

Depression

Eine Information für
Patienten und Angehörige

Depression

Eine Information für
Patienten und Angehörige

Autoren und Redaktion haben die Angaben zu Medikamenten und ihren Dosierungen mit größter Sorgfalt und entsprechend dem aktuellen Wissensstand bei Fertigstellung der Broschüre verfasst. Trotzdem ist der Leser ausdrücklich aufgefordert, anhand der Beipackzettel der verwendeten Präparate in eigener Verantwortung die Dosierungsempfehlungen und Kontraindikationen zu überprüfen. Unabhängig vom Inhalt der Broschüre entscheiden im Einzelfall immer Arzt und Patient gemeinsam über die individuelle Behandlung.

Alle Rechte vorbehalten, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung sowie der Übersetzung. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (durch Fotokopie, Mikrofilm oder ein anderes Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Herausgeber: Techniker Krankenkasse,
Hauptverwaltung, 22291 Hamburg.
Unter wissenschaftlicher Beratung der
Arzneimittelkommission der deutschen Ärzte-
schaft und basierend auf deren ärztlichen
Therapieempfehlungen.
Konzept und Realisation: nexus – Beratungsnetz
im Gesundheitswesen GmbH, Odenthal.
Printed in Germany: Rasch Druckerei
und Verlag GmbH, Bramsche.
© Techniker Krankenkasse Hamburg,
nexus GmbH, Odenthal.
ISBN 978-3-933779-22-9
1. Auflage 2008

Inhalt

Einleitung	5
Was sind die Anzeichen einer Depression?	6
Häufigkeit von Depressionen	11
Ursachen und Entstehung von Depressionen	12
Formen und möglicher Verlauf von Depressionen	15
Das erste Gespräch beim Arzt	18
Behandlungsmöglichkeiten bei Depressionen	20
• Medikamentöse Therapie – was Sie über Antidepressiva wissen sollten	22
• Psychotherapie bei Depressionen	29
• Weitere Verfahren zur Behandlung von Depressionen	32
Hinweise für depressive Menschen	34
Was Angehörige wissen sollten und was sie tun können	36
Weiterführende Informationen und Hilfen	39

Einleitung

Depressionen zählen weltweit zu den häufigsten psychischen Erkrankungen. Nach neueren Erhebungen durchleben 15 von 100 Frauen und acht von 100 Männern innerhalb eines Jahres eine depressive Phase. Viele Betroffene leiden nicht nur an den Symptomen der Erkrankung und an deren Folgen für ihr alltägliches Leben, sondern befürchten auch negative Reaktionen aus ihrer Umgebung auf die Diagnose „psychische Erkrankung“. Sie scheuen sich davor, mit Angehörigen, Freunden oder einem Arzt über ihre Beschwerden zu sprechen. Ursache dafür ist meist auch mangelndes Wissen, was eine Depression eigentlich ist, woher sie kommt und wie sie behandelt werden kann.

Wenn Sie diese Broschüre zur Hand nehmen, weil Sie selbst an einer Depression leiden, ist dies bereits ein erster aktiver Schritt, sich mit der Erkrankung auseinanderzusetzen und ihr entgegenzutreten. Glaubwürdige und abgesicherte Informationen sind dafür ganz wesentlich.

So viel gleich vorab: Depressionen lassen sich behandeln, besonders wenn sie frühzeitig erkannt werden. Eine ganze Reihe von wirksamen Behandlungsmöglichkeiten wie medikamentöse Therapie und Psychotherapie steht zur Verfügung. Nach Abklingen der Depression bleiben meist keine Symptome oder Veränderungen der Persönlichkeit zurück. Der von einer Depression Genesene ist in der Regel wieder „ganz der Alte“.

Diese Broschüre vermittelt Erkrankten und Angehörigen den aktuellen Stand des Wissens über Anzeichen, Ursachen, Erscheinungsformen und Behandlungsmöglichkeiten von Depressionen. Nach der Lektüre werden Sie mehr über diese Erkrankungen wissen, die Fragen und Erklärungen Ihres Arztes besser verstehen und dann auch die für Sie selbst wichtigen Fragen stellen können.

Die Ausführungen gründen auf den wissenschaftlichen Erkenntnissen zum Krankheitsbild der Depression sowie auf den aktuellen Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft.

Was sind die Anzeichen einer Depression?

Die Depression ist eine Störung des seelischen Befindens mit den Hauptsymptomen:

- gedrückte Stimmung und Niedergeschlagenheit
- Interessenverlust und Freudlosigkeit
- Energie- und Antriebslosigkeit

Häufige Zusatzsymptome einer Depression sind:

- verminderte Konzentrationsfähigkeit
- Gefühl von Wertlosigkeit und vermindertes Selbstwertgefühl
- pessimistische Sicht auf die Zukunft
- Selbstvorwürfe und Schuldgefühle bis hin zu wahnhaften Fehlüberzeugungen, etwa zu verarmen oder schuld am Unglück anderer Menschen zu sein
- innerliche und körperliche Unruhe und Gehemmtsein
- Schlafstörungen
- Appetit- und Gewichtsverlust
- vermindertes sexuelles Interesse
- lebensmüde Gedanken oder gar Suizidversuche

Oft klagen depressive Menschen dabei auch über körperliche Beschwerden wie Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Herzbeschwerden, Magen-Darm-Beschwerden.

Bei Vorliegen von mindestens zwei Hauptsymptomen zusammen mit mindestens zwei weiteren häufigen Zusatzsymptomen über einen Zeitraum von mindestens zwei Wochen wird die Diagnose Depression gestellt. Die Einteilung in Schweregrade, abhängig von der Zahl der Symptome, zeigt Abbildung 1.

Hauptsymptome	Zusatzsymptome
<ul style="list-style-type: none"> ● depressive Stimmung ● Verlust von Interesse und Freude ● Verminderung des Antriebs und erhöhte Ermüdbarkeit 	<ul style="list-style-type: none"> ● verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit ● vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen ● Gefühl von Schuld und Wertlosigkeit ● negative Sicht auf die Zukunft ● Selbsttötungsgedanken/-pläne ● Schlafstörungen ● verminderter Appetit

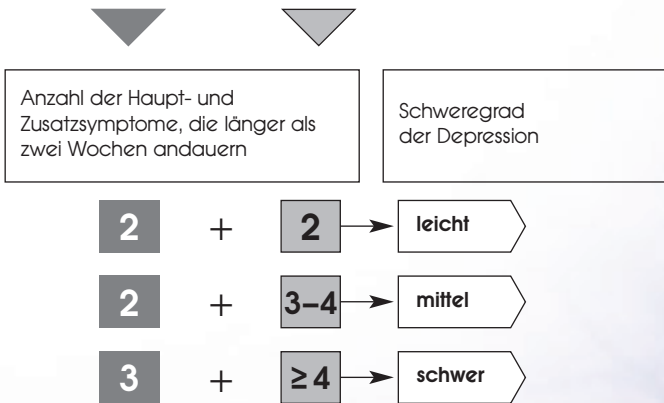


Abbildung 1: Schweregrad einer Depression

Normale „schlechte Stimmung“ oder depressiv?

Was unterscheidet eine Depression von einer normalen schlechten Stimmung oder Traurigkeit, die jeder Mensch regelmäßig erlebt? Einer der wesentlichen Unterschiede ist die Durchgängigkeit der gedrückten Stimmung oder der anderen Symptome. Sie bleiben Tag für Tag gleich, halten beständig über Wochen an und führen zu einer deutlichen Beeinträchtigung im Alltagsleben des Betroffenen, im Beruf oder in den sozialen und familiären Beziehungen.

Wenn ein depressiver Patient seinem Arzt aber nur schildert, dass er unter Energiemangel, Müdigkeit und Kopfschmerzen leidet, kann man sich leicht vorstellen, dass der Arzt angesichts dieser unspezifischen Beschwerden nicht gleich die Diagnose Depression stellt. Depressive Menschen sprechen häufig nicht spontan über die eigentlichen seelischen Probleme, das heißt, die eigentlichen depressiven Symptome.

Gedrückte, niedergeschlagene Stimmung

Für den Gesunden sind zum Beispiel Traurigkeit, Erschöpfung, Missmut, Ärger oder auch Verzweiflung „lebendige“ Gefühle, die er „mit ganzem Herzen erlebt“. Wenn er sich abregiert hat, stellt sich in der Regel eine gewisse Erleichterung ein. Im Gegensatz dazu erleben sich depressive Menschen innerlich eher ohne Gefühle. Sie fühlen sich unfähig, innerlich mitzugehen, wie abgestorben. Viele Depressive sind sogar nicht einmal in der Lage zu weinen. Sie leiden an einer gähnenden inneren Leere. Der deutsche Psychiater Kurt Schneider hat das mit dem Ausdruck „Gefühl der Gefühllosigkeit“ beschrieben. Die Patienten schildern, dass ihnen nichts mehr etwas gibt. Sie sehen den schönen Sonntag, können ihn jedoch nicht miterleben.

