



Hochschule Neubrandenburg  
University of Applied Sciences

Fachbereich Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung  
Studiengang Soziale Arbeit

---

# **Diagnose Depression**

## **Individuelle Herausforderungen in der Alltagsbewältigung**

---

### **Bachelor-Thesis**

zur

Erlangung des akademischen Grades  
Bachelor of Arts (B.A.)

Vorgelegt von: Lina Sophie Wiek  
Erstprüfer: Herr M.A. Social Work Karsten Giertz  
Zweitprüferin: Frau Dipl.-Soz.-Päd. Silke Schwartz

URN-Nummer: urn:nbn:de:gbv:519-thesis2020-0788-3

# Inhaltsverzeichnis

<b>ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS</b> .....	3
<b>ABBILDUNGSVERZEICHNIS</b> .....	4
<b>1 EINLEITUNG</b> .....	5
<b>2 ZIELSETZUNG UND AUFBAU DIESER ARBEIT</b> .....	6
<b>3 DEPRESSIONEN – PSYCHISCHE ERKRANKUNG</b> .....	8
3.1 BEGRIFFSBESTIMMUNG .....	8
3.2 MÖGLICHE URSACHEN EINER DEPRESSION .....	9
3.3 DEPRESSIVE ERKRANKUNGSFORMEN .....	11
3.4 DIAGNOSTIK .....	13
<b>4 DEPRESSIONSBEHANDLUNG</b> .....	17
<b>5 BETROFFENE MENSCHEN IN DEUTSCHLAND – ÜBERBLICK</b> .....	20
<b>6 UMGANG MIT DER ERKRANKUNG</b> .....	25
6.1 WELCHE MÖGLICHKEITEN BESTEHEN IN DER ALLTAGSBEWÄLTIGUNG? .....	25
6.2 INDIVIDUELLE HERAUSFORDERUNGEN ANHAND DER LEBENSWELTORIENTIERUNG .....	30
<b>7 SOZIALE ARBEIT ALS ALLTAGSUNTERSTÜTZUNG</b> .....	39
7.1 HANDLUNGSFELDER IN DER SOZIALEN ARBEIT .....	42
7.2 HILFSANGEBOTE IN DER SOZIALEN ARBEIT FÜR DEPRESSIV ERKRANKTE MENSCHEN .....	44
7.2.1 SOZIALPÄDAGOGISCHE BERATUNG .....	44
7.2.2 SELBSTHILFEGRUPPEN.....	45
7.2.3 KRISENINTERVENTIONEN.....	46
7.2.4 ANGEBOTE VON PSYCHOSOZIALEN DIENSTEN .....	46
<b>8 FAZIT</b> .....	48
<b>ANLAGEN</b> .....	51
<b>LITERATURVERZEICHNIS</b> .....	57

## Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
CIDI	Composite International Diagnostic Interview
DSM-IV-TR	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ebd.	ebenda
f.	und folgende Seite
ff.	und folgende Seiten
Hrsg.	Herausgeber
ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
S.	Seite
WHO	Weltgesundheitsorganisation
vgl.	vergleiche

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Psychobiologisches Modell der Depressionsentstehung.....	10
Abbildung 2: ICD-10, F30 bis F39 – affektive Störungen .....	16
Abbildung 3: Bevölkerungsanteil der an Depressionen Erkrankten.....	21
Abbildung 4: Phasen der Suizidalität.....	29
Abbildung 5: Häufigkeit psychischer Erkrankungen .....	33

# 1 Einleitung

Unsere Erfahrungen mit psychischen Erkrankungen wie die einer Depression, erleben wir im Leben ganz individuell. Je nach Berührungspunkten verknüpfen wir unterschiedliche Erfahrungswerte mit der Thematik Depression.

Depressive Erkrankungen stellen innerhalb unserer Gesellschaft eine der häufigsten Formen von psychischen Erkrankungen dar (vgl. Wittchen 2010, S.7). Depressionen sind nicht vergleichbar mit einer deprimierten Stimmungslage. Vielmehr handelt es sich um psychische Störungen, die es ernst zu nehmen gilt (vgl. Woltersdorf 2011, S.5).

Häufig wird vorschnell geurteilt. Sätze wie, „*Das vergeht wieder!*“ oder „*So wie dir geht es uns allen doch mal*“, hören depressiv erkrankte Menschen aus ihrem Bekanntenkreis oft. Solche Sätze sollten vermieden werden, da sie den Betroffenen nicht helfen. Im Gegenteil: depressiv erkrankte Menschen fühlen sich aufgrund solcher Aussagen nicht ernst genommen und nicht gesehen in ihrer Not.

Die eigenen Zweifel verstärken sich, das Selbstwertgefühl wird schwächer. Die Betroffenen fühlen sich missverstanden und wertlos: „*Wenn es allen so geht, wieso schaffe ich es denn nicht, dass es mir wieder gut geht?*“.

Die Entstehung von Depressionen kann durch prekäre Lebenslagen hervorgerufen werden. Es gibt ätiologische Faktoren, die die Entstehung von Depressionen begünstigen (vgl. Woltersdorf 2011, S.37). Ohne eine professionelle Behandlung und Hilfe durch Ärzte\*innen, Psychologen\*innen und Sozialarbeiter\*innen sind Depressionen nur schwer zu lindern. Die Annahme von professioneller Hilfe, als auch ein stabiles soziales Umfeld, ermöglichen die Bewältigung solcher schwierigen Lebenslagen (vgl. ebd., S.71). Es ist daher von Vorteil, jederzeit jemanden an seiner Seite zu wissen, um starken Rückhalt zu haben. Die Probleme sollten dabei offen angesprochen werden und sollten nicht aus Angst oder Schamgefühl tabuisiert werden.

## 2 Zielsetzung und Aufbau dieser Arbeit

Anhand der Fragestellungen: *„In welchen Lebensbereichen bestehen Probleme in der Alltagsbewältigung für Menschen mit Depressionen?“* und *„Welche Hilfsangebote kann die Soziale Arbeit effektiv anwenden, um Betroffene bei ihren Alltagsherausforderungen zu unterstützen?“*, soll sich im weiteren Verlauf dieser Ausarbeitung ein zielorientierter Lösungsansatz entwickeln.

Die Bachelorarbeit untergliedert sich in drei wesentliche Teile. Der erste Teil verschafft ein grundlegendes Verständnis für die psychische Erkrankung einer Depression und stellt in diesem Kontext notwendiges theoretisches Hintergrundwissen bereit. Darauf aufbauend werden die medizinischen und psychologischen Therapieangebote kurz erläutert. Der Hauptteil dieser Arbeit beschäftigt sich detailliert mit der Frage, wie depressiv erkrankte Menschen mit ihrer Erkrankung im Alltag umgehen und in welchen Lebensbereichen Schwierigkeiten liegen können. Daran anknüpfend werden wesentliche Lebensbereiche und dessen Bewältigung erörtert. Der dritte wesentliche Teil der Arbeit beschäftigt sich mit verschiedenen Hilfsangeboten in der Sozialen Arbeit speziell für depressiv erkrankte Menschen. Ein abschließendes Fazit und ein Ausblick für künftige wissenschaftliche Abhandlungen verhelfen dazu, das bearbeitete Thema abzurunden.

Um ein besseres Verständnis für die Gefühls- und Lebenswelt von Betroffenen zu erhalten, lag es im Interesse der Autorin, Interviews mit depressiv erkrankten Menschen zu führen.

Dafür wurde ein Fragebogen<sup>1</sup> erstellt, welcher auf den Umgang mit Depressionen eingeht, um zu analysieren, in welchen Lebensbereichen (Wohnen, Arbeit, Gesundheit, Soziales, Wirtschaft) besondere Herausforderungen zur Alltagsbewältigung vorliegen. Anhand der Auswertung war vorgesehen, präzise auf die Lebenslage der jeweilig befragten Person einzugehen und die Problemlagen der Befragten miteinander zu vergleichen, um so Missstände zu erkennen. Es sollte herausgefunden werden, welche Angebote in der Sozialen Arbeit ausbaufähig erscheinen und wie neue Strukturen umgesetzt werden könnten. Sowohl Kontaktbeschränkungen während der Coronapandemie als auch der langwierige Prozess der Antragstellung an den Ethikrat,

---

<sup>1</sup> s. Anhang (Fragebogen: Individueller Umgang mit Depressionen)

verhinderten die Durchführbarkeit der Interviews. Somit wurde auf ausgewählte Fachliteratur, Erfahrungsberichte von Sozialpädagogen und anderen sozialen Berufsgruppen zurückgegriffen.

Durch gut gestaltete Film- und Infobeiträge zum Thema Depression auf einigen Portalen im Internet, konnte zusätzlich ein besserer Zugang für das annähernde Verstehen des Krankheitsbildes geschaffen werden (vgl. Deutsche Depressionshilfe & Deutsche Depressionsliga).

## 3 Depressionen – psychische Erkrankung

### 3.1 Begriffsbestimmung

Die Begrifflichkeit *Depression* leitet sich lateinisch von „deprimere“ ab und ist im deutschen Sprachgebrauch mit dem Wort „herunterdrücken“ vergleichbar (vgl. Hametner 2020, S.70). Eine Depression ist eine psychische Störung bzw. eine psychische Erkrankung, die sich durch typische Symptome wie z.B. häufiges Grübeln, eine gedrückte Stimmungslage, dem Gefühl von Hoffnungslosigkeit oder einem verminderten Antrieb der Betroffenen ausdrückt (vgl. Hautzinger 2013, S. 12).

Die Begrifflichkeit einer psychischen Erkrankung definiert die World Health Organization (WHO) wie folgt: „Psychische Störungen stellen Störungen der psychischen Gesundheit einer Person dar, die oft durch eine Kombination von belastenden Gedanken, Emotionen, Verhaltensweisen und Beziehungen zu anderen gekennzeichnet sind. Beispiele für psychische Störungen sind Depressionen, Angststörungen, Verhaltensstörungen, bipolare Störungen und Psychosen.“ (Weltgesundheitsorganisation 2019, Internetquelle). Die psychische Gesundheit ist wichtig für die Lebensqualität eines jeden Menschen. Abhängig davon, ob wir uns psychisch stabil fühlen, können wir Lebenslagen besser einschätzen und überwinden (vgl. Weltgesundheitsorganisation 2019, Internetquelle). Um eine Depression in der Schwere der Erkrankung und der auftretenden Häufigkeit depressiver Episoden richtig einordnen und behandeln zu können, gibt es zwei bekannte Klassifikationssysteme, die die vielfältigen Krankheitsformen einer Depression genau einzuordnen wissen (vgl. Wittchen 2010, S. 8).

Die ICD-10 ist die „internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2021, Internetquelle). In dieser Einteilung werden unter anderem affektive Störungen (depressive Erkrankungen) präzise nach Schweregrad und diagnostischen Kriterien unterschieden. Im Forschungskontext wird sich häufig auch auf das US-amerikanische DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) gestützt (vgl. ebd. S.7).

„Beide Klassifikationssysteme weisen im Hinblick auf Depressionen eine gute Übereinstimmung auf, unterscheiden sich aber geringfügig hinsichtlich der berücksichtigten Symptomgruppen sowie der Schwellenwerte für eine depressive Episode.“ (Wittchen 2010, S.7).

## 3.2 Mögliche Ursachen einer Depression

Bei der Entstehung von depressiven Störungen gibt es nicht die eine Ursache, welche die psychische Erkrankung auslöst. Viele lebensbedingte Faktoren können bei der Entstehung und bei der Auslösung einer depressiven Erkrankung beteiligt sein. Mit den lebensbedingten Faktoren sind (1) biologisch- genetische Faktoren, (2) die psychische Stabilität, als auch (3) das soziale Umfeld gemeint. (vgl. Woltersdorf 2011, S.44)

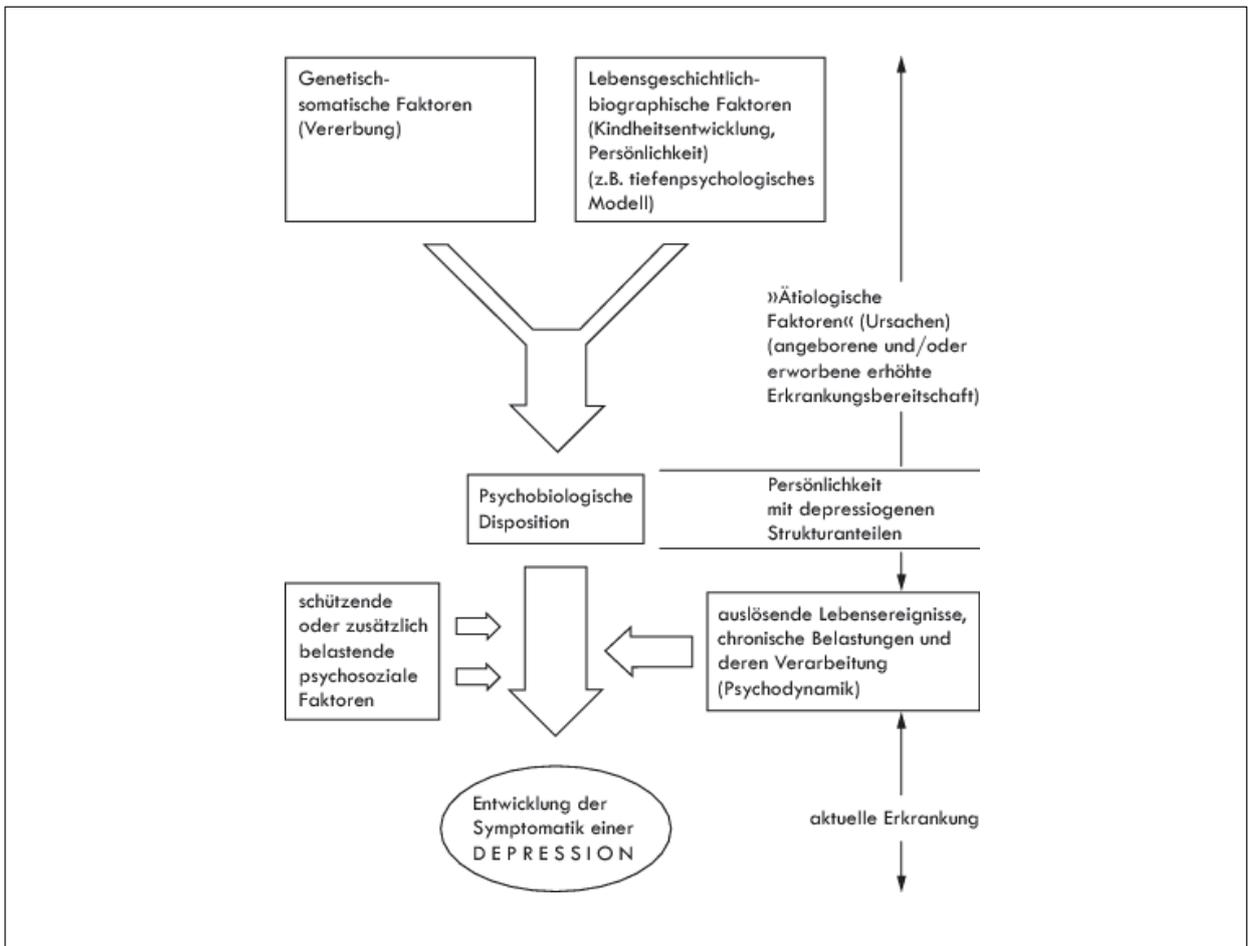
Die Wechselwirkungen der drei lebensbedingten Faktoren können einen starken Einfluss auf die Entstehung von depressiven Störungen haben. Bei den biologischen Faktoren spielen die Neurotransmitter im zentralen Nervensystem, wie Serotonin und Noradrenalin eine bedeutende Rolle. Anhand von neurologischen Untersuchungen wurde festgestellt, dass Menschen mit Depressionen einen erheblichen Mangel an Neurotransmittern aufweisen. Dieser Mangel kann durch Medikamente (=Antidepressiva) jedoch behoben und behandelt werden. Neben den biologischen Faktoren, wozu auch Veränderungen im Hormonsystem und körperliche Erkrankungen häufig zählen können, gilt zu berücksichtigen, dass eine Depression nicht nur durch den einen oder die genannten Faktoren entstehen kann. (vgl. ebd. ff.) Man spricht daher von einem „multifaktoriellen Geschehen“ (Woltersdorf 2011, S.37), bezüglich möglicher Auslöser für die Entstehung einer Depression.

Auch frühkindliche Erfahrungen prägen unsere Selbstwahrnehmung und Selbstliebe. Fühlt sich ein Kind gemocht und von der Familie bedingungslos geliebt, sind die Voraussetzungen besser, sich später selbst wertschätzen zu können. Das Selbstwertgefühl und die Eigenwahrnehmung können durch ungenügend Zuwendung und Aufmerksamkeit der Eltern bereits in frühkindlichen Lebensphasen gestört sein, sodass sich die negative Einstellung über sich selbst immer mehr verfestigt. Viele Menschen mit Depressionen können auch durch lebensbiographische Bedingungen in diese Disposition geraten. Betroffene fühlen sich oft nicht wertgeschätzt und nehmen sich selbst als wertlos wahr. (vgl. ebd. ff.)

