



Depressionen

Ein Leitfaden
für Betroffene und Angehörige



Zurück ins Leben!



Depressionen

Ein Leitfaden
für Betroffene und Angehörige

Zurück ins Leben!



Impressum

Herausgeber

Deutsche DepressionsLiga e.V., Postfach 210 166, 53159 Bonn
Tel.: 07144/7048950
Fax: 07144/7048979
Internet: www.depressionsliga.de
E-Mail: kontakt@depressionsliga.de

Autoren

Beate Erhard, Françoise Margue (beide Deutsche DepressionsLiga e.V.)

Gestaltung und Satz

Annette Weddy, Deutsche DepressionsLiga e.V.

Druck

flyeralarm GmbH, Würzburg. www.flyeralarm.com

Bezugsquelle

über das Printmedien-Bestellformular der Deutschen DepressionsLiga e.V.
www.depressionsliga.de/presse/printmedien-anfordern.html oder per E-Mail an
medien@depressionsliga.de

Bildnachweis

Titel: Ralph Brucksch-Ape; Seite 7: Ines Wohlrabe-Meier - fotolia.com; Seiten 8-10, 13,14,16,19: Thomas Müller-Rörich; Seite 15: Photographee.eu - fotolia.com; Seite 18: holgerluck - fotolia.com; Seite 21: Annette Weddy; Seite 23: UniversitätsKlinikum Heidelberg; Seite 24: SNEHIT - fotolia.com; Seite 25: Petro Fekota - fotolia.com; Seite 27: stockWERK - fotolia.com; Seite 29: Dmitry Naumov - fotolia.com; Seite 31: Anke Sondhof; Seite 32: Reimer-Pixelvario - fotolia.com; Seite 34: Jupiterimages/2007 Thinkstock Images/Photos.com

Stand: März 2018

Diese Broschüre oder Auszüge daraus dürfen nicht ohne schriftliche Einwilligung der Deutschen DepressionsLiga e.V. vervielfältigt werden. Alle Rechte vorbehalten.

Unsere Selbsthilfeorganisation wird gefördert durch die DAK-Gesundheit.
Für die Inhalte dieser Broschüre ist die Selbsthilfeorganisation verantwortlich.
Etwasige Leistungsansprüche gegenüber den Krankenkassen sind hieraus nicht ableitbar.



Die Entstehung dieser Broschüre wurde möglich durch
die freundliche Unterstützung der DAK-Gesundheit.





Über die Deutsche DepressionsLiga e.V.

Die Autorinnen Beate Erhard und Françoise Margue waren einst selbst oder als Angehörige von teils schweren Depressionen betroffen. Sie haben die Erkrankung überwunden oder gelernt, damit zu leben und engagieren sich heute bei der Deutschen DepressionsLiga e.V. (DDL), um über die Erkrankung aufzuklären und anderen Betroffenen Mut zu machen.

Die DDL wurde 2009 als eine bundesweit aktive Patientenvertretung für Betroffene und ihre Angehörigen gegründet. Vorstand und Mitglieder sind selbst depressionserfahren. Das Ziel ihrer ehrenamtlichen Arbeit ist es, über die Krankheit aufzuklären, zu ihrer Entstigmatisierung beizutragen sowie Angebote zur Hilfe und Selbsthilfe zu realisieren. Weiterhin vertritt die DDL die Interessen depressiv Erkrankter gegenüber Politik und Gesundheitswesen. Sie ist unabhängig von der pharmazeutischen Industrie und sonstigen Interessengruppen.

Eine Bitte in eigener Sache:

Um in der Gesundheitspolitik tatsächlich Gehör zu finden, brauchen wir eine breite Basis und hohe Mitgliederzahlen. Ehrenamtlich wirklich aktiv ist nur ein kleiner Teil der Mitglieder, nicht minder wichtig sind aber diejenigen, die „nur“ rein formal Mitglied sind. Bitte unterstützen Sie unsere Arbeit durch eine Mitgliedschaft! Die DDL ist als gemeinnützig anerkannt, Mitgliedsbeiträge und Spenden sind steuerlich absetzbar.

Bonn, im März 2018

Der Vorstand der DDL

Vorwort

Circa acht Millionen Menschen leiden in Deutschland derzeit an einer behandlungsbedürftigen depressiven Störung. Das Risiko, im Laufe des Lebens an einer Depression zu erkranken (Lebenszeitprävalenz), beträgt 16-20 Prozent. Fast jede zweite Frühverrentung beruht inzwischen auf der Diagnose Depression. Depressionen können jeden treffen und gehören mittlerweile zu den Volkskrankheiten. Sie sind in vielerlei Hinsicht ein unverstandenes, einsames und mitunter auch lebensbedrohliches Leiden.

Nur zehn Prozent der depressiven Patienten werden adäquat behandelt und manche erhalten Zeit ihres Lebens nicht die richtige Diagnose. Mangelnde Aufklärung hat auch zur Folge, dass sich heute viele Erkrankte aus Angst vor Stigmatisierung (Stigma = Brandmal, Stempel) nicht in Behandlung begeben.

So leiden die Betroffenen nicht nur unter der Krankheit und ihren Symptomen selbst, sondern auch unter eigenen Vorurteilen und denen ihrer Mitmenschen. Die Krankheit wird oftmals als harmlose Befindlichkeitsstörung oder übertriebene Sensibilität interpretiert. Die Stigmatisierung erschwert es vielen Betroffenen, sich zu ihrer Krankheit zu bekennen und offen darüber zu sprechen.

Die Deutsche DepressionsLiga e.V. möchte durch Aufklärung dazu beitragen, die Krankheit aus der Tabuzone zu holen und Betroffene dazu ermutigen, die Selbsthilfe neben anderen wirksamen Behandlungsverfahren als ein heilungsförderndes Mittel zu erkennen und anzunehmen. Den Mut nicht zu verlieren ist eine Herausforderung sowohl für die Betroffenen als auch für Angehörige. Der Austausch mit anderen Betroffenen oder Angehörigen kann helfen, für sich die passende Behandlung zu finden und die Krankheit zu besiegen. Eben diesen Austausch möchte die DDL als Ergänzung zur professionellen medizinisch-therapeutischen Beratung und Behandlung fördern.

Im Vergleich zu früher wird die Krankheit heute öfter erkannt und benannt, auch Hausärzte sind mittlerweile besser aufgeklärt. Bei einer auf den Einzelnen und seine Bedürfnisse zugeschnittenen Behandlung stehen die Chancen gut, dass der Betroffene wieder vollständig gesundet.

Inhalt

I Die Depression aus medizinischer Sicht.....	8
Anzeichen einer Depression	8
Der Verlauf einer Depression	9
Einige Erscheinungsformen im Überblick	9
Mögliche Ursachen	11
Der Weg zur Diagnose	12
Psychotherapie	14
Pharmakotherapie/Behandlung mit Medikamenten.....	18
Ergänzende Therapieansätze	20
Stationäre Behandlung	21
II Soziale Aspekte	25
Umgang mit Familie, Partnern und Freunden.....	25
Auswirkungen am Arbeitsplatz	26
III Für Angehörige und Freunde	27
Der Umgang mit dem Erkrankten	27
Tipps für den Umgang mit Betroffenen	29
Suizidgefahr	30
IV Selbsthilfe	32
Kontakt zu anderen Betroffenen/Selbsthilfegruppen	32
Selbstfürsorge	33
V Anhang - Weiterführende Informationen	35



I Die Depression aus medizinischer Sicht

Anzeichen einer Depression



Mitunter ist es schwierig, zwischen ein paar schlechten Tagen und dem Beginn einer Depression zu unterscheiden. Ein wichtiges Kriterium ist dabei die Dauer der Symptome. Wenn mehrere der folgenden Anzeichen **länger als 14 Tage** anhalten, kann dies möglicherweise auf eine Depression hinweisen und der Betroffene sollte ärztlichen oder psychotherapeutischen Rat suchen:

- gedrückte Stimmung
- Interesse- / Freudlosigkeit auch bei sonst angenehmen Tätigkeiten
- Antriebsmangel, bleierne Müdigkeit oder ungewöhnlich starker Bewegungsdrang
- Ängste, innere Unruhe
- geringes Selbstwertgefühl, vermehrte Selbstkritik
- Konzentrationsprobleme, Hang zum Grübeln, Entschlussunfähigkeit
- Schuldgefühle, Schwarzmalerei
- Schlafstörungen oder stark erhöhtes Schlafbedürfnis
- Gefühl, dass alles zu viel ist
- „Gefühl der Gefühllosigkeit“, innere Leere
- Appetitlosigkeit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen
- körperliche Symptome, für die es keine organische Erklärung gibt
- tiefe Verzweiflung, Suizidgedanken

Im Internet gibt es eine ganze Reihe von Depressionstests, welche einen ersten Eigenverdacht bestätigen, allerdings keine fachliche Diagnose ersetzen können, beispielsweise unter www.psychenet.de/psychische-gesundheit/selbsttests/depressive-stoerungen.html.

