

Matthias J. Müller Mathias Berger (Hrsg.)

# Psychische Erkrankungen – und die Auswirkungen einer Pandemie

Risiken, Folgen und  
Wege aus der Krise

Mit zusätzlichen  
Online-Inhalten

Leseprobe



# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Die gegenwärtige Pandemie: Entwicklung und gesamtgesellschaftliche Folgen</b> . . . . .	<b>1</b>
	Matthias J. Müller	
1.1	Einleitung . . . . .	1
1.2	SARS-CoV-2 und die Entwicklung der Pandemie . . . . .	2
1.2.1	Ausbruch und Pandemieverlauf 2020 . . . . .	2
1.2.2	Coronaviren und SARS-CoV-2 . . . . .	4
1.2.3	Folgen der Pandemie . . . . .	5
1.2.4	Präventive Maßnahmen . . . . .	8
1.3	Glossar . . . . .	9
<b>2</b>	<b>Klinisches Bild und zentralnervöse Manifestationen einer SARS-CoV-2-Infektion</b> . . . . .	<b>11</b>
	Christian Lange-Asschenfeldt, Stefan Bleich, Johanna Seifert, Tobias Banaschewski und Ahmad Bransi	
2.1	Einführung . . . . .	12
2.2	Coronavirus SARS-CoV-2 . . . . .	12
2.2.1	Ansteckungswege . . . . .	13
2.2.2	Symptomatik . . . . .	14
2.2.3	Diagnosestellung . . . . .	14
2.2.4	Therapie . . . . .	14
2.2.5	Risikogruppen . . . . .	15
2.3	SARS-CoV-2/COVID-19 und zentrales Nervensystem . . . . .	16
2.3.1	Grundlagen . . . . .	16
2.3.2	Neurologische Manifestationsformen . . . . .	17
2.3.3	Psychiatrische Manifestationsformen . . . . .	17
2.3.4	Psychopharmaka und COVID-19 . . . . .	18
2.4	Folgen der SARS-CoV-2-Infektion und ihrer Behandlung . . . . .	18
2.4.1	Neuropsychiatrische Nebenwirkungen durch Wirkstoffe zur Behandlung von COVID-19 . . . . .	18
2.4.2	Post-Intensive Care Syndrome (PICS) bei COVID-19 . . . . .	19
2.4.3	Post-COVID-Syndrom („Long COVID“) . . . . .	21
2.5	Besonderheiten im Kindes- und Jugendalter . . . . .	23
2.6	Glossar . . . . .	23
<b>3</b>	<b>Psychische Erkrankungen: Basiswissen zu Entstehung, Charakteristika und Behandlungen</b> . . . . .	<b>27</b>
	Matthias J. Müller, Thomas Ehring, Clara C. Stein und Mathias Berger	
3.1	Entstehung und Charakteristika psychischer Erkrankungen . . . . .	27

**XVI** Inhaltsverzeichnis

3.2	Modellannahmen zur Entstehung psychischer Erkrankungen . . . . .	28
3.3	Das Problem des Stigmas psychischer Erkrankungen . . . . .	30
3.4	Stressoren als Erkrankungsrisiko. . . . .	30
3.5	Diagnosestellung . . . . .	32
3.6	Verläufe psychischer Erkrankungen . . . . .	34
3.7	Behandlungsmöglichkeiten psychischer Erkrankungen. . . . .	35
3.8	Glossar . . . . .	36
<b>4</b>	<b>Pandemie-Stressoren und der „pandemiebedingte psychische Risikozustand“ (PPR)</b> . . . . .	<b>39</b>
	Lars P. Hölzel, Mathias Berger und Matthias J. Müller	
4.1	Auswirkungen der Pandemiebelastungen auf die Psyche. . . . .	39
4.2	Belastungsfaktoren. . . . .	42
4.3	Der pandemiebedingte psychische Risikozustand (PPR) . . . . .	43
4.4	Diagnoseinstrumente für den PPR . . . . .	44
4.5	Individuelle Bedeutung des PPR . . . . .	46
4.6	Indizierte Präventivmaßnahmen . . . . .	47
4.6.1	Verhältnisprävention . . . . .	47
4.6.2	Verhaltensprävention . . . . .	50
4.7	Glossar . . . . .	54
<b>5</b>	<b>Psychische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen und die Auswirkungen der Pandemie</b> . . . . .	<b>57</b>
	Ewa Cionek-Szpak, Andrea Stippel und Tobias Banaschewski	
5.1	Einleitung . . . . .	57
5.2	Zwangsstörungen . . . . .	58
5.2.1	Was ist eine Zwangsstörung? . . . . .	58
5.2.2	Zwangsstörungen im Rahmen der COVID-19-Pandemie . . . . .	59
5.2.3	Wie werden schwere Zwangsstörungen behandelt? . . . . .	60
5.3	Soziale Phobie und komorbide Depression . . . . .	60
5.3.1	Was ist eine soziale Phobie? . . . . .	61
5.3.2	Ängste bei Kindern und Jugendlichen im Rahmen der Pandemie . . . . .	61
5.3.3	Wie wird eine schwer ausgeprägte soziale Phobie behandelt? . . . . .	62
5.4	Emotionale Störung mit Trennungsangst . . . . .	63
5.4.1	Was sind Trennungsängste? . . . . .	64
5.4.2	Trennungsängste in der Pandemie . . . . .	64
5.4.3	Wie wird Trennungsangst behandelt? . . . . .	65
5.5	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) . . . . .	66
5.5.1	Was ist ADHS? . . . . .	66
5.5.2	ADHS im Rahmen der Pandemie. . . . .	68
5.5.3	Wie wird eine schwer ausgeprägte ADHS behandelt? . . . . .	69
5.6	Essstörungen . . . . .	69
5.6.1	Was sind Essstörungen? . . . . .	70

5.6.2	Essstörungen im Rahmen der Pandemie .....	71
5.6.3	Wie werden schwere Essstörungen behandelt? .....	72
5.7	<b>Autismus-Spektrum-Störungen (ASS)</b> .....	72
5.7.1	ASS im Rahmen der Pandemie .....	74
5.7.2	Wie werden ASS behandelt? .....	74
5.8	<b>Zusammenfassung</b> .....	75
5.9	<b>Glossar</b> .....	75
<b>6</b>	<b>Depressionen, Burnout und die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie</b> .....	<b>79</b>
	<i>Tobias Freyer, Lars P. Hölzel, Ahmad Bransi und Mathias Berger</i>	
6.1	<b>Depressionen</b> .....	80
6.1.1	Wie häufig kommen sie vor? .....	80
6.1.2	Wie äußern sie sich? .....	80
6.1.3	Wie verlaufen sie? .....	82
6.1.4	Wie erklärt man sich ihr Entstehen? .....	83
6.1.5	Behandlung von Depressionen .....	84
6.1.6	Wie lässt sich ein Burnout von einer Depression abgrenzen? .....	86
6.2	<b>Depressionen und die COVID-19-Pandemie</b> .....	88
6.2.1	Pandemiebedingte Stressphänomene und das psychische Pandemie-Folgesyndrom .....	88
6.2.2	Die Pandemie und das Vulnerabilitäts-Stress-Modell .....	89
6.2.3	Ergebnisse erster Studien .....	91
6.2.4	Fallbeispiel: Welche spezifischen Auswirkungen hat die COVID-19-Pandemie? .....	91
6.2.5	Darstellung eines beispielhaften Therapieverlaufs .....	92
6.3	<b>Schlussbemerkung</b> .....	93
6.4	<b>Glossar</b> .....	93
<b>7</b>	<b>Angsterkrankungen und die COVID-19-Pandemie</b> .....	<b>97</b>
	<i>Bastian Willenborg, Patricia Rusche und Christine Knaevelsrud</i>	
7.1	<b>Die unterschiedlichen Aspekte von Angst</b> .....	98
7.1.1	Angst als evolutionäres Phänomen .....	98
7.1.2	Angst als normaler Bestandteil menschlichen Lebens .....	98
7.2	<b>Angststörungen</b> .....	99
7.2.1	Subtypen .....	99
7.2.2	Häufigkeiten .....	101
7.2.3	Entstehungsmodelle .....	101
7.2.4	Behandlungsmöglichkeiten .....	102
7.3	<b>Auswirkungen der COVID-19-Pandemie</b> .....	105
7.4	<b>Persönlichkeit und Angst</b> .....	107
7.5	Darstellung eines beispielhaften Therapieverlaufs .....	107
7.6	<b>Glossar</b> .....	108

<b>8</b>	<b>Psychische Auswirkungen der COVID-19-Pandemie bei bipolaren Störungen und schizophrenen Psychosen</b> . . . . .	111
	Jaroslav Malevani, Christian Lange-Asschenfeldt und Stefan Bleich	
8.1	<b>Bipolare Störungen</b> . . . . .	112
8.1.1	Wie fühlt es sich an, bipolar zu sein? . . . . .	112
8.1.2	Wie wird eine bipolare Störung behandelt? . . . . .	115
8.1.3	Umgang mit Risiken und Herausforderungen in der COVID-19-Pandemie . . . . .	117
8.2	<b>Schizophrenie</b> . . . . .	122
8.2.1	Was ist Schizophrenie? . . . . .	122
8.2.2	Häufigkeit . . . . .	123
8.2.3	Ursachen der Schizophrenie . . . . .	123
8.2.4	Therapie der Schizophrenie. . . . .	124
8.2.5	COVID-19-Pandemie und Schizophrenie . . . . .	125
8.3	<b>Schlussfolgerungen für die Versorgung schizophren erkrankter Menschen in der COVID-19- Pandemie</b> . . . . .	127
8.4	<b>Glossar</b> . . . . .	127
<b>9</b>	<b>Zwangsstörungen: aktueller Wissensstand zur Diagnostik und Therapie und die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie</b> . . . . .	129
	Andreas Wahl-Kordon und Tobias Freyer	
9.1	<b>Was ist eine Zwangsstörung?</b> . . . . .	130
9.2	<b>Was passiert, wenn jemand unter einer Zwangsstörung leidet?</b> . . . . .	132
9.3	<b>Häufigkeit und Verlauf</b> . . . . .	132
9.4	<b>Diagnostik</b> . . . . .	133
9.4.1	Die verheimlichte Krankheit . . . . .	133
9.4.2	Wie wird eine Zwangsstörung diagnostiziert? . . . . .	134
9.4.3	Was ist unter „Zwangsspektrumsstörungen“ zu verstehen? . . . . .	134
9.5	<b>Annahmen und Modelle zur Entstehung der Zwangsstörung</b> . . . . .	135
9.5.1	Neurobiologische Aspekte . . . . .	135
9.5.2	Psychologisches Modell . . . . .	136
9.6	<b>Zwangsstörungen während der COVID-19- Pandemie</b> . . . . .	138
9.7	<b>Therapie der Zwangsstörung</b> . . . . .	140
9.7.1	Pharmakotherapie . . . . .	140
9.7.2	Psychotherapie. . . . .	140
9.8	<b>Glossar</b> . . . . .	141
<b>10</b>	<b>Alkoholismus und Online-Spielsucht als Beispiele stoffgebundener und nicht stoffgebundener Süchte</b> . . . . .	143
	Andreas Jähne, Andreas Wahl-Kordon, Reingard Herbst und Falk Kiefer	
10.1	<b>Alkoholabhängigkeit</b> . . . . .	143
10.1.1	Wie unterscheidet sich normaler von süchtigem Alkoholkonsum? . . . . .	144
10.1.2	Alkoholkonsum und Infektionserkrankungen . . . . .	145

10.1.3	Veränderung des Alkoholkonsums durch den Corona-Shutdown . . . . .	146
10.1.4	Komorbiditäten als Folge der COVID-19-Pandemie . . . . .	147
10.1.5	Die Therapie der Alkoholabhängigkeit am Beispiel unseres Patienten . . .	148
<b>10.2</b>	<b>Online-Spielsucht</b> . . . . .	<b>149</b>
10.2.1	Online-Abhängigkeit/pathologischer Medienkonsum. . . . .	151
10.2.2	Mediensucht und Lockdown. . . . .	152
10.2.3	Die Therapie von Online-Spielsucht am Beispiel unseres Patienten. . . . .	153
<b>10.3</b>	<b>Glossar</b> . . . . .	<b>155</b>
<b>11</b>	<b>Persönlichkeitsstörungen und die charakteristischen Reaktionen auf die COVID-19-Pandemie</b> . . . . .	<b>157</b>
	<i>Sascha Hunner und Martin Bohus</i>	
11.1	Einleitung . . . . .	157
11.2	Schizoide Persönlichkeitsstörung . . . . .	159
11.2.1	Paranoide Persönlichkeitsstörung . . . . .	160
11.2.2	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung Borderline-Typ. . . . .	162
11.2.3	Histrionische Persönlichkeitsstörung . . . . .	164
11.2.4	Narzisstische Persönlichkeitsstörung . . . . .	165
11.2.5	Dissoziale Persönlichkeitsstörung . . . . .	167
11.2.6	Ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung . . . . .	169
11.2.7	Dependente Persönlichkeitsstörung . . . . .	171
11.2.8	Zwanghafte Persönlichkeitsstörung . . . . .	172
11.3	Glossar . . . . .	174
	<b>Register</b> . . . . .	<b>175</b>

# Autoren

**Dr. med. Ahmad Bransi**

Oberberg Fachklinik Weserbergland  
Brede 29  
32699 Extertal-Laßbruch  
*und*

Facharztpraxis Dr. med. Ahmad Bransi  
Psychiatrie und Psychotherapie, Psycho-  
onkologie  
Paulinenstr. 35  
32756 Detmold

**Dr. med. Ewa Cionek-Szpak**

Oberberg Fachklinik Wasserschlösschen  
Horst 48 (Haus Horst)  
41238 Mönchengladbach  
*und*

Oberberg Fachklinik Düsseldorf Kaarst  
Am Sandfeld 34  
41564 Kaarst

**Dr. med. Tobias Freyer**

Oberberg Parkklinik Wiesbaden Schlan-  
genbad  
Rheingauer Straße 47  
65388 Schlangenbad  
*und*

