



Seelische Gesundheit

Depression

Eine Informationsbroschüre



Landeszentrale für
Gesundheitsförderung
in Rheinland-Pfalz e.V.

Inhalt

	Vorwort	5
	Sabine Bätzing-Lichtenthäler, Ministerin für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie	
	Einleitung	6
	Depression als Volkskrankheit Dr. Matthias Krell, Geschäftsführer Landeszentrale für Gesundheitsförderung e. V.	
1	Begriffserklärung „Es geht mir gar nicht gut, ich fühle mich so niedergeschlagen.“	8
2	Häufigkeit Depression kann jeden treffen	9
3	Schuldgefühle und Scham Es muss sich niemand verstecken	10
4	Symptome Wie erkennt man eine Depression?	12
5	Verlauf Wie verläuft eine Depression?	15
6	Ursachen und Auslöser Wie entsteht eine Depression?	18
7	Therapie Wie kann eine Depression behandelt werden?	19
8	Ratgeber für Angehörige Was sollten Angehörige wissen und was können sie tun?	22
	Anhang	24
	Literatur, Links und Adressen	
	Impressum	28



Grußwort

Liebe Leserinnen und Leser,

Depression ist eine der schwersten Volkskrankheiten – aber sie ist gut behandelbar. Sogar in den Fällen, in denen die Situation depressiv erkrankter Menschen und ihrer Angehörigen ausweglos erscheint, gibt es wirksame Hilfe. Depressionen gehören weltweit zu den häufigsten Erkrankungen; statistisch gesehen erkrankt jeder fünfte Mensch in Deutschland im Laufe seines Lebens an einer Depression.

Zurzeit betrifft das deutschlandweit gut 5 Millionen Menschen, davon leben 250.000 Betroffene in Rheinland-Pfalz. Diese Zahlen machen deutlich, dass Depressionen weit verbreitet sind. Trotzdem wird die Erkrankung teilweise immer noch von Gesellschaft, Erkrankten und ihren Familien als Tabu behandelt. Oft trauen sich depressiv erkrankte Menschen nicht, mit Angehörigen, Freunden, einer Ärztin oder einem Arzt über ihre Beschwerden zu sprechen. Nicht wenige machen sich selbst Vorwürfe und halten die Depression – im Vergleich zu anderen Krankheiten wie beispielsweise Krebs – für eine selbst verschuldete „Willensschwäche“. Es mangelt an Wissen darüber, was eine Depression überhaupt ist, woher sie kommt und wie sie behandelt werden kann.

Um der Depression ein Gesicht zu geben und sie zu enttabuisieren, setzt sich die von der Landesregierung ins Leben gerufene Initiative „Bündnisse gegen Depression in Rheinland-Pfalz“ dafür ein, Unwissenheit und Vorurteile im Kontext der Depression abzubauen, Hilfsmöglichkeiten aufzuzeigen und bestenfalls einer Erkrankung vorzubeugen. Wir möchten aktiv dazu beizutragen, die Lebenssituation depressiv erkrankter Menschen und ihrer Angehörigen zu verbessern. Der erste Schritt hin zu mehr Information ist sehr wichtig. Besonders, weil Depressionen gut behandelt werden können, wenn sie zu einem frühen Zeitpunkt erkannt werden.



Diese Broschüre klärt deshalb über die Depression als Krankheit auf, zeigt Behandlungsweisen und nennt wichtige Kontaktadressen. Vor allem will die Broschüre den Betroffenen Mut machen, sich Hilfe zu suchen. Das will ich Ihnen besonders ans Herz legen. Suchen Sie bei Anzeichen einer Depression ärztliche Hilfe auf. Wenn jemand aus Ihrer Familie oder dem Freundeskreis betroffen ist, ermutigen Sie die Person, sich einem Arzt oder einer Ärztin beziehungsweise einem Psychotherapeuten oder einer Psychotherapeutin anzuvertrauen oder eines der zahlreichen Hilfsangebote in Rheinland-Pfalz zu nutzen.

Sabine Bätzing-Lichtenthäler

Ministerin für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie
des Landes Rheinland-Pfalz

Einleitung

Depression als Volkskrankheit

Die Depression ist keine Modeerscheinung, wie mancher annehmen mag, sie ist kein neues Phänomen. Zu allen Zeiten gab es Menschen, die von diesen dunklen Stimmungen überfallen wurden. Ein Beispiel findet sich schon im Alten Testament, in dem die Geschichte von König Saul erzählt wird: Ein böser Geist quälte ihn und ließ ihn am Leben verzweifeln. Nur das Zitherspiel Davids konnte ihn beruhigen. Nach allem, was wir wissen, litt König Saul unter einer Depression. Es gibt viele solcher Beispiele in der Geschichte, die Krankheit scheint so alt wie die Menschheit selbst.

Dass die Depression zu den Volkskrankheiten zählt, ist Ergebnis einer weltweit durchgeführten Studie der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Schätzungen zufolge leiden etwa 5,3 Millionen Menschen in Deutschland an einer Depression. Etwa jeden vierten Menschen trifft die Erkrankung irgendwann einmal im Laufe seines Lebens.

Die Zahl der diagnostizierten Krankheitsfälle hat in den letzten Jahren stark zugenommen. Schwere Depressionen werden heute zehnmal häufiger als noch vor fünfzig Jahren ärztlich festgestellt. Dabei steigt nicht die Anzahl der an einer Depression Erkrankten, sondern die Diagnose wird häufiger erkannt und festgestellt.

Dass Depression eine gefährliche Erkrankung ist, zeigt ihre kausale Nähe zu suizidalen Handlungen: Etwa 10.000 Menschen bringen sich jährlich in Deutschland um, zwischen 100.000 und 150.000 unternehmen einen Suizidversuch – bei der Mehrheit dieser Fälle wird eine Depression als ursächlich angenommen.



Doch obwohl so weit verbreitet, gehört die Depression noch immer zu den am meisten unterschätzten Erkrankungen und bleibt häufig unerkannt. Dafür gibt es Gründe, die sowohl auf Seite der Betroffenen wie auch bei den Behandelnden zu suchen sind. So fällt es vielen Menschen mit Depression von sich aus schwer, über ihr seelisches Empfinden zu sprechen. Außerdem fehlt es den Menschen meist an Informationen, ihre Situation richtig einschätzen zu können.

Schließlich ist die Diagnose der Depression nicht immer einfach. Ein Grund dafür ist, dass unbestimmte körperliche Beschwerden mit einer Depression verbunden sein können. Zudem werden psychiatrisches und psychotherapeutisches Fachpersonal häufig nicht in Diagnostik und Therapie eingebunden.

Die Initiative Bündnisse gegen Depression in der LZG

Zwei Wege sind im Einsatz gegen die Depression in der deutschen Gesellschaft besonders erfolgsversprechend: Die Zusammenarbeit aller, mit der Depression befassten Akteure in einer Versorgungsregion, um für die Menschen ein leicht zugängliches und mit guten Angeboten ausgestattetes Hilfenetz aufzubauen. Und eine Informationsarbeit, die präventiv wirkt und Menschen mit Depression und ihren Angehörigen Aufklärung und rasche Hilfe vermittelt. Beide Ziele verfolgt die Initiative Bündnisse gegen Depression, die seit 2009 in der Landeszentrale für Gesundheitsförderung angesiedelt ist.

Gefördert durch das Gesundheitsministerium, hat sich die Initiative Bündnisse gegen Depression zur Aufgabe gemacht, sich in den Regionen von Rheinland-Pfalz für den Aufbau von Bündnissen gegen Depression stark zu machen und diese in ihrer Arbeit zu unterstützen. 12 Bündnisse gegen Depression gibt es mittlerweile in Rheinland-Pfalz – ihr Wirkungskreis umfasst 25 Kreise und kreisfreie Städte. In den regionalen Bündnissen sind u. a. klinisches und ambulantes psychotherapeutisches und psychiatrisches Fachpersonal, die zuständigen Stellen der Kommunalverwaltungen sowie einschlägige Organisationen und Institutionen versammelt. Die verschiedenen Akteurinnen und Akteure arbeiten eng zusammen und leisten somit einen wichtigen Beitrag dazu, dass sich die Situation von Menschen mit Depression und ihren Angehörigen nachhaltig verbessert.

Die Initiative betreibt darüber hinaus intensive Aufklärungs- und Informationsarbeit – sei es durch Veranstaltungen oder Broschüren. Zudem verwirklicht sie Projekte – etwa das Pilotprojekt „Laufen gegen Depression“ – um Menschen mit Depression bei der Bewältigung ihres Leidens zu unterstützen.

Wenn Sie weitere Informationen, etwa über die Initiative Bündnisse gegen Depression oder zu Hilfsangeboten vor Ort haben wollen, können Sie hier mehr erfahren: www.rlp-gegen-depression.de.

Unser Dank gilt dem Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie, das die Erstellung dieser Broschüre ermöglichte, für die langjährige vertrauensvolle Zusammenarbeit.

Ihr



Dr. Matthias Krell

Geschäftsführer Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e. V.

„Es ist ein Unglück, Wilhelm, meine tätigen Kräfte sind zu einer unruhigen Lässigkeit verstimmt, ich kann nicht müßig sein und kann doch auch nichts tun. Ich habe keine Vorstellungskraft, kein Gefühl an der Natur, und die Bücher ekeln mich an. Wenn wir uns selbst fehlen, fehlt uns doch alles.“

Johann Wolfgang von Goethe

*28. August 1749 in Frankfurt am Main, † 22. März 1832 in Weimar
Bereits mit 14 Jahren hatte Goethe seine erste depressive Episode.

1 Begriffserklärung

„Es geht mir gar nicht gut,
ich fühle mich so niedergeschlagen.“

Wir alle kennen Zeiten, in denen es uns nicht gut geht. Wir fühlen uns niedergeschlagen, nichts will uns gelingen und alles erscheint sinnlos. Unsere sonst so bunte Welt ist grau. „Ich bin ganz traurig“, sagen wir vielleicht. Es geht uns schlecht. Aber nicht jede Traurigkeit ist eine Depression.

