

RATGEBER

für Angehörige, Betroffene und Fachleute
herausgegeben vom Deutschen Verband der Ergotherapeuten e.V.



Depression

Raus aus der Abwärtsspirale

Ein Ratgeber für Betroffene,
Angehörige, Helfer und
Interessierte

Rainer Schmitt



Schulz-
Kirchner
Verlag

Der Autor



Rainer Schmitt

M.A. Health Administration, Dipl. Ergotherapeut, ist seit 1992 in psychiatrischen Sektoren tätig und hat seit 2007 die Gesamtleitung Ergotherapie an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel im Evangelischen Krankenhaus Bielefeld inne. Von 2001 bis 2008 war er nebenberuflich Dozent an einer Fachschule für Ergotherapie und zwischenzeitlich auch Gastdozent an der FH Nordhessen. Diverse Vortragstätigkeiten und ehrenamtliches Engagement im DVE runden sein Arbeitsgebiet ab. Seine fachlichen Schwerpunkte liegen in der stationären, teilstationären und ambulanten ergotherapeutischen Behandlung von Depressionen, Angst und Zwangserkrankungen.

Rainer Schmitt

Depression
Raus aus der Abwärtsspirale

Ein Ratgeber für Betroffene, Angehörige,
Helfer und Interessierte

RATGEBER

für Angehörige, Betroffene und Fachleute

Herausgeber

DEUTSCHER VERBAND DER
ERGOTHERAPEUTEN E. V.



Rainer Schmitt

Depression

Raus aus der Abwärtsspirale

Ein Ratgeber für Betroffene,
Angehörige, Helfer und
Interessierte



Schulz-
Kirchner
Verlag

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Die Informationen in diesem Ratgeber sind von dem Verfasser und dem Verlag sorgfältig erwogen und geprüft, dennoch kann eine Garantie nicht übernommen werden. Eine Haftung des Verfassers bzw. des Verlages und seiner Beauftragten für Personen-, Sach- und Vermögensschäden ist ausgeschlossen.

Besuchen Sie uns im Internet: www.schulz-kirchner.de

1. Auflage 2015

ISBN 978-3-8248-1144-1

eISBN 978-3-8248-9960-9

© Schulz-Kirchner Verlag GmbH, 2015

Mollweg 2, D-65510 Idstein

Vertretungsberechtigte Geschäftsführer:

Dr. Ullrich Schulz-Kirchner, Nicole Haberkamm

Titelfoto: © drubig-photo · fotolia.com

Fachlektorat: Reinhild Ferber

Lektorat: Doris Zimmermann

Umschlagentwurf und Layout: Petra Jeck

Druck und Bindung:

TZ-Verlag & Print GmbH, Bruchwiesenweg 19, 64380 Roßdorf

Printed in Germany

| Inhaltsverzeichnis

Vorwort zur Reihe	7
Einleitung	9
Depression – eine Volkskrankheit im Überblick.....	9
Ursachen und Risikofaktoren	12
Biologische Faktoren	12
Vererbung.....	12
Neurobiologie	12
Stress.....	13
Neuronale Netzwerke.....	14
Psychische Faktoren	15
Kindheit.....	15
Lernprozesse und Denkstile.....	15
Erlernte Hilflosigkeit.....	15
Verstärkerverlust	16
Das kognitive Modell	17
Soziale Wirkfaktoren.....	18
Formen und Verläufe von Depressionen	20
Weitere Depressionsarten.....	22
Dysthymie	22
Bipolare affektive Störung	23
Zyklothymie.....	24
Andere Depressionsarten	25
Wochenbett/Postpartale Depression	25
Saisonale Depression	25
Organisch bedingte Depressionen.....	26
Substanzgebundene Depressionen	26
Burn-out-Syndrom.....	26
Suizidalität	26
Die Behandlungsstrategien	28
Leitlinien.....	28
Erste Behandlungsstrategie: Aktiv-abwartende Begleitung.....	29
Zweite Behandlungsstrategie: Psychotherapeutische Behandlung.....	29
Verhaltenstherapeutische Verfahren	30
Tiefenpsychologisch/psychoanalytisch fundierte Verfahren.....	31
Organisation und Kosten	32

Dritte Behandlungsstrategie: Medikamentöse Behandlung	35
Wirkungsweise und Risiken	35
Klassische Antidepressiva	36
Moderne Antidepressiva	37
Pflanzliche Mittel.....	38
Lithium.....	38
Übersicht der Wirkstoffe und Medikamente (Auswahl)	39
Vierte Behandlungsstrategie: Kombinationsbehandlung	40
Behandlungsempfehlung	41
Ergänzende Behandlungsverfahren	41
Körperliches Training	41
Schlafentzug	42
Lichttherapie	42
Elektrokrampftherapie – EKT.....	43
Transkranielle Magnetstimulation (TMS).....	43
Ergotherapie.....	43
Eigenarbeit – was kann jeder selbst tun?	44
Bausteine für die Eigenarbeit.....	45
Selbsthilfetechniken.....	48
Stimmungsprotokoll.....	48
Identifizierung angenehmer Aktivitäten – Interessencheckliste.....	49
Wochenkalender.....	50
Verzerrte Gedanken verändern.....	50
Selbstinstruktionen	56
Achtsamkeit.....	57
Ablenkungsstrategien	58
Kontakte	59
Welche Möglichkeiten gibt es, in Kontakt zu treten?.....	60
Notfallplan	61
Angehörige und das soziale Umfeld.....	62
Was können Angehörige für sich selbst tun?.....	63
Gesund bleiben.....	65
Was können Sie dafür tun?	65
Internetadressen	67
Literatur für Betroffene, Angehörige und Helfer	69
Literaturverzeichnis.....	71

| Vorwort zur Reihe

Die „Ratgeber für Angehörige, Betroffene und Fachleute“ vermitteln kurz und prägnant grundlegende Kenntnisse (auf wissenschaftlicher Basis) und geben Hilfestellung zu ausgewählten Themen aus den Bereichen Ergotherapie, Sprachtherapie und Medizin.

Die Autorinnen und Autoren dieser Reihe sind ausgewiesene Fachleute, die seit vielen Jahren als Therapeuten in der Behandlung und Beratung und/oder als Dozenten in der Aus- und Weiterbildung tätig sind. Sie sind jeweils für den Inhalt selbst verantwortlich und stehen Ihnen für Rückfragen gerne zur Verfügung.

Im Ratgeber „Depression – raus aus der Abwärtsspirale“ fasst Rainer Schmitt seine langjährige und umfassende berufliche Erfahrung im Umgang mit Menschen mit Depression zusammen.

Er beginnt mit einem Überblick über die verschiedenen Depressionsarten, ihre Ursachen, Risikofaktoren und Verläufe. Hierbei gelingt es ihm, informativ und gut verständlich die notwendigen Hintergründe zu erläutern, die zu einer Depressionserkrankung führen.

Den Schwerpunkt des Ratgebers bilden ausführliche Informationen zu den verschiedenen Behandlungsstrategien, die bei Depressionen infrage kommen. Auch hier legt der Autor Wert auf nachvollziehbare Erläuterungen, die es erlauben, sich einen schnellen Überblick zu verschaffen. Es schließen sich umfassende Empfehlungen zur sogenannten „Eigenarbeit“ an, um gegen die Erkrankung vorzugehen, wie auch Hinweise, wie es gelingen kann, nach einer Erkrankungsphase weiterhin gesund zu bleiben. Nicht zu kurz kommen auch Hinweise und wertvolle Tipps für Angehörige, um Betroffene zu unterstützen und sich selbst zu schützen.

Den Abschluss bilden diverse Internetadressen sowie Literaturhinweise. Ergänzt wird der Ratgeber über online zur Verfügung stehende Materialien zum Download, deren Anwendung detailliert beschrieben wird.

Der Ratgeber gibt somit einen guten Überblick über die Depression, deren Therapieoptionen sowie Hinweise, was Betroffene und Angehörige wissen sollten und tun könnten. Er bietet sich daher

sowohl für Laien als auch Fachleute an, die sich mit dem Thema auseinandersetzen wollen.

Wir hoffen, mit diesem Ratgeber dazu beizutragen, dass der Alltag für Menschen mit Depression von weniger Vorurteilen und Schwierigkeiten geprägt ist und so die Belastungen der Betroffenen selbst und ihrer Angehörigen verringert werden können.

Arnd Longrée
Herausgeber für den DVE

Zu diesem Ratgeber gibt es folgende Anhänge:

Anhang 1: Stimmungsprotokoll nach Hautzinger, 2006

Anhang 2: EbG-Spaltentechnik

Anhang 3: Zuschreibungsstil

Anhang 4: Interessencheckliste

Diese kostenlosen Downloadmaterialien finden Sie unter www.schulz-kirchner.de/shop auf der Artikel-Detailseite des Titels zum Ausdrucken und zur Verwendung für Ihren eigenen Bedarf.

Depression – eine Volkskrankheit im Überblick

Depressionen gehören heute zu den häufigsten Erkrankungen in der westlichen Welt und sie breiten sich weiter aus. Woran das liegt, weiß niemand ganz genau. Die Erklärungen reichen von erhöhten Anforderungen in einer schnelllebigen Welt über die Tendenz zur Vereinzelung der Menschen in unserer Gesellschaft bis hin zu verbesserten Diagnosemöglichkeiten von Ärzten und Psychologen. Das gesamte Ausmaß der Verbreitung wird deutlich, wenn man bedenkt, dass aktuell ca. 4 Mill. Bundesbürger an einer Depression leiden. Im Laufe ihres Lebens erkranken bis zu 12 % der Männer und 25 % der Frauen mindestens einmal an einer depressiven Episode.

Die Weltgesundheitsorganisation WHO schätzt, dass bis zum Jahr 2020 Depressionen neben Herz-Kreislaufkrankungen die häufigsten krankheitsbedingten Ausfälle und Behinderungen verursachen werden, da sie das Leben der Betroffenen (und auch der Angehörigen) meist wesentlich stärker beeinflussen als die meisten anderen, auch körperlichen Erkrankungen.

Obwohl es spezifische Risikofaktoren gibt, kann es jeden treffen, ob Sportprofi, Bäckereifachverkäuferin, Medizinerin oder Verwaltungsangestellten, jung oder alt, arm oder reich, Single oder in einer langjährigen Beziehung lebend. Die Ursachen sind vielfältig und meist nicht auf einen einzigen Faktor zurückzuführen.

Dabei ist nicht jedes Traurigsein mit einer Depression zu verwechseln. Verstimmungen, Lustlosigkeit, Pessimismus, auch intensive längere Trauer, z. B. nach Verlust eines nahestehenden Menschen, gehören zu unserem normalen Gefühlsleben dazu und sind nicht automatisch mit einer krankhaften Störung gleichzusetzen. Sie verändern sich nach einiger Zeit wieder zur persönlich üblichen Grundstimmung und bedürfen keiner Behandlung.

Hingegen wirkt sich die Depression als Erkrankung umfassend auf das gesamte emotionale, geistige und körperliche Erleben und Funktionieren eines Menschen aus. Sie beeinträchtigt massiv den gesamten Alltag mit möglichen Auswirkungen auf alle sozialen und beruflichen Umfeldler sowie die persönliche Identität.

Als Kernsymptome der Depression gelten:

- Niedergedrückte Stimmung
- Freud-, Interesse- und Gefühllosigkeit
- Kraft- und Antriebslosigkeit

Deswegen sind gerade gut gemeinte Ratschläge wenig hilfreich oder sogar kontraproduktiv. Ein depressiver Mensch kann sich nicht einfach ‚zusammenreißen‘, ‚positiv denken‘, ‚es sich mal gutgehen lassen‘ oder ‚nicht alles so schwer nehmen‘. Im Gegenteil, derartige Aufforderungen werden ihn zusätzlich belasten, weil er diesen Anforderungen und Wünschen seiner Umgebung nicht entsprechen kann und somit – in seiner Wahrnehmung – wieder einmal versagt.

Hinzu kommt, dass viele Menschen, ihr Umfeld einbegriffen, vielleicht gar nicht wissen, dass sie an einer Depression leiden. Diese zeigt sich oft erst in körperlichen Beschwerden wie Schmerzen, Appetitveränderungen oder auch Einschlaf- und Durchschlafstörungen. Diese Symptome können sogar die ursächliche Depression völlig überdecken.

Das ist besonders gefährlich, denn schwere Depressionen können lebensgefährlich sein. Besonders bei jüngeren (bis 25 Jahre) und älteren (ab 70 Jahren) Betroffenen ist das Risiko für eine Selbsttötung hoch.

Ebenfalls problematisch ist das Einhergehen von Depressionen mit anderen, auch körperlichen Erkrankungen. Als zusätzliche Diagnose können Depressionen die Behandlung von z. B. Schlaganfällen, Multipler Sklerose oder Morbus Parkinson massiv beeinträchtigen.

Das Erkennen der Krankheit bereitet mitunter auch deshalb Schwierigkeiten, weil ihr Erscheinungsbild so vielfältig ist und individuelle Ausprägungen hat. Sowohl Beginn als auch Verlauf sind so unterschiedlich, dass sie manchmal jahrelang nicht diagnostiziert wird.

Ein schleichender Verlauf, vielleicht noch gepaart mit Phasen der Verbesserungen, verzögert das Einsetzen einer Behandlung. In der Zwischenzeit kratzt die Depression immer mehr am Selbstwertgefühl, Partnerschaften werden konfliktreicher, Interessen weniger. Es fehlt an Freude, Elan und Leistungsfähigkeit, alles ist schwer und überfordernd. Das Gefühl, sich selbst zu verändern, ohne zu wissen warum, verunsichert zusätzlich.

Der Zustand wirkt sich auch auf die sozialen Beziehungen aus, auf den Beruf, auf die gesamte Lebensführung. Menschen mit einer Depression ziehen sich aus ihrem sozialen Umfeld zurück, weil sie sich darin fremd vorkommen. Das Leben entgleitet ihnen, und sie können nichts dagegen tun. Stattdessen werden sie sich selbst Vorwürfe machen, in unendlichen Grübelschleifen um Schuld und Versagen kreisen, was ihre Stimmung noch mehr niederdrückt und Aktivitäten, sich daraus zu befreien, verhindert.

Dieser vorliegende Ratgeber soll helfen, Wege aus diesem Teufelskreis aufzuzeigen.

TIPP: Wenn Sie sich fragen, ob Sie vielleicht an einer Depression leiden, können Sie im Internet bei der Deutschen Depressionshilfe einen Selbsttest durchführen, der Ihnen eine Empfehlung für evtl. weiteres Vorgehen liefert: <http://www.deutsche-depressionshilfe.de/stiftung/depression-test-selbsttest.php>. Alternativ können Sie folgenden Test durchführen:



Selbsttest

Die folgenden Aussagen betreffen Ihr Wohlbefinden in den letzten zwei Wochen. Bitte markieren Sie bei jeder Aussage die Rubrik, die Ihrer Meinung nach am besten beschreibt, wie Sie sich in den letzten zwei Wochen gefühlt haben.

In den letzten beiden Wochen	Die ganze Zeit	Meistens	Etwas mehr als die Hälfte der Zeit	Etwas weniger als die Hälfte der Zeit	Ab und zu	Zu keinem Zeitpunkt
... war ich froh und guter Laune	5	4	3	2	1	0
... habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt	5	4	3	2	1	0
... habe ich mich energisch und aktiv gefühlt	5	4	3	2	1	0
... habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt	5	4	3	2	1	0
... war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren	5	4	3	2	1	0
Gesamtpunkte						

Je höher Ihr Summenwert ist, desto besser geht es Ihnen. Ein Punktwert weniger als 13 deutet auf eine depressive Erkrankung hin, bitte sprechen Sie mit einem Arzt.

© Psychiatric Research Unit, WHO Collaborating Center for Mental Health, Frederiksberg General Hospital, DK-3400 Hillerød

| Ursachen und Risikofaktoren

Eine wichtige Erkenntnis vorweg – **die** Ursache für eine Depression gibt es nicht, auch wenn wir uns das sehr wünschen würden, denn dann wäre es vielleicht einfacher, **die** immer passende Behandlung zu entwickeln. Leider gibt es aber nicht nur viele unterschiedliche Erklärungsansätze, sondern zusätzlich auch noch individuelle Gründe, die das Erkrankungsrisiko erhöhen.

Prinzipiell lassen sich drei Erklärungsansätze unterscheiden: die biologischen, die psychischen und die sozialen Wirkfaktoren, auf die noch weiter eingegangen wird. Die Differenzierung in körperliche und psychische Ursachen bedeutet aber keinesfalls eine getrennte Betrachtungsweise von Körper und Seele bei der Entstehung von Depressionen. Vielmehr wird hier eine Perspektive der gegenseitigen Beeinflussung verfolgt. Trotz gleicher genetischer Voraussetzungen innerhalb einer vorbelasteten Familie erkranken manche Angehörige, andere nicht. Obwohl nach wissenschaftlichen Erkenntnissen die genetische Disposition (Vererbung) zu einer höheren Erkrankungshäufigkeit in einer Familie führt, muss es demnach noch andere Faktoren geben, welche die Depression entweder begünstigen oder eben verhindern.

Biologische Faktoren

Vererbung

Eine genetische Disposition wurde in Familien-, Zwillings- und Adoptionsstudien nachgewiesen. Die Forschung machte hier immense Fortschritte, indem sie aufzeigte, dass Gene auch durch externe Faktoren (de)aktiviert werden können, s. u. Eine genetische Veranlagung gibt also lediglich einen Risikohinweis, ein alleiniges Erklärungsmodell bietet sie nicht. Und das ist eine gute Nachricht, bedeutet sie doch, dass Depressionen nicht, wie viele andere Erbkrankheiten, überwiegend mittels biomedizinischer Behandlungen, sondern auch durch psychosoziale Maßnahmen beeinflussbar sind.

Neurobiologie

Unser gesamtes Denken, Fühlen, Wahrnehmen und Handeln wird vom Gehirn gesteuert. Dessen Milliarden Nervenzellen stehen über ein elektrochemisches System miteinander in Verbindung. Was in einer Nervenzelle als bioelektrischer Impuls beginnt, wird dann in einen biochemischen Botenstoff (Neurotransmitter) übersetzt, der über einen Kontaktpalt zur nächsten Nervenzelle geleitet und dort wieder bioelektrisch umgewandelt wird.

Das ist ein komplexer Vorgang, der außerdem milliardenfach gleichzeitig abläuft und deshalb störanfällig sein kann.

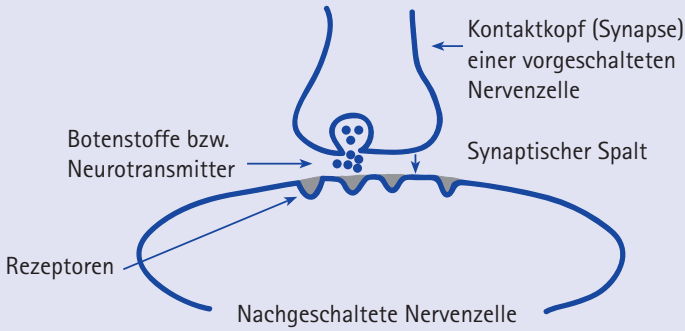


Abb. 1: Das elektrochemische System einer Nervenzelle

Bei vielen Depressionsformen scheint es nun so zu sein, dass die zwei Botenstoffe Noradrenalin und Serotonin, oder auch nur einer davon, zu wenig vorhanden sind bzw. ihre Übertragung nicht richtig funktioniert. Deshalb greifen viele moderne Depressionsmedikamente in diesen Botenstoffhaushalt ein (vgl. „Dritte Behandlungsstrategie: Medikamentöse Behandlung“). Als alleiniges Erklärungsmodell für die Erkrankung Depression genügt aber auch dieser Ansatz noch nicht. Er stellt vielmehr einen Risikofaktor dar, da nicht alle Menschen mit einem veränderten Neurotransmitterhaushalt automatisch depressiv werden.

Zusätzlich weiß man heute, dass das Gehirn auf Umweltreize und seelisches Erleben mit der Freisetzung von Botenstoffen reagiert, die in unseren Genen die Bildung von Proteinen anregen. Diese wiederum steuern die Stoffwechselaktivitäten und haben Einfluss auf unsere Befindlichkeit. Das bedeutet, unser eigenes Erleben, unsere Gefühle und Stimmungen hängen nicht ‚einbahnstraßenartig‘ von der ausgeglichenen Bildung von Neurotransmittern ab, sondern unser seelisches Erleben bestimmt auch selbst die Produktion von diesen Botenstoffen, die wiederum unser Befinden beeinflussen.

Das ist für die Behandlung von Depressionen eine großartige Erkenntnis, zeigt sie doch auf, dass es möglich ist, dieses hochkomplexe biochemische System nicht nur mit Medikamenten zu beeinflussen (Klein, Schweiger, Heuser & Colla, 2011).

Stress

Eine weitere biochemische Reaktion wird durch Stress ausgelöst. Evolutionär betrachtet handelt es sich dabei um eine schnelle Reaktion des Systems auf akute Gefahren. In unserer heutigen Zeit entsteht Stress aber häufiger als Reaktion auf eine dauerhafte psychosoziale Belastung. Die Körperreaktionen sind allerdings ähnlich wie bei der Reaktion auf eine Gefahr: Es kommt u. a. zur erhöhten Ausschüttung des Stresshormons Kortisol. Dieses führt dann zu körperlichen, kognitiven und emotionalen Veränderungen sowie zu Schlafstörungen, Angst, Kopfschmerzen, Denkstörungen, Appetitlosigkeit etc. All diese Symptome können in Zusammenhang mit der Entstehung von Depressionen stehen.

