

Behandlungsmöglichkeiten der Depression

2.1 Erste Schritte – 45

- 2.1.1 Die Hürde, zum Arzt zu gehen – 45
- 2.1.2 Wohin soll ich mich wenden? – 46
- 2.1.3 Der erste Arztbesuch – 48
- 2.1.4 Die Beziehung zwischen dem Behandler und dem Patienten – 49

2.2 Diagnosen – 50

- 2.2.1 Die Diagnose aus schulmedizinischer Sicht – 50
- 2.2.2 Der Patient und seine Diagnose – 51

2.3 Depressionen im Zusammenhang mit anderen psychischen Erkrankungen – 55

2.4 Medikamentöse Therapie – 62

- 2.4.1 Allgemeines Wissen über Antidepressiva – 63
- 2.4.2 Wirkungen und Nebenwirkungen der Antidepressiva – 63
- 2.4.3 Vor der Medikamenteneinnahme – 66
- 2.4.4 Der Beginn der medikamentösen Therapie – 68
- 2.4.5 Nebenwirkungen der Medikamente – 70
- 2.4.6 Was tun, wenn das Medikament die Erwartungen nicht erfüllt? – 73
- 2.4.7 Das Ende der medikamentösen Therapie – 79
- 2.4.8 Medikamentöse Rückfallverhütung – 82
- 2.4.9 Andere Medikamente in der Therapie der Depression – 83

2.5 Psychotherapie – 89

- 2.5.1 Wann kommt eine Therapie in Frage? – 89
- 2.5.2 Das Therapieangebot – 90
- 2.5.3 Wege zur Therapie – 94
- 2.5.4 Mögliche Probleme im Verlauf der Therapie – 99
- 2.5.5 Kann eine Therapie scheitern? – 108
- 2.5.6 Beispiele gelungener Therapien – 109

2.6 Weitere Therapieformen – 111

- 2.6.1 Lichttherapie – 111
- 2.6.2 Elektrokrampftherapie – 111
- 2.6.3 Transkranielle Magnetstimulation – 112
- 2.6.4 Körpertherapie – 112
- 2.6.5 Sport – 112
- 2.6.6 Hypnotherapie – 113
- 2.6.7 Schlafentzug – 113
- 2.6.8 Akupunktur – 114
- 2.6.9 Entspannungstechniken – 115
- 2.6.10 MBSR/MBCT – 116

2.7 Klinik – 117

- 2.7.1 Welche Klinik ist für mich die richtige? – 119
- 2.7.2 Wie bekomme ich einen Klinikplatz? – 124
- 2.7.3 Angst und Vorurteile – 125
- 2.7.4 In der Klinik – 129
- 2.7.5 Gute und schlechte Erfahrungen – 131

2.1 · Erste Schritte

Wie wird eine Depression am besten behandelt? Dies ist eine der wichtigsten Fragen, die sich jeder Betroffene stellt. Da die Depression in den allermeisten Fällen ein multifaktorielles Geschehen ist, wird es jedem Menschen einleuchten, dass es auch mehrere Möglichkeiten zur Therapie der Depression gibt. Die Behandlungsmöglichkeiten einer Depression können im Prinzip in zwei verschiedene Kategorien eingeteilt werden: die biologisch begründeten Verfahren, unter denen die medikamentöse Behandlung, vor allem mit Antidepressiva, die wichtigste Therapiesäule darstellt, und die psychologisch begründeten Verfahren, unter denen die psychotherapeutischen Methoden am bedeutsamsten sind. Von Fall zu Fall muss entschieden werden, welche Ansätze für den Patienten am erfolgversprechendsten sind. Viele Studien kommen zu dem Schluss, dass besonders bei schwereren Depressionsverläufen eine Kombination aus Antidepressiva und Psychotherapie die höchste Erfolgsquote zu verzeichnen hat. Neben all diesen Behandlungsmöglichkeiten gehen wir in diesem Kapitel auch noch auf weitere Therapieverfahren ein, die bei manchen Patienten durchaus angezeigt sind.

2.1 Erste Schritte

2.1.1 Die Hürde, zum Arzt zu gehen

Der Schritt, sich geeignete, professionelle Hilfe zu holen, fällt den allermeisten Betroffenen sehr schwer. Ihm geht oftmals eine lange Phase des Haderns voraus. Unsicherheit und Hilflosigkeit dominieren auch jetzt fast das gesamte Denken und Fühlen des Patienten. Die Angst vor Stigmatisierung lähmt oft noch zusätzlich. Viele Menschen fürchten den Gang zum Arzt, besonders den Gang zu einem Psychiater, denn die Angst ist groß, dann für »verrückt« erklärt zu werden.

