

Leitlinien-Info

UNIPOLARE DEPRESSION

Impressum

HERAUSGEBER
Bundespsychotherapeutenkammer
Klosterstraße 64
10179 Berlin
Tel.: 030.278 785-0
Fax: 030.278 785-44
info@bptk.de
www.bptk.de

Satz und Layout: PROFORMA GmbH & Co. KG
1. Auflage April 2017

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|----|
| Editorial..... | 4 |
| S3-Leitlinie/NVL Unipolare Depression – Wie sind die Empfehlungen begründet?..... | 5 |
| Für wen ist die Leitlinie gedacht?..... | 7 |
| Um welche einzelnen Störungen geht es?..... | 7 |
| Diagnostik..... | 7 |
| Kommunikation mit Patientinnen und Angehörigen..... | 8 |
| Wann Psychotherapie?..... | 9 |
| Pharmakologische Behandlung..... | 10 |
| Körperliches Training..... | 10 |
| Andere alternative Behandlungen..... | 10 |
| Informationen für Patientinnen und Patienten..... | 13 |

Alle Geschlechter sollen sich von dem Inhalt dieser Leitlinien-Info gleichermaßen angesprochen fühlen. Die weit überwiegende Mehrheit der Kammermitglieder ist weiblich. Deshalb haben wir uns dafür entschieden, den Text folgendermaßen zu gendern: Wir nennen zunächst beide Geschlechter. Danach benutzen wir aus Gründen der Lesbarkeit meist nur noch die weibliche Form. Damit sind aber stets alle Geschlechter gemeint. Wir werden in weiteren Ausgaben der Reihe Leitlinien-Info abwechselnd entweder die weibliche oder die männliche Form verwenden.

Editorial

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Leitlinien beinhalten wissenschaftlich fundierte Empfehlungen für Behandlungsentscheidungen und Beratung. Darüber hinaus sind Leitlinien eine wichtige Informationsquelle für Patientinnen und Patienten. Für viele Leitlinien liegen auch Patientenversionen vor. Leitlinien beeinflussen außerdem viele Entscheidungen in der Gesundheitspolitik.

Für die meisten psychischen Erkrankungen wurden bereits evidenzbasierte Leitlinien erstellt. Viele empfehlen psychotherapeutische Behandlungen als Mittel der Wahl aufgrund der durch Studien nachgewiesenen Wirksamkeit. Auch deshalb ist Psychotherapie in der ambulanten und stationären Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen nicht mehr wegzudenken.

Leitlinien beinhalten diagnostische und therapeutische Empfehlungen. Dabei geht es nicht um starre Behandlungsschemata. Leitlinien sind nicht bindend. Für die Behandlung bleibt die einzelne Patientin, ihre Erkrankung und Präferenzen das Maß der Dinge. Die Aufgabe der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ist es stets, mit ihren Patientinnen und Patienten eine optimale individuelle Behandlungsstrategie zu erarbeiten – in Kenntnis der aktuellen Studienlage.

Wenn Patientinnen und Patienten der Ansicht sind, falsch behandelt worden zu sein, werden insbesondere methodisch hochwertige Leitlinien immer häufiger in Streitfällen und in Haftungsfragen herangezogen. Leitlinien können daher ein wissenschaftlicher Rückhalt für den Behandlungsalltag sein. Es könnte aber auch sein, dass begründet werden muss, warum eine Leitlinienempfehlung nicht umgesetzt wurde.

Leitlinien werden in der Regel gemeinsam von vielen Fachgesellschaften, Berufsverbänden, Patienten- und Angehörigenvertreterinnen, wissenschaftlichen Expertinnen und meist auch unter Beteiligung der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) in einem systematischen Prozess erstellt. Die methodisch hochwertigsten Leitlinien (S3) umfassen Empfehlungen, die auf der aktuellen Studienlage und der klinischen Expertise der Leitliniengruppe basieren und dort konsentiert werden konnten.

Zu den Herausforderungen bei der Erstellung von Leitlinien kann es gehören, mit einem Mangel an hochwertigen Studien zu relevanten Themen umzugehen. Auch die teilweise eingeschränkte Übertragbarkeit von Studienergebnissen auf die Versorgungsrealität ist besonders zu berücksichtigen. Außerdem ist eine repräsentative Zusammensetzung von Leitliniengruppen erforderlich, die gewährleistet, dass der wissenschaftliche und klinische Diskurs kritisch bewertet und eingeordnet werden kann.

Leitlinien sind häufig sehr umfangreiche Kompendien. Die BPTK will dazu beitragen, dass ihre Empfehlungen praxisorientiert für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verfügbar sind. Deshalb wurde diese Reihe Leitlinien-Info konzipiert. Sie stellt für Psychotherapeutinnen eine Übersicht über die wesentlichen Inhalte der Leitlinien bereit. Die Empfehlungen werden nicht wortwörtlich wiedergegeben. Bei Interesse oder bei genauerem Informationsbedarf können sie im Originaltext nachgelesen werden. Dafür wird im Text auf die entsprechenden Stellen verwiesen.

