



# Depression

Eine Informationsbroschüre

Depression



# Depression

Eine Informationsbroschüre



*Hinweis: Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird bei Personenbezeichnungen in der Regel die männliche Form verwendet. Die Angaben beziehen sich selbstverständlich immer auf beide Geschlechter.*

## INHALT

	<b>Vorwort</b>	6
	Alexander Schweitzer, Minister für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie	
1	<b>Einleitung</b> Depression als Volkskrankheit	7
2	<b>Begriffserklärung</b> „Es geht mir gar nicht gut, ich fühle mich so niedergeschlagen...“	8
3	<b>Häufigkeit</b> Depression kann jeden treffen	9
4	<b>Schuldgefühle und Scham</b> Es muss sich niemand verstecken	10
5	<b>Anzeichen</b> Wie erkennt man eine Depression?	13
6	<b>Ursachen</b> Wie entsteht eine Depression?	17
7	<b>Entwicklung</b> Wie verläuft eine Depression und welche Formen gibt es?	18
8	<b>Therapie</b> Wie kann eine Depression behandelt werden?	21
9	<b>Umgang</b> Was sollten Angehörige wissen und was können sie tun?	24
10	<b>Anhang</b> Literatur, Links und Adressen Impressum	26 30

## VORWORT



*Alexander Schweitzer*  
*Minister für Soziales, Arbeit,*  
*Gesundheit und Demografie*

Liebe Leserin, lieber Leser,

Depression ist eine der schwersten Volkskrankheiten – aber sie ist gut behandelbar. Auch wenn 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 sind gut 4 Millionen Menschen an einer Depression erkrankt, davon leben 200.000 Betroffene in Rheinland-Pfalz. Diese Zahlen machen deutlich, dass Depression keine Ausnahmerecheinung ist. Trotzdem wird sie von Gesellschaft, Erkrankten und ihren Familien immer noch als Tabu behandelt. Oft trauen sich depressiv erkrankte Menschen nicht, mit Angehörigen, Freunden, einer Ärztin oder einem Arzt über ihre Beschwerden zu sprechen. Viele 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 Initiative „Bündnisse gegen Depression in Rheinland-Pfalz“ dafür ein, Unwissenheit und Vorurteile im Kontext der Depression abzubauen, Hilfsmöglichkeiten aufzuzeigen und bestenfalls einer Erkrankung vorzubeugen. Gerne unterstütze ich das Anliegen der Initiative, aktiv dazu beitragen, 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 anzuvertrauen oder eines der vielen Hilfsangebote in Rheinland-Pfalz zu nutzen.

**Alexander Schweitzer**

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

## EINLEITUNG

# Depression als Volkskrankheit

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). Auch in Deutschland ist die Krankheit auf dem Vormarsch: Schätzungen zufolge leiden vier Millionen Menschen an einer depressiven Verstimmung bis hin zu einer behandlungsbedürftigen Depression – das sind fünf Prozent der Gesamtbevölkerung. Etwa jeden Fünften 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. Und es gibt keine Entwarnung: Die Zahlen sollen auch in Zukunft weiter steigen.

Dass Depression eine gefährliche Erkrankung ist, zeigt ihre kausale Nähe zu suizidalen Handlungen: Etwa 10.000 Menschen bringen sich jährlich um, fast 150.000 unternehmen einen Suizidversuch – bei der Mehrheit dieser Fälle wird eine nicht ausreichend behandelte Depression im Hintergrund angenommen.

Doch obwohl so weit verbreitet, gehört die Depression noch immer zu den am meisten unterschätzten Erkrankungen und bleibt häufig unerkannt. Zahlen aus den USA besagen, dass über die Hälfte der Betroffenen gar nicht weiß, dass sie unter Depressionen leidet. Nur bei etwa 40 Prozent wird die Krankheit auch diagnostiziert. Und auch hier erfährt nur die Minderheit die optimale Behandlung. Dafür gibt es viele Gründe, die sowohl auf Patienten- wie auch auf Behandlerseite zu suchen sind.

*„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)*

## 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. Z.B. beim Tod eines geliebten Menschen, wenn eine Beziehung zu Ende geht oder die Arbeitslosigkeit droht, stürzen viele in eine tiefe Trauer und Verzweiflung. Und obwohl viele zunächst dachten: „Da komme ich niemals darüber hinweg“, finden die meisten Menschen mit der Zeit ins normale Leben zurück und empfinden wieder Freude am Dasein.

## Depression ist nicht gleich Depression

Schwieriger wird es, wenn diese belastenden Gefühle nicht mehr nachlassen. Wenn die schlechte Phase kein Ende nimmt, geht sie womöglich auf die Erkrankung Depression zurück, die von einem Arzt oder Psychotherapeuten behandelt werden muss. Es sollte gut voneinander getrennt werden: Eine Depression im medizinischen Sinne ist nicht das, was wir alle kennen und was einfach wieder vorbeigeht. Eine Depression ist eine unter Umständen gefährliche Krankheit. Wer daran erkrankt, kann sich meistens nicht mehr aus eigener Kraft davon befreien. 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.

