Depression

Wie entsteht sie? Wie wird sie behandelt? Was ist der Zusammenhang mit Stress?

Martin E. Keck

Depression

Wie entsteht sie? Wie wird sie behandelt? Was ist der Zusammenhang mit Stress?

Zum Autor:
Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Martin E. Keck ist Facharzt für Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie und Neurologie sowie Neurowissenschaftler und war nach seiner internationalen Ausbildung in München, Basel, London und Zürich von 1996 bis 2005 am Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München tätig. Dort leitete er zuletzt den Fachbereich «Depression und Angst». Für seine wissenschaftliche Arbeit auf dem Gebiet der Stressfolgeerkrankungen – wie z.B. Depression und Burnout – wurde ihm u.a. vom Bayerischen Staatsministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst der Bayerische Habilitationsförderpreis verliehen. Als Autor von über 100 Fachpublikationen in internationalen Fachzeitschriften werden seine Arbeiten durchschnittlich über 250 mal pro Jahr zitiert. Er ist Mitglied der medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität München sowie zahlreicher Fachgesellschaften und Gründungsmitglied des Forschungsverbundes «Kompetenznetz Depression». Zudem ist Martin Keck Vorstandsmitglied der Schweizerischen Gesellschaft für Angst und Depression (SGAD) sowie der Schweizerischen Gesellschaft für Arzneimittelsicherheit in der Psychiatrie (SGAMSP), Mitglied der Ethikkommission Psychiatrie, Neurologie und Neurochirurgie des Kantons Zürich und Arbeitsgruppenleiter am Zentrum für Neurowissenschaften Zürich der Universität und ETH. Er ist Ärztlicher Direktor und Chefarzt Privatstationen der traditionsreichen Schweizer Privatklinik Clienia Schlössli in Oetwil am See/Zürich. Die Klinik steht auch allgemein versicherten Patienten zur Verfügung.

Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Martin E. Keck, eMBA UZH
Ärztlicher Direktor und Chefarzt Privatstationen
Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie
Facharzt FMH für Neurologie
Facharzt für Psychosomatik und Psychotherapie (Bayern)
Clienia Privatklinik Schlössli
8618 Oetwil am See/Zürich

www.clienia.ch
Tel. +41 (0)44 929 81 11

Copyright by: © Lundbeck (Schweiz) AG, Cherstrasse 4, 8152 Glattbrugg/ZH

Inhalt

Einführung 7

Das Wichtigste in Kürze für den eiligen Leser 9

Was verstehen wir unter einer Depression? 11
- **Depression: eine häufige und bedeutende Krankheit** 11
- **Symptome der Depression** 11
- **Sonderformen der Depression** 14
  - Burn Out-Syndrom 15
  - Depression im höheren Lebensalter 16
  - Wochenbettdepression 16
  - Saisonale Depression (Winterdepression) 17
- **Depression: eine lebensgefährliche Erkrankung** 18

Wie entsteht eine Depression? 20
- **Eine potenziell chronische und systemische Erkrankung** 20
- **Depression als Stressfolgeerkrankung:** 21
  Dramatische Veränderungen der Stresshormonregulation
- **Wie wird eine Stress-Depression ausgelöst?** 24
- **Wie funktioniert der Nervenstoffwechsel?** 25
  - Stress, Gehirn und Psyche – ein Beispiel 27
- **Sind es die Gene?** 28

Wie wird eine Depression behandelt? 30
- **Behandlungssituation der Stress-Depression:** 30
  Warum klappt es oft nicht?
- **Neue Konzepte der Behandlung der Stress-Depression:** 31
  Erhaltungstherapie und Langzeittherapie
- **Behandlungskonzept** 34
  - Psychotherapie 35
    - Verhaltenstherapie 36
    - Interpersonelle Psychotherapie (IPT) 37
    - Weitere Elemente der Psychotherapie 38

Für das bessere Verständnis wurde auf die weibliche Form verzichtet. Mit der männlichen Form sind aber immer die Personen beider Geschlechter gemeint.

Medikamentöse Therapie 39
Antidepressiva und Schwangerschaft 42
Entspannungsverfahren 43
Biofeedback 43
Progressive Muskelentspannung (Muskelrelaxation) nach Jacobson 44
Bewährte ergänzende nicht medikamentöse Therapieformen 45
Wachtherapie 45
Lichttherapie 46
Zwölf kurze Grundregeln zur Behandlung der Depression 46

Weiterführende Unterstützung 48
Mögliche Frühwarnzeichen 48
Persönlicher Krisenplan 49
Anregungen für Angehörige und Freunde 50

Literatur und nützliche Adressen 53
Literaturempfehlungen 53
Nützliche Adressen 53

Einführung

Die depressiven Erkrankungen gehören zu den weltweit schwerwiegendsten und bedeutendsten Krankheitsbildern. Sie betreffen in ihren unterschiedlichen Ausprägungsformen bis zu 20% der Bevölkerung. Das Denken, die Gefühle, der Körper, die sozialen Beziehungen, ja das ganze Leben sind beeinträchtigt. Trotz ihrer enormen Bedeutung wird die Depression häufig nicht erkannt oder aber nur unzureichend behandelt. Dies verursacht grosses Leid und Verlust an Lebensqualität für die Betroffenen und deren Angehörige. In den vergangenen Jahren ist zudem klar geworden, dass die Depression eine chronische Stressfolgeerkrankung ist, daher auch die Bezeichnung *Stress-Depression*. Sie ist ein Risikofaktor für das Auftreten anderer schwerwiegender Volkskrankheiten wie Herzinfarkt, Schlaganfall, Osteoporose und Diabetes. Eine unbehandelte Depression kann die Lebenserwartung verkürzen.

Die Depression ist eine schwere, aber heilbare Erkrankung. Sie ist keine normale Traurigkeit, kein Versagen, keine Willensschwäche! Die Fortschritte der vergangenen Jahre ergeben ein neues und umfassenderes Bild der Behandlungsmöglichkeiten der Depression.

Wichtig ist die nachhaltige, wissenschaftlich fundierte und spezialisierte psychotherapeutische und medikamentöse Therapie der Depression, die zur Komplettheilung führt. Denn Patienten mit Restsymptomen erleiden zu 80% einen Rückfall. Bei der *Erhaltungstherapie* zur Vorbeugung von Rückfällen werden die Patienten nach Rückbildung der Krankheitssymptome mindestens sechs Monate begleitet. Je häufiger depressive Phasen in der Vorgeschichte aufgetreten sind und je schwerer sie waren, desto

zwingender ist eine *Langzeittherapie*, das heisst die therapeutische Begleitung des Patienten über die Zeit der Erhaltungstherapie hinaus.

Dieser Ratgeber beruht auf dem aktuellen Stand der Forschung und soll helfen, die Krankheit Depression besser zu verstehen. Er richtet sich gleichermassen an Betroffene, deren Angehörige und Freunde sowie alle Interessierten. Der Ratgeber kann keinesfalls die individuelle ärztliche und therapeutische Beratung und Diagnostik ersetzen, sondern möchte Anregungen für das vertiefende Gespräch bieten.

Mit den besten Wünschen

Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Martin E. Keck

Das Wichtigste in Kürze für den eiligen Leser

1. Die Depression ist eine schwere, in gewissen Fällen sogar lebensbedrohliche Krankheit und benötigt eine fachkundige Behandlung.

2. Hauptkennzeichen der Depression sind eine traurige Verstimmung oder das Gefühl innerer Leere, Erschöpfung (Burn Out), Überforderung, Angstzustände, innere Unruhe, Denk- und Schlafstörungen.

3. Depressive können sich nicht mehr freuen und haben sehr grosse Mühe, selbst einfache Entscheidungen zu treffen.

4. Depressionen werden häufig von hartnäckigen körperlichen Beschwerden, wie zum Beispiel Magen-Darm-, Kopf- oder Rückenschmerzen, begleitet. Bei vielen Erkrankten stehen diese Symptome ganz im Vordergrund.

5. Grundlose Schuldgefühle können zu den wesentlichen Anzeichen einer Depression gehören.

6. Wie alle schwer erkrankten Menschen benötigen Depressive von ihrer Umgebung Verständnis und Unterstützung.

7. Die Depression ist gekennzeichnet durch eine Nervenstoffwechselstörung im Gehirn. Die Konzentration der Nervenbotenstoffe (Serotonin, Noradrenalin, Dopamin) ist aus dem Gleichgewicht. Ursache ist meistens eine dauerhafte Überaktivierung des Stresshormonsystems. Diese Überaktivität kann unbehandelt auch zu möglichen Folgeerkrankungen wie Bluthochdruck, Herzinfarkt, Schlaganfall, Diabetes und Osteoporose führen. Daher ist die sorgfältige und nachhaltige Therapie sehr wichtig.

8. Depressionen sind heilbar. Zur Behandlung stehen verschiedene bewährte Formen der Psychotherapie, moderne stimmungsaufhellende Medikamente (Antidepressiva), Stressbewältigungsverfahren, Entspannungstechniken und ergänzend komplementärmedizinische Ansätze (zum Beispiel Pflanzenheilkunde) zur Verfügung.

9. Moderne Antidepressiva haben kaum Nebenwirkungen und können individuell bezüglich ihrer Verträglichkeit angepasst werden. Sie machen nicht abhängig. Sie verändern die Persönlichkeit nicht. Sie sind auch keine Aufputsch- oder Beruhigungsmittel.

10. Antidepressiva wirken nicht sofort. Meist vergehen bis zu einer Besserung Tage bis Wochen.

11. Wenn Medikamente benötigt werden, ist es sehr wichtig, diese genau nach ärztlicher Verordnung und regelmässig einzunehmen. Mögliche Nebenwirkungen, Unwohlsein, Ängste oder Zweifel sollten jederzeit offen mit dem behandelnden Arzt besprochen werden.

12. Immer wiederkehrende Depressionen können vorbeugend behandelt werden.

13. Eine grosse Gefahr ist die Selbsttötung (Suizid). Die Suizidgefahr kann rechtzeitig erkannt werden. Sie ist ein Notfall. Suizidgefährdete gehören so rasch wie möglich in ärztliche Behandlung.

Was verstehen wir unter einer Depression?

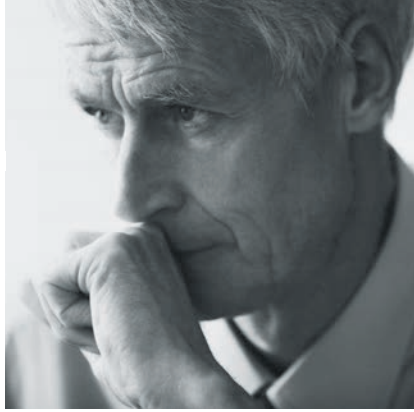
Depression: eine häufige und bedeutende Krankheit

Wegen der Häufigkeit von depressiven Erkrankungen ist die Kenntnis der Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten nicht nur für Ärzte jeder Fachrichtung, sondern auch für die Allgemeinbevölkerung von grosser Wichtigkeit. Circa 15–20% der Bevölkerung sind betroffen, wobei Frauen doppelt so häufig wie Männer erkranken (Männer: 10%, Frauen: 20%). Dies bedeutet, dass jeder in seinem Verwandten-, Bekannten- oder Freundeskreis Betroffene finden müsste. Leider wird die Erkrankung noch immer viel zu häufig verschwiegen oder nicht erkannt. Ein Grund für die Unterschätzung der Depression liegt darin, dass umgangssprachlich häufig schon von «Depressionen» gesprochen wird, wenn lediglich die Stimmung etwas gedrückt ist.

