliche und nicht-sinnvolle Hobbys“, besonders wenn sie zuvor nicht gehegt und gepflegt wurden.

– – Schließlich das Nachlassen und/oder der Verlust der körperlichen Funkti-onstüchtigkeit und damit Selbstverfügbarkeit (man denke nur an die Angst vor „Rheuma“ und seine schmerzlich-einschränkenden Folgen bis hin zum „Alter als Siechtum“). Die Multimorbidität (Vielfach-Erkrankung) wird im Alter zum Kern-Problem, und zwar nicht nur körperlich, auch psychosozial: Leiden als chroni-sche Einschränkung von Lebensvollzügen, als (hilfloses, auf jeden Fall zur Dankbarkeit verpflichtendes?) Angewiesensein auf Verständnis, Unterstützung, Hilfe und Pflege - bis hin zum „Ausgeliefert-Sein“.

– – Und schließlich denke man ruhig auch einmal an die nicht seltenen Bezie-hungsprobleme im höheren Lebensalter, z. B. mit dem Partner (so lange zu-sammen wie es keiner Generation zuvor möglich war); insbesondere mit dem pflegebedürftigen Partner und mit dem damit verbundenen, ggf. überfordernden Rollenwechsel. Aber auch mit erwachsenen Kindern und Enkelkindern, die ihren eigenen Lebensstil pflegen und ggf. auch „unbeeindruckt bis rücksichtslos durch-setzen“ u. a.

– – Zuletzt die Angst vor dem „Älterwerden“ und schließlich „Altsein“ generell, was aber nicht nur Furcht vor Autonomieverlust und Abhängigkeit bedeutet, sondern vielleicht sogar Panik vor dem letzten Lebensabschnitt. Und das heißt verkürzt: „Nähe zum Tod“. Denn jeder Lebensabschnitt endet mit dem nächstfolgenden (von der Jugend zum Erwachsenenalter, von dort zum „dritten Lebensalter“). Nur der letzte endet - mit dem wirklichen Ende, dem Tod. Wie wird er sein? Gnadenvoll schlagartig (was aber nicht immer gnadenvoll sein muss), ein mühseliger Sterbeprozess, Siechtum, vor allem Schmerzen, Atemnot, Todespanik?

Die Depression des älteren Menschen hat viele Facetten, Ursachen, Motive und Verlaufsformen, an die man „zuvor“ kaum denkt.

Literatur

- Ausführliche Darstellung mit Literatur-Hinweisen in:
www.psychosoziale-gesundheit.net
- Gesamt-Übersicht in:
Volker Faust: Von Amok bis Zwang. ecomed, Landsberg 2011