



Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Hamburg University of Applied Sciences

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Fakultät Wirtschaft und Soziales
Department Soziale Arbeit

Depressionen: Entstigmatisierung und Möglichkeiten zur Prävention in der Sozialen Arbeit

Bachelor-Thesis

Tag der Abgabe: 30.08.2013

Vorgelegt von: Katharina Lindenau

Betreuender Prüfer: Prof. Dr. Georg Schürgers

Zweite Prüfer: Prof. Dr. Gunter Groen

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	3
2	Theoretische Grundlagen zur Depression	5
2.1	Diagnostik ICD 10 / DSM-IV-TR.....	5
2.1.1	Symptome nach ICD-10 und DSM-IV-TR	6
2.1.2	Phasen und Verlauf von Depressionen	8
2.1.3	Dysthymie und sonstige depressive Störungen.....	9
2.1.4	Aktuelle Verwendung des Wortes „Depression“ und Burnout.....	10
2.2	Aktuelle Verbreitung von Depressionen in Deutschland.....	11
3	Theorien zur Ursache und Risikofaktoren von Depressionen.....	13
3.1	Biologische Ursachen von Depressionen.....	13
3.2	Psychologische und Soziale Ursachen	14
3.3	Chronische und akute Belastungen als Auslöser von Depression.....	15
4	Auswirkungen und mögliche Folgen der Krankheit	16
4.1	Auswirkungen der Depressionen auf Betroffene	17
4.2	Wirkungen der Depression auf das soziale Umfeld	18
4.3	Gesellschaftlich Betrachtet.....	19
5	Stigmatisierung	21
5.1	Stigmatisierung von Depressionen.....	21
5.2	Selbst-Stigmatisierung und Self-fulfilling-prophecy	22
5.3	Stigmatisierung durch Arbeitgeber	23
5.4	Suizid als Auswirkung von Depressionen und Folge von Stigmatisierung	23
6	Entstigmatisierung und Verbesserung des Umganges mit Depressionen durch Medien, Politik und Ärzte	25
6.1	Entstigmatisierungsprogramme.....	27
6.1.1	„Aktionsbündnis Seelische Gesundheit“	27
6.1.2	„Irre menschlich Hamburg“ e.V.	29
6.1.3	„MOOD Tour“ der Stiftung Deutsche Depressionshilfe.....	29
6.2	Zusammenfassende Schlussfolgerung	30
7	Prävention	30
8	Prospektive Studien zur Prävention/Indikatoren für psychische Gesundheit	32
8.1	Bindungstheorie	32
8.2	Risiko- und Schutzfaktorenkonzept Resilienz	33
8.3	Netzwerke und Sozialer Zusammenhalt.....	34
8.4	Bewegung/Sport.....	34

8.5	Ernährung.....	35
8.6	Zusammenfassende Schlussfolgerung	37
9	Präventionsmaßnahmen in der Sozialen Arbeit zur Vermeidung von Depressionen	37
9.1	Politische und Gesellschaftliche Prävention	38
9.2	Arbeitgeber, Unternehmen kooperieren mit Initiativen	39
9.3	Soziale Einrichtungen	41
9.4	Kindheit und Jugend	42
9.5	Universitäre Prävention.....	43
9.6	Suizidprävention	45
10	Angehörige.....	45
10.1	Betrachtung der Situation der Angehörigen.....	46
10.2	Stigmatisierung und damit verbundene Ängste der Angehörigen	48
10.3	Diagnose.....	48
10.4	Praxisbeispiel	49
10.5	Akute Belastung der Angehörigen	52
10.6	Notwendige Prävention und Schutzmaßnahmen für Angehörige	53
11	Aussicht/ Resümee.....	55
12	Abbildungsverzeichnis.....	58
13	Tabellenverzeichnis	58
14	Literaturverzeichnis	60
15	Eidesstattliche Erklärung	69

1 Einleitung

In Deutschland leben nach den neusten Ergebnissen des „Zensus 2011“ ca. 80,2 Millionen Menschen, vier Millionen von ihnen leiden gegenwärtig an Depressionen. Die Gesundheitsberichte der Krankenkassen beschreiben eine Zunahme an Arbeitsausfällen aufgrund psychischer Belastungen. Das bedeutet, dass Depressionen zu den häufigsten Erkrankungen des Landes gehören und zu einem priorisierenden Problem des Gesundheitssystem und der Gesellschaft geworden sind.

Hilfen für Erkrankte bestehen überwiegend in der Medizin, durch Ärzte, Psychiater und Psychotherapeuten. In der Sozialen Arbeit gibt es bisher kaum kompetente Berührungspunkte mit Depressionen. Abgesehen von Beratungsmöglichkeiten und Angeboten für Risikogruppen werden Menschen mit Depressionen in spezifische Einrichtungen verwiesen und dort behandelt. Psychische Erkrankungen werden noch immer durch Arbeitgeber, Angehörige und die Gesellschaft stigmatisiert. Aus Scham gehen viele Betroffene nicht zum Arzt um sich behandeln zu lassen, wodurch ein positiver Krankheitsverlauf erschwert wird.

Die vorliegende Arbeit veranschaulicht, wie relevant der Ausbau von präventiven Maßnahmen im Zusammenhang mit Depressionen ist. Präventive Maßnahmen können eine Erkrankung verhindern oder mindestens deren Ausmaß verringern. Diese Aufgabe können die Handlungsfelder der Sozialen Arbeit in offenen und niedrigschwelligen Angeboten umsetzen, erweitern und intensivieren. Außerdem zeigt diese Arbeit die Möglichkeiten und die Relevanz der Entstigmatisierung von Depressionen. Mit einer Unterstützung zur Entstigmatisierung von psychischen Erkrankungen kann Betroffenen die ohnehin schon schwere Last einer Erkrankung und eine Behandlung erleichtert werden. Es werden Berufsfelder und Gruppen vorgestellt, die dies bereits unterstützen und umsetzen, die auf den ersten Blick nicht der Sozialen Arbeit zugehören jedoch die seelische und körperliche Gesundheit des Menschen fördern und erhalten wollen.

Zu Beginn werden zur Aufklärung die Hintergründe von Depressionen vorgestellt und mit Hilfe des ICD-10 und des DSM-IV-TR definiert sowie die Symptome und deren Verlauf aufgeführt. Die Kriterien der Depressionen werden häufig nicht erfüllt, aber das Leben durch depressive Symptome beeinflusst und erschwert. Deshalb werden folgend einige von Depressionen abweichende Krankheitsbilder und Störungen vorgestellt, die für die weitere Ausführung in die Bezeichnung „Depression“ miteinbezogen werden.

Um den Bezug zur gegenwärtigen Situation herzustellen und die Brisanz des Themas aufzuzeigen werden in Kapitel 2 die *Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland* des Robert-Koch-Instituts vorgestellt. In dieser werden die aktuelle Situation und Verbreitung von Depressionen dargelegt. Anschließend werden einige Ursachen und Auslöser von Depressionen aufgeführt um die Risikofaktoren bei der Durchführung von präventiven Maßnahmen erkennen und möglichst gering halten zu können. Die Auswirkungen von Depressionen betreffen nicht nur den Betroffenen und seine Angehörigen, auch auf die Gesellschaft sind sie bedeutend. Die Intensität des Ausmaßes und deren Folgen werden in Kapitel 4 dargestellt um eine Vorstellung vermitteln zu können, wie enorm die Belastungen durch Depressionen sein können. Hierbei wird auch die anhaltende Stigmatisierung von psychischen Krankheiten und deren Betroffenen thematisiert und der Suizid, der von vielen Betroffenen oft als letzter Ausweg empfunden wird.

Eine Möglichkeit Betroffene zu entlasten und sie zu einer Behandlung zu ermutigen wäre einen offenen Umgang mit Depressionen zu fördern. Dies kann durch Entstigmatisierung unterstützt werden, weshalb in Kapitel 6 einige Programme beispielhaft vorgestellt und aufgezeigt werden. Das Stigma des „Verrückten“ könnte so abgebaut, der Umgang im Alltag erleichtert.

Depressionen vor Entstehung zu verhindern könnte viel Leid und Kosten sparen. Um präventiv wirken zu können werden Prospektive Studien und Indikatoren für seelische Gesundheit in Kapitel 8 vorgestellt. Die Methoden der Sozialen Arbeit stärken den Einzelnen ressourcenorientiert und unterstützen die Entstehung positiver Beziehung zu anderen. Auch gesunde Ernährung und aktive Bewegung werden in vielen Einrichtungen zur Erhaltung der Gesundheit angeboten. Folgend werden einige Projekte und Programme zur Prävention von Depressionen vorgestellt. Ein gezielter Ausbau dieser gesundheitsförderlichen Methoden und Angebote könnte mehr Menschen befähigen, belastende Situationen zu bewältigen, sie in ihrer Persönlichkeit stärken, ihre Abwehr unterstützen und eine Erkrankung verhindern.

Neben der Förderung der Präventionsmaßnahmen und die Unterstützung zur Entstigmatisierung von Depressionen möchte diese Ausarbeitung die Situation und die Belastungen der Angehörigen speziell betrachten und verdeutlichen. Angehörige sind durch die Erkrankung des Betroffenen oft lange Zeit extremen Belastungen ausgesetzt,

was sehr häufig zu einer eigenen Erkrankung führt. Die Situation der Angehörigen und deren Bedarf an Unterstützung, Hilfe und Beratung wird erst langsam erkannt und noch zu wenig umgesetzt. Um eine Sensibilisierung zu fördern wird im Kapitel 10 das Leid der Angehörigen in einem eigenen Kapitel abgehandelt.

2 Theoretische Grundlagen zur Depression

Bereits in der Antike wurden einige Symptome der Depression genau beschrieben, aber wissenschaftlich erforscht werden Depressionen als psychische Erkrankung erst seit 200 Jahren. Eine eindeutige Erklärung der Ursachen (Ätiologie) besteht bis heute nicht (vgl. Niklewski/ Riecke-Niklewski 2010, S. 46). Depressionen werden seit 1990 als gesellschaftlich belastendste Krankheit vor Diabetes mellitus und koronaren Herzerkrankungen eingeordnet (vgl. RKI 2010 S.7).

Um ein Verständnis für Depressionen zu bekommen und deren Auswirkungen auf die Betroffenen und Angehörige erfassen zu können werden folgend theoretische Hintergründe vorgestellt wie Diagnosekriterien, charakteristische Merkmale, ähnliche Krankheitsbilder und die aktuelle Verbreitung von Depressionen. Aus Anlass der aktuellen Präsenz des Themas in der Öffentlichkeit wird ein Bezug zum Burnout, sowie zum alltäglichen Gebrauch des Wortes „Depression“ hergestellt. Abschließend wird die aktuelle Verbreitung von Depressionen dargestellt.

2.1 Diagnostik ICD 10 / DSM-IV-TR

Depressionen werden auf der Grundlage der Klassifizierungssysteme ICD-10 („*International Classification of Diseases*“) und des DSM-IV-TR diagnostiziert. Die klinische Depression gehört zu den Affektiven Störungen, wird auch Major (DSM-IV) Depression genannt oder als Unipolar (ICD-10) bezeichnet und wird unter anderem somit von der Bipolaren bzw. der Manischen Depression unterschieden. Das ICD-10 ist die 2003 erschienene zehnte überarbeitete Fassung und Diagnoseschlüssel für Krankheiten der Weltgesundheitsorganisation der Vereinten Nationen. Die genaue Positionierung und die Unterteilungen von Depressionen sind in der Abbildung 1 des ICD-10 zu sehen.

F30 Manische Episode	F33 Rezidivierende depressive Störung
F30.0 Hypomanie	F33.0 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode
F30.1 Manie ohne psychotische Symptome	F33.1 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode
F30.2 Manie mit psychotischen Symptomen	F33.2 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome
F30.8 Sonstige manische Episoden	F33.3 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen
F30.9 Manische Episode, nicht näher bezeichnet	F33.4 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert
F31 Bipolare affektive Störung	F33.8 Sonstige rezidivierende depressive Störungen
F31.0 Bipolare affektive Störung, gegenwärtig hypomani- sche Episode	F33.9 Rezidivierende depressive Störung, nicht näher bezeichnet
F31.1 Bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode ohne psychotische Symptome	F34 Anhaltende affektive Störungen
F31.2 Bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode mit psychotischen Symptomen	F34.0 Zylothymia
F31.3 Bipolare affektive Störung, gegenwärtig leichte oder mittelgradige depressive Episode	F34.1 Dysthymia
F31.4 Bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	F34.8 Sonstige anhaltende affektive Störungen
F31.5 Bipolare affektive Psychose, gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen	F34.9 Anhaltende affektive Störung, nicht näher bezeichnet
F31.6 Bipolare affektive Psychose, gegenwärtig gemischte Episode	F38 Andere affektive Störungen
F31.7 Bipolare affektive Psychose, gegenwärtig remittiert	F38.1 Andere rezidivierende affektive Störungen
F31.8 Sonstige bipolare affektive Störungen	F38.8 Sonstige näher bezeichnete affektive Störungen
F31.9 Bipolare affektive Störung, nicht näher bezeichnet	F38.0 Andere einzelne affektive Störungen
F32 Depressive Episode	F39 Nicht näher bezeichnete affektive Störung
F32.0 Leichte depressive Episode	
F32.1 Mittelgradige depressive Episode	
F32.2 Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	
F32.3 Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen	
F32.8 Sonstige depressive Episoden	
F32.9 Depressive Episode, nicht näher bezeichnet	

Abbildung 1: Klassifikation affektiver Störungen nach ICD-10, F30-39

DSM steht für „*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*“, welches im Vergleich zum ICD-10 den nationalen Diagnoseschlüssel der USA beinhaltet und speziell die Symptome und Verläufe von psychischen Krankheiten beschreibt. Die zurzeit in Deutschland verbreitete Ausgabe ist das DSM-TR-IV von 2003. TR, steht dabei für „text revision“, also die überarbeitete Fassung (vgl. Gerrig/ Zimbardo 2008, S. 553).

2.1.1 Symptome nach ICD-10 und DSM-IV-TR

Eines der bekanntesten Symptome von Depressionen ist die tiefe Traurigkeit des Betroffenen. Diese wird meist von Interessenverlust und Minderung der positiven Gefühle, wie zum Beispiel Freude, begleitet. Antriebslosigkeit, schnellere Erschöpfung und Müdigkeit sind charakteristisch für Depressionen, wie auch Gewichtsveränderungen in kurzer Zeit, Appetit- und Schlafstörungen. Symptomatisch sind die Verlangsamung der Motorik und/oder ein Gefühl von Unruhe. Auch Schwierigkeiten sich zu konzentrieren treten auf, sowie Probleme Entscheidungen zu treffen. Verlust des Selbstwertgefühles, negative Selbstwahrnehmung, Selbstvorwürfe und Schuldgefühle sind häufige Symptome von Depressionen oder haben diese

begünstigt durch Persönlichkeitsstrukturen (vgl. Davison/ Neale/ Hautzinger 2007, S.314). Stiftung Warentest hat die Symptome des ICD-10 folgender Tabelle zusammengefasst.

<p>Hauptsymptome</p> <ul style="list-style-type: none">• gedrückte Stimmung• Interessen-/Freudlosigkeit• Antriebsstörung <p>Andere häufige Symptome</p> <ul style="list-style-type: none">• Konzentrationsstörungen• Abnahme des Selbstwertgefühls• Schuldgefühle• Hemmung/Unruhe• Selbstschädigung• Schlafstörungen, Appetitverminderung <p>Somatisches (den Körper betreffendes) Syndrom</p> <ul style="list-style-type: none">• Interessenverlust• Mangelnde Gefühlsbeteiligung• Frühmorgendliches Erwachen• Morgentief• Psychomotorische Hemmungen oder Agitation (objektiv)• Appetitverlust• Gewichtsverlust (5 Prozent des Körpergewichts des vergangenen Monats)• Libidoverlust

Tabelle 1: Übersicht über die depressiven Einzelsymptome in Begriffen der Medizin

Für eine Diagnose nach dem DSM-VI müssen nachkommende Merkmale und Ausschlusskriterien erfüllt werden:

- A Mindestens fünf der folgenden Symptome bestehen während derselben zwei-Wochen-Periode und stellen eine Änderung gegenüber der vorher bestehenden Leistungsfähigkeit dar; mindestens eines der Symptome ist entweder (1) depressive Verstimmung oder (2) Verlust an Interesse oder Freude
- (1) Depressive Verstimmung an fast allen Tagen, für die meiste Zeit des Tages, vom Betroffenen selbst berichtet (z. B. fühlt sich traurig oder leer) oder von Anderen beobachtet (z. B. erscheint den Tränen nahe) (bei Kindern und Jugendlichen auch eine reizbare Verstimmung)
 - (2) Deutlich vermindertes Interesse oder Freude an allen oder fast allen Aktivitäten, an fast allen Tagen, für die meiste Zeit des Tages (entweder nach subjektivem Ermessen oder von Anderen beobachtet)
 - (3) Deutlicher Gewichtsverlust ohne Diät oder Gewichtszunahme (mehr als 5 % des Körpergewichts in einem Monat) oder verminderter oder gesteigerter Appetit an fast allen Tagen
 - (4) Schlaflosigkeit (Einschlaf-, Durchschlafschwierigkeiten oder frühmorgendliches Erwachen) oder vermehrter Schlaf an fast allen Tagen
 - (5) Psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung an fast allen Tagen (durch Andere beobachtet, nicht nur das subjektive Gefühl von Rastlosigkeit oder Verlangsamung)
 - (6) Müdigkeit oder Energieverlust an fast allen Tagen
 - (7) Gefühle von Wertlosigkeit oder übermäßige oder unangemessene Schuldgefühle (die auch wahnhaftes Ausmaß annehmen können) an fast allen Tagen (nicht nur Selbstvorwürfe oder Schuldgefühle wegen der Krankheit)
 - (8) Verminderte Fähigkeit zu denken oder sich zu konzentrieren oder verringerte Entscheidungsfähigkeit an fast allen Tagen (entweder nach subjektivem Ermessen oder von Anderen beobachtet)
 - (9) Wiederkehrende Gedanken an den Tod (nicht nur Angst vor dem Sterben), wiederkehrende Suizidvorstellungen ohne genauen Plan, tatsächlicher Suizidversuch oder genaue Planung eines Suizids.
- B Die Symptome erfüllen nicht die Kriterien einer gemischten (manisch und depressiv) bipolaren Episode.
- C Die Symptome verursachen in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.
- D Die Symptome gehen nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz (Droge, Medikament) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors (z. B. Hyperthyreose) zurück.
- E Die Symptome können nicht durch eine einfache Trauer erklärt werden.

Abbildung 2: Kriterien einer depressiven Episode. Quelle: modifiziert nach DSM-IV-TR

Charakteristisch, besorgniserregend und häufig folgenschwer sind Gedanken an und über den Tod sowie Selbstmordversuche und tatsächliche Selbsttötung (vgl. Davison/ Neale/ Hautzinger 2007, S.314). Diese Thematik wird auf Grund seiner Relevanz im Abschnitt 5.4 noch einmal näher betrachtet.

Die auftretenden Symptome, deren Konstellation und Intensität sind bei jedem Betroffenen anders. Viele Depressionen bleiben zudem unentdeckt, da viele Patienten primär über körperliche Schmerzen klagen. Rücken- und Kopfschmerzen, Schweißausbrüche, Herzrasen, Beklemmungsgefühle und Schwindel sind oft auftretende somatische Symptome, die eine Diagnose erschweren.

2.1.2 Phasen und Verlauf von Depressionen

Das Ausmaß von Depression ist deshalb so gravierend, weil eine Ersterkrankung in 80% der Fälle von weiteren Erkrankungsphasen begleitet wird. Bei 15-30 Prozent der Erkrankten werden die Symptome chronisch und dauern zwei Jahre oder länger (vgl. RKI 2010, S.12). Wie das Auftreten der Symptome, deren Ausprägung und Zusammenstellung bei jedem Betroffenen unterschiedlich ausfällt, sind auch die

charakteristisch, episodisch verlaufenden Phasen der Depressionen bei jedem anders (vgl. Niklewski/ Riecke-Niklewski 2010, S. 44). Die akut depressiven Symptome werden von einer symptomfreien Zeit abgelöst. Je häufiger ein Mensch akute Depressionsphasen durchlebt, desto kürzer werden die symptomfreien Zeiten dazwischen (vgl. RKI 2010, S. 12). In vielen Fällen bedeutet eine akute depressive Phase, eine deutliche Einschränkung der Leistungsfähigkeit und damit häufig auch einhergehende Arbeitsunfähigkeit. Depressionen, die nicht behandelt werden, dauern im Durchschnitt ca. zwei bis drei Monate, „[...]mit psychotherapeutischer und/oder medikamentöser Behandlung verkürzt sich die Schwere und die Dauer der depressiven Symptomatik üblicherweise erheblich“ (RKI 2010, S. 12).

2.1.3 Dysthymie und sonstige depressive Störungen

Zu den affektiven Störungen gehört auch die Dysthymie. Dysthymie bedeutet übersetzt etwa gestörtes Gemüt, womit die abnorme Tendenz zur traurigen Stimmung beschrieben wird. Dysthymie ist eine, durch ihre zeitlich lang andauernde depressive Stimmung, chronisch Erkrankung. Eine Dysthymie besteht meistens jahrelang, mindestens zwei Jahre, in einigen Fällen lebenslang (vgl. Stiftung Wartentest 2010, S. 75,76). Die Symptome sind der Major Depression gleich, erfüllen aber meistens ihre Ausprägungsart und -anzahl nicht, wodurch die Intensität der Symptome, die charakteristischen Merkmale einer Depression nicht oder nur selten erreichen (vgl. RKI 2010, S. 10). Zudem kann das Ausmaß der einzelnen Symptome schwankend sein, es beeinflusst und beschränkt die Betroffenen aber bereits im Alltag (vgl. Rentrop/ Müller/ Bäuml 2009, S.338). Die körperlichen Symptome der Depression sind meist schwächer ausgeprägt oder treten gar nicht auf, ähnlich wie die Einschränkung des Denkens auf Themen wie z.B. Schuld und Sünde (vgl. Niklewski/ Riecke-Niklewski 2010, S.75). „[...]10-25% [...]“ (RKI 2010, S. 10) der Betroffenen „erleiden[...] auch Episoden mit dem Vollbild einer Major Depression. Auf die Dysthymie wird so eine depressive Episode ‚aufgepfropft‘, was von manchen dann die ‚Doppelte Depression‘ genannt wird.“ (Davison/ Neale/ Hautzinger 2007, S. 313). Suizidversuche und provozierte Unfälle werden häufig unter dem Krankheitsbild der Dysthymie unternommen (vgl. Rentrop/ Müller/ Bäuml 2009, S.339).