Mit den besten Grüßen



Ihr Dietrich Munz

Informationen für Patientinnen und Patienten

Eine sorgfältige Information und Aufklärung der Patientin sind ein zentraler Bestandteil der beruflichen und gesetzlichen Pflichten von Psychotherapeutinnen. Auch bei Leitlinien ist die Patienteninformation in der Regel ein wichtiger Bestandteil. Wir haben deshalb als letztes Kapitel der Broschüre „Informationen für Patientinnen und Patienten“ zusammengestellt. Diese können Patientinnen und Angehörigen ergänzend zur mündlichen Aufklärung ausgehändigt werden.

S3-Leitlinie/NVL Unipolare Depression – Wie sind die Empfehlungen begründet?

Grundlage dieser Leitlinien-Info der BPTK ist die „S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) Unipolare Depression“.

Klassifikation von Leitlinien – Was sind zentrale Merkmale?

S1-Leitlinien: Handlungsempfehlungen von Expertengruppen

Die Konsensfindung erfolgt in einem informellen Verfahren.

S2k-Leitlinien: Konsensbasierte Leitlinien

In einem repräsentativen Gremium erfolgt eine strukturierte Konsensfindung.

S2e-Leitlinien: Evidenzbasierte Leitlinien

Es erfolgt eine systematische Recherche, Auswahl und Bewertung von Literatur.

S3-Leitlinien: Evidenz- und konsensbasierte Leitlinien

Es erfolgt eine systematische Recherche, Auswahl und Bewertung von Literatur. Aufgrund dieser systematischen Recherche erarbeitet ein repräsentatives Gremium in einem strukturierten Prozess einen Konsens über die Empfehlungen.

NVL: Nationale Versorgungsleitlinien

Nationale Versorgungsleitlinien erfüllen alle methodischen Kriterien von S3-Leitlinien. Darüber hinaus zielt das NVL-Programm auf die Entwicklung und Implementierung versorgungsbereichsübergreifender Leitlinien zu ausgesuchten Erkrankungen mit hoher Prävalenz ab. Nationale Versorgungsleitlinien sind damit die inhaltliche Grundlage für die Ausgestaltung von Konzepten der strukturierten und integrierten Versorgung, zum Beispiel von Disease-Management-Programmen.

Bei ihrer Entwicklung wurden die höchsten Anforderungen an die Systematik gestellt. Auf Grundlage von umfassenden Studienrecherchen zu vorher festgelegten Schlüsselfragen wurden insgesamt 136 Empfehlungen und Statements formuliert. Alle Empfehlungen wurden in einem formalisierten Konsensprozess entwickelt und abgestimmt. An diesem Prozess waren insgesamt 29 Fachgesellschaften, Berufsverbände, Patienten- und Angehörigenvertreterinnen beteiligt. Sie wurden von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften und dem Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin unterstützt. Die Empfehlungen beschreiben damit den derzeitigen Stand der Diskussion in der Leitliniengruppe, basierend auf der aktuell verfügbaren Evidenz.

Wo steht das in der Leitlinie?

In dieser Leitlinien-Info werden die Empfehlungen nicht wortwörtlich wiedergegeben. Für all diejenigen, die es genauer wissen wollen: Wenn in dieser Broschüre auf Empfehlungen aus der Leitlinie verwiesen wird, ist in eckigen Klammern dahinter jeweils die Angabe zu finden, unter welcher Nummer die Originalempfehlung der Leitlinie zu finden ist.

Zum Beispiel: Bei jeder Patientin und jedem Patienten sollte die Suizidalität erfasst werden. Sie sollte bei jedem Kontakt eingeschätzt und gegebenenfalls exploriert werden [2-5].

Wie verlässlich sind die Empfehlungen? – Evidenzgrade

Die Verlässlichkeit von Empfehlungen hängt davon ab, wie gut sich die Wirksamkeit für ein bestimmtes therapeutisches oder diagnostisches Vorgehen empirisch belegen lässt. Systematische Übersichtsarbeiten und Metaanalysen hochwertiger, randomisiert-kontrollierter Studien (RCT) werden als höchste Evidenz eingestuft. Expertenmeinungen haben die niedrigste.

Grundsätzlich gilt, je besser die Evidenz, desto höher ist der Empfehlungsgrad. Bei ihrer Vergabe werden aber neben der Evidenz weitere wichtige Faktoren berücksichtigt. Dazu gehören insbesondere ethische Verpflichtungen, klinische Relevanz der Effektivitätsmaße der Studien, Anwendbarkeit der Studienergebnisse auf die Zielgruppe, Präferenzen der Patientinnen und Patienten und die Umsetzbarkeit im Alltag, insbesondere in den unterschiedlichen Versorgungsbereichen.

A „Soll“-Empfehlung:

Es liegt mindestens eine randomisiert-kontrollierte Studie von insgesamt guter Qualität und Konsistenz vor, die sich direkt auf die jeweilige Empfehlung bezieht und nicht extrapoliert wurde (Evidenzebenen Ia und Ib).

B „Sollte“-Empfehlung:

Es liegen gut durchgeführte klinische Studien vor, aber keine randomisierten klinischen Studien mit direktem Bezug zur Empfehlung (Evidenzebenen II oder III) oder Extrapolation von Evidenzebene I, falls der Bezug zur spezifischen Fragestellung fehlt.