Neben lebensbiographischen Bedingungen können auch psychosoziale Faktoren eine belastende Funktion haben und Depressionen auslösen, beispielsweise durch den Verlust der Wohnung und/oder der Arbeitsstelle. Auch durch Beziehungskonflikte oder der Trennung einer Lebensgemeinschaft kann schnell eine Überforderung entstehen, bei der dringende Unterstützung benötigt wird. Sollte die benötigte Unterstützung

ausbleiben, wird die Hoffnungs- und Hilflosigkeit stärker. Somit erhöht sich das Risiko an einer Depression zu erkranken oder eine bereits vorhandene Erkrankung zu verstärken (vgl. Woltersdorf, S.45).

**Abbildung 1: Psychobiologisches Modell der Depressionsentstehung**



(Woltersdorf 2011, S.38)

Das psychobiologische Modell der Depressionsentstehung verdeutlicht den multifaktoriellen Prozess, der dazu beitragen kann, die Symptomatik einer Depression zu entwickeln. Aus den genetisch-somatischen und lebensbiographischen Faktoren kann eine „psychobiologische Disposition“ entstehen, dessen Begriff von Prof. Dr. med. Siegfried Elhardt definiert wurde (vgl. Elhardt 1981, S. 10-14 zit. nach Woltersdorf 2011, S.37).

Psychobiologische Disposition meint, dass durch auslösende Faktoren, eine Veranlagung entsteht, die eine depressive Störung auslösen kann (vgl. Woltersdorf 2011, S.37). Sofern sich zusätzliche Belastungen bemerkbar machen, wie z.B. chronische

Erkrankungen oder krisenhafte Lebenssituationen (Sucht, Verlustängste, Traumata), wirken sich die Faktoren auf die psychobiologische Disposition aus, sodass sich die psychosomatische Bereitschaft, zu erkranken, deutlich erhöht. Neben den genetisch-somatischen Faktoren sind lebensbiographische Faktoren besonders hervorzuheben. (vgl. Woltersdorf 2011, S. 45) Durch medizinische Untersuchungen lässt sich gut erkennen, wo genau der Mangel an Hormonen oder Neurotransmittern im menschlichen Körper besteht. Die Mängel lassen sich durch gezielte Medikamentendosierung gut behandeln. Allerdings nehmen psychosoziale Faktoren, die oftmals ebenso vorhanden sind, viel mehr Zeit und Hilfe in Anspruch. (vgl. ebd. S. 44 f.)

Sich mit dem theoretischen Ansatz der Depressionsentstehung auseinanderzusetzen, kann ein gutes Bewusstsein für Betroffene, Angehörige als auch für Außenstehende schaffen.

### 3.3 Depressive Erkrankungsformen

Depressive Störungen sind vielfältig in ihrer Form der Ausprägung, der Schwere und der Symptomatik. Daher gibt es verschiedene Depressionsformen (vgl. Woltersdorf 2011, S.49). Es wird differenziert in „unipolare endogene Depression und manisch-depressive (bipolare) Erkrankungen, psychogene Depressionen, reaktive und neurotische Depressionen sowie depressive Entwicklungen (Erschöpfungsdepression), (...) und somatogene Depression, bei denen organische und symptomatische unterschieden werden.“ (Woltersdorf 2011, S. 49-50)

#### *Endogene Depression*

Endogen bedeutet, von innen heraus entstanden. Bezugnehmend auf die psychische Erkrankung wirkt sich die Depression in „körperbezogener Symptomatik“ aus (vgl. Woltersdorf 2011, S.51). Zu den endogenen Depressionen gehören die unipolare Depression und die bipolare (manisch-depressiv) Depression.

Im Gegensatz zur bipolaren Störung ist die **unipolare Depression** ohne manische Phasen gekennzeichnet. Die unipolare Depression zeigt eine gedrückte Stimmungslage über langwierige Zeiträume (vgl. ebd.).

Was die **bipolare Störung** von anderen Depressionsformen unterscheidet, ist die vorhandene Manie, die sich phasenweise oder auch episodewise ausprägt, sich wieder abschwächt und einen Stimmungswechsel von manisch zu depressiv zeigt. In

der Manie nehmen Betroffene die eigenen Gefühle, Gedanken und Ideen intensiver und euphorischer wahr als in Phasen der gedrückten Stimmung. Das Lebensgefühl wird in der Manie enorm gehoben, sodass die Stimmung von übersteuertem Selbstvertrauen und Selbstüberschätzung bis hin zu „wahnhaften Größenphantasien (z.B. der „Kaiser vom Mars“ zu sein, der auf der Welt blaue Luftballons für seine Kinder einkauft), mit gesteigerter Unternehmungslust einhergeht“. (Woltersdorf 2011, S. 51)

### *Psychogene Depression*

Bei der psychogenen Depression besteht ein Zusammenhang zwischen seelischen Belastungen (auslösende Lebensereignisse, chronische Belastungen und deren Verarbeitung) und depressiver Symptomatik. Hier werden Depressionen in reaktive Depression, depressive Entwicklung (auch bekannt als Erschöpfungsdepression) und die neurotische Depression (auch bekannt als Dysthymia) kategorisiert (vgl. Woltersdorf 2011, S. 51).

### *Somatogene Depression*

Somatogene Depressionen treten bei körperlichen Erkrankungen auf, wie zum Beispiel bei der Demenz, bei Krebserkrankungen oder Suchterkrankungen. Durch die Diagnose einer schweren körperlichen Erkrankung können psychische Belastungen Depressionen als Begleiterkrankung auslösen (vgl. ebd. S. 53 f.).

Neben den erläuterten Zuordnungen von depressiven Episoden gibt es weitere Erkrankungsformen, die auf die jeweilige Lebenslage eines Menschen oder auch das jeweilige Lebensalter zurückzuführen sind (Altersdepression, Armut, Depressionen im Kinder- und Jugendalter, Komorbidität, Lebenswandel etc.) (vgl. Woltersdorf, S.55 ff).

### **Verlauf einer depressiven Episode**

Depressive Erkrankungen haben überwiegend einen episodischen Verlauf mit einem länger andauernden symptomfreien Zeitintervall (vgl. Wittchen 2010, S. 12).

Die Dauer einer depressiven Episode ist variabel. Unbehandelte Depressionen dauern wesentlich länger an als Depressionen mit Inanspruchnahme einer medikamentösen oder psychotherapeutischen Behandlung. Depressionen können wiederkehren. Bei „bis zu 80% der Patientinnen und Patienten erleben wir weitere depressive Episoden in den

nachfolgenden Jahren. Bei 15-30% aller Patient\*innen wird davon ausgegangen, dass sich eine chronische Depression entwickelt (Dauer 2 Jahre und länger)“ (Wittchen 2010, S.12). Durchschnittlich erleiden Patient\*innen fünf bis sechs depressive Episoden im Krankheitsverlauf von zwanzig Jahren. Die Episoden können im Laufe der Zeit an Schwere zunehmen. Akute depressive Phasen schränken Betroffene massiv in ihrer Leistungsfähigkeit ein, sodass auch eine Arbeitsunfähigkeit entstehen kann. Durch die Antriebshemmung kann in einigen Fällen eine Bewegungsunfähigkeit (Stupor) vorhanden sein. (vgl. ebd., S. 12)

### 3.4 Diagnostik

Die Komplexität, die Depressionen in ihrer Ätiologie der Depressionsentstehung und in der Vielseitigkeit von Erkrankungsformen beinhaltet, finden wir auch in der Diagnostik.

Die klinische Diagnostik von depressiven Störungen wird unter der Anwendung der diagnostischen Kriterien nach ICD-10 oder DSM-IV bemessen (vgl. Wittchen 2010, S.7). Dafür werden verschiedene Verfahren eingesetzt, wie zum Beispiel diagnostische Interviews. Ein bekanntes Diagnoseinterview der Weltgesundheitsorganisation (WHO), ist das Composite International Diagnostic Interview (CIDI) in dem unter anderem die Belastung der psychischen Störung ermittelt wird (vgl. ebd., S. 12).

Nachdem DSM-IV-TR bestehen die Kriterien für die Diagnose einer depressiven Episode<sup>2</sup> aus *mindestens fünf Symptomen*, die *mindestens zwei Wochen* andauern und eine Veränderung zu der vorherigen Leistungsfähigkeit beinhalten.

Zu den Symptomen einer depressiven Episode zählen: depressive Verstimmungen, verminderte Freude oder vermindertes Interesse an Aktivitäten, Gewichtsverlust, Schlafstörungen, Unruhe oder Verlangsamung, Müdigkeit oder Energieverlust, das Gefühl von Wertlosigkeit oder unangemessene Schuldgefühle, verminderte Konzentrations- und Entscheidungsfähigkeit, Gedanken an den Tod (Suizidalität).

Eines der beiden Symptome (1) (depressive Verstimmung) oder (2) (Verlust der Lebensfreude und Interessen) *muss vorhanden sein*, um von einer depressiven Episode sprechen zu können.

---

<sup>2</sup> s. Anhang (**Abbildung**, Kriterien einer depressiven Episode)

Außerdem zielt die Symptomatik nicht auf andere psychische Störungen ab, wie zum Beispiel die einer bipolaren Störung. Die Symptome verursachen Leiden und Beeinträchtigungen in verschiedenen Lebensbereichen. Sie gehen selten auf die Wirkung einer Substanz zurück (Drogen, Medikamente). Die Symptome lassen sich nicht aus einer Trauersituation heraus erklären. (vgl. Wittchen 2010, S. 9 f.)

All diese Kriterien gilt es bei dem Diagnoseverfahren einer depressiven Episode zu beachten.

Depressionen können sich durch körperliche Beschwerden bemerkbar machen, die vorerst nicht auf eine psychische Erkrankung hinweisen müssen (vgl. Hautzinger 2013, S. 31). Betroffene schildern ihrem Hausarzt häufig körperliche Symptome, wie Schlafstörungen, Appetitlosigkeit oder Rückenschmerzen (vgl. ebd., S. 30 f.). Allgemeinmediziner\*innen als auch Patient\*innen beachten dabei häufig nicht, dass solche Symptome Anzeichen einer Depression sein können (vgl. ebd., S. 31).

### **Der 5 Screening-Fragebogen**

Das Screening-Instrument der WHO, der sogenannte 5-Screening-Fragebogen zum Wohlbefinden, wurde entwickelt, um schnell und einfach zu erkennen, ob eventuell eine Depression vorliegen kann (vgl. Hautzinger 2013, S.31).

Anhand von fünf Fragen über das individuelle Wohlbefinden des Patienten/ der Patientin kann durch Skalierungen eingeschätzt werden, wie hoch das Potenzial ist, eventuell an einer depressiven Episode zu erkranken. Die Fragen zielen auf die Stimmung der letzten zwei Wochen ab, zum Beispiel auf Stimmungsverhältnisse wie Freude, Ruhe und Energie. Zu beachten ist einerseits, ob Patient\*innen sich am Morgen ausgeruht fühlen und andererseits, ob sie im Alltag Interesse an Aktivitäten haben.

Eine kritische Grenze für eine wahrscheinliche Depression ist erreicht, wenn die Summe der Antwortpunkte einen Rohwert<sup>3</sup> von unter vierzehn Punkten beträgt. Ist der Grenzwert unterschritten, sollte eine fachärztliche Diagnostik eingeleitet werden (vgl. ebd.).

---

<sup>3</sup> = zusammenfassender Messwert in der psychologischen Diagnostik

Nach Wittchen ist es umstritten, dass durch die fünf Fragen des Screening-Fragebogens eine wahrscheinliche Diagnose getroffen werden kann (vgl. Wittchen 2010, S.13).

„Fragebögen bilden zwar gut das aktuelle erlebte Ausmaß an Depressivität ab; dieses ist jedoch diagnostisch unspezifisch und spiegelt in erster Linie die Befindlichkeit wider“ (Wittchen 2010, S. 13).

Aus diesen Gründen dient der Fragebogen den Patient\*innen schon als mögliche Erkenntnisannahme, jedoch nicht im klinischen Diagnosekontext. Sofern die Annahme besteht, sollte sich der Patient/ die Patientin professionelle Hilfe suchen (psychologische Beratung), um dem Verdacht einer depressiven Episode nachgehen zu können (vgl. Hautzinger 2013, S. 31).

Der Schritt, sich in psychologische Behandlung zu begeben, fällt vielen Betroffenen schwer, entweder aus Schamgefühl oder auch wegen fehlenden Antriebes. Die Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen innerhalb unserer Gesellschaft ist omnipräsent. Die Gesellschaft, in der wir leben, gibt uns vor, wie wir zu funktionieren haben. Sobald jemand nicht mehr funktionieren kann, wird dieser als schwach oder schwächer stigmatisiert. Es ist wichtig, betroffene Menschen in der Annahme der Hilfe zu unterstützen, hinsehend auf die Bedürfnisse und die Ressourcen des Einzelnen. (vgl. Bundesärztekammer,

URL:<https://www.bundesaerztekammer.de/aerztetag/beschlussprotokolle-ab-1996/109-daet-2006/punkt-ii/stigmatisierung/stigmatisierung-i/> , Internetquelle).

### **Klassifikation affektiver Störungen**

In der fachpsychologischen Diagnostik werden die standardisierten Klassifikationsmodelle (ICD-10 und DSM-IV-TR) angewendet.

Für eine klare Übersicht von der Klassifikation der affektiven Störungen, insbesondere in Hinsicht auf depressive Episoden und depressive Störungen, dient das Klassifikationsmodell nach ICD-10 in den Gruppierungen von F30 bis F39 als ein geeigneter Überblick (vgl. Wittchen 2010, S.7):

## Abbildung 2: ICD-10, F30 bis F39 – affektive Störungen

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 hypomanische 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 Zykllothymia
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	

(Wittchen 2010, S.8)

Eine Sammelbezeichnung für unterschiedliche Formen von depressiven und manisch-depressiven Erkrankungen (auch bipolare Erkrankungen genannt, siehe ICD-10: F30-F31), sind sogenannte affektive Störungen (vgl. Wittchen 2010, S. 7). „Bei diesen stehen klinisch-bedeutsame und beeinträchtigende Störungen von Affekt, Stimmung und damit einhergehenden Kognitionen im Vordergrund des Störungsbildes“ (Wittchen 2010, S.7).

Die Ausführungen dieser Arbeit beziehen sich insbesondere auf die Kategorien von F32 bis F39: depressive Episode, rezidivierende depressive Störung, anhaltende affektive Störung, andere affektive Störungen sowie die nicht näher bezeichnete affektive Störung.

## 4 Depressionsbehandlung

In der heutigen Zeit lassen sich Depressionen gut behandeln. Es gibt eine Vielzahl an Therapiemöglichkeiten, welche Betroffenen helfen, mit der Erkrankung umzugehen und die Symptomatik zu lindern (vgl. Woltersdorf 2011, S.71).

Es sollte individuell eine geeignete Therapieform von den behandelnden Ärzt\*innen und den Patient\*innen gefunden werden, die effektiv an die körperlichen und psychischen Auswirkungen der Depression und die Schwere der Depressionsform angepasst werden. Betroffene Menschen können ambulant oder stationär Hilfe erhalten. (vgl. ebd., S.71)

Die Entscheidung trifft der Behandler/ die Behandlerin gemeinsam mit der depressiv erkrankten Person. Aufgrund von Vorurteilen und der Distanzierung aus dem Alltagsleben stellt die stationäre Aufnahme in eine psychiatrische Klinik oft eine Barriere dar.

Therapieangebote werden in biologisch-körperbezogene, psychotherapeutische und psychoedukative sowie soziotherapeutische Maßnahmen (vgl. ebd.) eingeteilt:

### *Biologisch-körperbezogene Therapieangebote*

Zu den biologisch-körperbezogenen Therapieangeboten gehören die Psychopharmakotherapie (Antidepressiva), allgemein medikamentöse Therapien, die Lichttherapie, die Elektrokrampf-Therapie und auch die vielversprechende Esketamin-Infusionstherapie, als neueste Therapieform (vgl. Woltersdorf 2011, S.72).

### *Psychotherapeutische Angebote*

In der psychotherapeutischen Behandlung können kognitive Verhaltenstherapien, Psychotherapie, Familien- und Angehörigenarbeit und Psychoedukation helfen (vgl. Woltersdorf 2011, S. 72).

Im Bereich der Psychotherapie erleben wir, dass der Bedarf an Behandlungen höher ist als die Kapazität an Psychotherapeut\*innen. Manche Betroffene müssen ein halbes Jahr oder auch länger auf einen Therapieplatz warten. Das ist ein großes Problem für die Betroffenen. Sie fühlen sich mit ihren Ängsten und Sorgen allein gelassen. (vgl. BR24, URL:<https://www.br.de/nachrichten/deutschland-welt/mangelware-psychotherapie-immer-laengere-wartezeiten>,SOREx1v ,Internetquelle).

Eine depressiv erkrankte Frau beschreibt die Situation wie folgt: *„Man tut sich mit Depressionen eh schon schwer, wieder aus dem Loch rauszukommen. Und wenn das dann so lange dauert, ohne dass man Hilfe hat? Dann wird es von Tag zu Tag einfach schlimmer, wirklich bis hin auch zur Selbstverletzung oder suizidalen Gedanken. Es ist sehr eng dann manchmal“* (BR24 2021, Internetquelle).

