

PatientenLeitlinie zur Nationalen VersorgungsLeitlinie

Unipolare Depression

Barrierefreie Internetversion

Version 1.0 vom 24.08.2011

Diese PatientenLeitlinie ist die Patientenversion der „Nationalen VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression“. Zum Nachweis der wissenschaftlichen Belege gelten die dort angeführten Quellen.

www.depression.versorgungsleitlinien.de

Foto: Rainer Sturm / pixelio.de



Bundesärztekammer



Kassenärztliche
Bundesvereinigung



Arbeitsgemeinschaft der
Wissenschaftlichen
Medizinischen
Fachgesellschaften

Inhaltsverzeichnis

An die Leserin, an den Leser.....	4
Zusammenfassung	8
Was ist eine Depression?.....	9
Wie wird eine Depression festgestellt?.....	17
Schweregrade	21
Wie wird eine Depression behandelt?	23
Die Behandlungsmöglichkeiten	31
Was bei der Behandlung zu beachten ist	69
Wer an der Behandlung beteiligt ist.....	71
Was Sie selbst tun können.....	76
Hilfe im Notfall	78
Was Angehörige wissen sollten.....	79
Ein paar Worte zu einem schwierigen Thema ...	82
Rat und Unterstützung	85
Adressen von medizinischen Fachgesellschaften.....	87
Psychotherapeutensuche	90
Kleines Wörterbuch	91

Allgemeine Hinweise:

Diese Information richtet sich an Frauen und Männer. Der einfacheren Lesbarkeit halber haben wir an manchen Stellen allein die männliche Form verwendet.

Fremdwörter und Fachbegriffe sind im angehängten Wörterbuch erklärt.

Es gibt ärztliche und psychologische Psychotherapeuten. Nicht jeder Arzt, der eine Depression behandelt, ist ein Psychotherapeut. Die in der PatientenLeitlinie gewählte Formulierung Arzt / Therapeut umfasst alle an der Behandlung depressiver Menschen beteiligte Heilberufe.

ersetzt durch 2, Auflage,

An die Leserin, an den Leser

Vielleicht beobachten Sie bei sich Anzeichen einer Depression oder Ihr behandelnder Arzt hat eine Depression bereits festgestellt. Vielleicht haben Sie einen Angehörigen, der an einer Depression erkrankt ist oder bei dem Sie dies vermuten. In dieser PatientenLeitlinie finden Sie wissenschaftlich gesicherte Informationen darüber, was depressive Erkrankungen sind, wie sie erkannt und behandelt werden. Sie kann Ihnen als Begleiter durch eine Erkrankungsphase dienen oder ein erster Schritt sein, sich aktiv mit der Erkrankung auseinanderzusetzen. Das Gespräch mit Ihrem behandelnden Arzt oder Psychotherapeuten kann sie aber nicht ersetzen.

Wir möchten Sie mit diesem Ratgeber

- über den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse zur Diagnostik und Behandlung depressiver Erkrankungen informieren;
- darüber informieren, welche Behandlungen bei Depression möglich sind und welche Auswirkungen sie auf Ihre Lebensumstände haben können
- darin unterstützen, im Gespräch mit Ihren Ärzten oder Ihrem Psychotherapeuten die „richtigen“ Fragen zu stellen;
- dazu ermutigen, anstehende Behandlungsentscheidungen in Ruhe und nach Beratung mit Ihren behandelnden Ärzten, Psychotherapeuten und Ihren nahen Angehörigen zu treffen;
- auf Beratungs- und Hilfsangebote hinweisen.

Hinweis

Diese PatientenLeitlinie beschreibt die Ursachen, Untersuchungs- und Behandlungsmöglichkeiten bei der sogenannten „unipolaren Depression“. Wenn bei Ihnen eine manisch-depressive (bipolare) Erkrankung oder eine Psychose festgestellt wurde, hilft Ihnen dieser Ratgeber nicht weiter.

Warum Sie sich auf die Informationen dieser Patientenleitlinie verlassen können

Grundlage für diese PatientenLeitlinie ist die S3-Leitlinie / Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression, die 2009 veröffentlicht wurde. Initiator der Leitlinie war die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), die federführend die S3-Leitlinie entwickelte und als Nationale Versorgungsleitlinie gemeinsam mit der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung herausgab.

Diese Leitlinie enthält Handlungsempfehlungen für Ärzte und Psychotherapeuten. Diese beruhen auf dem besten derzeit verfügbaren medizinischen Wissen. Medizinische und psychotherapeutische Fachgesellschaften sowie Patienten- und Angehörigenvertreter haben diese Leitlinie im Konsens verabschiedet (siehe: Adressen von medizinischen Fachgesellschaften, Seite 87).

Die Handlungsempfehlungen sind für Fachleute formuliert und daher nicht für jeden verständlich. In dieser Broschüre übersetzen wir nun die Empfehlungen in eine allgemein verständliche Form. Sie wurde unter Mitwirkung von Patientenvertretern erarbeitet. Die wissenschaftlichen Quellen, auf denen die Aussagen dieses Ratgebers beruhen, sind in der S3-Leitlinie / Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression nachzulesen.

Sie ist im Internet frei zugänglich:

www.versorgungsleitlinien.de/themen/depression

Eine Leitlinie...

... ist eine Orientierungs- und Entscheidungshilfe für Ärzte und andere Fachberufe (zum Beispiel Psychologen). Sie wird von einer Expertengruppe im Auftrag einer oder mehrerer medizinischer Fachgesellschaften erstellt. Bei der Leitlinie zur Unipolaren Depression waren Experten verschiedener Fachrichtungen beteiligt: Psychologen, Psychiater, Psychotherapeuten, Nervenärzte und Allgemeinmediziner sowie Patienten- und Angehörigenvertreter. Die Handlungsempfehlungen stützen sich auf das beste derzeit verfügbare medizinische Wissen.

Dennoch ist eine Leitlinie keine Zwangsvorgabe für Ärzte oder Psychotherapeuten. Jeder Patient hat seine eigene Krankengeschichte und eigene Wünsche. In begründeten Fällen muss der Arzt oder Psychotherapeut sogar von den Empfehlungen einer Leitlinie abweichen.

Eine Wissenschaft für sich – die Empfehlungen einer Leitlinie

Die Empfehlungen einer Leitlinie beruhen auf wissenschaftlichen Erkenntnissen. Manche dieser Erkenntnisse sind durch viele aussagekräftige Studien abgesichert. Manche wurden in Studien beobachtet, die keine sehr zuverlässigen Ergebnisse liefern. Manchmal gibt es auch widersprüchliche Angaben in unterschiedlichen Studien. Das spiegelt sich in den Empfehlungen einer Leitlinie wider: Es gibt *starke Empfehlungen* für sehr gut abgesicherte Vorgehensweisen, es gibt *schwache Empfehlungen* für Vorgehensweisen, für die keine hochwertigen Daten vorliegen. Das wird auch in der Sprache ausgedrückt:

„soll“	Starke Empfehlung , für die sehr gut abgesicherte Studienergebnisse vorliegen
„sollte“	Empfehlung , für die Ergebnisse aus gut durchgeführten Studien vorliegen
„kann“	Offene Empfehlung , die Ergebnisse stammen aus weniger hochwertigen Studien oder sind nicht eindeutig.

Bei der Umsetzung der Leitlinie haben wir diese Wortwahl beibehalten. Wenn Sie in unserem Ratgeber also lesen, Ihr Arzt oder Psychotherapeut „soll“ so oder so vorgehen, dann bedeutet das: Für dieses Vorgehen gibt es stichhaltige und von Experten geprüfte wissenschaftliche Belege.

Sind die Empfehlungen der Leitlinie wissenschaftlich abgesichert?

Alle Empfehlungen zur Diagnostik und Behandlung von depressiven Erkrankungen beruhen auf dem besten heute verfügbaren Wissen. Dieses Wissen ist begrenzt, wird aber stetig erweitert. Einige Fragestellungen wurden in Studien nur unzureichend untersucht, für andere liegen widersprüchliche Ergebnisse vor. Nicht alle Studien können nach dem gleichen Schema durchgeführt werden, manchmal ist daher ein direkter Vergleich der Behandlungsmethoden nicht möglich.

Leitlinien werden regelmäßig aktualisiert. Die Aussagen zu den bewährten Behandlungen werden in bestimmten Abständen überprüft, der Nutzen neuer Untersuchungen und Therapien an Hand der vorliegenden Literatur bewertet.

Zusammenfassung

Was ist eine Depression?

Depressionen sind weltweit sehr häufige Erkrankungen. Nach offiziellen Angaben erkranken im Laufe ihres Lebens heute 16 bis 20 von hundert Menschen daran. In etwa der Hälfte der Fälle werden depressive Erkrankungen gar nicht festgestellt, weil die Betroffenen nicht zum Arzt gehen oder dieser die Depression nicht erkennt. Man kann Depressionen in vielen Fällen erfolgreich mit Medikamenten oder psychotherapeutisch behandeln. Ursachen für die Erkrankung können erblich bedingt und / oder im Lebensumfeld des Betroffenen zu suchen sein.

Wie wird eine Depression festgestellt?

Im Gespräch erfragt Ihr behandelnder Arzt, ob bei Ihnen bestimmte Anzeichen einer Depression vorliegen. *Hauptsymptome einer Depression* sind: gedrückte, depressive Stimmung, Interessenverlust, Freudlosigkeit und Antriebsmangel beziehungsweise Ermüdbarkeit. *Nebensymptome* sind: verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit, vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Gefühle von Schuld und Wertlosigkeit, übertriebene Zukunftsängste oder „Schwarzsehen“, Gedanken an den Tod, Suizidgedanken oder -versuche, Appetitstörungen, Schlafstörungen. Wenn mindestens zwei Hauptsymptome mindestens zwei Wochen lang andauern, liegt eine Depression vor. Viele Menschen, bei denen später eine Depression festgestellt wird, gehen zunächst wegen körperlicher Beschwerden zum Arzt (z.B. Schlaf- oder Appetitstörungen, Kopfschmerzen, Kreislaufbeschwerden).

Wie wird eine Depression behandelt?

Für die Behandlung stehen psychotherapeutische Verfahren (Verhaltenstherapie oder psychoanalytisch begründete Verfahren) und Medikamente zur Verfügung. Psychotherapeutische oder medikamentöse Behandlung und weitere Verfahren (zum Beispiel körperliche Bewegung) haben sich als wirksam erwiesen. Welche Behandlung für Sie in Frage kommt, hängt neben Ihrer Krankengeschichte vor allem von Ihren persönlichen Wünschen und Vorstellungen ab. Darüber hinaus gibt es weitere Behandlungsmöglichkeiten wie z.B. die Wachtherapie, die Lichttherapie oder die Elektrokrampftherapie, die in bestimmten Fällen hilfreich sein können. Bewegung und körperliches Training unterstützen jede Therapie bei Depression.

Was ist eine Depression?

Einfach nur traurig oder depressiv?

Phasen der Trauer oder Niedergeschlagenheit kennt jeder. Sie gehören zum menschlichen Dasein, genauso wie Hochphasen des Glücks. Wann daraus die Krankheit „Depression“ wird, ist nicht immer leicht zu erkennen. Als Depression bezeichnet man einen längeren Zustand deutlich gedrückter Stimmung, Interesselosigkeit und Antriebsschwäche. Oft fällt es depressiven Menschen schwer, die alltäglichen Aufgaben zu bewältigen und sie leiden unter starken Selbstzweifeln (welche Anzeichen eine Depression genau kennzeichnen, lesen Sie in dem Kapitel „Wie wird eine Depression festgestellt?“ auf Seite 17).

Grundsätzlich trägt jeder Mensch das Risiko in sich, depressiv zu werden. Doch ob jemand tatsächlich erkrankt, unterliegt Einflüssen, die wir nicht steuern können: Zum Beispiel erbliche Anlagen, körperliche Faktoren und das persönliche Lebensumfeld tragen dazu bei.

Depressionen sind weltweit häufige Erkrankungen. Nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) werden sie im Jahr 2030 die höchste Krankheitslast in der Weltbevölkerung verursachen – noch vor den Herz- und Kreislauferkrankungen. Im Laufe ihres Lebens erkranken heute schon 16 bis 20 von hundert Menschen daran, Frauen etwa doppelt so häufig wie Männer. Depressionen können in jedem Lebensalter auftreten. Das Bundesgesundheitsministerium nimmt an, dass derzeit in Deutschland mindestens vier Millionen Menschen von einer Depression betroffen sind. Dabei ist die Dunkelziffer hoch: Nach den Ergebnissen einer Studie der Weltgesundheitsorganisation werden depressive Erkrankungen in etwa der Hälfte der Fälle gar nicht festgestellt, weil die Betroffenen nicht zum Arzt gehen oder der Arzt sie nicht erkennt. Betroffene fürchten sich vor dem Makel „psychische Erkrankung“ oder schämen sich, mit ihrer schlechten Stimmung

nicht allein fertig zu werden. Dabei ist eine psychische Erkrankung ebenso wie eine körperliche keine Frage von Schuld: Niemand würde sich schämen, wegen Rückenschmerzen einen Arzt aufzusuchen.

Die Behandlung seelischer Erkrankungen gehört genauso zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen wie die körperlicher Erkrankungen. Bei privaten Krankenkassen ist dies jeweils vom individuellen Versicherungsvertrag abhängig.

Man kann eine Depression in vielen Fällen erfolgreich behandeln. Mit Medikamenten oder mit psychotherapeutischen Angeboten kann die Krankheit gelindert oder zum Verschwinden gebracht werden.

Verschiedene Formen der Depression

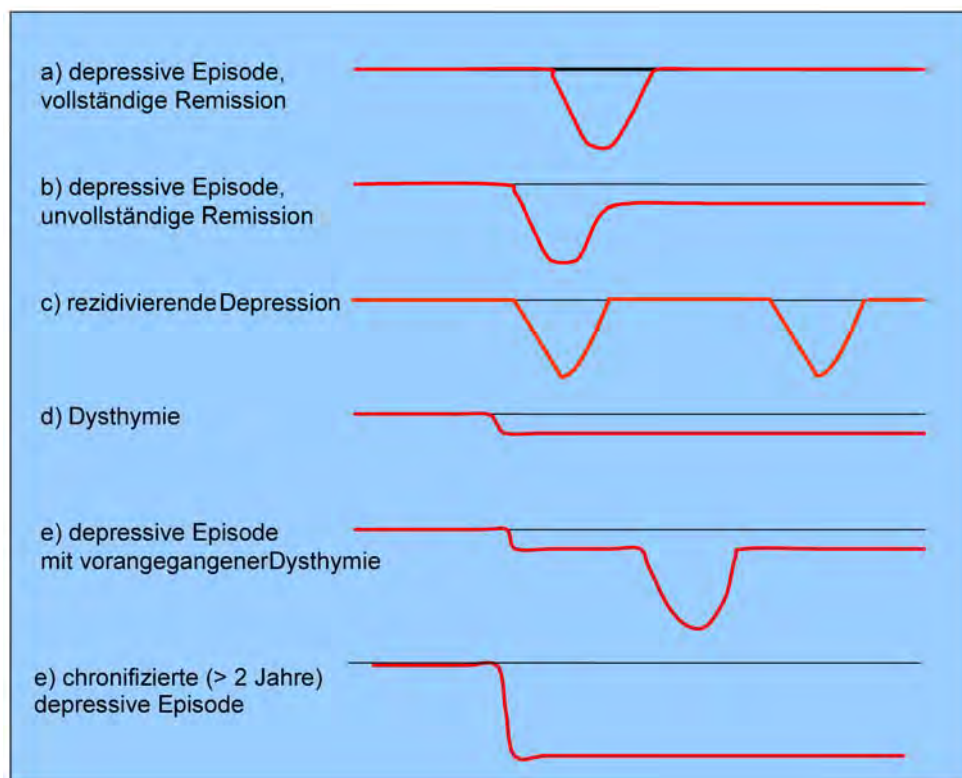
Die Depression ist ein Krankheitsbild mit vielen Gesichtern. Einzelne depressive Phasen nennt man **depressive Episoden**. Diese können einmalig oder wiederholt auftreten. Bei mehr als der Hälfte der Ersterkrankungen kommt es im Laufe der Zeit zu einer erneuten Erkrankung (so genanntes Rezidiv). Zwischen zwei depressiven Episoden können Jahre vergehen, sie können aber auch innerhalb eines kurzen Zeitraums gehäuft auftreten.

Von einer Depression abzugrenzen ist die **Dysthymie**, eine anhaltende getrübe Stimmung, die Ihr Befinden zwar beeinträchtigt, aber nicht so stark wie eine depressive Episode.

Von einer **chronischen Depression** spricht man, wenn die depressiven Anzeichen mehr als zwei Jahre anhalten.

Eine vollständige Wiederherstellung der psychischen Gesundheit nennt man **Remission** (Genesung). Nach einer depressiven Episode kann diese Remission auch unvollständig sein, das heißt: Es geht Ihnen zwar deutlich besser als während der depressiven Episode, aber nicht ganz so gut wie zuvor.

Die Grafik stellt die verschiedenen möglichen Verläufe der Depression schematisch dar. Dabei werden die Fachbegriffe benutzt, die der vorstehende Abschnitt erläutert:



ersetzt durch 2,1

Ursachen

Depressive Erkrankungen haben in den letzten Jahren zugenommen. Inzwischen gehören Depressionen zu den häufigsten Gründen für Krankschreibungen.

Wenn ein Mensch an einer Depression erkrankt, kann das viele Gründe haben. Meist gibt es nicht nur eine einzige Ursache, sondern mehrere Dinge kommen zusammen.

Grundsätzlich kann man zwischen zwei Arten von Ursachen unterscheiden: es gibt solche, die erblich (genetisch) bedingt sind, das heißt, sie betreffen die Veranlagung jedes einzelnen Menschen. Und es gibt Gründe, die in der Lebensgeschichte, im Umfeld und in der Lebensführung zu suchen sind.

Depressionen treten häufiger auf bei

- früheren depressiven Episoden;
- depressiven und manisch-depressiven Erkrankungen in der Familie;
- Suizidversuchen in der Familie;
- belastenden Begleiterkrankungen;
- Alkohol-, Tabletten- oder Drogenabhängigkeit;
- belastenden Ereignissen im persönlichen Umfeld wie der Tod eines Angehörigen, Trennung oder Verlust, Beziehungskrise, Leistungsdruck, Überforderung;
- Vereinsamung und mangelnder sozialer Unterstützung.

Erschwerend kommt häufig hinzu, dass die Betroffenen sich verantwortlich für ihren Gemütszustand fühlen und dafür schämen, sich nicht besser im Griff zu haben. Die Gefühle von Scham und Schuld können die Depression noch verstärken. Depressive Menschen können so in einen Teufelskreis geraten.

Indem Sie zu dieser PatientenLeitlinie greifen und sich gezielt informieren, tun Sie bereits einen wichtigen Schritt aus diesem Teufelskreis heraus. Der nächste ist der Gang zum Arzt oder Psychotherapeuten, denn Depressionen können behandelt werden. Wenn Ihnen selber oder anderen Menschen Veränderungen auffallen, die auf eine Depression hindeuten, lassen Sie Ihren Verdacht ruhig frühzeitig abklären. Wie Ihr Arzt oder Psychotherapeut feststellt, ob Sie depressiv sind und wie er Sie behandeln kann, erfahren Sie ab Seite 17.

ersetzt durch 2, Auflage, Version 1.0

Welche körperlichen Anzeichen können auf eine Depression hinweisen?

Die Depression hat viele Erscheinungsbilder. Trauer und Niedergeschlagenheit wirken sich auch auf die körperliche Verfassung aus. Neben typischen Beschwerden wie z.B. gedrückter Stimmung, Interessenverlust, Antriebsmangel (siehe Seite 17) können oft auch körperliche Anzeichen auf eine Depression hinweisen:

- Allgemeine körperliche Abgeschlagenheit, Mattigkeit;
- Schlafstörungen (Ein- und / oder Durchschlafstörungen);
- Appetitstörungen, Magendruck, Gewichtsverlust, Verdauungsprobleme wie Verstopfung (Obstipation) oder Durchfall (so genannte Diarrhöe);
- Kopfschmerz oder andere Schmerzen (zum Beispiel Rücken);
- Druckgefühl in Hals und Brust, Beengtheit im Hals (so genanntes „Globusgefühl“);
- Störungen von Herz und Kreislauf (Herzrhythmusstörungen, Herzrasen), Atemnot;
- Schwindelgefühle, Flimmern vor den Augen, Sehstörungen;
- Muskelverspannungen, plötzlich einschießende Schmerzen;
- Verlust des sexuellen Interesses, Aussetzung der Monatsblutung, Impotenz, sexuelle Funktionsstörungen;
- Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen.