Neuronale Netzwerke

Neben den biochemischen Vorgängen reagiert das Gehirn auf Umweltreize und die dadurch erlebten Erfahrungen zusätzlich mit der Bildung von neuronalen Netzwerken, die diese Erfahrungen wie in einer Landkarte abbilden. Diese Netzwerke bestehen aus der Verknüpfung vieler einzelner Nervenzellen miteinander. Sie dienen dazu, aktuelle Geschehnisse zu erfassen und in ihrer Bedeutung einzuordnen: Handelt es sich um eine positive, neutrale oder gar gefährliche Situation? Wie wurde darauf früher reagiert, was waren die Folgen? Treten bestimmte Erfahrungen häufiger auf, verstärken sich die mit ihnen verknüpften Netzwerke, die so ein größeres Gewicht im eigenen Erleben bekommen. Das gilt besonders für bedrohliche Erfahrungen. Umgekehrt können Netzwerke, die wegen mangelnder Wiederholungserfahrung nicht benötigt werden, zurückgebildet werden, was auch als ‚Verlernen‘ von Erfahrungen bezeichnet wird. Man könnte also sagen, die erlebte Realität ist davon abhängig, welche neuronalen Netzwerke wie häufig angesprochen werden. Es bedeutet aber auch, dass unser Erleben tatsächlich die organischen Strukturen, also die Bauart des Gehirns, verändern kann, und zwar sowohl im guten als auch im schlechten Sinne. Negative Erfahrungen, v. a. Verluste und Gewalterfahrungen in der Kindheit, gelten als Risikofaktor für die Entstehung von Depressionen. Die damals entwickelten neuronalen Netzwerke werden in ähnlich interpretierten neuen Situationen diese Erfahrungen wieder aktivieren und zur Aufrechterhaltung der Reaktionen beitragen, auch wenn die neue Situation objektiv betrachtet weit weniger gefährlich ist. Das Gute daran ist, dass diese erlernten Erfahrungen durch z. B. Psychotherapie aber auch wieder verlernt werden können, bzw. neue positive Erfahrungen erlernt werden, die dann entsprechend zu neuen, hilfreicherer neuronalen Netzwerken führen können.

Weitere biologische Risikofaktoren sind z. B. Stoffwechselstörungen und andere körperliche Erkrankungen, ein gestörter Schlafrhythmus, zu wenig Tageslicht über einen längeren Zeitraum oder die Einnahme von Suchtmitteln und Medikamenten.



HINWEIS: Sowohl Kindheitserfahrungen wie auch aktuelle Lernprozesse oder selbst fiktiv erwartete Situationen bewirken konkrete neurochemische und neurobiologische Veränderungen des Gehirns, die als Risikofaktoren für die Entstehung von Depressionen gelten und gleichzeitig für ihre Behandlung genutzt werden können.



TIPP: Bei weitergehendem Interesse können diese Zusammenhänge sehr gut in dem Buch „Schattendasein – Das unverstandene Leiden Depression“ nachgelesen werden (Müller-Röhrich, Hass, Margue, van den Broek & Wagner, 2013).

Psychische Faktoren

Die psychischen Faktoren, die unser Denken und Erleben beeinflussen, sind sehr vielfältig und sie sind individuell sehr unterschiedlich angelegt.

Kindheit

Generell wird aber davon ausgegangen, dass frühe Verlusterfahrungen der wichtigsten Bezugsperson im Kleinkindalter ein hohes Risiko für eine spätere Depressionsentwicklung beinhalten. Der Verlust kann real sein, z. B. nach Trennung der Eltern, oder auch in Form von Zuwendungsentzug als solcher erlebt werden. Spätere negative Erfahrungen oder Befürchtungen, z. B. bei einem Jobverlust, reaktivieren unbewusst die damaligen Gefühle wie Trauer, Angst, Schuld und Wut gepaart mit Hilflosigkeit und des (scheinbar) Nicht-geliebt-Werdens. Diese Gefühle sind weder aushaltbar noch zu bewältigen, sie können in Resignation, Antriebslosigkeit, Stimmungsschwere, Interessenverlust münden – all dies sind auch depressive Symptome.

Lernprozesse und Denkstile

Einzelne negative Erlebnisse können bei entsprechend verletzlichen Personen Depressionen auslösen. Viel entscheidender als das Erlebnis selbst ist jedoch meistens die Art und Weise, wie wir gelernt haben, mit Belastungen umzugehen und in welcher Weise wir uns und die Welt sehen und bewerten. Zur Erklärung dieser Entwicklung werden in der Verhaltenspsychologie oft drei Modelle genannt.

- Das Modell der erlernten Hilflosigkeit (Seligmann & Petermann, 2010)
- Das Verstärker-Verlust-Modell (Lewinsohn, 1974)
- Das kognitive Modell (Beck, Rush, Shaw, Emery & Hautzinger, 2010)

Erlernte Hilflosigkeit

Das Modell der erlernten Hilflosigkeit wurde im Tierversuch entwickelt: Dort ‚lernten‘ Tiere, die wiederholt mit negativen Reizen konfrontiert wurden, denen sie hilflos gegenüberstanden, ihre Bewältigungsbemühungen einzustellen. Da sie keine Kontrolle mehr über die Situation hatten, lernten sie, dass ihre Anstrengungen zwecklos waren. Sie wurden apathisch, resignierten, ließen die unangenehmen Reize über sich ergehen, zeigten also depressives Verhalten. Seligmann & Petermann (2010) übertrugen diese Lernerfahrungen auf Menschen, die gelernt haben, dass sie besonders negative Situationen nicht kontrollieren und beeinflussen können, ihnen scheinbar ausgeliefert sind und darauf mit Hilflosigkeit und Antriebsverlust reagieren. Diese Überzeugungen manifestieren sich in eine dauerhafte Unveränderlichkeit und Gültigkeit in allen Lebensbereichen.

Verstärkerverlust

Mit Verstärkern sind in der Lerntheorie Reize gemeint, die unser Verhalten so steuern, dass wir angenehme Erfahrungen wiederholen bzw. unangenehme verhindern möchten. In der Regel benötigen wir möglichst viele positive Verstärker, um uns selbst und unsere Umwelt zu mögen, zu akzeptieren, Befriedigung und Freude zu empfinden, Zuversicht und Vertrauen zu spüren und handlungsfähig zu bleiben. Ein Missverhältnis zwischen angenehmen und negativen Erfahrungen begünstigt Depressionen (Hautzinger, 2003, zit. n. Lewinsohn, 1974).

Dazu tragen folgende Faktoren bei:

- **Zu wenige verstärkende, positive Ereignisse**
z. B. durch ein zu geringes Aktivitätsniveau, zu wenig Interessen, fehlende soziale Kontakte. Eine Besonderheit stellen schädigende positive Verstärker dar.
- **Schlechte Verfügbarkeit/Zugang zu Verstärkern**
Krankheiten, fehlende Mobilität, Geldmangel, Wohnlage etc. können den Zugang zu positiven Aktivitäten erschweren.
- **Zu viele negative Erfahrungen**
Alltägliche Belastungen und Verpflichtungen nehmen überhand, können nicht mehr auf ein gesundes Maß reduziert werden. Die Folge sind Stress, Erschöpfung, körperliche Erkrankungen. Zu diesem Punkt gehören auch anhaltende Misserfolge, z. B. im Beruf, und negatives Feedback von außen.
- **Mangel an Fertigkeiten**
Zur Bewältigung von Anforderungen, Belastungen und Problemen benötigen wir verschiedene Fertigkeiten sozialer, körperlicher, emotional-mentaler oder intellektueller Art. Sind solche Fertigkeiten nicht (mehr) vorhanden, erleben wir erst Überforderung und auf Dauer Hilflosigkeit.

Die oben genannten Faktoren führen dazu, dass immer weniger positive Verstärkungen häufiger werdenden negativen Erfahrungen gegenüberstehen. Dies kann zu einem Teufelskreis führen, aus dem es scheinbar keinen Ausweg mehr gibt (Abb. 2).

Lewinsohn und Kollegen (1982) betonen aber, dass diese Spirale auch in einen positiven Kreislauf umfunktioniert werden kann. Die Voraussetzung dafür sehen sie in der Aufnahme angenehmer Betätigungen, die zu positiven Verstärkungen führen.

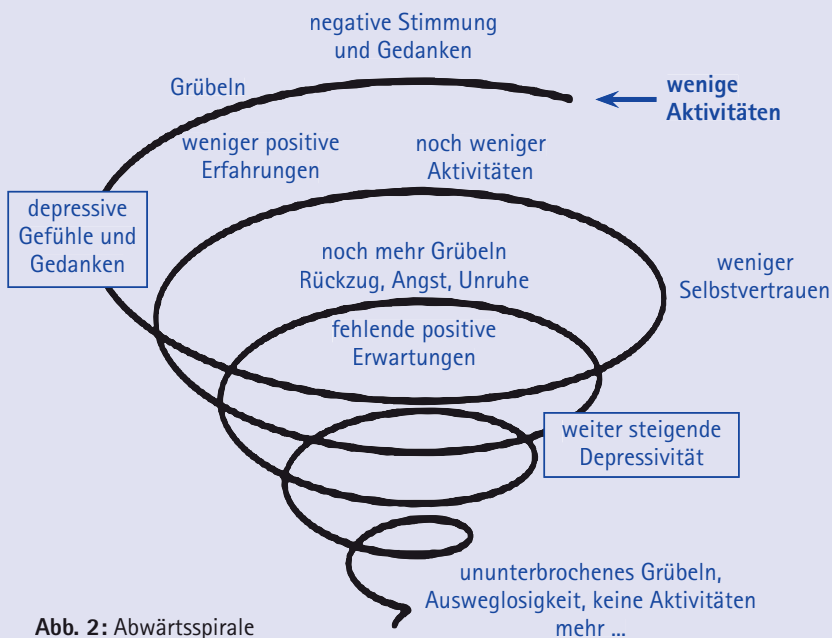


Abb. 2: Abwärtsspirale

Das kognitive Modell

Nach diesem Ansatz von Beck et al. wurde schon früh eine negative Weltsicht gelernt, die auch beim Erwachsenen noch verinnerlicht ist und die gesamte Denkweise, auch Denkschema genannt, bestimmt (Beck, Rush, Shaw, Emery & Hautzinger, 2010). In diesem Schema werden Ereignisse gedanklich verzerrt, der depressive Mensch sieht sich selbst, seine Umwelt und Zukunft als für immer negativ gegeben an. Die Umwelt ist feindselig, die Zukunft für immer verbaut, die eigene Person unfähig zur Bewältigung. Diese Gedanken laufen unbewusst automatisch ab, sind kaum zu stoppen und führen zu niedergeschlagener, hoffnungsloser Stimmung. Beispiel: Verallgemeinernd-abwertendes Selbstbild: „*ich kann das nicht, immer mache ich Fehler*“, „*es ist meine eigene Schuld*“, „*niemand mag mich*“ (siehe „Selbsthilfetechniken“: weitere Denkverzerrungen).

Zusätzlich lassen sich oft sehr hohe Leistungsansprüche und eine geringe Flexibilität im Verhaltensrepertoire feststellen. In Verbindung mit den automatischen Denkmustern legt dies nahe, Bemühungen zu vermeiden, die ja sowieso zum Scheitern verurteilt sind.

Aber auch hier gilt: Negative Einstellungen und Denkmuster können unsere Stimmungslage in eine depressive Entwicklung zwingen, umgekehrt kann aber mit einer veränderten Denkweise und mit positiven Aktivitäten unsere Stimmung auch positiv verändert werden.

Soziale Wirkfaktoren

Die sozialen Faktoren für eine Depression sind immer weniger von den biologischen und psychischen Faktoren zu trennen, wie Forschungsergebnisse belegen. So wissen wir heute, dass ein niedriger sozialer Status oft einhergeht mit körperlichen und psychischen Erkrankungen sowie Arbeitslosigkeit (Kroll & Lampert, 2012). Arbeitslosigkeit wiederum stellt – wie schon erwähnt – eine hohe Stressbelastung dar, auf deren Bedeutung für Depressionen schon hingewiesen wurde.

Daneben gilt es auch die Faktoren Alter und Geschlecht zu betrachten. Da es keine direkten biologisch-orientierten Hinweise für einen Depressionszusammenhang gibt, werden sie hier als soziale Wirkfaktoren eingeordnet. In der Gesundheitsberichterstattung des Bundes von 2009 zeigt sich, dass Frauen in allen Altersgruppen häufiger von Depressionen betroffen sind als Männer, am häufigsten in der Spanne zwischen 50–60 Jahren (Wittchen, Jacobi, Klose & Ryl, 2010).

Ein nicht zu unterschätzender Faktor ist darüber hinaus soziale Isolation, wie sie immer häufiger bei älteren, allein lebenden Menschen zu beobachten ist. Befriedigende soziale Kontakte gelten sowohl als positiver Verstärker für Aktivitäten als auch insgesamt als gesundheitsförderliche Lebensbedingung.

Lebensumbrüche – wie nach Partnerverlust, Berentung oder auch Auszug der Kinder – und die damit verbundene dramatische Veränderung bisheriger Rollen und Aufgaben, die Struktur, Anerkennung und Sinn gegeben haben, bergen ein Bewältigungsrisiko und können depressive Entwicklungen begünstigen.

Fehlende oder sehr gleichförmige Tagesabläufe mit einem unangemessenen Anforderungsniveau fördern Langeweile und nachfolgend Antriebsminderung und Motivationsverlust, beides Kernsymptome von Depressionen.

Zusammengefasst ist wie bei vielen anderen psychischen Erkrankungen nicht nur eine einzige Ursache depressionsauslösend, stattdessen wird von einem multifaktoriellen Geschehen ausgegangen. Eine gute Erklärung bietet das Vulnerabilitäts-Stressmodell nach Zubin und Spring (1977).

Vulnerabilitäts-Stressmodell

Unter Vulnerabilität versteht man die angeborene oder erworbene Anfälligkeit für eine bestimmte Krankheit. Diese Anfälligkeit kann durch einzelne oder mehrere Faktoren (z. B. genetisch, psychosozial, neurologisch) bedingt sein. Stressoren sind belastende Umweltereignisse, Lebenssituationen oder biologische Faktoren, die auf diese Anfälligkeit treffen. Sind die dadurch entstehenden Belastungen zu groß und treten über eine kritische Grenze, weil Schutzfaktoren und Ressourcen (z. B. soziale Unterstützung, Problemlösefähigkeiten) fehlen, kommt es nach erfolglosen Bewältigungsversuchen zu störungsspezifischen Symptomen.

Um die Komplexität und Verbundenheit der Depressionsentstehung zu verdeutlichen, wird oft das Bild der zweiseitigen Medaille benutzt: psychosoziale und körperliche Ursachen der Depression, zwei Seiten der gleichen Medaille.

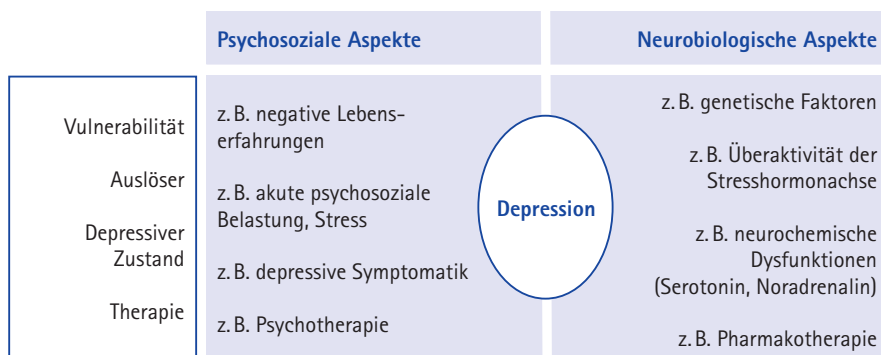


Abb. 3: Aspekte einer Depression. Quelle: Wittchen, Jacobi, Klose & Ryl, 2010 nach Hegerl, Althaus & Reiners, 2006

Zusammengefasst ergibt sich folgende Übersicht der Depressionsentstehung und Aufrechterhaltung:

Biologische Faktoren	Psychische Faktoren	Soziale Faktoren
Vererbung	Verluste	Sozialer Status
Stoffwechselstörung	Fehlende Interessen	Einsamkeit
Schlafrhythmus	Zu viele negative Erfahrungen	Geschlecht und Alter
Bewegungsmangel	Betätigungsdefizit	Stress
Körperliche Erkrankungen	Zu wenig positive Verstärker	Soziale Konflikte
Lichtmangel	Negative Einstellungen	Kontrollverlust
Falsche Ernährung	Trauma	Lebensumbrüche
Medikamente	Erlebte Hilflosigkeit	
Suchtmittel	Bewältigungsdefizite	
	Ungünstige Denkschemata	

Tab. 1: Depressionsfaktoren, in Anlehnung an Hautzinger, 2006

Darauf aufbauende Ansatzmöglichkeiten zur Therapie (und auch zur Prävention) werden in den Kapiteln „Eigenarbeit – was kann jeder selbst tun?“, „Angehörige und das soziale Umfeld“ und „Gesund bleiben“ aufgegriffen.

| Formen und Verläufe von Depressionen

Wie schon erwähnt sind die Erscheinungsbilder der Depression vielfältig, sowohl in ihrer Symptomatik als auch in den Verläufen. Eine früher übliche Einteilung nach der vermuteten Ursache, ob sie von inneren – endogenen – Ursachen ausgelöst oder von äußeren Bedingungen her reaktiv bzw. neurotisch-ferhlangepasst entstehen, ist heute überholt, weil das multifaktorielle Geschehen besser zur Erklärung dient. Stattdessen werden gemäß dem Einteilungssystem ICD-10 der WHO die Depressionsarten nach ihren Symptomen, ihrer Dauer und Schwere sowie ihrem Verlauf beschrieben. Zur Kategorisierung werden als Abkürzung Ziffernfolgen verwendet, beispielsweise steht F32.0 in der ICD-10 für eine Leichte depressive Episode. Solch eine Ziffernfolge finden Sie z. B. auf einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung Ihres Arztes, denn seine Diagnose muss immer eine ICD-10 Kategorie enthalten, wenn er seine Leistungen mit Kostenträgern abrechnen will.

Da in unserem Gesundheitssystem die Verwendung der ICD-10 (insbesondere bei psychischen Störungen) obligatorisch ist, beziehen sich alle weiteren Ausführungen auf dieses Klassifikationssystem.



TIPP: Einen schnellen Hinweis, was Ihr Arzt mit den Ziffern diagnostiziert hat, erhalten Sie, wenn Sie diese einfach in eine Internetsuchmaschine eintipfen. Genau und offiziell nachzulesen ist die Diagnose unter www.dimdi.de, dem Dokumentationsinstitut des Bundesgesundheitsministeriums.

Depressionen zählen zu den sogenannten affektiven Störungen. Damit ist gemeint, dass sie in Zusammenhang mit Stimmungs- und Aktivitätsveränderungen stehen. Zu dieser Gruppe gehören auch Störungen, die sich in einer krankhaften Übersteigerung von Antrieb, Stimmung und Aktivitäten ausdrücken, die Manien, welche der Depression entgegengerichtete Symptome zeigen.

Es gibt ein Krankheitsbild, das beide affektiven Pole beinhaltet, die bipolaren affektiven Störungen mit wechselnden Phasen von depressiven und manischen Episoden. Kommen ausschließlich depressive oder manische Phasen vor, werden sie jeweils als unipolar bezeichnet.

Dieser Ratgeber befasst sich hauptsächlich mit den **unipolaren Depressionen**. Ein Exkurs zu den bipolaren Störungen und damit auch zur Manie ist dennoch erforderlich, weil sich manchmal Depressionen zum anderen Pol hin entwickeln können. Dieser Exkurs erfolgt im Unterkapitel „Weitere Depressionsarten“.

Wann aber wird nun konkret von einer behandlungsbedürftigen Depression, im Unterschied zur Umgangssprache und normalen Stimmungsschwankungen, ausgegangen?

Als Voraussetzung für eine klinische, bedeutsame Depression gilt:

Dauer der Symptomatik: mindestens 2 Wochen ununterbrochen

Hauptsymptome liegen während der meisten Zeit des Tages vor:

- Depressive Verstimmung/Niedergeschlagenheit
- Verlust von Interesse und Freude
- Verlust von Antrieb und Energie, hohe Ermüdbarkeit

Zusatzsymptome:

- Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit
- Vermindertem Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
- Selbstvorwürfe, Schuldgefühle
- Pessimistische Zukunftsperspektiven
- Suizidgedanken, Selbstverletzung oder Suizidhandlung
- Schlafstörungen
- Appetitverlust und Gewichtsveränderung
- Psychomotorische Hemmung oder Agitiertheit

Der **Schweregrad** ergibt sich aus der Anzahl und der Kombination der Symptome:

Leichte Depression:	mind. 2 Hauptsymptome und 2 Zusatzsymptome
Mittelgradige Depression:	mind. 2 Hauptsymptome und 3 bis 4 Zusatzsymptome
Schwere Depression:	Alle 3 Hauptsymptome und mindestens 4 Zusatzsymptome

Zusätzlich kann eine Reihe körperlicher Beeinträchtigungen vorhanden sein.

Oft leiden die Betroffenen in den frühen Morgenstunden stärker unter den Symptomen, dieses Phänomen wird als ‚Morgentief‘ bezeichnet.

Für die Diagnosestellung ist es wichtig, dass die Symptome nicht auf andere Erkrankungen zurückzuführen sind, wie z. B. Multiple Sklerose, Tumorerkrankungen etc. Auch der Einfluss von Medikamenten oder Suchtmitteln muss auszuschließen sein.