Die Erkrankung kann in jedem Lebensalter – von der Kindheit bis ins hohe Alter – auftreten. In ungefähr 15–20% der Erkrankungsfälle kann sich vor allem bei nicht stattfindender oder unzureichender Behandlung ein chronischer Verlauf entwickeln. In 50–75% der Fälle folgt eine zweite Episode. Mit steigender Episodenzahl wächst das Risiko des Auftretens einer weiteren Krankheitsepisode. Umso wichtiger ist die sorgfältige Therapie jeder einzelnen Erkrankung.
Weltweit zählt die Depression zu den fünf häufigsten Krankheiten, die sowohl mit einer erhöhten Sterblichkeit als auch mit einem hohen Grad an Behinderung und chronischer psychosozialer Beeinträchtigung einhergehen. Die Bedeutung der Depression wird bis zum Jahr 2020 noch zunehmen. Nach den Berechnungen der WHO (Weltgesundheitsorganisation) wird die Depression nach den Herzerkrankungen dann diejenige Erkrankung mit dem grössten Bedarf an Finanzmitteln sein.

Symptome der Depression

Eine depressive Episode kann im Rahmen einer sogenannten uni- oder bipolaren Erkrankung auftreten. Treten nur depressive Episoden auf, so spricht man von einer unipolaren Depression. Wenige Patienten erleiden jedoch nicht nur depressive, sondern zeitversetzt auch manische Episoden.



Manische Episoden sind gekennzeichnet durch einen unbändigen Tatendrang, eine meist stark gehobene Stimmung, ein fehlendes Schlafbedürfnis, Grössenideen, häufig auch durch Kaufrausch. In diesen Fällen spricht man von einer bipolaren affektiven Erkrankung.
Eine Depression kann vielfältige Symptome aufweisen und unterschiedlichen Schweregrads sein. Die typischen Beschwerden zeigen eine beträchtliche, individuelle Variation. Nach den Kriterien der Weltgesundheitsorganisation (ICD-10) (vgl. nachfolgende Aufzählung) ist eine depressive Episode durch eine über einen Zeitraum von mindestens zwei Wochen anhaltende traurige Verstimmung gekennzeichnet. Damit geht ein Verlust von Freudfähigkeit, Antrieb und Interesse sowie von Konzentrations- und allgemeiner Leistungsfähigkeit einher. Daneben treten charakteristische körperlich-vegetative Symptome auf (vgl. Abbildung 1, Seite 14), wie zum Beispiel Schlafstörungen, Appetit- und Gewichtsverlust sowie auch eine gedankliche Einengung auf die als ausweglos empfundene Situation. Dies kann bis hin zum Auftreten von Todesgedanken und konkreten Suizidabsichten führen. Das Denken ist verlangsamt und dreht sich meistens um ein einziges Thema, in der Regel darum, wie schlecht es geht, wie aussichtslos die jetzige Situation ist und wie hoffnungslos die Zukunft erscheint.

Kriterien der Depression der Weltgesundheitsorganisation (ICD-10)

- Gedrückte Stimmung
- Interesseverlust und/oder Freudlosigkeit, auch bei sonst schönen Ereignissen
- Verminderter Antrieb, Schwunglosigkeit, erhöhte Ermüdbarkeit, Erschöpfung (Burn Out)
- Angst, innere Unruhe
- Verminderte Konzentrationsfähigkeit und Aufmerksamkeit
- Fehlendes Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl, Gefühle von Wertlosigkeit
- Starke Unsicherheit beim Treffen von Entscheidungen
- Gedankenkreisen, Neigung zum Grübeln
- Negative Zukunftsperspektiven, Hoffnungslosigkeit, Pessimismus
- Starke Schuldgefühle, Selbstvorwürfe
- Hartnäckige Schlafstörungen
- Verminderter Appetit, Gewichtsverlust
- Libidoverlust, das heisst nachlassendes Interesse an Sexualität
- Tiefe Verzweiflung, Todesgedanken, Suizidgedanken, Suizidhandlungen

Dauer: mindestens zwei Wochen

Schlafstörungen

Schlafstörungen können zu Schwierigkeiten beim Einschlafen, zu Durchschlafstörungen mit wiederholtem Aufwachen oder zu frühem Aufwachen führen. Der Schlaf wird als nicht ausreichend, nicht erholsam und sehr oberflächlich empfunden.
Die Schlafarchitektur ist durch die Depression gestört. In gesundem Zustand werden das Einschlafstadium, das Leichtschlafstadium, das mitteltiefe Schlafstadium sowie das Tiefschlafstadium unterschieden. Hinzu kommt das sogenannte REM-Schlafstadium, in dem hauptsächlich geträumt wird. Diese fünf Stadien werden in geordneter Reihenfolge drei- bis viermal pro Nacht durchlaufen. Die Schlafmedizin weiss heute, dass die ungestörte Abfolge dieser unterschiedlichen Schlafphasen nötig ist, damit der Schlaf eine körperliche und geistige Regeneration bewirkt.
Fehlen Tief- oder Traumschlaf oder werden die Stadien nicht richtig durchlaufen, kann auch ein langer Schlaf weitgehend ohne spürbare Erholung sein. Dies ist bei der Depression der Fall. Antidepressiva stellen die normale und gesunde Schlafarchitektur wieder her.

Sonderformen der Depression

Anhand besonders auffälliger Symptome lassen sich Sonderformen der Depression unterscheiden. Hiervon ist die sogenannte larvierte Depression (= maskierte Depression) eine der wichtigsten. Körperliche Symptome, vegetative Störungen und Organbeschwerden stehen dabei im Vordergrund (vgl. Abbildung 1). Bei einer weiteren Unterform, der melancholischen Depression, sind ein ausgeprägtes Morgentief, Gewichtsverlust, Freudlosigkeit, Libido- und Interesseverlust charakteristisch.

Früher gebräuchliche Begriffe wie «endogene Depression», «neurotische Depression» und «reaktive Depression» sind veraltet und werden kaum mehr verwendet, da die früheren Entstehungskonzepte durch die heutige Forschung widerlegt sind.

Körperliche Symptome einer Depression

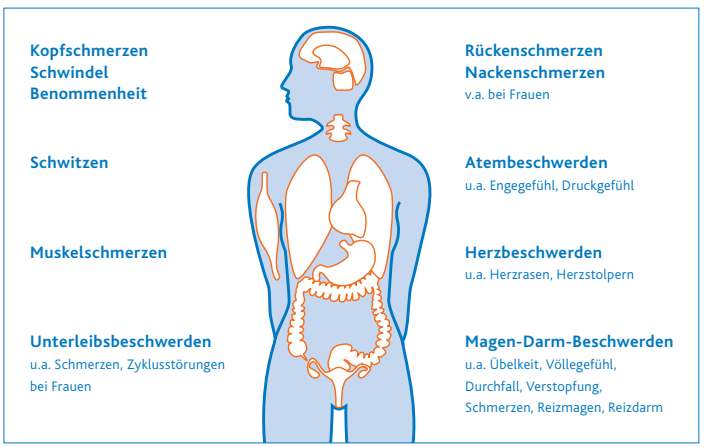


Abbildung 1: Mögliche körperliche Symptome der Depression.
Die körperlichen Beschwerden können derart im Vordergrund stehen, dass die dahinter liegenden seelischen Beschwerden nur schwer erkannt werden. Dann wird von einer maskierten (= larvierten) Depression gesprochen.

Bei manchen Menschen kann sich die Depression auch ganz anders zeigen. Statt mit Niedergeschlagenheit oder Traurigkeit reagieren sie mit Gereiztheit, Aggressivität, Ärger oder erhöhtem Alkoholkonsum. Unter Umständen wird übertrieben viel Sport getrieben. Die Betroffenen fühlen sich gestresst und ausgebrannt. Von dieser Art von Symptomen sind häufiger Männer betroffen.

Burn Out-Syndrom

Das sogenannte *Burn Out-Syndrom* bezeichnet eine Erschöpfungsdepression, die aus beruflicher Dauerbelastung entsteht. Frauen sind hier häufig zusätzlich den Belastungen aus Haushalt und Familie ausgesetzt, wobei auch die alleinige Haushaltsführung einer beruflichen Belastung entspricht. Das *Burn Out-Syndrom* ist gekennzeichnet durch Energieverlust, reduzierte Leistungsfähigkeit, Gleichgültigkeit, Zynismus und Unlust bei vorhergehendem, oft langjährigem, sehr hohem Engagement und überdurchschnittlichen Leistungen. Häufig genügt bei der langjährigen Anhäufung von Stress ein nur noch relativ geringer Auslöser (zum Beispiel Stellenwechsel), um die Erkrankung zum Ausbruch zu bringen.

Oft sind unklare körperliche Beschwerden, wie verstärktes Schwitzen, Schwindel, Kopfschmerzen, Magen-Darm-Probleme und Muskelschmerzen, vorhanden. Sehr häufig sind auch hier Schlafprobleme. Das *Burn Out-Syndrom* kann sich bis zu einer schweren Depression entwickeln. Steigende Erwartungen an die Arbeitnehmer, stark zunehmender Druck am Arbeitsplatz und mangelnde Anerkennung haben zu einer Zunahme dieses Erschöpfungszustandes geführt. Die im Zeitalter der Globalisierung veränderten Arbeitsbedingungen, wie beispielsweise eine ständige Verfügbarkeit über E-Mail, Natel oder BlackBerry, stellen neue Anforderungen an die Gesundheit und den richtigen Umgang mit beruflichem Stress.

Depression im höheren Lebensalter

Bei einem Erkrankungsalter über 65 Jahre spricht man von einer «Altersdepression». Insgesamt treten depressive Erkrankungen im höheren Lebensalter nicht häufiger auf. Es gibt sogar zunehmend Hinweise, dass sie bei den «jungen Alten» zwischen 65 und 75 Jahren etwas seltener auftreten. Bei Patienten im höheren Lebensalter wird eine Depression jedoch häufig übersehen und somit jahrelang nicht behandelt. Darüber hinaus besteht für sie ein hohes Risiko für Chronifizierung und Pflegebedürftigkeit. Ältere Patienten verschweigen depressive Symptome eher und klagen vermehrt über andere körperliche Erkrankungen. Häufiger als bei jüngeren Patienten stehen bei älteren Menschen daher verschiedene körperliche Symptome im Vordergrund (vgl. Abbildung 1). Unklare Schmerzen können beispielsweise bei älteren Menschen oftmals Ausdruck einer zugrunde liegenden Depression sein. Eine Altersdepression kann auch im Rahmen einer Mangel- und Fehlernährung oder durch unzureichende Flüssigkeitsaufnahme entstehen oder begünstigt werden. Auch im Alter ist ein aktiver Lebensstil mit regelmässiger körperlicher Aktivität ein nachgewiesener Schutzfaktor.

Wochenbettdepression

Die Wochen nach der Entbindung (= Postpartalzeit) stellen für eine Frau den Zeitraum mit dem höchsten Risiko dar, eine psychische Erkrankung zu entwickeln (= postpartale Depression). Depressive Episoden nach der Entbindung treten bei rund 10–15% der Frauen auf und beginnen meist in der ersten oder zweiten Woche. Oftmals ist der Verlauf schleichend über Wochen bis Monate. Das Krankheitsbild ist von einer typischen depressiven Episode in anderen Lebensabschnitten nicht zu unterscheiden. Die Postpartalphase ist jedoch durch ausgeprägte und rasche hormonelle Veränderungen charakterisiert: Während der ersten 48 Stunden nach der Entbindung kommt es zu einem deutlichen Abfall der Hormone Progesteron, Östrogen, Kortisol und Thyroxin. Weshalb diese hormonellen Veränderungen jedoch bei einigen Frauen zur Erkrankung führen, ist noch immer unklar. Von der postpartalen Depression sind die viel häufigeren sogenannten «Heultage» (auch «Baby Blues» genannt) abzugrenzen. Sie beginnen in der ersten Woche nach der Entbindung, in der Regel jedoch nicht vor dem dritten Tag und dauern nur wenige Stunden bis Tage. Sie treten bei ca. 50% der Wöchnerinnen auf und besitzen keinen Krankheitswert.

