

Unipolare Depression

2. Auflage, Dezember 2016
Version 1

Diese PatientenLeitlinie beruht auf der kombinierten S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie „Unipolare Depression“ und den dort angeführten Quellen. Sie enthält neben den Empfehlungen der ärztlichen Leitlinie Hintergrundwissen und praktische Tipps für Betroffene, die nicht auf den wissenschaftlichen Quellen der Leitlinie beruhen.
www.depression.versorgungsleitlinien.de

Foto: Rainer Sturm / pixelio.de



Bundesärztekammer



Kassenärztliche
Bundesvereinigung



Arbeitsgemeinschaft der
Wissenschaftlichen
Medizinischen
Fachgesellschaften



Deutsche Gesellschaft für
Psychiatrie und Psycho-
therapie, Psychosomatik
und Nervenheilkunde

Inhaltsverzeichnis

1	Was diese Information bietet.....	4
2	Zusammenfassung.....	9
3	Was ist eine Depression?	11
4	Wie wird eine Depression festgestellt?	18
5	Wie wird eine Depression behandelt?.....	27
6	Wer an der Behandlung beteiligt ist	89
7	Was Sie selbst tun können.....	94
8	Was Angehörige und Freunde wissen sollten.....	96
9	Ein paar Worte zu einem schwierigen Thema.....	99
10	Hilfe in Krisensituationen.....	102
11	Ihr gutes Recht.....	103
12	Rat, Unterstützung und weitere Informationen.....	105
13	Organisationen und medizinische Fachgesellschaften	110
14	Verwendete Quellen.....	113
	Tabellenverzeichnis.....	115
	Abbildungsverzeichnis.....	115
	Wörterbuch.....	116
	Impressum.....	137
	Lesermeinung.....	141

Allgemeiner Hinweis:

Fremdwörter und Fachbegriffe sind im Wörterbuch am Ende des Textes erklärt.

Diese Patientenleitlinie richtet sich an Frauen und Männer. Deshalb haben wir uns bemüht, sprachlich beiden Geschlechtern gerecht zu werden. Das gilt auch für die Bezeichnung der Personen, die an einer Behandlung beteiligt sind. Der einfachen Lesbarkeit haben wir jedoch auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Personenbezeichnungen verzichtet. Stattdessen nutzen wir abwechselnd die weibliche und männliche Form.

Die in der Patientenleitlinie gewählte Formulierung Arzt/Therapeut umfasst alle an der Behandlung depressiver Menschen beteiligten Fachberufe.

1 Was diese Information bietet

Vielleicht fühlen Sie sich bedrückt und müde. Morgens kommen Sie kaum aus dem Bett und haben das Gefühl, jede Energie verloren zu haben. Außerdem haben Sie an Dingen, die Ihnen eigentlich Spaß machen, keine rechte Freude mehr. Solche Stimmungstiefs sind schwer einzuordnen. Wenn diese Veränderungen länger anhalten, können Sie auf eine Depression hindeuten. Vielleicht haben Sie auch bei jemand anderen solche Anzeichen beobachtet oder kennen jemanden, der an einer Depression erkrankt ist. Dann finden Sie in dieser Patientenleitlinie wissenschaftlich gesicherte Informationen darüber, was eine Depression ist, wie sie erkannt und behandelt werden kann. Die Patientenleitlinie kann Sie durch eine Erkrankungsphase begleiten oder ein erster Schritt sein, sich mit der Krankheit auseinanderzusetzen. Das ärztliche oder psychotherapeutische Gespräch kann sie aber nicht ersetzen.

Wir möchten Sie mit dieser Patientenleitlinie

- über den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse zum Thema Depression informieren;
- mit möglichen Ursachen der Erkrankung vertraut machen;
- über die Diagnostik aufklären;
- darüber informieren, welche Behandlungen bei Depression möglich sind und welche Auswirkungen sie auf Ihre Lebensumstände haben können;
- darin unterstützen, im Gespräch mit Ihrem Arzt oder Ihrer Psychotherapeutin die „richtigen“ Fragen zu stellen;
- dazu ermutigen, anstehende Behandlungsentscheidungen in Ruhe und nach Beratung mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Psychotherapeuten und Ihren Angehörigen zu treffen;
- Hilfestellungen zum Umgang mit der Krankheit geben;
- auf Unterstützungsmöglichkeiten und Beratungsangebote hinweisen.

Eine Depression beeinträchtigt das seelische und körperliche Befinden der Betroffenen und wirkt sich auf viele Lebensbereiche aus. Auch Angehörige oder nahestehende Personen können die Krankheit nicht ausklammern. Bei Depressionen gibt es eine Vielzahl von Hilfsangeboten und Behandlungsmöglichkeiten. Es kann Ihnen helfen, wenn Sie sich bewusst machen, dass Sie mit Ihren Problemen nicht alleine sind. Deshalb gibt es in dieser Patientenleitlinie für Angehörige oder Freunde eines erkrankten Menschen ein eigenes Kapitel „Was Angehörige und Freunde wissen sollten“ mit Ratschlägen, wie Sie mit dieser Situation umgehen können ab Seite 96.

Anmerkung

Diese Patientenleitlinie richtet sich an erwachsene Menschen mit der Diagnose oder dem Verdacht auf „Depression“ sowie an deren Angehörige. Sie behandelt diagnostische und therapeutische Verfahren für Erwachsene, die Gegenstand der S3-Leitlinie/Nationalen VersorgungsLeitlinie „Unipolare Depression“ sind. Diese Patientenleitlinie gilt nicht für Kinder und Jugendliche. Sie hilft Ihnen nicht weiter, wenn bei Ihnen eine besondere Form der Depression (auch genannt manisch-depressive oder bipolare Erkrankung) oder eine Psychose festgestellt wurde.

Die Patientenleitlinie informiert ausführlich über Depressionen. Kurze *Informationsblätter* zum Thema finden Sie unter:
www.patinfo.org.

Warum Sie sich auf die Informationen dieser Patientenleitlinie verlassen können

Grundlage für diese Patientenleitlinie ist die 2. Auflage der S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie „Unipolare Depression“. Sie enthält Handlungsempfehlungen für Ärztinnen, Psychotherapeuten und andere Berufsgruppen, die sich mit Depressionen befassen. Initiator der Leitlinie war die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), die federführend die S3-Leitlinie entwickelte und als Nationale VersorgungsLeitlinie gemeinsam mit der Bundesärztekammer, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften herausgab.

S3 bedeutet, dass die Leitlinie den höchsten methodischen Ansprüchen genügt, die in Deutschland gelten. Da sie für Fachleute geschrieben wurde, ist sie nicht für jeden verständlich. In dieser Patientenleitlinie übersetzen wir nun die Empfehlungen in eine allgemein verständliche Form. Die vorliegende Patientenleitlinie orientiert sich sehr eng an der Leitlinie, gibt diese aber nicht in voller Ausführlichkeit und im Original-Wortlaut wieder. Einige Personen aus der Autorengruppe der Leitlinie waren beratend an dieser Patientenleitlinie beteiligt (siehe „Impressum“, ab Seite 137).

Die Quellen und Studien, auf denen die Aussagen dieser Broschüre beruhen, sind in der S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie „Unipolare Depression“ nachzulesen. Die Literatur, die wir außerdem noch genutzt haben, finden Sie im Kapitel „Verwendete Quellen“ ab Seite 113.

Die Leitlinie für Fachleute ist im Internet frei zugänglich:

www.leitlinien.de/nvl/depression.

Unter der Internetadresse www.patienten-information.de/patientenleitlinien/patientenleitlinien-nvl/depression ist der Leitlinienreport zur Patientenleitlinie abrufbar.

Eine Leitlinie...

... ist eine Orientierungs- und Entscheidungshilfe für Ärztinnen und andere Fachberufe (zum Beispiel Psychologen). Sie wird von einer Expertengruppe im Auftrag einer oder mehrerer Fachgesellschaften erstellt. An der Leitlinie zur Unipolaren Depression waren viele Fachleute beteiligt: Psychologinnen, Psychiater, Psychotherapeutinnen, Nervenärzte und Allgemeinmedizinerinnen sowie Patienten- und Angehörigenvertreter (siehe Kapitel „Organisationen und medizinische Fachgesellschaften“, Seite 110). Die Handlungsempfehlungen stützen sich auf das beste derzeit verfügbare medizinische Wissen.

Dennoch ist eine Leitlinie keine Zwangsvorgabe. Jeder Mensch hat seine eigene Krankengeschichte und eigene Wünsche. In begründeten Fällen muss der Behandelnde sogar von den Empfehlungen einer Leitlinie abweichen. Wenn Sie das Gefühl haben, nicht leitliniengerecht behandelt zu werden, fragen Sie nach dem Grund.

Eine Wissenschaft für sich – die Empfehlungen einer Leitlinie

Die Empfehlungen einer Leitlinie beruhen soweit wie möglich auf fundierten wissenschaftlichen Erkenntnissen. Manche dieser Erkenntnisse sind eindeutig und durch aussagekräftige Studien abgesichert. Andere wurden in Studien beobachtet, die keine sehr zuverlässigen Ergebnisse liefern. Manchmal gibt es in unterschiedlichen Studien auch widersprüchliche Ergebnisse.

Alle Daten werden einer kritischen Wertung durch eine Expertengruppe unterzogen. Dabei geht es auch um die Frage: Wie bedeutsam ist ein Ergebnis aus Sicht der Betroffenen? Das Resultat dieser gemeinsamen Abwägung spiegelt sich in den Empfehlungen der Leitlinie wider: Je nach Datenlage und Einschätzung der Leitliniengruppe gibt es unterschiedlich starke Empfehlungen. Das wird auch in der Sprache ausgedrückt:

- „**soll**“ (starke Empfehlung): Nutzen und/oder Risiko sind eindeutig belegt und sehr bedeutsam, die Ergebnisse stammen eher aus sehr gut durchgeführten Studien;
- „**sollte**“ (Empfehlung): Nutzen und/oder Risiko sind belegt und bedeutsam, die Ergebnisse stammen eher aus gut durchgeführten Studien;
- „**kann**“ (offene Empfehlung): Die Ergebnisse stammen entweder aus weniger hochwertigen Studien, oder die Ergebnisse aus zuverlässigen Studien sind nicht eindeutig, oder der belegte Nutzen ist nicht sehr bedeutsam.

Manche Fragen sind für die Versorgung wichtig, wurden aber nicht in Studien untersucht. In solchen Fällen kann die Expertengruppe aufgrund ihrer eigenen Erfahrung gemeinsam ein bestimmtes Vorgehen empfehlen, das sich in der Praxis als hilfreich erwiesen hat. Das nennt man einen „Klinischen Konsenspunkt“ oder auf Englisch „Good Clinical Practice Point“.

Bei der Umsetzung der ärztlichen Leitlinie haben wir diese Wortwahl beibehalten. Wenn Sie in unserer Patientenleitlinie also lesen, Ihre Ärztin oder Ihr Psychotherapeut **soll**, **sollte** oder **kann** so oder so vorgehen, dann geben wir damit genau den Empfehlungsgrad der Leitlinie wieder. Beruht die Empfehlung nicht auf Studiendaten, sondern auf Expertenmeinung, schreiben wir: „nach Meinung der Expertengruppe ...“.

2 Zusammenfassung

Dieses Kapitel fasst die wichtigsten Inhalte der Patientenleitlinie zusammen.

Was ist eine Depression?

Depressionen sind weltweit sehr häufige Erkrankungen. Nach Schätzungen erkranken im Laufe ihres Lebens 16 bis 20 von 100 Menschen daran. In vielen Fällen bleibt eine Depression unerkannt. Die Erkrankung kann erblich bedingt sein. Ursachen für eine Depression können zudem im Lebensumfeld oder in der Lebensgeschichte des betroffenen Menschen zu suchen sein. Auch körperliche Krankheiten wie Diabetes oder eine koronare Herzkrankheit können mit einer Depression einhergehen.

Wie wird eine Depression festgestellt?

Das diagnostische Gespräch ist das wichtigste Mittel, um eine Depression zu erkennen. Ihr Arzt oder Ihre Psychotherapeutin fragt nach Anzeichen für eine Depression. Auch spezielle Fragebögen können Rückschlüsse geben. Die Hauptsymptome einer Depression sind:

- gedrückte, depressive Stimmung;
- Interessenverlust und Freudlosigkeit;
- Antriebsmangel mit erhöhter Ermüdbarkeit.

Daneben gibt es noch weitere Beschwerden (Nebensymptome), die auf eine Depression hindeuten können:

- verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit;
- reduziertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen;
- Gefühle von Schuld und Wertlosigkeit;
- übertriebene Zukunftsängste oder „Schwarzsehen“;
- Suizidgedanken oder -versuche, Selbstverletzungen;
- Schlafstörungen;
- verminderter Appetit.

Eine Depression liegt vor, wenn mindestens zwei Haupt- und zwei Nebensymptome vorliegen. Die Beschwerden müssen wenigstens zwei Wochen lang anhalten. Fachleute unterscheiden drei Schweregrade einer Depression: leicht, mittelschwer und schwer.

Viele Menschen, bei denen später eine Depression festgestellt wird, suchen zunächst wegen *körperlicher* Beschwerden professionelle Hilfe. Zu den körperlichen Anzeichen für eine Depression zählen beispielsweise Schlaf- oder Appetitstörungen, Kopfschmerzen oder Kreislaufbeschwerden.

Wie wird eine Depression behandelt?

Man kann eine Depression in der Regel gut behandeln. Es gibt verschiedene Behandlungsmöglichkeiten. Gemeinsam mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Psychotherapeuten entscheiden Sie, welche in Ihrem Fall am geeignetsten ist. Dabei spielen viele Faktoren eine Rolle, wie der Schweregrad Ihrer Erkrankung sowie Ihre persönlichen Wünschen und Vorstellungen.

Aussagekräftige Studien belegen, dass verschiedene psychotherapeutische Verfahren und Medikamente bei Depressionen wirksam sind. Auch andere Methoden können infrage kommen, wie die Wachtherapie, die Lichttherapie oder die Elektrokrampftherapie. Bewegung und körperliches Training ergänzen die Behandlung.

Das „abwartende Beobachten“ kann bei Menschen mit leichter Depression sinnvoll sein. Dann beginnt die Behandlung erst, wenn sich nach zwei Wochen keine Besserung einstellt.

Daneben gibt es leicht zugängliche Angebote, wie Selbsthilfe-Manuale oder Online-Programme mit Übungen und Anregungen. Verlässliche Informationsmaterialien und spezielle Kurse können für Betroffene und Angehörige ebenfalls hilfreich sein.

3 Was ist eine Depression?

Einfach nur traurig oder schon depressiv?

Phasen der Trauer oder Niedergeschlagenheit kennt jeder. Sie gehören zum menschlichen Dasein, genauso wie Hochphasen des Glücks. Wann daraus die Krankheit „Depression“ wird, ist nicht immer leicht zu erkennen. Die Übergänge sind in der Regel fließend.

Es kann schwierig sein, eine Depression von einer Trauer zu unterscheiden, wie sie nach Verlust eines geliebten Menschen auftreten kann. Trauer ist eine normale Reaktion auf einen Schicksalsschlag. Im Unterschied zu einer Depression lässt sie zumeist innerhalb von zwei Monaten wieder nach. Darüber hinaus ist bei Trauernden das Selbstwertgefühl erhalten, sie haben einen Lebenswunsch und können sich freuen.

Bestimmte Anzeichen (Symptome) – wenn sie länger andauern – sprechen dafür, dass eine depressive Erkrankung vorliegt. Dazu gehören zum Beispiel eine gedrückte Stimmung, Interessenverlust und Antriebsschwäche. Oft fällt es depressiven Menschen schwer, die alltäglichen Aufgaben zu bewältigen oder sich zu konzentrieren. Außerdem leiden sie unter starken Selbstzweifeln und neigen zum Grübeln. Auch körperliche Beschwerden können Ausdruck einer Depression sein. Fachleute teilen diese Kennzeichen in Haupt- und Nebensymptome ein. Außerdem unterscheiden sie drei Schweregrade. Mehr dazu lesen Sie im Kapitel „Wie wird eine Depression festgestellt?“ ab Seite 18.

Man kann eine Depression in vielen Fällen erfolgreich behandeln. Mit Medikamenten oder mit psychotherapeutischen Angeboten kann die Krankheit gelindert oder zum Verschwinden gebracht werden. Lesen Sie mehr zu den Therapieformen im Kapitel „Die Behandlungsmöglichkeiten“ ab Seite 35.

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

Wie häufig sind Depressionen?

Depressionen sind weltweit häufige Erkrankungen. Nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) werden sie im Jahr 2030 die höchste Krankheitslast in der Weltbevölkerung verursachen – noch vor den Herz- und Kreislauferkrankungen. Im Laufe ihres Lebens erkranken heute 16 bis 20 von 100 Menschen daran, Frauen etwa doppelt so häufig wie Männer. Depressionen können in jedem Lebensalter auftreten. Nach einer bundesweiten Befragung erkrankt die Hälfte der Betroffenen erstmalig vor dem 31. Lebensjahr.

Man nimmt an, dass in Deutschland etwa 6,2 Millionen Menschen innerhalb eines Jahres von einer Depression betroffen sind. Oft werden depressive Erkrankungen jedoch nicht festgestellt, weil Betroffene keine fachliche Hilfe suchen oder die Krankheit nicht erkannt wird. Viele depressive Menschen fürchten sich zudem vor dem Makel „psychische Erkrankung“ oder schämen sich, mit ihrer schlechten Stimmung nicht allein fertig zu werden. Dabei ist eine seelische (psychische) Erkrankung ebenso wie eine körperliche keine Frage von Schuld: Niemand würde sich schämen, wegen Rückenschmerzen eine Praxis aufzusuchen.

Welche Ursachen und Risikofaktoren gibt es?

Eine Reihe von Einflüssen kann die Entstehung von Depressionen verhindern oder begünstigen.

Aus Studien gibt es beispielsweise Hinweise, dass eine vertrauensvolle persönliche Beziehung, wie eine intakte Partnerschaft, oder eine sichere berufliche Anstellung vor einer Depression schützen können.

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

Grundsätzlich kann man zwischen zwei Arten von Ursachen unterscheiden: es gibt solche, die erblich (genetisch) bedingt sind. Diese betreffen die Veranlagung jedes einzelnen Menschen. Und es gibt Gründe, die in der Lebensgeschichte, im Umfeld und in der Lebensführung zu suchen sind. Auch Medikamente können als Nebenwirkung eine Depression verursachen.

Depressionen treten häufiger auf bei:

- früheren depressiven Zuständen;
- depressiven und manisch-depressiven Erkrankungen in der Familie;
- Suizidversuche in der eigenen Vorgeschichte oder Familie;
- körperlichen Erkrankungen, wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Krebserkrankungen;
- Alkohol-, Tabletten- oder Drogenabhängigkeit;
- schwerwiegenden Ereignissen wie Verlust einer geliebten Person, Beziehungskrise oder Arbeitslosigkeit;
- Vereinsamung und mangelnder sozialer Unterstützung.

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

Indem Sie zu dieser Patientenleitlinie greifen und sich gezielt informieren, tun Sie bereits einen wichtigen Schritt aus diesem Teufelskreis heraus. Der nächste ist der Gang zum Arzt oder zur Psychotherapeutin, denn Depressionen können behandelt werden. Wenn Ihnen selber oder anderen Menschen Veränderungen auffallen, die auf eine Depression hindeuten, lassen Sie Ihren Verdacht ruhig frühzeitig abklären. Wie Ihre Ärztin oder Ihr Psychotherapeut feststellt, ob Sie depressiv sind und wie Sie behandelt werden können, erfahren Sie im Kapitel „Wie wird eine Depression festgestellt?“ ab Seite 18.

Welche Verläufe gibt es?

Die Depression ist ein Krankheitsbild mit vielen Gesichtern. Sie kann unterschiedlich verlaufen.

In der Regel verläuft eine Depression in Phasen. Einzelne depressive Phasen heißen **depressive Episoden**. Depressive Phasen können einmalig oder wiederholt auftreten. Bei der Hälfte der Betroffenen tritt im Laufe der Zeit erneut eine Depression auf (sogenanntes Rezidiv). Zwischen zwei depressiven Episoden können Jahre vergehen, sie können aber auch innerhalb einer kurzen Zeit gehäuft auftreten.

Von einer Depression abzugrenzen ist die **Dysthymie**. Damit ist eine dauerhafte (mindestens zwei Jahre) verlaufende depressive Verstimmung gemeint. Sie beeinträchtigt zwar Ihr Befinden, die Beschwerden sind aber weniger stark ausgeprägt als bei einer Depression. Eine Dysthymie beginnt gewöhnlich im Jugendalter. Gelegentlich kann eine depressive Episode eine Dysthymie

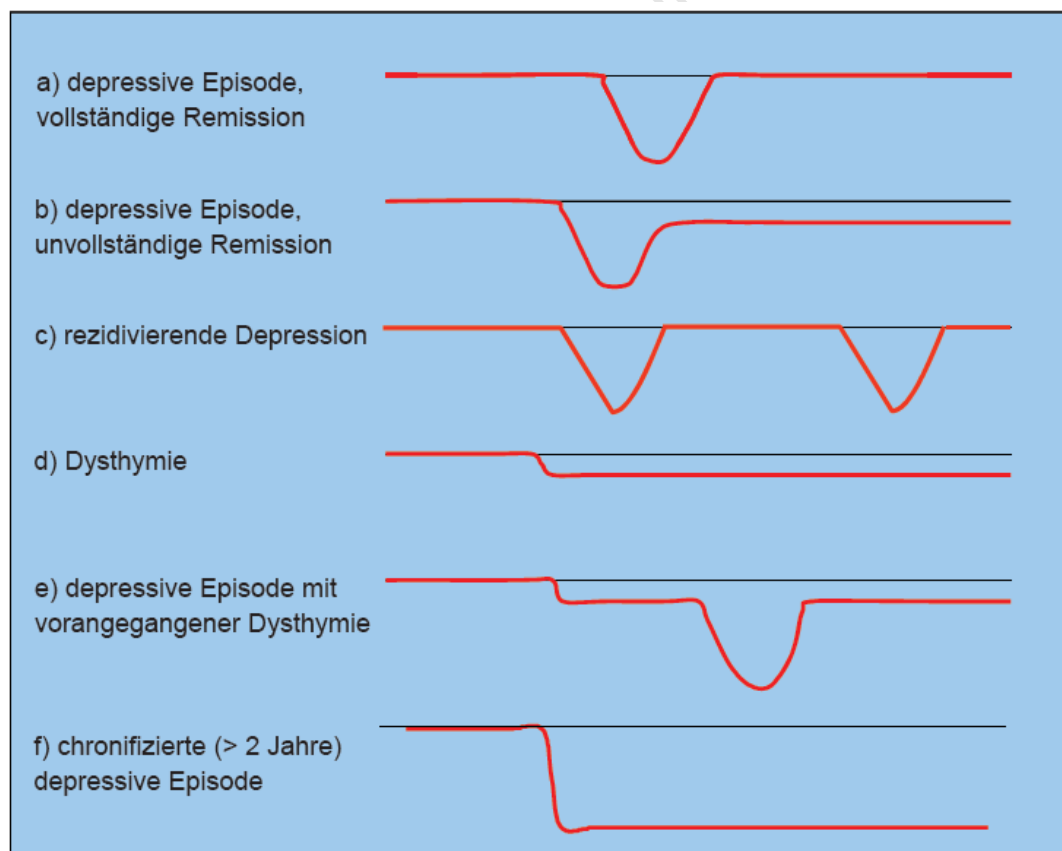
überlagern. Dann spricht man von einer „**Doppeldepression**“ (englisch: double depression).

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

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

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

Abbildung 1: Verläufe unipolarer depressiver Störungen



Welche Krankheiten können eine Depression begleiten?

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

Im Zeitraum von einem Jahr leiden ungefähr 6 von 10 depressiven Menschen unter einer weiteren psychischen Krankheit. Häufige psychische Begleiterkrankungen, sogenannte Komorbiditäten, sind:

- Angst- und Panikstörungen;
- Missbrauch von Alkohol, Medikamenten oder Drogen;
- unklare körperliche Beschwerden (somatoforme Störungen);
- Essstörungen (Magersucht, Bulimie);
- Persönlichkeitsstörungen;
- Zwangsstörungen.

All diese Krankheitsbilder sind im Wörterbuch erläutert (ab Seite 116).

Auch Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Allergien, Infektionen, anhaltende Schmerzen, Diabetes mellitus oder Hirnerkrankungen können mit depressiven Beschwerden verbunden sein.

Depressionen und körperliche Krankheiten können sich gegenseitig beeinflussen. Zum einen kann eine schwere körperliche Erkrankung zu Niedergeschlagenheit und seelischen Problemen führen. Zum anderen können körperliche Beeinträchtigungen Folge einer Depression sein.

Folgen einer Depression

Depressionen sind nicht nur häufig, sie sind auch mit hohen Kosten verbunden. Die sogenannten direkten Kosten für die Behandlung lagen 2008 in Deutschland bei 5,2 Milliarden Euro. Inzwischen gehören Depressionen zu den häufigsten Gründen für Krankschreibungen. Dazu kommt, dass einige Menschen ihren Beruf infolge der Krankheit nicht mehr ausüben können und frühzeitig in Rente gehen.

Viele Betroffene haben Probleme, den Alltag zu meistern. Durch die Krankheit kann es zudem zu Schwierigkeiten im Umgang mit anderen Menschen und zu Einsamkeit kommen: Es kann zum Beispiel passieren, dass Unternehmungen mit der Familie oder Freunden kaum noch stattfinden. Für Außenstehende ist es nicht immer leicht zu erkennen, warum Kontakte weniger werden. Es hilft, wenn Sie offen sind: Gespräche können vielen Missverständnissen vorbeugen.

Die veränderte Situation verlangt auch dem Partner und der Familie eine Menge ab. Wenn ein Familienmitglied an einer Depression erkrankt ist, gehen Angehörige ebenfalls durch ein Wechselbad der Gefühle. Von ihnen wird ein hohes Maß an Geduld und Verständnis verlangt. Auch Kinder spüren, wenn bei einem Elternteil „etwas nicht in Ordnung“ ist und leiden mit. Umso wichtiger ist es für alle Beteiligten, Druck aus dem Alltag zu nehmen und sich über das Krankheitsbild zu informieren. Es gibt eine Vielzahl von Anlaufstellen (mehr dazu im Kapitel „Rat, Unterstützung und weitere Informationen“ ab Seite 105).