Antriebsstörungen

Für viele depressive Menschen ist die Verminderung von Energie und Antrieb, die Lähmung der Entschlusskraft, eine der schlimmsten Beschwerden. Fast jede Aufgabe erscheint wie ein unüberwindlicher Berg. Es kostet ungeheure Mühe, eine Tätigkeit zu beginnen, sich zu etwas aufzuraffen. Das kann bedeuten, dass der Betroffene kaum noch sein Tagespensum schafft. Bei einer schweren Depression kann es auch sein, dass er lange Zeit des Tages im Bett liegt, unfähig, etwas aus eigenem Antrieb zu tun. Dies kann sogar das Sprechen betreffen – dann ist ein Gespräch schwierig, weil er einfach schweigt. Manchmal sind depressive Menschen bei aller Antriebshemmung innerlich sehr unruhig oder verspüren einen starken Bewegungsdrang.

Selbstvorwürfe/Depressiver Wahn

Depressive haben eine Tendenz, sich selbst herabzusetzen. Dies kann so weit gehen, dass der Betroffene äußert, er habe alles im Leben falsch gemacht. Oder ein Jahre zurückliegender Fehler beherrscht das gesamte Denken mit massiven Schuldgefühlen. Die Selbstvorwürfe können sich in seltenen Fällen sogar zu einem so genannten depressiven Wahn steigern, einer krankhaften, Argumenten nicht zugänglichen Überzeugung. Im Wahn dreht sich alles um eine subjektiv empfundene große Schuld, für die der Patient nun meint, „bestraft“ werden zu müssen.

Appetitstörungen und Gewichtsverlust

Oftmals ist bei depressiven Menschen das Hungergefühl vermindert. Das kann dann zu einer Gewichtsabnahme führen.

Schlafstörungen

Manchmal ist das Einschlafen ein großes Problem, häufiger jedoch das Durchschlafen. Depressive Menschen wachen oft in der zweiten Hälfte der Nacht auf, kommen nicht mehr zur Ruhe, grübeln und sind dann morgens stimmungsmäßig an einem Tiefpunkt. Nicht selten hellt sich die Stimmung am Abend leicht auf.

Lebensmüde Gedanken

Viele depressive Menschen empfinden das Leben als so sinnlos, dass sie den Gedanken haben, sich etwas anzutun. Oft steht dahinter der Wunsch nach Ruhe oder nach einer Lösung des unerträglichen Zustands. Für Angehörige, Freunde und Behandelnde ist dies ein besonders wichtiges Merkmal der Depression, das als Gefahrensignal immer ernst genommen werden muss. Wie Betroffene und Angehörige damit umgehen können, lesen Sie ab Seite 34.

Körperliche Beschwerden

Häufig klagen depressive Menschen auch über körperliche Beschwerden wie zum Beispiel über Kopfdruck, das Gefühl, eine Zentnerlast auf der Brust zu haben, allgemeine Gliederschwere oder verschieden lokalisierte Schmerzen. Hinzu kommen oft Störungen der Verdauung, der Menstruation oder ein vermindertes sexuelles Bedürfnis. Manchmal sind diese Beschwerden so stark, dass die psychische Symptomatik, auch für den Betroffenen, in den Hintergrund tritt und das Krankheitsbild zunächst überhaupt nicht an eine Depression denken lässt.

Wahrnehmungen von Betroffenen und Angehörigen

Die folgenden Beispiele zeigen anhand von Wahrnehmungen von Betroffenen und Angehörigen, wie sich die Depression äußern kann:

Ein Patient beschreibt: „Ich war von einer starken körperlichen Müdigkeit befallen und doch innerlich unbeschreiblich unruhig. Meine Nerven waren wie elektrisch geladen. Meine Nächte waren ohne Schlaf. Jeden Augenblick befürchtete ich ein schreckliches Unglück. Ich hatte Angst, alleingelassen zu werden. Die einfachste Tätigkeit wurde zur nicht zu bewältigenden Aufgabe. Schließlich war mir jede geistige und körperliche Arbeit unmöglich. Meine Beine versagten, mein Denkapparat weigerte sich zu arbeiten, jeglicher Ehrgeiz war dahin. Ich dachte nur noch: Was hat das alles für einen Sinn? Ich hatte hart daran gearbeitet, etwas aus mir zu machen, aber der Kampf schien sinnlos. Das ganze Leben war leer.“

Ein Angehöriger berichtet: „Früher hat er grundsätzlich in der Tageszeitung gelesen und die Abendnachrichten im Fernsehen verfolgt, jetzt interessiert ihn nicht mal das mehr.“

Eine depressive Großmutter macht sich wegen ihrer mangelnden Gefühle beim Besuch ihrer Enkelkinder Vorwürfe: „Was für ein schlechter Mensch muss ich sein, dass ich mich nicht einmal darüber freuen kann.“

Häufigkeit von Depressionen

Depressionen sind auch in Deutschland eine „Volkskrankheit“. Nach einer bundesweiten Befragung litten knapp acht Prozent der Frauen und knapp fünf Prozent der Männer zwischen 18 und 65 Jahren in den der Befragung vorausgegangenen vier Wochen an einer Depression. Das sind über sechs Prozent der erwachsenen Bevölkerung. Rechnet man die Erkrankungen der übrigen Altersgruppen hinzu, so sind etwa vier Millionen Deutsche von depressiven Störungen betroffen.

Grundsätzlich können Depressionen in jedem Lebensalter auftreten. Das durchschnittliche Erkrankungsalter liegt kurz nach dem 30. Lebensjahr. Frauen sind etwa doppelt so häufig betroffen wie Männer. Eine mögliche Erklärung hierfür ist, dass Frauen eher als Männer über psychische Probleme sprechen und aus diesem Beweggrund häufiger den Arzt aufsuchen. Aber auch neue und belastendere Rollenerwartungen an Frauen sowie hormonelle Ursachen werden diskutiert. Unter den depressiv erkrankten Menschen setzen allerdings mehr als doppelt so viele Männer wie Frauen ihrem Leben selbst ein Ende.

In den vergangenen Jahren war bei jüngeren Menschen eine Zunahme an depressiven Erkrankungen zu beobachten. Auch hierfür sind die Ursachen bisher nicht gesichert. Die Abnahme dauerhafter Beziehungen und gestiegene berufliche Anforderungen könnten dies erklären. Die Zahl der Selbsttötungen steigt bei depressiv Erkrankten mit zunehmendem Alter.

Ursachen und Entstehung von Depressionen

„Die“ Ursache von Depressionen gibt es nicht. Wissenschaftler gehen heute davon aus, dass mehrere Faktoren zusammenreffen müssen, damit es zu einer depressiven Störung kommt.

Genetische Veranlagung

Die bisherigen Ergebnisse sprechen dafür, dass die genetische Veranlagung eine gewisse Rolle bei der Entstehung einer Depression spielt. Familienuntersuchungen zeigen, dass bei Verwandten von Patienten mit bestimmten Depressionsformen ein erhöhtes Risiko besteht, ebenfalls an einer Depression zu erkranken. Wenn beispielsweise ein Elternteil an einer so genannten „bipolaren“ Depression (manisch-depressive Erkrankung) litt, so haben die Kinder ein Risiko von bis zu 25 Prozent, selbst einmal eine Depression zu durchleben. Allerdings besteht derzeit noch keine Einigkeit darüber, welche Gene in welcher Weise beteiligt sind. Auch führt eine solche genetische Veranlagung nicht zwangsläufig zu einer Depression, sondern andere Faktoren müssen hinzukommen.

Belastende Ereignisse

Manchmal treten Depressionen nach besonderen Belastungssituationen auf, zum Beispiel nach Verlust des Partners, bei belastenden Veränderungen im Berufsleben oder auch bei Renteneintritt. Falls keine akuten auslösenden Ereignisse in der jüngeren Vergangenheit auszumachen sind, können auch Erlebnisse in der Kindheit eine Rolle spielen. Beispiele sind Trennungen von der Mutter in bestimmten Entwicklungsphasen. Dies kann Folgen für den Umgang mit belastenden Situationen im späteren Leben haben und auf diesem Weg wiederum die Entwicklung einer Depression begünstigen. Die psychologische und entwicklungsbiologische Forschung untersucht solche Zusammenhänge. Ihr sind viele Erkenntnisse über die Bedeutung von Kindheitsereignissen für das spätere Leben zu verdanken.

Eine weitere Forschungsrichtung untersucht die Rolle von langanhaltendem Stress – aktuell oder in der Kindheit – als Risikofaktor für Depressionen. Bekannt ist, dass das Gehirn bei Belastung Stresshormone ausschüttet. Ist die Belastung nicht mehr vorhanden, werden die Stresshormone normalerweise wieder herunterreguliert. Bei Depressiven sind diese Vorgänge aber gestört. Diese Erkenntnisse sind Grundlage für die Annahme, dass Depressionen mit einer erhöhten Aktivität der Stresshormonsysteme zusammenhängen.