Saisonale Depression (Winterdepression)

Dunkle und neblige Wintertage können die Stimmung verschlechtern. Dies kann im Fall der sogenannten saisonalen Depression oder Winterdepression in Einzelfällen zu einer schweren und sogar lebensbedrohlichen Erkrankung führen. Ursache ist der jahreszeitlich verminderte Lichteinfall durch das Auge. Die dadurch fehlende elektrische Erregung führt bei hierfür anfälligen Menschen zu einer Störung des Gehirnstoffwechsels und somit zur Entstehung einer Depression.

Manchmal wird die Depression erst nach langer Leidensgeschichte erkannt. Jeder reagiert anders darauf, doch es ist gut, wenn das Leiden erkannt ist. Nur so kann die richtige Behandlung eingeleitet werden. Die richtige Diagnose ist somit der erste Schritt zur erfolgreichen Behandlung.

« Hab ich ein Ding erkannt,
so hat es seinen Stachel verloren. »

Marie von Ebner-Eschenbach, Schriftstellerin, 1830–1916

Depression: eine lebensgefährliche Erkrankung

Die Depression ist eine schwere, in gewissen Fällen sogar lebensbedrohliche Erkrankung. Unbehandelt kann sie tödlich enden. Bei Menschen bis zu einem Lebensalter von 40 Jahren stellt der Tod durch depressionsbedingte Selbsttötung (Suizid) nach dem Unfalltod die zweithäufigste Todesursache dar. 15% aller Patienten mit schweren depressiven Episoden begehen Suizid. Nach Angaben des Bundesamtes für Statistik nehmen sich in der Schweiz pro Jahr regelmässig mehr als 1400 Menschen das Leben, wobei die tatsächliche Zahl der Suizide (Dunkelziffer) sicherlich erheblich höher liegt. Die Zahl der Suizide übersteigt demnach deutlich die der jährlichen Verkehrstoten. Fast alle Patienten mit schweren Depressionen haben zumindest Suizidgedanken. Circa die Hälfte der Patienten mit depressiven Störungen begeht in ihrem Leben einen Suizidversuch. Umgekehrt besteht bei der Mehrheit der Personen, die Suizide begehen, eine depressive Erkrankung. Der «Freitod», das heisst der im gesunden Zustand getroffene Entschluss, sich das Leben zu nehmen, kommt so gut wie nicht vor. Ist die Depression erkannt und behandelt, verschwindet auch der oft übermächtige Todeswunsch.

Lebensgefahr Suizid (Selbsttötung)
Bei jedem Depressiven ist es wichtig zu wissen, wie gross das Suizidrisiko ist. Am besten erkennt man dies, indem man den Betroffenen direkt darauf anspricht, wie intensiv und wie häufig er an Suizid denken muss. Oft wurde die Meinung vertreten, man solle mit Depressiven keinesfalls darüber sprechen, weil man sie dadurch erst auf diese Idee bringen könnte. Dies ist falsch. Jeder Depressive denkt in seiner Verzweiflung ohnehin zumindest an die Möglichkeit und verspürt es in der Regel als Erleichterung, endlich darüber reden zu können. Die Neigung zum Suizid ist ein Notfall! Suizidgefährdete müssen so rasch wie möglich in ärztliche Behandlung.

« Derjenige, welcher sich heute
in einem Anfall von Melancholie tötet,
würde sich gewünscht haben zu leben,
wenn er nur eine Woche gewartet hätte. »

Voltaire, Schriftsteller und Philosoph, 1694–1778

Auch wenn keine Neigung zum Selbstmord vorliegt, kann zum Beispiel bei älteren Menschen die unbehandelte Depression durch Rückzugsneigung ins Bett, durch Appetitlosigkeit oder durch eine zu geringe Flüssigkeitsaufnahme sehr rasch zu lebensbedrohlichen Zuständen führen. Auch ist sehr gut belegt, dass der Verlauf vieler anderer Erkrankungen wie zum Beispiel Diabetes oder der Zustand nach Herzinfarkt äusserst negativ beeinflusst wird, wenn gleichzeitig eine unbehandelte Depression vorliegt.

Wie entsteht eine Depression?

Eine potenziell chronische und systemische Erkrankung

In den vergangenen Jahren ist dank intensiver internationaler Forschungsanstrengungen klar geworden, dass eine Depression ein Risikofaktor für die Entstehung von Gefässerkrankungen, zum Beispiel Herzerkrankungen, Schlaganfall, ist. Ihr kommt somit vermutlich dieselbe Bedeutung zu wie den klassischen Risikofaktoren Rauchen, Übergewicht und Bewegungsmangel, denen aktuell sowohl im öffentlichen Bewusstsein als auch im Rahmen von gesundheitspolitischen Vorbeugungsstrategien weit mehr Aufmerksamkeit beigemessen wird. Gleichzeitig begünstigt eine depressive Erkrankung das Auftreten von Osteoporose und Altersdiabetes. Die Depression wird heute daher als «systemische» Erkrankung betrachtet, da sie neben dem Gehirn viele andere Organsysteme in Mitleidenschaft ziehen kann (vgl. Abbildung 2). All dies unterstreicht die grosse Bedeutung einer frühzeitigen, sorgfältigen und nachhaltigen Therapie.

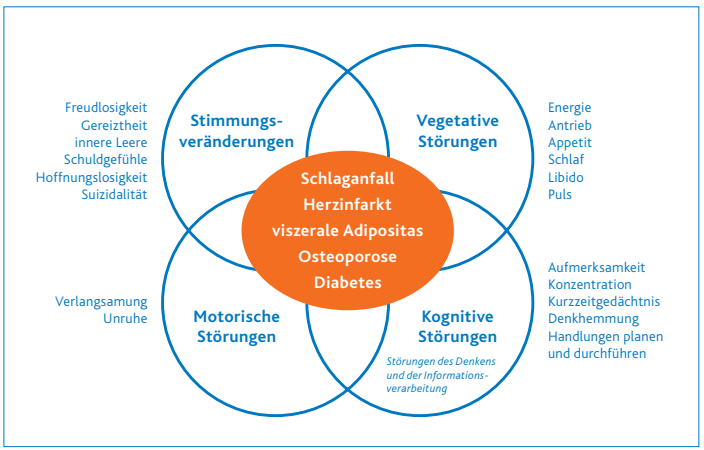


Abbildung 2: Symptome der Depression.

Depression als Stressfolgeerkrankung: Dramatische Veränderungen der Stresshormonregulation

Stress ist überall und gehört zum normalen Leben: Jede Konfrontation mit äusseren oder inneren Belastungen löst eine sinnvolle Stressreaktion aus. Das Gehirn und der Körper reagieren auf jegliche Herausforderung zur Veränderung mit Stress. Der Alltagsstress ist vielfältig und kann zum Beispiel in steigenden Leistungsanforderungen in Beruf und Freizeit bestehen. Aber auch Beziehungskonflikte, die wachsende Informationsflut und die Beschleunigung des täglichen Lebens können zu Stress führen.
Im Rahmen der Stressreaktion mobilisiert der Körper Energie. Dies ermöglicht die Anpassung an die sich ständig ändernden Umweltbedingungen und Anforderungen. Solange eine stressvolle Episode nur von kurzer Dauer ist, kann sie als durchaus gewinnbringend und stimulierend empfunden werden. Normalerweise wird die Stressreaktion wieder zügig beendet.
Bei chronischem Stress hingegen kommt die Stressreaktion nicht mehr zur Ruhe. Es kommt zu erhöhten Stresshormonkonzentrationen im Gehirn, was die Entwicklung einer Depression begünstigt. Daher stammt auch die Bezeichnung Stress-Depression. Diese Veranlagung kann sowohl genetisch festgelegt sein als auch beispielsweise durch frühkindliche Erfahrungen, wie Missbrauch oder Vernachlässigung, entstehen.

In der Regel ist nicht der Stress an sich, sondern dessen negative individuelle Bewertung und Verarbeitung krankheitsfördernd (Abbildung 3, Seite 22):

Abbildung 3: Das negative individuelle Erleben und Verarbeiten des stressreichen Ereignisses oder mehrerer davon (zum Beispiel Todesfall, Umzug, familiäre Konflikte, berufliche Probleme, Arbeitsplatzverlust usw.) kann zur Erkrankung führen.

Die Depression wird heute als Zustand chronischen Stresses verstanden, der in Erschöpfung und dem Gefühl der ständigen Überforderung resultiert. Oft wird versucht, den Alltagsstress zu bewältigen, indem man dagegen angekämpft oder aber resigniert. Beide Varianten sind keine guten Lösungen, denn der Stress bleibt bestehen und schadet auf Dauer weiter der Gesundheit.

Chronischer Stress wird nicht selten von einem zunehmenden Gefühl des Kontrollverlustes über die Situation begleitet. In bestimmten Gehirnregionen (dem sogenannten limbischen System, das für die Regulation unserer Gefühle zuständig ist) kommt es hierbei zu einer Überaktivität des für die Emotionsregulation wichtigen Mandelkerns (Amygdala). Auf der hormonellen Ebene kommt es hierdurch zusätzlich zu einer krankmachenden, dauerhaften Aktivierung des Stresshormonsystems (Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-System = HPA-System). Das Gehirn verliert die Kontrolle über das Stresshormonsystem.

Bei der Depression sind von allen möglichen hormonellen Veränderungen diese Verschiebungen in der Regulation des Stresshormonsystems mittlerweile am besten nachgewiesen. Die Mehrzahl der depressiven Patienten zeigt beispielsweise eine erhöhte Blutkonzentration der Stresshormone. Medikamentöse antidepressive Therapieverfahren, wie z.B. die Pharmakotherapie mit Serotonin-Wiederaufnahmehemmern, aber auch psychotherapeutische Verfahren, führen zu einer Normalisierung der krankheitsbedingten Überaktivität des Stresshormonsystems und damit der klinischen Symptomatik.