Diesen Mangel gilt es, politisch und sozialwirtschaftlich zu beheben, beispielsweise durch verkürzte Studienzeiten in der Ausbildung zum/zur Psychotherapeut\*in, mehr Kostenübernahmen der Krankenkassen oder auch durch die Gestaltung von alternativen Anlaufstellen sowie die Einrichtung von Krisentelefonen.

### *Soziotherapeutische Angebote*

Soziotherapeutische Maßnahmen, wozu auch die Sozialarbeit zählt (vgl. Woltersdorf 2011, S.72), sind ebenso wichtig, wie die medizinische und psychologische Behandlung. Zu den soziotherapeutischen Angeboten gehören Selbsthilfegruppen, Angehörigenarbeit, sozialarbeiterische Beratung in verschiedenen Lebensbereichen (vgl. ebd.). Selbsthilfegruppen bieten einen geeigneten Rahmen für Betroffene, sich untereinander auszutauschen, um sich nicht allein mit ihrem Problem zu fühlen. In der Gruppe wird jeder Person schnell bewusst, dass sie von den anderen Teilnehmenden verstanden und gehört wird. Betroffene können Erfahrungen austauschen, sich gegenseitig Ratschläge geben und miteinander an Problemlösungen arbeiten. Doch nicht nur Selbsthilfegruppen eignen sich als nützlicher Umgang mit depressiven Episoden. Allgemein bildet die Soziale Arbeit einen wesentlichen Bestandteil für die Auseinandersetzung der Erkrankung in der Lebenswelt von Betroffenen.

Sozialarbeiterische Institutionen bieten Obdach, sozialpädagogische Angebote, Hilfen für spezifische Problemlagen, psychosoziale Beratungsgespräche, krisenhafte Problembewältigung. Die Soziale Arbeit dient gleichzeitig als Netzwerk und kommunikationsunterstützende Perspektive zwischen den Klient\*innen und dem gegebenen Umfeld (Angehörige, Behörden, Ämter, Postbearbeitung, Terminbegleitungen, Weitervermittlung etc.). Durch die sozialpädagogische Unterstützung kann das alltägliche Leben der Klient\*innen wesentlich entlastet werden. Diese soziale Entlastung von Verpflichtungen schafft Freiraum für die Fokussierung auf die eigene Gesundheit.

In diesem Kontext ist es unabdingbar, eine wohlwollende Balance zwischen Unterstützung und Anleitung zu finden, ganz nach der Idee der *Hilfe zur Selbsthilfe*:

„Die professionelle „Hilfe“ soll demnach die Adressatinnen und Adressaten befähigen, die Bearbeitung ihrer sozialen Probleme nach einem Impuls durch Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter früher oder später selbst in die Hand zu nehmen“ (Hill 2012, S. 14).

Ergänzende Therapieformen, die einen entspannenden Effekt auf die Psyche haben können, sind die Ergotherapie, Kunst- und Maltherapie, Musiktherapie, Sport- und Bewegungstherapie, Körpertherapie, Entspannungsmethoden, Massagen, Gymnastik (vgl. Woltersdorf 2011, S.72).

Die Therapieformen bieten eine Möglichkeit zur Wiedererlangung beziehungsweise des Ausbaus der Handlungsfähigkeit der Patient\*innen. Gerade bei depressiv erkrankter Klientel steht die Anhebung des Aktivitätsniveaus, die Selbstwertsteigerung als auch die Interessensförderung im Mittelpunkt.

## 5 Betroffene Menschen in Deutschland – Überblick

Die psychische Erkrankung der Depression tritt innerhalb unserer Gesellschaft häufig auf. Etwa **6,2 Millionen Menschen in Deutschland** haben die Diagnose einer depressiven Erkrankung, die einer professionellen Diagnostik und Behandlung bedarf (vgl. Hametner 2020, S.72).

Die Dunkelziffer dürfte größer sein, da viele depressive Episoden oft nicht diagnostiziert sind (vgl. Hammer & Plößl 2012, S. 80). Eine genaue Schätzung der Anzahl depressiver Verfassungen in Bezug auf die Art und Form ist daher äußerst schwierig. Untersuchungen ergaben<sup>4</sup> jedoch, dass etwa 5% der Gesamtbevölkerung an depressiven Störungen leiden, wobei ein jährlicher Zuwachs von etwa 1-2% Neuerkrankungen (Inzidenz) zu verzeichnen ist (vgl. Northoff 2013, S. 216-217).

Die Folgen von Depressionen werden unterschätzt. Laut Statistischem Bundesamt suizidierten sich im Jahr 2015 mehr als 10.000 Menschen. Im Vergleich dazu sind rund 3.500 Menschen durch einen Verkehrsunfall und 1.200 Menschen durch Drogenmissbrauch verstorben (vgl. Statistisches Bundesamt 2017, S.2 Internetquelle). In den meisten Fällen war die Behandlung der Depression unzureichend, sodass Betroffene keinen anderen Ausweg mehr sahen als einen Suizid zu begehen, um ihrem Leiden ein Ende zu setzen (vgl. Deutsche Depressionshilfe 2018, S.1 Internetquelle). Die Behandlungsquote<sup>5</sup> affektiver Störungen liegt bei 50% in ambulanten, stationären oder psychotherapeutischen Diensten. Bundesweit unterscheidet sich die Behandlungsquote. Das liegt an den örtlichen Institutionen und dessen Kapazitäten und an den Hilfsangeboten des Wohnorts. Ländliche Regionen haben schlechtere Anbindungen an Institutionen. (vgl. Wittchen 2010, S. 32)

In Deutschland sind derzeit „11,3 % der Frauen und 5,1% der Männer erkrankt. Frauen leiden damit etwa doppelt so häufig an Depression wie Männer. Insgesamt sind im Laufe eines Jahres 8,2 % der deutschen Bevölkerung erkrankt“ (Deutsche Depressionshilfe 2018, S. 1 Internetquelle).

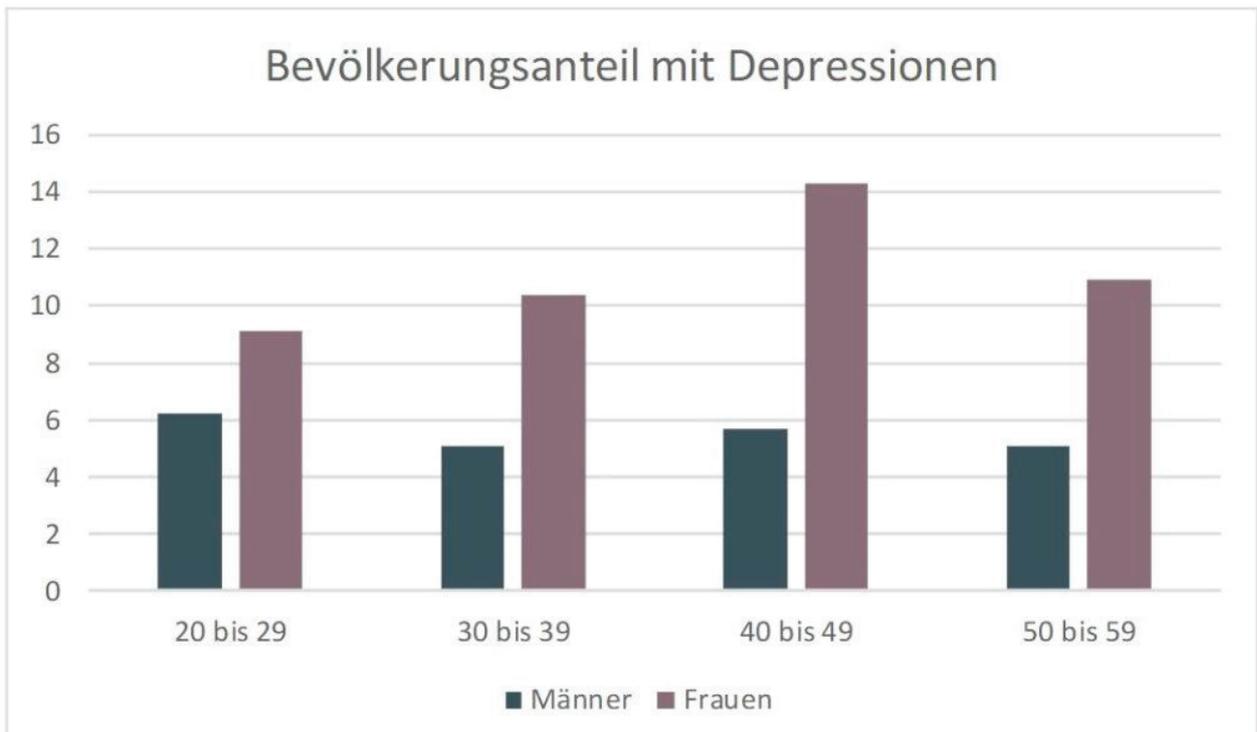
Die nachstehende Abbildung 3 verbildlicht den Bevölkerungsanteil der an Depression Erkrankten.

---

<sup>4</sup> bezogen auf einen bestimmten Stichtag

<sup>5</sup> s. Anhang (**Abbildung Schätzung der diagnostischen und therapeutischen Defizite**)

**Abbildung 3: Bevölkerungsanteil der an Depressionen Erkrankten**



(<https://www.stress-auszeit.ch/depression/> [Stand: 26.05.2021])

Anhand der Darstellung ist der geschlechtsspezifische Unterschied deutlich erkennbar. Besonders im mittleren Lebensalter von 40 bis 49 Jahren ist der Unterschied zwischen Mann (knapp 6%) und Frau (über 14%) groß. Dass Frauen häufiger betroffen sind als Männer, mag daran liegen, dass die Hormonschwankungen bei Frauen (bedingt durch die Anti-Babypille, andere Verhütungsmethoden, Wechseljahre) ein deutlich erhöhtes Risiko darstellen, an einer depressiven Episode zu erkranken.

### **Soziokulturelle Faktoren**

Außerdem haben Frauen eine hohe Rollenerwartung innerhalb der Gesellschaft und des sozialen Umfelds. Frauen haben mehrere soziale Rollen/Funktionen inne (Arbeiterin, Mutter, Versorgerin, Erzieherin, Freundin, Ehepartnerin, Tochter, ...), die ihnen viel Energie abverlangen. Natürlich haben Männer und divers geschlechtliche Menschen ebenso soziale Rollen und Rollenerwartungen innerhalb der Gesellschaft und des sozialen Umfelds. Die Erwartungen beziehen sich auf weniger Rollenbilder als bei Frauen, sodass das soziale Stresslevel geringer ist, den Erwartungen gerecht zu werden.

Gerade bei Themen wie Emanzipation, Gleichberechtigung, gleichzeitige Familienplanung und berufliche Karriere, Aussehen etc., zeigt sich, dass Frauen sich immer wieder neu definieren und identifizieren müssen, um von der Gesellschaft als starke emanzipierte Frau, die alles managen kann (Familie, Karriere, Haushalt), angesehen zu werden (vgl. Spieß 1988, S. 15).

Wenn man sich vor Augen hält, wie häufig Depressionen auftreten, wird klar, dass niemand davor gefeit ist, an einer depressiven Störung zu erkranken.

Soziokulturelle Faktoren wirken sich auf die psychische Gesundheit der Allgemeinbevölkerung aus. Wir leben in einer Leistungsgesellschaft<sup>6</sup>, in der das Nicht-Funktionieren-Können kaum Berücksichtigung findet. Sobald ein Mensch mit einer psychiatrischen Diagnose arbeitsunfähig ist, reagieren Menschen zum Teil unsensibel auf die vorhandene Arbeitsunfähigkeit. Damit sind Vorurteile, wie zum Beispiel: „Du hast doch nur keine Lust arbeiten zu gehen“ oder „Krank siehst du jetzt aber nicht aus!“ gemeint. Für Außenstehende scheint diese Situation nicht nachvollziehbar, da sie den Prinzipien der gesellschaftlichen Normen (u.a. Prinzipien der Leistungsgesellschaft) widerspricht. Anstelle von „Gehorsam und Disziplin sind demnach in der modernen Gesellschaft Entscheidungsfähigkeit und persönliche Initiative getreten. Das Individuum wird an Tatkraft und Initiative gemessen, die es somit unter Beweis zu stellen hat. Dies bewirkt einen erschöpften, depressiven Zustand vieler Menschen“ (Ingenkamp 2012, S.20).

### **Gemeinnützige Organisationen in Deutschland**

Die 2008 in Leipzig gegründete Stiftung „Deutsche Depressionshilfe“ leistet einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der Versorgung von depressiv erkrankten Menschen. Das Ziel, welches die Stiftung verfolgt, ist, „die Erfolge auf dem Gebiet der Erforschung der Krankheit Depression und der Optimierung der Versorgung langfristig zu sichern und weiterzuentwickeln“ (Deutsche Depressionshilfe: Entstehung, Internetquelle). Das „*Deutsche Bündnis gegen Depression e.V.*“, das mit der Deutschen Depressionshilfe kooperiert, koordiniert Angebote und Aktivitäten für die Aufklärung über die Erkrankung in der Gesellschaft. Die Deutsche Depressionshilfe unterstützt und berät über 85 Regionen und Städte in Deutschland für Öffentlichkeitsarbeiten und Projekte

---

<sup>6</sup> Definition Leistungsgesellschaft: „Unter einer Leistungsgesellschaft wird eine Gesellschaft verstanden, in der Status, Einkommen und Einfluss der Individuen von den gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Leistungen abhängen“ (Prof. Dr. Krämer 2018, Internetquelle)

(vgl. ebd.). Betroffene und Angehörige können sich über das Hilfe-Telefon informieren und offen gebliebene Fragen klären. Möglich ist auch, sich über die Internetadresse: [www.deutsche-depressionshilfe.de](http://www.deutsche-depressionshilfe.de) vielseitige Informationen rund um das Thema Depression anzuschauen. Themen sind unter anderem: Wo finde ich Hilfe? (mit dem Verweis auf Notrufnummern, Klinikadressen und Krisendienste) (vgl. Deutsche Depressionshilfe: Wo finde ich Hilfe?, Internetquelle).

Die Gestaltung der Internetseite bietet einen überschaubaren und gut strukturierten Überblick für Interessierte. Das Online-Diskussionsforum beinhaltet Themen bezüglich der Schwierigkeiten und Belastungen, welche Betroffene und Angehörige haben. Innerhalb des Forums können sich alle miteinander austauschen, sozusagen wie eine Art Selbsthilfegruppe als Online-Variante. In der anhaltenden Covid-19 -Pandemie ist es eine geeignete Methode, seinen Frust abzubauen zu können und den ein oder anderen Ratschlag mitzunehmen. Deutschland hat ein breites und vielfältiges Angebot an sozialen Einrichtungen, sozialen Trägern und sozialen Organisationen (vgl. Deutsche Depressionshilfe, Wo finde ich Hilfe? Online-Foren, Internetquelle).

Weitere Verbände, die sich bundesweit sozial für Menschen mit psychischen Erkrankungen engagieren, sind zum Beispiel das Aktionsbündnis Seelische Gesundheit, der Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (BApK), das Nationale Suizid Präventions Programm, die Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V. (DGBS), Arbeitskreis Leben, die Diakonie, der deutsche Caritasverband (DCV), der Sozialverband VdK Deutschland und die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) (vgl. Deutsche Depressionsliga: Organisationen und Verbände rund um psychische Erkrankungen, Internetquelle).

### **Die Mitte der Nacht**

Das interaktive Film- und Medienprojekt über Depressionen „*Die Mitte der Nacht*“ wird ebenfalls von der Stiftung der Deutschen Depressionshilfe koordiniert. Ärztgruppen, Betroffene und Angehörige geben der psychischen Erkrankung eine Stimme. Sie schildern Auswirkungen, Erfahrungen und den individuellen Umgang mit Depressionen. Durch kurze Interviews zu Themen wie: Selbsthilfe, Depression und Coronapandemie oder Depression und Partnerschaft geben Betroffene einen Einblick in ihre Umgangsstrategien mit der Erkrankung und dessen Bewältigung im alltäglichen Leben.

Depressionen sind vielfältig, sodass kein einheitliches Schema gefunden werden kann, um mit den Erkrankungen ganzheitlich umzugehen. Individuelle Bedürfnisse und Interessen können helfen, mit der Erkrankung besser umzugehen. Das Zitat einer Betroffenen im Interview schildert ihre individuelle Bewältigung von depressiven Phasen: *„Was mir guttut, wenn ich in einer Depression bin, ist wirklich ganz laut Musik zu hören. Ich gehe gerne zum Sport, um eben mega laut auf dem Laufband dann Musik zu hören. Und dann eben voll drin aufzugehen (...) also das hilft mir echt immer. Denn die Musik, die bewegt ganz viel in mir“* (Die Mitte der Nacht: Vorbeugung & Selbsthilfe, Internetquelle).

## 6 Umgang mit der Erkrankung

Jede betroffene Person erlebt die Erkrankung und den Umgang anderer Menschen mit dieser individuell. Für einen guten eigenen Umgang mit Depressionen beziehungsweise depressiven Episoden im Alltag, gilt es herauszufinden was einem guttut. Welche Dinge bringen mich voran? Was gefällt mir? Wie kann ich es schaffen, mich selbst zu motivieren?