Oberberg Tagesklinik Frankfurt am Main  
Hedderichstr. 55–57  
60594 Frankfurt am Main

**Dr. med. Reingard Herbst**

Nescure Privatklinik am See  
Am Kurpark 5  
82435 Bad Bayersoien

**Priv.-Doz. Dr. phil. Lars P. Hölzel**

Oberberg Parkklinik Wiesbaden Schlan-  
genbad  
Rheingauer Str. 47  
65388 Schlangenbad  
*und*

Oberberg Tagesklinik Frankfurt am Main  
Hedderichstr. 55–57  
60594 Frankfurt am Main

**Dr. med. Sascha Hunner**

Panorama Fachklinik – Akutkrankenhaus  
Kurstr. 22  
88175 Scheidegg

**Priv.-Doz. Dr. med. Andreas Jähne**

Oberberg Fachklinik Rhein-Jura  
Schneckenhalde 13  
79713 Bad Säckingen  
*und*

Oberberg Tagesklinik Lörrach  
Georges-Köhler-Str. 2  
79539 Lörrach

**Prof. Dr. med. Christian Lange-Asschen-  
feldt**

Oberberg Fachklinik Düsseldorf Kaarst  
Am Sandfeld 34  
41564 Kaarst

**Dr. med. Jaroslav Malevani**

Oberberg Somnia Fachklinik Köln Hürth  
Friedrich-Ebert-Str. 11a  
50354 Hürth

**Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Dipl.-Psych.  
Matthias J. Müller**

Oberberg Gruppe  
Hausvogteiplatz 10  
10117 Berlin

**Dipl.-Psych. Patricia Rusche**

Oberberg Fachklinik Berlin Brandenburg  
Am Glubigsee 46  
15864 Wendisch Rietz

**Dr. med. Johanna Seifert**

Medizinische Hochschule Hannover  
Klinik für Psychiatrie und Sozialpsychiatrie  
und Psychotherapie  
Carl-Neuberg-Str. 1  
30625 Hannover

**Clara C. Stein, M.Sc.**

Oberberg Gruppe  
Hausvogteiplatz 10  
10117 Berlin

**Dr. med. Andrea Stippel**

Oberberg Fachklinik Konraderhof  
Zum Konraderhof 5  
50354 Hürth

**Priv.-Doz. Dr. med. Andreas Wahl-Kordon**

Oberberg Fachklinik Schwarzwald  
Oberberg 1  
78132 Hornberg

**Dr. med. Bastian Willenborg**

Oberberg Fachklinik Berlin Brandenburg  
Am Glubigsee 46  
15864 Wendisch Rietz

*und*

Oberberg Tagesklinik Berlin Kurfürstendamm  
Kurfürstendamm 216  
10719 Berlin

## Autoren & Mitglieder des Oberberg Scientific Board

**Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Tobias Banaschewski**

Zentralinstitut für Seelische Gesundheit (ZI)  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
des Kindes- und Jugendalters  
J5  
68159 Mannheim

**Prof. Dr. med. Mathias Berger**

Universitätsklinikum Freiburg  
Zentrum für Psychische Erkrankungen  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Hauptstr. 5  
79104 Freiburg

**Prof. Dr. med. Stefan Bleich**

Medizinische Hochschule Hannover  
Klinik für Psychiatrie und Sozialpsychiatrie  
und Psychotherapie  
Carl-Neuberg-Str. 1  
30625 Hannover

**Prof. Dr. med. Martin Bohus**

Zentralinstitut für Seelische Gesundheit (ZI)  
Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin  
J5  
68159 Mannheim

**Prof. Dr. Thomas Ehring**

Ludwig-Maximilians-Universität München  
(LMU)  
Lehrstuhl Klinische Psychologie und Psychotherapie  
Leopoldstr. 13  
80802 München

**Prof. Dr. med. Falk Kiefer**

Zentralinstitut für Seelische Gesundheit (ZI)  
Klinik für Abhängiges Verhalten und Suchtmé-  
dizin  
J5  
68159 Mannheim

**Prof. Dr. phil. Christine Knaevelsrud**

Freie Universität Berlin  
Klinisch-Psychologische Interventionen am  
Fachbereich Erziehungswissenschaft und  
Psychologie  
Habelschwerdter Allee 45  
14195 Berlin

## Onlineautoren

**Wulf-Peter Kemper**

c/o Setzkorn Kemper GmbH

Heimhuder Str. 56

20148 Hamburg

**Dr. med. Wolf-Jürgen Maurer**

Oberberg Fachklinik Scheidegg im

Allgäu

Kurstr. 16

88175 Scheidegg

# Psychische Erkrankungen: Basiswissen zu Entstehung, Charakteristika und Behandlungen

## 3.1 Entstehung und Charakteristika psychischer Erkrankungen

Erkrankungen der Psyche<sup>1</sup> sind ein fester Bestandteil unserer Lebenswirklichkeit, da sie eine **hohe Prävalenz** haben. Das Risiko, im Laufe eines Jahres eine behandlungsbedürftige psychische Krise oder Erkrankung zu erleiden (> Kap. 3.8), beträgt ca. 30 % [1]. Noch höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass ein Familienmitglied, ein Freund oder Bekannter etwa im Rahmen einer Angststörung, Depression, Essstörung oder Suchtentwicklung aus dem Gleichgewicht gerät. In den letzten Jahren wurde zudem deutlich, dass auch in der Arbeitswelt psychische Störungsbilder, etwa als Burnout-Folgen (> Kap. 6), ein erhebliches Risiko darstellen.

Da psychische Erkrankungen häufig chronisch verlaufen und mit einem hohen Ausmaß an Leid für den Betroffenen, aber auch für sein Umfeld verbunden sind, stellt ihre Bewältigung eine dringende und anspruchsvolle Herausforderung dar. Eine häufige Schwierigkeit dabei ist aber, dass der allgemeine **Wissensstand** in der Bevölkerung über die Entstehungsbedingungen, den Verlauf und die Behandlungsmöglichkeiten der einzelnen psychischen Krankheitsbilder **begrenzt** ist [2]. Solche Wissensdefizite sind möglicherweise auch eine Folge davon, dass diese so hoch relevanten Gesundheitsprobleme in den Schulcurricula, aber auch in der Mehrzahl der Berufsausbildungen nahezu keine Rolle spielen. Das gilt z. B. auch für Lehrer, Dozenten oder Ausbilder, obwohl etwa 75 % aller psychischen Erkrankungen erstmals vor dem 25. Lebensjahr auftreten [3]. Es ist folglich eine große gesellschaftliche Aufgabe, das Wissen über psychische Erkrankungen sowie Möglichkeiten der Prävention und Behandlung zu verbessern. Die aktuelle Pandemie verdeutlicht erneut, wie nötig es ist, dem Einzelnen, Familien, Schulen und Betrieben die erforderlichen Kompetenzen zu vermitteln, auf psychische Stressfaktoren adäquat zu reagieren.

<sup>1</sup> Wissenschaftliche Bezeichnung: psychische Störungen; im Folgenden wird weitestgehend von psychischen Erkrankungen gesprochen.

## 3.2 Modellannahmen zur Entstehung psychischer Erkrankungen

An den Stressoren (> Kap. 3.8) der jetzigen Pandemie wird verständlich, dass sich mithilfe einer **biopsychosozialen Sichtweise** die Entstehung und die Aufrechterhaltung psychischer Erkrankungen differenziert erfassen lassen:

- Zur **biologischen** Komponente gehört z. B., dass sich Menschen mit schweren chronischen Erkrankungen und hohem Lebensalter in der Regel besonders intensiv von einer ansteckenden, potenziell lebensbedrohlichen Erkrankung bedroht fühlen und dies häufig auch sind.
- Die **psychische** Komponente beinhaltet, dass diese Bedrohung bei generell ängstlichen oder gar hypochondrischen Personen zu einer Verstärkung ihrer Symptome führen kann.
- Und die **soziale** Komponente zeigt sich u. a. an der Tatsache, dass insbesondere mehrfach belastete, alleinerziehende Mütter in prekären Lebensumständen die gegenwärtige Situation als besonders destabilisierend erleben [4, 5].

Nun stellt sich immer wieder die Frage, warum manche Menschen in belastenden Lebenssituationen, z. B. am Arbeitsplatz, aus dem seelischen Gleichgewicht geraten und sogar behandlungsbedürftig erkranken, während andere identische Belastungen, Streitigkeiten, Enttäuschungen und Belastungen gut tolerieren. Ein Verständnis solcher unterschiedlichen Verletzlichkeiten ergibt sich aus dem sogenannten **Vulnerabilitäts-Stress-Modell** (> Abb. 3.1). Es besagt erstens, dass Personen mit einer **genetischen Belastung** mit psychischen Erkrankungen in **Stresssituationen** eine höhere Gefährdung, d. h. Vulnerabilität (> Kap. 3.8), aufweisen, krank zu werden. Diese Bedeutung der Gene zeigt sich besonders eindrucksvoll in Untersuchungen von eineiigen Zwillingen, die früh, und zwar getrennt, zur Adoption freigegeben wurden; d. h. in unterschiedlichen Familien aufgewachsen sind. Besteht bei den Zwillingen durch ihre leiblichen Eltern eine genetische Belastung für z. B. eine Depression oder Schizophrenie, dann ist das Risiko für eine psychische Erkrankung bei beiden Zwillingen deutlich höher als in der Allgemeinbevölkerung. Studien mit eineiigen Zwillingen verdeutlichen aber auch, dass die Gene nicht allein entscheidend sind. Wenn also ein Zwilling im Laufe seines Lebens psychisch erkrankt, wird sein genetisch identischer Zwilling nicht auch zu 100 %, sondern je nach Erkrankung höchstens in etwa der Hälfte der Fälle das gleiche Schicksal erleiden [6].

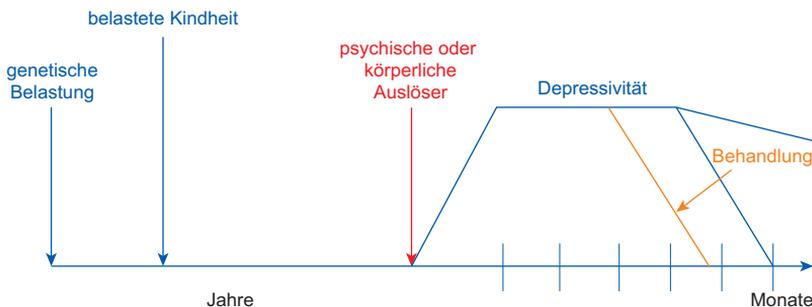
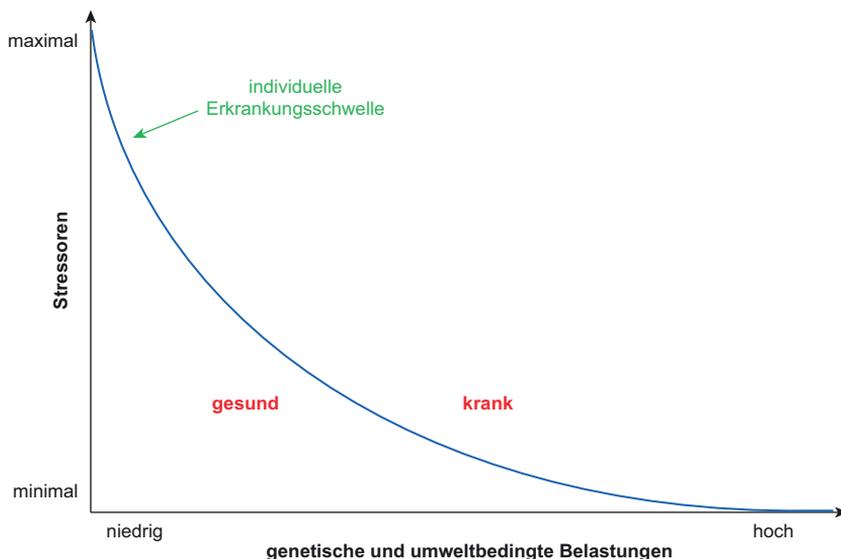


Abb. 3.1 Entstehungsbedingungen psychischer Erkrankungen am Beispiel „Depression“ [P494/L143]

Und damit ist man beim zweiten Aspekt des Vulnerabilitäts-Stress-Modells, dass auch die **sozialen Umstände und Belastungen** insbesondere in der frühen Lebensgeschichte die Vulnerabilität, stark auf Stresssituationen zu reagieren, mitbestimmen [7]. Im Fokus der öffentlichen Beachtung steht inzwischen das traurige Phänomen, dass sexuelle Gewalt in der Kindheit lebenslange Auswirkungen haben kann. So können Überlebende von Gewalterfahrungen in der Kindheit im Erwachsenenleben durch vielfältige Belastungsfaktoren einschneidende Verschlechterungen ihres psychischen Befindens erleben. Inzwischen ist detailliert wissenschaftlich untersucht, dass nicht nur massive Kindheitstraumata wie sexuelle oder körperliche Gewalt, sondern auch subtilere Formen von Misshandlung wie emotionale Vernachlässigung oder sich ständig wiederholende verbale Abwertungen die Erkrankungsvulnerabilität deutlich steigern können.

Auch > Abb. 3.2 zum Vulnerabilitäts-Stress-Modell soll verdeutlichen, dass manche Menschen eine so hohe Erkrankungsvulnerabilität besitzen, dass sie bereits bei geringen Belastungen eine psychische Erkrankung entwickeln können. Ein eindrucksvolles Beispiel ist die Tatsache, dass bei besonders vulnerablen Menschen bereits der Wechsel der Jahreszeiten, insbesondere von Herbst auf Winter und Winter auf Frühjahr, als Auslöser einer Erkrankungsepisode ausreichen kann.

Jede psychiatrisch-psychotherapeutische Klinik ist mit dem Phänomen vertraut, dass im Herbst und Frühjahr deutlich mehr depressiv Erkrankte in den Kliniken aufgenommen werden. Das heißt, dass die in > Abb. 3.1 aufgeführten **psychischen oder körperlichen Stressoren** als Auslöser („Trigger“) einer Erkrankungsphase von Mensch zu Mensch stark variieren können.



