

Depression

Symptome

Unterschiedliche Formen

Ursachen

- Psychische Ursachen
- Stress als Ursache
- Physische Ursachen
- Depression als Begleiterscheinung anderer Erkrankungen
- Genetische Ursachen

Behandlung

- Psychotherapie
- Pharmakotherapie
- Lichttherapie
- Selbsthilfegruppen
- Ernährung
- Andere Hilfsmittel

Literatur

Weblinks

Symptome

Hauptsymptome: gedrückte Stimmung, gehemmter Antrieb, Interesselosigkeit und Freudlosigkeit, ein gestörtes Selbstwertgefühl und ein Gefühl der Gefühllosigkeit.

Weiter Symptome: Neben den bereits genannten Hauptsymptomen können unter anderem das Gefühl der Minderwertigkeit, Hilf- und Hoffnungslosigkeit, Schuldgefühle, Müdigkeit, verringerte Konzentrations- und Entscheidungsfähigkeit, sinnloses Gedankenkreisen, langsames Denken, Reizbarkeit, Ängstlichkeit, vermindertes Gefühlsleben bis hin zur Unfähigkeit des Zeigens einer Gefühlsreaktion und verringertes sexuelles Interesse auftreten. Häufig tritt bei einer akuten Depression auch eine völlige Unmotiviertheit auf. Die Betroffenen werden passiv und sind zum Teil nicht in der Lage, einfachste Tätigkeiten wie Einkaufen und Abwaschen zu verrichten. Bereits das morgendliche Aufstehen kann dann Probleme bereiten.

Negative Gedanken und Eindrücke werden häufig überbewertet und positive Aspekte nicht wahrgenommen beziehungsweise für zufällig gehalten.

Depressionen äußern sich oft auch in **körperlichen Symptomen** (Vitalstörungen) wie zum Beispiel Appetitlosigkeit, Schlafstörungen, Gewichtsabnahme, Gewichtszunahme, Verspannungen, Schmerzempfindungen im ganzen Körper, Kopfschmerzen und verlangsamten Bewegungen. Auch kann eine verstärkte Infektionsanfäll-

lichkeit beobachtet werden. Die Schlafstörungen äußern sich dabei meist in großer Tagesmüdigkeit, Durch- und Einschlafstörungen sowie frühmorgentlichem Aufwachen und Wachbleiben mit Kreisdenken. Je nach Schwere der Depression kann diese mit latenter oder akuter Suizidalität verbunden sein. Es wird vermutet, dass der größte Teil der jährlich zirka 12.000 Suizide in Deutschland auf Depressionen zurückzuführen ist. Damit sterben mehr Menschen in Deutschland an den Folgen einer klinischen Depression als an Verkehrsunfällen.

Unterschiedliche Formen

Tiefenpsychologisch und analytisch ausgerichtete Theorien unterscheiden zwischen der **endogenen Depression** (*endogen* bedeutet *aus sich selber heraus*), die ohne erkennbare Ursache auftritt (und bei der auch eine genetische Mitverursachung vermutet wird), der **neurotischen Depression** -oder auch Erschöpfungsdepression – (verursacht durch länger andauernde belastende Erfahrungen in der Lebensgeschichte) und der **depressiven Reaktion** (auch: **reaktive Depression** – als Reaktion auf ein eher kurz zurückliegendes belastendes Ereignis).

Neue, eher deskriptiv (*beschreibend*) ausgerichtete Diagnose-Schemata, wie die *Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten* und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) unterscheiden zwischen Episoden (einzelnen Vorkommen von Depression beziehungsweise Manie) und rezidivierenden Störungen (wiederholtes Vorkommen von Episoden). Die Schwere der Depression wird mit *leicht*, *mittelgradig* oder *schwer* bezeichnet, hinzukommen können psychotische Störungen.