Hirnstoffwechselstörungen

Die neurobiologische Forschung beschäftigt sich mit den Auswirkungen von Stoffwechselvorgängen im Gehirn auf die Psyche. Eine Theorie ist, dass bei einer Depression bestimmte Botenstoffe im Gehirn, die Nervenimpulse weiterleiten, fehlreguliert sind, zum Beispiel Serotonin und Noradrenalin. Um dies zu erklären, soll die Funktionsweise des Gehirns kurz dargestellt werden: Das Gehirn besteht aus vielen Milliarden von Nervenzellen, die durch Ausläufer, die Nervenfasern, miteinander in Kontakt stehen – ein kompliziertes, fein gesteuertes Netz. Die Informationen werden in den Nervenzellen und Nervenfasern in Form von geringen elektrischen Impulsen weitergeleitet. Zwischen den Enden der Nervenfasern bleibt ein winziger Spalt. In diesem so genannten synaptischen Spalt werden die Informationen auf chemischem Weg übermittelt, weil der Fluss der Elektrizität hier unterbrochen ist. Die Nervenfaser, von der ein Impuls kommt, gibt einen Botenstoff in den Spalt ab, der diesen durchquert und an die nachgeschaltete Nervenfaser „andockt“. Der Botenstoff löst dort einen elektrischen Impuls aus, über den die Information in der nachgeschalteten Nervenfaser weitergeleitet wird. Der synaptische Spalt und die Vorgänge dort sind in Abbildung 2 schematisch dargestellt.

Die neurobiologische Forschung geht davon aus, dass bei einer Depression die Botenstoffe Serotonin und Noradrenalin zu schwach aktiv sind.

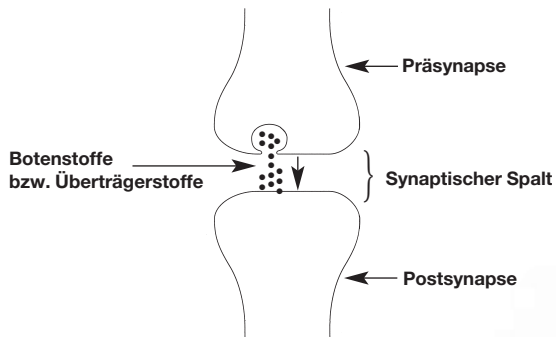


Abbildung 2: Signalübertragung zwischen zwei Nervenfasern (Synapse)

Fehlgelerntes Verhalten

Die psychologische Forschung sieht die Entstehung einer Depression primär als Folge von „fehlgelernten“ Verhaltensweisen. Lernerfahrungen führen zu bestimmten Einstellungen, beispielsweise, dass man bestimmte Situationen nicht bewältigen und kontrollieren kann oder dass nur jemand, der bestimmte Leistungen erbringt, ein anständiger Mensch ist. Ein Beispiel für unterschiedliche von Erfahrung geprägte „Weltsichten“ ist die Betrachtungsweise des Optimisten, der ein Glas halb voll sieht und sich deshalb freuen kann, während der Pessimist dieses schon als halb leer betrachtet und verstimmt ist. Mit solchen negativen Denkmustern und der gegenseitigen Beeinflussung von Gedanken, Gefühlen und Handlungen beschäftigt sich die Lerntheorie. Sie beschreibt beispielsweise eine typische Depressionsspirale, in der niedergeschlagene Stimmung zu einem Interessenverlust und zu sozialem Rückzug führt. Bedingt durch die fehlenden positiven Erlebnisse wird die Stimmung zunehmend schlechter, der Antrieb nimmt immer mehr ab.

Die Ursachen einer Depression sind also vielschichtig. Körperliche und psychische Vorgänge greifen ineinander. Bei manchen depressiven Patienten steht die psychische Belastung – aktuell und/oder aus der Kindheit – im Vordergrund, bei anderen Patienten die genetische Veranlagung.

Formen und möglicher Verlauf von Depressionen

Einzelne oder wiederkehrende depressive Episoden

Eine Depression kann einmal im Leben auftreten und dann nie wieder. Eine solche einmalige depressive Episode kann mehrere Wochen oder Monate, in seltenen Fällen auch ein bis zwei Jahre andauern, manchmal aber auch nur Tage. Sie kann unterschiedlich schwer ausgeprägt sein. In 50 von 100 Fällen bleibt es bei einer einmaligen depressiven Episode. Bei einer schweren Depression sind auch die weiter oben beschriebenen Wahngedanken möglich, zum Beispiel zu verarmen oder eine schwere Schuld auf sich geladen zu haben.

Treten mehrmals depressive Episoden auf, spricht man von einer rezidivierenden, also wiederkehrenden Depression. Im Durchschnitt erleben davon betroffene Patienten etwa alle fünf Jahre eine Episode.

Mit jeder depressiven Episode steigt das Risiko, dass es zu einer weiteren Depression kommt. Die Dauer der Episoden kann sehr unterschiedlich sein und zwischen wenigen Wochen und mehreren Monaten schwanken. Drei Viertel der depressiven Patienten sind nach einer Behandlung von sechs Monaten wieder „gesund“ und ohne Symptome. Im Mittel dauern die depressiven Episoden drei bis sechs Monate. In zehn bis 20 Prozent der Fälle zeigt die Depression einen chronischen Verlauf, bei dem Symptome langfristig bestehen bleiben. Nach neueren Forschungen sind leichtgradige, unter Umständen nur sehr kurz andauernde depressive Zustände in der Bevölkerung sehr viel häufiger, als früher angenommen wurde.

Manisch-depressive Erkrankung

Bei manchen Menschen kommt es zwischendurch auch zu krankhaften Hochphasen, in denen Stimmung und Antrieb so stark gesteigert sind, dass dies zu Problemen mit der Umwelt führt. Dann spricht man von manisch-depressiver (oder bipolarer) Erkrankung. Bei der manisch-depressiven Erkrankung sind zum Teil andere Behandlungen erforderlich als bei rein depressiven Störungen. Diese Broschüre geht auf die Besonderheiten der manisch-depressiven Erkrankung nicht näher ein. Weitere Informationen sind bei einem Arzt für Psychiatrie oder zum Beispiel über die Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen (www.dgbs.de) erhältlich.

Dysthymie

Als Dysthymie bezeichnet man weniger stark ausgeprägte, chronische depressive Verstimmungen, die zwei Jahre oder länger anhalten. Die Betroffenen fühlen sich wochenlang niedergeschlagen und leistungsgemindert, erleben aber zwischendurch auch wieder kurze Phasen, in denen ihre Stimmung besser ist und sie sich leistungsfähiger fühlen.

Anpassungsstörung

Einschneidende Lebensereignisse, zum Beispiel eine starke Belastung im Berufsleben oder ein Beziehungskonflikt, können ebenfalls Auslöser einer Depression mit starkem subjektiven Leiden und Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit und der sozialen Beziehungen sein. In diesen Fällen spricht man von einer depressiven Anpassungsstörung.

Atypische und saisonale Depression

Seltener sind die so genannte atypische Depression und die saisonale Depression. Erstere betrifft häufig jüngere Frauen, die dann unter starker Müdigkeit und Heißhungerattacken leiden. Letztere tritt jahreszeitlich gebunden meist in den Frühjahrs- oder Wintermonaten auf. Es wird vermutet, dass hierfür Veränderungen des Tageslichts über den Lichtbotenstoff Melatonin von Bedeutung sind.

Organische Depression

Bei einer organischen Depression stehen die depressiven Symptome im Zusammenhang mit einer körperlichen Erkrankung. Hier kommen neurologische Erkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Stoffwechselstörungen (hier vor allem Störungen der Schilddrüsenfunktion) oder entzündliche Erkrankungen wie rheumatoide Arthritis oder multiple Sklerose infrage. Auch die Einnahme von Arzneimitteln wie Antibiotika, Betablockern oder Kortisonpräparaten kann zu einer Depression führen. Da noch viele andere körperliche Erkrankungen oder die Einnahme von Arzneimitteln mit einer Depression einhergehen können, sollte bei neu auftretenden depressiven Symptomen immer auch untersucht werden, ob eine entsprechende körperliche Ursache vorliegt. Ist dies der Fall, bildet sich bei gezielter Therapie der Grunderkrankung oder Veränderung der Medikation auch die Depression zurück.

Natürlicher Verlauf ohne Behandlung

Unbehandelt kann eine Depression nach einiger Zeit von allein wieder abklingen und eine einmalige Episode bleiben. In Untersuchungen aus der Zeit, bevor es antidepressiv wirksame Arzneimittel gab, dauerte dies etwa sechs bis acht Monate. Die Depression kann aber auch immer wiederkommen, wobei die Episoden dann immer länger anhalten. Wie hier der Verlauf ohne Behandlung im Einzelfall aussehen würde, lässt sich nicht sicher vorhersagen, da es heute keine systematischen Untersuchungen über unbehandelte Depressionen mehr gibt. Die Depression kann auch trotz Behandlung chronisch werden, mit Anhalten von Symptomen über einen Zeitraum von zwei Jahren und länger. Dies ist bei zwei von zehn Patienten der Fall. Mit einer auf die individuelle Situation abgestimmten Therapie können 75 von 100 Patienten damit rechnen, nach fünf bis sechs Monaten wieder gesund, also frei von depressiven Symptomen zu sein.