Was wir meinen, ist ein ganz gewöhnliches Stimmungstief, das jeden von uns irgendwann einmal erwischt. Ist das Tief nach ein paar Tagen wieder vorbei, war es eine der schlechten Phasen, wie sie alle Menschen hin und wieder haben und die zum Leben dazugehören. Zumeist gibt es konkrete Auslöser für so ein Stimmungstief wie z.B. ein Partnerschaftskonflikt oder ein Konflikt auf der Arbeit. Und obwohl viele zunächst dachten: „Da komme ich niemals darüber hinweg“, finden die meisten Menschen mit der Zeit ins normale Leben zurück und können auch wieder Freude empfinden.

Traurigkeit ist nicht gleich Depression

Schwieriger wird es, wenn die belastenden Gefühle nicht mehr nachlassen. Wenn die schlechte Phase kein Ende nimmt, ist es womöglich eine Depression. Es sollte gut voneinander getrennt werden: Eine Depression im psychiatrischen Sinne ist nicht das, was wir alle kennen und was einfach wieder vorbeigeht. Wer an einer Depression erkrankt, kann sich meistens nicht mehr aus eigener Kraft davon befreien.

Von einer Depression sprechen wir, wenn die Beschwerden mindestens zwei Wochen anhalten und die meiste Zeit des Tages vorhanden sind. Neben der Traurigkeit bemerken die Betroffenen oft, dass ihnen nichts mehr richtig Freude bereitet und dass es sie sehr große Mühe kostet, ihren Alltag zu bewältigen. Man sollte und braucht nicht einfach warten, bis sie vorübergeht. Wird die Krankheit nicht behandelt, kann sie Monate oder Jahre dauern und sogar lebensgefährlich sein.

Es kann sehr belastend sein, eine Scheidung zu bewältigen oder mit einer Kündigung zurechtzukommen – und das sollte man auch nicht auf die leichte Schulter nehmen. Bereits hier kann man sich Unterstützung suchen, bei Freundinnen und Freunden oder bei Beratungsstellen. Bei einer Depression aber sollte man unbedingt therapeutische Hilfe hinzuziehen.



2 Häufigkeit

Depression kann jeden treffen

Bei Frauen wird etwa doppelt so häufig eine Depression diagnostiziert wie bei Männern. Die Gründe dafür sind vielfältig: Frauen haben grundsätzlich (noch) ein anderes Gesundheitsverhalten als Männer, sie suchen häufiger ärztliche Hilfe und tun sich leichter, über seelische Probleme zu sprechen.

Die Symptomatik einer Depression kann sich bei Frauen und Männern auf unterschiedliche Art äußern. Bei den Kernsymptomen (siehe Kapitel 6) sind die Unterschiede gering. Dagegen kann es geschlechtsspezifische Unterschiede bei den Zusatzsymptomen geben. Während Mutlosigkeit und Grübeln verstärkt bei Frauen zu beobachten sind, scheint sich eine Depression bei Männern eher in einer Tendenz zu aggressivem Verhalten und Phänomenen wie Reizbarkeit, Verstimmung, schnellem Aufbrausen sowie übermäßigem Alkohol- und Nikotinkonsum niederzuschlagen. Auch wenn es statistisch betrachtet Gruppen gibt, die gefährdeter sind als andere: Niemand ist dagegen immun. Jeden kann eine Depression treffen: Alte und Junge, Männer und Frauen, Reiche und Arme. Wer Arbeit hat, kann depressiv werden, wer arbeitslos ist auch. Hausfrauen können genauso erkranken wie Manager, und Kinderlose werden genauso depressiv wie Väter und Mütter. Die „Dame in Schwarz“, wie der Analytiker C. G. Jung die Depression nannte, kann jeden besuchen – wie aus dem Nichts und meistens ohne erkennbaren Anlass.

Bekannte Fälle aus der Öffentlichkeit

Als sich am 10. November 2009 der Nationaltorwart Robert Enke das Leben nahm, war die Fußballwelt erschüttert. Niemand hatte geahnt, dass der 32-Jährige Familienvater schon seit Jahren unter schweren Depressionen litt. Er sprach nicht darüber, noch nicht einmal mit dem nächsten Umfeld. Nur seine Frau wusste von seiner Krankheit. Robert Enke wollte sein Privatleben schützen, er hatte Angst, seine Karriere als Fußballprofi zu gefährden und das Sorgerecht für seine adoptierte Tochter zu verlieren.

Depressionen kommen auch bei Menschen aus dem Spitzensport vor, Robert Enke ist da keine Ausnahme. Andreas Biermann, ehemaliger Fußballprofi beim FC St. Pauli in Hamburg, litt jahrelang unter Schlafstörungen, lange nahm er das nicht ernst. Als Biermann die Pressekonferenz von Teresa Enke verfolgte, wurde ihm klar: Auch er ist depressiv. Er begab sich umgehend in Behandlung. Sven Hannawald, ehemaliger Skisprung-Weltmeister, war nach jahrelangem Hochleistungssport am Ende seiner Kräfte. Bei ihm wurde ein Burnout, ein schwerer Erschöpfungszustand, festgestellt, 2004 musste er seine Karriere beenden. Nach einer erfolgreichen Psychotherapie kehrte er in den Sport zurück. Sebastian Deisler, ehemaliger Nationalspieler, war der erste Fußballprofi, der offen zu seiner Depression stand. Er unterbrach seine Karriere, um sich in einer psychiatrischen Klinik behandeln zu lassen.

Neben Spitzensportlern und Spitzensportlerinnen erkranken auch Menschen aus dem Showbusiness an Depressionen, wie etwa die Schauspieler*innen Angelina Jolie, Kirsten Dunst oder Owen Wilson oder die Musiker*innen David Bowie, Robbie Williams oder Selina Gomez. Auch Joanne K. Rowling – Autorin des Weltbestsellers „Harry Potter“ – berichtet von depressiven Episoden.

Berühmt und erfolgreich zu sein, schützt nicht vor schwarzen Stunden. Die Naturwissenschaftlerin Marie Curie war 1911 auf dem Höhepunkt ihrer Forscherkarriere: Sie erhielt den Nobelpreis für Chemie. Nur ein Jahr später wurde sie schwermütig. Auch der Literaturnobelpreisträger Ernest Hemingway war depressiv.

Ebenso litt der britische Staatsmann Winston Churchill unter Depressionen. In seinen Tagebüchern beschrieb er sie als „my black dog“, als schwarzen Hund, der auf seiner Schulter sitzt. Maria Theresia, österreichische Kaiserin, wurde nach dem Tod ihres Gatten depressiv, auch Johann Wolfgang von Goethe litt unter der Erkrankung.



© getmancom / stock.adobe.com

3 Schuldgefühle und Scham

Es muss sich niemand verstecken

Vorurteile im Zusammenhang mit psychischen Krankheiten

So mancher glaubt, man müsse sich bloß „zusammennehmen“ und sich einfach mal ein bisschen anstrengen. Manche denken, dass sich solche Tiefs mit etwas Willenskraft überwinden ließen, so als ob man sich wie Baron von Münchhausen am eigenen Schopf aus dem Sumpf ziehen könnte.

„Psychisch krank“ heißt für viele „nicht richtig“ krank. Da wird Depression als Schwäche ausgelegt, böse sind manchmal auch die Kommentare. Oft hat man so etwas selbst schon gesagt: „Der ist doch verrückt“ – „Die tickt nicht richtig“. Es ist deshalb nur allzu verständlich, dass Betroffene Angst davor haben, über ihre Probleme zu sprechen. „Stell Dich nicht so an“, sagen sie sich. Sie wollen schließlich keine „Jammerlappen“ sein und versuchen, ihre Beschwerden zu verstecken. Sie befürchten, dass ihnen die Krankheit als Charakterfehler ausgelegt werden könnte. Sie haben Angst, als „nicht ganz normal“ zu gelten, sie erwarten Nachteile im Beruf und sie wollen auch ihren Angehörigen keinen Kummer machen.

Man kann es deshalb nicht oft genug sagen: Es ist keine Schande, an einer Depression zu erkranken. Es ist kein persönliches Versagen, wenn man krank wird. Niemand ist selbst daran schuld. Eine Depression kann jeden treffen! Depressionen sind anstrengend genug und wer darunter leidet, sollte seine Energie nicht damit vergeuden, sie zu vertuschen. Wer offen mit der Krankheit umgeht, der wird staunen, wie viele Menschen ihm – ganz im Vertrauen – von ihren eigenen Depressionen erzählen werden. Viele haben schon Antidepressiva genommen, viele haben Hilfe bei therapeutischem Fachpersonal gesucht. Sie haben sich aber noch nie getraut, davon zu erzählen. Selbst offen mit der eigenen Krankheit umzugehen, ermutigt auch andere Menschen, das zu tun.

Fröhlicher zu scheinen, als man tatsächlich ist, das ist auf die Dauer schwierig – wenn nicht unmöglich. In jedem Fall ist es besser, gleich die Wahrheit zu sagen und nicht erst Gerüchte aufkommen zu lassen, die alles nur noch schlimmer machen. Und wenn z. B. die Familie und das nächste Umfeld Bescheid wissen, dann können sie das – vielleicht manchmal abweisende – Verhalten des Erkrankten auch viel besser verstehen.