0 „Kann“-Empfehlung:

Es liegen Berichte oder Meinungen von Expertinnen oder klinische Erfahrung anerkannter Autoritäten (Evidenzkategorie IV) vor oder es handelt sich um eine Extrapolation von Evidenzebene IIa, IIb oder III. Diese Einstufung zeigt an, dass direkt anwendbare Erkenntnisse aus klinischen Studien von guter Qualität nicht vorhanden oder nicht verfügbar waren.

KKP „Klinischer Konsenspunkt“:

Es handelt sich um einen Standard der Behandlung, bei dem keine experimentelle wissenschaftliche Erforschung möglich oder angestrebt worden ist. Die Empfehlung beruht auf dem Konsens und der klinischen Erfahrung der Mitglieder des Gremiums, das die Leitlinie erstellt hat. Sie gilt als gute klinische Praxis („Good Clinical Practice Point“).

Aufgrund neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse müssen Leitlinien immer wieder überarbeitet werden, in der Regel alle fünf Jahre. Die S3-Leitlinie/NVL Unipolare Depression liegt bereits als überarbeitete Fassung vom

November 2015 vor. Das Leitliniengremium hat sich zum Ziel gesetzt, auch diese Version wiederum bis zum 15. November 2020 zu aktualisieren.

Für wen ist die Leitlinie gedacht?

Die S3-Leitlinie/NVL Unipolare Depression richtet sich an alle Berufsgruppen, die an der Versorgung von Erwachsenen, die an einer unipolaren Depression erkrankt sind, beteiligt sind. Dazu gehören Hausärztinnen, Fachärztinnen, Psychotherapeutinnen, Gesundheitsberufe und das Pflegepersonal in Krankenhäusern. Aber auch für Patientinnen und deren Angehörige sind sie eine wichtige Orientierung für das, was sich bei der Behandlung ihrer Erkrankung als wirksam erwiesen hat.

Auch für Patientinnen und Patienten sind Leitlinien eine wichtige Orientierung für das, was sich bei der Behandlung ihrer Erkrankung als wirksam erwiesen hat.

.....

Um welche einzelnen Störungen geht es?

Die Leitlinie enthält Empfehlungen für unipolare depressive Störungen bei Erwachsenen und zwar für:

- depressive Episoden,
- Dysthymie,
- rezidivierende depressive Störungen und
- zyklusassoziierte depressive Störungen.

Wo ist die vollständige Leitlinie zu finden?

Die vollständige S3-Leitlinie/NVL Unipolare Depression und der zugehörige Methodenreport sind unter www.leitlinien.de/nvl/depression abrufbar.

Diagnostik

Wie eine depressive Störung nach ICD-10 zu kodieren ist, ist in Abbildung 1 „Diagnose depressiver Episoden nach ICD-10-Kriterien“ dargestellt.

Suizidalität

Bei jeder Patientin und jedem Patienten sollte die Suizidalität erfasst werden. Sie sollte bei jedem Kontakt klinisch eingeschätzt und gegebenenfalls exploriert werden [2-5, KKP]. Bei akuter Suizidgefährdung, insbesondere dann, wenn mit der Patientin bis zum nächsten Termin keine sicheren Absprachen getroffen werden können, soll die Patientin unter Beachtung der individuell erforderlichen Sicherheitsmaßnahmen als Notfall in psychiatrische Behandlung überwiesen werden [2-6, A]. Dies kann zum Beispiel die Einweisung ins Krankenhaus erforderlich machen.

Bei jeder Patientin und jedem Patienten sollte die Suizidalität erfasst werden.

.....

Fragebögen

Zu den bewährten Skalen, mit denen kontrolliert werden kann, wie die Patientin oder der Patient auf die Therapie anspricht und ob sich die depressive Symptomatik verbessert, gehören zur Selbstbeurteilung zum Beispiel:

- Gesundheitsfragebogen für Patienten – Depression (PHQ-D),
- Beck-Depressionsinventar (BDI-II),
- Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS),
- Geriatrische Depressionsskala (GDS),
- Fragebogen zur Depressionsdiagnostik (FDD),

und zur Fremdbeurteilung zum Beispiel:

- Hamilton-Depression-Rating-Skala (HDRS),
- Bech-Rafaelsen-Melancholie-Skala (BRMS),
- Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS).

Auch die Symptom-Checkliste (SCL), die Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis (HEALTH-49) und das ICD-10-Symptom-Rating (ISR) enthalten anerkannte Subskalen zur Erfassung der depressiven Symptomatik.

Komorbidie Erkrankungen

Psychische Erkrankungen

Besonders häufig sind komorbide Angst- und Panikstörungen, somatoforme Störungen, Substanzmissbrauch sowie Ess- und Persönlichkeitsstörungen.

Körperliche Erkrankungen

Bei depressiven Störungen sollte sorgfältig geprüft werden, ob komorbide körperliche Erkrankungen vorliegen oder Medikamente eingenommen werden, die mit depressiven Symptomen einhergehen können. Ebenso ist zu prüfen, ob die Patientin oder der Patient Drogen nimmt oder andere schädigende Einflüsse (Noxen) vorliegen.