Depressionen können sich auch vor allem durch körperliche Symptome, sogenannte somatische Beschwerden, äußern. Kopf- und Rückenschmerzen, Verdauungsbeschwerden, Herz-Kreislauf-Beschwerden, Gliederschwere oder Rückgang der Libido können auf eine Depression hinweisen. Schwindel tritt als Symptom ebenfalls oft auf und auch Ohrgeräusche (Tinnitus) sind kein seltenes Phänomen. Stehen die körperlichen Beschwerden stark im Vordergrund, so kann dies die frühzeitige Diagnose erschweren.

Depressionen geben sich oft auch in Sprache, Mimik und Gestik zu erkennen, die dann verlangsamt und erstarrt erscheinen.

Der Verlauf einer Depression

Die meisten Depressionserkrankungen treten als sogenannte **rezidivierende depressive Störung** auf, d.h. es bleibt nicht bei einer einzigen Episode. Die Rückfallquote für Depressionen, d. h. dass es irgendwann erneut zu einer Depression kommt, liegt zwischen 50 und 70 Prozent.

Die Krankheit verläuft generell in Phasen, die in Schweregrad und Dauer variieren können. Die Dauer einer Episode kann zwischen wenigen Wochen und vielen Monaten schwanken. Weiterhin wird zwischen leichten, mittelgradigen und schweren Depressionen unterschieden. Die genaue Diagnose wird vom behandelnden Arzt oder Psychotherapeuten aufgrund der einzelnen Symptome gestellt. Da mit jeder Episode das Risiko einer erneuten Depression steigt, ist es wichtig, einen entsprechenden Verdacht abzuklären und sich behandeln zu lassen.

Einige Erscheinungsformen im Überblick

Die unipolare im Vergleich zur bipolaren Depression

Rein depressive Störungen treten am häufigsten auf und werden unter dem Begriff der unipolaren Störungen zusammengefasst. Deren Symptome sind bereits oben beschrieben worden.

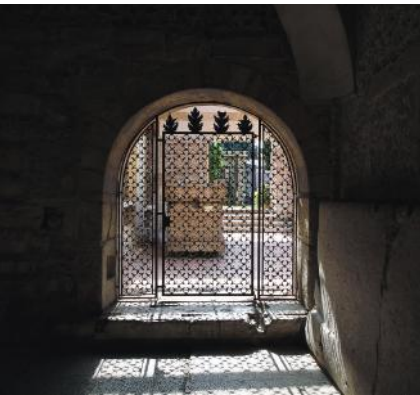


Bei der bipolaren Störung wechseln depressive mit sogenannten manischen Phasen ab. Ein manischer Zustand äußert sich vor allem durch gehobene und überdrehte Stimmung, Selbstüberschätzung, gesteigerte Aktivität und vermindertes Schlafbedürfnis. Durch die abwechselnden Phasen befinden sich die Betroffenen in einer Achterbahn der Gefühle zwischen „himmelhoch jauchzend“ und „zu Tode betrübt“.

Manien und Depressionen können in unterschiedlich starker Ausprägung auftreten, meistens dauern die depressiven Phasen länger an.

Dysthymie

Diese Form der chronischen Depression ist durch weniger stark ausgeprägte Symptome gekennzeichnet, die dafür aber über Jahre andauern können. Die Betroffenen können ihren Alltag und die beruflichen Aufgaben meist noch mit großer Anstrengung bewältigen.



Larvierte Depression

Bei dieser Depressionsform (larvieren = verstecken, verbergen) stehen Schmerzen und sonstige körperliche Symptome im Vordergrund und sie wird daher oft erst spät erkannt.

Organische Depression

Wenn eine andere körperliche Erkrankung die Ursache der Depression ist, wie z.B. Schilddrüsen-, Nebennieren- oder Hirnerkrankungen, spricht man von einer organischen Depression.

Saisonale Depression

Diese relativ weit verbreitete Depressionsform wird auch als Winterdepression bezeichnet, da sie normalerweise in den sonnenarmen Herbst- und Wintermonaten auftritt. Neben Symptomen der unipolaren Depression treten Heißhungeranfälle und starke Müdigkeit auf. Eine Lichttherapie mit speziellen Lampen oder regelmäßige Spaziergänge bei Tageslicht können hilfreich sein.

Burnout/ Erschöpfungsdepression

Es gibt keine genauen diagnostischen Kriterien für die Diagnose „Burnout“. Ursprünglich ist damit ein Erschöpfungszustand durch Arbeitsüberlastung gemeint. „Burnout“ wird in unserer Leistungsgesellschaft gern als Ausweichwort für eine Depression verwendet, weil damit Tugenden wie hoher Arbeitseinsatz und Leistungsfähigkeit assoziiert werden. Der inflationäre Gebrauch dieses Begriffs ist insbesondere für diejenigen schädlich, die Angst davor haben, sich zu outen und dazu zu stehen, unter einer Depression, also einer psychischen Erkrankung zu leiden.

Besonders anfällig für einen sogenannten Burnout sind Menschen mit einem sehr hohen Anspruch an die eigene Leistung. Hier ist vor allem eine psychotherapeutische Behandlung hilfreich.

Mögliche Ursachen

Die Ursachen einer Depression sind mindestens so vielfältig wie ihre Erscheinungsformen und Ausprägungen. Belastende Lebensereignisse, wie

- Trennung oder Tod von nahen Angehörigen und Freunden,
- Arbeitslosigkeit,
- hoher Leistungsdruck,
- soziale Isolation,
- finanzielle Sorgen,
- chronische Krankheiten, wie Krebs, Schmerzerkrankungen, Demenz,
- hormonelle Veränderungen im Wochenbett und in den Wechseljahren

können eine depressive Episode auslösen, jedoch reagieren nicht alle Menschen auf solche Ereignisse mit einer Depression. Das Erkrankungsrisiko hängt vor allem von biologischen Voraussetzungen (viele Fachleute gehen davon aus, dass es eine genetische Veranlagung zu Depressionen gibt) und der bisherigen sozialen Prägung ab.

Depressionen treten auch häufig in Kombination mit anderen psychischen Erkrankungen, wie Angst- und Panikstörungen, Persönlichkeitsstörungen, Zwangserkrankungen, Suchterkrankungen und Essstörungen auf. Je nachdem muss die Therapie dann dementsprechend angepasst und/oder ergänzt werden.

Der Weg zur Diagnose

Viele Menschen kostet es große Überwindung, zum Arzt zu gehen. Zum einen ist da besonders beim Gang zum Psychiater die Angst, für „verrückt“ erklärt zu werden und zum anderen glauben viele, noch nicht „schwer genug“ krank zu sein, um überhaupt ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen zu dürfen.

Es ist sehr wichtig, mit dem Arztbesuch nicht zu lange zu warten, denn je früher eine Depression erkannt und behandelt wird, desto glimpflicher verläuft sie in der Regel.

„Es geht den meisten so, dass sie sehr lange brauchen, bis sie einen Arzt aufsuchen. Man versucht sich bis zum bitteren Ende einzureden, dass man es alleine schafft, und dass ja alles »normal« ist. Gerade die Einstellung, funktionieren zu müssen, ist es, die viele Menschen krank werden lässt. Wenn man sich nur noch darum kümmert, was die Gesellschaft von einem erwartet, verliert man sich selbst immer mehr. Ich selbst bin leider erst zum Arzt gegangen, nachdem ich einen Nervenzusammenbruch hatte und nichts mehr ging. Dabei habe ich schon viel früher gespürt, dass mir das Leben oft unerträglich war.“⁽¹⁾

Eine erste Anlaufstelle, mit meist nur kurzer Wartezeit auf einen Termin, ist der Hausarzt. Er kann zunächst körperliche Ursachen ausschließen und mit dem Betroffenen die Behandlungsmöglichkeiten besprechen. Manche Hausärzte reagieren einfühlsam und kennen sich recht gut mit der Behandlung von Depressionen aus, andere überweisen direkt weiter zum Facharzt.

Bei schweren Depressionen oder wenn sich die Depression verstärkt, längere Zeit andauert und /oder erste Versuche mit Antidepressiva keine Verbesserung bringen, sollte ein Facharzt aufgesucht werden.