Sollten diese Fragen sich nicht vom Betroffenen selbst beantworten lassen, kann dieser sich Hilfe suchen, wie zum Beispiel bei Psychologen\*innen, bei Angehörigen oder bei sozialpädagogischen Einrichtungen / Angeboten (Selbsthilfegruppen, psychosoziale Beratung). In regelmäßig stattfindenden intensiven Gesprächen können individuelle Ressourcen entdeckt und gefördert werden, sodass Betroffene ihren Alltag gezielt strukturieren können.

### 6.1 Welche Möglichkeiten bestehen in der Alltagsbewältigung?

Mit der wirksamen Unterstützung psychisch erkrankter Menschen beschäftigen sich die Psychologen\*innen und Psychotherapeuten\*innen Dr. Matthias Hammer und Dr. Irmgard Plößl in ihrem Buch „Irre verständlich“ (vgl. Hammer & Plößl 2012). In diesem Buch werden insgesamt acht psychische Erkrankungen näher beleuchtet, darunter auch die psychische Erkrankung einer depressiven Episode (Depression).

Wichtig für Betroffene ist es, eine Person im näheren Umfeld zu haben, die **Wertschätzung** für die betroffene Person entgegenbringt. Die **Hoffnung** und der Glaube an einen Ausweg aus der Krise, geben den Betroffenen viel Kraft. Es ist daher ebenso wichtig, sich als Angehöriger und auch als professionelle(r) Helfer/Helferin, der Wirkung dieses Verhaltens bewusst zu sein (vgl. Hammer & Plößl 2012, S.90).

Das Nicht-Funktionieren-Können bereitet vielen depressiv erkrankten Menschen große Schwierigkeiten und zusätzlichen psychischen Stress. Gerade im Alltag bestehen Barrieren, die aus eigenem Antrieb kaum überwunden werden können. Beispielsweise können Anrufe oder Terminabsprachen per Telefon nicht aus eigener Kraft getätigt werden. Das ist für Außenstehende nur schwer nachvollziehbar, da es als

selbstverständlich gilt, sich selbst helfen zu können (vgl. ebd. f.). Doch die Bewältigung alltäglicher Angelegenheiten ist von Betroffenen stark eingeschränkt. Viele Anforderungen können nicht erfüllt werden. Dadurch entstehen Misserfolge, die Betroffene in ihrer Annahme bestärken, nicht gut genug zu sein. Aus diesem Gedankenkarussell gilt es, herauszubrechen. Die Unterstützung von Außenstehenden, also Familie, Freunden\*innen, Therapeuten\*innen ist zentral für das Ausbrechen aus dem Gedankenkonstrukt: Nicht gut genug zu sein für diese Welt (vgl. ebd. S. 91).

Neben der Unterstützung aus dem sozialen Umfeld, sind auch Tagesziele oder Planungen für Aktivitäten ratsam. Dadurch können Ziele und Tätigkeiten umgesetzt werden. Betroffene lernen kleinschrittig, Erfolge zu schätzen, z.B. durch gemeinsame Einkäufe, die schrittweise selbstständiger werden. Allerdings soll keine Überforderung entstehen, sondern ganz individuell auf die Bedürfnisse des Klienten/ der Klientin eingegangen werden. Eine Überforderung kann einen innerlichen Druck auslösen, der die Gedanken- und Gefühlswelt negativ beeinflussen kann. Es ist sinnvoll, Schwierigkeiten einzuplanen, jedoch sollte erlernt werden, zu wissen, wie man mit den Schwierigkeiten im Nachhinein umzugehen hat (vgl. Hammer & Plößl 2012, S.92).

Auch Medikamente, sogenannte *Antidepressiva*, können in ihrer Wirksamkeit dem Klienten/der Klientin helfen, wieder mehr Freude zu empfinden und Motivation/Kraft zu schöpfen. Symptome können durch die Einnahme gelindert werden. Die Medikamente unterscheiden sich in ihrer Wirkung und Nebenwirkung. Sie werden unter fachärztlicher Betreuung verordnet und sollten durch psychosoziale Angebote und Psychotherapie unterstützt werden (vgl. ebd. S.94). Die medizinische, psychologische und sozialarbeiterische **Annahme von Hilfe** bieten eine Basis, sich mit sich selbst und dessen Lebensbewältigung auseinanderzusetzen.

Um sich bewusst zu werden, was einem guttut, empfiehlt es sich, Listen anzufertigen, die Aufschluss darüber geben, welche Aktivitäten man gerne ausübt. Positive Effekte, die kurzzeitig die Stimmung anheben, gilt es herauszufinden. Die Inhalte aus der Liste werden in einen Wochenplan eingebaut, sodass Klient\*innen feststellen können, ob ihnen diese Aktivität guttut oder nicht. Beispiele für Aktivitäten mit **positiven Stimmungsveränderungen** können sein: Freunde treffen, Musik hören, Malen, Spaziergänge oder Entspannungsübungen im Alltag. (vgl. ebd. S. 98)

Die Erkenntnis, welche Aktivitäten für die Stimmungslage von Vorteil sind, kann bei negativen Gedanken helfen, eine Ablenkung zu erzielen. Depressive Episoden werden oft durch negative Gedanken bestimmt. Jeder Betroffene geht anders mit diesen

Gedanken um. Hilfreich kann es sein, die negativen Gedanken aufzuschreiben, um mehr Abstand davon zu gewinnen (vgl. ebd. ff.).

Wie bereits oben erwähnt, hilft ein Wochenplan, **Struktur in den Alltag** zu bringen, welche sich über mehrere Wochen verfestigen sollte.

Der Plan sollte sich zusammensetzen „aus Aktivitäten zur Alltagsbewältigung (z.B. Zimmer aufräumen, Einkaufen), sozialen Aktivitäten (z.B. ein Telefonat mit einer Freundin, dem Besuch bei Bekannten) und positiven, genussvollen Aktivitäten (z.B. DVD ansehen)“ (Hammer & Plößl 2012, S.100).

Einen ebenso guten Effekt für die Alltagsbewältigung von Betroffenen haben Menschen, die uns nahestehen und uns guttun. **Familiäre und freundschaftliche Unterstützungen** im Alltag sind für Betroffene erleichternd. Beispielsweise können Betroffene mit der/dem Freundin/Freund gemeinsam einkaufen gehen, weil es allein unmöglich erscheint. Oder ein Arzttermin steht an und der Partner/die Partnerin begleitet den Betroffenen dorthin. Nicht viele Menschen haben das Glück, einen stabilen, sozial engagierten Freundes- und Familienkreis zu pflegen. Häufig berichten depressiv erkrankte Menschen, dass sie sich allein fühlen und in ihrer Not nicht gesehen werden (vgl. Hautzinger 2013, S.208).

Einige Betroffene haben Schwierigkeiten, Kontakt zu anderen aufzubauen oder aufrecht zu erhalten. In Form einer Verhaltenstherapie, können soziale Kompetenzen gestärkt werden. Dafür gibt es Kompetenzübungen und Rollenspiele, die sich mit den Fähigkeiten des sozialen Austauschs auseinandersetzen (Kontaktverhalten, Gesprächsführung, soziale Defizite erkennen etc.). (vgl. ebd. f.)

### **Umgang mit suizidalen Gedanken/Krisen**

Depressionen können Suizidgedanken hervorrufen, wenn kein anderer Ausweg von Betroffenen gesehen werden kann. Bereits durchgeführte Suizide in der nahestehenden Umgebung erhöhen das Risiko von Betroffenen, ebenso einen Suizid zu begehen (vgl. Woltersdorf 2011, S.137). „Etwa 15 bis 20 Prozent der Erkrankten töten sich selbst“ (Hammer & Plößl 2012, S.96). Auslöser für Suizide können Vereinsamung, Armut, Suchterkrankungen oder Verluste von geliebten Menschen sein (vgl. Woltersdorf 2011, S. 137 f.). Wichtig ist das Erkennen solcher suizidalen Krisen. Befindlichkeiten, die auf eine Suizidalität hinweisen, können sein: Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit, seelischer Leidensdruck, ständiges Grübeln über Sinnlosigkeit des Lebens. Suizidankündigungen gilt es, als Hilferuf in jedem Fall ernst zu nehmen (vgl. Hammer & Plößl 2012, S.241).

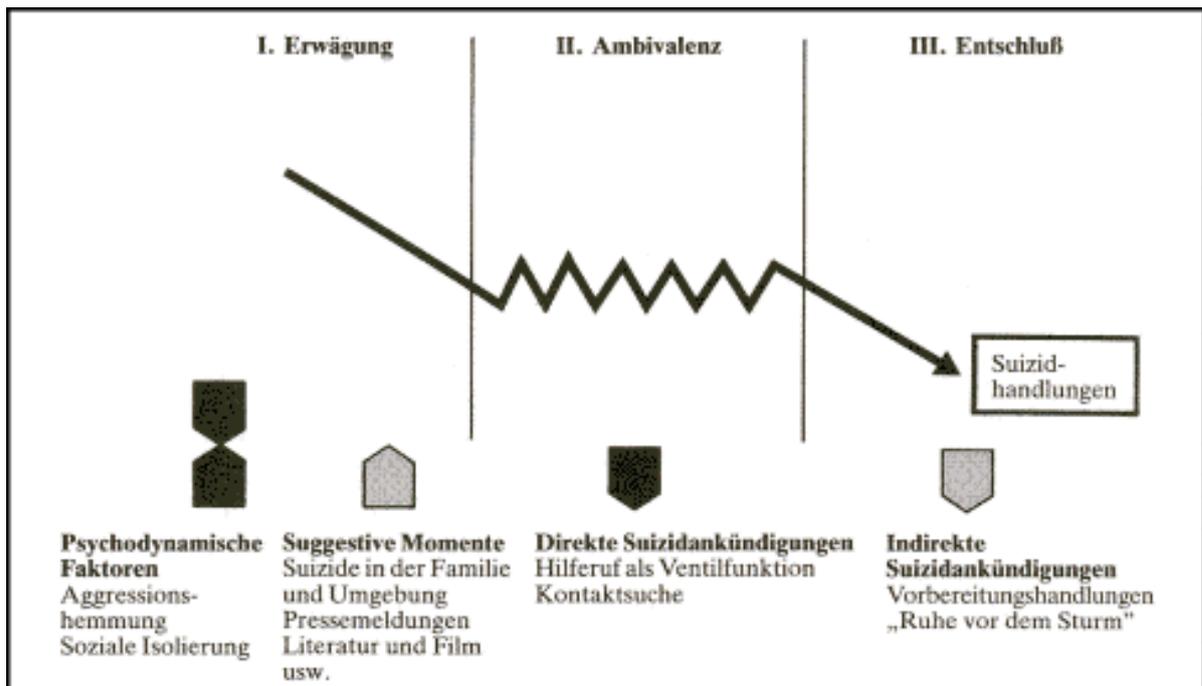
Signale, welche auf einen geplanten Suizid hinweisen, können zum Beispiel sein: Schilderungen, wie der Nachlass geregelt werden soll, Schilderungen über erbliche Angelegenheiten oder das Äußern des Wunsches, welche Menschen man nochmal sehen möchte (vgl. Hammer & Plößl, S. 241 f.).

Sobald jemanden solche suizidalen Aussagen erreichen, muss dringend ein Ausweg für die betroffene Person gefunden werden. Am ehesten sollte ärztliche Hilfe erfolgen, anhand von sofortigen Notfallgesprächen. In den Gesprächen sollten dann die Suizidgedanken offen und direkt thematisiert werden. Sofortige Hilfsmaßnahmen sind außerdem, Gesprächsmöglichkeiten zu schaffen, mögliche Bezugspersonen zu kontaktieren oder die stationäre Aufnahme in eine psychiatrische Klinik (vgl. Woltersdorf 2011, S.140).

Bei einem stationären Aufenthalt wendet sich die betroffene Person oft an eine(n) Mitarbeiter\*in des Behandlungsteams, dem Vertrauen entgegengebracht wird. Dort steht zu jeder Zeit ein Arzt für die Krisenintervention zu Verfügung (vgl. Hammer & Plößl 2012, S.244). Ein individueller Notfallplan sollte in einer psychotherapeutischen Sitzung für solche Krisen erarbeitet werden. Dort ist notiert, wo und wie man sich sofort Hilfe suchen kann. Einige Betroffene vermeiden es, einen solchen Plan zu erstellen, da es mit negativen Erinnerungen aus früheren Krisen einhergehen kann. Doch selbstständig kann die Krise nur bewältigt werden, wenn schon vorher notwendige Schritte festgelegt wurden (vgl. Hautzinger 2013, S. 232).

Walter Pödlinger (1968) beschreibt eine suizidale Krise an einem drei Phasen-Modell. Die Erwägungs-, Ambivalenz- und Entschlussphase werden voneinander unterschieden. Bei der Erwägungsphase wird das suizidale Handeln in Betracht gezogen. Das soziale Umfeld als auch digitale Medien können suizidale Gedanken auslösen. Mit der darauffolgenden Ambivalenzphase ist der Hilferuf gemeint, den Betroffene indirekt oder direkt äußern. Sollte der Hilferuf nicht gehört oder ernst genommen werden, reagieren Betroffene resigniert. In der Entschlussphase treffen Betroffene die Entscheidung, sich zu suizidieren. Betroffene sind in dieser Phase ruhiger und wirken ausgeglichen, da sie meinen, mit dem Tod einen Ausweg aus dem Leiden gefunden zu haben. Eine plötzliche positive Verhaltensänderung muss als Alarmsignal verstanden werden (vgl. Hammer & Plößl 2012, S.243 ff.). Folgende Abbildung gibt einen Überblick über die verschiedenen Phasen der Suizidalität:

**Abbildung 4 : Phasen der Suizidalität**



(vgl. [http://www.linus-geisler.de/ap/ap27\\_suizidal.html](http://www.linus-geisler.de/ap/ap27_suizidal.html) [Stand: 30.05.2021])

### **Wie gehen Betroffene mit suizidalen Krisen um?**

Bei der Aufklärung von psychischen Erkrankungen, wie der Depression, geht es darum, Betroffenen eine Stimme zu geben.

Dabei sollen die Ängste und Sorgen Betroffener gehört und ernst genommen werden. Eine Klientin schildert ihren Umgang mit suizidalen Krisen. Ihre Gedanken und ihr Handeln soll einen Einblick über den individuellen Umgang mit Suizidgedanken geben:

„Ich habe oft Selbstmordgedanken und habe es auch schon zweimal versucht. Wenn ich daran denke, mir das Leben zu nehmen, dann sage ich mir: *„Du hast schon zweimal keinen Ausweg gesehen. Trotzdem ging es dir danach wieder gut. Du konntest sogar wieder lachen.“* Ich fing an, mir alles Schöne und Positive aufzuschreiben, das ich nach einer depressiven Phase erlebt habe. Wenn ich wieder mal Selbstmordgedanken habe, lese ich mir das durch und sage mir: *„Das hättest du verpasst, wenn es damals geklappt hätte. Warte noch einen Tag ab. Wenn morgen alles immer noch aussichtslos scheint, dann kannst du es immer noch tun“* (Merkle 2013, S.35).

## 6.2 Individuelle Herausforderungen anhand der Lebensweltorientierung

Die *Lebensweltorientierung* ist ein zentraler Begriff in der Sozialarbeit. Sie beschäftigt sich mit den Lebensverhältnissen des Klienten/ der Klientin. Damit ist das gesamte Konstrukt von möglichen Lebensbereichen wie Wohnen, Arbeit, Gesundheit gemeint. Das Konzept der Lebensweltorientierung steht im engen Zusammenhang mit der Perspektive des Empowerments (vgl. Dörr 2005, S.85). Dabei soll eine Selbstbefähigung in der Lebensweltorientierung schrittweise und perspektivisch stattfinden. Sozialarbeiter\*innen gehen dabei der Profession aus Unterstützung, Anleitung und Übernahme nach. Die Lebensweltorientierung erfragt folglich, wie der Mensch in seinen Lebensverhältnissen lebt, wie sein Leben organisiert ist, in welchem Sozialraum er sich befindet und inwiefern eine Vernetzung von mehreren Institutionen notwendig ist (vgl. ebd. S. 86).

Anhand der fünf Lebensbereiche: Das Wohnen, die Arbeit, die Gesundheit, das soziale Umfeld und die wirtschaftliche Situation, soll eine Übersicht über mögliche individuelle Herausforderungen in der Alltagsbewältigung näher betrachtet werden.

### Das Wohnen

Das Wohnen ist ein Orientierungspunkt im Leben. In unserer Wohnung möchten wir uns wohl fühlen und einen Rückzugsort haben, der uns Schutz und Intimsphäre bietet. Die Wohnsituation (das Verfügen über eine Wohnung, die Wohnlage, der Sozialraum etc.) bestimmt unser soziales Ansehen und unsere soziale Wirkung auf die Gemeinschaft (vgl. Obert 2001, S.38).

Innerhalb der **eigenen Wohnung** kann neue Kraft geschöpft werden, um herausfordernde Alltagssituationen zu meistern.