„Was ist Depression? Es ist die Unfähigkeit zu fühlen, das Gefühl, tot zu sein, während der Körper noch lebt. Es ist die Unfähigkeit, froh zu sein, genau wie man unfähig ist, traurig zu sein. Ein depressiver Mensch wäre höchst erleichtert, wenn er traurig sein könnte.“

Erich Fromm

Philosoph und Psychoanalytiker

*23. März 1900, † 18. März 1980

Hannah, 20 Jahre, Schülerin

„Ich konnte langsam akzeptieren, dass ich krank bin.“

Es ging mir schlecht, sehr lange sogar. Aber dass ich depressiv sein könnte, auf die Idee bin ich erst einmal gar nicht gekommen. Ich habe einfach nichts mehr hingekriegt und dachte, ich bin schuld daran. Ich schlief unheimlich viel, war aber trotzdem immer müde. Morgens kam ich nicht aus dem Bett. Jeden Abend nahm ich mir fest vor, morgens aufzustehen und in die Schule zu gehen. Ich habe es einfach nicht geschafft. Bis zwei Uhr mittags blieb ich im Bett liegen. Meine Eltern wussten nicht, was sie machen sollten. Ich ließ niemanden an mich ran, ich fühlte mich innerlich tot, wie abgestorben, kalt. Ich habe nichts mehr gefühlt. Alles war aussichtslos, hoffnungslos. Und das hörte nicht auf.

Meine Freundinnen haben gefragt: Was ist los? Warum kommst du nicht in die Schule? Ich habe nichts von meinen Problemen gesagt, ich habe mich so geschämt. Mir kam das so lächerlich vor. Andere haben auch Probleme, dachte ich, die gehen auch in die Schule, die schaffen ihren Alltag auch. Und mir geht's doch gut, was habe ich denn für einen Grund, mich so hängen zu lassen? Ich hielt das für Schwäche, für einen Charakterfehler. Es kann nur an mir liegen, dachte ich. Ich hielt mich für total unfähig, ja



für lebensunfähig. Und für wertlos, eine Last für andere, zu nichts zu gebrauchen. In dieser Zeit dachte ich beinahe täglich an Selbstmord.

Irgendwann habe ich mich meinem Hausarzt anvertraut. Er hat mir Antidepressiva gegeben und mich gedrängt, eine Psychotherapie zu machen. Es fiel mir nicht leicht, diese Tabletten zu nehmen, aber es ging mir besser. Und ich konnte langsam akzeptieren, dass ich krank bin. Damit verschwanden auch diese Schuldgefühle. Ich schäme mich nicht mehr so sehr, ich denke aber immer noch, mich irgendwie für die Krankheit rechtfertigen zu müssen. Aber es ist nicht mehr so schlimm.



4 Symptome

Wie erkennt man eine Depression?

Definition von Depression

Es gibt kein einheitliches Erscheinungsbild dieser Erkrankung. Zur Diagnosestellung müssen bestimmte Haupt- und Zusatzkriterien (Symptome) vorhanden sein und es werden der Schweregrad, das Zeitkriterium und der Verlauf beurteilt.

Nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (International Classification of Diseases) in der 10. Ausgabe (ICD-10) müssen für die Diagnose Depression bestimmte Kriterien (Haupt- und Zusatzkriterien oder Haupt- und Zusatzsymptome) erfüllt sein. Zu den drei Hauptsymptomen zählen depressive Stimmung, der Verlust von Interesse und Freude sowie ein verminderter Antrieb. Zusatzsymptome sind eine verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit, vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Gefühle von Schuld und Wertlosigkeit, negative und pessimistische Zukunftsperspektiven, Suizidgedanken / -handlungen, Schlafstörungen und verminderter Appetit.

Wenn über mindestens zwei Wochen oder länger zwei der drei Hauptsymptome und zusätzlich mindestens zwei Nebensymptome bestehen, wird die Diagnose Depression gestellt.

Je nach Anzahl und Ausprägung der Symptome wird zwischen leichter, mittelgradiger und schwerer Depression unterschieden. Die drei Hauptsymptome einer Depression sind:

Gedrückte, depressive Stimmung

Typisch für Depressionen ist eine tief niedergedrückte Stimmung, die nicht mehr auslenkbar ist.

Verlust von Interesse und Freude

Egal was passiert, wir können uns einfach nicht mehr freuen über Dinge/Situationen, die uns früher Freude bereitet haben. Auch wenn sich Angehörige und das nächste Umfeld noch so sehr bemühen – nichts kann uns mehr aufheitern. Geliebte Hobbys verlieren ihren Reiz, wir haben kein Interesse mehr an dem, was um uns herum geschieht.

Verminderter Antrieb, erhöhte Ermüdbarkeit

Kennzeichnend für eine Depression ist auch ein verminderter Antrieb: Alles wird uns zuviel. Auch wenn wir uns etwas vornehmen, wir schaffen es nicht. Jeder Anfang wird so schwierig, dass er unterlassen wird.

Typisch für Depressionen ist eine tief niedergedrückte Stimmung, die nicht mehr auslenkbar ist. Wir empfinden eine andauernde tiefe Traurigkeit, die wir kaum mehr beeinflussen können.

Häufige Gedanken von Betroffenen, die den Zusatzsymptomen bei einer Depression entsprechen:

„Ich kann mich auf nichts mehr konzentrieren“

Sich auf etwas zu konzentrieren, bei der Sache zu bleiben – das strengt viele Erkrankte sehr an. Es fällt ihnen schwer, ihre Arbeit zu erledigen. Sie können keinem Film mehr folgen oder eine Zeitung oder ein Buch lesen. Sie fühlen sich selbst von Tätigkeiten überfordert, die sie früher problemlos erledigen konnten. Ständig schweifen ihre Gedanken ab, die Gedanken „kreisen“ regelrecht, sie sind quälend. Der depressiv erkrankten Person fällt es schwer, sich zu entscheiden, was sie tun möchte, immer wieder wägt sie ab, kommt aber zu keinem Ergebnis. Dabei geht es keineswegs um schwere Entscheidungen, einfache Fragen werden zum unlösbaren Problem.

„Ich bin nichts wert und an allem schuld.“

Das Gefühl, nichts wert zu sein, plagt viele Betroffene. Sie trauen sich nichts mehr zu und empfinden sich als eine Last für ihre Familie oder Andere. Wer an einer Depression leidet, fühlt sich oft an allem schuld, was nicht gut läuft. „Ich habe versagt“ – denken die Betroffenen. Es ist ihnen nicht bewusst, dass diese Denkweise ein Symptom einer Krankheit, der Depression, ist. Sie fühlen sich schuldig und machen sich schlimme Vorwürfe. Sie nehmen sich viel vor, scheitern aber immer wieder und die Schuldgefühle werden immer stärker. Sie können sich ihre Antriebslosigkeit nicht verzeihen.

„Ich fühle mich so leer und hoffnungslos.“

Viele Betroffene berichten von einer inneren Leere. Manche beschreiben diese Gefühle als „ein Gefühl der Gefühllosigkeit.“ Sie glauben nicht mehr, dass sich das ändern kann und sind hoffnungslos. In diesem Zustand glaubt der Erkrankte, dass es für ihn keine Zukunft mehr gibt. Er ist zutiefst pessimistisch.

„Ich sehe keinen Sinn mehr im Leben“

Viele Depressive sehen in ihrem Leben keinen Sinn mehr und wünschen sich dann, dass sie einfach nicht mehr existieren, „einfach weg“ sind oder „mal zwei Monate lang nur schlafen“. Häufig sehen sie auch den Tod als einzigen Ausweg an.

„Ich kann nicht einschlafen, werde nachts wiederholt wach und erwache früh am Morgen“

Bei den meisten Erkrankten kommt es zu Schlafstörungen: Sie können nicht einschlafen, wachen nachts immer wieder auf und liegen stundenlang wach, obwohl sie müde sind und erwachen schon früh am Morgen. Häufig wird dann in den Wachphasen gegrübelt. Es gibt auch Erkrankte, die länger schlafen als sonst. Doch obwohl sie stundenlang tief schlafen, fühlen sie sich vom Schlaf nicht erholt.

„Ich habe keinen Appetit“

Viele Betroffene haben keinen Appetit mehr und müssen sich zum kleinsten Bissen zwingen. Dies führt manchmal zu einem starken Gewichtsverlust. Andere haben einen gesteigerten Appetit und essen deutlich mehr als sonst.

Besonderheit Suizidalität

Genauso wie Lebensüberdrußgedanken sind v.a. immer wiederkehrende, auch stärker werdende Suizidgedanken unbedingt zu beachten: Der Gedanke an Suizid ist eine häufige Begleiterscheinung der Depression. Suizidgedanken können sehr früh auftreten, sich aber auch langsam entwickeln. Wer solche Gedanken hat, sollte dringend zum Arzt gehen. Wenn ein depressiv erkrankter Mensch über seine Suizidgedanken spricht, sollten diese Äußerungen von Angehörigen und Freunden sehr ernst genommen werden. Sie sollten ärztlichen Rat suchen und mit dem Erkrankten über die Sorgen sprechen.

„Die Depression ist gleich einer Dame in Schwarz. Tritt sie auf, so weise sie nicht weg, sondern bitte sie als Gast zu Tisch und höre, was sie zu sagen hat.“

C. G. Jung,

Psychiater, *26. Juli 1875, † 06. Juni 1961

WHO-5-Fragebogen zum Wohlbefinden (WHO-5-Well-Being Questionnaire, Vers. 1998)

Der WHO-5-Fragebogen erfasst das allgemeine Wohlbefinden bzw. die allgemeine Lebensqualität und ist ein international anerkanntes Testverfahren zur ersten Aufdeckung von depressiven Symptomen (Screeninginstrument).

Der sog. „Gesamtscore (Summenscore)“ erlaubt Rückschlüsse auf die Stärke des Wohlbefindens bzw. der Lebensqualität. Der Summenwert reicht von 0 bis 25, wobei 0 das geringste Wohlbefinden bzw. die niedrigste Lebensqualität und 25 das größte Wohlbefinden bzw. die höchste Lebensqualität kennzeichnen.

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.

20 bis 25 Punkte:

gutes Wohlbefinden / gute Lebensqualität

13 bis 19 Punkte:

mittleres Wohlbefinden / mittlere Lebensqualität

12 bis 10 Punkte:

eingeschränktes Wohlbefinden /
eingeschränkte Lebensqualität

weniger als 10 Punkte:

deutlich eingeschränkte Lebensqualität /
deutlich eingeschränktes Wohlbefinden /
Verdacht auf klinische Depression

In den letzten 2 Wochen...