4 Wie wird eine Depression festgestellt?

Gespräch: Anzeichen für eine Depression erkennen

Wenn Sie sich entschlossen haben, einen Arzt oder eine Psychotherapeutin aufzusuchen, bekommen Sie zunächst einige Fragen gestellt.

Eine Depression zu erkennen, ist jedoch nicht immer einfach. Vielen depressiven Menschen fällt es von sich aus schwer, über ihr seelisches Empfinden zu sprechen. Sie können ihre Probleme oft nicht einordnen. Ein Grund dafür ist, dass unbestimmte körperliche Beschwerden mit einer Depression verbunden sein können. Daher glauben manche Betroffene, dass ihre Beschwerden auf eine körperliche Erkrankung zurückzuführen sind. Aus diesem Grund **sollen** nach Meinung der Expertengruppe Ärztinnen und Psychotherapeuten gezielt nach Anzeichen für eine Depression fragen.

Erste Hinweise auf eine Depression, kann ein einfacher Test liefern: der sogenannte „Zwei-Fragen-Test“:

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

Wenn Sie beide Fragen mit „Ja“ beantwortet haben, kann das auf eine Depression hindeuten. Nach Meinung der Expertengruppe **sollte** dann Ihr Arzt oder Ihre Psychotherapeutin die Anzeichen einer Depression genauer erfassen. Dafür wird er oder sie ausführlicher mit Ihnen sprechen und Ihnen Fragen zu den einzelnen Beschwerden stellen. Dafür kann Ihre Ärztin oder Ihr Psychotherapeut bestimmte Gesprächsleitfäden zur Hilfe nehmen. Vielleicht werden Sie auch gebeten, einen Fragebogen auszufüllen.

Die wichtigsten Merkmale einer Depression (**Hauptsymptome**) sind:

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

Daneben gibt es mehrere **Nebensymptome**. Sie werden ebenfalls genau erhoben, da sie den Schweregrad der Erkrankung mitbestimmen.

Zu den Nebensymptomen einer Depression gehören:

- verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit;
- vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen;
- Gefühle von Schuld und Wertlosigkeit;
- übertriebene Zukunftsängste oder „Schwarzsehen“;
- Suizidgedanken oder -versuche, Selbstverletzungen;
- Schlafstörungen;
- verminderter Appetit.

Eine Depression wird festgestellt, wenn mindestens zwei Haupt- und zwei Nebensymptome vorliegen. Die Beschwerden müssen wenigstens zwei Wochen lang anhalten. Bei der Einschätzung ist nicht nur Ihr derzeitiger Gemütszustand wichtig, sondern auch der Verlauf der letzten Wochen.

Neben typischen seelischen Belastungen weisen körperliche Beschwerden ebenfalls auf eine Depression hin. Vielleicht denken Sie zum Beispiel bei Atemnot oder Herzrhythmusstörungen zunächst nicht daran, dass diese auch psychische Ursachen haben können. Deshalb möchte Ihr Arzt oder Ihre Psychotherapeutin auch möglichst viel über Ihre körperliche Verfassung erfahren.

Zu den körperlichen Beschwerden, die auf eine Depression hindeuten, zählen:

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

Das Erscheinungsbild einer Depression hängt außerdem von kulturellen Faktoren ab. So werden zum Beispiel seelische Beschwerden in manchen Kulturkreisen vor allem körperlich ausgedrückt. Das macht es für Ärztinnen und Psychotherapeuten manchmal schwer, eine Depression zu erkennen. Deswegen **sollen** nach Meinung der Expertengruppe kulturspezifische Faktoren und Besonderheiten von Menschen, die nach Deutschland eingewandert sind, im ausführlichen Gespräch und bei der Untersuchung berücksichtigt werden. Das gilt auch für die anschließende Behandlung.

Wenn Ihr Arzt oder Ihre Psychotherapeutin mit Ihnen spricht, achtet er oder sie ebenfalls auf andere Dinge, wie Verhalten, Kleidung oder Sprache. So können beispielsweise eine leise Stimme, mangelnde Gefühlsregungen oder eine gebeugte, kraftlose Körperhaltung Anhaltspunkte für eine Krankheit sein.

Manchmal kann es hilfreich sein, Angehörige oder enge Bezugspersonen ebenfalls zu befragen. Ihre Schilderungen können zum Beispiel bei älteren Menschen helfen, die Anzeichen zu erheben.

Das Gespräch ist das wichtigste „Instrument“ um herauszufinden, ob Sie an einer Depression erkrankt sind und wie stark diese ausgeprägt ist. Je offener und genauer Sie antworten, desto besser kann Ihre Ärztin oder Ihr Psychotherapeut erkennen, ob Sie depressiv sind. Das ist wichtig, denn die Behandlung richtet sich danach, wie schwer Sie möglicherweise erkrankt sind.

Wenn bei Ihnen eine depressive Erkrankung festgestellt wurde, wird man gemeinsam mit Ihnen das weitere Vorgehen besprechen und wenn nötig eine Behandlung einleiten (mehr dazu im Kapitel „Andere Krankheiten ausschließen“ ab Seite 25). In den meisten Fällen kann eine Depression gut behandelt werden.

Mögliche Fragen

Ein paar Beispielfragen, die sich als nützlich und gut geeignet erwiesen haben, sind im Folgenden für Sie aufgelistet. So können Sie sich in etwa vorstellen, wie das Gespräch ablaufen kann. Wenn Sie vor einem Praxisbesuch stehen, können diese Fragen Ihnen eine Hilfestellung sein, sich vorzubereiten – oder einfach als Anregung dienen, über sich selbst nachzudenken:

Mögliche Fragen während des Gesprächs

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

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

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

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

„Haben Sie Ihre Energie verloren?“

„Fühlen Sie sich ständig müde und abgeschlagen?“

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

„Haben Sie Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren?“

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

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

„Fühlen Sie sich so selbstsicher wie sonst?“

„Machen Sie sich häufig Selbstvorwürfe?“

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

„Sehen Sie die Zukunft schwärzer als sonst?“

„Haben Sie Pläne für die Zukunft?“

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

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

„Haben Sie versucht, sich etwas anzutun?“

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

„Hat sich an Ihrem Schlaf etwas geändert?“

„Schlafen Sie mehr oder weniger als sonst?“

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

„Haben Sie ungewollt zu- oder abgenommen?“

Solche Themen wird der Arzt oder die Psychotherapeutin mit Ihnen ansprechen. Es kann auch sein, dass das Gespräch mit offenen Fragen beginnt, etwa danach, warum Sie gekommen sind, wie es Ihnen geht oder was Ihre Beschwerden sind. Dann sind Sie vielleicht durch die oben aufgeführten Fragen besser vorbereitet, Ihre eigenen Überlegungen und Beobachtungen in das Gespräch mit einzubringen. Vielleicht möchten Sie aber zunächst auch ganz andere Dinge ansprechen – Erlebnisse aus der letzten Zeit zum Beispiel oder belastende Situationen in Ihrer Lebensgeschichte.

Schweregrade

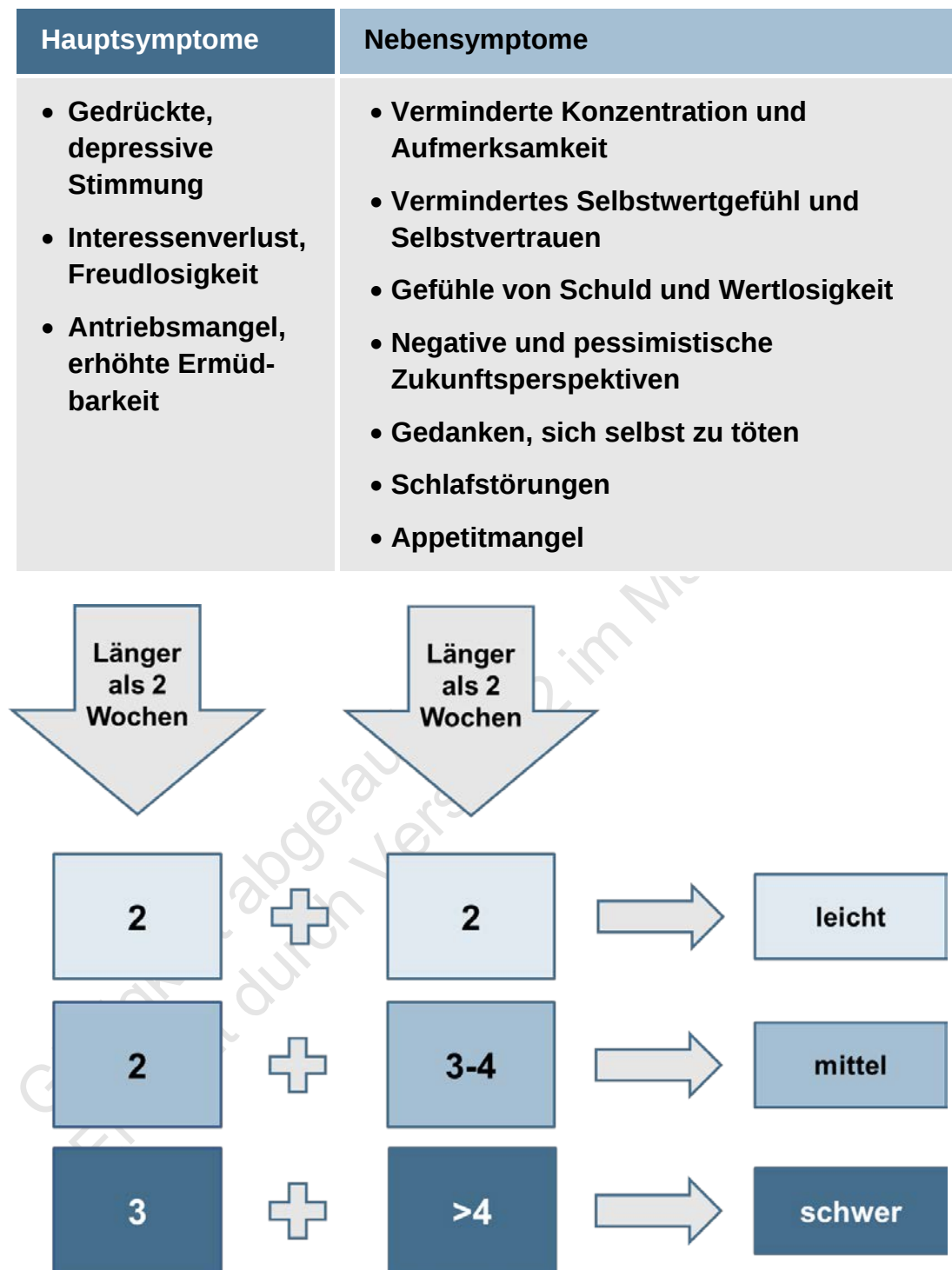
Man unterscheidet zwischen leichter, mittelgradiger und schwerer Depression. Der Schweregrad hängt von der Anzahl der Haupt- und Nebensymptome ab:

- Von einer „**leichten**“ **depressiven Episode** spricht man, wenn zwei Haupt- und zwei Nebensymptome mehr als zwei Wochen andauern.
- Bei zwei Haupt- und drei bis vier Nebensymptomen spricht man von einer **mittelgradigen Depression**.
- Drei Haupt- und vier oder mehr Nebensymptome kennzeichnen eine **schwere Depression**.

Die Behandlungsmöglichkeiten für alle drei Schweregrade sind verschieden (mehr dazu im Kapitel „Was die Leitlinie empfiehlt“ ab Seite 62). Deswegen ist es wichtig, dass möglichst alle Krankheitsanzeichen durch Fragen erkannt werden.

Die folgende Übersicht vermittelt Ihnen einen Eindruck, wie Fachleute den Schweregrad einer Depression bestimmen.

Abbildung 2: Depression: Symptome und Schweregrade



Andere Krankheiten ausschließen

Wenn bei Ihnen depressive Anzeichen festgestellt wurden, heißt das nicht zwangsläufig, dass Sie eine Depression haben. Auch bei anderen psychischen Störungen gehören viele dieser Zeichen zum Krankheitsbild. Ermattung oder Schlafstörungen können zum Beispiel auch bei körperlichen Erkrankungen auftreten. Deswegen **sollte** Ihre Ärztin oder Ihr Psychotherapeut nach Meinung der Expertengruppe in einem nächsten Schritt Fragen zu anderen möglichen Erkrankungen und zu Ihrer Krankheitsgeschichte stellen, um diese abzugrenzen. Körperliche Untersuchungen können hinzukommen. Sie liefern Hinweise auf eine mögliche körperliche Erkrankung als Ursache für die Depression.

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

Besonders ältere Menschen klagen häufig über Schwindel oder Konzentrations- und Gedächtnisstörungen. Fallen solche Veränderungen auf, sollten Ärzte und Psychotherapeutinnen immer auch an eine beginnende Demenz denken.

Auch können Medikamente, die Sie einnehmen oder abgesetzt haben, Depressionen auslösen oder die Beschwerden verstärken. Daher ist es für die Untersuchenden wichtig zu wissen, ob Sie Medikamente einnehmen und wenn ja, welche.

Es ist deshalb hilfreich, wenn Sie eine Liste aller Medikamente, die Sie momentan einnehmen, zusammenstellen und diese zum Arztbesuch mitbringen. Auf die Liste gehören ebenfalls Arzneien, die Sie ohne Rezept gekauft haben, wie Nahrungsergänzungsmittel oder pflanzliche Mittel. Sie können auch einfach alle Medikamentenpackungen einpacken.

Tipp – Medikationsplan

Menschen, die gleichzeitig mindestens drei verordnete Medikamente einnehmen beziehungsweise anwenden, haben einen gesetzlichen Anspruch auf einen für sie verständlichen Medikationsplan. Diesen erhalten Sie von Ihrer behandelnden Ärztin oder ihrem behandelnden Arzt.

Weitere Informationen zum Medikationsplan und eine Beispielvorlage gibt es hier:

www.kbv.de/html/medikationsplan.php.

Ist bei Ihnen eine Depression festgestellt worden, dann **sollte** nach Meinung der Expertengruppe Ihre Ärztin oder Ihr Psychotherapeut genau prüfen, ob bei Ihnen eine körperliche Begleiterkrankung vorliegt. Zudem **sollte** sie oder er kontrollieren, ob Sie Medikamente oder Mittel einnehmen, die mit depressiven Symptomen einhergehen können. Nach Meinung der Expertengruppe **sollte** man Sie zu einer entsprechenden fachärztlichen oder psychotherapeutischen Praxis überweisen, wenn es Hinweise auf eine behandlungsbedürftige Krankheit gibt.

5 Wie wird eine Depression behandelt?

Überblick: Methoden und Ziele der Behandlung

Depressionen sind in der Regel gut zu behandeln. Dazu stehen mehrere Möglichkeiten zur Verfügung:

- Psychotherapie;
- Medikamente gegen Depressionen;
- Kombination von Psychotherapie und Arzneimitteln;
- weitere Verfahren und Behandlungsansätze wie zum Beispiel Licht-, Wach-, Bewegungs- oder Ergotherapie sowie Künstlerische Therapien.

Daneben gibt es leicht zugängliche Angebote, die speziell für die Behandlung von Depressionen entwickelt wurden. Darunter fallen zum Beispiel Selbsthilfe-Manuale, DVDs oder Online-Programme mit Übungen und Anregungen, die auf psychotherapeutischen Verfahren beruhen. Solche Angebote können für Sie infrage kommen, wenn Sie mit der persönlichen Therapie noch nicht beginnen können, oder Sie eine leichte Depression haben. Dabei gehen Sie selbst zuhause das Manual oder das Programm am Computer durch. Hierbei können Sie von einem Arzt oder einer Psychotherapeutin angeleitet und unterstützt werden. Persönliche Kontakte sind jedoch selten. Studien liefern Hinweise, dass computergestützte Programme eine Depression bessern können. Sie gehören jedoch nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen. Erkundigen Sie sich, ob Ihre Krankenkasse dennoch die Kosten dafür übernimmt.

Welche Behandlung für Sie persönlich geeignet ist, hängt vom Schweregrad der Erkrankung und dem bisherigen Krankheitsverlauf ab. Ihre Bedürfnisse, Wertvorstellungen und Lebensumstände sind ebenfalls von Bedeutung. In jedem Fall sollten Sie ge-

meinsam mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Psychotherapeuten Nutzen und Risiken der in Frage kommenden Verfahren gründlich abwägen (siehe Kapitel „Die Behandlung - Ihre Entscheidung“, Seite 31). Wie auch immer Sie sich entscheiden, die Behandlung verfolgt mehrere Ziele:

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

Behandlungsphasen

Die Behandlung lässt sich grundsätzlich in drei Abschnitte einteilen:

In der **Akuttherapie** geht es darum, die vorliegenden Beschwerden und Anzeichen der Depression so schnell und so gut wie möglich zu behandeln, bis sie weitestgehend verschwunden sind. Darüber hinaus soll sie dazu beitragen, dass Sie wieder am normalen Leben teilhaben können. Diese Behandlungsphase erstreckt sich in der Regel über sechs bis zwölf Wochen.

Wenn die Beschwerden fast vollständig abgeklungen sind, setzt die **Erhaltungstherapie** ein. Darunter versteht man das Fortsetzen der Behandlung über einen längeren Zeitraum, um den Zustand zu stabilisieren. Diese Phase dauert etwa vier bis neun Monate bei Medikamenten oder acht bis zwölf Monate bei psychotherapeutischen Maßnahmen. Damit lässt sich die Gefahr eines frühen Rückfalls verringern. Es ist also wichtig, dass Sie Ihre Behandlung nicht vorschnell abbrechen, sobald sich die Beschwerden gebessert haben.

An die Erhaltungstherapie kann sich eine weitere Behandlung anschließen. Sie soll das Auftreten einer erneuten depressiven Episode verhindern. Der Fachbegriff für diese Phase lautet „Rezidivprophylaxe“ oder „Rückfall vorbeugende Behandlung“. Sie kann sich über ein Jahr oder länger erstrecken. Dieser Therapieabschnitt ist nicht für alle Menschen mit einer Depression erforderlich, sondern nur für Betroffene, die:

- schon mehrere Rückfälle erlebt haben;
- während der depressiven Phase sehr stark eingeschränkt waren.

Was passiert, wenn eine Depression nicht behandelt wird?

Auch ohne Behandlung klingt eine depressive Episode häufig nach einer bestimmten Zeit wieder ab. Das ist normalerweise nach etwa sechs bis acht Monaten der Fall. Bleiben Depressionen aber unbehandelt, kann es sein, dass sie wiederkehren und länger andauern. Mit Therapie verkürzt sich die Dauer einer Episode auf ungefähr 16 Wochen.

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

Doch auch mit einer Behandlung kann eine Depression wiederkommen: Etwa die Hälfte der Betroffenen erlebt nach einer gewissen Zeit eine erneute depressive Episode. Bei etwa 2 von 10 Betroffenen wird die Depression chronisch. Das bedeutet, sie dauert zwei Jahre oder länger an.

Schlägt die Behandlung an?

Auch während der Behandlung prüft Ihr Arzt oder Ihre Psychotherapeutin immer wieder, ob es Ihnen besser geht. Fragebögen und spezielle Tests, die Ihre Stimmungslage erfassen, können dabei helfen. So können Sie gemeinsam feststellen, ob die Therapie anschlägt.

Nach Meinung der Expertengruppe **sollte** die bisherige Behandlung geändert werden, wenn sich nach drei bis vier Wochen keine Besserung einstellt.

Wenn Sie selbst unsicher sind, ob die Behandlung greift, scheuen Sie sich nicht, Ihre Ärztin oder Ihren Psychotherapeuten direkt darauf anzusprechen. Das ist keine Kritik, sondern dient der Verständigung über den Behandlungsverlauf.

Ein paar Fachbegriffe beschreiben den Erfolg oder Misserfolg einer Behandlung

- Als **Response** bezeichnet man ein Ansprechen auf die begonnene Therapie. Das heißt, die depressiven Symptome gehen im Verlauf der ersten Behandlungszeit zurück.
- Mit **Remission** ist die vollständige oder weitestgehende Wiederherstellung nach der Akutbehandlung gemeint.
- Unter einem **Rückfall** versteht man das erneute Auftreten des Vollbilds einer depressiven Episode, wenn nach oder während der Akutbehandlung kurzfristig bereits eine Besserung eingetreten war.
- Von einer **vollständigen Genesung** sprechen Fachleute, wenn sich sechs Monate lang keine Anzeichen mehr für eine Depression gezeigt haben.
- Ein **Rezidiv** bedeutet, dass nach vollständiger Genesung erneut eine depressive Episode auftritt.

Die Behandlung - Ihre Entscheidung

Da mehrere Möglichkeiten der Behandlung zur Verfügung stehen, **sollten** Sie erst nach eingehender Beratung mit Ihrem Arzt oder Ihrer Psychotherapeutin gemeinsam entscheiden, welche für Sie am besten geeignet erscheint. Damit Sie das tun können, sollte man Ihnen unter anderem erklären, welchen Krankheitsverlauf Sie bei den einzelnen Therapien zu erwarten haben, wie die Behandlungen wirken und mit welchen Nebenwirkungen Sie rechnen müssen. Sie sollten zudem Informationen erhalten, wann die Wirkung etwa einsetzt und warum es wichtig ist, dass Sie die Behandlung auch nach dem Abklingen der depressiven Beschwerden fortführen.

Der Weg zur gemeinsamen Entscheidung

Wenn es mehrere gleich wirksame Behandlungsmethoden gibt, ist es jedoch oft nicht einfach, die für sich beste Therapie zu finden. Ein guter Weg ist es, wenn Sie zusammen mit Ihrem Arzt oder Ihrer Psychotherapeutin entscheiden. Voraussetzung dafür ist ein Gespräch auf Augenhöhe und der gegenseitige Informationsaustausch. Wichtig ist, dass Ihre Ärztin oder Ihr Psychotherapeut mit Ihnen ausführlich über Ihre Krankheit spricht und Sie auf die anstehende Entscheidung hinweist. Dann erläutert sie oder er alle Behandlungsmöglichkeiten mit ihren Vor- und Nachteilen und fragt nach, ob Sie alles verstanden haben. Wenn Sie etwas nicht verstanden haben oder Ihnen etwas unklar ist, haben Sie den Mut nachzufragen. Sie selbst tragen zur Entscheidung bei, indem Sie über Ihre Erwartungen an die Behandlung, Ihre Lebensumstände und Werte erzählen. Trauen Sie sich auch, Ihre Bedenken oder Unsicherheiten sowie Ihre Bedürfnisse an eine Therapie zu äußern. Nur so weiß der Arzt oder die Psychotherapeutin, was Ihnen bei der Behandlung wichtig ist. Zum Schluss wägen Sie gemeinsam die verschiedenen Verfahren ab und entscheiden über das weitere Vorgehen.

Um Menschen mit Depression bei der Entscheidung zu unterstützen, gibt es „Entscheidungshilfen“ (mehr im Kapitel „Informationsangebote“ ab Seite 34).

Im Gespräch mit Ihnen **sollen** sich Ihre Ärztin oder Ihr Psychotherapeut nach Meinung der Expertengruppe einfach und verständlich ausdrücken. Zudem **sollen** Fachausdrücke vermieden oder verständlich erklärt werden. Gemeinsam besprechen Sie auch, was passieren kann, wenn Sie die Medikamente einfach absetzen oder nur unregelmäßig nehmen. Sie müssen ebenfalls bedenken, dass die Einnahme von Arzneimitteln gegen Depression die Fahrtauglichkeit, Arbeits- und Reaktionsfähigkeit mindern kann.

Es kann hilfreich sein, wenn Ihr Partner oder eine andere Vertrauensperson zu diesem Gespräch mitkommt. Es hilft Ihnen ebenfalls, wenn Sie sich vorab wichtige Fragen aufschreiben, damit Sie diese in der Aufregung nicht vergessen. Auch während des Gespräches können Sie sich Dinge, die Ihnen wichtig erscheinen, notieren, damit Sie zu Hause noch einmal in Ruhe darüber nachdenken können. Wenn Sie etwas nicht verstehen, fragen Sie so lange nach, bis Ihnen alles klar ist. Es geht schließlich um Ihre Gesundheit und Ihre Behandlung. Je besser Sie darüber Bescheid wissen, desto besser können Sie diese mitgestalten.

Hier finden Sie ein paar Anregungen für Fragen, die Sie vor einer Behandlung stellen können:

Mögliche Fragen

- Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es?
- Sind irgendwelche zusätzlichen Untersuchungen nötig, zum Beispiel Bluttests?
- Was sind die Vor- und Nachteile der verschiedenen Verfahren?
- Wann sollte sich eine Wirkung der Behandlung zeigen?
- Wie wahrscheinlich tritt die Wirkung der einzelnen Behandlungen ein?
- Mit welchen Nebenwirkungen muss ich rechnen?
- Wie lange dauert die Behandlung voraussichtlich?
- Wann und wie oft muss ich wiederkommen?
- Bin ich danach geheilt?
- Was kann ich selbst tun?
- Was passiert, wenn ich die Medikamente nicht oder nur unregelmäßig einnehme?
- Was können andere Personen beitragen?
- Wie kann das Risiko verringert werden, dass die Depression nach der Behandlung wieder auftritt?
- Wo finde ich weitere verlässliche Informationen zu meiner Krankheit und deren Behandlung?

Menschen aus verschiedenen Kulturen haben unterschiedliche Vorstellungen, wie Krankheiten entstehen. Auch die Wünsche und Vorlieben bei der Behandlung können sich unterscheiden. Aus diesem Grund weist die Leitlinie darauf hin, wie wichtig es ist, dass Ärzte und Psychotherapeutinnen kulturelle Besonderheiten berücksichtigen, wenn sie zusammen mit betroffenen Personen überlegen, was die beste Vorgehensweise ist.