Menschen mit depressiven Episoden können im Lebensbereich Wohnen schwierige Situationen erleben, zum Beispiel, wenn der eigene Antrieb fehlt, Wohnungsangelegenheiten zu klären. Daraus können wiederum Konsequenzen folgen, die aus eigener Kraft nicht mehr zu bewältigen sind.

Sollte ein Verlust der Wohnung drohen, beispielsweise durch Mietrückstände, verwahrloste Zustände in der Wohnung oder Konflikte mit Mietparteien, ist es schwer, ohne Hilfe dem Zustand der drohenden Wohnungslosigkeit zu entkommen. Die daraus

entstehenden psychischen Belastungen setzen die Betroffenen enorm unter Druck, sodass mögliche Krisen verschärft werden können (vgl. Obert 2001, S.38).

Mögliche Anlaufstellen bei Wohnungslosigkeit oder **einer drohenden Wohnungslosigkeit** sind Beratungsstellen in der Wohnungsnotfallhilfe (gemäß §67 SGB XII), wo effektiv an Problemlösungen gearbeitet wird, um entweder den Wohnungsverlust zu verhindern oder eine neue Wohnung zu suchen. Einige Beratungsstellen kooperieren mit Wohnungsbaugesellschaften, die es ermöglichen, schnell neuen Wohnraum für die Klient\*innen zu finden. Außerdem bieten soziale Träger Einrichtungen an, die an betreuten Wohnformen anknüpfen, sofern dies von den Klient\*innen gewünscht oder von Sozialarbeiter\*innen empfohlen wird.

Neben den **ambulant-betreuten Wohnformen** finden wir ebenso **stationäre Wohnformen**. In eine psychiatrische Einrichtung begeben sich Betroffene, um dort ihre akute depressive Phase professionell von Ärzten\*innen, Fachkräften und anderen sozialen Berufsgruppen behandeln zu lassen. Der stationäre Aufenthalt in einer Klinik ist zeitlich begrenzt und richtet sich nach der Einschätzung der gesundheitlichen Verfassung des Patienten/ der Patientin und durch die Ärzte\*innen.

**Übergangseinrichtungen** eignen sich als Übungsmaßnahme, von der betreuten Wohnform in die eigenständige Wohnungserhaltung zu wechseln. Soziale Berufsgruppen (zum Beispiel Heilerziehungspfleger\*innen, Sozialarbeiter\*innen) helfen den Klient\*innen, bei bestehenden Alltagsaufgaben, wie zum Beispiel Einkaufen, Geldverwaltung und Haushaltsführung.

### **Die Arbeit**

Depressiv erkrankte Menschen haben in ihren depressiven Episoden oft Schwierigkeiten, ihrer beruflichen Tätigkeit nachzukommen. Die niedergedrückte Stimmung als auch der fehlende Antrieb stellen Betroffene vor eine oft unüberwindbare Hürde.

**Psychische Erkrankungen** sind nach den Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und Atemwegserkrankungen, **die dritthäufigste Ursache für Fehltage** am Arbeitsplatz (vgl. DAK Gesundheitsreport 2019, S. 9).

### Was können Betroffene tun, damit ihre Erkrankung am Arbeitsplatz Akzeptanz findet?

Die Deutsche Depressionshilfe unterstützt und bestärkt Betroffene darin, mit ihren Depressionen offen umzugehen. Am Arbeitsplatz sollte sich jeder wohl und nicht ausgegrenzt fühlen. Mögliche Bewältigungsstrategien für Betroffene können sein: sich einer **Kollegin/einem Kollegen anzuvertrauen**, mit dem **Betriebsarzt/ der Betriebsärztin zu sprechen**, mehr **Pausen** einzuplanen oder sich an den **Betriebsrat** zu wenden. Bei Gesprächen sollte ein(e) Sozialarbeiter\*in zu Rate gezogen werden, um im Gespräch Unterstützung zu haben. Sozialarbeiter\*innen können aus der Firma, dem Krankenhaus oder vom sozialpsychiatrischen Dienst hinzugezogen werden (vgl. Woltersdorf 2011, S. 118 ff.).

Nicht nur Betroffene können bewirken, dass Depressionen am Arbeitsplatz thematisiert werden. Ebenso **das Unternehmen** an sich und dessen Verantwortliche sollten einen Schritt **auf die betroffene Person zugehen**. Zum Beispiel kann sensibel darauf hingewiesen werden: „Mir ist aufgefallen, dass Sie in der letzten Zeit oft niedergeschlagen wirken. Was ist los. Kann ich irgendetwas tun, um Sie zu unterstützen?“ (Deutsche Depressionshilfe, Tipps für Unternehmen, Internetquelle).

Für den Umgang mit Depressionen am Arbeitsplatz bietet die Deutsche Depressionshilfe **Schulungen für Unternehmen** an, in denen praktische Hilfen für den Umgang mit Depressionen erklärt und vorgestellt werden (vgl. ebd.).

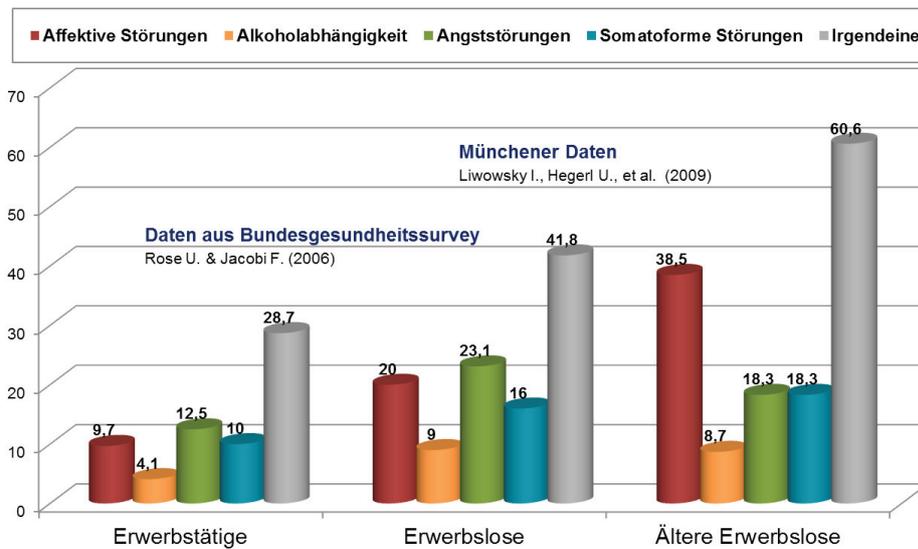
### Erwerbsunfähigkeit

Wenn Betroffene feststellen, dass sie keineswegs mehr erwerbsfähig sind, ist eine Frühberentung möglich. „Psychische Erkrankungen sind die Hauptursache für Frühberentungen wegen verminderter **Erwerbsunfähigkeit**. Beinahe jede zweite gesundheitsbedingte Frühverrentung ist psychisch bedingt, am häufigsten aufgrund der Diagnose Depression“ (Deutsche Depressionshilfe, Depressionen und Arbeit, Internetquelle).

Durch die Erwerbsunfähigkeit/ Arbeitslosigkeit/ Langzeitarbeitslosigkeit können psychische Erkrankungen entstehen oder, sofern schon vorhanden, sich verstärken.

Langzeitarbeitslose Menschen leiden häufig unter psychischen Erkrankungen, da ihr Einkommen gering ist und sich wenig Möglichkeiten bieten, ihren Alltag positiv zu gestalten (s. Abbildung 5).

## Abbildung 5: Häufigkeit psychischer Erkrankungen



(<https://www.deutsche-depressionshilfe.de/depression-infos-und-hilfe/depression-in-verschiedenen-facetten/depression-und-arbeit>, Internetquelle)

Der Anstieg der psychischen Erkrankungen affektiver Störungen bei den älteren Erwerbslosen (38,5%) ist fast um das Doppelte so hoch als bei den Erwerbslosen (20%). Daran zeigt sich, dass sich die Folgen von Langzeitarbeitslosigkeit negativ auf Menschen auswirken. Ein geringes Einkommen, weniger soziales Ansehen und Vorurteile erschweren den Zugang zum gesellschaftlichen Leben, sodass sich Betroffene immer mehr distanzieren und isolieren (Resignation) (vgl. Obert 2001, S.36 f.)

Unterstützungsmöglichkeiten in der Sozialen Arbeit finden Betroffene bei psychosozialen Beratungsstellen, die unter anderem Hilfe und Unterstützung bei behördlichen Anträgen und Verfahren in der Sozialhilfe anbieten (gemäß der §27-74 SGB XII).

### Die Gesundheit

Die Ressourcen unserer mentalen Verfassung sind essenziell für die Bewältigung von herausfordernden Lebenslagen. Die Gesundheit trägt zum Wohlbefinden und zur individuellen Lebensqualität bei (vgl. Neumann W., Lentz-Becker A., Claßen G. 2012, S.179). Mangelnde Bewältigungsmuster des Individuums können zu Konflikten führen, die wiederum Belastungen im Alltag und psychischen Leidensdruck auslösen. Eine medizinisch-psychiatrische Behandlung sollte dann erfolgen, wenn Betroffene nicht mehr eigenständig Probleme bewältigen können (vgl. Obert 2001, S.130).

Depressive Störungen treten häufig wiederkehrend auf, sodass perspektivisch eine Rehabilitation für Betroffene notwendig sein kann. Bei Rehabilitationen können unterschiedliche Hilfsangebote wahrgenommen werden, die Betroffenen Rückhalt geben, um sich wieder in das alltägliche Leben einzufinden (vgl. Wittchen 2010, S.32).

Die Ressourcen (innere Haltung und Einstellung) der betroffenen Person bilden die Grundlage für die Bewertung von Lebenssituationen. Sie sind für die Gesundheitsförderung essenziell. Die Wahrnehmung und Reflexion der eigenen Fähigkeiten sind für depressiv erkrankte Menschen wichtig, um handlungsorientiert Probleme zu bewältigen (vgl. Neumann W., Lentz-Becker A., Claßen G. 2012, S.202 ff.).  
*„Diese Art der Selbststeuerung bedeutet, achtsam mit sich selbst umzugehen und die Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen, um die Ressourcen adäquat einzusetzen, zu erhalten und um kreativer und leistungsfähiger zu sein.“* (ebd., S. 203)

### **Das soziale Umfeld**

Das soziale Umfeld ist prägend für die Entwicklung unserer kognitiven, emotionalen, sozialen und individuellen Fähigkeiten. Der Prozess der Sozialisation lehrt uns, wie wir als Mitglied in der Familie und der Gesellschaft fungieren. Die Erfahrungen erhöhen oder verringern das Risiko eines Menschen, anfällig gegenüber depressiven Störungen zu sein (vgl. Yapko 2002, S.77). Die Gestaltung des Alltags- und Familienlebens ist ausschlaggebend für die psychische Gesundheit, die Bewältigungsfähigkeit und die Prägung in der Kindheit (vgl. Schaffranek 2012, S.154). Für Betroffene ist ein **stabiles soziales Umfeld**, welches wertvollen Rückhalt und Unterstützung bietet, für die Überwindung sozialer Schwierigkeiten sehr bedeutend.

Der Umgang mit Depressionen wird ebenso vom sozialen Umfeld und dessen Sensibilität zu psychischen Erkrankungen bestimmt. Soziale Kontakte stellen eine Ressource für die Alltags- und Lebensbewältigung dar. Sie geben das Gefühl von Geborgenheit, Anerkennung und Wertschätzung (vgl. Schaffranek 2012, S.156).

Nicht jeder depressiv erkrankte Mensch hat das Glück, einen starken sozialen Zusammenhalt zu erleben. Sollte kein gut ausgebautes **soziales Netzwerk** vorhanden sein, so kann die Soziale Arbeit depressiv erkrankten Menschen Wege aufzeigen, die es ermöglichen, neue Kontakte zu knüpfen. Beispielsweise durch Angebote in Tageseinrichtungen, Onlineforen für Betroffene oder durch die Teilnahme in Selbsthilfegruppen. Diese Angebote ersetzen keineswegs die familiäre Wärme und

Bindung. Allerdings können Betroffene dort soziale Kontakte knüpfen, woraus vertrauensvolle Beziehungen entstehen können.

Durch **soziales Kompetenztraining** in der Kognitiven Verhaltenstherapie (KTV) können Betroffene in Zusammenarbeit mit einem Psychotherapeuten/ einer Psychotherapeutin ihre sozialen Fertigkeiten verbessern. So werden Stärken und Schwächen im sozialen Umgang individuell gefiltert, um einschätzen zu können, an welchen Themen in der Therapie gearbeitet werden muss. Verhaltensübungen und Rollenspiele sind dabei eine zentrale Methode zur Verbesserung der sozialen Fähigkeiten. (vgl. Hautzinger 2013, S.197 ff.)

### Was können Angehörige tun, um Betroffene zu unterstützen?

Angehörige können Angebote in der Sozialen Arbeit wahrnehmen, die sie darin bestärken, mit der depressiv erkrankten Person **einfühlsam umzugehen**. Angehörige können sich auch in überfordernden Situationen selbst helfen lassen, zum Beispiel von gut ausgebildeten Fachkräften, die speziell **Angehörigenarbeit** leisten. In der heutigen Depressionsbehandlung ist die Einbeziehung von Angehörigen und die Zusammenarbeit mit Angehörigengruppen als notwendig anzusehen (vgl. Woltersdorf 2011, S.125 f.). Damit gemeint ist die **gemeinsame Begleitung**, welche Betroffenen helfen kann, sich nicht allein mit dieser Erkrankung auseinandersetzen zu müssen (vgl. ebd.).

Angehörige sollten sich Betroffenen gegenüber **verständnisvoll und einführend** zeigen, eine Nähe herstellen und die notwendige Distanz wahren (**Nähe-Distanz-Verhältnis**). Eine gegenseitige Abhängigkeit voneinander darf dabei nicht entstehen (vgl. ebd.). **Geduld** mit sich selbst und mit der betroffenen Person zu haben und das auch zu signalisieren, ist ebenso wichtig für einen guten Umgang mit depressiv erkrankten Menschen. Niemand möchte sich unter Druck gesetzt fühlen. Schon gar nicht, wenn die Gefühls- und Lebenslage es nicht zulässt. Es ist dabei völlig legitim, **Hilfe in Anspruch** zu nehmen und zu akzeptieren, dass Hilfe benötigt wird (vgl. ebd.).

Angehörige können auch Betroffene motivieren, **gemeinsame Aktivitäten** zu unternehmen, die auf die Bedürfnisse des Betroffenen eingehen. Sie können **gemeinsame Tagesabläufe** planen (zum Beispiel in Partnerschaften) (vgl. ebd.).

Wenn Betroffene das Bedürfnis haben, mit nahestehenden Personen über ihre Depression zu sprechen, dann ist das ein Weg, um sich von der Erkrankung kurzzeitig zu lösen und Sorgen zu mitzuteilen. Betroffene sollten jedoch nicht mit ihrer Gefühlswelt Angehörige überfordern, indem sie zum Beispiel ihre negativen Gedanken im Übermaß

kommunizieren, weil dies die zwischenmenschliche Beziehung schädigen könnte (vgl. Yapko 2002, S.92). Je nachdem wie das Verhältnis zur Familie ist, können Betroffene offen über ihre Depressionen sprechen, sofern sie sich dies wünschen.

*„Depressionen müssen direkt angegangen werden. Sprechen Sie darüber, aber tun Sie auch unbedingt etwas dagegen. Das Sprechen über die Depression allein reicht nicht aus“* (Yapko 2002, S.94).

### **Die wirtschaftliche Situation**

Das Verfügen über Geld stellt ein zentrales Fundament dar, um am gesellschaftlichen Leben teilnehmen zu können. Das Geld ist eine objektive Grundlage und Rahmenbedingung für die eigene Lebensqualität (vgl. Obert 2001, S.360).

Einige Klient\*innen/ Betroffene haben Schwierigkeiten, mit dem für sie zur Verfügung stehenden Einkommen umzugehen. Das kann daran liegen, dass sie nie gelernt haben, mit dem eigenen Geld umgehen zu können. Ursache kann auch eine Kaufsucht sein, wodurch sich Schulden anhäufen. Manchmal blieb auch in der depressiven Phase die Kraft aus, um die Post regelmäßig zu öffnen und anstehende Kosten zu begleichen (vgl. Obert 2001, S.360 ff.).

Bei Betroffenen aus prekären Lebensverhältnissen besteht ein erhöhtes Risiko, in Schwierigkeiten mit finanziellen Angelegenheiten zu geraten.

Im Bereich der Sozialen Arbeit gibt es qualifizierte Sozialarbeiter\*innen, die in der **Schuldnerberatung** tätig sind.

Schuldnerberatungen sind dann sinnvoll, wenn Betroffene eine hohe Schuldensumme aufweisen und keinen Überblick mehr über Gläubiger und Rechnungen haben. In der Schuldnerberatung wird die gesamte Post der letzten Jahre sortiert, um so einen Überblick zu erhalten.

Eventuell notwendige Tilgungs- und Insolvenzschritte klärt der Sozialarbeiter/ die Sozialarbeiterin mit der Klientel gemeinsam.