## HÄUFIGKEIT

# Depression kann jeden treffen

**Bei Frauen wird etwa doppelt so häufig eine Form der Depression diagnostiziert wie bei Männern. Die Gründe dafür sind vielfältig: Frauen haben grundsätzlich (noch) ein anderes Gesundheitsverhalten als Männer, sie gehen häufiger zum Arzt und tun sich leichter, über seelische Probleme zu sprechen. Auch der weibliche Hormonhaushalt wird als Ursache dafür gesehen, dass Frauen häufiger von Depression betroffen sind.**

Hormonschwankungen beeinflussen die seelische Verfassung aber nicht zwingend. Die Symptomatik einer Depression kann sich bei Frauen und Männern auf unterschiedliche Art ausdrücken. Bei den Kernsymptomen (siehe Kapitel 6) sind die Unterschiede gering. Während bei Frauen eher Phänomene wie Mutlosigkeit und Grübeln verstärkt zu beobachten sind, scheint sich eine Depression bei Männern eher in einer Tendenz zu aggressivem Verhalten und Phänomenen wie Reizbarkeit, Verstimmung, schnellem Aufbrausen, erhöhter Risikobereitschaft, exzessivem Sporttreiben sowie übermäßigem Alkohol- und Nikotinkonsum niederzuschlagen. Auch wenn es statistisch betrachtet Gruppen gibt, die gefährdeter sind als andere: Niemand ist dagegen immun. Jeder kann von einer Depression betroffen sein: 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 manchmal ohne erkennbaren Anlass.

## Niemand ist vor einer Depression gefeit

### 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, weder mit Freunden noch mit Kollegen. Nur seine Frau wusste von seiner Krankheit. Robert Enke wollte sein Privatleben schützen, er hatte Angst, seine Karriere als Fußballprofi zu gefährden, er hatte Angst, das Sorgerecht für seine adoptierte Tochter zu verlieren.

Depressionen kommen auch bei Spitzensportlern 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.

Die Krankheit tritt in allen gesellschaftlichen Bereichen auf. Miriam Meckel, Kommunikationswissenschaftlerin und Medienexpertin, war 1999 die jüngste Lehrstuhlinhaberin Deutschlands. Eine attraktive Frau, die Karriere machte. Sie wurde Staatssekretärin und Regierungssprecherin in Nordrhein-Westfalen, sie arbeitete, bis sie nicht mehr konnte. Schließlich brach sie zusammen. „Burnout“ hieß die Diagnose. Sie begab sich in eine Klinik in Behandlung.

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 Ernest Hemingway war depressiv, der Literaturnobelpreisträger unternahm mehrere Suizidversuche. Depressionen begleiteten ihn jahrelang und führten schließlich zu seinem Tod. 1961 erschoss er sich. Der britische Staatsmann Winston Churchill litt 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 soll depressiv gewesen sein.

## 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. „Lieber nicht darüber reden“, 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.

„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)



Hannah, 20 Jahre, Schülerin

**„Heute denke ich mir:  
Jeder hat doch mit sowas  
zu kämpfen.“**

*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: Im Grunde weiß ich heute, jeder hat mit so etwas zu kämpfen. Der eine Wochen, der andere Monate. Wir alle haben mal mit so etwas zu tun.*

Man kann es deshalb nicht oft genug sagen: Es ist keine Schande, an einer Depression zu erkranken. Niemand muss sich schämen. Es ist kein persönliches Versagen, wenn man krank wird. Niemand ist selbst daran schuld. Depression ist eine Krankheit, die gut behandelt werden kann.

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, wieviele Menschen ihm – ganz im Vertrauen – von ihren eigenen Depressionen erzählen werden. Viele haben schon Antidepressiva genommen, viele haben Hilfe bei Therapeuten 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 Freunde und Kollegen Bescheid wissen, dann können sie das – vielleicht manchmal abweisende – Verhalten des Erkrankten auch viel besser verstehen.



*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.*

## ANZEICHEN

# Wie erkennt man eine Depression?

## Definition von Depression

Es gibt kein einheitliches Erscheinungsbild dieser Erkrankung. Es ist nicht immer nur die klassische Niedergedrücktheit, die eine Depression ausmacht. Symptome können auch Antriebslosigkeit, eine dem sozialen Umfeld unverständliche Gereiztheit oder Schlafstörungen sein. Hoffnungslosigkeit macht sich breit, alle Gedanken kreisen um Schwierigkeiten, die nicht mehr realistisch eingeschätzt werden können.

Nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (International Classification of Diseases) in der 10. Ausgabe (ICD-10) müssen für die Diagnose Depression bestimmte Kriterien erfüllt sein. Die verschiedenen Kennzeichen der Krankheit werden zwei Bereichen zugeordnet. Zum ersten Bereich zählen die Symptome depressive Stimmung, der Verlust von Interesse und Freude sowie ein verminderter Antrieb. Diese Kernsymptome müssen über einen Zeitraum von mindestens 14 Tagen bestehen, damit von einer Depression ausgegangen werden kann:

### Depressive Verstimmung

Typisch für Depressionen ist eine tief niedergedrückte Stimmung, die nicht mehr auslenkbar ist. Das heißt: In diesem Fall empfinden wir eine andauernde tiefe Traurigkeit, die wir kaum mehr beeinflussen können.

### Verlust von Interesse und Freude

Egal was passiert, wir können uns einfach nicht mehr freuen und über nichts mehr herzlich lachen. Auch wenn sich Freunde und Angehörige noch so sehr bemühen – nichts kann uns mehr aufheitern. Geliebte Hobbies verlieren ihren Reiz, wir haben kein Interesse mehr an dem, was um uns herum geschieht.