Eine leichte Depression bedeutet übrigens nicht, dass die Betroffenen nicht darunter leiden und sich nur etwas mehr anstrengen müssen, um da wieder herauszukommen. Im Gegensatz zu den anderen beiden Schweregraden gelingt es ihnen meistens noch, ein Minimum an alltäglichen Verpflichtungen aufrechtzuerhalten. Gerade dieses ‚Durchbeißen‘ kann aber zu einer weiteren Verschlechterung des Zustandes führen, da alles schwerfällt, viel Kraft kostet und Erschöpfung und Selbstvorwürfe, zu wenig zu schaffen, zunehmen etc. Eine Behandlung ist u. U. genauso erforderlich wie bei den anderen Schweregraden, sie kann helfen, die Leidenszeit zu verkürzen (s. a. „Erste Behandlungsstrategie: Aktiv-abwartende Begleitung“).

Weitere Depressionsarten

Es gibt eine Reihe unterschiedlicher Erscheinungsformen, die ganze Lehrbücher füllen, außerdem – wie schon erwähnt – die immer noch kursierenden Einteilungen nach den vermeintlichen Ursachen, wie z. B. reaktive Depressionen. Hier beschränken wir uns auf die Einteilung nach ICD-10 und nehmen noch kurz einige Sonderformen auf, die erwähnenswert scheinen.

Dysthymie

Im Unterschied zum Vollbild einer depressiven Episode oder Major Depression ist eine Dysthymie zwar nicht so schwer, aber sie dauert wesentlich länger, da sie als chronische Erkrankung gilt. Sie beginnt häufig im jungen Erwachsenenalter und kann manchmal sogar lebenslang anhalten, wobei die Intensität wechselt und es auch ‚gute‘ Phasen gibt, die leider selten länger als einige Tage oder Wochen anhalten. Die Betroffenen sind in der Regel müde, alles strengt sie an, sie fühlen sich niedergeschlagen, freudlos und den Anforderungen nicht gewachsen. Es ist zwar in der Regel möglich, den Alltag aufrechtzuerhalten, aber es fehlt in allem ein Gefühl der Befriedigung und Selbstbestätigung. Dieser Zustand ist trotz der geringeren Beschwerdeintensität wegen seiner Dauer und Zähigkeit sehr belastend.

Kennzeichen einer **Dysthymie** sind:

Dauer: mind. 1 Jahr

Hauptsymptom:

- Depressive Verstimmung

Zusatzsymptome:

- Verminderte Energie, schnelle Erschöpfung
- Freudlosigkeit
- Vermindertes Selbstwertgefühl, Versagensängste
- Hoffnungslosigkeit

Bipolare affektive Störung

Diese früher als manisch-depressive Erkrankung bezeichnete Störung lässt sich gut mit den Worten ‚Himmelhoch jauchzend – zu Tode betrübt‘ beschreiben. Nur dass diese Phasen nicht innerhalb kurzer Zeit wechseln, sondern jeweils eine gewisse Zeit andauern und der Übergang langsam vonstattengehen kann, bzw. zwischenzeitlich gar keine Symptome vorliegen. Männer und Frauen sind gleich häufig betroffen, bei 4–7 % aller Depressionen entwickeln sich bipolare Störungen. Die depressiven Episoden sind häufiger als die manischen, ihre Symptomatik entspricht denen der unipolaren Depression. Einige Studien berichten von Unterschieden bei Schlafstörungen und körperlichen Beschwerden, allerdings sind diese Erkenntnisse noch unsicher, deshalb lässt sich eine unipolare von einer bipolaren depressiven Episode nur im Verlauf unterscheiden.

Die bipolare affektive Störung ist eine gefährliche Erkrankung, 10–15 % aller nicht behandelten Betroffenen beenden ihr Leben durch Suizid.

Kennzeichen einer **manischen Phase** sind:

Dauer: mind. 1 Woche

Hauptsymptom:

- Eine abnorm gehobene, expansive oder reizbare Stimmung über die meiste Zeit des Tages

Zusatzsymptome:

- Übersteigertes Selbstwertgefühl, Größenideen, übertriebener Optimismus
- Übersteigertes Antriebs- und Aktivitätsdrang in allen Lebenssituationen
- Extrem vermindertes Schlafbedürfnis
- Hoher Rededrang
- Sprunghaftigkeit im Denken, Gedankenflut
- Hohe Ablenkbarkeit
- Psychomotorische Unruhe, Betriebsamkeit, Hektik
- Verändertes, distanzloses Sozialverhalten
- Leichtsinnige, expansive Unternehmungen mit hohem Risiko, oft verbunden mit ruinösen finanziellen Geschäften

Den Betroffenen geht es in ihrer manischen Phase nach eigenem Ermessen hervorragend, sie sind voller Tatendrang, Optimismus, die Welt gehört ihnen und nichts und niemand kann sie aufhalten. Das ist für Angehörige und die gesamte Umwelt sehr belastend, Bedenken oder gar Kritik werden nicht ernst genommen und führen eher zu gereizt-aggressiver Stimmung. Da sie die Konsequenzen ihrer Handlungen ob der eigenen Großartigkeit falsch einschätzen und sich nicht korrigieren lassen, kommt es in diesen Episoden sehr leicht zu gefährlichen Entschei-

dungen für das soziale, finanzielle und eigene Leben. Eine klinische Unterbringung ist dann, auch gegen den eigenen Willen, zum Selbstschutz evtl. erforderlich. Die extremen Stimmungsschwankungen und Aktivitätsunterschiede machen den Betroffenen im Nachhinein oft schwer zu schaffen, ihre irrationalen Handlungen in der manischen Episode beschämen sie, die Gefahr der Selbstaussgrenzung und Stigmatisierung ist hoch.

Unipolare manische Episoden kommen sehr viel seltener vor, sie unterscheiden sich in ihren Merkmalen wiederum nicht von den eben beschriebenen bipolaren manischen Phasen.

Eine medikamentöse Behandlung manischer Episoden ist meistens unumgänglich, da die Patienten auf der Gesprächsebene in der Akutphase kaum erreichbar sind. Ergänzende Verfahren wie Bewegungs-/Sporttherapie, Ergotherapie, Musik- und Kunsttherapie können helfen, den Aktivitätsdrang zu kanalisieren und in realitätsnahe Handlungen zu überführen.

Zyklothymie

Analog der Dysthymie beschreibt die Zyklothymie eine andauernde Instabilität der Stimmung mit zahlreichen Perioden von Depression und leicht gehobener Stimmung (Hypomanie), die aber nicht ausreichend schwer und anhaltend genug sind, um als bipolare affektive Störung zu gelten, weshalb sie oft gar nicht erkannt wird.

Kennzeichen einer Zyklothymie sind:

Dauer: mind. 2 Jahre, kein durchgehend symptomfreies Intervall länger als 2 Monate

Hauptsymptom:

- Hypomane Episoden mit gehobener/gereizter Stimmung dauern mind. 4 Tage an

Zusatzsymptome, mind. 3:

- Übersteigertes Selbstwertgefühl oder Größenideen
- Vermindertes Schlafbedürfnis
- Vermehrte Gesprächigkeit oder Rededrang
- Ideenflucht oder subjektives Gefühl des Gedankenrasens
- Erhöhte Ablenkbarkeit
- Gesteigerte Betriebsamkeit (im sozialen, beruflichen, schulischen oder sexuellen Bereich) oder psychomotorische Unruhe
- Übermäßige Beschäftigung mit angenehmen Aktivitäten, die mit hoher Wahrscheinlichkeit unangenehme Konsequenzen nach sich ziehen, wie z. B. ungezügelt einkaufen

Die abrupten Stimmungsänderungen und Rückzüge werden zwar auch wahrgenommen, erhalten aber weniger Beachtung oder können als Erholungszeit interpretiert werden. Die ICD-10 beschreibt weiter, dass diese Störung häufig bei Verwandten von Patienten mit bipolarer affektiver Störung vorkommt. Die Zykllothymie kann sich in eine bipolare affektive Störung ausweiten.

TIPP: Kinder psychisch kranker Eltern leiden mit ihnen mit und fragen sich oft, ob sie daran schuld sind. In dem kindgerechten, schön illustrierten Ratgeber „Sonnige Traurigtage“ (Homeier, 2006) finden Kinder und Bezugspersonen Antworten und Hilfestellungen, wie sie mit der Situation besser umgehen können.



Andere Depressionsarten

Wochenbett/Postpartale Depression

Bis zu 85 % aller Mütter erreicht während der ersten Woche nach der Entbindung der ‚Baby-Blues‘, eine kurzfristige depressive Verstimmung. Stimmungsschwankungen, Erschöpfung, Reizbarkeit, Traurigkeit und Weinen sowie Schlaf- und Ruhelosigkeit treten oft zwischen dem 3. und 5. Tag nach der Geburt auf. Er dauert meist nur einige Stunden oder Tage an. Erst wenn die depressive Symptomatik länger anhält, handelt es sich um eine behandlungsbedürftige postpartale Depression.

Unter dieser Depressionsform leiden ca. 10–15% aller Frauen im ersten Jahr nach der Geburt des Kindes. Neben den üblichen depressiven Symptomen sind sie zudem meistens noch emotional labil, haben Schwierigkeiten, tiefer gehende Gefühle für ihr Kind zu empfinden, sowie Ängste, es nicht gut versorgen zu können oder überfordert zu sein. Die Erkrankung ist meistens gut behandelbar, wenn die Therapie früh genug einsetzt und nicht beispielsweise aus Scham unterbleibt.

TIPP: Der Flyer „Krise und Depression nach der Geburt“ des Nürnberger Bündnisses gegen Depression, online abrufbar, gibt eine kurze und gute Erklärung der Erkrankung, Behandlungsmöglichkeiten und Hilfestellungen.



Saisonale Depression

Sie wird auch Winterdepression genannt und tritt überwiegend in den sonnenarmen Wintermonaten auf. Menschen in nördlichen Weltregionen wie Alaska, Norwegen etc. sind häufiger betroffen. Sie haben, neben den sonstigen Depressionsbeschwerden, ein extrem hohes Schlafbedürfnis und meistens einen großen Appetit auf kohlenhydratreiche Nahrung. Mit den steigenden Sonnenstunden im Frühjahr/Sommer verschwinden die Symptome wieder.

Organisch bedingte Depressionen

Körperliche Erkrankungen wie Schlaganfall, Tumore, Multiple Sklerose, Störungen des Hormonhaushaltes wie durch Funktionsstörungen der Schilddrüse oder schwere Infektionskrankheiten wie AIDS etc. können Depressionen auslösen. Die körperliche Erkrankung muss vorrangig behandelt werden, mit deren Verbesserung können sich auch die depressiven Symptome zurückbilden oder sie werden anschließend ergänzend behandelt.

Substanzgebundene Depressionen

Hierzu gehören sowohl Medikamente als auch Suchtmittel wie Alkohol. Viele Medikamente bergen dieses Risiko, z. B. Bluthochdruckmittel, Kortikosteroide, Zytostatika u. a. Entwickelt sich eine Depression als Nebenwirkung der Medikation, muss ärztlicherseits abgeklärt werden, ob und wie die Medikation verändert werden kann.

Alkoholmissbrauch steht oft in Verbindung mit Depressionen. Einerseits kann Alkoholmissbrauch die Ursache für eine Depression sein, andererseits kann eine Depression einen Alkoholmissbrauch auslösen. Bei einer bestehenden Abhängigkeitserkrankung muss zuerst eine Abstinenz erfolgen, bevor die Depressionsbehandlung einsetzen kann.

Burn-out-Syndrom

Hierbei handelt es sich um einen meist beruflich bedingten chronischen Erschöpfungszustand, resultierend aus permanenter Überbelastung. Bei Betroffenen entwickeln sich evtl. darüber hinaus weitergehende Beschwerden, wie Depressionen, Ängste, Panikattacken und körperliche Beschwerden. Es handelt sich also um einen Prozess, der über den eigentlichen Erschöpfungszustand hinaus geht und der noch nicht als eigenständige Krankheit definiert ist. Männern wird häufiger ein Burn-out-Syndrom attestiert als Frauen, was daran liegen könnte, dass diese Diagnose als weniger stigmatisierend erlebt wird als eine Depression. Das Syndrom gilt zudem unter helfenden Berufen als Risikofaktor, weil hier oft mit hoher Begeisterung und Engagement in die Berufswelt eingestiegen wird, Realität, Belastungen, Erfolg und Anerkennung auf Dauer aber oft in einem Missverhältnis stehen.

Suizidalität

Leider gibt es mit 10–15 % ein hohes Selbsttötungsrisiko für Patienten mit schwerer Depression (Wolfersdorf, 2011). Insgesamt sterben zwischen 3–4 % aller depressiv Erkrankten durch Suizid (Wolfersdorf, 2008). Besonders die Altersklasse der 18–bis 25-Jährigen und der über 70-Jährigen ist davon betroffen, Männer wiederum häufiger als Frauen. Die bestimmenden Gefühlslagen für diese Entscheidung sind Hoffnungslosigkeit, Verzweiflung, Sinnlosigkeit. Diese Gefühle sind als Symptome

der Depression zu betrachten und nicht als sachlich abgewogene Bilanz, dazu wäre der depressive Mensch in dieser Phase gar nicht in der Lage. Weitere Risikofaktoren sind Einsamkeit, Verluste, Missbrauch von Alkohol und anderen Substanzen, Schlaflosigkeit, Angst und Panikattacken, chronische Erkrankungen und frühere Selbsttötungsversuche (Hohagen & Nessler, 2006). Angehörige oder Helfer sollten besonders aufmerksam werden, wenn die Betroffenen beginnen, von Suizid zu reden, welche berühmten Persönlichkeiten sich umgebracht haben, welche Formen wohl ‚sicher‘ sind oder Sätze fallen wie: *„Es hat doch alles keinen Sinn.“*

Bei sogenannten bilanzierten Suiziden werden häufiger im Vorfeld noch wichtige Dinge, z. B. Erbschaftsangelegenheiten, geregelt oder bedeutsame Gegenstände verschenkt usw. Aber auch wenn ganz plötzlich eine scheinbare Besserung der Depression auftritt, eine aufgehellte Stimmung, vermehrter Antrieb besteht, die Patienten wie befreit wirken, kann dieses ein Hinweis auf eine bilanzierte Selbsttötungsentscheidung sein, die kurz vor der Umsetzung steht.

WICHTIG: Als Angehöriger/Helfer gibt es in dieser Situation oder bei der Befürchtung einer solchen nur eine Handlungsweise: die unmittelbare Ansprache des Betroffenen, der sich selbst keine Hilfe mehr erbitten kann. Dabei sollte man direkt und einfühlsam vorgehen, ohne Vorwürfe. Es kann sogar erforderlich sein, die Verantwortung für die Einleitung einer ärztlich/psychotherapeutischen Hilfe oder für eine Klinikeinweisung zu übernehmen.



| Die Behandlungsstrategien

Leitlinien

In der Nationalen S3-Leitlinie Unipolare Depression, die von den maßgeblichen Akteuren (Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) 2012 entwickelt wurde, werden sogenannte evidenzbasierte – also nachweisbar wirksame – Behandlungsmethoden als Handlungsempfehlungen für die medizinische Versorgung dargestellt. Die weiteren Ausführungen beziehen sich auf diese Leitlinie.

Als allgemeine Behandlungsziele und Behandlungsstrategien werden dort genannt:

- die Symptome der depressiven Störung zu vermindern und letztlich eine vollständige Rückbildung zu erreichen
- die Sterblichkeitsrate, insbesondere durch Suizid, zu verringern
- die berufliche und psychosoziale Leistungsfähigkeit wieder herzustellen
- das seelische Gleichgewicht wieder zu erreichen
- die Wahrscheinlichkeit für einen direkten Rückfall oder eine spätere Wiedererkrankung zu reduzieren.

Allgemein wird die Depressionsbehandlung in drei Phasen eingeteilt: Akuttherapie, Erhaltungstherapie und Rückfallprophylaxe.

Grundsätzlich gibt es vier primäre Behandlungsstrategien:

- Aktiv-abwartende Begleitung („watchful waiting“)
- Psychotherapeutische Behandlung
- Medikamentöse Behandlung
- Kombinationstherapie

Weitere Therapieverfahren, z. B. Elektrokrampftherapie, Lichttherapie oder Wachttherapie, Sport- und Bewegungstherapie bzw. Ergotherapie und künstlerische Therapien ergänzen die Behandlungsmöglichkeiten.

Erste Behandlungsstrategie: Aktiv-abwartende Begleitung

Sie kann zu Beginn einer bereits erkannten, leichten depressiven Episode einsetzen, wenn die Patienten z. B. eine Behandlung ablehnen oder man davon ausgehen kann, dass sich die depressive Symptomatik ohne Therapie zurückbildet. Das bedarf allerdings einer kontinuierlichen Überprüfung, die eine 2-Wochenfrist nicht überschreiten sollte. Tritt dann noch keine Besserung ein, ist es sinnvoll, nicht länger abzuwarten, sondern eine Behandlung zu beginnen.

Zweite Behandlungsstrategie: Psychotherapeutische Behandlung

Die leitliniengerechte Behandlung depressiv kranker Menschen erfolgt heute in Deutschland mit zwei Psychotherapierichtungen: den tiefenpsychologischen Verfahren und den verhaltenstherapeutischen Verfahren. Die gesetzlichen Krankenkassen finanzieren die sogenannten Richtlinienverfahren, wenn sie von entsprechend ausgebildeten Psychotherapeuten durchgeführt werden (s. „Organisation und Kosten“).

Im Dialog mit Ihrem Arzt oder Angehörigen wird dann entschieden, welche Therapieform die persönlich erfolgversprechendste scheint, obwohl diese Frage im Vorfeld gar nicht so einfach zu beantworten ist. Dennoch kann sich während der Information darüber schon ein Gefühl einstellen, eine Affinität zu einer bestimmten Richtung entwickeln oder umgekehrt schnell deutlich werden, was gar nicht vorstellbar erscheint. Möglicherweise gibt es die Option, bei einem Psychotherapeuten anzufangen, der unterschiedliche Verfahren anbieten kann, das wäre eine optimale Voraussetzung, um die passende Strategie direkt zu besprechen. Fakt ist jedenfalls, dass es keinen ‚Goldstandard‘ der Psychotherapie gibt, insofern sind eigenes Gefühl und eigene Meinung durchaus wichtige Entscheidungskriterien. Und es macht auch nichts, wenn sich im Nachhinein herausstellen sollte, dass die Entscheidung doch nicht genau passt, denn es gibt Probesitzungen, die eben solche Fragen klären können.

Angewandt werden unter diesen Gesichtspunkten (Hegerl et al., 2006):

- die (kognitive) Verhaltenstherapie ((K)VT)
- die tiefenpsychologisch/psychoanalytisch fundierte Therapie
- die interpersonelle Psychotherapie (IPT)

Verhaltenstherapeutische Verfahren

■ Verhaltenstherapie (VT)

Die Methodik der Verhaltenstherapie beruht auf einem scheinbar einfachen Modell: Jegliches Verhalten, zu dem auch Gefühle, Gedanken, Bewertungen zählen, ist erlernt und kann folglich auch wieder verlernt werden. Das Lernen erfolgt nach einem Verstärkerprinzip: Positive Verstärker wie Lob, Anerkennung oder (materielle) Zuwendung erhöhen die Häufigkeit eines Verhaltens, negative Konsequenzen wie Bestrafung vermindern es. Generell ist deshalb das Therapieziel, die an der Erkrankung beteiligten Verhaltensweisen wieder zu verlernen und durch besser geeignetes Verhalten zu ersetzen. Da es um konkretes Verhalten geht, ist die eigenaktive Mitarbeit des Klienten Voraussetzung für die (Wieder-)Aufnahme positiver Aktivitäten.

Die einzelnen Schritte der VT beginnen mit einer Verhaltensanalyse, die klärt, auf welche Umweltreize wie reagiert wird und was daran die belastenden Symptome und Konsequenzen hervorruft; es wird also ein Verhaltensmuster erstellt. Daraufhin werden die Behandlungsziele festgelegt sowie aktive Bewältigungsstrategien entwickelt, z. B. das Erstellen einer hilfreichen Tagesstruktur. Die VT beinhaltet immer konkrete, aktivitätsfördernde und übende Anteile, deshalb sind auch Hausaufgaben zwischen den Sitzungen üblich. Mit diesen werden die dysfunktionalen Verhaltensweisen durch alternative Handlungen ersetzt und somit positiv verstärkt. Die VT zählt zu den zwei sogenannten Richtlinienpsychotherapieverfahren, die von den gesetzlichen Krankenkassen finanziert werden. Sie umfasst in der Regel ca. 20–45 Einzelsitzungen.

■ Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)

Hierbei handelt es sich um eine kombinierte depressionsspezifische Verhaltenstherapie, die auf dem kognitiven Modell nach Beck und dem Verstärker-Verlust-Modell nach Lewinsohn et al. (1982) beruht (s. „Erlernte Hilflosigkeit“; „Verstärkerverlust“). Durch verhaltensübende und kognitionsregulierende Maßnahmen wird indirekt auf die motivationalen, sozialen, emotionalen und somatischen Auswirkungen der Depression eingewirkt.

Daraus ergeben sich nach Hautzinger (2003, S. 48) vier Behandlungselemente, die je nach individuellen Erfordernissen unterschiedlich gewichtet werden können:

- Aufbau positiver Aktivitäten bzw. Abbau negativer, belastender Aktivitäten
- Veränderung der Kognitionen
- Verbesserung sozialer Fertigkeiten
- Beibehaltung des Therapieerfolgs

Die Selbstanalyse der persönlichen Denk- und Verhaltensmuster geht auch hier der kognitiven Umstrukturierung und übenden Verhaltensänderung voraus. Das Methodenspektrum ist breit angelegt, es reicht von Rollenspielen, Tagesprotokol-

len, kognitiven Übungen bis hin zu konkreten Erprobungen im Alltag. So sollen die depressionsauslösenden und -aufrechterhaltenden typischen Denk- und Verhaltensweisen erkannt (cognoscere = erkennen) und realitätsgerechter modifiziert werden.