Bei vielen somatischen Erkrankungen können depressive Symptome auftreten: zum Beispiel Tumorerkrankungen,

muskuloskelettale, endokrinologische, kardiovaskuläre und pulmonale Erkrankungen, metabolische Störungen, Allergien, Infektionserkrankungen oder Hirnerkrankungen.

Zu klären ist, ob die körperliche Erkrankung oder ihre medikamentöse Behandlung die direkte Ursache der unipolaren depressiven Symptomatik ist, zum Beispiel bei Hypo- oder Hyperthyreose und anderen endokrinen Erkrankungen, Autoimmunerkrankungen wie Vaskulitis, eine Behandlung mit zum Beispiel Tuberkulostatika, Antihypertensiva oder Steroidhormonen.

Auch eine körperliche Erkrankung, die nicht ursächlich für die affektive Störung ist, kann eine depressive Symptomatik auslösen und aufrechterhalten. In diesem Fall sollten bei der Behandlung der depressiven Symptomatik adäquate Bewältigungsmechanismen vermittelt werden.

Wichtig ist daher, dass im Konsiliarbericht Informationen zu relevanten körperlichen Erkrankungen enthalten sind.

Kommunikation mit Patientinnen und Angehörigen

Therapeutische Beziehung

Grundlage jeder psychotherapeutischen Intervention sollte es sein, eine tragfähige therapeutische Beziehung zu entwickeln und aufrechtzuerhalten. Die Qualität der therapeutischen Beziehung trägt in der Regel zum Behandlungserfolg bei [3-40, B].

Aufklärung der Patientin und des Patienten

Eine Psychotherapeutin hat Aufklärungs- und Informationspflichten (§ 630e Absatz 1 BGB, § 630c Absatz 2 und Absatz 3 BGB). Sie muss die Patientin grundsätzlich persönlich detailliert über ihre Erkrankungen und die Behandlung informieren und ihre Einwilligung einholen. Jede Patientin und jeder Patient muss daher zum Beispiel über die Symptome einer Depression, ihren Verlauf und die Behandlungsalternativen aufgeklärt werden.

Partizipative Entscheidungsfindung

Psychotherapeutin und Patientin bzw. Patient sollen gemeinsam über mögliche Behandlungsstrategien entscheiden sowie Wirkungen und Risiken abwägen [3-4, B].

Schriftliche Patienteninformationen

Die Psychotherapeutin kann der Patientin zusätzlich evidenzbasierte Patienteninformationen oder Entscheidungshilfen aushändigen. Diese schriftlichen Materialien ersetzen jedoch nicht das persönliche Gespräch. Diese Informationen können auch die Angehörigen erhalten, wenn die Patientin bzw. der Patient damit einverstanden ist [3-3, A].

Verständliche Sprache

Die Psychotherapeutin soll im Gespräch mit der Patientin bzw. dem Patienten und Angehörigen eine verständliche Sprache verwenden. Soweit sie Fachausdrücke verwendet, soll sie diese erklären [3-1, A].

Angehörige

Angehörige und Angehörigengruppen können positive Effekte auf die Behandlung depressiver Patientinnen und Patienten haben. Patientin und Angehörige sollten deshalb über Selbsthilfe- und Angehörigengruppen informiert werden. Wenn angebracht, sollen sie zur Teilnahme ermuntert werden [3-2, A].

Wann Psychotherapie?

Ein allgemeines Ablaufschema für die Therapie depressiver Störungen ist in Abbildung 2 „Therapie depressiver Störungen“ dargestellt.

Leichte Depression

Bei leichten depressiven Episoden sollte nicht unmittelbar mit einer Behandlung begonnen werden. Vielmehr soll zunächst abgewartet, die Entwicklung der Beschwerden beobachtet und die Patientin oder der Patient begleitet werden [3-6, 0].

Hält die Symptomatik an, sollten zum Beispiel Beratung, psychoedukativ-supportive Gespräche, qualifizierte Selbsthilfebücher und Onlineprogramme angeboten werden [3-7, 0; 3-41, 0].

Erst wenn sich durch diese Ansätze die depressive Symptomatik nicht ausreichend verringert, soll auch bei leichten depressiven Störungen eine Psychotherapie angeboten werden.

Mittelgradige Depression

Eine mittelgradige Depression soll psychotherapeutisch oder medikamentös behandelt werden [3-42, A; 3-10, A]. Beides hat sich als gleichermaßen wirksam erwiesen [3-43, A].

Für eine psychotherapeutische Behandlung ist die Evidenz sehr gut [3-42, A]. Studien haben gezeigt, dass eine Kombination beider Behandlungsmethoden keinen Vorteil bringt [3-43, A].

Auch Patientinnen und Patienten im höheren Lebensalter (> 65 Jahre) soll eine Psychotherapie angeboten werden [3-47, A].

Kultursensible Diagnostik und Therapie

Auch kultur- und migrationspezifische Faktoren sollen im Rahmen der Anamnese, Diagnostik und Therapie depressiver Erkrankungen berücksichtigt werden [3-92, KKP].

Psychotherapeutische Verfahren

Die Leitlinie nimmt bei den meisten Empfehlungen keine Differenzierung nach verschiedenen Psychotherapieverfahren vor.