In den Klassifikationssystemen werden weitere depressive Störungen unter sonstigen affektiven Störungen aufgezeigt, wie z.B. rezidivierende kurze depressive Episoden und weitere, „[...]unter neurotischen-, Belastungs- und somatoformen Störungen [...]“.

Hierzu gehören insbesondere die Anpassungsstörungen (F43.2) und die gemischten Angst- und depressive Störungen (F41.2). “(RKI 2010, S.11). Diese Diagnosen erfüllen nicht die Kriterien einer Major-Depression weisen aber prägnante Symptome auf (vgl. RKI 2010, S. 11).

2.1.4 Aktuelle Verwendung des Wortes „Depression“ und Burnout

Spätestens mit der Veröffentlichung der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS1 2013) und des „DAK-Gesundheitsreports 2013“ sind die psychischen Belastungen und Krankheiten der Bevölkerung in Deutschland Thema der Öffentlichkeit geworden. Die Bezeichnungen von Depressionen sind in den letzten Jahren alltagstauglich geworden. Hat jemand einen schlechten Tag oder war traurig, war er „depressiv“. Spricht jemand über etwas Trauriges „macht er einen depressiv“ (vgl. Bischoff 2009 S. 81). Diese Bezeichnungen sind von den klinisch diagnostizierten Depressionen zu unterscheiden und stehen auch nicht für die aufgeklärte Bevölkerung des Krankheitsbildes entsprechend, beschreiben aber psychisch depressive Symptome. Auch die Bezeichnung des Burnout-Syndroms wurde in den letzten Jahren verbreitet.

Das Burnout-Syndrom beschreibt das Gefühl des ausgebrannt-seins, von dauerhafter Anstrengung und Überforderung. In den meisten Fällen wird davon bei arbeitsintensiven Beschäftigungen gesprochen, die Loyalität, hohen Arbeitseinsatz und Rund-um-die-Uhr-Erreichbarkeit fordern. Das bedeutet Burnout steht besonders für Verausgabung am Arbeitsplatz, für Menschen, die sich dauerhaft sehr hohe Leistung abverlangen.

Im Auftrag zur DEGS hat unter anderem der Psychologe H.-U. Wittchen (TU Dresden) Patientenbefragungen durchgeführt und ist zu der Meinung gekommen, dass Burnout eine weniger stigmatisierende Alltagsbezeichnung für Depression sei. Besonders bei Menschen mit höherem sozialökonomischen Status wird das Burnout-Syndrom häufiger diagnostiziert. Dabei erfüllen ca. 50% der Burnout-diagnostizierten die oben genannten typischen Merkmale einer Depression. Wittchen meint, das Positive an der Verbreitung des Burnouts sei, dass Menschen sich behandeln und therapieren ließen, die aus Angst vor Stigmatisierung den Arzt nicht aufgesucht hätten und so nun statistisch erfasst werden könnten (vgl. Ballwieser, Spiegelonline am 14.6.2012). In dieser Thesis werden aufgrund dieser Tatsachen Burnout, Anpassungsstörungen, sowie die oben erwähnten einschränkenden und Lebensfreude mindernden Symptome unter der Bezeichnung Depressionen miteinbezogen.

2.2 Aktuelle Verbreitung von Depressionen in Deutschland

Im Mai 2013 veröffentlichte das Robert-Koch-Institut seine „*Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)*“ in der die „*Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland*“ untersucht wurde. Die Befragten waren im Alter zwischen 18-79 Jahren. Für die Erhebung der aktuellen Verbreitung depressiver Symptomatik wurden die Daten von 7524 Befragten (3940 Frauen, 3584 Männer) ausgewertet (vgl. *DEGS1 2013, S. 735*).

Die Präsenz einer depressiven Symptomatik wird mit Hilfe des „*Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-9)*“ (Spitzer/ Williams/Kroenke) in Erfahrung gebracht, indem „*[...] das Vorliegen und die Häufigkeit von 9 depressiven Symptomen innerhalb der letzten zwei Wochen gemäß der diagnostischen Kriterien einer Major Depression nach DSM-IV erfragt wird [...]*“ (*DEGS1 2013, S. 734*). Das Ergebnis war, dass insgesamt 8,1% der Befragten zum Zeitpunkt der Erhebung an den charakteristischen Merkmalen depressiver Symptome litten. Betroffen waren 10,2% der Frauen und 6,1% der Männer. Es stellte sich heraus, dass „*Frauen [...] in allen Altersgruppen höhere Prävalenzen auf[weisen] als Männer.*“ (*DEGS1 2013, S. 735*).

Die Prävalenz, die Erkrankungsrate zum Zeitpunkt der Erhebung steht in Verbindung mit dem sozialökonomischen Status. Personen eines niedrigeren sozialökonomischen Status, „*[...] zeigen eine fast dreifach höhere Prävalenz (13,6%) als Personen in der hohen Statusgruppe (4,6%) [...]*“ (*DEGS1 2013, S. 735*). Besonders bei Frauen wird dieser Zusammenhang deutlich.

	Niedriger SES	Mittlerer SES	Hoher SES
Depressive Symptomatik (n=7876)			
Frauen	16,0 (12,7–19,9)	9,9 (8,3–11,7)	5,0 (3,5–7,0)
Männer	11,1 (8,1–15,0)	5,3 (4,3–6,5)	4,3 (2,9–6,3)
Gesamt	13,6 (11,2–16,5)	7,6 (6,6–8,8)	4,6 (3,6–6,0)
Diagnostizierte Depression: Lebenszeitprävalenz (n=7800)			
Frauen	19,8 (16,2–24,0)	14,3 (12,6–16,1)	13,9 (11,7–16,5)
Männer	8,8 (6,2–12,2)	7,6 (6,3–9,2)	6,6 (5,0–8,8)
Gesamt	14,5 (12,1–17,3)	11,0 (9,9–12,3)	9,9 (8,5–11,4)
Diagnostizierte Depression: 12-Monats-Prävalenz (n=7789)			
Frauen	12,9 (9,7–17,0)	7,0 (5,9–8,4)	5,5 (3,8–8,1)
Männer	3,7 (2,2–6,2)	3,6 (2,7–4,8)	3,7 (2,3–5,7)
Gesamt	8,5 (6,6–10,9)	5,4 (4,6–6,3)	4,5 (3,4–6,0)

Tabelle 2: Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression (Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenz) nach Geschlecht und sozioökonomischen Status

Die Prävalenz depressiver Symptome im Zusammenhang mit dem Wohnort hingegen blieb bei beiden Geschlechtern ähnlich. Die häufigsten Vorkommen depressiver

Symptome war in Großstädten (9,45%) zu verzeichnen, etwas weniger in mittelstädtischen Wohnorten (9,1%). Im mittleren Bereich waren die ländlichen (7,4%) Wohnorte vertreten und die wenigsten Vorkommen gab es in kleinstädtischen Wohnorten (5,8%)(vgl. *DEGSI*, S. 735).

Am höchsten ist die Prävalenz, mit 9,9% bei den 18-29 jährigen, von denen 11,8% der Frauen und 8,0% der Männer dieser Altersgruppe depressive Symptome aufwiesen. Am niedrigsten war die Prävalenz beider Geschlechter bei den 70-79 jährigen mit 6,1% (Frauen 7,7%, Männer 4,2%) (vgl. *DEGSI 2013*, S.735) .

Tab. 2 Prävalenz von depressiver Symptomatik (PHQ-9 ≥ 10 Punkte) nach Geschlecht und Altersgruppe in Prozent (95%-Konfidenzintervall), n=7524							
	18 bis 29 Jahre	30 bis 39 Jahre	40 bis 49 Jahre	50 bis 59 Jahre	60 bis 69 Jahre	70 bis 79 Jahre	Gesamt
Frauen	11,8 (9,0–15,3)	10,5 (7,3–14,7)	9,9 (7,6–12,8)	10,4 (8,1–13,3)	9,8 (7,1–13,4)	7,7 (5,1–11,4)	10,2 (8,9–11,5)
Männer	8,0 (5,5–11,5)	5,3 (2,9–9,5)	7,0 (5,0–9,7)	6,1 (4,5–8,3)	4,5 (2,9–6,9)	4,2 (2,6–7,0)	6,1 (5,2–7,2)
Gesamt	9,9 (7,8–12,3)	7,9 (5,7–10,8)	8,4 (6,7–10,5)	8,2 (6,7–10,1)	7,2 (5,6–9,2)	6,1 (4,3–8,6)	8,1 (7,3–9,1)

Tabelle 3: Prävalenz von depressiver Symptomatik nach Geschlecht und Altersgruppen in Prozent

Mithilfe der durchgeführten Studie stellte Wittchen zudem fest, dass weniger als die Hälfte der Befragten, die an Depression leiden, Kontakt zum Gesundheitssystem haben. Das bedeutet die erste Krankheitsphase wurde nur selten erkannt und weniger als 50% der Erkrankten lassen sich behandeln (vgl. *Ballwieser, Spiegelonline am 14.6.2012*). Diese Feststellung lässt erahnen, wie hoch die Dunkelziffer der Betroffenen ist, die unerkannt, unbemerkt bleiben und somit weder erfasst, noch durch das Hilfesystem aufgefangen werden.

Dieses Kapitel veranschaulichte die Grundlagen von Depressionen und ähnlichen Diagnosen sowie die aktuelle Verbreitung depressiver Symptome in Deutschland. Die Ergebnisse der Studie des Robert-Koch-Instituts offenbarten, dass im Vergleich zu früher mehr junge Menschen an Depressionen leiden, Frauen in allen Altersgruppen eine erhöhte Vulnerabilität, also Verwundbarkeit, aufweisen, das ein niedriger sozialökonomischer Status Depression begünstigt und das weniger als die Hälfte der Betroffenen sich behandeln ließen. Daraus resultiert ein Handlungsbedarf, besonders junge Menschen und Frauen für Risikofaktoren zu sensibilisieren und damit vor Depressionen zu schützen. Zudem muss für Betroffene ein Weg zum Gesundheitssystem ermöglicht werden, den diese annehmen können.

3 Theorien zur Ursache und Risikofaktoren von Depressionen

Theorien zur Entstehung und mögliche Auslöser von Depression zu kennen hilft den Betroffenen, ein Verständnis für Depressionen zu entwickeln. Die Betroffenen bekommen die Möglichkeit, Einstellungen und Lebensweisen zu überdenken und ggf. zu ändern, die der Krankheit förderlich sind. Ein Verständnis zur Krankheit und Wahrnehmung der Ursachen ist für die Soziale Arbeit wichtig, um präventiv ansetzen zu können und den Betroffenen entsprechende Hilfe geben zu können, auch vor Krankheitsbeginn.

Eine zuverlässige Theorie zur Entstehung von Depressionen konnte noch nicht nachgewiesen werden. Es wird von multifaktoriellen Begebenheiten ausgegangen, dass bedeutet mehrere Faktoren, wie biologische, psychische und soziale Kriterien, deren Konstellation subjektiv zu betrachten sind, haben krankheitsbegünstigend gewirkt (vgl. *RKI 2010, S14*). Aufgrund der Schwerpunktsetzung auf Präventionsmaßnahmen in der Sozialen Arbeit werden anschließend besonders psychische und soziale Faktoren betrachtet, die für diese Arbeit besonders von Bedeutung sind.

3.1 Biologische Ursachen von Depressionen

Biologische bzw. genetische Voraussetzungen für Depressionen können durch die Eltern gegeben sein. Die Wahrscheinlichkeit als Kind eines zuvor an Depressionen erkrankten Elternteiles ebenfalls depressiv zu werden ist erhöht (vgl. *RKI 2010, S15*). Das bedeutet zwar, dass die Voraussetzungen für Depressionen durch die Gene vererbt, aber erst durch psychische Belastungen ausgelöst werden (vgl. *Robert-Koch-Institut 2010, S.15*). Neurowissenschaftlich betrachtet wird angenommen, dass bei Depressionen die Anzahl der Neurotransmitter Serotonin und Noradrenalin im Gehirn zu gering ist (bei Manie sind sie erhöht) (vgl. *Gerrig/ Zimbardo 2008S. 567*). Serotoninmangel wird häufig mit einer traurigen Grundstimmung in Zusammenhang gebracht, eine Steigerung des Serotonins wirkt hingegen glücklich stimmend, was durch richtige Ernährung gefördert werden kann (siehe Ernährung, Kapitel 8.5). Außerdem gibt es Krankheitsbilder, die von sich aus Depressionen auslösen, wie zum Beispiel Schilddrüsenfunktionsstörungen aufgrund ihrer erhöhten Hormonproduktion und folgende Einflussnahme auf die Neurotransmitter (Organische Depression) (vgl. *RKI 2010, S. 18*).

3.2 Psychologische und Soziale Ursachen

Im Vergleich zu den biologischen Betrachtungsweisen der Depression beziehen die psychodynamischen Theorien die Persönlichkeit und die angeeigneten Verhaltensweisen zur Erklärung mit ein. Die Persönlichkeit bildet sich durch die Summe der erlernten wirksamen und negativen Gewohnheiten (vgl. Gerrig/ Zimbardo 2008, S. 525).

Folgend werden zwei Theorien des kognitiven Ansatzes vorgestellt, mit denen die Wahrnehmung des Betroffenen erläutert wird. Diese Theorien vertreten die Ansicht, diese Wahrnehmungen begünstigen Depression und fördern eine Erkrankung.

Die erste ist „[...] die Theorie der kognitiven Schemata“ (vgl. Gerrig/ Zimbardo 2008, S. 568), entwickelt von Aaron Beck, einem Forscher in dem Gebiet der Depressionen. Beck vermutete, „[...] dass depressive Menschen drei Arten kognitiver Verzerrung aufweisen, die er als kognitive Triade [Hervorhebung im Original] der Depression bezeichnet: ein negatives Selbstkonzept, eine negative Sicht ihrer aktuellen persönlichen Erfahrungen und eine negative Einschätzung der Zukunft.“ (vgl. Gerrig/ Zimbardo 2008, S. 568). Beck meint, dass diese Annahmen von den Betroffenen wie Schablonen über Ereignisse und Begebenheiten gelegt und somit negativ gesehen, empfunden und bewertet werden (vgl. Gerrig/ Zimbardo 2008, S. 568). Das Resultat ist eine negative Sicht und Bewertung des eigenen Lebens, was zu einer Handlungsunfähigkeit und zur selbsterfüllenden Prophezeiung (siehe Self-fulfilling-Prophecy, Kapitel 5.2) führen kann.

Die zweite Theorie ist die der erlernten Hilflosigkeit von Martin Seligman. Diese Theorie nimmt an, dass die Betroffenen Ereignisse, die für sie wichtig erscheinen, nicht beeinflussen können und somit ihr Handeln nicht für das Ergebnis bedeutend seien. Motivationale, emotionale und kognitive Defizite sind für die Theorie der erlernten Hilflosigkeit bezeichnend (vgl. Gerrig/ Zimbardo 2008, S.568).

Zudem ist die Entstehung der erlernten Hilflosigkeit von dem Attributionsstil der betroffenen Person abhängig, also beeinflusst durch die Erklärung von Ereignissen ihres Lebens. Der Attributionsstil wird auf drei Ebenen bestimmt. Die erste, internal-external Ebene beschreibt die Zuschreibung negativer Erlebnisse auf inneres Versagen oder erschwerte Bedingungen von außen. Eine zweite Dimensionen der Bewertung erfolgt global-spezifisch Das bedeutet, das Scheitern einer Situation wird entweder verallgemeinert oder es wird ein persönliches Defizit, in einem bestimmten Bereich

erkannt. Die dritte, stabile-instabile Ebene, bewertet die Inkompetenz des Beurteilenden einer Situation, als anhaltenden oder kurzweilig. Vermutet wird, dass besonders Personen die misslungene Situationen internal, global und stabil – also als inneres, allgemeines und dauerhaftes Versagen – bewerten, empfänglicher für Depressionen sind (vgl. Gerrig/ Zimbardo 2008, S. 569).

Die kognitive Wahrnehmung erlernt der Mensch durch die Sozialisation bei seinen Eltern. Das bedeutet, Ereignisse werden auf die ähnliche Art und Weise wahrgenommen und beurteilt, wie es von den Eltern vorgelebt wird. Das Kind internalisiert diesen Umgang aufgrund der Vorbildfunktion der Eltern. Sind diese Wahrnehmungen beispielsweise egozentrisch, negativ und werden verdrängt, werden die vom Kind übernommen und im weiteren Leben auch gelebt. Das Kind lernt keine positiven Bewältigungsstrategien in Konfliktsituationen, wird ebenfalls egozentrisch in der Wahrnehmung, was das Selbstbewusstsein schädigen kann. Erlernte Hilflosigkeit kann folgen, sowie Unzufriedenheit mit sich selbst und anderen. Das Ergebnis könnten eine negative Lebenseinstellung und Depressionen sein (vgl. Gerrig/ Zimbardo 2008, S.525ff).

Introvertiertheit, Gewissenhaftigkeit und Pflichtbewusstsein sind Persönlichkeitsmerkmale, die beispielsweise Depressionen fördern können. Menschen mit vielen Ängste oder Zwängen sind von ihren Persönlichkeitsstrukturen anfälliger als extrovertierte, unerschrockene Menschen (vgl. Robert-Koch-Institut 2010,S.17). Aber auch Persönlichkeiten die perfektionistisch, unflexibel sind, starre Überzeugung und pessimistische Einstellungen haben, neigen zur Anfälligkeit von Depression (vgl. Hautzinger 2006, S. 25).

3.3 Chronische und akute Belastungen als Auslöser von Depression

Depressionen können biologische, psychische und soziale Ursachen haben und werden durch akute lebensverändernde Einschnitte und chronische Belastungen ausgelöst (vgl. RKI 2010, S.14). Chronische Belastungen, wie Stress, Frust am Arbeitsplatz, Mobbing, Armut und – wie in Abbildung 4 vorgestellt– ein geringer sozialökonomischer Status kann zu dauerhafter Unzufriedenheit führen und die Betroffenen für Depressionen empfänglicher machen.

Lebensverändernd und/oder chronisch belastend können auch Krankheiten und Neudiagnosen sein. Diagnosen wie z.B. Aids, Hirntumore können Depressionen

auslösen. Diabetes mellitus, Herzinfarkte und Schlaganfälle können beispielsweise lebensverändernde Auswirkungen haben und sehr belastend sein (vgl. *RKI 2010, S. 18*).

Akute lebensverändernde Einschnitte können Depressionen oder im Fall, dass die Kriterien einer Depression nicht erfüllt werden, Anpassungsstörungen auslösen. Anpassungsstörungen stehen im direkten Zusammenhang einer akuten Belastung, die nicht bewältigt werden kann. Mütter können häufig den Auszug ihrer Kinder aus der gemeinsamen Wohnung nicht bewältigen und entwickeln eine Anpassungsstörung (vgl. *Niklewski/ Riecke-Niklewski 2010, S. 76*). Häufige Auslöser sind auch Scheidung, Tod eines nahestehenden Menschen oder Verlust des Arbeitsplatzes (vgl. *Niklewski/ Riecke-Niklewski 2010, S. 76*). Mit dem Verlust des Arbeitsplatzes kann beispielsweise ein komplettes soziales Netzwerk wegfallen. Positive Verstärker werden verringert, wodurch sich das Allgemeinbefinden verschlechtert. Zugleich werden negative Gedanken und Empfindungen begünstigt, wie z.B. Gefühle der Einsamkeit, Nutzlosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Entmutigung und Schwermut, wodurch die Vulnerabilität, also die Verwundbarkeit erhöht wird (Verstärker-Verlust-Theorie) (vgl. *RKI 2010, S.16*).

In der Umsetzung der Prävention von Depressionen können in der Praxis mithilfe der vorliegenden Informationen Auslöser und Risikofaktoren erkannt, beachtet und vermieden werden. Zudem können mit diesem Wissen Vorurteile über negative Persönlichkeitsstrukturen, die für die Entstehung von Depressionen verantwortlich gemacht werden, abgebaut und Betroffene entlastet werden.

4 Auswirkungen und mögliche Folgen der Krankheit

Depression hat weitreichende Auswirkungen. Die Wahrnehmung, das Denken und die Stimmung werden durch die Krankheit bestimmt und können den Erkrankten erheblich in seinem alltäglichen Leben beeinflussen und Handlungsunfähig machen. Zum Teil sind bereits Persönlichkeitsstrukturen krankheitsförderlich gewesen, andere Verhaltensweisen entstehen aber erst durch die Erkrankung bzw. werden dann erst sichtbar. Dadurch treten häufig Probleme im Kontakt mit anderen auf, wie zum Beispiel mit dem Partner, Freunden und Kollegen. Ganze Kreisläufe an negativen Reaktionen und Annahmen, die einander bedingen, können entstehen und Beziehungen nachhaltig schädigen.

4.1 Auswirkungen der Depressionen auf Betroffene

Die Kognitive Triade von Beck hat bereits mögliche Ursachen der Depression vorgestellt. An dieser Stelle soll aufgezeigt werden, was dieses Denkschema für Auswirkungen auf den depressiv Erkrankten Menschen hat. Nach Beck haben depressive Menschen Fehler in ihrem Denken und in der Interpretation ihrer Erlebnisse. Sie würden willkürliche Schlüsse ziehen, sich zum Beispiel nutz- und wertlos fühlen aufgrund objektiver Bedingungen oder sie fühlen sich für alles verantwortlich, obwohl sie nur teilweise beteiligt waren. Depressive würden Übergeneralisierung betreiben und zur Über- oder Untertreibung neigen. Beck ist der Meinung, dass „[...]depressive Opfer ihrer eigenen unlogischen Selbstbeurteilungen [sind].“ (Davison/ Neale/Hautzinger 2007, S. 317).