Informationsangebote

Informationen aus Broschüren, Büchern und Internetseiten können Betroffene und deren Angehörige unterstützen, Entscheidungen bei Gesundheitsfragen selbstständig und kompetent zu treffen. Um das zu erreichen, müssen die Materialien verständlich sein und auf aktuellen wissenschaftlichen Aussagen beruhen.

Eine spezielle Form der Patienteninformation sind sogenannte **Entscheidungshilfen**. Sie bilden die verschiedenen Behandlungsmethoden mit ihren Vor- und Nachteilen ab. Die Leitlinie empfiehlt, dass Ärztinnen und Psychotherapeuten depressive Menschen über Anzeichen, Verlauf und Behandlung der Krankheit aufklären **sollen**. Dabei können zur Unterstützung verlässliche Patienteninformationen oder Entscheidungshilfen zum Einsatz kommen. Wenn es angebracht ist und die Betroffenen damit einverstanden sind, gilt das auch für deren Angehörige.

Entscheidungshilfen auf www.psychenet.de

Die Webseite des Projektes „psychenet – Hamburger Netz psychische Gesundheit“ bietet wissenschaftlich begründete Informationen zu psychischen Erkrankungen, wie Depressionen, Angststörungen oder Substanzmissbrauch. Auch interaktive Entscheidungshilfen zu den verschiedenen Therapieformen bei Depressionen sind dort zu finden. Sie sind frei zugänglich unter:

entscheidungshilfen.psychenet.de/depression/was-ist-eine-depression.html.

Es gibt Informationsmaterialien in Hülle und Fülle. Nicht alle sind ausgewogen. Deshalb haben wir im Kapitel „Informationsquellen und Angebote“ ab Seite 107 eine Liste mit verlässlichen Broschüren und Internetseiten für Sie zusammengestellt.

Ein Informationsblatt, das Ihnen hilft, gute und vertrauenswürdige Internetinformationen zu erkennen, finden Sie hier:

www.patienten-information.de/kurzinformationen/gesundheit-allgemein/gesundheitsthemen-im-internet

Wissenswertes über Behandlungsmethoden und zum Umgang mit der Erkrankung können Sie ebenfalls in speziellen Kursen erhalten. Einige können Sie zusammen mit Ihren Angehörigen besuchen. Die Kurse finden meist in Gruppen statt. Dort haben Sie Gelegenheit, sich mit anderen Betroffenen auszutauschen. Diese Angebote fassen Fachleute unter dem Begriff „Psychoedukation“ zusammen. Dazu können auch Bücher oder Ratgeber gehören. Eine Forschungsarbeit gibt Hinweise, dass ein gesteigertes Wissen über Depression und deren Behandlung mit einem günstigeren Krankheitsverlauf und einer niedrigeren psychosozialen Belastung von Angehörigen einhergehen kann. Deshalb **sollten** psychoedukative Maßnahmen für Betroffene und Angehörige als Ergänzung zur Behandlung angeboten werden. Es kann jedoch sein, dass es psychoedukative Angebote in Ihrer Region nicht gibt.

Die Behandlungsmöglichkeiten

Psychotherapie

In der Psychotherapie wirkt der Therapeut im Gespräch – ohne Einsatz von Medikamenten oder anderen Heilmitteln – auf die Seele des Patienten ein. Dieser hat hierbei eine aktive Rolle, was bedeutet: Psychotherapie dient weitgehend als Hilfe zur Selbsthilfe.

Es gibt Einzel-, Gruppen- oder Paartherapie. Eine Psychotherapie können sowohl bestimmte Fachärzte als auch Psychologen übernehmen. Je nach beruflichem Hintergrund spricht man entweder von ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeutinnen. Beide Berufsgruppen benötigen eine spezielle Weiterbil-

derung, um eine Psychotherapie anbieten zu dürfen. Medikamente zur Behandlung von seelischen Erkrankungen dürfen jedoch nur Ärzte verordnen.

Es gibt viele verschiedene Arten und Formen der Psychotherapie. Dazu zählen unter anderem Verhaltenstherapie, psychoanalytisch begründete Verfahren, Systemische Therapie, Interpersonelle Psychotherapie und Gesprächspsychotherapie. Diese Verfahren gelten in Deutschland als „wissenschaftlich anerkannt“.

Die Behandlung erfolgt oft in einer Praxis (ambulant) oder in einer Klinik (stationär). In Deutschland werden bei der ambulanten Behandlung in der Regel nur Psychotherapieverfahren von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt, die zu den sogenannten **Richtlinienverfahren** gehören. Das sind derzeit die Verhaltenstherapie und die psychoanalytisch begründeten Verfahren. Die psychoanalytisch begründeten Verfahren umfassen tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie. Andere psychotherapeutische Therapien müssten Sie gegebenenfalls selbst bezahlen, wenn diese ambulant stattfinden. Manche privaten Kassenversicherungen übernehmen diese Kosten. Informieren Sie sich vor der Aufnahme einer Therapie, wer welche Kosten übernimmt. Wenn Sie mehr darüber wissen wollen, wenden Sie sich an die Bundespsychotherapeutenkammer: www.bptk.de.

Die Wirksamkeit von Psychotherapie wird überwiegend in sogenannten kontrollierten Studien nachgewiesen. Dort gibt es zwei Gruppen von Teilnehmenden. Die einen bekommen eine Psychotherapie, die anderen entweder ein Medikament, eine andere, als wirksam bekannte Psychotherapie, eine „Scheinbehandlung“ (wie zum Beispiel stützende Gespräche), eine „übliche Behandlung“ (englisch: „treatment as usual“, zum Beispiel in einer Haus- oder Facharztpraxis) oder keine Behandlung (sogenannte Wartelistengruppe). Nach einer gewissen Zeit wird geprüft, bei wem eine Verbesserung eingetreten ist. In solchen Studien hat

sich gezeigt, dass bestimmte psychotherapeutische Verfahren die Beschwerden einer Depression verringern.

Hinweis

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

1. Er muss eine staatliche Erlaubnis besitzen, den Psychotherapeutenberuf ausüben zu dürfen (Approbation).
2. Er muss von der Kassenärztlichen Vereinigung zugelassen sein. Das gilt auch für Psychologische Psychotherapeuten.
3. Er muss in seiner Praxis eine Behandlung durchführen, die zu den Richtlinienverfahren zählt.

Wenn Sie innerhalb einer angemessenen Wartezeit keine kassenzugelassene Psychotherapeutin nachweislich finden, können Sie sich die Leistung auch selbst beschaffen. Sie können bei Ihrer gesetzlichen Krankenkasse einen Antrag stellen, dass Sie die Kosten einer Behandlung auch bei einem Psychotherapeuten ohne Kassenzulassung erstattet bekommen (sogenanntes Kostenerstattungsverfahren). Die wichtigsten Informationen und ein Musterschreiben finden Sie in dem Ratgeber „Kostenerstattung“:

www.bptk.de/uploads/media/BPtK_Ratgeber_Kostenerstattung_2.pdf.

Richtlinienverfahren

Verhaltenstherapie

Bei der Verhaltenstherapie soll der Patient darin gestärkt werden, selbst mit seiner Erkrankung umzugehen. Unterstützt durch die Psychotherapeutin arbeitet er die Ursachen und die aufrechterhaltenden Bedingungen seiner Erkrankung heraus. Gemeinsam entwickeln, erlernen und probieren sie alternative Verhaltensweisen, mit denen er zukünftig besser zurechtkommt.

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

Eine Therapiesitzung dauert in der Regel 50 Minuten und findet ein- oder zweimal pro Woche statt. Im Laufe der Behandlung können die Abstände zwischen den Sitzungen zunehmen. Eine kognitive Verhaltenstherapie kann je nach Schwere der Depression 25 bis 80 Sitzungen umfassen. Die Therapie kann bis ein Jahr oder länger dauern.

Zahlreiche aussagekräftige Untersuchungen haben die Wirksamkeit der kognitiven Verhaltenstherapie mit anderen Methoden verglichen. Dabei verminderte eine alleinige kognitive Verhaltenstherapie bei einer leichten oder mittelschweren Depression die Beschwerden genauso gut oder besser als andere Behandlungsmöglichkeiten, wie Medikamente oder ein anderes Psychotherapieverfahren. Wann eine Besserung einsetzt, ist jedoch von Person zu Person unterschiedlich.

Psychoanalytisch begründete Verfahren

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

Menschen, indem er aktiv zuhört und beim Verstehen bisher unbekannter Zusammenhänge hilft.

Als Richtlinienverfahren sind die **tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie** und die **analytische Psychotherapie** anerkannt. Sie können als Langzeitbehandlung zwei oder mehr Jahre dauern oder als Kurzzeittherapie durchgeführt werden.

Die Wirksamkeit für leichte und mittelschwere Depression ist in Studien nachgewiesen. Die Belege sind allerdings nicht so zahlreich und aussagekräftig. Wann eine Besserung einsetzt, ist individuell sehr unterschiedlich.

Weitere psychotherapeutische Verfahren

Neben den sogenannten Richtlinienverfahren gibt es noch andere psychotherapeutische Methoden, die Menschen mit Depressionen angeboten werden können. Sie gehören derzeit jedoch nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen.

Systemische Therapie

Bei dieser Therapieform stehen nicht nur die Patientin im Zentrum der Behandlung, sondern auch ihr gesamtes Umfeld und die Beziehungen zu ihren Mitmenschen. In den Gesprächen mit der Therapeutin geht es unter anderem um Beziehungen zu anderen Menschen und Konflikte mit der Familie, um ihre Bedeutung für die seelische Krankheit zu verstehen. Daher schließt die Behandlung nach Möglichkeit auch Familienmitglieder oder andere wichtige Bezugspersonen ein, wie Ehepartner, Kinder oder Freunde. Ziel ist es, Beziehungsmuster und Verhaltensweisen zu ändern. Dafür gibt es verschiedene Techniken und Methoden.

Die Behandlung erstreckt sich meist über nicht mehr als 25 Therapiesitzungen. Sie kann als Familien-, Gruppen- oder Einzeltherapie durchgeführt werden. Eine Langzeittherapie ist möglich.

Studien erbrachten Hinweise, dass die Systemische Therapie zur Verbesserung von Depressionen beitragen kann.

Interpersonelle Psychotherapie

Dieses Verfahren ist speziell für Menschen mit einer Depression entwickelt worden. Hier kommen Elemente aus der Verhaltenstherapie und der psychodynamischen Therapie zum Einsatz. Die Theorie der Interpersonellen Psychotherapie nimmt an, dass eine Depression verschiedene Ursachen hat, wie Vererbung, Persönlichkeitsmerkmale oder bestimmte Lebensereignisse. Aber auch Beziehungen zu anderen Menschen werden als Krankheitsursache angesehen. Ein wichtiges Therapieziel ist deshalb die Bewältigung von zwischenmenschlichen Konflikten und Problemen.

Die Behandlung gliedert sich in drei Phasen. Vorgesehen sind 12 bis 20 wöchentliche Einzelsitzungen, die jeweils 50 Minuten dauern.

Diese Therapieform hat sich in aussagekräftigen Studien als wirksam erwiesen: Sie kann Beschwerden bei einer leichten bis mittelschweren Depressionen verbessern.

Gesprächspsychotherapie

Die Gesprächspsychotherapie wird auch klientenzentrierte Psychotherapie genannt. Sie baut darauf auf, dass jeder Mensch fähig ist, Lösungen für seine Probleme zu erarbeiten, sein Leben selbst zu gestalten und seine Persönlichkeit zu entfalten. Dieses Verfahren geht davon aus, dass es zu einer Depression kommt, wenn das reale und das ideale Bild, das eine Person von sich hat, nicht übereinstimmen. Dieser Widerspruch kann unter anderem zu Unzufriedenheit und Schuldgefühlen führen. Bei diesem Verfahren ist die Beziehung des Therapeuten zu dem erkrankten Menschen besonders wichtig: Er ist offen und wertfrei gegenüber dem hilfesuchenden Menschen und kann sich in ihn hinein fühlen. Damit hilft die Therapeutin dem Patienten, sich selbst zu erforschen und zu verstehen.

Die Behandlungsdauer beträgt meist ein halbes bis ein Jahr. Sitzungen finden etwa einmal in der Woche statt.

In aussagekräftigen Studien wurde die Wirksamkeit einer Gesprächspsychotherapie mit einer kognitiven Verhaltenstherapie bei einer leichten bis mittelschweren Depression verglichen. Dabei zeigte sich, dass beide Verfahren depressive Beschwerden verringern.

Nutzen und Risiken der Psychotherapie

Psychotherapeutische Verfahren können die Symptome einer Depression lindern. Die Wirksamkeit hängt jedoch vom Schweregrad der Depression ab. Besonders bei leichten oder mittelschweren Depressionen kann eine alleinige Behandlung mit Psychotherapie helfen. Dafür hat die Expertengruppe die meisten Belege gefunden. Bei einer schweren Depression reicht allerdings eine alleinige Psychotherapie oft nicht aus. Hier ist eine Kombinationsbehandlung aus Psychotherapie und Medikamenten am wirksamsten, um die Beschwerden zu verbessern (siehe auch Kapitel „Was die Leitlinie empfiehlt“ ab Seite 62).

Eine Psychotherapie kann ebenfalls Rückfällen vorbeugen und ein erneutes Auftreten der Krankheit verhindern. Das belegen mehrere aussagekräftige Untersuchungen. So blieben in einer Zusammenfassung mehrerer Studien 70 von 100 Personen nach Beendigung einer kognitiven Verhaltenstherapie ohne Rückfall. Demgegenüber hatten nur etwa 40 von 100 Personen nach Beendigung einer Behandlung mit Antidepressiva keinen Rückfall. Aus diesem Grund **sollen** Ärztinnen und Psychotherapeuten Ihnen nach Therapieende eine psychotherapeutische Nachbehandlung anbieten. Wenn bei Ihnen die Gefahr für eine erneute depressive Episode besteht, **soll** Ihnen eine längerfristige stabilisierende Psychotherapie angeboten werden.

Doch die Psychotherapie kann auch Nebenwirkungen haben. Allerdings hat die Expertengruppe dazu kaum Forschungsergebnisse gefunden. In den wenigen vorliegenden Studien haben sich bei etwa 10 von 100 der Personen mit einer seelischen Erkrankung die Beschwerden trotz Psychotherapie verschlechtert. Es kann beispielsweise sein, dass die Therapie keinen Erfolg zeigt, Ihr Zustand sich verschlechtert und Ihnen dies nicht sofort bewusst wird. Vielleicht ist Ihr Vertrauensverhältnis zur Therapeutin beeinträchtigt. Das kann auch passieren, wenn alle Beteiligten einfach „nicht miteinander können“. Außerdem kann es vorkommen, dass sich eine Psychotherapie auf Partnerschaft, Arbeitsplatz, Freundschaften oder Familie negativ auswirkt, zum Beispiel indem Konflikte deutlich werden.

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

In der psychotherapeutischen Behandlung ist die Patientin sehr auf ihren Therapeuten angewiesen. Es sind seltene Fälle belegt, in denen er diese Abhängigkeit ausnutzt.

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

Psychotherapie – gut zu wissen

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

Deswegen erstatten die gesetzlichen Krankenkassen bei Psychotherapien zunächst auch „Probesitzungen“ (siehe Kasten auf Seite 44), in denen beide Beteiligte herausfinden können, ob sie „miteinander können“, ob ihre jeweiligen Vorstellungen von der Erkrankung und von einer sinnvollen Behandlung übereinstimmen. Wenn sich im Verlaufe der ersten Sitzungen herausstellt, dass dies nicht der Fall ist, sollten Sie über einen Wechsel der Praxis nachdenken. Vielleicht sind Sie ja froh, dass Sie überhaupt jemanden gefunden haben, der Zeit für Sie hat. Aber wenn die Voraussetzungen nicht stimmen, sind die Erfolgsaussichten geringer.

Der zweite wichtige Erfolgsfaktor ist, dass Sie die für sich passende Behandlungsform finden. Manche Menschen kommen besser mit einer Verhaltenstherapie, manche besser mit analytischer Psychotherapie oder tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie zurecht. Für einige ist eine Gruppentherapie besser geeignet als eine Einzeltherapie. Auch hier sollten Sie im Verlauf der Therapie gemeinsam überprüfen, ob das Verfahren zu Ihnen passt.

Hinweis

Die gesetzlichen Krankenkassen zahlen auf jeden Fall die ersten Gespräche. Diese dienen dazu, dass sich die Beteiligten näher kennenlernen, gemeinsam die Therapieziele festlegen, sich über Behandlungsalternativen informieren oder organisatorische Fragen klären. Sie sollen Ihnen ausdrücklich helfen, den richtigen Psychotherapeuten zu finden.

Diese ersten Gespräche werden auch „probatorische Sitzungen“ genannt – also Sitzungen, in denen Sie ausprobieren sollen, ob die Psychotherapeutin und die Behandlungsmethode wirklich zu Ihnen passen.

Nach den ersten Treffen ist die Psychotherapie eine antragspflichtige Leistung. Das heißt: Wenn Sie sich mit dem Psychotherapeuten über die Aufnahme einer Behandlung geeinigt haben, müssen Sie gemeinsam bei Ihrer Krankenkasse einen Antrag stellen. Sobald die Bewilligung der Krankenkasse vorliegt, kann die Therapie beginnen.

Egal für welche Therapieform Sie sich entscheiden, Ihr Psychotherapeut sollte:

- Sie ermutigen und Ihnen Hoffnung geben;
- einfühlsam sein und eine vertrauensvolle Beziehung zu Ihnen aufbauen;
- fragen, was Sie zur Therapie bewegt hat und welche Erwartungen Sie an die Behandlung haben;
- Ihnen erklären, wie die Krankheit entstanden ist;
- Ihnen die Gewissheit geben, dass der Grund für Ihre Erkrankung nicht mit persönlichem Versagen oder Schuld zu tun hat;
- Ihnen vermitteln, dass die Erkrankung behandelt werden kann und warum eine Therapie für Sie wichtig ist;

- Probleme, Konflikte oder belastende Ereignisse klären, die möglicherweise zur Entstehung der Depression beigetragen haben;
- mit Ihnen gemeinsam Ziele formulieren, die Ihnen aus der Depression heraushelfen (zum Beispiel besseres Verstehen der Krankheitsursachen, besserer Umgang mit konflikthafter Situationen und Beziehungen, Erlernen neuer Verhaltensweisen);
- Ihnen ermöglichen, auch Ihre Angehörigen in die Behandlung einzubeziehen, wenn Sie es wünschen;
- mit Ihnen zusammen Strategien erarbeiten, die Sie im Notfall anwenden können.

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

Wenn Sie sich für eine Psychotherapie entschieden haben, werden Sie vielleicht feststellen: Es kann schwer sein, eine psychotherapeutische Praxis zu finden, die einen freien Platz für Sie hat. Einige Regionen Deutschlands sind mit Psychotherapeuten unterversorgt, und längere Wartezeiten auf einen Termin sind durchaus üblich. Häufig ist es leichter, einen Platz in einer Gruppenpsychotherapie als in einer Einzeltherapie zu finden. Suchen Sie Menschen, die Sie emotional oder bei der Suche unterstützen. Das kann Ihre Hausärztin, ein Kassenmitarbeiter, eine Kliniksozialarbeiterin, ein Freund oder eine Angehörige sein. Bleiben Sie am Ball – was natürlich gerade bei einer depressiven Erkrankung leichter gesagt als getan ist.

Medikamente

Bei einer Depression können auch Medikamente zum Einsatz kommen, die auf die Psyche wirken. Sie heißen „Antidepressiva“, da sie gezielt gegen depressive Beschwerden wirken (Einzahl: ein Antidepressivum). Es gibt mehrere Wirkstoffe, die depressive Beschwerden lindern können. Ihre Einteilung in Gruppen richtet sich danach, an welcher Stelle im Hirnstoffwechsel sie ansetzen.

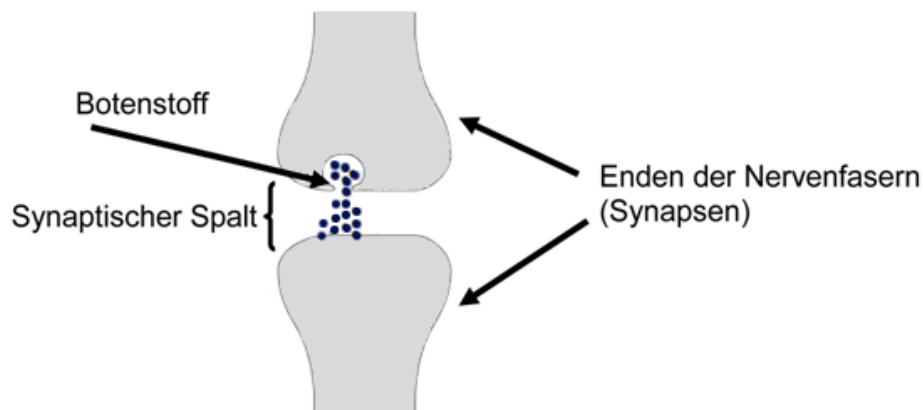
Der Stoffwechsel im Gehirn

Antidepressiva greifen chemisch in den Hirnstoffwechsel ein und beeinflussen bestimmte Botenstoffe. Dabei handelt es sich zu meist um Serotonin und Noradrenalin. Diese sollen in engem Zusammenhang mit depressiven Erkrankungen stehen.

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

Antidepressiva greifen in diesen Mechanismus ein.

Abbildung 3: Übertragung von Nervenreizen



Wirksamkeit

Die Wirksamkeit von Medikamenten wird in sogenannten kontrollierten Studien nachgewiesen. Dort gibt es zwei Gruppen von Menschen. Die einen bekommen das zu untersuchende Antidepressivum, die anderen eine Tablette ohne Wirkstoff (Placebo) oder ein anderes Mittel gegen Depression. Dabei bleibt den Teilnehmenden wie auch dem Forscherteam unbekannt, wer was bekommen hat, damit nicht Erwartungshaltungen, Enttäuschungen oder andere Umstände das Ergebnis verfälschen. Alle anderen Umstände der Behandlung sind gleich. Nach einer gewissen Zeit wird geprüft, bei wem eine Verbesserung eingetreten ist. In sehr vielen solchen aussagekräftigen Studien hat sich gezeigt, dass sich durch die Einnahme von Antidepressiva die Beschwerden bei Menschen mit einer Depression bessern. Die Untersuchungen sind in der Leitlinie „Unipolare Depression“ aufgeführt und dort nachprüfbar. Es lassen sich aus diesen Studien aber keine grundsätzlichen Aussagen darüber ableiten, welches Mittel bevorzugt eingesetzt werden sollte, da alle in ihrer Wirksamkeit in etwa vergleichbar sind. Die Leitlinie spricht daher keine konkrete Empfehlung für oder gegen ein bestimmtes Antidepressivum aus.

Wirksamkeit nach 12 Wochen Behandlung

Antidepressivum:

5 bis 6 von 10 Menschen zeigen eine Verbesserung der Symptome

Placebo (Tablette ohne Wirkstoff, „Zuckerpille“):

2 bis 3 von 10 Menschen zeigen eine Verbesserung der Symptome

Das bedeutet:

1. Bei mehr als der Hälfte der Personen zeigt die Behandlung mit Medikamenten nach 12 Wochen Erfolg.
2. Bei 2 bis 3 von diesen 10 Personen ist dieser Behandlungserfolg jedoch gar nicht auf das Medikament zurückzuführen.

Grundsätzlich gilt: Je schwerer eine Depression ist, desto eher haben Betroffene einen Nutzen von einer Behandlung mit Antidepressiva. Die Behandlung einer leichten Depression mit Medikamenten wird daher nur unter bestimmten Voraussetzungen empfohlen (siehe Kapitel „Leichte Depression“ ab Seite 62).

Wann setzt die Wirkung ein?

Wenn eine Besserung eintritt, dann geschieht das in etwa drei Viertel der Fälle innerhalb der ersten beiden Wochen. Damit wirken Antidepressiva nicht schneller als ein Placebo. Sie helfen aber bei mehr Menschen.

Auf welche Krankheitsanzeichen ein Medikament zuerst wirkt, lässt sich nicht vorhersagen. Es lässt sich auch nicht voraussagen, ob und wann eine Person auf ein bestimmtes Medikament anspricht: Etwa ein Drittel aller Patientinnen hat trotz eines Medikaments weiter depressive Beschwerden. Wenn ein einziges Arzneimittel die Beschwerden nicht lindert, kann eine Thera-

pieänderung sinnvoll sein. Dafür gibt es verschiedene Möglichkeiten (mehr Information im Kapitel „Und wenn die Behandlung nicht wirkt?“ ab Seite 68).

Wird die Behandlung angepasst, geht es etwa der Hälfte der betroffenen Personen daraufhin besser. Insgesamt ist eine gut eingestellte Behandlung bei drei Viertel der Patienten wirksam. Die Hälfte davon ist nach einer Behandlung vollständig wiederhergestellt, bei der anderen Hälfte verbessern sich zumindest die Beschwerden. Wer von einer Behandlung mit Antidepressiva den größten Nutzen hat, lässt sich allerdings nicht vorhersagen.

Hinweis

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

Welches Medikament bei Ihnen eingesetzt werden sollte, richtet sich unter anderem nach den möglichen Nebenwirkungen und den Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten, die Sie vielleicht einnehmen. Weitere Erkrankungen und Ihre Wünsche spielen ebenfalls eine Rolle.

Nebenwirkungen von Medikamenten

Nebenwirkungen sind etwas ganz Normales. Neben den „erwünschten“ Effekten können auch „unerwünschte“ Arzneimittelwirkungen vorkommen. Bei richtiger Verordnung und Einnahme der Präparate können diese jedoch in vielen Fällen vermieden oder so gering wie möglich gehalten werden. Darüber hinaus tritt nicht jede Nebenwirkung bei jedem Menschen auf, manche sind sogar nur sehr selten. Außerdem treten einige Begleiterschei-

nungen vor allem zu Therapiebeginn auf und lassen mit der Zeit nach oder verschwinden ganz.

Hinweis

Antidepressiva machen nicht abhängig. Sie gehören zwar zu den Psychopharmaka, aber es besteht keine Suchtgefahr.