Schwere Depression

Bei schweren Depressionen sollte zusätzlich zur Psychotherapie eine pharmakologische Behandlung angeboten werden [3-11, A; 3-48, B]. Eine kombinierte Behandlung aus medikamentöser Therapie und Psychotherapie hat sich dabei als am wirksamsten erwiesen.

Komorbidität

Bei Komorbidität mit anderen psychischen und somatischen Erkrankungen kann eine Psychotherapie angeboten werden. Besonders gut ist zum Beispiel die Wirksamkeit von Psychotherapie bei Depression und komorbider koronarer Herzerkrankung [3-76, A] oder Diabetes mellitus [3-84, A] belegt. Auch zur Behandlung von Depression in der Schwangerschaft [3-102, B] und bei postpartaler Depression [3-104, A] soll eine Psychotherapie angeboten werden.

Die Wirksamkeit von Psychotherapie bei Depression in der Schwangerschaft und bei postpartaler Depression ist gut belegt.

.....

Nachbehandlung

Um den Therapieerfolg zu stabilisieren und um das Rückfallrisiko zu senken, soll im Anschluss an eine Akutbehandlung eine angemessene psychotherapeutische Nachbehandlung (Erhaltungstherapie) angeboten werden [3-52, A]. Patientinnen und Patienten mit einem erhöhten Risiko für ein Rezidiv soll eine längerfristige stabilisierende Psychotherapie (Rezidivprophylaxe) angeboten werden [3-53, A].

Pharmakologische Behandlung

Leichte Depression

Bei leichten depressiven Episoden sollte nicht unmittelbar mit einer Behandlung begonnen werden. Vielmehr soll zunächst abgewartet, die Entwicklung der Beschwerden beobachtet und die Patientin oder der Patient begleitet werden [3-6, 0].

Hält die Symptomatik an, sollten zum Beispiel Beratung, psychoedukativ-supportive Gespräche, qualifizierte Selbsthilfebücher und Onlineprogramme angeboten werden [3-7, 0; 3-41, 0].

Antidepressiva sollten nicht generell zur Erstbehandlung bei leichten depressiven Episoden eingesetzt, sondern das Verhältnis von Nutzen und Risiko sollte besonders kritisch abgewägt werden [3-8, B; 3-9, KKP].

Mittelgradige Depression

Eine mittelgradige Depression soll psychotherapeutisch oder medikamentös behandelt werden [3-42, A; 3-10, A]. Beides hat sich als gleichermaßen wirksam erwiesen [3-43, A].

Zusätzliche pharmakologische Behandlung

Patientinnen und Patienten sollte eine Kombination aus

Psychotherapie und Pharmakotherapie [3-11, A; 3-50, B] angeboten werden, wenn sie erkrankt sind an einer:

- schweren Depression,
- rezidivierenden Depression,
- chronischen Depression oder
- Double Depression.

Psychotische Symptome

Depressive Patientinnen und Patienten mit psychotischen Merkmalen sollten in jedem Falle eine medikamentöse Therapie erhalten [3-44, KKP].

Dysthymie

Bei Dysthymie sollten Patientinnen und Patienten darüber aufgeklärt werden, dass die Evidenz für eine pharmakologische besser als für eine psychotherapeutische Monotherapie ist [3-36, A; 3-46, B].

Wahl des Antidepressivums

Die verschiedenen antidepressiven Wirkstoffe unterscheiden sich nicht in ihrer Wirksamkeit, aber in ihren Neben- und Wechselwirkungen. Die Wahl des Wirkstoffes richtet sich deshalb insbesondere nach den Neben- und Wechselwirkungsprofilen.

Körperliches Training

Patientinnen und Patienten mit einer depressiven Störung sollte ein strukturiertes und supervidiertes körperliches Training empfohlen werden, wenn keine Kontraindikation für körperliche Belastungen vorliegt [3-61, B].

Körperliches Training kann auch als ergänzende Maßnahme empfohlen werden, um depressive Symptome in der Schwangerschaft zu verringern [3-106, B].

Andere alternative Behandlungen

In besonderen Fällen kann auch eine Reihe somatischer Verfahren bei Depressionen zum Einsatz kommen.