Bei der seltener anzutreffenden **bipolaren affektiven Störung** kommen Depressionen und Manien (die sich durch unkontrollierte Hyperaktivität, übernormal gehobene oder gereizte Stimmung und mangelnde Kritikfähigkeit auszeichnen) in zeitlich unterschiedlich langen Phasen vor, daher auch die ältere Bezeichnung **manisch-depressive Erkrankung**. In leichter, aber über Jahre andauernder Form wird sie als **Zyklothymie** bezeichnet. Das lang andauernde Pendant zur (nicht manischen) Depression ist die **Dysthymie**. Statt Manien können bei der bipolaren Störung auch Hypomanien vorkommen, die nicht so stark ausgeprägt sind, und die oft übersehen werden oder bei Ärzten nicht geschildert werden (der Betroffene fühlt sich ja dabei gut). So stecken hinter rezidivierenden Depression oft bipolare Störungen, die anders behandelt werden sollten.

Manche Psychiater diagnostizieren eine spezielle **Winterdepression** (SAD – Seasonal Affective Disorder oder auch saisonabhängige Depression), die durch Mangel an Sonnenlicht begünstigt wird.

Bei etwa 10 % der Frauen kommt es nach einer Geburt zu einer **postpartalen Depression**, für die hormonelle Ursachen vermutet werden.

Ebenfalls hormonell bedingt ist das prämenstruelle Syndrom bei dem es einige Tage vor der Menses zu depressiven und gereizten Symptomen kommen kann.

Eine Sonderform der Depression ist die **anaklitische Depression** (Anaklise = Abhängigkeit von einer anderen Person) bei Babys und Kindern, wenn diese allein gelassen oder vernachlässigt werden. Die anaklitische Depression äußert sich durch Weinen, Jammern, anhaltendes Schreien und Anklammern und kann in psychischen Hospitalismus übergehen.

Letztendlich können auch **organisch bedingte Depressionen entstehen**. (z.B. durch eine Hypothyreose)

Ursachen

Die Ursachen, die zu einer Depression führen, sind noch nicht vollständig aufgeklärt. Es ist wohl, wie bei vielen Erkrankungen, von einer Multikausalität auszugehen, das heißt dass sowohl biologische (genetische) Faktoren, wie entwicklungsgeschichtliche Erlebnisse, wie auch schließlich aktuelle Ereignisse eine Rolle spielen können. Im Einzelfall kann dabei die Ursache mehr bei einem der genannten Pole liegen.

Psychische Ursachen

Neben der Möglichkeit einer genetischen Disposition stellt beispielsweise das Erleben von Entwertung, Erniedrigung und Verlust in engen Beziehungen ein hohes Risiko für das Entstehen einer Depression dar. Auch Stresssituationen (siehe unten) scheinen als Ursache eine Rolle zu spielen. Als psychische Ursachen für die Depression werden, besonders von psychoanalytisch orientierten Psychologen, wie Heinz Kohut, Donald W. Winnicott und Jacques Lacan auch dysfunktionale Familien beschrieben. Hier sind die Eltern mit der Erziehungsarbeit überfordert, und von den Kindern wird erwartet, dass sie problemlos „funktionieren“, um das fragile familiäre System nicht aus dem Gleichgewicht zu bringen. Besonders Kinder, die auf solch eine Überforderung mit der bedingungslosen Anpassung an die familiären Bedürfnisse reagieren, sind später depressionsgefährdet. Als handlungsleitendes Motiv kann nun das ständige Erfüllen von Erwartungen entstehen. Die so entstandenen Muster können lange auf einer latenten Ebene bleiben, und beispielsweise durch narzisstische Größenphantasien oder ein Helfersyndrom kompensiert werden. Erst wenn die depressive Überforderung, ein nicht mehr erträgliches Maß überschreitet, wird aus der latenten eine manifeste Depression. Diese psychischen Ursachen hinterlassen in der Regel physisch nachweisbare Reaktionen im Gehirn.