All diese körperlichen Anzeichen können auf eine Depression hindeuten. Vielleicht denken Sie zum Beispiel bei Atemnot oder Herzrhythmusstörungen zunächst nicht daran, dass diese auch psychische Ursachen haben können.

Es gibt einen einfachen Test, der den Verdacht auf eine depressive Störung erhärtet: den so genannten „Zwei-Fragen-Test“:

1. Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig bedrückt oder hoffnungslos?
2. Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?

Werden beide Fragen mit „Ja“ beantwortet, dann sollten Sie sich von einem Arzt oder Psychotherapeuten eingehend untersuchen lassen. In einem ausführlichen Gespräch sollen alle wichtigen möglichen Haupt- und Nebensymptome (Anzeichen) einer Depression erfragt werden. Damit kann eine Erkrankung zuverlässig festgestellt oder ausgeschlossen werden. Der Arzt oder Psychotherapeut kann so auch herausfinden, wie schwer Ihre Erkrankung möglicherweise ist. Denn nach dem Schweregrad richtet sich die Art der Behandlung.

Welche Krankheiten können eine Depression begleiten?

Eine Depression geht häufig mit anderen seelischen oder körperlichen Erkrankungen einher.

Häufige psychische Begleiterkrankungen sind:

- Angst- und Panikstörungen
- Missbrauch von Alkohol oder Drogen
- Essstörungen (Magersucht, Bulimie)
- Persönlichkeitsstörungen

Auch Krebs, Herz-Kreislaufkrankungen, Allergien, Infektionen, anhaltende Schmerzen, Diabetes oder Hirnerkrankungen können mit depressiven Symptomen verbunden sein.

Ist bei Ihnen eine Depression festgestellt worden, dann sollte Ihr Arzt oder Psychotherapeut genau prüfen, ob bei Ihnen auch Begleiterkrankungen vorliegen. Wenn er dabei eine behandlungsbedürftige Krankheit erkennt, sollte er Sie zu einem entsprechenden Facharzt überweisen.

Wie wird eine Depression festgestellt?

Notwendige Untersuchungen

Wenn Sie sich entschlossen haben, einen Arzt oder Psychotherapeuten aufzusuchen, wird der Sie in einem ausführlichen Gespräch befragen. Dabei soll er sich an bestimmten Beispielfragen oder Fragebögen orientieren, die sich in der Forschung als zuverlässig und aussagekräftig erwiesen haben. Dieses Gespräch ist das wichtigste „Instrument“ des Arztes oder Psychotherapeuten, um herauszufinden, ob Sie an einer Depression erkrankt sind und wie stark diese möglicherweise ausgeprägt ist. Deshalb ist es wichtig, dass Sie ihm vertrauen können und möglichst offen antworten.

Eine Depression wird festgestellt, indem der behandelnde Arzt oder Psychotherapeut bei Ihnen die Haupt- und Nebenanzeichen erfragt. Wenn bei Ihnen mindestens zwei Haupt- und Nebensymptome mindestens zwei Wochen lang anhalten, liegt eine Depression vor. Die *Hauptsymptome* sind:

- Gedrückte, depressive Stimmung
- Interessenverlust und Freudlosigkeit
- Antriebsmangel und Ermüdbarkeit

Dazu gibt es mehrere *Nebensymptome*, die den Schweregrad der Erkrankung mitbestimmen, und die ebenfalls genau erfasst werden sollen:

- Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit
- Vermindertem Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
- Gefühle von Schuld und Wertlosigkeit
- Übertriebene Zukunftsängste oder „Schwarzsehen“
- Suizidgedanken oder -versuche, Selbstverletzungen
- Schlafstörungen
- Verminderter Appetit

Bei der Einschätzung ist nicht nur Ihr derzeitiger Gemütszustand wichtig, sondern auch der Verlauf der letzten Wochen. Im Gespräch wird der Arzt oder Psychotherapeut Ihnen zu allen einzelnen Anzeichen Fragen stellen. Vielleicht bittet er Sie auch, einen Fragebogen auszufüllen.

Ein paar Beispielfragen, die sich als nützlich und gut geeignet erwiesen haben, sind im Folgenden für Sie aufgelistet, damit Sie eine Vorstellung davon bekommen, wie das Gespräch vielleicht ablaufen kann. Wenn Sie vor einem solchen Besuch beim Arzt oder Psychotherapeuten stehen, können diese Fragen Ihnen eine Hilfestellung sein, sich vorzubereiten – oder einfach als Anregung dienen, über sich selbst nachzudenken:

Was Ihr Arzt oder Psychotherapeut Sie fragen könnte ...

„Haben Sie sich in den letzten zwei Wochen niedergeschlagen oder traurig gefühlt?“

„Gab es Zeiten, in denen Ihre Stimmung besser oder schlechter war?“

„Haben Sie in der letzten Zeit das Interesse oder die Freude an wichtigen Aktivitäten (Beruf, Hobby, Familie) verloren?“

„Hatten Sie in den letzten zwei Wochen fast ständig das Gefühl, zu nichts mehr Lust zu haben?“

„Haben Sie Ihre Energie verloren?“

„Fühlen Sie sich ständig müde und abgeschlagen?“

„Fällt es Ihnen schwer, die Aufgaben des Alltags wie gewohnt zu bewerkstelligen?“

„Haben Sie Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren?“

„Haben Sie Mühe, die Zeitung zu lesen, fernzusehen oder einem Gespräch zu folgen?“

„Leiden Sie an fehlendem Selbstvertrauen und / oder Selbstwertgefühl?“

„Fühlen Sie sich so selbstsicher wie sonst?“

„Machen Sie sich häufig Selbstvorwürfe?“

„Fühlen Sie sich häufig schuldig für alles, was geschieht?“

„Sehen Sie die Zukunft schwärzer als sonst?“

„Haben Sie Pläne für die Zukunft?“

„Geht es Ihnen so schlecht, dass Sie über den Tod nachdenken oder daran, dass es besser wäre, tot zu sein?“

„Hatten oder haben Sie konkrete Pläne, sich etwas anzutun?“

„Haben Sie versucht, sich etwas anzutun?“

„Gibt es etwas, was Sie am Leben hält?“

„Hat sich an Ihrem Schlaf etwas geändert?“

„Schlafen Sie mehr oder weniger als sonst?“

„Hatten Sie mehr oder weniger Appetit in der letzten Zeit?“

„Haben Sie ungewollt zu- oder abgenommen?“



Diese Themen wird der Arzt oder Psychotherapeut mit Ihnen ansprechen. Es kann auch sein, dass er das Gespräch lieber mit offenen Fragen eröffnet, etwa danach, warum Sie gekommen sind, wie es Ihnen geht oder was Ihre Beschwerden sind. Dann sind Sie vielleicht durch die oben aufgeführten Fragen besser vorbereitet, Ihre eigenen Überlegungen und Beobachtungen in das Gespräch mit einzubringen. Vielleicht möchten Sie aber zu-

nächst auch ganz andere Dinge ansprechen – Erlebnisse aus der letzten Zeit zum Beispiel oder belastende Situationen in Ihrer Lebensgeschichte.

Je offener und genauer Sie antworten, desto besser kann Ihr Arzt oder Psychotherapeut feststellen, ob Sie an einer Depression leiden. Das ist wichtig, denn die Behandlung richtet sich danach, wie schwer Sie möglicherweise erkrankt sind. In den meisten Fällen kann eine Depression gut behandelt werden.

Wenn bei Ihnen depressive Anzeichen festgestellt wurden, heißt das nicht zwangsläufig, dass Sie an einer Depression leiden. Auch bei anderen psychischen Störungen gehören viele dieser Zeichen zum Krankheitsbild. Ermattung oder Schlafstörungen können zum Beispiel auch bei körperlichen Erkrankungen auftreten. Deswegen sollte Ihr Arzt oder Psychotherapeut in einem nächsten Schritt Fragen zu anderen möglichen Krankheiten stellen, um diese abzugrenzen.

Andererseits kann die Diagnose gerade bei Menschen mit schweren körperlichen oder psychischen Erkrankungen oder bei älteren Menschen schwieriger sein, weil bei ihnen allgemeine Schwäche oder Schlafstörungen auch unabhängig von einer Depression auftreten können.

Wenn bei Ihnen eine depressive Erkrankung festgestellt wurde, wird Ihr Arzt oder Psychotherapeut gemeinsam mit Ihnen das weitere Vorgehen besprechen und wenn nötig eine Behandlung einleiten. Welche Behandlungsmöglichkeiten für welchen Schweregrad empfohlen werden, lesen Sie in dem Kapitel „Wie wird eine Depression behandelt?“ auf Seite 23.

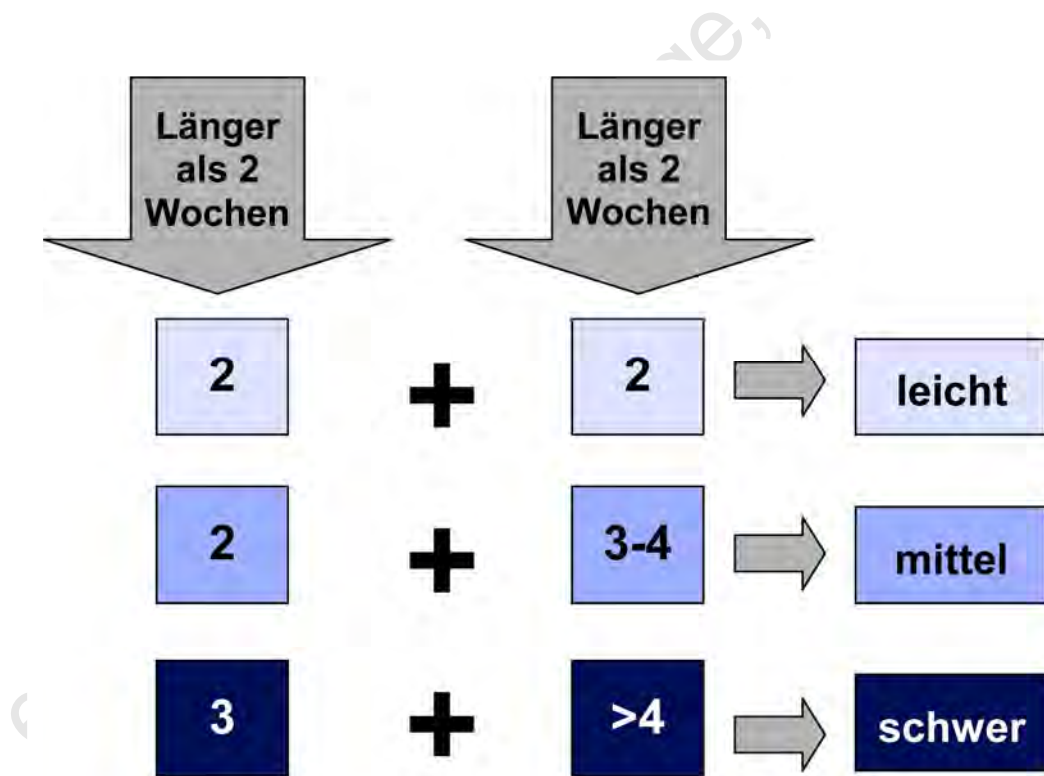
Schweregrade

Man unterscheidet zwischen leichter, mittelgradiger und schwerer Depression. Die Behandlungsmöglichkeiten für alle drei Schweregrade sind verschieden, deswegen ist es notwendig, dass alle Krankheitsanzeichen so genau wie möglich erfasst werden.

Von einer „leichten“ depressiven Episode spricht man, wenn zwei *Haupt-* und höchstens zwei *Nebensymptome* mehr als zwei Wochen andauern. Bei zwei Haupt- und drei bis vier Nebensymptomen spricht man von einer mittelgradigen Depression. Mindestens drei Haupt- und vier oder mehr Nebensymptome kennzeichnen eine schwere Depression (siehe Abbildung auf der nächsten Seite).

Die Einteilung nach Schweregraden wird von Fachleuten vorgenommen, indem sie das Vorhandensein bestimmter Symptome prüfen. Die folgende Grafik vermittelt Ihnen einen Eindruck, nach welchen Kriterien der behandelnde Arzt oder Psychotherapeut diese Einteilung vornimmt.

Hauptsymptome	Nebensymptome
<ul style="list-style-type: none"> • Gedrückte, depressive Stimmung • Interessenverlust, Freudlosigkeit • Antriebsmangel, erhöhte Ermüdbarkeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit • Vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen • Gefühle von Schuld und Wertlosigkeit • Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven • Selbstmordgedanken • Schlafstörungen • Appetitmangel



Depression: Symptome und Schweregrade

Wie wird eine Depression behandelt?

Das Ziel der Behandlung

Depressionen sind in der Regel gut zu behandeln. Dazu stehen mehrere Möglichkeiten zur Verfügung: Psychotherapie, die Behandlung mit Medikamenten, andere Verfahren, die auf den Körper oder das Befinden wirken können (zum Beispiel Licht-, Wach- oder Bewegungstherapie), oder eine Kombination dieser Behandlungsmöglichkeiten.

Welche Behandlung für Sie geeignet ist, hängt vom Schweregrad der Erkrankung und dem bisherigen Krankheitsverlauf sowie von Ihren persönlichen Wünschen ab. In jedem Fall sollten Sie gemeinsam mit Ihrem Arzt oder Psychotherapeuten Nutzen und Risiken der in Frage kommenden Verfahren gründlich abwägen. Wie auch immer Sie sich entscheiden, die Behandlung verfolgt mehrere Ziele:

- Die Symptome der Depression sollen so weit zurückgehen, dass Sie Ihr seelisches Gleichgewicht wiederfinden und im sozialen wie beruflichen Alltag wieder voll einsatzbereit sind.
- Die Wahrscheinlichkeit, dass Sie einen Rückfall oder später eine Wiedererkrankung erleiden, soll so gering wie möglich gehalten werden.

Die Behandlung lässt sich grundsätzlich in drei Abschnitte einteilen (vergleiche Abbildung):

In der **Akuttherapie** geht es darum, die vorliegenden Beschwerden und Anzeichen der Depression so schnell und so gut wie möglich zu behandeln, bis sie weitestgehend verschwunden sind.

Wenn das der Fall ist, setzt die **Erhaltungstherapie** ein. Durch eine Weiterführung der gewählten Behandlung über etwa vier bis neun Monate bei medikamentöser und acht bis zwölf Monate bei psychotherapeutischer Behandlung soll sich Ihr Zustand stabi-

lisieren. Damit kann die Gefahr eines Rückfalls erheblich gesenkt werden. Es ist also wichtig, die gewählte Behandlung nicht vor- schnell abzubrechen, sobald eine Linderung der Beschwerden eingetreten ist.

Bei bestimmten Patienten sollte sich an die Erhaltungstherapie eine weitere Behandlung zur Vorbeugung gegen ein erneutes Auftreten nach vollständiger Genesung anschließen (**Rezidiv- prophylaxe**). Die Behandlung kann sich über ein Jahr oder länger erstrecken. Sie wird empfohlen, wenn Sie ein hohes Risiko dafür aufweisen, weil Sie zum Beispiel

- schon mehrere Rückfälle erlebt haben;
- während der depressiven Phase sehr stark eingeschränkt waren;
- an einer chronischen Depression leiden.

Was passiert, wenn eine Depression nicht behandelt wird?

Auch ohne Behandlung klingt eine Depression nach einer bestimmten Zeit häufig wieder ab. In einigen Studien war das nach etwa sechs bis acht Monaten der Fall.

Es kann sein, dass die Depression ohne Behandlung wiederkommt und die einzelnen Episoden dann länger andauern. Auch mit einer Behandlung kann eine Depression bei etwa der Hälfte der Betroffenen wiederkehren oder chronisch werden. Chronisch bedeutet, sie dauert zwei Jahre oder länger an. Dies ist bei zwei von zehn Patienten der Fall.

Mit einer Behandlung, die auf die persönlichen Bedürfnisse und Voraussetzungen des Einzelnen abgestimmt ist, sind drei Viertel der Patienten nach im Schnitt etwa vier bis sechs Monaten wieder vollständig gesundet. Dabei ist der Krankheitsverlauf von Patient zu Patient sehr unterschiedlich, auch in der Dauer.

Schlägt die Behandlung an?

Auch während der Behandlung soll Ihr Arzt oder Psychotherapeut in Gesprächen immer wieder prüfen, ob sich Ihre Stimmung bessert und Ihre Beeinträchtigungen zurückgehen. Nur so können Sie gemeinsam feststellen, ob die begonnene Behandlung anschlägt. Wenn nach drei bis vier Wochen medikamentöser Behandlung oder drei Monaten Psychotherapie Ihr Zustand unverändert ist, sollte Ihr Arzt oder Psychotherapeut mit Ihnen besprechen, in welcher Weise die Behandlung verändert werden kann.

Wenn Sie selbst unsicher sind, ob die Behandlung greift, scheuen Sie sich nicht, Ihren Arzt oder Psychotherapeuten direkt darauf anzusprechen.

Ein paar Fachbegriffe beschreiben den Erfolg oder Misserfolg einer Behandlung

- Als **Response** bezeichnet man ein Ansprechen auf die begonnene Therapie, das heißt, die depressiven Symptome gehen im Verlauf der ersten Behandlungszeit zurück.
- Mit **Remission** ist die vollständige oder weitestgehende Wiederherstellung nach der Akutbehandlung gemeint.
- Unter einem **Rückfall** versteht man das erneute Auftreten des Vollbilds einer depressiven Episode, wenn nach oder während der Akutbehandlung kurzfristig bereits eine Besserung eingetreten war
- Ein **Rezidiv** erleiden Sie, wenn nach vollständiger Genesung erneut eine depressive Episode auftritt.

Die Behandlung - Ihre Entscheidung

Da mehrere Möglichkeiten der Behandlung zur Verfügung stehen (vergleiche Seite 31), sollten Sie erst nach eingehender Beratung mit Ihrem Arzt oder Psychotherapeuten entscheiden, welche für Sie am besten geeignet erscheint. Damit Sie das tun können, muss Ihr Arzt Ihnen erklären, welchen Krankheitsverlauf Sie bei den einzelnen Therapien zu erwarten haben und mit welchen Nebenwirkungen Sie unter Umständen rechnen müssen. Das soll er einfach und verständlich tun, Fachausdrücke soll er vermeiden oder Ihnen erklären. Es kann hilfreich sein, wenn Ihr Partner oder ein Angehöriger Sie zu diesem Gespräch begleitet. Es hilft Ihnen auch, wenn Sie sich schon in der Vorbereitung auf das Gespräch wichtige Fragen aufschreiben, damit Sie diese in der Aufregung nicht vergessen. Auch während des Gespräches können Sie sich Dinge, die Ihnen wichtig erscheinen, aufschreiben, damit Sie zu Hause noch einmal in Ruhe darüber nachdenken können. Wenn Sie etwas nicht verstehen, fragen Sie so lange nach, bis Ihnen alles klar ist. Es geht schließlich um Ihre Gesundheit und Ihre Behandlung. Je besser Sie darüber Bescheid wissen, desto besser können Sie diese mit Ihrem Arzt oder Psychotherapeuten gemeinsam gestalten.

Mit dieser Broschüre wollen wir Sie ebenfalls darin unterstützen, eine passende Behandlungsentscheidung zu treffen. Das Gespräch mit dem Arzt oder Psychotherapeuten kann sie aber keinesfalls ersetzen.