Der **Psychiater / Facharzt für Psychiatrie** behandelt seelische Erkrankungen, also beispielsweise Depressionen. Er verschreibt bei Bedarf Medikamente und klärt den Patienten über die Erkrankung auf, bietet aber in der Regel nur kurze therapeutische Gespräche und keine Psychotherapie.

Der **Neurologe / Facharzt für Neurologie** behandelt Erkrankungen des Nervensystems, also beispielsweise Migräne oder Epilepsie. Die Übergänge zur Psychiatrie sind jedoch fließend.

Der **Nervenarzt / Facharzt für Nervenheilkunde** verfügt über eine verkürzte Ausbildung in Neurologie und Psychiatrie.

Der **Facharzt für Psychosomatik und Psychotherapie** bzw. **Facharzt für psychotherapeutische Medizin** behandelt Patienten, deren körperliche Erkrankungen seelische Ursachen haben oder bei denen körperlich-seelische Wechselwirkungen vorliegen. Er bietet in der Regel auch Psychotherapie an.

Für viele Betroffene stellt die Diagnose eine Erleichterung dar, da ihr Leiden benennbar geworden ist und sie nicht mehr im Zweifel gefangen sind, vielleicht gar kein „Recht“ auf ihr Krankheitsgefühl zu haben. Auch dem häufig geäußerten Vorwurf der Außenwelt, doch nur ein Simulant zu sein, kann so entgegengetreten werden.

Es ist dennoch nicht immer leicht, die Diagnose „Depression“ anzunehmen, weil nach wie vor in der Öffentlichkeit viele Vorurteile über die Krankheit kursieren. Eine Diagnose ermöglicht aber in jedem Fall, effektive und professionelle Hilfe zu bekommen.

Die beiden wichtigsten Grundpfeiler für die Behandlung einer Depression sind Psychotherapie und Medikamente. Meist wird eine Kombination dieser beiden Behandlungsformen



empfohlen, besonders bei schwereren Depressionen. Eine geeignete Behandlung muss aber letztlich immer auf den Einzelnen zugeschnitten sein und hängt u.a. vom Schweregrad der Erkrankung ab.

Psychotherapie



Unter Psychotherapie versteht man eine Therapie, bei der Therapeut und Patient in irgendeiner Form von Gespräch sind. Es gibt verschiedene Formen der Psychotherapie, die in diesem Kapitel kurz vorgestellt werden. Für jede Therapie gilt: Der Betroffene muss bereit sein, sich zu öffnen und selbst zu reflektieren. Eine Psychotherapie kostet Kraft, die es jedoch lohnt, zu investieren.

Übernommen werden die Kosten einer Psychotherapie von den gesetzlichen Krankenkassen, wenn es sich um ein sog. Richtlinienverfahren handelt. Folgende Psychotherapieverfahren sind in diesem Sinne anerkannt: Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Psychoanalyse.

Die **Verhaltenstherapie** geht davon aus, dass Verhalten durch Beobachtung oder Konditionierung erlernt wird und deshalb auch wieder verändert werden kann. Bei der kognitiven Verhaltenstherapie, die sich bei Depressionen als besonders wirksam erwiesen hat, werden negative Gedanken und Bewertungen als Ursache für negative Gefühle angenommen. In der Therapie werden automatisch auftretende Gedanken registriert und auf ihren Wahrheitsgehalt überprüft sowie alternative Überzeugungen entwickelt und trainiert. Die Verhaltenstherapie legt den Schwerpunkt auf die aktuellen Probleme und das Erlernen von Bewältigungsstrategien. Sie dient der Hilfe zur Selbsthilfe. Zu Beginn werden klare Therapieziele vereinbart, die im Laufe der Therapie überprüft werden. Verhaltenstherapeuten geben häufig konkrete Handlungsanleitungen und Hausaufgaben.

Die **tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie** ist aus den Bemühungen entstanden, eine psychoanalytische Behandlung zu straffen und in kürzerer Zeit Behandlungserfolge zu erzielen. Konflikte und Probleme der aktuellen Lebenssituation werden im Zusammenhang mit einem

Grundkonflikt aus der Kindheit betrachtet. Im Gespräch mit dem Therapeuten werden aufkommende Erinnerungen und Gefühle durchgearbeitet. Ziel der tiefenpsychologischen Therapie ist das Verstehen der inneren Konflikte und dadurch eine bessere Bewältigung der aktuellen Probleme.

Die **Psychoanalyse** wurde Anfang des 19. Jahrhunderts von Sigmund Freud entwickelt und findet in ihrer klassischen Form im Liegen ohne Blickkontakt zum Therapeuten statt. Sie misst den frühen Kindheitserfahrungen und der Eltern-Kind-Beziehung eine besondere Bedeutung für das ganze weitere Leben und damit auch für die Entstehung psychischer Störungen zu. Bei der Psychoanalyse geht es um das Erinnern von verdrängten Anteilen, das Wiederholen in der Übertragungsbeziehung zum Therapeuten und das Durcharbeiten des Grundkonflikts mit allen Emotionen. Bei der Psychoanalyse sind bis zu drei Sitzungen pro Woche vorgesehen. Eine psychoanalytische Therapie ist nur für Patienten geeignet, die bereit sind, sich über einen längeren Zeitraum mit ihrer Lebensgeschichte auseinanderzusetzen.

Darüber hinaus gibt es weitere Psychotherapieverfahren, z.B. interpersonelle Psychotherapie, Gestalt- und Schematherapie sowie systemische Therapie, welche zurzeit jedoch nicht von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden.

Eine Psychotherapie wird von verschiedenen Fachleuten angeboten.

Ärztliche Psychotherapeuten sind Ärzte verschiedener Fachrichtungen, deren Ausbildung den Bereich Psychotherapie umfasst.

Psychologische Psychotherapeuten sind Diplom- (oder Master-) Psychologen mit einer mindestens dreijährigen Zusatzausbildung in Psychotherapie. Sie führen Psychotherapien durch, dürfen aber keine Medikamente verschreiben.



Die Suche nach einem Therapieplatz gestaltet sich oft schwierig und langwierig. Der Betroffene wird meist mit langen Wartezeiten von bis zu mehreren Monaten konfrontiert. In dringenden Fällen kann er sich an jede psychiatrische Ambulanz eines Krankenhauses wenden, wo er



wie in einer normalen Arztpraxis behandelt wird. Auch soziale Dienste wie Caritas, Diakonie etc. bieten oft eine psychologische Beratung/Unterstützung an, die zumindest während der Wartezeit auf einen Therapieplatz hilfreich sein kann. Eine Auflistung aller Psychotherapeuten mit einer Kassenzulassung findet man z.B. online bei den jeweiligen kassenärztlichen Vereinigungen unter www.kbv.de/html/arztsuche.php.

Auch die Krankenkassen versenden in vielen Fällen auf Anfrage die entsprechenden Listen. In einigen Regionen gibt es zentrale Informationsbörsen für Psychotherapie, die auch freie Therapieplätze vermitteln.

Am 1. April 2017 trat eine Reform der psychotherapeutischen Versorgung in Kraft: In der Regel ist vor Beginn einer Psychotherapie der Besuch einer psychotherapeutischen Sprechstunde (insgesamt 50 - 150 Minuten bei Erwachsenen) vorgesehen. Im Rahmen der Sprechstunde wird abgeklärt, ob der Verdacht auf eine psychische Erkrankung besteht und eine Psychotherapie erforderlich ist oder dem Betroffenen mit anderen Unterstützungsangeboten geholfen werden kann. In dringenden Fällen ist im Anschluss an die Sprechstunde auch eine Akutbehandlung ohne Antrags- und Gutachterverfahren möglich.

Nach der psychotherapeutischen Sprechstunde oder Akutbehandlung kann eine Kurz- oder Langzeittherapie mit bis zu vier probatorischen Sitzungen (Probesitzungen) auch bei anderen Therapeuten erfolgen. Sofern eine Therapieempfehlung vorliegt, vermitteln die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen innerhalb von vier Wochen einen Termin für ein Erstgespräch in der Psychotherapeutischen Sprechstunde oder ersatzweise im Krankenhaus. Da aber nicht jeder Therapeut im Anschluss einen Therapieplatz anbieten kann und für eine erfolgreiche Psychotherapie auch die Chemie zwischen Behandler und Patient stimmen sollte, ist es sinnvoll, sich bei mehreren Psychotherapeuten auf die Warteliste setzen zu lassen und Probesitzungen zu vereinbaren.

Eine Übersicht der neuen Regelungen finden Sie auf der Seite der kassenärztlichen Bundesvereinigung www.kbv.de/media/sp/Psychotherapie_RL_Uebersicht.pdf.

Manchmal treten jedoch erst im weiteren Verlauf der Therapie Zweifel oder Unstimmigkeiten auf. Diese sollten dann unbedingt mit dem Therapeuten besprochen werden.