Einige Menschen setzen sich mit der Angst auseinander, vielleicht doch nicht »schwer genug« krank zu sein, um ärztliche Hilfe aufzusuchen.

Patrick M.

(...) Was mache ich, wenn er sagt, dass ich mir das alles nur einbilde? Dass es mir ja gar nicht so schlecht geht? Denn im Moment habe ich das Gefühl, dass alles nicht so schlimm ist. Manchmal weiß ich selbst nicht so genau, was ich denken soll. Geht es mir wirklich so schlecht oder stelle ich mich nur so an? (...)

Zauberkönigin

(...) Wie kann ich sicher sein, dass es wirklich Depressionen sind? Kann man sie sich auch einreden? Ich bekomme Zweifel. Ja, ich bin antriebslos, viel am Weinen aus heiterem Himmel. Überhaupt emotional sehr labil. Aber kann es nicht einfach ein »normales« Tief sein? Ich habe auch schon gedacht, dass es ja niemanden stört, wenn ich nicht mehr da bin oder so. Aber hat man diese Gedanken wirklich nur, wenn man depressiv ist? (...)

Kamille

(...) Ich bin am Ende meiner Kraft, und der Besuch bei einem Facharzt ist eine absolute Horrorvorstellung. Ich habe vor keinem Arzt so viel Angst wie vor einem Psychiater. Den Gang dorthin packe ich nicht.

Viele Forumsteilnehmer kennen diese Ängste aus der eigenen Krankheitsgeschichte sehr gut. Sie haben sie bereits selber überwunden und haben erfahren, wie wichtig dieser Schritt ist. Indem sie für dieses Problem eigene Erlebnisse und Einsichten schildern, bieten sie hier ganz konkrete Hilfestellung an.

Fontanella

(...) Du könntest ja auch sagen, dass du dich im Moment eben besser fühlst, aber nicht mehr in den schlechteren Zustand zurückfallen



möchtest. Daran willst du arbeiten, und der Arzt wird dich dabei unterstützen. Nur keine Angst, er wird dich schon verstehen. Schließlich muss man ja nicht erst völlig am Boden liegen, bevor man die Hilfe eines Arztes in Anspruch nehmen darf. Ich finde es gut, dass du jetzt etwas unternimmst, so kannst du in deiner Behandlung vielleicht auch leichter selbst aktiv werden.

Moneymaker

Es geht vielen wie dir. Ich selbst habe mich lange (und wirklich ZU lange) mit den gleichen Argumenten gequält. In den guten Momenten habe ich immer fest daran geglaubt, dass alles o.k. ist mit mir. In den schlechten Momenten habe ich mir eingeredet, dass ich mir nur etwas einbilde (...).

Mein Rat ist: Gehe zum Arzt, und wenn du es nicht alleine kannst, suche dir jemand, der dich begleitet. Wichtig erscheint mir, dass du deine seelische Verfassung JETZT in Ordnung bringst. Warte nicht zu lange, denn selten wird es einfach so besser. Du kannst es wie eine Grippe verschleppen und hast dann plötzlich eine böse Lungenentzündung. Wenn deine Seele jetzt krank ist, solltest du dich jetzt um sie kümmern und nicht erst dann, wenn sie dich zu Boden reißt.

Samsara

(...) Es geht den meisten so, dass sie sehr lange brauchen, bis sie einen Arzt aufsuchen. Man versucht sich bis zum bitteren Ende einzureden, dass man es alleine schafft, und dass ja alles »normal« ist. Gerade die Einstellung, funktionieren zu müssen, ist es, die viele Menschen krank werden lässt. Wenn man sich nur noch darum kümmert, was die Gesellschaft von einem erwartet, verliert man sich selbst immer mehr. Ich selbst bin leider erst zum Arzt



gegangen, nachdem ich einen Nervenzusammenbruch hatte und nichts mehr ging. Dabei habe ich schon viel früher gespürt, dass mir das Leben oft unerträglich war.