Ihre Fragen für den Arztbesuch

- Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es?
- Sind irgendwelche zusätzlichen Untersuchungen nötig, zum Beispiel Bluttests?
- Was sind die Vor- und Nachteile der verschiedenen Verfahren?
- Mit welchen Nebenwirkungen muss ich rechnen?
- Wie lange dauert die Behandlung voraussichtlich?
- Wann und wie oft muss ich wiederkommen?
- Bin ich danach geheilt?
- Was kann ich selbst tun?
- Was können Partner, Angehörige und Familie beitragen?
- Wie kann das Risiko verringert werden, dass die Depression nach der Behandlung wieder auftritt?

ersetzt durch 2, A

Ihr gutes Recht als Patient

Eine Voraussetzung, sich aktiv an Ihrer Behandlung zu beteiligen, ist, dass Sie Ihre Rechte kennen und auch wahrnehmen:

Sie haben das Recht auf

- freie Arzt- oder Psychotherapeutenwahl;
- neutrale Informationen;
- umfassende Aufklärung durch den behandelnden Arzt oder Psychotherapeuten;
- Schutz der Privatsphäre (Schweigepflicht);
- Selbstbestimmung (zum Beispiel in der Therapiewahl);
- Beschwerde. Eine erste Adresse hierfür sind zum Beispiel die Schiedsstellen der Landesärztekammern oder die Landespsychotherapeutenkammern. Zu den Gutachter- und Schiedsstellen informiert auch eine Broschüre der Bundesärztekammer, kostenloser Download unter:

www.baek.de/downloads/Gutachterkommission_Flyer_2010.pdf

ersetzt durch

Darüber hinaus haben Sie das Recht auf

- eine qualitativ angemessene und lückenlose Versorgung;
- sachgerechte Organisation und Dokumentation der Untersuchung;
- Einsichtnahme in die Unterlagen* (zum Beispiel Arztbriefe; Sie können sich Kopien anfertigen lassen) und
- eine Zweitmeinung (es ist empfehlenswert, vorher mit Ihrer Krankenkasse zu klären, ob sie die Kosten übernimmt).

** In Fällen, in denen eine erhebliche gesundheitliche Gefährdung durch die Einsichtnahme besteht, kann der Arzt oder Psychotherapeut eine Herausgabe von Kopien verweigern. Dies muss er begründen. In diesem Fall können Sie die Unterlagen im Beisein des Arztes / Psychotherapeuten einsehen.*

Die Rechte von Patientinnen und Patienten haben das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium der Justiz in einem Leitfaden „Patientenrechte in Deutschland“ für Patienten und Ärzte zusammengefasst. Im Internet unter:

www.bmj.de/media/archive/226.pdf.

Über die Rechte als Patientin oder Patient kann man sich auch auf den Internetseiten der Bundesärztekammer informieren:

www.baek.de/page.asp?his=2.49.

Der derzeitige Patientenbeauftragte der Bundesregierung verfolgt das Ziel, die in verschiedenen Gesetzen festgeschriebenen Rechte für Patienten in einem Papier zusammenzufassen. Das „Patientenrechtegesetz“ soll 2011 angestoßen werden. Mehr Informationen dazu auf der Internetseite des Patientenbeauftragten:

www.patientenbeauftragter.de.

Die Behandlungsmöglichkeiten

Psychotherapie

In der Psychotherapie wirkt der Psychotherapeut ohne Einsatz von Medikamenten oder anderen Heilmitteln im Gespräch auf die Psyche des Patienten ein. Der Patient hat hierbei eine aktive Rolle, das bedeutet: Psychotherapie ist weitgehend Hilfe zur Selbsthilfe. Es gibt viele verschiedene Arten und Formen der Psychotherapie.

In Deutschland werden aber bei der Behandlung von Depressionen ambulant (in der Praxis) in der Regel nur Psychotherapieverfahren von den gesetzlichen Krankenkassen anerkannt und bezahlt, die zu den so genannten „Richtlinienverfahren“ gehören.

Als Richtlinienverfahren gelten die Verhaltenstherapie und die psychoanalytisch begründeten Verfahren.

Die Wirksamkeit dieser Verfahren konnte in Studien zuverlässig nachgewiesen werden, wobei die meisten Belege für die Wirksamkeit bei leichter und mittelgradiger Depression vorliegen. Die Wirksamkeit von Psychotherapie wird überwiegend in so genannten kontrollierten Studien nachgewiesen. Dort gibt es zwei Gruppen von Patienten. Die einen bekommen eine Psychotherapie, die anderen entweder ein Medikament, eine andere, als wirksam bekannte Psychotherapie, eine „Scheinbehandlung“ (wie zum Beispiel stützende Gespräche), eine „übliche Behandlung“ (englisch: „treatment as usual“, zum Beispiel in einer Haus- oder Facharztpraxis) oder keine Behandlung (so genannte „Warteliste-gruppe“). Nach einer gewissen Zeit wird geprüft, bei wem eine Verbesserung eingetreten ist. In diesen Studien erwiesen sich bestimmte Psychotherapieverfahren als wirksam.

Andere als diese Richtlinienverfahren werden bei ambulanter Behandlung (in der Praxis) von den gesetzlichen Krankenkassen

nicht erstattet. Es gibt aber andere mögliche Verfahren, die Sie selbst bezahlen oder von Ihrer privaten Kasse übernommen werden müssen. Wenn Sie mehr darüber wissen wollen, wenden Sie sich an die Bundespsychotherapeutenkammer: www.bptk.de.

Hinweis

Nicht jeder Psychotherapeut darf seine Leistungen mit den gesetzlichen Krankenkassen abrechnen. Dafür muss er bestimmte Bedingungen erfüllen:

1. Er muss eine staatliche Erlaubnis besitzen, den Psychotherapeutenberuf ausüben zu dürfen (Approbation)
2. Er muss von der Kassenärztlichen Vereinigung zugelassen sein.

(mehr Informationen zur Psychotherapeutensuche finden Sie auf Seite 90)

Verhaltenstherapie

Bei der Verhaltenstherapie soll der Patient darin gestärkt werden, selbst mit seiner Erkrankung umzugehen. Durch die Unterstützung des Psychotherapeuten werden die Ursachen und die aufrechterhaltenden Bedingungen seiner Erkrankung herausgearbeitet. Gemeinsam werden alternative Verhaltensmöglichkeiten entwickelt und erlernt, mit denen der Betroffene zukünftig besser zurechtkommt.

Das für die Depression am besten untersuchte Verfahren ist die **kognitive Verhaltenstherapie**. Dort sollen depressive Denk- und Verhaltensmuster erkannt werden, um sie dann schrittweise zu verändern: Trauer und niedergeschlagene Stimmung können zum Gefühl der Wertlosigkeit führen, was Antriebsmangel und sozialen Rückzug zur Folge haben kann. Dadurch wiederum wird die Depression verstärkt. In der Therapie soll der Betroffene lernen, zum Beispiel das negative Denkmuster „Ich bin nichts wert“ zu verändern und damit auch seine Stimmung und sein Verhalten zu beeinflussen.

Eine kognitive Verhaltenstherapie kann je nach Schwere der Depression 25 bis 80 Sitzungen umfassen. Wann eine Besserung einsetzt, ist von Patient zu Patient unterschiedlich, aber einige Studien haben gezeigt, dass viele Patienten nach vier bis fünf Wochen auf die Behandlung ansprechen.

Psychoanalytisch begründete Verfahren

Die psychoanalytisch begründeten Verfahren haben zum Ziel, unbewusste Konflikte, die ursächlich für die Depression sein können, zu erkennen und zu bearbeiten. Diese können weit zurückliegen, zum Beispiel in der Kindheit begründet sein, oder in aktuelleren Beziehungen zu anderen Menschen. Wenn Sie Verlust oder Versagen erlebt haben, kann auch das eine große Rolle spielen. Der

Psychotherapeut unterstützt den Patienten, indem er aktiv zuhört und beim Verstehen bisher unbekannter Zusammenhänge hilft.

Als Richtlinienverfahren sind die **tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie** und die **analytische Psychotherapie** anerkannt. Beide sind auf eine längerfristige Behandlungsdauer angelegt. Die Wirksamkeit für leichte und mittelgradige Depression ist in Studien nachgewiesen, diese sind allerdings nicht so zahlreich. Wann eine Besserung einsetzt, ist individuell sehr unterschiedlich.

Nutzen und Risiken der Psychotherapie

Der Nutzen psychotherapeutischer Verfahren ist vor allem bei leichten und mittelgradigen Depressionen belegt und denen einer medikamentösen Behandlung vergleichbar. Bei mittelgradigen bis schweren Depressionen setzt die Wirkung psychotherapeutischer Behandlung in der Regel etwas später ein als bei einer Behandlung mit Medikamenten und ist bei sehr schwer ausgeprägten Krankheitszeichen oft nicht alleine möglich. Hier sind Kombinationsbehandlungen (Psychotherapie und Medikamente) wirkungsstärker.

Doch die Psychotherapie kann auch Risiken bergen: Es kann sein, dass die Therapie keinen Erfolg zeigt, Ihr Zustand sich unter Umständen (teils vorübergehend) verschlechtert und Ihnen dies nicht sofort bewusst wird. Vielleicht ist zum Beispiel Ihr Vertrauensverhältnis zum Psychotherapeuten beeinträchtigt. Das kann auch passieren, wenn Patient und Psychotherapeut einfach „nicht miteinander können“.

Die Psychotherapie ist mit einigen Ungewissheiten für Sie behaftet: Sie können nicht abschätzen, was auf Sie zukommt. Vielleicht werden Sie mit Sichtweisen auf ihr eigenes Leben konfrontiert, die Ihnen zu schaffen machen können.

In der psychotherapeutischen Behandlung ist der Patient sehr auf seinen Psychotherapeuten angewiesen. Es sind seltene Fälle belegt, in denen der Psychotherapeut diese Abhängigkeit ausnutzt.

Außerdem ist nicht jeder Mensch zu einer Psychotherapie bereit. Man muss Zeit investieren. Eine erfolgreiche Psychotherapie setzt eine entsprechende Motivation, Bereitschaft und Fähigkeit zur Mitwirkung voraus.

Psychotherapie – gut zu wissen

Viele Betroffene machen leider die Erfahrung, dass es sehr schwierig ist, überhaupt einen Therapeuten zu finden. Dennoch ist es wichtig, sich bei der Suche nicht entmutigen zu lassen: Der beste Garant für den Erfolg einer psychotherapeutischen Behandlung ist das gute Verhältnis zwischen Psychotherapeut und Patient. Nicht jeder kann mit jedem. In einem so sensiblen und persönlichen Bereich wie es die Psychotherapie nun einmal ist, gilt das ganz besonders. Wichtig ist, dass Sie sich gut aufgehoben, angenommen und verstanden fühlen und dass Sie das Gefühl haben, dem Psychotherapeuten vertrauen zu können.

Deswegen erstatten die gesetzlichen Krankenkassen bei Psychotherapien zunächst auch „Probesitzungen“ (vergleiche Kasten nächste Seite), in denen beide Beteiligte herausfinden können, ob sie „miteinander können“, ob ihre jeweiligen Vorstellungen von der Erkrankung und von einer sinnvollen Behandlung übereinstimmen. Wenn sich im Verlaufe der ersten Sitzungen herausstellt, dass dies nicht der Fall ist, sollten Sie über einen Psychotherapeutenwechsel nachdenken. Vielleicht sind Sie froh, dass Sie überhaupt einen Psychotherapeuten gefunden haben, der Zeit hat, Sie zu behandeln. Aber wenn die Voraussetzungen nicht stimmen, sind die Erfolgsaussichten geringer.

Der zweite wichtige Erfolgsfaktor ist, dass Sie die für sich passende Therapie finden. Manche Menschen kommen besser mit einer Verhaltenstherapie, manche besser mit analytischer Psychotherapie oder tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie zurecht. Auch hier sollten Sie im Verlauf der Behandlung gemeinsam überprüfen, ob die Behandlungsmethode zu Ihnen passt.

Hinweis

Die gesetzlichen Krankenkassen zahlen auf jeden Fall das erste Gespräch und bis zu vier weitere Gespräche (bei der analytischen Psychotherapie bis zu acht). Diese dienen dazu, dass Sie den Psychotherapeuten näher kennenlernen, gemeinsam die Behandlungsziele festlegen, sich über andere Behandlungsmöglichkeiten informieren oder organisatorische Fragen klären. Sie sollen Ihnen ausdrücklich dabei helfen, den richtigen Psychotherapeuten zu finden. Diese ersten Gespräche werden auch „probatorische Sitzungen“ genannt – also Sitzungen, in denen Sie ausprobieren sollen, ob der Psychotherapeut und die Behandlungsmethode wirklich zu Ihnen passen.

Ab der sechsten beziehungsweise ab der neunten Sitzung ist die Psychotherapie eine antragspflichtige Leistung. Das heißt: Wenn Sie sich mit Ihrem Psychotherapeuten über die Aufnahme einer Behandlung geeinigt haben, müssen Sie gemeinsam bei Ihrer Krankenkasse einen Antrag stellen. Sobald die Bewilligung der Krankenkasse vorliegt, kann die Therapie begonnen werden.

Egal für welche Therapieform Sie sich entscheiden, Ihr Psychotherapeut sollte

- Sie ermutigen und Ihnen Hoffnung geben,
- Ihnen die Gewissheit geben, dass der Grund für Ihre Erkrankung nicht mit persönlichem Versagen oder Schuld zu tun hat,
- Ihnen vermitteln, dass die Erkrankung behandelt werden kann,
- Konflikte oder belastende Ereignisse klären, die möglicherweise zur Entstehung der Depression beigetragen haben,
- mit Ihnen gemeinsam Ziele formulieren, die Ihnen aus der Depression heraushelfen (zum Beispiel besseres Verstehen der Krankheitsursachen, besserer Umgang mit konflikthafter Situationen und Beziehungen, Erlernen neuer Verhaltensweisen),
- Ihnen ermöglichen, auch Ihre Angehörigen in die Behandlung einzubeziehen, wenn Sie es wünschen.

Eine Psychotherapie schafft nicht alle Ihre Probleme aus der Welt. Sie werden sich auch nach einer erfolgreichen Behandlung immer wieder Konflikten gegenüber finden, die Sie belasten. Aber Sie werden dann besser gewappnet sein, mit Ihren Belastungen umzugehen.

Wenn Sie sich für eine Psychotherapie entschieden haben, werden Sie vielleicht feststellen: Es kann ganz schön schwer sein, einen Psychotherapeuten zu finden, der Zeit hat, Sie zu behandeln. Einige Regionen Deutschlands sind mit Psychotherapeuten unterversorgt, und längere Wartezeiten auf einen Termin sind durchaus üblich. Suchen Sie Menschen, die Sie emotional oder durch Informationen bei der Suche unterstützen (vielleicht der Hausarzt, ein engagierter Kassenmitarbeiter, ein Kliniksozialarbeiter, Freunde oder Angehörige). Bleiben Sie am Ball – was natürlich gerade bei einer depressiven Erkrankung leichter gesagt als getan ist.

ersetzt durch 2, Auflage, Ver

Behandlung mit Medikamenten

Eine Depression kann auch mit Medikamenten behandelt werden, die auf die Psyche wirken. Da diese gezielt gegen (lateinisch „anti“) Depressionen wirken, werden sie auch „Antidepressiva“ genannt (Einzahl: ein „Antidepressivum“). Es steht eine Vielzahl unterschiedlicher Wirkstoffe zur Verfügung, deren Wirksamkeit in wissenschaftlichen Studien nachgewiesen ist. Dabei werden die einzelnen Wirkstoffe entweder im Vergleich zu einem anderen antidepressiven Wirkstoff oder im Vergleich zu einer Tablette ohne Wirkstoff (Placebo) getestet. Alle Aussagen zu Wirksamkeit und Nebenwirkungen von Antidepressiva, die Sie in dieser Broschüre finden, stammen aus solchen Studien. Sie sind in der ärztlichen Leitlinie „Unipolare Depression“ aufgeführt und dort nachprüfbar.

Der Stoffwechsel im Gehirn

Forscher gehen davon aus, dass bei einer Depression bestimmte Botenstoffe im Gehirn, die Reize übertragen, zu wenig aktiv sind. Antidepressiva greifen chemisch in den Hirnstoffwechsel ein und beeinflussen diese Botenstoffe. Dabei handelt es sich zumeist um Serotonin und Noradrenalin, die in engem Zusammenhang mit depressiven Erkrankungen stehen sollen.

Das Gehirn besteht aus Milliarden von Nervenzellen. Wie in einem feinen Netz sind diese Nervenzellen durch ihre Ausläufer, die Nervenfasern, miteinander verbunden. Reize und Informationen fließen wie elektrischer Strom durch dieses Netz und werden so von Zelle zu Zelle weitergeleitet. Doch wo die Nervenfasern verschiedener Zellen einander berühren, bleibt ein winziger Spalt. Hier kann der Strom nicht ohne weiteres weiterfließen. In diesem so genannten **synaptischen Spalt** müssen die Informationen mit Hilfe von chemischen Stoffen zur nächsten Zelle transportiert werden: Die Nervenfaser, von der ein Impuls kommt, gibt einen Botenstoff in den Spalt ab. Dieser wandert durch den

Spalt und dockt an die benachbarte Nervenfaser an. Damit löst er einen neuen elektrischen Impuls aus, der die Information weiterleitet.

Antidepressiva greifen in diesen Mechanismus ein.

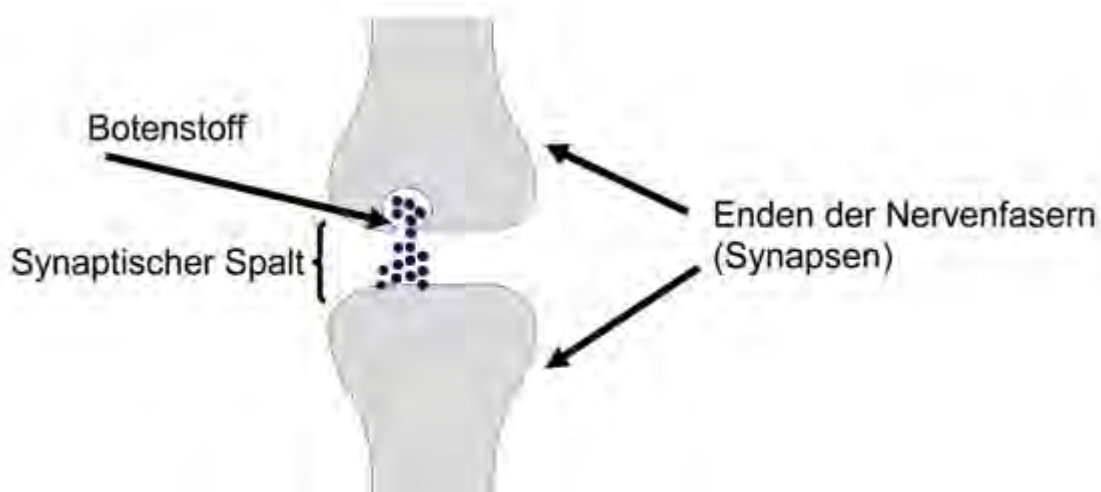


Abbildung: Übertragung von Nervenreizen

Hinweis

Antidepressiva machen nicht abhängig! Sie gehören zwar zu den Arzneimitteln, die auf die Psyche wirken (sogenannte Psychopharmaka), aber es besteht keine Suchtgefahr.

Wirksamkeit

Zur Behandlung von Depressionen stehen mehrere, speziell auf diese Krankheit zugeschnittene Wirkstoffe zur Verfügung. Ihre Einteilung in Wirkstoffgruppen richtet sich danach, an welcher Stelle im Hirnstoffwechsel sie ansetzen.

Die Wirksamkeit ist für alle Wirkstoffe in hochwertigen Studien nachgewiesen. Es lassen sich aus diesen Studien aber keine grundsätzlichen Aussagen darüber ableiten, welcher Wirkstoff bevorzugt eingesetzt werden sollte, da alle in ihrer Wirkung in etwa vergleichbar sind.

Die Wirksamkeit von Medikamenten wird in so genannten kontrollierten Studien nachgewiesen. Dort gibt es zwei Gruppen von Patienten. Die einen bekommen das Antidepressivum, die anderen eine Pille ohne Wirkstoff (Placebo). Dabei bleibt den Patienten wie auch den Forschern unbekannt, wer was bekommen hat, damit nicht Erwartungshaltungen, Enttäuschungen oder andere Umstände das Ergebnis verfälschen. Alle anderen Umstände der Behandlung sind gleich. Nach einer gewissen Zeit wird geprüft, bei wem eine Verbesserung eingetreten ist. In diesen Studien konnten sich Antidepressiva als wirksam erweisen.