Neben dem sogenannten HPA-System ist ein weiteres Stresssystem betroffen: Depressive Patienten zeigen ausser erhöhten Kortisolwerten eine Fehlregulation des vegetativen Nervensystems (vgl. Abbildung 4) mit einer Erhöhung der Sympathikusaktivität, die zu einer verstärkten Ausschüttung von Adrenalin führt. Die dauerhafte Überaktivierung der Stresshormon-

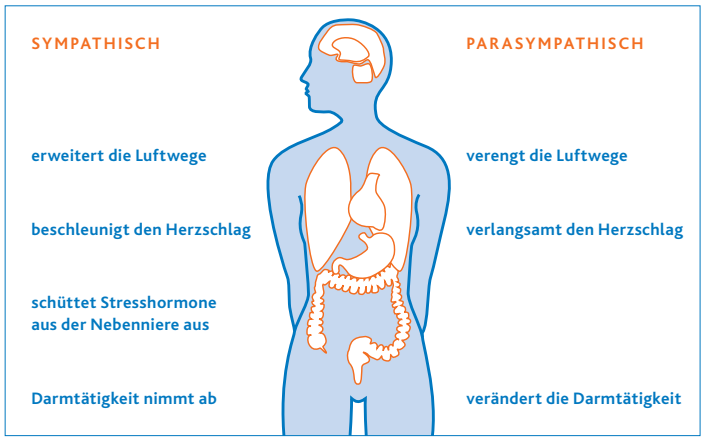


Abbildung 4: Dies ist ein vereinfachtes Diagramm des autonomen (vegetativen) Nervensystems. Der sympathische Ast erhöht zum Beispiel die Herzfrequenz und die Ausschüttung von Nebennierenhormonen. Der parasympathische Ast verlangsamt die Herzfrequenz und hat eine entspannende, schützende Funktion. Das gute Funktionieren und die Ausgewogenheit zwischen den zwei Ästen des autonomen Nervensystems sind wichtig für eine gute Gesundheit.

systeme kann schliesslich zu weiteren Veränderungen der Stoffwechselregulation führen, die in den oben erwähnten Erkrankungen Herzinfarkt, Schlaganfall, Osteoporose, Insulinresistenz und Diabetes münden können. Wir wissen heute, dass alle psychischen Erkrankungen Auswirkungen auf den Körper haben und umgekehrt körperliche Erkrankungen die Psyche stark beeinflussen. Wichtig ist die Erkenntnis, dass psychische Krankheiten auf einem im Gehirn stattfindenden neurobiologischen Krankheitsgeschehen beruhen. Im Falle der Depression ist dies in der Mehrzahl der Fälle die Entgleisung des Stresshormonsystems. Jede psychische Erkrankung ist daher «psychosomatisch» (das heisst körperliche und seelische Anteile spielen eine Rolle) und erfordert eine umfassende und ganzheitliche Behandlung. Am Beispiel der Depression wird dies besonders deutlich.

Wie wird eine Stress-Depression ausgelöst?

Eine Depression hat selten eine einzige Ursache. Meist führt ein Zusammenspiel verschiedener Faktoren auf dem Boden einer angeborenen Anfälligkeit zur Erkrankung. Akute psychosoziale Belastungen wie der Verlust oder Tod einer wichtigen Bezugsperson oder chronische Überlastungssituationen können Auslöser einer depressiven Erkrankung sein. Auch soziale Faktoren, die eine Anpassung an neue Umstände erfordern (zum Beispiel Heirat, Arbeitslosigkeit, Pensionierung), treten vermehrt vor dem Beginn einer Depression auf. Jedoch sind nicht bei allen Patienten derartige Auslösefaktoren im Spiel. Viele Depressionen treffen den Erkrankten wie aus heiterem Himmel. Man sollte daher sehr vorsichtig damit sein, Depressionen nur als nachvollziehbare, verständliche Reaktion auf schwierige Lebensumstände aufzufassen. Schwere Schicksalsschläge verursachen zwar Trauer, gedrückte Stimmung und Befindlichkeitsstörungen, jedoch nicht zwangsläufig eine Depression. Tritt allerdings eine depressive Erkrankung auf, so muss sie konsequent behandelt werden. Oft besteht jahrelanger Stress, der häufig sehr lange noch nicht zu einer Erkrankung führt. Meist genügt dann ein für sich betrachtet relativ kleines Ereignis, um das Fass zum Überlaufen zu bringen und die Krankheit auszulösen.

Vieles ist noch nicht restlos geklärt. Mittlerweile ist jedoch bekannt, dass während einer Depression der Stoffwechsel des Gehirns gestört ist: Die Nervenbotenstoffe Serotonin und/oder Noradrenalin und/oder Dopamin sind aus der Balance geraten. Ursache ist das gestörte Kontrollsystem für Stresshormone: Die dauerhafte Überaktivität des Stresshormonsystems stört den Nervenzellstoffwechsel so sehr, dass Produktion und Abbau der Botenstoffe aus der Balance kommen. Sie sind entweder in zu geringer Konzentration vorhanden oder die Übertragung funktioniert nicht mehr richtig. Ist hierdurch aber die Übertragung zwischen den Nervenzellen gestört, so schlägt sich das nach und nach auch in den Gefühlen und Gedanken nieder und führt zu fehlendem Antrieb, zu Appetit- und Schlaflosigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten und den anderen Symptomen der Depression. Antidepressive Medikamente setzen an dieser Stelle an und bringen den Hirnstoffwechsel wieder ins Gleichgewicht, indem sie die Stresshormonregulation normalisieren. Dasselbe macht die Psychotherapie. So wird klar, weshalb bei mittelschweren und schweren Depressionen die Kombination von Psychotherapie und Medikament die besten Resultate erzielt.

Wie funktioniert der Nervenstoffwechsel?

Alle unsere Gedanken und Gefühle beruhen auf der Aktivität unserer Nervenzellen. Wenn eine Nervenzelle aktiv ist, wird der Impuls elektrisch entlang der Nervenfaser bis zu den Nervenendigungen und Kontaktstellen zu anderen Nervenzellen geleitet. Diese Kontaktstellen, die den Spalt zwischen zwei Nervenzellen beschreiben, nennt man Synapsen. Diesen

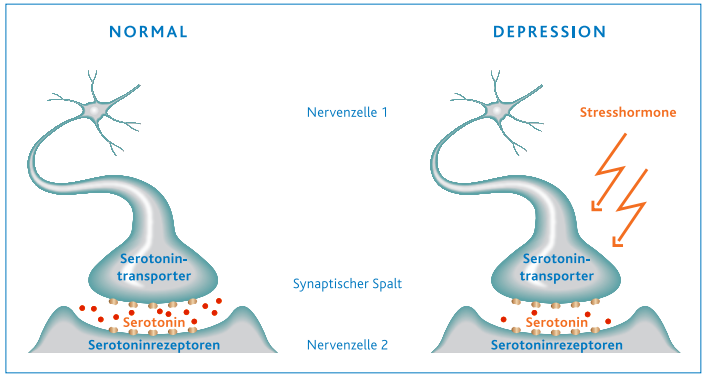


Abbildung 5: Die Depression kann sowohl von der körperlichen, biologischen Seite als auch von der psychischen und psychosozialen Seite her entstehen und behandelt werden. Alle diese Ursachen, seien sie nun angeboren oder durch die Umwelt (zum Beispiel Belastungen in Beruf und Familie) bedingt, können zu chronischem Stress und zur pathologischen Überaktivität des Stresshormonsystems führen. Folge dieser Überaktivität ist eine Störung des Nervenzellstoffwechsels.

Spalt kann ein elektrischer Impuls nicht überspringen. Er wird daher durch chemische Botenstoffe, die Neurotransmitter, überbrückt. Diese werden von der ersten Nervenzelle produziert und in den Synapsen-Spalt ausgeschüttet. Die Neurotransmitter lagern sich dann an der zweiten, nachfolgenden Nervenzelle an bestimmten Andockstellen, den Rezeptoren, an. Über diese Rezeptoren lösen sie bei der nächsten Nervenzelle wieder einen elektrischen Impuls oder andere Veränderungen aus. So geben sie die Aktivität weiter. Solche für die Entstehung der Depression wichtigen Botenstoffe sind beispielsweise das Serotonin, das Noradrenalin und das Dopamin (vgl. Abbildung 5).

Die gesteigerte Aktivität des Stresshormonsystems führt dazu, dass der Nervenzellstoffwechsel entgleist. Es sind zu wenige Nervenbotenstoffe im synaptischen Spalt vorhanden, die Informationsweitergabe zwischen den Nervenzellen ist gestört.

Stress, Gehirn und Psyche – ein Beispiel

Erst seit Kurzem ist klar, dass unser Gehirn bis ins hohe Erwachsenenalter noch neue und funktionstüchtige Nervenzellen bilden kann (vgl. Abbildung 6). Diese Nervenzellneubildung (Neurogenese) spielt vermutlich eine grosse Rolle bei der Entstehung einiger psychischer Erkrankungen, vor allem dann, wenn sie nicht mehr funktioniert. Chronischer Stress trägt wesentlich dazu bei, dass die Nervenzellneubildung in wichtigen Hirnregionen zurückgeht bzw. eingestellt wird. Interessanterweise sind dies Hirnregionen, die für die Regulation unserer Gefühle zuständig sind. Man nennt dies das limbische System. Die Vermutung liegt nahe, dass die Stress-Depression zumindest zu einem Teil zu einer verminderten Nervenzellneubildung führt. Dies führt wiederum zu den typischen Symptomen wie beispielsweise Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Leeregefühl und niedergedrückte Stimmung.
Wie wir durch Forschung wissen, kann die Nervenzellneubildung glücklicherweise auf verschiedene Art und Weise bis ins hohe Lebensalter wieder therapeutisch angeregt werden:

- Moderater Ausdauersport (zum Beispiel Jogging, Schwimmen, Velofahren, Nordic Walking)

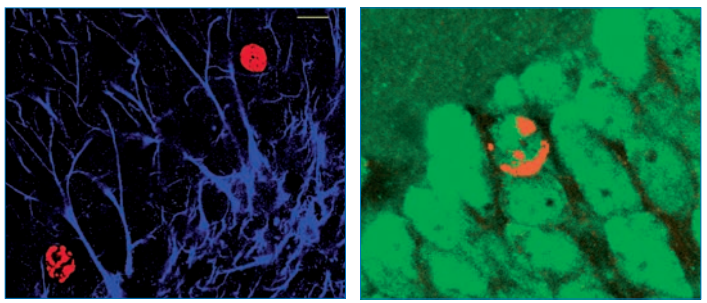


Abbildung 6: Bei starker Vergrösserung unter dem Mikroskop sieht man orange die neu gebildeten Nervenzellen in der Hirnregion Hippokampus (limbisches System). Der gelbe Strich umfasst 10 µm (1 µm = 1/1'000 mm).

- Geistige Aktivität (zum Beispiel Psychotherapie, Lernen neuer Dinge)
- Stressverminderung (zum Beispiel Stressbewältigungstraining, Biofeedback, vgl. Seite 43)
- Antidepressiva: Alle modernen Antidepressiva erhöhen die Nervenzellneubildung auf doppelte Weise. Zum einen, weil sie die Stresshormonüberaktivität wieder normalisieren, zum anderen durch eine direkte Stimulation der Nervenzellen.

Sind es die Gene?

Seit Langem ist bekannt, dass Verwandte von Patienten, die an einer Depression leiden, häufiger als andere Menschen auch selber an einer Depression erkranken. Es gibt also eine erbliche Belastung, die das Erkrankungsrisiko erhöht. Dieses Risiko steigt mit dem Verwandtschaftsgrad: Geschwister und Kinder (Verwandte ersten Grades) werden mit einer Wahrscheinlichkeit von 10–20% selbst krank. Dies bedeutet aber gleichzeitig, dass die Wahrscheinlichkeit gesund zu bleiben, deutlich höher ist (80–90%). Somit wird nicht die Erkrankung selbst vererbt, sondern das erhöhte Risiko, auf Belastungen mit einer Depression zu reagieren. Das erhöhte Risiko besteht vermutlich in einer erhöhten Anfälligkeit, auf Dauerstress mit der Entgleisung des Stresshormonsystems und des Nervenstoffwechsels zu reagieren. Das Wissen um die erhöhte Anfälligkeit kann jedoch genutzt werden, um rechtzeitig vorbeugend aktiv zu werden. Diese Vorbeugung kann beispielsweise aus einem besseren Umgang mit Stress bestehen, dem rechtzeitigen Einlegen von Ruhepausen oder der frühzeitigen Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe in schwierigen Lebenssituationen.
Wir wissen heute, dass für die bekannten Unterschiede in der Anfälligkeit gegenüber Depressionen winzige Veränderungen in der Erbsubstanz verantwortlich sind. Anders als bei den klassischen Erbkrankheiten liegt aber kein gravierender Fehler vor. Der genetische Bauplan weist lediglich kleine Mängel auf, die zunächst nur zu Funktionseinschränkungen und erst sehr viel später zum Ausbruch einer Depression führen können. Gene kommen bei unterschiedlichen Menschen in verschiedenen Varianten vor, die mehr oder weniger gut funktionieren, sich aber nur durch kleinste Unterschiede im Erbmaterial auszeichnen. Das gesamte Genmaterial (d.h. die «Bedienungsanleitung» des Körpers) besteht aus ca. drei Milliarden Bausteinen. Ein Einzelbaustein-Austausch in einem Gen wird wissenschaftlich «Single-Nucleotide-Polymorphismus» genannt. Derart minimale Genvarianten sind auch verantwortlich für sichtbare Unterschiede wie z.B. die Augen- und Haarfarbe oder die Körperhöhe. Wenn eine bestimmte Variante jedoch mit einer höheren Krankheitsanfälligkeit verbunden ist, spricht man von einem Anfälligkeitsgen. So wird z.B. auch die Anfälligkeit, früher oder später an der Alzheimerkrankheit zu erkranken, über eine bestimmte Genvariante festgelegt.