Ob der erwartete Nutzen eines Medikamentes größer ist als die möglichen Nebenwirkungen, das können am Ende nur Sie selbst entscheiden: Denn es geht um Ihre Wünsche und Ihre Ansprüche sowie um den Nutzen, den Sie erwarten, und die Nebenwirkungen, die Sie beeinträchtigen. Am besten besprechen Sie mit Ihrem Arzt, was Sie von der Behandlung erwarten, damit Sie gemeinsam die für Sie beste Lösung finden. Dabei sollten Sie beide auch Wechselwirkungen beachten: Manche Arzneimittel verstärken oder mindern sich gegenseitig in ihrer Wirkung. Es ist daher gut, wenn Sie eine Medikamentenliste zum Arztgespräch mitbringen (siehe Hinweis zum Medikationsplan auf Seite 26 im Kapitel „Andere Krankheiten ausschließen“).

Inzwischen gibt es eine genaue Vorschrift, wie auf Beipackzetteln die Häufigkeit einer Nebenwirkung zu beschreiben ist:

Tabelle 1: Häufigkeit bei Nebenwirkungen

Bezeichnung	Bei wie vielen Personen tritt die Nebenwirkung auf?
sehr selten	Bei weniger als einer von 10 000 Personen
selten	Bei 1 von 10 000 bis 1 von 1 000 Personen
gelegentlich	Bei 1 von 1 000 bis 1 von 100 Personen
häufig	Bei 1 von 100 bis 1 von 10 Personen
sehr häufig	Bei mehr als einer von 10 Personen

Die Neben- und Wechselwirkungen der einzelnen Antidepressiva sind unterschiedlich. Deshalb nennen wir auf den nächsten Seiten die typischen Nebenwirkungen für alle gängigen Wirkstoffe. In dieser Patientenleitlinie ist es nicht möglich, alle unerwünschten Arzneimittelwirkungen und Gegenanzeigen eines jeden Wirkstoffs aufzuzählen. Lesen Sie daher die Packungsbeilage durch und fragen Sie bei Unklarheiten bei Ihrer Ärztin nach. Informieren Sie Ihren Arzt, wenn Sie bei sich Veränderungen beobachten, die mit dem Medikament in Zusammenhang stehen könnten.

Im Folgenden stellen wir Ihnen alle Medikamente mit ihrem Wirkstoffnamen vor. Bekannter ist meist der Handelsname, den eine Firma ihrem Arzneimittel gibt. Er ist gleich auf den ersten Blick auf der Medikamentenpackung zu erkennen. Je nach Hersteller variieren die Handelsnamen jedoch – auch wenn der gleiche Wirkstoff enthalten ist. Auch der Wirkstoff eines jeden Medikaments und seine Mengenangabe ist außen auf der Packung vermerkt – in der Regel allerdings nur in kleiner Schriftgröße. Sie finden ihn oft unter dem Namen des Arzneimittels stehend, mit der Kennzeichnung „Wirkstoff: ...“.

Sie finden in dieser Patientenleitlinie nur Wirkstoffgruppen, die in der Leitlinie derzeit aufgeführt werden. Aber die Forschung geht weiter. Immer wieder werden neue Wirkstoffe getestet. Wenn sie sich nach kritischer Bewertung aller vorhandenen Daten als wirksam erwiesen haben, nimmt die Expertengruppe sie in die Leitlinie auf. Dann wird auch diese Patientenleitlinie aktualisiert.

Antidepressiva – Wirkungsweise und Nebenwirkungen

Tri- und tetrazyklische Antidepressiva (TZA)

TZA stehen für die Behandlung der Depression schon seit den 50er Jahren zur Verfügung. Diese Medikamente hemmen die Wiederaufnahme von Serotonin und Noradrenalin. Dadurch verbleiben diese länger im synaptischen Spalt und können dort weiterhin Reize übertragen. Allerdings wirken TZA nicht nur auf diese beiden Botenstoffe. Sie blockieren auch die „Andockstellen“ weiterer Botenstoffe (zum Beispiel Histamin oder Acetylcholin). Damit können sie weitere teils erwünschte oder unerwünschte Wirkungen haben, wie Schlafförderung oder Mundtrockenheit.

Nebenwirkungen

Unter TZA können Auswirkungen auf das Herz-Kreislauf-System auftreten: zum Beispiel Herzrasen, Herzrhythmusstörungen, plötzlicher Blutdruckabfall nach dem Aufstehen, Schwindel oder Kreislaufprobleme. Deshalb ist ein EKG vor und während der Behandlung notwendig. Die Medikamente können ebenfalls Mundtrockenheit, Sehstörungen, Leberprobleme, Schwierigkeiten beim Wasserlassen oder Verstopfung auslösen. Solche Nebenwirkungen sind bei der Einnahme von TZA nach Meinung der Expertengruppe zu beachten. Besonders bei Menschen mit einer koronaren Herzerkrankung, erhöhtem Augeninnendruck, Prostatavergrößerung, Epilepsie, Verdauungsstörungen oder Verwirrung können vermehrt unerwünschte Wirkungen auftreten.

Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI)

SSRI sorgen dafür, dass der Botenstoff Serotonin von der Nervenzelle, von der er abgegeben wurde, nicht wieder zurück aufgenommen wird. Nachdem er das Signal übertragen hat, bleibt er dadurch länger im synaptischen Spalt und kann dort weiterhin Reize übertragen.

Nebenwirkungen

Zu Beginn der Behandlung können häufiger Kopfschmerzen und Übelkeit auftreten. Zudem können sie Unruhe, Angstzustände und Schlaflosigkeit hervorrufen. Es kann also sein, dass einige Anzeichen der Depression sich vorübergehend sogar verstärken. Die Mittel können auch Blutungen im Magen-Darm-Trakt auslösen – besonders wenn Sie blutverdünnende Medikamente einnehmen, wie Acetylsalicylsäure (ASS). Außerdem kann sich ein sehr seltenes „Serotoninsyndrom“ mit Verwirrtheit, Zittern, Frösteln, Schwitzen, Blutdruckveränderungen, unwillkürlichen Muskelzuckungen und Pupillenerweiterung einstellen. Deshalb empfiehlt die Leitlinie, dass bei Menschen, die SSRI erhalten, gerade in den ersten Wochen besonders aufmerksam auf diese Anzeichen geachtet werden **sollte**. Ihre Ärztin sollte Sie auf diese möglichen Nebenwirkungen hinweisen. Wenn Sie solche Beschwerden haben, sollten Sie sofort ärztliche Hilfe suchen.

Auch das sexuelle Erleben kann beeinträchtigt sein: Es können Orgasmusstörungen und bei Männern verzögerte Samenergüsse auftreten.

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

Studien legen nahe, dass es bei unter 25-jährigen Menschen, die SSRI einnehmen, etwas häufiger zu Suizidversuchen kommt. Die gefundenen Untersuchungen liefern keinen Hinweis darauf, dass auch bei älteren Erwachsenen eine erhöhte Selbsttötungsgefahr besteht.

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

Bei Frauen mit Brustkrebs, die mit Tamoxifen behandelt werden, kommen nur bestimmte Wirkstoffe aus der Gruppe der SSRI in Frage. Fragen Sie dazu Ihren behandelnden Arzt.

Monoaminoxidase-Hemmstoffe (MAO-Hemmer)

Die Monoaminoxidase (kurz: MAO) ist ein Eiweißstoff (Enzym), der den Abbau von Serotonin und Noradrenalin bewirkt. MAO-Hemmer verhindern, dass dieses Enzym wirksam werden kann. Die beiden Botenstoffe werden dann weniger stark abgebaut und sind daher in höherer Konzentration vorhanden und können verstärkt Reize übertragen.

Zu den MAO-Hemmern gehören die Wirkstoffe *Moclobemid* und *Tranlylcypromin*. Es gibt Hinweise, dass der MAO-Wirkstoff *Tranlylcypromin* vor allem wirksam bei der Behandlung von Depressionen ist, die auf andere Antidepressiva nicht ansprechen.

Nebenwirkungen

Bei kürzer anhaltendem Einsatz von MAO-Hemmern gibt es nur geringe Nebenwirkungen, zum Beispiel Mundtrockenheit. Bei *Tranlylcypromin* müssen Sie jedoch eine besondere Diät einhalten. Sie dürfen bestimmte Getränke oder Lebensmittel nicht zu sich nehmen, wie einige Käsesorten, Rotwein oder Fertigprodukte. Ansonsten kann der Blutdruck bedrohlich ansteigen.

MAO-Hemmer sollten nicht mit anderen Antidepressiva kombiniert werden, weil hier verstärkt die Gefahr eines Serotonin-Syndroms besteht.

Selektive Serotonin-/Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SSNRI)

Ähnlich wie die selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer und die TZA verhindern diese Wirkstoffe, dass Serotonin und Noradrenalin wieder in die ausschüttende Nervenzelle aufgenommen werden. So erhöhen sie die Konzentration der beiden

Botenstoffe im synaptischen Spalt. Reize können verstärkt übertragen werden.

Zu dieser Gruppe zählen die beiden Wirkstoffe *Duloxetin* und *Venlafaxin*.

Nebenwirkungen

Bei *Venlafaxin* können sich besonders zu Beginn der Behandlung Appetitlosigkeit, Übelkeit und sexuelle Funktionsstörungen zeigen. Bei höheren Dosierungen kann der Blutdruck ansteigen. Innere Unruhe und Schlafstörungen können auftreten. Die Einnahme von *Duloxetin* wird häufig von Übelkeit, trockenem Mund, Verstopfung und Schlaflosigkeit begleitet. Der Wirkstoff kann zudem Probleme beim Wasserlassen verursachen. Bei zu raschem Absetzen von SSNRI kann es zu ausgeprägten Nebenwirkungen kommen; daher sollten sie eher langsam „ausgeschlichen“ werden.

Alpha2-Rezeptor-Antagonisten

Sogenannte Alpha2-Rezeptor-Antagonisten haben einen andersartigen Wirkmechanismus, der auf indirektem Weg die Wirkung der Botenstoffe verstärkt: Sie verhindern, dass Mechanismen wirksam werden können, welche die Freisetzung von Serotonin und Noradrenalin hemmen.

Wirkstoffe aus dieser Gruppe sind *Mianserin* und *Mirtazapin*.

Nebenwirkungen

Neben Müdigkeit ist längerfristig eine Gewichtszunahme beobachtet worden.

Gründe die gegen dieses Mittel sprechen, sind schwere Leber- oder Nierenerkrankungen.

Selektive Noradrenalin-Dopamin-Wiederaufnahmehemmer

Der Wirkstoff *Bupropion* hemmt sowohl die Wiederaufnahme von Noradrenalin als auch von Dopamin. Dadurch soll sich die Stimmung aufhellen.

Nebenwirkungen

Sehr häufige Nebenwirkungen sind Schlaflosigkeit, Mundtrockenheit, Übelkeit und Kopfschmerzen. Zudem kann die Haut empfindlich reagieren.

Melatonin-Rezeptor-Agonist und Serotonin-5-HT_{2C}-Rezeptor Antagonist

Hierunter fällt der Wirkstoff *Agomelatin*. Wie der Name schon andeutet, ist *Agomelatin* mit dem körpereigenen Hormon Melatonin verwandt. Melatonin steuert den Tag-Nacht-Rhythmus, der bei Depressionen beeinträchtigt sein soll. Inwieweit die Melatonin-ähnliche Wirkung des Mittels zur Linderung depressiver Beschwerden beiträgt, ist noch unklar. Daneben regt das Mittel bestimmte Andockstellen des Botenstoffs Serotonin im Gehirn an.

Nebenwirkungen

Zu den häufigen Nebenwirkungen zählen Kopfschmerzen, Schwindel, Schläfrigkeit, Schlaflosigkeit, Übelkeit und Schwitzen. Weil die Substanz die Funktion der Leber beeinflussen kann, ist eine regelmäßige Kontrolle der Leberwerte vor und während der Behandlung wichtig.

Serotonin-Wiederaufnahme-Verstärker

Hier gibt es den Wirkstoff *Tianeptin*, der seit 2012 in Deutschland als Antidepressivum zugelassen ist. Er verstärkt die Wiederaufnahme von Serotonin aus dem synaptischen Spalt.

Nebenwirkungen

Häufig kommt es zu Alpträumen, Schlaflosigkeit, Schläfrigkeit, Schwindel oder Kopfschmerzen. Er kann auch zu Magen-Darm-

Beschwerden führen, wie Bauchschmerzen, Blähungen, Übelkeit oder Erbrechen.

Trazodon

Die Substanz Trazodon ist kein „klassisches Antidepressivum“. Es beeinflusst die Aktivität von Serotonin, indem es die Wiederaufnahme des Botenstoffs in die Nervenzelle verhindert und einige Andockstellen für Serotonin blockiert. Außerdem gehört es zu den Alpha-2-Antagonisten (siehe Kapitel „Alpha2-Rezeptor-Antagonisten“ auf Seite 55). Das Mittel macht müde und eignet sich daher zur Einnahme vor dem Schlafengehen.

Nebenwirkungen

Bei Personen, die Trazodon einnehmen, können Müdigkeit, Schwindel, Magen-Darm-Beschwerden und Mundtrockenheit auftreten. Das Mittel kann Herzrhythmusstörungen und Probleme mit dem Blutdruck auslösen.

Lithium

Lithium gehört nicht direkt zu den Antidepressiva, sondern zu jenen Medikamenten, welche die Stimmung stabilisieren. Es ist ein in der Natur vorkommendes Salz, welches das Gleichgewicht verschiedener Botenstoffe verändert und die Signalübertragung im Gehirn beeinflusst. Lithium sollte nur von erfahrenen Fachärztinnen, insbesondere Psychiaterinnen, verschrieben werden.

Zeigt ein Antidepressivum nicht den gewünschten Erfolg, kann Lithium in einem nächsten Schritt ergänzend gegeben werden (mehr dazu auf Seite 69 unter „2. Die Wirkung verstärken“). Eine kombinierte Behandlung von Antidepressivum und Lithium lindert die Beschwerden von Menschen mit einer Depression besser als ein Placebo zusätzlich zu einem Antidepressivum. Das zeigen Ergebnisse mehrerer aussagekräftiger Studien.

Außerdem kann Lithium bei der Vorbeugung gegen Wiedererkrankungen in Frage kommen. Die vorbeugende Wirkung wurde in zahlreichen hochwertigen Untersuchungen nachgewiesen.

Nebenwirkungen

Bei der Anwendung kann es zu Muskelschwäche, Zittern oder Durchfällen kommen, außerdem zu vermehrtem Ausscheiden von Harn und starkem Durst. Die Einstellung der Dosis muss regelmäßig kontrolliert werden. Das kann nur über die Laborkontrolle der Blutwerte geschehen. Deswegen nimmt der Arzt Ihnen Blut ab. Daneben kann Lithium die Funktion der Schilddrüse abschwächen. Das lässt sich von der Ärztin mit Tabletten mit L-Thyroxin, einem künstlich hergestellten Schilddrüsenhormon, behandeln.

Menschen mit schweren Nieren- oder Herzerkrankungen dürfen Lithium nicht einnehmen.

Pflanzliche Wirkstoffe

Unter den pflanzlichen Antidepressiva spielt *Johanniskrautextrakt* eine Rolle. Wegen seiner vermeintlich geringen Nebenwirkungen wird es in Deutschland häufig verordnet. Allerdings ist seine Wirkung umstritten: Es gibt Studien, die eine erhöhte Wirksamkeit gegenüber einem Placebo nachweisen, aber auch solche, die das widerlegen. Eine Analyse aller vorhandenen Studien kommt zu dem Ergebnis, dass Johanniskraut bei leichter und mittelschwerer Depression die Beschwerden möglicherweise bessert, bei schwerer Depression aber nicht. Doch die Dosierung in einzelnen Präparaten mit Johanniskrautextrakt ist sehr verschieden und daher nur schwer vergleichbar. Ärzte sollten nur solche Präparate verordnen, deren Wirksamkeit in Studien nachgewiesen wurde und die als verschreibungspflichtige Arzneimittel zugelassen sind.

Nach Meinung der Expertengruppe **sollten** Ärztinnen Betroffene, die ein solches pflanzliches Arzneimittel nehmen, über die unterschiedliche Wirkstärke der Zubereitungen und die damit einhergehenden Unsicherheiten informieren. Außerdem sollten sie über mögliche schwere Wechselwirkungen von Johanniskraut mit anderen Medikamenten aufklären.

Wichtig zu wissen: Wechselwirkungen

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

Nebenwirkungen

Johanniskraut ist meist gut verträglich, obwohl einschränkend gesagt werden muss, dass die meisten Studien nur relativ wenige Teilnehmende hatten und deshalb nicht sehr aussagekräftig sind. Mögliche Nebenwirkungen sind Lichtempfindlichkeit, Magen-Darm-Beschwerden, Müdigkeit und Unruhe.

Bei einer schweren depressiven Episode und Empfindlichkeit gegenüber Sonnenlicht darf Johanniskraut nicht eingesetzt werden.

Überblick: Wirkstoffgruppen und Wirkstoffe

Tabelle 2: Wirkstoffgruppen und Wirkstoffe

Wirkstoffgruppe	Wirkstoff
TZA	Amitriptylin
	Amitriptylinoxid
	Clomipramin
	Desipramin
	Doxepin
	Imipramin
	Maprotilin
	Nortriptylin
	Trimipramin
SSRI	Citalopram
	Escitalopram
	Fluoxetin
	Fluvoxamin
	Paroxetin
	Sertralin
	Vortioxetin
MAO-Hemmer	Moclobemid
	Tranylcypromin
SSNRI	Venlafaxin
	Duloxetin
Alpha2-Rezeptor-Antagonisten	Mianserin
	Mirtazapin
Selektive Noradrenalin-Dopamin-Wiederaufnahmehemmer	Bupropion

Wirkstoffgruppe	Wirkstoff
Melatonin-Rezeptor-Agonist und Serotonin-5-HT _{2C} -Rezeptor-Antagonist	Agomelatin
Serotonin-Wiederaufnahme-Verstärker	Tianeptin
Nichtklassifizierte Antidepressiva	Trazodon
	Lithiumsalze
Pflanzliche Arzneimittel	Johanniskraut

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

Weitere Medikamente

Antipsychotika

Mit Antipsychotika oder Neuroleptika werden eigentlich Schizophrenien oder Psychosen behandelt. Sie helfen gegen Wahnideen und Halluzinationen.

Nur für den Wirkstoff *Quetiapin* aus der Gruppe der Antipsychotika ist der Nutzen bei Depressionen belegt: Eine hochwertige Studie ergab, dass *Quetiapin* allein bei einer Depression die Beschwerden stärker lindert als ein Placebo. Allerdings hat sich der Wirkstoff nicht wirksamer als ein Antidepressivum erwiesen und hatte mehr Nebenwirkungen.

Kein sogenanntes Antipsychotikum der zweiten Generation, auch atypische Neuroleptika genannt, ist derzeit als Einzeltherapie bei einer unipolaren Depression zugelassen. Die Leitlinie rät dazu, diese Mittel nicht einzusetzen.

Benzodiazepine

Diese Schlaf- und Beruhigungsmittel sind in Deutschland nicht zur Behandlung der Depression zugelassen.

Benzodiazepine machen schnell abhängig: Bereits nach zwei Wochen gewöhnt sich der Körper an das Medikament, nach drei- bis vierwöchiger Einnahme kann sich eine Abhängigkeit entwickeln.

Um Abhängigkeiten zu vermeiden, gibt es die sogenannte 4-K-Regel zur Anwendung von Benzodiazepinen:

- klare medizinische Notwendigkeit;
- kleinste notwendige Dosis;
- kurze Anwendung;
- kein abruptes Absetzen.

Über die Risiken und die richtige Anwendung von Schlaf- und Beruhigungsmittel informiert das Faltblatt „Medikamenteneinnahme: Risiken vermeiden. Medikamente mit Abhängigkeitsrisiko: 4-K-Regel für den Umgang“. Kostenlos im Internet unter:

www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/4-K-Regel.pdf.

Was die Leitlinie empfiehlt

Bei einer Depression richtet sich die Behandlung nach dem Schweregrad (siehe Kapitel „Schweregrade“ ab Seite 23). Auf Grundlage von vorliegenden Studiendaten spricht die Leitlinie folgende Empfehlungen aus:

Leichte Depression

Bei einer leichten Depression ist es sehr wahrscheinlich, dass Sie auch ohne Behandlung wieder gesunden. Nach Meinung der Expertengruppe **können** Ärzte und Psychotherapeutinnen daher zunächst abwarten und die Beschwerden beobachten, bevor sie eine Behandlung einleiten. Während dieser Zeit werden Sie dennoch ärztlich und psychotherapeutisch begleitet und betreut.

Wenn sich nach spätestens zwei Wochen die Beschwerden nicht bessern oder sogar verschlechtern, **soll** Ihre Ärztin oder Ihr Psychotherapeut nach Meinung der Expertengruppe mit Ihnen über eine Ausweitung der Behandlung sprechen. Bei einer leichten Depression können zunächst zum Beispiel unterstützende Gespräche, eine allgemeine Beratung, Schulungen, Selbsthilfebücher oder Onlineprogramme zum Einsatz kommen, bevor eine Behandlung mit Medikamenten oder Psychotherapie begonnen wird. Ausführliche Informationen zu diesen Behandlungsmöglichkeiten finden Sie in den Kapiteln „Überblick: Methoden und Ziele der Behandlung“ ab Seite 27 und „Informationsangebote“ ab Seite 34.

Bessern sich die Beschwerden durch diese einfachen Maßnahmen nicht, **soll** Ihnen eine Psychotherapie angeboten werden.

Antidepressiva **sollten** nicht generell zur Erstbehandlung bei einer leichten Depression eingesetzt werden. Grund ist, dass Antidepressiva bei leichten Depressionen nicht wirksamer sind als Placebo. Damit steht der Nutzen meist in keinem angemessenen Verhältnis zu den möglichen Nebenwirkungen.

Nach Meinung der Expertengruppe **können** jedoch folgende Umstände für eine medikamentöse Behandlung auch bei leichter Depression sprechen:

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

Nach Meinung der Expertengruppe **kann** bei einer leichten Depression auch ein erster Therapieversuch mit Johanniskraut unternommen werden, wenn eine Behandlung mit Medikamenten erwogen wird.

Mittelgradige Depression

Menschen mit einer mittelschweren Depression **soll** entweder eine Psychotherapie *oder* eine Behandlung mit Antidepressiva angeboten werden. Die verschiedenen Antidepressiva unterscheiden sich nicht in ihrer Wirksamkeit aber in ihren Neben- und Wechselwirkungen.

Psychotherapie und Antidepressiva sind bei einer mittelschweren Depression in etwa gleichermaßen wirksam. Allerdings belegen hochwertige Studien, dass eine Kombination beider Verfahren keinen Vorteil hat.

Auch bei einer mittelgradigen Depression **kann** nach Meinung der Expertengruppe eine Behandlung mit Johanniskraut erwogen werden (siehe auch Kapitel „Pflanzliche Wirkstoffe“ auf Seite 58).

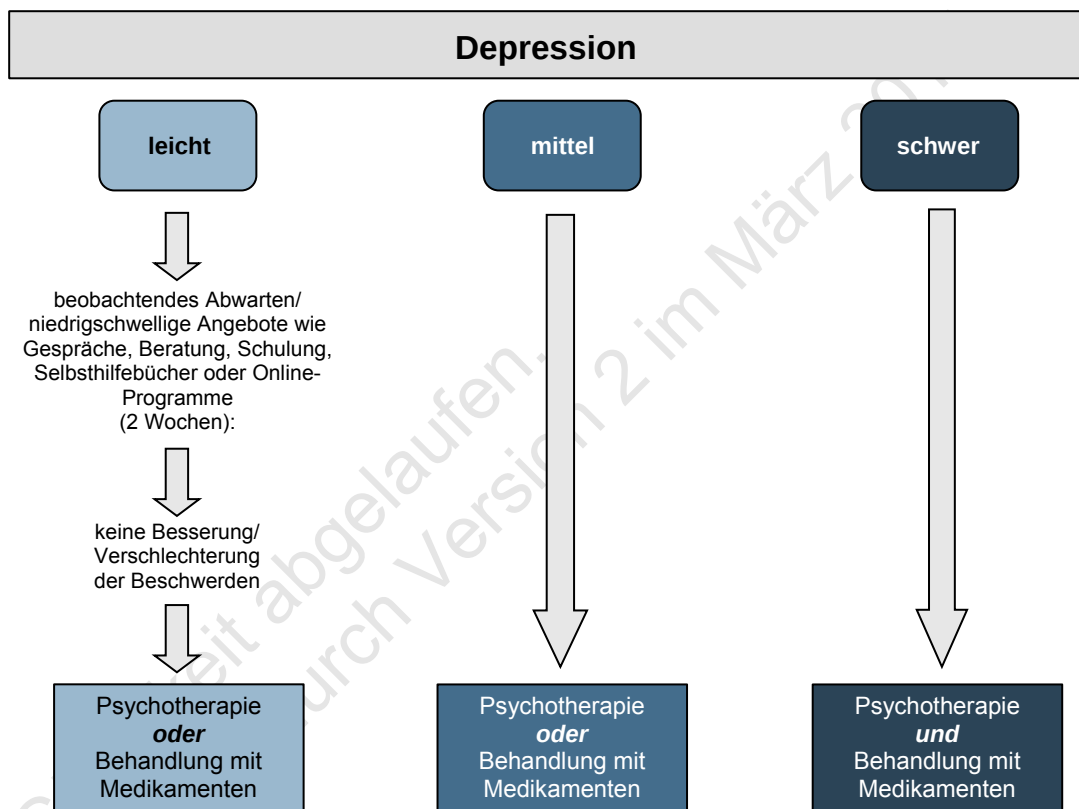
Schwere Depression

Bei einer schweren Depression ist eine kombinierte Behandlung aus Medikamenten *und* Psychotherapie am wirksamsten. Die Kombinationsbehandlung lindert die Beschwerden stärker als eine alleinige Psychotherapie oder eine alleinige medikamentöse Therapie. Dafür hat die Expertengruppe viele Belege gefunden. Daher **soll** bei einer schweren Depression eine Kombinationsbehandlung angeboten werden.