Stress als Ursache

Als natürlicher Schutzmechanismus wird im Gehirn in Gefahrensituationen die Produktion von Serotonin gehemmt. Dieser Vorgang ist nachweisbar, während der hochkomplexe individuelle Sozialisationsprozess und das charakterlich-affektive Verhalten im Erleben des Menschen nicht so einfach nachzuweisen ist. Die Serotoninproduktion ist eine mögliche Reaktion des Gehirns auf interpersonelle (zwischenmenschliche) oder intrapersonelle (selbstreflektierte) Stressinteraktionen des Menschen. Sie spielt eine Schlüsselrolle bei weitsichtigem Denken, was aber in Gefahrensituationen nicht sinnvoll ist. Normalisiert sich die Situation wieder, so wird beim gesunden Menschen die Serotoninproduktion wieder aufgenommen – der Betreffende denkt wieder klar.

Besonders wenn mehrere Stresssituationen über einen Zeitraum von einigen Jahren anhalten, kann es vorkommen, dass sich die Serotoninproduktion nicht mehr normalisiert, wenn schließlich doch wieder eine ruhigere Phase im Leben eintritt. Depressionen werden im Alter von etwa 30 Jahren verstärkt beobachtet, zu einem Zeitpunkt also, da bei manchen Menschen nach einer stressreichen Jugendzeit das Leben in ruhigeren Bahnen verläuft. Das Serotoninniveau bleibt niedrig, und nun wird nicht mehr Stress im Leben bewältigt, sondern ein normaler, nicht übermäßig aufregender Alltag gedämpft. An dieser Stelle setzt die Depression ein. Das weitsichtige Denken ist gestört, was aber notwendig ist, um sich auf künftige Ereignisse freuen zu können. Viele psychologische Selbstschutzmechanismen (etwa der Gedankengang, dass an einem Problem auch andere schuld sein könnten, und nicht man selbst) sind bei Depressionserkrankten offenbar „ausgehebelt“ oder konnten sich gar nicht erst ausbilden.

Eine anfängliche Krise kann einen Kranken in einen Teufelskreis reißen, den er allein nur sehr schwer wieder durchbrechen kann: Im Verlauf der Erkrankung zeigt sich, dass – gerade bei lange andauernden Depressionen – die Krankheit so stark in das Leben der Betroffenen eingreift, dass zwischenmenschliche Beziehungen und auch zum Beispiel schulischer und beruflicher Erfolg darunter zu leiden haben. Das durch die Krankheit bedingte Ausbleiben von Erfolgserlebnissen beziehungsweise das häufigere Erleben von Rückschlägen im eigenen Fortkommen führt dann wieder in das die Depression bestimmende Denkmuster von Hilfs- und Hoffnungslosigkeit.

Im Blut und Urin von Depressiven lassen sich in der Regel überhöhte Mengen des Stresshormons Kortisol nachweisen.

Physische Ursachen

Insbesondere in älteren Diagnoseansätzen der Schulmedizin wird diesen neuronalen Veränderungen an sich die auslösende Ursache für die Krankheit zugeschrieben. Andere Diagnoseansätze fokussieren mehr auf die Auslöser der biochemischen Veränderungen in der Umwelt und den Lebensgewohnheiten des Patienten.

Ein weiterer exogener beziehungsweise biogener Auslöser ist die Lichtaufnahme. Bei der so genannten saisonalen, auch: Winter- oder Herbstdepression (siehe oben) treten durch den Mangel an Sonnenlicht regelmäßig über die Wintermonate depressive Symptome auf, die im Frühjahr wieder abklingen.

Auch die Antibabypille kann schwere Depressionen auslösen, da einige Frauen sehr empfindlich auf die chemischen Hormone reagieren. Auslöser sind hierbei vor allem die Gestagene.