### Verminderter Antrieb

Kennzeichnend für eine Depression ist auch ein verminderter Antrieb: Alles wird uns zuviel, wir verspüren nicht die geringste Lust, etwas zu unternehmen. Auch wenn wir uns etwas vornehmen, wir schaffen es nicht. Jeder Anfang wird so schwierig, dass er unterlassen wird. Zum zweiten Bereich zählen verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit, vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, das Gefühl von Schuld und Wertlosigkeit, negative und pessimistische Zukunftsperspektiven, Suizidgedanken oder suizidale Handlungen, Schlafstörungen und Veränderungen im Appetit.

## Gedanken, die kennzeichnend für eine Depression sind:

### „Ich kann mich auf nichts 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 fühlen sich selbst von Tätigkeiten überfordert, die sie früher problemlos erledigen konnten. Ständig schweifen sie mit den Gedanken ab, die Gedanken „kreisen“ regelrecht, sie sind quälend. Immer wieder grübeln die Erkrankten über ihre Probleme.

### „Ich bin nichts wert“

Das Gefühl, nichts wert zu sein, plagt viele Betroffene. Sie trauen sich nichts mehr zu und empfinden sich als eine Last für ihre Familie. Dieser Verlust von Selbstwertgefühl und Selbstbewusstsein geht einher mit starken Schuldgefühlen.

### „Ich bin an allem schuld“

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 Symptom einer Krankheit 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“

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

### „Ich kann mich zu nichts mehr entschließen“

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 werde nachts wach und kann nicht mehr einschlafen“

Bei vielen Erkrankten kommt es zu Schlafstörungen: Sie können nicht einschlafen, wachen nachts immer wieder auf und liegen stundenlang wach, obwohl sie müde sind. Es gibt auch Erkrankte, die länger schlafen als sonst. Doch obwohl sie stundenlang tief schlafen, fühlen sie sich vom Schlaf nicht erholt: Sie kommen nicht aus dem Bett und sind total ermüdet.

### „Ich habe keinen Appetit“ oder „Ich habe dauernd großen Appetit“

Viele Betroffene verlieren das Interesse und die Freude am Essen. Sie 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.

### „Ich sehe keinen Sinn mehr“

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.

Genauso wie solche Lebensüberdrussgedanken sind v.a. immer wiederkehrende, auch stärker werdende Suizidgedanken unbedingt bedenklich: 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 oder Psychotherapeuten gehen. Er kann diagnostizieren, ob es sich um eine kurze Phase der Trauer und Verzweiflung handelt oder ob der Betroffene an einer Depression erkrankt ist. Wenn ein depressiv erkrankter Mensch über seine Suizidgedanken spricht, sollten diese Äußerungen von Angehörigen und Freunden ernst genommen werden. Sie sollten ärztlichen Rat suchen und mit dem Erkrankten über seine Sorgen sprechen.

Das kann über akute Selbstmordabsichten hinweghelfen. Es ist wichtig zu wissen, dass alle aufgeführten Beschwerden auch durch andere Krankheiten ausgelöst werden können. Es ist deshalb in jedem Fall das Beste, einen Arzt oder Psychotherapeuten aufzusuchen. Nur er kann mit Sicherheit feststellen, ob eine Depression vorliegt oder ob die Probleme auf andere Ursachen zurückzuführen sind.

*„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)*

## WHO-5-Fragebogen zum allgemeinen Wohlbefinden (1998)

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

### 20 bis 25 Punkte:

gutes Wohlbefinden / gute Lebensqualität

### 13 bis 19 Punkte:

mittleres Wohlbefinden / mittlere Lebensqualität

### 12 bis 10 Punkte:

eingeschränkte Lebensqualität

### weniger als 10 Punkte:

deutlich eingeschränkte Lebensqualität /

Verdacht auf klinische Depression

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

### In den letzten 2 Wochen...

	die ganze Zeit meistens	etwas mehr als die Hälfte der Zeit	etwas weniger als die Hälfte der Zeit	ab und zu	zu keinem Zeitpunkt	
...war ich froh und guter Laune	5	4	3	2	1	0
...habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt	5	4	3	2	1	0
...habe ich mich energisch und aktiv gefühlt	5	4	3	2	1	0
...habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt	5	4	3	2	1	0
...war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren	5	4	3	2	1	0



*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.*

## URSACHEN

# Wie entsteht eine Depression?

**Wer krank wird fragt sich natürlich: Woher kommt das? Wieso bekomme ausgerechnet ich Depressionen? Diese Fragen können nicht so einfach beantwortet werden. Eine Depression hat nie nur eine einzelne Ursache. Wissenschaftler gehen heute davon aus, dass mehrere Faktoren zusammenkommen müssen, bevor es zu einer depressiven Erkrankung kommt: Depressionen können sowohl von der körperlichen als auch von der psychischen Seite her erklärt werden.**

## Körperliche Ursachen

Nach Ansicht vieler Wissenschaftler ist während einer Depression der Stoffwechsel des Gehirns gestört: Die Botenstoffe Serotonin und/oder Noradrenalin sind aus der Balance geraten. Diese Botenstoffe sind für die Übertragung von Impulsen zwischen den Nervenzellen verantwortlich. Manchmal sind sie in zu geringer Konzentration vorhanden, manchmal funktioniert die Übertragung nicht mehr richtig. Dadurch verändern sich die Funktionsabläufe im Gehirn und es kommt zu depressiven Stimmungen. 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, bei belastenden Situationen eine Depression zu entwickeln. Wie diese genetischen Faktoren genau aussehen, können die Wissenschaftler bisher nicht beantworten. Ein „Gen für Depressionen“ wurde noch nicht gefunden.