2.1.2 Wohin soll ich mich wenden?

Für viele Betroffene stellt sich die Frage nach der ersten Anlaufstelle. Das Gesundheitssystem ist heute unübersichtlicher denn je gestaltet. Hinzu kommt, dass das Behandlungsangebot sich ständig erweitert und verändert. Informationen werden für die Menschen immer leichter zugänglich, besonders durch das Internet. So kann es sein, dass ein Betroffener vor lauter »Bäumen« den »Wald« gar nicht mehr sehen kann. Wohin soll er sich wenden? An den Hausarzt (falls einer vorhanden ist)? Oder sollte er besser gleich einen Facharzt aufsuchen? Welcher Fachrichtung sollte dieser Spezialist angehören? Reicht eventuell auch der Gang zu einer Beratungsstelle oder der zu einem/r Psychologen/in? Sollte man sich eher nach psychotherapeutischer Hilfe umsehen oder eher nach ärztlicher Unterstützung? Diese und ähnliche Fragen stellen sich den meisten Betroffenen bereits, bevor sie überhaupt einen konkreten Schritt in Richtung Behandlung unternommen haben.

Lilie

(...) Da ich meine Depressionen nicht mehr länger ignorieren kann, möchte ich zum Arzt gehen. Jedoch welchen Arzt soll ich aufsuchen? Zu meinem Hausarzt, der mein direkter Nachbar ist, möchte ich auf KEINEN Fall. Soll ich zum Neurologen oder zum Psychiater gehen?

Brinkner

(...) Kann ich auch erst mal zu meinem Hausarzt gehen? Leitet der mich dann weiter, oder wie sieht das genau aus? (...)

Goldregen

(...) Ist der Hausarzt schon berechtigt, eine Diagnose zu stellen und – wenn nötig – Schritte einzuleiten (sprich Medikamente), oder werde ich gegebenenfalls weitergeleitet an Spezialisten? (...)

Auch hier helfen die konkreten Erfahrungen weiter, die andere bereits gemacht haben. Wenn man bedenkt, wie sehr bei vielen Patienten der Antrieb in Mitleidenschaft gezogen ist, wie begrenzt die Energie und die Kraft im Alltag sind, dann kann man auch ermessen, welch großen Aufwand alleine das Organisieren eines einzigen Termins bedeuten kann. Da stellen dann ganz konkrete Vorgehensweisen, die andere Betroffene gut gegliedert, sozusagen »step by step« niederschreiben, schon eine enorme Erleichterung dar.

Margaret

Erste Anlaufstellen für die Diagnose sind Hausarzt oder Psychiater. Für die Therapie kommt später evtl. ein Psychotherapeut dazu. Die Erfahrungen mit dem Hausarzt sind sehr unterschiedlich. Manche haben sehr schlechte Erfahrungen gemacht, ich eher sehr gute. Wenn du mit deinem Hausarzt gut reden kannst, ist das einen Versuch wert. Der Vorteil ist, dass man dort sehr schnell einen Termin bekommt. Beim Psychiater müssen viele länger warten. Ich fand es jedenfalls gut, dass mein Hausarzt sich Zeit für mich genommen, aber auch klar seine Grenzen aufgezeigt hat. Das hat mir erneut bestätigt, dass er eine gute erste Anlaufstelle für alle gesundheitlichen Probleme ist. Es gibt dafür kein Patentrezept, beginne mit dem Weg, den du dir am ehesten vorstellen kannst.

Wiesenkraut

(...) Es kann vermutlich nicht schaden, zumindest mit der Suche nach einem Psychotherapeuten anzufangen. Bis man einen guten Therapeuten gefunden hat und dieser einen Termin frei hat, vergeht ja in der Regel eine gute Weile. Absagen kannst du im Zweifelsfall ja immer noch, wenn du dann noch nicht bereit bist. Einen Psychiater oder Nervenarzt für die medikamentöse Behandlung zu finden, geht in der Regel etwas schneller. Allerdings kann auch hier eine sorgfältige Auswahl nicht schaden.