**Abb. 3.2** Zusammenhang von hoher genetischer und belastungsbedingter Vulnerabilität und Stressanfälligkeit [P494/L143]

### 3.3 Das Problem des Stigmas psychischer Erkrankungen

Menschen mit psychischen Erkrankungen sind nicht nur durch ihre Symptome und deren Folgen belastet, sondern leiden häufig auch unter **Stigmatisierung**. Diese kann sich auf unterschiedliche Weise zeigen. Neben direkter Stigmatisierung im persönlichen Kontakt, z. B. durch Ausgrenzung und Mobbing, sind auch öffentliche und strukturelle Stigmatisierungen nicht selten, z. B. Benachteiligungen am Arbeitsplatz, bei der Wohnungssuche, aber auch bei der Genehmigung/Erstattung von Gesundheitsleistungen. Häufig werden bis heute psychische Erkrankungen nicht „gleichwertig“ wie somatische Erkrankungen bewertet und „behandelt“.

Psychisch Erkrankte befürchten häufig, von anderen Menschen auf stigmatisierende Weise wahrgenommen zu werden, z. B. als schwach und inkompetent gegenüber den Belastungen des Lebens. Das in der Gesellschaft noch immer existierende Stigma in Bezug auf psychische Erkrankungen speist sich insbesondere aus der Unkenntnis des Vulnerabilitäts-Stress-Modells. Dies kann dazu führen, dass die eigene Belastbarkeit oder Resilienz oder gar ein Idealbild der „Invulnerabilität“ gegenüber Stressoren als gültiges Maß für die Beurteilung der Stärke oder Schwäche des anderen angelegt wird, z. B. in der Arbeitswelt. Die unverschuldete Vulnerabilität und damit Krankheitsanfälligkeit anderer wird als selbstverschuldetes Versagen bewertet.

Das Stigma-Vorurteil wirkt sich für den Betroffenen besonders belastend aus, wenn er sich nicht nur von seiner Umwelt entwertet fühlt, sondern wenn er auch selbst seine Erkrankung als persönliches Versagen stigmatisiert. Diese für die Krankheitsbewältigung sehr hinderliche **Selbststigmatisierung** wird deshalb auch als zweite Krankheit bezeichnet [8].

### 3.4 Stressoren als Erkrankungsrisiko

Bezüglich der **Belastungsfaktoren**, die eine **Erkrankungsepisode bedingen bzw. auslösen** können, kommt ein breites Spektrum infrage. Allen gemeinsam ist, dass sie die Bewältigungsmöglichkeiten, d. h. die Resilienz (> Kap. 3.8), des Einzelnen herausfordern und im Krankheitsfall temporär überfordern. Die sogenannten Copingmöglichkeiten (Bewältigungsstrategien), die zur Stressüberwindung nötig sind, können sich von Mensch zu Mensch in ihrem Gesamtniveau ebenfalls deutlich unterscheiden. Die Traumaforschung belegt eindrucksvoll, dass es selbst Überlebenden von Extrembelastungen wie Vergewaltigungen, Folter oder Kriegstraumata gelingen kann, diese Erlebnisse zu bewältigen, ohne schwer zu erkranken [9].

Daneben unterscheiden sich Personen aber nicht nur in ihrer **generellen Resilienz**, sondern auch in **spezifischen Resilienzen** gegenüber Stressoren. So kann der Einzelne bezüglich beruflicher Stressoren eindrucksvolle Bewältigungsstrategien besitzen, aber bei gesundheitlichen oder familiären Belastungen schnell an seine Grenzen geraten. Neben genetischen und lebensgeschichtlichen Ursachen dürfte dabei die Fähigkeit des Menschen zur Habituation (> Kap. 3.8) eine große Rolle spielen. Bei wiederholtem Erleben eines bestimmten Stressors kommt es bei Gesunden zu einer zunehmenden Gewöhnung, d. h. zu einer Abschwächung der physiologischen Stressantwort [10, 11].



**Abb. 3.3** Berufsfelder, die eine Habituation an hohen Stress voraussetzen [J787]

Man denke z. B. an die Habituation von medizinischem Personal oder Rettungskräften an das Miterleben von schwerem Leiden und Tod, die für die Ausübung ihres Berufs unerlässlich ist, ohne dass damit Zynismus oder Sorglosigkeit einhergehen müssen (➤ Abb. 3.3). In der jetzigen Pandemie ist dies auch in der zunehmend abgeschwächten Reaktion der Mehrheit der Bevölkerung auf schockierende Bilder und Berichte von COVID-19-Intensivstationen mit schwerkranken und sterbenden Menschen zu beobachten.

Bei vulnerablen Menschen, insbesondere bei einer Vorgeschichte von psychischen Erkrankungen, ist dies jedoch häufig nicht der Fall. Hat man nach einem schweren Trauma eine ausgeprägte psychiatrische Symptomatik entwickelt, reagiert man in der Regel auf weitere Traumata noch empfindlicher („Sensitivierung“). Bei Patienten mit wiederkehrenden Depressionen beobachtet man häufig, dass die erste Episode durch eine schwere Belastung ausgelöst wurde, während bei weiteren Episoden bereits leichtere Stressoren einen Stimmungseinbruch bedingen können.

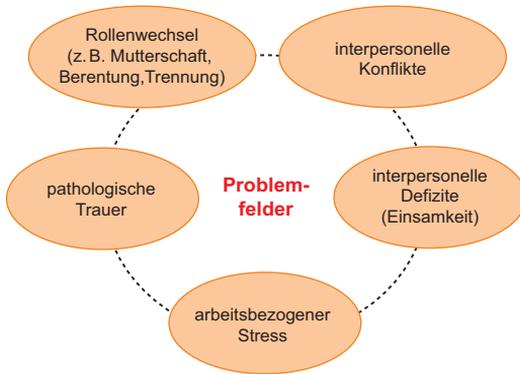
Wie lassen sich **Stressoren**, die evtl. eine psychische Krise bei vulnerablen Menschen auslösen, **charakterisieren**? In der sogenannten Life-Event-Forschung (➤ Kap. 3.8) haben sich u. a. die in ➤ Box 3.1 genannten kritischen Problemfelder, z. B. bei depressiven Erkrankungen, als risikoreich herausgestellt [12].

### BOX 3.1

#### Stressoren als Auslöser depressiver Erkrankungen

1. **Rollenwechsel** wie Studienbeginn, Scheidung, Berentung
2. **Chronische Streitigkeiten** wie Familienkonflikte oder Mobbing
3. **Trauer** um den Verlust einer geliebten Person
4. **Einsamkeit**
5. **Arbeitsüberlastung** wie Burnout

Auch wenn die Relevanz dieser Stressoren insbesondere für die Auslösung und Aufrechterhaltung von Depressionen ermittelt wurde, sind sie auch bei anderen psychischen Krankheitsbildern als Orientierung von Bedeutung. Insbesondere erklären sie, warum gerade sogenannte **Transitionsphasen** (➤ Kap. 3.8) im Leben mit dem Risiko, psychisch aus dem Gleichgewicht zu geraten, verbunden sind. Das gilt etwa für den Übergang von der Kindheit zur Jugend mit der Pubertät, für den Auszug aus dem Elternhaus, Studien- bzw. Ausbildungsbeginn, Berufseinstieg, Familiengründung, Auszug der Kinder, Berentung, Übergang zum hohen Alter [13, 14].



**Abb. 3.4** Problemfelder mit hoher Relevanz für die Auslösung und Aufrechterhaltung von Depressionen [P494/L143]

Die Übergänge mit dem Verlust von Vertrautem und neuen Herausforderungen sind besonders häufig mit den genannten Stressoren verknüpft und erfordern in besonderem Maße Copingfertigkeiten zur Bewältigung dieser Stressoren (➤ Abb. 3.4). Entsprechend dem Vulnerabilitäts-Stress-Modell kommt es in diesen Transitionszeiten zu einem erhöhten Risiko, psychisch zu erkranken. Mit anderen Worten: Es sollte, wenn möglich, eine entsprechende Vorbereitung zur Verbesserung der notwendigen Resilienz gegenüber den zu erwartenden Stressoren erfolgen.

### 3.5 Diagnosestellung

Wann ist bei einem Menschen von der Diagnose einer psychischen Erkrankung auszugehen? Und: Wie verlässlich kann die Diagnose einer psychischen Erkrankung gestellt werden?

In der somatischen Medizin stellt sich – zumindest vordergründig – üblicherweise nicht das Problem, ob eine Krankheit vorliegt. Hier stellt sich häufiger die Frage, um welche Art von Erkrankung es sich handelt. Der Weg zur Diagnose erfolgt über die Beschwerden des Patienten, die körperliche Untersuchung und **Zusatzuntersuchungen** wie Laborwerte, Röntgen- oder Ultraschalluntersuchungen (Sonografie). Auf diese Weise sollen sich die Beschwerden des Patienten erstens von unspezifischen, nicht krankhaften Missempfindungen abgrenzen lassen, und zweitens soll in der Regel eine bestimmte Erkrankung mit ihrer **spezifischen Ursache**, ihrem **charakteristischen Verlauf** und **gezielten Behandlungsmöglichkeiten** diagnostiziert werden. Die Unsicherheit und Unzuverlässigkeit dieses scheinbar „objektiven“ diagnostischen Prozesses ist häufig nicht bekannt und gleichwohl die Basis des aktuellen medizinischen Vorgehens.

Bei psychischen Beschwerden ist dieser diagnostische Weg seither nur bei den sogenannten organisch bedingten psychischen Erkrankungen und bei den stoffgebundenen Suchterkrankungen möglich. Das heißt, auf dem geschilderten „üblichen“ medizinischen Weg sind psychische Auffälligkeiten als Folge etwa einer Schilddrüsenerkrankung, einer Enzephalitis, einer multiplen Sklerose (MS), eines Hirntumors, einer beginnenden Demenz oder einer Alkoholabhängigkeit zu identifizieren. Da die meisten psychischen Krankheitsbilder prinzipiell auch durch organische Hirnerkrankungen hervorgerufen werden können,

ist deren **Ausschluss**, etwa am Beginn der geplanten Psychotherapie einer Angststörung, unabdingbar.

Nach dem **Ausschluss einer organischen Ursache** beruht die weitere Diagnosestellung psychischer Auffälligkeiten weitestgehend auf den Ergebnissen des Gesprächs und der Verhaltensbeobachtung. Das heißt, bis heute stehen Labor-, Bildgebungs- oder andere Zusatzbefunde zur Diagnosestellung psychischer Erkrankungen nicht zur Verfügung. Auch leisten sie keinen Beitrag zur Abgrenzung der unterschiedlichen psychischen Krankheiten untereinander, etwa einer Angsterkrankung, Depression oder Schizophrenie (**Differenzialdiagnose**).

Dementsprechend war die Diagnose psychischer Erkrankungen lange Zeit ziemlich willkürlich. Legte man Psychiatern in London und New York identische, detaillierte Fallberichte vor, so wurde in London mehrheitlich die Diagnose einer manisch-depressiven Erkrankung und in New York die einer Schizophrenie gestellt. Um diesen Missstand zu beenden, verabschiedete die Weltgesundheitsorganisation (WHO) sogenannte **operationalisierte Diagnosekriterien** (ICD-9, später ICD-10, ab 2022 ICD-11). Durch möglichst genaue Vorgaben der für die Diagnosestellung erforderlichen Symptome und deren Zeitverlauf soll eine weltweit vergleichbare Diagnosestellung gewährleistet werden.

## EXKURS

### International gebräuchliche Diagnosesysteme für psychische Erkrankungen

#### Internationale Klassifikation der Krankheiten (International Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD)

Von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) verabschiedetes international gültiges Klassifikations- und Diagnosesystem für Krankheiten. Psychische Erkrankungen finden sich in Kapitel V der ICD-10 (letztmalig 2019 aktualisierte und derzeit noch gültige 10. Version). Diese werden so genau beschrieben, dass daran orientiert weltweit eine vergleichbare Diagnose von psychischen Auffälligkeiten erfolgen kann. Eine über Jahre erfolgte Überarbeitung führte zur ICD-11, die vermutlich ab 2022 weltweit in Kraft tritt.

#### Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM)

Von der *American Psychological Association* etabliertes Klassifikations- und Diagnosesystem für psychische Erkrankungen. Trotz des Ursprungs in den USA erfreut sich das DSM stetig wachsender Beliebtheit und wurde bereits in diverse Sprachen übersetzt. Im Gegensatz zur ICD werden im DSM nur psychische Erkrankungen thematisiert. Genau wie die ICD wird auch das DSM stetig überarbeitet und aktualisiert, um dem aktuellen Forschungsstand entsprechende Einordnungen vornehmen zu können. Das DSM-5 hat im Mai 2013 seinen Vorgänger DSM-IV abgelöst.

Symptome/Auffälligkeiten wurden als Grundlage für die ICD-9 und ICD-10 durch Expertengruppen möglichst genau und einheitlich beschrieben („definiert“). Dadurch wurden eine einheitliche Symptomerfassung und Dokumentation sowie die Vermittlung in Ausbildung und Training von Psychotherapeuten und Ärzten möglich. In großen internationalen Studien wurden „Algorithmen“ extrahiert, die meist aus einer gewichteten Kombination von Symptomen und Zeitkriterien (Bsp. depressive Episode, ➤ Abb. 6.1) bestehen und eine möglichst hohe Zuverlässigkeit (Reliabilität) der kategorialen Diagnosen ermöglichen. Und in der Tat konnte durch dieses „operationalisierte“ Vorgehen eine hohe Übereinstimmung der Diagnosestellung zwischen verschiedenen Untersuchern weltweit – zumindest für die Hauptdiagnosen – erreicht werden.