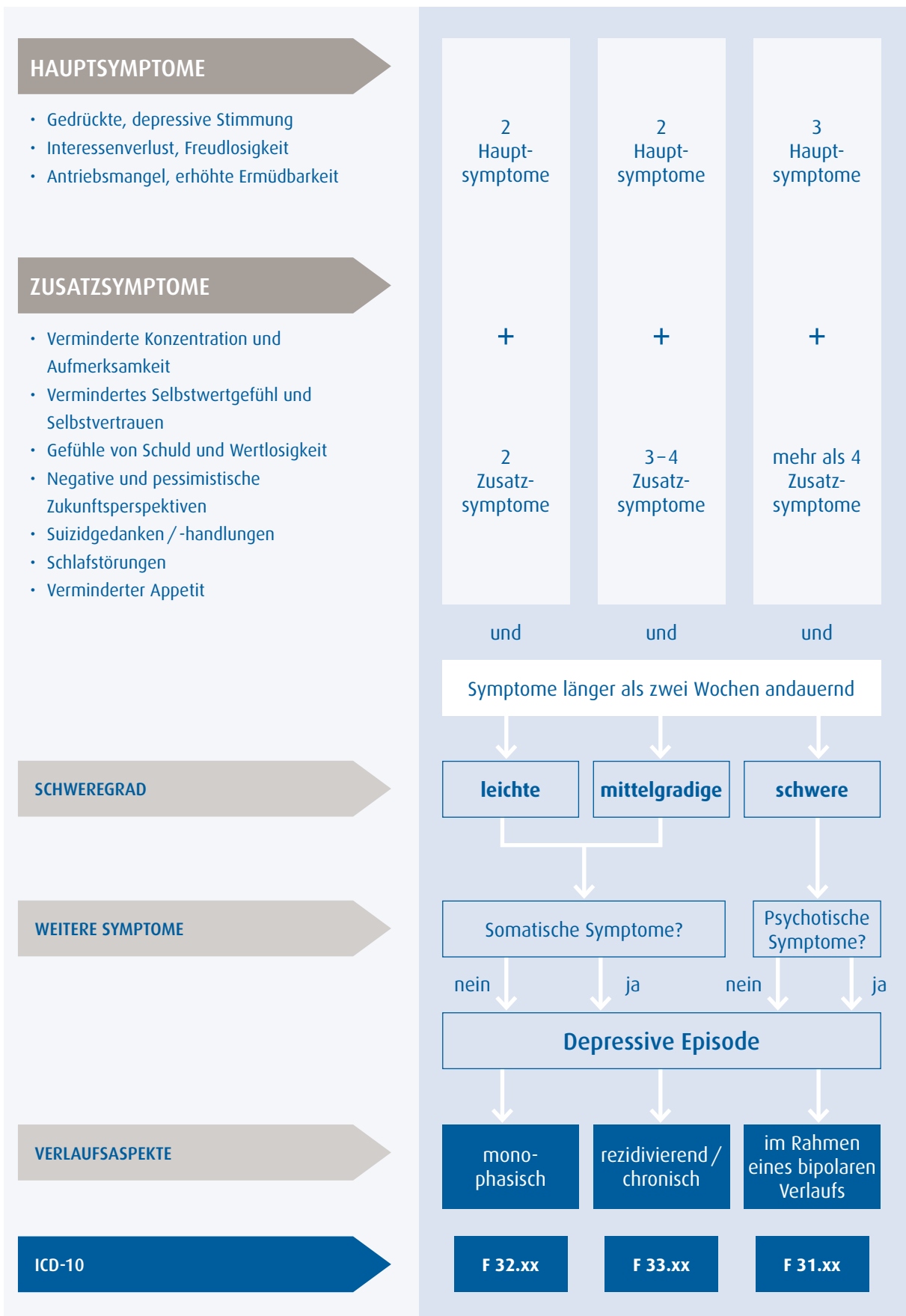
Elektrokonvulsionstherapie

Bei schweren, vital bedrohlichen oder therapieresistenten depressiven Episoden soll eine Elektrokonvulsionstherapie (EKT) als Behandlungsalternative in Betracht gezogen werden [3-55, A].

Lichttherapie

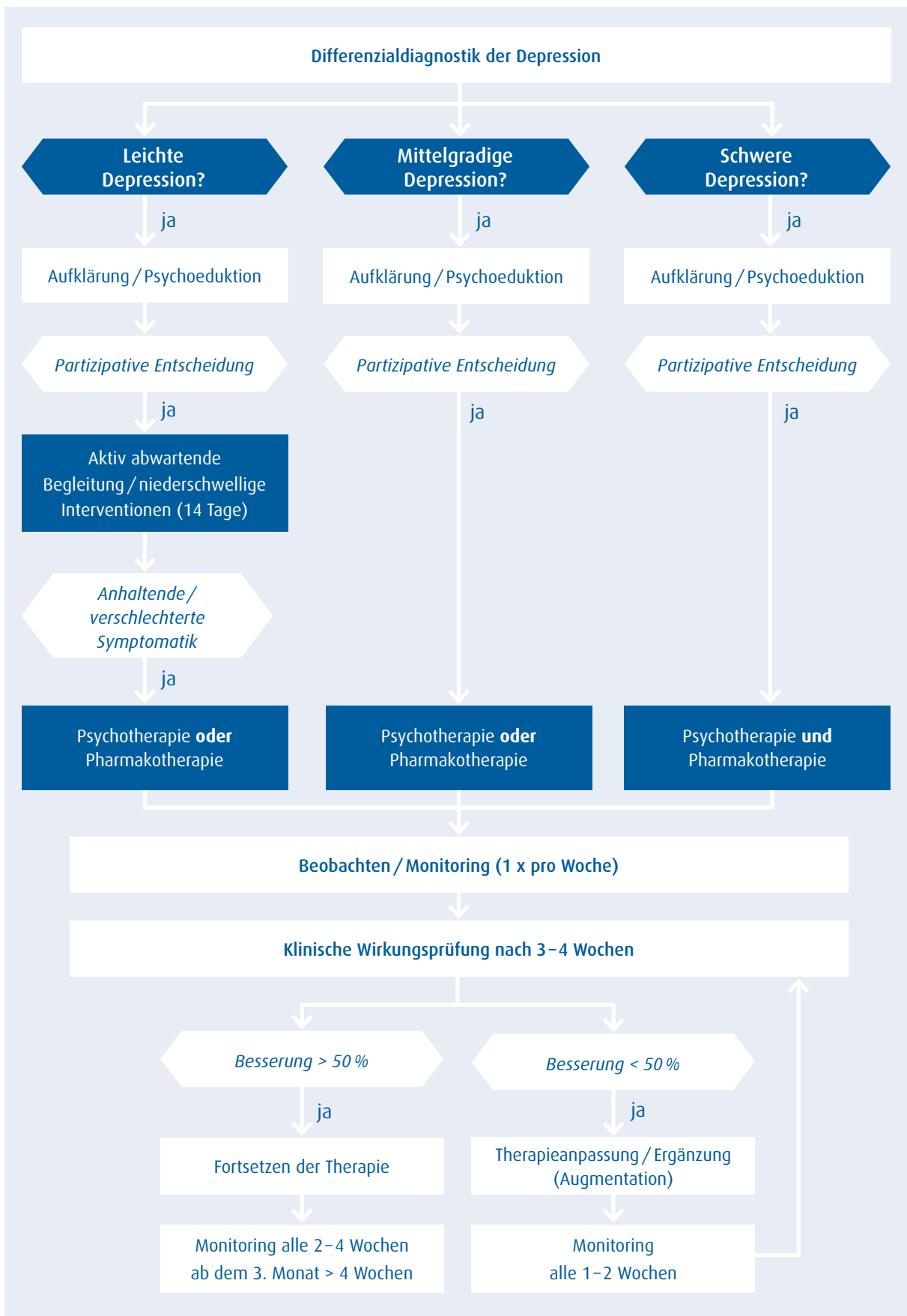
Lichttherapie soll als Behandlungsform bei Patientinnen und Patienten mit leicht- bis mittelgradigen Episoden rezidivierender depressiver Störungen, die einem saisonalen Muster folgen, erwogen werden [3-59, A].