Depression als Begleiterscheinung anderer Erkrankungen

Verschiedene körperliche Zustände oder Erkrankungen können die Ursache einer symptomatischen Depression sein. Dazu zählen viele Hormonstörungen, beziehungsweise Veränderungen im Regelkreis der Hormone, zum Beispiel Umstellung der Sexualhormone nach der Schwangerschaft oder während der Pubertät, bei Schilddrüsenfunktionsstörungen und Hypophysen- oder Nebennierenerkrankungen. Auch Umweltgifte wie z. B. Schwermetalle aus Zahnfüllmaterialien oder Holzschutzmittel stehen in Verdacht, eine Depression verursachen zu können. Ebenso stehen bestimmte Viren wie z. B. das Borna Virus in Verdacht zu funktionellen Störungen des Gehirns beizutragen, welche letztendlich zu Depressionen führen. Auch können medikamentöse Therapien Depressionen auslösen, so etwa Betablocker aber auch viele andere Medikamente, etwa die Therapie mit gewissen Immunmodulatoren bei Hepatitis.

Bei korrekter Anamnese und fachgerechter Behandlung der Grunderkrankung ist die Wahrscheinlichkeit sehr hoch, dass auch die Depression verschwindet. Beispielsweise leiden Personen mit stark schwankenden Blutzucker häufig unter depressiver Verstimmung. Wenn durch geeignete Maßnahmen wie Ernährungsumstellung, Sport oder ggf. Diabetesbehandlung der auslösenden Zustand Blutzuckerschwankung beseitigt wird, mildert sich auch die vermeintlich psychisch bedingte Depression ab.

Genetische Ursachen

Aus der Zwillingsforschung ist bekannt, dass eine genetische Komponente bei der Neigung zu Depressionen wahrscheinlich ist. Vermutlich sind mehrere Gene für eine *Anfälligkeit* gegenüber Depressionen verantwortlich, so hat man etwa bei Depressiven eine relevant häufige Mutation auf dem Gen 5-HTT entdeckt.

Familien-, Zwillings- und Adoptionsstudien legen nahe, dass bei manchen Menschen eine genetisch bedingte Empfindlichkeit für Depression besteht. Zwillingsstudien weisen darauf hin, dass im Vergleich zu Effekten der gemeinsamen familiären Umgebung genetischen Faktoren die entscheidende Bedeutung zuzukommen scheint. So sei das Risiko für Kinder, bei denen ein Elternteil depressiv erkrankt ist, bei 10-15%, ebenfalls zu erkranken und bei vorhandener Erkrankung beider Elternteile von 30-40%.

Die Zwillingsstudien zeigen umgekehrt aber auch, dass der genetische Faktor nur ein Teilfaktor ist. Selbst bei identischer genetischer Ausstattung erkrankt der Zwillingspartner des depressiven Patienten in weniger als der Hälfte der Fälle. Beim Entstehen einer Depression spielen immer auch Umweltfaktoren eine Rolle. Darüber, wie die mögliche genetische Grundlage der Depression allerdings aussehen könnte, besteht keine Einigkeit. Einvernehmen herrscht im Moment nur darüber, dass es ein isoliertes „Depressions-Gen“ nicht gibt.

Zu bedenken ist, dass zwischen genetischen Faktoren und Umweltfaktoren komplizierte Wechselbedingungen bestehen können. So können genetische Faktoren z.B. bedingen, dass ein bestimmter Mensch durch eine große Risikobereitschaft sich häufig in schwierige Lebenssituationen manövriert. Umgekehrt kann es von genetischen Faktoren abhängen, ob ein bestimmter Mensch mit einer psychosozialen Belastung gut zurecht kommt oder depressiv erkrankt.

Behandlung

Depressionen können durch Psychotherapie, durch physikalische Maßnahmen und medikamentös (Antidepressiva) oftmals wirksam behandelt werden. Häufig wird auch eine Kombination aus medikamentöser und psychotherapeutischer Behandlung angewandt.

Psychotherapie

Zur Behandlung der Depression werden verschiedene psychotherapeutische Verfahren eingesetzt.