Erst wenn man das Gefühl hat, mit dem Behandler keine Klärung zu erreichen oder man sich allgemein vom Therapeuten nicht angenommen fühlt, sollte ein Therapieabbruch in Erwägung gezogen werden. Da die Kostenübernahme der Krankenkasse an den jeweiligen Therapeuten gebunden ist, können bewilligte Therapiestunden nicht ohne weiteres zu einem anderen Therapeuten mitgenommen werden.

„In meiner Therapiegeschichte habe ich zuerst den Fehler gemacht, bei einer Therapeutin zu bleiben, bei der ich mich immer klein und dumm gefühlt habe und sie war so allwissend und groß ..., das Ganze hat mir überhaupt nichts gebracht. Dann habe ich meine zweite Therapeutin gefunden, und diese war genau das Gegenteil. Ich hatte das Gefühl, sie interessiert sich wirklich für mich, sie fühlt mit und für sie bin ich nicht nur so ein »Fall«. Bei ihr war ich dann vier Jahre und sie hat mir sehr viel geholfen. Ich bin viel glücklicher und freier geworden.

Also höre auf deinen Bauch. Wenn der Therapeut dir nicht passt, du dich von ihm nicht verstanden, aber untergebuttert oder sogar unter Druck gesetzt fühlst, dann suche dir lieber einen anderen. Es geht um DICH, und er soll gut für DICH sein, und wenn er es nicht ist, dann ist er es halt nicht. Dann bringt auch die Therapie nichts. Du musst dich dort wohlfühlen!!“⁽¹⁾

Weitere Infos zur Psychotherapie stellen wir in unserer Wissensdatenbank unter www.depressionsliga.de/wissensdatenbank.html zur Verfügung.

Pharmakotherapie / Behandlung mit Medikamenten

In vielen Fällen werden Depressionspatienten auch Medikamente verschrieben, in erster Linie sogenannte Antidepressiva. Bei leichteren Depressionen kann oft auf eine Pharmakotherapie verzichtet werden, bei mittelschweren kommt es auf den Einzelfall an, bei schweren Depressionen hingegen sind Medikamente meist unverzichtbar.

Dem aktuellen Stand der Wissenschaft nach greifen Antidepressiva je nach Präparat in unterschiedlicher Weise in den Stoffwechsel im Gehirn ein. Wie das genau funktioniert, ist momentan jedoch nicht eindeutig geklärt. Antidepressiva scheinen auf sogenannte Botenstoffe (z.B. Serotonin, Dopamin, Noradrenalin u.a.) einzuwirken. Mit Hilfe dieser Botenstoffe werden Nervenimpulse zu anderen Nerven weitergeleitet. Wenn der Stoffwechsel gestört ist, weil beispielsweise bestimmte Botenstoffe nur in ungenügender Menge zur Verfügung stehen, können Signale nicht mehr richtig über die Nerven weitergeleitet werden, wodurch es zu entsprechenden psychischen Störungen kommt. Die verschiedenen Antidepressiva unterscheiden sich hinsichtlich des jeweils zu „korrigierenden“ Botenstoffes, wodurch einerseits die verschiedenartigen Nebenwirkungen der jeweiligen Medikamente begründet sind. Nähere Informationen können Sie dazu in unserer Wissensdatenbank unter www.depressionsliga.de/wissensdatenbank.html abrufen.



Andererseits bedingt gerade die Unterschiedlichkeit der Menschen die verschiedenen Wirkungen der Antidepressiva. Welches das passende Medikament für den einzelnen Patienten darstellt, lässt sich zum jetzigen Zeitpunkt in aller Regel nicht genau voraussagen. Jeder Mensch reagiert unterschiedlich auf Medikamente, bei jedem Patienten stehen andere Symptome im Vordergrund, die Depression verändert sich auch oft im Lauf der Zeit, so dass es immer auf den Einzelfall ankommt.

Vor allem zu Beginn einer medikamentösen Therapie ist eine engmaschige Betreuung durch den behandelnden Arzt wichtig. Die Wirksamkeit eines Antidepressivums tritt in aller Regel erst nach einigen Tagen oder Wochen auf. Dies kann bis zu vier Wochen dauern; Betroffene sollten sich

dies vor Augen halten, damit der Therapieversuch nicht vorzeitig abgebrochen wird. Nicht immer ist das erstverschriebene Medikament genügend wirksam. Dann kann manchmal ein Wechsel auf ein anderes Antidepressivum Abhilfe schaffen. Manche Patienten müssen erst einige Substanzen ausprobieren, bis sie „ihr“ Medikament gefunden haben. In einigen Fällen kann es auch sinnvoll sein, mehrere Antidepressiva gleichzeitig einzunehmen, um eine zufriedenstellende Wirksamkeit zu erreichen.



Einige Patienten vertragen Antidepressiva problemlos, viele Betroffene verspüren jedoch Nebenwirkungen, welche im Gegensatz zur antidepressiven Wirkung sofort nach Einnahmebeginn auftreten. Je nach Substanz sind diese Nebenwirkungen spezifisch und mehr oder weniger ausgeprägt. In vielen Fällen vergehen diese Probleme nach einigen Tagen oder Wochen. Es kommt aber auch vor, dass Nebenwirkungen dauerhaft bestehen bleiben. Im Einzelfall muss zwischen erwünschter Wirkung und individuell eventuell nicht tolerierbaren Nebenwirkungen abgewogen werden. Der Patient sollte auf jeden Fall immer mit seinem Arzt Rücksprache halten und nicht eigenmächtig die Dosis eines Antidepressivums verändern oder das Medikament absetzen.

Antidepressiva werden in aller Regel über einen längeren Zeitraum eingenommen. Auch nach Abklingen der akuten Symptomatik empfehlen die meisten Ärzte ihren Patienten, das verordnete Medikament über einige Monate (in schweren Fällen sogar über mehrere Jahre) einzunehmen, dies um einen Rückfall in eine erneute depressive Episode zu vermeiden.

Neben Antidepressiva können im Rahmen einer Depressionserkrankung auch weitere Medikamente verordnet werden. In leichteren Fällen ist Johanniskraut durchaus eine überlegenswerte Alternative. Nebenwirkungen können allerdings auch hier auftreten und Gegenanzeigen sind zu beachten. Daher sollte der Patient Johanniskraut nicht ohne Absprache mit einem Arzt einnehmen.

Weitere Medikamente, die Betroffenen je nach Schwere der Symptomatik und je nach Zeitpunkt der Erkrankung in manchen Fällen verschrieben werden, sind z.B. Beruhigungsmittel (sog. Tranquilizer), Neuroleptika

(Antipsychotika), Lithium (vor allem im Rahmen einer bipolaren Erkrankung) und sog. Stimmungsstabilisierer. Nähere Hinweise dazu finden Sie auch in unserer Wissensdatenbank.

Ergänzende Therapieansätze

Die folgenden Therapien werden vor allem in Kliniken und psychiatrischen Institutsambulanzen angeboten, können jedoch teilweise auch von Fachärzten verordnet werden.

Lichttherapie ist vor allem für Betroffene mit einer Winterdepression geeignet. Sie kann nach Rücksprache mit dem Behandler auch zu Hause mit speziellen Lichttherapie-Lampen (2.500 bis 10.000 Lux) durchgeführt werden. Im ambulanten Bereich übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen die Kosten nur im Einzelfall.

Wachtherapie / Schlafentzugsbehandlung / Schlafphasenverlagerung wird in unterschiedlichen Formen oft in Kliniken angeboten. Schlaf und insbesondere Schlafphasen bis in den Vormittag hinein scheinen eine eher depressionsfördernde Wirkung zu haben. Bei 60-70 Prozent aller depressiven Patienten kommt es durch Schlafentzug zu einer (zumindest kurzfristigen) deutlichen Stimmungsaufhellung und Aktivitätssteigerung. Eine Schlafentzugsbehandlung in Eigenregie sollte wegen möglicher Nebenwirkungen mit dem behandelndem Arzt abgesprochen werden.

Sport- und Bewegungstherapie wird als unterstützende Behandlung in Kliniken und Institutsambulanzen durchgeführt. Einige Studien belegen die positive Wirkung von Ausdauersportarten bei der Behandlung von Depressionen und der Verhütung weiterer Episoden.

Ergotherapie kann von Fachärzten auch im ambulanten Bereich als Heilmittel verordnet werden. Therapieinhalte können hier beispielsweise die Verbesserung der sozialen Kompetenz, der Konzentration, der Belastungsfähigkeit oder der Tagesstrukturierung sein. Da der Bereich Ergotherapie sehr weit gefächert ist, hat nicht jeder niedergelassene Ergotherapeut Erfahrungen mit depressiven Patienten.