Wirksamkeit nach 12 Wochen Behandlung

Antidepressivum:

5 bis 6 von 10 Menschen zeigen eine Verbesserung der Symptome

Placebo (Tablette ohne Wirkstoff, „Zuckerpille“):

2 bis 3 von 10 Menschen zeigen eine Verbesserung der Symptome

Das bedeutet:

1. Bei mehr als der Hälfte der Patienten zeigt die Behandlung mit Medikamenten nach 12 Wochen Erfolg.
2. Bei zwei bis drei von diesen zehn Patienten ist dieser Behandlungserfolg nicht auf das Medikament zurückzuführen.

Grundsätzlich gilt: Je schwerer eine Depression ist, desto eher haben Patienten einen Nutzen von einer Behandlung mit Antidepressiva. Die Behandlung einer leichten Depression mit Medikamenten wird daher nur unter bestimmten Voraussetzungen empfohlen (siehe Seite 55).

Wenn eine Besserung eintritt, dann geschieht das in etwa drei Viertel der Fälle nach den ersten zwei Wochen. Damit wirken Antidepressiva nicht schneller als ein Placebo (also eine Tablette ohne Wirkstoff), sie helfen aber bei mehr Patienten. Auf welche Krankheitsanzeichen ein Medikament zuerst wirkt, lässt sich nicht vorhersagen. Wenn nach mehr als drei Wochen keine Besserung eintritt, sollte die Behandlung überprüft und geändert werden. Entweder kann die Dosis erhöht werden, es kann eine weitere Substanz zusätzlich gegeben werden, weil dies die Wirkung verstärken kann. Oder das Medikament kann gewechselt werden.

Wird die Behandlung angepasst, geht es etwa der Hälfte der Patienten daraufhin besser. Insgesamt ist eine gut eingestellte Behandlung also bei drei Viertel der Patienten wirksam. Die Hälfte davon ist nach einer Behandlung vollständig wiederhergestellt, bei der anderen Hälfte ist eine Besserung der Symptome zu beobachten. Welche Patienten von einer Behandlung mit Antidepressiva in welchem Maße profitieren, lässt sich allerdings nicht vorhersagen.

Hinweis

Antidepressiva wirken nur, wenn sie in ausreichender Dosierung über einen ausreichenden Zeitraum regelmäßig eingenommen werden. Durch eine gewissenhafte Einnahme können Sie zum Behandlungserfolg beitragen. Ein zu frühes Absetzen – „weil es ja schon wieder besser geht“ – ist von Nachteil. Dies kann einen Rückfall zur Folge haben. Auch die Dosis sollten Sie auf keinen Fall eigenständig verändern.

Welches Medikament bei Ihnen eingesetzt werden sollte, richtet sich vor allem nach den möglichen Nebenwirkungen und den Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten, die Sie vielleicht einnehmen. Die Neben- und Wechselwirkungen der einzelnen Wirkstoffe sind unterschiedlich. Etwa die Hälfte aller Patienten klagt über Nebenwirkungen bei der Medikamentenbehandlung. Eine Übersicht über die häufigsten Nebenwirkungen finden Sie auch auf Seite 54. Im Folgenden stellen wir Ihnen alle derzeit gebräuchlichen Stoffe mit Nebenwirkungen vor.

Hinweis

Wenn Sie mit Ihrem Arzt eine medikamentöse Behandlung planen: Stellen Sie zu Hause in Ruhe eine Liste mit den Medikamenten zusammen, die Sie wegen anderer Erkrankungen regelmäßig einnehmen. Oder nehmen Sie einfach die Packungen aller dieser Medikamente zum nächsten Arztbesuch mit. Weitere Tipps für eine sichere Arzneimitteltherapie finden Sie unter:

www.forum-patientensicherheit.de/aktuelles/pdf/Informationsmerkblatt.pdf

Ein Beispiel für eine solche Medikamentenliste finden Sie auch unter:

www.gesundheitsinformation.de/medikamententabelle.download.400b3135ae50885a0bb700397fb9629b.pdf

ersetzt durch 2, Auflage

Die Wirkstoffgruppen - Wirkungsweise und Nebenwirkungen von Antidepressiva

Die verschiedenen Wirkstoffe der einzelnen Gruppen von Antidepressiva wirken auf ähnliche Weise, unterscheiden sich jedoch in ihren Nebenwirkungen. Deshalb empfehlen wir Ihnen, auf jeden Fall einen Blick auf die Übersichtstabelle auf Seite 54 zu werfen. Dort haben wir für alle gängigen Wirkstoffe die Nebenwirkungen und deren Häufigkeit aufgelistet. Wenn Sie bei sich Veränderungen beobachten, die mit dem Medikament in Zusammenhang stehen könnten, sollten Sie Ihren Arzt darüber informieren.

Trizyklische Antidepressiva (TZA)

TZA stehen für die Behandlung der Depression schon seit den 50er Jahren zur Verfügung. Sie werden auch als nichtselektive Monoamin-Rückaufnahmehemmer bezeichnet. Dieser Name kennzeichnet ihre Wirkungsweise: TZA hemmen die Rückaufnahme verschiedener Botenstoffe. Diese verbleiben länger im synaptischen Spalt und können dort weiterhin Reize übertragen. Allerdings wirken TZA nicht gezielt („nicht selektiv“) auf Serotonin und Noradrenalin. Sie blockieren auch die „Andockstellen“ weiterer Botenstoffe (zum Beispiel Histamin), die bei der Behandlung der Depression keine Rolle spielen. Damit erzeugen sie auch mehr Nebenwirkungen. Es gibt Hinweise aus Studien, dass TZA eine etwas stärkere Wirksamkeit besitzen als selektive Serotonin-Rückaufnahme-Hemmer (SSRI, vergleiche Seite 46).

Nebenwirkungen

Unter TZA sind Auswirkungen auf das Herz-Kreislaufsystem zu beobachten: zum Beispiel Herzrasen, Herzrhythmusstörungen, plötzlicher Blutdruckabfall nach dem Aufstehen, Schwindel oder Kreislaufprobleme. Es kann auch zu Mundtrockenheit, Sehstörungen oder Verstopfung kommen. Da TZA deutliche Nebenwirkungen auf das Herz-Kreislauf-System haben können, werden während der Behandlung regelmäßige Kontrollen der Herzfunktionen empfohlen. Bei einer koronaren Herzerkrankung, erhöhtem

Augeninnendruck, Prostatavergrößerung, Epilepsie, Verdauungsstörungen und Verwirrung sollten TZA daher nicht angewendet werden.

Selektive Serotonin-Rückaufnahme-Hemmer (SSRI)

SSRI sorgen dafür, dass der Botenstoff Serotonin von der Nervenzelle, von der er abgegeben wurde, nicht wieder zurück aufgenommen wird. Nachdem er das Signal übertragen hat, bleibt er dadurch länger im synaptischen Spalt und kann dort weiterhin Reize übertragen. Auf diese Weise wirken SSRI dem Serotonin-Mangel bei depressiven Störungen entgegen.

Nebenwirkungen

In der Regel sind SSRI gut verträglich. Häufiger werden Kopfschmerzen und Übelkeit beobachtet. Zu Beginn der Behandlung können sich Unruhe, Angstzustände und Schlaflosigkeit einstellen. Es kann also sein, dass einige Anzeichen der Depression sich vorübergehend sogar verstärken. Deshalb empfiehlt die ärztliche Leitlinie, dass Patienten, die SSRI erhalten, gerade in den ersten Wochen besonders aufmerksam auf diese Anzeichen untersucht und wenn nötig intensiv betreut werden. Diese Nebenwirkung lässt jedoch mit der Zeit nach. Auch das sexuelle Erleben kann beeinträchtigt werden: es können Orgasmusstörungen und bei Männern auch verzögerte Samenergüsse auftreten.

Es gibt Hinweise, dass SSRI bei älteren Patienten zu einer Abnahme der Knochendichte und damit zu einer erhöhten Knochenbruchgefahr führen können.

Bei Jugendlichen und jungen Menschen bis 25 Jahren, die mit SSRI behandelt werden, kann es vermehrt zu Lebensmüdigkeit und Suizidgedanken kommen. Die derzeit vorhandenen Studien liefern keinen Hinweis darauf, dass auch bei älteren Erwachsenen eine erhöhte Selbstmordgefahr besteht.

Wenn SSRI am Ende der Behandlung zu abrupt abgesetzt werden, kann es zu Schwindel, Kribbeln, Kopfschmerzen und Übelkeit kommen. Deswegen soll die Therapie nach und nach – man sagt: „ausschleichend“ – beendet werden.

Selektive Serotonin- / Noradrenalin-Rückaufnahmehemmer (SSNRI)

Ähnlich wie die selektiven Serotonin-Rückaufnahme-Hemmer verhindern selektive Serotonin- und Noradrenalin-Rückaufnahmehemmer, dass die Botenstoffe Serotonin und Noradrenalin wieder in die ausschüttende Nervenzelle aufgenommen werden. Damit wird deren Konzentration im synaptischen Spalt erhöht und Reize können verstärkt übertragen werden.

Nebenwirkungen

Medikamente, die auf beide Botenstoffe wirken, haben wenige Nebenwirkungen. Es kann zu Benommenheit, Übelkeit und Schlafstörungen kommen. Abhängig von der Dosis kann auch der Blutdruck ansteigen. Wenn das Antidepressivum in erster Linie die Noradrenalin-Aufnahme hemmt, kann es zu Schlafstörungen, Mundtrockenheit, Herzrasen und Benommenheit kommen. Männer können Probleme beim Wasserlassen haben. Bei zu raschem Absetzen von SSNRI kann es zu ausgeprägten Nebenwirkungen kommen; daher sollten sie eher langsam „ausgeschlichen“ werden.

Alpha-2-Antagonisten

So genannte Alpha-2-Antagonisten haben einen andersartigen Wirkmechanismus, der auf indirektem Weg die Wirkung der Botenstoffe verstärkt: Alpha-2-Antagonisten verhindern, dass Stoffe wirksam werden können, die die Bildung von Serotonin und Noradrenalin hemmen. Sie sind in der Regel gut verträglich.

Nebenwirkungen

Neben Müdigkeit ist längerfristig eine Gewichtszunahme beobachtet worden.

Monoaminoxidase-Hemmstoffe (MAO-Hemmer)

Die Monoaminoxidase (MAO) ist ein Eiweißstoff (Enzym), der den Abbau von Serotonin und Noradrenalin bewirkt. MAO-Hemmer verhindern, dass dieses Enzym wirksam werden kann. Die beiden Botenstoffe werden dann weniger stark abgebaut und sind daher in höherer Konzentration vorhanden und können verstärkt Reize übertragen. Es hat sich in Studien gezeigt, dass der MAO-Wirkstoff *Tranlylcypromin* besonders wirksam bei der Behandlung von Depressionen ist, die auf andere Antidepressiva nicht ansprechen.

Nebenwirkungen

Bei kürzer anhaltendem Einsatz von MAO-Hemmern gibt es nur geringe Nebenwirkungen, zum Beispiel Mundtrockenheit. Bei *Tranlylcypromin* zum Beispiel muss jedoch eine besondere Diät eingehalten werden (Verzicht unter anderem auf Käse und Rotwein), weil sonst mit bedrohlichen Veränderungen des Blutdrucks zu rechnen ist (das heißt mit einem plötzlichen Anstieg oder Abfall). Eine Kombinationsbehandlung mit anderen Antidepressiva wird nicht empfohlen, weil hier verstärkt die Gefahr eines „Serotonin-Syndroms“ (mit Fieber, Schwitzen, Herzrasen, Verdauungsstörungen, Zittern, Krampfanfällen, Nervosität und Verwirrtheit) besteht.

Pflanzliche Wirkstoffe

Unter den pflanzlichen Antidepressiva spielt Johanniskrautextrakt eine Rolle. Wegen seiner vermeintlich geringen Nebenwirkungen wird es in Deutschland häufig verordnet. Allerdings ist seine Wirkung umstritten: Es gibt Studien, die eine erhöhte Wirksamkeit gegenüber einem Placebo nachweisen, aber auch solche, die das widerlegen. Eine aktuelle Übersicht kommt zu dem Ergebnis, dass bei leichter und mittelschwerer Depression Johanniskraut wirksam ist, bei schwerer Depression aber nicht. Doch die Dosierung in einzelnen Johanniskrautextrakt-Präparaten ist sehr unterschiedlich. Es sollten nur solche Medikamente verordnet werden, deren

Wirksamkeit in Studien nachgewiesen wurde und die als verschreibungspflichtige Arzneimittel zugelassen sind.

Nebenwirkungen

Johanniskraut ist meist gut verträglich, obwohl einschränkend gesagt werden muss, dass die meisten Studien relativ wenige Teilnehmer hatten und deshalb nur begrenzt zuverlässige Aussagen erlauben. Häufig wird Lichtempfindlichkeit als Nebenwirkung erwähnt, in den Studien finden sich aber nur wenige Hinweise darauf.

Hinweis

Johanniskraut kann die Wirkung anderer Medikamente beeinträchtigen. Vor allem die Pille zur Verhütung von Schwangerschaften kann unwirksam werden. Blutverdünnende Medikamente und Medikamente zur Behandlung von Epilepsie werden in ihrer Wirkung gemindert.

Lithium

Lithium gehört direkt nicht zu den Antidepressiva, sondern zu jenen Medikamenten, die die Stimmung stabilisieren. Es ist ein in der Natur vorkommendes Salz, das die Wirkung von Antidepressiva verstärken kann. Wenn ein Antidepressivum nicht den gewünschten Erfolg zeigt, kann Lithium in einem nächsten Schritt zusätzlich gegeben werden. Es spielt bei der Vorbeugung gegen Wiedererkrankungen eine große Rolle. Lithium sollte nur von erfahrenen Fachärzten, insbesondere Psychiatern, verschrieben werden.

Nebenwirkungen

Bei der Anwendung kann es zu Muskelschwäche, Zittern oder Durchfällen kommen, außerdem zu vermehrtem Ausscheiden von Harn und starkem Durst. Die Einstellung der Dosis muss regelmäßig kontrolliert werden. Das kann nur über die Laborkontrolle der Blutwerte geschehen, deswegen muss Ihnen regelmäßig Blut abgenommen werden.

Wirkstoffgruppen und Wirkstoffe

Wirkstoffgruppe	Wirkstoff
TZA	Amitriptylin
	Amitriptylinoxid
	Clomipramin
	Desipramin
	Doxepin
	Imipramin
	Maprotilin
	Nortriptylin
	Trimipramin
SSRI	Citalopram
	Escitalopram
	Fluoxetin
	Fluvoxamin
	Paroxetin
	Sertralin
MAO-Hemmer	Moclobemid
	Tranlycypromin

SSNRI	Venlafaxin
	Duloxetin
	Bupropion
Alpha-2-Rezeptor-Antagonisten	Mianserin
	Mirtazapin
Melatonin-Rezeptor-Agonist und Serotonin-5-HT_{2C}-Rezeptor-Antagonist	Agomelatin
Nichtklassifiziertes Antidepressivum	Trazodon

Hinweis: In dieser Tabelle finden Sie die Namen der einzelnen Wirkstoffe, nicht die Handelsnamen der Medikamente. Aber auf jeder Medikamentenpackung muss der Wirkstoff angegeben sein.

Nebenwirkungen – wichtig zu wissen

Nebenwirkungen sind etwas ganz Normales: Keine Wirkung ohne Nebenwirkung, das gilt für fast alle Verfahren zu Diagnose und Behandlung von Krankheiten. Die entscheidende Frage ist, ob der zu erwartende Nutzen zum Beispiel eines Medikaments die möglichen Risiken rechtfertigt.

In klinischen Studien werden Nebenwirkungen erfasst und dokumentiert. Wenn diese in einem unangemessenen Verhältnis zum Nutzen stehen, wird zum Beispiel ein Medikament durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte beziehungsweise die Europäische Arzneimittelagentur nicht zur Behandlung zugelassen.

Nach der Zulassung eines Medikamentes sollen alle beobachteten Nebenwirkungen möglichst genau erfasst und dokumentiert werden. Stellt sich dann durch eine breite Anwendung heraus, dass ein Medikament doch mehr oder schwerwiegendere Schäden verursacht, wird eine Warnung ausgesprochen. Auch deshalb ist es wichtig, dass Sie Nebenwirkungen, die Sie an sich beobachten, Ihrem Arzt melden.

Auch wenn ein Medikament zugelassen ist und bleibt, kann es Nebenwirkungen verursachen. Die können bei Antidepressiva von der Gewichtszunahme über Übelkeit bis hin zu Schlafstörungen reichen (siehe Tabelle Seite 54). Nicht jede Nebenwirkung tritt bei jedem Patienten auf, manche sogar nur sehr selten. Inzwischen gibt es eine genaue Vorschrift, wie auf Beipackzetteln die Häufigkeit einer Nebenwirkung zu beschreiben ist:

Bezeichnung	Bei wie vielen Patienten tritt die Nebenwirkung auf?
Sehr selten	Bei weniger als einem von 10.000 Patienten
seltener	Bei 1 von 10.000 bis 1 von 1.000 Patienten
gelegentlich	Bei 1 von 1.000 bis 1 von 100 Patienten
häufig	Bei 1 von 100 bis 1 von 10 Patienten
Sehr häufig	Bei mehr als einem von 10 Patienten

Ob der erwartete Nutzen eines Medikamentes größer ist als die möglichen Nebenwirkungen, das können am Ende nur Sie selbst entscheiden: Denn es geht um Ihre Wünsche und Ihre Ansprüche: um den Nutzen, den Sie erwarten und die Nebenwirkungen, die Sie beeinträchtigen. Am besten besprechen Sie mit Ihrem Arzt, was Sie von der Behandlung erwarten, damit Sie gemeinsam die für Sie beste Lösung finden.

Dabei sollten Sie auch so genannte Wechselwirkungen beachten: Manche Medikamente verstärken oder mindern sich gegenseitig in ihrer Wirkung (zum Beispiel wirkt die Anti-Baby-Pille nicht mehr, wenn Sie Johanniskraut nehmen). Es ist daher gut, wenn Sie eine Medikamentenliste zum Arztgespräch mitbringen (vergleiche Hinweis Seite 44).

Antidepressiva- welche Nebenwirkungen können vorkommen?

	Mundtrockenheit, Harnverhalt, trockene Haut	Übelkeit, Erbrechen, Darmprobleme	Verlangsamte Reaktion	Schlafstörungen, Unruhe	Sexuelle Funktionsstörungen	Plötzlicher Blutdruckabfall beim Aufstehen	Gewichtszunahme	Herzrhythmus- störungen	Tödlich bei Überdosierung
Agomelatin	-	-	+	-	-	-	-	-	-
Amitriptylin	+	-	+	-	+	+	+	+	+
Amitriptylin-oxid	+	-	+	-	+	+	+	+	+
Bupropion	-	+	-	+	-	-	-	+	+
Citalopram	-	+	-	+	+	-	-	-	-
Clomipramin	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Desipramin	+	-	-	+	+	+	+	+	+
Dosulepin	+	-	+	-	+	+	+	+	+
Doxepin	+	-	+	-	+	+	+	+	+
Duloxetin	-	+	-	+	+	-	-	-	k. A.
Escitalopram	-	+	-	+	+	-	-	-	-
Fluoxetin	-	+	-	+	+	-	-	-	-
Fluvoxamin	-	+	-	+	+	-	-	-	-
Hypericum (Johannis- kraut)	-	-	+	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	-	k. A.
Imipramin	+	-	+	+	+	+	+	+	+
Maprotilin	+	-	+	-	+	+	+	+	+
Mianserin	+	-	+	-	-	+	+	-	+
Milnacipram	-	+	-	+	+	-	-	-	-
Mirtazapin	-	-	+	-	-	+	+	-	-
Moclobemid	-	-	-	+	-	-	-	-	-
Nortriptylin	+	-	-	+	+	+	+	+	+
Paroxetin	-	+	-	+	+	-	-	-	-
Sertalin	-	+	-	+	+	-	-	-	-
Tranyl- cypromin	-	-	-	+	-	+	-	-	+
Trazodon	-	+	+	-	+	+	+	-	+
Trimipramin	+	-	+	-	+	+	+	+	+
Venlafaxin	-	+	-	+	+	-	-	-	-

- + Nebenwirkung wurde beobachtet
- Nebenwirkung wurde nicht beobachtet
- k.A. keine Angabe

Was die Leitlinie empfiehlt

Die ärztliche Leitlinie spricht Empfehlungen für die Behandlung der Depression aus. Experten haben alle wichtigen Studien ausgewertet. Aus diesen Erkenntnissen haben sie festgelegt, wie Depression nach dem heutigen Wissensstand behandelt werden sollte. Aber Medizin ist keine exakte Wissenschaft, und die Behandlung kann man nicht am Reißbrett planen. Deshalb soll in begründeten Fällen auch von den Empfehlungen der Leitlinie abgewichen werden. Wenn Sie das Gefühl haben, nicht leitliniengerecht behandelt zu werden, fragen Sie ihren Arzt oder Psychotherapeuten nach dem Grund.