Häufig wird heute die *kognitive Verhaltenstherapie* angewandt. Dabei geht es vor allem darum, die depressionsauslösenden Denkmuster zu erkennen, um sie dann Schritt für Schritt zu verändern. Vorreiter dieser Therapieansätze waren unter anderem Albert Ellis und Aaron T. Beck. Neben der kognitiven Therapie hat sich in klinischen Studien, die nach streng wissenschaftlichen Kriterien durchgeführt worden sind, die *interpersonelle Therapie* nach Weissman/Klerman, welche auf der Neo-Psychoanalyse Sullivans basiert, als überdurchschnittlich wirksam erwiesen, sodass insbesondere diesen beiden Therapieformen eine nachweisliche Bedeutung zukommt.

Auch *tiefenpsychologisch orientierte und psychoanalytische Verfahren* werden in der Therapie der Depression mit nachgewiesenem Erfolg eingesetzt. Bei diesen Verfahren wird versucht, an den oft schon in der Kindheit

entstandenen psychischen Problemen und daraus resultierenden Haltungen zu arbeiten. Dabei geht es auch darum, unbewusste aus der Kindheit stammende Verhaltensmuster auf eine bewusste Ebene zu bringen.

In **gruppentherapeutischen Verfahren** wird versucht, die Tendenz zum Rückzug zu überwinden, die verringerten Interaktionsmöglichkeiten zu bessern und die oft reduzierte Fähigkeit, Hilfe in Anspruch zu nehmen, zu fördern.

Rollenspielformen (zum Beispiel Psychodrama) können unter anderem helfen, den eigenen, oft eingeebneten und festgefahrenen Blick zu überwinden.

Die psychotherapeutischen Verfahren können sowohl als einzige Therapie, als auch in Kombination mit einer Pharmakotherapie eingesetzt werden.

Pharmakotherapie

Auch in der medikamentösen Behandlung der Depression gab es in den letzten Jahren enorme Fortschritte. Die bekanntesten Antidepressiva lassen sich in drei Gruppen einteilen:

Selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI)

Die Selektiven Serotoninwiederaufnahmehemmer werden bei Depressionen heute am häufigsten eingesetzt. Sie haben meist weniger Nebenwirkungen als trizyklische Antidepressiva und wirken bereits nach einer Einnahmedauer von 2-3 Wochen. Die bekanntesten Präparate sind Fluoxetin (Fluctin), Sertralin (Zoloft, Gladem), Paroxetin (Seroxat) und Citalopram (Cipramil).

Sie beruhen auf dem Wirkungsmechanismus der relativen selektiven Wiederaufnahme-Hemmung von Serotonin im Synapsenspalt, wodurch eine „relative“ Erhöhung des Botenstoffs Serotonin erzielt wird. Serotonin wird bei seiner Erniedrigung in den Stoffwechselfvorgängen im Gehirn für die Pathogenese von Depressionen aber auch von Manien und Obsessionen – sprich Zwangshandlungen – verantwortlich gemacht. Daher werden SSRIs auch erfolgreich gegen Zwangs- und Angstzustände eingesetzt bzw. bei Kombinationen mit Depressionen. Da Serotonin auch bei anderen neural vermittelten Prozessen im ganzen Körper eine Rolle spielt, wie zum Beispiel Verdauung und Gerinnung des Blutes, resultieren daraus auch die typischen Nebenwirkungen, durch Interaktion in andere neural gesteuerte Prozesse.

SSRIs werden erst seit den 1990er Jahren eingesetzt, wodurch Langzeiterfahrungen fehlen, doch durch ihr nebenwirkungärmeres Profil, vor allem in Bezug auf Kreislauf und Herz, sind sie sehr beliebt. Häufige, meist jedoch unter den Tisch gekehrte Nebenwirkungen sind jedoch sexuelle Dysfunktion und/oder Anorgasmie. Diese bilden sich zwar einige Wochen nach Absetzen oder Wechsel des Medikaments fast immer vollständig zurück, können jedoch zu zusätzlichem (Beziehungs-)Stress führen. Manche Ärzte schlagen deshalb vor, von Anfang an ein Antidepressivum zu wählen, welches kaum sexuelle Nebenwirkungen hat. Bei Depressionen im Rahmen bipolarer Störungen sind SSRI in der Regel ungünstig.