Hat sich der Kranke nun entschlossen, einen Termin bei einem Behandler zu vereinbaren, kann unter Umständen das nächste Problem auf ihn warten: Die mehr oder weniger langen Wartezeiten, die bis zum ersten Termin verstreichen können. Bei Fachärzten kann diese Wartezeit durchaus mehrere Wochen betragen. Für den Patienten, der sich so schlecht fühlt, dass er sich nun endlich zur Hilfesuche durchgerungen hat, bedeutet dies meistens eine weitere Hürde, die er nun überwinden muss. Um sich bei der Überbrückung dieser Zeitspanne unterstützen zu lassen, kann er Kontakt mit seinem Hausarzt aufnehmen, wenn er das nicht sowieso schon zu einem früheren Zeitpunkt bereits gemacht hat. Im Notfall kann er sich auch an jede psychiatrische Ambulanz eines Krankenhauses wenden. (Eine Ambulanz ist eine Abteilung eines Krankenhauses oder einer anderen medizinischen Einrichtung, in welcher Patienten »ambulant«, d. h., wie in einer normalen Arztpraxis behandelt werden. Der Patient ist hierbei nicht stationär im Krankenhaus aufgenommen.)

Hugo Habicht

Mich interessiert, ob es nur mir so geht, dass man beim Neurologen grundsätzlich vier bis sechs Wochen Wartezeit einplanen muss? Soweit kann ich häufig einfach nicht vorausplanen. Oder kann man einfach in eine psychiatrische Klinik gehen und sich dort, quasi ambulant, etwas verschreiben lassen? (...)

Antoinette

Die meisten Neurologen/Psychiater nehmen auch kurzfristig (oft auch am gleichen Tag) dringende Fälle an die Reihe. Die Notwendigkeit muss am Telefon einfach geschildert werden. Es gibt aber Ärzte, bei denen auch das nicht hilft. Von denen sollte man dann sowieso die Finger lassen, weil die im Notfall ja nicht zu erreichen sind. Dann sollte man einfach im Telefonbuch weitersuchen und andere anrufen.

Die psychiatrischen Kliniken haben in der Regel immer jemanden für Notfälle da (ich war selbst schon ein paar Mal dort). Auch kann man sich dort ambulant meistens zeitnah Termine geben lassen. Ich selbst bin in einer Uniklinik ambulant in Behandlung. Da kümmert man sich am besten um mich und die haben oft auch die meiste Ahnung. (...) Und es ist einfach ein gutes Gefühl, wenn man weiß, wo man im Notfall jederzeit hin kann!

Phase eine schier unüberwindliche Hürde darstellt, wollen wir an dieser Stelle kurz darauf eingehen.

Papyrus

(...) Und ich frage mich, ob die Antidepressiva eigentlich nicht auch bei einer Therapie hinderlich sein können. Warum sind so viele Therapeuten dagegen? Unterdrückt man damit nicht Gefühle, die eigentlich angesprochen werden wollen?

Zirkulin

Ich habe mir nun vorgenommen, auch mal beim Hausarzt nach einer Medikation zu fragen – dagegen habe ich mich zuvor immer gewehrt, weil es auch so ging, aber momentan ... Ich kann mir allerdings gar nicht so richtig vorstellen, wie diese Medikamente helfen sollen, sie können doch meine Gedanken nicht ausschalten, oder doch? Da bin ich echt unerfahren. (...)

Lange Wartezeiten auf einen Termin können sehr entmutigend für den Patienten sein. Er sollte nicht die Kraft verlieren und versuchen, am Ball zu bleiben. Ganz besonders gilt dies im Fall der Suche nach einem Psychotherapieplatz. Freie Therapieplätze bei Psychotherapeuten sind je nach Ortslage ziemlich dünn gesät, sodass Wartezeiten von mehreren Monaten bis hin zu einem Jahr durchaus Realität sein können (► Abschn. 2.5.3).

2.1.3 Der erste Arztbesuch

Viele Betroffene sind erleichtert, wenn sie diese erste Hürde hinter sich gebracht haben. Doch nach diesem ersten Schritt stellen sich dem Kranken neue Probleme, die er jetzt angehen muss. Man darf nicht vergessen, dass er zu diesem Zeitpunkt noch sehr unerfahren ist, was medizinische und/oder therapeutische Hilfestellungen angeht. Viele Fragen und Ängste lähmen noch immer sein gesamtes Denken und Handeln.

Sehr verbreitet ist z. B. die Angst vor Medikamenten (► Abschn. 2.4.3). Da sie oft bereits in dieser

Fast alle Betroffenen kennen diese Angst nur zu gut, haben selbst innere Kämpfe ausgetragen und sich dann doch mehrheitlich *dafür* entschieden. Der Rat, sich *für* Medikamente zu entscheiden, kann oft leichter von anderen Betroffenen angenommen werden als vom Arzt, in dem viele jemanden sehen, der nicht selbst persönlich betroffen ist.