Bei der Depression kennen wir erst einige wenige der minimalen Genveränderungen, die die Anfälligkeit für die Krankheit erhöhen. Diese liegen zum Beispiel in Genen, die für die Stresshormonaktivität verantwortlich sind. Wichtig ist, dass derart anfällige Menschen erst dann krank werden, wenn das System überfordert ist. Dies geschieht umso wahrscheinlicher, je nachteiliger die Umweltbedingungen, wie zum Beispiel Kindheit, Familienstruktur, Erziehung, berufliche Situation, schwere Lebensereignisse oder ein ungesunder Lebenswandel, sind. Dieses Wissen eröffnet jedoch bessere Möglichkeiten der Vorbeugung. Aktuell kann im Einzelfall das genetische Risiko jedoch aufgrund der Vielzahl der beteiligten Gene noch nicht exakt untersucht und bestimmt werden.

Wie wird eine Depression behandelt?

Behandlungssituation der Stress-Depression: Warum klappt es oft nicht?

Richtig behandelt, ist die Depression heutzutage heilbar. Wirksame und gut verträgliche Behandlungen werden jedoch sehr häufig nicht eingesetzt, da die Depression übersehen und in ihrer Schwere unterschätzt wird. Dafür gibt es mehrere Gründe:

- Die depressiv Erkrankten erleben ihre Erkrankung fälschlicherweise als persönliches Versagen und schämen sich, zum Arzt zu gehen. Viele Erkrankte sind auch zu hoffnungslos und kraftlos, um sich Hilfe zu holen.
- Die meisten depressiven Patienten befinden sich beim Hausarzt in Behandlung. Für diesen ist es oft schwierig, eine Depression zu diagnostizieren, da die Patienten körperliche Beschwerden in den Vordergrund stellen und so die zugrunde liegende Depression bei mehr als der Hälfte der Patienten nicht erkannt wird.
- Selbst wenn die Depression erkannt wird, erhält nur weniger als die Hälfte dieser Patienten eine konsequente, antidepressive Behandlung, sei es, weil keine wirksame Behandlung verordnet wurde, sei es, weil die Patienten die Behandlung, zum Beispiel die Einnahme von antidepressiven Medikamenten (Antidepressiva) aus Angst oder fehlender Aufklärung nicht einhalten bzw. vorzeitig wieder abbrechen oder das Angebot einer Psychotherapie ablehnen.
- Ursache eines mässigen Behandlungserfolges kann ausserdem eine unzureichende Dosis der antidepressiven Medikation oder das nicht erfolgte Kombinieren bewährter psychotherapeutischer Verfahren mit der medikamentösen Behandlung sein. Auch das Vorliegen von Sonderformen (zum Beispiel atypische oder psychotische Depressionen), deren Behandlung eine hohe ärztliche Fachkenntnis erfordert, ist eine mögliche Erklärung.
- Häufig wird die Therapie nicht genügend lange eingehalten. Die Dauer liegt mit durchschnittlich maximal drei bis vier Monaten deutlich unter der in allen internationalen Leitlinien empfohlenen Dauer von mindestens sechs bis neun Monaten. Die antidepressive Therapie ist grundsätzlich bis zum völligen Abklingen der Symptome durchzuführen. Hierzu gehören auch die oft übersehenen sogenannten kognitiven Einschränkungen (Störungen des Denkens und der Informationsverarbeitung) – insbesondere Aufmerksamkeit, Konzentration, Gedächtnis und Exekutivfunktionen, d.h. das Planen und Ausführen von Handlungen, können im Rahmen der Depression beeinträchtigt sein und werden oft nicht genügend beachtet.

Am Beispiel der häufig nicht erkannten oder nur unzureichend behandelten Altersdepression wird die Wichtigkeit der nachhaltigen Therapie besonders deutlich: Depressive Erkrankungsbilder gehen im fortgeschrittenen Lebensalter oftmals mit ausgeprägten Störungen des Denkens und der Informationsverarbeitung einher. Diese erhöhen das Risiko für schwere Verläufe. Aus vielen Untersuchungen gibt es mittlerweile Hinweise, dass ein Fortbestehen kognitiver Auffälligkeiten, zum Beispiel starke Vergesslichkeit und Konzentrationsschwierigkeiten, mit einem ungünstigeren Langzeitverlauf einhergeht. Bei älteren Patienten kann dies sogar ein möglicher Risikofaktor für die spätere Entstehung einer Demenz sein.

Neue Konzepte der Behandlung der Stress-Depression: Erhaltungstherapie und Langzeittherapie

Patienten aller Altersgruppen mit Restsymptomen haben ein 80%iges Risiko einen Rückfall zu erleiden. Die verbleibende depressive Symptomatik wird selber zum Stressor und löst neue depressive Episoden aus. Therapieziel ist daher die nachhaltige Behandlung der Depression, die zur Komplettheilung führt. Diese beinhaltet auch die mindestens sechs-

monatige Begleitung des Patienten nach dem Abklingen der depressiven Symptome. In dieser wichtigen Phase der Erhaltungstherapie dürfen die Antidepressiva keinesfalls abgesetzt oder reduziert werden, auch kann die Fortführung der Psychotherapie sehr sinnvoll sein. Erst wenn länger als sechs Monate keine Symptome mehr feststellbar sind, wird von einer Heilung gesprochen (vgl. Abbildung 7).

Je häufiger depressive Phasen in der Vorgeschichte aufgetreten sind und je schwerer sie waren, desto wichtiger ist eine therapeutische Begleitung des Patienten über die Zeit der sechsmonatigen Erhaltungstherapie hinaus. Die medikamentöse Pharmakotherapie ist die bislang am besten untersuchte Behandlungsform in der langfristigen Therapie der wiederkehrenden Depression. Unter Erhaltungs- bzw. Langzeittherapie kann eine mindestens 50%ige Reduktion des Rückfallrisikos erzielt werden. Die am besten dokumentierte Wirksamkeit und somit den höchsten wissenschaftlichen Evidenzgrad weisen hierbei Antidepressiva und Lithium auf. Wie während

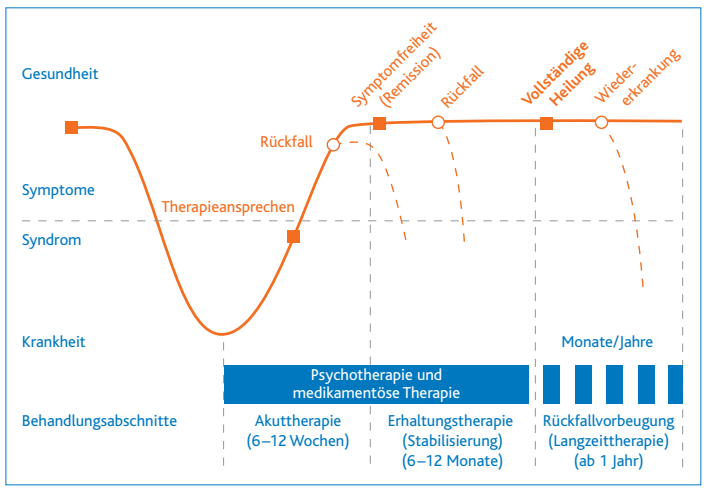


Abbildung 7: Die unterschiedlichen Abschnitte der erfolgreichen Behandlung und Rückfallvorbeugung.

Die drei Stadien der wirksamen Depressionsbehandlung

Akutbehandlung:
Bessert die Beschwerden und bringt diese zum Abklingen. Dauer: Wochen.

Erhaltungstherapie:
Verhindert Rückfälle durch eine weitere Stabilisierung der symptomfreien Erkrankungsphase. Erst wenn die Symptomfreiheit unter dieser Therapie sechs Monate andauert, kann von vollständiger Heilung gesprochen werden. Dauer: mindestens sechs Monate.

Rückfallvorbeugung:
Verhindert die Wiedererkrankung nach vollständiger Heilung und beugt der Entwicklung einer neuen Krankheitsepisode vor. Dauer: ein bis mehrere Jahre.

der Erhaltungstherapie wird auch zur Rückfallvorbeugung in der Regel die Fortführung der Medikation in gleichbleibender Dosis, die zur Heilung geführt hat, empfohlen.

Um eine neue Episode nach der Heilung zu verhindern, kann im Einzelfall eine längere Rückfallvorbeugungstherapie von 2–3 Jahren sinnvoll sein. Notwendig ist diese langfristige antidepressive Therapie vor allem beim Vorliegen von bisher insgesamt mindestens drei Krankheitsepisoden oder von zwei Episoden innerhalb der letzten fünf Jahre oder bei zwei Episoden mit einem Risikofaktor. Risikofaktoren sind zum Beispiel weitere Erkrankungsfälle in der Familie, ein früher Beginn vor dem 40. Lebensjahr, ein später Beginn nach dem 60. Lebensjahr, ein kurzer Abstand zwischen den Episoden, ein rascher Beginn früherer Krankheitsepisoden oder zusätzliche Erkrankungen.

Die Entscheidung, ob eine solche Therapie mit modernen, nebenwirkungsarmen Antidepressiva notwendig ist, ist stets individuell und muss vom betroffenen Patienten gemeinsam mit dem erfahrenen Facharzt getroffen

werden. Da sie nicht abhängig machen, können die gut verträglichen Medikamente grundsätzlich problemlos über Monate und Jahre eingenommen werden.

Wenn das Antidepressivum abgesetzt werden kann, muss dies langsam und schrittweise geschehen. Der Nervenstoffwechsel muss sich erst wieder daran gewöhnen, ohne die medikamentöse Stütze normal zu funktionieren. Nach vollständiger Heilung kann er dies, benötigt hierfür jedoch einige Wochen Umgewöhnungszeit.

Behandlungskonzept

Die wissenschaftlich fundierte Behandlung von Patienten, die eine intensive Psychotherapie unter stationären Bedingungen benötigen, erfordert ein ganzheitliches Konzept.
Dabei werden unterschiedliche Psychotherapieansätze, wie kognitive Verhaltenstherapie, psychodynamische Therapie und Gesprächstherapie, den Bedürfnissen des einzelnen Patienten entsprechend ausgewählt oder individuell kombiniert.
Neben der medikamentösen Therapie werden Einzel- und Gruppentherapien und je nach Symptomatik zusätzlich körperorientierte bzw. kreativtherapeutische Verfahren, Entspannungsverfahren und Stressbewältigungstraining (zum Beispiel Biofeedback, progressive Muskelentspannung nach Jacobson, Yoga, Qigong, Tai-Chi – vgl. Abbildung 8, Seite 43, Kapitel Entspannungsverfahren) in unterschiedlicher Zusammensetzung angewendet. Es ist klar, dass ein individuelles Problem nur im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes und gemeinsam mit dem Patienten gelöst werden kann.