Stresshormone sind als mögliche Auslöser einer Depression zu nennen, auch Schilddrüsenfunktionsstörungen können Depressionen mit verursachen. Manchmal sind Depressionen auch Folge anderer Erkrankungen oder Nebenwirkungen eines Medikaments. Wenn die Depression erst einmal ausgebrochen ist, zieht sie den ganzen Körper des Erkrankten in Mitleidenschaft: Es kommt zu hormonellen Veränderungen, es werden vermehrt Stresshormone ausgeschüttet, der Schlaf-Wach-Rhythmus ist ebenso gestört wie der Appetit und die Sexualität.

## Belastende Ereignisse

Hier spielen äußere Umstände eine Rolle: 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. Depressionen hängen häufig auch mit eigentlich positiven Ereignissen zusammen – 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. 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.

## ENTWICKLUNG

# Wie verläuft eine Depression und welche Formen gibt es?

Eine Depression tritt im Allgemeinen in Phasen auf. Ein Drittel der Betroffenen erlebt eine solche Phase lediglich einmal. Von einer einmaligen depressiven Episode spricht man, wenn der Betroffene nur einmal damit zu tun hat und die Depression aufhört, ohne dass Beschwerden zurückbleiben. Eine Depression ist also nicht zwangsläufig eine dauerhaft bestehende Erkrankung, es kann sich durchaus um ein einmaliges Erlebnis handeln.

Die depressiven Episoden können manchmal Wochen, manchmal Monate anhalten. Gerade bei lang dauernden Phasen besteht die große Gefahr, dass die Beschwerden gar nicht mehr als Ausdruck einer Erkrankung, sondern als Kennzeichen der Persönlichkeit des Betroffenen wahrgenommen werden. Je nachdem, wie viele der in Kapitel 6 beschriebenen Symptome vorliegen, wird eine leichte, eine mittelgradige oder eine schwere depressive Episode diagnostiziert:

- Eine leichte depressive Episode wird diagnostiziert, wenn aus beiden oben genannten Symptombereichen mindestens zwei Symptome über einen Zeitraum von mindestens zwei Wochen vorliegen.
- Als mittelgradig depressiv gilt, wer unter mindestens zwei Symptomen des ersten und drei des zweiten Bereichs leidet. Bei einer schweren Depression haben Betroffene alle Symptome des ersten Bereichs und mindestens vier aus dem zweiten.
- Bei besonders schweren depressiven Episoden kommen oft Wahnvorstellungen wie Versündigungs- oder Verarmungswahn dazu.

Eine besondere Form der Depression ist der Wechsel von manischen und depressiven Phasen. Die Ärzte sprechen hier von einer „bipolaren affektiven Störung“. In den manischen Phasen ist der Erkrankte übermäßig erregt, er überschätzt sich maßlos, sein Verhalten ist aggressiv und gereizt. Es kann aber auch sein, dass der Erkrankte extrem gut gelaunt ist und eine Hochstimmung verbreitet, die der Situation überhaupt nicht angemessen ist. Er redet viel, sein Optimismus ist nicht zu erschüttern. Diese Symptome stellen das Gegenteil aller sonstigen Anzeichen einer Depression dar. Manische Phasen treten bei jedem Zehnten auf, der an Depression erkrankt ist.

Wenn die Symptome leichter, aber lange andauernder (chronischer) Natur sind, spricht man von einer Dysthymie. Hier erreicht die niedergedrückte Stimmung zwar nicht die Intensität einer depressiven Episode, aber der Betroffene ist ständig und langfristig niedergeschlagen. Der Erkrankte ist also seelisch stark beeinträchtigt und hält gleichzeitig – anders als bei einem schweren Verlauf – ein scheinbar normales Leben aufrecht. Das heißt zum Beispiel: Er geht arbeiten und nimmt 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 depressive Erkrankungen besonders in den Herbst- und Wintermonaten. Zurückgeführt werden diese Depressionen auf das fehlende Licht in der dunklen Jahreszeit. In der Regel lassen sich diese Depressionen mit einer Lichttherapie behandeln. Dabei wird der Erkrankte einer Lichtbestrahlung ausgesetzt, die dem natürlichen Tageslicht entspricht.

## Die Gefahr der Selbsttötung

Die Suizidgefahr ist eine häufige Begleiterscheinung der Depression. Sie kann früher oder später auftreten. Diese Gefahr darf nicht unterschätzt werden.

Die Zahlen sind bedrückend: Von den Menschen, die sich jedes Jahr in Deutschland das Leben nehmen, haben 40 bis 60 Prozent zum Zeitpunkt des Suizids an einer Depression gelitten. Bis zu 15 Prozent der Patienten, die an einer schweren Depression leiden, nehmen sich das Leben. Und mehr als die Hälfte der depressiven Patienten, die in einer Klinik behandelt werden, äußern Todeswünsche und Selbsttötungsideen.

Wenn ein Betroffener 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.

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 ernstzunehmen 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, sollten Sie etwas unternehmen. 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 Depressiven in einer derartigen Krise keine Hilfe.