Wenn eine Kombinationsbehandlung nicht in Frage kommt, **sollen** Ihnen eine alleinige Psychotherapie und eine alleinige Behandlung mit Medikamenten als gleichwertige Alternativen angeboten werden.

Auch wenn Sie an einer schweren und wiederkehrenden Depression leiden, **soll** der Arzt vorrangig prüfen, ob eine Kombinationsbehandlung sinnvoller ist, als eine alleinige Psychotherapie oder Behandlung mit Medikamenten. Außerdem gibt es Hinweise aus Studien, dass eine gleichzeitige Psychotherapie Menschen mit einer Depression bei der Medikamenteneinnahme unterstützt.

Abbildung 4: Behandlung von Depressionen



Grundsätze für die Behandlung mit Antidepressiva

Nach Meinung der Expertengruppe **sollte** die Behandlung mit einem Antidepressivum in der Regel mit einer niedrigen Dosis beginnen. Diese wird schrittweise erhöht, bis die richtige Dosis für Sie erreicht wird. Bis Antidepressiva wirken, kann jedoch einige Zeit vergehen. Wenn Sie die richtige Dosis bekommen, **sollte** nach Meinung der Expertengruppe vier Wochen abgewartet werden, bis Sie gemeinsam mit Ihrer Ärztin beurteilen, ob die

Behandlung erfolgreich war. Es kann sinnvoll sein, dass Sie und Ihr Arzt bereits im Voraus einen Termin festlegen, an dem Sie gemeinsam den Behandlungserfolg überprüfen. Dafür ist es hilfreich, dass Sie sich beide schon vor Beginn der medikamentösen Behandlung genau aufschreiben, wie stark Ihre Beschwerden sind.

Hat die Behandlung angeschlagen, **sollten** Sie nach Meinung der Expertengruppe die medikamentöse Behandlung fortsetzen, bis Sie keine Beschwerden mehr haben.

In den ersten vier Therapiewochen **sollte** Ihre Ärztin Sie nach Meinung der Expertengruppe genau aufklären und möglichst eng betreuen. Im Aufklärungsgespräch geht es um:

- Ihre Bedenken, die Sie vielleicht gegenüber Antidepressiva haben;
- Wirkungsmechanismen der Antidepressiva;
- die Zeit, die es dauert, bis die Behandlung wirkt;
- mögliche Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten;
- Nebenwirkungen;
- Behandlungsdauer.

Während der Therapie kontrolliert Ihr Arzt regelmäßig, ob diese anspricht. Er kann dadurch auch Komplikationen oder Nebenwirkungen frühzeitig erkennen und, falls notwendig, die Behandlung ändern. Nach Meinung der Expertengruppe ist in den ersten vier Wochen eine wöchentliche Überprüfung empfehlenswert. Im zweiten und dritten Monat werden Kontrollbesuche alle zwei bis vier Wochen angeraten, danach in längeren Abständen. Des Weiteren vertritt die Expertengruppe die Meinung, dass:

- Ihre Ärztin spätestens nach vier Wochen die Wirkung Ihrer Behandlung prüfen **sollte**. Wenn nötig, sollten Sie gemeinsam entscheiden, ob das Medikament höher dosiert, gewechselt oder ein zusätzliches Medikament gegeben werden soll.
- der Erfolg der Behandlung von vielen Faktoren abhängt. Auch Ihre Mitarbeit spielt eine Rolle. Deshalb **sollte** Ihr Arzt diese überprüfen, wenn sich Ihre Beschwerden nicht bessern (siehe auch Kapitel „Und wenn die Behandlung nicht wirkt?“ ab Seite 68).
- das Blutbild und die Leberwerte untersucht werden **sollten**, wenn Sie Antidepressiva einnehmen. Es kann sein, dass diese Kontrollen vor und während der Behandlung vorgenommen werden.
- Gewichtskontrollen bei der Behandlung mit Antidepressiva wichtig sind: Bestimmte Mittel können dazu führen, dass Sie zunehmen.
- in bestimmten Fällen EKG-Kontrollen wichtig sind.
- Antidepressiva zu Beginn der Behandlung möglicherweise das Risiko für Suizidgedanken und -versuche vor allem bei jüngeren Menschen erhöhen. Deshalb **sollten** Ärztinnen und Psychotherapeuten jedem, der Antidepressiva bekommt, besondere Aufmerksamkeit widmen. Dabei sollten sie auf Anzeichen für ein höheres Risiko für Selbsttötung achten.
- beim Absetzen der Medikation Antidepressiva in der Regel schrittweise über einen Zeitraum von vier Wochen ausgeschlichen werden **sollten**. Dieser Zeitraum kann bei einigen Arzneimitteln gegen Depressionen länger sein, bei *Fluoxetin* hingegen gewöhnlich kürzer.

Um erneute depressive Beschwerden zu verhindern, schließt sich an die erste Behandlungsphase die „Erhaltungstherapie“ (siehe Kapitel „Behandlungsphasen“ ab Seite 28) an. Über einen Zeitraum von vier bis neun Monaten **sollen** Sie das verschriebene Antidepressivum in gleicher Dosis weiter erhalten. Wenn Sie weniger einnehmen, steigt das Risiko eines frühen Rückfalls.

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

Und wenn die Behandlung nicht wirkt?

Wenn die Behandlung mit einem Antidepressivum nach vier Wochen nicht wirkt, **sollte** Ihre Ärztin zunächst nach möglichen Ursachen dafür suchen. Vielen Betroffenen fällt es zum Beispiel schwer, ihre Tabletten regelmäßig zu nehmen. Es kann auch sein, dass das Mittel zu niedrig dosiert ist. Nach Meinung der Expertengruppe **sollten** Ärzte auch die Konzentration des verordneten Medikaments im Blut messen, wenn die Behandlung nach einer gewissen Zeit nicht anschlägt. Dazu nimmt man Ihnen Blut ab. Wichtig ist, dass die Blutabnahme erfolgt, bevor Sie die Tablette einnehmen.

Wenn eine Behandlung mit einem Antidepressivum die Beschwerden bei Ihnen nicht lindert, gibt es mehrere Möglichkeiten zu reagieren:

1. Die Dosis erhöhen

Bei vielen Antidepressiva **kann** es helfen, die Dosis anzuheben. Das trifft jedoch nicht für SSRI zu. Wenn die Dosis erhöht wird, steigt bei jedem Wirkstoff allerdings auch die Wahrscheinlichkeit von Nebenwirkungen.

2. Die Wirkung verstärken

Die Wirkung eines bestimmten Antidepressivums kann verbessert werden, wenn Sie zusätzlich ein weiteres Medikament erhalten.

Als Wirkungsverstärker können Lithiumsalze eingesetzt werden (vergleiche Kapitel „Lithium“ auf Seite 57). Einen Versuch **sollten** erfahrene Ärztinnen bei Ihnen erwägen, wenn Antidepressiva nicht geholfen haben. Nach Meinung der Expertengruppe **sollte** das Salz wieder abgesetzt werden, wenn zwei bis vier Wochen nach Erreichen eines ausreichenden Lithiumspiegels keine Wirkung zu beobachten ist. Wenn die Behandlung aber wirksam ist, **sollten** Sie nach Meinung der Expertengruppe Lithium zusammen mit dem Antidepressivum mindestens sechs Monate lang einnehmen.

Auch einige Wirkstoffe aus der Gruppe der Antipsychotika **sollten** als Wirkungsverstärker erwogen werden, um Beschwerden bei Depressionen zu verringern. Aus Studien geht hervor, dass Antidepressiva erfolgreicher sind, wenn sie mit den antipsychotischen Wirkstoffen *Aripiprazol*, *Olanzapin*, *Quetiapin* oder *Risperidon* kombiniert werden. Dabei haben Forschergruppen jedoch auch mehr Nebenwirkungen beobachtet. Allerdings ist in Deutschland nur Quetiapin für diesen speziellen Einsatz zugelassen.

Andere Medikamente, wie beispielsweise Schilddrüsenhormone oder Mittel gegen Krampfanfälle **können** routinemäßig nicht als Zusatzbehandlung empfohlen werden.

3. Das Medikament wechseln

In der Praxis wird häufig ein nicht wirksames Antidepressivum gegen ein anderes ausgetauscht. Die Leitlinie rät dazu, dass das neue Medikament aus einer anderen Wirkstoffklasse stammen sollte. Dieses Vorgehen heißt in der Fachsprache „Switching“.

Dessen Wirkung ist jedoch durch Studien nicht gut belegt und kann Wechselwirkungen nach sich ziehen. Deshalb ist es nicht die erste Wahl, wenn die Erstbehandlung die Beschwerden der Depression nicht bessert. Jeden Wechsel **sollte** der Arzt mit Ihnen sorgfältig prüfen. Wenn Sie dennoch umsteigen, **sollte** nach Meinung der Expertengruppe das neue Mittel schrittweise aufdosiert und das alte langsam abgesetzt werden.

Um besonders schwere Nebenwirkungen zu vermeiden, sollte bei einem Wechsel von bestimmten Medikamenten ein zeitlicher Abstand eingehalten werden. Wenn Sie von SSRIs, SNRI oder dem TZA *Clomipramin* auf einen MAO-Hemmer umsteigen, ist nach Meinung der Expertengruppe ein Sicherheitsabstand von zwei Wochen nach dem Absetzen zu berücksichtigen, bevor Sie das neue Medikament einnehmen können. Bei einem Wechsel von *Fluoxetin* auf einen MAO-Hemmer gilt ein Anstand von fünf Wochen.

4. Zwei Antidepressiva kombinieren

Nur in bestimmten Fällen kann es helfen, ein Antidepressivum mit einem zweiten zu kombinieren. Es gibt Belege, dass SSRI oder TZA zusammen mit den Wirkstoffen *Mirtazapin* oder *Mianserin* besser wirken als einer der beiden Arzneimittel allein. Nur diese beiden Kombinationsmöglichkeiten **können** nach Meinung der Expertengruppe empfohlen werden. Die Gabe von mehr als zwei Antidepressiva gleichzeitig ist nicht empfehlenswert.

5. Wechsel zur Psychotherapie

Wenn Sie ohne Erfolg mit Antidepressiva behandelt wurden (und diese richtig dosiert waren), dann **sollte** man Ihnen eine Psychotherapie anbieten.

Wenn eine Dysthymie vorliegt

Bislang untersuchten nur wenige Studien, ob eine Psychotherapie bei einer lang anhaltenden depressiven Verstimmung hilft. Diese hatten zudem methodische Mängel. Aber es gibt Hinweise, dass bei Menschen mit einer Dysthymie Antidepressiva wirksamer sind als eine alleinige Psychotherapie oder ein Scheinmedikament.

Die Leitlinie spricht folgende Empfehlung bei einer Dysthymie aus:

- Ärztinnen und Psychotherapeuten **sollen** eine Behandlung mit Medikamenten anbieten.
- Eine Psychotherapie **sollte** angeboten werden.

Wenn eine Dysthymie und eine depressive Episode zusammen auftreten, nennt man das eine „**Doppeldepression**“. Dann **soll** Ihnen Ihr Arzt oder Ihre Therapeutin ebenfalls eine Behandlung mit Medikamenten anbieten. Darüber hinaus **sollen** Sie informiert werden, dass eine Kombination von Psychotherapie und Antidepressiva am wirksamsten ist.

Wenn die Depression chronisch ist ...

Kleine, nur wenig aussagekräftige Studien deuten an, dass bei einer chronischen Depression Antidepressiva besser wirken als ein Scheinmedikament. Dennoch **sollten** chronisch depressiven Menschen eine medikamentöse Behandlung angeboten werden.

Außerdem ist in solchen Fällen eine kombinierte Behandlung aus Psychotherapie und Antidepressivum am besten geeignet, Beschwerden zu verringern. Darüber **sollen** Ärztinnen und Psychotherapeuten aufklären.

Andere Behandlungsmöglichkeiten

Elektrokrampftherapie (EKT)

Bei der Elektrokrampftherapie wird durch einen kurzfristigen Stromreiz auf das Gehirn ein epileptischer Anfall ausgelöst. Dafür werden Elektroden am Kopf angebracht. Der Eingriff wird in Kurznarkose vorgenommen. Patienten erhalten zudem Medikamente, welche die Muskeln entspannen, sodass es nicht zu Verletzungen oder Muskelzerrungen kommen kann. Nachdem die Patientin eingeschlafen ist, wird Strom über die Elektroden übertragen. Wie die Elektrokrampftherapie genau wirkt, ist weitgehend ungeklärt. In Studien berichten aber bis zu 8 von 10 behandelten Personen von einem Nachlassen der Beschwerden. Diese tritt in der Regel nach zwei bis vier Wochen ein. Eine Kombination von Elektrokrampftherapie mit Medikamenten oder psychotherapeutischen Verfahren ist in den meisten Fällen möglich.

Üblicherweise wird die Elektrokrampftherapie bei Behandlungen im Krankenhaus eingesetzt. Die Therapie besteht aus etwa zehn Einzelbehandlungen, die meist zwei bis dreimal pro Woche stattfinden. Die Leitlinie empfiehlt, dass bei schweren, lebensbedrohlichen Depressionen oder bei Beschwerden, die sich trotz Behandlung nicht bessern, eine Elektrokrampftherapie in Betracht gezogen werden **soll**.

Schließt sich an der Behandlung keine Erhaltungstherapie an, ist die Rückfallrate hoch. Deshalb **sollten** Sie nach einer erfolgreichen EKT-Therapieserie eine weitere Behandlung mit Medikamenten und Psychotherapie erhalten, mit oder ohne zusätzliche Elektrokrampftherapie.

Nach einer Behandlungsserie kann die Elektrokrampftherapie selbst als Erhaltungstherapie genutzt werden. Um Rückfällen vorzubeugen, wird die Behandlung meist über sechs Monate

fortgeführt. Dabei verlängern sich die Zeitabstände zwischen den Sitzungen auf einmal wöchentlich bis einmal monatlich. Eine sogenannte EKT-Erhaltungstherapie **sollte** Ihnen angeboten werden, wenn Sie schon mal einen Rückfall unter einer Psychotherapie oder Medikamenten hatten, andere vorbeugende Maßnahmen nicht vertragen haben oder wenn Sie es ausdrücklich wünschen. Eine kleine Studie liefert Hinweise, dass eine Elektrokrampftherapie Rückfälle besser verhindern kann als eine Scheinbehandlung. Mit einer Elektrokrampftherapie hatten 4 von 10 Personen erneut Beschwerden. Dagegen hatten etwa 8 von 10 Personen, die eine Scheinbehandlung bekamen, einen Rückfall. Unterschiede in der Wirksamkeit von Elektrokrampftherapie und Antidepressiva wurden nicht beobachtet.

Nebenwirkungen

Bei vielen Betroffenen bestehen große Vorbehalte gegen eine Elektrokrampftherapie. Sie ist jedoch nach den vorliegenden Daten insgesamt ein sicheres Verfahren. An Nebenwirkungen wird hauptsächlich von vorübergehenden Gedächtnisstörungen, Kopfschmerzen, Schwindel und Muskelkater berichtet. Dazu ist der Eingriff mit den üblichen Risiken einer Narkose verbunden. Im Zusammenhang mit der Behandlung können Komplikationen wie Herzrhythmusstörungen oder Blutdruckprobleme auftreten. Es gibt keine Anzeichen dafür, dass EKT bleibende Schäden am Gehirn verursacht.

Wachtherapie (Schlafentzugstherapie)

Das Prinzip des Schlafentzugs ist so einfach wie wirksam: Schlafmangel sorgt für ein besseres Befinden noch am gleichen Tag. In Studien ging es 6 von 10 Menschen mit Depressionen, die bis zu 40 Stunden wach gehalten wurden, daraufhin deutlich besser. Allerdings hält die Wirkung nicht lange an. Viele Betroffene erleben einen Rückfall, wenn sie wieder eine Nacht durchgeschlafen haben. Aus diesem Grund **sollte** eine Wachthe-

rapie erwogen werden, wenn eine sehr schnelle, kurzfristige Besserung gewünscht wird oder wenn eine leitliniengerechte Behandlung ergänzt werden soll.

Der Schlafentzug findet in der Regel in einer Klinik statt. Meist bleiben mehrere Personen zusammen wach. Aber auch Zuhause können Menschen mit Depression den Schlafentzug nach ärztlicher Absprache selbst durchführen. Für den Erfolg der Behandlung ist es wichtig, keine „kleinen Nickerchen“ zu machen.

Bei der Wachtherapie bleiben Sie die ganze Nacht lang auf und auch am Folgetag wach. Auch ein teilweiser Schlafentzug ist möglich. Dabei gehen Sie zunächst ins Bett und stehen um 1:00 Uhr oder 2:00 Uhr nachts wieder auf.

Oft ist es jedoch nicht leicht, eine Nacht und einen Tag ohne Schlaf auszukommen. Eine andere Möglichkeit ist daher die sogenannte Schlafphasenvorverlegung. Diese Methode soll dafür sorgen, dass die positive Wirkung des Wachseins länger anhält. Dafür verschieben sich die Einschlafzeiten jeden Tag um eine Stunde. Zu Beginn legen Sie sich nach der durchwachten Nacht um 17:00 Uhr ins Bett und schlafen bis 24:00 Uhr. Am nächsten Tag ist von 18:00 Uhr bis 1:00 Uhr Schlafenszeit. Die nächsten Tage verlagert sich die Zubettgehzeit immer weiter nach hinten, bis Sie wieder einen normalen Schlafrhythmus haben.

Nebenwirkungen des Schlafentzugs sind nicht bekannt. Einige Menschen sind durch den Schlafmangel jedoch sehr müde oder gereizt. Für Menschen mit Krampfanfällen, mehreren Krankheiten oder Suizidgedanken ist das Verfahren nicht geeignet.

Lichttherapie

Bei der sogenannten „Winterdepression“ treten depressive Symptome nur im Herbst und Winter auf, also während der dunklen Jahreszeit. Sie gehen während des Frühjahrs wieder zurück. Für diese Art der depressiven Erkrankung hat sich die Behand-

lung mit künstlichem Licht in hochwertigen Studien als wirksam erwiesen. Die Wirksamkeit für sogenannte „nichtsaisonal abhängige“ Depressionen ist weniger gut belegt. Es gibt zwar einige Hinweise aus Studien, diese sind jedoch nicht aussagekräftig genug. Ihr Arzt oder Ihre Therapeutin **soll** Ihnen eine Lichttherapie bei einer leichten bis mittelgradigen saisonal abhängigen („Winter“-)Depression anbieten. Wenn Sie gut darauf ansprechen, **kann** sie den gesamten Winter über fortgesetzt werden.

Sie sitzen dabei höchstens 80 Zentimeter entfernt vor einer hellen, weißen Lichtquelle. Dabei handelt es sich um spezielle Geräte, bei denen alle UV-Strahlen herausgefiltert werden. Die Augen müssen offen sein und dürfen nicht durch eine Sonnenbrille geschützt sein (anders als bei Höhensonne). Die anfängliche Lichtdosis beträgt 10 000 Lux für 30 bis 40 Minuten pro Tag. Die Therapie wird möglichst früh nach dem Aufstehen durchgeführt. Innerhalb von zwei bis drei Wochen tritt bei 6 bis 9 von 10 Personen eine Besserung der Beschwerden ein. Die Wirkung lässt jedoch schnell nach.

Nebenwirkungen

In Studien traten vorübergehend Überanstrengung der Augen, Sehstörungen, Kopfschmerzen, Übelkeit oder Unruhe auf. Diese Nebenwirkungen waren nicht sehr stark ausgeprägt und nahmen mit der Zeit ganz ab.

Gegenanzeigen für Lichttherapie gibt es bislang nicht. Es ist jedoch ratsam, dass Menschen mit höherem Risiko für Augenprobleme vorher eine augenärztliche Praxis aufsuchen.

Hinweis

Die Lichttherapie wird derzeit nicht von der gesetzlichen Krankenkasse bezahlt.

Körperliche Bewegung und Sport

Bewegung tut gut. Das gilt im Prinzip für alle Menschen, auch für Depressive. Zahlreiche Studien legen nahe, dass körperliches Training depressive Beschwerden verringern kann. Doch die Studienergebnisse sind nicht eindeutig, und viele Untersuchungen sind nicht aussagekräftig genug. Außerdem geben die Studien auf manche Fragen keine Antworten. So bleibt unklar, welche Sport- und Bewegungsart sich bei Depressionen am besten eignet. Auch wie intensiv und wie häufig man aktiv sein sollte, lässt sich anhand der bisherigen Daten nicht sagen.

Obwohl noch einige Fragen offen sind, gilt: Versuchen Sie, sich zu bewegen. Auch die Empfehlung der Leitlinie lautet, dass Ärztinnen und Therapeuten Menschen mit einer Depression körperliche Aktivität empfehlen **sollten**. Wichtig ist aber, dass keine medizinischen Gründe dagegen sprechen. Mit Aktivität ist kein Hochleistungssport gemeint, sondern gemäßigte, aber regelmäßige körperliche Betätigung. Besonders Ausdauersportarten wie Joggen, Schwimmen oder Radfahren sind geeignet. Auch Teamsportarten wie Fußball können die Stimmung aufhellen. Diese Aktivitäten können ein erster Schritt gegen Ermüdung und Antriebslosigkeit sein, vielleicht gibt Ihnen auch die Zufriedenheit, etwas geschafft zu haben, kurzzeitig ein gutes Gefühl. Und ganz nebenbei tun Sie auch noch etwas gegen die Krankheiten, die eine Depression häufig begleiten.

Repetitive Transkranielle Magnetstimulation

Hierbei handelt es sich um eine relativ neue Technik. Dabei werden durch starke Magnetfelder einzelne Bereiche der vorderen linken oder rechten Gehirnhälfte angeregt. Das Magnetfeld wird am Schädel mit Hilfe einer stromführenden Spule erzeugt. Das Magnetfeld selbst ist für Sie nicht spürbar oder schmerzhaft. Normalerweise wird die Behandlung über drei bis sechs Wochen hinweg täglich durchgeführt. Eine Sitzung dauert etwa 10 bis 30

Minuten und wird in einer Klinik durchgeführt. Eine Narkose ist nicht notwendig.

In Studien finden sich Belege, dass dieses Verfahren depressive Beschwerden verringern kann. Es ist im Vergleich bei depressiven Menschen, bei denen Medikamente nicht geholfen haben, wirksamer als eine Scheinbehandlung. Deshalb **kann** Ihnen eine repetitive transkranielle Magnetstimulation angeboten werden, wenn Ihnen Medikamente bislang nicht geholfen haben. Allerdings sind gegenwärtig keine gesicherten Aussagen möglich, wie wirksam die Magnetstimulation in Kombination mit Arzneimitteln oder Psychotherapie ist.

Nebenwirkungen

Nebenwirkungen sind kaum zu beobachten. Selten kommt es zu epileptischen Anfällen.

Vagus-Nerv-Stimulation

Der Vagusnerv ist ein sogenannter Hirnnerv. Er erstreckt sich vom Kopf über den Hals und die Brust bis zum Bauchraum. Der Vagusnerv gilt als wichtigster Nerv des sogenannten Parasympathikus, einem Teil des Nervensystems. Er steuert und versorgt viele innere Organe.

Bei einer Vagus-Nerv-Stimulation wird ein kleiner Schrittmacher unter die Haut am Hals eingesetzt. Dieser sendet elektrische Signale über den Vagusnerv an das Gehirn. Dadurch sollen depressive Beschwerden gelindert werden. Die Behandlung kann Nebenwirkungen hervorrufen, wie Veränderungen in der Stimme, Husten, erschwerte Atmung, Nackenschmerzen oder Schluckstörungen. Bislang gibt es zu wenige Hinweise auf die Wirksamkeit der Vagus-Nerv-Stimulation. Die Leitlinie enthält deshalb keine Empfehlung für oder gegen das Verfahren.

Sonstige Unterstützungsangebote

Ergotherapie

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

Studien belegen, dass die Ergotherapie eine Behandlung bei Depression unterstützen kann. Es ist ein weiterer Punkt im „Wochenplan“, der bei der Bewältigung der Krankheit unterstützt und zu Aktivität ermuntert. Ergotherapie wird bei der stationären Behandlung angeboten. Einen Ergotherapeuten können Sie auch in seiner Praxis aufsuchen. Die Verordnung von Ergotherapie richtet sich im ambulanten Bereich nach den Heilmittelrichtlinien (mehr Informationen zu Heilmittelrichtlinien unter: www.g-ba.de/informationen/richtlinien/12).

Soziotherapie

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

tungen tatsächlich wahrzunehmen. Durch besondere Trainingsmaßnahmen und begleitende Unterstützung lernen betroffene Menschen wieder mehr Selbstständigkeit.

Häusliche psychiatrische Krankenpflege

Jenseits der Therapie gibt es einige Möglichkeiten der Betreuung und Pflege, die vor allem in Extremsituationen und besonderen Fällen in Frage kommen können. Dazu gehört zum Beispiel die häusliche psychiatrische Krankenpflege. Dabei besuchen speziell ausgebildete Pflegekräfte kranke Menschen zuhause. Durch die Pflege vor Ort soll das Umfeld beteiligt und die soziale Integration gewährleistet werden. Die regelmäßigen Hausbesuche sollen dazu beitragen, wiederkehrende Klinikaufenthalte oder Behandlungsabbrüche zu vermeiden. Die ambulante Pflege dient der Stärkung des Selbsthilfepotenzials und der Kompetenzerweiterung der Person im Umgang mit seiner Krankheit und Kenntnis von Maßnahmen zur Rückfallprophylaxe. Rechtzeitiges Erkennen von Krisen und sachgerechtes Bewerten von Symptomen einer Krise sind wesentliche Elemente, die eine Abschwächung des Verlaufes einer Krise bewirken sollen.

Unterstützungsangebote der Selbsthilfe

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

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

le und politische Umfeld. Selbsthilfegruppen arbeiten ohne professionelle Leitung.

In Selbsthilfegruppen können Sie sich mit anderen Betroffenen austauschen. Das wechselseitige Verständnis ist besonders groß, da alle „im selben Boot sitzen“. Sie merken, dass Sie mit Ihrer Krankheit nicht alleine sind und viele Menschen in einer ähnlichen Situation wie Sie sind. Ängste und Schamgefühle lassen sich so leichter überwinden. Zudem gibt es bei den Treffen Informationen, wie über medizinische Themen, die Versorgungslandschaft vor Ort und über sozialrechtliche Ansprüche.