Zu den Interpersonalen Theorien der Depression gehört auch die schon erwähnte Verstärker-Verlust-Theorie, die durch Studien belegen konnte, „[...]dass Depressive durch ihr Verhalten andere Menschen von sich „wegtreiben“ und so selbst dazu beitragen, dass der Mangel an positiver Verstärkung stärker wird (vgl. Hautzinger, 1991,1997).“ (Davison/ Neale/ Hautzinger 2007, S. 323). Folgend tritt häufig dann auch ein Mangel an sozialer Unterstützung auf, wenn dieser nicht bereits vor der Depression ohnehin fehlte und eine Erkrankung begünstigt hat. Besonders in Zeiten der Depression ist soziale Unterstützung wichtig und notwendig zur Genesung.

Soziale Kontakte sind nicht nur zur Krankheitsbewältigung wichtig, auch zur Eigen- und Fremdreflexion, sowie zur positiven Auseinandersetzung mit sich und der Umwelt (vgl. Davison/ Neale/ Hautzinger 2007, S.323). Aufgrund ihrer negativen Wahrnehmung und Interpretation erschweren die Depressiven es Angehörigen, Freunden und Kollegen sie zu unterstützen (vgl. Bischoff 2009, S. 42ff). Sie sind nicht in der Lage, eventuelle Hilfsangebote zu erkennen und anzunehmen. Häufig fühlen sich depressiv Erkrankte mit ihrer Situation allein gelassen und hilflos. Sie bekommen keinen eigenen Antrieb mehr, aus ihrer Lage heraus zu finden. Auch darunter leidet das Selbstbewusstsein und die Selbstwirksamkeit, also das Vertrauen in sich und seine Fähigkeiten, nimmt ab.

Depressive leiden häufig an Schuldgefühlen weil sie ihren Verpflichtungen, Verantwortungen und Beziehungen nicht mehr nachkommen können. Sie haben durch ihre Schlafstörungen einen anderen Wach-Schlafrhythmus, haben ein vermindertes

Sexualverlangen und können an gemeinsamen Unternehmungen mit ihren Angehörigen und Partnern nicht mehr teilnehmen (vgl. *Hautzinger 2006, S.9 ff*). Aus Scham vor sich selbst ziehen sie sich zurück, was von den Angehörigen und Partnern nicht oder falsch verstanden wird. Viele Beziehungen scheitern daran, wodurch sich die Erkrankten erst recht einsam fühlen.

Zu den sozialen Auswirkungen von Depressionen kommen auch finanzielle und rechtliche Konsequenzen. Durch Unzuverlässigkeit und erschwerende Zusammenarbeit mit Kollegen und Vorgesetzten verlieren manche depressiv Erkrankte ihren Arbeitsplatz, Rechnungen werden nicht mehr bezahlt und rechtlichen Angelegenheiten wird nicht nachgekommen. So bringt die Erkrankung oft auch einen sozialen Abstieg mit sich. Verstärkt wird die Situation noch, wenn die körperliche Pflege nachlässt und immer öfter Medikamente z.B. Schlaftabletten genommen oder Alkohol getrunken, um die Gemütslage verbessern zu können. Als Ergebnis können Abhängigkeiten und Süchte entstehen (vgl. *Hautzinger 2006, S.16*). Für viele Depressive ist der letzte Ausweg aus der Einsamkeit und ihrer Trauer der Suizid.

Ärzte geben bei Depressionen häufig allein Medikamente und keinerlei Hinweise oder Unterstützung zur Therapie. Eine Aufzählung der Therapiemöglichkeiten und Faktoren zur Gesundheitsförderung wäre nicht nur für die gegenwärtige Heilung wichtig, auch um zu verhindern, dass eine erneute Krankheitsphase stattfindet. Ein weiteres Problem für die Betroffenen besteht darin, dass sie sehr lange auf einen Therapieplatz warten müssen, was fatale Auswirkungen haben kann, da Suizidgedanken durch Depressionen entstehen. Das ist ein Versorgungsdefizit für depressiv Erkrankte (vgl. *Ballwieser 2012, Spiegelonline 16.06.2012*).

4.2 Wirkungen der Depression auf das soziale Umfeld

Menschen mit depressiven Symptomen verhalten sich häufig so, dass sie negative Reaktionen bei anderen hervorrufen (vgl. *Davison/ Neale/ Hautzinger 2007, S. 323*). Allein der Tonfall der Betroffenen würde bei Gesprächspartnern häufig schon Aggressionen auslösen, wobei die Wahl der Worte und des Inhaltes nicht entscheidend sind (vgl. *Davison/ Neale/ Hautzinger 2007, S. 324*). Die Beziehungen leiden und fallen weg.

In einer Partnerschaft treten mit den Symptomen der Depression weitere Probleme auf. Die Symptome der Schwermut und Traurigkeit werden häufig begleitet von

Unzuverlässigkeit, Unzufriedenheit und Vorwürfen, die eine Beziehung belasten können. Der Partner ist diesen ausgesetzt und reagiert selbst mit Hilflosigkeit und Unverständnis (vgl. *Bischkopf 2009, S. 35*). Hinzu kommt, dass der Partner u.a. alltägliche Aufgaben im Haushalt und auch deren Führung übernehmen muss, wie z.B. Rechnungen bezahlen etc. Hinzu kommt im Falle des Arbeitsplatzverlustes des Erkrankten die alleinige finanzielle Absicherung der Familie durch den Partner und dadurch eventuell entstehende finanzielle Probleme (vgl. *Bischkopf 2009, S. 40 ff*).

Mit dieser dauerhaften Belastung und Überforderung wird die Gesundheit des Angehörigen selbst gefährdet, an Depressionen zu erkranken (vgl. *Hautzinger 2006, S.27*). Da der Erkrankte selbst der Einzige, ist der an dieser Situation wirklich etwas ändern kann und dies nicht erkennen oder akzeptieren möchte, reagiert der Partner häufig mit Ratlosigkeit und Unverständnis, bis hin zur Resignation.

Aufgrund der beschriebenen Ursachen, den Persönlichkeitsstrukturen und Auswirkungen der negativen Wahrnehmung können generelle Probleme in der Beziehungsfähigkeit entstehen. Viele Beziehungen scheitern an den Symptomen der Depression oder entstehen erst gar nicht. Die hohe Prävalenzrate bei den 18-29 jährigen könnte in den kommenden Jahren unter anderen auch Auswirkungen auf die Familienbildung haben, da immer weniger feste Bindungen eingegangen und Familien gegründet werden, was auch gesellschaftliche Folgen haben könnte.

4.3 Gesellschaftlich Betrachtet

Im Gesundheitsreport 2013 der DAK wurde festgestellt, dass psychische Erkrankungen die zweithäufigste Krankmeldungsursache bei Arbeitnehmern darstellen, unter denen am häufigsten Depressionen festgestellt wurden (vgl. *DAK Home*). Diese Produktivitätsausfälle verursachen hohe Kosten, da Arbeit liegen bleibt, Vertretungen organisiert und bezahlt werden müssen (vgl. *RKI 2010, S. 25*). Ökonomische Folgen haben Depressionen zudem, da die Behandlungskosten durch die charakteristische Rückfallgefahr in akute depressive Phasen steigen und durch den häufig chronischen Verlauf der Krankheit. Zudem kommen die Kosten eventuell folgender Frühverrentung (vgl. *RKI 2010, S. 25-26*). Im Jahr 2010 wurden die durch Depressionen verursachte Kosten der Volkswirtschaft laut einer Studie der *European Depression Association (EDA)*, europaweit auf ca. 92 Milliarden Euro geschätzt (vgl. *Spiegel online, 01.10.2012*).

Der Krankstand an sich nimmt laut der Gesundheitsberichtserstattung und des Gesundheitsreportes der DAK ab, gleichzeitig nimmt die Anzahl der Arbeitsausfälle aufgrund depressiver Erkrankungen zu (vgl. RKI 2010 S. 25). Bei einer Expertenbefragung innerhalb des Gesundheitsreportes 2013 der DAK differenzierte ein Psychiater aus Berlin zwischen der klinischen Major Depression (gleichbleibende Anzahl) und den akuten Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen (steigende Anzahl). Er bezeichnete die akuten Probleme als „[...]produzierte Störungen, die [...] [Ärzte] auch gar nicht gelernt haben, zu behandeln.“ (DAK Gesundheitsreport 2013, S.65). Weiter war der Psychologe der Meinung, dass Sozialarbeiter diese behandeln sollten, da die Probleme unter dem Druck des Arbeitsplatzes und der Interpretation der Situation entstanden seien. Mobbing und die anderen Belastungen am Arbeitsplatz seien keine psychiatrischen Erkrankungen (vgl. DAK Gesundheitsreport 2013, S. 65).

Die Diagnosen zum Burnout wie auch die Diagnosen der Anpassungsstörungen sind gestiegen durch stressbedingte Auslöser und fehlende Problemlösungsstrategien.

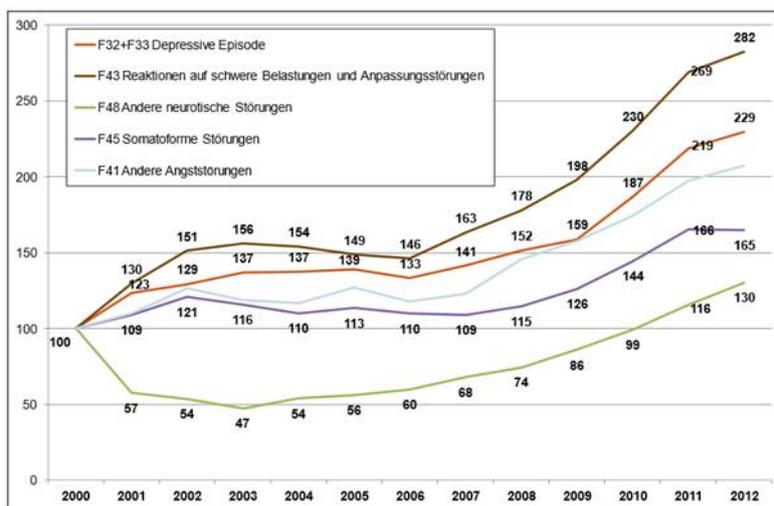


Abbildung 3: Entwicklung der AU-Volumens von Psychischen Einzeldiagnosen 2000-2012. Indexdarstellung 2000=100

Die Auswirkungen sind gravierend, für Betroffene, Arbeitnehmer und gesamtgesellschaftlich betrachtet. In diesem Sinne sollte ein zielgerichteter Ausbau der Hilfen in der Sozialen Arbeit stattfinden und ein Umdenken in der Arbeitswelt erfolgen. Voraussetzung hierfür ist ein Verständnis der Öffentlichkeit gegenüber Depressionen, welches durch Kampagnen zur Aufklärung und Entstigmatisierung aktiviert werden kann.

5 Stigmatisierung

Stigmatisierung beschreibt die negative Bewertung der Gesellschaft bzw. einer Gruppe bestimmter Merkmale einer Person oder einer Personengruppe. Der negativen Bewertung folgend werden diese Personen diskriminiert, sozial abgewertet und ablehnend behandelt (vgl. *Krüger 2002, S. 393*). Stigmatisiert und diskriminiert werden vor allem Menschen, die für die Stigmatisierenden von der Norm abweichen (vgl. *Gerrig/ Zimbardo 2008, S. 589*). Diese Bewertung der Normabweichung findet an jedem Ort in jeder Gesellschaft unterschiedlich statt, auch die Mentalität, das Alter, die Erziehung, etc. sind entscheidend und auch deshalb unterschiedlich in der Bewertung was normabweichend ist. Gesellschaftlich betrachtet kann was in einem Land schon als „normal“ gilt in einem anderen Land diskriminiert und stigmatisiert werden.

5.1 Stigmatisierung von Depressionen

Depressionen gehören zu den psychischen Krankheiten und sind somit beängstigend und nicht so nachvollziehbar wie körperlichen Krankheiten (vgl. *Gerrig/ Zimbardo 2008, S. 589*). Körperliche Krankheiten können jeden treffen, auch ohne eigenes Zutun, das Mitfühlen ist bereits gelernt worden. Psychische Störungen und Depressionen haben im allgemeinen Bild eher mit Unfähigkeit und Unglück zu tun. Um nicht selbst damit in Verbindung gebracht zu werden distanzieren sich die Menschen und exkludieren den Betroffenen lieber.

Die Bezeichnungen psychische Erkrankung, psychische Störungen etc. sind an sich schon stigmatisierend. Im Falle einer Anpassungsstörung wird suggeriert, der Betroffene könne sich an eine Situation nicht anpassen, obwohl es durchaus Situationen gibt, an die sich ein Mensch auch nicht anpassen möchte oder sollte, wie z.B. Mobbing. Häufig sind Symptome als Zeichen zu sehen, dass etwas nicht stimmt und auf Dauer nicht ertragen werden kann. Ein Zeichen, dass der Betroffene etwas in seinem Leben oder seinen Einstellungen ändern sollte. Es sollte als Warnzeichen und nicht als Störung oder Erkrankung betitelt werden. Auch wirken diese Bezeichnungen als anhaltend obwohl, abgesehen von den chronischen Verläufen, die meisten Symptome nach kurzer Zeit wieder abklingen. Das Stigma, eine psychische Erkrankung gehabt zu haben, bleibt.

Die Theorie von Medizinern und Psychologen ist, dass das Burnout-Syndrom eine Bezeichnung für eine Depression ist. Die negativen Zuordnungen der Depressionen, wie

z.B. Faulheit, Launenhaftigkeit, und Lebensunfähigkeit können so umgangen werden, da mit Burnout eher Arbeitseifer, Selbstaufgabe und Leistungsdruck verbunden werden (vgl. Spiegel, Ballwieser 14.06.2013). Obwohl durch die aktuelle Stress- und Burnout-Thematik in den Medien vermehrt Aufklärung stattfindet ist bisher zu wenig Wissen um die Krankheit und ihrer Symptome verbreitet.

5.2 Selbst-Stigmatisierung und Self-fulfilling-prophecy

Depressionen sind immer noch mit vielen Vorurteilen verknüpft. Viele an Depressionen leidende Menschen trauen sich nicht, zum Arzt zu gehen, aus Angst stigmatisiert zu werden. Sich behandeln zu lassen und mit einer Diagnose „Depressionen“ zu leben, wollen viele nicht, zum einen weil sie es sich selbst nicht eingestehen wollen, dass sie krank sind und Hilfe brauchen und zum anderen wollen sie nicht als „verrückt“ betitelt werden. Die Betroffenen stigmatisieren sich so auch selbst, da sie ihre Depressionen und psychische Leiden zu verstecken versuchen (vgl. Gerrig/ Zimbardo 2008, S. 589).

Die Diagnose zur Depression kann aber auch hilfreich sein, für den Erkrankten als auch für deren Angehörige, da eine Behandlung erfolgen kann. Eine Diagnose kann aber auch Probleme mit sich bringen (vgl. Gerrig/ Zimbardo 2008, S. 590). Depressionen werden häufig noch nicht verstanden und mit negativen Charaktereigenschaften assoziiert oder als unberechenbar angesehen. Patienten und Angehörige werden zu wenig von Ärzten und Psychologen aufgeklärt (vgl. Jungbauer/ Bischoff/ Angermeyer. al., 2001, S. 135). So wirkt sich „[...] das Stigma der psychischen Erkrankung negativ auf das Leben der Menschen aus[...]“ (Farina et al., 1996; Wright et al. 2000).“ (Gerrig/ Zimbardo 2008, S. 589). Häufig erwarten die Betroffenen eine ablehnende Haltung von anderen Menschen wegen ihrer Erkrankung und verhalten sich dementsprechend, worauf diese wiederum mit Ablehnung reagieren. Der Beginn war in diesem Fall der Gedanke des Betroffenen, dass er aufgrund seiner Erkrankung auf Zurückweisung stoßen wird und die Ablehnung des Gegenübers quasi provoziert. So kann das Stigma der Erkrankung zu einer Self-fulfilling-Prophecy, „[...] sich selbst erfüllenden Prophezeiung des Lebens werden.“ (Gerrig/ Zimbardo 2008, S. 590).

Self-fulfilling-prophecy kann auch negative Auswirkungen auf die Zukunftsgestaltung haben. Ängste vor neue Beziehungen, vor Enttäuschungen oder davor selbst zu enttäuschen, können Betroffene lähmen und ihre Befürchtungen wahr werden lassen. Viele Betroffene stigmatisieren sich selbst aus Scham und ziehen sich zurück und/oder verschweigen ihre Erkrankung. Das ständige Überspielen der tatsächlichen Gefühlslage

und das Verheimlichen der Diagnose können Stress auslösen und sich somit negativ auf die Gesundheit auswirken (vgl. *Volkmann 2013*).

5.3 Stigmatisierung durch Arbeitgeber

Das Stigma der Depression kann selbst bei längerer Abwesenheit der Symptome bzw. nach Genesung bestehen bleiben und weitere Probleme mit sich bringen. Durch den Arztbesuch und die Diagnose erfolgt auch ein dauerhafter Eintrag in die Krankenakte. Sind lange Arbeitsausfälle eingetreten, können Probleme am Arbeitsplatz bei der Wiedereingliederung eintreten. Auch hier können Stigmatisierung und Self-fulfilling-prophecy auftreten. Gravierend könnte sich die lange Krankenzzeit auch bei Wiederaufnahme eines Arbeitsverhältnisses bei einem neuen Arbeitgeber nach einer Phase der Arbeitslosigkeit auswirken. Lange Pausen im Lebenslauf sollen meist im Vorstellungsgespräch erklärt werden, nicht selten versuchen Betroffene dann, ihre Erkrankung zu verheimlichen (vgl. *Gerrig/ Zimbardo 2008, S.589*). Bei anderen kann die Scham groß sein und zugleich negative Gedankengänge der Stigmatisierung beim Arbeitgeber hervorrufen. Ablehnungen werden evtl. der Krankheit zugeschrieben, wodurch ein Kreislauf auslöst werden könnte, der wiederum Depressionen fördert.

Hilfreich wäre in diesem Zusammenhang, wenn Betroffenen der Umgang mit der Depression bzw. nach akuter Phase antrainiert werden würde. Eine Nachsorge könnte helfen, Arbeitgebern die Krankheit nahezubringen, bzw. sich erklären zu können und ggf. stigmatisierenden Gedanken – sowohl eigene als auch des Arbeitgebers – vorzubeugen. Ein konstruktiver Umgang mit Depressionen könnte weiteren akuten Phasen vorbeugen. Das wäre für das gesamte Netzwerk des Betroffenen hilfreich und könnte ihn unterstützen, die Erkrankung zu bewältigen und den Umgang mit dem Partner und Angehörigen erleichtern. Als Beispiel wird hier auf einen „*Krisen- und Notfallplan*“ der Deutschen Depressionshilfe (DDH) verwiesen, der dem Betroffenen zur Nachsorge gereicht werden kann, um in nachfolgenden Krisen Unterstützung zu geben (vgl. *DDH 2005, Krisen- und Notfallplan*) und dazu anzuregen, mit Angehörigen zu reden und Vorbereitungen zu treffen.

5.4 Suizid als Auswirkung von Depressionen und Folge von Stigmatisierung

Die gravierendste Auswirkung von Depressionen ist der Suizid bzw. der Versuch sich das Leben zu nehmen. Nicht nur depressive Symptome bewirken diesen, auch die

Stigmatisierung der Krankheit und der Betroffenen können die Verzweiflung, Gefühle der Einsamkeit und Hoffnungslosigkeit schüren.

Jährlich nehmen sich ca. 11.000 Menschen in Deutschland das Leben, weltweit sind es ca. eine Millionen Menschen (vgl. Davison/ Neale/ Hautzinger 2007, 351). Die tatsächliche Zahl wird durch selbstverletzendes Verhalten und provozierte Unfälle höher sein (vgl. Gerrig/ Zimbardo 2008, S. 571). Den Versuch unternehmen sehr viel mehr Menschen. Aktuelle Zahlen der Suizidversuche in Deutschland wurden, trotz ausgiebiger Recherche nicht gefunden.

Die Anzahl der Versuche allein ist durch die Dunkelziffer schwer zu bestimmen, aber nach Schätzungen kommen statistisch betrachtet auf jeden vollzogenen Suizid ca. 8-20 Versuche (vgl. Gerrig/ Zimbardo 2008, S. 571).

Der versuchte, als auch der durchgeführte Selbstmord, wird in 65-90% der Fälle aufgrund schwer belastender, depressiver Symptome unternommen. Ca. 3-4% der Depressiven sterben durch die Selbsttötung wirklich (vgl. RKI S. 2010 S.25). Vor allem Frauen und Mädchen leiden an Depressionen und versuchen, ihrem Leben ein Ende zu setzen, wobei Männer tatsächlich ihr Leben deutlich häufiger selbst beenden.

Besorgniserregend ist, dass die meisten Selbstmordversuche von Jugendlichen und jungen Erwachsenen unternommen werden (RKI S. 25) Suizide sind, nach Tod durch Unfall, sogar die zweit häufigste Todesursache bei bis 29-jährigen (vgl. RKI 2010, S.25). Während der Pubertät leiden viele an unerkannten Depressionen, welche häufig mit den typischen Stimmungsschwankungen verwechselt werden (vgl. Oliver 2012).

Die Selbsttötungsabsicht ist ein wichtiges Indiz für Depressionen und klingt aber mit der Behandlung und mit der Verminderung der Symptome ab (vgl. Niklewski/ Riecke-Niklewski 2010, S. 168). Weit verbreitet ist die Annahme, dass Menschen, die von Selbstmord reden, es nicht tun werden, tatsächlich reden $\frac{3}{4}$ der Betroffenen vorher über ihre Absichten (vgl. Davison/ Neale/ Hautzinger 2007, S. 350). Auch Mitteilungen über die Sinnlosigkeit ihres Lebens und selbstverachtende Äußerungen können Ankündigungen sein. Ein Alarmsignal kann auch der totale Rückzug von Freunden und Bekannten sein, sowie die Verteilung der Habseligkeiten, Verabschiedungen oder selbstgefährdendes Verhalten. Die Identifizierung mit jemanden, der sich selbst getötet hat, kann ebenfalls ein Hinweis sein und wird als „Werther Syndrom“ bezeichnet (vgl. Niklewski/ Riecke-Niklewski 2010, S.170). Viele Betroffene trinken vermehrt Alkohol,

was zur Verminderung der Hemmschwelle führen kann, sich selbst das Leben zu nehmen. Und nach einem begangenen Versuch folgt häufig ein nächster (vgl. Niklewski/Riecke-Niklewski 2010 S. 170).