Die Sicherung des Therapieerfolgs soll den Patienten in die Lage versetzen, hilfreiche Strategien und Techniken in belastenden Situationen anzuwenden, um einen Rückfall zu vermeiden und insgesamt achtsam mit den eigenen Ressourcen und Grenzen umzugehen.

Auch die Kognitive Verhaltenstherapie umfasst in der Regel ca. 20–45 Sitzungen, die von den Krankenkassen erstattet werden.

Tiefenpsychologisch/psychoanalytisch fundierte Verfahren

■ Psychoanalyse

Diese klassische Form der Psychotherapie – Patient liegend auf der Couch, Behandler außerhalb des Blickfelds – sorgt vielleicht immer noch für viel Ablehnung und Misstrauen gegenüber der Psychotherapie. Inhaltlich wird es darum gehen, unbewusste alte Konflikte, manchmal auch neuere, zu entdecken und in den Zusammenhang zur aktuellen Situation zu bringen. Der Patient assoziiert dabei frei über seine Gedanken und Gefühle, die in frühkindliche Erfahrungen zurückgeleitet werden. Durch Erinnern und erneutes Durchleben der Konflikte sollen diese einer Lösung zugänglich gemacht werden. Der Therapeut dient als Spiegel und Katalysator, die eigenen verdrängten Wünsche und Gefühle wiedererlebbar zu machen – er bekommt stellvertretend die Rolle der früheren Bezugspersonen, die mit ihrem Verhalten auf den kindlichen/jugendlichen Patienten eingewirkt haben. Dieser Prozess nennt sich Übertragung und wird im therapeutischen Setting zur Bewältigung versäumter Konfliktlösungen benutzt.

Es handelt sich deshalb um eine intensive und länger dauernde Behandlung mit mehreren Sitzungen pro Woche, die mehrere Jahre andauern können.

Die Wirksamkeit des Verfahrens ist bisher nicht deutlich nachgewiesen, trotzdem erstatten die Krankenkassen auf Antrag bis zu 240 Einzelsitzungen.

■ Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

Abgeleitet von der Psychoanalyse bezieht sich dieses aufdeckende Verfahren auf aktuelle Konflikte und Belastungen als Depressionsauslöser vor dem Hintergrund lebensgeschichtlicher Erfahrungen, Enttäuschungen, Ziele, Verletzungen, Wünsche etc. Der Patient sitzt dem Therapeuten gegenüber. Dieser wird versuchen, Zusammenhänge im Gespräch verstehbar zu machen, auf bestimmte aktuelle Konflikte zu fokussieren sowie unterstützend und verändernd alternative Denk- und Handlungsweisen mit dem Patienten zu entwickeln. Dazu gehört auch, die eigene Persönlichkeitsstruktur kennenzulernen und in Beziehung zu den Konflikten zu setzen. Im Gegensatz zur Psychoanalyse werden aber nicht die frühen Kind-

heitserfahrungen, sondern die aktuellen Konflikte in den Vordergrund gestellt und bearbeitet. Der Übertragungsprozess spielt auch hier eine wichtige Rolle. Für die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie gibt es etwas bessere Wirksamkeitsnachweise als für die Psychoanalyse. Sie wird ebenfalls von den Krankenkassen nach einem Gutachterverfahren übernommen. Das bedeutet, der Therapeut begründet ausführlich die Notwendigkeit der Therapie, aufgrund dessen der Gutachter dann über die Bewilligung entscheidet. Die Sitzungsfrequenz beträgt 1–2x/Woche, bis zu 80 Einheiten werden von den Kassen bezahlt.

■ Interpersonelle Psychotherapie (IPT)

Grundlage ist die Annahme, dass Depressionen oftmals mit zwischenmenschlichen (interpersonellen) Konflikten und/oder Verlusten in Zusammenhang stehen. Frühere soziale Erfahrungen spiegeln sich im aktuellen Geschehen und verhindern einen gesunden Umgang mit der Lebenssituation. Im Mittelpunkt stehen deshalb die Beziehungen des Patienten zu seinen Mitmenschen (Schramm & Grawe, 2010).

Grundsätzliche Themen in der IPT sind:

- Verlusterfahrungen und Trauer
- Konkrete zwischenmenschliche Konflikte
- Veränderung sozialer Rollen in Lebensumbruchphasen
- Kontaktschwierigkeiten

Je nach persönlicher Situation werden Schwerpunkte gesetzt. Wesentliche Bestandteile sind Information, Analyse, Klärung und Zielsetzung, bevor ein übender und verändernder Therapieteil beginnt. Die IPT kann sehr gut angewandt werden bei Depressionen, die im Zusammenhang mit dem Verlust eines nahestehenden Menschen auftreten, bei Beziehungsproblemen im privaten und Arbeitskontext sowie in der Folge von Lebensumbruchphasen, wie z. B. Renteneintritt oder ‚Kinder aus dem Haus‘ etc.

Die IPT gehört neben der Kognitiven Verhaltenstherapie zu den nachweislich wirksamsten Therapiemethoden der unipolaren Depression. Sie dauert zwischen 12–40 Sitzungen, die Dauer ist aufgrund der fokussierten und strukturierten Thematik begrenzt. Die IPT wird von den Krankenkassen bezahlt, wenn sie auf Antragstellung im Rahmen einer Verhaltenstherapie oder tiefenpsychologischen Therapie abgerechnet wird.

Organisation und Kosten

Zunächst einmal ist es wichtig, den richtigen Therapeuten zu finden.

Da der Begriff Psychotherapeut mittlerweile geschützt ist, dürfen diesen nur Ärzte und Psychologen mit einer mehrjährigen Zusatzausbildung tragen. Adressen niedergelassener Psychotherapeuten lassen sich leicht ausfindig machen:

- Lassen Sie sich von der Krankenkasse eine Psychotherapeutenliste geben. Damit haben Sie die Gewissheit, sich an approbierte, kassenzugelassene Psychotherapeuten zu wenden.
- Die ‚Gelben Seiten‘ oder eine Internetrecherche geben Ihnen schnell einen Überblick über Therapeuten in Ihrer Nähe.
- Fragen Sie Ihren Hausarzt.
- Fragen Sie im Freundes- und Bekanntenkreis nach.
- Kassenärztliche Vereinigungen helfen bei der Suche nach freien Therapieplätzen.
- Smartphonebesitzer können sich eine APP herunterladen, die bei der Arzt-/Therapeutensuche im Umkreis hilft, sogar eine Filterung nach der Sprache bis hin zu Gebärdensprache ist möglich.
- Die Psychotherapeutenkammern der jeweiligen Bundesländer helfen ebenfalls bei der Suche sowohl online als auch telefonisch oder senden Ihnen eine Liste zu.

Da es sich oft um viele Sitzungstermine handelt, manchmal mehrere pro Woche, kann es je nach persönlicher Lebenssituation sinnvoll sein, erst einmal in der näheren Umgebung zu suchen. Wichtiger als die räumliche Nähe ist für die Psychotherapie allerdings, dass sich der Patient gut aufgehoben fühlt, damit ein tragfähiges Arbeitsbündnis entstehen kann. Dafür sind zu Beginn 5 sogenannte probatorische Sitzungen gedacht, die jeder Versicherte direkt in Anspruch nehmen kann. Zeigt sich in diesen Probesitzungen, dass es zwischen Patient und Therapeut nicht funktioniert, kann der Klient einen weiteren Versuch mit einem anderen Therapeuten starten. Soll die Therapie fortgesetzt werden, erwarten die meisten Kassen noch den Ausschlussnachweis einer organischen Ursache, die von einem Arzt festgestellt werden muss. Anschließend wird je nach Psychotherapieform noch ein Gutachten von der Kasse verlangt, welches der Psychotherapeut begründen muss.

Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen in der Regel die Kosten für Psychotherapie bis zu einem gewissen Umfang. Je nach Schwere der Erkrankung wird zunächst eine Kurzzeittherapie bis 25 Stunden oder eine Langzeittherapie von 45–50 Stunden durchgeführt. In besonders schweren Fällen können direkt bis zu 80 Stunden oder für eine psychoanalytische Psychotherapie bis zu 240 Stunden bewilligt werden.

Je nach Verlauf muss die Therapie vielleicht fortgeführt werden, dafür kann eine Verlängerung beantragt werden. Aktuell finanzieren die Kassen max. 300 Stunden Psychoanalyse, 100 Stunden tiefenpsychologisch fundierte Therapie und 80 Stunden Verhaltenstherapie.

Privatversicherte sollten sich unbedingt vorab über den Leistungskatalog ihrer Versicherung für die Kostenübernahme erkundigen, da es keine einheitlichen Versicherungs- und Leistungsbedingungen gibt. Eine schriftliche Bestätigung der Kostenübernahme kann hier Sicherheit schaffen.

Leider übersteigt die Nachfrage das Angebot an Psychotherapie erheblich, deshalb ist durchaus mit längeren Wartezeiten zu rechnen, bzw. es kann erforderlich sein, mehrere Telefonate zu führen, bis ein Termin vereinbart ist.



TIPP: Wenn es sehr lange dauert, bis Sie einen Termin bekommen, erkundigen Sie sich nach Institutionen in Ihrer Umgebung, die Hilfe anbieten, z.B. Krisendienste, Psychiatrische Ambulanzen, Beratungsstellen etc. Oftmals kann schon ein Gespräch mit einem professionellen Helfer erste Entlastung verschaffen. Es könnte durchaus auch sinnvoll sein, bei mehreren Psychotherapeuten gleichzeitig nach probatorischen Sitzungen zu fragen. Holen Sie sich Unterstützung von Angehörigen oder Freunden, wenn die Suche zu anstrengend für Sie ist.

Zusammenfassung: *Psychotherapie gilt in der Depressionsbehandlung mittlerweile als unverzichtbare Behandlungsstrategie. Die besten wissenschaftlichen Wirksamkeitsbelege zeigen die Kognitive Verhaltenstherapie und die Interpersonelle Therapie. Grundsätzlich geht es in der Psychotherapie immer um die Veränderung spezifisch depressiver Denk- und Verhaltensweisen, welche die Depression entstehen lassen und/oderaufrechterhalten. Dafür stehen lern- und erkenntnistheoretische Zugänge zur Verfügung, die mittlerweile häufig kombiniert werden. Neben der kognitiven Einsicht und Umstrukturierung stehen die Verbesserung der sozialen Interaktionen und die Wiederaufnahme positiver Aktivitäten als wesentliche Zielparameter im Fokus. Zum Gelingen dieser Veränderungen ist ein vertrauensvolles Arbeitsbündnis zwischen dem Klienten und Therapeuten unabdingbar. Die Finanzierung der Psychotherapie ist über die gesetzlichen Krankenkassen geregelt, Privatversicherte sollten sich vorab über die Bedingungen ihrer Police erkundigen.*

Dritte Behandlungsstrategie: Medikamentöse Behandlung

Mittlerweile steht eine Vielzahl an Medikamenten zur Verfügung.

WICHTIG: Antidepressiva machen nicht abhängig und wirken nicht persönlichkeitsverändernd. Auch die Nebenwirkungen sind je nach Wirkstoffgruppe bei modernen Medikamenten weniger gravierend als früher.



Wirkungsweise und Risiken

Generell erhöhen Antidepressiva die sogenannten Stimmungshormone Noradrenalin/Serotonin an den synaptischen Spalten der Nervenzellen (vgl. „Neurobiologie“). Hingegen kann der Botenstoff Dopamin in zu hoher Konzentration depressionsfördernd sein. In diesem Fall werden Neuroleptika eingesetzt, auf die an dieser Stelle nicht näher eingegangen wird, weil es sich dann eher um eine psychotische Form der Depression handelt, bei der zusätzlich wahnhaft und/oder halluzinatorische Symptome auftreten, wie z. B. Verarmungs- oder Versündigungswahn, Stimmenhören, bis hin zu vollständiger psychomotorischer Hemmung.

Üblicherweise dauert es ca. 2–4 Wochen, bis die erwünschten Effekte eintreten. Allerdings treten Nebenwirkungen meist sehr viel schneller ein. Das kann frustrierend sein und den Wunsch auslösen, das Medikament wieder abzusetzen. Dies sollte unbedingt vermieden werden, denn in der Regel vermindern sich diese Nebenwirkungen nach einer gewissen Zeit wieder. Eine hilfreiche ärztliche Strategie kann es sein, das Arzneimittel langsam über Tage oder Wochen ‚einzuschleichen‘, also die Dosis langsam zu erhöhen.

Ein nicht zu unterschätzendes Risiko betrifft den zeitlichen Abstand zwischen dem oftmals schnelleren Eintreten einer Antriebssteigerung und der Stimmungsverbesserung. Bei (latent) vorhandenen Selbsttötungsabsichten wird dadurch die Realisierung erleichtert. Die Stimmung ist nach wie vor („*obwohl ich ein Medikament nehme*“) niedergedrückt, der Antrieb zum Handeln, der vorher eine Umsetzung verhinderte, wieder da. Der behandelnde Arzt sollte deshalb unbedingt über diese Zusammenhänge aufklären und den Patienten zuversichtlich begleiten.

Das trifft auch für die Frage nach der Beendigung der Medikation zu, wenn die Symptome abgeklungen sind. Heute wird eine sogenannte Erhaltungstherapie über mindestens 6 Monate favorisiert, um die Therapieerfolge zu sichern.

Wie schon beim langsamen Hochdosieren zu Beginn gilt auch beim Beenden der medikamentösen Therapie ein langsames Ausschleichen als die bessere Wahl. Das Rückfallrisiko ist beim langsamen Herabsetzen der Dosis geringer und unerwünschte Absetzungserscheinungen, wie Schmerzen, Angstzustände, Unruhe etc., sind reduziert.



VORSICHT: Immer wieder ist zu beobachten, dass Betroffene zur Selbstmedikation neigen. Das ist verständlich, wenn die erhofften Wirkungen auf sich warten lassen, stattdessen aber die Nebenwirkungen prominent hervortreten, oder wenn die Symptome schon so weit abgeklungen sind, dass die ‚Psychopillen‘ vermeintlich nicht mehr gebraucht werden. Davon kann indes nur abgeraten werden. Jegliche Medikationsveränderung sollte zuvor genauestens mit dem verordnenden Arzt besprochen werden, um das hohe Risiko von Rückfällen und unerwünschten Nebenwirkungen zu minimieren.

Klassische Antidepressiva

■ TZA: Trizyklische Antidepressiva

TZA gehören zu den ältesten und immer noch wirksamsten Medikamenten gegen Depression. Sie beeinflussen nicht nur den Serotonin- und Noradrenalinhaushalt, sondern noch weitere Botenstoffe. Deshalb wirken sie gut, sind aber nicht so gut verträglich. Sie werden vor allem bei schweren Depressionen eingesetzt.

Mögliche Nebenwirkungen sind: Mundtrockenheit, Störungen beim Wasserlassen, starke Müdigkeit, Verstopfung, Gewichtszunahme, Schwindel, Sehstörungen, Blutdruckabfall, Herzrhythmusstörungen, Verwirrheitszustände bei älteren Menschen. Wegen der teilweise ernsthaften Nebenwirkungen ist eine regelmäßige ärztliche Kontrolle erforderlich.

■ MAO-Hemmer: Monoaminoxidasehemmer

Monoaminoxidase ist ein Enzym, welches verschiedene Botenstoffe abbaut. Dadurch kann die Konzentration der erwünschten Transmitter Serotonin und Noradrenalin wieder ansteigen. Die Wirkstoffgruppe unterscheidet sich in irreversible und reversible MAO-Hemmer.

Irreversible MAO-Hemmer mit dem Wirkstoff Tranylcypromin dürfen nur mit einer speziellen tyraminarmen Diät eingenommen werden. Dabei muss z. B. auf reifen Käse, Rotwein oder auch Schokolade verzichtet werden, da es sonst zu lebensgefährlichen Folgen kommen kann. Irreversible MAO-Hemmer werden nur dann eingesetzt, wenn andere Medikamente nicht die erwünschte Wirkung zeigen, z. B. bei sehr starker Antriebshemmung.

Bei den reversiblen MAO-Hemmern mit dem Wirkstoff Moclobemid ist eine Diät nicht zwingend erforderlich.

Nebenwirkungen können sich in raschem Blutdruckanstieg! (bei Diätfehlern), Mundtrockenheit, Schlafstörungen, Unruhe, Schwindel zeigen. Häufig sind Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten zu beachten, besonders mit anderen Antidepressiva. Deshalb darf keinesfalls eine Selbstmedikation vorgenommen werden und behandelnde Ärzte sollten immer über die Einnahme informiert werden.

Moderne Antidepressiva

■ SSRI: Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer

Diese Wirkstoffe hemmen die Wiederaufnahme von Serotonin in die Nervenzellen, sodass es an deren Kontaktstellen, den Synapsen, in höherer Konzentration vorliegt. Sie wirken rasch antriebssteigernd, während die Stimmungsaufhellung erst 2–3 Wochen später einsetzt, außerdem aktivierend und angstlösend, nicht sedierend.

SSRI haben weniger gravierende Nebenwirkungen als die o. g. TZA und MAO-Hemmer. Meistens handelt es sich um Übelkeit, Kopfschmerzen, Unruhe, Schwitzen, Schlaflosigkeit, sexuelle Funktionsstörungen, Appetitlosigkeit. Normalerweise verschwinden diese Symptome nach einiger Zeit. Sehr selten, dann aber sofort behandlungsbedürftig ist das Serotoninsyndrom: hohes Fieber, Muskelkrämpfe, Zittern, Erregungszustände, Bewusstseinsstörungen. Es kann bei hoch dosierten SSRI in Wechselwirkung mit anderen Wirkstoffen wie z. B. Migränemedikamenten (Triptane) eintreten.

■ SNRI: Selektive Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer

SNRI sollen stark antriebssteigernd durch die Hemmung der Wiederaufnahme von Noradrenalin in die Nervenzellen wirken.

Als Nebenwirkungen werden Schlafstörungen, Mundtrockenheit, Übelkeit, Kopfschmerzen, Schwitzen, sexuelle Funktionsstörungen genannt. Der Wirkstoff Reboxetin ist in Deutschland zwar noch zugelassen (in den USA nicht mehr, in der Schweiz eingeschränkt), aber aufgrund unzureichender und nicht über den Placeboeffekt hinausgehender Wirksamkeit werden Medikamente mit dem Wirkstoff seit 2011 nicht mehr von den Krankenkassen bezahlt.

Eine weitere Substanz aus dieser Klasse, Atomoxetin, ist für die Behandlung der Aufmerksamkeitsdefizitstörung zugelassen.

■ SSNRI: Selektive Serotonin- und Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer

Wie der Name schon sagt, werden mit diesen Medikamenten beide Transmittersysteme beeinflusst. Sie gehören chemisch zu den trizyklischen Antidepressiva, bis auf die neueren Varianten der Wirkstoffe Venlafaxin und Duloxetin. Sie werden verordnet, wenn Patienten auf die Hemmung eines einzelnen Botenstoffes nicht genügend ansprechen, und kommen eher bei schweren Depressionen und auch Angststörungen zum Einsatz. Insgesamt sind sie recht gut verträglich.

Nebenwirkungen können sich in Magen-Darm-Problemen zu Beginn der Behandlung, Unruhe, Schlafstörungen, Kopfschmerzen, sexuellen Funktionsstörungen oder allergischen Hautreaktionen zeigen.

■ **NaSSA: Noradrenerge und spezifisch serotonerge Antidepressiva**

Sie erhöhen die Ausschüttung beider Botenstoffe. Es zeigen sich gute depressions- und angstlösende Effekte, sie sind schlafanregend und beruhigend, die Wirkung tritt relativ schnell ein. Deshalb werden sie gern bei Patienten mit starken Schlafstörungen, Unruhe und Angstsymptomen eingesetzt.

Nebenwirkungen der Substanz Mirtazapin sind v. a. eine erhöhte Müdigkeit bis Benommenheit, niedriger Blutdruck, Mundtrockenheit sowie Heißhungerattacken mit nachfolgender Gewichtszunahme.

Pflanzliche Mittel

■ **Johanniskraut**

Es gilt als das älteste bekannte Mittel gegen Depressionen überhaupt. Seine Wirkungsweise ist nur unzureichend erforscht, dennoch ist die antidepressive Wirkung gegen leichte bis mittelschwere Depressionen belegt. Es wird angenommen, dass Johanniskrautextrakt ebenfalls den Botenstoffhaushalt beeinflusst. Als effektvolle Tagesdosis wird eine Einnahme ab 900 mg empfohlen. Insgesamt ist das Nebenwirkungsspektrum eng, gelegentlich kommt es zu einer höheren Lichtempfindlichkeit mit folgender Übelkeit und Hautreaktionen. Die Wechselwirkung mit anderen Medikamenten ist allerdings zu beachten. Eine Kombination mit chemischen Antidepressiva ist nicht angeraten. Diskutiert wird außerdem eine geringere Verhütungssicherheit mit der Antibabypille.

Lithium

Lithium ist ein natürlich vorkommendes Leichtmetall. Es wird als Langzeit- und Rückfallprophylaxe bei bipolaren Erkrankungen eingesetzt, weil es sowohl eine reduzierende Wirkung bei übersteigerter Aktivität und Stimmung als auch eine antidepressive Wirkung haben kann.

Ganz besondere Sorgfalt ist bei der Dosierung einzuhalten, da der Grad zwischen wirksamer Menge und Überdosierung mit Vergiftungserscheinungen sehr eng ist. Deshalb muss der Blutspiegel regelmäßig kontrolliert werden. Die Nebenwirkungen können gerade zu Therapiebeginn umfangreich sein, angefangen von Händezittern, Verdauungsschwierigkeiten, gesteigertem Flüssigkeitsbedarf, Gewichtszunahme, über Probleme mit dem Gedächtnis, der Wahrnehmung, Reaktionen und Koordination bis hin zu Langzeitfolgen für die inneren Organe. Eine Lithiumbehandlung bedarf deshalb einer regelmäßigen ärztlichen Kontrolle und persönlicher Sorgfalt.