Schlittschuh

(...) Antidepressiva verändern nicht die Persönlichkeit, sondern sie minimieren die Symptome der Depression. Ich glaube, die meisten haben Angst davor, was sicher auch an der falschen öffentlichen Meinung über Psychopharmaka liegt. Bei mir hat es auch einige Monate gebraucht, bis ich bereit war, ein Antidepressivum zu versuchen. (...)

Frolic

Also grundsätzlich bin ich der Meinung, sie helfen schon. Wenn dein Hausarzt kompetent ist, kann er dir gegebenenfalls etwas verschreiben, ich rate aber eher dazu, einen guten Psychiater zu finden. Vielleicht kann dein Therapeut dir jemanden empfehlen. Wichtig ist (für mich) dabei, dass er nicht nur einfach das erste beste Medikament verschreibt, sondern sich intensiv mit deiner Problematik auseinandersetzt, um für dich das Richtige zu finden.

austauschen, wird es ihm in der Regel leichter fallen, sich auf eine Behandlung auch voll und ganz einlassen zu können.

Bourgogne

(...) Sehr wichtig ist das Gefühl, Zeit zu haben. Auch wenn die Uhr tickt und 50–60 Minuten schnell vorbei sind – ich fand und finde es immer enorm wichtig, dass ein Therapeut sich die Zeit einteilen kann und das Gespräch organisieren kann. Dasselbe gilt für Ärzte.

2.1.4 Die Beziehung zwischen dem Behandler und dem Patienten

Bei der Therapie von Depressionen scheint der Erfolg der Behandlung viel mehr vom Verhältnis zwischen Behandler und Patient abzuhängen, als das bei anderen Krankheiten der Fall ist, wo es doch eher vornehmlich um ganz konkrete, körperliche Symptome und Krankheitsbilder geht (► Abschn. 7.2). Natürlich hat auch so mancher Patient eine enorme Erwartungshaltung und hofft, der Arzt besitze eine Art »Wunderrezept«. Viele Betroffene wünschen sich, eine Liste zu erhalten mit abzuhakenden Tipps, die ihnen das Ende ihres Leidens garantieren, oder sie hoffen auf eine Verschreibung der »alles heilenden« Tablette. Dass diese Denkweise zu unrealistisch ist, liegt auf der Hand.

Trotzdem ist es von großer Bedeutung, bereits im Vorfeld über das ideale Verhältnis zwischen dem Behandler und dem Patienten nachzudenken, da ein Großteil des Therapieerfolgs in direktem Zusammenhang damit steht. Ängste, dass ein fremder Arzt oder Therapeut den Kranken ja nicht kennt und ihn deshalb auch nicht verstehen kann, dass der Patient daher nicht offen und ehrlich beschreiben kann, wie schlecht es ihm wirklich geht und dass es sich somit doch gar nicht lohnt, Hilfe zu suchen, sind bei vielen depressiven Menschen verbreitet. Sie können ihn bereits vor Inanspruchnahme jeglicher Hilfe derart demotivieren, dass er die Suche nach kompetenter Behandlung gar nicht erst beginnt. Kann sich der Kranke aber bereits im Voraus über diese Ängste Gedanken machen und sich darüber

Luxuriosa

Am allerwichtigsten ist mir die berühmte Empathie, die sollte schon rüberkommen und zwar am besten bereits beim allerersten Kontakt. Das habe ich glücklicherweise auch so erleben dürfen. Ich schätze auch heute noch immer die Tatsache, dass mein Behandler (gleichzeitig Psychiater und Psychotherapeut, für mich DIE ideale Kombination) mich IMMER ernst nimmt, auch meine momentanen Stimmungen, und auch nach der langen Zeit, die ich nun schon zu ihm gehe, gibt er mir NICHT das Gefühl, es müsse doch nun endlich reichen. Das heißt, er akzeptiert, dass ich noch immer so meine Probleme habe, und dass ich ihn wohl noch immer brauche. Er vermittelt mir aber auch, dass ich deswegen nicht unzulänglich bin.

Dieter P.

- (...)
- den Patienten in seiner Erkrankung ernst nehmen
- den Patienten beschreiben lassen, wie er sich fühlt
- keine unhaltbaren Versprechungen machen
- auf die üblichen Fehler verzichten, wie Ratschläge à la »Machen Sie erst mal Ferien, denken Sie doch mal positiv«
- (...)