Wichtig zur Aufklärung wäre, neben dem Hinweis Suizidäußerungen ernst zu nehmen, die Verbreitung eines angemessenen Umganges mit jemandem, der wahrscheinlich beabsichtigt, Suizid zu begehen. Stiftung Warentest ist der Meinung, dass ein befürchteter Suizid von Angehörigen und Freunden direkt angesprochen werden sollte. So soll dem Betroffenen die Möglichkeit geben werden sich zu öffnen und professionelle Hilfe einschalten zu können (vgl. Niklewski/ Riecke-Niklewski 2010 S. 171).

6 Entstigmatisierung und Verbesserung des Umganges mit Depressionen durch Medien, Politik und Ärzte

Im vorigen Abschnitt wurde bereits erläutert, dass sich psychisch Kranke und darunter Depressive noch immer stigmatisiert fühlen und Angst haben, ihre Krankheit anderen mitzuteilen. Die Auswirkungen der Stigmatisierung und der eigenen Verurteilung ihrer Krankheit können gravierend sein und sogar in den Tod führen. Deshalb ist es besonders wichtig, Depressionen und psychische Krankheiten zu entmystifizieren bzw. zu entstigmatisieren.

In den meisten Informationsmöglichkeiten werden Depressionen überwiegend mit den typisch lethargischen Symptomen beschrieben, wie Rückzug und Passivität. Angehörige und Betroffene selbst verkennen häufig durch zu wenig Wissen die Situation und erkennen die Depression nicht. Dadurch wird nur ein Bereich einer so facettenreichen Krankheit beschrieben. Besonders in den Anfängen sind häufig auch extrovertierte Symptome zu beobachten. Viele Betroffene teilen ihre Verzweiflung oft auch durch Aggressionen, Vorwürfen und Schuldzuweisungen ihren Angehörigen mit (vgl. Biskopf 2009, S.64), wodurch Beziehungen und Freundschaften leiden und oft auch beendet werden. Eine intensivere Vermittlung der Symptome könnte den Mut zur Diagnose stärken und die Diagnose nicht als Endzustand sondern als möglicher Neuanfang und Umstrukturierung gesehen werden.

Die gesteigerte Prävalenzrate der depressiven Symptome (nicht klinische Depressionen etc.), könnte ein Umdenken für Betroffene und Angehörige von Vorteil sein.

Beispielsweise wenn die Symptome als Warnung gesehen werden und der Betroffene sich seines Lebens und dessen Wahrnehmung bewusst werden würde. Es wäre keine Behandlung sondern eine Neuorientierung, um aus einer verfahrenen Situation einen Ausweg zu finden. Genauso wie Rückenschmerzen bzw. Muskel-Skelett-Erkrankungen den Betroffenen zwingen, sich auszuruhen und zu schonen, damit etwas heilen kann. Eine Neuorientierung könnte für Reflexion und Verarbeitung sorgen, um verdrängte und unbewusste Gefühle zu beachten und ggf. etwas im Leben ändern zu können. Die Angebote zur Neuorientierung könnten die soziale Arbeit leisten, Ärzte und Psychologen entlasten, sowie Entstigmatisierend sein. Natürlich müsste eine schwere klinische Depression hierfür ausgeschlossen werden, da diese notwendigerweise auch medikamentös behandelt werden sollte.

Medien haben einen großen Einfluss auf das Wissen und die Wahrnehmung der Menschen. Je nach ihrer Bestimmung können sie zur Stigmatisierung von Personen oder aber auch zur Entstigmatisierung beitragen. Im Fall Robert Enke, eines beliebten Fußballspielers, wurde durch seinen Selbstmord im Jahr 2009 auf die Leiden durch Depressionen aufmerksam gemacht. Der Allgemeinheit wurde damit bewusst, dass Depressionen weder mit dem Beliebtheitsgrad noch mit Erfolg zu tun haben kann. Hier hätte Aufklärung und weitere Entstigmatisierung mit Hilfe der Medien ansetzen können.

Bereits seit 2006 appellierte die Deutsche Bundesärztekammer an Medien, Arbeitgeber, Vermieter und Versicherungen psychische Krankheiten nicht weiter zu stigmatisieren, sondern ihre Vorurteile abzubauen (vgl. *Bundesärztekammer 2006*). Politiker sollen eine

„[...] Gleichstellung und Gleichbehandlung psychisch Kranker in allen Bereichen des öffentlichen Lebens [...] ermöglichen“ (Bundesärztekammer 2006).

Der Ärztetag kritisierte, „[t]rotz einer guten Heilbarkeit von psychischen Krankheiten sind die von ihnen direkt betroffenen Kinder und Erwachsenen, ihre Angehörigen und in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung Beschäftigten subtilen und offensichtlichen Stigmatisierungen und Diskriminierungen auf allen gesellschaftlichen Ebenen ausgesetzt“ (Bundesärztekammer 2006).

Um die Entstigmatisierung voran zu treiben, müssten Ärzte weiterhin geschult werden, depressive Symptome zu erkennen und diese auch bei Patienten vermehrt anzusprechen und behandeln zu können (vgl. *Bundesärztekammer 2006*). Patienten wie auch Angehörige müssen mehr aufgeklärt werden, über Symptome, Verlauf und Aussichten.

Ärzte und Psychologen sollten sich mit sozialen Einrichtungen vernetzen und die Betroffenen ermutigen, diese aufzusuchen. Bei depressiven Symptomen, die nicht der

klinischen Depression entsprechen, sondern eher auf Anpassungsstörungen und Stress hindeuten, könnte Zusammenarbeit mit Angeboten aus der Sozialen Arbeit erfolgen.

6.1 Entstigmatisierungsprogramme

Erzieher und Pädagogen versuchen allgemein Stigmatisierung im alltäglichen Leben durch Förderung des positiven Umganges zu vermeiden und ihre Klientel zum Überdenken ihrer Vorstellungen und Vorurteile anzuregen. Schulen und Universitäten bieten verschiedene Projektwochen an. Spezielle Programme zur Entstigmatisierung von psychischen Erkrankungen werden bisher bevorzugt von Vereinen und Initiativen durchgeführt.

6.1.1 „Aktionsbündnis Seelische Gesundheit“

Unter dem Namen *Aktionsbündnis seelische Gesundheit*(AsG), haben sich bundesweit 70 Institutionen, Vereine und Organisationen miteinander vernetzt. Diese Initiative setzt bundesweit ein mehrjähriges Aufklärungs- und Antistigmaprogramm um und unterstützt Maßnahmen die Toleranz und Akzeptanz psychischer Krankheiten vorantreiben. Ein Ziel ist es, die soziale und berufliche Benachteiligung und Ausgrenzung der Angehörigen und Betroffenen zu vermindern. Das Aktionsbündnis möchte aufklären, dass psychische Erkrankungen besonders im Frühstadium behandelbar und therapierbar sind. Zudem will das Bündnis über die Chancen der Früherkennung, Heilung und Präventionsmöglichkeiten informieren (vgl. *AsG 2013*).

Um diese Vorhaben zu aktivieren und umzusetzen werden verschieden Veranstaltungen und Projekte mit Hilfe des Aktionsbündnisses angeboten. Zum Beispiel werden in Kooperation mit dem *Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V. (BApK)*, dem *Bundesverband der Psychiatrie Erfahrenen e.V. (BPE)*, „[...]Betroffene und Angehörige als Akteure in der Medienarbeit gestärkt und einbezogen [...]“ (*AsG 2013, Medienkompetenz*). Die Schulungen und Workshops, sollen die Medienkompetenz trainieren, um die Entstigmatisierung psychisch Kranker durch Medien zu unterstützen und die Wahrnehmung des Themas in der Gesellschaft zu verstärken (vgl. *AsG 2013, Medienkompetenz*). In dem Projekt namens „open the Face“ werden Psychiatrie Erfahrene ermutigt ihre Lebensgeschichte und Stigmatisierungserfahrungen in Form von Interviews zu erzählen und somit die Öffentlichkeit aufmerksam zu machen (vgl. *AsG 2013, Medienkompetenz*).

Ein Workshop wurde im Juni 2013 kostenlos für Journalisten angeboten mit dem Titel: „Journalistische Berichterstattung über Menschen mit psychischen Erkrankungen“. Ein Austausch mit Betroffenen, Angehörigen und Experten der Psychiatrie und Psychotherapie ermöglichte Journalisten Kenntnisse über Vorurteile, Möglichkeiten des positiven Umganges, Gefahren der Stigmatisierung bei der Berichterstattung zu erhalten (vgl. AsG 2013, Workshop).

Zudem ruft das Aktionsbündnis in Kooperation mit der „[...]Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) und in Verbindung mit der Stiftung für Seelische Gesundheit[...]“ (AsG 2013, Antistigma Preis) gerade, zum elften Mal, zur Bewerbung für den Antistigma Preis 2013 auf. Den Förderpreis zur Entstigmatisierung psychischer Krankheiten erhalten Selbsthilfegruppen und Institutionen, die eine Integration der Betroffenen nachhaltig unterstützt haben. Der Preis ist ein Betrag von 5.000€, der vom Aktionsbündnis (1/5) und der Stiftung für Seelische Gesundheit (4/5) bezahlt und vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt wird (vgl. AsG 2013, Antistigma-Preis).

Das Netzwerk der 70 Mitgliedsorganisationen beinhaltet „[...]Selbsthilfverbände der Betroffenen und Angehörigen[...], Ärzteverbände, wissenschaftliche Fachgesellschaften sowie medizinische Kompetenznetze.“ (AsG 2013) und bietet so umfangreiche Austausch- und Kooperationsmöglichkeiten. Das Bündnis besteht seit 2006 und wurde mit Hilfe „[...] der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) gemeinsam mit dem deutschen Partner des internationalen Antistigma-Programms Open the doors[veranlasst]“ (AsG 2013, Mitgliederorganisation). Unterstützt wird das Bündnis seit 2008 vom Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr (vgl. AsG 2013).

An der weltweiten Kampagne, gegen Stigmatisierung und Diskriminierung von psychischen Erkrankungen „World-Psychiatric-Association (WPA), beteiligt sich u.a. der in Deutschland eingetragene Verein „open the doors“. Mit dessen Hilfe werden Einrichtungen unterstützt und bundesweit vernetzt „[...]die mit Informationsprogrammen und Aufklärungsmaßnahmen das Wissen um Ursachen, Aussehen und Behandlungsmöglichkeiten insbesondere von schizophrenen Störungen verbessern wollen [...]“ (AsG- open the doors). Der Verein „[...] beschäftigt sich auch mit den wissenschaftlichen Grundlagen von Antistigma-Arbeit“ (AsG- open the doors).

Open the doors beteiligen sich am *Aktionsbündnis Seelische Gesundheit*. Durch die Zusammenarbeit mit Betroffene, Angehörigen und Therapeuten wollen sie, die Ausgrenzung der psychisch Erkrankten aufhalten (vgl. *AsG- open the doors*).

6.1.2 „Irre menschlich Hamburg“ e.V.

Im Jahr 1999 entwickelte sich *Irre menschlich Hamburg* (ImH) aus einem trialogischen Psychose Seminar und ist seit 20002 ist ein gemeinnütziger Verein. Im Sinne des Programmes *Open the doors* unterstützt *Irre menschlich Hamburg* mit seinem Projekt „Antistigma Arbeit von unten“ die Entstigmatisierung und Integration von psychischen Erkrankten. Die Träger und Gründer des Vereines sind Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige und Therapeuten (Trialog). Der Verein kooperiert mit der Psychiatrischen und Psychotherapeutischen Klinik des Universitätsklinikums in Hamburg-Eppendorf (UKE) (vgl. *ImH 2013*).

Irre menschlich Hamburg sieht seine Aufgabe darin, die Toleranz und Sensibilität gegenüber psychischen Erkrankungen zu fördern und bietet „[...]Informations-, Begegnungs-, und Präventionsprojekte zu allen Aspekten von seelischer Gesundheit, psychischer Erkrankung und Anderssein“ an (*ImH 2013*). *Irre menschlich Hamburg* möchte Journalisten für ihre Berichterstattungen mit Informationen versorgen, Hilfe bei der Umsetzung schulischer Projekte geben, in Firmen und Betrieben Veranstaltungen zur Informationen anbieten, kultureller Projekte unterstützen und Tage der offenen Tür der Psychiatrie ermöglichen. In Form von Vorträgen, Seminaren und Workshops werden Informationskampagnen und trialogische Fortbildungen für “[...] Journalisten, Lehrer, Gesundheitsberufe, Jugendhilfe, Pastoren, Polizisten, Wohnungswirtschaft, Beschäftigungsprojekte ...“ (*ImH 2013*) angeboten.

6.1.3 „MOOD Tour“ der Stiftung Deutsche Depressionshilfe

Die Stiftung Deutsche Depressionshilfe wird unter Kapitel 9.2 Arbeitgeber, Unternehmen kooperieren mit Initiativen vorgestellt, ist an dieser Stelle erwähnt, da sie die Entstigmatisierung psychischer Krankheiten unter anderem durch das Projekt „*MOOD Tour*“ unterstützt. Die erste *MOOD Tour* 2012 wollte mit Hilfe von Betroffenen und Angehörigen auf das Thema Depression aufmerksam machen und zur Entstigmatisierung beitragen. Hierfür wurden Teams gebildet, die sich aus Betroffenen und Nicht-Depressions-Erfahrenen zusammensetzten um eine 4.500 km lange Strecke in 31 Tagen zusammen auf Tandems zu fahren. Im Juni und September 2012 fanden weiter Aktionstage statt, an denen zur Entstigmatisierung ca.15-55 km mit Interessierten

gefahren wurde (vgl. *Burger 2013*). Unterstützer der Mood Tour sind unter anderem Harald Schmidt (Schirmherr der Stiftung Deutsche Depressionshilfe), Rudolf Scharping (Präsident des Bund Deutscher Radfahrer) und Teresa Enke (Vorstandsvorsitzende der Robert-Enke-Stiftung) (vgl. *Burger 2013, Förderer*).

Seit dem Pilotprojekt wird die Mood-Tour in Münster und dessen Umland an jedem letzten Dienstag in den Monaten April bis September durch das Angebot des dortigen Psycho-Sozialen-Dienst gefahren (vgl. *Adfc 2013*). Zudem entwickelte sich die Freiburger Idee der Mut-Touren 2013, durch die Ängste in Verbindung psychischer Erkrankungen beseitigt und Begegnungen ermöglicht werden sollen (vgl. *Zimmermann 2013*)

6.2 Zusammenfassende Schlussfolgerung

Die vorgestellten Projekte und Entstigmatisierungsprogramme sind wichtig für die Integration der Betroffenen und ihrer Angehörigen. Sie sind vorbildliche und zukunftsweisende Projekte, die Personen und Berufsgruppen erreichen, die präventiv aufgeklärt werden und durch ihre berufliche Ausübung für mehr Toleranz eintreten können. Die Projekte in der Schule schaffen frühzeitiges Verständnis der Schüler und beugen der Entstehung von Vorurteilen vor. Zudem kann durch die schulische Aufklärung die Früherkennung von psychischen Erkrankungen ermöglicht und zukünftige Stigmatisierungen, Ausgrenzung und Self-fulfilling-prophecy vermieden werden. Besonders die direkte Begegnung mit den Medien und der Polizei ist sinnvoll. Journalisten und Polizisten können für die Thematik sensibilisiert werden und in ihrem Arbeitsfeld die Entstigmatisierung psychischer Krankheiten unterstützen.

Ein Ausbau dieser Programme wäre notwendig damit mehr Menschen erreicht werden können. Eine öffentliche Kampagne könnte die Gesellschaft aufklären und deren Kenntnisnahme aktivieren. Sozialen Einrichtungen sollten mehr Möglichkeiten gegeben werden, im alltäglichen direkt zur Entstigmatisierung beitragen zu können. Zum Beispiel durch öffentliche Angebote zur Begegnung und Durchführung eines offenen Umganges mit Betroffenen und deren Angehörige.

7 Prävention

Die primäre Prävention versucht Risikofaktoren und krankheitsfördernde Situationen zu umgehen, so dass Auslöser vermieden werden. Der Ausbruch einer Erkrankung soll

verhindert werden indem Strategien zur Bewältigung von Stress und belastenden Situationen vermittelt werden. Es wird versucht, Ängste und depressionsauslösende Faktoren im Leben des Betroffenen abzubauen. Das Ziel ist es, den Betroffenen zu stabilisieren und ihn zu unterstützen, resistenter gegen eine Erkrankung zu werden (vgl. Gerrig/ Zimbardo 2008 S. 630).

Die sekundäre Prävention setzt bei bestehender Störung ein und versucht deren Dauer zu verkürzen und die Intensität zu verringern. Hierfür werden spezielle Programme eingesetzt, „[...]die eine frühe Erkennung und eine schnelle Behandlung ermöglichen. So könnte zum Beispiel ein Psychiater, [...]eine Kombination aus Psychotherapie und medikamentöser Therapie empfehlen, um die sekundäre Prävention zu optimieren.“ (Gerrig/ Zimbardo 2008S. 631) Tertiäre Präventionsangebote versuchen, bei psychischen Erkrankungen anhaltende Folgen und Rückfälle zu verhindern bzw. zu vermeiden (vgl. Gerrig/ Zimbardo 2008,S. 631).

Die Unterteilung in primäre, sekundäre und tertiäre Prävention bezieht sich auf den Zeitpunkt des ansetzenden Angebotes. Außerdem unterscheidet die Zielgröße der anzusprechenden Personengruppe, ob für einzelne, mehrere oder ganze Gruppen Maßnahmen angeboten werden. Die Zielgruppe ist wesentlich für die Bestimmung, welche Personen angesprochen werden sollen, und kann durch spezifische oder unspezifische Angebote angesprochen werden. „Universelle oder unspezifische Präventionsmaßnahmen setzten nicht an einem spezifischen Krankheitsrisiko an, sondern versuchen allgemein gesundheitserhaltende Faktoren zu verbessern – ein Beispiel hierfür wären Programme zur Verbesserung der Fähigkeiten zur Stressbewältigung und zur Emotionsregulation“ (Fröhlich-Gildhoff/ Rönna-Böse 2011, S. 57). Selektive bzw. spezifische Angebote beugen bestimmten ungewollten Verhaltensweisen vor, wie z.B. Vermeidung von kriminellen Entwicklungen (vgl. Fröhlich-Gildhoff/ Rönna-Böse 2011, S. 57). Bei erkannten Risikogruppen können indizierte Prävention also, „[...]gezielte [und] vorbeugende Interventionen[...]“ (Fröhlich-Gildhoff/ Rönna-Böse 2011, S. 57) angeboten werden.

Neben der Absicht der Prävention zur Krankheitsvermeidung besteht die Absicht die Gesundheit zu fördern, indem Ressourcen aktiviert werden und gesunde Bedingungen im Leben des Betroffenen zu ermöglichen und zu unterstützen (vgl. Fröhlich-Gildhoff/ Rönna-Böse 2011, S. 57).

Die Strategie von Präventionsmaßnahmen ist also, vor Entstehung eines Problems einzusetzen, im besten Fall den Beginn des Problems zu vermeiden, mindestens aber einen konstruktiven Umgang zu ermöglichen und Rückfälle zu verhindern. Besonders im Bezug zu Depressionen sind präventive Maßnahmen hilfreich, besonders für Risikogruppen. Eher verbreitet sind gegenwärtig Maßnahmen, die einsetzen wenn bereits eine Erkrankung und häufig gar eine Diagnose vorliegen. Es gilt bisher eher „Nachsicht ist besser als Vorsicht“ als umgekehrt. Aufgrund der begrenzten Nachweisbarkeit ist die Umsetzung der Prävention von psychischen Erkrankungen schwierig und bedarf einiger Denkprozesse und Veränderungen „individueller, institutioneller, und politischer“ Annahmen und Einflüsse (vgl. Gerrig/ Zimbardo 2008, S.631). Die Wirksamkeit der präventiven Hilfen lässt nur schwer messen und erschwert damit die Finanzierung. Um primär präventive Angebote umsetzen zu können, wird die Kenntnisnahme von Gesundheit förderlichen Bedingungen benötigt und folgend vorgestellt.

8 Prospektive Studien zur Prävention/Indikatoren für psychische Gesundheit

Maßnahmen zur Prävention in der Sozialen Arbeit sind mit vielen Schwierigkeiten und Widerständen verbunden. Besonders Angebote der primären Prävention könnten im Zusammenhang mit der aktuellen Problematik von vermehrten Arbeitsausfällen wegen psychischer Erkrankungen relevant sein. Die Wirksamkeit von primären Präventionsmaßnahmen ist bei Depressionen schwierig zu belegen, da ihr Erfolg eben darin besteht, gesund zu bleiben. Folgend werden Theorien vorgestellt, die zur Entwicklung einer Widerstandsfähigkeit beitragen und damit das Auftreten von Depressionen verhindern können. In der Sozialen Arbeit sollten diese beachtet und ausgebaut werden.

8.1 Bindungstheorie

Die erste Möglichkeit zur Entwicklung von Widerstandsfähigkeit im Leben wurde in der Bindungstheorie von John Bowlby (1973) und Mary Ainsworth (1978) erkannt und erforscht (vgl. Gerrig/ Zimbardo 2008, S.391ff). Die emotionale und soziale Beziehung zwischen einem Kind und dessen erster Bezugsperson ist ein prägender und beeinflussender Faktor, mit dem sich Verhaltensweisen von Kindern erklären lässt. Mit der Geburt und während der Kindheit ist die erste Bindung z.B. zu Mutter und/oder Vater für das weitere Leben des Kindes entscheidend. Im positiven Fall ist die Bindung

gut und stabil, wodurch das Selbstbewusstsein gestärkt und spezielle Schutzmechanismen entwickelt werden, die für das weitere Leben bedeutend sind und ein glückliches Leben ermöglichen (vgl. Gerrig/ Zimbardo 2008, S.392).