Viele Selbsthilfegruppen kooperieren mit Fachleuten, die sie bei verschiedenen Angelegenheiten beraten. Als Ergänzung zur professionellen Versorgung werden Selbsthilfegruppen zunehmend von vielen Menschen geschätzt und in Anspruch genommen. Auch die Expertengruppe der Leitlinie vertritt die Meinung, dass Ärzte und Psychotherapeutinnen Menschen mit Depressionen und Angehörige über Selbsthilfe- und Angehörigengruppen informieren und, wenn angebracht, zur Teilnahme ermuntern **sollen**.

Wo sich eine Selbsthilfeorganisation in Ihrer Nähe befindet, können Sie bei der Nationalen Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) erfragen (siehe Kapitel „Selbsthilfe“, Seite 105). Die Angebote der NAKOS sind unentgeltlich.

Zudem können sich Interessierte an den Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (BApK) wenden (siehe Kapitel „Selbsthilfe“, Seite 106). Der Bundesverband und die Landesverbände unterstützen Angehörige psychisch erkrankter Menschen durch kostenlose Beratung und Information, Vermittlung von Kontakten, Adressen und Literaturhinweisen. Darüber hinaus bietet der BApK mit dem „SeeleFon“ ein überregionales Beratungsangebot an.

Was bei der Behandlung zu beachten ist

Behandlung älterer Patienten

Antidepressiva sind bei älteren Menschen gleich wirksam wie bei jüngeren. Sie **können** daher in gleicher Weise behandelt werden. Allerdings sind die Nebenwirkungen häufig stärker belastend. Die Nebenwirkungen spielen daher eine wichtige Rolle bei der Auswahl des Medikaments. Wenn trizyklische Antidepressiva zum Einsatz kommen, **sollten** Sie zunächst eine niedrigere Anfangsdosis erhalten.

Studien sprechen dafür, dass Arzneimittel und Psychotherapie bei älteren Betroffenen zusammen wirkungsvoller sind als eine alleinige medikamentöse Behandlung. Es gibt aber auch Studien, die dem widersprechen. Die Leitlinie empfiehlt, dass Ärztinnen und Psychotherapeuten älteren Menschen mit einer Depression eine Psychotherapie anbieten **sollen**. Bei schweren Formen einer Depression im Alter **sollten** sie eine kombinierte Behandlung aus Medikamenten und Psychotherapie anbieten.

Auch wenn die geistige Leistungsfähigkeit leicht eingeschränkt ist, **sollte** eine Psychotherapie angeboten werden. In solchen Fällen ist eine Einzeltherapie am geeignetsten.

Begleiterkrankungen

Seelische Begleiterkrankungen

Depressionen und **Angststörungen** treten häufig gemeinsam auf. In solchen Fällen **sollten** Betroffenen nach Meinung der Expertengruppe sowohl eine Psychotherapie als auch eine Behandlung mit Medikamenten angeboten werden. Für die kognitive Verhaltenstherapie, Interpersonelle Psychotherapie, SSRI und den Wirkstoff *Venlafaxin* gibt es Belege, dass sie Beschwerden verbessern, wenn eine Depression zusammen mit einer Angststörung vorliegt.

Wenn neben der Depression auch ein **hoher Alkoholkonsum** vorliegt, **sollte** nach Meinung der Expertengruppe die Behandlung der Depression erst beginnen, wenn Sie mindestens seit zwei bis vier Wochen nicht mehr getrunken haben. Erst dann kann eine genaue Diagnostik erfolgen. Nur im Notfall ist eine sofortige Therapie angebracht. Falls eine Depression eine Alkoholabhängigkeit begleitet, ist die Expertengruppe zudem der Meinung, dass:

- eine Behandlung mit Antidepressiva zum Einsatz kommen **kann**, um die depressiven Beschwerden zu verringern und einen Alkoholrückfall zu verhindern;
- eine Psychotherapie gegen Depressionen sowohl als alleinige Behandlungsmethode als auch als Teil einer Kombinationsbehandlung mit Medikamenten oder einer suchtspezifischen Psychotherapie angeboten werden **sollte**.

Wenn eine **Essstörung** mit einer Depression einhergeht: Die Wirkung von Antidepressiva kann bei niedrigem Gewicht und schlechtem Ernährungszustand schwächer sein. Bestimmte Medikamente haben als Nebenwirkung eine Gewichtszunahme zur Folge, andere erzeugen Übelkeit und Appetitlosigkeit. Das **sollte** bei der Auswahl beachtet werden, wenn Sie sich für eine medikamentöse Behandlung entscheiden. Eine Empfehlung zur Psychotherapie der Depression bei Essstörungen gibt die Leitlinie nicht. Dazu hat die Expertengruppe keine belastbaren Studiendaten gefunden.

Bei Menschen mit einer **Persönlichkeitsstörung** sind bestimmte Persönlichkeitsmerkmale stärker und einseitiger ausgeprägt als bei gesunden Menschen. Im Rahmen dieser seelischen Erkrankung können auch Depressionen vorkommen. Nach Meinung der Expertengruppe **kann** Betroffenen eine Psychotherapie angeboten werden. Sie kann als alleiniges Verfahren oder als Teil einer Kombinationsbehandlung mit Medikamenten infrage kommen. Im

Nutzen belegt sind die kognitive Verhaltenstherapie, Interpersonelle Psychotherapie und die psychodynamische Kurzzeitpsychotherapie.

Menschen mit einer **somatoformen Störung** leiden unter körperlichen Beschwerden, für die keine körperliche Ursache gefunden werden kann. Obwohl eine Depressionen und somatoforme Störungen relativ häufig gemeinsam auftreten, konnte die Expertengruppe keine Empfehlung aussprechen. Grund dafür ist die unzureichende Studienlage. Informationen zur Behandlung einer somatoformen Störung finden Sie in der Patientenleitlinie „Mein Arzt findet nichts“ – so genannte nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden“. Sie kann abgerufen werden unter:

www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-001pl_S3_Nicht-spezifische_funktionelle_somatoforme_Koerperbeschwerden_2012-12.pdf.

Körperliche Begleiterkrankungen

Eine **koronare Herzerkrankung (KHK)** entsteht durch verengte Herzkranzgefäße. Eine Folge davon ist, dass das Herz nicht mehr ausreichend Sauerstoff bekommt. Eine KHK kann sich auch auf das Wohlbefinden auswirken: So entwickeln einige Menschen mit einer KHK zusätzlich eine Depression. Betroffenen Menschen **soll** eine Psychotherapie angeboten werden. Zudem empfiehlt die Leitlinie, dass herzkranken Menschen mit mittelgradiger bis schwerer Depression eine Behandlung mit Antidepressiva angeboten werden **soll**. Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer bieten sich als Mittel der Wahl an. Trizyklische Antidepressiva **sollen** wegen ihrer Nebenwirkungen auf das Herz-Kreislauf-System nicht verordnet werden.

30 von 100 Menschen bekommen nach einem **Schlaganfall** eine Depression. Um eine Depression frühzeitig zu erkennen, **sollten** Ärztinnen regelmäßig auf Krankheitsanzeichen achten. Sie **soll-**

ten Antidepressiva nicht regelhaft zur Vorbeugung von Depressionen bei Menschen mit Schlaganfall verschreiben. Bei depressiven Beschwerden **sollte** Betroffenen eine Behandlung mit Antidepressiva angeboten werden. Es dürfen jedoch nur Substanzen zum Einsatz kommen, die sich nicht auf das Herz-Kreislauf-System und das Bewusstsein auswirken. Offen ist, ob psychotherapeutische Verfahren bei Depressionen nach einem Schlaganfall helfen: Hierzu konnte die Expertengruppe keine aussagekräftige Studien für die Leitlinie finden.

Schätzungen zufolge leiden 6 von 100 Menschen mit **Krebs** an einer Depression. Betroffenen **sollte** eine Psychotherapie angeboten werden. Wenn eine mittelgradige oder schwere Depression bei krebserkrankten Menschen vorliegt, **kann** eine Behandlung mit Antidepressiva angeboten werden. Hierfür sind besonders Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer geeignet. Eine Patientenleitlinie zur psychosozialen Unterstützung für Menschen mit Krebs und deren Angehörige finden Sie hier: www.leitlinienprogramm-onkologie.de/Psychoonkologie.91.0.html.

Für Menschen mit **Diabetes** und einer Depression gelten im Prinzip die gleichen Empfehlungen für die Behandlung mit Antidepressiva wie für depressive Menschen ohne Diabetes. Jedoch **sollte** der Arzt oder die Psychotherapeutin nach Meinung der Expertengruppe beachten, dass einige Antidepressiva den Blutzucker beeinflussen können. Außerdem können trizyklische Antidepressiva sowie die Wirkstoffe *Mirtazapin* und *Mianserin* zu einer Gewichtszunahme führen. Am besten geeignet für Menschen mit Diabetes sind Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI). Diese **sollen** Ihnen angeboten werden, wenn eine medikamentöse Behandlung vorgesehen ist. Sie brauchen wahrscheinlicher weniger Insulin, wenn Sie SSRI einnehmen. Auch eine Psychotherapie **soll** angeboten werden.

Starke andauernde Schmerzen können zu Depressionen führen. Etwa 7 von 10 Menschen mit **chronischen Schmerzen** sind betroffen. Wenn Sie sich für eine Behandlung mit Antidepressiva entscheiden, **sollten** Ihnen in erster Linie trizyklische Antidepressiva angeboten werden. Diese haben auch eine schmerzlin-dernde Wirkung. Ärztinnen und Psychotherapeuten **können** Ihnen ebenfalls eine Psychotherapie anbieten.

Wenn Menschen sowohl eine **Demenz** auch als eine Depression haben, **sollten** bestimmte Antidepressiva nicht zum Einsatz kommen, welche das Bewusstsein und die geistigen Fähigkeiten zusätzlich beeinträchtigen. Allerdings konnte die Expertengruppe nur wenige methodisch gute Studien zur medikamentösen Behandlung der Depression bei Demenz finden.

Menschen mit **Morbus Parkinson** und einer Depression **kann** der Arzt oder die Psychotherapeutin als Therapieversuch eine Psychotherapie anbieten. Da der Expertengruppe zu wenige hochwertige Studien vorlagen, konnte sie keine Empfehlung zu Antidepressiva aussprechen.

Während der Schwangerschaft

Zur Behandlung einer Depression in der Schwangerschaft **sollte** betroffenen Patientinnen eine Psychotherapie angeboten werden.

Medikamente gegen Depressionen können sich auf das ungeborene Kind auswirken. Zudem haben Studien gezeigt, dass Antidepressiva das Risiko für eine Frühgeburt erhöhen. Wenn Sie stillen und gleichzeitig Antidepressiva einnehmen, können die Wirkstoffe über die Muttermilch auf das Kind übergehen. Der Nutzen einer medikamentösen Behandlung während der Schwangerschaft und Stillzeit **soll** nach Meinung der Expertengruppe sehr sorgfältig gegen die möglichen Risiken abgewogen werden. Ob und welches Medikament im Einzelfall angebracht

ist, hängt von vielen Faktoren ab – dazu gehören auch Ihre aktuellen Beschwerden, Bedürfnisse und Vorstellungen. Wenn Sie eine Behandlung mit Medikamenten erwägen, **sollten** Sie nur *einen* Wirkstoff erhalten. Um Nebenwirkungen zu vermeiden, sollte das Mittel so gering wie möglich dosiert sein und nicht abrupt abgesetzt werden. Falls Sie Bedenken haben, ein Antidepressivum einzunehmen, besprechen Sie mit Ihrer behandelnden Ärztin oder Ihrem Psychotherapeuten die Vor- und Nachteile.

Frauen, die bis zur Geburt des Kindes Psychopharmaka einnehmen, **sollten** nach Meinung der Expertengruppe in einer Klinik mit Neugeborenenstation entbinden. Für den Fall, dass durch die Medikamente beim Kind Probleme auftreten, kann ihm dort sofort geholfen werden.

Körperliches Training kann sich auch während der Schwangerschaft positiv auf die Stimmung auswirken. Dafür gibt es Hinweise aus Studien. Um depressive Beschwerden in der Schwangerschaft zu verbessern, **sollte** Ihr Arzt oder Ihre Psychotherapeutin körperliches Training ergänzend zu anderen Behandlungen empfehlen.

Ihre Ärztin oder Ihr Psychotherapeut **kann** Ihnen nach Meinung der Expertengruppe eine Elektrokrampftherapie in der Schwangerschaft anbieten, wenn Sie eine schwere Depression haben und die bisherige Behandlung nicht geholfen hat. Vor allem, wenn das Leben der Mutter und des Kindes in Gefahr ist.

Es gibt auch noch andere Methoden, wie die Einnahme von Hormonen, Omega-3 Fettsäuren, Lichttherapie, Massage, Akupunktur oder Hypnose. Ob diese Mittel und Verfahren gegen Depressionen rund um die Geburt helfen, ist jedoch unklar. Studiendaten liefern bislang keine ausreichenden Beweise.

Nach der Geburt

Nach der Geburt treten bei bis zu 15 von 100 Frauen depressive Beschwerden auf. Der Fachbegriff dafür lautet „postpartale Depression“. Die umgangssprachliche Bezeichnung für diese Krankheit ist „Wochenbettdepression“.

Ob Antidepressiva geeignet sind, einer postpartalen Depression vorzubeugen, ist bislang unklar. Allerdings geht aus einer Zusammenfassung mehrerer aussagekräftiger Studien hervor, dass eine Psychotherapie und psychosoziale Verfahren helfen, nach der Geburt eine Depression zu verhindern. Sind Sie besonders gefährdet, eine Depression zu entwickeln, **sollte** die Ärztin oder der Psychotherapeut Ihnen beides während oder nach der Schwangerschaft zur Vorbeugung anbieten. Ein erhöhtes Risiko für Depressionen nach der Geburt besteht zum Beispiel, wenn die Erkrankung früher schon einmal aufgetreten ist.

Auch wenn schon eine postpartale Depression vorliegt, hat sich eine Psychotherapie als wirksam erwiesen und **soll** Ihnen deshalb angeboten werden.

Falls eine Behandlung mit Medikamenten gegen Depression angedacht ist, **sollten** nach Meinung der Expertengruppe Ärzte mögliche Nutzen und Risiken für Mutter und Kind sorgfältig gegeneinander abwägen. Dabei gilt es zu bedenken, dass Antidepressiva in die Muttermilch übertreten können. Ärztinnen **können** bei einer mittelschweren bis schweren Depression nach der Geburt Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer und trizyklische Antidepressiva anbieten.

Laut der Leitlinie **kann** betroffenen Frauen körperliches Training zusätzlich zur Behandlung empfohlen werden. Es gibt Hinweise, dass körperliches Training Beschwerden bei einer postpartalen Depression verbessern kann.

Weitere Informationen zu Depressionen in der Schwangerschaft und nach der Geburt finden Sie in einem kurzen Informationsblatt. Im Internet unter: www.patienten-information.de/kurzinformationen/psychische-erkrankungen/depression-schwangerschaft-geburt.

Beschwerden vor der Regelblutung

Viele Frauen erleben an den Tagen vor der Regelblutung Stimmungsschwankungen. Sie sind reizbar, angespannt oder traurig. Bei manchen Frauen sind diese Gefühle so stark, dass Fachleute von einer „prämenstruellen dysphorischen Störung“, kurz „PMDS“ sprechen. Ob eine Psychotherapie oder Medikamente, wie Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer oder hormonelle Mittel, die Beschwerden einer PMDS lindern können, ist derzeit unklar. Der Expertengruppe liegen zu wenige Studien zur Wirksamkeit dieser Maßnahmen. Sie spricht deshalb keine Empfehlung dazu aus.

Wechseljahre

Wechseljahre sind keine Krankheit. Das Auf und Ab der Hormone in den Wechseljahren kann aber das Wohlbefinden beeinflussen.

Die Expertengruppe der Leitlinie hat keine Studien gefunden, welche die Wirksamkeit von Antidepressiva in den Wechseljahren untersucht haben. Es gibt bisher auch keine aussagekräftigen Belege zu der Frage, ob die Gabe von Hormonen oder Psychotherapie die Beschwerden durch eine Depression in den Wechseljahren bessert. Die Leitlinie kann deshalb keine Empfehlungen aussprechen.

6 Wer an der Behandlung beteiligt ist

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

Wer ist an der Versorgung depressiver Menschen beteiligt?

Tabelle 3: Beteiligte an der Versorgung depressiver Menschen

Hausarzt	Studierter Mediziner mit der Berufszulassung (Approbation) als Arzt. Dazu zählen in der Regel: • Fachärzte für Allgemeinmedizin, die nach ihrem Studium eine fünfjährige Weiterbildung unter anderem in Innerer Medizin und Chirurgie gemacht und eine Facharztprüfung abgelegt haben. • Fachärzte für Innere Medizin, die nach ihrem Studium mindestens eine fünfjährige Weiterbildung in der Inneren Medizin gemacht und eine Facharztprüfung abgelegt haben. • Praktische Ärzte, das heißt Ärzte ohne Facharztausbildung.
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie	Studierte Medizinerin mit Berufszulassung (Approbation) als Ärztin, die nach dem Studium eine fünfjährige Weiterbildung unter anderem in Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologie gemacht und eine Facharztprüfung abgelegt hat. Psychotherapie ist Bestandteil der Weiterbildung.

Psychologischer Psychotherapeut	Studierter Psychologe mit Diplom- oder Masterabschluss und Berufszulassung (Approbation) als Psychotherapeut, der nach dem Studium mindestens eine dreijährige Vollzeitausbildung oder eine fünfjährige berufsbegleitende Ausbildung zum Psychotherapeuten absolviert und eine staatliche Prüfung abgelegt hat. Psychologische Psychotherapeuten dürfen keine Medikamente verschreiben.
Fachärztin für Nervenheilkunde	Studierte Medizinerin mit Berufszulassung (Approbation) als Ärztin, die nach dem Studium eine fünfjährige Weiterbildung unter anderem in der Neurologie und Psychiatrie gemacht und eine Facharztprüfung abgelegt hat.
Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Studierter Mediziner mit Berufszulassung (Approbation) als Arzt, der nach dem Studium eine fünfjährige Weiterbildung in Psychosomatischer Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie sowie Innerer Medizin oder Allgemeinmedizin gemacht und eine Facharztprüfung abgelegt hat. Ein wesentlicher Schwerpunkt der Facharztausbildung liegt in der Psychotherapie.
Ärztin mit dem Zusatztitel Psychotherapie oder Psychoanalyse	Studierte Medizinerin mit Berufszulassung (Approbation) als Ärztin und Facharztausbildung, die berufsbegleitend eine Zusatzweiterbildung zum fachgebundenen Psychotherapeuten oder Psychoanalytiker gemacht hat. Deren Umfang entspricht nicht dem der Facharztausbildung, ist aber spezifisch auf die Psychotherapie beziehungsweise Psychoanalyse zugeschnitten.

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

Ihren Hausarzt, Ihre Psychotherapeutin oder Ihren Fachspezialisten suchen Sie in der Praxis auf (ambulante Versorgung). Mit Fachärztinnen und Psychotherapeuten haben Sie es auch im Krankenhaus, also in der stationären Versorgung, zu tun. Es gibt besondere Fachkrankenhäuser für psychische Erkrankungen

und Fachabteilungen in Allgemeinkrankenhäusern für Psychiatrie und Psychotherapie beziehungsweise für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Außerdem haben viele Krankenhäuser sogenannte Ambulanzen oder Polikliniken, in denen sie depressive Menschen behandeln, die nicht stationär aufgenommen werden. Daneben gibt es „teilstationäre“ Angebote in Tageskliniken.

Auch einige Rehabilitationseinrichtungen sind auf psychische Erkrankungen spezialisiert (mehr zu Rehabilitation ab Seite 93).

Eine wichtige Anlaufstelle für kranke Menschen ist die hausärztliche Praxis. Ihre Hausärztin kann für Sie die Funktion eines „Lotsen“ durch das Gesundheitssystem übernehmen. Das kann auch im Falle einer depressiven Erkrankung hilfreich sein, wenn sie Sie gut kennt, vielleicht sogar Ihr Lebensumfeld einschätzen kann und Sie möglicherweise wegen anderer chronischer Begleiterkrankungen behandelt. Ihr Hausarzt arbeitet eng mit anderen Kolleginnen zusammen. Wenn nötig kann er Sie an eine entsprechende Facharztpraxis überweisen.

Manchmal kann es aber auch gut sein, direkt zu einer fachärztlichen oder psychotherapeutischen Praxis zu gehen. Sie haben das Recht, Ihre Ärztin oder Ihren Psychotherapeuten frei zu wählen. (Mehr zu Ihren Rechten finden Sie im Kapitel „Ihr gutes Recht“ auf Seite 103.)

Die Leitlinie gibt Anhaltspunkte, wer bei der Versorgung von Menschen mit Depression welche Funktionen und Aufgaben übernimmt und wann überwiesen werden sollte:

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

- Wenn es Ihnen bei der Versorgung durch die Hausärztin nach spätestens sechs Wochen noch nicht besser geht, sollten Sie an einen Fachspezialisten oder eine ärztliche beziehungsweise Psychologische Psychotherapeutin überwiesen werden.
- Wenn es Ihnen in einer psychotherapeutischen Behandlung nach ungefähr drei Monaten nicht besser geht, sollten Sie an einen Facharzt überwiesen werden.

Ansonsten sollte an eine Facharztpraxis überwiesen werden, wenn:

- eine andere psychische Erkrankung nicht sicher ausschließen ist;
- bei Ihnen eine schwere Depression vorliegt;
- mehrere Behandlungsversuche erfolglos waren;
- Probleme mit Medikamenten und/oder Psychotherapie auftreten, wie beispielsweise Nebenwirkungen oder Wechselwirkungen;
- akute Selbst- oder Fremdgefährdung anzunehmen ist;
- weitere schwere seelische oder körperliche Erkrankungen vorliegen;
- weitere Untersuchungen empfehlenswert sind.

Eine Überweisung ins Krankenhaus ist angezeigt, wenn:

- Ihre Lebensumstände eine erfolgreiche Behandlung stark gefährden;
- Sie zu vereinsamen drohen;
- eine Behandlung in der Praxis über längeren Zeitraum keinen Erfolg hatte;
- die Gefahr besteht, dass die Depression chronisch wird;

- das Krankheitsbild so schwer ist, dass die Mittel der ambulanten Behandlung nicht ausreichen;
- Sie zu lange auf eine Behandlung bei einem Psychotherapeuten warten müssen und Ihr Leidensdruck ständig zunimmt.

Eine **Rehabilitation** ist empfehlenswert, wenn Behandlungserfolge gefestigt, die Erwerbsfähigkeit wiederhergestellt oder Folgeschäden der Depression langfristig behandelt werden müssen.

Inzwischen haben sich auch **Selbsthilfegruppen** für Menschen mit Depressionen (oder deren Angehörige) gebildet, die Beratung und Unterstützung anbieten. Sie werden von den Betroffenen meist ergänzend zu professioneller Behandlung oder im Anschluss daran genutzt. Welche Angebote sich in Ihrer Nähe befinden, erfahren Sie im Kapitel „Rat, Unterstützung und weitere Informationen“ ab Seite 105.

7 Was Sie selbst tun können

Diese Patientenleitlinie wurde gemeinsam mit Personen aus der Selbsthilfe erarbeitet. Im Folgenden finden Sie hier Ratschläge „von Betroffenen für Betroffene“, die in der ärztlichen Leitlinie nicht enthalten sind:

- Der wichtigste Schritt ist der Gang in eine ärztliche oder psychotherapeutische Praxis. Es kann helfen, einen Menschen mitzunehmen, der Sie gut kennt und dem Sie vertrauen. Er kann Sie unterstützen und vielleicht Veränderungen der Stimmung oder des Befindens bei Ihnen noch einmal „von außen“ beschreiben.
- Wenn Sie aktiv etwas gegen Ihre Erkrankung unternehmen, indem Sie sich in Behandlung begeben, haben Sie bereits einen wichtigen Schritt getan. Stellen Sie sich darauf ein, dass eine solche Behandlung Zeit braucht. Die Beschwerden werden nicht mit der ersten Tablette oder nach der ersten Therapiesitzung verschwinden. Eine erste Besserung stellt sich bei vielen Betroffenen nach zwei bis vier Wochen ein. Bis Ihre depressive Episode abgeklungen ist, kann es aber bis zu einem halben Jahr dauern. Es kann immer wieder Stimmungsschwankungen geben, aber es wird Ihnen Stück für Stück besser gehen.
- Sie selbst können die Behandlung unterstützen. Wie wichtig Sport und Bewegung sind, haben wir im Kapitel „Körperliche Bewegung und Sport“ auf Seite 76 erläutert. Dabei müssen Sie weder Höchstleistungen vollbringen, noch sich quälen. Versuchen Sie, sich kleine, erreichbare Ziele zu setzen: Ein Spaziergang an der frischen Luft, eine kleine Fahrradtour. Überlegen Sie, was Sie gern tun. Wenn Sie sich alleine schwer tun, bitten Sie Angehörige oder Freunde um Unterstützung. Gemeinsam kann man sich leichter aufraffen.

- Aber auch andere kleine Aktivitäten können Ihnen aus einer Depression heraushelfen. Sich zurückziehen, den dunklen Gedanken überlassen und tatenlos bleiben, treibt Sie nur noch weiter in die Depression hinein. Ein Telefonat mit einem Freund, eine Verabredung, ein Gang zum Friseur oder ein selbst gekochtes Essen können Erfolge sein. Das dürfen Sie sich auch so zugestehen.
- Sich aufraffen, etwas unternehmen, das klingt so einfach. Es ist für depressive Menschen aber keine Selbstverständlichkeit. Es kann Ihnen helfen, wenn Sie sich selbst einen kleinen Wochenplan mit Aktivitäten aufstellen – nicht als Pflicht, sondern als kleine Erinnerung.
- Mit Unterstützung lassen sich Krisen leichter überwinden. Nehmen Sie Gesprächs- und Hilfsangebote Ihrer Familie, Freundinnen oder Angehörigen an. Diese machen das nicht aus Mitleid, sondern weil Sie ihnen wichtig sind.
- Vielleicht hilft es Ihnen aber auch, sich mit anderen Betroffenen auszutauschen. Andere haben vielleicht ähnliche Erfahrungen gemacht und verstehen sehr gut, wie Sie sich gerade fühlen. Dann können Sie sich an eine Selbsthilfegruppe wenden. Dort sind Sie jederzeit willkommen. Man tauscht sich aus, man macht sich Mut, man gibt sich konkrete Tipps und Informationen. Reden kann helfen. Adressen und Anlaufstellen finden Sie im Kapitel „Rat, Unterstützung und weitere Informationen“ ab Seite 105.