Übersicht der Wirkstoffe und Medikamente (Auswahl)

Wirkstoff	Medikamente	Eigenschaften
SSRI		
Citalopram	Cilex, Cipramil, Citalopram, Serital	angstlösend, stimmungsaufhellend, antriebssteigernd
Fluoxetin	Fluctin, Fluoxetin, Prozac	angstlösend, nicht sedierend, antriebssteigernd
Fluvoxamin	Fevarin, Fluvohexal, Fluvoxamin	antriebssteigernd, zwangs- und angstlösend
Paroxetin	Paroxat, Tagonis, Euplix, Seroxat	antriebssteigernd, stimmungsaufhellend, angstlösend
Sertralin	Besitran, Zoloft, Lustral	antriebssteigernd, stimmungsaufhellend, angstlösend
SNRI		
Reboxetin	Solvex, Edronax, Vivalan	schlechte Nutzenbewertung, kein Vorteil gegenüber anderen Arzneien
SSNRI		
Venlafaxin	Trevilor, Efexin	stimmungsaufhellend, angstlösend, antriebssteigernd mit seltenen Nebenwirkungen
Duloxetin	Cymbalta	stimmungsaufhellend, angstlösend, schmerzlindernd, Linderung somatischer Beschwerden
Milnacipran	Dalcipran, Ixel (beide nur in Österreich)	stimmungsaufhellend, angstlösend, schwach antriebssteigernd
Amitriptylin (TZA)	Saroten, Elavin	zuerst dämpfend, stark angstlösend
Doxepin (TZA)	Aponal, Sinquan	stimmungsaufhellend, sedierend, angstlösend
Imipramin (TZA)	Tofranil	aktivierend und schwach antriebssteigernd, stimmungsaufhellend, stark angstlösend
Nortriptylen (TZA)	Nortrilen	aktivierend, stimmungsaufhellend, ähnlich Amitriptylin mit weniger Nebenwirkungen
Cloripramin (TZA)	Anafranil	stimmungsaufhellend, angstlösend, antriebssteigernd, zwangslösend
Trimipranin	Stangyl	stark sedierend, angstlösend

Wirkstoff	Medikamente	Eigenschaften
NaSSA		
Mirtazapin	Remergil, Zispin	schlafanregend, angstlösend, schmerzlindernd
Mianserin	Tolvin	ähnlich Mirtazapin, wg. möglicher lebensbedrohlicher Nebenwirkungen nicht Mittel erster Wahl
MAO-Hemmer		
Moclobemid	Aurorix, Rimoc	sehr aktivierend und antriebssteigernd, hebt Stimmung und psychomotorische Aktivität, gegen Erschöpfung, Antriebs- und Konzentrationsprobleme
Tranylcypromin	Jatrosom	irreversibler MAO-Hemmer, angstlösend, aktivierend, diätpflichtig

Tab. 2: Übersicht Medikamente



TIPP: Wer genauer, aber doch pragmatisch in die Materie Medikation einsteigen möchte, sei der Ratgeber von Greve, Osterfeld und Diekmann empfohlen: Umgang mit Psychopharmaka.

Vierte Behandlungsstrategie: Kombinationsbehandlung

Lange Zeit wurde v. a. vonseiten der Ärzteschaft die Gabe von Medikamenten als einzig wirksame Behandlung propagiert. Da der Ärztestand traditionell eine einflussreiche Rolle innehat und diese auch nutzt, war es sehr schwer, andere Verfahren zu kommunizieren und in der öffentlichen Wahrnehmung zu platzieren. Hinzu kommt unser immer noch tradiertes Verständnis von Krankheit als ein rein biologisch-somatisches Geschehen. Die Psyche oder gar soziale Faktoren mussten sich dem unterordnen. Depressionen sind allerdings viel mehr als eine biologische Reaktion des Körpers auf Stress, Verluste oder Stoffwechselstörungen. Sie sind primär psychosoziale Erkrankungen und je länger sie andauern, desto mehr wirken sie sich auf das psychosoziale Umfeld, die Alltagsbewältigung und die Lebensqualität aus. Die persönlichen Lebensumstände lassen sich nicht mit Arzneien verbessern, es bedarf stattdessen einer Veränderung des eigenen Lebensstils, der Kommunikation, der Wahrnehmung, der Belastungen, vielleicht der Rollen oder der Selbstakzeptanz. Diese Themen sind nur in der Auseinandersetzung mit sich selbst lösbar, am besten mit einer professionellen therapeutischen Begleitung. Dieses Verständnis setzt sich langsam auch in der konkreten Versorgung depressiv Erkrankter durch. Wissenschaftliche Untersuchungen bestätigen zunehmend die Bedeutung von Psychotherapie. Deshalb gibt es heute bezüglich der unipolaren Depression keine gute Argumentation mehr, die Erkrankung nur mit Medikamenten

zu behandeln. Arzneien helfen, akute Verläufe, mittlere bis schwere Depressionen und suizidale Absichten abzufedern. Sie sind oftmals notwendig, um überhaupt eine Psychotherapie beginnen zu können, weil die Patienten sonst zu antriebslos, zu niedergeschlagen, zu hoffnungslos sind, um sich mit Veränderung oder überhaupt dem nächsten Tag zu befassen. In diesen Fällen hat sich die Kombination von Psychotherapie und Medikation bewährt. Bei mittelschweren Depressionen ist z. B. die Wirkung von Psychotherapie und Medikation ungefähr gleich groß, die Medikation wirkt natürlich schneller, die Psychotherapie ist dafür nachhaltiger, wirkt also länger. Die Leitlinien empfehlen eine Kombination beider Verfahren, wenn eine Monobehandlung nicht ausreichend wirkt.

Bei schweren Depressionen ist eine Kombinationsbehandlung unbedingt erforderlich. Auf Medikamente kann nicht verzichtet werden, aber auch ein Weglassen der Psychotherapie wäre nach den in 2015 neu erscheinenden Leitlinien ein Fehler (Schauenburg, 2013).

Behandlungsempfehlung

Depression			
Leicht	2 Wochen abwartende Beobachtung	➔	Psychotherapie (Medikation nur unter besonderer Nutzen-Risikoabwägung)
Mittel		➔	Psychotherapie und/oder Medikation
Schwer		➔	Medikation und Psychotherapie

Ergänzende Behandlungsverfahren

In den o. g. Leitlinien werden neben den Hauptsäulen Psychotherapie und Medikation weitere Verfahren genannt, die eine Depressionsbehandlung unterstützen können.

Körperliches Training

Sport, hier in erster Linie Ausdauertraining, gilt allgemein als empfehlenswerte Methode, um sich körperlich und geistig fit zu halten. Studien belegen die unterstützende Wirkung bei Depressionen hinsichtlich verbesserter Stimmung und Antrieb. Biologisch wird dies in Zusammenhang mit einer vermehrten Ausschüttung von Endorphinen gebracht, ein Neurotransmitter, der für Glücksgefühle sorgen kann. Die Leitlinie weist zudem auf den Nebeneffekt hin, häufige Begleiterkrankungen der Depression (z. B. Verstopfung, Kreislaufkrankungen) gleichzeitig mit zu ‚behandeln‘. Empfehlenswert sind gemäßigte Ausdauersportarten mindestens

2–3x/Woche, z. B. Joggen, Schwimmen, Nordic Walking. Ideal erscheint es außerdem, zusätzlich sportliche Gruppenaktivitäten durchzuführen, um der Isolierung entgegenzuwirken und einen zusätzlichen Motivationsfaktor zu haben.

Denn gerade Menschen mit einer Depression, die vorher keinen regelmäßigen Sport betrieben haben, fällt es besonders schwer, eine sportliche Betätigung aufzunehmen. Deshalb ist es umso sinnvoller, sich Unterstützung im Familien- und Bekanntenkreis zu holen. Auch die Nutzung professioneller Angebote von Physiotherapeuten, Bewegungstherapeuten, Ergotherapeuten, Fitnessstudios, aber auch von Sportvereinen oder Angebote von Selbsthilfegruppen kann darin unterstützen, die eigene Befindlichkeit mit Bewegung zu verbessern.

Schlafentzug

Diese Methode wird für stationäre Patienten in Kliniken angeboten. Dabei bleiben die Patienten ab ein Uhr nachts wach und schlafen erst wieder am nächsten Abend. Damit das gelingt, werden sie vom Klinikpersonal durchgängig mit diversen Aktivitäten und Gesprächen, meistens in einer Gruppenkonstellation, beschäftigt. Die Erfolgsquote der überraschend deutlichen Stimmungsaufhellung ist hoch, bis zu 70% der Patienten profitieren davon. Wie dieser Effekt zustande kommt, ist immer noch nicht ganz geklärt. Besonders gut profitieren diejenigen Patienten, die unter tageszeitabhängigen Stimmungsschwankungen leiden: dem sogenannten Morgentief mit Aufhellung am Nachmittag bis in den frühen Abend. Leider hält der Effekt meist nicht lange an. Trotzdem kann er dafür sorgen, dem depressiv Erkrankten eine zwischenzeitliche Entlastung von der erdrückenden Stimmung zu verschaffen. Er kann aufatmen und vielleicht Kraft und Hoffnung für die weitere Therapie schöpfen.

Lichttherapie

Dieses Verfahren wirkt am ehesten bei saisonaler Depression, auch Winterdepression genannt. Die depressiven Symptome treten nur in der dunkleren Jahreszeit auf, im Frühjahr/Sommer gehen sie wieder zurück. Zur Durchführung werden spezielle Leuchten eingesetzt, die das natürliche Tageslichtspektrum abgeben. Das Licht muss dabei direkt auf die Netzhaut treffen. Empfohlen wird eine tägliche ‚Dosis‘ von 10.000 Lux über 30–40 Minuten, am besten frühmorgens und über den ganzen Winter hinweg, da die Wirkung der Stimmungsverbesserung schnell nachlässt. Die speziellen Lampen sind ab ca. 100,- Euro erhältlich, die Krankenkassen erstatten, wenn überhaupt, nur nach Einzelfallprüfung.

Insgesamt ist die Studienlage uneinheitlich, besonders für andere Depressionsarten ist kein durchgängiger Effekt nachweisbar. Allerdings ist das Verfahren recht nebenwirkungsarm, leichte Kopfschmerzen, trockene Schleimhäute und Unruhe halten nicht lange an. Deshalb spricht wenig dagegen, es auszuprobieren, ob die Lichttherapie im individuellen Fall helfen kann. Manche Experten empfehlen gerade für den Winter alternativ tägliche Spaziergänge – sozusagen eine natürliche Lichttherapie kombiniert mit Bewegung.

Elektrokrampftherapie – EKT

Hierbei handelt es sich um die Methode, die am meisten mit Vorurteilen zu kämpfen hat. Doch die Patienten werden dabei nicht gequält und oftmals kommt es zu schier unglaublichen Effekten. In Studien berichten bis zu 80 % der Behandelten von Symptomverbesserungen. Mittels Elektroden am Kopf wird elektrischer Strom durch bestimmte Hirnregionen geleitet. Da der Patient zu diesem Zeitpunkt unter Narkose steht und muskelentspannende Medikamente erhalten hat, kommt es eben nicht zu einem zuckenden Krampf der Muskulatur. Der leichte Krampfanfall spielt sich ausschließlich im Gehirn ab – ohne Schmerzen für den Behandelten. Die EKT wird 2–3x pro Woche über mindestens 14 Tage bis 6 Wochen durchgeführt. Sie kann auch als Erhaltungstherapie durchgeführt werden. Vermutlich wegen der Vorurteile und des höheren Durchführungsaufwands wird die EKT bislang nur stationär angeboten. Auch bei dieser Methode sind die Wirkungsweisen noch nicht gänzlich erforscht. Sicher ist, dass vermehrt Botenstoffe ausgeschüttet werden. Von der EKT profitieren nachweislich besonders Erkrankte mit sehr schweren Depressionen, bei denen sich andere Behandlungen als unwirksam gezeigt haben. Die EKT ist darüber hinaus nebenwirkungsarm. Vorübergehende Gedächtnisstörungen und Orientierungsstörungen und in Verbindung mit der Narkose manchmal Übelkeit werden berichtet. Das übliche Narkoserisiko ist zu beachten.

Transkranielle Magnetstimulation (TMS)

Mit der TMS werden bestimmte Hirnareale von außen mit Magnetfeldern stimuliert. Das Verfahren ist noch besser verträglich als die EKT, da keine Narkose erforderlich ist. Bisher liegen allerdings erst wenige Wirksamkeitsnachweise vor.

Ergotherapie

Laut Leitlinie kann Ergotherapie unter Umständen eine erfolgreiche Depressionstherapie unterstützen. Sie hilft, verlorene Handlungsfähigkeit im Alltag wiederzuerlangen. Dazu bedient sie sich unterschiedlicher Methoden, die im Einzelfall mit dem Klienten abgestimmt werden. Mit Ergotherapie kann das eigene Selbstvertrauen wieder erhöht werden, sie hilft beim Aufbau positiver Aktivitäten und der Tagesstrukturierung. Ergotherapie ist ein Standardbaustein im Behandlungsprogramm psychiatrischer Kliniken. Sie kann über eine Heilmittelverordnung, also ein ‚Rezept‘, auch ambulant in einer Praxis in Anspruch genommen werden. Der Studienumfang zur Wirksamkeit ist nicht befriedigend, es gibt noch zu wenig Forschung in diesem Fach. Seitens der Patienten herrscht meistens eine hohe Zufriedenheit mit dieser Therapieform. Gerade im Zusammenspiel mit Psychotherapie kann sie gute Strategien entwickeln, da es sich um eine handlungsbezogene Therapieform handelt. Ergotherapie hat neben den reinen Gesprächstherapien in den letzten Jahren immer mehr Bedeutung erlangt. Umso mehr, da sich Behandlungserfolge nicht nur an einer verbesserten klinischen Symptomatik, sondern auch und gerade am besseren ‚Zurechtkommen‘ im Alltag messen lassen müssen.

| Eigenarbeit – was kann jeder selbst tun?

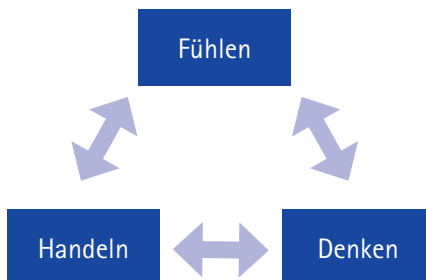
Therapie und Medikation als Behandlungsstrategien sind bei mittleren bis schweren Depressionen unverzichtbar.

Ohne eigenes Zutun wird sich aber die dauerhafte Genesung eher nicht einstellen. Das ist gerade in einer Phase tiefer Erschöpfung, Antriebslosigkeit und dem Gefühl, unfähig zu sein, nicht vorstellbar und der Gedanke stresst zusätzlich. Wenn wir aber davon ausgehen, dass die Erkrankung sich wieder bessert und schon in der Behandlungsphase Ihre Mitarbeit erforderlich ist, dann wird es wahrscheinlicher, dass Sie selbst etwas dafür tun können, diesen Prozess in Ihrem eigenen Tempo weiterzuführen. Wenn Sie noch am Anfang einer beginnenden Depression stehen und Sie vielleicht diesen Ratgeber nutzen, um herauszufinden, was Sie selbst tun können, dann haben Sie den ersten wichtigen Schritt schon getan!

Es gibt wissenschaftliche Erkenntnisse, die gerade für die Eigenarbeit in der Depression sehr vielversprechend sind. Dazu ein kleiner Exkurs:

Wie weiter oben beschrieben, zählt die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) zu den am besten wirkenden Behandlungsmethoden bei Depression. Innerhalb der KVT liegt der Schwerpunkt auf der kognitiven, also der erkennenden Komponente gegenüber der Verhaltenskomponente. Andere wissenschaftliche Erkenntnisse (Dimidjian et al., 2006; Jacobson et al., 1996) weisen jedoch darauf hin, dass die Verhaltensaktivierung der bessere Ansatzpunkt sein kann. Eine höhere Aktivitätsrate verbessert vermutlich eher die negativen Denkverzerrungen als umgekehrt. Das ist wichtig, denn Denken, Handeln und Fühlen sind eng miteinander verbunden und beeinflussen sich – und damit unsere Grundbefindlichkeit – gegenseitig: Wer immerzu schlecht von sich denkt, wird niedergedrückt und hoffnungslos. Wer hoffnungslos ist, zieht sich zurück und bemüht sich um nichts mehr. Wer nichts mehr tut, bestätigt damit die schlechten Gedanken und Gefühle.

Diese Prozesse der gegenseitigen Beeinflussung (vgl. Depressionsspirale im Kap. „Verstärkerverlust“) lassen sich verkürzt in einem Dreieck darstellen:



Gefühle lassen sich kaum direkt steuern. Aber auf unsere Gedanken und besonders auf unsere Handlungen können wir besser einwirken. Dieses Prinzip eignet sich sehr gut, negativen Gedanken und Gefühlen durch Handlung frühzeitig entgegenzutreten, bevor sie die Oberhand gewinnen. Verhaltenstherapeutisch gesehen geht es darum, über die Aktivierung mehr Verstärker für nicht depressives Verhalten zu gewinnen (Lochmann & Hoyer, 2013). Es lohnt sich also, am einfachsten Hebel des Dreiecks anzusetzen. Ergänzend dazu liefert ein Stimmungsprotokoll wertvolle Hinweise, welche Aktivitäten und Ereignisse das Befinden verändern (s. u.).

TIPP: Ergotherapeuten sind Experten für Handlungsfähigkeit. Sie können Ihnen erklären, wie Betätigungen wirken und v. a., was Sie tun können, um wieder besser in die für Sie selbst wichtigen Betätigungsprozesse hineinzugelangen.



Sie finden in der Folge nun etliche Hinweise, Tipps, Anregungen und Erfahrungen anderer Betroffener, wie Sie den Erkrankungsverlauf und die Gesundung selbst mit beeinflussen können und sollten. Der überwiegende Teil wird für die meisten depressiv Erkrankten zutreffen, dennoch ist jede Depression vor dem Hintergrund der eigenen Lebensgeschichte auch eine individuelle Erkrankung und Sie sollten abwägen und entscheiden, welche Bausteine für Sie momentan am hilfreichsten sind.

Bausteine für die Eigenarbeit

- **Informieren Sie sich ausführlich über die Erkrankung.**
Sie müssen wissen, womit Sie es zu tun haben. Unablässiges Grübeln und Selbstvorwürfe, dass es Ihnen so schlecht geht und Sie scheinbar unfähig oder gar zu faul sind, daran etwas zu ändern, verstärken Ihre Depression noch mehr.
- **Tauschen Sie sich mit anderen Betroffenen aus.**
Entlastend kann auch der Austausch mit anderen Betroffenen sein. Eine gute Starthilfe sind auch Selbsthilfegruppen oder Internetforen. Eine sehr gute Anlaufstelle dafür ist: www.kompetenznetz-depression.de
- **Holen Sie sich Hilfe von außen.**
Arzt, Psychotherapeut, Klinik, Beratungsstellen – alles, was Sie auffängt, hilft. Zu langes Zögern schadet! Gleichzeitig machen Sie damit einen weiteren Schritt: Sie stehen dazu, dass Sie erkrankt sind.
- **Akzeptieren Sie die Erkrankung.**
Es ist nicht einfach, sich ein psychisches Leiden einzugestehen. Vorurteile, Unverständnis und Ablehnung in unserer Gesellschaft lassen uns eher reflex-

artig dagegen ankämpfen, selbst davon betroffen zu sein. Doch ohne Akzeptanz, dass Sie diese Erkrankung vermutlich eine Weile begleiten wird und eine Auseinandersetzung mit ihr erforderlich ist, verzögert sich die Heilung.

- **Setzen Sie sich mit der Erkrankung auseinander.**

Wenn Sie dem Modell folgen können, Depression nicht als eine rein biologische Erkrankung anzusehen, sollten Sie sich über kurz oder lang mit den psychosozialen Aspekten auseinandersetzen: Welche inneren Befindlichkeiten, Erfahrungen, Bedürfnisse, Konflikte spielen eine Rolle, welche Beziehungen, welche sozialen Rollen? Wie ist der eigene Umgang damit? Gibt es neue Wege, hat die Erkrankung eine Funktion?

- **Ziehen Sie sich nicht zurück.**

Obwohl dieser Wunsch vielleicht sehr stark ist, geben Sie ihm nicht nach. Rückzug verschlimmert und verlängert die Erkrankung, bleiben Sie in Kontakt mit Ihrer Umwelt. Noch viel besser ist es, wenn Sie sogar versuchen, neue Kontakte einzugehen. Diese dürfen ruhig ganz anders sein als Ihre bisherigen Bekanntschaften – jünger, älter, andere Interessen, andere Lebensentwürfe etc. Vielfalt bedeutet Anregung, Ablenkung und die Möglichkeit, selbst Neues für sich zu entdecken.

- **Beachten Sie Ihren Lebensstil.**

Gesunde Ernährung, Schlaf, regelmäßige Bewegung/Sport sind wichtige Aspekte, die Sie nach Möglichkeit berücksichtigen sollten. Drogen, Alkohol, aber auch unkontrollierter Medikamentengebrauch sind Gifte für Körper und Seele.

- **Nehmen Sie die ärztlich verordneten Antidepressiva ein.**

Setzen Sie diese keinesfalls eigenverantwortlich ab und ändern Sie nicht ohne Absprache die Dosierung. Die Arzneien benötigen eine gewisse Zeitspanne, um ihre Wirkung zu entfalten, und sie müssen in ausreichend hoher Menge vorliegen. Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten sind zu beachten.