Abbildung 1: Diagnose depressiver Episoden nach ICD-10-Kriterien



© DGPPN, ÄZQ, BÄK, KBV, AWMF (2015), Quelle: S3-Leitlinie/NVL Unipolare Depression, eigene Darstellung BPTK

Abbildung 2: Therapie depressiver Störungen



© DGPPN, ÄZQ, BÄK, KBV, AWMF (2015), Quelle: S3-Leitlinie/NVL Unipolare Depression, eigene Darstellung BPTK



Informationen für Patientinnen und Patienten¹

Vorab

Ihre Psychotherapeutin oder Ihr Psychotherapeut wird Sie im persönlichen Gespräch aufklären und insbesondere über Ihre Erkrankung, Risiken und Nutzen der empfohlenen Behandlung, Behandlungsalternativen und die Befunde der Untersuchungen informieren. Sie oder er kann Ihnen dazu auch schriftliche Informationen geben. Sie können diese schriftlichen Unterlagen nutzen, um die Gespräche mit der Psychotherapeutin vor- oder nachzubereiten. Sie ersetzen jedoch nicht das persönliche Gespräch.

Was ist eine Depression?

Eine Depression ist mehr als ein vorübergehendes Stimmungstief. Wer ein paar Tage lang niedergeschlagen ist, ist noch nicht depressiv. Gefühle können schwanken, das ist völlig normal. Wenn die Niedergeschlagenheit sehr stark wird oder länger andauert und auch Gespräche mit vertrauten Personen nicht mehr helfen, sollten Sie darüber nachdenken, sich von einer Psychotherapeutin oder Ärztin beraten zu lassen.

Eine Psychotherapeutin wird Ihnen Fragen stellen wie zum Beispiel:

- Fühlen Sie sich schon länger als zwei Wochen niedergeschlagen?
- Haben Sie das Interesse an Dingen verloren, die Ihnen früher Freude bereiteten?
- Sind Sie schneller müde?
- Fällt es Ihnen schwer, Dinge des Alltags zu erledigen?

Die Antworten auf diese Fragen geben Hinweise auf die wichtigsten Symptome, die bei einer Depression auftreten können. Häufig fällt es depressiv erkrankten Menschen auch schwer, sich zu konzentrieren oder aufmerksam private und berufliche Dinge zu erledigen. Aufgaben werden vergessen oder nicht richtig erledigt. Das Selbstvertrauen

schwindet. Depressive Menschen fühlen sich oft wertlos und schuldig und machen sich Sorgen, dass etwas nicht klappt oder Konflikte nicht zu bewältigen sind. Die Zukunft scheint hoffnungslos. Depressive Menschen können oft nicht mehr ruhig und durchgehend schlafen. Sie haben keinen Appetit, auch die sexuelle Lust kann schwinden.

Anzeichen einer Depression sind auch wiederkehrende Gedanken an den Tod oder an Suizid. Gedanken an den Tod sind bei einer gedrückten Stimmung nicht ungewöhnlich. Sie sollten Ihrer Psychotherapeutin oder Ärztin allerdings auf jeden Fall davon berichten, wenn Ihnen solche Gedanken durch den Kopf gehen.

Haben Sie Zweifel, ob Sie an einer Depression erkrankt sind, ist es immer möglich, sich von einer Psychotherapeutin oder Ärztin untersuchen und beraten zu lassen.