	5	4	3	2	1	0
...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

die ganze Zeit
meistens
etwas mehr als die Hälfte der Zeit
etwas weniger als die Hälfte der Zeit
ab und zu
zu keinem Zeitpunkt



5 Verlauf

Wie verläuft eine Depression?

Es gibt unterschiedliche Verläufe einer Depression, die in der Anzahl ihrer Symptome, dem zeitlichen Verlauf, dem Schweregrad und ihrer Dauer variieren. Zudem erwähnt sei, dass es auch alters-, geschlechts- und kulturspezifische Unterschiede in der Art und Weise gibt, wie Betroffene eine Depression erleben und wie die Symptome zum Ausdruck kommen. Eine Depression tritt im Allgemeinen in Phasen (Episoden) auf. Von einer einmaligen depressiven Episode spricht man, wenn der Betroffene nur einmal in seinem Leben daran erkrankt, ohne dass Beschwerden zurückbleiben. Dies trifft auf ein Drittel der Betroffenen zu. Die größere Anzahl der Erkrankten leiden jedoch an rezidivierenden (wiederkehrenden) depressiven Episoden mit möglicherweise bestehenden Restsymptomen.

Die depressiven Episoden dauern meist mehrere Wochen bis Monate an. Je nachdem, wie viele der in Kapitel 4 beschriebenen Haupt- und Zusatzsymptome vorliegen, wird eine Einteilung des Schweregrades vorgenommen:

- Eine **leichte depressive Episode** wird diagnostiziert, wenn mindestens je zwei Haupt- und Zusatzsymptome über einen Zeitraum von mindestens zwei Wochen vorliegen.
- Eine **mittelgradige depressive Episode** wird diagnostiziert, wenn mindestens zwei Haupt- und drei bis vier Zusatzsymptome über einen Zeitraum von mindestens zwei Wochen vorliegen.
- Eine **schwere depressive Episode** wird diagnostiziert, wenn alle drei Haupt- und mindestens vier Zusatzsymptome über einen Zeitraum von mindestens zwei Wochen vorliegen. Zusätzlich können hier noch psychotische Symptome hinzukommen, dann kann eine sogenannte wahnhaft (psychotische) Depression diagnostiziert werden. Typisch für eine wahnhafte Depression sind Wahninhalte, die mit der niedergeschlagenen Stimmung vereinbar sind, wie ein Schuld- oder Krankheitswahn sowie ein nihilistischer Wahn.

Eine weitere Einteilung der Episoden erfolgt über den Verlaufsaspekt. Hier werden monophasische (einmalig) von rezidivierenden (wiederkehrend) und bipolaren Verläufen unterschieden.

Eine besondere Form der Depression ist der Wechsel von manischen und depressiven Phasen. Ärzte und Ärztinnen sprechen hier von einer „bipolaren affektiven Störung“. In den manischen Phasen sind die Erkrankten übermäßig erregt, sie überschätzen sich maßlos, ihr Verhalten ist aggressiv und gereizt. Es kann aber auch sein, dass Menschen mit Depression extrem gut gelaunt sind und eine Hochstimmung verbreiten, die der Situation überhaupt nicht angemessen ist. Sie reden viel, ihr Optimismus ist nicht zu erschüttern. Diese Symptome stellen das Gegenteil aller sonstigen Anzeichen einer Depression dar. Manische Phasen treten im Verlauf bei jedem und jeder Zehnten auf, die an Depression erkrankt sind.

Wenn die Symptome einer Depression leichter, aber lange andauernder Natur (mindestens zwei Jahre) sind, spricht man von einer Dysthymie. Hier erreicht die niedergedrückte Stimmung zwar nicht die Intensität einer depressiven Episode, aber die Betroffenen sind ständig und langfristig niedergeschlagen. Die Erkrankten sind also seelisch stark beeinträchtigt und halten gleichzeitig – anders als bei einem schweren Verlauf – ein scheinbar normales Leben aufrecht. Das heißt zum Beispiel: Sie gehen arbeiten und nehmen noch am Familienleben teil.

Ansonsten gibt es Lebensumstände, bei denen es häufiger zu Depressionen kommt. Ein Beispiel dafür ist die Wochenbettdepression, an der nicht wenige Frauen nach einer Entbindung leiden. Diese Depression hat offenbar etwas mit der hormonellen Umstellung zu tun. Ein weiteres Beispiel sind Depressionen in den Wechseljahren. Es gibt auch jahreszeitabhängige Depressionen. Verbreitet sind hierbei depressive Erkrankungen besonders in den Herbst- und Wintermonaten (saisonale Depression). Zurückgeführt werden diese Depressionen auf das fehlende Licht in der dunklen Jahreszeit.

Die Gefahr der Suizidalität

Die Suizidgefahr ist ein häufiges Zusatzsymptom der Depression. Sie kann jederzeit auftreten. Diese Gefahr darf nicht unterschätzt werden. Die Gefahr von Suizidgedanken oder -handlungen wird geringer bei einer ausreichend behandelten Depression. Jeden Tag nehmen sich durchschnittlich 28 Menschen das Leben. Der Anteil der Männer, die sich umbringen ist dabei drei Mal höher im Vergleich zu Frauen. Einer der Gründe dafür ist, dass es Männern häufiger schwerfällt, die eigenen Gefühle zu erkennen und auch benennen zu können. Frauen können leichter über psychische Probleme sprechen und suchen sich auch eher professionelle Hilfe als Männer.

In einem Jahr kommen bundesweit mehr Menschen durch Selbsttötungen ums Leben als durch Verkehrsunfälle, Drogen, Mord und HIV zusammenaddiert. Die Suizide erfolgen dabei zumeist vor dem Hintergrund einer unzureichend behandelten Depression. Bis zu 15 Prozent der Betroffenen, die an einer schweren Depression leiden, nehmen sich das Leben. Und mehr als die Hälfte der Menschen mit Depression, die in einer Klinik behandelt werden, äußern Todeswünsche und Selbsttötungsideen.

Wenn ein Mensch davon spricht, dass er sich umbringen will, sollten Angehörige das sehr ernst nehmen, besonders in den Fällen, in denen solche Pläne konkret formuliert werden. Wichtige Anzeichen sind direkte oder indirekte Ankündigungen: Das können Äußerungen sein wie „Ich habe keine Hoffnung mehr“, „Was hat das denn alles noch für einen Sinn“ oder der offen ausgesprochene Wunsch, tot zu sein. Ein hohes Selbsttötungsrisiko besteht, wenn die Depression mit Wahnvorstellungen einhergeht. In diesem Fall haben die Kranken zum Beispiel große Angst vor Strafe, sie stellen sich vor, dass sie elend zu Grunde gehen oder verarmen. Auffällig ist es auch, wenn Erkrankte anfangen, Versicherungsangelegenheiten zu klären, wenn sie ihr Testament schreiben oder sich um Versäumtes kümmern. So etwas kann ein direkter Hinweis darauf sein, dass sich der Erkrankte selbst töten will.

Bloß nicht daran rühren?

Eines vorweg: Eine allgemeingültige Empfehlung zum Umgang mit suizidalen Gedanken oder Handlungen eines Menschen zu geben, ist fast unmöglich. Wie jemand damit umgehen möchte und umgehen kann, hängt auch stark von der jeweiligen Rolle ab, in der er einer anderen Person begegnet: Als Ehefrau, als Freund oder Bekannter, als Elternteil, als Arbeitgeber, usw. In jedem Fall gilt es jedoch, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen!

Im folgenden Abschnitt wird der Versuch unternommen, Handlungsorientierung zu geben – die Ausgestaltung der Hilfsmaßnahme kann sicherlich nur ganz individuell entschieden werden.

Manche denken sich „Bloß nicht daran rühren.“ Oder: „Wer von Selbstmord redet, der bringt sich schon nicht um.“ Das hört man oft, aber es ist falsch. Es ist wichtig, solche Ankündigungen ernst zu nehmen und darauf zu reagieren. Viele Menschen haben hierbei Hemmungen. Wer will schon direkt nach Selbstmordgedanken fragen? Wenn Sie als „Gesunder“ Klarheit über die Suizidabsichten eines anderen Menschen haben wollen, sollten Sie etwas unter-

Oft treten Depressionen „wie aus heiterem Himmel“ auf, ohne dass es einen erkennbaren Anlass gibt. Umgekehrt gilt, dass ein schlimmes Erlebnis nicht zwangsläufig zu einer depressiven Erkrankung führen muss.

nehmen. In einem vertrauensvollen Gespräch könnten Sie dem Depressiven zum Beispiel dabei helfen, wieder Kontakt mit der Außenwelt aufzunehmen. Selbstmordabsichten zu verharmlosen und kleinzureden fördern dagegen die Grundstimmung des Erkrankten: „Niemand versteht mich.“ Er bleibt hoffnungslos.

Sie können einem Menschen gegenüber, bei dem Sie Selbstmordabsichten vermuten, Ihre Besorgnis sehr konkret und direkt benennen. Die Erfahrung zeigt, dass Betroffene froh sind, wenn sie auf ihre Suizidgedanken angesprochen werden. Manchmal versuchen die Kranken allerdings auch, ihre Suizidabsichten zu verharmlosen. Aber auch in solchen Fällen sollte man nachfragen und genau zuhören.

Was tun?

Wenn die Gefahr einer Selbsttötung besteht, muss sofort gehandelt werden. Die Suizidabsicht muss angesprochen und ausgesprochen werden. Das Benennen der Suizidabsicht, ob in einem kürzeren oder ausführlicheren Gespräch mit dem depressiv Kranken, ist die Grundlage für alle weiteren Schritte. Auch wenn Sie sich das vielleicht nicht zutrauen: Es ist immer besser, eine unmittelbar drohende Selbsttötung anzusprechen, als diese Gefahr einfach zu verdrängen. Angst oder auch ein falsches Verständnis von Freiheit („Jeder kann tun, was er will.“) sind für den Menschen mit Depression in einer derartigen Krise keine Hilfe, da er in solchen Momenten seine Situation meist nicht objektiv einschätzen kann. In jedem Fall gilt es jedoch, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen!