Eine gute Bindung fördert die Entstehung von Resilienz, die Widerstandskraft gegen seelische Belastungen und schützt somit unter anderem auch vor psychischen Erkrankungen. Eine gute und stabile erste Bindung zu einer Bezugsperson beeinflusst auch den späteren Erwachsenen in seiner Lebenswahrnehmung, seinem Selbstbewusstsein, sowie dessen Bindungsmöglichkeiten und Beziehungen zu anderen Menschen (vgl. Gerrig/ Zimbardo 200, S.391). Ist diese Bindung hingegen instabil und unsicher, entwickeln sich auch im weiteren Leben Beziehungen auf ähnliche Art und Weise. Es können Bindungsprobleme und Bindungsängste entstehen, die in ihrer Folge Depressionen begünstigen können (vgl. Gerrig/ Zimbardo 2008, S.392).

8.2 Risiko- und Schutzfaktorenkonzept Resilienz

Resilienz ist ein „[...]Risiko- und Schutzfaktorenkonzept[...]" (Fröhlich-Gildhoff/ Rönna-Böse 2011, S.8). Es beschreibt die seelische Widerstandsfähigkeit eines Menschen, der trotz belastender Umstände einen positiven Umgang mit den dadurch erlangten Erfahrungen entwickelt. Widerstandskraft meint hier altersspezifisch mit einer Situation umzugehen und deren Problematik dementsprechend für sich zu lösen bzw. verarbeiten zu können. Belastende Umstände treten ein, wenn diese für das Kind als Entwicklungsgefährdend eingestuft werden, wie z.B. Risikofaktoren des Lebens – beispielsweise Tod einer nahestehenden Bezugsperson, aber auch chronische Belastungen – wie z.B. Armut oder die psychische Krankheit eines Elternteils. Diese belastenden Lebensumstände werden mithilfe bestehender Fähigkeiten bewältigt und die psychische Entwicklung positiv fortgesetzt (vgl. Fröhlich-Gildhoff/ Rönna-Böse 2011, S. 10).

Resilienz ist keine Eigenschaft der Persönlichkeit sondern ein Anpassungs- und Entwicklungsvorgang während bzw. nach einer Krise, der auch die Interaktion mit sich und der Umwelt mit einschließt. In Krisensituationen „[...]können persönliche und sozial vermittelte Ressourcen[...]" (Fröhlich-Gildhoff/ Rönna-Böse 2011, S. 10) aufgegriffen und zur Entwicklung erfolgreich genutzt werden.

Bereits in der frühen Kindheit, z.B. durch die stabile Bindung zur Bezugsperson, wird die Fähigkeit zur Resilienz bzw. die Voraussetzung zur Widerstandsfähigkeit

entwickelt. Resilienz ist aber nicht dauerhaft vorhanden. Die Fähigkeit zur Bewältigung kann vielmehr im Laufe des Lebens, sowie innerhalb eines Lebensabschnittes variieren. Resilienz wird durch „[...]biologische, psychologisch, psychosoziale[...]“ Risiken und Schutzfaktoren beeinflusst und bedarf deshalb eine multidimensionale Betrachtung (Fröhlich-Gildhoff/ Rönna-Böse 2011, S.11). Die Risiken und Schutzfaktoren wirken sich auch auf die Entwicklung des Selbstwertgefühles, des Selbstbewusstseins und auf die Wahrnehmung der Umwelt aus. Ein Ausbleiben der Resilienzfördernden Bedingungen, kann unter anderem zu dem Gefühl der erlernten Hilflosigkeit führen und das Stressempfinden erheblich steigern, was zu Depressionen führen kann.

8.3 Netzwerke und Sozialer Zusammenhalt

Eine wichtige Voraussetzung für psychische Gesundheit ist ein gesundes und gutes Netzwerk. Stabile und gute Beziehungen zu Freunden und Familie können, wie bereits erwähnt, im Kindesalter Indikatoren für die psychische Gesundheit im erwachsenen Alter sein. Sie können Unterstützung und Stärkung in belastenden Situationen geben. Ein Austausch über Gefühle, Erfahrungen und Erlebnisse kann im positiven Fall stattfinden, wodurch Reflexion und Selbstwahrnehmung gestärkt werden kann. Durch ein positives Netzwerk kann Hilfe erfahren werden und das Gefühl, selbst gebraucht zu werden, gefördert. Bei Überforderung und Einsamkeit können Freunde und Familie wirksam und hilfreich sein. Zeiten der Belastungen können durch ein gutes Netzwerk aufgefangen und Depressionen vermieden bzw. schnell erkannt werden, unterstützend bei der Genesung wirken.

Durch eine sichere erste Bindung in der Kindheit kann ein Mensch im Idealfall lernen, offen über seine Gefühle zu sprechen, bei Konflikten einen Kompromiss eingehen zu können, bei Belastungen Verantwortung für sich und Situationen übernehmen zu können. Hierdurch können auch Bindungen eingegangen und erfolgreich durchlebt werden, ohne die eigene Autonomie zu verlieren. Entscheidend in dieser Thematik ist auch, andere um Hilfe bitten zu können. Das bedeutet, dass die erste Bindung Einfluss auf spätere Interaktionen mit den Mitmenschen hat, sowie auf die Qualität und Intensität der folgenden Beziehungen und dementsprechend auch zur Vermeidung von Depressionen beitragen kann (vgl. Gerrig/ Zimbardo 2008, S. 391).

8.4 Bewegung/Sport

Eine weitere wichtige Voraussetzung für die Gesundheit ist die körperliche Aktivität. Sport trainiert nicht nur den Körper und hält diesen fit, auch auf die seelische

Gesundheit hat Bewegung gravierende Auswirkungen. Regelmäßige Bewegung ist gut für das Herz- Kreislaufsystem, die Beweglichkeit und notwendig für die Erreichung eines gesunden Gewichtes. Menschen, die körperlich gesund sind und sich in ihrem Körper wohl fühlen, stärken ihr Wohlempfinden und vermeiden so eher psychischen Erkrankungen (vgl. RKI 2013, *Körperliche Aktivität*, S.765). Zudem kann das Selbstbewusstsein gestärkt und weitere Netzwerke und Freundschaften erschaffen werden. Die Qualität des Lebens wird erhöht, auch im Alter kann der Bewegungsapparat beweglich und der Mensch dadurch selbstständig bleiben. 2,5 Stunden Sport in der Woche sollte ein Erwachsener nach der Empfehlung von der World Health Organization (WHO) treiben (vgl. RKI 2013, *Körperliche Aktivität*, S.767). Die Ergebnisse zur Studie körperlicher Aktivität der Erwachsenen in Deutschland hat gezeigt, dass die körperlichen Aktivitäten der Erwachsenen zwar zugenommen haben, aber 4/5 der Befragten nicht die empfohlenen 2,5 Stunden Sport in der Woche erreichen. Das Ergebnis zeigte, dass „[...]zielgruppenspezifische verhaltens- und verhältnispräventive Maßnahmen anzubieten und die Bevölkerung bei der Einbindung regelmäßiger körperlicher Aktivitäten in ihren Alltag zu unterstützen[...]“, sinnvoll wäre (RKI 2013, *Körperliche Aktivität*, S.767).

Sport und Bewegungen sind auch wichtig für die sekundäre und tertiäre Prävention. Im Sinne der sekundären Prävention versuchen entsprechende Angebote, den Betroffenen während der akuten Phase zur Bewegung zu motivieren. Bei sportlichen Ausdaueraktivitäten werden Eiweißstoffe aktiviert, die wichtig für die Sicherung und Bewahrung des Nervengewebes sind und es auch wieder herstellen können. So werden die Heilungschancen für Betroffene bei klinischen Depressionen mit medikamentöser Behandlung positiv unterstützt (vgl. Niklewski/ Riecke-Niklewski 2010, S. 278). Sport wirkt tertiär präventiv, da vermutet wird, „[...]dass eine bestimmte Gruppe von Serotoninrezeptoren, die bei der Entstehung von Depressionen und Angst eine wichtige Rolle spielen, in Anzahl und Empfindlichkeit herunterreguliert werden, was dann auch vor dem Wiederauftreten einer Depression schützen kann.“ (Niklewski/ Riecke Niklewski 2010, S. 279).

8.5 Ernährung

Eine gute und ausgewogene Ernährung beeinflusst ebenfalls das körperliche und seelische Wohlempfinden. Neben Sport kann man auch mit der richtigen Ernährung die biologischen Auslöser im Gehirn verringern. Bei depressiven Menschen ist häufig der

Serotoninspiegel im Gehirn zu gering ist. Serotonin wird auch als Glückshormon bezeichnet. Es kann sich selbst aber nicht im Gehirn bilden, sondern nur mit Hilfe der Aminosäuren Tryptophan. Diese Aminosäuren sind zahlreich in Datteln, Feigen, Bananen und Schokolade zu finden, welche also die Serotoninproduktion anregen und somit die Stimmung heben und damit auch krankheitsvorbeugend sein können (*vgl. Donner 2005*). Allein tryptophanhaltige Lebensmittel zu essen ist aber nicht ausreichend, da die Wirkung nur kurzweilig ist und die Ernährung zu einseitig wäre (*vgl. Niklewski/ Riecke-Niklewski 2010, S. 273*). Eine Kombination mit anderen Lebensmitteln ist daher sinnvoll.

Eine kohlehydratreiche und eiweißarme Ernährung soll protektiv gegen Stress wirken und eine gute Stimmung verursachen. Eine Theorie der Wissenschaft besagt, dass die aufgenommen Kohlehydrate im Körper zu großen Teilen in Glucose verwandelt werden. Glucose regt die Insulinproduktion an. Und durch die Ausschüttung des Insulins wird wiederum die Produktion von Tryptophan erhöht, aus dem sich dann wieder Serotonin bilden kann (*vgl. Donner 2005*). Zudem ist Serotonin hilfreich für die Informationsübertragung der Nervenzellen und unterstützt somit die kognitive Leistung. Folgend wird mehr Leistung vollbracht und durch die gute Stimmung Stress vermieden oder auch besser verarbeitet. Eiweiß hingegen wirkt sich negativ auf die Tryptophan-Verarbeitung aus (*vgl. Donner 2005*). Negativ könnte sein, dass mehr Kohlehydrate aufgenommen werden, als der Körper benötigt und so eine Gewichtszunahme verursacht werden könnte (*vgl. Donner 2005*).

Fastfood hat wenige Nährstoffe und macht müde und träge. In einer Studie wurde belegt, dass Menschen die häufig Fastfood essen, eine um 58% erhöhte Wahrscheinlichkeit haben, depressive Symptome zu entwickeln (*vgl. Eat Smarter*).

Auch bei bestehender Erkrankung kann, entsprechende Ernährung Depressionen verbessern und Symptome lindern. Menschen, die regelmäßig Fisch essen, erkranken weniger an Depressionen oder können Symptome verbessern, was vermutlich an den Omega-3-Fettsäuren liegt, die wie einige Antidepressiva den Stoffwechsel des Gehirns beeinflussen können. Ein niedriger Verzehr von Omega-3-Fettsäuren führe hingegen zu einem Serotoninmangel (*vgl. Donner 2005*). Viel Salat, Obst, Vollkornprodukte und ein bis zwei Fischportionen in der Woche halten nicht nur gesund, sondern machen auch gesünder und vitaler bei bereits aufgetretener Depression (*vgl. Donner 2005*).

Bewegungen als auch gute Ernährung können klinische Depressionen nicht vollständig heilen, aber sie können primär und sekundär präventiv wirken und können auch in der Sozialen Arbeit eingebracht werden.

8.6 Zusammenfassende Schlussfolgerung

Die in diesem Kapitel vorgestellten Indikatoren für eine psychische Gesundheit könnten mehr in die Soziale Arbeit, in Institutionen und anderen Lebensbereichen einbezogen werden. Die Kenntnisse der Resilienzforschung und der Bindungstheorie können besonders in der Elternarbeit (Kindergärten, Schule, Elternschule) vermittelt werden. Durch Aufklärung könnten die Bezugspersonen der Kinder eine positive Entwicklung unterstützen und zur Umsetzung ermutigt werden. Zudem könnten der Blick für Schutz- und Risikofaktoren geschult und Ressourcen aktiviert werden. Die Entwicklung und Erhaltung der seelischen Gesundheit könnte somit gefördert werden.

Gesunde Ernährung sollte in allen Sozialen- und Lebensbereichen unterstützt und gefördert werden. In vielen Einrichtungen der Sozialen Arbeit wird gesundes Essen bereits angeboten und durch gemeinsames Kochen gefördert. In einigen Schulen und Bereichen liegt der Hauptfokus jedoch im Zeit- und Kostenfaktor. Hier könnte z.B. ein Ausbau der finanziellen Hilfen von Krankenkassen erfolgen, die zur Gesundheit auffordern und Unterstützungen, für Schulen und Arbeitgeber etc. anbieten könnten. Sport und Bewegung setzt Endorphine frei (*vgl. Niklewski/ Riecke-Niklewski 2010, S. 146*), dies sollte im Bezug zu Kindern und Arbeitnehmern verstärkt genutzt werden. Bewegungsangebote für Arbeitnehmer, könnten von Arbeitgebern und Krankenkassen ausgebaut und unterstützt werden. Auch so könnte die seelische und körperliche Gesundheit erhalten und einer Vermehrung der Krankschreibungen entgegengetreten werden. Präventionsmaßnahmen wären an dieser Stelle dauerhaft günstiger als die steigenden Arbeitsausfälle der Arbeitnehmer und Maßnahmen zur Wiederherstellung der Gesundheit.

9 Präventionsmaßnahmen in der Sozialen Arbeit zur Vermeidung von Depressionen

Aufgrund der vorgestellten Verbreitung, Problematik und Auswirkungen von Depressionen, sind Präventionsmaßnahmen besonders relevant. Insbesondere die primären Präventionsangebote, da Erkrankungen von vornherein verhindert werden und nicht nur Betroffene, sondern auch Angehörige und die Gesellschaft als Gesamtheit

entlastet werden können. Gestärkt und gefördert werden im Idealfall die vorher unter Kapitel 9 erläuterten, gesundheitsfördernden Bedingungen und Schutzfaktoren. Zum Beispiel mit der Förderung von Resilienz werden Ressourcen identifiziert und aktiviert, Netzwerke erstellt, Beziehungen gefördert und körperliche Gesundheit gesteigert (vgl. *RKI S. 32*).

Die Verbreitung der depressiven Symptome zeigt die Notwendigkeit des Ausbaus von Präventionsmaßnahmen für direkt und indirekt Betroffene. Die Prävention beinhaltet die zuvor erläuterten primären, sekundären und tertiären Maßnahmen. Neben dem Ausbau der Prävention und Entstigmatisierung muss auch eine Sensibilisierung der Öffentlichkeit und den Ansprechpartnern erfolgen.

9.1 Politische und Gesellschaftliche Prävention

Aufgrund der Zunahme an Personen mit depressiven Symptomen, der resultierenden Vermehrung der Arbeitsausfälle und daraus entstehende ökonomischen Kosten, sind Depressionen und psychische Erkrankung auch ein politisches Thema.

Das Regionalbüro Europa der World Health Organization (WHO) unterstützt ihre Mitgliedsländer in ihrer Gesundheitspolitik, bei der Entwicklung des Gesundheitssystems und der entsprechenden Programme. Zudem hilft sie bei der Vermeidung und Bewältigung gesundheitlicher Gefährdung und tritt für öffentliche Begehren ein. Ein aktuelles Thema ist die Unterstützung bei psychischen Gesundheitsproblemen, die Umsetzung von niedrigschwelligen Angeboten und Entstigmatisierung (vgl. *WHO2013*).

Das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) fördert unter anderem ein Programm zur Prävention und Entstigmatisierung von Depressionen. Dieses Projekt heißt EFFEKT-E – „*Entwicklungsförderung in Familien: Eltern- und Kinder- Training für Familien mit emotionaler Belastung*“ (BMBF 2013), welches zurzeit in acht Mutter-Kind-Kliniken in Deutschland angeboten wird. Ausgebildete Psychologinnen und Erzieherinnen trainieren Mütter und Kinder getrennt voneinander. Für die Kinder (ca. vier- bis sechs Jahre alt) gibt es ein altersspezifisches Gruppentraining, in dem das Lösen sozialer Probleme trainiert wird. Für die Mütter ist ein Training entwickelt worden, das auf Depressionen zugeschnitten ist. Die Mütter trainieren mit Rollenspielen die Grenzsetzung und besprechen Themen des Eltern-seins, z.B. die Grundregeln einer positiven Erziehung. Mit Hilfe dieses Projektes sollen stark belastenden Müttern Vorgehensweisen und Techniken zur Erziehung und Kommunikation gezeigt werden,

sowie Möglichkeiten zur Stressbewältigung. An der Entwicklung des Programmes war der Bundesverband der Arbeiterwohlfahrt und die Universität Erlangen-Nürnberg beteiligt (vgl. *BMBF 2013*).

Das Bundesministerium für Bildung und Forschung hilft zudem die Defizite in der Diagnostik und Therapie auszubessern. Unterstützt wird auch das *Kompetenznetz Depression*, welches besonderen Schwerpunkt auf die Suizidprävention gelegt hat (vgl. *RKI 2010, S. 33*). Die Teilprojekte des Kompetenznetzes sind sechs Themenbereichen untergeordnet. Eines davon ist das *Nürnberger Bündnis gegen Depression*, welches die Versorgung von Depressiven verbessern möchte, mit „[...] *Kooperation und Fortbildung der Hausärztinnen und Hausärzte; Öffentlichkeitsarbeit, die vor allem aufklären und enttabuisieren will; Schulungen von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (Lehrerinnen und Lehrer, Sozialberaterinnen und -berater, Geistliche, Altenpflegekräfte etc.) Unterstützungsangebote für Betroffene und Angehörige.*“ (*RKI 2010, S. 33*). Damit soll im Sinne der Aufklärung vermittelt werden, dass jeder an Depressionen erkranken kann, jede Depression sich anders zeigt und heilbar ist. Nach zwei Jahren konnte das Modellprojekt einen „[...] *statistisch signifikanten Rückgang von suizidalen Handlungen*[...]“ vermerken (*RKI 2010, S. 33*). Gegenwärtig ist diese „*Mehrebenenintervention*“ in über 50 Bündnissen deutschlandweit übernommen worden, welche als gemeinnütziger Verein unter „*Deutsches Bündnis gegen Depression*“ wirken (*RKI 2010, S. 33*). Mit Hilfe der Intervention auf mehreren Ebenen, können die multifaktoriellen Ursachen von Depressionen und damit einhergehende Risikofaktoren erkannt und vermieden werden, weshalb das Robert-Koch-Institut empfiehlt diese Angebote auszubauen (vgl. *RKI 2010, S. 33*).

9.2 Arbeitgeber, Unternehmen kooperieren mit Initiativen

Nach den neusten Ergebnissen der Krankenkassenberichte 2013 sind auch Arbeitgeber gefordert, Arbeitsbedingungen zu überdenken und primäre Maßnahmen für Arbeitnehmer zur Vermeidung depressiver Symptome anzubieten und zu ermöglichen. Der Stressreport 2012 hat unter anderem aufgeführt, was Führungskräfte und Arbeitnehmer am meisten belastet am Arbeitsplatz: Multitasking, Termin- und Leistungsdruck, wiederholende Arbeitsschritte, Störungen bei der Arbeit (vgl. *Lohmann- Haislah 2012, S41ff*).

Um als attraktiver Arbeitgeber zu gelten und dem Fachkräftemangel möglicherweise ausweichen zu können sollten Unternehmen Zeit und Aufwand verwenden, ihren

Mitarbeitern den Arbeitsplatz zu verbessern. Glückliche Mitarbeiter arbeiten effektiver, sind loyaler und umgänglicher. Steigende Krankmeldungen durch depressive Symptome können vermieden und damit eine höhere Effektivität und Produktivität erzielt werden, indem die Arbeitgeber ein freundliches Miteinander fördern, gesundes Essen anbieten, schöne Pausenräume, Ansprechpartner ermöglichen und Arbeits- wie Pausenzeiten akzeptieren und bewerkstelligen.

Die Stiftung Deutsche Depressionshilfe (SDD), wurde in Zusammenarbeit des Kompetenznetzes Depression, Suizidalität, dem Deutschen Bündnis gegen Depressionen e.V., dem Universitätsklinikums Leipzig und engagierter Privatpersonen im Jahr 2008 gegründet (vgl. SDD 2013). Mit dieser Stiftung soll die Versorgung depressiv Erkrankter verbessert werden, indem Öffentlichkeitsarbeit, Forschungsarbeit und Fortbildungen ausgebaut und ermöglicht werden. Zudem bietet die Stiftung Unternehmen und Behörden im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements Unterstützungen an, um gesundheitliche Förderungs- und Aufklärungsmaßnahmen umsetzen zu können. Als erfahrener Partner wird mit der Stiftung eine Plattform angeboten

„die den Austausch zwischen verschiedenen Vertretern aus Unternehmen und Wissenschaft zum Thema Depression am Arbeitsplatz fördert. Mit z.B. Fort- und Weiterbildungen und entsprechendem Informationsmaterial für Führungskräfte, Mitarbeiter und/oder Betriebsärzte soll Wissen über die Erkrankung Depression direkt in die Betriebe getragen werden. Damit können Vorurteile gegenüber der Krankheit Depression abgebaut und die Sensibilität gegenüber psychischen Erkrankungen erhöht werden. An Depression erkrankte Mitarbeiter sollen so möglichst zeitnah eine geeignete Behandlung erhalten, um Chronifizierung und lange Arbeitsunfähigkeit zu vermeiden.“(SDD 2013)

Die Stiftung bietet in Kooperation u.a. mit der Barmer Krankenkasse Projekte, wie z.B. Programme zur telefonischen Betreuung sowie zum Selbstmanagement an (vgl. SDD 2013).