Es kommt auch häufig vor, dass der Patient keine Vorstellung davon hat, wie eine Therapie, sowohl medikamentös als auch psychotherapeutisch gesehen, in der Realität nun abläuft. Auch hier besteht Aufklärungsbedarf und es kann den Verlauf einer Therapie nur erleichtern, wenn die gängigsten Fragen bereits vorab beantwortet werden können. Wir werden in den weiteren Kapiteln genauer auf diese einzelnen Problemstellungen eingehen.

2.2 Diagnosen

2.2.1 Die Diagnose aus schulmedizinischer Sicht

Was ist eine Depression? Wie wird sie vom Behandler festgestellt? Gibt es dafür einheitliche Kriterien und bestimmte Merkmale? Diese und ähnliche Fragen stellen sich wohl die meisten Menschen, die in ihrem Leben auf die eine oder andere Weise mit dem Thema Depression konfrontiert werden.

Früher wurden Depressionen von den Fachleuten in zwei große Gruppen unterteilt: in neurotische und in endogene Depressionen. Heutzutage sind diese Begriffe im Prinzip nicht mehr üblich, wir wollen trotzdem kurz darauf eingehen, weil diese Begriffe von manchen Behandlern dennoch weiter benutzt werden.

Endogene Depressionen umfassen die Gruppe der Depressionen, die ohne klar umrissene und fassbare Gründe aus dem Umfeld des Patienten auftreten, sie entstehen sozusagen aus dem Inneren des Kranken (»endogen«) heraus. Neurotische Depressionen hingegen sind Depressionsformen, deren Entstehung sich aus der Persönlichkeitsstruktur und der Herkunftsgeschichte des Kranken ableiten lassen. Weiterhin gibt es dieser Einteilung nach auch zahlreiche Mischformen.

Heute wird auf diese Einteilung mehrheitlich verzichtet und neuere Klassifikationen haben sich in der Medizin durchgesetzt. Dabei handelt es sich um Klassifikationssysteme, die im Prinzip für Fachleute entwickelt wurden. Hierbei werden einzelne Symptome in »Syndrome« (gleichzeitiges Vorliegen mehrerer Symptome) gegliedert, und somit erlauben diese Klassifizierungsmodelle eine klare, prägnante Beschreibung sämtlicher Krankheitsbilder.

Die geläufigsten Systeme für die Diagnose depressiver Krankheitsbilder sind:

- ICD-10 (International Classification of Diseases Nr. 10) der WHO (Weltgesundheitsorganisation),
- DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual Nr. IV) der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft.

In Europa ist der Gebrauch der ICD-10-Klassifizierung üblich.

Da mancher Patient im Zusammenhang mit seiner Krankheit in schriftlichen Dokumenten solche Codierungen lesen wird, wollen wir beispielhaft einige davon »übersetzen«:

- F31 – bipolare affektive Störung,
- F32 – depressive Episode,
- F33 – rezidivierende depressive Störung,
- F34 – anhaltende affektive Störung (Dysthymia),
- F06.32 – organische depressive Störung,
- F43.20 – Anpassungsstörung, kurze depressive Reaktion,
- F43.21 – Anpassungsstörung, lange depressive Reaktion,
- F43.22 – Anpassungsstörung, Angst und Depression, gemischt.

Die vollständige Liste der verschiedenen psychischen Erkrankungen findet sich im Internet unter folgender Adresse: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2012/chapter-v.htm> (Stand: 2.7.2012).

Die Symptome müssen über einen Zeitraum von mindestens zwei Wochen während der meisten Zeit des Tages vorhanden sein. Dann spricht man von einer **depressiven Störung** nach ICD-10 (**Major Depression** nach DSM-IV, früher »endogen«). Eine solche Episode kann ein einmaliger Vorgang sein, welcher je nach Fall über Wochen und Monate andauern kann. Des Öfteren kommt es nach Abklingen der ersten Episode jedoch zu einem erneuten Auftreten (insbesondere, wenn diese erste Episode unbehandelt geblieben ist), es tritt ein Rückfall, ein sog. »Rezidiv« ein. Man spricht dann von einer **rezidivierenden depressiven Störung**.

An dieser Stelle wollen wir auf eine besondere Erscheinungsform der Depression eingehen. Wäh-

rend einmalige und rezidivierende depressive Störungen unter dem Begriff **unipolare Störungen** zusammengefasst werden, können auch sog. **bipolare affektive Störungen** auftreten. Es handelt sich hierbei um einen Wechsel von depressiven und manischen Zuständen.