Leichte Depression

Bei einer leichten Depression ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass Sie auch ohne Behandlung wieder gesunden. Die Leitlinie empfiehlt, dass der Hausarzt nicht sofort eine Behandlung einleiten muss, sondern zunächst abgewartet und beobachtet werden kann. Diese aktiv-abwartende Begleitung wird auf Englisch auch „watchful waiting“ genannt. Während dieser Zeit werden Sie dennoch von Ihrem Arzt begleitet und betreut. Wenn sich nach spätestens zwei Wochen keine Besserung oder gar eine Verschlechterung zeigt, soll Ihr Arzt gemeinsam mit Ihnen über den Beginn einer Behandlung entscheiden.

Zur Behandlung einer leichten Depression soll Ihnen eine Psychotherapie angeboten werden.

Antidepressiva sollten bei der Behandlung einer leichten Depression nur zurückhaltend eingesetzt werden. Ihre in Studien nachgewiesene Wirksamkeit ist bei diesem Schweregrad gering, so dass der Nutzen oft in keinem angemessenen Verhältnis zu den Nebenwirkungen steht. Eine medikamentöse Behandlung bei leichter Depression kann sinnvoll sein, wenn:

- Sie selbst eine Behandlung mit Antidepressiva ausdrücklich wünschen;
- Sie in der Vergangenheit schon gut auf Antidepressiva angesprochen haben;
- Ihre Beschwerden nach einer anderen Behandlung noch weiter bestehen;
- Sie in der Vergangenheit schon eine mittelgradige oder schwere Depression gehabt haben.

Wenn Sie bei leichter Depression eine medikamentöse Behandlung wünschen, kann auch der Einsatz von Johanniskraut erwogen werden.

Mittelgradige Depression

Zur Behandlung einer mittelgradigen Depression soll Ihnen eine medikamentöse Behandlung **oder** eine Psychotherapie angeboten werden. Beide Verfahren haben sich als gleichermaßen wirksam erwiesen, Studien haben aber gezeigt, dass eine Kombination beider Verfahren von Beginn der Behandlung an keinen Behandlungsvorteil bringt. Die verschiedenen antidepressiven Wirkstoffe unterscheiden sich nicht in ihrer Wirksamkeit aber in ihren Neben- und Wechselwirkungen (vergleiche Tabelle Seite 54). Vor allem danach soll sich die Wahl des Wirkstoffes richten.

Auch bei einer mittelgradigen Depression kann eine Behandlung mit Johanniskraut erwogen werden. Wenn diese Behandlung für Sie in Frage kommt, sollte der Arzt Sie über die möglichen Wechselwirkungen unter anderem mit der Antibabypille und blutdrucksenkenden und krampflösenden Mitteln sowie über die Unsicherheiten bezüglich der Dosierung aufklären.

Schwere Depression

Bei einer schweren Depression ist eine kombinierte Behandlung aus medikamentöser Therapie **und** Psychotherapie nachgewiesenermaßen am wirksamsten. Diese soll Ihnen zuerst angeboten werden. Wenn Sie sich dagegen entscheiden, sollen Ihnen Psy-

chotherapie und eine Behandlung mit Medikamenten als gleichwertige Alternativen angeboten werden.

Auch wenn Sie an einer schweren rezidivierenden (wiederkehrenden) oder chronischen Depression leiden, soll vorrangig eine kombinierte Behandlung empfohlen werden. Es gibt außerdem Hinweise aus Studien, dass eine gleichzeitige Psychotherapie Sie auch bei der selbstständigen Medikamenteneinnahme unterstützt.

ersetzt durch 2, Auflage, Version 1

Grundsätze für die Behandlung mit Antidepressiva

Antidepressiva sollten mit einer niedrigen Anfangsdosis verabreicht werden, die dann, wenn die gewünschte Wirkung noch nicht eingetreten ist, langsam und unter Kontrolle erhöht wird.

Sie sollten intensiv aufgeklärt und in den ersten vier Wochen möglichst wöchentlich durch Ihren Arzt betreut werden. Im zweiten und dritten Monat sollte alle zwei bis vier Wochen, danach in längeren Abständen kontrolliert werden.

Spätestens nach drei bis vier Wochen sollte Ihr Arzt die Wirkung der begonnenen Behandlung prüfen. Dann sollten Sie gemeinsam entscheiden, ob das Medikament höher dosiert, gewechselt oder ein zusätzliches Medikament gegeben werden soll.

Beim Absetzen der Medikation sollten Antidepressiva in der Regel schrittweise über einen Zeitraum von 4 Wochen reduziert werden. Dieser Zeitraum kann bei einigen Medikamenten länger sein, bei Fluoxetin hingegen kürzer.

Während der Erhaltungstherapie (vergleiche Seite 93) soll die Behandlung mit der gleichen Dosis fortgesetzt werden, auch wenn bereits eine Besserung eingetreten ist. Wenn Sie weniger einnehmen, steigt das Risiko eines Rückfalls

Wenn Sie in der Vergangenheit bereits zwei oder mehr depressive Episoden mit schweren Beeinträchtigungen hatten, sollten Sie das Antidepressivum über einen Zeitraum von zwei Jahren einnehmen. So können Sie unter Umständen einem weiteren Rezidiv vorbeugen. Die Dosis sollte so hoch sein wie bei der Akutbehandlung.

Und wenn die Behandlung nicht wirkt?

Wenn die Behandlung nicht wirkt, soll Ihr Arzt zunächst prüfen, ob Sie die Medikamente korrekt eingenommen haben. Wenn das der Fall ist, dann gibt es mehrere Möglichkeiten zu reagieren:

1. Die Dosis erhöhen

Bei einigen Medikamenten kann eine höhere Dosis eine bessere Wirkung zur Folge haben. Das trifft nicht für SSRI zu. Wenn die Dosis erhöht wird, steigt allerdings auch die Wahrscheinlichkeit von Nebenwirkungen.

2. Die Wirkung verstärken

Durch die zusätzliche Gabe von Lithiumsalzen (vergleiche Seite 49) kann die Wirkung eines Antidepressivums verstärkt werden. Das sollten jedoch nur erfahrene Ärzte tun. Wenn Sie einen ausreichenden Lithiumspiegel haben und nach zwei bis vier Wochen keine Wirkung zu beobachten ist, sollte das Salz wieder abgesetzt werden. Wenn die Behandlung aber wirksam ist, sollte sie mindestens sechs Monate lang durchgeführt werden. Mit anderen Mitteln (zum Beispiel Schilddrüsenhormonen) sollte die Wirkung von Antidepressiva nicht verstärkt werden.

3. Das Medikament wechseln

In der Praxis wird häufig ein nicht wirksames Antidepressivum gegen ein anderes ausgetauscht. Das nennt man auch „Switching“. Dessen Wirkung ist jedoch durch Studien nicht gut belegt, deshalb sollte es nicht die erste Wahl sein, wenn die Erstbehandlung nicht wirkt. Wenn Sie dennoch wechseln, sollten die Medikamente schrittweise auf- und herunterdosiert werden. Außerdem sollte das neue Medikament aus einer anderen Wirkstoffklasse stammen.

4. Zwei Antidepressiva kombinieren

Nur in bestimmten Fällen kann es helfen, ein Antidepressivum mit einem zweiten zu kombinieren. Es gibt in Studien Belege dafür, das SSRI oder TZA in Kombination mit den Wirkstoffen Mirtazapin oder Mianserin besser wirken können. Nur für diese Kombination konnte der Nutzen bewiesen werden. Die Gabe von mehr als zwei Antidepressiva gleichzeitig wird nicht empfohlen.

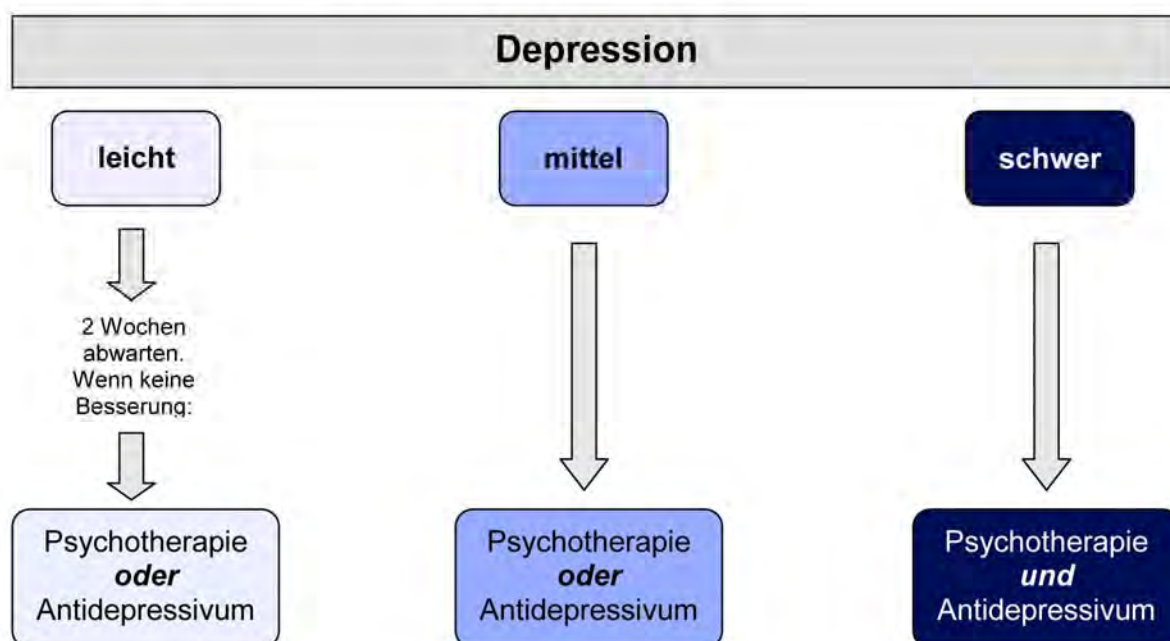
5. Wechsel zur Psychotherapie

Wenn Sie ohne Erfolg mit zwei Antidepressiva aus verschiedenen Wirkstoffklassen behandelt wurden (und diese richtig dosiert waren), dann sollte Ihr Arzt Ihnen eine Psychotherapie anbieten.

Wenn die Depression chronisch wird ...

Von einer chronischen Depression spricht man, wenn die Symptome länger als zwei Jahre bestehen (vergleiche Seite 10). In diesem Fall ist eine kombinierte Behandlung aus Psychotherapie und Antidepressivum am besten geeignet, Ihnen zu helfen.

Behandlungsempfehlungen bei Depression



Andere Behandlungsmöglichkeiten

Elektrokrampftherapie (EKT)

Bei der Elektrokrampftherapie wird durch einen kurzfristigen Stromreiz auf das Gehirn ein epileptischer Anfall ausgelöst. Der Eingriff wird in Narkose vorgenommen. Der Strom wird über Elektroden, die außen am Kopf angebracht sind, übertragen. Wie die Elektrokrampftherapie genau wirkt, ist noch ungeklärt. In Studien berichten aber bis zu acht von zehn behandelten Patienten von einer Besserung der Symptome. Die Besserung tritt in der Regel nach zwei bis vier Wochen ein. Wenn sich an die Behandlung keine Erhaltungstherapie anschließt, ist die Rückfallrate hoch.

Üblicherweise wird die Elektrokrampftherapie bei Behandlungen im Krankenhaus eingesetzt. Während der Akutbehandlung wird der Eingriff sechs Wochen lang etwa zwei bis dreimal die Woche vorgenommen. Auch als Erhaltungstherapie ist die EKT geeignet. Dann verlängern sich die Zeitabstände zwischen den Behandlungen auf einmal wöchentlich bis einmal monatlich.

Nebenwirkungen

Bei Patienten bestehen große Vorbehalte gegen eine Elektrokrampftherapie. Sie ist jedoch nach den vorliegenden Daten insgesamt ein sicheres Verfahren. An Nebenwirkungen wird hauptsächlich von vorübergehenden Gedächtnisstörungen berichtet. Dazu ist der Eingriff mit den üblichen Narkose-Risiken verbunden. Es gibt keine Anzeichen dafür, dass EKT bleibende Schäden am Gehirn verursacht.

Die Leitlinie empfiehlt

Die Elektrokrampftherapie soll bei schweren Depressionen in Betracht gezogen werden, wenn sich andere Behandlungen als unwirksam erwiesen haben.

Sie kann auch zur Erhaltungstherapie herangezogen werden, wenn sie sich bei einem Patienten bereits als wirksam erwiesen hat, wenn andere Verfahren keine Wirkung gezeigt haben oder wenn der Patient das so wünscht.

Wachtherapie (Schlafentzugstherapie)

Das Prinzip des Schlafentzugs ist so einfach wie wirksam: Schlafmangel sorgt kurzfristig für ein besseres Befinden. In Studien ging es sechs von zehn Patienten, die bis zu 40 Stunden wach gehalten wurden, daraufhin deutlich besser. Allerdings hält die Wirkung nicht lange an. Viele Patienten erleiden einen Rückfall, wenn sie wieder eine Nacht durchgeschlafen haben. Nebenwirkungen sind nicht bekannt.

Die Leitlinie empfiehlt ...

Wachtherapie sollte eingesetzt werden, wenn eine sehr schnelle, kurzfristige Besserung gewünscht wird oder wenn eine andere Behandlung ergänzt werden soll.

Lichttherapie

Bei der so genannten „Winterdepression“ treten depressive Symptome nur im Herbst und Winter, also während der dunklen Jahreszeit, auf und gehen während des Frühjahrs und des Sommers wieder zurück. Für diese depressive Erkrankungsart hat sich die Behandlung mit künstlichem Licht als wirksam erwiesen.

Der Patient sitzt, nicht mehr als 80 Zentimeter entfernt, vor einer hellen, weißen Lichtquelle. Dabei handelt es sich um spezielle

Lichttherapiegeräte. Alle UV-Strahlen werden herausgefiltert. Die Augen müssen offen sein und dürfen nicht durch eine Sonnenbrille geschützt werden (anders als bei Höhensonne). Pro Tag soll eine Lichtdosis von 10.000 Lux für 30 bis 40 Minuten möglichst früh nach dem Aufstehen verabreicht werden. Innerhalb von zwei bis drei Wochen tritt bei sechs bis neun von zehn Patienten eine Besserung ein. Da die Wirkung jedoch schnell nachlässt, wenn die Behandlung abgesetzt wird, sollte sie den ganzen Herbst und Winter über durchgeführt werden.

Nebenwirkungen

Es wird von Sehstörungen, Kopfschmerzen, Übelkeit oder Unruhe berichtet. Diese Nebenwirkungen traten in den Studien vorübergehend auf und waren nicht sehr stark ausgeprägt.

Die Leitlinie empfiehlt ...

Die Lichttherapie soll als Behandlung einer leichten bis mittelgradigen saisonal abhängigen („Winter“-) Depression erwogen werden. Wenn Patienten gut darauf ansprechen, kann sie den gesamten Winter über fortgesetzt werden.

Hinweis

Die Lichttherapie wird nicht von der gesetzlichen Krankenkasse bezahlt.

Körperliches Training

Bewegung tut gut. Das gilt im Prinzip für alle Menschen, aber eben gerade auch für Depressive. Damit ist kein Hochleistungssport gemeint, sondern gemäßigte, aber regelmäßige sportliche Betätigung. Das kann ein erster Schritt gegen Ermüdung und Antriebslosigkeit sein, vielleicht gibt Ihnen auch die Zufriedenheit, etwas geschafft zu haben, kurzzeitig ein gutes Gefühl. Ob Sport allein Ihre Depression heilen kann, ist nach den derzeitigen wissenschaftlichen Erkenntnissen unklar. Durch Studien gesichert

ist aber, dass Bewegung Ihr Befinden bei Depression bessert und in jedem Fall eine sinnvolle Unterstützung jeder anderen Behandlung bei Depression ist. Und ganz nebenbei tun Sie auch noch etwas gegen die Krankheiten, die eine Depression häufig begleiten.

Die Leitlinie empfiehlt ...

... den Einsatz von körperlichem Training um Ihr Wohlbefinden zu steigern und depressive Symptome zu lindern.

Repetitive Transkranielle Magnetstimulation

Hierbei handelt es sich um eine relativ neue Technologie, bei der durch starke Magnetfelder einzelne Bereiche des Gehirns angeregt oder gehemmt werden können. In der Forschung wird sie zur Behandlung der Depression getestet. Doch die derzeit vorliegenden Daten aus Studien liefern noch keine verlässlichen Hinweise auf die Wirksamkeit des Verfahrens.

Es wird daher in der Leitlinie nicht empfohlen.

Sonstige Unterstützungsangebote

Ergotherapie

Die Ergotherapie kann unter Umständen eine erfolgreiche Behandlung der Depression unterstützen. Der Begriff stammt aus dem Griechischen und meint: Gesundung durch Handeln und Arbeiten. Ergotherapie soll dem Patienten helfen, durch Krankheit verlorene Handlungsfähigkeit im Alltagsleben wiederherzustellen. Dazu gehören auch wichtige Fragen wie die der Selbstversorgung und Haushaltsführung, wirtschaftliche Eigenständigkeit, Fähigkeit zur Berufsausübung beziehungsweise Weiterführen der Ausbildung. Dabei wird ein ganzheitlicher Ansatz verfolgt, das heißt, es geht nicht nur um das Schulen bestimmter Bewegungsabläufe, sondern der Mensch als Ganzes wird einbezogen.

Es gibt Studien, die belegen, dass die Ergotherapie eine Behandlung bei Depression im Rahmen eines Gesamtkonzeptes unterstützen kann. Es ist ein weiterer Punkt im „Wochenplan“, der bei der Bewältigung der Krankheit unterstützt und zu Aktivität ermuntert. Ergotherapie wird bei der stationären Behandlung (im Krankenhaus) angeboten. Auch ambulant (in der Praxis) kann ein Ergotherapeut aufgesucht werden. Die Verordnung von Ergotherapie richtet sich nach den Heilmittelrichtlinien.

Soziotherapie

Die Soziotherapie bietet Unterstützung und Handlungsanleitung für chronisch psychisch kranke Menschen, wenn sie durch ihre Erkrankung so schwer beeinträchtigt sind, dass sie sich im sozialen Umfeld nicht mehr zurechtfinden. Schwer depressive Patienten sind häufig nicht in der Lage, Leistungen, auf die sie Anspruch haben, selbständig in Anspruch zu nehmen. Soziotherapie soll ihnen dabei helfen, ärztliche und ärztlich verordnete Leistungen tatsächlich wahrzunehmen. Durch besondere Trainingsmaßnahmen und begleitende Unterstützung lernen schwer

psychisch Kranke wieder mehr Selbstständigkeit. Ob und inwiefern die Soziotherapie wirkt, ist bislang durch Studien nicht belegt worden.