Doch nicht nur der Umgang mit Geld kann zu Problemen führen. Erfahrungsberichte aus meinem eigenen sozialen Umfeld zeigen, dass Betroffene oft Schwierigkeiten haben, Anrufe zu tätigen oder Anträge auszufüllen. Betroffene sind oft mit solchen Dingen überfordert und brauchen dafür häufig Unterstützung. Freunde, Angehörige oder auch professionell Hilfeleistende können unterstützend einwirken.

In **psychosozialen Beratungsstellen** wird dem Klienten auch bei solchen Angelegenheiten geholfen. Schrittweise erfolgt dann die Hilfe zur Selbsthilfe, in dem zum Beispiel Klient\*innen in Beratungsgesprächen Telefonate mit Behörden tätigen, während der Sozialarbeiter/ die Sozialarbeiterin im Hintergrund präsent ist und im Bedarfsfall unterstützen kann. Sollte dies dem Klienten/ der Klientin ohne Hilfe gelingen, so ist es eine gute Gelegenheit, diesem/ dieser ein positives Feedback zu geben, welches ihn/sie wiederum stärkt und motiviert, weitere für ihn/ sie problematische Aufgaben des täglichen Lebens zu bewältigen.

### **Der Einfluss der Corona-Pandemie**

Die Corona-Pandemie wirkt sich auf die Gesamtbevölkerung als psychische Belastung aus. Besonders depressiv erkrankte Menschen verspüren diese Belastung sehr. Das Wegbrechen der festen Tagesstruktur und dessen Bewältigung, kann Depressionen verstärken. Kriseninterventionen können während der Corona-Pandemie nur bedingt stattfinden. Viele Einrichtungen mussten kurzzeitig schließen und Arzttermine konnten nicht stattfinden (vgl. Deutsche Depressionshilfe, Sondererhebung Deutschland-Barometer Depression: 2. Lockdown verschlechtert Krankheitsverlauf und Versorgung von psychisch Erkrankten massiv, Internetquelle).

Anhand der veröffentlichten Sondererhebung des „Deutschland-Barometer Depression“ fand eine Bevölkerungsumfrage zum Thema Umgang mit Depression und der Corona-Pandemie statt. Die Studie wurde von der Stiftung Deutsche Depressionshilfe und Deutsche Bahn Stiftung initiiert. Dafür wurden 5.135 Personen zwischen 18 und 69 Jahren befragt. Die Befragungen konnten durch einen repräsentativen Online-Panel im Februar 2021 geführt werden (vgl. ebd.).

Durch die unzureichende Versorgung während des zweiten Lockdowns verschlimmerten sich die Depressionen bei Betroffenen. In der Befragung wurde deutlich, inwieweit Betroffene einen erschwerten Alltag erleben: 22% der Befragten berichteten von ausgefallenen Terminen bei Fachärzten, 18% berichteten von ausgefallenen Terminen bei Psychotherapeuten, 21% haben die Termine aus Angst vor einer Covid-19-Ansteckung von sich aus abgesagt und 22% der Befragten berichteten, dass sie in einer akuten depressiven Episode keinen Behandlungstermin bekommen haben (vgl. ebd.).

### **Kurze Zusammenfassung der Lebensbereiche**

Jede von Depression betroffene Person hat ihre eigene Lebensbiografie.

Der Umgang mit der Erkrankung ist individuell, sodass nicht jeder Lebensbereich durch die Depression benachteiligt sein muss. Es gibt Betroffene, die keine Geldprobleme haben und weiterhin arbeiten können. Es gibt Betroffene, die wohnungslos sind und über kein Einkommen verfügen. Es gibt Betroffene, die erwerbsunfähig sind und eine Frührente erhalten.

Jede Lebensphase von Betroffenen ist durch individuelle Ereignisse geprägt.

Die Alternativen zur Alltagsbewältigung, die Betroffene haben, um mit ihrer Erkrankung umzugehen, sollten aufgezeigt und thematisiert werden.

Einige Lebensbereiche können sich gegenseitig bedingen. Zum Beispiel folgt aus einer (plötzlichen) Arbeitslosigkeit, ein geringeres Einkommen, wodurch es mehrere Alltagshürden zu überwinden gilt.

***Egal welche Lebensbereiche betroffen sind; immer können betroffenen Menschen Möglichkeiten aufgezeigt werden, durch eine gute medizinisch-psychologische Behandlung und durch professionelle Hilfsangebote, den Umgang mit ihrer Depression, Symptomen und damit auch die Bewältigung alltäglicher Dinge zu verbessern.***

## 7 Soziale Arbeit als Alltagsunterstützung

Der 1956 gegründete globale Zusammenschluss von sozialarbeiterischen Institutionen und Arbeitstätigen: International Association of Schools of Social Work (IFSW), definiert *Soziale Arbeit* als ein „*praxisorientierter Beruf und eine wissenschaftliche Disziplin, die gesellschaftlichen Wandel und Entwicklung, sozialen Zusammenhalt sowie die Stärkung und Befreiung von Menschen fördert. Prinzipien der sozialen Gerechtigkeit, der Menschenrechte, der kollektiven Verantwortung und der Achtung der Vielfalt sind zentrale Elemente der Sozialen Arbeit. Gestützt auf Theorien der Sozialen Arbeit, Sozialwissenschaften, Geisteswissenschaften und indigenem Wissen, bindet Soziale Arbeit Menschen und Strukturen ein, um Herausforderungen des Lebens anzugehen und das Wohlbefinden zu steigern. Die obige Definition kann auf nationaler und/oder regionaler Ebene erweitert werden.*“ (International Association of Schools of Social Work (IFWS) 2014, Internetquelle)

Das Handeln in der Sozialen Arbeit stellt eine Schlüsselkategorie dar, in der das Verhalten, der Bedarf an Handlungsfähigkeiten und Handlungsmöglichkeiten als auch die Ressourcennutzung individueller Bedürfnisse der Klient\*innen im Fokus stehen (vgl. Wendt 2017, S. 48). Das **Individuum** steht im **Mittelpunkt**. Die Lebenszusammenhänge des Individuums und dessen Bewältigungsschwierigkeiten bilden die Grundlage sozialpädagogischen Handelns.

Menschen, die sozialpädagogische Unterstützung benötigen, befinden sich entweder in einer Notsituation oder haben ein individuelles Anliegen (Bedürfnisse, Sorgen, Probleme), die sie ohne Hilfe nicht bewältigen können (vgl. ebd. S. 55).

Hans Thiersch sieht die Aufgaben der Sozialen Arbeit in der Unterstützung und Hilfe von Problemen. Ziel dabei ist es, Lern- und Lebenskompetenzen des Klienten/der Klientin zu entwickeln und zu stärken. Die Soziale Arbeit beschäftigt sich mit Problemlagen, die Menschen in sich oder mit sich selbst haben (vgl. Wendt 2017, S. 54, nach Thiersch 2002, S.34).

### Alltagsorientierte Sozialpädagogik

Die alltagsorientierte Sozialpädagogik findet in der Lebenswelt des Klienten/der Klientin statt. Der Klient/ die Klientin soll durch Interaktionen in seinem Umfeld Kompetenzen (wieder)erlangen, die es ihm/ihr ermöglichen, derzeitige Lebenssituationen zu bewältigen

und neuen Situationen selbstsicher entgegenzutreten (vgl. Obert 2001, S. 130). Individuelle Herausforderungen in der Alltagsbewältigung sind zentrale Kernprobleme, die es in Zusammenarbeit einer sozialarbeiterischen Unterstützung zu überwinden gilt.

Die Arbeiten und Erkenntnisse von *Hans Thiersch* und seinen Kollegen (u.a. Frohmann & Schramm) prägen die Begriffe Alltag und Lebenswelt fest in der Sozialpädagogik und dessen vielfältigen Handlungsfeldern (vgl. Sickendiek, Engel & Nestmann 2008, S.164). Laut Thiersch ist **Alltag** die Wirklichkeit des Individuums, in der subjektbezogene Erfahrungen von Raum, Zeit und sozialen Beziehungen getätigt werden (vgl. Wendt 2017, S. 126). Es ist „die Wirklichkeit des Selbstverständlichen, des Vertrauens, der Nähe, in der Menschen sich herausgefordert und zugehörig wissen“ (vgl. Wendt 2017, S. 126, zitiert nach Thiersch 2009, S.122 f.). Somit gilt es, in der Aufgabenbewältigung des Sozialarbeiters/ der Sozialarbeiterin, die persönlichen Schwierigkeiten zu klären und soziale Spannungen des Individuums abzubauen (vgl. ebd.).

Thiersch kritisiert veraltete Verfahren in der Alltagsorientierung und fordert „eine alltagsorientierte Beratung, die aus dem Ghetto institutionell und methodisch festgelegter Verfahren ausbricht, sich in die Lebenswelt der Betroffenen begibt, Probleme also dort aufgreift, wo sie sich zeigen, und die Ressourcen nutzt, die gegeben sind“ (ebd. S.165). Weitere Leitlinien in der alltagsorientierten Sozialarbeit sind eine „situationsadäquate Anbahnung des Kontaktes und die Herstellung von Vertrauen als Grundlage für die (weitere) Hilfeplanung und Gestaltung der Hilfe“ (Obert 2001, S.131).

Während des Hilfeprozesses wird der Klient/ die Klientin sozialarbeiterisch unterstützend begleitet in seinen alltäglichen Herausforderungen. Im Verlauf der Betreuung wird geklärt, wie lange der Hilfeprozess andauern soll. Eine angemessene Einschätzung dazu kann der Sozialarbeiter/die Sozialarbeiterin im Hilfeverlauf dem Klienten/ der Klientin gegenüber äußern.

Für eine höchstmögliche Effizienz im Hilfeprozess ist eine Vernetzung institutioneller Einrichtungen und sozialer Netzwerke (Familie, Freunde, Bekannte) vorgesehen, um gezielt mehrere erforderliche Hilfen in Anspruch zu nehmen (sofern dies notwendig ist). Diese Vernetzungshilfe wird in der Sozialen Arbeit *Case Management* genannt (vgl. Dörr 2005, S.108). Im Fokus des Case Managements steht die problembezogene Intervention und die Unterstützung im Alltagsleben der Klient\*innen (vgl. ebd.).

## **Versorgungsangebote für depressiv Erkrankte**

Der erste ärztliche Kontakt verläuft meist über die Hausarztpraxis des Betroffenen. Beim Erkennen einer depressiven Erkrankung erfolgt eine Überweisung zu Fachärzten\*innen, wo eine geeignete Behandlung gefunden werden soll. In hausärztlichen Praxen werden somatische Beschwerden eher geäußert als psychische Probleme im Zusammenhang von Depressionen (vgl. Wittchen 2010, S.27). Daher ist es für einige Hausärzten\*innen schwer, eine behandlungsbedürftige Depression zu erkennen. Betroffene sollten offen mit ihren Hausärzten\*innen über ihre psychischen Belastungen sprechen, auch wenn dies kein einfacher Schritt ist. Die Versorgungsangebote für psychisch erkrankte Menschen bieten einen großen Spielraum an Möglichkeiten zur Hilfeannahme. Je nach der Lebenslage des Betroffenen können Angebote in der Sozialen Arbeit wahrgenommen werden. Zum Versorgungssystem für depressiv erkrankte Menschen gehören zahlreiche Berufsgruppen, wie beispielsweise die oben genannten Hausärzten\*innen, die verschiedenen Fachärzten\*innen und Fachtherapeuten\*innen, Kinder- und Jugendpsychiater\*innen oder Pfleger\*innen (vgl. ebd.).

Im sozialpädagogischen Kontext bieten sich für Betroffene folgende Arbeitsfelder an, um ihren Alltag zu bewältigen: die psychosoziale Beratung, sozialpsychiatrische Dienste, Psychiatrische Institutsambulanzen, Rehabilitationseinrichtungen, Selbsthilfegruppen, Krisengespräche oder die Familienhilfe.

Eine Depressionsbehandlung sollte medizinisch-psychologisch auf die Bedürfnisse des Patienten/ der Patientin eingehen und gegebenenfalls durch die Soziale Arbeit eine weitreichendere Unterstützungshilfe anbieten. Insbesondere für die Bewältigung individueller Alltagsherausforderungen kann über die Soziale Arbeit die Unterstützung für die betroffene Person über einen längeren Zeitraum stattfinden, sodass Betroffenen in ihrer Problembewältigung effektiv geholfen werden kann.

## 7.1 Handlungsfelder in der Sozialen Arbeit

Die Handlungsfelder<sup>7</sup> in der Sozialen Arbeit orientieren sich am Lebensalter und problematischer Lebenslagen der Klient\*innen. Beispielsweise wird ein fünfzehnjähriges Kind als jugendlicher Mensch in der Kinder- und Jugendhilfe betreut und unterstützt. Soziale Arbeit richtet sich nach den jeweiligen Zielgruppen und interessiert sich für deren Lebensverhältnisse (vgl. Bieker 2011, S. 7). Die Zielgruppen unterscheiden sich nach Merkmalen wie Alter, Geschlecht, spezifischen Hilfebedarf, Lebenssituation und Zugehörigkeit einer gesellschaftlichen Gruppe (vgl. ebd.).

Die Arbeitsfelder in der Sozialen Arbeit können in die Kategorien der **Kinder- und Jugendhilfe, der Sozialen Hilfe, der Altenhilfe und der Gesundheitshilfe** eingeordnet werden (vgl. Wendt 2017, S.196). Dazu gehörig bietet die Soziale Arbeit ein weites Spektrum an sozialpädagogischen Angeboten, Einrichtungen, Institutionen und Beratungen.

Menschen mit depressiven Erkrankungen können in allen Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit Unterstützung erhalten, bezogen auf ihr Lebensalter und ihre Lebenssituation. Da die Depression eine psychische Erkrankung ist, finden wir häufig depressiv erkrankte Menschen im psychiatrischen Betreuungsfeld.

### Soziale Arbeit in der Psychiatrie

Die Psychiatrie wird als eine soziale Institution verstanden, die aus dem Bedarf entstanden ist, für Menschen mit psychischen Erkrankungen einen Rückzugsort zu gestalten, indem sie (akut) behandelt werden können (vgl. Dörr 2005, S.13).

Bei der sozialarbeiterischen Tätigkeit in psychiatrischen Einrichtungen geht es nicht um die Krankheitsbehandlung, sondern um Bewältigung psychosozialer Problemlagen des Klienten/ der Klientin (vgl. Bosshard 2011, S. 338). Zu den Aufgaben der Sozialarbeiter\*innen gehören die Sozialanamnese, die psychosoziale Diagnostik, sozialtherapeutische Hilfen für Patient\*innen/Klient\*innen, Teilnahme an Konferenzen und Supervisionen (vgl. ebd. S.341). Auch nach der Beendigung eines Klinikaufenthaltes kann ein(e) Sozialarbeiter\*in weiterführende Hilfen für den Klienten/ die Klientin klären, sofern Bedarf besteht.

---

<sup>7</sup> Siehe Anlage Abbildung: Arbeitsfelder der Sozialen Arbeit

In ambulanten Einrichtungen besteht die Hilfe in der Unterstützung von Alltagsaufgaben, Tagesstrukturierungen und perspektivischen Möglichkeiten des Einzelfalls (vgl. Bosshard 2011, S. 342).

Die eigenständige Fallanalyse ist Voraussetzung für die Hilfeplanung und Intervention. Nach Erkennen der individuellen Ressourcen des Klienten/ der Klientin kann der Hilfeansatz erfolgsversprechend stattfinden und entsprechende Ressourcen genutzt werden. Für die Erkennung individueller Ressourcen ist ein komplexes Problembewusstsein, Wahrnehmungs- und Beurteilungsfähigkeit sowie eine interkulturelle Kompetenz des Sozialarbeiters/ der Sozialarbeiterin erforderlich (vgl. Dörr 2005, S.93). Die zu bearbeitenden Probleme zu strukturieren, erfordert ein hohes Maß an Autonomie und (Selbst)Reflexion. Sozialarbeiter\*innen müssen die Problemlagen professionell annehmen und verarbeiten können, ohne sich in den Problemen zu verlieren. Supervisionen, Teambesprechungen und Fort- und Weiterbildungen sind für die Selbstkontrolle daher notwendig (vgl. ebd., S. 94).

### **Sozialpsychiatrischer Dienst**

Menschen mit psychischen Erkrankungen können sich an den sozialpsychiatrischen Dienst wenden. Die Kernarbeit im sozialpsychiatrischen Dienst ist die Einzelfallarbeit. Das Klientel wird in möglichen Problemlagen beraten, begleitet und betreut. In der Bewältigung des Alltags, in rechtlichen Notlagen, als auch in der Gestaltung von Freizeit, Wohnen oder Arbeit leistet der sozialpsychiatrische Dienst unterstützende klientenorientierte Sozialarbeit (vgl. Obert 2001, S. 30).

Bei der Subjektorientierung steht das Individuum im Zentrum des sozialen Kontextes. Wie können Strukturen und Hilfen aussehen, die dem Individuum wieder Kraft geben, Aufgaben im Alltag zu bewältigen? (vgl. ebd., S.99). Die Lebenswelt und Lebenslage der betroffenen Person werden demnach fokussiert. Die Kommunikation, eine vertrauensvolle Beziehungsarbeit und Kontinuität sind Leitziele in der sozialpsychiatrischen Arbeit (vgl. ebd., S.101).