Kreative Therapien (Kunst- und Musiktherapie) werden in Kliniken angeboten und gelten als besonders hilfreich bei Patienten mit Sprechhemmungen oder Schwierigkeiten beim Ausdruck von Gefühlen. Im ambulanten Bereich müssen diese Therapien in der Regel privat bezahlt werden.

Entspannungsverfahren wie progressive Muskelentspannung, autogenes Training, Yoga und Achtsamkeitsmeditationen werden in Kliniken und Institutsambulanzen angeboten, können jedoch auch bei Bildungswerken oder Volkshochschulen erlernt werden. Bei zertifizierten Kursen beteiligen sich die Krankenkassen häufig an den Kursgebühren.

Elektrokrampf- und Magnetkrampftherapie sind Behandlungsalternativen bei schweren und lebensbedrohlich verlaufenden Depressionen, die auf keine andere Behandlung ansprechen. Durch elektrischen Strom bzw. Magnetfelder wird unter Vollnarkose ein Krampfanfall ausgelöst. Die Wirkung beruht wahrscheinlich auf einer veränderten Ausschüttung der Neurotransmitter und Hormone. Diese Therapie wird vor allem in Universitätskliniken eingesetzt.

Stationäre Behandlung

Der Entschluss zu einem psychiatrischen Klinikaufenthalt ist für die meisten an Depressionen Erkrankten sehr schwer und oftmals wird er zu lange hinausgezögert oder erst gar nicht in Erwägung gezogen. Einerseits hängt dies stark mit Vorurteilen gegenüber psychiatrischen Kliniken und der damit verbundenen Angst vor Stigmatisierung oder mit falschen Vorstellungen dortiger Behandlungsmethoden zusammen. Andererseits haben viele Betroffene Angst vor Veränderungen und ungewohnten Situationen. Hinzu kommt oft der Gedanke, nicht krank genug zu sein, um eine solche intensive Behandlung überhaupt in Anspruch nehmen zu dürfen.



In der Kunsttherapie geht es nicht darum, schöne Bilder zu malen, sondern sich und seine Gefühle auszudrücken.

Doch ein Klinikaufenthalt bietet viele Chancen! Ein solcher Aufenthalt hat vor allem einen wichtigen Entlastungseffekt für den Patienten, weil er dadurch aus jeglicher Verpflichtung herausgenommen wird und nicht mehr „funktionieren“ muss, sondern nach unter Umständen langem „Zusammenreißen“ endlich so sein darf, wie er sich fühlt.

„Mein Aufenthalt in der Psychiatrie war eine super Erfahrung für mich. Es gab dort eine spezielle Station für Depressive und ich würde dir sehr ans Herz legen, darauf zu achten. Es ist ja überhaupt nicht so, dass man sich gegenseitig runterzieht, ich habe im Gegenteil erfahren, wie freundlich und helfend alle miteinander umgingen. (...) Der Tag dort hatte eine feste Struktur, man ging zu Therapien aller Art. Malen, Schwimmen, Musik, Gespräch, Holzarbeiten, Töpfern etc. War schon teilweise auch anstrengend, ich konnte ja damals kaum meine Zahnbürste gerade halten ... Aber mal ganz weg zu sein von allem, befreit von allen Pflichten, mit sich allein und gut versorgt, das kann unheimlich gut tun!“ ⁽¹⁾

Eine Überweisung in ein Krankenhaus bzw. in eine Klinik sollte in Erwägung gezogen werden, wenn

- die Lebensumstände des Betroffenen eine erfolgreiche Behandlung stark gefährden,
- die ambulante Behandlung über längeren Zeitraum keinen Erfolg hatte und die Gefahr besteht, dass die Depression chronisch wird,
- das Krankheitsbild so schwer und der Leidensdruck so groß ist, dass die Mittel der ambulanten Behandlung nicht ausreichen,
- Schutz und Überwachung bei Selbst- oder Fremdgefährdung notwendig wird (hier ist die Überweisung sogar zwingend erforderlich!).

Die Einweisung kann von jedem Arzt ausgestellt werden. Im Notfall kann man sogar ohne Einweisung die nächste psychiatrische Klinik aufsuchen.

Es gibt in Deutschland verschiedene Klinikmodelle, in denen depressive Patienten behandelt werden.

In einer **psychiatrischen Klinik** oder in der **psychiatrischen Abteilung eines Krankenhauses** werden alle Arten von psychischen Erkrankungen behandelt. Die Schwerpunkte dieser Kliniken und Abteilungen liegen auf Diagnostik und medikamentöser Therapie, dort wird aber auch psychotherapeutisch gearbeitet. Darüber hinaus werden verschiedene Formen von ergänzenden Therapien wie z.B. Bewegungs- und Ergotherapie angeboten.

In manchen Kliniken gibt es spezielle **Depressionsfachstationen**, welche eine optimale Behandlung anbieten, denn dort werden ausschließlich depressive Patienten mit einem speziell auf sie zugeschnittenen Therapiekonzept behandelt.

Man unterscheidet „**offene**“ und „**geschlossene**“ **Stationen**. Patienten von offenen Stationen können sich auf dem Krankenhausgelände frei bewegen und nach Absprache auch das Gelände verlassen. Auf geschlossenen Stationen werden Depressionspatienten nur behandelt, wenn sie akut suizidgefährdet sind und eine engmaschige Beobachtung benötigen. Sie dürfen die Station dann nur in Begleitung verlassen.



Viele Kliniken sind freundlich und nicht im Krankenhauscharakter eingerichtet.

In einer **psychosomatischen Klinik** und auf psychosomatischen Stationen eines Krankenhauses liegt der Behandlungsschwerpunkt vornehmlich auf der Psychotherapie. Meistens wird nach einem tiefenpsychologischen oder verhaltenstherapeutischen Konzept gearbeitet. Die Wartezeit auf einen freien Platz kann dort mehrere Monate betragen.

Eine **Tagesklinik** ist eine teilstationäre Einrichtung, welche häufig an eine psychiatrische oder psychosomatische Klinik angegliedert ist. Die Patienten nutzen tagsüber (meist von etwa 8–16 Uhr) ein intensives Behandlungsangebot, welches sich nicht wesentlich von dem einer stationären Therapie unterscheidet, und kehren danach in ihre gewohnte Umgebung zurück. Die Therapie in einer Tagesklinik erfolgt oft im Anschluss an eine stationäre Therapie. Sie ist aber auch für Patienten geeignet, die sich nicht völlig aus ihrer familiären Umgebung herausziehen können (z.B. wegen Kinderbetreuung) und für Patienten, die alleine leben und es nicht schaffen, einen strukturierten Tagesablauf einzuhalten. Da bei einer tagesklinischen Behandlung auch das „normale“ Leben weitergeführt werden

muss, ist diese Therapieform unter Umständen bedeutend anstrengender als eine vollstationäre Therapie. Auch bei Tageskliniken gibt es häufig Wartelisten.

Die **Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)** ist angegliedert an ein psychiatrisches Fachkrankenhaus oder an die psychiatrische Abteilung eines Allgemeinkrankenhauses. Dort erfolgen die ambulante Behandlung von Notfällen (auch bei Nichterreichbarkeit niedergelassener Ärzte) und die Nachsorge von schwer und chronisch kranken Patienten. Das Angebot in den Institutsambulanzen umfasst neben der psychiatrischen Grundversorgung auch häufig Psychotherapie, Ergotherapie und spezielle Gruppentherapien.



Der Aufenthalt in einer psychosomatischen **Rehaklinik** dient vordringlich der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit nach längerer Erkrankung. Einige Kliniken verfügen sowohl über Reha- als auch über Akutbehandlungsplätze und bieten dann oft für beide Patientengruppen ein ähnliches Behandlungsangebot. In reinen Rehakliniken findet man sehr unterschiedliche Therapieangebote – manchmal liegt der Schwerpunkt weniger auf Psychotherapie, sondern mehr auf Entspannungsverfahren, Ergo- und Bewegungstherapie. Eine speziell auf Depressionen zugeschnittene Behandlung wird eher selten angeboten, daher sind Reha-Kliniken für Betroffene mit schweren Depressionen kaum geeignet. Bedingt durch das Antrags- und Genehmigungsverfahren dauert es meist einige Wochen oder Monate, bis die Aufnahme in der Rehaklinik erfolgen kann.

Für weitere Informationen zur stationären Behandlung der Depression empfiehlt sich die „Checkliste für Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik“ der Bundespsychotherapeutenkammer, online zu finden unter www.bptk.de/uploads/media/20101209_BPtK_Checkliste_Stationaere_Versorgung_v2.0.pdf.