Häusliche psychiatrische Krankenpflege

Jenseits der Therapie gibt es einige Möglichkeiten der Betreuung und Pflege, die vor allem in Extremsituationen und besonderen Fällen in Anspruch genommen werden können. Dazu gehört zum Beispiel die häusliche psychiatrische Krankenpflege. Durch die Pflege vor Ort soll das Umfeld beteiligt und die soziale Integration gewährleistet werden. Die ambulante psychiatrische Pflege kann wiederkehrende Klinikaufenthalte, die von den Betroffenen und dem sozialen Umfeld häufig als stigmatisierend empfunden werden, vermeiden. Die ambulante Pflege soll mit ihren flexiblen, aufsuchenden Angeboten Behandlungsabbrüchen vorbeugen. Sie dient der Stärkung des Selbsthilfepotenzials und der Kompetenzerweiterung des Patienten im Umgang mit seiner Krankheit und Kenntnis von Maßnahmen zur Rückfallprophylaxe. Rechtzeitiges Erkennen von Krisen und sachgerechtes Bewerten von Symptomen einer Krise sind wesentliche Elemente, die eine Abschwächung des Verlaufes einer Krise bewirken sollen.

Unterstützungsangebote der Selbsthilfe

Selbsthilfegruppen haben sich in den letzten Jahren zu allen möglichen Krankheiten gebildet, so auch zu Depressionen und anderen psychischen Störungen. Daneben gibt es eigene Selbsthilfegruppen für Angehörige.

Selbsthilfegruppen sind freiwillige, meist lose Zusammenschlüsse von Menschen, deren Aktivitäten sich auf die gemeinsame Bewältigung von Krankheiten, psychischen oder sozialen Problemen richten, von denen sie – entweder selber oder als Angehörige – betroffen sind. Sie wollen mit ihrer Arbeit keinen Gewinn erwirtschaften. Ihr Ziel ist eine Veränderung der persönlichen Lebensumstände und häufig auch ein Hineinwirken in das soziale und politische Umfeld. Selbsthilfegruppen arbeiten ohne professionelle Leitung.

Selbsthilfegruppen bieten den Betroffenen (Patienten beziehungsweise Angehörigen) die Möglichkeit zum persönlichen Erfahrungsaustausch. Das wechselseitige Verständnis ist besonders groß, da alle „im selben Boot sitzen“. Ängste und Schamgefühle können leichter überwunden werden. Daneben gibt es Informationen über diagnostische und therapeutische Möglichkeiten, über die Versorgungslandschaft vor Ort, über sozialrechtliche Ansprüche. Der Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (BApK) bietet darüber hinaus einen eigenen überregionalen Beratungsdienst an (vergleiche Seite 86).

Viele Selbsthilfegruppen kooperieren mit Experten, die sie in fachlichen Fragen wie in Fragen der Gruppenarbeit beraten (siehe unten: Selbsthilfe-Kontaktstellen). Als Ergänzung zur professionellen Versorgung werden sie zunehmend geschätzt und in Anspruch genommen. So empfehlen die Leitlinien zur Behandlung der unipolaren Depression: „Patienten und Angehörige sollen über Selbsthilfe- und Angehörigengruppen informiert und, wenn angebracht, zu Teilnahme ermuntert werden.“

Selbsthilfegruppen vor Ort lassen sich am besten finden über die lokalen Selbsthilfekontaktstellen, von denen es etwa 300 in der gesamten Bundesrepublik gibt. Ihre aktuellen Adressen sind zu erfahren über die NAKOS (vergleiche Seite 85). Die meisten Selbsthilfegruppen von Angehörigen sind zusammengeschlossen im Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (vergleiche Seite 86), der örtliche Kontaktadressen vermitteln kann.

ersetzt durch 2, Auflage, Version 1

Was bei der Behandlung zu beachten ist

Behandlung älterer Patienten

Antidepressiva sind bei älteren Menschen gleich wirksam wie bei jüngeren. Sie sollten daher in gleicher Weise behandelt werden. Allerdings sind die Nebenwirkungen häufig eine stärkere Belastung. Die Nebenwirkungen sollten eine wichtige Rolle bei der Auswahl des Medikamentes spielen. Es wird empfohlen, bei trizyklischen Antidepressiva zunächst mit einer niedrigeren Anfangsdosis zu beginnen.

Begleiterkrankungen

Wenn gleichzeitig ein *hoher Alkoholkonsum* vorliegt, sollte die Behandlung der Depression erst begonnen werden, wenn Sie mindestens seit zwei Wochen nicht mehr getrunken haben. Nur im Notfall soll sofort behandelt werden.

Wenn Sie gleichzeitig an einer *Essstörung* leiden: Die Wirkung von Antidepressiva kann bei niedrigem Gewicht und schlechtem Ernährungszustand schwächer sein. Bestimmte Medikamente haben als Nebenwirkung eine Gewichtszunahme zur Folge, andere erzeugen Übelkeit und Appetitlosigkeit. Das sollte bei der Auswahl beachtet werden, wenn Sie sich für eine medikamentöse Behandlung entscheiden.

Wenn Sie gleichzeitig an einer *koronaren Herzkrankheit* leiden: Trizyklische Antidepressiva sollten wegen ihrer Nebenwirkungen auf das Herz-Kreislaufsystem nicht verordnet werden. Die Leitlinie empfiehlt Sertalin oder Citalopram.

Wenn Sie an *Diabetes* erkrankt sind, sollte beachtet werden, dass manche Antidepressiva zu Gewichtszunahme führen. Wenn Sie SSRI einnehmen, brauchen Sie wahrscheinlich weniger Insulin. Eine Behandlung mit SSRI wird empfohlen.

Wenn Sie unter *chronischen Schmerzen* leiden und sich für eine Behandlung mit Antidepressiva entscheiden, soll mit trizyklischen Antidepressiva oder mit einem selektiven Serotonin- und Noradrenalin-Rückaufnahmehemmer behandelt werden. Diese haben auch eine schmerzlindernde Wirkung.

Wenn gleichzeitig eine *Demenz* vorliegt, sollte auf solche Antidepressiva verzichtet werden, die gleichzeitig eine beruhigende Wirkung haben. Die Wirksamkeit einer medikamentösen Behandlung bei Demenz ist durch Studien nicht grundsätzlich geklärt.

Schwangerschaft und Stillzeit

Bei einer Schwangerschaft sollten Sie den Nutzen einer medikamentösen Behandlung sehr sorgfältig gegen die Risiken abwägen. Sie können auch überlegen, zu einer Psychotherapie zu wechseln. Wenn Sie schon über einen längeren Zeitraum während der Schwangerschaft Antidepressiva eingenommen haben, sollten Sie möglichst in einer Klinik mit Neugeborenenstation entbinden. Falls bei Ihrem Kind Unregelmäßigkeiten beobachtet werden, die durch den „Entzug“ des Antidepressivums entstehen können, wird ihm sofort geholfen.

Wechseljahre

Das Auf und Ab der Hormone in den Wechseljahren kann auch Depressionen verursachen. Aufgrund der aktuellen Daten lässt sich aber nicht sagen, ob eine Depression in den Wechseljahren mit der Gabe von Hormonen behandelt werden kann.

Wer an der Behandlung beteiligt ist

An der Behandlung einer vielschichtigen Erkrankung wie der Depression sind viele Fach- und Berufsgruppen beteiligt. Hier den Überblick zu bewahren, ist nicht immer leicht. Gerade bei der Versorgung der Depression sind viele verschiedene Fachrichtungen und Berufsgruppen beteiligt. Einen Überblick gibt die folgende Tabelle. Dabei ist zu beachten, dass die Angaben zu Dauer und Umfang der Weiterbildung von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich sein können und sich im Laufe der Jahre geändert haben.

Wer ist an der Versorgung depressiver Menschen beteiligt?

Hausarzt

Studierter Mediziner mit der Berufszulassung (Approbation) als Arzt. Dazu zählen in der Regel:

- Fachärzte für Allgemeinmedizin, die nach ihrem Studium eine fünfjährige Weiterbildung unter anderem in Chirurgie, Innerer Medizin und einem zusätzlichen Fachgebiet gemacht und eine Facharztprüfung abgelegt haben.
- Fachärzte für Innere Medizin, die nach ihrem Studium eine sechsjährige Weiterbildung in der Inneren Medizin gemacht und eine Facharztprüfung abgelegt haben.
- Praktische Ärzte, das heißt Ärzte ohne Facharztausbildung.

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie	Studierter Mediziner mit Berufszulassung (Approbation) als Arzt, der nach dem Studium eine fünfjährige Weiterbildung in Psychiatrie (4 Jahre) und Neurologie (1 Jahr) gemacht und eine Facharztprüfung abgelegt hat. Die Psychotherapie ist Bestandteil der Weiterbildung.
Psychologischer Psychotherapeut	Studierter Psychologe mit Diplom- oder Masterabschluss und Berufszulassung (Approbation) als Psychotherapeut, der nach dem Studium mindestens eine dreijährige Vollzeitausbildung oder eine fünfjährige berufsbegleitende Ausbildung zum Psychotherapeuten absolviert und eine staatliche Prüfung abgelegt hat.
Facharzt für Nervenheilkunde	Studierter Mediziner mit Berufszulassung (Approbation) als Arzt, der nach dem Studium eine sechsjährige Weiterbildung in der Psychiatrie (3 Jahre) und in der Neurologie (3 Jahre) gemacht und eine Facharztprüfung abgelegt hat.
Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Studierter Mediziner mit Berufszulassung (Approbation) als Arzt, der nach dem Studium eine fünfjährige Weiterbildung in Psychiatrie, Innerer Medizin und Allgemeinmedizin gemacht und eine Facharztprüfung abgelegt hat. Ein wesentlicher Schwerpunkt der Facharztausbildung liegt in der Psychotherapie.

Arzt mit dem
Zusatztitel
Psychotherapie
oder
Psychoanalyse

Studierter Mediziner mit Berufszulassung (Approbation) als Arzt und Facharztausbildung, der berufsbegleitend eine Zusatzweiterbildung zum fachgebundenen Psychotherapeuten oder Psychoanalytiker gemacht hat. Deren Umfang entspricht nicht dem der Facharztausbildung, ist aber spezifisch auf die Psychotherapie beziehungsweise Psychoanalyse zugeschnitten.

Daneben können auch Ergotherapeuten, Sozialarbeiter und Sozialpädagogen, Soziotherapeuten oder häusliche psychiatrische Pflegekräfte an der Versorgung beteiligt sein.

Ihren Hausarzt, Psychotherapeuten oder Fachspezialisten suchen Sie in seiner Praxis auf (ambulante Versorgung). Mit Fachärzten und Psychotherapeuten haben Sie es auch im Krankenhaus, also in der stationären Versorgung, zu tun. Es gibt besondere Fachkrankenhäuser für psychische Erkrankungen und Fachabteilungen in Allgemeinkrankenhäusern für Psychiatrie und Psychotherapie beziehungsweise Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Außerdem haben viele Krankenhäuser so genannte Ambulanzen oder Polikliniken, in denen sie Patienten behandeln, die nicht stationär aufgenommen werden. Daneben gibt es „teilstationäre“ Angebote in Tageskliniken.

Auch einige Rehabilitationseinrichtungen sind auf psychosomatische Erkrankungen spezialisiert (mehr zu Rehabilitation ab Seite 75).

In unserem Gesundheitssystem wird der Hausarzt als Ihr „Lotse“ durch das Gesundheitssystem verstanden. Ihn in dieser Funktion zu stärken war lange ein Ziel der Gesundheitspolitik. Das kann auch im Falle einer depressiven Erkrankung sinnvoll sein, wenn er

Sie gut kennt, vielleicht sogar Ihr Lebensumfeld einschätzen kann und Sie möglicherweise wegen anderer chronischer Begleiterkrankungen behandelt. Manchmal kann es aber auch gut sein, direkt zum Fachspezialisten oder zum Psychotherapeuten zu gehen. Sie haben das Recht, Ihren Arzt oder Psychotherapeuten frei zu wählen. (Mehr zu Ihren Rechten als Patient finden Sie auf Seite 29.)

Die Leitlinie gibt folgende Empfehlungen, wer bei der Versorgung von Depressiven welche Funktionen und Aufgaben übernehmen und wann überwiesen werden sollte:

Die Untersuchung und Behandlung einer leichten bis mittelgradigen Depression kann von allen ärztlichen Gruppen und von psychologischen Psychotherapeuten durchgeführt werden.

Wenn es Ihnen bei der Versorgung durch den Hausarzt nach sechs bis acht Wochen noch nicht besser geht, sollten Sie an einen Fachspezialisten oder einen ärztlichen beziehungsweise psychologischen Psychotherapeuten überwiesen werden.

Wenn es Ihnen in einer psychotherapeutischen Behandlung nach ungefähr drei Monaten nicht besser geht, sollten Sie an einen Facharzt überwiesen werden.

Außerdem sollte an einen Fachspezialisten überwiesen werden, wenn

- eine andere psychische Erkrankung nicht sicher auszuschließen ist;
- Sie an einer *schweren* Depression leiden;
- die Behandlung mit mehreren Alternativen erfolglos war;
- akute Selbst- oder Fremdgefährdung anzunehmen ist.

Eine Überweisung ins Krankenhaus ist angezeigt, wenn

- Ihre Lebensumstände eine erfolgreiche Behandlung stark gefährden;

- Sie zu vereinsamen drohen;
- eine Behandlung in der Praxis über längeren Zeitraum keinen Erfolg hatte;
- die Gefahr besteht, dass die Depression chronisch wird;
- das Krankheitsbild so schwer ist, dass die Mittel der ambulanten Behandlung nicht „ausreichen“;
- Sie zu lange auf eine Behandlung bei einem Psychotherapeuten warten müssen und Ihr Leidensdruck ständig zunimmt.

Eine Rehabilitation wird dann empfohlen, wenn Behandlungserfolge gefestigt, die Erwerbsfähigkeit wiederhergestellt werden oder Folgeschäden der Depression langfristig behandelt werden müssen.

Inzwischen haben sich auch viele Selbsthilfegruppen für Menschen mit Depressionen (oder deren Angehörige) gebildet, die Beratung und Unterstützung anbieten. Sie werden von den Betroffenen meist ergänzend zu professioneller Behandlung oder im Anschluss daran genutzt. Welche Angebote sich in Ihrer Nähe befinden, erfahren Sie im Kapitel „Rat und Unterstützung“ auf Seite 85.

Was Sie selbst tun können

Diese PatientenLeitlinie wurde gemeinsam mit Vertretern der Selbsthilfe erarbeitet. Im Folgenden finden Sie Ratschläge „von Patienten für Patienten“:

- Der wichtigste Schritt ist der Gang zum Arzt oder Psychotherapeuten. Es kann helfen, wenn Sie einen Angehörigen oder Freund mitzunehmen, der Sie gut kennt und dem Sie vertrauen. Er kann Sie unterstützen und vielleicht bestimmte Stimmungs- und Befindensveränderungen bei Ihnen noch einmal „von außen“ beschreiben.
- Wenn Sie aktiv etwas gegen Ihre Erkrankung unternehmen, indem Sie sich in Behandlung begeben, haben Sie bereits einen wichtigen Schritt getan. Stellen Sie sich darauf ein, dass eine solche Behandlung Zeit braucht. Die Beschwerden werden nicht mit der ersten Tablette oder nach der ersten Therapie-sitzung verschwinden. Eine Besserung stellt sich bei vielen Betroffenen nach zwei bis vier Wochen ein. Bis Ihre depressive Episode abgeklungen ist, kann es bis zu einem halben Jahr dauern. Es kann immer wieder Stimmungsschwankungen geben. Aber es wird Ihnen Stück für Stück besser gehen.
- Sie selbst können die Behandlung unterstützen. Wie wichtig Sport und Bewegung sind, haben wir auf Seite 63 erläutert. Dabei müssen Sie weder Höchstleistungen vollbringen, noch sich quälen. Versuchen Sie, sich kleine, erreichbare Ziele zu setzen: Ein Spaziergang an der frischen Luft, eine kleine Tour mit dem Fahrrad. Überlegen Sie, was Sie gern tun. Wenn Sie sich alleine schwer tun, bitten Sie Angehörige oder Freunde um Unterstützung. Gemeinsam kann man sich leichter aufrufen.
- Aber auch andere kleine Aktivitäten können Ihnen aus einer Depression heraushelfen. Sich zurückziehen, den dunklen Gedanken überlassen und tatenlos bleiben, treibt Sie nur noch

weiter in die Depression hinein. Ein Anruf bei einem Freund oder einer Freundin, eine Verabredung, ein Gang zum Friseur oder ein selbst gekochtes Essen können Erfolge sein. Das dürfen Sie sich auch so zugestehen.

- Sich aufraffen, etwas unternehmen, das klingt so einfach. Es ist für einen depressiven Menschen keine Selbstverständlichkeit. Es kann Ihnen helfen, wenn Sie sich selbst einen kleinen Wochenplan mit Aktivitäten aufstellen – nicht als Pflicht, sondern als Unterstützung.
- Mit Unterstützung lassen sich Krisen leichter überwinden. Nehmen Sie Gesprächs- und Unterstützungsangebote Ihres Partners, Ihrer Freunde oder Angehörigen an. Diese machen das nicht aus Mitleid, sondern weil Sie ihnen wichtig sind.
- Vielleicht hilft es Ihnen aber auch, sich mit anderen Betroffenen auszutauschen. Andere haben vielleicht ähnliche Erfahrungen gemacht und verstehen sehr gut, wie Sie sich gerade fühlen. Dann können Sie sich an eine Selbsthilfegruppe wenden. Dort sind Sie jederzeit willkommen. Man tauscht sich aus, man macht sich Mut, man gibt sich konkrete Tipps und Informationen. Reden hilft! Adressen und Ansprechpartner finden Sie ab Seite 85.

Hilfe im Notfall

Nummern der Telefonseelsorge:

0800 111 0 111 oder

0800 111 0 222

www.telefonseelsorge.org

Österreich: Telefon 142

www.telefonseelsorge.at

Schweiz: Telefon 143

www.tel-143.ch

Kinder- und Jugendtelefon

(bundesweit wochentags von 15 bis 19 Uhr):

0800 111 0 333

Schweiz: Telefon 147

www.tel-143.ch

Adressen von Krisendiensten

[www.kompetenznetz-
depression.de/hilfe/erste_hilfe.htm](http://www.kompetenznetz-depression.de/hilfe/erste_hilfe.htm)

oder

www.neuhland.de

Was Angehörige wissen sollten

- Eine Depression belastet nicht nur den Betroffenen, sondern auch Partnerschaft und Familie. Als Angehörige sind Sie in einer schwierigen Situation: Sie wollen helfen und unterstützen und brauchen gleichzeitig vielleicht selbst Hilfe und Unterstützung. Einen Menschen leiden zu sehen, der einem nahe steht, ist schwer. Es kann Ihnen helfen, wenn Sie sich bewusst machen, dass Sie als Angehöriger zwar helfen aber nicht heilen können. Und das erwartet auch niemand von Ihnen.
- Die Ursachen für eine Depression sind vielfältig. Manche können auch im familiären Umfeld zu finden sein. Familie und Partnerschaft sind eine ständige „Baustelle“. Auch wenn familiäre Konflikte eine Depression mit verursachen können: niemand trägt Schuld an der Erkrankung. Weder Sie noch der Erkrankte. Falls es dazu kommt, dass der Arzt oder Psychotherapeut Ihres Partners oder Ihrer Partnerin Sie zu einem Paar- oder Familiengespräch einlädt, dient das auch niemals dazu, Schuld zu verteilen, sondern Prozesse und Belastungen aller Beteiligten besser zu verstehen und gemeinsam Lösungsmöglichkeiten zu erarbeiten.
- Kein Mensch wird absichtlich oder aus Versagen krank. Depression ist kein Ausdruck von Unvermögen oder Nichtwollen. Auch wenn es von außen ganz einfach scheint, dagegen anzugehen: Für den Betroffenen selbst kann es eine große Anstrengung bedeuten, sich zu den einfachsten Dingen aufzuraffen.
- Hilfreich für den Betroffenen ist es zum Beispiel, wenn Sie zunächst einmal Verständnis für seine Situation, seine Gefühle aufbringen. Wenn Sie ihn in seiner Erkrankung ernst nehmen, ohne zu dramatisieren. Und ihm gleichzeitig vermitteln, dass Hilfe möglich ist und es ihm in Zukunft wieder besser gehen wird. Deshalb ist es so wichtig, dass Sie ihn in seiner Entschei-

derung unterstützen, sich professionelle Hilfe zu suchen. Viele Betroffene haben große Angst, dann als „verrückt“ zu gelten und von ihrem Umfeld abgelehnt oder verlacht zu werden. Machen Sie klar, dass solche Befürchtungen nicht gerechtfertigt sind. Vielleicht kennen Sie auch Beispiele anderer Menschen, die wegen einer psychischen Erkrankung behandelt werden oder wurden und die davon profitieren.