Wenn Sie zu dem Betroffenen in einer entsprechenden Beziehung stehen, dass Sie Ihre Sorge in einem ausführlichen Gespräch mit ihm vermitteln möchten, sind diese Hinweise hilfreich: Ein Gespräch sollte offen und direkt sein. Dabei sollte herausgestellt werden, was den Kranken noch hält und bindet: Hat er Kinder, die er liebt, Freunde, denen er nah ist, Verwandte, an denen er hängt? Hält ihn vielleicht sein Beruf? Welche Wünsche hat er, für deren Erfüllung er weiterleben würde? Gibt es Hoffnung auf eine Besserung seiner Situation? Was soll sich ändern? Die Erwartungen an die Zukunft des Depressiven sollten möglichst genau thematisiert werden. Sie müssen nicht selbst Problemlösungen finden oder diese Fragen beantworten. Wichtiger ist zuzuhören und nachzufragen. Verzichten Sie darauf, Ratschläge zu geben, auch wenn sie gutgemeint 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 anderen haben.

Auch 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 Seite 27, „Hilfe finden“) findet und z.B. bei der Notfallseelsorge, beim sozialpsychiatrischen Dienst oder beim ärztlichen Notdienst vorstellig wird.

## Kein Alleingang

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

Auch nach einer fehlgeschlagenen Selbsttötung wäre es ungünstig, die Situation zu übergehen. Fragen Sie offen nach den Gründen: Was hat das Leben so aussichtslos gemacht? Verbergen Sie nicht Ihre eigenen Gefühle, zeigen Sie Ihre Hilflosigkeit und Angst, aber auch Ihr Mitleid oder Ihre Liebe. Helfen Sie dem Erkrankten nicht, seinen Versuch der Selbsttötung zu vertuschen und so zu tun, als ob der Versuch nur ein Versehen oder ein Unfall gewesen wäre.

Ein Suizidversuch ist keine „Schande“. Sie sollten ihn nicht verheimlichen, sondern zu Ihrer eigenen Entlastung mit nahestehenden Personen darüber sprechen. Sie sollten sich in jedem Fall Hilfe durch Außenstehende holen, besonders dann, wenn Sie sich von dem suizidgefährdeten Menschen überfordert oder erpresst fühlen.



## THERAPIE

# Wie kann eine Depression behandelt werden?

Depression ist eine Krankheit, die erfolgreich behandelt werden kann. Dabei kommen vor allem zwei Behandlungsmöglichkeiten in Frage: Die Therapie mit Arzneimitteln und die Psychotherapie. In den achtziger Jahren handelte es sich bei dieser Alternative noch um eine Art Glaubensfrage: Heute haben beide Therapieformen ihren festen Platz bei der Heilung der Krankheit. Die Pharmakotherapie, also die Behandlung mit Arzneimitteln, gilt dabei als unverzichtbares und wirksames Heilverfahren ebenso wie die Psychotherapie.

Bei einer leichten bis mittelgradigen Depression wird Psychotherapie verordnet, bei einer schweren Form der Depression wird vorrangig die Therapie mit Arzneimitteln gewählt. Wenn es möglich und sinnvoll ist, werden die beiden Therapieformen auch kombiniert.

## Behandlung mit Arzneimitteln

Medikamente, die eine psychische Wirkung haben, nennt man **Psychopharmaka**. Sie wirken beruhigend oder auch stimmungsaufhellend und antriebssteigernd. Im Falle einer Depression verschreibt der Arzt Medikamente, die **Antidepressiva** genannt werden. Sie wirken auf den Stoffwechsel im Gehirn und regulieren die Botenstoffe Serotonin und Noradrenalin. 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.

Eine andere Gruppe von Medikamenten sind die **Benzodiazepine**. Sie vermindern die Angstgefühle, die oft mit einer Depression einhergehen. Der Arzt setzt sie meist für einige Tage oder Wochen ein. Sie haben keine dauerhafte antidepressive Wirkung, sie sind dafür da, akute Beschwerden zu lindern. Da bei diesen Medikamenten die Gefahr einer Abhängigkeit besteht, sollten sie nicht länger als vier bis sechs Wochen eingenommen werden.

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 des 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 den Arzt darüber informieren. Auch bei Nebenwirkungen, zu denen es, wie bei allen Arzneimitteln, kommen kann, sollte man nicht eigenmächtig das Medikament absetzen oder niedriger dosieren.

Antidepressiva müssen regelmäßig eingenommen werden. Auch wenn sich die Beschwerden bessern, ist es nötig, sie für eine längere Zeit weiter einzunehmen, um einen Rückfall zu vermeiden. In diesen Fällen spricht man dann von der „Erhaltungstherapie“.

## Psychotherapie

Unter einer Psychotherapie versteht man die Behandlung durch Gespräche mit einem Psychotherapeuten. Bei diesen Gesprächen gilt es herauszufinden, welche äußeren Umstände ursächlich für die Depression sein könnten und zu helfen, die Depression zu überwinden. Dabei werden meist folgende Verfahren eingesetzt: Die Kognitive Verhaltenstherapie und die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie.

Jede dieser Therapierichtungen klärt zusammen mit dem Patienten, welche Ursachen der Depression zugrunde liegen können und hilft, sie zu überwinden. Die Erklärungsmodelle und Strategien sind je nach Therapierichtung unterschiedlich:

Der **verhaltenstherapeutische Ansatz** basiert auf der Lernforschung. Ziel ist es, dass der Erkrankte durch Gespräche, aber auch durch Übungen, die Verhaltensweisen erkennt, die die Krankheit mitverursachen und aufrechterhalten. Dieses Verhalten gilt es durch bestimmte Strategien zu verändern.