8 Was Angehörige und Freunde wissen sollten

Eine Depression belastet nicht nur die Betroffenen, sondern auch Partnerschaft, Familie und Freundschaften. Als angehörige oder befreundete Person sind Sie in einer schwierigen Situation: Sie wollen helfen und unterstützen und brauchen gleichzeitig vielleicht selbst Hilfe und Unterstützung. Einen Menschen leiden zu sehen, der einem nahe steht, ist belastend. Es kann Ihnen helfen, sich bewusst zu machen, dass Sie zwar helfen, aber nicht heilen können. Und das erwartet auch niemand von Ihnen.

Die Ursachen für eine Depression sind vielfältig. Manche können auch im familiären Umfeld zu finden sein. Familie und Partnerschaft sind eine ständige „Baustelle“. Auch wenn familiäre Konflikte eine Depression mit verursachen können: Niemand trägt Schuld an der Erkrankung, weder Sie noch der erkrankte Mensch. Vielleicht lädt die Ärztin oder der Psychotherapeut Sie zu einem Paar- oder Familiengespräch ein. Dies dient niemals dazu, Schuld zu verteilen, sondern Prozesse und Belastungen aller Beteiligten besser zu verstehen und gemeinsam Lösungsmöglichkeiten zu erarbeiten.

Kein Mensch wird absichtlich oder aus Versagen krank. Depression ist auch kein Ausdruck von Unvermögen oder Nichtwollen. Auch wenn es von außen ganz einfach scheint, dagegen anzugehen: Für die betroffene Person selbst kann es eine große Anstrengung sein, sich zu den einfachsten Dingen aufzuraffen.

Hilfreich für einen depressiven Menschen ist es zum Beispiel, wenn Sie zunächst einmal Verständnis für seine Situation und seine Gefühle aufbringen. Wenn Sie ihn in seiner Erkrankung ernst nehmen, ohne zu dramatisieren. Und ihm gleichzeitig vermitteln, dass Hilfe möglich ist und es ihm in Zukunft wieder besser gehen wird. Deshalb ist es so wichtig, dass Sie ihn in seiner

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

Vielleicht können Sie sich als Beistand durch eine schwere Zeit sehen. Es kann gut sein, wenn Sie den erkrankten Menschen in den Dingen unterstützen, die ihm helfen: wieder mit kleinen Aktivitäten zu beginnen, einen Spaziergang zu machen, sich ein wenig zu bewegen, miteinander zu reden. Oder etwas tun, was ihm Freude bringt, zum Beispiel Musik hören, ein Bild betrachten. Dabei werden Sie vielleicht zurückgewiesen werden. Doch das zielt nicht auf Sie als Person, sondern ist der Erkrankung geschuldet. Nicht immer ist der andere in der Lage, Ihre Vorschläge anzunehmen. Wenn Sie das respektieren, ohne Ihre Versuche aufzugeben, helfen Sie ihm sehr.

Auf keinen Fall sollten Sie versuchen, einem depressiven Menschen seine Erkrankung zu erklären, sie herunterzuspielen oder gut gemeinte Ratschläge zu geben. Das alles signalisiert ihm, dass Sie ihn nicht akzeptieren, auch wenn Sie es ganz anders meinen.

Der Umgang mit einem depressiven Menschen kann dazu führen, dass Sie selbst auf vieles verzichten. Auf Dinge, die Ihnen lieb sind, wie Hobbies, Sport, Kontakte, Kultur. Es mag Ihnen egoistisch erscheinen, dass Sie sich vergnügen, während der andere leidet. Doch damit ist ihm nicht geholfen. Wenn Sie nicht auf sich selbst Acht geben, werden Sie vielleicht bald keine Kraft mehr haben, für den anderen da zu sein.

Der Umgang mit einer chronischen schweren Erkrankung ist für Angehörige und Freunde eine Herausforderung. Sie können sich selbst Hilfe holen. Sie haben die Möglichkeit, sich eigene psychotherapeutische Unterstützung zu suchen, um diese belastende Situation zu verarbeiten. Es gibt inzwischen auch Selbsthilfegruppen. Wer viel hilft, darf sich zugestehen, auch selber Hilfe in Anspruch zu nehmen, um nicht auszubrennen. Alles, was Sie entlastet, hilft auch der Person, um die Sie sich sorgen. Das ist nicht eigennützig, sondern pragmatisch. Adressen und Anlaufstellen finden Sie im Kapitel „Rat, Unterstützung und weitere Informationen“ ab Seite 105 ff.

Informieren Sie sich über Depressionen. Wenn Sie über die Krankheit Bescheid wissen, können Sie depressive Menschen besser verstehen und unterstützen. Hinweis auf Materialien und Internetseiten finden Sie im Kapitel „Informationsquellen und Angebote“ auf Seite 107.

9 Ein paar Worte zu einem schwierigen Thema

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

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

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

Was Sie im Notfall tun können

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

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

Einweisung gegen den Willen der Betroffenen

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

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

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

Suizidgefahr und fehlender Behandlungsbereitschaft ist in der Regel Eile geboten.

Das Unterbringungsverfahren ist in den einzelnen Bundesländern relativ ähnlich. Polizei oder Ordnungsbehörden können eine Einweisung veranlassen. In der Regel muss eine in der Psychiatrie erfahrene Ärztin die Notwendigkeit der Behandlung gegen den Willen bestätigen und ein Gutachten anfertigen. Nach einer festgelegten Frist – dies ist in den einzelnen Bundesländern verschieden – muss ein Amtsrichter die Patientin persönlich anhören, falls diese sich nicht inzwischen zu einer Behandlung auf freiwilliger Basis entschlossen hat. Der Richter entscheidet nach einer persönlichen Anhörung aufgrund des ärztlichen Gutachtens über die Unterbringung. Falls die Richterin die Auffassung vertritt, dass eine Unterbringung nicht erforderlich ist, muss der Patient entlassen werden.

10 Hilfe in Krisensituationen

Nummern der Telefonseelsorge:

0800 111 0 111 oder

0800 111 0 222

www.telefonseelsorge.de

Österreich: Telefon **142**

www.telefonseelsorge.at

Schweiz: Telefon **14**

www.tel-143.ch

Kinder- und Jugendtelefon

(Montag - Samstag von 14.00 Uhr – 20.00 Uhr):

116 111 oder **0800 111 0 333**

Schweiz: Telefon **147**

www.147.ch

Adressen von Krisendiensten

www.kompetenznetz-depression.de/hilfe/erste_hilfe.htm

oder

neuhland.beranet.info

11 Ihr gutes Recht

Eine Voraussetzung, sich aktiv an Ihrer Behandlung zu beteiligen, ist, dass Sie Ihre Rechte kennen und auch wahrnehmen. Allerdings sollten Sie bedenken, dass sich rechtliche Informationen rasch ändern können.

Sie haben das Recht auf

- freie Arzt- oder Psychotherapeutenwahl;
- neutrale Informationen;
- umfassende Aufklärung und Information über alles, was für die Therapie wichtig ist, zum Beispiel über Risiken, Nutzen, Alternativen, mögliche Kosten und Befunde;
- Schutz der Privatsphäre (Schweigepflicht);
- Selbstbestimmung (zum Beispiel in der Therapiewahl);
- Beschwerde. Eine erste Adresse hierfür sind die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen bei den Landesärztekammern. In einem kostenlosen Heft der Bundesärztekammer erfahren Sie mehr dazu:

www.bundesaerztekammer.de/patienten/gutachterkommissionen-schlichtungsstellen/broschuere-wegweiser

Mit Beschwerden über eine Psychotherapeutin können Sie sich an die zuständige Landespsychotherapeutenkammer wenden.

Darüber hinaus haben Sie das Recht auf

- eine qualitativ angemessene und lückenlose Versorgung;
- sachgerechte Organisation und Dokumentation der Untersuchungen;
- Einsichtnahme in die vollständige Original-Patientenakte. Sie können sich Kopien von Ihren Unterlagen von der Praxis anfertigen lassen. In der Regel müssen Sie die Kosten für die Kopien übernehmen. In Ausnahmefällen kann die Einsicht jedoch eingeschränkt sein, nämlich wenn erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter dem entgegenstehen;
- eine Zweitmeinung (es ist empfehlenswert, vorher mit Ihrer Krankenkasse zu klären, ob sie die Kosten übernimmt).

Über die Patientenrechte können Sie sich auf den Internetseiten der Bundesärztekammer informieren:

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

Auch die Bundespsychotherapeutenkammer hält Informationen zu Patientenrechten, die auch für Psychotherapeuten gelten, bereit: www.bptk.de/patienten/wege-zur-psychotherapie/welche-rechte-haben-sie-als-patient.html.

Im Jahr 2013 hat die Bundesregierung das Patientenrechtegesetz verabschiedet. Die wichtigsten Regelungen finden Sie in einer Broschüre:

www.patientenbeauftragter.de/images/pdf/BarrierefreiBroschue_Patientenrecht_bf.pdf.

12 Rat, Unterstützung und weitere Informationen

Rat und Unterstützung zu erhalten, ist immer von Vorteil, wenn es darum geht, eine Erkrankung zu bewältigen oder mit ihr leben zu lernen. Eine wichtige Rolle spielen hier Selbsthilfegruppen und -organisationen sowie Beratungsstellen. Aber auch medizinische Fachgesellschaften oder wissenschaftliche Organisationen können für Betroffene Informationen bereitstellen (siehe „Organisationen und medizinische Fachgesellschaften“, Seite 110). Wir haben einige dieser Stellen recherchiert. Die nachfolgende Aufstellung erhebt jedoch keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Selbsthilfe

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

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

Otto-Suhr-Allee 115
10585 Berlin
Telefon: 030 31018960
Fax: 030 31018970
E-Mail: selbsthilfe@nakos.de
Internet: www.nakos.de

Ein weiterer Anlaufpunkt ist die Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) Selbsthilfe. Sie ist die Dachorganisation von über 100 Organisationen behinderter und chronisch kranker Menschen und ihrer Angehörigen. Sie vertritt die Interessen der Betroffenen und setzt sich für ihre Belange ein.

Bundesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE e. V.)

Kirchfeldstraße 149
40215 Düsseldorf
Telefon: 0211 310060
Fax: 0211 3100648
E-Mail: info@bag-selbsthilfe.de
Internet: www.bag-selbsthilfe.de

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

Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (BApK)

Oppelner Straße 130
53119 Bonn
Telefon: 0228 71002400
Fax: 0228 71002429
E-Mail: bapk@psychiatrie.de
Internet: www.bapk.de

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

Selbsthilfeberatung der BApK:

Telefonisch: 0180 5950951
(14 Cent pro Minute aus dem deutschen Festnetz)

oder

Rufnummer 0228 71002424
(zum Festnetztarif)

E-Mail-Beratung: seelefon@psychiatrie.de

Informationsquellen und Angebote

Bitte beachten Sie, dass Broschüren, Entscheidungshilfen oder Internetangebote das Gespräch mit Ihrem Arzt oder Ihrer Psychotherapeutin unterstützen sollen, es aber niemals ersetzen können.

Auf der Internetseite www.psychenet.de finden Betroffene, Angehörige und Interessierte Informationen und Entscheidungshilfen zu Depressionen und anderen seelischen Erkrankungen, wie Angststörungen oder Essstörungen.

Auch die Webseite www.faktencheck-depression.de hält Entscheidungshilfen für Sie bereit.

Auf der Patientenseite der Bundespsychotherapeutenkammer www.bptk.de stehen ebenfalls Informationen und Broschüren zur Verfügung.

Die European Depression Association (EDA) hat einen Ratgeber speziell für Arbeitnehmer und Arbeitgeber herausgegeben: www.european-depression-day.de/index.php?id=2.

Die Stiftung Warentest hat ein Buch über Depression herausgebracht. Der Ratgeber „Depressionen überwinden – Niemals aufgeben“ richtet sich an direkt oder indirekt Betroffene. Er kann unter www.test.de bestellt werden.

Weitere Gesundheitsinformationen und Serviceangebote

Patientenportal

Viele weiterführende Informationsmaterialien zu Depression und anderen Erkrankungen finden Sie auf dem Patientenportal www.patienten-information.de, einer gemeinsamen Plattform von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung.

Gesundheitsinformation.de

Auf dem Portal www.gesundheitsinformation.de hat das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen für Sie Hinweise zu Depressionen sowie anderen Erkrankungen und Gesundheitsthemen zusammengestellt.

Arzt- und Psychotherapeutensuche

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

Eine Broschüre, die Ihnen zeigt, was eine gute Arztpraxis ausmachen sollte, erhalten Sie unter: www.arztcheckliste.de.

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

- in Ihrer Hausarztpraxis;
- bei Ihrer Krankenkasse;
- oder bei Menschen in Ihrem persönlichen Umfeld.

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

Es gibt auch die Möglichkeit, sich an eine sogenannte Terminservicestelle der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung zu wenden. Wenn Sie gesetzlich krankenversichert sind und eine Überweisung haben, unterstützen diese Servicestellen Sie bei der Vereinbarung eines Termins in einer fachärztlichen oder psychotherapeutischen Praxis.

Mehr dazu unter: www.kbv.de/html/terminservicestellen.php.

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

Die **Bundespsychotherapeutenkammer** bietet einen bundesweiten Psychotherapeuten-Suchdienst an: www.bptk.de/service/therapeutensuche.html.

Über die bundesweite Arztsuche der **Kassenärztlichen Bundesvereinigung** finden Sie Ärzte und Psychotherapeuten: www.kbv.de/html/arztsuche.php.

13 Organisationen und medizinische Fachgesellschaften

Die Leitlinie „Unipolare Depression“ wurde von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) als S3-Leitlinie initiiert und koordiniert und wird gemeinsam von den beteiligten Organisationen inklusive Bundesärztekammer, Kassenärztlicher Bundesvereinigung, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften und der DGPPN als kombinierte S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie herausgegeben. Diese ärztliche Leitlinie bildet die Grundlage für die vorliegende Patientenleitlinie.

Die nachfolgend angeführten Organisationen, Institutionen, medizinischen Fachgesellschaften und Selbsthilfevereinigungen waren an der Erstellung der S3-Leitlinie/Nationalen VersorgungsLeitlinie „Unipolare Depression“ beteiligt:

Verantwortliche Organisationen

- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) (Federführung für S3-Leitlinie)
www.dgppn.de
- Bundesärztekammer (BÄK) Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern
www.baek.de
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)
www.kbv.de
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)
www.awmf-online.de
- Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ)
www.akdae.de

- Bundespsychotherapeutenkammer (beratend) (BPtK)
www.bptk.de
- Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (BApK)
www.bapk.de
- Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (DAG SHG)
www.dag-selbsthilfegruppen.de
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)
www.degam.de
- Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM)
www.dgpm.de
- Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs)
www.dgps.de
- Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW)
www.dgrw-online.de

Am Konsensprozess beteiligt und mitgetragen von

- Arbeitskreis für Cheförzinnen und Cheförzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland (ACKPA)
www.ackpa.de
- Bundesdirektorenkonferenz psychiatrischer Krankenhäuser (und Arbeitskreis Depressionsstationen) (BDK)
www.bdk-deutschland.de
- Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP)
www.bdp-verband.org
- Berufsverband der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Deutschlands (BPM)
www.bpm-ev.de

- Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN)
www.bv-nervenarzt.de
- Berufsverband Deutscher Psychiater (BVDP)
www.bv-psychiater.de
- Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten (BVVP)
www.bvvp.de
- Chefarztkonferenz psychosomatisch-psychotherapeutischer Krankenhäuser und Abteilungen (CPKA)
www.cпка.de
- Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DÄVT)
www.daevt.de
- Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (DFT)
www.dft-online.de
- Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGGPP)
www.dggpp.de
- Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT)
www.dgpt.de
- Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT)
www.dgvt.de
- Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft (DPG)
www.dpg-psa.de
- Deutsche Psychoanalytische Vereinigung (DPV)
www.dpv-psa.de
- Deutsche Psychotherapeutenvereinigung (DPtV)
www.dptv.de
- Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie (DVT)
www.verhaltenstherapie.de
- Gesellschaft für Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung (GwG)
www.gwg-ev.org
- Stiftung Deutsche Depressionshilfe
www.deutsche-depressionhilfe.de

14 Verwendete Quellen

Diese Patientenleitlinie beruht hauptsächlich auf den wissenschaftlichen Quellen der S3-Leitlinie/Nationalen Versorgungs-Leitlinie „Unipolare Depression“. Viele Studien und Übersichtsarbeiten sind dort nachzulesen: www.leitlinien.de/nvl/depression/.

Zusätzlich zur wissenschaftlichen Literatur der Leitlinie nutzt diese Patientenleitlinie folgende Literatur und Informationen:

- Bopp A, Herbst V, Stiftung Warentest. Handbuch Medikamente. Vom Arzt verordnet. Für Sie bewertet. 9th ed. Berlin: Stiftung Warentest; 2014.
- Bundesärztekammer (BÄK). (Muster-)Weiterbildungsordnung vom Mai 2003 in der Fassung vom 23.10.2015. 2008 [cited: 2016 Nov 30]. Available from: http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Weiterbildung/MWBO.pdf
- Bundespsychotherapeutenpammer (BPtK). Wege zur Psychotherapie. 2013 [cited: 2016 Nov 30]. Available from: http://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/BPtK_Infomaterial/Wege_zur_PT/BPtK-Broschuere_Wege_zur_Psychotherapie_neu.pdf
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS), Barmer GEK. Medikamenteneinnahme: Risiken vermeiden. Medikamente mit Abhängigkeitsrisiko: 4-K-Regel für den Umgang. 2013 [cited: 2016 Nov 30]. Available from: http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/4-K-Regel.pdf

- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Depression. 2013 [cited: 2016 Nov 30]. Available from:
<http://www.gesundheitsinformation.de/depression.2125.de.html>
- Leitlinienprogramm Onkologie, Adolph H, Blettner G, et al. Psychoonkologie. Psychosoziale Unterstützung für Krebspatienten und Angehörige. Patientenleitlinie. Berlin: Leitlinienprogramm Onkologie; 2016 (Leitlinienprogramm Onkologie). Available from: <http://www.patienteninformation.de/patientenleitlinien/patientenleitlinien-leitlinienprogramm-onkologie/psychoonkologie>.
- Niklewski G, Riecke-Niklewski R, Stiftung Warentest. Depressionen überwinden. Niemals aufgeben! 6th ed. Berlin: Stiftung Warentest; 2012.
- Rote Liste Service. Fachinformationsverzeichnis Deutschland (Fachinfo-Service). 2016 [cited: 2016 Mar 14]. Available from: <http://www.fachinfo.de>
- Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie. Psychenet. Hamburger Netz für psychische Gesundheit. 2016 [cited: 2016 Nov 30]. Available from: <http://www.psychenet.de>
- Wittchen HU, Jacobi F, Klose M, et al. Depressive Erkrankungen. Berlin: RKI; 2010 (Gesundheitsberichterstattung des Bundes; 51). Available from:
http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/Themenhefte/Depression_inhalt.html.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Häufigkeit bei Nebenwirkungen	50
Tabelle 2: Wirkstoffgruppen und Wirkstoffe.....	60
Tabelle 3: Beteiligte an der Versorgung depressiver Menschen	89

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Verläufe unipolarer depressiver Störungen	15
Abbildung 2: Depression: Symptome und Schweregrade	24
Abbildung 3: Übertragung von Nervenreizen	47
Abbildung 4: Behandlung von Depressionen	65

Wörterbuch

Diese Patientenleitlinie enthält medizinische Fachausdrücke. Wir haben bewusst nicht auf sie verzichtet, weil Sie im Verlauf Ihrer Versorgung immer wieder mit diesen Fremdwörtern konfrontiert werden. Im Wörterbuch erklären wir Ihnen Fachbegriffe, die wir verwendet haben.

Acetylcholin

Botenstoff.

Acetylsalicylsäure

Medikament, das die Anlagerung von Blutplättchen hemmt und damit die Verstopfung der Blutgefäße verhindert. Kommt zum Beispiel bei Menschen mit koronarer Herzkrankheit KHK oder Herzinfarkt zum Einsatz. Ferner wirkt Acetylsalicylsäure (kurz: ASS) schmerzlindernd und fiebersenkend.

Akuttherapie

Der Begriff „akut“ bezeichnet in der Medizin schnell zum Ausbruch kommende Krankheiten. Die Akuttherapie (Sofortbehandlung) ist der erste Teil einer Behandlung gegen Depression. Sobald Anzeichen beobachtet und eine Krankheit festgestellt wurde, setzt sie ein.

Allgemeinmedizin

Fachgebiet in der Medizin, das sich mit Vorbeugung, Erkennung und Behandlung jeglicher Erkrankungen befasst.

Alkoholabhängigkeit

Suchterkrankung, die durch einen erhöhten Alkoholkonsum gekennzeichnet ist. Sie kann zu körperlichen und seelischen Schäden sowie sozialen Problemen führen.

Alpha2-Rezeptor-Antagonisten

Medikamente zur Behandlung von Depressionen. Sie verstärken über einen bestimmten Mechanismus die Wirkung der Botenstoffe Serotonin und Noradrenalin.

Alzheimer-Demenz

Form der Demenz.

Siehe auch *Demenz* auf Seite 119.

Ambulant

Gegenteil von stationär. Bei einer ambulanten Behandlung kann der Patient unmittelbar oder kurze Zeit nach Beendigung wieder nach Hause gehen.

Analytische Psychotherapie

Psychotherapeutisches Verfahren. Bei der analytischen Psychotherapie geht es darum, ein tiefgreifendes Verstehen für die eigene Persönlichkeit und ihr Handeln zu entwickeln. Dabei wird nach dem Ursprung der Schwierigkeiten im psychotherapeutischen Gespräch gesucht.

Angststörung

Unter einer Angststörung werden verschiedene seelische Krankheiten zusammengefasst. Betroffene empfinden meist eine übertriebene Furcht. Die Störung geht mit körperlichen Anzeichen wie Herzrasen, Schwitzen, Zittern, Atemnot, Erstickungs- und Schwindelgefühl einher.

Antidepressiva

Medikamente, die auf die Seele wirken und hauptsächlich gegen Depression eingesetzt werden. Die Arzneimittel können je nach Wirkstoff unterschiedliche Nebenwirkungen haben.

Antipsychotika

Medikamente, die gegen seelische Erkrankungen eingesetzt werden, vorwiegend bei Wahnvorstellungen und Halluzinationen.

Approbation

Berufszulassung.

Benzodiazepine

Medikamente, die kurzfristig als Beruhigungsmittel eingesetzt werden, beispielsweise bei Angst- oder Unruhezuständen.

Bipolare Erkrankung

Eine bipolare oder manisch-depressive Erkrankung ist eine psychische Störung. Dabei wechseln Phasen gedrückter, depressiver Stimmung mit solchen starker Hochstimmung und Rastlosigkeit, in denen die Betroffenen häufig den Bezug zur Realität verlieren.

Bulimie

Form der Essstörung. Charakteristisch für diese Krankheit sind Essanfälle. Betroffene verschlingen heimlich und hastig große Portionen. Um die Kalorien wieder los zu werden, steuern Betroffene gegen, zum Beispiel mit Erbrechen, Fasten oder Diäten.

Weitere Informationen in der Kurzinformation „Essstörungen“:
www.patienten-information.de/kurzinformationen/psychische-erkrankungen/essstoerungen.

Chirurgie

Fachgebiet in der Medizin, das sich mit der operativen Behandlung von Verletzungen und Erkrankungen befasst.

Chronisch

Der Begriff „chronisch“ bezeichnet eine Situation oder eine Krankheit, die längere Zeit vorhanden ist und andauert.

Demenz

Krankheit des Gehirns, bei der geistige Funktionen beeinträchtigt sind, wie Denkvermögen oder Gedächtnis.

Depressive Episode

Eine einzelne depressive Phase von mindestens zwei Wochen nennt man depressive Episode. Diese kann einmalig oder wiederholt auftreten.

Diabetes mellitus

Zuckerkrankheit. In der Medizin bezeichnet man als Diabetes mellitus eine Gruppe von Erkrankungen des Stoffwechsels. Diabetes ist unter anderem gekennzeichnet durch eine Erhöhung des Blutzuckers. Es gibt verschiedene Diabetesformen. Die häufigsten sind Typ-1- und Typ-2-Diabetes.

Diabetes kann zu verschiedenen anderen Erkrankungen führen. Das können zum Beispiel Gefäßveränderungen am Herzen oder am Gehirn, Nierenerkrankungen, Fußkomplikationen oder Schäden an der Netzhaut sein.

Ausführliche Informationen gibt es in den Patientenleitlinien zum Thema „Diabetes und Folgeerkrankungen“: www.patienteninformation.de/patientenleitlinien/patientenleitlinien-nvl.

Diagnose

Feststellen einer Krankheit: Untersuchen, Abwägen und Einschätzen aller Krankheitsanzeichen, um auf das Vorhandensein und die Ausprägung einer Krankheit zu schließen.

Diarrhöe

Durchfall.

Doppeldepression

Wenn eine depressive Episode und eine Dysthymie gemeinsam vorliegen, sprechen Fachleute von einer „Doppeldepression“ oder „double depression“.

Dosis

Die Menge eines medizinischen Wirkstoffes.

Double depression

Siehe *Doppeldepression* oben.

Dysthymie

Der Fachbegriff bezeichnet eine anhaltend gedrückte Stimmung, die nicht so schwerwiegend ausgeprägt ist wie bei einer depressiven Episode.

Einzeltherapie

Eine einzelne Person wird durch einen Psychotherapeuten behandelt. Siehe auch *Gruppentherapie* auf Seite 122.