- Vielleicht können Sie sich als Begleiter durch eine schwere Zeit sehen. Es kann gut sein, wenn Sie den Betroffenen in den Dingen unterstützen, die ihm helfen: wieder mit kleinen Aktivitäten zu beginnen, einen Spaziergang zu machen, sich ein wenig zu bewegen, miteinander zu reden. Oder etwas tun, was ihm Freude bringt, zum Beispiel Musik hören, ein Bild ansehen. Dabei werden Sie vielleicht zurückgewiesen werden. Doch das zielt nicht auf Sie als Person, sondern ist der Erkrankung geschuldet. Nicht immer ist der andere in der Lage, Ihre Vorschläge anzunehmen. Wenn Sie das respektieren, ohne Ihre Versuche aufzugeben, helfen Sie ihm sehr.
- Auf keinen Fall sollten Sie versuchen, einem depressiven Menschen seine Erkrankung zu erklären, sie herunterzuspielen oder gut gemeinte Ratschläge zu geben. Das alles signalisiert ihm, dass Sie ihn nicht akzeptieren, auch wenn Sie es ganz anders meinen.
- Der Umgang mit einem depressiven Menschen kann dazu führen, dass Sie selbst auf vieles verzichten. Auf Dinge, die Ihnen lieb sind, wie Hobbies, Sport, Kontakte, Kultur. Es mag Ihnen egoistisch erscheinen, dass Sie sich vergnügen, während der andere leidet. Doch damit ist dem Betroffenen nicht geholfen. Wenn Sie nicht auf sich selbst Acht geben, werden Sie bald keine Kraft mehr haben, für den anderen da zu sein.
- Der Umgang mit einer chronischen schweren Erkrankung ist für Angehörige eine Herausforderung. Sie können sich selbst

Hilfe holen. Sie haben die Möglichkeit, sich psychotherapeutische Unterstützung zu suchen, um diese belastende Situation zu verarbeiten. Es gibt inzwischen auch zahlreiche Selbsthilfegruppen für Angehörige. Wer viel hilft, darf sich zugestehen, auch selber Hilfe in Anspruch zu nehmen, um nicht auszubrennen. Alles, was Sie entlastet, hilft auch dem Angehörigen, um den Sie sich sorgen. Das ist nicht egoistisch, sondern pragmatisch. Adressen und Kontaktpersonen finden Sie auf Seite 85.

ersetzt durch 2, Auflage, Version 1

Ein paar Worte zu einem schwierigen Thema ...

Manchmal erscheint einem schwer depressiven Menschen seine Situation so hoffnungslos, dass er einfach nicht mehr will. Es drängt ihn, sein Leben zu beenden. Das ist besonders belastend für Partner und Familie, und es braucht besondere Kraft, damit umzugehen. Man kann sich völlig hilflos fühlen, möglicherweise auch unter Druck gesetzt und erpresst. Vielleicht hilft es Ihnen, sich auch hier bewusst zu machen, dass Sie keine Verantwortung dafür tragen, ja, gar nicht tragen können.

Es gibt kein Patentrezept für eine solche Situation. Etwas tun können Sie dennoch: Indem Sie das Gespräch darüber zulassen, statt es wegzudrängen, und den anderen auch in seiner totalen Verzweiflung annehmen. Hören Sie einfach zu, ohne gleich eingreifen zu wollen. Trauen Sie sich, konkret nachzufragen, aber versuchen Sie nicht, dem anderen seine Gedanken auszureden. Es ist wertvoll, wenn Sie vermitteln können, dass Hilfe möglich ist – und wie wichtig gerade jetzt professioneller Beistand ist. Vielleicht können Sie gemeinsam mit dem Betroffenen überlegen, welche Personen oder Dinge ihm so wichtig sind, dass sie seinem (Weiter-)Leben Sinn geben.

Suizidgedanken oder -versuche sind auf jeden Fall ernst zu nehmen. Sie sollten gemeinsam den behandelnden Arzt oder Psychotherapeuten über lebensmüde Gedanken informieren und besprechen, was das für die Therapie bedeutet.

Was Sie im Notfall tun können

- zuhören und ernst nehmen
- das Gespräch in Gang halten
- Notarzt und / oder Polizei rufen
- den Verzweifelten nicht allein lassen, bis Hilfe eintrifft
- gefährliche Gegenstände beseitigen

Bei akuter Selbst- oder Fremdgefährdung kann eine Einweisung in das Krankenhaus auch gegen den Willen des Betroffenen nötig sein! Für diesen Notfall ist die Polizei zuständig.

Die Zwangseinweisung ...

... ist ein schwieriger, allerletzter Ausweg, um Schlimmeres zu verhindern: nämlich Fremd- oder Selbstgefährdung. Das bedeutet, dass das Leben oder die körperliche Unversehrtheit des Betroffenen beziehungsweise einer anderen Person gefährdet ist. Dann handelt es sich um einen Notfall.

Am wenigsten eingreifend ist es für alle Beteiligten, wenn Angehörige oder Freunde den Betroffenen selbst in das zuständige psychiatrische Krankenhaus bringen. Wenn der Patient sich jedoch weigert, hat es keinen Sinn, einen Krankenwagen zu rufen. Rettungssanitäter dürfen nicht gegen den Willen des Betroffenen handeln und ihn zwangsweise transportieren. Hierfür ist die Polizei zuständig.

Eine solche Einweisung gegen den Willen des Betroffenen ist in den *Unterbringungsgesetzen* oder *Psychisch-Kranken-Gesetzen* der einzelnen Bundesländer geregelt. Danach darf eine Zwangseinweisung erfolgen, wenn durch die Erkrankung die Gefahr besteht, dass die betroffene Person sich selbst oder anderen Schaden zufügt und wenn diese Gefahr nicht auf andere Weise abzuwenden ist. Bei akuter schwerer Suizidgefahr und fehlender Behandlungsbereitschaft ist in der Regel Eile geboten.

Das Unterbringungsverfahren ist in den einzelnen Bundesländern sehr ähnlich. In der Regel muss ein Arzt die Notwendigkeit der Behandlung gegen den Willen bestätigen. Der Leiter der psychiatrischen Einrichtung oder sein Vertreter, der Facharzt für Psychiatrie sein muss, fertigt ein ärztliches Gutachten an. Nach einer Frist von 24 bis 36 Stunden – dies ist in den einzelnen Bundesländern verschieden – muss ein Amtsrichter den Patienten persönlich anhören, falls er sich nicht inzwischen zu einer Behandlung auf freiwilliger Basis entschlossen hat. Der Richter trifft nach einer persönlichen Anhörung, aufgrund des ärztlichen Gutachtens eine Entscheidung über die Unterbringung. Falls der Richter die Auffassung vertritt, dass eine Unterbringung nicht erforderlich ist, muss der Patient entlassen werden.

Rat und Unterstützung

Rat und Unterstützung beim Umgang mit einer Erkrankung zu erhalten, ist immer von Vorteil, wenn es darum geht, eine akute Erkrankung zu bewältigen oder mit einer chronischen Erkrankung leben zu lernen. Eine wichtige Rolle spielen hier Selbsthilfegruppen und -organisationen und Beratungsstellen. Aber auch medizinische Fachgesellschaften oder wissenschaftliche Organisationen können für Betroffene wichtige Anlaufstellen und Ansprechpartner sein. Wir haben einige dieser Stellen recherchiert. Die nachfolgende Aufstellung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Selbsthilfe

Selbsthilfegruppen in Ihrer Nähe finden Sie am besten über die örtlichen Selbsthilfekontaktstellen, die es überall in Deutschland gibt. Deren Adresse erhalten Sie bei NAKOS:

Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS)

Wilmerdorfer Straße 39

10627 Berlin

Telefon: (030) 31 01 89 60

Fax: (030) 31 01 89 70

E-Mail selbsthilfe@nakos.de

Internet: www.nakos.de

Angebote für Angehörige finden Sie ebenfalls über die örtlichen Selbsthilfekontaktstellen oder über den Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker:

Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (BApK)

Oppelner Straße 130

53119 Bonn

Telefon: (0228) 63 26 46

Fax: (0228) 65 80 63

E-Mail: bapk@psychiatrie.de

Internet: www.bapk.de

Dort werden Sie auch an Ansprechpartner in den einzelnen Bundesländern vermittelt.

Selbsthilfeberatung für Angehörige:

Telefonisch: 0180 5 950 951

(14 Cent pro Minute aus dem deutschen Festnetz)

E-Mail: beratung.bapk@psychiatrie.de

Bei Fragen können Sie sich auch an die **Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD)** wenden. In Beratungsstellen vor Ort und über ein Beratungstelefon werden Sie von Mediziner*innen, Juristen oder Sozialarbeiter*innen beraten.

Bundesweites kostenloses Beratungstelefon:

800 0 11 77 22

Internet: www.unabhaengige-patientenberatung.de

Adressen von medizinischen Fachgesellschaften

Die nachfolgend angeführten Institutionen, medizinischen Fachgesellschaften und Selbsthilfevereinigungen waren an der Erstellung der S3-Leitlinie / Nationalen VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression beteiligt. Diese ärztliche Leitlinie bildet die Grundlage für die vorliegende Patienteninformation.

Verantwortliche Organisationen

- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) (**Federführung für S3-Leitlinie**)
www.dgppn.de
- Bundesärztekammer (BÄK) Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern
www.baek.de
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)
www.kbv.de
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)
www.awmf-online.de
- Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ)
www.akdae.de
- Bundespsychotherapeutenkammer (beratend) (BPtK)
www.bptk.de
- Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (BApK)
www.bapk.de
- Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (DAG SHG)
www.dag-selbsthilfegruppen.de
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)
www.degam.de

- Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM)
www.dgpm.de
- Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs)
www.dgps.de
- Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW)
www.rehabilitationswissenschaften.de

Am Konsensprozess beteiligt und mitgetragen von

- Bundesdirektorenkonferenz psychiatrischer Krankenhäuser (und Arbeitskreis Depressionsstationen) (BDK)
www.bdk-deutschland.de
- Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP)
www.bdp-verband.org
- Berufsverband der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Deutschlands (BPM)
www.bpm-ev.de
- Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN)
www.bv-nervenarzt.de
- Berufsverband Deutscher Psychiater (BVDP)
www.bv-psychiater.de
- Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten (BVVP)
www.bvvp.de
- Chefarztkonferenz psychosomatisch-psychotherapeutischer Krankenhäuser und Abteilungen
www.cпка.de
- Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DÄVT)
www.daevt.de
- Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (DFT)
www.dft-online.de

Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -
psychotherapie (DGGPP)

www.dggpp.de

- Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie,
Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT)
www.dgpt.de
- Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT)
www.dgvt.de
- Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft (DPG)
www.dpg-psa.de
- Deutsche Psychoanalytische Vereinigung (DPV)
www.dpv-psa.de
- Deutsche Psychotherapeutenvereinigung (DPtV)
www.dptv.de
- Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie (DVT)
www.verhaltenstherapie.de
- Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie
(GwG)
www.gwg-ev.org
- Kompetenznetz Depression, Suizidalität (KND)
www.kompetenznetz-depression.de

Psychotherapeutensuche

Es kann schwierig sein, den „richtigen“ Psychotherapeuten zu finden. Zum einen ist es häufig schwer, überhaupt jemanden zu finden, der Zeit und einen Termin frei hat. Zum anderen müssen Sie und der Psychotherapeut auch zueinander passen, wenn die Therapie Erfolg haben soll.

Wichtig ist, dass Sie sich von anfänglichen Fehlschlägen nicht entmutigen lassen. Sie können andere um Rat und Hilfe bei der Suche fragen, zum Beispiel:

- Ihren Hausarzt
- Ihre Krankenkasse
- Menschen in Ihrem persönlichen Umfeld

Auch eine Poliklinik für psychische Erkrankungen oder die psychiatrische Ambulanz eines Krankenhauses kann eine erste Anlaufstelle für Sie sein, von der aus man Ihnen weiterhilft. Daneben gibt es psychologische Beratungsstellen, die Sie aufsuchen können.

Wenn Ihnen die „anonyme“ Suche über das Internet lieber ist, dann können Ihnen die Suchdienste der Berufsgruppen und Fachverbände weiterhelfen, die wir nachfolgend für Sie aufgelistet haben:

Die **Bundespsychotherapeutenkammer** bietet einen bundesweiten Psychotherapeuten-Suchdienst an:

www.bptk.de/service/psychotherapeutensuche/index.html

Über die bundesweite Arztsuche der **Kassenärztlichen Bundesvereinigung** finden Sie Psychotherapeuten, die die von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlten Richtlinienverfahren (vergleiche Seite 31) durchführen:

www.kbv.de/arztsuche/11014.html

Kleines Wörterbuch

Akuttherapie

(von lateinisch „*acutus*“, scharf, spitz, und griechisch „*therapeía*“ dienen, Pflege). „Akut“ bezeichnet in der Medizin schnell zum Ausbruch kommende Krankheiten. Die Akuttherapie (Sofortbehandlung) ist der erste Teil einer Behandlung gegen Depression. Sobald Krankheitsanzeichen beobachtet und eine Depression zuverlässig diagnostiziert wurde, setzt sie ein. Nach einer Heilung schließt die sogenannte Erhaltungstherapie an, die dazu dient, den wieder erlangten Gesundheitszustand zu festigen und Rückfällen vorzubeugen.

Ambulant

(lateinisch „*ambulare*“ umhergehen, spazieren gehen) Bei einer ambulanten Behandlung kann der Patient unmittelbar oder kurze Zeit nach Beendigung wieder nach Hause gehen. Er wird nicht stationär aufgenommen.

Antidepressivum

(Lateinisch „*anti*“ gegen und „*deprimere*“ bedrücken; Mehrzahl: Antidepressiva) Medikamente, die gegen Depression eingesetzt werden. Dabei gibt es unterschiedliche Wirkstoffklassen, die zwar alle ähnlich gut wirken, aber unterschiedliche Nebenwirkungen haben. Unter anderem danach sollte sich bei der Behandlung die Auswahl des Antidepressivums im Einzelfall richten.

Approbation

(Lateinisch „*approbatio*“ Billigung, Genehmigung) Ärzte, Psychotherapeuten, Apotheker dürfen ihren Beruf erst ausüben, wenn sie eine staatliche Genehmigung erhalten haben. Die Voraussetzungen dafür sind in der jeweiligen Approbationsordnung festgelegt.

bipolare Erkrankung **(auch manisch-depressive Erkrankung)**

bezeichnet eine psychische Störung. Phasen gedrückter, depressiver Stimmung wechseln mit solchen starker Hochstimmung (Euphorie) und Rastlosigkeit, in denen die Betroffenen häufig den Bezug zur Realität verlieren. Die bipolare Erkrankung ist nicht Gegenstand dieser PatientenLeitlinie.

Bulimie

(Griechisch „*boulimía*“, der Ochsenhunger) ist eine Essstörung. Wer darunter leidet, ist meist normalgewichtig. Nach Heißhungeranfällen greifen die Betroffenen zu heftigen Gegenmaßnahmen, um eine Gewichtszunahme zu vermeiden: selbst herbeigeführtes Erbrechen, Hungern, starke Diäten, exzessiver Sport, der Missbrauch von Abführ- und / oder Brechmitteln.

Chronisch

(griechisch „*chronos*“ die Zeit) Der Begriff „chronisch“ bezeichnet eine Situation oder eine Krankheit, die längere Zeit vorhanden ist und andauert.

depressive Episode

(griechisch „*epeisódion*“ das noch Dazukommende). Einzelne depressive Phasen nennt man depressive Episoden. Diese können einmalig oder wiederholt auftreten. Bei mehr als der Hälfte der Ersterkrankungen kommt es im Laufe der Zeit zu einem Rezidiv.

Diagnose

(griechisch „*diagnosí*“ Durchforschung) Durch das sorgsame Untersuchen, Abwägen und Einschätzen aller Krankheitsanzeichen schließt der Arzt auf das Vorhandensein und die besondere Ausprägung einer Krankheit.

Diarrhoe

(griechisch „*diá*“ durch und „*rhéo*“ ich fließe) Durchfall

Dosis

(griechisch „*dósis*“ die Gabe) die Menge eines (medizinischen) Wirkstoffes

Dysthymie

(griechisch „*dys*“ schlecht, „*thumós*“ Stimmung, Lebendigkeit) bezeichnet eine anhaltend gedrückte Stimmung, die nicht so schwerwiegend ausgeprägt ist wie bei einer depressiven Episode.

Erhaltungstherapie

Die sofortige Behandlung der Depression hat zum Ziel, die Beschwerden zu lindern und die Gesundheit wiederherzustellen. Wenn weitestgehende Besserung erreicht ist, schließt sich an diese Behandlung die so genannte Erhaltungstherapie an. Damit soll der Zustand stabilisiert und einem Rückfall vorgebeugt werden.

Elektrokrampftherapie (EKT)

Die Elektrokrampftherapie ist eine Behandlungsmöglichkeit bei Depression. Dabei wird durch einen kurzfristigen Stromreiz auf das Gehirn ein epileptischer Anfall ausgelöst. Der Eingriff wird in Narkose vorgenommen. Die Leitlinie lässt die EKT als Behandlungsmöglichkeit für schwere Depression zu.

Ergotherapie

(griechisch „*érgon*“ Arbeit und „*therapeía*“ dienen, Pflege) meint in etwa „Gesundung durch Handeln“. Die Ergotherapie gehört zu den medizinischen Heilberufen. Sie soll dem Patienten helfen, eine durch Krankheit, Verletzung oder Behinderung verlorengegangene oder noch nicht vorhandene Handlungsfähigkeit im Alltagsleben (wieder) zu erreichen.

Genetisch

(griechisch „*geneá*“ Abstammung sowie „*génesis*“ Ursprung) erblich, durch die Gene bedingt

Gutachterkommission

Bei den Landesärztekammern sind seit 1975 Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen für Patientenbeschwerden eingerichtet. Als weisungsunabhängige Gremien sollen sie bei Meinungsverschiedenheiten zwischen Arzt und Patient möglichst objektiv klären, ob gesundheitliche Komplikationen auf einem Behandlungsfehler („haftungsbegründende ärztliche Behandlung“) beruhen. Ziel dieser Einrichtungen ist die außergerichtliche Einigung zwischen Arzt und Patient.

Heilmittel

Heilmitteln im Sinne des fünften Sozialgesetzbuches sind „persönlich zu erbringende, ärztlich verordnete medizinische Dienstleistungen, die nur von Angehörigen entsprechender Gesundheitsberufe geleistet werden dürfen“. Dazu zählen zum Beispiel die Ergotherapie oder die Physiotherapie. Davon grenzen sich die Arzneimittel (Medikamente) und die Hilfsmittel (sächliche Heilmittel wie Gehhilfen oder ähnliches) ab.

Histamin

ist ein Botenstoff, der Reize im Gehirn überträgt. Eine Behandlung mit Trizyklischen Antidepressiva (TZA) hemmt nicht nur die Aufnahme der Botenstoffe Serotonin und Noradrenalin, die für die Besserung der depressiven Symptome wichtig sind, sondern auch die Rückaufnahme anderen Botenstoffen, zum Beispiel Histamin. Dadurch kommt es bei TZA auch zu Nebenwirkungen wie verlangsamter Reaktionsfähigkeit.

IGeL

Steht für Individuelle Gesundheits-Leistungen und bezeichnet medizinische Leistungen, die nicht von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt werden. Häufig ist der Nutzen solcher Leistungen nicht ausreichend nachgewiesen.

Klinische Studie

In einem kontrollierten Umfeld und unter festgelegten Bedingungen wird die Wirkung einer bestimmten medizinischen Behandlung erforscht. Die häufigste Form der klinischen Studie ist die Prüfung von Arzneimitteln für die Zulassung. In diesem Rahmen stellen klinische Studien den letzten Schritt in der Entwicklung dar. In der Praxis geht es dabei meistens um die Verträglichkeit und / oder medizinische Wirksamkeit von Medikamenten.

kognitiv

(lateinisch „cognoscere“ erkennen, erfahren, kennenlernen) Zu den kognitiven Fähigkeiten eines Menschen zählen zum Beispiel die Aufmerksamkeit, die Erinnerung, das Lernen, die Kreativität, das Planen, die Orientierung, die Vorstellungskraft, der Wille, das Glauben und andere. Kognitive Fähigkeiten werden von verschiedenen Wissenschaften, wie der Psychiatrie, der Psychologie, der Philosophie und, den Neurowissenschaften.