## **7.2 Hilfsangebote in der Sozialen Arbeit für depressiv erkrankte Menschen**

Die Hilfsangebote in der Sozialen Arbeit für depressiv erkrankte Menschen sind vielfältig. In jedem Lebensbereich kann die Soziale Arbeit in der Alltagsbewältigung von Betroffenen eine wirksam unterstützende Hilfe leisten. Sei es im Bereich Wohnen: zum Beispiel in der Wohnungsnotfallhilfe (gemäß §67 SGB XII), in den ambulant betreuten Wohnformen, in Notunterkünften oder Übergangswohnunterkünften. Im Bereich der Erwerbstätigkeit liegt die Aufgabe der Sozialen Arbeit in der Arbeitsvermittlung, bei der Hilfe behördlicher Anträge und Kommunikation oder die Unterstützung für ehrenamtliche Tätigkeiten. Die Möglichkeiten zur Verbesserung der Lebensqualität von Betroffenen sind in den Angeboten der Sozialen Arbeit zu finden. Die individuellen Bedarfe, Ressourcen und die Lebenslage des Klienten/ der Klientin gilt es in der Sozialen Arbeit jederzeit zu berücksichtigen und zu fördern. Besonders wirksam für depressiv erkrankte Menschen sind die **Hilfsangebote der sozialpädagogischen Beratung**, die **Hilfsangebote von Selbsthilfegruppen**, **Kriseninterventionen** und **Angebote von psychosozialen Diensten**.

Im Folgenden werden die oben genannten Hilfsangebote der Sozialen Arbeit in ihren Aufgabenbereichen näher erläutert.

### **7.2.1 Sozialpädagogische Beratung**

In der sozialpädagogischen Beratung werden lebenspraktische, soziale, seelische, körperliche und wirtschaftliche Schwierigkeiten in Beratungsgesprächen thematisiert und bearbeitet. Die Beratung ist in der Sozialen Arbeit eine zentrale Berufstätigkeit, in der allgemein durch menschliche Handlungen eine Verbesserung der momentanen Lebenslage des Klienten/der Klientin erreicht werden soll (vgl. Belardi u.a. 2007, S.33). Anhand des individuellen Problems findet sozialpädagogische Beratung in verschiedenen Lebensbereichen statt (Suchtberatung, Schuldnerberatung, Partnerberatung, Schwangerschaftskonfliktberatung, Ernährungsberatung, Migrationsberatung, Familienberatung etc.). Die Schwerpunkte in der Beratung können in der Information, der Vermittlung, der Rückmeldung, der Unterstützung und in der Arbeit eines Hilfeplans bestehen (vgl. ebd.).

Ein *praxisorientiertes Fallbeispiel*:

Frau B. kommt seit drei Monaten wöchentlich zu ihren Terminen in eine psychosoziale Beratungsstelle. Die Sozialarbeiterin und Frau B. haben sich durch mehrere Gespräche innerhalb der drei Monate kennengelernt und haben eine vertrauensvolle Beziehung zueinander aufgebaut. Frau B. versucht ihre depressiven Phasen mit Alkohol zu verdrängen. Durch den Alkohol kann Frau B. ihre Gedanken und Gefühle nur kurzzeitig verdrängen. Der exzessive Alkoholkonsum entwickelt sich bei Frau B. zu einer Alkoholabhängigkeit, die sie im Beratungsgespräch offen anspricht. Die Sozialarbeiterin reagiert auf die Schilderungen von Frau B. und informiert die Klientin über mögliche Suchtberatungsstellen in der Nähe ihres Wohnortes von Frau B (Information). Sie macht der Klientin das Angebot, sie dorthin zu begleiten (Unterstützung). Im *Hilfeplan* wird erstmalig notiert, dass Frau B. möglicherweise eine Suchterkrankung hat, die es zu klären gilt. Die Sozialarbeiterin und die Klientin können gemeinsam Kontakt zu einer Suchtberatungsstelle aufnehmen (Vermittlung). Während des gesamten Hilfeprozesses reflektiert die Sozialarbeiterin das Verhalten der Klientin in bestimmten Situationen. Die Reflexion der Klientin und die Selbstreflexion der Sozialarbeiterin bilden die Rahmenbedingungen für eine erfolgversprechende Weiterführung der Hilfe (Rückmeldung). Sozialpädagogische Beratung ist demnach „eine spezielle Dienstleistung für Einzelpersonen, (Teil-)Familien und Institutionen, um diesen zur eigenständigen Lösung von Problemen im psychosozialen und/oder materiellen Bereich zu verhelfen.“ (Belardi u.a. 2007, S. 43).

### **7.2.2 Selbsthilfegruppen**

Die Arbeit in Selbsthilfegruppen ist eine Hilfe für psychosoziale Belastungen von Menschen, die in Lebenssituationen der Hilfe anderer bedürfen, die ähnliche psychosoziale Belastungen in sich oder mit sich tragen (vgl. Miesch 2020, S. 37).

In Selbsthilfegruppen können depressiv erkrankte Menschen ihre Erfahrungen, Gefühle und Gedanken mit Menschen teilen, die nachempfinden können, wie sich die betroffene Person fühlt. Die gegenseitige Wertschätzung und der gegenseitige Austausch geben Betroffenen das Gefühl, verstanden zu werden. Individuelle Tipps, Ratschläge und Empfehlungen bieten einen positiven Austausch für einen besseren Umgang mit der Erkrankung.

Selbsthilfegruppen haben einen wichtigen Stellenwert für Betroffene erlangt. Sie können aus der Objektivität als Patient\*in/ Klient\*in und sich selbst als eigenständige Person in ihrer eigenen Rolle wahrnehmen. Mittlerweile gibt es zahlreiche Angebote in der Selbsthilfegruppenberatung. Die Initiative gründet sich meist auf einen professionellen Helfer (Ärztegruppen, Psychotherapeut\*innen, Sozialarbeiter\*innen), der sich nach der kurzen Begleitung in der Anlaufphase weiter im Hintergrund hält (vgl. Sickendiek u.a. 2008, S.107 f.).

### **7.2.3 Kriseninterventionen**

Für Menschen in akuten Notsituationen gibt es Krisendienste (Sozialarbeiter\*innen, Psychologen\*innen, Ärzt\*innen, Krankenpflegepersonal), die als erste Anlaufstelle für Betroffene in Anspruch genommen werden können. Fachlich ausgebildetes Personal kann in solchen Krisenmomenten wirksam zur Entspannung der angespannten Lage führen oder erforderliche Hilfen einleiten (vgl. Dörr 2005, S. 42).

Sofern depressiv erkrankte Menschen sich in einer akuten Situation befinden, in der sie suizidale Gedanken und Vorstellungen nicht mehr loslassen, empfiehlt sich der Schritt in eine psychiatrische Klinik oder die Initiative eines Krisengesprächs mit professionellen Helfern, die Betroffenen helfen, diesem Gedankenkarussell zu entkommen. Sogenannte Krisenbetten zeigen in der Praxis ein hilfreiches Angebot für Krisensituationen. Dort können Betroffene kurzfristig aus der Not aussteigen und sich beruhigen, sich ausruhen, um dem Druck nicht standhalten zu müssen. Nach der Zeit der Rückzugsmaßnahmen, können gemeinsame Schritte geplant werden (vgl. ebd., S. 43).

Ein einfühlsames Befragen nach den Gedanken, geben Aufschluss darüber, wovor die betroffene Person Angst hat. In solchen Momenten ist das aktive Zuhören, als auch das Verständnis für die Lage wichtig für den Betroffenen. Für den professionellen Helfer stellt sich die Frage, welche ersten Schritte helfen könnten. Um solche Krisen zu überwinden, können beruhigende Übungen, lange intensive, mutmachende Gespräche und soziale Kontakte die derzeitige Situation begünstigen.

### **7.2.4 Angebote von psychosozialen Diensten**

Psychosoziale Dienste oder auch Psychosoziale Träger bieten meist ein vielfältiges Angebot für psychisch erkrankte Menschen und deren Lebensbewältigung an. Je nach Organisationsstruktur richten sich die Aufgabenbereiche der psychosozialen Dienste

nach den dort stattfindenden Angeboten. Unterschiedliche Formen der Hilfestellung können sein: die Unterstützung beim Zusammenleben mit Angehörigen, der Umgang mit Ämtern, die Unterstützung und Bewältigung des Alltags nach Klinikaufenthalten, die Unterstützung beim Aufbau sozialer Kontakte oder die Vermittlung von Therapiemöglichkeiten (vgl. Dörr 2005, S. 40 f.).

Psychosoziale Kontaktstellen bieten ein offenes Kontaktangebot für Betroffene an. Das Angebot ambulanter Dienste und weiterer Hilfen (zum Beispiel Tageskliniken) unterscheidet sich regional und ist teils unzureichend ausgebaut. Psychosoziale Dienste sind Teil des öffentlichen Gesundheitsdienstes als auch in freier Trägerschaft konzipiert (vgl. ebd. S. 39 ff.).

In einem von mir geführten Online-Gespräch mit einer von Depressionen betroffenen Person, wurde berichtet, dass der Psychosoziale Trägerverein Solingen e.V. (PTV) der Person in der Bewältigung depressiver Phasen guttut. Der Psychosoziale Träger in Solingen hat ein großes Angebot an unterstützenden Hilfeleistungen. Es gibt einen dreistufigen Krisendienst, der sofortige Hilfe anbietet. Die Hilfe besteht aus einem (1) Telefonat, sofern das keine Besserung verspricht, wird (2) vor Ort ein Gespräch geführt. Sollte vor Ort keine Lösung gefunden werden, steht (3) ein Notbett in der Krisenwohngruppe jederzeit zur Verfügung (vgl. Psychosozialer Träger Solingen e.V., Internetquelle).

Aus dem Gespräch wurde deutlich, dass der Psychosoziale Träger der betroffenen Person viel Unterstützung in verschiedenen Lebensbereichen bietet. Dort könne die Person in den Kontakt mit anderen kommen, um die Isolierung zu durchbrechen.

## 8 Fazit

Das Thema Depression findet in unserer Gesellschaft und in den Medien mehr Bewusstsein für die psychische Erkrankung und deren Belastung in der Alltagsbewältigung.

Auch ohne die Durchführung der zunächst beabsichtigten Interviews lassen sich adäquate Schlussfolgerungen in Bezug auf die einleitenden zentralen Fragestellungen (siehe Abschnitt 2) ziehen.

Grundsätzlich sind Depressionen gut behandelbar. Das frühzeitige Erkennen einer depressiven Erkrankung und die Erkrankungseinsicht verhelfen der betroffenen Person zu einer schnelleren Verbesserung der Symptome (vgl. Wittchen 2010, S. 26). Der Umgang mit Depressionen ist individuell. Sowohl die Ausprägung und die Schwere der Depression als auch die jeweilige Lebenssituation der betroffenen Person, gilt es, im Umgang mit der Erkrankung zu beachten.

Im Vergleich der letzten 25 Jahre ist die Depressionsbehandlung im stationären psychiatrischen Bereich deutlich verbessert worden durch individuell gestaltete Therapiemöglichkeiten. (vgl. Woltersdorf 2011, S.63)

In der Alltagsbewältigung zeigen sich verschiedene Problemlagen, die sich für Betroffene ergeben. Die Soziale Arbeit hat eine unterstützende Funktion, betroffenen Menschen in diesen schweren Problemlagen zu helfen. Besonders im Lebensbereich Arbeit sollte viel offener über Depressionen gesprochen werden. Viele Betroffene beenden ihre Berufstätigkeit, ohne dass mit ihnen über mögliche Alternativen gesprochen wurde. Über unsere berufliche Tätigkeit definieren wir uns und unser Lebenskonstrukt. Arbeit kann sowohl Fluch und Segen zugleich sein. Sie kostet uns Energie und gibt uns gleichzeitig Kraft. Ein offener Umgang am Arbeitsplatz mit psychischen Erkrankungen würde für Betroffene sehr hilfreich sein, um mehr Verständnis zu erfahren.

Im Weiteren stellte sich heraus, dass Probleme in mehreren Lebensbereichen gleichzeitig auftreten können und sich gegenseitig bedingen. Die psychischen Belastungen, bis hin zu suizidalen Gedanken und Krisen, gilt es, jederzeit ernst zu nehmen und dementsprechend professionell zu handeln. (vgl. Hammer & Plößl 2012, S.241) Das soziale Umfeld von depressiv erkrankten Menschen ist ebenso wichtig für die

Bewältigung von Alltagsherausforderungen. Sofern die betroffene Person ein stabiles soziales Umfeld hat, kann sie auf den Rückhalt und die notwendige Unterstützung zählen. (vgl. Woltersdorf 2011, S. 63) Betroffene Menschen, die über kein gut ausgebautes soziales Netzwerk verfügen, können sich mithilfe der Sozialen Arbeit Kontakte aufbauen, wie zum Beispiel durch Selbsthilfegruppen, Tageseinrichtungen oder Onlineforen. Der soziale Austausch über das Thema Depression und dessen Auswirkungen auf den/die Betroffene(n), trage dazu bei, sich nicht allein mit dem psychischen Stress zu fühlen. Durch Freizeitaktivitäten, das Entdecken neuer Hobbys oder Gruppentherapien können Betroffene einen entspannenden Ausgleich zu ihrer Erkrankung suchen.

Die Hilfsangebote in der Sozialen Arbeit können effektiv die Alltagsherausforderungen unterstützen. Eine individuelle Fallanamnese gibt Aufschluss über die eigenen Ressourcen, Fähigkeiten, Problemlagen und die Lebenssituation des Klienten/der Klientin. Besonders effektive Hilfsangebote finden wir im Bereich der sozialpädagogischen Beratung, in der auf die Lebenslage der Klientel explizit eingegangen wird. Durch Hilfepläne können kleine und große Ziele geplant und erreicht werden, sodass auch perspektivisch eine bessere Alltagsbewältigung erzielt werden kann. (vgl. Dörr 2005, S.108 f.)

Weiterführende Hilfen, wie beispielsweise die Eingliederungshilfe gemäß §90 SGB IX, kann den Betroffenen Stabilität nach der sozialpädagogischen Beratung geben.

In Zeiten der Corona-Pandemie erschwerte sich der Zugang zu einer bedarfsgerechten Versorgung für psychisch erkrankte Menschen. Gruppentherapien konnten nicht stattfinden, Ärzte/Ärztinnen mussten Termine verschieben. Betroffene berichteten von schwereren depressiven Phasen durch die Pandemie. Als Alternative konnten Online-Beratungen, Online-Selbsthilfegruppen und Krisentelefone genutzt werden. (vgl. Deutsche Depressionshilfe, Sondererhebung Deutschland-Barometer Depression: 2. Lockdown verschlechtert Krankheitsverlauf und Versorgung von psychisch Erkrankten massiv, Internetquelle)

Zusammenfassend leistet die Soziale Arbeit einen wesentlichen Teil zur verbesserten Alltagsbewältigung. Besonders hervorzuheben ist die kurzzeitige Entlastung von Klient\*innen durch Sozialarbeiter\*innen in krisenhaften oder psychisch instabilen Gefühlslagen. (vgl. Dörr 2005, S. 42) Für einen stabilen Umgang mit einer depressiven Erkrankung ist eine gute medizinisch-psychotherapeutische Versorgung und Behandlung sehr wichtig. Die Soziale Arbeit kommt meist nach dem klinischen Aufenthalt oder der

medizinischen Behandlung zum Tragen. Sie befasst sich mit dem Individuum und dessen Lebenswelt.

Betroffene können sich an sozialpädagogische Beratungsstellen wenden, wenn sie nicht in der Lage sind, ihren Alltag zu bewältigen. Die Unterstützung in schwierigen Lebenslagen stellt eine existenzielle Rolle in der Alltagsbewältigung von Betroffenen dar. In jedem Lebensbereich finden wir sozialarbeiterische Unterstützung anhand von vielseitigen Hilfsangeboten, welche sich speziell auf die individuelle Lebenslage des Klienten/der Klientin fokussieren.

# Anlagen

## Anlage 1: Fragebogen für die Interviewbefragungen:

### Fragebogen: Individueller Umgang mit Depressionen

Die Beantwortung dieser Fragen ist freiwillig.

Der Fragebogen dient dazu, herauszufinden, wie Sie persönlich Ihren Alltag erleben. Anhand Ihrer Antworten gilt es, zu analysieren, wie die Soziale Arbeit Perspektiven und Hilfsangebote für Betroffene gestalten kann.

#### 1. Personendaten:

weiblich   
männlich   
divers

Alter:  
Staatsangehörigkeit:

aktuelle Stimmungslage (x):      ++ sehr gute Stimmung      ( )  
  + gute Stimmung            ( )  
  +/- mittelmäßige Stimmung ( )  
  - schlechte Stimmung      ( )  
  -- sehr schlechte Stimmung ( )

Seit wann besteht bei Ihnen die Diagnose einer Depression? .....

#### 2. Lebensweltorientierung

##### *Ausbildung/ Arbeit*

- Welchen Schulabschluss haben Sie?

- Haben Sie eine abgeschlossene Ausbildung?

Ja                                       Nein

- Sind Sie berufstätig?