Elektrokardiogramm (EKG)

Mit dieser Methode kann die elektrische Aktivität des Herzens gemessen werden. Das EKG ermöglicht Aussagen über Herzrhythmus und -frequenz. Es gibt zudem Auskunft über die Erregungsabläufe innerhalb des Herzmuskels. Somit gibt das EKG auch indirekte Hinweise über Veränderungen der Form sowie der Struktur des Herzens.

Elektrokrampftherapie (EKT)

Die Elektrokrampftherapie ist eine Behandlungsmöglichkeit bei Depression. Dabei wird durch einen kurzfristigen Stromreiz auf das Gehirn ein epileptischer Anfall ausgelöst. Der Eingriff wird in Narkose vorgenommen.

Ergotherapie

Verfahren der medizinischen Heilberufe, das Menschen helfen soll, eine durch Krankheit, Verletzung oder Behinderung verlorengegangene oder noch nicht vorhandene Handlungsfähigkeit im Alltagsleben (wieder) zu erreichen.

Erhaltungstherapie

Als Erhaltungsphase bezeichnet man den zweiten Abschnitt der Depressionsbehandlung, der sich an die Akuttherapie anschließt. Damit soll der Zustand stabilisiert und einem frühen Rückfall vorgebeugt werden.

Essstörung

Erkrankung, bei der das Thema „Essen“ im Mittelpunkt steht. Es handelt sich dabei aber nicht um ein Ernährungsproblem, sondern der Umgang mit dem Essen und das Verhältnis zum eigenen Körper sind gestört. Betroffene schränken ihr Essverhalten übermäßig stark ein, kontrollieren es ausgeprägt oder verlieren völlig die Kontrolle darüber. Es gibt drei Hauptformen von Essstörungen: Magersucht, Bulimie, unkontrollierte Essanfälle.

Weitere Informationen in der Kurzinformation „Essstörungen“:
www.patienten-information.de/kurzinformationen/psychische-erkrankungen/essstoerungen.

Genetisch

Erblich, durch die Gene bedingt.

Gesprächspsychotherapie

Psychotherapeutisches Verfahren, das auch klientenzentrierte Psychotherapie genannt wird. Sie gründet auf der Annahme, dass jeder Mensch fähig ist, Lösungen für seine Probleme zu erarbeiten, sein Leben selbst zu gestalten und seine Persönlichkeit zu entfalten.

Gruppentherapie

Mehrere Personen werden gleichzeitig durch eine Psychotherapeutin behandelt. Dabei fließen die Rückmeldungen der anderen Betroffenen mit in die Behandlung ein. Siehe auch *Einzeltherapie* auf Seite 120.

Heilmittel

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

Histamin

Botenstoff, der Reize überträgt.

Infektion

Infektionen oder Entzündungen können unter anderem durch das Eindringen von Viren, Bakterien oder Pilzen in den Körper verursacht werden. Sie machen sich unter anderem durch Fieber, Schwellungen, Rötungen oder Schmerzen an den betroffenen Stellen bemerkbar.

Innere Medizin

Fachgebiet in der Medizin, das sich mit Erkrankungen der inneren Organe und Organsysteme befasst.

Insulin

Insulin ist ein lebenswichtiges Hormon, das in der Bauchspeicheldrüse gebildet wird. Es reguliert den Kohlenhydrat-, Eiweiß- und Fettstoffwechsel.

Interpersonelle Psychotherapie

Psychotherapeutisches Verfahren, das speziell für die Behandlung von Depressionen entwickelt wurde. Ein wichtiges Therapieziel ist die Bewältigung von zwischenmenschlichen Konflikten und Problemen.

Johanniskraut

Pflanzliches Mittel zur Behandlung von Depressionen.

Kognitiv

Fachbegriff aus der Psychologie. Zu den kognitiven Fähigkeiten eines Menschen zählen zum Beispiel Wahrnehmen, Denken, Erinnern, Aufmerksamkeit und Lernfähigkeit.

Kombinationsbehandlung

Bei einer Kombinationsbehandlung kommen mehrere Therapiemöglichkeiten gemeinsam zum Einsatz, zum Beispiel Psychotherapie und Medikamente.

Komorbidität

Begleiterkrankungen. Wer depressiv ist, kann beispielsweise gleichzeitig an Diabetes oder Bluthochdruck leiden.

Koronare Herzkrankheit (KHK)

Bei einer koronaren Herzkrankheit kommt es zu Verengungen an den Herzgefäßen. Als Folge davon bekommt der Herzmuskel weniger Blut und damit weniger Nährstoffe und Sauerstoff. Es können Herzinfarkte oder eine Herzschwäche auftreten.

Körperliche Untersuchung

Eine körperliche Untersuchung ist ein unabdingbarer Teil der Diagnostik. Im Rahmen der Untersuchung inspiziert der Arzt einen einzelnen Teil des Körpers oder den ganzen Körper. Dabei kann er Hilfsmittel verwenden, wie zum Beispiel ein Stethoskop.

Leitlinie

Bei einer Leitlinie handelt es sich um eine Orientierungs- und Entscheidungshilfe für medizinische Fachleute. Sie wird von einer Expertengruppe erstellt, deren Mitglieder verschiedenen medizinischen Fachgesellschaften für das betreffende Erkrankungsgebiet angehören. Die Handlungsempfehlungen einer Leitlinie stützen sich auf wissenschaftliche Nachweise.

Eine Leitlinie ist aber kein „Kochbuch“. Jeder Mensch hat seine individuelle Krankengeschichte. Das muss der Behandelnde bei der Therapie berücksichtigen.

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

Mehr zu Leitlinien auf: www.awmf.org/awmf-online-das-portal-der-wissenschaftlichen-medizin/awmf-aktuell.html.

Lithium

Leichtmetall, das in der Natur vorkommt. In Form seiner Salze kann Lithium in der Medizin unter anderem zur Behandlung von Depression, bipolarer Erkrankung oder Cluster-Kopfschmerz eingesetzt werden.

L-Thyroxin

Künstlich hergestelltes Schilddrüsenhormon. Damit lässt sich eine Unterfunktion der Schilddrüse behandeln.

Magersucht

Form der Essstörung. Menschen mit Magersucht oder Anorexie sind untergewichtig. Sie verlieren Gewicht vor allem durch Hungern, aber auch durch selbst herbeigeführtes Erbrechen, übermäßig viel Sport oder bestimmte Medikamente (Appetitzügler). Sie haben panische Angst zuzunehmen und fühlen sich trotz Untergewicht zu dick.

Weitere Informationen in der Kurzinformation „Essstörungen“:
www.patienten-information.de/kurzinformationen/psychische-erkrankungen/essstoerungen.

Manisch-depressive Erkrankung

Siehe *Bipolare Erkrankung* auf Seite 118.

Melatonin

Körpereigenes Hormon, welches den Tag-Nacht-Rhythmus steuert.

Melatonin-Rezeptor-Agonist und Serotonin-5-HT_{2C}-Rezeptor-Antagonist

Medikamente zur Behandlung von Depressionen. Der Wirkstoff Agomelatin ahmt die Wirkung des Hormons Melatonin nach, welches für den Tag-Nacht-Rhythmus verantwortlich ist.

Monoaminoxidase-Hemmstoffe (MAO-Hemmer)

Medikamente zur Behandlung von Depressionen. Mittel dieser Wirkstoffgruppe blockieren den Eiweißstoff Monoaminoxidase, das wichtig für den Abbau der Botenstoffe Serotonin und Noradrenalin ist. Auf diese Weise werden die beiden Botenstoffe langsamer abgebaut und sind in höherer Konzentration vorhanden und können daher verstärkt Reize übertragen. Das führt zur Linderung depressiver Symptome.

Morbus Parkinson

Erkrankung des Nervensystems. Typische Merkmale sind Bewegungsarmut, Muskelsteife und Zittern.

Narkose

Schlafähnlicher Zustand durch Medikamente. Mit bestimmten Medikamenten können Schmerzempfinden, Abwehrreaktionen und Bewusstsein eines Menschen ausgeschaltet werden, um medizinische Eingriffe wie Operationen durchführen zu können.

Nebenwirkungen

Unerwünschte Wirkung oder Begleiterscheinung einer Untersuchungs- oder Behandlungsmethode. Diese können sehr harmlos, aber auch folgeschwer sein – viele lassen sich jedoch vermeiden oder behandeln.

Neuroleptika

Siehe *Antipsychotika* auf Seite 118.

Neurologie

Fachgebiet in der Medizin, das sich mit Erkrankungen von Gehirn und Rückenmark sowie der Sinnesorgane, der Nerven und der Muskulatur befasst.

Noradrenalin

Botenstoff.

Obstipation

Verstopfung.

Panikstörung

Bei dieser Form der Angststörung tritt die Angst ganz plötzlich „aus heiterem Himmel“ auf. Die Angstanfälle dauern meist nur einige Minuten.

Parasympathikus

Teil des autonomen Nervensystems. Der Parasympathikus baut Energiereserven des Körpers auf, indem er den Körper auf Ruhe umstellt und einige Funktionen dämpft. Er regt unter anderem die Verdauung an und hemmt den Herzschlag und die Atmung.

Persönlichkeitsstörung

Psychische Erkrankung. Betroffene haben besonders ausgeprägte und stark einseitige Persönlichkeitszüge und zeigen bestimmte Verhaltensweisen, die oft für ihre Umgebung störend oder belastend sind. Es gibt verschiedene Formen der Erkrankung.

Placebo

Bezeichnung für eine sogenannte Scheinbehandlung oder ein Scheinmedikament – eine Tablette ohne Wirkstoff.

postpartal

nach der Geburt.

Prämenstruelle dysphorische Störung

Als prämenstruelle dysphorische Störung (PMDS) bezeichnet man seelische und körperliche Beschwerden, die einige Tage vor dem Einsetzen der Regelblutung auftreten und stark belasten. Betroffene Frauen sind beispielsweise schlecht gestimmt, ängstlich, reizbar oder energielos. Zu den körperlichen Symptomen zählen Brustempfindlichkeit, Kopf- oder Muskelschmerzen. Sobald die Regelblutung einsetzt hören, die Beschwerden meist auf.

Probatorische Sitzung

Darunter versteht man „Probesitzungen“ oder „Probestunden“ zu Beginn einer Psychotherapie. In den ersten Gesprächen können sich Patientin und Therapeutin kennenlernen und herausfinden, ob sie zueinander passen. Die gesetzlichen Krankenkassen zah-

len die ersten Treffen“, bevor die Psychotherapie als Kassenleistung beantragt werden muss.

Prognose

Vorhersage über den vermuteten Krankheitsverlauf.

Psychisch

Seelisch oder die Seele/das Gemüt betreffend.

Psychiater

Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Er beschäftigt sich mit seelische Erkrankungen oder Störungen.

Psychiatrie

Fachgebiet in der Medizin, das sich mit seelischen Erkrankungen befasst.

Psychoanalyse

Die Psychoanalyse ist ein Erklärungsmodell in der Psychologie und ein Behandlungsverfahren. Die von Sigmund Freud um 1890 entwickelte Theorie geht davon aus, dass bestimmte Verhaltensmuster unbewusste Ursachen haben. Mit einer psychoanalytischen Therapie können diese bewusst gemacht und verständlich werden.

Psychoanalytisch begründete Verfahren

Psychotherapeutisches Verfahren. Sie beruhen auf der Psychoanalyse und zielen darauf ab, unbewusste Konflikte, die Grund für eine psychische Erkrankung sein können, zu erkennen. In der Behandlung können diese Konflikte bearbeitet werden. Siehe auch *Analytische Psychotherapie* auf Seite 117 und *Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie* auf Seite 134.

Psychoedukation

Hierunter versteht man Seminare oder Schulungen für Patienten. Sie erfahren hier mehr über ihre Erkrankung und lernen, wie sie besser mit ihr umgehen können.

Psychologin

Berufsbezeichnung von Menschen, die ein Psychologiestudium abgeschlossen haben. Sie können als „Psychologische Psychotherapeuten“ an der Versorgung von Menschen mit einer seelischen Erkrankung beteiligt sein, wenn Sie nach dem Studium eine entsprechende Ausbildung gemacht haben.

Psychopharmaka

Medikamente zur Behandlung seelischer Erkrankungen. Darunter fallen zum Beispiel Antidepressiva oder Antipsychotika.

Psychose

Psychische Erkrankung. Kennzeichen ist ein fehlender Bezug zur Realität.

Psychotherapie

Oberbegriff für alle Verfahren, die ohne den Einsatz von Medikamenten psychische Erkrankungen, Beeinträchtigungen oder Verhaltensstörungen behandeln. Dabei kommen vielfältige Methoden zum Einsatz.

Psychotherapeut

Als Psychotherapeuten sind entweder Ärztinnen oder Psychologen tätig, die jeweils eine Zusatzausbildung in Psychotherapie gemacht haben.

Rehabilitation

Alle medizinischen, psychotherapeutischen, sozialen und beruflichen Leistungen, die eine Wiedereingliederung einer kranken Person in Familie, Gesellschaft und Berufsleben zum Ziel haben.

Diese Leistungen sollen es erkrankten Menschen ermöglichen, besser mit krankheitsbedingten Problemen fertig zu werden.

Remission

Bedeutet, dass die Krankheitszeichen vorübergehend oder dauerhaft nachlassen und zurückgehen. Eine Remission ist zwar nicht mit einer Heilung gleichzusetzen, bei einer kompletten Remission hat man jedoch über einen längeren Zeitraum keine Zeichen der Krankheit mehr.

Repetitive Transkranielle Magnetstimulation

Verfahren, bei dem durch starke Magnetfelder einzelne Bereiche des Gehirns angeregt oder gehemmt werden können.

Response

Ansprechen auf eine Behandlung, nicht aber unbedingt die vollständige Heilung.

Rezidiv

Wiederauftreten einer Erkrankung (Rückfall).

Rezidivprophylaxe

Damit ist das Fortsetzen der Behandlung gemeint, um das Wiederauftreten einer Erkrankung zu verhindern.

Richtlinienverfahren

Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen die Kosten für folgende psychotherapeutische Verfahren: Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und analytische Psychotherapie. Diese Verfahren werden „Richtlinienverfahren“ genannt.

Risikofaktoren

Risikofaktoren beschleunigen die Entwicklung oder das Fortschreiten von Erkrankungen. Darunter fallen bestimmte Lebens-

weisen, Erbanlagen, Umwelteinflüsse oder schon bestehende Krankheiten.

Schilddrüse

Hormondrüse, welche in der Nähe des Kehlkopfs sitzt. Die Schilddrüse ist für den Stoffwechsel wichtig.

Schizophrenie

Seelische Erkrankung mit Realitätsverlust.

Schlaganfall

Plötzliche Funktionsstörung des Gehirns. Sie wird durch verstopfte Blutgefäße oder eine Blutung im Gehirn ausgelöst.

S3-Leitlinie

Siehe *Leitlinie* auf Seite 124.

Schweregrad

Bei einigen Erkrankungen ist es wichtig, die Schwere der Erkrankung festzustellen, weil davon auch die Behandlung abhängt. Bei einer Depression gibt es drei Schweregrade: leicht, mittelgradig und schwer.

Selektive Noradrenalin-Dopamin-Wiederaufnahmehemmer

Medikamente zur Behandlung von Depressionen. Sie sorgen dafür, dass die Konzentration von Noradrenalin und Dopamin im Gehirn erhöht wird.

Selektive Serotonin-/Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SSNRI)

Medikamente zur Behandlung von Depressionen. Sie greifen in den Hirnstoffwechsel ein und verhindern gezielt die Wiederaufnahme der Botenstoffe Serotonin und Noradrenalin in Nervenzellen.

Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI)

Medikamente zur Behandlung von Depressionen. Sie beeinflussen den Hirnstoffwechsel und hemmen gezielt die Wiederaufnahme des Botenstoffes Serotonin in Nervenzellen.

Serotonin

Botenstoff.

Serotoninsyndrom

Der Begriff Serotoninsyndrom bezieht sich auf verschiedene Beschwerden, die durch Medikamente, die den Serotoninspiegel im Gehirn erhöhen, verursacht werden können. Solche Beschwerden sind unter anderem Verwirrtheit, Zittern, Frösteln, Schwitzen, Blutdruckveränderungen, unwillkürliche Muskelzuckungen und Pupillenerweiterung.

Serotonin-Wiederaufnahme-Verstärker

Medikamente zur Behandlung von Depressionen. Die Mittel sorgen dafür, dass der Botenstoff Serotonin verstärkt aus dem synaptischen Spalt wiederaufgenommen wird.

Somatoforme Störung

Seelische Erkrankung. Bei einer somatoformen Störung treten wiederholt körperliche Beschwerden ohne körperliche Ursache auf.

Soziotherapie

Die Soziotherapie bietet Unterstützung und Handlungsanleitung für chronisch psychisch kranke Menschen, wenn sie durch ihre Erkrankung so schwer beeinträchtigt sind, dass sie sich im sozialen Umfeld nicht mehr zurechtfinden.

Stationär

An eine Krankenhausaufnahme gebunden.

Stoffwechsel

Darunter fallen verschiedene Vorgänge in den menschlichen Körperzellen. Diese werden durch das Hormon- und Nervensystem reguliert.

Suizid

Selbstmord, Selbsttötung.

Switching

Bei der Depressionsbehandlung ist damit der Wechsel von einem Medikament zu einem anderen gemeint, wenn ein bisheriges Arzneimittel nicht anschlägt.

Symptom

Zeichen, die auf das Vorhandensein einer bestimmten Erkrankung hinweisen, oder Beschwerden, die mit einer Erkrankung auftreten.

Synaptischer Spalt

Bezeichnung für den Zwischenraum zwischen zwei Nervenenden.

Systemische Therapie

Psychotherapeutisches Behandlungsverfahren. Mit verschiedenen Techniken und Methoden versucht hier die Therapeutin Beziehungsmuster und Verhaltensweisen des Patienten zu erkennen und zu ändern. Die Behandlung bezieht daher oft auch Familienmitglieder oder andere wichtige Bezugspersonen mit ein.

Teilstationär

Bedeutet, dass erkrankte Menschen tagsüber in einer Klinik behandelt werden, aber dort nicht über Nacht untergebracht sind (Tagesklinik).

Tetrazyklische Antidepressiva

Medikamente zur Behandlung von Depressionen, sie ähneln den trizyklischen Antidepressiva.

Therapie

Behandlung, Heilbehandlung.

Tiefenpsychologie

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

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

Die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ist eine Form der Psychotherapie, die auf der Psychoanalyse beruht. Es wird davon ausgegangen, dass unbewusste Konflikte oder verdrängte Erfahrungen sich auf die seelische Gesundheit und das Verhalten des Menschen auswirken. Diese unbewussten Ursachen werden im Gespräch herausgearbeitet und als Ausgangspunkt für eine Veränderung im Wahrnehmen und Verhalten genutzt.

Trauerreaktion

Trauer nach einem schwerwiegenden Ereignis, die langsam wieder abnimmt. Reaktionen können unter anderem Verzweiflung und Wut, aber auch Gefühlslosigkeit sein.

Trazodon

Wirkstoff zur Behandlung von Depressionen. Das Mittel zählt zu den „nichtklassifizierten Antidepressiva“.

Trizyklische Antidepressiva (TZA)

Medikamente zur Behandlung von Depressionen. TZA hemmen die Rückaufnahme verschiedener Botenstoffe. Allerdings wirken

sie nicht gezielt auf Serotonin und Noradrenalin. Sie blockieren ebenso die „Andockstellen“ weiterer Botenstoffe.

Unipolare Depression

Im Gegensatz zur bipolaren Erkrankung, bei der sich depressive und manische Phasen abwechseln, ist die unipolare Depression ausschließlich durch das Auftreten depressiver Phasen gekennzeichnet.

Vagus-Nerv

Hirnnerv. Als größter Nerv des sogenannten Parasympathikus beeinflusst er die Funktion vieler innerer Organe. Der Parasympathikus ist ein Teil des menschlichen Nervensystems.

Vagus-Nerv-Stimulation

Verfahren, bei dem ein kleiner Schrittmacher am Hals unter die Haut eingesetzt wird. Dieser sendet elektrische Signale über den Vagus-Nerv an das Gehirn. Dadurch sollen depressive Beschwerden gelindert werden. Der Nutzen bei Depressionen ist jedoch noch nicht belegt.

Verhaltenstherapie

Psychotherapeutisches Behandlungsverfahren. Die Grundidee dieser Behandlungsform beruht darauf, dass bestimmte Denkweisen und Verhaltensmuster erlernt wurden und auch wieder verlernt werden können. Durch die Unterstützung des Psychotherapeuten werden negative Gedanken oder beeinträchtigende Verhaltensweisen herausgearbeitet. Gemeinsam werden alternative Handlungsweisen und Denkmuster entwickelt und eingeübt, die dem Betroffenen helfen, die Krankheit besser zu bewältigen.

Vollständige Genesung

Eine vollständige Genesung liegt vor, wenn längere Zeit keine Anzeichen für eine Erkrankung erneut aufgetreten sind.

Wechselwirkung

Manche Medikamente beeinflussen ihre Wirkungen gegenseitig. Sie können sich verstärken oder vermindern. Diese Tatsache nennt man Wechselwirkung.

Wochenbettdepression

Depression nach der Geburt eines Kindes.

Zwangseinweisung

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

Zwangsstörung

Seelische Erkrankung. Bei dieser Krankheit unterscheiden Fachleute zwischen Zwangsgedanken und Zwangshandlungen. Betroffene Personen spüren den Drang, bestimmte Gedanken oder Handlungen ständig zu wiederholen. Diese können nicht aus eigenem Willen unterdrückt werden und sind stark belastend.

Impressum

Informationen zur S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie „Unipolare Depression“

Federführung bei der S3-Leitlinie

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)

Verantwortlich für die S3-Leitlinie

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), vertreten durch Prof. Dr. Dr. Frank Schneider (Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Uniklinik RWTH Aachen) und Prof. Dr. Dr. Martin Härter (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie)

Verantwortlich für die Nationale VersorgungsLeitlinie

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)
(Gemeinsame Einrichtung von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung)
im Auftrag von BÄK, KBV, AWMF

Herausgeber der Patientenleitlinie

Bundesärztekammer (BÄK)

www.baek.de

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)

www.kbv.de

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen
Fachgesellschaften (AWMF)

www.awmf-online.de

in Zusammenarbeit mit der

Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)

www.dgppn.de

Fachliche Beratung bei der 2. Auflage:

- Prof. Dr. Tom Bschor,
Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft;
- Prof. Dr. Dr. Martin Härter,
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und Nervenheilkunde;
- Jürgen Matzat,
Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V.;
- Prof. Dr. Dr. Frank Schneider,
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und Nervenheilkunde.

Diese Patientenleitlinie gibt nicht die persönlichen Positionen der beteiligten fachlichen Berater wieder.

1. Auflage unter Mitarbeit von:

- Corinna Schaefer,
Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin;
- Berit Meyerrose,
Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin;
- Jürgen Matzat,
Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V.;
- Carsten Kolada,
Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e. V.;
- Eleonore Fink,
Angehörige psychisch Kranker ApK - Landesverband
Berlin e. V.;
- Prof. Dr. Tom Bschor,
Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft;
- Prof. Dr. Dr. Martin Härter,
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und Nervenheilkunde;
- Christian Klesse,
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und Nervenheilkunde;
- Prof. Dr. Dr. Frank Schneider,
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und Nervenheilkunde.

Redaktion und Pflege

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



Korrespondenzadresse

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin,
TiergartenTower, Straße des 17. Juni 106-108, 10623 Berlin
E-Mail: patienteninformation@azq.de

Redaktion und Moderation der 2. Auflage

Dr. Sabine Schwarz (ÄZQ)

Layout und technische Umsetzung

Andrea Haring (ÄZQ)

Titelbild

Rainer Sturm / pixelio.de

Gültigkeitsdauer und Fortschreibung

Diese Patientenleitlinie ist solange gültig wie die 2. Auflage der S3-Leitlinie/Nationalen VersorgungsLeitlinie „Unipolare Depression“. Im Falle wesentlicher neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse erfolgt eine Aktualisierung.

Bitte wie folgt zitieren

Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Patientenleitlinie zur S3-Leitlinie/Nationalen VersorgungsLeitlinie „Unipolare Depression“, 2. Auflage. Version 1. 2016. Available from:

www.depression.versorgungsleitlinien.de; [cited: tt.mm.jjjj]; DOI: 10.6101/AZQ/000335

Lesermeinung



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

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

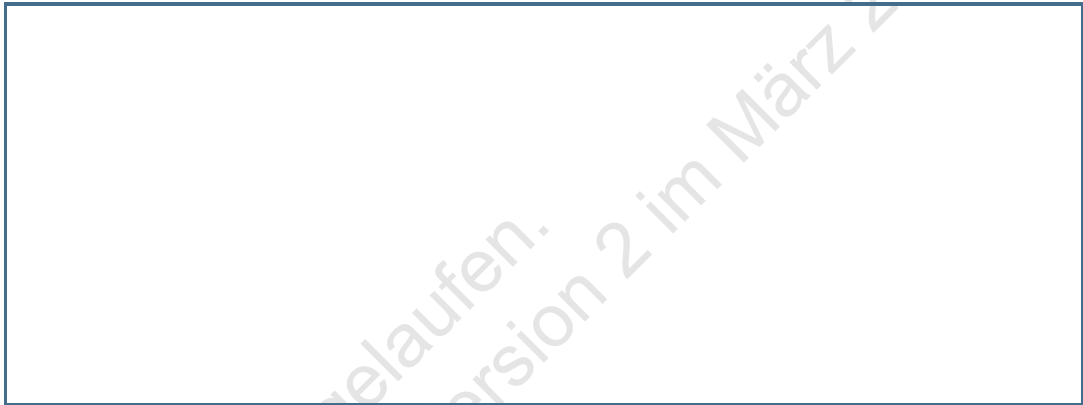
Wie sind Sie auf die Patientenleitlinie „Unipolare Depression“ aufmerksam geworden?

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

Was hat Ihnen an dieser Patientenleitlinie gefallen?



Was hat Ihnen an dieser Patientenleitlinie nicht gefallen?



Welche Ihrer Fragen wurden in dieser Patientenleitlinie nicht beantwortet?