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 erstreckt, versucht der Therapeut, die Erlebnisse im Leben des Betroffenen bewusst zu machen, die zu der Erkrankung geführt haben könnten.

Die Psychotherapie kann von einem behandelnden Psychiater oder Nervenarzt (Neurologe) oder von psychologischen Psychotherapeuten verordnet werden. Sie kann sowohl von ärztlichen als auch von psychologischen Psychotherapeuten durchgeführt werden. Dabei sollte auf den Titel „Psychotherapeut“ geachtet werden, seit dem Jahr 2000 ist

dieser Titel geschützt.

Die Suche nach einem geeigneten Therapeuten kann unter Umständen länger dauern. Die Wartelisten sind lang, deshalb lohnt es sich, frühzeitig Kontakt mit verschiedenen Therapeuten aufzunehmen. Der Therapeut oder die Therapeutin sollte klar und deutlich sagen, was den Patienten in der Therapie erwartet, verlassen Sie sich nicht auf irgendwelche „Wunderheiler“. Für die Wahl des richtigen Psychotherapeuten gibt es 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.

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. Spätestens nach der 5. Sitzung muss ein Antrag bei der Krankenkasse gestellt werden, damit die Therapie genehmigt werden kann. Dazu wird ein anonymisierter Bericht an einen Gutachter erstellt, in dem auch der Stundenumfang beantragt wird. 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 bis zu 1x pro Woche bis zu 1x in zwei oder drei Wochen oder länger variieren.

## Weitere Verfahren zur Behandlung von Depressionen:

### Lichttherapie

Eine besondere Form der Depression ist die „Winterdepression“, unter der nicht wenige Menschen leiden. Hier kommt Therapie mit Licht zum Einsatz: Der Erkrankte wird einer Lichtquelle von mindestens 2.500 Lux, besser 10.000 Lux ausgesetzt. Das findet meist vormittags statt und dauert etwa eine halbe Stunde. Die gesamte Behandlung dauert mehrere Tage bis zu einer Woche. Der Patient schaut in die Lichtquelle, wodurch über Retina und Sehnerv die Ausschüttung von Serotonin und Melatonin ausgelöst wird. Die Lichttherapie ist als unterstützendes Therapieverfahren sehr erfolgreich. Sie wird in Kombination mit Pharmako- und Psychotherapie angewandt.

### Schlafentzug

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

### Elektrokrampftherapie (EKT)

Bei schweren Depressionen, die auf Medikamente nicht oder nicht ausreichend reagieren, kommt die EKT zum Einsatz. Immerhin 50 – 75% dieser Patienten erleben eine deutliche Besserung durch diese Behandlungsform, bei der epileptische Anfälle durch elektrischen Strom ausgelöst werden. Da die EKT heute regelmäßig in einer Kurznarkose und mit einem Medikament zur Muskelentspannung durchgeführt wird, ist sie – anders als in früheren Jahrzehnten – eine komplikationsarme Therapie. Sie wird von den Patienten meist nicht als belastend erlebt.





## UMGANG

# 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. Oder sie machen sich Sorgen und wollen dem Erkrankten helfen. Aber wie soll man jemandem helfen, der depressiv ist? Diese Frage lässt sich nicht pauschal beantworten.

## Unterstützung bei der Therapie

Wenn Sie mit jemandem zusammenleben, der an einer Depression erkrankt ist, können Sie darauf achten, dass er seine Medikamente regelmäßig einnimmt und auch seine 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 der Kranke aufgibt, seine Medikamente nicht mehr einnimmt oder nicht mehr zum Arzt geht. Hier können Sie Hilfe leisten, indem Sie den Erkrankten ermuntern, seine 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 Freunde können dem Erkrankten helfen, indem sie mit ihm Termine verabreden, ihn zu einem Spaziergang abholen

oder zusammen mit ihm einkaufen gehen. Auch wenn das Verhalten des Kranken die familiäre Situation belasten und verändern wird: Versuchen Sie, Ihren Tagesablauf möglichst beizubehalten.

## Ein depressiv erkrankter Mensch kann nichts für sein Verhalten

Was Sie sich als Angehörige immer wieder bewusst machen 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 Depressive noch mehr zurückzieht. Sie müssen wissen, dass der Kranke unter seiner Unfähigkeit, Gefühle auszudrücken, selbst am meisten leidet. Er weigert sich nicht absichtlich, er ist auch nicht lieblos oder bössartig. Sein Verhalten ist Ausdruck seiner Krankheit. Es ist wichtig, sich das immer wieder ins Bewusstsein zu rufen.

## Trauen Sie dem depressiv erkrankten Menschen noch 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 der Erkrankte schweigt: Er ist kein hilfloser und grundsätzlich lebensunfähiger Mensch. Er braucht Unterstützung, aber er sollte nicht durch Bevormundung zusätzlich behindert werden. Trauen Sie dem Erkrankten 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 – der Kranke kann sein Erleben und Verhalten nur eingeschränkt steuern. Expecten Sie nicht, dass die Person die Erkrankung einfach abschüttelt.