Der Bundesverband Betriebliches Gesundheitsmanagement (BBGM) bezeichnet sich als Dachverband für alle Betriebe, Unternehmen, Behörden etc., die sich mit betrieblichem Gesundheitsmanagement (BGM) befassen und mit dessen Hilfe diese Maßnahmen umgesetzt werden können (vgl. BBGM). Viele Unternehmen haben entsprechend der aktuellen Thematik der psychischen Gesundheit am Arbeitsplatz Maßnahmen aktiviert und ausgebaut.

Einmal im Jahr werden zudem Unternehmen ausgezeichnet, die durch Maßnahmen und Projekte die Gesundheit in ihren Betrieben erfolgreich gefördert haben und ein

vorbildliches Gesundheitsmanagement vorzeigen konnten (vgl. DUG). In Hamburg wurde seit 2007 als einziges Unternehmen die Otto GmbH&CO KG ausgezeichnet, die zur Otto Group und damit zur weltweit größten Versandhandelsgruppe gehört. Seit 2000 ist die Abteilung ‚aktiv.net‘ für das ganzheitliche Gesundheitsmanagement zuständig und

„[...]bündelt die systematische Koordination sozialer, medizinischer und arbeitssicherheitsrelevanter Kompetenzen. Alle Fachleute von Arbeitssicherheit, Sozialberatung, Betriebsärztlichem Dienst und Gesundheitsförderung arbeiten vertrauensvoll in einem Gesundheitszentrum zusammen. Aus diesem Netzwerk heraus entsteht eine breite Angebotspalette, die auf die dauerhafte Erhaltung und Förderung des körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens und der Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter zielt.“(DUG Otto).

Außerdem unterstützt aktiv.net die Familie mit „[...]Angebote[n] zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie: u.a. Beratung und Unterstützung bei Vermittlung von Kinderbetreuung sowie Bereitstellung eines Eltern-Kind-Arbeitsplatzes“ (DUG Otto).

9.3 Soziale Einrichtungen

Präventive Hilfen gegen Depressionen sind meist durch die „normale“ Konzeption der Einrichtungen automatisch integriert. Die berufsethischen Prinzipien des deutschen Berufsverbandes für Soziale Arbeit e.V. (DBSH) fördern Verhaltensweisen der Sozialarbeiter und Pädagogen, die prosozial in ihrem Inhalt die Klienten in ihrer Persönlichkeit und Kommunikation stärken und so vor Depressionen schützen können (vgl. DBSH 1997,S 3ff).

Zum Beispiel in „offenen“ Einrichtungen (Jugendzentren, Familienzentren, Stadtteilzentren, Elternschulen etc.) werden unter anderem Beratung und Gespräche niedrigschwellig angeboten und die Möglichkeit gegeben neue Menschen kennenzulernen und neue Netzwerke zu entwickeln. Offene Einrichtungen fördern den sozialen Zusammenhalt und versuchen soziale Benachteiligungen auszugleichen. Zudem werden entsprechend ihrer Zielgruppe alternative Stressbewältigungs- und Kommunikations-Strategien gezeigt. Die „offenen“ Einrichtungen sind auf ihren Stadtteil bezogen, aber ansonsten frei und offen für die jeweilig angesprochene Klientel und finden so einfach Zutritt in den Alltag der Besucher. Mit ihrem natürlichen Angebot, ihrer Konzeption sind diese Einrichtungen primär präventiv wirksam, unter anderen gegen Risikofaktoren von Depression.

Oft bieten diese Einrichtungen auch Projekte oder regelmäßige Angebote an, die die Bewegung und Wahrnehmung des Körpers fördern sowie auch Möglichkeiten zur

gesunden Ernährung und Aufklärung. Auch bei Erkrankung können sie stabilisierend und unterstützend im Alltag sein (z. B. durch Essensangebote, Kinderbetreuung, Hilfe bei Ämtergängen etc.). In diesen Einrichtungen könnte ein Ausbau der sekundären Hilfen stattfinden. Wie bereits geschrieben vermehren sich Fälle mit depressiven Symptomen, wie Anpassungsstörungen etc. für deren Behandlung Ärzte und Psychologen nicht ausgebildet wurden. Dieser Bedarf könnte beispielsweise in offenen Einrichtungen aufgefangen werden, z.B. durch Schulungen der Mitarbeiter, ohne stigmatisierend zu sein, sondern niedrigschwellig und leise in den Alltag der Besucher integrierend. Informationen könnten vermittelt werden und offene Gespräche ermöglicht werden, die Tabuthemen brechen und auch Entstigmatisierend wirken können. Hierfür wäre eine Vernetzung zu Ärzten, Psychiatern und Gruppentherapien und -Angeboten denkbar. Auch die Vermittlung zu Dialogen wäre sinnvoll, da hier Gespräche zwischen Ärzten, Betroffenen und Angehörigen stattfinden und die Kommunikation verbessern könnten.

9.4 Kindheit und Jugend

Prävention sollte im Bezug zu Depressionen im besten Fall unmittelbar nach der Geburt eines Kindes mit altersentsprechenden Präventionsmaßnahmen einsetzen. Durch Bindungs-, Beziehungs- und Resilienzförderung können Risikofaktoren in der Kindheit und der Pubertät vermindert werden. Die Persönlichkeit des Kindes würde gestärkt, Möglichkeiten zur Stress- und Frustrationsbewältigung gegeben und der Erhalt der seelischen und körperlichen Gesundheit gesorgt werden. Ein Ausbau spezieller Angebote für Kindergarten und Schule sollte gefördert werden. In der Schule steht überwiegend die Leistung des Kindes im Mittelpunkt, die Persönlichkeit und die familiäre Situation werden häufig nicht ausreichend berücksichtigt.

Ein Anfang zur Prävention war die Umverteilung der Gelder in die „*sozialräumliche Hilfen und Angebote*“ und speziell in die „*Frühen Hilfen*“ mit dessen Unterstützung unter anderen familiäre Defizite früher entdeckt und aufgefangen werden sollen. Der neue rechtliche Anspruch auf Kinderbetreuung sowie die Umstrukturierung der Schule zur Ganztagesbetreuung etc. sind ein Beginn, Defizite auszugleichen und pädagogische Arbeit früher zu ermöglichen. Allerdings ist zurzeit noch nicht zu sagen, wie die Auswirkungen sein werden, da momentan der Fokus in der Betreuungsdeckung liegt und damit noch nicht in der Qualität der Betreuung. Vor allem soll der Fachkräftemangel der Sozialen Arbeit durch naheliegende Berufsgruppen gemindert

werden, die mit Hilfe von Anreizen locken, wie z.B. verkürzte Ausbildungszeiten für Krankenschwestern.

Ein anderes Beispiel zeigt sich in der Ganztagesbetreuung der Schulen, die häufig durch studentische Betreuung in den Mittagsstunden gewährleistet werden.

Ansprechpartner für Probleme und Sorgen innerhalb der Schule sind die Schulsozialarbeit. Bei Schulabstündern oder Problemen mit der Schule werden Regionale Bildungs- und Beratungszentren (ReBBZ: früher Rebus) eingeschaltet (*vgl. Hamburg- Rebus*). Eine Alternative zu den Regelschulen bieten Freie Schulen, die im Gegensatz mehr Platz für Individualität und persönliche Stärken legen. So wird im Vergleich zu staatlichen Schulen, das Gefühl der Fremdbestimmung und die erlernte Hilflosigkeit vermieden. Mit Hilfe von Projekten werden Aufklärung und Entstigmatisierung unterstützt.

Resilienzförderprogramme, wie das Projekt EFFEKT-E, gibt es für Kinder im Krippen-, Kindergarten- und Schulalter, für Jugendliche und für Bezugspersonen zur Unterstützung (*vgl. Fröhlich-Gildhoff/ Rönnau-Böse 2011, S.62ff*). Diese Programme bilden die Grundlage für spätere und hier fokussierte Erwachsene und deren Präventionsmöglichkeit im Kinder- und Jugendalter.

9.5 Universitäre Prävention

Die höchste Prävalenzrate von depressiven Symptomen und liegt bei den 18-29-jährigen, was bedeutet, dass auch Studenten betroffen und Universitäten beteiligt sind. Mit der Bologna Reform ist die Partizipation und Selbstbestimmung im Studium verringert worden. Durch den erhöhten Leistungsdruck, der vorgegebenen Regelstudienzeit und häufig damit einhergehenden zeitlichen Befristung von finanziellen Mitteln, ist der Stressfaktor für Studenten gestiegen.

Die finanzielle Unterstützung durch den Staat (Bafög) und die verminderte Beitragshöhe der Krankenkasse für Studenten ist bis zum 30. Lebensjahr, trotz Fachkräftemangel, befristet. Der Lebenslauf hat sich verändert und die einzelnen Instanzen nach hinten verschoben. Mittlerweile sind immer mehr von diesen Regelungen betroffen, was den Druck erhöht, die vorgegebene Studienzeit zu schaffen oder sich selbst zu finanzieren - in beiden Fällen kann das auch zur Erhöhung des Stressempfindens führen und auch in Depressionen münden.

Auf der anderen Seite stehen jungen Erwachsenen viele Wege zur Selbstverwirklichung zur Verfügung. In früheren Zeiten war die Auswahl in den meisten Fällen begrenzt, zum Beispiel durch die Eltern, deren sozialökonomischen Status und der damit verbundenen Schulausbildung. Die Grenzen der elterlichen Vorgabe sind heute weniger entscheidend. Es stehen mehr Auswahlmöglichkeiten zur Zukunftsgestaltung zur Verfügung. Viele sind durch diese Verantwortung und der Masse an Möglichkeiten überfordert und verlieren sich.

In der *Universität Paderborn (Uni Pad)* entwickelte sich 2006 eine Arbeitsgruppe für ein *Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM)* in Kooperation mit der Techniker Krankenkasse (vgl. *Uni Pad 2011Home*). An dieser Arbeitsgruppe sind 18 wichtige Bereiche und Einrichtungen der Uni beteiligt. Durch diese große Vernetzung von Teilexperten kann eine Vielzahl von Bedürfnissen nachhaltig gedeckt und Angeboten werden (vgl. *Uni Pad 2010,Arbeitskreis*). Die Erschaffung und Stabilisierung gesunder Lebens- und Arbeitsbedingungen der Studenten und universitären Mitarbeiter sollte ermöglicht werden. Es wurde eine Vielzahl von Projekten für Studenten und Mitarbeiter der Uni für den Erhalt körperlicher und seelischer Gesundheit ermöglicht (vgl. *Uni Pad 2011, Projekte*).

Ende 2012 verlieh die *Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e.V.* (Lzg-Bayern 2012) den 11. *Bayrischen Gesundheitsförderungs- und Präventionspreis* (vgl. *BGPP2012*). Den zweiten Platz verliehen sie an ein Pilotprojekt der Universität Bamberg für ihre „*Universitäre Aufklärung Depression*“ (vgl. *Lzg-Bayern 2012, Projektbericht*). In diesem Projekt stand die psychische Stärkung der Studenten der betriebswirtschaftlichen Studiengänge für die zukünftige Arbeitswelt im Vordergrund. Das Projekt entsprang ebenfalls unter der Idee des BGM und verfolgte primäre Präventionsziele: Vorbereitung der kommenden Belastung dieser Berufsgruppe zur Vorbeugung von Depressionen, Entstigmatisierung und Enttabuisierung von Depressionen (vgl. *Lzg-Bayern 2012, Projektbericht*). Durch die Aufklärungsarbeit über psychische Erkrankungen sollten die Studenten Wissen, Hinweise und Möglichkeiten zur Intervention erfahren und so für sich, ihren Freundeskreis und spätere Kollegen ggf. eingreifen können.

Die Studenten sollten lernen, sich selbst wahrzunehmen und die eigenen Grenzen kennenzulernen, um mit Stresssituationen angemessenen umgehen zu können. Zudem

sollten sie gefördert werden, einen offenen Umgang mit Depressionen zu erlernen, um für sich und andere die Bewusstwerdung einer möglichen Krankheit zu erleichtern. Das Pilotprojekt bezog sich erst einmal auf die Studierenden der Sozial- und Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät der Uni Bamberg. Zukünftig soll das Projekt zum festen Bestandteil der gesamten Uni werden und für alle Studierenden zugänglich gemacht werden (vgl. *Lzg-Bayern 2012, Projektbericht*).

9.6 Suizidprävention

Suizidgedanken gehören, wie bereits beschrieben, zu den Symptomen von Depressionen. Suizidprävention fängt an, wo die depressiven Symptome vermindert werden. Kognitive Therapien, medikamentöse Behandlungen können einem Suizid vorbeugen oder verhindern, da bei Verminderung der Symptome auch die suizidalen Ideen verschwinden (vgl. *Davison/ Neale/ Hautzinger 2007, S. 358*). Sekundäre Präventionsmaßnahmen werden durch Krisentelefone und telefonische Seelensorge angeboten. Diese Beratungsdienste werden 24 Stunden am Tag angeboten, von Laien durchgeführt und von Experten betreut (vgl. *Davison/ Neale/ Hautzinger 2007, S. 359*). Häufig liegt die Grundidee der Umsetzung in der Idee von Edwin S. Shneidman, einem Experten und Antreiber der Erforschung des Suizides und Prävention. Mit Einfühlungsvermögen wird versucht, das psychische Leiden inkl. der Schmerzen zu lindern, den Blickwinkel zu erweitern und andere Möglichkeiten der Zukunft aufzuzeigen und den Betroffenen darin zu bestärken, von der Suizidabsicht Abstand zu nehmen (vgl. *Davison/ Neale/ Hautzinger 200, S. 358*).

10 Angehörige

Der Schriftsteller Jonathan Franzen schrieb nach dem Selbstmord seines Freundes David Forster Wallace, welcher sich das Leben nahm nachdem er seine Anti-Depressiva abgesetzt hatte: „*Nur wenige Dinge in meinem Leben haben mir mehr das Gefühl gegeben, etwas erreicht zu haben, als wenn ich Dave zum Lachen brachte*“ (Franzen 2009, S.82). Mit dieser Bemerkung lässt sich erahnen, welche Belastung die chronische Depression des Schriftstellers Wallace auf seinen Freund Franzen enthielt. Die Selbstmordrate bei depressiv Erkrankten ist hoch, da diese aufgrund ihrer Krankheit ein schnelles und selbstbestimmtes Ende wählen, um ihrem Leid ein Ende zu bereiten.

Das Leid der Angehörigen fängt hier an und wird enorm verstärkt. Viele Angehörige fühlen sich schuldig nicht geholfen und nicht erkannt zu haben, wie es um den

Erkrankten steht. Die Hinterbliebenen empfinden neben dem Verlust eines lieben Menschen auch „[...]Scham, Schuld, Verwirrung und allgemeine Verstörung. Die Hinterbliebenen sind selbst Opfer; unter ihnen ist die Sterblichkeitsziffer im Jahr nach dem Suizid des geliebten Menschen besonders hoch.“ (Davison/ Neale/ Hautzinger 2007, S. 352). Aber nicht nur im Falle des Suizides des Erkrankten leiden die Angehörigen mit. Angehörige stellen eine große Risikogruppe dar, selbst an Depressionen zu erkranken und können zugleich Betroffene bei der Genesung unterstützen.

Angehörige und positive Netzwerke sind wichtig für die Verarbeitung der Phasen und für eine schnelle Genesung für Menschen mit Depressionen. Angehörige sind häufig die Ersten, denen die Veränderung an dem Erkrankten auffällt (vgl. Bischof 2008, S.1). Sie müssen lange Zeit die Launen und Stimmungen ertragen und mit dem Wegfall eines lieben Menschen im Alltag leben. Nicht selten müssen sie die Lücken füllen, die der Betroffene in der Krankheitsphase hinterlässt, wie die Übernahme der Verantwortung für Haus und Familie und die finanzielle Absicherung (vgl. Bischof 2009, S. 46). Häufig haben sie keine andere Möglichkeit als abzuwarten, bis die Symptome der Krankheitsphase von allein zurückgehen oder der Betroffene einen enormen Leidensdruck aufgebaut hat und er soweit ist, sich einzugestehen, Hilfe zu brauchen. Manchmal endet diese Phase des Betroffenen in der Selbst- oder Fremdeinweisung einer psychiatrischen Klinik. Der Angehörige bleibt zurück mit der Erleichterung, dass dem Betroffenen endlich geholfen wird, aber auch mit Schuldgefühlen und Gedanken, nicht genug getan zu haben, um dies zu vermeiden (vgl. Bischof 2009, S29ff). .

10.1 Betrachtung der Situation der Angehörigen

Die Zahl der Angehörigen ist schwer zu erahnen und bisher nicht statistisch ermittelt worden. Dass diese oft selbst lange Zeit einer großen Belastung ausgesetzt werden und Hilfe benötigen, z.B. bei der Verarbeitung der Geschehnisse, findet erst sehr langsam Betrachtung in der Praxis.

Zum heutigen Zeitpunkt „[...] geht man von einer komplexen Wechselwirkung der Einflussfaktoren und deren Folgen[...]“ (Bischof 2008, S.1) zwischen Betroffenen und Erkrankten aus. Ungefähr die Hälfte der PartnerInnen eines an Depression leidenden erkranken selbst an einer Depression (vgl. Bischof 2008, S.2). Häufig gefördert durch die krankheitsbedingte, destruktive Kommunikationsstörung und Verwicklung „[...]in einen widersprüchliche und kommunikativen

Zwangsprozess[...]“ (Bischkopf 2008, S. 1), der bei dem Angehörigen Stress und Erschöpfung auslösen kann. Diesen Zwangsprozess beschreibt die Psychologin Jeanette Bischkopf als Kreislauf der Kommunikation. Der Erkrankte ist auf der ständigen Suche nach Bestätigung, negiert die positiven Äußerungen des Angehörigen aber umgehend, womit dieser das Gefühl der Wertlosigkeit und Sinnlosigkeit entwickelt (vgl. Bischkopf 2008, S. 1). Beziehungen mit mindestens einem depressiven Partner haben häufiger im Vergleich zu anderen Beziehungen „[...]ein erhöhtes Konfliktpotenzial und Kommunikationsstörungen.“ (Bischkopf 2008, S. 2), besonders durch das vorhandene Defizit, mit Problemen und Stress angemessen umzugehen (vgl. Bischkopf 2008, S. 2).

Begleitet wird diese schwierige Beziehungssituation von Überforderungsgefühlen des Angehörigen, verbunden mit „Sorgen, Ängste[n] und Unsicherheit sowie das Erleben von Verlust und Trauer.“ (Bischkopf 2008, S. 2). Besonders belastend beschreiben die Angehörigen Depressiver „[...]den Interessenverlust, das Grübeln, die Ermüdung, die Hoffnungslosigkeit [des Partners][...]“ und die Möglichkeit eines Rückfalls in die Depression (vgl. Bischkopf 2008,).

Familien und Angehörige psychisch Kranker allgemein sind nicht nur stark belastet von der Erkrankung des Betroffenen und den damit verbundenen Symptomen. Hinzu kommen Aufgaben zur Aufrechterhaltung der Familie, die Inanspruchnahme und Gewährleistung der Versorgung des Betroffenen inkl. Kontaktaufnahme zu Ärzten, Ämtern etc. Besonders die Inanspruchnahme von Hilfen ist schwierig, da ohne Zustimmung des Betroffenen selbst keine Behandlung erfolgen kann, geschweige denn eine Diagnose erstellt werden kann. Somit bleibt es für Angehörige schwierig, für Betroffene Gelder bei Ämtern zu beantragen, die ihm zustehen würden und existenziell für die Familie wären. Aber schon bei weniger Unterstützung wird es problematisch für Angehörige.

Als Angehöriger Beratung zu bekommen, beispielsweise ohne ärztliche Diagnose, ist schwierig. Aber auch bei Behandlungen der Betroffenen werden die Angehörigen häufig außen vor gelassen und in die Maßnahmen nicht mit einbezogen. Sie werden nicht über die Symptome, deren Verlauf und Möglichkeiten des Umganges aufgeklärt. Viele fühlen sich Überfordert und allein gelassen (vgl. Jungbauer/ Bischkopf/ Angermeyer al 2001, S. 135).

10.2 Stigmatisierung und damit verbundene Ängste der Angehörigen

Das Versorgungsdefizit der Betroffenen und Angehörigen erklärt Asmus Finzen mit dem geschichtlichen Hintergrund. Finzen ist Psychiater, selbst Angehöriger und Wissenschaftspublizist. Er meint, die Unterversorgung von Angehörigen und Betroffenen durch Ärzte und Psychologen sei das Resultat jahrelanger Stigmatisierung. Beginnend mit der Annahme biologischer Vererbung zum Schuldigsein und verursachender Faktor der Erkrankung, über negativen oder positiven Beeinflusser des Verlaufs und der Prognose, zur destruktiven Teilhaben des aus systemischen Sicht betrachteten Chaos, bis hin zur kostengünstigen und selbstverständlichen Nachsorge-Einrichtung, sei die Familie bis heute stigmatisiert worden (*vgl. Finzen 2013, S.2*). Dieser geschichtliche Hintergrund ziehe bis heute Diskussionen mit sich, ob Angehörige als Ressource oder als minderwertiges Laster angesehen und behandelt werden sollten. Gegenwärtig werden Angehörige in den meisten Fällen, solange sie mit Psychiatern und Ärzten zusammenarbeiten, positiv betrachtet. Angehörigen fehlen hingegen häufig Ratschläge zum Umgang, Aufklärung zur Krankheit und Maßnahmen zur tertiären Prävention, also zur Vermeidung wiederholender Phasen (*vgl. Finzen 2013, S. 7*).

Viele Angehörige haben Angst, eine Erkrankung beim Partner zu erkennen, da sie häufig annehmen, eine Mitschuld zu haben. Sie befürchten eine Auseinandersetzung mit ihrer Beziehung oder haben Angst, dass ihre Beziehung abgewertet wird und die Bilanz ihres gemeinsamen Lebens negativ ist (*vgl. Bischof 2009, S.100*). Angehörige setzten sich selbst einem Erkrankungsrisiko aus, indem sie über ihre Bedenken und Ängste schweigen, anstatt das Gespräch mit dem Partner oder einem Freund zu suchen (*vgl. Bischof 2009, S.52*).