- **Analysieren Sie Belastungen.**

Überlegen Sie genau, welche Rollen und Verpflichtungen Sie haben, welche davon Sie momentan mit welcher Intensität wahrnehmen können und möchten und wo Abstriche erforderlich sind. Dauernde Überlastung stresst. Sie benötigen aber gerade sehr viel mehr Ruhe und Pausen als sonst. Akzeptieren Sie, aktuell nicht so leistungsfähig zu sein, das ist ein Symptom der Erkrankung, kein schwacher Charakter oder gar Faulheit.

- **Versuchen Sie Ihre Stimmung in Abhängigkeit von Tagesereignissen zu erkennen.**
Erstellen Sie ein Stimmungsprotokoll über ca. 14 Tage. Es wird Ihnen zeigen, zu welchen Zeiten es Ihnen etwas besser ging und welche Tagesereignisse, Gedanken etc. damit zu tun haben. Dieses Protokoll mit weiteren Erklärungen können Sie unter www.schulz-kirchner.de/shop auf der Artikel-Detailseite des Titels herunterladen.
- **Nehmen Sie sich nicht zu viel vor.**
Lieber 2x am Tag eine halbe Stunde spazieren gehen, als einmal 10 Km joggen, was evtl. nicht durchgehalten wird. Das frustriert unnötig. Verschaffen Sie sich lieber kleine Erfolgserlebnisse, als die Messlatte zu hoch zu legen.
- **Wahren Sie einen regelmäßigen Tagesablauf.**
Vielen Depressionserkrankten hilft eine regelmäßige Tagesstruktur mit einer ausbalancierten Abwechslung von Pflichten und angenehmen Aktivitäten. Erstellen Sie sich am besten einen schriftlichen Wochenplan. Wenn Sie ein Stimmungsprotokoll haben, nutzen Sie es, um Ihren Tagesablauf anzupassen.
- **Bleiben Sie hartnäckig in Ihren Bemühungen.**
Nicht alles gelingt sofort und nachhaltig, viele Veränderungen im Verhalten und Denken benötigen häufiges Üben, bis sie fast von alleine ablaufen. Wenn sie dann gelingen, üben Sie trotzdem weiter, wie ein Sportler, der nach einem Erfolg ebenfalls weitertrainiert. Am Ball bleiben ist schwer, gerade in einer Depression, und auch Rückschläge sind möglich – geben Sie trotzdem nicht auf!
- **Belohnen Sie sich.**
Auch kleine Erfolge dürfen gefeiert werden und sind Ihrer Beachtung wert. Versuchen Sie, eben diese ‚Kleinigkeiten‘ wieder wertzuschätzen, sie nicht abzuwerten oder als selbstverständlich hinzustellen. Überlegen Sie, womit Sie sich belohnen können, worüber Sie sich früher gefreut haben, was Ihnen gutgetan hat.
- **Bleiben oder werden Sie aktiv.**
Die Verhaltensaktivierung ist ein ganz wesentlicher Punkt in der Genesung, mit ihr können Sie sowohl schlechte Gedanken als auch schlechte Gefühle in den Griff bekommen. Sie lenkt von Grübeleien ab, entlastet, gibt Energie zurück, lässt Sie am Leben teilhaben. Betätigungen sind ein Grundbedürfnis jedes Menschen, vernachlässigen Sie sie nicht. Dabei müssen es nicht immer die tollen expansiven, dynamischen Aktionen sein, nein, auch ein Spaziergang, ein Gespräch, ein bewusstes Entspannen oder z.B. Nachdenken über philosophische Fragen können hilfreiche Betätigungen sein. Das kommt ganz darauf an, was Ihnen persönlich wichtig ist und Freude bereitet.

Selbsthilfetechniken

Im folgenden Abschnitt sind einige Techniken zusammengestellt, wie Sie ein Stimmungsprotokoll erstellen, vermehrt angenehme Aktivitäten identifizieren und umsetzen, etwas gegen die depressiv verzerrten Gedanken tun oder sich ablenken können, bzw. wie Sie sich gegen aufkeimende Krisen wappnen.

Stimmungsprotokoll

Wie schon erwähnt, wirken Handeln, Denken und Fühlen gegenseitig aufeinander ein und verändern die Stimmung. Wenn jetzt ein Muster erkennbar ist, welche dieser Komponenten bei welchen Gelegenheiten sich wie verändern, lässt sich dieses Muster benutzen, um günstige Gelegenheiten für Stimmungsverbesserungen zu schaffen.

Füllen Sie dazu das Stimmungsprotokoll (nach Hautzinger, 2006) (als Download unter www.schulz-kirchner.de/shop auf der Artikel-Detailseite des Titels hinterlegt) jeden Tag vollständig aus. Tragen Sie für jede Stunde ein, was gerade anlag, was passierte, was Sie gedacht oder gemacht haben. Dann bewerten Sie Ihre Stimmung in diesem Moment nach einer Plus-Minus-Skala. Das Ziel ist nicht, überall ein ++ oder + eintragen zu können, das wäre vermutlich unrealistisch. Und eine ‚- Stimmung‘ ist immer noch besser als eine ‚- - sehr schlechte Stimmung‘. Es

ist sinnvoll, sie nach einer bestimmten Vorgehensweise auszufüllen, die immer eingehalten wird. Überlegen Sie sich ein System, das Ihnen machbar erscheint. Bei der Auswertung der Blätter sehen Sie sich dann an, an welchen Tagen und zu welchen Gelegenheiten Sie welche Stimmungsbewertung eingetragen haben und suchen Sie nach Zusammenhängen. Zu welchen Gelegenheiten war die Stimmung besser, was passierte, was haben Sie gemacht, was dachten Sie? Gibt es Verläufe, die an die Depressionsspirale erinnern?

Wenn Sie diese Muster erkannt haben, sind Sie in der Lage, Ihre Tage, Anforderungen, Aufgaben mit angenehmen Aktivitäten in eine bessere Balance zu bringen und so mehr gute Zeiten mit besserer Stimmung zu kreieren.

Schmitt, R. (2015): Depression. Ratgeber für Betroffene, Angehörige, Helfer und Interessierte

Anhang 1: Stimmungsprotokoll nach Hautzinger, 2006

Datum	Tragen Sie bitte Ihre Stimmung ein:	++ sehr gute Stimmung + gute Stimmung 0 weder noch - schlechte Stimmung -- sehr schlechte Stimmung	Stimmung
Uhrzeit	Was ist in der Zeit passiert, was habe ich gemacht, gedacht?		
7-8			
8-9			
9-10			
10-11			
11-12			
12-13			
13-14			
14-15			
15-16			
16-17			
17-18			
18-19			
19-20			
20-21			
21-7			

© Schulz-Kirchner Verlag, 2015

Identifizierung angenehmer Aktivitäten – Interessencheckliste

Oftmals ist es für depressiv Erkrankte gar nicht so einfach, zu beantworten, was ihnen eigentlich gut tut, was sie gerne machen oder was ihnen früher mal Spaß gemacht hat. Doch eine Verhaltensaktivierung funktioniert natürlich am besten nach genau diesen Kriterien und der Aufbau vermehrter angenehmer Aktivitäten ist ein Grundstein verhaltenstherapeutischer Interventionen. Auch innerhalb der Ergotherapie als handlungsbezogener Disziplin sind Aktivitäten oder Betätigungen sowohl Mittel als auch Ziel der Behandlung. Mithilfe einer Interessencheckliste können Sie versuchen, alte und neue Interessen zu erkennen und für sich nutzbar zu machen (als Download unter www.schulz-kirchner.de/shop auf der Artikel-Detailseite des Titels hinterlegt). Kreuzen Sie einfach an, welche Punkte Sie gut finden, welche Sie vielleicht früher interessiert haben, und überlegen Sie sich, ob Sie diese in Zukunft (wieder) in Angriff nehmen möchten. Vielleicht fallen Ihnen auch Dinge ein, die dort nicht notiert sind. Fügen Sie diese dann ein.

Zur Konkretisierung können Sie bei Bedarf die letzte Seite ausfüllen: Wählen Sie evtl. 5–6 Interessen aus und übertragen Sie diese in die erste Spalte. Dann überlegen Sie: Was ist für die Umsetzung der einzelnen Interessen notwendig, welche Voraussetzungen gibt es? Wenn Sie beispielsweise Schwimmen gehen möchten: Ist ein Schwimmbad in der Nähe, können Sie es gut erreichen, wann sind die Öffnungszeiten, gehen Sie alleine hin oder mit einer anderen Person, was kostet es usw.?

Dieses Sich-Befassen mit der Aktivität und das Vorausplanen können Ihnen helfen, besser in die Umsetzung zu gelangen, weil Sie dann schon alles vorab geklärt haben und ‚nur‘ noch machen müssen. Vielleicht verschafft Ihnen die Planung sogar schon ein kleines Erfolgserlebnis und Sie können sich selbst loben!

Im Gegensatz zum Stimmungsprotokoll geht es hier ausschließlich um das Tun selbst, Sie brauchen keine Stimmungen und Gedanken zu notieren. Kommen Sie in die Aktivität und Sie werden vermutlich merken, dass Ihnen das einfach gut tut! Wenn Sie es nicht alleine schaffen, wenden Sie sich an Ihren Arzt. Er kann Ihnen eine ambulante Ergotherapiepraxis nennen, um z. B. diverse handwerklich-kreative Tätigkeiten auszuprobieren, oder wenn Sie Unterstützung beim Bearbeiten der Protokolle benötigen oder wenn es darum geht, den Alltag wieder besser in den Griff zu bekommen. Viele Praxen bieten auch Entspannungstechniken an.

Schmitt, R. (2015): Depression. Ratgeber für Betroffene, Angehörige, Helfer und Interessierte

Anhang 4: Interessencheckliste

Bestimmen Sie Ihre Interessen

	Haben Sie früher an der Aktivität teilgenommen?	Möchten Sie sie in Zukunft gerne durchführen?
Aktivitäten	ja	ja
Darüberhören		
Meditation, Yoga		
Karten spielen		
Fremdsprachen lernen, sprechen		
Duschen, ein Wannenbad nehmen		
Konzerte besuchen		
Spaziergänge machen		
Zu interessanten Dingen arbeiten		
Schreiben		
Tanzen		
Computer/Handyspiele spielen		
Fußball spielen, zuschauen		
Veranstaltungen besuchen		
Theater, Ballett sehen		
Computertätigkeiten		
Internet		
Übald-Tiere		
Kino, Filme anschauen		
Musik hören		
Schwimmen		
Sauna, Dampfbad besuchen		
Spiele		
Freunde, Bekannte treffen		
Museen, Ausstellungen besuchen		
Grillen, im Freien sein		
Lesen: Bücher, Zeitschriften, Comics etc.		

© Schulz-Kirchner Verlag, 2015

1 von 6

Wenn Sie eine Praxis finden, in der es Gruppenangebote gibt, fragen Sie nach, ob es einen Platz für Sie gibt, dann lassen sich Aktivierung und Kontakt in einem professionellen, leistungsfreien Raum mit therapeutischer Unterstützung gleich miteinander verbinden.



TIPP: Wenn Sie in der Interessencheckliste nicht fündig werden, können Sie z. B. unter www.hobbymap.de von ‚Bürogolf‘ bis ‚Rückwärtslaufen‘ nach weiteren interessanten Ideen forschen.

Wochenkalender

Mit dem Stimmungsprotokoll und der Interessencheckliste stehen Ihnen zwei hilfreiche Instrumente zur Verfügung, um Ihre Woche mit angenehmen und stimmungsverbessernden Aktivitäten zu füllen. Wenn Sie sich nun noch einen Wochenkalender anlegen, in den Sie in einer möglichst ausgewogenen Balance Pflichten und positive Aktivitäten eintragen, sind Sie in Ihrer Eigenarbeit schon ein gutes Stück vorangeschritten. Das Anlegen eines Wochenplans kann gerade bei vermindertem Antrieb unterstützen, die vorgenommenen Aktivitäten wirklich durchzuführen. Da Menschen mit einer Depression dazu neigen, in erster Linie die Pflichten zu erledigen, und dann meistens keine Energie mehr haben, sich den positiven Aktivitäten zuzuwenden, ist es umso notwendiger, diese nicht aus den Augen zu verlieren. Darüber hinaus hat sich gezeigt, dass eine regelmäßige Tagesstruktur stabilisierend auf den Genesungsprozess wirken kann.

Verzerrte Gedanken verändern

Das ist eine sehr sinnvolle, aber auch langwierige Prozedur. Die depressiven Denkschemata haben sich nämlich über einen längeren Zeitraum entwickelt. Sie sind nicht angeboren, sondern wurden erlernt und müssen demzufolge erst wieder verlernt werden. Diese Denkschemata tragen zur Aufrechterhaltung der Depression bei. Sie sind einseitig negativ verzerrt, meist wenig realistisch und sorgen für eine schlechte Befindlichkeit. Leider gibt es für diesen Denkstil viele typische Formen, sodass an dieser Stelle nur beispielhaft gezeigt werden kann, worum es sich handelt und welche Gegenstrategien möglich sind. Außerdem ist es sinnvoll, diese Methodik mit einem Therapeuten einzuüben.

- **Geistige Filter:**
Die Gesamtsituation wird aufgrund eines einzigen, vielleicht sogar gänzlich unwichtigen Details negativ eingeschätzt. *Es regnet heute, der ganze Urlaub ist im Eimer ...*
- **Negative Verallgemeinerungen:**
Einzelne Aspekte führen zu einer generellen Sichtweise, dass ALLES, IMMER, NIE gut werden wird. *Niemand liebt mich; immer geht alles schief; ich bin völlig wertlos ...*

- **Sollte-Aussagen:**
Erlernte, verinnerlichte Lebensregeln, familiär oder kulturell verstärkt, mit universeller Gültigkeit, Idealvorstellungen sind der Bewertungsmaßstab. *Ich muss perfekte Arbeit abliefern, darf mich nicht gehen lassen ... also überhöhte Ansprüche.*
- **Gedankenunterstellung:**
Die reden so leise, bestimmt lästern die über mich ...
- **Abwehr des Positiven:**
Es werden eher negative als positive Dinge geschehen, Positives wird nicht beachtet oder als Ausnahme angesehen. Positives Feedback wird nicht angenommen, im Gegensatz zu negativer Rückmeldung. *Ja, der Inhalt ..., aber hast du gesehen, wie schlecht ich das vorgetragen habe und wie die Präsentation aussah ...*
- **Über- oder Untertreibung:**
Probleme und mögliche Konsequenzen werden übertrieben, eigene (Lösungs-) Fähigkeiten heruntergespielt, abgewertet. *Ich habe vergessen, das Radio auszuschalten, bestimmt habe ich Alzheimer ...*
- **Zuschreibungsstil:**
Misserfolge werden sich selbst zugeschrieben, Erfolge dem Zufall/Glück oder der Tüchtigkeit anderer zugewiesen. *Gut, dass heute kein schwieriges Kind in der Gruppe war und Anna mir geholfen hat ...*
- **Voreiliges Schlussfolgern:**
Entscheidungen/Bewertungen werden auf der Grundlage weniger Informationen getroffen und negativ interpretiert. *Mein Freund ist schon 10 min zu spät dran, bestimmt liebt er mich nicht mehr ...*
- **Verzerrte Erinnerungen:**
Negative Ereignisse und autobiografische Gedächtnisinhalte bleiben eher in Erinnerung als positive. *Ich war schon immer unbeliebt, auch in der Schule hatte ich keine Freunde ...*

Diese verzerrten Denkmechanismen laufen ganz automatisch ab, da sie erlernt und verinnerlicht sind, und führen zwangsläufig zu Selbstzweifeln und einer pessimistischen Zukunftserwartung. Es wäre entsprechend hilfreich, diese automatischen Gedanken stoppen zu können, bevor sie sich zu sehr ausbreiten und die Depressionsspirale nach unten drehen. Das ist mit einiger Übung mit einem Selbstinterview möglich (Jelinek, Hauschildt & Moritz, 2015).

Fragen Sie sich zunächst, ob diese Gedanken hilfreich sind und ob es nicht noch andere mögliche Gedanken, Interpretationen einer Situation geben könnte. Was würden Sie anderen Personen sagen, wenn diese so denken würden? Sich immer die Schuld an allem zu geben, Lob nicht anzunehmen, automatisch Negatives zu erwarten, immer die höchsten Ansprüche erfüllen zu müssen? Wenn dieses Selbstinterview die Gedanken nicht verändert, setzen Sie einen bewussten Stopp.



Übung: Gedankenstopp

- Instruieren Sie sich selbst!
- Sagen Sie sich, am besten laut, „*STOPP! Dieser Gedanke belastet mich, ich will ihn nicht haben.*“
- Lenken Sie dann sofort die Aufmerksamkeit auf einen positiven Gedanken oder noch besser: Tun Sie etwas Angenehmes.
- Wiederholen Sie diese Prozedur, sobald sich die negativen Gedanken einschleichen, sie benötigt viel Training.

Sollte es sich um einen belastenden, aber notwendigen Gedanken handeln, überlegen Sie, ob er auf einen späteren Zeitpunkt verschiebbar ist. Schreiben Sie ihn auf und kümmern Sie sich darum, wenn es Ihnen gut genug geht.



Übung: Pumptechnik

‚Pumpen‘ Sie positive Gedanken in den Kopf!

Negative Gedanken stehen dem Menschen mit einer Depression jederzeit in großer Anzahl zur Verfügung, positive leider weniger. Den unwillkürlich negativen Gedanken automatisch positive gegenüberzustellen ist also gar nicht so leicht.

Denken Sie deshalb nach, welche positiven Aussagen Sie über sich und Ihr Leben treffen können. Fragen Sie auch Angehörige, Freunde, Kollegen. Schreiben Sie sich diese Aussagen auf Karteikarten oder auf Post-its.

Tragen Sie die Notizen bei sich, ziehen Sie immer wieder am Tag eine hervor, lesen Sie sie laut vor und befassen Sie sich eine Weile damit. Ein guter Lerneffekt tritt ein, wenn Sie dieses Durchlesen mit häufigen alltäglichen Verrichtungen ritualisieren, so erinnert sich Ihr Gehirn besser an die positiven Sätze. Es ist z. B. gut, vor jedem Essen oder Trinken einige Karten durchzulesen. Erweitern Sie Ihre Kartensammlung, sobald Ihnen ein neuer positiver Gedanke begegnet.



Übung: Signaltechnik

Versuchen Sie in Abwandlung der eben vorgeschlagenen Ritualisierung bestimmte Orte, Tätigkeiten oder Gegenstände als Signal für positives Denken zu benutzen: z. B.: *„Immer wenn ich auf die Uhr blicke/den Kühlschrank öffne/ins Bad gehe usw., denke ich an etwas Schönes.“* So kann nach einer Weile oder zusätzlich können Sie mit selbstklebenden Post-its arbeiten. Beschrei-

ben Sie diese mit positiven Gedanken, verteilen Sie sie in Ihrer Wohnung und positionieren Sie sie immer wieder neu an anderen Stellen. Sie werden sich wundern, wie viele positive Gedanken es gibt.

Übung: Bewertung verändern

Ein wesentlicher und sehr ungünstiger Mechanismus im depressiven Denken besteht in der negativen Bewertung von Ereignissen, welche dann ein schlechtes Gefühl machen. Anders ausgedrückt: Nicht das Ereignis selbst, sondern dessen Bewertung sorgt für das schlechte Gefühl.



Um diesen Mechanismus zu erkennen und ihn zu bearbeiten, hat sich die **EbG-Spaltentechnik** als nützlich erwiesen (E= Ereignis, b= bewertender Gedanke, G = Gefühl).

Beispiel

E = Ereignis	b = bewertender Gedanke	G = Gefühl
Ehemann äußert sich nicht zum Hochzeitstag/ hat kein Geschenk	Nie denkt er an unseren Hochzeitstag, ich bin ihm völlig egal	Enttäuscht, unglücklich, verzweifelt

Sinn der Übung ist nun, die negativ verzerrte Bewertung erstens zu erkennen und zweitens zu verändern, um die Stimmung positiv zu beeinflussen:

E = gleiches Ereignis wie oben	b = neue bewertende Gedanken	G = neues Gefühl
Ehemann äußert sich nicht zum Hochzeitstag/ hat kein Geschenk	Ob er unseren Hochzeitstag vergessen hat, wie schon einmal? Ein Gedächtnis wie ein Sieb	Nichts Neues, schade, aber es belastet mich nicht

Auch die EbG-Spaltentechnik erfordert einige Übung. Im Downloadbereich (www.schulz-kirchner.de/shop auf der Artikel-Detailseite des Titels) finden Sie eine entsprechende Kopiervorlage zum Ausprobieren.

Gehen Sie bitte folgendermaßen vor:

- Tragen Sie zuerst unter **G** das schlechte Gefühl ein
- Dann unter **E** das auslösende Ereignis
- Zum Schluss unter **b** die bewertenden Gedanken, die in der Situation auftraten

Anschließend suchen Sie neue Bewertungen für das Ereignis, die Ihr Gefühl positiver verändern können. Tragen Sie diese in die untere Tabelle ein. Ergänzen Sie dort ebenfalls das veränderte Gefühl.

Um zu hilfreicheren Bewertungen zu gelangen, versuchen Sie folgende Kriterien einzubringen:

- **Konkrete situationsbezogene Aussagen treffen:**
 Statt: *„Mir fehlt einfach die Kraft für alles“*, besser: *„Vorhin hat meine Kraft nicht gereicht, um den Abwasch zu erledigen, das kann ich nachholen, wenn es mir im Laufe des Tages etwas besser geht“*.