Psychotherapie

Die adäquate Behandlung der Depression sollte stets Psychotherapie beinhalten. Da jede Patientin und jeder Patient über ein individuelles emotionales Profil verfügt, ist eine jeweils hierauf abgestimmte Behandlung erforderlich. Diese führt idealerweise zu einem veränderten Umgang mit Stress und zur Korrektur der negativen individuellen Bewertung und Verarbeitung der persönlichen stressreichen Lebensereignisse. An psychotherapeutischen Verfahren sind die *Verhaltenstherapie (VT)* und die *interpersonelle Psychotherapie (IPT)* aktuell am besten untersucht und in ihrer Wirksamkeit belegt. Sie reduzieren langfristig zudem das Rückfallrisiko und werden mit sehr gutem Erfolg sowohl in der ambulanten Behandlung als auch im Spital eingesetzt. Bei diesen modernen Therapieverfahren liegt der Behandlungsschwerpunkt vor allem auf dem Finden von Lösungen und der Mobilisierung von Ressourcen, nicht auf der alleinigen Suche nach alten Konflikten und Ursachen sowie der Beschäftigung mit Defiziten.

Unser Fühlen, Denken und Handeln beeinflusst sich ständig gegenseitig und wirkt auf unsere Körperfunktionen. Auf diese Weise wird die gedrückte Stimmung beispielsweise noch durch negative Gedanken verstärkt (vgl. Abbildung 8, Seite 36). Sozialer Rückzug, der oft die natürliche Folge des schlechten Befindens ist, verstärkt wiederum die unangenehmen Gedanken und Gefühle. Dies erzeugt neuerlichen Stress, der diesen Teufelskreis, in dem depressive Menschen regelrecht gefangen sind, noch mehr verstärkt. Die psychotherapeutische Behandlung bietet Ansatzpunkte, um den Teufelskreis der Depression zu durchbrechen. Oft ist es wichtig, mit therapeutischer Unterstützung wieder mit Aktivitäten zu beginnen, die die

Stimmung verbessern können. In der Depression schafft man dies eben nicht mehr alleine. Ebenso ist wichtig, zu erkennen, wie in der Depression bestimmte Situationen nahezu automatisch bestimmte negative Gefühle und Gedanken auslösen. Typisch depressives Denken ist einseitig und negativ verzerrt. Die Depression zwingt dazu, alles durch eine dunkle Brille sehen zu müssen. Psychotherapie hilft, diese Brille wieder langsam abzunehmen.

« Unser Leben ist das Produkt unserer Gedanken. »

Marc Aurel, römischer Kaiser und Philosoph, 121–180

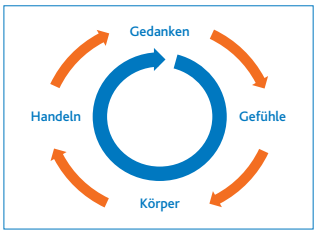


Abbildung 8: Denken, Fühlen und Handeln beeinflussen sich ständig gegenseitig und die Körperfunktionen (z.B. Herzfrequenz/Puls).

Verhaltenstherapie

Die Verhaltenstherapie geht von der Erkenntnis aus, dass die Art und Weise, wie wir denken, bestimmt, wie wir uns fühlen und verhalten und wie wir körperlich reagieren. Unter «Verhalten» wird hierbei nicht nur die äusserlich sichtbare Aktivität des Menschen verstanden, sondern auch die inneren Vorgänge wie Gefühle, Denken und körperliche Prozesse. Jeder Mensch hat im Laufe seines Lebens durch persönliche Erfahrung und durch Nachahmung für ihn typische Verhaltensmuster, Einstellungen und emotionale Reaktionsweisen erlernt. Hinsichtlich der Entstehung von Depressionen existiert eine Reihe typischer Denk- und Verhaltensmuster, die gemeinsam mit schweren Belastungssituationen und chronischem Stress zur Erkrankung führen.

In der Therapie werden problematische Verhaltensweisen, Denkmuster und Einstellungen konkret angegangen und überprüft. Durch die Therapie soll der Betroffene in die Lage versetzt werden, eigene – oft gewohnheitsmässig und unbewusst ablaufende – Verhaltensmuster zu verändern, die seinem Wohlbefinden im Wege stehen und die Depression aufrechterhalten. Der depressive Patient hat ein sehr negatives Selbstbild. Er beurteilt sich selbst als fehlerhaft, unzulänglich, wertlos und nicht begehrenswert. Diese Gedanken gehen so weit, dass der Betroffene denkt, ihm fehlten sämtliche Eigenschaften, um glücklich zu sein. Zudem neigt er dazu, sich zu unterschätzen und zu kritisieren. Erfahrungen werden in der Regel automatisch komplett negativ interpretiert. Subjektiv werden überwiegend Enttäuschungen und Niederlagen empfunden und auch die Zukunftserwartung ist negativ geprägt. Eine Veränderung der gegenwärtig als sehr negativ empfundenen Situation wird als unmöglich eingeschätzt. Die Verhaltenstherapie setzt sowohl an den negativen Denkmustern als auch auf der Verhaltensebene an. Die Änderung des Verhaltens, zum Beispiel der Wiederaufbau angenehmer Tätigkeiten und sozialer Aktivitäten, führt langsam zu positiven Emotionen und neuen Erfahrungen. Diese wiederum führen zu veränderten Denkinhalten und umgekehrt. Ziel der Verhaltenstherapie ist unter anderem der Erwerb von Fähigkeiten zur erfolgreicheren und befriedigenderen Gestaltung sozialer Beziehungen und des Umgangs mit eigenen Gefühlen. Ein weiteres Ziel kann die Förderung der Verarbeitung zurückliegender belastender Erfahrungen, aktueller Krisen und schwieriger Lebenssituationen sein. Das Erlernen von Fähigkeiten, das Leben grundsätzlich positiver und befriedigender zu gestalten, zum Beispiel durch ein sogenanntes «Genusstraining» oder durch Achtsamkeit ist ebenfalls Baustein der Therapie.

Interpersonelle Psychotherapie (IPT)

Die interpersonelle Psychotherapie ist speziell auf die Behandlung von Depressionen zugeschnitten. Sie geht davon aus, dass zwischenmenschliche (= interpersonelle) Beziehungen wesentlich zur Entstehung einer Depression beitragen können. Sie konzentriert sich auf das therapeutische Arbeiten an den Beziehungen im Hier und Jetzt. Dabei wird angenommen,

dass sich frühere zwischenmenschliche und psychische Erfahrungen des Patienten auch im aktuellen Verhalten zeigen. So können belastende Lebensereignisse (wie zum Beispiel der Tod einer nahestehenden Person oder die Trennung vom Partner) sowie schwierige Lebensumstände (wie zum Beispiel Mobbing am Arbeitsplatz, Arbeitsplatzverlust und Pensionierung oder permanente Streitigkeiten mit Angehörigen) zum Auftreten depressiver Symptome führen. Inhaltlich kann die Bewältigung von Problemen in Ehe und Familie im Vordergrund stehen. Bei anderen Patienten kann die Verarbeitung von Verlusterlebnissen (Trauerarbeit) wichtig sein, oder die Bewältigung von Übergängen zwischen bestimmten sozialen Rollen (zum Beispiel wenn die Kinder das Haus verlassen oder bei der Pensionierung). Umgekehrt kann auch die Krankheit Depression zu zwischenmenschlichen Problemen führen. Ziele der interpersonellen Psychotherapie sind die Linderung der depressiven Symptomatik sowie die Verbesserung der zwischenmenschlichen Beziehungen privat und/oder im beruflichen Umfeld. Sie gibt Hilfe zum Verständnis der Krankheit und dem oft versteckten Zusammenhang zwischen der aktuellen depressiven Symptomatik und den zwischenmenschlichen Beziehungen. Es wird beispielsweise an der Verbesserung des Kommunikationsverhaltens gearbeitet, an der Entwicklung neuer Problemlösestrategien oder am Umgang mit zwischenmenschlichen Stresssituationen. Die interpersonelle Psychotherapie wirkt zudem vorbeugend gegen Rückfälle.

Weitere Elemente der Psychotherapie

Stressmanagement ist ein weiterer wichtiger Baustein der Psychotherapie. Der persönliche Stress und die Belastungen müssen erkannt und in der Folge beeinflusst werden. Da dies höchst individuell ist, erfordert es ebenfalls therapeutische Begleitung. Stressbewältigung hat aktive und passive Elemente. Der Therapeut hilft und berät bei der Zusammenstellung des persönlichen Portfolios (vgl. Seite 43).

Im Einzelfall kann auch die *psychoanalytische oder tiefenpsychologische Therapie* sinnvoll sein. Hier wird der kindlichen Entwicklung eine grosse Bedeutung beigemessen: Die Psychoanalyse geht davon aus, dass vor allem die Einflüsse der ersten Lebensjahre ihre Spuren in der Psyche hinterlassen. In der Therapie wird daran gearbeitet, verborgene oder verdrängte Konflikte für den Patienten erkennbar zu machen und aufzuarbeiten.

Bei der *systemischen (Familien-)Therapie* liegt der Schwerpunkt auf der Gruppe (= System), in der der Einzelne lebt. Dieses System kann ein Ehepaar, eine Familie, der Freundeskreis oder das Arbeitsteam sein. Man geht davon aus, dass der Erkrankte lediglich ein «Symptomträger» ist und die Ursachen seiner Probleme im gesamten System zu suchen und zu bearbeiten sind. Wie bei der interpersonellen Psychotherapie stehen zwischenmenschliche und soziale Aspekte im Mittelpunkt. Eine systemische Therapie kann als Gruppentherapie beispielsweise auch mit der gesamten Familie durchgeführt werden.

Medikamentöse Therapie

Während bei leichtergradigen Erkrankungsformen mit alleiniger Psychotherapie in der Regel sehr gute Behandlungserfolge erzielt werden können, erfolgt die Behandlung der mittelgradigen bis schweren Depression zusätzlich medikamentös mit Antidepressiva. Der hohe Stellenwert der heutzutage in der Regel nebenwirkungsarmen, antidepressiven Pharmakotherapie gerade in der stationären Behandlung schwergradiger Krankheitsverläufe bedeutet keinesfalls, dass die anderen wichtigen Therapiepfeiler, wie zum Beispiel Psychotherapie und sozialpsychiatrische Verfahren, nicht ebenfalls eine wesentliche Rolle spielen.

Die Medikamente beruhen alle auf dem vor über 50 Jahren von Roland Kuhn in der Schweiz entdeckten Wirkprinzip der Verstärkung der Nervenbotenstoffe (Serotonin, Noradrenalin, Dopamin). Lange dachte man, dass die Wirkung der Antidepressiva lediglich auf der Erhöhung der Konzentration dieser Botenstoffe (Neurotransmitter) beruht. Heute weiss man jedoch, dass es die Normalisierung der Stresshormonaktivität ist.

Auch das bei leichten bis mittelschweren depressiven Erkrankungen wirksame pflanzliche Heilmittel Johanniskraut *(Hypericum perforatum)* wirkt unter anderem über die Beeinflussung von Serotonin und Noradrenalin und somit teilweise auch als Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRI). Um Misserfolgen vorzubeugen, ist hier die Wahl des richtigen Präparates sehr wichtig, da alle pflanzlichen Heilmittel eine grosse Bandbreite ihrer Zusammensetzung und Inhaltsstoffe aufweisen. Da darüber hinaus die individuell richtige Dosierung ausschlaggebend ist und es zu ungünstigen Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten kommen kann, sollte auch die pflanzliche Behandlung immer von einem Arzt mit entsprechender Expertise begleitet werden.