10.3 Diagnose

Für Angehörigen ist die Diagnose meistens entlastend, aber sie kann auch Gefühle der Hilflosigkeit, Einsamkeit und Stigmatisierung hervorrufen (*vgl. Jungbauer/ Bischof/ Angermeyer al 2001; S. 135*). Die Zeit vor der Diagnose ist unter anderem durch Kommunikationsstörung und häufig negative Einstellungen des Betroffenen besonders belastend für Angehörige und führen diese in starke Selbstzweifel und Hoffnungslosigkeit. Viele Beziehungen leiden darunter, Partnerschaften zerbrechen daran und enden in Trennung oder Scheidung oder stören gravierend den familiäre Zusammenhalt (*vgl. Bischof 2009, S.9ff*).

In Fällen, in denen Angehörigen bewusst wird, dass eine mögliche Erkrankung vorliegen könnte, bedarf es häufig großen Mutes. In Erwägung zu ziehen, dass der Betroffene sich nicht von sich aus so verhält, sondern in gewisser Weise fremdbestimmt und beeinflusst wird z.B. durch Serotoninmangel im Gehirn und damit krankheitsdingt und krankheitsbestimmt, fällt vielen Angehörigen schwer (vgl. *Bischkopf 2009, S. 13ff*). Die Annahme einer Depression löst bei ihnen ähnliche Prozesse aus wie bei den Betroffenen selbst. Die Vorurteile gegen psychische Krankheiten und bisherige Annahmen über Charaktere mit Depressionen können stigmatisierend sein (vgl. *Bischkopf 2009, S.78ff*). Auch Schuldgefühle und Gedanken zum eigenen, vielleicht krankheitsauslösenden Verhalten, können den Angehörigen belasten und scheuen, eine Diagnose zu fördern bzw. aushalten zu können (vgl. *Bischkopf 2009, S. 101*). Dem Betroffenen das bewusste Handeln abzuerkennen und dieses als Symptom einer Krankheit zu sehen und zu verstehen kann besonders für Kinder erschütternd sein. In den meisten Fällen werden Eltern als wegweisend und stabilisierend wahrgenommen und ihre Integrität nicht in Frage gestellt. In Fällen, in denen Angehörige einen Verdacht auf Symptome einer Krankheit haben und diese Idee äußern, sind sie auf Hilfe und Beratung von Fachkräften angewiesen.

10.4 Praxisbeispiel

Angehörige haben oft moralische Schwierigkeiten eine mögliche Erkrankung zu erkennen und Hilfe aufzusuchen. Insbesondere bei Kindern, egal welchen Alters, fordert eine Vermutung bei einem Elternteil und den Beschluss Hilfe zu holen großen Mut. Vorstellbar sind damit verbundene Hoffnungen, Wünsche zur Aufklärung und Entlastungen durch eine Beratungsstelle.

Die folgende Schilderung eines Falles beschreibt die aktuelle Situation der Hilfe für Angehörige. Eine junge Frau deren Mutter seit längerem und zum wiederholten Male Anzeichen depressiver Symptome bzw. Belastungsstörungen zeigt, sucht Beratung. Die Gefühlsausbrüche ihrer Mutter beanspruchen die Beziehungen zu ihr (33) und ihrer Schwester (16) gravierend und überfordern diese. Die ältere Tochter sieht vor allem wegen ihrer Schwester Handlungsbedarf und erhofft sich nun von einer Beratungsstelle eine Einschätzung der Situation, Aufklärung und mögliche Ideen zu Interventionsmöglichkeiten ihrer familiären Situation.

Zu Beginn das Gedächtnisprotokoll ihrer ersten Anlaufstelle, dem Sozialpsychiatrische Dienst ihres Wohnortes:

„Im Gesundheitsamt Bremen Mitte am 29.07.2013 gegen 10 Uhr morgens. Ich habe der Psychologin gesagt, dass ich Probleme mit meiner Familie habe, daraufhin bat sie mich die Tür zu schließen. Sie saß hinter ihrem Schreibtisch und wir standen davor, während des Gespräches wurde uns kein Sitzplatz angeboten. Ob sie wirklich eine Psychologin war, kann ich nicht beurteilen, wir haben uns nicht vorgestellt. Nachdem ich die Tür geschlossen hatte, fragte sie, worum es genau gehe. Ich habe ihr kurz geschildert, dass meine Schwester und meine Mutter Probleme miteinander haben und ich mir da Sorgen mache. Sie erklärte mir, dass der Sozialpsychiatrischer Dienst nur für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zuständig sei und ob ich glaube, dass einer von beiden wirklich krank wäre. Davon war ich erst mal etwas verdaddert, da ich mir noch am Vortag überlegt hatte, dass ich eher die Symptome schildern wollte, als selber eine Einschätzung abzugeben. Ich habe dann aber gesagt, dass ich schon denke, dass es meiner Mutter nicht gut geht. Sie fragte noch einmal, wie es mit meiner Schwester sei, ob die psychische stabil sei, daraufhin habe ich die Situation kurz genauer geschildert, dass meine Schwester seit 6 Wochen ausgezogen ist, meine Mutter aber unbedingt will, dass sie demnächst zurückkommt und ich mir Sorgen mache, dass es beiden dann wieder schlechter geht. Sie meinte, dann solle ich mich an das Jugendamt wenden und fragte wo meine Mutter wohnt. Als ich Hamburg sagte, meinte sie, dass ich mich dann da ans Jugendamt oder an das Gesundheitsamt wenden solle. Sehr irritierend war, dass während des Gesprächs gleich zwei andere Mitarbeiter reingekommen sind, ohne etwas zu sagen/sich vorzustellen und Sachen in Schrank geräumt und sind dann stehen geblieben sind“.

Als nächstes rief sie eine Beratungshotline an. Hier schilderte sie im Nachhinein eine sehr freundliche und verständnisvolle Frau, die ihr aber auch nicht weitergeholfen hat, was sie sehr unbefriedigend fand. Ihr wurde ebenfalls geraten, das für ihre Mutter zuständige Gesundheitsamt aufzusuchen. Sie hätte sich gewünscht, dass diese Frau zumindest versuchte, die Situation zu analysieren und dann vielleicht auch nur so einen Tipp gegeben hätte. Weitere Beratungsmöglichkeiten in Bremen empfand sie als nicht passend, da diese meist kirchlichen Trägern angehören.

Also unternahm sie den dritten Beratungsversuch und fuhr nach Hamburg zum Sozialpsychiatrischen Dienst, der nach dem Wohnort ihrer Mutter zuständig ist.

„Um den Sozialpsychiatrischen Dienst in Hamburg besuchen zu können, nahm ich mir extra einen Tag frei und fuhr am Freitag den 02. August 2013 zum Gesundheitsamt in Hamburg. Da der Dienst nicht ausgeschildert war, fragte ich beim Pförtner nach wo ich die Abteilung finden könne. Er lachte und meinte es sei schon halb zwölf und da würde doch am Freitag in der Behörde niemand mehr arbeiten. Ich sagte ihm was auf der Homepage stünde, worauf hin er wissen wollte, was ich denn da wollte. Ich meinte, dass ich es ihm hier in der Empfangshalle nicht sagen würde. "Sie wollen sich wohl untersuchen lassen", darüber musste nicht nur ich lachen, sondern auch die Frau in der Schlange hinter mir. Er rief beim Dienst an und gab mir das Telefon durch die Scheibe. Die zuständige Dame meckerte zuerst darüber, dass ich einfach so vorbeigekommen bin und sie heute früher Feierabend machen müsse. Dann wollte sie wissen, worum es geht, wieder habe ich abgelehnt das in der Empfangshalle zu erklären. Ich durfte für die Verabredung eines Termins nach oben kommen. Auf dem Weg dorthin überlegte ich kurz, ob ich nicht einfach gehen sollte. Stand dann aber doch vor der Tür. Dort war die Mitarbeiterin dann recht freundlich, hat sich mit mir in einen separaten Raum gesetzt. Nachdem ich das Problem geschildert habe, wollte sie eine Einschätzung, ob meine Mutter krank wäre, was ich aufgrund des telefonischen Beratungsgesprächs jetzt guten Gewissens nicht beantwortete. Sie bot mir an, dass man meine Mutter zu einem Gespräch in die Behörde einladen könne, was ich jedoch nicht wollte. Netterweise suchte sie mir noch zwei Beratungsstellen in Hamburg raus, das biff und die St. Petri-Kirche und falls ich nicht weiterkommen sollte, gab sie mir auch noch ihre Durchwahl. Sie war zum Schluss sehr freundlich, verdeutlichte

mir jedoch noch einmal, dass der Sozialpsychiatrische Dienst für Menschen zuständig sei, die in die Psychiatrie müssten.“

Diese Schilderung der jungen Frau auf der Suche nach Beratung und Unterstützung ist nur beispielhaft, aber zeigt anschaulich wie die Beratungssituation für Angehörige ist. Die Zuständigkeiten sind ungenau, unklar ist, ob sie für den Ratsuchenden oder für den Erkrankten zutreffen soll. In diesem Beispiel war die Beratung weder niedrigschwellig noch vertraulich. In beiden Ämtern in Bremen als auch in Hamburg, wurden die Gespräche und Probleme von Außenstehenden mit angehört. Niedrigschwellig war die Beratung außerdem nicht, da die junge Frau extra nach Hamburg reisen musste. Missverständlich sind diesem Beispiel nach die Sprechzeiten auf dem Flyer mit den Zeiten Montag bis Freitag von 8 bis 16 Uhr oder nach Vereinbarung (*vgl. Bezirksamt Flyer*).

Bedenklich ist die Tatsache, dass auf den Flyern des Sozialpsychiatrischen Dienstes und deren Internetseiten Beratung für Angehörige, sowie für seelische Probleme und akute Krisensituationen angeboten wird (*vgl. Bezirksamt Flyer*). Bei beiden Besuchen schilderte die junge Frau in Gesprächen hinterher, sich stigmatisiert gefühlt zu haben, sie sei angeguckt worden, als sei sie ein „Alien“. Auch habe sie das Gefühl gehabt, die Mitarbeiter des Dienstes mit ihrem Besuch zu überfordern. Mit dem Drängen, das Verhalten ihrer Mutter zu diagnostizieren, wurde wiederum sie überfordert.

Obwohl die junge Frau sich nicht beirren ließ, drei Versuche unternahm Beratung zu bekommen und hat die Mitarbeiter versucht darauf aufmerksam zu machen, dass sie auch ein Recht auf diese hätte. Übertragen auf eine andere Persönlichkeit, wäre es wahrscheinlich bei dem ersten Versuch geblieben. Das Ergebnis wäre allerdings vermutlich das Gleiche, unveränderte Gefühle der Überforderung, der Hilflosigkeit und des auf sich allein gestellt seins.

Präventiv waren die Besuche dieses Beispiels nicht. Die Belastung der jungen Frau und ihrer Schwester wurden nicht erkannt, womit eine präventive Unterstützung zur Selbsterkrankung nicht erfolgen konnte. Auch der mögliche chronische Verlauf der Symptome der Mutter wurde nicht dadurch zumindest vermieden. Gravierend ist, dass in vergleichbaren Situationen ohne klinische Diagnose, Hilfe ausbleibt und bisher die Versorgungslücken nicht abgedeckt werden. Besonders für Angehörige wäre ein Ausbau der Hilfen vor der Diagnose wichtig, so könnte Hilfe und Unterstützung eingeleitet werden, die den Betroffenen zur Behandlung führen (*vgl. Bischoff 2009, S.*

10). Die Angehörigen könnten aufgefangen und würden als Risikogruppe erkannt werden.

Schulungen wären für Mitarbeiter in den Ämtern notwendig, um Entstigmatisierung durch Aufklärung voranzutreiben und um die Betroffenen darin zu stärken, Beratungen aufzusuchen und chronische Verläufe verhindern zu können. Angehörige brauchen klare Anlaufstellen und keine ungenauen Flyer, deren Inhalt in der Realität nicht zutrifft.

10.5 Akute Belastung der Angehörigen

Angehörige können häufig sehr viel besser die Symptome und das Krankheitsbild beschreiben, als der Betroffene selbst. Deshalb sind sie für die Anamnese sehr wertvoll und können auch für die Behandlung eine große Unterstützung für Ärzte und Betroffene sein. Dies wird oft noch nicht ausreichend erkannt und die Angehörigen deshalb weder aufgeklärt noch in die Behandlung einbezogen (vgl. Bischoff 2009, S. 146ff).

Die Längsschnittstudie „*Gesundheitliche und finanzielle Belastungen von Angehörigen psychisch Kranker*“ aus dem Jahr 2001 zeigte, dass umso weniger Angehörige über die Erkrankung, deren Symptome und Behandlungsmöglichkeiten aufgeklärt fühlen, diese desto mehr Ängste und Gefühle des Kontrollverlusts empfinden (vgl. Jungbauer/Bischoff/ Angermeyer 2001, S.133). Die befragten Angehörigen fühlten sich ungenügend vom behandelnden Arzt aufgeklärt. Sie enthielten weder Informationen über die Diagnose, noch über den weiteren Verlauf und Möglichkeiten der Behandlung. Die befragten Angehörigen äußerten, dass ihnen „[...] dadurch einen angemessenen Umgang mit der psychischen Krankheit zusätzlich [...] [erschwert wurde]“ (vgl. Jungbauer/ Bischoff/ Angermeyer 2001,S.135).

In anderen Bundesländern gibt es einen Krisen- und Notfalldienst, an den sich Betroffene und Angehörige wenden können und die bei Bedarf auch Hausbesuche machen. In Hamburg gibt diesen aufsuchenden Dienst nicht (vgl. *LApK-erste Hilfe*). Durch Hausbesuche könnte es den Betroffenen erleichtert werden, Hilfe einzuleiten bzw. zuzustimmen. Viele Betroffene mögen in akuter Phase aus Angst und Scham die Wohnung nicht mehr verlassen. Ein aufsuchender Dienst könnte den Angehörigen unterstützen, die notwendige Hilfe zu aktivieren. Zudem könnten Fremdeinweisungen und Suizidversuche vorgebeugt werden, da Angehörige auf die Situation aufmerksam machen und eine Zuspitzung der Symptome verhindern können. Die traumatischen

Erlebnisse durch Fremdeinweisung oder Suizides könnten vermieden und die vorangegangene nervenaufreibende Zeit verkürzt werden.

10.6 Notwendige Prävention und Schutzmaßnahmen für Angehörige

Für Angehörige haben sich viele Selbsthilfegruppen entwickelt um sich gegenseitig unterstützen zu können. Professionell geleitete Gesprächsrunden bieten Trialoge an, in denen Angehörige, Betroffene und Professionelle (Ärzte, Psychiater) sich austauschen können.

Notwendig wäre „möglichst zeitnah zum Erkrankungsbeginn [aktive Therapiemöglichkeiten] bereit[zu stellen][...], weil in dieser Phase besonders massive Belastungen erlebt werden. Im Rahmen solcher Angebote sollten auch beziehungsrelevante Themen ausreichend berücksichtigt werden.“ (Jungbauer/Bischkopf/ Angermeyer 2001, S.133).

Viele Informationen, Broschüren und Bücher geben den Angehörigen Anweisungen, wie sie dem Erkrankten helfen können und ihn bei der Genesung unterstützen können. Dabei sollte auch das Informationsmaterial und die Aufklärung Angehöriger auf ihr erhöhtes Risiko Depressionen zu bekommen aufmerksam machen und Hinweise geben, wie sie die Situation überstehen und verarbeiten „[...]können, ohne die Grenzen der eigenen Belastbarkeit zu überschreiten oder ihre Lebensziele zu verleugnen.“ (Bischkopf 2008, S. 2)

Präventionsmaßnahmen sind für Angehörige wichtig, um eine mögliche Selbsterkrankung zu vermeiden und die Erlebnisse zu verarbeiten. Für die bereits Erkrankten sind Maßnahmen mit Angehörigen präventiv, um wiederholende Phasen vermeiden zu können. Angehörige werden durch diese unterstützt, einen positiven Umgang zum Partner und seiner Krankheit wieder herzustellen zu können.

Die dauerhafte seelische Belastung des Angehörigen durch die negative Einstellung des Partners sollte erkannt und aufgearbeitet werden. Zu groß ist die Gefahr, dass sich negative Denkmuster auch bei dem Angehörigen manifestieren. Es gibt niedrigschwellige Beratungsangebote in Krisensituationen, z.B. in Familienzentren und Elternschulen. Diese Sozialpädagogen sind aber meist zu wenig spezialisiert, um kognitive Einstellungen zu überprüfen. Diese Mitarbeiter bräuchten Schulungen und Fortbildungen, um den aktuellen Bedarf an Belastungsstörungen auffangen zu können.

Mitarbeiter sollten über die Belastungen von Angehörigen im Speziellen aufgeklärt und sensibilisiert werden. So könnten sie den Angehörigen, die für sie notwendigen Informationen geben und sie auf ihr Risiko der Selbsterkrankung hinweisen, wie auch helfen Ressourcen zu erkennen und zu aktivieren.

Wichtig für Angehörige sind Hinweise und Unterstützung zur bewussten Annahme der Situation und Erkrankung. Diese bewusste Entscheidung bringt die Selbstbestimmung teilhaft zurück und ermöglicht ihm, sich bewusst mit der Krankheit auseinanderzusetzen. Die Auseinandersetzung ermöglicht es, sich auf krankheitsbedingte Verhaltensweisen einstellen zu können und den Betroffenen mit einem positiven Umgang zu unterstützen (*vgl. Bischoff 2008*)

Angehörige brauchen Informationen und Bewältigungsstrategien, so können sie für sich selbst präventiv gegen eine Erkrankung tätig werden und Situation der Mehrbelastung bewältigen. Es kann hilfreich sein, mit einem Außenstehenden über seine Gefühle und Erlebnisse zu sprechen, um Distanz zu der Situation und Reflexion über sein Verhalten zu bekommen. Bischoff empfiehlt Ängste und Sorgen aufzuschreiben. Besonders bei Schlafstörungen kann dies helfen, die Gedankenkreise zu durchbrechen, zu strukturieren und ggf. nach Priorität bearbeiten zu können (*vgl. Bischoff 2009, S.31*). Zudem zählen auch die Inhalte der unter 9 aufgeführten gesundheitsfördernde und erhaltende Maßnahmen, wie z.B. ein gesundes Netzwerk erhalten, auf gesunde Ernährung zu achten und sportliche Aktivitäten in den Alltag einzubeziehen.

Zur Prävention wäre ein niedrigschwelliges Beratungsangebot förderlich. Der in Hamburg angebotene Krisen- und Notfalldienst ist nur zu den entsprechenden Bürozeiten telefonisch zu erreichen oder nach Vereinbarung (*vgl. LAPK- Erste Hilfe*). Psychische Krisen und Notsituationen ereignen sich häufig nach Feierabend oder zum Wochenende. Bisher können Betroffene und Angehörige in Eskalationssituationen nur die Polizei oder Notärzte rufen, um Hilfe zu bekommen. Das fällt schnell Nachbarn etc. auf, was stigmatisierend und damit abschreckend sein kann (*vgl. ImH 2011, Newsletter*).

Angehörige sollten Informationen vermittelt bekommen und ermutigt werden, die Veränderungen ihres Partners bzw. Familienmitgliedes zu erkennen und Beratung zu holen. Sie sollten ausreichend durch Ansprechpartner und Ärzte aufgeklärt werden und Hinweise, Broschüren und Bücher zur Information bekommen. Entlastende Hilfen, wie z.B. Selbsthilfegruppen, sollten hinweisend erwähnt werden, um eine Erkrankung

vermeiden, Verarbeitung ermöglichen und die Beziehung entlasten zu können. Die Autonomie und eigene Lebensgestaltung der Angehörigen sollte an vorderster Stelle stehen, damit die Gesundheit und das Wohlbefinden erhalten bleiben und sie eine Unterstützung für Betroffene sein können.

11 Aussicht/ Resümee

Die vorliegende Ausarbeitung hat gezeigt, dass die Anzahl der depressiven Symptome in der Bevölkerung steigt. Die Symptome haben nicht nur Folgen für die Betroffenen selbst sondern auch für Angehörige, Arbeitgeber und die Volkswirtschaft. Eine unmittelbare Behandlung kann in den meisten Fällen die Phasen der Depression verkürzen und eine chronische Erkrankung vermeiden. Dennoch verheimlichen viele Betroffene ihre Erkrankung, verstecken sich und verhindern eine Behandlung und somit eine Genesung. Betroffene fühlen sich auf Grund ihrer Erkrankung stigmatisiert, von der Gesellschaft, ihrem Arbeitgeber und ihren Angehörigen. Self-fulfilling-prophecy, sozialer Rückzug und Hoffnungslosigkeit schüren die Gedanken an Suizid. Diese Abwärtsspirale könnte durch einen Ausbau der öffentlichen Aufklärungskampagnen vermieden bzw. vermindert werden.

Depressionen werden noch immer mit negativen Persönlichkeitsmerkmalen in Verbindung gebracht, was einen offenen Umgang mit der Erkrankung erschwert. Viele Betroffene ziehen sich zurück, meiden die Gesellschaft und nehmen keine Hilfe oder Beratung in Anspruch, da sie sich schämen und die Hürden zur Beratung hoch sind. Beratung und Hilfe aufzusuchen, erfordert ein hohes Maß an Selbstwahrnehmung und Reflexion, sowie das Wissen um depressiver Symptome, um eine realistische Einschätzung der Situation haben zu können.

Ein Ausbau und Verbreitung der hier vorgestellten Entstigmatisierungs-Möglichkeiten und -Kampagnen könnten Depressionen entmystifizieren und eine realistische Sicht auf Depressionen vermitteln. Die Persönlichkeit der Betroffenen könnte entlastet werden, über die weite Verbreitung von Depressionen aufgeklärt und die Möglichkeiten zur Behandlung aufgezeigt werden, sowie eine positive Zukunftsaussichten vermitteln.