Wenn Sie zu dem Menschen in einer entsprechenden Beziehung stehen, dass Sie Ihre Sorge in einem ausführlichen Gespräch mit ihm oder ihr vermitteln möchten, sind diese Hinweise hilfreich: Ein Gespräch sollte offen und direkt sein. Dabei sollte herausgestellt werden, was die betroffene Person noch hält und bindet: Hat sie Kinder, die sie liebt, Freunde, denen sie nah ist, Verwandte, an denen sie hängt? Hält sie vielleicht ihr Beruf? Welche Wünsche hat sie, für deren Erfüllung sie weiterleben würde? Gibt es Hoffnung auf eine Besserung ihrer Situation? Was soll sich ändern? Die Erwartungen an die Zukunft des Menschen mit Depression sollten möglichst genau thematisiert wer-

den. Sie müssen nicht selbst Problemlösungen finden oder diese Fragen beantworten. Wichtiger ist zuzuhören und nachzufragen. Verzichten Sie darauf, Ratschläge zu geben, auch wenn sie gut gemeint sind, hüten Sie sich vor „Moralpredigten“ und Aufmunterungsversuchen. Teilen Sie Ihre eigenen Gefühle angesichts der Suiziddrohung aber ehrlich mit, sagen Sie ruhig, wenn Sie Angst um den Ihnen nahen Menschen haben.



Wenn ein solches Gespräch in Ihrer Rolle unpassend oder Ihnen der Gedanke daran eher unangenehm ist, ist es eine andere gute Unterstützungsmöglichkeit, den suizidgefährdeten Menschen in eine Hilfemaßnahme zu begleiten. Gehen Sie sicher, dass er den Zugang zum Hilfesystem (siehe Anhang, u. a. Rubrik „Hilfe finden“) findet und z. B. bei der Notfallseelsorge, beim sozialpsychiatrischen Dienst oder beim ärztlichen Notdienst vorstellig wird.

Versuchen Sie nicht im Alleingang, eine Selbsttötung zu verhindern. Der Erkrankte braucht dringend auch fachliche Hilfe. Bewegen Sie ihn dazu, einen Arzt oder eine Therapeutin aufzusuchen. Wenn er bereits in ärztlicher oder psychologischer Behandlung ist, informieren Sie die betreffende Ärztin oder den betreffenden Therapeuten so schnell wie möglich von der Suizidgefährdung. In vielen Fällen ist es nötig, Betroffene in eine psychiatrische Klinik einzuweisen, um einen Suizid zu verhindern. Im Akutfall oder bei einer fehlgeschlagenen Selbsttötung überreden Sie den suizidgefährdeten Menschen, mit Ihnen ins Auto oder ins Taxi zu steigen und gemeinsam in die nächste psychiatrische Klinik zu fahren oder rufen Sie einen Rettungsdienst dazu.

6 Ursachen und Auslöser

Wie entsteht eine Depression?

Wer an einer Depression erkrankt wird sich fragen: Woher kommt die Depression und warum erkrankte ausgerechnet ich daran? Jedoch kann man eine Depression nicht auf eine einzige Ursache oder einen einzigen Auslöser zurückführen wie bspw. bei einem gebrochenen Bein. Vielmehr ist bei der Entwicklung einer Depression ein Zusammenwirken unterschiedlicher Einflüsse/Faktoren notwendig. Hierbei schließen sich die beiden übergreifenden Bereiche, psychosozial und neurobiologisch (körperlich), nicht aus sondern ergänzen sich.

Psychosoziale Ursachen und Auslöser

Hier können äußere Umstände eine Rolle spielen: Manchmal kann das Ende einer Beziehung oder der Verlust eines geliebten Menschen oder des Arbeitsplatzes der Auslöser für die Krankheit sein. Auch Menschen, die sehr leistungsorientiert sind, sich viel zu viel aufhalsen, sich chronisch überfordern und nie an ihre eigenen Bedürfnisse denken, gelten als besonders gefährdet, an einer Depression zu erkranken. Depressionen entstehen aber auch im Zusammenhang mit eigentlich positiven Ereignissen – besonders dann, wenn sich Menschen an neue Lebenssituationen anpassen müssen: Zum Beispiel nach einer bestandenen Prüfung, einer Hochzeit, der Geburt eines Kindes, wenn sie in Rente gehen, den Wohnort wechseln oder eine Urlaubsreise antreten. Nicht in allen Krankheitsfällen sind solche Auslöser im Spiel. Auch Entwicklungs- und Persönlichkeitsfaktoren wie bspw. eine erlernte Hilflosigkeit können zur Entstehung einer Depression beitragen.

Oft treten Depressionen „wie aus heiterem Himmel“ auf, ohne dass es einen erkennbaren Anlass gibt. Und umgekehrt gilt, dass ein schlimmes Erlebnis nicht zwangsläufig zu einer depressiven Erkrankung führen muss. Auch traumatische Lebensereignisse wie körperliche Gewalt oder sexueller Missbrauch, aber auch eine emotionale Vernachlässigung durch die Eltern erhöhen deutlich das Risiko an einer Depression zu erkranken.

Körperliche Ursachen und Auslöser

Es ist wissenschaftlich belegt, dass eine Depression mit typischen Veränderungen von Botenstoffen im Gehirn einhergeht. Dabei weisen bspw. bestimmte Botenstoffe wie Serotonin, Noradrenalin oder Dopamin bei depressiven Menschen im Vergleich zu Gesunden eine niedrigere Aktivität auf. Diese Botenstoffe sind für die Übertragung von Impulsen zwischen den Nervenzellen verantwortlich. Bei einer Störung können sich Funktionsabläufe im Gehirn verändern und so zu der Entwicklung von Depressionen beitragen.

Zudem sind Stresshormone als mögliche Auslöser einer Depression zu nennen, auch Schilddrüsenfunktionsstörungen können Depressionen mit verursachen. Manchmal sind Depressionen auch Folge anderer Erkrankungen oder Nebenwirkungen eines Medikaments.

Viele Betroffene haben auch eine genetische Veranlagung. Die Krankheit liegt sozusagen in der Familie. Das heißt nicht, dass man Depressionen direkt „vererben“ kann: Die genetische Veranlagung hat nur einen Einfluss darauf, ob ein Mensch dazu neigt, depressiv zu werden. Wer entsprechend veranlagt ist, läuft also eher Gefahr, eine Depression zu entwickeln.



7 Therapie

Wie wird eine Depression behandelt?

Eine Depression ist behandelbar! Dabei kommen vor allem drei Behandlungsmöglichkeiten in Frage: Die Psychotherapie, die Pharmakotherapie und die sog. somatischen Therapieverfahren wie etwa die Elektrokonvulsionstherapie.

Nach Empfehlungen der Nationalen Versorgungsleitlinien für Unipolare Depressionen (2015) sollten Antidepressiva nicht generell zur Erstbehandlung bei leichten depressiven Episoden eingesetzt werden, sondern allenfalls unter besonders kritischer Abwägung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses. Zur Behandlung einer akuten mittelgradigen depressiven Episode sind die Psychotherapie und die Psychopharmakotherapie gleich gut wirksame Verfahren. Dagegen soll bei akuten schweren depressiven Episoden eine Kombinationsbehandlung mit medikamentöser Therapie und Psychotherapie angeboten werden. Eine Sonderstellung nehmen die somatischen Therapieverfahren ein.

Psychotherapie

Unter einer Psychotherapie versteht man die Behandlung durch Gespräche mit einem psychologischen oder ärztlichen Psychotherapeuten bzw. einer Psychotherapeutin. Dabei werden meist folgende Verfahren eingesetzt: Die Kognitive Verhaltenstherapie, die Interpersonelle Psychotherapie oder die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie.

Der verhaltenstherapeutische Ansatz basiert auf der Lernforschung. Ziel ist es, dass die Erkrankten durch Gespräche, aber auch durch Übungen, die Verhaltensweisen erkennen, die die Krankheit mitverursachen und aufrechterhalten. Dieses Verhalten gilt es durch bestimmte Strategien zu verändern. Da negative Gedanken ein häufiges Symptom der Depression darstellen und mit dafür verantwortlich sind, dass die Erkrankung aufrechterhalten wird, liegt ein weiterer Schwerpunkt der Behandlung auf dem Erkennen und Verändern negativer Gedanken.

Die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie versucht, die z. T. unbewussten Gründe für die seelische Störung zu finden. In der Regel wird angenommen, dass die Ursachen bis in die frühe Kindheit zurückreichen. In einer Behandlung, die sich über mehrere Monate bis Jahre erstreckt, versucht der Therapeut, die Erlebnisse im Leben des Betroffenen bewusst zu machen, die zu der Erkrankung geführt haben könnten.

Die Suche nach geeigneter therapeutischer Hilfe obliegt dem Menschen mit Depression selbst. Man kann sich Rat beim Hausarzt oder bei der Hausärztin holen, oder beim Patiententelefon der Kassenärztlichen Vereinigung in Rheinland-Pfalz unter 06131 8854455 (gis@kv-rlp.de) nachfragen. Eine Überweisung ist dazu nicht notwendig. Die Suche selbst kann unter Umständen länger dauern. Die Wartelisten sind lang, deshalb lohnt es, sich frühzeitig an verschiedene Adressen zu wenden. Für „die“ richtige Wahl gibt es letztlich keine Faustregel, aber eines ist wichtig: Die „Chemie“ muss stimmen. Sie müssen sich vorstellen können, auch über sehr private und intime Erlebnisse sprechen zu können. Sie sollten volles Vertrauen haben. Auch sollten der Therapeut oder die Therapeutin klar und deutlich sagen, was die Hilfesuchenden in der Therapie erwartet.