Das erste Gespräch beim Arzt

Wer an depressiven Symptomen leidet, kann sich entweder an den Hausarzt, an einen Nervenarzt beziehungsweise Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie, einen Arzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder an einen Psychologischen Psychotherapeuten wenden.

WHO-5-Fragebogen zum Wohlbefinden (WHO-5 Well Being Index), WHO, 1998						
In den letzten beiden Wochen	Die ganze Zeit	Meistens	Über die Hälfte der Zeit	Weniger als die Hälfte der Zeit	Ab und zu	Zu keinem Zeitpunkt
	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
1 Ich bin froh und guter Laune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Ich fühle mich ruhig und entspannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Ich fühle mich aktiv und voller Energie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Beim Aufwachen fühle ich mich frisch und ausgeruht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Mein Alltag ist voller Dinge, die mich interessieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Der WHO-5-Fragebogen zum Wohlbefinden soll von den Patienten im Wartezimmer ausgefüllt werden. Das Ergebnis kommt durch einfaches Addieren der vergebenen Punktwerte (5–0) zustande und erstreckt sich von 0 bis maximal 25, wobei 0 geringstes Wohlbefinden bzw. niedrigste Lebensqualität und 25 größtes Wohlbefinden und höchste Lebensqualität bezeichnen. Ab einem Summenwert von 13 besteht der Verdacht auf eine depressive Störung.

Abbildung 3: WHO-5-Fragebogen zum Wohlbefinden

Im Gespräch fragt der Arzt zunächst genau nach Art und Dauer der Symptome und nach dem bisherigen Verlauf. Entscheidend ist die Antwort auf zwei Fragen: Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos? Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Freude an Dingen, die Sie sonst gern tun? Unter Umständen bittet der Arzt den Patienten, im Vorfeld einen kurzen Fragebogen auszufüllen (siehe Abbildung 3).

Es ist wichtig, dass auch eventuelle Gefühle des Lebensüberdresses und Todeswünsche angesprochen werden: Bestehen solche Gedanken oder Pläne? Hat es solche Gedanken bereits in der Vergangenheit gegeben? Sie sind ein Zeichen schwerer Depression und müssen ernst genommen werden.

Weitere Fragen betreffen Erkrankungen in der Vorgeschichte sowie die Einnahme von Arzneimitteln. Zum ersten Arzttermin sollten am besten alle aktuell eingenommenen Medikamente mitgebracht werden, da, wie oben beschrieben, auch diese eventuell eine Depression auslösen können. Interessant für den Arzt sind auch der soziale und berufliche Werdegang sowie das soziale und familiäre Umfeld. Häufig ist es auch hilfreich, wenn ein Angehöriger oder Partner Auskunft geben kann. Voraussetzung dafür ist allerdings das Einverständnis des Betroffenen.

Der Arzt führt außerdem eine körperliche Untersuchung durch und veranlasst unter Umständen eine Blutuntersuchung. Ziel ist es zum einen, eine möglicherweise vorhandene Grund- oder Begleiterkrankung zu erkennen, die Ursache der Depression sein kann. Zum anderen können einige der antidepressiv wirksamen Arzneimittel unerwünschte Wirkungen auf Herz und Kreislauf sowie auf andere Organsysteme ausüben, die bei entsprechenden vorbestehenden Störungen bei der Medikamentenauswahl zu berücksichtigen sind.

Behandlungsmöglichkeiten bei Depressionen

Nachdem die Diagnose Depression gestellt worden ist und der Arzt mit dem Betroffenen die möglichen Ursachen und Entstehungsmodelle der Erkrankung besprochen hat, stellt sich die Frage nach einer wirksamen Behandlung:

- Welche Möglichkeiten gibt es?
- Was sind die Vor- und Nachteile der verschiedenen Methoden?
- Mit welchen Nebenwirkungen muss ich rechnen?
- Wie lange dauert die Behandlung?
- Was ist davon zu erwarten?
- Was kann ich selbst tun?
- Was können Partner und Familie beitragen?
- Wie kann das Risiko verringert werden, dass die Depression nach der Behandlung wiederkommt?

Wenn diese Fragen ausführlich besprochen und beantwortet sind, kann gemeinsam mit dem Arzt die Entscheidung für eine bestimmte Therapie oder eine Kombination von verschiedenen Methoden getroffen werden. Bei wiederkehrenden Depressionen spielen für die Entscheidungsfindung auch Erfahrungen mit bereits früher durchgeführten Behandlungen eine Rolle.

Weil leichtere Depressionen manchmal auch von selbst und ohne Therapie wieder abklingen, kann man in diesen Fällen auch zunächst einmal etwa zwei Wochen, gegebenenfalls auch länger, beobachtend abwarten, ob eine Besserung eintritt. In schwereren Fällen sollte aber die Behandlung sofort einsetzen, um ausgeprägte schwere und chronische Verläufe zu verhindern.

Die wesentlichen Behandlungsformen

Entsprechend den aktuellen Modellen der Depressionsentstehung sind die zwei wesentlichen Behandlungsformen

- die medikamentöse Behandlung und
- die Psychotherapie.

Eine medikamentöse antidepressive Therapie wirkt der Störung im Hirnstoffwechsel entgegen und stabilisiert auf diese Weise die psychischen Prozesse. Psychotherapeutische Verfahren stabilisieren psychische Prozesse ebenfalls, was wiederum die Stoffwechselfvorgänge im Gehirn positiv beeinflusst.

Beide Methoden haben sich in wissenschaftlichen Untersuchungen als wirksam erwiesen. Die Wahl der Behandlung richtet sich nach Art und Schwere der Depression, der lokalen Verfügbarkeit der Methoden, der Vorgeschichte und den Präferenzen des Betroffenen.

Bei schweren Depressionen ist in der Regel eine Therapie mit Antidepressiva erforderlich. Bei leichteren und mittelschweren Depressionen können Arzneimittel oder Psychotherapie angewandt werden. Ob eine Kombination beider Behandlungsformen in jedem Fall einen Vorteil bietet, lässt sich noch nicht abschließend beurteilen. Wissenschaftliche Untersuchungen, die eine Methode allein oder im Vergleich dazu eine Kombination beider Verfahren prüfen, sind sehr aufwändig und haben bisher keine eindeutigen Ergebnisse erbracht.

Medikamentöse Therapie – was Sie über Antidepressiva wissen sollten

Für die Behandlung depressiver Erkrankungen steht eine große Zahl von Arzneimitteln zur Verfügung. Sie werden als Tabletten oder auch als Tropfen eingenommen, manche nur einmal, manche mehrmals am Tag. Die Wirksamkeit der Antidepressiva ist durch zahlreiche wissenschaftliche Studien gesichert. Die Auswahl im Einzelfall richtet sich nach Art und Ausprägung der Depression und berücksichtigt auch die möglichen Nebenwirkungen, die bei den verschiedenen Wirkstoffgruppen unterschiedlich sein können.

Die Einteilung der Antidepressiva richtet sich danach, welches der wichtigste Angriffspunkt ihrer Wirkstoffe im zentralen Nervensystem ist.

Selektive Serotonin-Rückaufnahmehemmer

Die selektiven Serotonin-Rückaufnahmehemmer (SSRI) hemmen die Rückaufnahme von Serotonin aus dem synaptischen Spalt und steigern dort gezielt die Konzentration dieses Stoffes. Nachdem Nervenbotenstoffe wie Serotonin mit dem Ziel der Signalübertragung in den synaptischen Spalt ausgeschüttet wurden, werden sie über spezielle Mechanismen („Rückaufnahme“ in die Nervenzelle) bald wieder aus dem synaptischen Spalt entfernt, damit es nicht zu einer Dauerreizung der nachgeschalteten Nervenzelle kommt. Wird diese Rückaufnahme durch Antidepressiva gebremst, wirkt der Nervenbotenstoff entsprechend länger und dem Mangel des Überträgerstoffes bei depressiven Störungen entgegen.