## Suchen Sie sich Hilfe

Es kann sehr belastend sein, mit einem depressiv Erkrankten 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 Ehe-, Familien- und Lebensberatungsstellen 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 Ehe-, Familien- und Lebensberatungsstellen in Rheinland-Pfalz gibt es im Downloadbereich auf

[www.lsjv.rlp.de/kinder-jugend-und-familie/soziale-beratungsstellen](http://www.lsjv.rlp.de/kinder-jugend-und-familie/soziale-beratungsstellen)

## 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

## Literatur, Links und Adressen

### Hautzinger, Martin

Ratgeber Depression – Informationen für Betroffene und Angehörige. Hogrefe, 2006

### Hegerl, Ulrich/Niecksen, Svenja

Depressionen bewältigen – die Lebensfreude wiederfinden. TRIAS Verlag, 2008, 2. Auflage

### Hegerl, Ulrich / Althaus, David / Reiners, Holger

Das Rätsel Depression – Eine Krankheit wird entschlüsselt. C.H. Beck, 2006, 2. Auflage

### Müller-Rörich, Thomas u.a.

Schattendasein – Das unverstandene Leiden Depression. Springer Verlag, 2007, 1. Auflage

### Reiners, Holger

Die gezähmte Depression. Kösel-Verlag, 2007, 1. Auflage

### Epstein Rosen, Laura / Amador, Xavier Francisco

Wenn der Mensch, den du liebst, depressiv ist: Wie man Angehörigen oder Freunden hilft. Rowohlt, 2002, 6. Auflage

### Wolf, Doris/Merkle, Rolf

Gefühle verstehen, Probleme bewältigen. PAL 2002



## Berichte von Betroffenen

### Sebastian Deisler

Zurück ins Leben – Die Geschichte eines Fußballspielers, Knauer 2010

### Robert Enke

Ein allzu kurzes Leben, Piper 2010

### Miriam Meckel

Brief an mein Leben: Erfahrungen mit einem Burnout, Rowohlt 2010

Weitere Literaturhinweise erhalten Sie auch auf der Homepage der Stiftung Deutsche Depressionshilfe:

[www.deutsche-depressionshilfe.de](http://www.deutsche-depressionshilfe.de)

## 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](http://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.

## 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](http://www.telefonseelsorge.de)

## Nummer gegen Kummer

Speziell für Kinder und Jugendliche ist diese Nummer geschaltet:

Kinder- und Jugendtelefon

**0800 111 0 333** (bundesweit wochentags 15 – 19 Uhr)

## Hausärzte

Wer meint, unter Depressionen zu leiden, benötigt professionelle Hilfe und kann sich in einem ersten Schritt an den Hausarzt seines Vertrauens 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 Ansprechpartner für Betroffene sind auch die Fachärzte, die sich mit psychischen Erkrankungen beschäftigen: Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie und die Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.

Die Psychotherapeuten sind eine weitere wichtige Behandlergruppe. Meistens kann der Hausarzt hier weiterhelfen und ärztliche oder psychologische Psychotherapeuten nennen, mit denen er zusammenarbeitet. Ansonsten haben die örtlichen Allgemeinen Ortskrankenkassen Adressen von Psychotherapeuten, die Landespsychotherapeutenkammern und auch die örtliche Kassenärztliche Vereinigung. Unter [www.lpk-rlp.de](http://www.lpk-rlp.de) gibt es eine Therapeutensuche für Rheinland-Pfalz. Auch der Psychotherapie-Informationsdienst vermittelt Anschriften und Telefonnummern registrierter Psychotherapeuten in ganz Deutschland.

Beratung und Begleitung von Menschen mit psychischen Problemen und deren Angehörigen bietet der Sozialpsychiatrische Dienst. Die Telefonnummer erhält man über das örtliche Gesundheitsamt.

Die Broschüre „Hilfe und Unterstützung für psychisch kranke Menschen in Rheinland-Pfalz“ des Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demographie (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.

### Psychotherapeutensuche der LandesPsychotherapeutenKammer (LPK) Rheinland-Pfalz

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

[www.lpk-rlp.de/cms/psychotherapeutensuche.html](http://www.lpk-rlp.de/cms/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](http://www.kv-rlp.de/patienten)

### NAKOS

#### Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen

Otto-Suhr-Allee 115, 10585 Berlin

Tel.: 030 31018960, Fax: 030 31018970

E-Mail: [selbsthilfe@nakos.de](mailto:selbsthilfe@nakos.de)

[www.nakos.de](http://www.nakos.de)

Die NAKOS bietet Adressen regionaler Kontaktstellen an. Diese helfen Betroffenen und Angehörigen dabei, Selbsthilfegruppen in der Nähe des Wohnortes zu finden.

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

### KISS Mainz

#### Kontakt- und Informationsstelle Selbsthilfe

Rathaus, Zimmer 112

Jockel-Fuchs-Platz 1, 55116 Mainz

Tel.: 06131 210772

Fax: 06131 210773

E-Mail: [elfi-guel-hollweck@kiss-mainz.de](mailto:elfi-guel-hollweck@kiss-mainz.de)

[www.kiss-mainz.de](http://www.kiss-mainz.de)

### SEKIS Trier

#### Selbsthilfe Kontakt- und Informationsstelle e.V. Trier

Balduinstraße 6, 54290 Trier

Tel.: 0651 141180

Fax: 0651 9917688

E-Mail: [kontakt@sekis-trier.de](mailto:kontakt@sekis-trier.de)

[www.sekis-trier.de](http://www.sekis-trier.de)

### NEKIS, Neuwied

#### Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfe

Ringstraße 70 (im Gesundheitsamt), 56564 Neuwied

Tel.: 02631 803797, Fax: 02631 987575

Email: [nekis.caritas@kreis-neuwied.de](mailto:nekis.caritas@kreis-neuwied.de)