II Soziale Aspekte

Die Depression hat neben seelischen und körperlichen auch psychosoziale Auswirkungen. Die starken Rückzugstendenzen depressiver Menschen und ihre Abkehr vom sozialen Leben, selbst von Familie und Freundeskreis, führen dazu, dass die Krankheit alle zwischenmenschlichen Beziehungen im beruflichen wie im privaten Umfeld beeinflusst. Die Ursachen für die selbstgewählte Isolation liegen zum Teil im fehlenden Antrieb, an gemeinsamen Unternehmungen teilzunehmen, aber auch in dem Gefühl, bei geselligen Unternehmungen „fehl am Platz“ zu sein, da die eigene Stimmungslage so völlig anders ist. Da Außenstehende dieses Verhalten meist nicht einordnen können, kommt es manchmal zu Trennungen von Partnern und Freunden.



Umgang mit Familie, Partnern und Freunden

Jeder Betroffene muss für sich selbst entscheiden, mit wem er über seine Depression spricht. Es ist weder erforderlich noch ratsam, jeden Bekannten darüber zu informieren, aber es ist in vielen Fällen sinnvoll, nach und nach das engere soziale Umfeld einzuweihen, denn das Verbergen und Erfinden von Ausreden kosten viel Kraft und verstärken nur weiter das Gefühl der Isolation.

Bei einem offenen Umgang mit der Diagnose können die Erkrankten gemeinsam mit Familie und Freunden über Unterstützungsmöglichkeiten nachdenken. Allerdings können Betroffene dabei auch mit Unverständnis und massiven Vorurteilen konfrontiert werden. Manche Freunde sind selbst mit der Situation überfordert und ziehen sich mehr und mehr zurück. Umgekehrt aber können sich auch Beziehungen vertiefen durch Verständnis und Fürsorge von Menschen, von denen man es vorher nicht unbedingt erwartet hätte.

Darüber hinaus holt das Gespräch über die Depression die Krankheit aus der Tabuzone und öffnet den Dialog mit anderen Menschen, die vielleicht ähnliche Erfahrungen gemacht haben oder ihrerseits jemanden kennen, der ebenfalls betroffen war oder ist.

Auswirkungen am Arbeitsplatz

Depressionen wirken sich auch auf das Arbeitsumfeld aus, denn selbst Routineaufgaben können dann auf Dauer nicht mehr oder nur noch unter großen Anstrengungen gemeistert werden. Kollegen sind häufig über das veränderte Verhalten irritiert. Ob es sinnvoll ist, die Erkrankung zumindest gegenüber Vorgesetzten offenzulegen, hängt sehr von der individuellen Situation ab und kann nicht allgemein beantwortet werden.

Das wiederholte Vorschieben anderer Ursachen oder Erkrankungen für Fehlzeiten macht Arbeitgeber eher misstrauisch. Beispielsweise baut eine eventuelle Krankschreibung von Woche zu Woche beim Betroffenen eher Druck auf, statt ihn zu erleichtern. Wenn der Vorgesetzte hingegen um die Probleme weiß, kann er den Betroffenen bei bestimmten Tätigkeiten entlasten oder Arbeitsabläufe anders planen.

Der offene Umgang mit der Depression kann jedoch auch stigmatisierend sein. Manche Arbeitgeber befürchten, dass der erkrankte Arbeitnehmer auch in Zukunft weniger belastbar ist und übertragen ihm z.B. keine anspruchsvollen Aufgaben mehr.

Arbeitssituationen mit ständiger Überforderung oder häufigen Konflikten sind ein möglicher Risikofaktor für eine erneute Depression. Daher ist es nach der Genesung wichtig, zu überlegen, ob Chancen zur Verbesserung dieser Bedingungen bestehen oder ob es eher sinnvoll ist, berufliche Veränderungen anzustreben.

Nach einer schweren Depression mit langer Arbeitsunfähigkeit ist oft eine stufenweise Wiedereingliederung ins Arbeitsleben sinnvoll. Beim sogenannten Hamburger Modell wird die Arbeitszeit und Belastung nach einem individuellen Stufenplan unter ärztlicher Begleitung über Monate gesteigert. Die Beschäftigten erhalten während der Maßnahme Krankengeld oder Übergangsgeld und gelten als arbeitsunfähig.

III Für Angehörige und Freunde

Der Umgang mit dem Erkrankten

Eine Depression beeinflusst den Umgang zwischen dem Betroffenen und seinem Umfeld oft sehr viel mehr als eine körperliche Erkrankung. Einige Angehörige reagieren überfürsorglich oder kontrollierend, andere werden ungehalten und wütend oder ängstlich und hilflos.

Für Angehörige ist es wichtig zu wissen, dass eine Depression die Eigenwahrnehmung und Selbsteinschätzung des Betroffenen verzerren kann. Ereignisse sowie Situationen werden oft krankheitstypisch negativ bewertet. Jede Depression verläuft aber individuell verschieden. Manche Betroffene sind eher unruhig und angespannt, andere wiederum verlangsamt und antriebslos. Während Frauen sich die Krankheit meist eher eingestehen und schneller bereit sind, Hilfe zu suchen, reagieren viele Männer anfangs gereizt und aggressiv und flüchten sich vermehrt in ihre Arbeit. Mitunter muss der Leidensdruck erst sehr hoch werden, bevor der Erkrankte von sich aus professionelle Hilfe sucht.

Angehörige sollten den Betroffenen motivieren, sich in Behandlung zu begeben, dennoch immer wieder auf ihre Grenzen hinweisen und auf ihre eigene Gesundheit und Belastbarkeit achten.

Der emotionale Rückzug des Kranken (auch bzgl. Nähe und Sexualität) kann zu einer großen Belastung für eine Partnerschaft werden. Unsicherheiten im Umgang mit dem Betroffenen, das Alleinsein mit Sorgen und Ängsten bis hin zu existenziellen Problemen, Zurückweisungen durch den Kranken, Schuld- und Schamgefühle sind weitere Probleme, mit denen der Angehörige umgehen lernen muss.

In vielen Fällen ist es sinnvoll, dass der Partner auch für sich selbst Hilfe sucht. Die Sozialpsychiatrischen Dienste (im Gesundheitsamt oder bei freien Trägern) sowie psychosoziale Beratungsstellen (Caritas, Diakonie etc.) bieten konkrete Hilfen oder zumindest



entlastende Gespräche an. Wenn die Situation dauerhaft als sehr belastend erlebt wird, ist es ratsam, Selbsthilfegruppen für Angehörige zu besuchen oder psychotherapeutische Unterstützung in Anspruch zu nehmen. Kontaktadressen für Angehörige finden Sie im Anhang dieser Broschüre.

Wenn dein Mann nun mitten in der Krise steckt, ist es schwer, von ihm Unterstützung zu bekommen. Aber du kannst dir Hilfe außerhalb suchen. Hast du schon einmal an eine eigene Therapie gedacht? Solch eine begleitende Therapie kann auch für Angehörige sehr hilfreich sein. Und dort könntest du auch über deine Überforderung reden, deine Sorgen einmal abladen.

Als Angehörige neigen wir dazu, zu lange zu schweigen und so die Kommunikation ebenfalls zu unterbinden. Nicht nur die Depression unterbindet Kommunikation, auch das Schweigen aus „Schonungsgründen“ unterbindet sie. Ich verstehe deine Angst, deinen Mann zu sehr zu belasten. Aber wenn du beinahe zerbrichst, dann spürt er das bestimmt und er macht sich Vorwürfe.

Vorwürfe bringen aber niemanden weiter, sie lähmen. Und so ist es sicher sinnvoll, offen zu sein. Offenheit kann auch schonend gestaltet werden, und sie entlastet beide – den erkrankten Partner und dich selbst.“⁽¹⁾

Da sich die Partner in einer Paarbeziehung wechselseitig beeinflussen und Beziehungsprobleme Depressionen begünstigen, kann bei manchen Depressionen zumindest nach Abklingen schwerer Symptome auch eine Paartherapie sinnvoll sein. Diese wird oft von psychosozialen Beratungsstellen kostengünstig angeboten. Psychotherapeuten mit eigener Praxis können eine Paartherapie nur privat abrechnen.