Das heißt, das Vorliegen einer psychischen Erkrankung lässt sich heute mit hoher Sicherheit und Übereinstimmung von Experten mit Bezug zu den Diagnosesystemen (ICD) feststellen. Die operationalisierten Krankheitskriterien erzeugen andererseits aber auch den Eindruck, als seien psychische Erkrankungen genauso präzise abgrenzbar wie etwa eine Hepatitis-C-Erkrankung von einer gesund funktionierenden Leber bzw. von anderen Lebererkrankungen. Eine wie in der somatischen Medizin übliche klare **kategoriale Abgrenzung von Krankheiten** (> Kap. 3.8) ist jedoch bei psychischen Erkrankungen dennoch oft nicht möglich. Da etwa wiederkehrende Angstsymptome oder depressive Verstimmungen auch zum normalen Seelenleben gehören, sind die Übergänge zwischen „noch gesund“ und „schon krank“ fließend. Ebenso gibt es oft Überschneidungen zwischen den einzelnen Erkrankungen, d. h., viele Depressive leiden auch an Angstsymptomen und umgekehrt. Deswegen favorisieren Wissenschaftler eher eine **dimensionale Sichtweise** (> Kap. 3.8) psychischer Erkrankungen mit fließenden Übergängen und sprechen nicht von Krankheitseinheiten, sondern allgemeiner von **dimensional angeordneten Krankheitsbildern**. In der jetzt anstehenden Revision der WHO-Kriterien zur ICD-11 wird dieser Sichtweise noch mehr Bedeutung zugemessen [15].

### 3.6 Verläufe psychischer Erkrankungen

Etwa 75 % der psychischen Erkrankungen treten erstmals vor dem 25. und 50 % sogar vor dem 15. Lebensjahr auf. Dennoch vergehen oft Jahre, bis es zu einer gezielten Diagnosestellung und Behandlung kommt [3]. Mehrheitlich bleiben psychische Erkrankungen unbehandelt über viele Jahre bestehen, etwa **Angststörungen** (> Kap. 7), **Zwangsstörungen** (> Kap. 9), **Ess- und somatoforme Störungen**, **ADHS** (> Kap. 5), **manisch-depressive Erkrankungen (bipolare Störungen) oder Schizophrenien** (> Kap. 8). Auch **post-traumatische Belastungsstörungen** sind mit der Gefahr eines langen oder sogar chronischen Verlaufs verbunden. **Persönlichkeitsstörungen**, etwa die vom Borderline-Typ, sind per definitionem im Jugendalter beginnende und im Erwachsenenalter fortbestehende Erkrankungen (> Kap. 11).

Anders zu beurteilen sind kurzfristige und extreme **Reaktionen** auf belastende Situationen wie die Trennung von einem Partner oder einer Partnerin, der Tod eines nahestehenden Menschen oder eine massive Bedrohungssituation, die trotz der akuten Belastung mit der Chance eines baldigen Abklingens der Symptome verbunden sind. Ebenfalls anders zu sehen sind **episodisch verlaufende Depressionen**. Sie bezeichnet man als **selbstlimitierend**, da sie in der Regel auch ohne Therapie nach etwa 6 Monaten wieder abklingen. Das gilt jedoch nicht bei Fortbestehen schwerer situativer Belastungen oder auch biologischer (genetischer) Faktoren, weshalb man davon ausgeht, dass mindestens 15 % der Depressionen deutlich länger anhalten [7]. Bei einer Dauer von über 2 Jahren spricht man von einer chronischen Depression. Ein besonderes Problem von Depressionen stellt das Risiko von **Rezidiven**, also wiederkehrenden Erkrankungsepisoden dar. Vereinfachend kann man davon ausgehen, dass bei der Hälfte der Menschen, die einmal an einer Depression erkranken, im weiteren Verlauf des Lebens erneute Episoden auftreten. Das kann unvorhersagbar nach Monaten, Jahren, aber auch Jahrzehnten der Fall sein.

Mit dem **Älterwerden** nehmen nahezu alle psychischen Erkrankungen (z. B. Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen oder ADHS) **an Intensität ab**. Jedoch ist es anderer-

seits trotz enormer wissenschaftlicher Anstrengungen bisher nicht gelungen, für die drohende Alterserkrankung der **Alzheimer-Demenz** einen wirksamen Schutz bzw. eine Behandlung zu entwickeln.

## 3.7 Behandlungsmöglichkeiten psychischer Erkrankungen

Bei psychischen Erkrankungen, die Folge einer körperlichen/organischen Erkrankung sind, richtet sich die Behandlung primär auf die organische Grunderkrankung. Der Erfolg richtet sich nach der Behandlungschance der jeweiligen Grunderkrankung: Bei Schilddrüsenerkrankungen (Funktionsstörungen) ist sie z. B. hoch, bei bösartigen Hirntumoren entsprechend gering.

Bei psychischen Erkrankungen im engeren Sinne, die nicht auf eine körperliche Krankheitsursache zurückgehen, hat das Gesamtspektrum von Behandlungsmöglichkeiten eine **hohe Wirksamkeit**. Wenn sich ein anderer Eindruck ergibt, dann liegt das meist nicht an der Wirksamkeit der möglichen Therapien, sondern an der oft viel zu späten Diagnosestellung und damit des viel zu späten Beginns einer angemessenen, wissenschaftlich fundierten Behandlung. Das heißt, es ist bereits eine **Chronifizierung** eingetreten.

Hinderlich sind aber auch **strukturelle Probleme** des Gesundheitssystems wie etwa lange Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz oder die unzureichende Koordination ambulanter hausärztlicher, fachärztlicher, psychologischer sowie stationärer und teilstationärer Therapiemöglichkeiten. Fast jeder, der im Gesundheitssystem wegen einer psychischen Erkrankung Hilfe sucht, ist rasch mit entsprechenden Unzulänglichkeiten konfrontiert. Diese erweisen sich als umso negativer, je schwerer man von einer Erkrankung betroffen ist.

Die Grundpfeiler der Behandlung psychischer Erkrankungen sind **Psychopharmaka** [16], **Psychotherapie** [17, 18] und **Sozialtherapie** [19]. Sie haben je nach Erkrankung einen unterschiedlichen Stellenwert: So sind Angststörungen, Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen oder posttraumatische Belastungsstörungen häufig ausschließlich oder vorrangig mittels Psychotherapie erfolgreich behandelbar, während bei schweren Depressionen, manisch-depressiven Erkrankungen (bipolaren Störungen), schweren Zwangsstörungen oder Schizophrenien in der Regel eine **Kombination** aus Pharmako- und Psychotherapie wissenschaftlichen Studien zufolge die besten Ergebnisse bringt. Bei chronisch verlaufenden Erkrankungen wird wegen entstandener Folgeprobleme vornehmlich in den Bereichen Beruf, Finanzen, Behörden oder Wohnung oft zusätzlich eine sozialtherapeutische Beratung und Begleitung erforderlich.

Das heißt, unter optimalen Therapiebedingungen ist bei der Mehrzahl der Betroffenen von einer **guten Prognose** bezüglich der **Krankheitssymptomatik**, der **Funktionsfähigkeit** und der **Lebensqualität** auszugehen. Wegen des Risikos von Rückfällen bei ausgeprägten biopsychosozialen Stressbedingungen, wie z. B. einer Pandemie, ist aber oft eine zumindest flexibel gestaltete, kontinuierliche Begleitung sowie ein rasch aktivierbares **Krisenmanagement** erforderlich.

Bei der nur ansatzweise verstandenen enormen Komplexität des Gehirns, das unsere Gedanken, Emotionen und Handlungen in ständiger Interaktion mit der Außenwelt reguliert,

ist es nicht überraschend, dass sich auch im Bereich psychischer Erkrankungen, wie in der übrigen Medizin, **therapieresistente, schwere Krankheitsbilder** einstellen können. In diesen Fällen bleibt oft nur die Möglichkeit, den mit einer selbstständigen Lebensführung überforderten Patienten die notwendige Unterstützung in den vielfältigen Einrichtungen des sozialpsychiatrischen Verbundes zu ermöglichen und damit auch ihre Familien von der alleinigen Verantwortung zu entlasten.

## 3.8 Glossar

<b>Dimensionale Diagnostik</b>	Die Ausprägungen psychischer Erkrankungen werden auf einem Kontinuum zwischen „gesund“ und „krank“ betrachtet. Psychische Merkmale einer Person können z. B. sehr leicht ausgeprägt sein, sodass sich die Person eher im Bereich „gesund“ befindet. Bei starker Merkmalsausprägung (sowie subjektivem Leidensdruck) würde sich die Person hingegen im Bereich „krank“ befinden, wobei ggf. eine psychische Erkrankung diagnostiziert werden könnte.
<b>Ein-Jahres-Prävalenz</b>	Als Prävalenz bezeichnet man die Häufigkeit einer Krankheit, einer Störung oder von Symptomen zu einem bestimmten Zeitpunkt. Die 1-Jahres-Prävalenz gibt die Häufigkeit einer Erkrankung innerhalb eines Jahres an.
<b>Habituation</b>	Gewöhnung an wiederkehrende sensorische Reize. Habituation ist eher kurzfristig und kann durch interferierende Reize unterbrochen werden. Dem steht z. B. die Adaptation (langfristig bis hin zu struktureller, genetischer Anpassung) entgegen.
<b>Kategoriale Diagnostik</b>	Die Vergabe von Diagnosen psychischer Erkrankungen erfolgt hierbei so, als handele es sich um klar zu trennende Zustände (z. B. „gesund“ versus „krank“). Moderne Klassifikationssysteme berücksichtigen mittlerweile jedoch zunehmend einen dimensional diagnostischen Ansatz.
<b>Life-Event-Forschung</b>	Untersuchung lebensverändernder bzw. kritischer Ereignisse (Heirat, Umzug, Arbeitsplatzwechsel, Todesfälle von nahestehenden Personen, Traumata) und deren Einfluss auf die Entstehung und Entwicklung psychischer Erkrankungen.
<b>Resilienz</b>	Psychische Widerstandsfähigkeit gegen Erkrankungen oder widrige/stressbehaftete äußere Umstände bzw. Krisen aufgrund von günstigen genetischen, sozialen oder anderen Umweltfaktoren.
<b>Stressoren</b>	Belastende Ereignisse oder Faktoren, z. B. Lebensereignisse („life events“) wie Verlusterlebnisse (Tod von Angehörigen, Arbeitsplatzverlust usw.) oder auch ständige chronische Belastungen („mild chronic stressors“ oder „daily hassles“) wie „nervige“ wiederkehrende Situationen am Arbeitsplatz, auf dem Weg zur Arbeit oder im Privatbereich (chronische Beziehungsstreitigkeiten, Geldmangel, Unsicherheit des Arbeitsplatzes, Mobbing, ...).
<b>Transitionsphasen</b>	Entwicklungsphasen/Lebensabschnitte eines Menschen, in denen sich gewohnte Bedingungen gravierend ändern und eine Anpassung an neue Umstände erfolgen muss.

<b>Trauma</b>	Ein Trauma ist eine Situation oder ein Ereignis von außergewöhnlicher Bedrohung (kurz- oder langandauernd) oder katastrophentypischem Ausmaß (z. B. Naturkatastrophe), das bei fast jedem Menschen eine tiefe Verstörung hervorrufen würde (ICD-10).
<b>Vulnerabilität</b>	„Verletzbarkeit“ / „Verwundbarkeit“. Erhöhtes Risiko, aufgrund von genetischen, sozialen oder anderen Umweltfaktoren eine psychische Erkrankung zu entwickeln.

## QUELLEN

- [1] Steel Z, Marnane C, Iranpour C, et al. The global prevalence of common mental disorders: A systematic review and meta-analysis 1980–2013. *Int J Epidemiol* 2014; 43(2): 476–493.
- [2] Angermeyer MC, Matschinger H. The stigma of mental illness: Effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 108(4): 304–309.
- [3] Insel TR, Collins PY, Hyman SE. Darkness invisible: The hidden global costs of mental illness. *Foreign Affairs* 2015; 94(1): 127–135.
- [4] Benoy C (Hrsg.). COVID 19 – Ein Virus nimmt Einfluss auf unsere Psyche. Stuttgart: Kohlhammer 2020.
- [5] Bering R, Eichenberg Ch (Hrsg.). Die Psyche in Zeiten der Corona-Krise. Stuttgart: Klett-Cotta 2020.
- [6] Shih RA, Belmonte PL, Zandi PP. A review of the evidence from family, twin and adoption studies for a genetic contribution to adult psychiatric disorders. *Int Rev Psychiatry* 2004; 16(4): 260–283.
- [7] Berger M, van Calker D, Brakemeier E-L, Schramm E. Affektive Störungen. In: Berger M (Hrsg.). *Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie*. 6. A. München: Elsevier Urban & Fischer 2019, S. 363–444.
- [8] Rüsçh N, Berger M. Das Stigma psychischer Erkrankungen. In: Berger M (Hrsg.). *Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie*. 6. A. München: Elsevier Urban & Fischer 2019, S. 823–828.
- [9] Filipp SH, Aymanns P. Kritische Lebensereignisse und Lebenskrisen: Vom Umgang mit den Schattenseiten des Lebens. Stuttgart: Kohlhammer 2018.
- [10] Kalisch R. Der resiliente Mensch: Wie wir Krisen erleben und bewältigen. Neueste Erkenntnisse aus Hirnforschung und Psychologie. München: Pieper 2017.
- [11] Berndt C. Resilienz – Das Geheimnis der psychischen Widerstandskraft. Was uns stark macht gegen Stress, Depressionen und Burn-out. München: dtv 2015.
- [12] Schramm E. *Interpersonelle Psychotherapie*. Stuttgart: Schattauer 2019.
- [13] Levinson DJ. *Das Leben des Mannes. Werdenskrisen/Wendepunkte/Entwicklungschancen*. Köln: Kiepenheuer & Witsch 1990.
- [14] Levinson DJ. *The Seasons of a Woman's Life: A fascinating exploration of the events, thoughts, and life experiences that all women share*. New York: Ballantine Books 2011.
- [15] Stieglitz R-D, Freyberger HJ. Psychiatrische Diagnostik und Klassifikation. In: Berger M (Hrsg.). *Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie*. 6. A. München: Elsevier Urban & Fischer 2019, S. 36–52.
- [16] Benkert O, Hippus H, Anghelescu I, et al. *Kompodium der psychiatrischen Pharmakotherapie*. 13. A. Berlin: Springer 2021.
- [17] Voderholzer U, Hohagen F (Hrsg.). *Therapie psychischer Erkrankungen – State of the Art*. München: Elsevier Urban & Fischer 2021.
- [18] Herpertz S, Caspar F, Lieb K. *Psychotherapie. Funktions- und störungsorientiertes Vorgehen*. München: Elsevier Urban & Fischer 2016.
- [19] Becker T, Gühne U, Riedel-Heller S, Berger M. Sozial- und Gemeindepsychiatrie, psychiatrisch, psychotherapeutische Rehabilitation. In: Berger M (Hrsg.). *Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie*. 6. A. München: Elsevier Urban & Fischer 2019, S. 169–183.