Haben Sie sich für eine bestimmte Therapie entschieden, sollten Sie sogenannte probatorische Sitzungen vereinbaren. Das sind Probestunden, in denen Sie herausfinden können, ob die „Chemie“ stimmt. Die Krankenkassen zahlen maximal fünf solcher Sitzungen, unabhängig von der später bewilligten Anzahl von Stunden. Legen Sie Wert auf diese Gespräche und verlassen Sie sich auf Ihr Gefühl. Nur wenn Sie Vertrauen fassen können, stimmen die Rahmenbedingungen. Und nur dann kann die Therapie erfolgreich verlaufen.

Bei Langzeittherapien über 60 Stunden muss ein Antrag gestellt werden. Bei der Verhaltenstherapie stehen höchstens 80 Stunden, bei der tiefenpsychologisch fundierten Therapie höchstens 100 Stunden zur Verfügung. Die tatsächliche Dauer kann deutlich unterhalb dieser Grenzen liegen. Eine Therapie wird sinnvollerweise dann beendet, wenn die belastenden Symptome nicht mehr vorhanden sind oder man feststellt, dass die Therapie nicht hilft. Die Häufigkeit der Behandlungen kann von ein Mal pro Woche bis zu ein Mal in zwei oder drei Wochen oder länger variieren.

Psychopharmaka

Medikamente, die eine psychische Wirkung haben, nennt man Psychopharmaka. Im Falle einer Depression verschreiben die Ärztin oder der Psychiater Medikamente, die Antidepressiva genannt werden. Sie wirken auf unterschiedliche Weise u.a. auf den Stoffwechsel im Gehirn, indem sie z. B. die Dysbalance der Botenstoffe regulieren. Antidepressiva ermöglichen dadurch eine Genesung oder schaffen erst einmal die Voraussetzung für eine Psychotherapie. Antidepressiva sind keine Aufputschmittel. Bei Antidepressiva besteht keine Gefahr, abhängig zu werden. Allerdings können Absetzphänomene nach Beendigung einer Therapie mit Antidepressiva auftreten. Die Absetzphänomene können teilweise der ursprünglichen Erkrankung ähneln. Die häufigsten sind grippeähnliche Symptome, Schlafstörungen, Übelkeit und Erbrechen, Gleichgewichtsstörungen inklusive Schwindel, Ängstlichkeit und Reizbarkeit. Charakteristisch für Absetzsymptome ist, dass sie rasch auftreten, meist schon nach 36 bis 96 Stunden, und sich innerhalb von zwei bis maximal sechs Wochen spontan zurückbilden.

Wer eine Therapie mit Antidepressiva beginnt, sollte erst einmal Geduld mitbringen. Viele dieser Medikamente wirken nicht sofort – man spricht hier von einer „Wirklatenz“. Im Allgemeinen dauert es zwei bis drei Wochen, bis sich der Zustand der Erkrankten spürbar verbessert. Deshalb darf man die Medikamente auf keinen Fall schon nach ein paar Tagen absetzen. Wenn sich nach drei Wochen aber immer noch keine Verbesserung zeigt, sollte man seinen Arzt oder seine Ärztin darüber informieren. Auch bei Nebenwirkungen, zu denen es, wie bei allen Arzneimitteln, kommen kann, sollte man nicht eigenmächtig das Medikament absetzen oder niedriger dosieren, zumal sich diese häufig im Verlauf der Behandlung zurückbilden.

Antidepressiva müssen regelmäßig eingenommen werden. Auch wenn sich die Beschwerden bessern, ist es nötig, sie für eine längere Zeit (bspw. 4–9 Monate) weiter einzunehmen, um einen Rückfall zu vermeiden. In diesen Fällen spricht man dann von der „Erhaltungstherapie“. Zudem werden häufig insbesondere zu Anfang einer Behandlung und immer nur vorübergehend Hypnotika zum Schlafen oder Benzodiazepine bspw. zur Angstreduktion verordnet.



Somatische Verfahren

Lichttherapie

Eine besondere Form der Depression ist die saisonale Depression (in den dunklen Monaten – Herbst und Winter). Im Frühjahr und Sommer sind die Betroffenen symptomfrei. Hier kommt Therapie mit Licht zum Einsatz: Die Erkrankten werden einer Lichtquelle von mindestens 2.500 Lux, besser 10.000 Lux ausgesetzt. Die Therapie findet meist vormittags statt und dauert etwa eine halbe Stunde. Die gesamte Behandlung dauert mehrere Wochen (am besten während des kompletten Herbst und Winters). Man schaut dabei direkt in die Lichtquelle. Die Lichttherapie kann als einziges Therapieverfahren oder in Kombination mit Medikamenten und Psychotherapie angewandt werden.

Wachtherapie

Etwa die Hälfte aller Menschen mit Depression reagiert auf eine durchwachte Nacht am Folgetag mit einer deutlichen Stimmungsverbesserung. Häufig bleibt dieser Effekt allerdings flüchtig. Die Wachtherapie oder Schlafentzugstherapie kann bei manchen depressiv Kranken eine wertvolle Ergänzung der anderen Behandlungsmaßnahmen sein. Sie wird in der Regel nur in der Klinik durchgeführt.

Repetitive transkranielle Magnetstimulation (rTMS)

Die repetitive transkranielle Magnetstimulation (rTMS) ist eine Methode, bei der mithilfe starker Magnetfelder Bereiche des Gehirns sowohl stimuliert als auch gehemmt werden können. Die rTMS wird im Wachzustand fünfmal die Woche über einen Zeitraum von drei bis vier Wochen durchgeführt. Die antidepressive Wirksamkeit ist bei leichten bis mittelgradigen Depressionen belegt.

Elektrokonvulsionstherapie (EKT)

Bei einer sog. Therapieresistenten Depression, dass heißt wenn zwei Antidepressiva mit unterschiedlicher Wirkweise in ausreichender Dosierung und Länge, keinen Effekt gezeigt haben, ist die Elektrokonvulsionstherapie (EKT) die Therapie der ersten Wahl. Weitere Empfehlungen zur EKT gibt es insbesondere bei schweren oder wahnhaften Depressionen. Durch die EKT werden therapeutische Krampfanfälle mit geringfügigem elektrischem Strom ausgelöst. Da die EKT heute in einer Kurznarkose und mit einem Medikament zur Muskelentspannung durchgeführt wird, ist sie – anders als in früheren Jahrzehnten – eine sichere Therapie. Wirkungen und Nebenwirkungen der EKT sind heutzutage bestens bekannt. Etwa 50–75% der Betroffenen profitieren deutlich von einer EKT. Häufig klagen Patienten nach der EKT vorübergehend über sogenannte kognitive Störungen, d.h. gestörte Denkvorgänge, meist in Form von Lern- oder Gedächtnisstörungen, die sich nach Beendigung der Behandlung jedoch in der Regel rasch zurückbilden.



8 Ratgeber für Angehörige

Was sollten Angehörige wissen und was können sie tun?

Angehörige eines an Depression erkrankten Menschen befinden sich in einer schwierigen Situation. Sie haben meist keine Erfahrung mit dieser Erkrankung und erkennen sie zuerst auch gar nicht. Aber wie soll man jemandem helfen, der depressiv ist? Diese Frage lässt sich nicht pauschal beantworten.

Unterstützung bei der Therapie

Wenn Sie mit einem Menschen mit Depression zusammenleben, können Sie darauf achten, dass er oder sie die Medikamente regelmäßig einnimmt und auch die Behandlungstermine nicht versäumt. Es geht nicht um Bevormundung, aber es gehört eben zum Krankheitsbild der Depression, dass einem alles sinnlos erscheint. Da besteht die Gefahr, dass die Erkrankten aufgeben, ihre Medikamente nicht mehr einnehmen oder nicht mehr zu den vereinbarten Arztterminen gehen. Hier können Sie Hilfe leisten, indem Sie die Ihnen nahestehende Person ermuntern, die Therapie fortzusetzen.

Gestaltung des Tagesablaufs

Wer unter Depressionen leidet, dem fällt es schwer, sich zu irgendwelchen Aktivitäten zu bewegen. Für viele ist es morgens schon schwierig, aus dem Bett zu kommen. Es fällt ihnen schwer, einen geregelten Tagesablauf beizubehalten, selbst wenn sie sich das fest vornehmen. Angehörige und nächstes Umfeld können den Erkrankten helfen, indem sie mit ihnen Termine verabreden, sie zu einem Spaziergang abholen oder zusammen mit ihnen einkaufen gehen. Auch wenn das Verhalten von Menschen mit Depression die familiäre Situation belastet und verändert wird: Versuchen Sie, Ihren Tagesablauf möglichst beizubehalten.

Ein depressiv erkrankter Mensch kann nichts für sein Verhalten

Was Sie sich als Angehörige immer wieder bewusstmachen sollten: Depression ist eine Krankheit. Wenn die erkrankte Person auf liebevolle Zuwendung nicht reagiert, dürfen Sie das nicht persönlich nehmen. Es ist keine Missachtung. Gerade wenn die Krankheit nicht erkannt wurde, kommt es hier immer wieder zu Irritationen: Angehörige und Freunde reagieren auf das abweisende Verhalten verärgert, was zur Folge hat, dass sich der Mensch mit Depression noch mehr zurückzieht. Sie müssen wissen, dass die Betroffenen am meisten darunter leiden, dass sie nicht in der Lage sind, ihre Gefühle auszudrücken. Sie verweigern sich nicht absichtlich, sie sind auch nicht lieblos oder böse. Ihr Verhalten ist Ausdruck ihrer Krankheit. Es ist wichtig, sich das immer wieder ins Bewusstsein zu rufen.