- **Im Hier und Jetzt bleiben, statt die Zukunft vorherzusagen:**
 Statt: *„Es ist so schlecht, dass ich in der Prüfung nur eine 3 geschafft habe, ich werde immer schlechter, das wird niemals wieder besser, es ist hoffnungslos“*, besser: *„Dieses Mal hat es nicht mit der erwünschten Note geklappt, eine 3 ist aber kein Beinbruch.“*

- **Perspektivwechsel vornehmen:**
 Es ist Ihnen nicht gelungen, den Rasenmäher zu reparieren – Sie werten sich selbst ab, fühlen sich unfähig, Ihr Selbstvertrauen sinkt. Wechseln Sie jetzt die Perspektive: Was würden Sie in diesem Fall einem Freund sagen, welche Gründe würden Sie anführen, warum es nicht funktioniert hat, wie würden Sie ihn trösten?

- **Verallgemeinerungen und ‚Katastrophisierungen‘ vermeiden:**
 Formulierungen wie *„immer, nie, sollte, müsste ... schlimm, schrecklich, hoffnungslos“* sollten Sie nicht mehr verwenden bzw. durch positive ersetzen.

Wenn es anfangs nicht so gut klappt, hilfreichere Bewertungen zu finden, holen Sie sich Hilfe z. B. bei Freunden.

Wenn Sie gerade niemanden fragen können, nutzen Sie das Prinzip des **Lernens am Modell**: Stellen Sie sich eine Person vor, die nicht depressiv ist und die Sie mögen. Wie würde sie die Situation bewerten, was würde sie dazu sagen, wie damit umgehen?

Übung: Zuschreibungsstil ändern



Sie kennen das: Irgendetwas klappt nicht und für Sie ist es ganz selbstverständlich, dass es an Ihrer eigenen Unfähigkeit lag, auch wenn Sie gar nicht verantwortlich waren. Der Bus fährt vor Ihrer Nase weg? Dann sind Sie („wie immer“) zu spät aus dem Haus gegangen, weil Sie keine Kraft hatten, früh genug aufzustehen. Dass Sie unterwegs noch von Nachbarn aufgehalten wurden, spielt in Ihrer Bewertung keine Rolle. Oder ein Vorhaben gelingt erstaunlicherweise doch, dann war es wahrscheinlich Glück bzw. jemand anderes hat den Hauptanteil daran? Oder vielleicht war die Angelegenheit so einfach, dass sie jedes Kind hätte bewältigen können?

Damit sind wir schon mitten in den sogenannten Zuschreibungsstilen: Für negative Ereignisse fühlt sich der depressive Mensch grundsätzlich selbst verantwortlich, gar schuldig, während positive Ereignisse anderen, dem Zufall, Glück o. Ä. zugeschrieben werden – keinesfalls aber den eigenen Bemühungen.

Zuschreibungen erfolgen demnach einseitig und zu eigenen Lasten (Wilken, 2010). Nicht bedacht werden:

- Mögliches Zusammentreffen mehrerer Faktoren für eine Situation
- Verantwortung anderer für ein Misslingen
- Zufall oder Situationsbezug, der außerhalb der eigenen Kontrolle liegt
- Eigene Fähigkeiten

Als Folge dieser ungünstigen Zuschreibungen können ein verringertes Selbstwertgefühl, ungünstige, vermeidende Verhaltensweisen, geringere Aktivität, Rückzug auftreten – alles depressive Symptome.

Das Einüben eines ausgewogenen Zuschreibungsstils, der mehrere Ursachen zulässt, kann ebenfalls mit einer 3-Spaltentechnik vorgenommen werden (Kopiervorlage zum Download unter www.schulz-kirchner.de/shop auf der Artikel-Detailseite des Titels). Zuerst geht es um das Wahrnehmen des einseitigen Denkstils, anschließend sollen mögliche weitere Erklärungen für das Ereignis überlegt werden.

Ereignis	Selbst-Zuschreibung	Andere Erklärungen
Ehemann äußert sich nicht zum Hochzeitstag/hat kein Geschenk	Ich hätte ihm eine Eselsbrücke bauen sollen, so fühlt er sich schlecht, wenn er später dran denkt, und ich bin daran schuld	Wir sind seit 20 Jahren verheiratet, so langsam kann er mal selbst dran denken Der Termin fällt dieses Jahr sehr ungünstig mit viel Arbeitsstress zusammen
Die Prüfung ist nicht so gut verlaufen, wie erhofft	Ich bin zu dumm, habe nicht genügend gelernt, bin immer so nervös	Die Dozenten haben den Stoff nicht gut genug aufbereitet Es war viel zu laut im Prüfungsraum, so konnte ich mich nicht konzentrieren Das Thema war ungünstig

Die Verantwortung nicht nur bei sich selbst zu suchen, fällt Menschen mit einer Depression enorm schwer. Die oben genannte Übung wird evtl. richtig Überwindung kosten, denn Verantwortung aufzuteilen, kann Schuldgefühle hervorrufen. Auch dabei kann es helfen, mit einer Vertrauensperson hilfreiche andere Erklärungen zu überlegen, damit der Betroffene sich diese ‚Ungeheuerlichkeit‘ überhaupt erlauben darf und den Automatismus des einseitigen Zuschreibungsstils überwinden kann.

Es geht nicht darum, jegliche Verantwortung wegzuschieben, sondern darum, eine objektivere Sicht und Quantifizierung des eigenen Anteils an einem Ereignis zu erreichen.

Selbstinstruktionen

Manchmal kommt es an der Schnittstelle zwischen (verändertem) Denken und Handeln zu Brüchen. Dann wird mit Listen und in Gedanken alles gut auf einer theoretischen Ebene bearbeitet. Die Durchführung der erkannten Interessen bleibt aber trotzdem im Planen stecken. Selbstinstruktionen können dann helfen, die erlernten Strategien, wie z. B. Gedankenstopps, direkt im Alltag in konkreten Situationen anzuwenden. Selbstinstruktionen sind vergleichbar mit Selbstgesprächen, also eine Kommunikationsform, die jeder kennt und bei sich anwendet. Sie helfen uns, komplexe Aktivitäten zu steuern, uns gedanklich auf Situationen vorzubereiten und anschließend besser mit ihnen umzugehen. Selbstinstruktionen lassen sich in vier Elemente aufteilen:

- **Konkrete Zielformulierung:**
„Ich werde heute bei jedem auftretenden negativen Gedanken die Gedankenstopptechnik anwenden.“
- **Belohnende Durchführung:**
„Wenn ein negativer Gedanke auftaucht, sage ich unmittelbar laut ‚Stopp‘ und denke anschließend an ein schönes Ereignis (konkret benennen). Nachdem der Gedanke gestoppt wurde, belohne ich mich mit ...“ Das ist nur individuell zu klären. Da aber nicht in jeder Situation ein z. B. Wannenbad als Belohnung erfolgen kann, kann man sich mit symbolischen Objekten helfen: Stecken Sie z. B. am Tagesanfang 10 Kaffeebohnen in Ihre linke Hosentasche. Jedes Mal, wenn Sie erfolgreich einen negativen Gedanken gestoppt haben, nehmen Sie eine Bohne und stecken sie in die rechte Tasche. Am Abend zählen Sie Ihre Ausbeute und notieren sich diese in einem Kalender.
- **Aufschreiben:**
Je genauer, kleinschrittiger Sie die Instruktionen formulieren, desto besser werden Sie sich daran erinnern und vorbereitet sein.
- **Üben:**
Auch außerhalb des üblichen Alltags können Sie die Instruktionen einüben. Wenn Sie z. B. in der nächsten Woche eine bestimmte Aktivität durchführen wollen, beschreiben Sie die gesamte Vorgehensweise bis dahin detailliert – und dann tun Sie es am besten sofort!
Oder wenn Sie positive Gedanken mit der Signaltechnik steigern möchten, beschreiben Sie eine Strategie – beispielsweise: *„Immer wenn ich auf die Uhr blicke, denke ich an den romantischen Sonnenuntergang im letzten Urlaub und belohne mich mit ...“* –, dann blicken Sie auf die Uhr, denken an den Sonnenuntergang und wie Sie sich dabei fühlten. Anschließend belohnen Sie sich – das kann auch ein weiterer instruktiver Satz sein: *„Das habe ich richtig gut gemacht, es hat genauso funktioniert, wie geplant.“*
Gehen Sie Ihre Instruktionen immer wieder in Gedanken durch, vergleichen Sie sie mit dem schriftlichen Text, modifizieren Sie die Instruktionen da, wo sie noch nicht passen. Indem Sie sich mit ihnen beschäftigen, verinnerlichen Sie diese Selbstgespräche.

Achtsamkeit

Mit diesem Begriff ist gemeint, die Aufmerksamkeit absichtsvoll, nicht wertend und bewusst auf den jeweiligen Augenblick zu lenken (Kabat-Zinn, 2006). Sie gilt als hilfreiche Voraussetzung für positives Erleben und Stressminderung. Nicht wertend bedeutet, Ereignisse, Gefühle, Gedanken so wahrzunehmen, wie sie sind, ohne sie zu bekämpfen oder in gut und schlecht einzuteilen. Sie soll dazu führen,

sich selbst als freundlichen Beobachter des eigenen Erlebens zu sehen, der nicht auf alles im Sinne einer aktiven Bewältigung reagieren muss, auch nicht auf schlechte Gefühle oder Gedanken. (Hammer, 2014; Wells, 2011). Zu unterscheiden ist zwischen dem mittlerweile in vielen Kursen vermittelten MBSR-Training (Mindfulness-Based-Stress-Reduction), welches sich gut für die Eigenarbeit nutzen lässt, und der Mindfulness-Based-Cognitive-Therapy (MBCT), einer Kombination aus MBSR und kognitiv-verhaltenstherapeutischen Interventionen.

T **Tip:** Viele Krankenkassen bieten Kurse zum MBSR an, die als Präventionsmaßnahmen kostenfrei sind oder bezuschusst werden. Aber auch von Volkshochschulen, niedergelassenen Therapeuten etc. werden immer häufiger Kurse angeboten.

Ablenkungsstrategien

Wenn es nicht möglich ist, belastende Gedanken und akute Stimmungstiefs kognitiv zu beeinflussen, kann Ablenkung eine funktionierende Methodik sein. Sie kann helfen, wieder Boden unter die Füße zu bekommen, durchzuatmen, Kraft zu sammeln. Welche Methoden dabei gut wirken, ist von den persönlichen Vorlieben abhängig und muss ausgetestet werden. Hier einige Beispiele:

- **Konzentration umleiten:**
Richten Sie Ihre Konzentration auf etwas anderes, was Sie fordert: Kreuzworträtsel lösen, puzzeln, Hörspiel anhören, ein Bild zu Musik malen, Videospiel spielen, schreiben, Gehirnjoggingübungen oder Fingerübungen durchführen, z. B. [downloadbar unter \[www.oetb.at/fileadmin/images/bts/Material/fingeruebungen.pdf\]\(http://downloadbar.underwww.oetb.at/fileadmin/images/bts/Material/fingeruebungen.pdf\)](http://downloadbar.underwww.oetb.at/fileadmin/images/bts/Material/fingeruebungen.pdf)
- **In Bewegung kommen:**
Alles, was Sie körperlich fordert: joggen, walken, schwimmen, tanzen, jonglieren, Ballspiele, Gymnastik, Fitnesscenter, ...
- **Konkrete Aktivitäten:**
Haushaltstätigkeiten, Hobbys, Telefonieren, Gartenarbeit (vgl. auch Interessencheckliste)
- **Körperempfinden aktivieren:**
Eine kalte/heiße Dusche nehmen, Sauna, sich massieren lassen (spüren); eine Chilischote/Ingwerwurzel kauen (schmecken), an einer kräftigen Duftessenz riechen (riechen), rhythmische, evtl. laute Musik hören (hören), den Sekundenzeiger einer Uhr betrachten (sehen)

- **Hirn-Flick-Flack:**
Fordern Sie Ihre grauen Zellen: Subtrahieren Sie von der Zahl 223 immer 7; suchen Sie 10 Frauennamen/Tiere/Schimpfwörter, die mit A beginnen; mit links (für Rechtshänder) schreiben, essen, zeichnen, Zähne putzen
- **Gefühle ersetzen:**
Tun Sie bewusst etwas, was entgegengesetzte Gefühle erzeugt: einen lustigen Film anschauen, gefühlvolle Geschichten lesen, eine Witzeseite im Internet suchen
- **Kontakt:**
Suchen Sie den Kontakt zu anderen Menschen, Bekannten, Verwandten, Selbsthilfegruppen
- **Andere unterstützen:**
Jemanden helfen/eine Freude machen
- **Situation wegschieben:**
Verlassen Sie die Situation innerlich, in Gedanken, bauen Sie in Ihrer Vorstellung eine dicke Mauer auf. Versetzen Sie sich stattdessen an einen angenehmen Ort, verweilen Sie dort.
Schließen Sie die Gedanken/den Schmerz irgendwo ein, wie in einem Tresor, wo sie/er nicht von allein wieder heraus können/kann
- **Entspannung:**
Versuchen Sie, die Ihnen bekannten Entspannungstechniken anzuwenden, sofern diese Sie von den Belastungen ablenken können; gelingt es Ihnen nicht, kehren Sie lieber zu den aktiven Ablenkungsmethoden zurück

Kontakte

Wie oben schon thematisiert, ist der Drang nach Rückzug bei den meisten unter Depressionen leidenden Menschen sehr stark. Sie fühlen sich unfähig zu allem und schämen sich dafür, sie glauben, langweilig zu sein, nichts zu einem Gespräch beitragen zu können oder fürchten, sich lächerlich zu machen. Dazu kommt, dass sie Schwierigkeiten haben, sich längere Zeit auf Gespräche zu konzentrieren, dass ihre Merkfähigkeit reduziert ist und sie größere Gruppen, in denen viele Gespräche parallel ablaufen, überfordern. Die innere Befindlichkeit und die scheinbare Unfähigkeit, daran etwas zu ändern, führen zu Selbstvorwürfen und Schuldgefühlen. Wie sollte anderen erklärt werden können, was mit einem los ist? Während unter der eigenen Verzweiflung gelitten wird, kann für andere immer weniger empfunden werden. Gesellige Situationen, Freude, Spaß erinnern nur daran, selbst so nicht mehr fühlen zu können. Das wird dann als ein weiteres Manko der eigenen Persönlichkeit

gesehen und als Grund für Verzweiflung gewertet. Isolation scheint der einzige Ausweg, obwohl Einsamkeit andererseits zu weiterem Leiden führt. Dieser Prozess kann bis zum Abbruch aller Beziehungen und dem Verlust der sozialen Existenz gehen. Hinzu kommt, dass der Dreiklang Rückzug, Isolation, Einsamkeit sich gegenseitig fördert und zur Aufrechterhaltung der Erkrankung beiträgt. Den Rückzug zu durchbrechen kann umgekehrt zu einer positiven Beeinflussung der Depression beitragen.

Welche Möglichkeiten gibt es, in Kontakt zu treten?

- Erste Ansprechpartner sind immer **Familie, Freunde**.
- Beziehen Sie auch das **engere soziale Umfeld** mit ein: Schule der Kinder, Arbeitskollegen, Kirchengemeinde, Vereine, Interessengemeinschaften im lokalen Umfeld.
- Üben Sie **Hobbys** aus, die in einer Gemeinschaft umgesetzt werden; nutzen Sie die Interessencheckliste für weitere Ideen.
- Besuchen Sie **lokale Feste und Feierlichkeiten**, Sie müssen nicht stundenlang ausharren und sich unbedingt prächtig amüsieren. Diese Vorstellung macht Druck. Es reicht für den Anfang, wenn Sie überhaupt da waren und vielleicht an einem einzigen kurzen Gespräch teilgenommen haben.
- **Selbsthilfegruppen** sind für viele Menschen mit Depression eine erste Anlaufstelle, sich mit der Erkrankung auseinanderzusetzen. Die Erfahrung, dass es anderen ähnlich geht, kann entlasten. Einen guten Einstieg, um deutschlandweit nach Selbsthilfegruppen zu suchen, bietet die Internetseite www.nakos.de
- **Internetforen**, wer (noch) nicht in eine ‚reale‘ Selbsthilfegruppe möchte, kann sich Internetforen anschauen. Hier lässt sich völlig anonym die eigene Geschichte erzählen, es gibt Feedback von Menschen, die Ähnliches erleben und die verstehen, wie es einem geht. Die Teilhabe an ihren Erfahrungen, der Kontakt, das Gefühl, nicht allein zu sein, mag helfen, einen ersten Schritt aus der Isolation zu wagen. In Deutschland bietet das Forum des Kompetenznetz Depression eine gute Anlaufstelle:
<http://www.diskussionsforum-depression.de/forum-depression/>

Ein weiterer Vorteil von Internetforen besteht in der Erhöhung der Selbstkompetenz, da es unmittelbar zu einer Anreicherung von Wissen um die Erkrankung kommt. Ein zusätzlicher positiver Effekt kann das Schreiben an sich sein, da es zur

Klärung und Selbstreflexion beitragen kann. Dennoch, reale Kontakte und direkter persönlicher Austausch sollten gegenüber der virtuellen Welt bevorzugt werden, es besteht durchaus ein Risiko der virtuellen Isolierung.

Weitere Adressen und Telefonnummern finden Sie im Kapitel Adressen, Literatur.

Notfallplan

Depressionen verlaufen meist in Wellen, es kommt also immer mal wieder zu Einbrüchen. Besonders bei krisenhaften Ereignissen, die nicht unbedingt der Eigenkontrolle unterliegen, wie z. B. Verluste, Krankheiten, mehrere Veränderungen gleichzeitig usw., steigt die Gefahr eines Einbruchs. Machen Sie sich deshalb Gedanken über Ihre persönlichen Risiken und Belastungen, die zu Stimmungstiefs und Handlungsunfähigkeit führen können und Sie der Abwärtsspirale näher bringen. Legen Sie sich anschließend eine ‚Notfallkette‘ zurecht, die Sie sofort anlaufen lassen, sobald eines der aufgeführten Ereignisse eintritt. Zögern Sie nicht, je eher Sie reagieren, desto besser bekommen Sie alles wieder in den Griff.

Die Elemente der ‚Notfallkette‘ sollten Sie schon früher ausprobiert haben und wissen, dass Sie Ihnen gut tun. Das Experimentieren in Notsituationen verunsichert eher. Beispiel:

Notfallplan

- Gedankenstopp anwenden
 - Signaltechnik nutzen und Post-its mit positiven Gedanken verteilen
 - Wochenplan mit vermehrten angenehmen Tätigkeiten erstellen und durchführen
 - Xy oder yx anrufen und in Kontakt bleiben, treffen
 - Weitere Belastungen vermeiden und von Ansprüchen anderer abgrenzen
 - Den Psychotherapeuten anrufen
-

| Angehörige und das soziale Umfeld

Angehörige depressiv Erkrankter stecken in einer schwierigen Lage. Die Krankheit kann das gesamte gemeinsame Leben bestimmen, angefangen vom normalen Alltagsablauf bis hin zur Sexualität. Leider gibt es kein Patentrezept, das treffsicher sagen kann, was zu tun oder besser zu lassen ist. Die Veränderungen, die mit der Krankheit einhergehen, sind schwer zu verstehen und schwer zu ertragen. Emotionaler Rückzug des Betroffenen, fehlende Reaktionen auf Ansprache, körperliche Symptome, die übermächtige Antriebslosigkeit, Freudlosigkeit, Interessenlosigkeit und Insuffizienz machen manche Angehörige hilflos, andere vielleicht verärgert bis wütend, da ihre Unterstützung nicht angenommen wird, der Betroffene sich einfach nicht ändern will oder kann. Deshalb an dieser Stelle die wichtigste Botschaft, aus der sich alle weiteren Tipps ableiten:



HINWEIS: Depressiv Erkrankte **KÖNNEN** nicht – das hat mit nicht **WOLLEN** nichts zu tun.

Im Umgang mit Betroffenen haben Angehörige folgende Möglichkeiten:

- **Wissen aneignen:**
Machen Sie sich zum Experten, je mehr Sie über die Erkrankung wissen, desto besser können Sie abschätzen, was mit dem Betroffenen gerade passiert und wie es Ihr beiderseitiges Verhältnis beeinflusst. Denn der Betroffene wird es Ihnen selbst vermutlich gar nicht sagen können.
- **Unterstützung geben, aber nicht überfürsorglich sein:**
Trotz der Erkrankung geht es auch um Selbstverantwortung. Sie können und sollten dem Menschen mit einer Depression nicht alles abnehmen. Achten Sie auch auf Ihre eigenen Grenzen und Belastbarkeit.
- **Zeit lassen:**
Depressionen verschwinden in der Regel nicht einfach mit ein paar Tabletten. Seien Sie sich bewusst, dass gerade Zeit und das Vermeiden von Überforderung während einer Therapie notwendig sind.
- **Abwertung vermeiden:**
Gut gemeinte, schulterklopfende Ratschläge bewirken das Gegenteil.

- **Hoffnung vermitteln:**
Setzen Sie der Hoffnungslosigkeit des Betroffenen reale positive Ereignisse, kleine Lichtblicke, wahrgenommene Stimmungsveränderungen entgegen. Er wird sie selbst nicht bemerken, umso wichtiger sind die Hinweise von außen.
- **Warmherzigkeit, Empathie bieten:**
Wie jeder andere Kranke auch benötigt der an einer Depression Erkrankte ‚Seelenpflege‘, obwohl er vielleicht wenig davon zurückgeben kann. Achten Sie auf dessen aktuelle Befindlichkeit, um das passende Maß an Nähe und Distanz zu finden. Sprechen Sie sachlich auch über Ihre eigenen Gefühle, es ermöglicht ihm, die Situation besser einzuschätzen.
- **Nicht therapeutisch vorgehen:**
Überlassen Sie das den professionellen Helfern, Sie geraten sonst leicht in Konflikte.
- **Verstärkung nicht-depressiven Verhaltens:**
Loben Sie, drücken Sie Anerkennung und Wertschätzung aus, Sie dürfen sich offen freuen, aber es nicht übertreiben. Nehmen Sie eine Zurückweisung nicht persönlich.
- **Lebenswichtige Themen:**
Entscheidungen dieser Art sollten, wenn möglich, besser auf die Zeit nach der Depression verschoben werden oder zumindest auf bessere Phasen.
- **Einhaltung von Therapie und Aktivitäten, Tagesstruktur:**
Unterstützen Sie gesundheitsförderliches Verhalten. Bieten Sie immer wieder gemeinsame Aktivitäten an, ohne zu überfordern. Achten Sie vielleicht im Hintergrund auf die Einhaltung wichtiger Termine, auf ausreichende Nahrungszufuhr etc. Das ist vergleichbar mit einem persönlichen Coach, der aber trotzdem nicht bedrängt, Eigenverantwortung zulässt und die eigenen Grenzen ebenfalls beachtet.