Tipps für den Umgang mit Betroffenen

- Auch wenn Partner und Freunde verständlicherweise gerne helfen möchten, sollten sie sich auf keinen Fall in eine Therapeutenrolle drängen lassen. Der Erkrankte gehört in die Hände eines professionellen Arztes und/oder Therapeuten!
- Ermahnungen und Appelle wie „versuch doch, dich wenigstens zusammenzureißen“ oder „sieh doch nicht immer alles so negativ“ sind nicht hilfreich, sondern verstärken nur Druck und Schuldgefühle beim Betroffenen, da er diese meist ohnehin selbst empfindet.
- Gut gemeinte Urlaubsvorschläge sind in aller Regel kontraproduktiv, denn die Depression reist mit und kann sich in einer fremden Umgebung ohne die gewohnte Tagesstruktur sogar noch verstärken.
- Es ist wichtig, den Betroffenen mit seinen Gefühlen ernst zu nehmen und die Erkrankung nicht zu bagatellisieren, sondern verständnisvolle Zuneigung zu zeigen. Ermutigungen im Sinne von „Ich weiß, es geht dir sehr schlecht, aber ich weiß auch, jede Depression geht vorbei“ sind oft hilfreich.
- Bei großer Antriebs- oder Hoffnungslosigkeit ist es sinnvoll, immer wieder zum Arztbesuch zu ermutigen, eventuell auf Wunsch auch einen Termin zu vereinbaren und/oder den Betroffenen zum Arzt zu begleiten.
- Die Schweigepflicht von Ärzten und Therapeuten gilt auch gegenüber Angehörigen. Nur mit ausdrücklichem Einverständnis des Patienten dürfen sie Auskünfte erteilen. Gut gemeinte heimliche Kontaktaufnahmen mit den Behandlern werden vom Patienten oft als Vertrauensbruch empfunden und sollten unterbleiben.
- Unter Beachtung ihrer eigenen Grenzen und nach Rücksprache mit dem Betroffenen können Angehörige und Freunde den Erkrankten bei alltäglichen Erledigungen helfen (z.B. Erinnern an Ter-



mine oder Medikamenteneinnahme, Einkäufe erledigen, Mithilfe im Haushalt anbieten). Es empfiehlt sich jedoch, darauf zu achten, dem Kranken nicht alles abzunehmen, sondern ihn bei eigenen Aktivitäten zu unterstützen und fördern.

- Vielen Depressiven fällt es schwer, Entscheidungen zu treffen. Hier können Angehörige helfen, diese nach objektiven Gesichtspunkten abzuwägen. Weitreichende Entscheidungen über die private oder berufliche Zukunft sollten jedoch erst nach Abklingen der Depression getroffen werden!
- Für den Angehörigen ist es ratsam, mit dem Betroffenen auch über die eigenen Grenzen und Gefühle (z.B. Ängste, Unsicherheit, Hilflosigkeit) zu sprechen. Auf gegenseitige Schuldzuweisungen sollte jedoch verzichtet werden.
- Zurückweisungen des Erkrankten soll der Partner möglichst nicht persönlich nehmen, sondern daran denken, dass diese meist der Erkrankung geschuldet sind. Daher sollte er sich nach Möglichkeit auch nicht komplett abwenden. Jedoch rechtfertigt eine Depression nicht jedes Verhalten der Erkrankten. Auch sie sollen soziale Umgangsregeln beachten und Angehörige müssen nicht jedes Benehmen akzeptieren.
- Niemandem ist geholfen, wenn Angehörige sich von der depressiven Gemütsverfassung anstecken lassen. Daher ist es für sie sehr wichtig, das eigene Leben weiterzuführen, weiterhin Freunde zu treffen und Hobbys zu pflegen.

Suizidgefahr

Suizidgedanken sind ein häufiges Symptom der Depression und bereiten den Angehörigen verständlicherweise viele Sorgen. Wenn Betroffene solche Gedanken andeuten, bedeutet das nicht automatisch, dass sie konkrete Pläne haben und diese auch ausführen.

Andererseits ist die landläufige Meinung, „Wer davon spricht, tut es nicht“ falsch, denn ca. 80 Prozent aller Selbsttötungen werden angekündigt. Es ist also wichtig, entsprechende Äußerungen ernst zu nehmen.

Alarmzeichen für einen drohenden Suizidversuch können z.B. wiederholte Äußerungen von Hoffnungs- und Sinnlosigkeit sowie das Ordnen von persönlichen Angelegenheiten sein. Auch eine sich plötzlich ohne erkennbaren Grund deutlich verbessernde Stimmung kann in Einzelfällen ein Anzeichen sein, dass ein Entschluss zum Suizid gefasst wurde. Diese Entscheidung getroffen zu haben kann für den Betroffenen eine so große Erleichterung sein, dass er auf einmal sehr gelöst und geradezu fröhlich erscheinen kann.

Da die antriebssteigernde Wirkung einiger Antidepressiva (besonders aus der Gruppe der SSRI) vor der Stimmungsaufhellung einsetzt, kann dies in den ersten Wochen der Einnahme manchmal dazu führen, dass der Antrieb ggfs. ausreicht, um Suizidpläne in die Tat umzusetzen. Dies kann z.B. durch eine vorübergehende Verordnung von dämpfenden oder beruhigenden Medikamenten verhindert werden.

Weitere Informationen zu einer möglichen suizidalen Entwicklung finden Sie in unserer Wissensdatenbank und unter www.buendnis-depression.de/depression/suizidalitaet.php

Wenn Angehörige einen Suizidversuch befürchten, sollen diese Ängste ruhig und sachlich angesprochen werden. Dies entlastet in der Regel auch den Betroffenen, denn dann kann er über seine quälenden Gedanken sprechen. Darüber hinaus ist es sehr wichtig, in dieser Situation professionelle Hilfe zu suchen (Arzt, Therapeut, Klinik). Wenn akute Gefahr besteht, sollen Angehörige den Betroffenen auf keinen Fall alleine lassen, sondern ihn zum Arzt oder in die Klinik begleiten und ggfs. den Notarzt oder die Polizei verständigen.



IV Selbsthilfe

Kontakt zu anderen Betroffenen / Selbsthilfegruppen

Viele Depressive fühlen sich in ihrem gewohnten Umfeld unverstanden und einsam. Sie entwickeln Schuldgefühle, weil sie ihren Angehörigen scheinbar nur noch zur Last fallen. Erkrankte empfinden es daher oft als große Erleichterung, im Kontakt mit anderen Betroffenen Verständnis zu finden und sich für ihr Verhalten und ihre Gedanken nicht rechtfertigen zu müssen.



Eine Selbsthilfegruppe zu besuchen kann daher ein wichtiger Schritt zum Akzeptieren der eigenen Erkrankung sein. Unter anderen Betroffenen fühlt man sich angenommen und es fällt leichter, über die eigenen Probleme zu sprechen, vielleicht sogar von Erfahrungen der anderen Teilnehmer zu profitieren. Manche Betroffene haben durch die Krankheit fast alle sozialen Kontakte verloren. Für sie bieten Selbsthilfegruppen eine gute Möglichkeit, wieder unter Menschen zu gehen und ihr Befinden offen zeigen zu dürfen.

Die meisten Gruppen werden von erfahrenen Betroffenen und nicht von professionellen Behandlern geleitet. Einzelne Gruppen laden gelegentlich Fachleute ein, die zu bestimmten Aspekten der Erkrankung Vorträge halten.

Selbsthilfegruppen können eine wichtige Stütze sein, sie ersetzen jedoch keine fachliche Betreuung. In Krisensituationen dürfen die anderen Teilnehmer die Verantwortung für den Betroffenen auf keinen Fall übernehmen und müssen immer an Fachleute verweisen.

Informationen zu Selbsthilfegruppen in der eigenen Region gibt es z.B. bei den Selbsthilfekontaktstellen (in jeder größeren Stadt) und bei NAKOS unter www.nakos.de/adressen/rot.

Selbstfürsorge

An Depressionen erkrankte Menschen sind ihrer Krankheit in aller Regel nicht hilflos ausgeliefert. Selbsthilfe und Selbstfürsorge sind zentrale Bausteine in der Krankheitsbewältigung. So sind Veränderungen der inneren Haltung und das Beachten körperlicher Grundbedürfnisse meist unabdingbar, um eine Depression überwinden zu können.