Trauen Sie dem depressiv erkrankten Menschen etwas zu

Nicht nur ein Mangel an Fürsorge, auch eine Überfürsorglichkeit kann einer Heilung der Krankheit im Wege stehen. Die Depression ist eine Gemütskrankheit, keine Geisteskrankheit, die intellektuellen Fähigkeiten sind nicht behindert. Auch wenn die erkrankte Person schweigt: Sie ist kein hilfloser und grundsätzlich lebensunfähiger Mensch. Sie braucht Unterstützung, aber sollte nicht durch Bevormundung zusätzlich behindert werden. Trauen Sie dem

Menschen mit Depression grundsätzlich Eigeninitiative zu. Schließen Sie ihn auch nicht aus Familienangelegenheiten oder Besprechungen aus. Und versuchen Sie nicht, ihm jede Arbeit abzunehmen.

Machen Sie ihm keine Vorwürfe

Auch wenn das manchmal schwer ist: Kritisieren Sie die Person nicht wegen ihres depressiven Verhaltens. Machen Sie ihr keine Vorwürfe. Appelle an die Willenskraft nutzen nichts – An Depression Erkrankte können ihr Erleben und Verhalten nur eingeschränkt steuern. Erwarten Sie nicht, dass die Person die Erkrankung einfach abschüttelt.

Suchen Sie sich Hilfe

Es kann sehr belastend sein, mit einem Menschen mit Depression zusammenzuleben. Gestehen Sie sich zu, sich Hilfe zu holen, wenn Sie sie brauchen. Versuchen Sie auch nicht, ihre eigenen Bedürfnisse völlig zurückzustellen. Sprechen Sie über Ihre Gefühle und Ihre Ängste. Hierfür können auch Erziehungs- und Familienberatungsstellen eine gute Adresse sein. Sie sind eigens dafür eingerichtet, Menschen bei schwierigen Entscheidungen, persönlichen Lebenskrisen oder Konflikten in Partnerschaft und Familie zu begleiten. Eine vollständige Übersicht aller Erziehungs- und Familienberatungsstellen in Rheinland-Pfalz gibt es beim Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung unter: www.lsjv.rlp.de unter dem Suchwort „Erziehungsberatungsstellen“.

Hertha (67 Jahre), Hausfrau

„Ich habe lange gebraucht, um zu verstehen, dass er einfach nur krank ist.“

Als er in Rente ging, fing es an, schwierig zu werden. Er veränderte sich. „Ich bin alt, zu nichts mehr zu gebrauchen“, sagte er. Ich dachte: Gut, er muss sich erst einmal daran gewöhnen, nicht mehr arbeiten zu gehen. Aber ich dachte, das wird schon. Er hatte sich schließlich auf die Rente gefreut. Und wollte so viel machen. Er hatte früher viel in Haus und Garten herumgewerkelt, jedes Wochenende war er im Garten. Dafür mehr Zeit zu haben, fand er gut. Das hatte er immer wieder gesagt. Und er hatte sich auch überlegt, in der Volkshochschule den ein oder anderen Kurs zu belegen. Aber es kam alles anders. Er zog sich immer mehr zurück, sprach kaum noch mit mir. Nachts wälzte er sich im Bett herum, stand schließlich auf, weil er nicht schlafen konnte. In aller Herrgottsfrühe. Tagsüber schlief er auf der Couch ein. Der Fernseher lief den ganzen Tag. Ich konnte kochen, was ich wollte, er aß kaum etwas. Und er war zu nichts mehr zu bewegen: Nicht zu einem Besuch bei Freunden, keinem Spaziergang, keinem Bummel durch die Stadt. Wir stritten, ich machte ihm Vorwürfe. Ich konnte irgendwie verstehen, dass er seine Arbeit erst einmal vermisste. Aber, ich dachte: „Andere gehen auch in Rente und stellen sich nicht so an.“ Ich weinte, drohte damit, ihn zu verlassen. „Reiß dich doch ein bisschen zusammen“, brüllte ich ihn an. So hatte ich mir unseren gemeinsamen Lebensabend nicht vorgestellt. Aber an ihn war nicht heranzukommen. Ich war verzweifelt: Wie kann sich ein Mensch so verändern? Das war nicht mehr der Mann, mit dem ich mein ganzes Leben verbracht hatte. Eine Freundin hat mir schließlich geraten, mal mit dem Hausarzt zu reden. Und der hat sofort Depressionen vermutet. Mein Mann ist mittlerweile in Behandlung, er nimmt Antidepressiva und will jetzt auch mit einer Therapie anfangen. Die Situation zuhause ist etwas besser geworden, aber ich leide noch immer sehr darunter. Ich habe lange gebraucht, um zu verstehen, dass er einfach nur krank ist.

Anhang

Im Anhang finden Sie verschiedene Angebote, sich Hilfe und Rat zu holen. Seien es Bücher, Internetseiten oder Adressen, die Unterstützung anbieten. Weitere Literaturhinweise erhalten Sie auch auf der Homepage der Stiftung Deutsche Depressionshilfe: www.deutsche-depressionshilfe.de

Literatur, Links und Adressen

Buijssen, Huub

Depression. Helfen und sich nicht verlieren.
Ein Ratgeber für Freunde und Familie, Beltz 2019.

Härter, Martin u.a.

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ).
PatientenLeitlinie für unipolare Depression, 2011.

Hautzinger, Martin

Ratgeber Depression – Informationen für Betroffene
und Angehörige. Hogrefe, 2. Auflage von 2017

Hegerl, Ulrich / Althaus, David / Reiners, Holger

Das Rätsel Depression – Eine Krankheit wird
entschlüsselt. C.H. Beck, 2016, TB 3. Auflage

Müller-Rörich, Thomas u.a.

Schattendasein - Das unverständene Leiden Depression.
Springer Verlag, 2013, 2. überarb. Auflage

Wolf, Doris/Merkle, Rolf

Gefühle verstehen, Probleme bewältigen. PAL 2012, 34. Aufl.

Johnstone, Matthew

Mein schwarzer Hund: wie ich meine Depression
an die Leine legte. Verlag Antje Kunstmann, 2008.

Johnstone, Ainsley & Johnstone, Matthew

Mit dem schwarzen Hund leben: wie Angehörige und
Freunde depressiven Menschen helfen können, ohne sich
dabei selbst zu verlieren. Verlag Antje Kunstmann, 2009.
Berichte von Betroffenen

Sebastian Deisler

Zurück ins Leben – Die Geschichte eines Fußballspielers,
Knaur 2010

Robert Enke

Ein allzu kurzes Leben, Piper 2010



Hilfe finden

Bündnisse gegen Depression in Rheinland-Pfalz

Als Resonanz auf die im Mai 2009 von Sozialministerin Malu Dreyer in Auftrag gegebene Initiative „Bündnisse gegen Depression in Rheinland-Pfalz“ haben sich elf entsprechende Arbeitskreise gebildet. Darin haben sich vor allem Fachkräfte aus Psychiatrie, Psychotherapie und Beratung sowie Vertreterinnen und Vertreter der Selbsthilfe zusammengefunden, um die Lebenssituation von an Depression erkrankten Menschen und ihren Angehörigen in der eigenen Region zu verbessern. Um diesem Ziel gerecht zu werden, gehen die Arbeitskreise unterschiedliche und häufig kreative Wege. Zum Beispiel organisieren sie Informationsveranstaltungen, Fortbildungen, Lesungen und Filmvorführungen zum Thema „Depression“.

Auf der Homepage www.rlp-gegen-depression.de stellen sich die rheinland-pfälzischen Bündnisse und Netzwerke gegen Depression vor. Hier finden Sie Informationen über Ansprechpersonen, Veranstaltungstermine und Informationsmaterialien.

Anlaufstellen in der Ärzteschaft und bei Psychologischen Psychotherapeuten

Wer meint, unter Depressionen zu leiden, benötigt professionelle Hilfe und kann sich in einem ersten Schritt an seinen Hausarzt oder seine Hausärztin wenden. Die Erkrankung kann mit Medikamenten (Antidepressiva) bzw. mit Psychotherapie erfolgreich behandelt werden. Ziel der Therapie ist es, dass die Depression möglichst rasch abklingt und ein Wiederauftreten verhindert wird.

Wichtige Hilfe für Betroffene bietet auch die Fachärzteschaft, die sich mit psychischen Erkrankungen beschäftigt, etwa aus den Bereichen: Psychiatrie und Psychotherapie, Psychiatrie und Neurologie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Vor allem die Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind hier eine weitere wichtige Berufsgruppe. Meistens kann zunächst der Hausarzt oder die Hausärztin weiterhelfen und ihnen bekanntes ärztliches oder psychotherapeutisches Fachpersonal nennen. Ansonsten haben die örtlichen Allgemeinen Ortskranken-

kassen, die Landespsychotherapeutenkammer und auch die örtliche Kassenärztliche Vereinigung Adressen von Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen. Unter www.lpk-rlp.de gibt es eine entsprechende Adressensuche für Rheinland-Pfalz. Auch der Psychotherapie-Informations-Dienst vermittelt Anschriften und Telefonnummern registrierter psychotherapeutischer Fachkräfte in ganz Deutschland.

Die Broschüre „Wegweiser für Menschen mit psychischer Erkrankung in Rheinland-Pfalz“ des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie (MSAGD) führt alle wichtigen Anlaufstellen im Kontext von psychischen Erkrankungen auf. So kann die Broschüre der oder dem Einzelnen helfen, die für sie oder ihn möglichst ortsnahe Hilfe zu finden. Nach Regionen geordnet sind darin zum Beispiel die Kontaktdaten und Ansprechpersonen der Gesundheitsämter, der Sozialpsychiatrischen Dienste, der ambulanten Dienste und Einrichtungen, uvm. einsehbar. Sie finden die Broschüre zum Download unter

<https://msagd.rlp.de/de/service/publikationen/>

Psychotherapeutensuche der Landes-PsychotherapeutenKammer (LPK) Rheinland-Pfalz

In der online-Psychotherapeutensuche der LPK sind ausschließlich approbierte Psychotherapeuten/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen aufgenommen, die in Rheinland-Pfalz arbeiten. Verschiedene Suchfunktionen wie „Postleitzahl“, „Methoden“ oder „Kassenleistung“ ermöglichen individuelle Suchergebnisse.

www.lpk-rlp.de/no_cache/psychotherapeutensuche.html

Arztfinder der Kassenärztlichen Vereinigung (KV RLP)

Der KV RLP-Arztfinder liefert Kontaktinformationen zu Ärzten oder Psychotherapeuten in Rheinland-Pfalz und vermittelt dabei viele zusätzliche Informationen, z.B. zu Sprechzeiten oder weiteren Serviceleistungen der Praxis.

www.kv-rlp.de/patienten

Telefonische Angebote

Die Terminservicestelle der Kassenärztlichen Vereinigung (KV RLP)

Die Terminservicestelle ist Teil des KV RLP-Patiententelefon und soll dafür sorgen, dass gesetzlich versicherte Personen bei dringendem Behandlungsbedarf innerhalb von vier Wochen einen Termin bei einer Fachärztin, einem Facharzt, einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten in Rheinland-Pfalz wahrnehmen können.