Depressionen entstehen durch ein Zusammenspiel biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren, deren letzte Auslöser ungeklärt sind. Die Mehrzahl der Menschen tragen bereits Risikofaktoren in sich: Junge Menschen sind mehr als in vorigen Jahren

anfälliger für depressive Symptome, Frauen weisen in allen Altersgruppen eine erhöhte Wahrscheinlichkeit auf einmal im Leben an Depressionen zu erkranken, Angehörige aufgrund ihrer Erbanlagen und der psychosozialen Belastungen, Menschen die depressive Symptome entwickeln, weil sie akuten Auslösern, wie Stress, dem Verlust eines lieben Menschen oder des Arbeitsplatzes ausgesetzt sind und bereits Erkrankte deren weitere Phasen vermieden werden sollte. An Depressionen erkranken kann, nach dieser Betrachtung, im Laufe seines Lebens jeder. Die Bezeichnung der Risikogruppe ist folglich nicht zutreffend, weil es keine Gruppenspezifisches, sondern ein gesellschaftliches Problem darstellt. Mit dem Wissen der Risiken und Ursachen für Depressionen, sollte ein Ausbau der Präventiven Maßnahmen in der Sozialen Arbeit erfolgen und auch in anderen Bereichen Einzug in den Alltag finden.

Therapien sind teuer und eine Erkrankung meist langwierig. Ein Ausbau von präventiven Maßnahmen könnte Menschen vor der Erkrankung schützen, ihnen einen konstruktiven Umgang mit dieser ermöglichen und Rückfälle verhindern. Insbesondere sollte eine bewusstere Wahrnehmung der gesundheitsfördernden Faktoren im Alltag sozialer Einrichtungen wie auch an Arbeitsplätzen stattfinden und umgesetzt werden. Die Mahlzeiten in Kantinen oder anderen sozialen Einrichtungen sollten gesund und ausgewogen sein und in den Pausenzeiten z.B. Bewegung ermöglicht und gefördert werden. Generell dient die Abteilung des Otto Versandes *aktiv.net* als Vorbild für Firmen und Arbeitgeber für Prävention und Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz. Soziale Einrichtungen brauchen Möglichkeiten, Zielgruppen unabhängig Ressourcen zu erkennen, zu fördern und Risikofaktoren vermindern zu können sowie Resilienz und Beziehungen fördern zu können.

Eine Vernetzung sozialer Einrichtungen, Institutionen, Ärzten und Psychologen wäre sinnvoll, um das Versorgungsdefizit des Gesundheitssystems für psychisch belastete Menschen zu verringern und Zuständigkeiten neu zu definieren bzw. zu erschaffen, wie z.B. Hilfeangebote für Menschen mit Anpassungsstörungen und akuten Belastungssituationen, für deren Behandlung Ärzte nicht ausgebildet wurden. So könnten möglicherweise auch die derzeit durch psychische Erkrankungen verursachten, enormen volkswirtschaftlichen Kosten vermindert werden.

Die Einbeziehung der Angehörigen, zur Anamnese, zur Behandlung, zur Prävention erneuter Erkrankung, ist für die Betroffenen notwendig und hilfreich. Zudem könnten

Angehörige ihre Kenntnisse und Erfahrungen mit einbringen und auch auf einen eventuellen eigenen Hilfebedarf aufmerksam machen. Die Belastungen der Angehörigen sollte mehr erkannt werden und Hilfe dementsprechend angeboten werden. Notwendig sind Beratungsstellen, die die Eindrücke der Angehörigen ernst nimmt und Hilfe und Unterstützung bietet. Zugleich sollten Angebote ausgebaut werden, die Angehörige ermutigt und stärkt, um die Situation zu bewältigen und vor einer eigenen Erkrankung schützt. Nur so kann ein möglicher Kreislauf unterbrochen werden.

Der Ausbau von Präventionsmaßnahmen, die Unterstützung zur Entstigmatisierung, sowie die Einbeziehung und Stabilisierung von Angehörigen könnten eine angemessene Reaktion auf die Ausbreitung von Depressionen darstellen und die Belastung in allen Bereichen vermindern.

12 Abbildungsverzeichnis

1: Klassifikation affektiver Störungen nach ICD-10, F30-39.....S. 6

Aus: Aus *Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 51: Depressive Erkrankungen* (RKI 2010) (RKI 2010) , S. 8

http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/depression.pdf?__blob=publicationFile

2: Kriterien einer depressiven Episode- Quelle: modifiziert nach DSM-IV-TR, S. 8

Aus *Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 51: Depressive Erkrankungen* (RKI 2010)S., 9

http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/depression.pdf?__blob=publicationFile

3: Entwicklung der AU-Volumens von Psychischen Einzeldiagnosen.....S. 20

Aus: DAK Gesundheitsreport 2013, S. 39, „*Entwicklung der AU- Volumens von Psychischen Einzeldiagnosen [...]2000-2012. Indexdarstellung 2000=100, Quelle: AU Daten der DAK- Gesundheit 2000-20012*“ in:“ *Gesundheitsreport 2013, - Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten Update psychischer Erkrankungen- Sind wir heute anders krank?*“

http://www.dak.de/dak/download/Gesundheitsreport_2013-1146388.pdf

13 Tabellenverzeichnis

1: Übersicht über die depressiven Einzelsymptome in Begriffen der Medizin.....S. 7

Aus: Niklewski, G.; Riecke-Niklewski, R. (2010): *Depressionen überwinden-Niemals aufgeben-*, Berlin: Stiftung Warentest, S.44 (5.aktualisierte Auflage)

„*Übersicht über die depressiven Einzelsymptome in Begriffen der Medizin[...]*“

(Stiftung Warentest 2010)

2: Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression.....S. 12

Aus: Robert- Koch- Institut (RKI) 2013,*Prävalenz von depressiver Symptomatik [...]nach Geschlecht und Altersgruppen in Prozent [...]* in: „*Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland- Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)*“, S. 736,

Online publiziert: 27. Mai 2013

<http://edoc.rki.de/oa/articles/reTN7kZkaLF1o/PDF/20q1kPfuqFfQ.pdf>

3: Prävalenz von depressiver Symptomatik nach Geschlecht und Altersgruppen.....S. 11

Aus: Robert- Koch- Institut (RKI)2013, „*Prävalenz von depressiver Symptomatik [...]und diagnostizierter Depression (Lebenszeit- und12- Monats-Prävalenz) nach Geschlecht und sozioökonomischen Status [...]in Prozent [...]*“in: „*Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland- Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)*“, S. 736, Online publiziert: 27. Mai 2013

<http://edoc.rki.de/oa/articles/reTN7kZkaLF1o/PDF/20q1kPfuqFfQ.pdf>

14 Literaturverzeichnis

- Bischkopf, J. (2009): *So nah und doch so fern. Mit depressiv erkrankten Menschen leben*, Bonn: BALANCE buch+medienverlag.
- Davison, G. C./ Neale, J. M./ Hautzinger, M. (2007): *Klinische Psychologie*, Weinheim; Basel: Beltz Verlag (7.Auflage).
- Farina et al., 1996; Wright et al. 2000 in: Gerrig, R. J./Zimbardo, P. G. (2008): *Psychologie*, S. 589 -, Pearson Studium, München (18.Auflage)
- Franzen, J. (2009): *Informelle Bemerkungen, Anlässlich der Gedenkfeierlichkeiten für David Foster Wallace am 23. Oktober 2009 in New York City in David Foster Wallace Unendlicher Spaß, Zusatzmaterial*, Seite 79-87, Köln: Kiepenhauer&Witsch.
- Fröhlich- Gildhoff, K./ Rönau- Böse, M. (2011): *Resilienz*, München: Ernst Reinhardt Verlag (2. Auflage)
- Gerrig, R. J./Zimbardo, P. G. (2008): *Psychologie-*, Pearson Studium, München (18.Auflage)
- Hautzinger, M. (2006): *Ratgeber Depression. Informationen für Betroffene und Angehörige*, Göttingen: Hogrefe Verlag (Band 13)
- Krüger, H. (2002): *Schülerduden. Psychologie. Ein Lexikon zum Grundwissen der Psychologie.* von der Redaktion Schule und Lernen, Mannheim: Dudenverlag (3.Auflage).
- Niklewski, G./Riecke-Niklewski, R. (2010): *Depressionen überwinden. Niemals aufgeben!*, Berlin: Stiftung Warentest (5.Auflage)
- Rentrop, M./ Müller, R/ Bäuml, J. (2009): *Klinikleitfaden. Psychiatrie und Psychotherapie*, , München; Jena: Urban& Fischer Verlag (4. Auflage)

15 Internetliteratur

Adfc (Allgemein Deutscher Fahrrad Club) Kreisverband Münster/ Münsterland e.V. (2013): *Mood- Tour Münster* (Adfc 2013), online unter <http://www.adfc-nrw.de/kreisverbaende/kv-muenster/radtouren/gefuehrte-touren/tourdetails/tour/mood-tour-muenster/22493.html> (Zugriff 29.08.2013)

Aktionsbündnis seelische Gesundheit (2013): *Mitgliedsorganisationen* (AsG 2013, Mitgliedsorganisationen), online unter <http://www.seelichegesundheit.net/buendnis/mitgliedsorganisationen> (Zugriff 29.08.2013)

Aktionsbündnis Seelische Gesundheit (o.J.): *open the doors e.V.* (AsG- open the doors), online unter <http://www.seelichegesundheit.net/buendnis/mitgliedsorganisationen/268-openthedoors> (Zugriff 29.08.2013)

Aktionsbündnis Seelische Gesundheit (2013), *Presseeinladung: Workshop-Journalistische Berichterstattung über Menschen mit psychischen Erkrankungen* (ASG 2013, Workshop), online unter <http://www.seelichegesundheit.net/presse/pressemitteilungen/presse-archiv/2013/439-workshop-journalistische-berichterstattung-ueber-menschen-mit-psychischen-erkrankungen> (Zugriff 29.08.2013)

Aktionsbündnis Seelische Gesundheit (07.2013): *Pressemitteilung 12.7.2013: Aktionsbündnis Seelische Gesundheit stärkt die Medienkompetenz in der Selbsthilfe* (AsG 2013, Medienkompetenz), online unter <http://www.seelichegesundheit.net/images/stories/pressemitteilungen/2013/pm13-03-medienkompetenz-bapk-bpe-aktionsbuendnis.pdf> (Zugriff 29.08.2013)

Aktionsbündnis Seelische Gesundheit (07.2013): *Pressemitteilung 18.7.2013: Aktionsbündnis Seelische Gesundheit ruft zum Antistigma Preis 2013 auf* (AsG 2013, Antistigma-Preis), online unter <http://www.seelichegesundheit.net/images/stories/pressemitteilungen/2013/pm13-04-antistigmapreis.pdf> (Zugriff 29.08.2013)

Aktionsbündnis seelische Gesundheit 2013: *Über das Aktionsbündnis seelische Gesundheit* (AsG 2013), online unter <http://www.seelichegesundheit.net/buendnis> (Zugriff 29.08.2013)

Angehörige Psychisch Kranker- Landesverband Hamburg e.V.(o.J.): *Beratung durch den LApK* (LApK) online unter <http://www.lapk-hamburg.de/unser-angebot/beratung.html> (Zugriff 29.08.2013)

Angehörige Psychisch Kranker- Landesverband Hamburg e.V.(o.J.): *Erste Hilfe* (LApK- Erste Hilfe), online unter <http://www.lapk-hamburg.de/unser-angebot/allgemein/17-erste-hilfe.html> (Zugriff 29.08.2013)

Ballwieser, Dennis (06.2012): *Diagnose Depression: Jüngere Menschen sind verwundbarer geworden*, veröffentlicht am 14.6.2012, online unter <http://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/gesundheitsreport-degs-jugendliche-leiden-haeufiger-unter-depressionen-a-838843.html> (Zugriff 29.08.2013)

Behörde für Schule und Berufsbildung (o.J.): *Pädagogische und psychologischer Beratung- Beratungsabteilung- früher: REBUS* (Hamburg Rebus), online unter <http://www.hamburg.de/rebus/> (Zugriff 29.08.2013)

Bezirksamt Hamburg Mitte Fachamt Gesundheit (o.J.), *Sozialpsychiatrischer Dienst. Kostenlose Hilfe bei seelischen Problemen* (Bezirksamt Flyer), online unter <http://www.hamburg.de/contentblob/2526832/data/umwges-spd-download.pdf> (Zugriff 29.08.2013)

Bischkopf, J. (06.2008): *Das Leid der Angehörigen. Wie Depressionen die Familie krank machen kann*, letzte Aktualisierung 2012, online unter http://www.fu-berlin.de/presse/publikationen/fundiert/2008_01/08_01_bischkopf/index.html (Zugriff 29.08.2013)

Bundesärztekammer (05.2006): Pressemitteilung der Bundesärztekammer: „Appell des Ärztetages: Psychisch Kranke nicht diskriminieren, veröffentlicht am 25.5.2006, online unter <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.2.20.1157.1170.1336> (Zugriff 29.08.2013)

Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (08.2013): *Ich muss nicht perfekt sein- Programm zur Prävention von Depression in emotional belasteten Familien*, online unter <http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/2254.php> (Zugriff 29.08.2013)

Bundesverband Betriebliches Gesundheitsmanagement (BBGM) (o.J.): *Ziele & Aufgaben*, online unter http://www.bgm-bv.de/ueber_uns/ziele_und_aufgaben.html (Zugriff 29.08.2013)

Burger, S. (08.2013) Stiftung Deutsche Depressionshilfe; Im Projekt MOOD Tour 2012, online unter <http://mood-tour.de/> (Zugriff 29.08.2013)

Burger, S. (08.2013): Stiftung Deutsche Depressionshilfe; Im Projekt MOOD Tour 2012 - Förderer (Burger 2013,Förderer) online unter <http://mood-tour.de/foerderer.html> (Zugriff 29.08.2013)

DAK Forschung (02.2013): *Gesundheitsreport 2013. Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Update psychischer Erkrankungen- Sind wir heute anders krank?* (DAK Gesundheitsreport) online unter

http://www.dak.de/dak/download/Gesundheitsreport_2013-1146388.pdf

(Zugriff 29.08.2013)

DAK Home (o.J.): *DAK - Gesundheitsreport 2013- Sind wir heute anders krank?* online unter

<http://www.dak.de/dak/gesundheit/DAK-Gesundheitsreport-1147504.html>

(Zugriff 29.08.2013)

Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V. (DBSH) (11.1997): *Grundlagen für die Arbeit des DBSH e.V. - Ethik in der sozialen Arbeit* (DBSH 1997), online unter

<http://www.dbsh.de/fileadmin/downloads/Ethik.Vorstellung-klein.pdf>

(Zugriff 29.08.2013)

Deutsche Depressionshilfe (2005): *Krisen- und Notfallplan für...*, Harburger Bündnis gegen Depression (*DDH 2005, Krisen- und Notfallplan*), online unter

<http://www.deutsche-depressionshilfe.de/stiftung/media/Krisenplan%281%29.pdf>

(Zugriff 29.08.2013)

Deutscher Unternehmenspreis Gesundheit (o.J.) (DUG), online unter

<http://www.deutscher-unternehmenspreis-gesundheit.de/deutscher-unternehmenspreis-gesundheit.html>

(Zugriff 29.08.2013)

Deutscher Unternehmenspreis Gesundheit (o.J.): *Otto (GmbH&Co KG). aktiv.net.*

Gesundheit aus eigener Hand (DUG Otto), online unter

<http://www.deutscher-unternehmenspreis-gesundheit.de/zertifizierte-unternehmen/otto-gmbh-co-kg.html>

(Zugriff 29.08.2013)

Donner, S. (05.2005), Gesundheitsberatung: *Serotonin: Zum Glück gibt's was zum Essen*, veröffentlicht am 05.2005, online unter

<http://www.ugb.de/serotonin/serotonin-schokolade-fischoel-kohlenhydrate/>

(Zugriff 29.08.2013)

Eat Smarter (o.J.): *Fastfood erhöht Depressionsrisiko*, Verweis auf Studie des University Colleges London 2010, online unter

<http://eatsmarter.de/ernaehrung/studien/fastfood-erhoeht-depressionsrisiko>
(Zugriff 29.08.2013)

Finzen, Asmus (2013): *Die Psychiatrie- eine Zumutung für die Familie?*, online unter <http://www.lapk-hamburg.de/informationen/downloads/Extern/Verschiedenes/Aufsatz-Prof.-Finzen-8.7.2013/>
über <http://www.lapk-hamburg.de/aktuelles.html>
(Zugriff 29.08.2013)

Index DSM-IV-TR
http://allpsych.com/disorders/disorders_alpha.html
(Zugriff 29.08.2013)

Irre menschlich Hamburg e.V. (2011): *Irre menschlich Hamburg e.V. Newsletter 2* (1. Halbjahr 2011) (ImH 2011, Newsletter), online unter <http://www.irremenschlich.de/aktuell/newsletter/archive/view/listid-1-mailinglist/mailid-10-irre-menschlich-hamburg-ev-newsletter-2-1-halbjahr-2011.html>
(Zugriff 29.08.2013)

Irre menschlich Hamburg e.V. (2013): *Willkommen* (ImH 2013), online unter <http://www.irremenschlich.de/>
(Zugriff 29.08.2013)

Jungbauer, J./Bischkopf, J./ Angermeyer, M.C (2001): *Die Krankheit hat unser Leben total verändert. Belastungen von Partnern schizophrener Patienten beim Beginn der Erkrankung* (Jungbauer/ Bischkopf/ Angermeyer 2001), online unter http://www.katho-nrw.de/uploads/media/Krankheitsbeginn_PsychPrax.pdf
(Zugriff 29.08.2013)

Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e.V. (2012): *BGPP 2012* (Lzg- Bayern 2012): <http://www.lzg-bayern.de/bgpp-2012.html>
(Zugriff 29.08.2013)

Landes zentrale für Gesundheit in Bayern e.V. (2012): *Universitäre Aufklärung Depression* (Lzg- Bayern 2012, Projektbericht), online unter <http://www.lzg-bayern.de/universitaere-aufklaerung-depression-projektbericht.html>
(Zugriff 29.08.2013)

Lohmann- Haislah, A.(2012): *Stressreport Deutschland 2012. Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden*, online unter http://www.baua.de/de/Publikationen/Fachbeitraege/Gd68.pdf?__blob=publicationFile&v=4#page=35
(Zugriff 29.08.2013)

Oliver, A.J (2012): Spiegel online Wissenschaft: *Depressionen: Bluttest kann bei Diagnose helfen*, veröffentlicht am 17.04.2012, online unter <http://www.spiegel.de/wissenschaft/medizin/bluttest-kann-depressionen-bei-jugendlichen-nachweisen-a-827717.html>
(Zugriff 29.08.2013)

Robert-Koch-Institut (2010); *Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 51: Depressive Erkrankungen* (RKI 2010), online unter http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/depression.pdf?__blob=publicationFile
(Zugriff 29.08.2013)

Robert-Koch-Institut (2013): *Körperliche Aktivität. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland* (RKI 2013, Körperliche Aktivität), veröffentlicht am 27.05.2013, online unter <http://edoc.rki.de/oa/articles/repRtQDxaXz2/PDF/29NRTMbhpOAI.pdf>
(Zugriff 29.08.2013)

Robert- Koch- Institut (2013): *Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland* (DEGS1 2013), veröffentlicht am 27. 05 2013, online unter <http://edoc.rki.de/oa/articles/reTN7kZkaLF1o/PDF/20q1kPfuqFfQ.pdf>
(Zugriff 29.08.2013)

Spiegel online (2012): *Europäische Studie: Jeder Arbeitnehmer war schon depressiv*, veröffentlicht am 01.12.2012, online unter <http://www.spiegel.de/gesundheit/psychologie/depressionen-jeder-zehnte-arbeitnehmer->

war-schon-depressiv-a-858894.html

(Zugriff 29.08.2013)

Spitzer, R./ Williams, J./ Kroenke, K. (o.J.): *Gesundheitsfragebogen für Patienten* ,
online unter http://www.phqscreeners.com/pdfs/02_PHQ-9/PHQ9_German%20for%20Switzerland.pdf

(Zugriff 29.08.2013)

Statistisches Bundesamt (05.2013): *Zensus 2011- Ausgewählte Ergebnisse.*

Tabellenband zur Pressekonferenz am 31. Mai 2013 in Berlin (Destatis 2013), online
unter

https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressekonferenzen/2013/Zensus2011/Pressebrochuere_zensus2011.pdf?__blob=publicationFile

(Zugriff 29.08.2013)

Stiftung Deutsche Depressionshilfe (2013): *Homepage* (SDD 2013) online unter

<http://www.deutsche-depressionshilfe.de/>

(Zugriff 29.08.2013)

Universität Paderborn (03.2010), Die Universität der Informationsgesellschaft:

Arbeitskreis gesunde Hochschule (Uni Pad 2010, Arbeitskreis), online unter

<http://www.uni-paderborn.de/universitaet/gesunde-hochschule/ueber-den-arbeitskreis/>

(Zugriff 29.08.2013)

Universität Paderborn (03.2010), Die Universität der Informationsgesellschaft:

Betriebliches Gesundheitsmanagement (Uni Pad 2010, BGM), online unter

<http://www.uni-paderborn.de/universitaet/gesunde-hochschule/bgm/>

(Zugriff 29.08.2013)

Universität Paderborn (23.11.2011), Die Universität der Informationsgesellschaft:

Gesunde Hochschule Paderborn (Uni Pad 2011), online unter

<http://www.uni-paderborn.de/universitaet/gesunde-hochschule/>

(Zugriff 29.08.2013)

Universität Paderborn (11.2011), Die Universität der Informationsgesellschaft: *Projekte*,

online unter

<http://www.uni-paderborn.de/universitaet/gesunde-hochschule/projekte/>
(Zugriff 29.08.2013)

Volkman, A. (01.2013): **Gesundheitsstadt Berlin**, das Hauptstadtnetzwerk:
Depressionen immer noch stigmatisiert, online unter
<http://www.gesundheitsstadt-berlin.de/nachrichten/artikel/depressionen-immer-noch-stigmatisiert-1189/>
(Zugriff 29.08.2013)

Zimmermann, M. (07.2013): *Mut- Touren 2013*, online unter
<http://www.mut-touren.de/index.html>
(Zugriff 29.08.2013)

16 Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind in allen Fällen unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Ort, Datum

Unterschrift