Um Zeitverluste durch unnötige und vorschnelle Medikamentenwechsel möglichst zu vermeiden, muss beachtet werden, dass die antidepressive Wirkung in der Regel erst nach zwei bis vier Wochen eintritt. Ein Wechsel des verordneten Präparates sollte daher frühestens nach ausreichender Dosierung und nach vier Wochen erfolgen. Bei ausbleibendem Erfolg sollte zunächst die Hochdosierung des bislang verabreichten Medikamentes oder der Wechsel auf ein anderes Antidepressivum erwogen werden. Alternativ kann eine sogenannte «Augmentationstrategie», d.h. die Hinzugabe einer alleine nicht antidepressiv wirksamen Substanz, zur Verstärkung des eigentlichen Antidepressivums erfolgen. Die beste Wirksamkeit hat hierbei unverändert der Stimmungsstabilisator Lithium – diese Substanz weist zudem eine nachgewiesene antisuizidale Wirkung auf, d.h. sie vermindert Suizidgedanken und Selbsttötungsabsichten. Weitere Augmentationsmöglichkeiten liegen z.B. im Einsatz von gut verträglichen modernen Antipsychotika. Diese Therapien sollten mit der Expertise des erfahrenen Facharztes durchgeführt werden.

Trotz zahlreicher Forschungsanstrengungen ist noch immer weitgehend unklar, welches Antidepressivum im Einzelfall den besten Erfolg bietet. Neben den bisherigen Erfahrungen des Patienten und des Behandlers sind jedoch mögliche Nebenwirkungen (z.B. in seltenen Fällen Gewichtszunahme, sexuelle Funktionsstörungen, Nervosität u.a.), die Behandlungsvorgeschichte sowie die individuellen Symptome der aktuellen Erkrankungsepisode für die Wahl des antidepressiven Medikamentes bedeutsam. Stehen beispielsweise Symptome wie Schlafstörungen, Unruhe, Nervosität, Angst oder Suizidalität im Vordergrund, sind sedierende (d.h. beruhigende) Antidepressiva, gegebenenfalls in vorübergehender Kombination mit einem Benzodiazepin, erste Wahl. Bei Schlafstörungen ist von Vorteil, dass Antidepressiva – im Gegensatz zu klassischen Schlafmitteln – die durch die Depression gestörte Schlafarchitektur wieder normalisieren (vgl. Seite 13) und so einen erholsamen Schlaf herbeiführen.

Mythos Antidepressiva

Alle zur Behandlung der Depression eingesetzten Antidepressiva sind heutzutage nebenwirkungsarm. Wenn Nebenwirkungen auftreten, sind diese oftmals nur am Anfang und vorübergehend vorhanden. Antidepressiva machen nicht abhängig und verändern nicht die Persönlichkeit. Sie sind keine Aufputschmittel oder Beruhigungsmittel. Therapieziel ist keinesfalls das Zudecken von Problemen. Im Gegenteil: Die medikamentöse Behandlung schafft durch die eintretende Besserung oft erst die Grundlage für die Psychotherapie. Richtig eingesetzt sind Antidepressiva wie eine Stütze oder Krücke, die über die Normalisierung des Nervenzellstoffwechsels helfen, die Selbstheilungskräfte wieder zu mobilisieren. Sie sind Hilfe zur Selbsthilfe.

Antidepressiva erhöhen das Suizidrisiko nicht. Die Pharmakotherapie kann jedoch in Einzelfällen suizidale Gedanken und Handlungen in der Frühphase der Behandlung eventuell verschlimmern, da sie zu diesem Zeitpunkt vor Einsetzen der antidepressiven Wirkung durch die Stimulation des Nervenstoffwechsels Nervosität und Aktivierung hervorrufen kann. Dies unterstreicht die bei der Depression ohnehin gegebene Notwendigkeit der engmaschigen Behandlung und Begleitung der Patienten sowie die sorgfältige Prüfung der Notwendigkeit einer vorübergehenden Verordnung von Benzodiazepinen. Solche Nebenwirkungen können häufig auch durch pflanzliche Präparate (Phytotherapeutika) gemildert oder beseitigt werden. Wirksam sind hier zum Beispiel Passionsblumenkraut, Baldrianwurzel, Pestwurzwurzel und Melissenblätter.
Die robuste Evidenz für die Wirksamkeit richtig verordneter und dosierter Antidepressiva bei mässiger bis schwerer Depression sowie die Tatsache, dass die meisten Suizidversuche und Suizide auf eine fehlende oder unzureichende Therapie zurückzuführen sind, unterstreichen die Notwendigkeit einer sorgfältigen Behandlung.

Antidepressiva und Schwangerschaft
Wie bei anderen Medikamenten auch, kann im Einzelfall die Einnahme von antidepressiven Medikamenten während der Schwangerschaft das Risiko des Kindes für Missbildungen erhöhen. Wenn möglich, sollte daher auf jegliche Einnahme von Medikamenten in der Schwangerschaft verzichtet werden. Allerdings muss das geringe Risiko einer fruchtschädigenden Wirkung gegen das Risiko einer depressiven Erkrankung sorgfältig abgewogen werden. Allein die Krankheitsepisode selbst kann ein hohes Risiko für das ungeborene Kind darstellen. Wir wissen, dass das Rückfallrisiko dreifach erhöht ist, wenn eine bestehende antidepressive Behandlung während einer Schwangerschaft beendet wird.
Ein Kinderwunsch sollte daher immer rechtzeitig vertrauensvoll mit dem behandelnden Arzt besprochen und die Schwangerschaft dann sorgfältig geplant und überwacht werden. Im ausführlichen Beratungsgespräch kann das Vorgehen gründlich besprochen werden. Es gibt mittlerweile Antidepressiva, deren Risiko bei kontrollierter Einnahme sehr klein ist.

Entspannungsverfahren

Therapeutische Stressbewältigungsverfahren
(ergänzend zu Psychotherapie und medikamentöser Therapie)
- Aktives Stressbewältigungstraining/Stressmanagement
- Autogenes Training
- Progressive Muskelentspannung
- Biofeedback
- Tai-Chi
- Qigong
- Craniosacraltherapie
- Massage
- Fussreflexzonenmassage
- Hydrotherapie (z.B. Kneipp-Therapie)
- Aromatherapie
- Akupunktur
- .....

Abbildung 9: Auswahl bewährter aktiver und passiver Stressbewältigungsverfahren.

Biofeedback
Die vielfältigen Wechselwirkungen zwischen Psyche und Körper sind heute gut untersucht. Am Beispiel des Biofeedbacks wird das komplexe Zusammenspiel von Körper und Psyche besonders deutlich: Jede Stimmung, jeder Gedanke, jeder zwischenmenschliche Kontakt und jede Handlung verursacht in unserem Körper über die Aktion der Nervenzellen eine energe-

tische Veränderung. Viele Patienten spüren diese körperlichen vegetativen Reaktionen (zum Beispiel Herzfrequenz/Puls, Muskelspannung, Atmung, Hautwiderstand) sehr stark, anderen wiederum ist dieses Körpergefühl verloren gegangen. Mit Hilfe von Biofeedback können diese Reaktionen sichtbar und erlebbar gemacht werden. Mit therapeutischer Hilfe gelingt es dann, die körperlichen Reaktionen bewusst wahrzunehmen, zu verstehen, zu harmonisieren und positiv zu beeinflussen. Mittels Biofeedback wird erlernt, sowohl körperliche als auch psychische Anspannung (Stress) abzubauen und einen ruhigeren, ausgeglicheneren Zustand zu fördern.

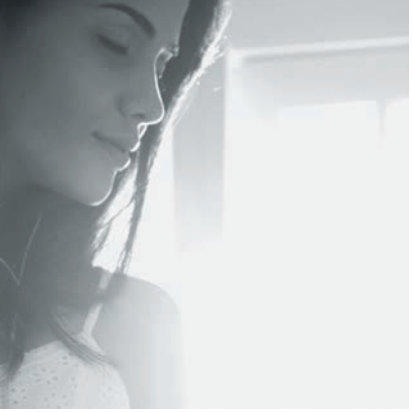
Progressive Muskelentspannung (Muskelrelaxation) nach Jacobson
Entspannungsübungen sind vor allem bei Menschen, die unter ständiger Anspannung stehen, geeignet. Der Arzt E. Jacobson beobachtete 1928, dass die Anspannung der Muskulatur häufig mit Unruhe, Angst und psychischer Spannung einhergeht. Die Wechselwirkung zwischen psychischer Befindlichkeit und muskulärer Spannung bzw. Entspannung kann daher therapeutisch genutzt werden. Die progressive Muskelrelaxation nach Jacobson ist eine der bewährtesten Methoden. Sie ist einfach zu erlernen und im Alltag gut anzuwenden. Verschiedene Muskelpartien des Körpers werden bewusst zunächst angespannt (5–10 Sekunden) und dann wieder losgelassen (20–30 Sekunden). Die Aufmerksamkeit richtet sich dabei auf den Unterschied zwischen Anspannung und Entspannung. Durch regelmässiges Üben stellt sich der bewusste und angenehme Entspannungszustand immer rascher ein. Die wahrgenommene Entspannung wird an die Stresshormon-Regulationszentren im Gehirn gemeldet und hilft dabei, das überaktive System langsam wieder herunterzufahren.

Der Therapieplan mit seinen jeweiligen Einzelelementen ist stets individuell und muss gemeinsam mit dem Patienten erstellt und kontinuierlich angepasst werden.

Bewährte ergänzende nicht medikamentöse Therapieformen

Mit der *Wachtherapie (Schlafentzugsbehandlung)* oder der *Lichttherapie* existieren weitere bewährte Behandlungsmöglichkeiten, die ergänzend oder bei leichteren Verlaufsformen als Alternative zur medikamentösen Therapie eingesetzt werden können.
Bei schwereren Fällen können in spezialisierten Zentren von Experten die neuen Methoden *Vagusnerv-Stimulation (VNS)* oder *transkranielle Magnetstimulation (TMS)* mit Erfolg angewendet werden.
Ergänzt werden kann die Behandlung darüber hinaus durch sinnvolle komplementärmedizinische Ansätze, beispielsweise naturheilkundliche Konzepte wie Phytotherapie (Pflanzenheilkunde) und Hydrotherapie (Wasseranwendungen – zum Beispiel Kneipp-Therapie), traditionelle chinesische Medizin (zum Beispiel Akupunktur, Qigong), Massagen und Aromatherapie. Moderne Therapie wird als Inbegriff einer innovativen, ganzheitlichen und evidenzbasierten, das heisst durch Forschungsergebnisse geleiteten, Psychiatrie verstanden. Am Beispiel der modernen Depressionstherapie wird deutlich, dass im Rahmen dieses ganzheitlichen Ansatzes Krankheiten auch durch Förderung der Selbstheilungskräfte und der Gesundheit geheilt werden können.

Wachtherapie
Schlafentzug verbessert die Stimmung. Dies klingt zunächst eher merkwürdig, da viele depressive Patienten ohnehin schon an Schlafstörungen leiden. Der in der Regel nur teilweise Schlafentzug hat sich jedoch in der Depressionsbehandlung sehr bewährt: Man geht normal zu Bett und wird gegen ein Uhr morgens wieder geweckt. Wichtig ist, dass man während der Wachtherapie und am Tag danach keinesfalls auch nur für ganz kurze Zeit einschläft. Dies kann die gesamte stimmungsaufhellende Wirkung zerstören. Diese Therapie wird meist in einer therapeutisch begleiteten Gruppe durchgeführt, da die alleinige Durchführung sehr schwierig ist.