Patiententelefon: 06131 8854455

Telefonseelsorge

Die Stellen der Telefonseelsorge sind Tag und Nacht erreichbar, auch an Wochenenden und Feiertagen. Anrufe bei der Telefonseelsorge sind für die Ratsuchenden kostenlos. Wer anruft, bleibt anonym. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unterliegen außerdem der Schweigepflicht.

Die Nummern der Telefonseelsorge:
0800 1110111 oder 0800 1110222
www.telefonseelsorge.de

Nummer gegen Kummer: Kinder und Jugendtelefon

Speziell für Kinder und Jugendliche ist diese Nummer geschaltet:
116 111 (bundesweit wochentags 15–19 Uhr)

Selbsthilfeberatung des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker

Selbsthilfeberatung für psychisch Kranke

Tel.: 01805 950951 (14 ct/Min aus dem dt. Festnetz)
Mo–Do 10–12 und 14–20 Uhr
Fr 10–12 und 14–18 Uhr

Selbsthilfeberatung zu psychischen Erkrankungen im Arbeitsleben

Tel.: 01805 950951 (14 ct/Min aus dem dt. Festnetz)
Montag, Dienstag, Donnerstag 15–19 Uhr
www.bapk.de

Stiftung Deutsche Depressionshilfe Deutsches Bündnis gegen Depression e.V.

Die Stiftung Deutsche Depressionshilfe und das Deutsche Bündnis gegen Depression e. V. arbeiten kontinuierlich daran, die Versorgung von depressiv Erkrankten zu verbessern. Beide haben sich zum Ziel gesetzt, über Depression aufzuklären, die Erkrankung noch besser zu erforschen und die Versorgung langfristig weiterzuentwickeln. Auf ihren Homepages finden Sie neben vielen Informationen zur Krankheit auch ein Verzeichnis von regionalen Hilfsangeboten.

www.deutsche-depressionshilfe.de

Online-Angebote

Onlinediskussionsforum Depression der Stiftung Deutsche Depressionshilfe

Dieses Forum ist das größte und bekannteste Forum zum Thema Depression im deutschsprachigen Raum. Es ermöglicht Betroffenen und ihren Angehörigen, mit anderen Erfahrungen auszutauschen und sich über verschiedene Aspekte der Krankheit zu informieren.
<https://www.deutsche-depressionshilfe.de/depression-infos-und-hilfe/wo-finde-ich-hilfe/online-foren>

FIDEO Onlineforum für junge Menschen

FIDEO ist ein Online-Informationsangebot mit integriertem Diskussionsforum für junge Menschen ab 14 Jahren. Junge Betroffene tauschen sich online aus und unterstützen sich gegenseitig bei der Bewältigung der Erkrankung. Die Moderation des Forums bietet Schutz und meldet sich, wenn nötig, zu Wort. Ein Angebot der Stiftung Deutsche Depressionshilfe.

Ifightdepression

ifightdepression.com ist eine Informationswebsite über Depression und ihre Folgen. Sie möchte zur Aufklärung über diese Erkrankung und suizidales Verhalten beitragen. Sie enthält Informationen über die Anzeichen, Symptome und Ursachen einer Depression, so dass es leichter wird, eine Depression rechtzeitig zu erkennen und angemessene Hilfe zu bekommen. Die Betreiber von ifightdepression möchten Ihnen ebenso Informationen für einen positiven Umgang mit und Zugang zu psychischen Erkrankungen geben. Darunter fallen Strategien, mit denen man im

Rahmen von Selbstmanagement selbst viel für die eigene Gesundheit tun kann. Außerdem stellen sie Informationen darüber bereit, wo und wie man Hilfe bei Depressionen bekommt und wie man ein Familienmitglied, einen Freund oder eine hilfebedürftige Person unterstützt.
www.ifightdepression.com/de

Selbsthilfe

Die Selbsthilfe dient dem Informations- und Erfahrungsaustausch von Betroffenen und Angehörigen, der praktischen Lebenshilfe sowie der gegenseitigen emotionalen Unterstützung und Motivation.

Landesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit in Rheinland-Pfalz e. V.

Beratung für alle Menschen mit Depression und ihre Angehörigen

www.netzg-rlp.de/home/

Landesverband der Angehörigen psychisch Kranker in Rheinland-Pfalz e.V.

Telefon 06131 53972
 E-Mail H.w.zindorf@t-online.de

Landesarbeitsgemeinschaft der Selbsthilfekontaktstellen und Selbsthilfeunterstützung in Rheinland-Pfalz (LAG KISS RLP)

KISS Mainz/Der Paritätische

Kontakt- und Informationsstelle Selbsthilfe
 Parcusstraße 8, 55116 Mainz
 Telefon 06131 210774 · Fax 06131 210773
 E-Mail elfi-guel-hollweck@kiss-mainz.de
www.selbsthilfe-rlp.de/kiss-mainz

SEKIS Trier

Selbsthilfe Kontakt- und Informationsstelle e.V. Trier
 Gartenfeldstraße 6, 54295 Trier
 Telefon 0651 141180 · Fax 0651 9917688
 E-Mail kontakt@sekis-trier.de
www.selbsthilfe-rlp.de/sekis-trier

NEKIS, Neuwied

Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfe
 Ringstraße 70 (im Gesundheitsamt)
 56564 Neuwied
 Telefon 02631 803797 · Fax 02631 987575
 Email nekis.caritas@kreis-neuwied.de
www.nekis.de

KISS Pfalz

Selbsthilfetreff Pfalz e.V.
 Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfe
 Kirchberg 18, 67483 Edesheim
 Telefon 06323 989924
 Fax 06323 7040750
 E-Mail info@kiss-pfalz.de
www.selbsthilfe-rlp.de/kiss-pfalz

Außenstelle Pirmasens:

In der Kreisverwaltung Südwestpfalz
 1. Stock, Zimmer 114
 Unterer Sommerwaldweg 40 – 42, 66953 Pirmasens
 Telefon 06331 809333
 E-Mail frisch@kiss-pfalz.de

Außenstelle Ludwigshafen:

Kreisverwaltung Rhein-Pfalz-Kreis Gesundheitsamt,
 Raum 301
 Dörrhorststraße 36, 67059 Ludwigshafen
 Telefon 0621 5909711
 E-Mail bartscher@kiss-pfalz.de

Außenstelle Zweibrücken

c/o im Beratungs- und Informationszentrum
 in Zweibrücken, Poststraße 40
 Zimmer 002
 Karina Frisch
 Telefon 06331 809-333
 E-Mail frisch@kiss-pfalz.de

WeKISS

Westerwälder Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfe
 PARITÄTISCHES ZENTRUM
 Marktplatz 6, 56457 Westerburg
 Telefon 02663 2540 und 2530
 Fax 02663 2667
 E-Mail info@wekiss.de
www.selbsthilfe-rlp.de/wekiss

Impressum

Herausgegeben durch die

Landeszentrale für Gesundheitsförderung
in Rheinland-Pfalz e.V. (LZG)
Hölderlinstraße 8
55131 Mainz
Telefon 06131 2069-0
Fax 06131 2069-69
www.lzg-rlp.de

V.i.S.d.P.

Susanne Herbel-Hilgert
stellv. Geschäftsführerin der LZG

Redaktion

Dr. Carl-Wilhelm Reibel, LZG

Text

Marion Mück-Raab, Journalistin

Fachlektorat 2. überarb. Aufl.

Dr. med. Sarah Kayser
Oberärztin der Klinik für Psychiatrie und
Psychotherapie der Universitätsmedizin Mainz
Mainzer Bündnis gegen Depression e.V.

Grafisches Konzept

Jörg Pelka, pelka@allergutendinge.de
www.allergutendinge.de

Druck

I.B. Heim GmbH, Mainz

2. überarbeitete Auflage, 2019, 10.000 Stück

Gefördert durch

Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit
und Demografie Rheinland-Pfalz (MSAGD)

www.msagd.de
www.rlp-gegen-depression.de

Bestellmöglichkeit für diese Broschüre:

im LZG-Shop unter
[https://www.lzg-rlp.de/de/
seelische-gesundheit-319.html](https://www.lzg-rlp.de/de/seelische-gesundheit-319.html)

oder über Herrn Ralf Krzistek
Telefon 06131 2069-12
E-Mail rkrzistek@lzg-rlp.de



LPK Landes
Psychotherapeuten
Kammer
Rheinland-Pfalz

INITIATIVE
 **B Ü N D N I S S E**
GEGEN DEPRESSION
IN RHEINLAND-PFALZ

mainzer
bündnis
gegen
DEPRESSION



RheinlandPfalz

MINISTERIUM FÜR SOZIALES,
ARBEIT, GESUNDHEIT
UND DEMOGRAFIE



RheinlandPfalz

MINISTERIUM FÜR SOZIALES,
ARBEIT, GESUNDHEIT
UND DEMOGRAFIE



Landeszentrale für
Gesundheitsförderung
in Rheinland-Pfalz e.V.