Ja                                       Nein

Wenn Nein: Wären Sie gerne beruflich tätig?

Ja                                       Nein

- Sind Sie zufrieden mit Ihrer finanziellen Situation?

Ja                                       Nein

- Haben Sie negative Erfahrungen in der Berufswelt gesammelt?





- Welche Hilfsangebote waren für Sie förderlich?
  
- Wobei wünschen Sie sich mehr Hilfe/ Unterstützung?

Vielen Dank für Ihre Mitwirkung und Offenheit!

Lina Sophie Wiek, Studentin an der Hochschule Neubrandenburg im Studiengang „Soziale Arbeit“

## Anlage 2: Kriterien einer depressiven Episode

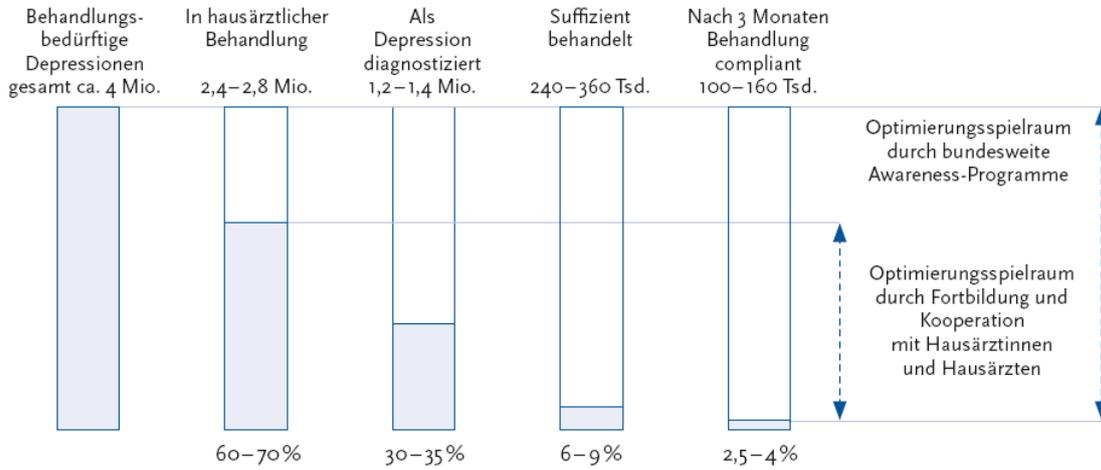
### Kriterien einer depressiven Episode

Quelle: modifiziert nach DSM-IV-TR

- 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.

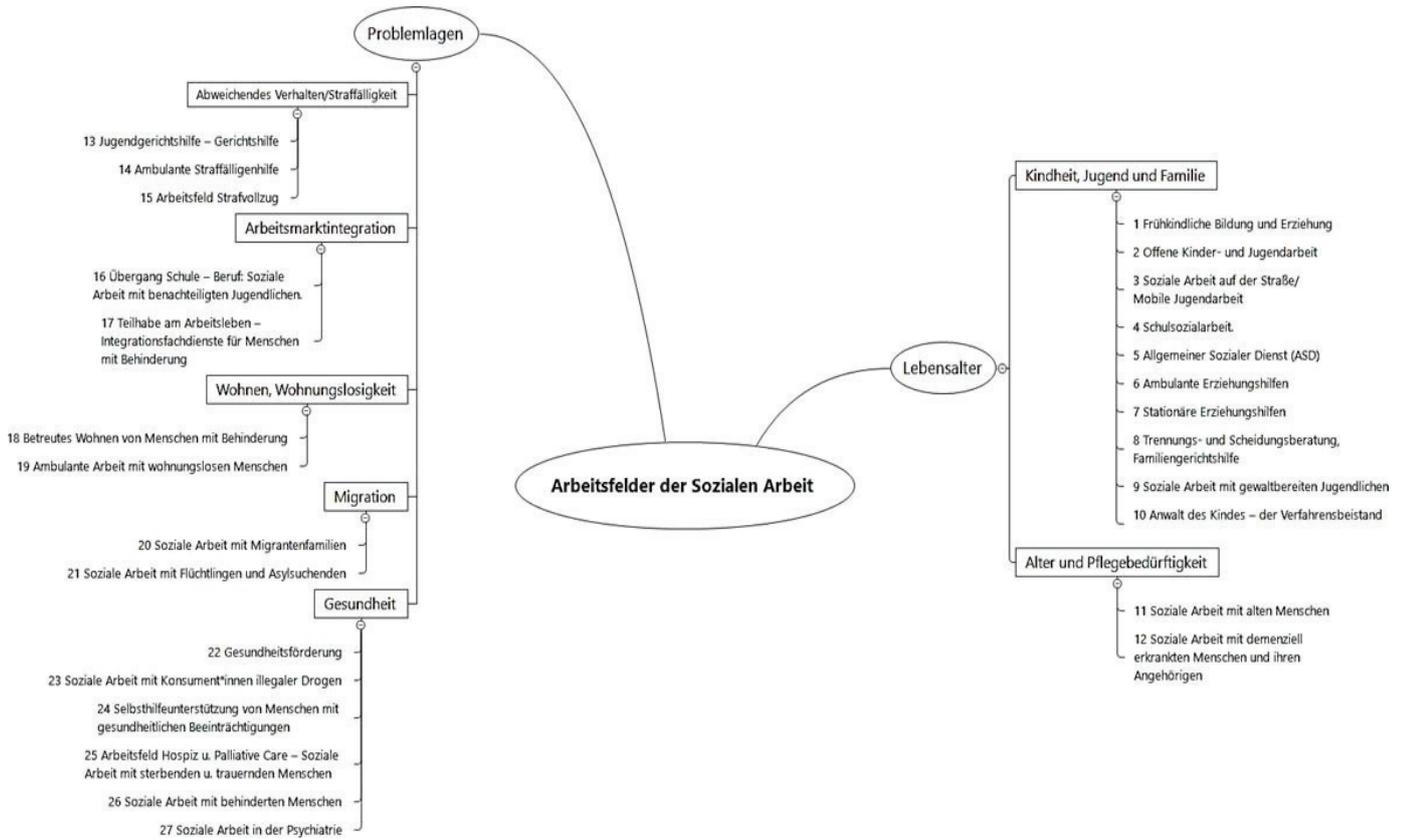
### Anlage 3: Schätzung der diagnostischen und therapeutischen Defizite

#### Schätzung der diagnostischen und therapeutischen Defizite



(Wittchen 2010, S. 9, S.31)

### Anlage 3: Arbeitsfelder der Sozialen Arbeit



vgl. Bieker, Rudolf/Floercke, Peter (2011): Träger, Arbeitsfelder und Zielgruppen der Sozialen Arbeit. Stuttgart: Kohlhammer.

(Bieker R. u.a. 2011)

## Literaturverzeichnis

- Belardi N., Akgün L., Gregor B., Neef R., Pütz T., Sonnen F. R. (2007):** Beratung. Eine sozialpädagogische Einführung. Fünfte überarbeitete Auflage. Weinheim und München: Juventa Verlag. 2007, S.33-47.
- Bieker R., Floerecke P. (2011):** Träger, Arbeitsfelder, Zielgruppen der Sozialen Arbeit. In: Bieker, R. (Hrsg.) Soziale Arbeit. Grundwissen. – Band 5/6 Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag GmbH 2011, S. 7.
- Bosshard M. (2011):** Soziale Arbeit in der Psychiatrie. In: Bieker, R. (Hrsg.) Träger, Arbeitsfelder, Zielgruppen der Sozialen Arbeit. Soziale Arbeit. Grundwissen. – Band 5/6 Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag GmbH 2011, S.333-343.
- Dörr M. (2005):** Soziale Arbeit in der Psychiatrie. In: Homfeldt H.-G. und Mühlum A. (Hrsg.) Soziale Arbeit im Gesundheitswesen - Band 8. München: Ernst Reinhard Verlag 2005, S.13, S.39-43, S.85-86, S.93-97, S.108-109.
- Hametner I. (2020):** Demenz, Delir, Depression. Symptome erkennen- schnell und individuell handeln. Hannover: Schlütersche 2020, S.67-85.
- Hammer M., Plößl I. (2012):** Irre verständlich. Menschen mit psychischen Erkrankungen wirksam unterstützen. Köln: Psychiatrie Verlag GmbH 2012, S.80, S. 90-10, S.239-253.
- Hautzinger, M. (2013):** Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen. Siebte Auflage. Weinheim Basel: Beltz Verlag 2013, S.18-36, S. 197-199, S.208-211, 231- 237.
- Hill B., Kreling E., Hönigschmid C., Zink G, Eisenstecken E. (2012):** Selbsthilfe und Soziale Arbeit. Das Feld neu vermessen. In: Grothe-Brotlik K. (Hrsg.) Weinheim Basel: Beltz Juventa Verlag 2021, S. 14-24.

**Ingenkamp K. (2012):** Depressionen und Gesellschaft. Die Erfindung einer Volkskrankheit. Bielefeld: transcript Verlag 2012, S. 20-44, S.317-319.

**Miesch, C. (2020):** Entwicklung der Selbsthilfe im psychosozialen Bereich. Erfahrungen mit dem Pilotprojekt Supervision der Sächsischen Krebsgesellschaft e.V. In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (Hrsg.) Selbsthilfejahrbuch 2020. Wetzlar: Majuskel Medienproduktion GmbH 2020, S. 37-38.

**Merkle, R. (2013):** Wenn das Leben zur Last wird. Depressionen überwinden, ins Leben zurückkehren. Achtzehnte Auflage. Mannheim: Praktisch Anwendbare Lebenshilfen (PAL) Verlagsgesellschaft 2013, S.7-127.

**Neumann, W., Lentz-Becker A., Claßen G. (2012):** Prävention stressbedingter Depressionen. Selbststeuerung und Ressourcenentwicklung. In: Claßen G., Erbsland M., Kugler J., Neumann W. (Hrsg.) Gesundheitswissenschaften in der Praxis. Schriftenreihe des Instituts für Gesundheitsforschung und Prävention. Band 11. Lengerich: Pabst Science Publishers 2012, S. 179, S.202-203.

**Northoff, R. (2013):** Sozialisation, Sozialverhalten und Psychosoziale Auffälligkeiten. Eine Einführung in die Bewältigung sozialer Aufgabenstellungen. Weinheim Basel: Beltz Juventa Verlag 2013, S.216-225.

**Obert, K. (2001):** Alltags- und lebensorientierte Ansätze als Grundlage sozialpsychiatrischen Handelns. Ein Beitrag zur sozialpsychiatrischen Methodik am Beispiel eines Sozialpsychiatrischen Dienstes. Bonn: Psychiatrie Verlag gGmbH 2001, S.23-31, S. 36-38, S.99-103, S.129-133, S.360-363.

**Schaffranek, D. (2012):** Krisen durchLeben. Krisen- Chancen und Gefahren. Hamburg: Verlag Dr. Kovač GmbH 2012, S.154- 156.

**Sickendiek, U., Engel, F., Nestmann F. (2008):** Beratung. Eine Einführung in sozialpädagogische und psychosoziale Beratungsansätze. Dritte Auflage.

Grundlagentexte Soziale Berufe. Weinberg und München: Juventa Verlag 2008, S. 106-108, S.164-167.

**Spieß, E. (1988):** Frau und Beruf. Der Wandel des Problems in Wissenschaft und Massenmedien. Band 583. Frankfurt/Main: Campus Verlag 1988, S. 7-16.

**Wendt, P-U. (2017):** Lehrbuch Soziale Arbeit. Studienmodule Soziale Arbeit. Weinheim: Beltz Verlagsgruppe 2017, S. 48, S. 54, S.55, S.196.

**Wittchen, H.-U., Jacobi F., Klose M., Ryl L. (2010):** Heft 51. Depressive Erkrankungen. In: Robert Koch Institut Statistisches Bundesamt (Hrsg.). Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin. S. 7-34.

**Woltersdorf, M. (2011):** Depressionen verstehen und bewältigen. Aus der therapeutischen Praxis. Psychotherapie, Unterstützung, Medikamente. Einfühlsam und verständlich. Vierte Auflage. Heidelberg: Springer Verlag 2011, S.1-147.

**Yapko, D. M. (2002):** S.O.S. Depressionen. Schnelle und wirksame Hilfe für Betroffene. 70 Fragen und Antworten. Heidelberg: Carl-Auer-System Verlag 2002, S. 77, S.92-99. (Übersetzt aus dem Amerikanischen von A. Hildenbrandt)

## **Internetquellen**

BR24 (2021): Mangelware Psychotherapie: immer längere Wartezeiten.

<https://www.br.de/nachrichten/deutschland-welt/mangelware-psychotherapie-immer-laengere-wartezeiten>,SORex1v [Stand: 25.05.2021]

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2021): ICD-10-GM.

<https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/> [Stand: 16.05.2021]

Bundesärztekammer (2006): Aktive Bekämpfung der Stigmatisierung und Diskriminierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen

<https://www.bundesaerztekammer.de/aerztetag/beschlussprotokolle-ab-1996/109-daet-2006/punkt-ii/stigmatisierung/stigmatisierung-i/> [Stand: 28.05.2021]

Deutsche Angestellten Krankenkasse DAK (2019): Gesundheitsreport 2019. Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Alte und neue Süchte im Betrieb. In: Storm A. (Hrsg.) Hamburg. 2019 S. 9 <https://www.dak.de/dak/bundesthemen/gesundheitsreport-2019-2099306.html#/> [Stand: 01.06.2021]

Das Gespräch mit suizidalen Patienten. Linus Geisler: Arzt und Patient.  
[http://www.linus-geisler.de/ap/ap27\\_suizidal.html](http://www.linus-geisler.de/ap/ap27_suizidal.html) [Stand: 30.05.2021]

Die Mitte der Nacht: Vorbeugung und Selbsthilfe

<https://www.die-mitte-der-nacht.de/thema/vorbeugung#autoplay> [Stand: 28.05.2021]

Deutsche Depressionsliga (2021): Organisationen und Verbände rund um psychische Erkrankungen <https://www.depressionsliga.de/informationen/nuetzliche-links-235/organisationen-und-verbaende.html> [Stand: 27.05.2021]

Deutsche Depressionshilfe: Entstehung

<https://www.deutsche-depressionshilfe.de/ueber-uns/die-stiftung> [Stand: 27.05.2021]

Deutsche Depressionshilfe: Depressionen und Arbeit. Tipps für Unternehmen.

<https://www.deutsche-depressionshilfe.de/depression-infos-und-hilfe/depression-in-verschiedenen-facetten/depression-und-arbeit#Links%20und%20Literatur> [Stand: 01.06.2021]

Deutsche Depressionshilfe: Sondererhebung Deutschland-Barometer Depression: 2. Lockdown verschlechtert Krankheitsverlauf und Versorgung von psychisch Erkrankten massiv <https://www.deutsche-depressionshilfe.de/forschungszentrum/deutschland-barometer-depression/id-2021> [Stand: 02.06.2021]

Deutsche Depressionshilfe: Wo finde ich Hilfe?

<https://www.deutsche-depressionshilfe.de/depression-infos-und-hilfe/wo-finde-ich-hilfe>  
[Stand: 27.05.2021]

Deutsche Depressionshilfe, Wo finde ich Hilfe? Online-Foren  
<https://www.diskussionsforum-depression.de/> [Stand: 28.05.2021]

Deutsche Depressionshilfe (2018): Zahlen und Fakten über Depression.  
[https://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/presse/pressemitteilungen/archiv/2018/07\\_faktenblatt\\_depressionen.pdf](https://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/presse/pressemitteilungen/archiv/2018/07_faktenblatt_depressionen.pdf) [Stand: 26.05.2021]

International Association of Schools of Social Work (IFSW) (2014):  
<https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/> [Stand: 03.06.2021]

Krämer, H. Prof. Dr. (2018): Revision von Leistungsgesellschaft.  
<https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/leistungsgesellschaft-38941/version-262362> [Stand: 25.05.2021]

Petition: Keine Raster-Psychotherapie  
<https://www.change.org/p/jens-spahn-keine-rasterpsychotherapie> [Stand: 06.06.2021]

Psychosozialer Trägerverein Solingen e.V.: Krisendienst: Notfallhilfe rund um die Uhr  
<https://www.ptv-solingen.de/krisendienst/>  
[Stand: 06.06.2021]

Statistisches Bundesamt (2017): Zahl der Todesfälle im Jahr 2015 um 6,5 % gestiegen.  
Pressemitteilung vom 19. Januar 2017.  
[https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2017/01/PD17\\_022\\_232pdf.pdf?](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2017/01/PD17_022_232pdf.pdf?)

\_\_blob=publicationFile#:~:text=Die%20h%C3%A4ufigste%20Todesursache%20im%20Jahr,M%C3%A4nner%20und%20198%20620%20Frauen. [Stand: 26.05.2021]

Stress- Auszeit: Depression. Bevölkerungsanteil mit Depressionen.

<https://www.stress-auszeit.ch/depression/> [Stand: 26.05.2021]

Weltgesundheitsorganisation WHO (2019): Psychische Gesundheit. Faktenblatt.

[https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/404853/MNH\\_FactSheet\\_DE.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/404853/MNH_FactSheet_DE.pdf)

[Stand: 17.05.2021]