Komorbidität

(lateinisch „morbus“ die Krankheit und „co“ mit) Eine Krankheit kommt selten allein. Als Komorbiditäten bezeichnet man Begleiterkrankungen. Wer depressiv ist, kann beispielsweise gleichzeitig an Diabetes oder Bluthochdruck leiden.

Lithium

(griechisch „*lithòs*“ Stein) ist ein in der Natur vorkommendes Leichtmetall. In Form seiner Salze wird es in der Medizin unter anderem zur Behandlung von Depression, Manie, bipolarer Erkrankung und Cluster-Kopfschmerz eingesetzt.

manisch-depressive Erkrankung

siehe bipolare Erkrankung

Monoamin-Rückaufnahmehemmer

Andere Bezeichnung für Trizyklische Antidepressiva (siehe dort)

Monoaminoxidase-Hemmstoffe (MAO-Hemmer)

Die Monoaminoxidase ist ein Eiweißstoff (Enzym), der wichtig für den Abbau der Botenstoffe Serotonin und Noradrenalin ist. MAO-Hemmer verhindern, dass dieses Enzym wirksam werden kann. Die beiden Botenstoffe werden dann langsamer abgebaut und sie sind daher in höherer Konzentration vorhanden und können verstärkt Reize übertragen. Das führt zur Linderung depressiver Symptome.

Narkose

(griechisch „*nárkōsis*“ in Schlaf versetzen) ist ein Zustand der Bewusstlosigkeit, der durch Medikamente herbeigeführt wird.

Nebenwirkungen

Keine Wirkung ohne Nebenwirkung. Jede Behandlung, die mit dem Ziel einer bestimmten Wirkung eingesetzt wird, verursacht auch Begleiterscheinungen. Diese können sehr harmlos aber auch folgenschwer sein – und viele lassen sich behandeln. Voraussetzung für einen angemessenen und Ihren Wünschen entsprechenden Einsatz einer Behandlung ist, dass der zu erwartende Nutzen gegen die möglichen Risiken abgewogen wird. Das wird in einem ersten Schritt von staatlichen Behörden getan, die bei der Zulassung von Medikamenten prüfen, ob die Wirkung,

die in Studien beobachtet wurde, in einem vertretbaren Verhältnis zu den Nebenwirkungen steht. Aber diese Abwägung hat im Einzelfall auch viel mit persönlichen Vorstellungen und der persönlichen Situation zu tun. Für sich können letzten Endes nur können nur Sie selbst entscheiden - wenn Sie genau und verständlich über die Wahrscheinlichkeit informiert worden sind, mit der ein Nutzen bei Ihnen zu erwarten und eine Nebenwirkung möglich ist. Was angesichts Ihrer Beschwerden, Ihrer Aussicht auf Gesundung und Ihren persönlichen Ansprüchen an Lebensqualität schwerer wiegt, können nur Sie allein kompetent beurteilen.

nichtselektiv

(lateinisch „*selectio*“ die Auslese) nicht gezielt wirkend

Noradrenalin

einer der Botenstoffe im Gehirnstoffwechsel, deren Mangel depressive Symptome auslösen kann.

Obstipation

(lateinisch „*stipare*“ dicht zusammendrängen, „*obstipatio*“ das Gedrängtsein) Verstopfung (Verdauungsstörung).

Placebo

(lateinisch „*placebo*“ ich werde gefallen) ist die Bezeichnung für ein so genanntes Scheinarzneimittel – eine Tablette ohne Wirkstoff.

Probatorische Sitzung

(lateinisch „*probare*“ prüfen, billigen) probatorisch = versuchsweise. Nur wenn Patient, Therapeut und Therapieverfahren zueinander passen, ist die Erfolgsaussicht einer Psychotherapie groß. Damit Sie dies herausfinden können, zahlen die gesetzlichen Krankenkassen bis zu fünf „Versuchs“-Sitzungen bei einem

Therapeuten, bevor die Psychotherapie als Kassenleistung beantragt werden muss.

Psychiater

(griechisch „*psychē*“ Seele, Leben und „*iatros*“ Arzt). Facharzt für Psychiatrie, studierter Mediziner mit Berufszulassung (Approbation) als Arzt, der nach dem Studium eine fünfjährige Weiterbildung in Psychiatrie (4 Jahre) und Neurologie (1 Jahr) gemacht und eine Facharztprüfung abgelegt hat. Psychotherapie ist Bestandteil der Weiterbildung.

Psychoanalyse

(griechisch „*psychē*“ Seele und „*analysis*“ Zerlegung) ist ein Erklärungsmodell in der Psychologie. Die von Sigmund Freud um 1890 entwickelte Theorie geht davon aus, dass bestimmte Verhaltensmuster unbewusste Ursachen haben. Mit einer psychoanalytischen Therapie können diese bewusst gemacht und verständlich werden.

Psychologe

(griechisch „*psychē*“ Seele und „*logos*“ Wort, Lehre) ist die Berufsbezeichnung von Menschen, die ein Psychologiestudium abgeschlossen haben (Abschluss: Diplom-Psychologe). Diplom-Psychologen können auch als „psychologische Psychotherapeuten“ an der Versorgung psychischer Erkrankungen beteiligt sein, wenn sie eine staatlich geregelte, etwa dreijährige Zusatzausbildung als Psychotherapeut gemacht haben.

Psychotherapie

(griechisch „*psychē*“ Seele und „*therapeia*“ Dienen, Pflege) wird als Oberbegriff für alle Verfahren benutzt, die ohne den Einsatz von Medikamenten psychische Erkrankungen, Beeinträchtigungen oder Verhaltensstörungen behandeln. Dabei kommen vielfältige Methoden zum Einsatz. Für die Behandlung der Depression werden zwei Verfahren von den gesetzlichen Krankenkassen

erstattet: die Verhaltenstherapie und psychoanalytisch begründete Verfahren.

Psychotherapeut

Als Psychotherapeuten sind entweder Ärzte oder Psychologen tätig, die jeweils eine Zusatzausbildung in Psychotherapie gemacht haben. Bei Fachärzten für Psychiatrie und Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ist die Psychotherapie fester Bestandteil der ärztlichen Weiterbildung. Im Rahmen der gesetzlichen Krankenkassen darf eine Depression nur behandeln, wer eine staatliche Zulassung (Approbation) als Arzt oder Psychotherapeut besitzt. Eine Übersicht über alle an der Behandlung der Depression beteiligten Ärzte finden sie auf Seite 71.

Rehabilitation

(lateinisch „re“ wieder- und „habilitas“ Geschicklichkeit, Tauglichkeit) Wiederbefähigung. Unter Rehabilitation werden alle medizinischen, psychotherapeutischen, sozialen und beruflichen Maßnahmen zusammengefasst, die eine Wiedereingliederung eines Kranken in Familie, Gesellschaft und Berufsleben zum Ziel haben. Diese Maßnahmen sollen es den Patienten ermöglichen, besser mit krankheitsbedingten Problemen fertig zu werden und am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben.

Remission

(lateinisch „*remittere*“ nachlassen) bezeichnet bei der Behandlung der Depression die vollständige oder weitestgehende Genesung nach der Akuttherapie (siehe dort). Um dem Wiederauftreten einer depressiven Episode vorzubeugen, schließt sich dann die sogenannte Erhaltungstherapie an (siehe dort).

Repetitive Transkranielle Magnetstimulation

(lateinisch „*repetere*“ wiederholen, „*trans*“ durch etwas hindurch, „*cranium*“ Schädel, „*stimulare*“ reizen, anregen) durch starke

Magnetfelder können einzelne Bereiche des Gehirns angeregt oder gehemmt werden. In der Forschung wird dies Verfahren zur Behandlung der Depression getestet. Doch die derzeit vorliegenden Daten aus Studien liefern noch keine verlässlichen Hinweise auf dessen Wirksamkeit. Es wird daher in der ärztlichen Leitlinie nicht empfohlen.

Response

(lateinisch „*respondere*“ antworten, engl. „*response*“ Antwort) bezeichnet in der Medizin das Ansprechen auf eine Behandlung.

Rezidiv

(von lateinisch „*recidere*“ zurückfallen) Als Rezidiv wird das Wiederauftreten einer Erkrankung nach zwischenzeitlicher völliger Symptombefreiheit bezeichnet.

Rezidivprophylaxe

(lateinisch „*recidere*“ zurückfallen und griechisch „*prophylaxis*“ Schutz) Vorbeugende Maßnahmen zum Schutz vor einem Rückfall. Bei der Depression ist damit ein weiterer Behandlungsabschnitt nach der Erhaltungstherapie gemeint. Patienten, die ein erhöhtes Risiko für einen Rückfall aufweisen, sollten die Behandlung über einen längeren Zeitraum fortführen.

Richtlinienverfahren

Die gesetzliche Krankenkasse übernimmt die Kosten für zwei Arten der psychotherapeutischen Behandlung: für die Verhaltenstherapie und für psychoanalytisch begründete Verfahren. Diese beiden Verfahren werden „Richtlinienverfahren“ genannt.

S3-Leitlinie

Bei einer Leitlinie handelt es sich um eine Orientierungs- und Entscheidungshilfe über die angemessene ärztliche Vorgehensweise. Sie wird von einer Expertengruppe im Auftrag einer oder mehrerer wissenschaftlicher medizinischer Fachgesellschaften

erstellt. Die Angaben zu Untersuchungen und Behandlungen der beschriebenen Erkrankungen stützen sich auf wissenschaftliche Nachweise. Eine Leitlinie ist aber kein „Kochbuch“ für Ärzte. Jeder Patient hat seine individuelle Krankengeschichte. Das muss der Arzt bei der Behandlung berücksichtigen und in begründeten Fällen von den Vorgaben der Leitlinie abweichen.

Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) hat ein Klassifikationsschema entwickelt, wobei S3 die höchste Qualitätsstufe ist. Dazu müssen alle Empfehlungen aus der wissenschaftlichen Literatur abgeleitet und in einem festgelegten Vorgang von allen Experten im Konsens ausgesprochen werden. Die wissenschaftlichen Grundlagen für die Leitlinie sind nach ihrer Qualität zu bewerten und entsprechend zu berücksichtigen.

Siehe auch: www.awmf-leitlinien.de.

Schlichtungsstelle

Siehe „Gutachterkommission“

Schweregrad

Welche Behandlung für einen depressiven Menschen in Frage kommt, richtet sich neben persönlichen Wünschen und Voraussetzungen auch nach dem Schweregrad der Erkrankung. Es wird zwischen leichter, mittelgradiger und schwerer Depression unterschieden. Diese Einteilung wird von Fachleuten vorgenommen und ist abhängig davon, wie viele Haupt- und Nebensymptome der Depression bei einem Patienten vorliegen.

Selektive Serotonin- / Noradrenalin-Rückaufnahmehemmer (SSNRI)

(lateinisch „*selectio*“ die Auslese) Diese Medikamente zur Behandlung von Depression greifen in den Hirnstoffwechsel ein und verhindern dort gezielt (selektiv) die Rückaufnahme der beiden Botenstoffe Serotonin und Noradrenalin. Dadurch können

die beiden Stoffe verstärkt Reize übertragen, was zu einer Verbesserung depressiver Symptome führt.

Selektive Serotonin-Rückaufnahme-Hemmer (SSRI)

(lateinisch „*selectio*“ die Auslese) Auch SSRI greifen in den Hirnstoffwechsel ein. Sie verhindern dort gezielt (selektiv) die Rückaufnahme des Botenstoffes Serotonin.

Serotonin

einer der Botenstoffe im Gehirnstoffwechsel, deren Mangel depressive Symptome auslösen kann.

Soziotherapie

(lateinisch „*socius*“ Gefährte, Genosse, Teilnehmer, griechisch „*therapeia*“ dienen, Pflege) Die Soziotherapie bietet Unterstützung und Handlungsanleitung für chronisch psychisch kranke Menschen, wenn sie durch ihre Erkrankung so schwer beeinträchtigt sind, dass sie sich im sozialen Umfeld nicht mehr zurechtfinden.

Stationär

(von lateinisch „*statio*“ Stillstehen) heißt soviel wie „fest verortet, stillstehend, bleibend“. Das Wort bezeichnet in der Medizin die Versorgung von Patienten, die für einen längeren Zeitraum fest im Krankenhaus oder einer Rehaklinik bleiben (und auch da übernachten). Das Gegenteil ist die „ambulante“ Versorgung, bei der Patienten zur Behandlung eine Praxis oder die Ambulanz eines Krankenhauses aufsuchen und danach wieder nach Hause gehen.

Suizid

(lateinisch „*caedes*“ Tötung und „*sui*“ seiner selbst, also „*sui caedes*“ Tötung seiner selbst) Selbstmord, Selbsttötung

Switching

(englisch „to switch“ umschalten) bezeichnet bei der medikamentösen Behandlung der Depression den Wechsel von einem Medikament zu einem anderen, wenn die Behandlung nicht anschlägt.

Symptom

(griechisch „syn“ zusammen, „ptoma“ Fall, Zusammenfall, Begleiterscheinung) bezeichnet in der Medizin und der Psychologie Zeichen, die auf das Vorhandensein einer bestimmten Erkrankung hinweisen.

Synaptischer Spalt

Bezeichnung für den Zwischenraum zwischen zwei Nervenenden. Durch diesen Spalt hindurch werden die Nervenreize mit Hilfe sogenannter Botenstoffe übertragen. Die medikamentöse Behandlung der Depression greift in diesen Hirnstoffwechsel ein: Die Medikamente sorgen dafür, dass zwei Botenstoffe (Serotonin und Noradrenalin) verstärkt aktiv sind. Dadurch können Symptome der Depression gelindert werden.

Therapie

(griechisch „therapeia“ dienen, Pflege) Behandlung, Heilbehandlung.

Tiefenpsychologie

Tiefenpsychologie ist die zusammenfassende Bezeichnung für psychologische und psychotherapeutische Ansätze, unbewussten seelischen Vorgängen einen zentralen Stellenwert für die Erklärung menschlichen Verhaltens und Erlebens beimessen.

Tri- und Tetrazyklische Antidepressiva (TZA)

werden auch als nichtselektive Monoamin-Rückaufnahmehemmer bezeichnet. Dieser Name kennzeichnet ihre Wirkungsweise: Auch TZA hemmen die Rückaufnahme verschiedener Botenstoffe. Allerdings wirken sie nicht gezielt („nicht selektiv“) auf Serotonin und Noradrenalin. Sie blockieren ebenso die „Andockstellen“ weiterer Botenstoffe (zum Beispiel Histamin), die bei der Behandlung der Depression keine Rolle spielen. Damit erzeugen sie auch mehr Nebenwirkungen.

Unipolare Depression

(lateinisch „*unio*“ Einheit, griechisch „*pòlos*“ Achse, Achsenpunkt und lateinisch „*deprimere*“ bedrücken) im Gegensatz zur bipolaren Erkrankung, bei der sich depressive und manische Phasen abwechseln, ist die unipolare Depression von andauernden depressiven Symptomen gekennzeichnet.

Verhaltenstherapie

Bei der Verhaltenstherapie soll der Patient darin gestärkt werden, selbst mit seiner Erkrankung umzugehen. Durch die Unterstützung des Psychotherapeuten werden die Ursachen und die aufrechterhaltenden Bedingungen seiner Erkrankung herausgearbeitet. Gemeinsam werden alternative Denk- und Verhaltensmöglichkeiten entwickelt, erprobt und erlernt, mit denen der Betroffene zukünftig besser zurechtkommt.

Watchful Waiting

(englisch „aufmerksames Warten“) aktiv abwartende Begleitung. Leichte Depressionen können unter Umständen auch ohne Behandlung wieder zurückgehen. Daher kann es sinnvoll sein, während einem Zeitraum von etwa zwei Wochen zunächst nur abzuwarten, ob sich eine Besserung einstellt. In diesem Zeitraum werden Betroffene von ihrem Arzt betreut und begleitet.

Wechselwirkung

Manche Medikamente beeinflussen ihre Wirkungen gegenseitig. Sie können sich verstärken oder vermindern. Diese Tatsache nennt man auch „Wechselwirkung“. Deshalb ist es wichtig, dass Sie Ihren behandelnden Arzt darüber informieren, welche Medikamente Sie regelmäßig einnehmen, denn danach kann sich gegebenenfalls die Auswahl des für Sie geeigneten Medikamentes richten.

Zwangseinweisung

Die Einweisung eines akut gefährdeten Menschen in eine psychiatrische Klinik gegen seinen Willen. Dies kann ein allerletzter Ausweg sein, um Schlimmeres zu verhindern: nämlich Fremd- oder Selbstgefährdung. Eine solche Einweisung gegen den Willen des Betroffenen ist in den Unterbringungsgesetzen oder Psychisch-Kranken-Gesetzen der einzelnen Bundesländer geregelt. Danach darf eine Zwangseinweisung erfolgen, wenn durch die Erkrankung die Gefahr besteht, dass die betroffene Person sich selbst oder anderen Schaden zufügt und wenn diese Gefahr nicht auf andere Weise abzuwenden ist.

Impressum

Herausgegeben von

Bundesärztekammer (BÄK)

www.baek.de

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)

www.kbv.de

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen
Fachgesellschaften (AWMF)

www.awmf-online.de

**in Zusammenarbeit mit den Patientenverbänden im
Patientenforum bei der Bundesärztekammer**

BAG Selbsthilfe

www.bag-selbsthilfe.de

Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen

www.dag-selbsthilfegruppen.de

Forum chronisch Kranker und behinderter Menschen im
Paritätischen

www.paritaet.org

Unter Mitarbeit von

- Jürgen Matzat Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.
- Carsten Kolada Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V.
- Eleonore Fink Angehörige psychisch Kranker ApK - Landesverband Berlin e.V.

Redaktion und Pflege

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)
(Gemeinsames Institut von Bundesärztekammer und Kassen-
ärztlicher Bundesvereinigung)



Korrespondenzadresse

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin,
TiergartenTower, Straße des 17. Juni 106 - 108, 10623 Berlin

E-Mail: patienteninformation@azq.de

Redaktion und Moderation

Corinna Schaefer (ÄZQ)

Inhaltliche Beratung

Dr. Berit Meyerrose (ÄZQ)

Wissenschaftliche Beratung

PD Dr. Tom Bschor
Schlossparkklinik Berlin

Prof. Dr. Martin Härter
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Dipl. Psych. Christian Klesse
Universitätsklinikum Freiburg

Prof. Dr. Frank Schneider
Universitätsklinikum Aachen

Layout und technische Umsetzung

Rebecca Majewski (ÄZQ); Andrea Haring (ÄZQ)

Gültigkeitsdauer und Fortschreibung

Diese PatientenLeitlinie wird überarbeitet, wenn die ärztliche Leitlinie aktualisiert wird.

Lesermeinung



Sie können uns dabei unterstützen, diese PatientenLeitlinie weiter zu verbessern. Ihre Anmerkungen und Fragen werden wir bei der nächsten Überarbeitung berücksichtigen. Trennen Sie einfach dieses und das nächste Blatt heraus und senden Sie die Blätter bitte an:

**Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
Redaktion „PatientenLeitlinie Depression“
TiergartenTower, Straße des 17. Juni 106-108,
10623 Berlin**

Wie sind Sie auf die PatientenLeitlinie Unipolare Depression aufmerksam geworden?

- Im Internet (Suchmaschine)
- Gedruckte Werbeanzeige / Newsletter (Wo? Welche?)
- Organisation (Welche?):
- Ihre Ärztin / Ihr Arzt oder Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut hat Ihnen diese Broschüre empfohlen
- Ihre Apothekerin / Ihr Apotheker hat Ihnen diese Broschüre empfohlen
- Sonstiges, bitte näher bezeichnen:

Was hat Ihnen an dieser PatientenLeitlinie gefallen?

Was hat Ihnen an dieser Patienteninformation **nicht** gefallen?

Welche Ihrer Fragen wurden in dieser Patienteninformation nicht beantwortet?

ersetzt durch 2, Auflage, Version 1