Diese modernen Medikamente sind in der Regel relativ gut verträglich. Nebenwirkungen äußern sich hauptsächlich in Übelkeit und Kopfschmerzen sowie zu Behandlungsbeginn auch als Unruhe, Schlaflosigkeit und Angstzustände. Im weiteren Verlauf treten nicht selten sexuelle Funktionsstörungen auf – Orgasmusstörungen und bei Männern auch häufiger ein verzögerter Samenerguss. Wichtig ist zu wissen, dass bei zu schnellem Absetzen nach längerer Anwendung „Absetzerscheinungen“ mit Kribbeln, Schwindel, Kopfschmerzen und Übelkeit auftreten können. Die Behandlung mit diesen Arzneimitteln sollte deshalb über

mehrere Wochen „ausschleichend“ beendet werden. Im Zusammenhang mit den oben genannten Unruhezuständen dürfte auch die Beobachtung stehen, dass unter SSRI verstärkt lebensmüde (suizidale) Gedanken auftreten können, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen. Für Erwachsene lässt sich ein solches Risiko aufgrund der vorliegenden Untersuchungen gegenwärtig nicht sicher bestätigen. Wer diese Medikamente einnimmt, sollte jedoch auf jeden Fall, besonders zu Beginn der Behandlung, mit seinem behandelnden Arzt in engem Kontakt bleiben.

Selektive Serotonin- und/oder Noradrenalin-Rückaufnahmehemmer

Andere moderne Antidepressiva, die so genannten selektiven Serotonin- und Noradrenalin-Rückaufnahmehemmer (SSNRI), auch duale Antidepressiva genannt, sowie ein selektiver Rückaufnahmehemmer nur von Noradrenalin (SNRI), hemmen in unterschiedlichem Ausmaß hauptsächlich die Rückaufnahme von Serotonin und/oder Noradrenalin aus dem synaptischen Spalt und verstärken so die Reizübertragung.

Die Antidepressiva mit dem dualen Wirkmechanismus (SSNRI) haben insgesamt meist wenige Nebenwirkungen. Benommenheit, Übelkeit oder Schlafstörungen und ein dosisabhängiger Blutdruckanstieg können vorkommen.

Wenn das Antidepressivum vorrangig die Noradrenalin-Wiederaufnahme hemmt, kann dies mitunter zu Benommenheit, Schlafstörungen, Beschleunigung des Herzschlages und Mundtrockenheit führen. Bei Männern können auch Probleme beim Wasserlassen auftreten.

Alpha-2-Antagonisten

Einen andersartigen Wirkmechanismus hat ein Antidepressivum, das auf indirektem Weg die Wirkung der Botenstoffe verstärkt, der so genannte Alpha-2-Antagonist. Dieser ist ebenfalls meist gut verträglich. Neben Müdigkeit ist längerfristig eine Gewichtszunahme beobachtet worden.

Nichtselektive Monoamin-Rückaufnahmehemmer

Die schon länger verfügbaren nichtselektiven Monoamin-Rückaufnahmehemmer (NSMRI), die aufgrund ihrer chemischen Struktur traditionell als trizyklische Antidepressiva (TZA) bezeichnet werden, bewirken ebenfalls in unterschiedlichem Ausmaß eine Hemmung der Wiederaufnahme von Serotonin und Noradrenalin. Diese Gruppe blockiert jedoch auch Bindungsstellen (Rezeptoren) für weitere Botenstoffe, die nicht für die Depressionstherapie wichtig sind, zum Beispiel für Histamin. Dies erklärt einen Teil der Nebenwirkungen dieser Wirkstoffgruppe, die unter anderem das Herz-Kreislauf-System betreffen. Möglich sind Störungen der Erregungsleitung am Herzen und eine Fehlregulation des Kreislaufs mit Blutdruckabfall und Schwindel oder Kollaps. Weitere Nebenwirkungen können Mundtrockenheit, Sehstörungen oder Verstopfung sein. Kontrollen des Elektrokardiogramms (EKG) sind besonders wichtig, sowohl vor Beginn als auch während der Behandlung. Bei bestimmten Herz-Kreislauf-Krankheiten, vor allem Störungen der Erregungsleitung am Herzen, erhöhtem Augeninnendruck (Glaukom), einem Krampfleiden (Epilepsie) oder einer Prostatavergrößerung sollten diese Arzneimittel eher nicht eingesetzt werden.

Monoaminoxidase-Hemmstoffe

Eine weitere Gruppe bilden die Monoaminoxidase-Hemmstoffe (MAO-Hemmer). Die Monoaminoxidase ist ein Enzym, das für den Abbau von Serotonin und Noradrenalin bedeutsam ist. Die kurz- oder längerfristige Hemmung des Enzyms steigert die Konzentration der Botenstoffe, die somit vermehrt für die Signalübertragung zur Verfügung stehen.

Bei kürzer anhaltender Hemmung gibt es nur wenige Nebenwirkungen, zum Beispiel Mundtrockenheit. Hält die MAO-Hemmung länger an, muss eine Diät mit Vermeidung von Käse und Rotwein eingehalten werden, da sonst bedrohliche Blutdruckveränderungen – Anstieg oder Abfall – auftreten können. Eine Kombination der MAO-Hemmer mit SSRI oder NSMRI wird nicht empfohlen.

Pflanzliche Antidepressiva

Unter den pflanzlichen Antidepressiva sind Johanniskrautextrakte von Bedeutung. Welche Substanzen in diesen Extrakten wirksam sind, ist noch nicht genau bekannt. Johanniskrautextrakte haben zwar kaum Nebenwirkungen. Möglich sind eine erhöhte Lichtempfindlichkeit der Haut, eine so genannte Phototoxizität, und allergische Hautreaktionen. Diese Medikamente weisen aber starke Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln auf, manchmal mit schwerwiegenden Folgen. So können orale Verhütungsmittel („die Pille“) unwirksam oder andere Arzneimittel in ihrer Wirkung verstärkt werden. Das bekannteste Beispiel sind hier die Blut verdünnenden Medikamente, zum Beispiel Cumarinabkömmlinge. Insgesamt wird nur eine kurzfristige Anwendung von Johanniskrautextrakten empfohlen. Bei schweren Depressionen mit lebensmüden Gedanken sollten sie nicht angewandt werden.

Lithium

Eine Sonderrolle spielt das Lithium. Es ist ein Salz, das vielfältige Wirkungen auf biologische Prozesse in der Zelle hat. Therapeutisch wird es vor allem bei manischen Zuständen eingesetzt. Es kann bei mangelnder Wirksamkeit der Antidepressiva als „Wirkungsverstärker“ zusätzlich gegeben werden. Vor allem wird es vorbeugend gegen das Wiederauftreten sowohl manischer als auch depressiver Phasen (inklusive Selbsttötungsversuche) eingesetzt. Mögliche unerwünschte Wirkungen sind unter anderem Zittern, Muskelschwäche und Durchfälle. Eine Besonderheit der Lithiumbehandlung ist, dass sie über eine regelmäßige Kontrolle der Lithiumkonzentration im Blut gesteuert werden muss. Deswegen sind bei dieser Therapie regelmäßige Blutabnahmen zur Bestimmung der Lithiumkonzentration notwendig.

Gibt es Wirksamkeitsunterschiede?

Zahlreiche Studien haben die Antidepressiva auf ihre Wirksamkeit und auf ihre Vergleichbarkeit untersucht. Aus den vorliegenden Ergebnissen lässt sich jedoch nicht ableiten, dass ein bestimmtes Arzneimittel den anderen grundsätzlich überlegen ist. Insgesamt ist bei allen Schweregraden der Depression die Wirksamkeit der getesteten Antidepressiva vergleichbar.

Eine Ausnahme bilden die pflanzlichen Antidepressiva. Sie haben sich nur in wenigen Studien bei leichten bis mittelschweren Depressionen als wirksam erwiesen und das auch nur unterschiedlich gut. Ihre Bedeutung für die Therapie von Depressionen lässt sich noch nicht abschließend beurteilen.

Wirkstoffgruppe	Gebräuchlichste Substanzen ¹⁾
Selektive Serotonin-Rückaufnahmehemmer (SSRI)	Citalopram Escitalopram Fluoxetin Paroxetin Sertralin
Selektive Serotonin-/Noradrenalin-Rückaufnahmehemmer (SSNRI)	Venlafaxin Duloxetin
Selektive Noradrenalin-Rückaufnahmehemmer (SNRI)	Reboxetin
Alpha-2-Antagonisten	Mirtazapin Mianserin
Nichtselektive Monoamin-Rückaufnahmehemmer (NSMRI)	Amitriptylin Amitriptylinoxid Clomipramin Doxepin Imipramin Maprotilin Nortriptylin Opipramol Trimipramin
Monoaminoxidase-(MAO-)Hemmstoffe	Moclobemid Tranylcypromin
Pflanzliche Antidepressiva	Hypericum perforatum (Johanniskraut)
Nichtklassifizierte Antidepressiva	Trazodon

¹⁾ Angegeben sind die chemischen Bezeichnungen („Freinamen“). Die Wirkstoffe werden unter zum Teil unterschiedlichen Handelsnamen als Arzneimittel vertrieben. Die meisten sind als so genannte Generika erhältlich.

Tabelle 1: Wirkstoffgruppen von Antidepressiva und Beispiele von Einzelsubstanzen

Eine Voraussetzung für die Wirksamkeit der Arzneimittel ist, dass sie in genügend hoher Dosierung und für ausreichend lange Zeit eingenommen werden. Der Eintritt der depressionslösenden Wirkung der Antidepressiva kann bis zu vier Wochen dauern. Welcher Wirkstoff in welcher Zeit bei welchem Patienten wirkt, lässt sich nicht vorhersagen. Jede Therapie ist individuell zu planen. Welche Symptome der Depression sich zuerst bessern, ist ebenfalls von Fall zu Fall verschieden.