Trizyklische Antidepressiva

Die trizyklischen Antidepressiva wurden bis zum Aufkommen der Serotoninwiederaufnahmehemmer am häufigsten verschrieben. Hauptnachteil sind deren Nebenwirkungen (z.B. Mundtrockenheit, Verstopfung, Müdigkeit, Muskelzittern und Blutdruckabfall). Bei älteren und bei durch Vorerkrankungen geschwächten Menschen ist daher Vorsicht geboten. Zudem wirken die Trizyklika häufig zunächst antriebssteigernd und erst danach stimmungsaufhellend, wodurch es zu einem höheren Suizidrisiko in den ersten Wochen der Einnahme kommen kann. In den USA müssen seit kurzem aber auch SSRIs einen diesbezüglichen Warnhinweis tragen.

Bekannte Präparate bei den trizyklischen Antidepressiva sind Amitriptylin (Saroten), Clomipramin (Anafranil), Imipramin (Tofranil), Doxepin (Aponal), Nortriptylin (Nortrilen) und Desipramin (Pertofran).

Monoaminoxidasehemmer (MAO-Hemmer)

MAO-Hemmer wirken durch das Blockieren des Enzyms Monoaminoxidase. Dieses Enzym spaltet Amine wie Serotonin und Noradrenalin – also Botenstoffe im Gehirn – und verringert dadurch deren Verfügbarkeit zur Signalübertragung im Gehirn.

MAO-Hemmer werden in selektive und nicht-selektive MAO-Hemmer unterteilt. Selektive reversible Inhibitoren der MAO-A (z.B. Moclobemid) hemmen nur den Typ A der Monoaminoxidase. MAO-B hemmende Wirkstoffe (z.B. Selegilin) werden in erster Linie als Parkinson-Mittel eingesetzt. Nichtselektive irreversible MAO-Hemmer (z.B. Isocarboxazid, Phenelzin, Tranylcypromin), hemmen MAO-A und MAO-B.

Monoaminoxidasehemmer gelten als gut wirksam. Allerdings müssen Patienten, die nichtselektive irreversible MAO-Hemmer einnehmen, eine strenge, tyraminarme Diät halten. In Verbindung mit dem Verzehr bestimmter Lebensmittel wie z. B. Käse und Nüsse kann die Einnahme von nichtselektiven irreversiblen MAO-Hemmern zu einem gefährlichen Blutdruckanstieg führen.

Weitere Antidepressiva

Weitere Präparate sind Noradrenalin-Serotonin-selektive Antidepressiva (NaSSA, Wirkstoff Mirtazapin - ein tetrazyklisches Antidepressivum wie Mianserin; ferner Maprotilin), Duales Serotonerges Antidepressivum (DSA, Wirkstoff Nefazodon), Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRI, Wirkstoffe Venlafaxin und Duloxetine; ferner Milnacipran), Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (NARI, Wirkstoff Reboxetin; ferner Atomoxetin), Serotonin-Wiederaufnahmeverstärker (SRE, Wirkstoff Tianeptin), Serotonin-Modulatoren (Wirkstoff Trazodon).

Speziell bei manisch-depressiven Störungen und als Wirkungsverstärker anderer Antidepressiva wird zudem Lithium eingesetzt. Nachteil der Lithiumtherapie ist die nötige ständige Überwachung des Lithiumspiegels im Blut, da Über- und Unterdosierung hier nahe beieinander liegen.