Was können Angehörige für sich selbst tun?

- **Eigene Interessen aufrechterhalten:**
Machen Sie sich nicht abhängig von dem Interessenverlust Ihres Partners. Im Gegenteil, es ist auch für Sie eine anstrengende Zeit, und deshalb sollten Sie besonders darauf achten, Ihre Entspannungs- und Energiespeicher wieder aufzufüllen. Sie dürfen das und es kommt Ihrem Partner wiederum zugute.

- **Rückzug vermeiden, soziale Kontakte weiter pflegen:**
Da gemeinsame Unternehmungen oft nicht mehr möglich sind, ist auch das Umfeld von diesem Rückzug betroffen. Die Depression des Partners in der sozialen Umgebung zu kommunizieren, fällt auch nicht leicht, man fürchtet unangenehme Fragen und Unverständnis. Diese Zeit zehrt an den eigenen Kräften, die Lust, mit anderen etwas zu unternehmen, schwindet. Lassen Sie das nicht zu! Achten Sie auf sich, es nützt Ihrem Angehörigen gar nichts, wenn auch Sie im schlechtesten Falle in eine Abwärtsspirale hineingeraten.
- **Hilfe annehmen:**
In einer existenziellen Notlage ist es selbstverständlich, sich Hilfe zu holen. Die Depression eines Angehörigen kann genauso eine Notlage sein, nicht nur für ihn selbst, sondern für das gesamte Umfeld.
- **Angehörigengruppen:**
Neben professionellen Helfern, wie z. B. Psychotherapeuten oder Beratungsstellen, gibt es mittlerweile immer häufiger auch Selbsthilfegruppen, die sich mit dem Umgang mit der Erkrankung befassen, mit Unterstützungsmöglichkeiten, aber auch mit Abgrenzung. Sie können sehr wertvoll sein, die eigene Position zu klären, Entlastung zu erfahren und auch wieder Mut zu schöpfen. Über www.nakos.de können Sie ebenfalls Angehörigengruppen in Ihrem lokalen Umfeld recherchieren.
- **Angehörigenselbsthilfe im Internet:**
Auch für Angehörige gibt es Foren. Das oben genannte Kompetenznetz Depression bietet innerhalb des Forums einen eigenen Abschnitt für Angehörigenfragen.

| Gesund bleiben

Wenn die Depression abklingt oder überwunden ist, stellt sich natürlich die Frage, ob sie wiederkommt und ob man ihr präventiv begegnen kann. In der Phase der ersten Besserung – Klienten beschrieben sie häufig als „*Licht am Ende des Tunnels*“ – kommt es nun unbedingt darauf an, den eingeschlagenen Weg fortzusetzen, die Therapiesitzungen weiter zu besuchen und eine eventuelle Medikation nicht eigenmächtig abzusetzen. Weiterhin ist Eigenarbeit zu betreiben. Wichtig ist es, sich insgesamt nicht unter Druck zu setzen oder setzen zu lassen, schnell wieder ganz gesund sein zu müssen. Die Genesung benötigt immer Zeit und kann sogar durch Rückfälle unterbrochen werden. Das ist nicht ungewöhnlich, und gerade dann darf keine Therapieunterbrechung vorgenommen werden. Ein weiterer zu beachtender Aspekt ist das erhöhte Suizidrisiko, gerade wenn es wieder besser wird. Darüber sollte Ihr Arzt/Psychotherapeut im Vorfeld mit Ihnen gesprochen haben.

Gesund bleiben ist möglich und das Gute daran ist, Sie können die erlernten Strategien für die Genesung weiterhin anwenden, denn was Ihnen in der akuten Erkrankungsphase geholfen hat, ist auch für die Aufrechterhaltung des Therapieerfolgs hilfreich.

Was können Sie dafür tun?

- **Verhaltensaktivierung:**
Sie haben erkannt, dass positive Aktivitäten zur Stimmungsverbesserung beitragen, Ihr Selbstwertgefühl steigern und Sie sich insgesamt lebendiger fühlen. Nutzen Sie diese Erkenntnis weiter und versuchen Sie, die Anzahl positiver Aktivitäten zu erhöhen, bzw. Aktivitäten, die Ihnen nicht gut tun, zu verringern. Bei den Aktivitäten im Dreieck Handeln – Denken – Fühlen anzusetzen, ist nach wie vor die beste Lösung. Führen Sie auch das Stimmungsprotokoll fort, um sich immer wieder die Zusammenhänge zu verdeutlichen. Evtl. kann Ihnen ambulante Ergotherapie helfen, Aktivitäten auszuweiten.
- **Kleine Schritte:**
Sieben-Meilen-Stiefel sind nicht angesagt, legen Sie die Messlatte nicht zu hoch.
- Tages-/Wochenstruktur planen und einhalten.
- Belohnen Sie sich.
- Ergänzen Sie Ihre Kartensammlung positiver Gedanken und Ereignisse.

- **Warnsignale:**
Stellen Sie eine Liste mit Signalen zusammen, die Sie frühzeitig erkennen lassen, ob die Balance zwischen Anforderung und Entspannung noch stimmt: Stresssymptome, vermehrte Eigenzweifel, schlechter Schlaf, Appetitveränderungen, Rückzugstendenzen ...
- **Belastende Ereignisse und Risiken:**
Diese liegen oft außerhalb der eigenen Kontrolle. In der Therapie sollten Sie darauf vorbereitet worden sein und Hilfsmittel an die Hand bekommen haben. Vermutlich haben Sie auch eine Risikoliste angelegt, deren Ereignisse geeignet sind, eine Krise auszulösen. Falls nicht, tun Sie das bitte jetzt und führen Sie immer den Notfallplan mit sich.
- **Gesund leben:**
Achten Sie auf eine ausgewogene Ernährung, regelmäßige Bewegung, regelmäßigen und ausreichenden Schlaf, verzichten Sie weitestgehend auf Genussgifte wie Alkohol, Nikotin.
- **Sport:**
Regelmäßige sportliche Aktivitäten können vorbeugend wirken. Sportlich aktive, über 40 Jahre alte Menschen erkranken seltener an einer Depression als inaktive.
- **In Kontakt bleiben:**
Bemühen Sie sich um die Aufrechterhaltung/Ausweitung von Kontakten, teilen Sie sich mit. Rückzug führt in die Depressionsspirale.
- **Kognitive Bewertungen aktualisieren:**
Die langjährig eingeschlichenen Denkmuster schlummern vielleicht noch irgendwo in Ihrem Kopf. Nehmen Sie sich die Übungen aus der Therapie vor und gehen Sie diese immer mal wieder durch.
- **Persönliche Checkliste:**
Niklewski und Riecke-Niklewski (2012, S. 310) schlagen eine Checkliste vor, die helfen soll, hilfreiche und schädliche Gedanken, Gefühle, Ereignisse und Aktivitäten zu identifizieren.

Und:

- **Bleiben Sie am Ball:**
Depressionen sind behandelbar. Im Gegensatz zu vielen anderen Krankheiten haben Sie sogar die Chance, selbst etwas zu tun. Das ist anstrengend, gibt Ihnen aber wieder die Kontrolle über Ihr Leben zurück.

| Internetadressen

Selbsthilfe

www.kompetenznetz-depression.de

- Umfangreiches Internetportal mit Forum für Betroffene und Angehörige
Info-Telefon Depression: Tel.: 0800 3 34 45 33

http://www.buendnis-depression.de/depression/postpartale-depression-nuernberg.php

- Informationen und Flyer zur Depression nach Geburt
Nürnberg, Tel.: 0911 / 398 – 37 66

www.depri.ch/forum.html

- Schweizer Portal mit riesigem Forum

www.buendnis-depression.at

- Analog dem deutschen Bündnis gegen Depression. Gute Anlaufstelle mit weiterführenden Adressen in Österreich, leider keine überregionale Kontaktstelle vorhanden

www.depressionsliga.de

- Portal von Betroffenen für Betroffene
Tel.: 07144 / 7 04 89 50, keine telefonische Depressionsberatung

www.depri.net

- Reines Forum

www.nakos.de

- Adressenfinder für Selbsthilfegruppen in Deutschland
Berlin, Tel.: 030 / 31 01 89 60

www.kosch.ch

- Adressenfinder für Selbsthilfegruppen in der Schweiz
Selbsthilfe Schweiz, Basel, Tel.: +41 61 333 86 01

www.selbsthilfe.at

- Adressenfinder für Selbsthilfegruppen in Österreich
Keine zentrale Adresse

www.bapk.de

- Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker. Informationen zur Krankheit, Behandlung, Rechtsfragen, soziale Sicherung etc. Geschäftsstelle Bonn, Tel.: 0228 71 00 24 00

www.depression-behandeln.de

- Viele Informationen und Tipps zur Depression

<http://www.schatten-und-licht.de/>

- Selbsthilfeorganisation für Mütter mit seelischen Erkrankungen im Zusammenhang mit der Kindsgeburt Welden, Tel.: 08293 / 965864

www.deutsche-depressionshilfe.de/stiftung/informationen-fuer-experten.php

- Expertenseite der Stiftung Deutsche Depressionshilfe
Kostenlose Hotline für Betroffene, Tel.: 0800 3 34 45 33

Psychotherapeutensuche

www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de/index.php?id=22&no_cache=1

- Suche z. B. nach Postleitzahlen, Therapieform, Kostenübernahme etc.
Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung e.V., Berlin, Tel.: 030 235 00 90

<http://www.kbv.de/html/2044.php>

- Arzt- und Therapeutensuche, auch Smartphone-APP erhältlich
Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin, Tel.: 030 4005-0

Ergotherapeutensuche

<https://www.dve.info/ergotherapie/therapeutensuche.html>

- Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V. (DVE), Karlsbad,
Tel.: +49 (0)7248 - 91 81 0

<http://www.ergotherapie.ch/index.cfm>

- ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz (EVS), Bern, Tel.: +41 (0)31-313 88 44

<http://www.ergotherapie.at/therapeutinnensuche/>

- Ergotherapie Austria – Bundesverband der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten Österreichs, Wien, Tel.: +43 (0)1- 895 54 76

Literatur für Betroffene, Angehörige und Helfer

Es gibt unzählige Bücher, Webseiten, Zeitschriftenartikel zum Thema Depression. Folgend eine kleine Auswahl.

Boden, M. & Feldt, D. (2012): Krisen bewältigen, Stabilität erhalten, Veränderung ermöglichen: Ein Handbuch zur Gruppenmoderation und zur Selbsthilfe. Köln: Psychiatrie Verlag.

→ *Eine Fülle an Übungen, viele auch in Einzelsitzungen durchführbar.*

Böker, H. (2011): Psychotherapie der Depression. Bern: Hans Huber.

→ *Umfassende Informationen zur Erkrankung, psychologische Modelle und psychotherapeutische Zugangswege.*

Epstein Rosen, L. & Amador, X. F. (2002): Wenn der Mensch, den du liebst, depressiv ist: Wie man Angehörigen oder Freunden hilft. Reinbek: Rowohlt.

→ *Nützliches Buch für diejenigen, die mit einem depressiven Menschen leben und sich ernsthaft einlesen möchten.*

Greve, N., Osterfeld, M. & Diekmann, B. (2013): Umgang mit Psychopharmaka. Köln: BALANCE buch + medien.

→ *Ausführlicher, leicht verständlich geschriebener Ratgeber, incl. Downloadangebot zum Abruf aktueller Informationen.*

Hautzinger, M. (2013): Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen: Mit Online-Materialien. Weinheim: Beltz.

→ *Ein Standardwerk für alle, die verhaltenstherapeutisch mit depressiven Menschen arbeiten.*

Homeier, S. (2006): Sonnige Traurigtage: Illustriertes Kinderfachbuch für Kinder psychisch kranker Eltern und deren Bezugspersonen. Frankfurt: Mabuse.

Niklewski, G. & Riecke-Niklewski, R. (2012): Depressionen überwinden – Niemals aufgeben! Stiftung Warentest.

→ *Sehr umfangreiches Werk mit einer Fülle an Informationen zur Erkrankung und medikamentösen sowie psychotherapeutischen Behandlung aus ärztlicher Sicht.*

Johnstone, M. (2008): Mein schwarzer Hund: Wie ich meine Depression an die Leine legte. München: Kunstmann.

→ *Eine liebevolle und doch eindrückliche Selbstschilderung in einer Bildergeschichte, die auch für Angehörige Verstehen ermöglicht.*

Müller-Röhrich, T., Hass, K., Margue, F., van den Broek A. & Wagner, R. (2013): Schattendasein – Das unverständene Leiden Depression. Berlin/Heidelberg: Springer.

→ *Zusammenstellung und Aufarbeitung vieler Einträge des Internetforums im Kompetenznetz Depression. Hilfreiche Informationen und Rat von Betroffenen und Angehörigen für diejenigen, die die persönlichen Innenansichten der Depression interessiert.*

Wolpert, L. (2008): Anatomie der Schwermut. Über die Krankheit Depression. München: Beck.

→ *Ein Biologe beschreibt seine Erkrankung sowohl aus wissenschaftlicher Perspektive als auch unter dem Aspekt des Betroffenen.*

| Literaturverzeichnis

- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., Emery, G. & Hautzinger, M. (Hrsg.). (2010): Kognitive Therapie der Depression. Weinheim: Beltz.
- DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BPtK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW (Hrsg.). (2012): S3 – Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Kurzfassung. Berlin: ÄZQ – Redaktion Nationale VersorgungsLeitlinien.
- Dimidjian, S. et al. (2006): Randomized Trial of Behavioral Activation, Cognitive Therapy, and Antidepressant Medication in the Acute Treatment of Adults with Major Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(4), 658–670.
- Hammer, M. (2014): SBT: Stressbewältigungstraining für psychisch kranke Menschen. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Hautzinger, M. (2003): Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen. Weinheim: Beltz.
- Hautzinger, M. (2006): Ratgeber Depression. Informationen für Betroffene und Angehörige. Göttingen u. a.: Hogrefe.
- Hegerl, M., Althaus, D. & Reiners, H. (2006): Das Rätsel Depression: Eine Krankheit wird entschlüsselt. München: Beck.
- Hohagen, F. & Nessler, T. (Hrsg.) (2006): Wenn Geist und Seele streiken. Handbuch psychische Gesundheit. München: Südwest Verlag.
- Jacobson, N. S. et al. (1996): A Component Analysis of Cognitive-Behavioral Treatment for Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 295–304.
- Jelinek, L., Hauschildt, M. & Moritz, S. (2015): Metakognitives Training bei Depression (D-MKT). Weinheim: Beltz.
- Kabat-Zinn, J. (2006): Gesund durch Meditation. Frankfurt: Fischer.
- Kielhofner, G., Mentrup, C. & Langlotz, A. (2012). Checklisten des Model of Human Occupation. Dt. Übersetzung: Mentrup, C. & Langlotz, A. Idstein: Schulz-Kirchner.
- Klein, J. P., Schweiger, U., Heuser, I. & Colla, M. (2011): Einfluss von Psychotherapie und Pharmakotherapie auf die Hirnaktivität bei depressiven Patienten. *Psychotherapie*, 16(2), 277–283.
- Kroll, L. E. & Lampert, T. (2012): Arbeitslosigkeit, prekäre Beschäftigung und Gesundheit. GBE kompakt 3(1), Hrsg.: Robert Koch-Institut, Berlin.
- Lewinsohn, P. M. (1974): A behavioral approach to depression. In: Friedmann, R. J., Katz, M. M. (Hrsg.). *The psychology of depression*. New York: Wiley.
- Lewinsohn, P. M., Munoz, R. F., Younggreen, M. A. & Zeiss, A. M. (1982): Der Weg zum seelischen Gleichgewicht. Depressionen erkennen überwinden vermeiden. Salzburg: Otto Müller.
- Lochmann, E. & Hoyer, J. (2013): Verhaltensaktivierung bei Depression. Aktuelle Anwendungs- und Settingvarianten. *Psychotherapie im Dialog* (3), 57–60.
- Schauenburg, H. (2013): Die Leitlinie „Unipolare Depression“ Welche Bedeutung hat sie für die Psychotherapie? *Psychotherapie im Dialog* (3), 22–25.

- Schramm, E. & Grawe, K. (2010): Interpersonelle Psychotherapie: Mit dem Original-Therapiemanual von Klerman, Weissman, Rounsaville und Chevron, 3., vollständ. überarb. Aufl., Stuttgart: Schattauer.
- Seligmann, F. E. & Petermann, F. (2010). Erlernete Hilflosigkeit: Anhang: „Neue Konzepte und Anwendungen“ von Franz Petermann. Weinheim: Beltz.
- Wells, A. (2011): Metakognitive Therapie bei Angststörungen und Depression. Weinheim: Beltz.
- Wilken, B. (2010): Methoden der kognitiven Umstrukturierung. Ein Leitfaden für die psychotherapeutische Praxis, 5. akt. Aufl., Stuttgart: Kohlhammer Urban.
- Wittchen, H.-U., Jacobi, F., Klose, M. & Ryl, L. (2010): Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 51, Depressive Erkrankungen (Hrsg.). Berlin: Robert Koch-Institut.
- Wolfersdorf, M. (2008): Depression und Suizid. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 51(4), 443–450.
- Wolfersdorf, M. (2011): Depressionen verstehen und bewältigen, 4. neu bearb. Aufl., Heidelberg u. a.: Springer.
- Zubin, J. & Spring, B. (1977): Vulnerability – a new view of schizophrenia. J. Abn. Psychol., 86(2), 103–126.

Hier eine kleine Auswahl aus unserem Ratgeber-Sortiment, die Sie vielleicht auch interessieren könnte:



Bestellen Sie jetzt ...

Ex.	Ratgeber
1	Gesamtprospekt „Ratgeberverzeichnis“ (kostenlos)
	Ärztliche Behandlungsfehler
	Chronische Schmerzen
	Enkel und Großeltern
	Fatigue Management
	Mit Multipler Sklerose leben
	Rückenfreundliche Gartenarbeit
	Was tun bei Parkinson?
	Zu Hause älter werden – Wohnen im Alter

Preis je Ratgeber

kartonierte: € 9,49 [D]
 Staffelpreis ab 10 Ex.: € 8,60 [D]
 Staffelpreis ab 50 Ex.: € 7,80 [D]
 E-Book/App: € 6,99 [D]

Für die Bestellung eines E-Books nutzen Sie bitte direkt unseren Online-Shop unter www.schulz-kirchner.de/shop

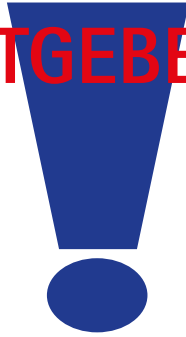
Stand April 2015

Schulz-Kirchner Verlag GmbH · Postfach 12 75 · D-65502 Idstein

Tel.: +49 (0) 6126 9320-0 · Fax: +49 (0) 6126 9320-50
 bestellung@schulz-kirchner.de · www.schulz-kirchner.de/shop

Der Versand erfolgt gegen Rechnung und auf eigene Gefahr des Empfängers. Alle Preise zzgl. Versandkosten – versandkostenfreie Lieferung bei Bestellung über Online-Shop (innerhalb Deutschlands, bei Lastschriftmandat).

RATGEBER



für Angehörige, Betroffene und Fachleute
herausgegeben vom Deutschen Verband der Ergotherapeuten e.V.

Diese Ratgeberreihe des Schulz-Kirchner Verlags bietet kompetente Informationen zu Themen der Medizin, der Sprach- und der Ergotherapie. Angesprochen werden vor allem Angehörige und Betroffene, aber auch Fachleute (z.B. aus der Pädagogik, Sprach- und Ergotherapie) finden wesentliche Aspekte prägnant und alltagstauglich zusammengefasst.



Depressionen gehören heute zu den häufigsten Erkrankungen in der westlichen Welt und sie breiten sich weiter aus. Woran das liegt, weiß niemand ganz genau. Obwohl es spezifische Risikofaktoren gibt, kann es jeden treffen.

Nicht jedes Traurigsein ist aber mit einer Depression zu verwechseln, es gehört zu unserem normalen Gefühlsleben dazu, auch einmal bekümmert zu sein.

- Länger anhaltende niedergedrückte Stimmung
- Freud-, Interesse- und Gefühllosigkeit
- Kraft- und Antriebslosigkeit

jedoch sind Anzeichen einer ernsten Erkrankung. Sie wirken sich auf das gesamte Erleben und Funktionieren eines Menschen aus und führen in eine ausweglos erscheinende Abwärtsspirale.

Der vorliegende Ratgeber zeigt Wege auf, wie Sie diesen Teufelskreis verlassen können und informiert Sie über:

- Ursachen, Risiken und Formen/Verläufe einer Depression
- Behandlungsmöglichkeiten dieser Erkrankung
- Techniken, die Sie selbst anwenden können, um aus einer Depression herauszukommen
- Techniken, wie Sie gesund bleiben können
- Formulare zu Ihrer Unterstützung
- Adressen und Literatur