Es gibt keine Möglichkeit, von vornherein das für den individuellen Patienten Erfolg versprechendste Arzneimittel zu bestimmen. Wenn nach maximal vier Wochen Behandlung das zuerst verordnete Antidepressivum trotz ausreichender Dosierung nicht wirkt, wird in der Regel die Therapie auf ein Medikament mit einem anderen Wirkmechanismus umgestellt. Dies ist bei mehr als einem Drittel der Patienten notwendig und in der antidepressiven Arzneimitteltherapie ganz alltäglich. Man muss deshalb nicht befürchten, dies sei ein Zeichen für eine besonders schwer zu behandelnde Depression.

Auf das zweite Arzneimittel spricht dann etwa die Hälfte der Patienten an, sodass die Therapie insgesamt bei über 80 von 100 Patienten wirksam ist. Auch eine Kombination von zwei Arzneimitteln ist möglich. Allerdings gibt es dazu noch keine systematischen wissenschaftlichen Untersuchungen. Bei ungenügender oder ausbleibender Wirkung des Antidepressivums kann Lithium als Wirkungsverstärker für mindestens zwei Wochen dazugegeben werden.

Antidepressiva machen nicht abhängig

Eine häufig geäußerte Befürchtung ist, dass Antidepressiva abhängig machen. Dies trifft jedoch nicht zu. Antidepressiva haben kein Suchtpotenzial, obwohl sie allgemein zu den Psychopharmaka zählen, also zu den Arzneimitteln, die psychische Funktionen beeinflussen.

Was muss bei der Behandlung mit Antidepressiva beachtet werden?

Bei Einnahme von manchen Antidepressiva müssen bestimmte Laborwerte oder auch das Elektrokardiogramm (EKG) kontrolliert werden, da diese Medikamente zu Laborwertveränderungen führen oder die Erregungsleitung am Herzen beeinflussen können. Deswegen sollte die Einnahme von Antidepressiva stets unter ärztlicher Kontrolle erfolgen.

Die Fahrtüchtigkeit ist in der Regel nach der Einstellungsphase der Antidepressiva, die ungefähr vier Wochen dauert, nicht mehr beeinträchtigt. Eine Ausnahme ist die gleichzeitige Einnahme von Angst lösenden Arzneimitteln (Anxiolytika). Anfangs können auch Antidepressiva manchmal müde machen. Deshalb sollten Betroffene in dieser Phase nicht Auto fahren. Besprechen Sie dieses Risiko auf jeden Fall mit Ihrem Arzt.

Antidepressiva können auch Wechselwirkungen mit Alkohol und verschiedenen Arzneimitteln hervorrufen. Ein Arzneimittel kann den Wirkspiegel eines anderen so verändern, dass dessen Konzentration im Körper erhöht oder gesenkt wird. Das kann zu einer „Überdosierung“ oder zu einem Wirksamkeitsverlust führen. Deshalb ist es wichtig, die Wahl des Antidepressivums auch auf weitere eventuell regelmäßig eingenommene Medikamente abzustimmen. Die möglichen Wechselwirkungen sind sehr zahlreich und müssen im Einzelfall besprochen werden. Informieren Sie Ihren Arzt über alle eingenommenen Arzneimittel oder über Veränderungen der Medikation im Laufe der Therapie.

Ablauf und Dauer der medikamentösen Behandlung

In der Behandlung der Depression werden drei Phasen unterschieden:

- die Akutbehandlung zur Besserung der Symptome
- die Erhaltungstherapie zur Stabilisierung der Behandlung
- die Rückfallvorbeugung, auch Rezidivprophylaxe genannt

Die Akutbehandlung dauert so lange, bis die depressiven Symptome vollständig abgeklungen sind. Bei 75 von 100 Patienten ist dies nach etwa fünf bis sechs Monaten der Fall. Danach schließt sich für etwa sechs Monate eine Erhaltungstherapie mit demselben Arzneimittel an, das zur Besserung geführt hat.

Wie lange dann noch eine weitere Therapie zur Vorbeugung eines Rückfalls (Rezidivprophylaxe) folgen soll, ist bisher noch nicht ausreichend wissenschaftlich geklärt. Das Vorgehen hängt von der Art, der Schwere und vor allem der Anzahl der vorausgegangenen depressiven Episoden ab. In jedem Fall sollte der Arzt dies mit Ihnen besprechen und seine Vorschläge begründen. Die Rückfallprophylaxe kann häufig mit dem Arzneimittel erfolgen, das zum Abklingen der Depression geführt hat. Alternativ kann auch Lithium eingesetzt werden. Bei der Lithiumtherapie sind allerdings regelmäßige Blutspiegelkontrollen notwendig.

Psychotherapie bei Depressionen

Psychotherapeutische Verfahren sind die zweite wesentliche Säule der Depressionsbehandlung. Dazu gehört zunächst die supportive Psychotherapie, die Bestandteil jeder ärztlichen Behandlung ist. Der Arzt arbeitet gegen die Hoffnungslosigkeit des Patienten an, unterstützt ihn bei der Alltagsbewältigung und bei der Lösung von aktuellen Lebensproblemen. Bei nicht schwer ausgeprägter Depression kann dies allein oder als Ergänzung zu Antidepressiva ausreichend sein.

Die nächste Stufe der Psychotherapie sind spezifische Verfahren. Als wirksam haben sich die Verhaltenstherapie, besonders die daraus entwickelte kognitive Verhaltenstherapie, und die interpersonelle Psychotherapie erwiesen. Auch tiefenpsychologische Psychotherapien werden bei der Depressionsbehandlung angewendet. Welche Methode geeignet ist, muss im Einzelfall mit dem Patienten zusammen entschieden werden. Allgemeine Regeln lassen sich nicht aufstellen. Die Psychotherapieformen unterscheiden sich in ihrer Arbeitsweise und in der Dauer der Behandlung, sodass Betroffene sich nach ausführlicher Information für eine Methode entscheiden sollten, die ihren Bedürfnissen am besten entspricht und für die ein geeigneter Therapeut zur Verfügung steht. Psychotherapien unterstützen den Patienten dabei, vorhandene Fähigkeiten zur Bewältigung von Problemen und „schlechten“ Gefühlen wieder zu aktivieren und neue Fähigkeiten zu entwickeln. Die Behandlung soll dazu beitragen, dass sich die Problemlösungsfähigkeit und das Selbstwertgefühl stabilisieren.

Verhaltenstherapie

Die Verhaltenstherapie sieht depressive Verhaltensweisen, Gedanken und Gefühle als Folgen eines „Fehlernens“ an. Durch die Förderung angenehmer und den Abbau belastender Erfahrungen sowie durch das Erlernen alternativer Verhaltensweisen lässt sich die depressive Stimmung bessern. Beispielsweise können fehlende positive Erlebnisse Passivität und Rückzug nach sich ziehen, was sich negativ auf die Stimmung auswirkt. Durch den Aufbau von Aktivitäten kommt es wieder zu positiven Erlebnissen, und damit verbessert sich auch die Stimmung.

Kognitive Therapie

Die aus der Verhaltenstherapie entwickelte so genannte kognitive Therapie hat ein Behandlungskonzept speziell für die Depression entwickelt, in dem die depressiven Denkmuster bearbeitet werden. Ausgangspunkt ist die Annahme, dass Gefühle, Denken und Handeln eng miteinander verbunden sind. So kann niedergeschlagene Stimmung negative Denkmuster (zum Beispiel: „Ich bin nichts wert“) begünstigen, was wiederum Antriebsmangel und sozialen Rückzug zur Folge hat. Die Therapie soll das negative Denkmuster und damit auch die negativen Gefühle und Reaktionen durchbrechen und verändern. Die kognitive Therapie dauert 25 Sitzungen bei leichten und bis zu 80 Sitzungen bei mittelschweren und schweren Depressionen, verteilt auf sechs bis zwölf Monate. Wie schnell die Wirkung einsetzt, ist individuell sehr verschieden. Durch aktives Üben mit Hausaufgaben empfinden die Patienten jedoch in der Regel eine baldige Besserung der depressiven Symptome.

Interpersonelle Psychotherapie

Die interpersonelle Psychotherapie (IPT) ist eine Kurzzeittherapie mit zwölf bis 20 Sitzungen. Ihr Schwerpunkt liegt darin, Konflikte zu bearbeiten, die sich aus zwischenmenschlichen Beziehungen oder aus Veränderungen der Lebenssituation, zum Beispiel Eintritt in den Ruhestand oder Trennungen, ergeben. Diese Problembereiche werden in drei Abschnitten angegangen: Im ersten Abschnitt (Sitzungen eins bis drei) soll der Patient von negativen Gefühlen entlastet werden. Mit dem Therapeuten setzt er sich Ziele für die Behandlung. Die nächste Phase (Sitzungen vier bis 13) dient dazu, die Konflikte zu bearbeiten und neue Bewältigungsstrategien zu erlernen. Außerdem werden negative Gefühle bearbeitet sowie bereits vorhandene Fähigkeiten aktiviert. Im letzten Abschnitt der Therapie (zwei bis drei Sitzungen) wird die Zeit nach der Behandlung vorbereitet.