Eine **manische Episode** ist gekennzeichnet durch folgende Merkmale: gehobene, überdrehte Stimmung, gesteigerte Aktivität und Ruhelosigkeit, vermindertes Schlafbedürfnis, vermehrter Rededrang, gesteigerte Libido. Je nachdem können zusätzlich Wahnideen (Gedanken, die der Realität widersprechen) vorherrschen, insbesondere Größenwahn und Halluzinationen, die dazu führen, dass eine Kommunikation mit dem Erkrankten kaum noch möglich ist.

Von **Hypomanie** spricht man, wenn die Symptome einer manischen Episode insgesamt weniger ausgeprägt sind.

Innerhalb all dieser Begriffe kann weiter zwischen **leichten, mittelgradigen und schweren Episoden** unterschieden werden, **mit oder ohne zusätzliche Wahnsymptome**.

Eine **Dysthymia** (früher »neurotische Depression«) wird diagnostiziert, wenn der Zustand einer **chronischen**, depressiven Verstimmung vorherrscht. Die Schwere der Symptomatik ist geringer als bei einer depressiven Störung, aber das Risiko, in eine solche überzugehen, ist immer vorhanden. Oft fällt der Beginn dieser Erkrankung ins frühe Erwachsenenalter.

Unter einer **Zyklothymia** versteht man eine andauernde, instabile Stimmung mit häufigen Phasen leichter Depression und leicht gehobener Stimmung. Meist haben diese Schwankungen keinen direkten Bezug zu äußeren Lebensereignissen.

Eine besondere Stellung innerhalb der Gruppe der Depressionen nimmt die **larvierte Depression** ein. Bei diesem Krankheitsbild stehen vornehmlich körperliche Symptome im Vordergrund, wie z. B. Schmerzen jeglicher Art, Herz-, Atem-, Magen-Darm- und Unterleibsbeschwerden. Diese Depressionsart hat meist einen anderen Verlauf und wird je nach Beschwerden auch anders behandelt als die klassischen Depressionsbilder, die wir vorher beschrieben haben.

Es sei an dieser Stelle auch darauf hingewiesen, dass Depressionen häufig im Rahmen anderer

Krankheiten (Schizophrenie, Angststörungen, Suchterkrankungen, Demenz, Epilepsie, Krebserkrankungen, Aids und weitere schwere Infektionskrankheiten und viele andere) auftreten. Auch kann eine Depression eine direkte Folge einer anderen körperlichen Erkrankung (z. B. Hirnerkrankungen, Schilddrüsenerkrankungen) sein. In diesem Fall spricht man von einer **organischen Depression**.

Weitere Auslöser einer Depression können auch einige Medikamente sein, wie z. B. Kortikosteroide, Antiepileptika, Neuroleptika, Bluthochdruckmittel, verschiedene zur Krebsbehandlung eingesetzte sog. Zytostatika, Medikamente zur Behandlung der Multiplen Sklerose usw. Auch Alkohol kann diese Wirkung haben.

Es gibt auch einige, ganz typische Lebenssituationen, in denen es vermehrt zu depressiven Erkrankungen kommen kann. Der Patient leidet in dem Fall unter einer **Wochenbettdepression**, einer **Altersdepression**, einer **klimakterischen Depression** usw.

Eine besondere und relativ weit verbreitete Depressionsform stellt die **saisonale Depression** oder **Winterdepression** dar. Sie tritt vorwiegend in den sonnenärmeren Herbst- und Wintermonaten auf. Zu den typischen Beschwerden treten charakteristischerweise eher eine Appetitzunahme, besonders ein gesteigertes Verlangen nach kohlenhydratreichen Nahrungsmitteln wie Teigwaren und Süßigkeiten, und ein vermehrtes Schlafbedürfnis auf.

Manche Betroffene sehen sich mit Diagnosebegriffen wie **Burn-out-Syndrom** (► Abschn. 1.7.3), **Erschöpfungsdepression**, **chronisches Erschöpfungssyndrom** u. Ä. konfrontiert. Hier steht das Symptom der Erschöpfung im Mittelpunkt des Erlebens (► Abschn. 6.3). Der Begriff »burn-out« stammt aus dem Englischen (to burn out = ausbrennen) und beschreibt vordergründig die negativen Folgen einer meist beruflichen Überbeanspruchung und -belastung. Das Beschwerdebild kann sehr komplex sein, und manchmal versteckt sich hinter einer solchen Diagnose eine handfeste Depression.