(...) Ich habe immer ein wenig Probleme mit »Ratschlägen« wie Sport, unter Menschen gehen usw. Ganz sicher hilft vieles davon, das momentane Befinden zu verbessern, mir tut es auch gut, 20 km Rad zu fahren, aber es ändert nichts an meiner Gesamtsituation. Um die zu ändern, ist für mich der einzige Weg der der Auseinandersetzung mit mir, des Verstehens der Ursachen und Erkennens neuer Möglichkeiten, mit den Widrigkeiten des Lebens zurechtzukommen. (...) Und noch größer ist meine Hoffnung, irgendwann soweit mit meinem Leben im Reinen zu sein, dass gar keine Depression mehr nötig ist, um mir zu sagen, dass etwas falsch läuft, weil ich gelernt habe, in mich hineinzuhören und entsprechend zu handeln. Das ist sicher Zukunftsmusik, aber ich spüre schon, dass ich einiges selbst beeinflussen kann.“⁽¹⁾

Folgende Verhaltensregeln sind aus Erfahrung sinnvoll:

- Anerkennen, dass man an einer schweren Erkrankung leidet und Depression nichts mit Wehleidigkeit oder einem vermeintlich schwachen Charakter zu tun hat. Zur Bewältigung sollte man sich kompetente Partner wie Ärzte und Psychotherapeuten an seine Seite holen.
- Informationen über die Erkrankung und ihre Behandlungsmöglichkeiten sammeln. Je besser man sich informiert hat, desto aktiver kann man bei der Behandlung mitwirken.
- Alkohol und Drogenkonsum am besten vermeiden und auf gesunde Ernährung, ausreichenden Schlaf sowie regelmäßige Bewegung an der frischen Luft achten.

- Den Tagesablauf strukturieren und nach Möglichkeit feste Schlafzeiten einhalten.
- Nicht den Mut verlieren, wenn es zu erneuten Rückfällen kommt. Die Krankheit verläuft oft in Wellen, doch jede Episode endet irgendwann.
- Gegen den Wunsch nach Isolation ankämpfen! Kontakte zu anderen Menschen haben oft einen positiven Effekt auf die Stimmung.
- Geduld und Nachsicht mit sich selbst haben, denn die Genesung braucht Zeit.
- Das tägliche Pensum an Aktivitäten während der Genesungsphase langsam steigern. Kleine Ziele ermöglichen Erfolgserlebnisse und verhindern Enttäuschungen. Das eigene Empfinden von Überforderung ernst nehmen.
- Keine weitreichenden Entscheidungen (z.B. bzgl. Arbeitsplatz, Partnerschaft, Wohnung) in einer akuten Depression fällen, da aufgrund der depressiven Sichtweise oft keine realistische Einschätzung der Situation möglich ist.

(vgl. Müller-Rörich u.a. 2013 S. 262)



V Anhang - Weiterführende Informationen

Wichtige Adressen, von der Deutschen DepressionsLiga zusammengestellt:

www.depressionsliga.de/unser-angebot/hilfe-und-informationen-finden.html

Notfälle / Krisen

Notarzt: Tel. 112

Telefonseelsorge - anonyme und kostenlose Telefonberatung:
0800/1110111 und 0800/1110222

E-Mail- und Chatberatung: www.telefonseelsorge.de

Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) - an vielen psychiatrischen Kliniken

Beratungsstellen für Angehörige und Betroffene

Sozialpsychiatrische Dienste in Deutschland (ggfs. beim örtlichen Gesundheitsamt nachfragen): www.psychiatrie.de/bapk/prof-hilfen/spdis

Psychosoziale Beratungsstellen: Je nach Region und Thematik: Caritas, Diakonie, AWO, Deutsches Rotes Kreuz, Pro Familia und andere freie Träger sowie Studentenwerke für Studenten

SeeleFon des BApK: www.psychiatrie.de/bapk/seelefon

Beratung für Angehörige und Betroffene unter Tel. 01805/950951 und 0228/71002424

sowie per E-Mail an seelefon@psychiatrie.de

E-Mail-Beratungsangebot der Deutschen DepressionsLiga:

www.depressionsliga.de/unser-angebot/beratung/e-mail-beratung/hinweis-zum-beratungsangebot.html

Infotelefon der Stiftung Deutsche Depressionshilfe: 0800 3344533,
<http://www.deutsche-depressionshilfe.de/stiftung/info-telefon.php>

Suche nach Fachärzten und Psychotherapeuten

Suchmaschine der kassenärztlichen Bundesvereinigung für alle Ärzte und Psychotherapeuten mit Kassenzulassung:
www.kbv.de/html/arztsuche.php

Suchmaschine der Stiftung Gesundheit: www.arzt-auskunft.de

Therapeutesuche bei der Bundespsychotherapeutenkammer (Datenbank mit Angabe von Therapieverfahren und Schwerpunkten, beinhaltet jedoch nicht alle Therapeuten):
www.bptk.de/service/therapeutesuche.html

Psychotherapeutenlisten der Krankenkassen

Adressen für Jugendliche und junge Erwachsene

Freunde fürs Leben: www.frnd.de

[U25] Freiburg (Infos und Online-Beratung für junge Menschen unter 25 Jahren in Krisen und Suizidgefahr: www.u25-freiburg.de

FIDEO - fighting depression online - Information und Diskussionsforum für junge Menschen ab 14 Jahren: www.fideo.de

Selbsthilfeportal für junge Menschen:
www.schon-mal-an-selbsthilfegruppen-gedacht.de

Angehörige

Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker BApK e.V.:
www.psychiatrie.de/bapk

Selbsthilfe

Wissensdatenbank der DDL:
www.depressionsliga.de/wissensdatenbank.html

NAKOS (Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen): www.nakos.de/adressen

Suchmaschine für Selbsthilfegruppen der DDL:
www.depressionsliga.de/unser-angebot/selbsthilfe-bei-depressionen/selbsthilfegruppen/gruppe-suchen.html

Selbsthilfekontaktstellen in allen größeren Städten, oft beim Gesundheitsamt oder in den Händen freier Träger angesiedelt

Diskussionsforum der Stiftung Deutsche Depressionshilfe:
www.diskussionsforum-depression.de

Sozialverbände

Bieten für Mitglieder u.a. Hilfe bei Antragstellungen und Sozialrechtsberatung.

Sozialverband VdK Deutschland e.V.: www.vdk.de
SoVD – Sozialverband Deutschland: www.sovd.de

Organisationen rund um Depression

Deutsche DepressionsLiga e.V., Postfach 1151, 71405 Schwaikheim,
Tel. 07144 / 7048950 (keine Beratung), www.depressionsliga.de

Deutsches Bündnis gegen Depression e. V., Klinik für Psychiatrie Universität Leipzig, Semmelweisstraße 10, 04103 Leipzig, Tel: 0341 / 9724585
www.buendnis-depression.de

Stiftung Deutsche Depressionshilfe, Semmelweisstraße 10,
04103 Leipzig, Tel.: 0341 / 9724493, www.deutsche-depressionshilfe.de

Verwendete Literatur

Buijssen, H. (2011): Depression - Helfen und sich nicht verlieren, 1. Auflage, Beltz Verlag Weinheim und Basel

Margraf, J., Maier, W. (Hrsg.) (2012): Pschyrembel Psychiatrie, Klinische Psychologie, Psychotherapie, 2. überarbeitete Auflage, Walter de Gruyter GmbH & Co. KG Berlin/Boston

Müller-Rörich, Th., Hass, K., Margue, F., van den Broek, A., Wagner, R. (2013): „Schattendasein“ - Das unverständene Leiden Depression, 2. Auflage, Springer Medizin Verlag Heidelberg

Niklewski, G., Riecke-Niklewski, R. (2012): Depressionen überwinden, 6. überarbeitete Auflage, Stiftung Warentest Berlin

(1) Die Originalpostings auf den Seiten 12, 17, 22, 28 und 33 stammen aus dem Forum der Stiftung Deutsche Depressionshilfe, zitiert nach Müller-Rörich, Th., Hass, K., Margue, F., van den Broek, A., Wagner, R. (2013): „Schattendasein“ - Das unverständene Leiden Depression, 2. Auflage, Springer Medizin Verlag Heidelberg

Mit einer Spende können Sie unsere Arbeit wirkungsvoll unterstützen.
Spenden Sie bitte an:

Deutsche DepressionsLiga e.V.
Volksbank Stuttgart
Kontonummer 1 327 748 002
BLZ 600 901 00
IBAN DE44 6009 0100 1327 7480 02
BIC VOBADESS

Die Deutsche DepressionsLiga e.V. ist laut Bescheid des FA Kassel vom 09.04.2015
gemeinnützig.

Steuernummer: 25 250 5177 2

Wir stellen Ihnen gerne eine Spendenbescheinigung aus.

VIELEN DANK!

Haftungsausschluss

Die Inhalte dieser Broschüre wurden mit größtmöglicher Sorgfalt erstellt. Die Deutsche DepressionsLiga e.V. übernimmt jedoch keine Gewähr für die Richtigkeit, Vollständigkeit und Aktualität der bereit-gestellten Inhalte.

Diese Broschüre enthält Verweise zu Websites Dritter. Diese Websites unterliegen der Haftung der jeweiligen Betreiber.



© Deutsche DepressionsLiga e.V., Bonn 2018

DAK
Gesundheit