[www.nekis.de](http://www.nekis.de)

### KISS Pfalz

#### Selbsthilfetreff Pfalz e.V.

Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfe

Speyerer Straße 10, 67483 Edesheim

Tel.: 06323 989924

Fax: 06323 7040750

E-Mail: [info@kiss-pfalz.de](mailto:info@kiss-pfalz.de)

#### *Außenstelle Pirmasens:*

In der Kreisverwaltung Südwestpfalz

1. Stock, Zimmer 114

Unterer Sommerwaldweg 40 – 42, 66953 Pirmasens

Tel: 06331 809333

E-Mail: [frisch@kiss-pfalz.de](mailto:frisch@kiss-pfalz.de)

#### *Außenstelle Ludwigshafen:*

Kreisverwaltung Rhein-Pfalz-Kreis

Gesundheitsamt, Raum 301

Dörrhorststraße 36, 67059 Ludwigshafen

Tel.: 0621 5909711

E-Mail: [hofscheuer@kiss-pfalz.de](mailto:hofscheuer@kiss-pfalz.de)

[www.kiss-pfalz.de](http://www.kiss-pfalz.de), [www.selbsthilfetreff-pfalz.de](http://www.selbsthilfetreff-pfalz.de)

### WeKISS

#### Westerwälder Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfe

PARITÄTISCHES ZENTRUM

Neustrasse 34, 56457 Westerburg

Tel.: 02663 2540 und 2530

Fax: 02663 2667

E-Mail: [wekiss@gmx.de](mailto:wekiss@gmx.de)

[www.wekiss.de](http://www.wekiss.de)

## Sozialpsychiatrische Dienste in Rheinland-Pfalz

Der Sozialpsychiatrische Dienst (SpDi) ist für die Versorgung von psychisch belasteten Bürgerinnen und Bürgern zuständig. Sie erhalten hier eine kostenlose, vertrauliche Beratung und Information. Der SpDi vermittelt und informiert über medizinische, rehabilitative und sozialrechtliche Hilfsangebote. Die Adressen des nächstgelegenen Sozialpsychiatrischen Dienstes gibt es unter

[www.onlinesuche.rlp.de](http://www.onlinesuche.rlp.de)

### Selbsthilfeberatung für psychisch Kranke

Tel.: 01805 950951 (14 ct/Min aus dem dt. Festnetz)

Freitag 11 – 15 Uhr

E-Mail: [beratung.bapk@psychiatrie.de](mailto:beratung.bapk@psychiatrie.de)

### Selbsthilfeberatung zu psychischen Erkrankungen im Arbeitsleben

Tel.: 01805 950951 (14 ct/Min aus dem dt. Festnetz)

Montag, Dienstag, Donnerstag 15–19 Uhr

E-Mail: [beratung.bapk@psychiatrie.de](mailto:beratung.bapk@psychiatrie.de)

---

## Deutsches Bündnis gegen Depression e.V.

Der gemeinnützige Verein setzt sich für eine bessere Versorgung depressiv erkrankter Menschen ein. Auf der Homepage finden Sie neben vielen Informationen zur Krankheit auch ein Verzeichnis von regionalen Hilfsangeboten.

[www.buendnis-depression.de](http://www.buendnis-depression.de)

### Onlinediskussionsforum des „Deutschen Bündnis gegen Depression e.V.“

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.

[www.buendnis-depression.de/forum](http://www.buendnis-depression.de/forum)



# 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](http://www.lzg-rlp.de)

**V.i.S.d.P.:**

Jupp Arldt, Geschäftsführer der LZG

**Koordination:**

Annika Millahn, LZG

**Text:**

Marion Mück-Raab, Journalistin

**Psychologisches Fachlektorat:**

Dr. Andrea Benecke,  
Psychologisches Institut der Universität Mainz,  
Vizepräsidentin der Landespsychotherapeutenkammer RLP

**Medizinisches Fachlektorat:**

Dr. Stefan Elsner  
Ärztlicher Direktor der Rhein-Mosel-Fachklinik  
Andernach im Rahmen des Bündnis gegen  
Depression Rhein-Ahr-Wied  
[www.rlp-gegen-depression.de](http://www.rlp-gegen-depression.de)

**Grafisches Konzept:**

Jörg Pelka, [pelka@allergutendinge.de](mailto:pelka@allergutendinge.de)  
[www.allergutendinge.de](http://www.allergutendinge.de)

**Bildnachweis:**

Fotolia

**Druck:**

Druckerei Wolf GmbH

**Bestellmöglichkeit für diese Broschüre:**

im LZG-Shop unter  
[www.lzg-rlp.de/service/publikationen](http://www.lzg-rlp.de/service/publikationen)  
oder über Herrn Ralf Krzistek,  
Tel.: 06131 2069-12, E-Mail: [rkrzistek@lzg-rlp.de](mailto:rkrzistek@lzg-rlp.de)

**LPK** Landes  
Psychotherapeuten  
Kammer  
Rheinland-Pfalz

bündnis  
gegen  
**DEPRESSION**  
rhein-ahr-wied





Rheinland-Pfalz

MINISTERIUM FÜR SOZIALES,  
ARBEIT, GESUNDHEIT  
UND DEMOGRAPHIE



Landeszentrale  
für Gesundheitsförderung  
in Rheinland-Pfalz e.V.

INITIATIVE



B Ü N D N I S S E  
G E G E N D E P R E S S I O N  
I N R H E I N L A N D - P F A L Z