2.2.2 Der Patient und seine Diagnose

Für viele Erkrankte ist der Zeitpunkt der Diagnosestellung ein Wendepunkt in der Bewältigung der

Krankheit. Sie fühlen sich endlich ernst genommen in ihrem Leiden, das nun einen konkreten Namen hat. Dies kann eine sehr große Erleichterung bedeuten, denn nun sind sie »richtig« krank und nicht mehr länger nur »faule Simulanten« oder »eingebil-dete Kranke«, als die sie sich selbst oft wahrnehmen und als die sie auch von ihrer Umwelt nicht selten angesehen werden.

Tiramisu

(...) Womit ich allerdings Probleme habe, sind diese dummen Bemerkungen anderer, zum Beispiel »Lass dich nicht so hängen«, »Du bist ja einfach nur bequem«. Bevor meine Ärztin bei mir eine Depression diagnostizierte, haben diese Bemerkungen nur Schuldgefühle in mir hervorgerufen, ich kam mir wie der absolute Versager vor. (...)

Die Diagnosestellung kann auch den Ausschlag geben, dass sich die Betroffenen endlich konkret nach Hilfe umsehen. Sie informieren sich über mögliche Therapien, machen sich Gedanken, wie die Hilfe gerade in ihrem Fall aussehen könnte.

Johannisbeere

Vor einigen Monaten diagnostizierte mein Hausarzt bei mir eine mittelschwere Depression. Bei Recherchen zu dieser Krankheit im Internet wurde ich schnell auf eure Seite aufmerksam und habe schon viele Beiträge gelesen. Es gab immer wieder »Aha«-Effekte und bei meiner Selbstanalyse stellte ich fest, dass ich im Laufe meines Lebens mindestens fünf schwierige Depressionsschübe (und viele kleine bis mittlere) durch eigene Kraft überwunden hatte, ohne dass mir oder meinem Umfeld das überhaupt bewusst war. (...)

Barhocker

(...) Ich bin froh, dass es dieses Forum gibt, es stärkt ungemein. Ich bin Anfang 40, die



Diagnose einer mittelschweren depressiven Episode erhielt ich erstmalig vor eineinhalb Jahren (...). Ich denke, dass ich seit vielen Jahren an Depressionen leide, bisher waren sie unerkant.

Einzelne Menschen tun sich sehr schwer mit der Diagnose »Depression«. Dieser Begriff ist ja immer noch stark tabuisiert und so mancher fühlt sich dadurch erst einmal in eine Ecke gerückt, in der er sich aufgrund der vielen in der Öffentlichkeit verbreiteten Vorurteile nicht gerne wiederfinden möchte. Im Idealfall erkennen die Betroffenen aber jetzt den Ernst ihrer Lage und es wird ihnen klar, dass wirkliche und effektive Hilfe nur über den Weg einer ärztlichen Analyse ihrer Beschwerden, sprich einer Diagnose, möglich ist.

Dumont

(...) Wenn ich daran denke, wie es damals bei mir anfang, genauso war es. Ich habe diese Zeichen auch nicht richtig verstanden und mich völlig gegen die Diagnose Depression gestäubt. Ich habe weiter nichts unternommen und gehofft, es geht schon wieder vorbei. Mach' es nicht so wie ich. Hätte ich frühzeitig Hilfe angenommen, ich glaube, mir wäre eine schwere Depression erspart geblieben. Gehe mal zu deinem Arzt und hol' dir Hilfe. (...)

Hanseatin

Vor einem Jahr wurde bei mir die Diagnose »rezidivierende depressive Störung« gestellt, und ich selbst konnte es nicht fassen. Noch weniger mein Freundeskreis. Dieser konnte sich das nun gar nicht vorstellen. Ich, die nach außen hin immer relativ gut gelaunt wirkt, die ihrem Arbeitspensum nachkommt, die einen großen Freundeskreis hat, soll des Lebens überdrüssig sein? Jeder hat doch mal ein Tief, so schlimm kann's doch nicht sein.



Schattendasein

Das unverstandene Leiden Depression

Müller-Rörich, Th.; Hass, K.; Margue, F.; van den Broek,
A.; Wagner, R.

2013, XII, 280 S., Softcover

ISBN: 978-3-642-31700-2