Depressionen können wirksam behandelt werden

Depressionen können in den meisten Fällen wirksam behandelt werden.

Die Behandlungen sind jedoch unterschiedlich, je nachdem wie viele Symptome vorliegen und wie sehr Sie hierdurch beeinträchtigt sind, Ihre alltäglichen Aufgaben zu erledigen.

Leichte Depression

Wenn Sie unter einer leichten Depression leiden, reichen häufig eine allgemeine Beratung und die Aufklärung über die Erkrankung zunächst aus. Die Psychotherapeutin berät Sie dann, was gegen die gedrückte Stimmung helfen kann.

Die Psychotherapeutin kann Ihnen anbieten, sich zu einem bestimmten Termin wieder zu melden und zu berichten, ob die Erkrankung zurückgegangen ist.

¹ Alle Geschlechter sollen sich von dem Inhalt dieser Patienteninformation gleichermaßen angesprochen fühlen. Aus Gründen der Lesbarkeit erwähnen wir beide Geschlechter bzw. nur die weibliche Form, gemeint sind dann alle Geschlechter."

Wenn das nicht der Fall ist, beraten Sie gemeinsam, was weiterhelfen könnte. Dann kann auch eine Psychotherapie ratsam sein.

Bei einer leichten Depression sollen Antidepressiva nur ausnahmsweise genommen werden. Vorher sollten Nutzen und Nebenwirkungen in jedem Fall zusammen mit der behandelnden Ärztin kritisch beurteilt werden.

Mittelschwere Depression

Bei einer mittelschweren Depression reichen Beratung und Selbsthilfe nicht aus. Die Niedergeschlagenheit dauert an, weitere Beschwerden kommen hinzu. Alles kostet Sie zum Beispiel große Kraft, Sie können sich kaum mehr zu etwas aufraffen.

Solche Depressionen sollten mit Psychotherapie oder Medikamenten behandelt werden. Beide Behandlungsarten helfen. Die Wirkung verbessert sich aber nicht weiter, wenn Sie mit beiden behandelt werden.

Schwere und chronische Depressionen

Eine Depression kann so schwer sein, dass Sie sich zum Beispiel nicht nur ständig niedergeschlagen fühlen und alles unglaublich anstrengend ist, sondern auch die Freude an sämtlichen Aktivitäten verlieren. Die Depression ergreift über einen langen Zeitraum von Ihrem gesamten Leben Besitz.

Ist die Depression so schwer, ist es ratsam, sich sowohl psychotherapeutisch behandeln zu lassen als auch gleichzeitig spezielle Medikamente gegen die Erkrankung (Antidepressiva) zu nehmen.

Behandlung im Krankenhaus

Manchmal verbessern sich auch bei einer kombinierten Behandlung mit Psychotherapie und Medikamenten die Beschwerden nicht. Manchmal fällt es einem schwer, überhaupt noch morgens und abends ins Badezimmer zu gehen. Manchmal hören auch die Gedanken an den Tod gar nicht mehr auf oder Sie haben den Drang, sich das Leben zu nehmen. Dann benötigen Sie intensivere Hilfe, ein multiprofessionelles Team, das Sie tagtäglich unterstützt. Dafür sind Krankenhäuser da. Lassen Sie sich beraten, welches Krankenhaus für Sie das richtige ist, und nutzen Sie die intensive Hilfe, die diese Häuser bieten.

Nebenwirkungen

Psychotherapie

Eine Psychotherapie beansprucht Zeit und Energie. Manchmal wird man dabei mit einer Sicht auf das eigene Leben konfrontiert, die auch unangenehm sein kann. Die Beschwerden können sich auch vorübergehend verschlimmern. Jede Psychotherapie verläuft etwas anders. Es kommt häufig vor, dass eine Verbesserung der Beschwerden erst nach einigen Wochen wahrgenommen werden kann. Sie sollten jedoch dabei immer das Gefühl haben, dass die Richtung der Behandlung im Prinzip für Sie nachvollziehbar und richtig ist. Manchmal können Sie in einer Psychotherapie auch den Eindruck gewinnen, dass die Gespräche Ihnen nicht richtig helfen. Das sollten Sie in der Therapie ansprechen, auch wenn es manchmal schwerfällt.

Medikamente

Die Neben- und Wechselwirkungen der einzelnen Wirkstoffe unterscheiden sich deutlich. Etwa die Hälfte aller mit Antidepressiva behandelten Patientinnen und Patienten klagt über Nebenwirkungen. Zu den häufigsten Nebenwirkungen können gehören: Übelkeit, Gewichtszunahme, Verstopfung oder Durchfall, Schläfrigkeit, sexuelle Probleme und Auswirkungen auf das Herz-Kreislauf-System.

Weitere Informationen

- BPTK-Broschüre: „Wege zur Psychotherapie“
www.bptk.de (Rubrik: Patienten)
- Entscheidungshilfen, zum Beispiel:
www.psychenet.de (Rubrik: Depression)
- Informationen zur Depression:
www.faktencheck-gesundheit.de
(Rubrik: Faktencheck)
- Patientenleitlinie:
www.awmf.org/leitlinien
(Rubrik: Patienteninformation)