Lichttherapie
Diese nahezu nebenwirkungsfreie Therapie hat sich nicht nur in der Behandlung der Winterdepression, sondern bei allen Depressionsformen als sehr wirksam erwiesen. Täglich werden morgens 30 bis 60 Minuten vor einer hellen Lichtquelle (2'500 bis 10'000 Lux) verbracht. Währenddessen kann auch gelesen werden. Je früher die morgendliche Lichttherapie, desto besser ist in der Regel der Behandlungserfolg. Bei typischer wiederkehrender Depression in Herbst und Winter kann die Behandlung auch vorbeugend eingesetzt werden.

Zwölf kurze Grundregeln zur Behandlung der Depression

1. Seien Sie geduldig mit sich. Eine Depression entwickelt sich meist langsam und bildet sich auch unter Behandlung eher schrittweise zurück. Die Therapie benötigt Zeit – es lohnt sich!
2. Wenn Sie Medikamente benötigen, nehmen Sie diese bitte genau nach ärztlicher Verordnung. Haben Sie Geduld, die Wirkung tritt meist mit Verzögerung ein.
3. Antidepressiva machen *nicht* abhängig und verändern *nicht* die Persönlichkeit.
4. Es ist wichtig, dass Sie Ihrem Arzt sämtliche Veränderungen Ihres Befindens mitteilen und Ihre Sorgen, Ängste und Zweifel, die Sie möglicherweise im Rahmen der Therapie haben, offen und vertrauensvoll ansprechen.
5. Fragen Sie bei unangenehmen Begleiterscheinungen sofort nach. Meist sind diese harmlos und nur anfänglich vorhanden.
6. Auch wenn Sie sich besser fühlen, setzen Sie die Medikamente nicht ab. Dies muss sorgfältig geplant werden.
7. Planen Sie jeden Tag am Vorabend möglichst genau (zum Beispiel mit einem Stundenplan). Planen Sie auch angenehme Tätigkeiten ein.
8. Setzen Sie sich kleine und überschaubare Ziele. Ihr Arzt oder Therapeut hilft Ihnen dabei.
9. Führen Sie ein Stimmungstagebuch. Ihr Arzt oder Therapeut erklärt Ihnen, wie dies geht und bespricht die Aufzeichnungen regelmässig mit Ihnen.
10. Nach dem Aufwachen sollten Sie sofort aufstehen und das Bett verlassen. In der Depression ist das Wachliegen im Bett eine «Grübelfalle». Oft fällt dies sehr schwer. Erarbeiten Sie in diesem Fall gemeinsam mit Ihrem Therapeuten Strategien.
11. Seien Sie körperlich aktiv: Bewegung ist antidepressiv und fördert die Nervenzellneubildung.
12. Wenn es besser geht: Finden Sie mit Ihrem Arzt oder Therapeuten heraus, wie Sie Ihr persönliches Risiko für einen Rückfall vermindern können. Erarbeiten Sie Frühwarnzeichen und einen Krisenplan.

Weiterführende Unterstützung

Mögliche Frühwarnzeichen

- Gespanntheit
- Unruhe
- Leichte Reizbarkeit
- Ungeduld
- Schlafstörungen
- Schwierigkeiten, morgens aufzustehen
- Starke Müdigkeit, Erschöpfung, Gefühl der Überforderung und Anspannung
- Appetitverlust oder übermässiger Appetit
- Geräuschempfindlichkeit
- Druck auf der Brust, Druck im Kopf
- Allgemeines körperliches Unwohlsein, Kopfschmerzen
- Gedächtnisschwierigkeiten
- Konzentrationsschwierigkeiten
- Vernachlässigung der äusseren Erscheinung und der Körperpflege
- Schwierigkeiten bei alltäglichen Entscheidungen
- Leistungsabfall im beruflichen Bereich
- Sozialer Rückzug
- Sinkendes Aktivitätsniveau
- Lustlosigkeit
- Weniger Lebensfreude
- Angst
- Gefühl der inneren Leere, Gefühl der Gefühllosigkeit
- Grübeln, Gedankenkreisen
- Zukunftssorgen
- Selbstzweifel, sinkendes Selbstvertrauen
- Lebensüberdruss, Todesgedanken

Persönlicher Krisenplan

Was kann ich tun, wenn ich erste Anzeichen eines drohenden depressiven Rückfalls bemerke?

1. **Frühwarnsignale ernst nehmen!**
   Meine persönlichen Frühwarnsignale:

2. **Eine Vertrauensperson über meine Frühwarnsignale der Depression informieren.**
   Name der Vertrauensperson:

3. **Bewältigungsmöglichkeiten, wie Sie am besten reagieren können.**
   Was mir in dieser Situation helfen kann:

4. Professionelle Hilfe rechtzeitig in Anspruch nehmen!

Mein Hausarzt (Name und Telefonnummer):

Mein Facharzt (Name und Telefonnummer):

Mein Psychotherapeut (Name und Telefonnummer):

Anregungen für Angehörige und Freunde

1. Informieren Sie sich gründlich über die Erkrankung. Oft ist dies im Rahmen eines gemeinsamen Termins beim behandelnden Arzt oder Psychotherapeuten möglich. Auch Kinder sollten, wenn immer möglich, mit einbezogen werden. Auch kleine Kinder können verstehen, dass ein verändertes und möglicherweise Angst auslösendes Verhalten des Elternteils auf eine behandelbare Krankheit zurückzuführen ist.
2. Selbstmordgedanken oder Suizidpläne sind ein Notfall. Nehmen Sie umgehend notfallärztliche Hilfe in Anspruch. Über die Selbstmordgefährdung soll mit Depressiven offen gesprochen werden.
3. Helfen Sie mit, Geduld aufzubringen. Die Depression ist behandelbar und heilbar, aber sie bessert sich meist in kleinen Schritten. Geben Sie Unterstützung zur Einhaltung der Therapie und zur regelmässigen Medikamenteneinnahme. Ergreifen Sie wenn nötig die Initiative und vereinbaren Sie für den Erkrankten einen Arzttermin. Ermutigen Sie Ihren Angehörigen zu kleinen Aktivitäten und Unternehmungen. Wenn Sie unsicher sind, besprechen Sie die Möglichkeiten mit dem behandelnden Arzt oder Psychotherapeuten.
4. Einem Depressiven fällt es oft sehr schwer, Aktivitäten zu beginnen und durchzuführen. Bereits das Aufstehen, Waschen und Ankleiden oder einfachste Tätigkeiten im Haushalt können für die Betroffenen enorm grosse Hürden sein. Hier können Angehörige und Freunde Hilfe leisten, indem sie den Erkrankten behutsam dabei unterstützen, zu einem geregelten Tagesablauf zu finden.
5. Depressive Patienten haben krankheitsbedingt sehr grosse Schwierigkeiten, Entscheidungen zu treffen. Man sollte sie daher während der Erkrankung zu keinerlei weiterreichenden Entscheidungen bewegen, denn meist werden diese nach Abklingen der Depression bereut. Machen Sie sich immer bewusst, dass Depressive die Realität in vielen Punkten durch die «depressive Brille» wahrnehmen. Deshalb treffen sie Entscheidungen, die sie nach überstandener Krankheit möglicherweise vollständig anders bewerten.
6. Urlaubsreisen oder Wellness-Wochenenden zur Ablenkung sind in der Regel eine Überforderung und können sogar zur Verschlimmerung der Krankheit führen. Erst bei Besserung kann dies wieder sinnvoll sein.
7. Es ist wichtig, das Befinden von depressiv Erkrankten so zu akzeptieren, wie diese es erleben und schildern. Versuchen Sie, Ihren Angehörigen stets daran zu erinnern, dass die Depression eine Erkrankung ist, die vorübergeht und sich gut behandeln lässt. Betrachten Sie die körperlichen Missempfindungen und Krankheitsängste des Depressiven nicht als übertrieben oder «eingebildet». Es ist die Depression, die auch leichte Schmerzen oder Missempfindungen zeitweise ins kaum Erträgliche steigern kann.
8. Die Krankheit führt dazu, dass Ihr Lebenspartner oder Freund plötzlich desinteressiert, abweisend und lustlos erscheinen kann. Seien Sie in dieser schweren Zeit geduldig. Sobald die Erkrankung durch die Behandlung besser wird, ändert sich dies wieder. Wenden Sie sich nicht

von Ihrem erkrankten Angehörigen ab, auch wenn er Ihnen noch so abweisend erscheint.

9. Die Hilflosigkeit und Trauer – auch Ärger und Wut –, die Sie durch das Miterleben der Erkrankung oft empfinden, sind eine häufige und normale Reaktion. Vorsicht ist nicht nur bezüglich einer möglichen Überforderung des Erkrankten geboten, sondern auch bezüglich der Überforderung des Helfers. Wer einem psychisch kranken Menschen als Freund oder Angehöriger zur Seite steht, sollte sich über die möglichen Belastungen im Klaren sein. Sprechen Sie darüber mit Freunden oder anderen betroffenen Angehörigen, eventuell in einer Selbsthilfegruppe. Zögern Sie bitte nicht, in dieser schweren Zeit auch selbst Hilfe in Anspruch zu nehmen!
10. Wenn es endlich besser geht: Geben Sie Unterstützung bei der wichtigen Rückfallvorbeugung. Helfen Sie Ihrem Angehörigen, Therapie- und Kontrolltermine einzuhalten. Ermutigen Sie ihn – sofern nötig – zur regelmässigen Medikamenteneinnahme, die ein Wiederauftreten der Erkrankung verhindert. Bei Besserung ist es für Betroffene oft schwer, die notwendige Behandlung geduldig fortzuführen. Hier können Sie wertvolle Hilfe leisten.

Literatur und nützliche Adressen

Literaturempfehlungen

Stress-Depression – Die neue Volkskrankheit und was man dagegen tun kann von Otto Benkert. C.H. Beck Verlag. ISBN: 978-3406584480

Ratgeber Depression: Information für Betroffene und Angehörige
von Martin Hautzinger. Hogrefe Verlag. ISBN: 978-3801718794

Depressionen bewältigen: die Lebensfreude wiederfinden
von Ulrich Hegerl und Svenja Niescken. Trias Verlag. ISBN: 978-3830467816

Nützliche Adressen

Selbsthilfegruppen
In einer Selbsthilfegruppe erleben Erkrankte und deren Angehörige, dass sie mit ihren Problemen nicht alleine sind. Vielen fällt es leichter, in einer Gruppe von Betroffenen über die Erkrankung zu sprechen. Hier bekommen sie zusätzliche Informationen, Verständnis und gegenseitige Unterstützung in Krisensituationen.

Equilibrium (Betroffene und Angehörige)
www.depressionen.ch, Tel. 0848 143 144

Schweizerische Stiftung pro mente sana
www.promentesana.ch, Tel. 0848 800 858

VASK – Vereinigung der Angehörigen psychisch Kranker
www.vask.ch, Tel. 044 240 12 00

Informationsplattform für Betroffene und Angehörige
www.depression.ch
> Download des «Stimmungstagebuchs» im **A4-Format**
> Download des «Episodenkalenders» im **A4-Format**

Wenn Sie jemanden für ein anonymes Gespräch suchen

Die dargebotene Hand
www.143.ch, Tel. 143

Ärztliche Hilfe

In dringenden Fällen: regionaler Ärztlicher Notfalldienst

Schweizerische Gesellschaft für Angst und Depression
www.sgad.ch

sto.ch CIP 439 10/13

Lundbeck (Schweiz) AG, Cherstrasse 4, 8152 Glattbrugg
Tel. 044 874 34 34, Fax 044 874 34 44, www.lundbeck.ch