Johanniskraut

Seit mehreren Jahren wird auch Johanniskraut häufig für leichte bis mittelschwere Fälle angewandt. Die Wirksamkeit von Johanniskraut in der Therapie der Depression ist aber umstritten. Es gibt sowohl klinische Studien, die eine Wirksamkeit belegen, als auch solche, die keine Überlegenheit gegenüber Placebo zeigen. Wesentlich mag hier auch die Dosis sein: Einige Studien gehen von mindestens 900 mg Extrakt bis hin zu 1800 mg Johanniskrautextrakt aus. Solche Dosen sind mit Johanniskrauttee, aber auch mit freiverkäuflichen Medikamenten aus dem Supermarkt, praktisch gar nicht zu erreichen. Typische Präparate enthalten hier etwa 180 mg pro Dragee, man müsste also zehn Dragees nehmen, um eine wirksame Dosis von 1800 mg zu erreichen. Andere Präparate erwecken den Eindruck, sie würden besonders viel Johanniskraut enthalten, indem z. B. von „300 mg Johanniskraut“ auf der Packung die Rede ist – es handelt sich hier aber um gemahlene Johanniskraut, dessen Wirkstoffmenge gegenüber dem Johanniskrautextrakt nur etwa ein Fünftel beträgt. Auch ist unklar, ob Präparate empfohlen werden können, die anstatt des üblichen Alkoholauszugs einen öligen Auszug (Rotöl) als Arzneimittelbasis benutzen, weil sich die bisherigen positiven Studien alle auf den alkoholischen Extrakt beziehen. Höher dosierte Johanniskrautpräparate sind inzwischen wieder apothekenpflichtig, es ist daher sinnvoll, Johanniskrautpräparate aus der Apotheke zu kaufen. Johanniskraut ist nicht nebenwirkungs- und wechselwirkungsfrei! Besondere Erwähnung verdienen auch Interaktionen von Johanniskraut mit anderen – potenteren – Antidepressiva: so konnte gezeigt werden, dass Johanniskraut die Wirkung von z. B. SSRIs durch Beschleunigung ihres Abbaus deutlich verringert. Durch die Enzyminduktion in den Leberzellen werden auch viele andere Medikamente schneller abgebaut und in ihrer Wirkung abgeschwächt. Bei gleichzeitiger Einnahme anderer Mittel sollte man vorher Rücksprache mit dem Verordner halten.

Lichttherapie

Bei der saisonalen Depression hat sich die Lichttherapie bewährt. Einige Stunden unter einer Kunstlichtlampe, die Sonnenlicht nachempfunden, helfen bei dieser speziellen Erkrankung, dass während der Wintermonate keine depressiven Symptome auftreten.

Selbsthilfegruppen

Selbsthilfegruppen sind kein Ersatz für Therapien, sondern sie können eine begleitende Hilfe darstellen. Selbsthilfegruppen können als lebenslange Begleitung und Rückzugsorte dienen. Einige Gruppen erwarten keine Voranmeldung, sodass Betroffene spontan bei akuten depressiven Phasen Hilfe suchen können. Hier können Betroffene das Gefühl bekommen, unter Gleichen zu sein und verstanden zu werden. Als niedrighschwelliges Angebot haben sich Selbsthilfegruppen im ambulanten Bereich etabliert und leisten einen wichtigen Beitrag. In Krankenhäusern und Reha-Kliniken helfen sie Betroffenen, ihre Eigenverantwortung zu stärken und Selbstvertrauen zu erlangen.

Die Autonomen Arbeitsgruppen in meiner Praxis sind ebenfalls entsprechend eine sinnvolle Ergänzung zur Einzeltherapie und Pharmakotherapie.

Ernährung

Immer mehr Studien weisen darauf hin, dass eine ausgewogene, kohlenhydratreiche Ernährung mit reichlich Fisch Depressionen lindern kann. Allerdings halten die meisten Wissenschaftler die Wirkung der Nahrung auf das Gehirn für zu schwach, um bei schweren Depressionen eine Heilung zu erzielen.

Die „antidepressive“ Kost sollte viel Obst, Gemüse und Olivenöl, jedoch wenig Fleisch oder Nüsse enthalten. Das für die Ernährung notwendige Protein sollte weitgehend aus Fisch stammen. Die kohlenhydratreiche Ernährung führt im Körper zu einer besseren Verfügbarkeit von Tryptophan, aus welchem im Gehirn der Botenstoff Serotonin aufgebaut wird. Serotonin wiederum spielt eine wichtige Rolle bei der Stressbewältigung und vermittelt auch Glücksgefühle. Depressionen stehen häufig in Zusammenhang mit einem Serotoninmangel im Gehirn.