Tiefenpsychologische Psychotherapie

Die tiefenpsychologische Psychotherapie geht davon aus, dass eine Depression im Rahmen von Konflikten mit nahestehenden Personen, zum Beispiel bei Enttäuschungen oder Versagensängsten, entstehen kann. Die Therapie hat zum Ziel, diese konflikthafte Muster zu bearbeiten und zu verändern. Sie konzentriert sich auf Probleme in zwischenmenschlichen Bereichen sowie auf die Bearbeitung aktueller Konflikte und deren Folgen für die sozialen Beziehungen. Der Therapeut unterstützt, indem er zuhört, akzeptiert, Hoffnung vermittelt und Hilfestellung bei der Überwindung der Depression bietet. Die Dauer der Behandlung beträgt zwischen 25 und 160 Sitzungen.

Bei einer akuten Depression ist eine tiefenpsychologische Psychotherapie jedoch kontraindiziert und nur nach Abklingen der Akutsymptomatik zu empfehlen.

Weitere Verfahren zur Behandlung von Depressionen

Von geringerer Bedeutung oder seltener angewandt sind die folgenden Therapieverfahren:

Lichttherapie

Bei der seltenen saisonalen Depression (Winterdepression) kann Licht als Therapieverfahren eingesetzt werden. Hier setzt sich der Patient täglich für 30 bis 40 Minuten einer Lichtquelle von 2.500 bis 10.000 Lux im Abstand von nur 50 bis 80 Zentimetern aus. Lux ist ein Maß für die Beleuchtungsstärke. 10.000 Lux entsprechen den Verhältnissen im Schatten im Sommer. Die typische Bürobeleuchtung hat eine Stärke von 500 Lux. Über die Netzhaut des Auges und den Sehnerv wird die Ausschüttung von Botenstoffen angeregt. Ein Spaziergang selbst an einem Wintertag bietet allerdings in unseren Breiten eine vergleichbare Lichtzufuhr und zudem noch Bewegung und frische Luft. Höhensonnen, normale Zimmerlampen oder andere Leuchten können die spezifischen Lichttherapiegeräte nicht ersetzen. Die Lichttherapie gehört in Deutschland nicht zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenkassen.

Schlafentzug (Wachtherapie)

Der Patient bleibt eine ganze Nacht und den darauf folgenden Tag wach. Selbst kurze Nickerchen müssen vermieden werden. Der Schlafentzug muss mit anderen Verfahren kombiniert werden, da sich zwar nach einer wachen Nacht die depressiven Symptome häufig deutlich bessern, dies aber nur für ein oder zwei Tage anhält. Wiederholter Schlafentzug kann den Effekt stabilisieren. Subjektiv ist es für viele Betroffene jedenfalls eine ermutigende Erfahrung, dass sich durch diese einfache Maßnahme eine Depression, wenn nicht heilen, so doch vorübergehend durchbrechen lässt.

Elektrokrampftherapie

Bei Patienten mit schweren Depressionen, die auf keine andere Behandlung angesprochen haben, ist die Elektrokrampftherapie (EKT) ein wirksames Verfahren. In Kurznarkose wird durch Stimulation mit einem Stromimpuls ein künstlicher Krampfanfall ausgelöst. Durch die moderne schonende Technik sind die Nebenwirkungen gering, acht bis zwölf Anwendungen im Abstand von zwei bis drei Tagen sind meist ausreichend. Neben dem allgemeinen Narkoserisiko sind als unerwünschte Wirkungen vorübergehende Gedächtnisstörungen zu erwähnen. Viele schwer depressive Patienten empfinden dieses Verfahren als sehr hilfreich. Die EKT wird in Deutschland nur im Rahmen einer Krankenhausbehandlung durchgeführt.

Hinweise für depressive Menschen

- Wenn Sie bei sich Anzeichen einer Depression feststellen, suchen Sie möglichst bald Ihren Hausarzt oder einen Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie auf. Um die Situation zu beurteilen, kann es hilfreich sein, wenn Sie schon möglichst früh jemanden zum Arztgespräch mitbringen, der Sie gut kennt – natürlich nur, wenn Sie dies wünschen.
- Stellen Sie sich darauf ein, dass die Behandlung bei einer ersten depressiven Episode ungefähr ein halbes bis ein Jahr dauert. Das bedeutet aber nicht, dass es Ihnen so lange schlecht geht. Die erste Besserung nach Beginn einer medikamentösen Therapie tritt je nach Arzneimittel manchmal schon nach wenigen Tagen ein, häufiger nach zwei oder drei Wochen. Welche depressiven Symptome sich als Erstes bessern, ist individuell verschieden. Mancher Patient bemerkt, dass er besser schlafen kann, bei manchem bessert sich der Antrieb. Ältere Patientinnen haben beispielsweise wieder, wie in gesunden Tagen, Lust auf ihre wöchentlichen Friseurbesuche. Bis die akute Phase ganz abgeklungen ist und die Symptome weitgehend verschwunden sind, kann es einige Wochen bis zu sechs Monate dauern.
- Es ist wichtig, auch in der Depression Aktivitäten zu pflegen. Sich völlig abzukapseln, den ganzen Tag auf der Couch zu liegen und ohne Beschäftigung den Tag zu verbringen, verstärkt die Depression. Versuchen Sie, mit kleineren Aktivitäten zu beginnen. Sie werden merken, dass dies erleichternd sein kann und dass Ihre Stimmung sich dadurch bessert.
- Für viele depressive Menschen hat es sich als hilfreich erwiesen, einen Tages- oder Wochenplan mit angenehmen Aktivitäten auszuarbeiten. Denken Sie daran, dass das Einhalten dieses Plans keine Selbstverständlichkeit ist. Jede Aktivität, jede Veränderung ist ein Erfolg und wichtig für Sie. Anerkennung, vor allem Selbstanerkennung und Selbstlob, sind wichtig, um die Depression zu bewältigen.

- Regelmäßige Bewegung hilft ebenfalls gegen niedergeschlagene Stimmung. Überlegen Sie, was Sie gern machen – Spaziergänge, Walking, Radfahren oder Schwimmen.
- Wenn Sie wegen der Depression soziale Kontakte aufgegeben haben, versuchen Sie, diese wieder aufzunehmen: Rufen Sie einen Freund oder eine Freundin an, auch ein kurzes Gespräch kann hilfreich sein, ebenso Aktivitäten in Gesellschaft anderer. Nehmen Sie Angebote dazu an.
- Verurteilen Sie sich nicht für Ihre Stimmung und die depressiven Gedanken. Fragen Sie sich eher, was Sie depressiv gemacht hat, und sprechen Sie mit anderen darüber. Wichtig ist, mit irgendetwas zu beginnen, einen ersten Schritt zu unternehmen.
- Bei lebensmüden Gedanken sprechen Sie mit dem Partner, mit Angehörigen und mit Ihrem Therapeuten darüber, auch wenn es Ihnen schwerfällt. Mit Unterstützung lassen sich Probleme und Krisen leichter bewältigen. Versuchen Sie zu sagen, was in dieser Situation hilfreich für Sie ist, was Sie brauchen und welche Art Unterstützung Sie sich wünschen, um die Krise zu bewältigen. Denken Sie daran, wie Sie frühere Krisen bewältigt haben und dass Sie aus dieser schweren Phase wieder herauskommen werden.
- Stellen Sie sich auf eine allmähliche Besserung der Depression ein, aber rechnen Sie auch mit zwischenzeitlichen Stimmungsschwankungen nach unten. Insgesamt wird sich Ihre Situation im Verlauf der Therapie stabilisieren und verbessern.
- Vermeiden Sie Alkoholenuss. Nehmen Sie Schlafmittel nur kurzzeitig und unter ärztlicher Kontrolle ein.