**WEITERFÜHRENDE LITERATUR**

Lieb K, Frauenknecht S (Hrsg.). Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie. 9. A. München: Elsevier Urban & Fischer 2019.

Rüsch N. Das Stigma psychischer Erkrankungen – Strategien gegen Ausgrenzung und Diskriminierung. München: Elsevier Urban & Fischer 2021.

Voderholzer U, Hohagen F (Hrsg.). Therapie psychischer Erkrankungen. State of the Art. 16. A. München: Elsevier Urban & Fischer 2021.

# Depressionen, Burnout und die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie

Anhand eines charakteristischen Patientenbeispiels werden die wichtigsten Fragen zum aktuellen Wissensstand über Depressionen, über die Zusammenhänge mit Arbeitsüberlastungen, d. h. Burnout-Zuständen, sowie über die Auswirkungen der psychischen Belastungen durch die momentane COVID-19-Pandemie beantwortet.

## Fallbeispiel

Die 50-jährige Frau Hartmann (Name geändert) wird wegen einer akuten schweren Depression, die mit ambulanten Behandlungsmöglichkeiten nicht gebessert werden konnte, von ihrer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie zur stationären Therapie eingewiesen.

Bezüglich ihrer Lebensgeschichte berichtet sie über eine stark belastete Kindheit. Als Einzelkind sei sie ständig den heftigsten Anfeindungen ihres zu extremer Eifersucht neigenden Vaters gegenüber der Mutter ausgesetzt gewesen. Der Vater sei insbesondere in alkoholisiertem Zustand massiv verbal, aber auch körperlich aggressiv geworden, sodass ihre Mutter und sie sich wiederholt in Todesangst hätten einschließen oder aus dem Haus fliehen müssen. Zusätzlich sei ihre Kindheit davon überschattet gewesen, dass sie wegen des starken beruflichen Engagements ihrer Mutter auch viel allein gewesen und vornehmlich von Hausangestellten versorgt worden sei. In ihrem 10. Lebensjahr sei die Mutter endlich mit ihr ausgezogen, woraufhin der Vater so verzweifelt war, dass er lange wegen einer Depression und Alkoholmissbrauchs stationär behandelt werden musste.

Nach dieser Trennung sei ihr Leben wesentlich unbelasteter verlaufen, und die Schulzeit und ihr anschließendes Studium zur Grundschullehrerin hätten sich problemlos gestaltet. Während der ganzen Zeit habe sie bei ihrer Mutter gelebt, zu der sie eine sehr innige Bindung habe. Erst mit 30 sei sie eine erste Beziehung eingegangen, und zwar mit einem 20 Jahre älteren Schuldirektor. Sie hätten bald geheiratet und haben eine jetzt 19-jährige Tochter.

Eine erste depressive Episode erlitt sie vor 5 Jahren, als sie sich zum einen intensiv um ihre Tochter sorgte, die wegen einer schweren Nierenerkrankung stationär behandelt werden musste; zum anderen habe sie sich beruflich wegen vier ADHS-Kindern in ihrer Klasse und den damit verbundenen Konflikten mit Eltern massiv überfordert gefühlt. Deswegen sei sie 6 Wochen lang wegen Depressionen und Burnout in unserer Tagesklinik erfolgreich behandelt worden.

Die jetzige Depression mit massiven Schlafstörungen und Niedergeschlagenheit bis hin zu Suizidgedanken stehe im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie. Erstens habe sie starke Angst, dass ihr 70-jähriger Ehemann, der an Diabetes und Hypertonie leide, sich infizieren könne. Da ihr Ehemann ihr größter Halt sei, lasse

die Angst sie nicht mehr los, dass er auf einer Intensivstation behandelt werden müsse und dort vielleicht qualvoll ersticken könne. Die gleiche Angst bestünde auch um ihre Mutter, die in einem Seniorenheim lebe. Zwei der Heimbewohnerinnen, die sie gut kenne, würden wegen COVID-19 bereits intensivmedizinisch behandelt. Seit Wochen könne sie ihre Mutter, an der sie sehr hänge, nicht mehr besuchen, was sie sehr traurig mache.

Beruflich habe sie der Online-Unterricht ihrer vierten Grundschulklasse stark gestresst. Ständig habe sie mit dem Computerprogramm Probleme gehabt. Außerdem sei es am Telefon wegen des Online-Unterrichts wiederholt zu Schwierigkeiten mit unzufriedenen Eltern gekommen. All das habe, mit Schlafstörungen beginnend, wiederum eine depressive Episode ausgelöst, die diesmal allerdings wesentlich schwerer ausgeprägt sei.

## 6.1 Depressionen

### 6.1.1 Wie häufig kommen sie vor?

Die Depression, an der auch unsere Patientin leidet, wird zu den großen Volkskrankheiten gezählt. Etwa **6 % der erwachsenen Bevölkerung**, also ca. **4 Mio. Menschen** sind in **Deutschland** aktuell von einer Depression betroffen (Punktprävalenz). Etwa jeder achte Mann und etwa jede vierte Frau erkrankt im Laufe des Lebens mindestens einmal an einer depressiven Episode (Lebenszeitprävalenz) [1]. Deshalb gilt zu Recht: Eine Depression kann jeden treffen!

### 6.1.2 Wie äußern sie sich?

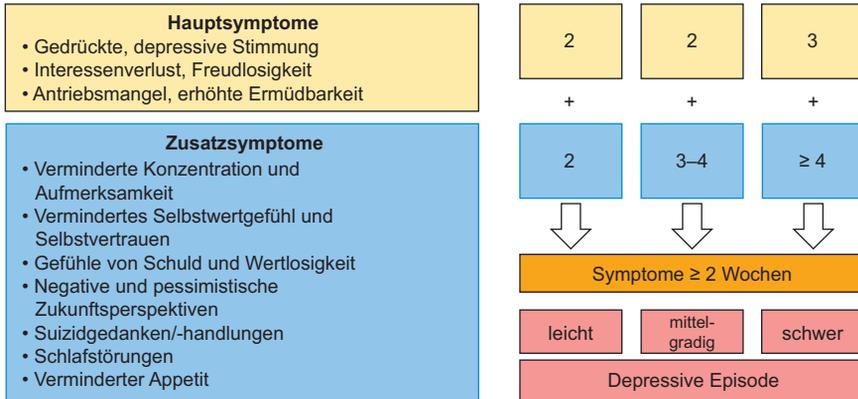
#### Fallbeispiel

##### *Forts.*

Bei unserer Patientin begann die Depression, wie so häufig, mit recht **unspezifischen Frühsymptomen** (> Kap. 6.4) wie Durchschlafstörungen, Kopf- oder Rückenschmerzen, Energiemangel und gedrückter Stimmung. Dazu gehörte bei ihr auch die Angst, ihre täglichen Aufgaben nicht mehr bewältigen zu können.

Bei einer Depression können demnach eine ganze Reihe körperlicher und psychischer Symptome auftreten. Viele dieser Symptome, wie z. B. unterschiedliche Schmerzen oder andere körperliche Missempfindungen, treten zwar häufig im Rahmen einer Depression auf, sind aber eher unspezifisch. Das heißt, sie sind kein eindeutiger Hinweis auf das Vorliegen einer Depression, sondern können auch im Rahmen einer jedem von uns bekannten niedergeschlagenen und verzagten Stimmung auftreten, die meist vorübergehend und durch aktuelle situative Belastungen bedingt ist.

Um u. a. das Krankheitsbild der Depression eindeutig von zum normalen Leben gehörenden Verstimmungszuständen und Traurigkeit abzugrenzen, hat die Weltgesundheits-



**Abb. 6.1** ICD-10-Kriterien einer depressiven Episode [W798/L143]

organisation (WHO) in der **ICD-10 international geltende Depressionskriterien** festgelegt [2] (➤ Abb. 6.1). Damit sollte erreicht werden, dass weltweit das Gleiche gemeint wird, wenn man sagt, jemand leide unter einer Depression, die in der Regel eine ärztliche oder psychologische Behandlung erforderlich macht.

Zur Abgrenzung einer Depression von kurzen Stimmungseinbrüchen hat die WHO das **Zeitkriterium** von **14 Tagen**, an denen die Symptomatik bestehen sollte, für die Diagnosestellung eingeführt. Bezüglich der Symptomatik wird zwischen Haupt- und Zusatzsymptomen unterschieden:

- Die **Hauptsymptome** einer Depression repräsentieren die drei typischsten und häufigsten Beschwerden: **gedrückte, depressive Stimmung, Interessensverlust bzw. Freudlosigkeit und erhöhte Ermüdbarkeit und Antriebsmangel**.
- Darüber hinaus treten individuell unterschiedlich weitere **Zusatzsymptome** auf (➤ Abb. 6.1), wobei die meisten bei unserer Patientin beschrieben wurden.

Um vom Vorliegen einer klinisch manifesten Depression sprechen zu können, müssen mindestens zwei der drei Hauptsymptome und mindestens zwei der sieben Zusatzsymptome vorliegen. Je nach Anzahl der Symptome werden leichte, mittelgradige und schwere depressive Episoden unterschieden.

### Fallbeispiel

#### *Forts.*

Unsere Patientin erfüllte, wie die überwiegende Zahl der stationär zu behandelnden Depressiven, nahezu alle in der ICD-10 genannten Symptomkriterien einschließlich lebensüberdrüssiger Gedanken („Wenn es nicht besser wird, will ich lieber tot sein“).



[J787]

Für viele, auch jüngere Patienten mit einer schweren Depression sind die kognitiven Beeinträchtigungen in Form von Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen so massiv, dass sie befürchten, an einer Alzheimer-Demenz erkrankt zu sein.

In das ICD-10-Diagnosesystem wurden aber auch depressive Zustände aufgenommen, die zwar nicht die Mindestkriterien einer Depression erfüllen, aber für mehr als 2 Jahre bestehen. Diese sogenannten **Dysthymien** (> Kap. 6.4) sind vor allem wegen ihrer Dauer so belastend, dass sie den Status einer Erkrankung haben und eine Medikation und/oder Psychotherapie erforderlich machen. In den Kliniken weisen viele Patienten eine **Double Depression** auf; von einer Double Depression spricht man, wenn zusätzlich zu einer seit Jahren bestehenden Dysthymie eine akute depressive Episode auftritt.

An dieser Stelle sei noch auf die Depressionen im Rahmen einer **bipolaren Erkrankung** verwiesen, bei denen sich depressive und manische Phasen abwechseln und die in > Kap. 8.1 genauer beschrieben werden.

### 6.1.3 Wie verlaufen sie?

#### Fallbeispiel

##### *Forts.*

Bei unserer Patientin war 5 Jahre zuvor eine erste Depression aufgetreten, von der sie sich völlig erholt hatte, bevor sie nun an einer zweiten depressiven Episode neu erkrankte.

Akute Depressionen dauern **unbehandelt etwa 6–8 Monate** und klingen dann in der Regel spontan wieder ab, d. h., sie sind normalerweise **selbstlimitierend**. Das gilt aber nur, wenn dem keine **massiven gesundheitlichen, familiären, beruflichen oder innerpsychischen Probleme** entgegenstehen. Wie bei unserer Patientin geschehen, kann der Phasenverlauf

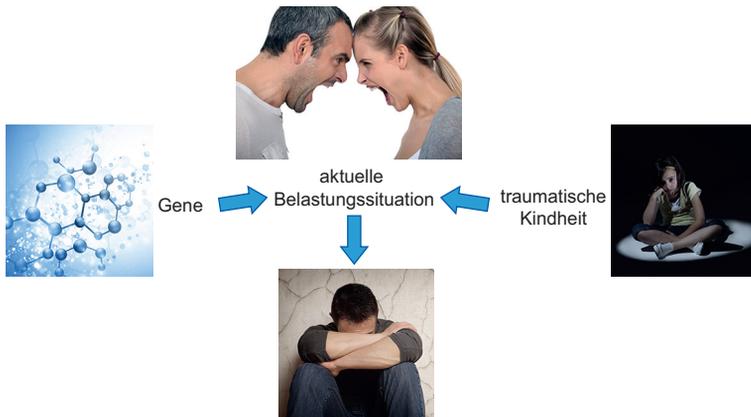


Abb. 6.2 Multifaktorielle Verursachung depressiver Erkrankungen [P494/L143/J787]

durch die unterschiedlichen **Therapiemöglichkeiten entscheidend verkürzt** werden. Das bedeutet, dass depressiv Erkrankte mit großer Wahrscheinlichkeit ihr ursprüngliches Stimmungs- und Leistungsniveau relativ rasch zurückgewinnen können.

Etwa **50 %** der von der Erkrankung Betroffenen erleben **nur eine depressive Episode** in ihrem Leben, die übrigen erleiden im weiteren Lebensverlauf ein oder mehrere Rückfälle, sogenannte **Rezidive**, wobei das depressionsfreie Intervall wie bei unserer Patientin fünf Jahre oder auch Jahrzehnte betragen kann, aber auch kürzer sein kann.

Von **chronischen Depressionen**, die bis zu **30 %** aller Erkrankungen ausmachen, spricht man bei Verläufen mit anhaltender Depression über **> 2 Jahre**. Vor allem ist hier die Gruppe der Patienten mit chronischer Depression und frühem Beginn („**early onset**“) zu nennen, die durch besonders belastende Umweltbedingungen in Kindheit und Jugend bereits depressiv in das Erwachsenenalter eintreten und deren gesamte Entwicklung durch das Krankheitsbild negativ geprägt ist.

### 6.1.4 Wie erklärt man sich ihr Entstehen?

> Abb. 6.2 verdeutlicht die heutige Sichtweise. Man geht davon aus, dass das Risiko, depressiv zu erkranken, einerseits durch eine **familiär-genetische Veranlagung** und zweitens aufgrund einer negativen Prägung durch **belastende Kindheitserfahrungen** wie Misshandlungen oder Vernachlässigung erhöht wird. Beides war bei unserer Patientin der Fall. Dem Auftreten einer depressiven Episode gehen häufig entweder eine körperliche Erkrankung (z. B. Viruspneumonie) oder psychosoziale Belastungen wie Scheidung, Todesfall, Überarbeitung (> Kap. 6.2), Arbeitsverlust oder quälende Einsamkeit voraus.

#### Fallbeispiel

##### Forts.

Auslöser der ersten Episode der Patientin waren die bedrohliche Erkrankung der Tochter und eine sogenannte Burnout-Situation an der Schule (> Kap. 6.2). Die aktuelle Episode ist durch die Bedrohungs- und Belastungssituation durch die COVID-19-Pandemie ausgelöst worden.

Dass Menschen extrem unterschiedlich auf solche Belastungsfaktoren reagieren, wird mit dem für das Verständnis depressiver Erkrankungen entscheidenden **Vulnerabilitäts-Stress-Modell** verdeutlicht (vgl. dazu > Kap. 3, > Abb. 3.2).

Personen ohne genetische und/oder frühkindliche Belastung können Stress in der Regel wesentlich besser bewältigen, d. h., sie sind **resilienter**, während **vulnerable** Personen sogar schon durch relativ geringfügige äußere Umstände wie z. B. einen Jahreszeitenwechsel massiv depressiv entgleisen können. Die **breite Unkenntnis** dieses Charakteristikums depressiver Erkrankungen ist ein Grund für die häufige **Stigmatisierung** der Betroffenen durch Menschen, die eine Depression als Ausdruck von Charakter- oder Willensschwäche fehldeuten („soll sich einfach mal zusammenreißen“).

Das Auftreten depressiver Symptome wie Stimmungseinbruch, Antriebs- oder Konzentrationsstörungen wird mit einem Ungleichgewicht bestimmter Botenstoffe im Zentralnervensystem (Neurotransmitter), vor allem **Serotonin** und **Noradrenalin**, in Zusammenhang gebracht (> Kap. 6.4). Das bedeutet, dass diese Transmittersysteme, deren ungestörte Funktion für vielfältige normale Gehirnabläufe notwendig ist, bei vulnerablen Personen unter Stressbelastungen deutlich störanfälliger sind.

### 6.1.5 Behandlung von Depressionen

Was muss vor der Diagnosestellung und der anschließenden Behandlung dringend geklärt werden?

Depressive Symptome können auch **Folge** einer **körperlichen Erkrankung** sein oder im Zusammenhang damit entstehen. Eine solche somatische Grunderkrankung sollte unbedingt diagnostiziert und gezielt behandelt werden, da bei ihrer erfolgreichen Therapie die depressiven Symptome in der Regel vollständig abklingen. Hier sind etwa Schilddrüsenerkrankungen, ein beginnender Morbus Parkinson oder eine Entzündung des Gehirns, aber auch ein Diabetes mellitus und Nierenerkrankungen zu nennen. Eine unzulängliche körperliche Diagnostik kann schwerwiegende negative Konsequenzen für den Betroffenen bedeuten.

Ähnliches gilt für die Einnahme von Medikamenten, die in manchen Fällen ebenfalls depressive Symptome verursachen können (z. B. Östrogene, Blutdruck- und Cholesterinsenker, Antibiotika). Aktuell ist hier auch eine COVID-19-Infektion zu nennen, die eventuell kaum körperliche Symptome verursacht, aber trotzdem eine Depression auslösen kann. Wie in > Kap. 2 genauer dargestellt, kann das SARS-CoV-2-Virus bei Infizierten auf direktem Weg, d. h. durch **Eindringen in das Zentralnervensystem** und die dann ausgelösten körperlichen Reaktionen (vor allem des Immunsystems), nicht nur vielfältige **neurologische**, sondern auch **psychische Erkrankungen** wie eine schwere Depression verursachen [12]. Schon früh zu Beginn der Pandemie hat sich gezeigt, dass das Virus auch das Gehirn befallen kann. Inzwischen weiß man, dass COVID-19-Erkrankte – unabhängig vom Schweregrad ihrer körperlichen Symptomatik – etwa in der  **Hälfte der Fälle** während des akuten Krankheitsverlaufs eine psychiatrische Beteiligung aufweisen [11]. Dabei handelt es sich vorwiegend um **Angst-, Depressions- und posttraumatische Symptome**. Das häufigste Beschwerdebild stellt jedoch die **Fatigue** (schwere Müdigkeit, rasche Erschöpfung, mangelnde Belastbarkeit) dar. Dass diese Symptome nicht nur als psychische Reaktion auf das bedrohliche körperliche Krankheitsbild zu erklären sind, sondern auch Folge einer **Beteiligung des Zentralnervensystems** an der COVID-19-Erkrankung und ausgeprägten immunologischen Reaktionen sein können, steht inzwischen außer Zweifel [12, 13].

## Wie lassen sich Depressionen am besten behandeln?

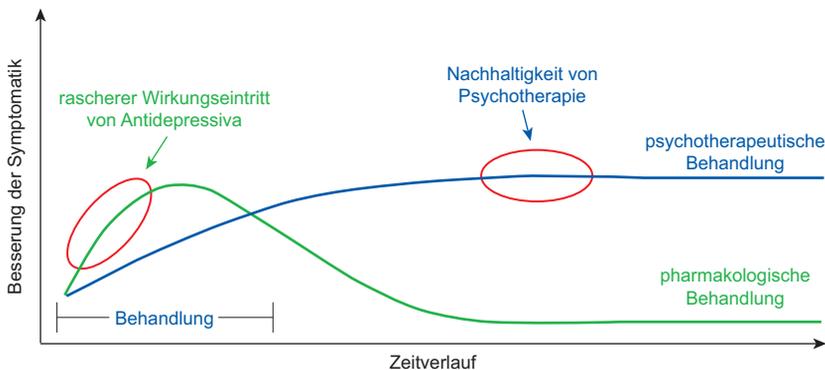
Die Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich-Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) hat durch die psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Fachgesellschaften eine **Nationale S3-VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression** erarbeiten lassen, in der die mit den höchsten wissenschaftlichen Belegen untermauerten Behandlungsverfahren für die Therapie depressiver Störungsbilder vorgegeben werden [3].

Im Zentrum stehen dabei die **psychotherapeutischen Verfahren** der kognitiven Verhaltenstherapie, der Interpersonellen Psychotherapie und der Tiefenpsychologie. Entsprechende Wirksamkeitsnachweise liegen auch für die Gruppe der **antidepressiven Medikamente** vor. Im stationären Rahmen sind sie durch **Sport- und Bewegungstherapie, Ergotherapie** sowie **sozialarbeiterische Unterstützung** zu ergänzen.

Während bei leichten Depressionen vorrangig Psychotherapie empfohlen wird, werden bei mittelschweren Erkrankungsformen beide Therapieverfahren gleichrangig beurteilt. Bei schweren und bei chronischen Depressionen sollte eine Kombination von Pharmako- und Psychotherapie empfohlen werden. Diese Vorgehensweise ergibt sich aus > Abb. 6.3.

Bei einer **erfolgreichen Antidepressiva-Medikation** ist eine Besserung der Symptomatik innerhalb von **1–3 Wochen** zu erwarten, was bei einem schweren Leidenszustand für die Patienten von großer Bedeutung ist. Dagegen führt eine erfolgreich verlaufende Psychotherapie in der Regel erst nach etwa **12–15 Sitzungen** zu einer entsprechenden Besserung. Dem Nachteil der längeren Wirklatenz steht der Vorteil gegenüber, dass **Psychotherapie** durch den damit einhergehenden Lernprozess auch nach ihrer Beendigung einen **nachhaltigeren Schutz vor Rezidiven** bewirkt. Dagegen schützen Antidepressiva in der Regel nur, solange sie eingenommen werden.

Der **Akutbehandlung** bis zum Abklingen der Symptomatik folgt die **Erhaltungstherapie**. Da es nach Abklingen einer depressiven Episode in der Regel noch einige Zeit dauert, bis der Betroffene wieder voll belastbar ist, sollte die gewählte Therapie noch etwa 4–6 Monate zum Erhalt des Therapieerfolgs fortgeführt werden. Bei der Untergruppe von Betroffenen, die in relativ engen Abständen immer wieder eine Depression erleiden, besteht die dringende Indikation einer mehrjährigen sogenannten **Rezidivprophylaxe**. Die vorliegenden Verlaufsdaten sprechen mehr für die Wirksamkeit einer Pharmakotherapie



**Abb. 6.3** Vor- und Nachteile einer pharmakologischen und einer psychotherapeutischen Behandlung [P494/L143]

etwa mit Lithium oder einem Antidepressivum, am besten in Kombination mit einer Psychotherapie, als für eine alleinige Psychotherapie [1].

## Wann sollte ambulant und wann stationär behandelt werden?

### Fallbeispiel

#### Forts.

Bei unserer Patientin war von ihrer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie wegen der Schwere der Depression, insbesondere wegen der aufkommenden Suizidgedanken, die stationäre Aufnahme veranlasst worden.

Auch hierzu nimmt die S3-Leitlinie, die in einer verkürzten Form auch für Patienten und Angehörige vorliegt (→ Weiterführende Literatur), genauere Stellung. Üblicherweise gilt ambulant vor stationär. Die häufigste Indikation für den Wechsel in eine vollstationäre oder tagesklinische Behandlung ist ein **unzureichender Erfolg** der **ambulant möglichen Therapien**. Auch bei akuten Krankheitsbildern, bei denen der Patient sich nicht mehr selbst versorgen kann und dadurch oder aufgrund von Suizidimpulsen eine **Selbstgefährdung** vorliegt, ist eine stationäre Aufnahme erforderlich. Des Weiteren können **schwere Konflikte und Belastungen im häuslichen und beruflichen Umfeld**, die eine Genesung in diesem Umfeld unmöglich erscheinen lassen, ein Grund für eine stationäre Aufnahme sein.

### 6.1.6 Wie lässt sich ein Burnout von einer Depression abgrenzen?

Diese Frage wie auch die Übernahme des in den 1970er-Jahren in der Arbeitswelt geschaffenen Begriffs **Burnout** (→ Kap. 6.4) in das Gesundheitssystem – und zwar als Erkrankung – hat in Deutschland für einiges an Verwirrung gesorgt. Plötzlich gab es Burnout-Praxen und -Kliniken, obwohl Burnout international nicht als Erkrankung gilt. Ursächlich für das Interesse an Burnout war die Beobachtung, dass die Arbeitswelt aus den u. a. in → Box 6.1 aufgeführten Gründen immer häufiger als Überforderung erlebt und zum (Mit-)Auslöser von **psychischen Erkrankungen** und **Frühberentungen** wurde. Wenn aber Burnout als Erkrankung gesehen wird, dann wäre nicht primär die Arbeitswelt, sondern das Gesundheitssystem dafür zuständig, Abhilfe zu schaffen. Das erschien bei genauerer Betrachtung unlogisch.

#### BOX 6.1

##### Gründe für Überforderung am Arbeitsplatz

1. Effizienzsteigerung: Anstieg der Arbeitsproduktivität je Erwerbstätigenstunden seit 1991 um 34,8 % (Statistisches Bundesamt 2012)
2. Rascher Verlust erworbener Kompetenz
3. Hohe Aufgabenkomplexität
4. Ständige Erreichbarkeit
5. Multitasking
6. Verlust von Sicherheiten in Krisenzeiten

Inzwischen ist durch eine umfassende Begriffsklärung, die in ➤ Abb. 6.4 wiedergegeben ist, eine allgemein akzeptierte Klarheit geschaffen worden [4]:

- I. **Vorübergehende Arbeitsüberforderungen** sind im Berufsleben kaum vermeidbar, insbesondere wenn zusätzliche private Belastungen oder Persönlichkeitsmerkmale wie überzogener Ehrgeiz oder Perfektionismus hinzukommen.
- II. Wenn eine solche Überforderung längere Zeit anhält und zu Erschöpfung, Leistungsabfall, Motivationsverlust und vegetativen Stresssymptomen führt, nennt man dies international einen **alarmierenden Burnout-Risikozustand**.
- III. **Vulnerable Personen** (s. o.) haben in diesem Zustand ein **erhöhtes Risiko**, manifest zu erkranken.
- IV. Hier sind neben **Depressionen, Angsterkrankungen und Schmerzzuständen** auch **Suchterkrankungen** zu nennen.
- V. Häufigste Burnout-Folgen sind jedoch **somatische Erkrankungen**, vor allem erhöhter Blutdruck, Hörsturz oder Tinnitus.

Das bedeutet, die Entstehung eines gesundheitsgefährdenden Burnouts erfolgt in der **Interaktion** zwischen der **Person** des Betroffenen und der Belastung im **Arbeitsumfeld**. Dabei definiert sich die individuelle Belastbarkeit einerseits durch Persönlichkeitsvariablen aufgrund von genetischer Prädisposition und frühkindlichen Prägungen, aber auch durch allgemeine situative Belastungen außerhalb des Arbeitsumfelds und durch den Gesundheitszustand der jeweiligen Person. Dem steht die reale Arbeitsbelastung gegenüber, die – auch objektiv betrachtet – die Bewältigungskapazität des Einzelnen übersteigen kann. Zur Verhinderung eines Burnouts sind deswegen auf zwei Ebenen präventive Maßnahmen sinnvoll:

- Zum einen muss dafür Sorge getragen werden, dass die Arbeitslast bewältigbar ist. Dies wird **Verhältnisprävention** genannt, die es bei Arbeitnehmern gemeinsam mit den Vorgesetzten und bei Selbstständigen von ihnen selbst zu organisieren gilt. Bei unserer Patientin wäre die erste Depression eventuell nicht aufgetreten, wenn für die Überforderungssituation der Lehrerin ein adäquater Weg der Entlastung gefunden worden wäre. Bei der zweiten depressiven Episode im Rahmen der COVID-19-Pandemie sind die Unzulänglichkeit der technischen Ausstattung und der digitalen Einarbeitung der Lehrer zu nennen.
- Zum anderen kann aber auch eine individuelle **Verhaltensprävention** sinnvoll sein. Das gilt insbesondere für Selbstständige mit überstarkem beruflichem Engagement oder Menschen, die sich sehr schlecht abgrenzen und nicht auch einmal „Nein“ sagen können. Unter Verhaltensprävention versteht man u. a. Arbeitszeitbegrenzungen, verbesserte „Work-Life Balance“, Entspannungstraining und regelmäßigen Sport. Im Zusammenhang mit den pandemiebedingten Belastungen werden wir noch einmal auf diese Konstellation eines gesundheitsgefährdenden Risikozustands und die Indikation zur Verhältnis- und Verhaltensprävention zurückkommen (➤ Kap. 6.3.1).

Wenn bedingt durch eine Burnout-Konstellation eine Depression eingetreten ist, wird dies zu einer Aufgabe des Gesundheitssystems. In der Therapie muss die **berufliche Überlastungssituation** einen wichtigen **Fokus** darstellen, eventuell unter Einbeziehung der Arbeitsstelle, damit die berufliche Situation nicht wieder zu einer erneuten krankheitsauslösenden Belastung wird. Inzwischen wurden hierfür gezielt psychotherapeutische Verfahren entwickelt und in darauf spezialisierten Kliniken implementiert.

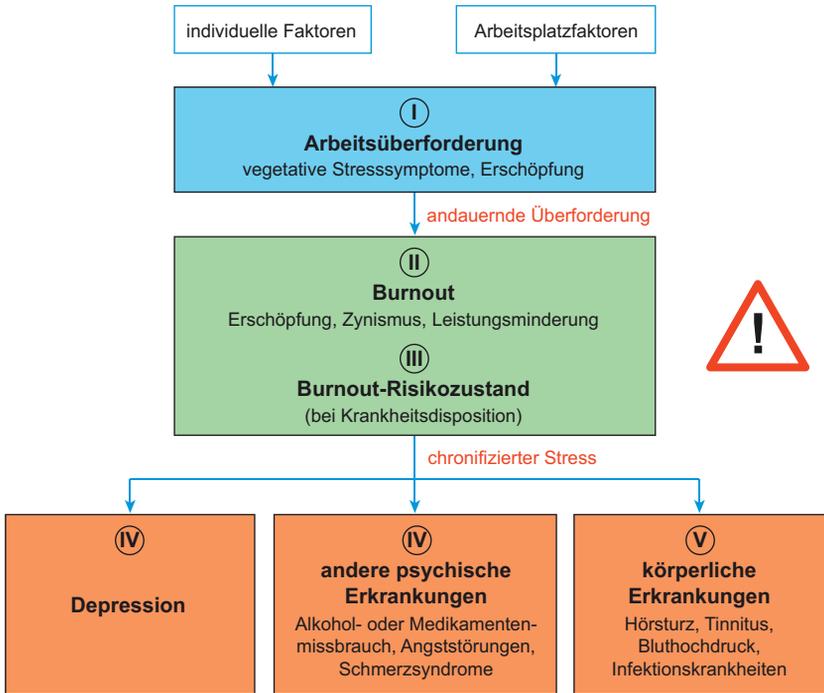


Abb. 6.4 Der Burnout-Risikozustand zwischen Arbeitsüberforderung und Erkrankung [P494/L143]

## 6.2 Depressionen und die COVID-19-Pandemie

### 6.2.1 Pandemiebedingte Stressphänomene und das psychische Pandemie-Folgesyndrom

In den letzten Monaten wurde zunehmend deutlich, wie stark die negativen Auswirkungen der Pandemie und der in diesem Zusammenhang durchgeführten Gegenmaßnahmen auf das psychische Befinden großer Teile der Bevölkerung sind. Während initial die **Angst vor der Viruserkrankung** selbst sowie die durch den **Lockdown** bedingte **Isolation** oder **familiäre Überforderung** im Zentrum standen, werden es zunehmend die Sorgen vor **finanziellen Einbußen**, **Arbeitsplatzverlust** bis hin zur **Insolvenz** des eigenen Betriebes oder sogar einer Weltwirtschaftskrise wie nach dem Börsencrash im Jahre 1929. Damit verbunden ist auch die Befürchtung einer **Spaltung der Gesellschaft** mit steigender Gewalt und Einschränkungen der persönlichen Freiheit und Sicherheit.

Außerdem sind große Teile der Gesellschaft weiterhin durch die Angst vor einer **erneuten Pandemiewelle** („antizipatorische Angst“) verunsichert. All diese Stressfaktoren stellen in Analogie zum beschriebenen Burnout einen Risikozustand für die psychische Gesundheit dar, der jedoch nicht nur wie beim Burnout definitionsgemäß auf Arbeitsüberlastungen, sondern auf einem breiten Spektrum sehr unterschiedlicher Stressfaktoren beruht. Das heißt, der in > Kap. 3 eingeführte **Risikobegriff** des **psychischen Pandemie-Folgesyndroms (PPFS)** steht für die komplexe pandemiebedingte psychische Bedrohung und

verweist auf den aktuellen Bedarf an Präventionsmaßnahmen, um die Zahl der Menschen, die dadurch psychisch erkranken, zu begrenzen. Dabei geht es zum einen um eine gesamtgesellschaftliche Verhältnisprävention (z. B. finanzielle Rettungsschirme, Arbeitsplatzzerhalt, Infektionsschutzverordnungen, Impfstoffentwicklung), aber auch eine Verhaltensprävention des Einzelnen und seines näheren Umfelds (vgl. > Kap. 4).



[J787]

## 6.2.2 Die Pandemie und das Vulnerabilitäts-Stress-Modell

Entsprechend dem bereits dargestellten **Vulnerabilitäts-Stress-Modell** sind insbesondere Personen mit **vulnerabel machenden Persönlichkeitseigenschaften** sowie Menschen mit einer **psychischen Vorerkrankung** gefährdet, in dieser Belastungssituation neu zu erkranken oder eine Verschlechterung ihrer bestehenden Symptomatik zu erleiden [9].

### Vulnerabel machende Persönlichkeitseigenschaften

Was genau ist in der Pandemiesituation unter vulnerabel machenden Persönlichkeitseigenschaften zu verstehen?

- Zunächst ist hierbei an Personen zu denken, die durchgehend eine hohe **Angstneigung** aufweisen und sich **bei äußeren Belastungen** rasch bedroht erleben. Dabei neigen sie zu einer manchmal für die Umwelt geradezu grotesken **Überschätzung der Gefahrenlage**. Als Konsequenz entwickeln sie daraus einen besonders vorsichtigen und jede Art von **Stress und Gefährdung möglichst vermeidenden Lebensstil**. Schon lange ist bekannt, dass solche stressempfindlichen Persönlichkeiten besonders **gefährdet sind, an einer Depression** oder – nach alter Terminologie einer **Melancholie** – zu erkranken. Deswegen wurde für diese Persönlichkeitseigenschaften bereits in den 1970er-Jahren der Ausdruck **Typus melancholicus** geprägt. Dabei bezieht sich die erhöhte Ängstlichkeit nicht nur z. B. auf mögliche Verluste geliebter Menschen oder darauf, Opfer eines kriminellen Übergriffs zu werden, sondern oft auch auf die Gefährdung der **eigenen** und der **Gesundheit** ihnen **nahestehender**

**Personen.** Die Folge einer solchen **Krankheitsangst** können häufige Überprüfungen von Körperfunktionen und -empfindungen („body checking“) und der Wunsch nach wiederholter ärztlicher Rückversicherung in Bezug auf die eigene Gesundheit sein. Es ist naheliegend, dass Menschen mit einer solchen Persönlichkeitsstruktur in einer Pandemie eine besonders starke Bedrohung erleben.

- Eine damit eng verbundene vulnerabel machende Persönlichkeitseigenschaft ist die **Intoleranz gegenüber Unsicherheiten (Ambiguitätsintoleranz)**. Die COVID-19-Pandemie hat unsere Gesellschaft wegen der nur spärlichen Kenntnisse über die Eigenschaften des Virus einem kaum je erlebten Grad an Verunsicherung ausgesetzt. Wie in > Kap. 3 detaillierter dargestellt ist, entzieht sich ein Teil der Gesellschaft diesem Unsicherheitsgefühl durch **Leugnung**, ein anderer Teil durch einen sogenannten **Optimismus-Bias** („mir passiert ohnehin nichts“), eine alles erklärende **Verschwörungstheorie** oder die Überzeugung von einem „**Wundermedikament**“.

All diese oft irrational erscheinenden psychologischen Strategien dienen dazu, Unsicherheit, Ängste und Bedrohung für sich persönlich abzuschwächen, was man in der Psychologie als negative Verstärkung bezeichnet. Dagegen sind Menschen mit einer Unsicherheitsintoleranz, die nicht auf solche irrationalen Strategien zurückgreifen, in der **Gefahr**, aus dem **psychischen Gleichgewicht** zu geraten [14].

## Die besondere Situation älterer Menschen

Ältere Menschen sind in besonderem Maße nicht nur den körperlichen, sondern auch den psychischen Gefahren durch die Pandemie ausgesetzt. Neben den unmittelbaren seelischen Belastungen, die aus der **gesundheitlichen Bedrohung durch das Coronavirus** resultieren (**Angst**, sich anzustecken, bis hin zu Todesangst, sozialer Rückzug bis hin zur totalen Isolation, Angst davor, allein zu sterben) sind es **besonders strenge und langfristige Kontaktbeschränkungen** sowie zum Teil ausgrenzende gesellschaftliche Diskussionen, die anhaltenden psychischen Stress für ältere Menschen während der Pandemie nach sich ziehen.

**Soziale Kontakte, kommunikativer Austausch, gemeinsame Unternehmungen** usw. sind besonders wichtig für das subjektive Wohlbefinden und die funktionale Gesundheit. Gerade Menschen im höheren Lebensalter verlieren viel an Zufriedenheit und Glückserleben, wenn sie zwischenmenschliche Kontakte einbüßen. Geht der **regelmäßige Austausch mit Angehörigen, Freunden und Bekannten gänzlich verloren**, so erwachsen daraus mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit Gefühle von Traurigkeit, Einsamkeit und weitere depressive Symptome [15]. Zwar zeigte der Deutsche Alterssurvey 2017, dass das Risiko für Einsamkeit im Alter in den letzten Jahrzehnten nicht zugenommen hat. Aber bei dem Versuch, die Ausbreitung der Pandemie einzudämmen, wurden gerade alte Menschen gebeten, in **Selbstquarantäne** zu gehen (Zu-Hause-Bleiben) und sich von Personen fernzuhalten, die ein potenzielles Infektionsrisiko für sie darstellen könnten (also auch von **Familienangehörigen, Freunden und Bekannten**). Besonders betroffen von diesen Kontaktbeschränkungen und Besuchsverboten – und entsprechend von der sozialen Isolation und Einsamkeit – waren **Bewohner von Alten- und Pflegeheimen**. Bis heute gelten besonders restriktive Besuchsregelungen; zwischenzeitlich bestand sogar ein generelles Besuchsverbot, das bei erneutem Ansteigen der Infektionszahlen jederzeit wieder droht. Auch die Kontakte zwischen den Heimbewohnern sind deutlich eingeschränkt; Gruppenaktivitäten und Ausgänge werden zum Teil ausgesetzt.

Neben der sozialen Isolation und Einsamkeit sowie den auf das Virus bezogenen Ängsten stellt die phasenweise **ausgrenzende gesundheitspolitische Debatte** eine zusätzliche psychische Belastung für Ältere dar. So wurde in Deutschland öffentlich darüber diskutiert, ob bei kritischer Verknappung der intensivmedizinischen Kapazitäten älteren Menschen bestimmte Behandlungsmöglichkeiten vorenthalten werden sollten.

Abschließend sollte aber, wie in > Kap. 4 dargestellt, hervorgehoben werden, dass die Gruppe der älteren Menschen mit den psychischen Belastungen der Pandemie insgesamt deutlich besser zurechtkommt als jüngere Menschen. Deswegen gelten die genannten Vorsichts- und Präventivmaßnahmen insbesondere für Menschen in Senioren- und Pflegeheimen, die unter multiplen körperlichen Erkrankungen und eventuell auch unter kognitiven Beeinträchtigungen leiden. Die damit einhergehende Einschränkung der Mobilität ist besonders mit der Gefahr der Vereinsamung verbunden.

### 6.2.3 Ergebnisse erster Studien

Die Ergebnisse **erster weltweiter Studien** zeigen, dass der Anteil der Bevölkerung, der unter Symptomen wie Stress, Angst, Niedergeschlagenheit und Schlafstörungen leidet, im Vergleich zur Vor-Pandemie-Zeit signifikant gestiegen ist [5–8]. Frauen und Personen mit einer **traumatisierenden Kindheitsvorgeschichte** scheinen besonders gefährdet, während der derzeitigen Pandemie eine Depression zu entwickeln [7]. Dies entspricht den Hypothesen des Vulnerabilitäts-Stress-Modells (> Kap. 6.3.2): Belastende psychosoziale Faktoren, die mit der Pandemie einhergehen, treffen auf Risikofaktoren, die ganz allgemein für das Auftreten einer Depression gelten.

Die bereits durchgeführten Untersuchungen zeigen aber auch **Schutzfaktoren**, d. h. Ansatzpunkte für die Stärkung der eigenen Resilienz im Sinne einer Verhaltensprävention. Schützend wirkt der **Austausch** über **eigene Sorgen und Befürchtungen** mit Familienangehörigen, Freunden und ggf. mit Therapeuten, die Bereitschaft, sich **konstruktiv veränderten Berufs- und Lebensbedingungen** zu stellen und einen regelmäßigen Tagesrhythmus inkl. täglichem Sport einzuhalten. Außerdem sollte man den **täglichen Medienkonsum** in Bezug auf die Pandemie zeitlich und auf seriöse Quellen begrenzen [7, 10].

### 6.2.4 Der Patientenfall: Welche spezifischen Auswirkungen hat die COVID-19-Pandemie?

Das Beispiel unserer Patientin zeigt eindrucksvoll, in welcher vielfältiger Weise die gegenwärtige Pandemie eine depressionsauslösende Stresssituation darstellen kann, auch wenn man nicht selbst infiziert oder gar an COVID-19 erkrankt ist. **Angst um Gesundheit und Leben** von Ehemann und Mutter, **Unterbrechung des persönlichen Kontakts** zu Mutter, Freunden, Kollegen und Schülern sowie **berufliche Schwierigkeiten** durch den neuen digitalen Fernunterricht sieht die Patientin als die Ursache ihres depressiven Rückfalls.

### 6.2.5 Darstellung eines beispielhaften Therapieverlaufs

Wenn es zum Auftreten einer psychischen Erkrankung im Zusammenhang mit pandemiebedingten Belastungsfaktoren kommt, besteht in der Regel die Indikation für eine Therapie. In > Kap. 4 wurde die sich auch bei depressiven Patienten bewährte Strategie des Problemlösetrainings bereits ausführlich adressiert. Dies gilt auch für das Achtsamkeitstraining (vgl. > Kap. 8).

#### DO IT YOURSELF

##### Symptommanagement

Bei aufkommender depressiver Verstimmung sollte man diese aktiv bekämpfen. Man sollte „nicht stimmig“, sondern **entgegengesetzt** handeln, denken und sich bewegen, d. h. trotz depressiver Stimmung den Tag strukturieren, angenehmen Aktivitäten nachgehen und nicht die Schultern hängen lassen, sondern ein Lächeln aufsetzen. Es ist ermutigend zu erleben, dass sich die Stimmung mit entgegengesetztem Handeln verbessern lässt.

Um die Behandlungsmöglichkeiten und -wege schwererer Depressionsverläufe zu verdeutlichen, soll der stationäre Therapieverlauf unserer Patientin zusammenfassend dargestellt werden.

#### Fallbeispiel

##### Forts.

Bei unserer Patientin wurde wegen der Schwere der Depression und des damit verbundenen hohen akuten Leidens eine antidepressive Medikation mit einem wegen der bestehenden Unruhe und Schlafstörung eher **sedierenden**, d. h. dämpfenden und müde machenden, **Antidepressivum** empfohlen. Der Vorteil einer solchen Medikation ist, dass sie –im Gegensatz zu den eigentlichen Schlaf- und Beruhigungsmitteln aus der Gruppe der Benzodiazepine – nicht süchtig machen können und neben ihrer Sedierung noch antidepressiv wirken. In den **Psychotherapiegesprächen** wurde rasch deutlich, dass die Erlebnisse von Gewalt, Vernachlässigung und Trennung in ihrer Kindheit sie besonders vulnerabel für die Belastungen der Pandemie gemacht hatten. Das führte in mehreren Bereichen zu depressiven Katastrophisierungsbedürfnissen, die es in der Therapie zu thematisieren und zu korrigieren galt. Insbesondere die **massiven Verlustängste** in Bezug auf ihren Ehemann erschienen bei dem äußerst vorsichtigen Verhalten des Ehepaars (Einhaltung der Hygieneregeln und Kontaktbeschränkungen) als nicht adäquat. Ganz offensichtlich beruhte die Tendenz zur Katastrophisierung an sich begründeter Sorgen auch auf dem lebensgeschichtlichen Hintergrund häufiger kindlicher Einsamkeit und einem daraus resultierenden starken Bedürfnis nach zwischenmenschlicher Geborgenheit, das auch ihr Erwachsenenleben bestimmte. Die Verlustängste bezüglich ihrer Mutter hatten sich in dem Seniorenheim inzwischen durch Besuchsverbot und regelmäßige Testung des die Hygienemaßnahmen inzwischen strikt einhaltenden Pflegepersonals stark relativiert. Mit Unterstützung des Pflegepersonals in der Klinik und im Pflegeheim wurde die Möglichkeit regelmäßiger Videokontakte von Mutter und Tochter zu beider Erleichterung etabliert.

Wegen der ausgeprägten **Konfliktscheue** der Patientin erfolgte eine genaue Analyse der Auseinandersetzung mit den Eltern von Schülern, u. a. in Rollenspielen, und die Erarbeitung von zielführenderen Kommunikationsstrategien. Die **Unsicherheit im Umgang mit digitalen Medien** wurde im Computertraining der Ergotherapie für den auch zukünftig zu erwartenden Fernunterricht verbessert. Bei der **Entlassung** der voll remittierten Patientin wurde mit ihr und den Weiterbehandlern vereinbart, dass neben der **Fortsetzung der Medikation** für mindestens ½ Jahr psychotherapeutisch die durch die COVID-19-Pandemie massiv aktualisierten **Verlustängste** in Bezug auf die Mutter und den deutlich älteren Ehemann bearbeitet werden.

## 6.3 Schlussbemerkung

Abschließend bleibt festzuhalten: Obwohl die Depression eine der ganz großen Volkskrankheiten darstellt, ist der allgemeine Wissensstand zu diesem Krankheitsbild meist unzureichend. Dies ist von besonderer Relevanz, wenn man selbst, Angehörige oder Personen im beruflichen Umfeld von dieser Erkrankung betroffen sind. Die dargestellten Fakten zu Depressionen, Burnout und COVID-19-Auswirkungen sind dazu gedacht, einen dem Problembereich entsprechenden Wissensstand zu vermitteln. Die weiterführende Literatur im Anhang kann für die Vertiefung des Wissens auch bezüglich des Umgangs mit einem depressiv Erkrankten hilfreich sein.

## 6.4 Glossar

<b>Burnout</b>	Burnout bezeichnet eine Reaktion auf eine andauernde Überlastung im beruflichen oder auch privaten Kontext. Burnout kann (Mit-)Auslöser psychischer Erkrankungen sein und wird oft mit Frühberentungen assoziiert (s. auch > Kap. 3).
<b>Dysthymie</b>	Auch: anhaltende depressive Störung. Hier weisen Patienten eine depressive Stimmung über mehrere Tage in einem Zeitraum von mindestens 2 Jahren und zzgl. zwei oder mehr der folgenden Symptome auf: geringer Appetit oder übermäßiges Essen; Schlaflosigkeit oder übermäßiger Schlaf; wenig Energie oder Müdigkeit; geringes Selbstvertrauen; Konzentrationsstörungen oder Schwierigkeiten, Entscheidungen zu fällen; Gefühle der Hoffnungslosigkeit.
<b>Frühsymptomatik</b>	Auch Prodromalsymptomatik. Symptome, die noch nicht die Kriterien für eine Diagnosestellung erfüllen und dennoch Anzeichen einer psychischen Erkrankung sein können.
<b>Noradrenalin</b>	Wirkt im Gehirn als neuronaler Botenstoff (Neurotransmitter) und ist an der Steuerung der Reaktionsketten von Stresshormonen und Neurotransmittern beteiligt. Es hat die Funktion, den Körper bei psychischen und physischen Belastungen entsprechend zu aktivieren und die Körperfunktionen anzupassen.

**Serotonin**

Wirkt im Gehirn als neuronaler Botenstoff (Neurotransmitter), ist an zahlreichen Informationsverarbeitungsprozessen beteiligt und hat einen Einfluss auf die Stimmung. Ein Serotoninmangel wird u. a. mit der Entwicklung von Migräne, Depressionen, Schlafproblemen und Essstörungen assoziiert.

**QUELLEN**

- [1] Berger M, van Calker D, Brakemeier E, Schramm E. Affektive Störungen. In: Berger M (Hrsg.). Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie. München: Elsevier Urban & Fischer 2019, S. 363–435.
- [2] Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (Hrsg.). Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD10 V(F). Göttingen: Hogrefe 2015.
- [3] Schneider F, Härter M, Schorr S. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression. Berlin, Heidelberg: Springer 2017.
- [4] Berger M, Linden M, Schramm E, et al. Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) zum Thema Burnout. Nervenarzt 2012; 4: 537–543.
- [5] Wang C, Pan R, Wan X, et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. Int J Environ Res Public Health 2020; 17(5): 1729.
- [6] Vindegaard N, Benros ME. COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. Brain Behav Immun 2020; 89: 531–554.
- [7] Plomecka MB, Gobbi S, Neckels R, et al. Mental health impact of COVID-19: A global study of risk and resilience factors. MedRxiv May 9, 2020; [www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.05.20092023v1](http://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.05.20092023v1) (letzter Zugriff: 25.2.2021).
- [8] Huang Y, Zhao N. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: A web-based cross-sectional survey. Psychiatry Res 2020; 288: 112954.
- [9] Gobbi S, Plomecka M.B, Ashraf Z, et al. Worsening of pre-existing psychiatric conditions during the COVID-19 pandemic. MedRxiv May 30, 2020; [www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.28.20116178v1](http://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.28.20116178v1) (letzter Zugriff: 25.2.2021).
- [10] de Quervain D, Aerni A, Amini E, et al. The Swiss Corona Stress Study, University of Basel, Transfaculty Research Platform, Molecular and Cognitive Neuroscience; v2020-04-24 2020; [www.coronastress.ch](http://www.coronastress.ch) (letzter Zugriff: 25.2.2021).
- [11] Qui R, Chen W, Liu S, et al. Psychological morbidities and fatigue in COVID-19 patients, MedRxiv May 11, 2020; [www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.08.20031666v1](http://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.08.20031666v1) (letzter Zugriff: 25.2.2021).
- [12] Koralnik I, Tyler KL. COVID-19: A global threat to the nervous system. Ann Neurol 2020; 88(1): 1–11.
- [13] Rogers J, Chesney E, Oliver D, et al. Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: A systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. Lancet Psychiatry 2020; 7(7): 611–627.
- [14] Taylor S. The Psychology of Pandemics: Preparing for the next global outbreak of infectious disease. Cambridge: Cambridge Scholars Publishing 2019.
- [15] Huxhold O, Engstler H, Klaus D. Risiken der Kontaktsperre für soziale Kontakte, soziale Unterstützung und ehrenamtliches Engagement von und für ältere Menschen. DZA-Fact Sheet 8. April 2020; [www.researchgate.net/publication/340647369\\_Risiken\\_der\\_Kontaktsperre\\_fur\\_soziale\\_Kontakte\\_soziale\\_Unterstützung\\_und\\_ehrenamtliches\\_Engagement\\_von\\_und\\_fur\\_ältere\\_Menschen](http://www.researchgate.net/publication/340647369_Risiken_der_Kontaktsperre_fur_soziale_Kontakte_soziale_Unterstützung_und_ehrenamtliches_Engagement_von_und_fur_ältere_Menschen) (letzter Zugriff: 25.2.2021).

**WEITERFÜHRENDE LITERATUR**

AWMF Ständige Kommission Leitlinien. AWMF-Regelwerk „Leitlinien“. 1. Auflage 2012; [www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk.html](http://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk.html) (letzter Zugriff: 25.2.2021).

Benoy C (Hrsg.). COVID-19. Ein Virus nimmt Einfluss auf unsere Psyche. Stuttgart: Kohlhammer 2020.

- Benkert O, Hippus H. Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie. 13. A. Berlin: Springer 2021.
- Berndt C. Resilienz. Das Geheimnis der psychischen Widerstandskraft. Was uns stark macht gegen Stress, Depressionen und Burn-out. München: dtv 2015.
- Burisch M. Das Burnout-Syndrom. Berlin, Heidelberg: Springer 2014.
- Hergerl U, Niescken S. Depressionen bewältigen, die Lebensfreude wiederfinden. Stuttgart: Trias 2013.
- Johnstone M. Mein schwarzer Hund. Wie ich meine Depression an die Leine legte. München: Kunstmann 2008.
- Johnstone A, Johnstone M. Mit dem schwarzen Hund leben. Wie Angehörige und Freunde depressiven Menschen helfen können, ohne sich dabei selbst zu verlieren. 4. A. München: Kunstmann 2009.
- Meyer TD, Hautzinger M. Ratgeber Manisch-depressive Erkrankungen. Göttingen: Hogrefe 2013.
- PatientenLeitlinie zur Nationalen VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression. 2. Auflage. Version 2. Stand: 12/2016; [www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/nvl-005p\\_S3\\_Unipolare\\_Depression\\_2017-05.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-005p_S3_Unipolare_Depression_2017-05.pdf) (letzter Zugriff: 25.2.2021).

# Erhältlich in Ihrer Buchhandlung oder im Elsevier-Webshop



Was machen Pandemien, Quarantänemaßnahmen, Kurzarbeit und viele andere Veränderungen mit unserer Psyche?

Das Buch gibt Ihnen Hintergrundinformationen und zeigt psychische, psychosomatische und somatische Auswirkungen der generell mit der Pandemie verbundenen Belastungen auf.

Es bietet Ihnen die wichtigsten Fakten zu den häufigsten psychischen Krankheitsbildern. Dabei wird die gegenwärtige wissenschaftliche Kenntnislage in gut verständlicher Form dargestellt.

Anhand von konkreten Fallbeispielen, bei denen die COVID-19-Pandemie Einfluss auf die psychische Gesundheit genommen hat, wird gezeigt, was getan werden sollte, um den Teufelskreis der Belastungen, die mit der langanhaltenden Pandemie verbunden sind, abzumildern.

Das Buch richtet sich an alle Interessierten, Betroffenen und deren Familien, aber auch Therapeuten, die sich mit dieser Thematik auseinandersetzen wollen.

Falls Sie Fragen zum Buch haben sollten, schreiben Sie eine Mail an [pandemie-psyche@elsevier.com](mailto:pandemie-psyche@elsevier.com)

## Psychische Erkrankungen – und die Auswirkungen einer Pandemie

2021. 200 S., 45 farb. Abb., kt.

ISBN: 978-3-437-21702-9 | € [D] 24,- / € [A] 24,70



ELSEVIER

[elsevier.de](http://elsevier.de)