Nicht nur die Kohlenhydrate, sondern auch das Fischöl bzw. die darin enthaltenen Omega-3-Fettsäuren des Fisches sollen einen positiven Einfluss bei schweren Depressionen haben.

Eine Studie der Sheffield University mit 70 depressiven, therapieresistenten Patienten, denen hohe Dosen einer Omega-3-Fettsäure verabreicht wurde, zeigte bei mehr als zwei Drittel der Patienten eine Verbesserung des Zustands. Auf gängige Antidepressiva hatten diese Patienten dagegen nicht angesprochen.

Der Wirkungsmechanismus der Omega-3-Fettsäure ist noch nicht aufgeklärt, jedoch wird eine Interaktion von Fettsäure und dem Neurotransmitter Serotonin vermutet: ein Mangel an Serotonin wird häufig von einem Mangel an Omega-3-Fettsäure begleitet, umgekehrt scheint die Gabe der Fettsäure zur Erhöhung des Serotoninspiegels zu führen.

Andere Hilfsmittel

Schlafentzug kann antidepressiv wirksam sein und wird in seltenen Fällen zum kurzfristigen Durchbrechen schwerer Depressionen im therapeutischen Rahmen eingesetzt (allerdings nicht bei einer manisch-depressiven Erkrankung).

Andere Hausmittel - wie körperliche Bewegung an der frischen Luft, Entspannungstechniken, kalte Güsse nach Sebastian Kneipp, Kaffee oder Schokolade - bieten an Depressionen Erkrankten keine Hilfe, sondern können höchstens Menschen mit leichten depressiven Verstimmungen Linderung verschaffen.

Quelle: Wikipedia, überarbeitet von Sigrun Wieske

Literatur

Selbsthilfe-Bücher und Ratgeber:

Hegerl, U., Althaus, D., & Reiners, H. (2005). *Das Rätsel Depression: Eine Krankheit wird entschlüsselt*. München: Beck. ISBN 3406528996

Merkle, Rolf (2001). *Wenn das Leben zur Last wird: Ein praktischer Ratgeber zur Überwindung seelischer Tiefs und depressiver Verstimmungen* (9. Aufl.). Mannheim: PAL. ISBN 3923614470 [basiert auf der kognitiven Verhaltenstherapie]

Merkle, Rolf (1995). *Nie mehr deprimiert: Selbsthilfeprogramm zur Überwindung negativer Gefühle* (4. Aufl.). München: mvg-Verlag. ISBN 3636070320

Niklewski, Günter, & Riecke-Niklewski, Rose (2003). *Depressionen überwinden: Ein Ratgeber für Betroffene, Angehörige und Helfer* (2. Aufl.). Berlin: Stiftung Warentest. ISBN 3931908836

Schwartz, Dieter (2004). *Vernunft und Emotion: Die Ellis-Methode* (4. Aufl.). Dortmund: Borgmann. ISBN 3861451654 [Darstellung der rational-emotiven Verhaltenstherapie von Albert Ellis]

Weblinks

(Alle unten aufgeführten Links sind anklickbar!)

Kompetenznetz Depression

Informationen zu Depressionen und Behandlung

Depri.ch – Informationen, Community, News

Kompakter Grundlagenartikel über Depression bei Kinder und Jugendlichen

Viele Links und Ergebnisse von Studien

Deutsche Gesellschaft für bipolare Störungen e.V. (bei Wechsel von Manien oder Hypomanien und Depressionen)

Psychotherapie der Depression Forschungsergebnisse: Leitlinien der DGPM. Diagnostik, Behandlung, Wirksamkeit von Psychotherapie. (2002)

Ausführliche Grundinformationen und Aktuelles zu den Themen Depression, Manie, Angst- und Panikstörungen, umfangreiche Literatur- und Linkliste