Was Angehörige wissen sollten und was sie tun können

- Eine Depression kann die Partnerschaft und die Familie belasten. Wenn der Patient in der Depression Hoffnungslosigkeit äußert, ist es sehr wichtig, ihm zu versichern, dass er nach der Behandlung wieder ganz der Alte sein wird. Depression ist nicht Ausdruck von Unvermögen oder Absicht – etwa Nichtkönnen oder Nichtwollen. Verständnis für die schwierige Situation des Betroffenen und dessen Gefühle von Hilflosigkeit zu vermitteln ist förderlich, ebenso die Versicherung, dass er jeden möglichen Beistand erhalten wird.
- Hilfe kann darin bestehen, etwas mit dem depressiven Menschen zu unternehmen und ihn dazu zu ermutigen – zum Beispiel spazieren gehen, Musik hören. Oder fragen Sie ihn, was ihm vor der Erkrankung Spaß gemacht hat.
- Wenig hilfreich ist es, einem Depressiven zu einem Ortswechsel, zum Beispiel im Rahmen einer Urlaubsreise, zu raten. Der Wechsel der gewohnten Umgebung verstärkt meist nur die depressive Symptomatik.
- Wer eine schwere Depression hat, lässt sich nicht davon „ablenken“ oder sich „einreden“, dass es ihm doch gar nicht so schlecht gehe. Aber er kann vielleicht Verständnis und Unterstützung bei kleineren Aktivitäten annehmen. Jedes auch noch so kleine Zeichen, das dem Depressiven deutlich macht, dass er in der Krankheit akzeptiert wird, ist wertvoll.
- Körperliche Bewegung hat sich als hilfreich gegen niedergeschlagene Stimmung erwiesen. Ermuntern Sie daher den Betroffenen, sich zu bewegen, zum Beispiel Rad zu fahren oder zu schwimmen.
- Gelegentlich können Depressive in ihrer Stimmung und im Antrieb so schwer beeinträchtigt sein, dass Partner und Familie überfordert und der Belastung nicht mehr gewachsen sind. Für den Patienten ist dann eine Krankenhausbehandlung sinnvoll, die auch die Angehörigen entlastet.

- Häufig empfinden sich depressive Menschen als Bürde für ihre Umgebung, fühlen sich unzulänglich: „Vielleicht habe ich mich nicht genug angestrengt.“ Entlasten Sie den Betroffenen von solchen Schuldgefühlen. Zeigen Sie aber auch Verständnis, wenn er in seiner Situation keine Anrufe entgegennehmen und keine Freunde treffen will.
- Depressive wünschen sich, dass die Menschen in ihrem Umfeld Verständnis für die Situation aufbringen, Aussicht auf Besserung vermitteln und Hilfe anbieten.
- Mit einem depressiv Kranken zusammenzuleben kann auch die eigene Befindlichkeit negativ beeinflussen. Hoffnungslosigkeit und schlechte Stimmung stecken an. Eine Gefahr ist, dass der Partner selbst „mittelbar depressiv“ wird, das heißt, ebenfalls nicht mehr aus dem Haus geht oder Kontakte zu Freunden reduziert. Damit ist dem Kranken aber nicht geholfen. Er versteht, dass der Partner sein eigenes Leben weiterleben muss, weil er ihm nur dann hilfreich zur Seite stehen kann. Es ist keine Vernachlässigung des Kranken, wenn der Partner sich allein mit Freunden trifft, ausgeht oder seine Hobbys pflegt.

Umgang mit lebensmüden Gedanken und Äußerungen

Wenn depressive Menschen lebensmüde Gedanken haben, ist dies besonders belastend für Partner und Familie. Diese Gedanken anzusprechen kann für den Betroffenen bereits hilfreich sein. Für die Angehörigen ergibt sich trotzdem die Frage, wie sie damit umgehen sollen. Dafür gibt es allerdings kein Patentrezept. Vielleicht kann zunächst aus solchen Äußerungen die Botschaft entnommen werden: „Schau, so schlecht geht es mir.“ Bieten Sie den Beistand an, den Sie leisten können. Betonen Sie auch, dass professionelle Hilfe erforderlich ist und dass Sie davon überzeugt sind, dass es Lösungen gibt. Fragen Sie, welche Art von Unterstützung der Betroffene sich von Ihnen wünscht und verweisen Sie auf seine Stärken, die Sie kennen und die vorhanden, nur eben im Zustand der Depression nicht verfügbar sind. Vermitteln Sie Hoffnung, dass depressive Menschen bei Behandlung mit wirksamen Methoden wieder gesund werden.

Sagen Sie auch, dass Sie den behandelnden Arzt informieren werden, oder noch besser: Raten Sie dem Patienten, von sich aus darüber zu sprechen. Falls Sie sich nicht überfordert fühlen,

sprechen Sie die lebensmüden Gedanken aktiv an: „Ich habe den Eindruck, dass Dir in letzter Zeit alles egal ist und sinnlos vorkommt. Denkst Du manchmal auch daran, dass Du nicht mehr leben willst?“ Bejaht der Betroffene dies, könnte sich folgende Frage anschließen: „Hast Du Dir schon überlegt, wie Du es machen würdest?“ „Hast Du bereits Vorbereitungen getroffen?“ „Ich habe den Eindruck, dass Du Dich nicht gegen die Gedanken wehren kannst.“

In dieser Situation ist es wichtig, zusammen mit dem Betroffenen und dem behandelnden Arzt das weitere Vorgehen zu besprechen – auch ob die ambulante Therapie ausreicht oder eine stationäre Behandlung erforderlich ist, unter Umständen gegen den Willen des Patienten, falls dieser sich nicht von seinen lebensmüden Gedanken distanzieren kann.

Der Austausch mit Freunden oder mit einem Arzt kann für Partner und Angehörige hilfreich sein. Auch Sie dürfen sich entspannen und sich etwas Gutes tun. Niemand verlangt von Ihnen, dass Sie sich permanent um den Betroffenen kümmern.

Weiterführende Informationen und Hilfen

TK-Ärztezentrum

Erfahrene Fachärzte geben Ihnen am Telefon Antwort auf Ihre individuellen Fragen zum Thema sowie rund um Medizin und Gesundheit. 24 Stunden täglich. An 365 Tagen im Jahr.

Tel. 018 02 - 64 85 64

(ab 6 Cent pro Gespräch, abhängig vom Anbieter)

Kompetenznetz Depression

Das Kompetenznetz Depression, Suizidalität ist ein bundesweites Netzwerk für Forschung und Versorgung im Bereich depressiver Erkrankungen. Das Projekt wird gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF). Die Internetseiten bilden eine Plattform für Informationen rund um das Thema, Adressen, Literaturtipps sowie Links zu anderen Informationsangeboten.

www.kompetenznetz-depression.de

Deutsches Bündnis gegen Depression e. V.

Projekt des Kompetenznetzes Depression zur Förderung regionaler Unterstützungsangebote und regionaler Bündnisse. Die Adressen sind auf der Internetseite abrufbar.

www.buendnis-depression.de

Psychotherapie-Informations-Dienst

Persönliche Telefonberatung bei der Suche nach einem Therapeuten

Tel. 02 28 - 74 66 99 (Mo., Di., Do., Fr. 9 bis 12 Uhr,

Mo., Do. 13 bis 16 Uhr)

www.psychotherapiesuche.de

NAKOS

Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen
Wilmsdorfer Straße 39

10627 Berlin

Tel. 030 - 31 01 89 60

(Di., Mi., Fr. 9 bis 13 Uhr, Do. 13 bis 17 Uhr)

NAKOS bietet eine Datenbank bundesweiter Selbsthilfevereinigungen wie auch lokaler und regionaler Gruppen.

www.nakos.de

Telefonseelsorge

Die Telefonseelsorge bietet neben Gesprächen am Telefon auch einen Austausch per E-Mail und Chat an. Informationen dazu gibt es auf den Internetseiten. Auch persönliche Beratung ist in zahlreichen Städten möglich.

Tel. 08 00 - 111 01 11 und 08 00 - 111 02 22

www.telefonseelsorge.de

Für eine erfolgreiche Behandlung ist es notwendig, dass Patient und Arzt zu einer gemeinsamen Sprache finden, um sich über Krankheitsbilder sowie Nutzen und Risiken der geplanten Therapie verständigen zu können. Damit der Patient in die Lage versetzt wird, seinem Arzt die für ihn wichtigen Fragen zu stellen, benötigt er in der Regel viele Informationen über seine Erkrankung und die Behandlungsmöglichkeiten.

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft stellt den Ärzten seit vielen Jahrzehnten wissenschaftlich fundierte und von wirtschaftlichen Interessen unabhängige Arzneimittelinformationen zur Verfügung.

Seit einigen Jahren veröffentlicht sie regelmäßig Therapieempfehlungen für Ärzte, die auf der Grundlage wissenschaftlich gesicherter Erkenntnisse den aktuellen Standard in der Behandlung von in der Bevölkerung häufig vorkommenden Krankheitsbildern oder Symptomen darstellen.

Die Arzneimittelkommission begrüßt es daher außerordentlich, dass die Techniker Krankenkasse die Initiative ergriffen hat, allgemein verständliche Patienteninformationen zu entwickeln, die sich auf diese „evidenzbasierten“ Therapieempfehlungen für Ärzte beziehen.

Die Mitglieder der Kommission wünschen sich, dass diese Patientenbroschüren zu einer gestärkten Partnerschaft zwischen Patient und Arzt beitragen und dadurch zukünftig Wirksamkeit und Sicherheit der Arzneimitteltherapie weiter verbessern mögen.

Prof. Dr. med. W.-D. Ludwig

Vorsitzender der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft