deutsche depressionsliga

Depressionen

Ein Leitfaden für Betroffene und Angehörige

Zurück ins Leben!

Depressionen

Ein Leitfaden
für Betroffene und Angehörige

Zurück ins Leben!

Impressum

Herausgeber
Deutsche DepressionsLiga e.V.
Postfach 21 01 66
53156 Bonn
Tel.: 0228/240 65 772 (keine telefonische Beratung)
Internet: depressionsliga.de
E-Mail: kontakt@depressionsliga.de

Autoren
Erstauflage: Beate Erhard, Françoise Margue, Thomas Voigt †
Überarbeitung der 7. Auflage (2026): Jonas Julino, Christine Müller,
Dagmar Siewertsen, Oliver Vorthmann (alle Deutsche DepressionsLiga e.V.)

Gestaltung und Satz
World Wide Wald, Katharina Dierkes, Brilon
www.world-wide-wald.de

Druck
Druckerei Engelhardt, Neunkirchen
www.druckerei-engelhardt.de

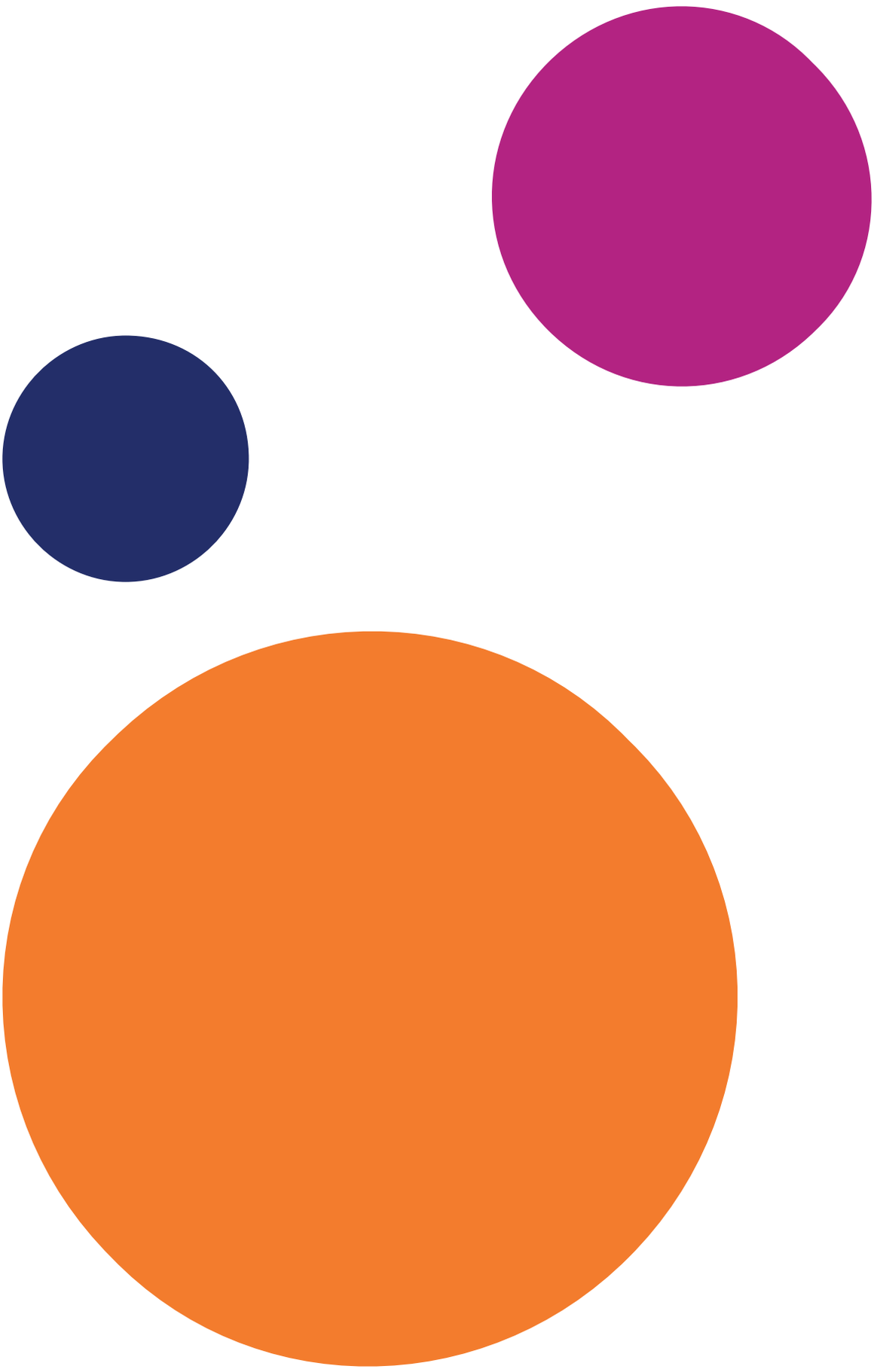
Bezugsquelle
Über das Printmedien-Bestellformular der Deutschen DepressionsLiga e.V.:
depressionsliga.de/infomaterial-bestellen

Stand: August 2026
7. Auflage

Diese Broschüre oder Auszüge daraus dürfen nicht ohne schriftliche Einwilligung der Deutschen DepressionsLiga e.V. vervielfältigt werden. Alle Rechte vorbehalten.

Für die Inhalte dieser Broschüre ist die Selbsthilfeorganisation verantwortlich. Etwaige Leistungsansprüche gegenüber den Krankenkassen sind hieraus nicht ableitbar.

Die Entstehung dieser Broschüre wurde möglich durch
die freundliche Unterstützung der
GKV Gemeinschaftsförderung (Pauschalförderung)



Über die Deutsche DepressionsLiga e.V.

Die Deutsche DepressionsLiga e.V. (DDL) wurde 2009 gegründet und ist eine bundesweit aktive Selbsthilfeorganisation für Menschen mit Depressionen und ihre Angehörigen. Sie setzt sich dafür ein, über die Erkrankung aufzuklären, Vorurteile abzubauen sowie Angebote zur Hilfe und Selbsthilfe zu schaffen. Darüber hinaus vertritt sie die Interessen von Menschen mit Depressionen gegenüber Politik und Gesundheitswesen. Die Arbeit der DDL wird von ehrenamtlich Engagierten und einer hauptamtlichen Geschäftsstelle getragen. Die DDL ist unabhängig von der pharmazeutischen Industrie und sonstigen Interessengruppen.

Eine Bitte in eigener Sache:

Um in der Gesundheitspolitik Gehör zu finden, brauchen wir eine breite Basis und viele Mitglieder. Ehrenamtlich aktiv ist nur ein Teil unserer Mitglieder – ebenso wichtig sind jedoch alle, die unsere Arbeit durch eine Mitgliedschaft oder Spende unterstützen. Die Deutsche DepressionsLiga e.V. ist als gemeinnützig anerkannt. Mitgliedsbeiträge und Spenden sind steuerlich absetzbar.

Bonn, im August 2026

Der Vorstand der Deutschen DepressionsLiga e.V.

Jetzt Mitglied werden:

Mit jedem neuen Mitglied gewinnt die **Deutsche DepressionsLiga** an Stärke und kann die Interessen von Menschen mit Depression gegenüber Politik, Gesundheitswesen und Öffentlichkeit wirkungsvoller vertreten.

Eine Mitgliedschaft ist bereits ab 12 Euro (ermäßigt) bzw. 24 Euro (Regelbeitrag) pro Jahr möglich.

Als Mitglied profitieren Sie von exklusiven Angeboten wie DDLmeeteinander, virtuellen Selbsthilfegruppen, Workshops und weiteren Mitmachangeboten.

Das Beitrittsformular finden Sie unter:
depressionsliga.de/mitglied-werden

Spenden:

Mit Ihrer Spende unterstützen Sie die Arbeit der **Deutschen DepressionsLiga e.V.** und helfen dabei, Menschen mit Depression und ihre Angehörigen zu stärken. Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

Deutsche DepressionsLiga e.V.
Volksbank Stuttgart
Kontonummer 1 327 748 002,
BLZ 600 901 00
IBAN DE44 6009 0100 1327 7480 02,
BIC VOBADESS

Das Spendenformular finden Sie unter:
depressionsliga.de/spenden

Vorwort

In Deutschland leben jedes Jahr rund 5,3 Millionen Erwachsene mit einer behandlungsbedürftigen Depression. Im Laufe des Lebens ist etwa jede fünfte bis sechste Person betroffen. Depressionen gehören damit zu den häufigsten psychischen Erkrankungen und Ursachen für psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit.
Sie stellen Betroffene, Angehörige sowie das Gesundheitssystem vor große Herausforderungen. Eine Depression kann jeden Menschen treffen und ist weit mehr als eine vorübergehende Niedergeschlagenheit. Sie ist eine ernstzunehmende Erkrankung, die das Denken, Fühlen und Handeln beeinflusst und mit erheblichem Leid verbunden sein kann.

Trotz einer gestiegenen gesellschaftlichen Aufmerksamkeit erhalten viele Menschen mit Depressionen noch immer nicht rechtzeitig die Unterstützung, die sie benötigen. Lange Wartezeiten auf psychotherapeutische Behandlungen, regionale Versorgungsunterschiede und bestehende Vorurteile erschweren häufig den Weg zu einer passenden Behandlung. Hinzu kommt, dass viele Betroffene aus Scham oder Angst vor Stigmatisierung zunächst keine Hilfe suchen.

Die Deutsche DepressionsLiga e. V. setzt sich dafür ein, über Depressionen aufzuklären, Vorurteile abzubauen und Betroffene sowie Angehörige zu unterstützen. Selbsthilfe kann dabei – ergänzend zu einer professionellen medizinischen und psychotherapeutischen Behandlung – eine wichtige Rolle spielen. Der Austausch mit anderen Betroffenen kann Mut machen, Orientierung geben und das Gefühl vermitteln, mit der Erkrankung nicht allein zu sein.

Mit dieser Broschüre möchten wir Betroffenen, Angehörigen und Interessierten verständliche und wissenschaftlich fundierte Informationen rund um das Thema Depression an die Hand geben. Sie soll helfen, die Erkrankung besser zu verstehen, Behandlungsmöglichkeiten einzuordnen und Wege zu einer passenden Unterstützung aufzuzeigen.

Wir wünschen Ihnen, dass diese Broschüre Orientierung gibt und Sie auf Ihrem persönlichen Weg hilfreich begleitet.

Inhalt

I Die Depression aus medizinischer Sicht **11**

Anzeichen einer Depression 11

Verlauf einer Depression 12

Einige Erscheinungsformen im Überblick 13

Mögliche Ursachen einer Depression 15

Der Weg zur Diagnose 16

Psychotherapie 17

Behandlung mit Medikamenten (Pharmakotherapie) 21

Ergänzende Therapieansätze 22

Stationäre Behandlung 24

Digitale Unterstützung: KI & DiGA 26

II Soziale Aspekte **29**

Umgang mit Familie, Partner:innen und Freund:innen 29

Auswirkungen am Arbeitsplatz 29

III Für Angehörige und Freund:innen **31**

Umgang mit Erkrankten 31

Tipps für den Umgang mit Betroffenen 32

Suizidgefahr 33

IV Selbsthilfe **35**

Selbsthilfe als tragende Säule im Umgang mit Depressionen 35

Kontakt zu anderen Betroffenen / Selbsthilfegruppen 36

Selbsthilfeangebote der Deutschen DepressionsLiga 36

Selbsthilfe für Angehörige 37

Selbstfürsorge 37

V Hilfsangebote und weitere Informationen **39**
Notfälle / Krisen 39
Beratungsstellen für Angehörige und Betroffene 39
Suche nach Fachärzt:innen und Psychotherapeut:innen 40
Adressen für Jugendliche und junge Erwachsene 40
Angehörige 40
Selbsthilfe 41
Sozialverbände 41
Organisationen rund um Depression 41
Verwendete Literatur 42
Spenden 43
Haftungsausschluss 43

I Die Depression aus medizinischer Sicht

Anzeichen einer Depression

Mitunter ist es schwierig, zwischen ein paar schlechten Tagen und dem Beginn einer Depression zu unterscheiden. Ein wichtiges Kriterium ist dabei die Dauer der Symptome. Wenn mehrere der folgenden Anzeichen **länger als 14 Tage** anhalten, kann dies möglicherweise auf eine Depression hinweisen und Betroffene sollten ärztlichen oder psychotherapeutischen Rat suchen:

- gedrückte Stimmung
- Interessen- oder Freudlosigkeit auch bei sonst angenehmen Tätigkeiten
- Antriebsmangel, bleierne Müdigkeit oder ungewöhnlich starker Bewegungsdrang
- Ängste, innere Unruhe
- geringes Selbstwertgefühl, vermehrte Selbstkritik
- Konzentrationsprobleme, Hang zum Grübeln, Entschlussunfähigkeit
- Schuldgefühle, Schwarzmalerei
- Schlafstörungen oder stark erhöhtes Schlafbedürfnis
- Gefühl, dass alles zu viel ist
- Gefühl der „Gefühllosigkeit“, innere Leere
- Appetitlosigkeit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen
- körperliche Beschwerden, für die sich keine ausreichende organische Ursache finden lässt
- tiefe Verzweiflung, Suizidgedanken
- Libidoverlust, Potenzstörungen
- Reizbarkeit, Wut, Aggression oder erhöhte Gewaltbereitschaft (insbesondere bei manchen Männern können diese Symptome im Vordergrund stehen)

Im Internet gibt es verschiedene Depressionstests, die einen ersten Hinweis auf eine mögliche Depression geben können. Sie ersetzen jedoch keine ärztliche oder psychotherapeutische Diagnose. Einen solchen Selbsttest bietet auch die Deutsche DepressionsLiga mit ihrem Depressions-Check an:

depressionsliga.de/depressionscheck

Verlauf einer Depression

Die meisten Depressionserkrankungen treten als sogenannte **rezidivierende depressive Störung** auf, das heißt, es bleibt häufig nicht bei einer einzigen depressiven Episode.

Das Risiko, nach einer ersten depressiven Episode im weiteren Leben erneut zu erkranken, ist erhöht und nimmt insbesondere ohne geeignete Behandlung oder Rückfallprophylaxe zu. Die Erkrankung verläuft in der Regel phasenweise, wobei Schweregrad und Dauer der einzelnen Episoden unterschiedlich sein können. Eine Episode kann wenige Wochen bis mehrere Monate andauern. Man unterscheidet zwischen leichten, mittelgradigen und schweren Depressionen. Die Diagnose stellen Ärzt:innen oder Psychotherapeut:innen anhand der individuellen Beschwerden und weiterer diagnostischer Kriterien. Da mit jeder weiteren Episode das Risiko für erneute depressive Phasen steigen kann, ist es wichtig, eine Depression möglichst frühzeitig zu erkennen und behandeln zu lassen.

Einige Erscheinungsformen im Überblick

Unipolare und bipolare Depression
Die meisten depressiven Erkrankungen sind unipolare Depressionen. Dabei treten ausschließlich depressive Episoden auf, wie sie in dieser Broschüre beschrieben werden.

Davon zu unterscheiden ist die bipolare Störung. Bei ihr wechseln sich depressive Episoden mit sogenannten manischen oder hypomanischen Phasen ab. Während einer Manie können Betroffene unter anderem eine ungewöhnlich gehobene oder gereizte Stimmung, ein gesteigertes Aktivitätsniveau, ein vermindertes Schlafbedürfnis, ausgeprägtes Selbstvertrauen oder Selbstüberschätzung sowie impulsives Verhalten zeigen.

Depressive und manische beziehungsweise hypomanische Phasen können unterschiedlich stark ausgeprägt sein und unterschiedlich lange andauern. Häufig nehmen die depressiven Episoden dabei einen größeren Teil des Krankheitsverlaufs ein.

Die bipolare Störung ist eine eigenständige psychische Erkrankung und unterscheidet sich in Diagnose und Behandlung von der unipolaren Depression. Deshalb ist eine sorgfältige diagnostische Abklärung besonders wichtig.

Dysthymie
Diese Form der chronischen Depression ist durch weniger stark ausgeprägte Symptome gekennzeichnet, die dafür aber über Jahre andauern können. Die Betroffenen können ihren Alltag und ihre beruflichen Aufgaben meist noch mit großer Anstrengung bewältigen. Trotz der meist geringeren Symptomstärke kann die Dysthymie die Lebensqualität und Leistungsfähigkeit erheblich beeinträchtigen.

Organische Depression
Wenn eine andere körperliche Erkrankung die Ursache der Depression ist, wie z.B. Schilddrüsen-, Nebennieren- oder Hirnerkrankungen, spricht man von einer organischen Depression.

Saisonale Depression
Diese relativ weit verbreitete Depressionsform wird auch als Winterdepression bezeichnet, da sie normalerweise in den sonnenarmen Herbst- und Wintermonaten auftritt.

Neben Symptomen der unipolaren Depression treten Heißhungeranfälle und starke Müdigkeit auf. Eine Lichttherapie mit speziellen Lampen oder regelmäßige Spaziergänge bei Tageslicht können hilfreich sein.

Burnout / Erschöpfungsdepression

In der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-11) wird Burnout als arbeitsbezogenes Syndrom beschrieben, das aus chronischem Stress am Arbeitsplatz entsteht, der nicht erfolgreich bewältigt werden konnte. Burnout ist keine eigenständige psychische Erkrankung und keine Form der Depression.

Der Begriff „Burnout“ wird in unserer Leistungsgesellschaft häufig verwendet und oft als weniger belastend empfunden als die Diagnose Depression. Für manche Betroffene kann dies den Zugang erleichtern, über ihre Beschwerden zu sprechen und Unterstützung in Anspruch zu nehmen. Gleichzeitig besteht die Gefahr, dass Burnout mit einer Depression gleichgesetzt oder als Ersatz für eine medizinische Diagnose verwendet wird. Eine sorgfältige ärztliche oder psychotherapeutische Abklärung bleibt daher wichtig.

Ein erhöhtes Risiko für ein Burnout-Syndrom können unter anderem ein dauerhaft hoher Leistungsanspruch an sich selbst sowie anhaltende arbeitsbezogene Belastungen darstellen. Hier kann eine psychotherapeutische Behandlung sehr hilfreich sein.

Funktionale oder hochfunktionale Depression

In den vergangenen Jahren wird zunehmend der Begriff „funktionale oder hochfunktionale Depression“ verwendet. Dabei handelt es sich jedoch nicht um eine eigenständige medizinische Diagnose, sondern um eine umgangssprachliche Beschreibung. Gemeint sind Menschen, die trotz einer Depression ihren Alltag nach außen scheinbar gut bewältigen: Sie gehen ihrer Arbeit nach, kümmern sich um Familie oder Verpflichtungen und wirken auf andere oft leistungsfähig und belastbar. Gleichzeitig leiden sie innerlich unter typischen Symptomen einer Depression wie Erschöpfung, Antriebslosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Schlafstörungen oder dem Verlust von Freude und Lebensqualität.

Gerade weil Betroffene ihre Beschwerden häufig verbergen oder überspielen, bleibt eine Depression in diesen Fällen oft lange unerkannt. Sowohl im privaten Umfeld als auch am Arbeitsplatz kann es sein, dass Angehörige nichts von der Erkrankung einer nahestehenden Person ahnen. Nicht selten glauben Betroffene selbst, sie müssten „einfach nur weitermachen“, obwohl sie bereits erheblich belastet sind. Eine frühzeitige Diagnose und Behandlung sind jedoch auch bei einer nach außen wenig sichtbaren Depression wichtig. Wer dauerhaft über die eigenen Grenzen geht, riskiert eine Verschlechterung der Erkrankung bis hin zu einer schweren depressiven Episode.

Mögliche Ursachen einer Depression

Die Ursachen einer Depression sind ebenso vielfältig wie ihre Erscheinungsformen und bis heute nicht eindeutig geklärt. Eine Depression kann durch unterschiedliche Faktoren ausgelöst werden.

Mögliche Einflussfaktoren:

- Trennung oder Tod nahestehender Menschen
- Arbeitslosigkeit oder finanzielle Sorgen
- anhaltender Stress und fehlende Erholungsmöglichkeiten
- soziale Isolation oder Einsamkeit
- chronische körperliche Erkrankungen, Schmerzen oder Einschränkungen
- hormonelle Veränderungen, beispielsweise rund um Schwangerschaft, Geburt oder Wechseljahre
- belastende oder traumatische Erfahrungen
- Schlafstörungen
- Alkohol- oder Substanzkonsum
- bestimmte Medikamente
- Mobbing, Diskriminierung oder andere belastende soziale Erfahrungen

Nicht jeder Mensch entwickelt unter belastenden Bedingungen eine Depression. Das Erkrankungsrisiko wird durch das Zusammenwirken biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren beeinflusst. Hierzu zählen unter anderem die genetische Veranlagung, belastende Lebensereignisse, frühere Erfahrungen sowie familiäre, gesellschaftliche und berufliche Rahmenbedingungen.

Depressionen treten häufig gemeinsam mit anderen psychischen Erkrankungen wie Demenzen, Angststörungen, Zwangsstörungen, Suchterkrankungen, Essstörungen oder Persönlichkeitsstörungen sowie mit chronischen körperlichen Erkrankungen auf. Solche Begleiterkrankungen (Komorbiditäten) sollten bei der Diagnostik und Behandlungsplanung berücksichtigt werden.

Der Weg zur Diagnose

Viele Menschen kostet es große Überwindung, ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen. Zum einen besteht besonders beim Aufsuchen einer psychiatrischen Praxis die Angst, für „verrückt“ erklärt zu werden, zum anderen glauben viele, noch nicht „schwer genug“ krank zu sein, um überhaupt ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen zu dürfen. Es ist sehr wichtig, mit der Inanspruchnahme ärztlicher oder psychotherapeutischer Hilfe nicht zu lange zu warten, denn je früher eine Depression erkannt und behandelt wird, desto glimpflicher verläuft sie in der Regel.

> Es geht den meisten so, dass sie sehr lange brauchen, bis sie einen Arzt aufsuchen.
>
> Man versucht sich bis zum bitteren Ende einzureden, dass man es alleine schafft, und dass ja alles „normal“ ist. Gerade die Einstellung, funktionieren zu müssen, ist es, die viele Menschen krank werden lässt. Wenn man sich nur noch darum kümmert, was die Gesellschaft von einem erwartet, verliert man sich selbst immer mehr.
>
> Ich selbst bin leider erst zum Arzt gegangen, nachdem ich einen Nervenzusammenbruch hatte und nichts mehr ging. Dabei habe ich schon viel früher gespürt, dass mir das Leben oft unerträglich war. [1]

Eine erste Anlaufstelle sind in der Regel Hausärzt:innen. Sie können körperliche Ursachen ausschließen, erste Untersuchungen durchführen und gemeinsam mit den Betroffenen das weitere Vorgehen besprechen.

Je nach Beschwerden oder Krankheitsverlauf kann eine Überweisung an eine fachärztliche oder psychotherapeutische Praxis sinnvoll sein.

Psychiater:innen / Fachärzt:innen für Psychiatrie und Psychotherapie behandeln psychische Erkrankungen wie Depressionen. Sie können Medikamente verordnen, über die Erkrankung aufklären und die Behandlung begleiten. Sie sind zudem psychotherapeutisch ausgebildet, bieten Psychotherapie in der ambulanten Praxis jedoch häufig nicht oder nur in begrenztem Umfang an.

Neurolog:innen behandeln Erkrankungen des Nervensystems, beispielsweise Migräne oder Epilepsie. Manche verfügen aufgrund ihrer Weiterbildung zusätzlich über psychiatrische oder psychotherapeutische Qualifikationen.

Fachärzt:innen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie behandeln Menschen, bei denen körperliche und seelische Faktoren zusammenwirken. Sie bieten in der Regel auch Psychotherapie an.

Für viele Betroffene stellt die Diagnose eine Erleichterung dar, da ihr Leiden benennbar geworden ist und sie nicht mehr im Zweifel gefangen sind, vielleicht gar kein „Recht“ auf ihr Krankheitsgefühl zu haben. Auch dem häufig geäußerten Vorwurf der Außenwelt, doch nur ein Simulant zu sein, kann so entgegengetreten werden. Es ist dennoch nicht immer leicht, die Diagnose „Depression“ anzunehmen, weil nach wie vor in der Öffentlichkeit viele Vorurteile über die Krankheit kursieren. Eine Diagnose ermöglicht aber in jedem Fall, effektive und professionelle Hilfe zu bekommen.

Die Behandlung einer Depression richtet sich nach dem Schweregrad der Erkrankung sowie den individuellen Bedürfnissen der Betroffenen. Zu den wichtigsten Behandlungsverfahren gehören Psychotherapie und medikamentöse Behandlung. Je nach Situation kann auch eine Kombination beider Verfahren sinnvoll sein. Ergänzend können weitere Maßnahmen wie Bewegung, Selbsthilfe oder psychosoziale Unterstützung hilfreich sein.

Psychotherapie

Unter Psychotherapie versteht man die wissenschaftlich fundierte Behandlung psychischer Erkrankungen. Sie erfolgt überwiegend im Gespräch zwischen Psychotherapeut:in und Patient:in. Es gibt verschiedene Formen der Psychotherapie, die in diesem Kapitel kurz vorgestellt werden. Für jede Therapie gilt: Betroffene müssen bereit sein, sich zu öffnen und selbst zu reflektieren. Eine Psychotherapie kostet Kraft, die es jedoch lohnt, zu investieren.
Übernommen werden die Kosten einer Psychotherapie von den gesetzlichen Krankenkassen, wenn es sich um ein sog. Richtlinienverfahren handelt. Folgende Psychotherapieverfahren sind in diesem Sinne anerkannt: Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, systemische Therapie und Psychoanalyse.

Die **Verhaltenstherapie** geht davon aus, dass Verhalten durch Beobachtung oder Konditionierung erlernt wird und deshalb auch wieder verändert werden kann. Bei der kognitiven Verhaltenstherapie, die sich bei Depressionen als besonders wirksam erwiesen hat, werden negative Gedanken und Bewertungen als Ursache für negative Gefühle angenommen. In der Therapie werden automatisch auftretende Gedanken registriert und auf ihren Wahrheitsgehalt überprüft sowie alternative Überzeugungen entwickelt und trainiert. Die Verhaltenstherapie legt den Schwerpunkt auf die aktuellen Probleme und das Erlernen von Bewältigungsstrategien. Sie dient der Hilfe zur Selbsthilfe. Zu Beginn werden klare Therapieziele vereinbart, die im Laufe der Therapie überprüft werden. Verhaltenstherapeut:innen geben häufig konkrete Handlungsanleitungen und Hausaufgaben.

Die **tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie** ist aus den Bemühungen entstanden, eine psychoanalytische Behandlung zu straffen und in kürzerer Zeit Behandlungserfolge zu erzielen. Konflikte und Probleme der aktuellen Lebenssituation werden im Zusammenhang mit einem Grundkonflikt aus der Kindheit betrachtet. Im therapeutischen Gespräch werden aufkommende Erinnerungen

und Gefühle durchgearbeitet. Ziel der tiefenpsychologischen Therapie ist das Verstehen der inneren Konflikte und dadurch eine bessere Bewältigung der aktuellen Probleme.

Die **Psychoanalyse** wurde Ende des 19. Jahrhunderts von Sigmund Freud entwickelt und findet in ihrer klassischen Form im Liegen ohne Blickkontakt zum/zur Therapeut:in statt. Sie misst den frühen Kindheitserfahrungen und der Eltern-Kind-Beziehung eine besondere Bedeutung für das ganze weitere Leben und damit auch für die Entstehung psychischer Störungen zu.

Bei der Psychoanalyse geht es um das Erinnern von verdrängten Anteilen, das Wiederholen in der therapeutischen Übertragungsbeziehung und das Durcharbeiten des Grundkonflikts mit allen Emotionen. Bei der Psychoanalyse sind bis zu drei Sitzungen pro Woche vorgesehen. Eine psychoanalytische Therapie ist nur für Patient:innen geeignet, die bereit sind, sich über einen längeren Zeitraum mit ihrer Lebensgeschichte auseinanderzusetzen.

Die **systemische Therapie** betrachtet Menschen immer als Teil eines Systems, z. B. Familie, Arbeit, Schule etc. Symptome werden nicht als Probleme oder Eigenschaften eines einzelnen Menschen, sondern als Folge belastender Wechselwirkungen im sozialen Umfeld verstanden. Im Zentrum stehen daher die Wechselwirkungen zwischen der Person und ihrem Umfeld sowie die Beziehungs- und Kommunikationsmuster. Der Fokus der Therapie liegt aber nicht auf den krankheitsfördernden Faktoren, sondern es wird angenommen, dass jedes Symptom auch eine bestimmte Funktion im System erfüllt.

Die Therapeut:innen arbeiten gemeinsam mit den Klient:innen daran, diese Funktion zu entdecken, umzudeuten und neue Grundannahmen und Sichtweisen zu ermöglichen. Dabei verstehen sich die Therapeut:innen nicht als Expert:innen, die Diagnosen stellen und Lösungen präsentieren, sondern sie versuchen gemeinsam mit den Betroffenen in einem offenen, respektvollen und wertschätzenden Dialog neue Handlungsoptionen zu entwickeln. Therapiemethoden sind insbesondere bestimmte Fragetechniken (z. B. zirkuläres Fragen) sowie die Nutzung von bildhaften Methoden (z. B. sogenannte Skulpturen, Arbeit mit Symbolen etc.). Die Therapie ist sowohl im Einzel- als auch im Mehrpersonen-Setting (Paar, Familie) möglich. Im Einzelsetting ist auch die Arbeit mit den inneren Anteilen ein hilfreicher Ansatz. Wir haben häufig mehr als eine „Seele in unserer Brust."

Darüber hinaus gibt es weitere psychotherapeutische Ansätze, z. B. die interpersonelle Psychotherapie, CBASP (Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy), das insbesondere für Menschen mit chronischer Depression entwickelt wurde, sowie die Gestalttherapie oder die Schematherapie. Diese sind keine eigenständigen Richtlinienverfahren. Einzelne Methoden können jedoch im Rahmen anerkannter Richtlinienverfahren eingesetzt werden.

Eine Psychotherapie wird von verschiedenen Fachleuten angeboten:

Ärztliche Psychotherapeut:innen sind Ärzt:innen verschiedener Fachrichtungen mit einer psychotherapeutischen Weiterbildung. Sie dürfen auch Medikamente verordnen.

Psychologische Psychotherapeut:innen bzw. Psychotherapeut:innen behandeln Depressionen mit Psychotherapie. Sie begleiten Betroffene meist über einen längeren Zeitraum und dürfen grundsätzlich keine Medikamente verordnen.

Heilpraktiker:innen für Psychotherapie verfügen nicht über eine Approbation als Ärzt:in oder Psychotherapeut:in. Sie dürfen psychotherapeutische Behandlungen im Rahmen ihrer Heilpraktikererlaubnis anbieten. Die Kosten werden von den gesetzlichen Krankenkassen in der Regel nicht übernommen. Wenn Sie eine Behandlung bei Heilpraktiker:innen für Psychotherapie in Erwägung ziehen, informieren Sie sich vorab sorgfältig über deren Qualifikation und Ausbildung.

Die Suche nach einem Therapieplatz kann Zeit in Anspruch nehmen. Unterstützung bieten unter anderem die Terminservicestelle 116117, die regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen, die Krankenkassen sowie regionale Informationsbörsen für Psychotherapie, die auch freie Therapieplätze vermitteln.

Vor Beginn einer Richtlinienpsychotherapie ist der Besuch einer psychotherapeutischen Sprechstunde vorgesehen. Dieses mindestens 50-minütige Erstgespräch dient dazu, die psychischen Beschwerden gemeinsam zu besprechen und abzuklären, ob eine psychische Erkrankung vorliegt und welche Behandlung empfohlen wird. Dabei wird auch besprochen, ob eine ambulante Psychotherapie sinnvoll ist oder andere Unterstützungsangebote infrage kommen. Ergibt sich in der psychotherapeutischen Sprechstunde ein dringender Behandlungsbedarf, kann auch eine psychotherapeutische Akutbehandlung empfohlen werden. Sie dient dazu, Betroffene kurzfristig zu stabilisieren und weitere Behandlungsschritte einzuleiten. Schließt sich eine Psychotherapie an, finden in der Regel zunächst sogenannte probatorische Sitzungen statt. Sie dienen dem gegenseitigen Kennenlernen sowie der gemeinsamen Entscheidung, ob eine vertrauensvolle Zusammenarbeit möglich ist.

Um nach den probatorischen Sitzungen mit einer Kurz- oder Langzeittherapie zu beginnen, müssen Sie einen Antrag an Ihre Krankenkasse stellen. Die notwendigen Unterlagen sowie weitere Informationen erhalten Sie in Ihrer psychotherapeutischen Praxis. In der Regel werden Sie bei den erforderlichen Formalitäten unterstützt. Sie brauchen die Unterlagen anschließend nur noch durchzulesen und zu unterschreiben. Wichtig ist außerdem, dass Sie Ihre elektronische Gesundheitskarte mitbringen.

Bei der Kurzzeittherapie gibt es eine Besonderheit. Bei dieser Therapie von zunächst zwölf Stunden erhalten nur Sie als Patient:in die Antwort der Krankenkasse, dass die Therapie bewilligt wurde. Bitte geben Sie diese Information unverzüglich an die behandelnde psychotherapeutische Fachkraft weiter, damit die Behandlung zeitnah begonnen werden kann.

Eine Übersicht der aktuellen Regelungen finden Sie unter:
www.wege-zur-psychotherapie.org

Nachträglich auftauchende Schwierigkeiten in der therapeutischen Beziehung

Manchmal treten im weiteren Verlauf der Therapie Zweifel oder Unstimmigkeiten auf. Diese sollten dann unbedingt in der Therapie besprochen werden.

Erst wenn man das Gefühl hat, mit der behandelnden Person keine Klärung zu erreichen oder man sich allgemein nicht angenommen fühlt, sollte ein Therapieabbruch in Erwägung gezogen werden. Da die Kostenübernahme der Krankenkasse an die jeweilige psychotherapeutische Fachkraft gebunden ist, können bewilligte Therapiestunden bei einem Wechsel nicht ohne Weiteres übertragen werden.

Unstimmigkeiten oder Irritationen sollten möglichst offen angesprochen werden. Niemand muss in einer Behandlung bleiben, in der persönliche Grenzen wiederholt missachtet werden oder kein ausreichendes Vertrauensverhältnis entsteht. In solchen Fällen kann ein Wechsel zu einer anderen psychotherapeutischen Fachkraft sinnvoll sein.

> In meiner Therapiegeschichte habe ich zuerst den Fehler gemacht, bei einer Therapeutin zu bleiben, bei der ich mich immer klein und dumm gefühlt habe und sie war so allwissend und groß..., das Ganze hat mir überhaupt nichts gebracht. Dann habe ich meine zweite Therapeutin gefunden, und diese war genau das Gegenteil. Ich hatte das Gefühl, sie interessiert sich wirklich für mich, sie fühlt mit und für sie bin ich nicht nur so ein „Fall“. Bei ihr war ich dann vier Jahre und sie hat mir sehr viel geholfen. Ich bin viel glücklicher und freier geworden.
>
> Also höre auf deinen Bauch. Wenn der Therapeut dir nicht passt, du dich von ihm nicht verstanden, aber untergebuttert oder sogar unter Druck gesetzt fühlst, dann suche dir lieber einen anderen. Es geht um DICH, und er soll gut für DICH sein, und wenn er es nicht ist, dann ist er es halt nicht. Dann bringt auch die Therapie nichts. Du musst dich dort wohlfühlen!! [1]

Weitere Infos zur Psychotherapie stellen wir in unserem Glossar
unter depressionsliga.de/glossar-a-z zur Verfügung.

Behandlung mit Medikamenten (Pharmakotherapie)

In vielen Fällen werden Menschen mit Depression auch Medikamente verschrieben, in erster Linie sogenannte Antidepressiva. Bei leichteren Depressionen kann oft auf eine Pharmakotherapie verzichtet werden, bei mittelschweren kommt es auf den Einzelfall an, bei schweren Depressionen hingegen sind Medikamente meist unverzichtbar.

Antidepressiva beeinflussen verschiedene Botenstoffsysteme im Gehirn, unter anderem Serotonin, Noradrenalin und Dopamin. Wie genau ihre antidepressiven Wirkmechanismen zustande kommen, ist trotz intensiver Forschung bis heute nicht vollständig geklärt. Nach heutigem Verständnis beruht die Wirkung nicht allein auf einem Mangel einzelner Botenstoffe, sondern auf komplexen Veränderungen der Signalübertragung und der Anpassungsfähigkeit des Nervensystems.

Welches Medikament am besten geeignet ist, lässt sich nicht sicher vorhersagen. Jeder Mensch reagiert unterschiedlich auf Medikamente. Bei der Auswahl werden unter anderem frühere Erfahrungen mit Medikamenten, Begleiterkrankungen, mögliche Wechselwirkungen sowie die individuellen Bedürfnisse und Wünsche der betroffenen Person berücksichtigt.

Die Wirksamkeit eines Antidepressivums tritt in der Regel erst nach einigen Tagen oder Wochen ein. Bis zum Wirkungseintritt ist häufig Geduld erforderlich. Deshalb sollten Antidepressiva nicht eigenständig vorzeitig abgesetzt oder der Therapieversuch vorschnell beendet werden.

Manche Menschen vertragen Antidepressiva problemlos, andere erleben Nebenwirkungen. Welche Nebenwirkungen auftreten und wie stark sie ausgeprägt sind, unterscheidet sich je nach Wirkstoff und von Mensch zu Mensch. Viele Beschwerden bessern sich nach einigen Tagen oder Wochen, in manchen Fällen bleiben sie bestehen. Dann sollte im Rahmen der ärztlichen Behandlung geprüft werden, wie Nutzen und Nebenwirkungen gegeneinander abzuwägen sind.

Antidepressiva machen nach heutigem wissenschaftlichem Kenntnisstand nicht abhängig im Sinne einer Suchterkrankung. Nach längerer Einnahme kann sich der Körper jedoch an das Medikament anpassen. Wird es zu schnell oder abrupt abgesetzt, können sogenannte Absetzsymptome auftreten. Diese können beispielsweise Schwindel, grippeähnliche Beschwerden, Schlafstörungen, innere Unruhe oder vorübergehende Stimmungsschwankungen umfassen. Ob solche Beschwerden auftreten und wie stark sie ausgeprägt sind, hängt unter anderem vom verwendeten Wirkstoff, der Dosierung, der Einnahmedauer und der Geschwindigkeit des Ausschleichens ab. Deshalb sollten Antidepressiva stets in ärztlicher Absprache schrittweise reduziert werden. Wichtig ist außerdem, Absetzsymptome von einem Rückfall der Depression zu unterscheiden.

Johanniskraut kann insbesondere bei leichten depressiven Episoden hilfreich sein. Da es erhebliche Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten haben kann, sollte die Einnahme immer ärztlich oder in der Apotheke abgeklärt werden.

Weitere Medikamente, die je nach Krankheitsbild ergänzend eingesetzt werden können, sind beispielsweise Beruhigungsmittel (Tranquilizer), Antipsychotika (früher Neuroleptika genannt), Lithium (vor allem bei bipolaren Erkrankungen) sowie weitere Stimmungsstabilisierer.

Ergänzende Therapieansätze

Die folgenden Therapien werden vor allem in Kliniken und psychiatrischen Institutsambulanzen angeboten, können jedoch teilweise auch von Fachärzt:innen verordnet werden.

Lichttherapie: Die Lichttherapie wird insbesondere bei saisonal abhängigen Depressionen (Winterdepression) empfohlen. Bei anderen Depressionsformen kann sie im Einzelfall ebenfalls unterstützend eingesetzt werden. Sie kann nach Rücksprache mit der behandelnden Fachperson auch zu Hause mit geeigneten Lichttherapiegeräten durchgeführt werden. Die Kostenübernahme durch die Krankenkassen richtet sich nach den jeweiligen Voraussetzungen.

Wachtherapie / Schlafentzugsbehandlung / Schlafphasenverlagerung: Die Wachtherapie (Schlafentzugsbehandlung) kann bei einem Teil der Betroffenen zu einer raschen, meist jedoch vorübergehenden Stimmungsaufhellung führen. Daher wird sie heute häufig mit anderen Behandlungsverfahren kombiniert.

Sport- und Bewegungstherapie: Zahlreiche wissenschaftliche Studien zeigen, dass regelmäßige körperliche Aktivität depressive Beschwerden lindern und die Behandlung wirksam unterstützen kann.

Ergotherapie: Ergotherapie kann von Fachärzt:innen auch im ambulanten Bereich als Heilmittel verordnet werden. Therapieinhalte können hier beispielsweise die Verbesserung der sozialen Kompetenz, der Konzentration, der Belastungsfähigkeit oder der Tagesstrukturierung sein. Da der Bereich Ergotherapie sehr weit gefächert ist, haben nicht alle niedergelassenen Ergotherapeut:innen Erfahrungen mit an Depression erkrankten Menschen.

Kreative Therapien: Kreative Therapien (z. B. Kunst- und Musiktherapie) können insbesondere dabei helfen, Gefühle auszudrücken, persönliche Ressourcen zu stärken und die Krankheitsbewältigung zu unterstützen.

Entspannungsverfahren: Entspannungsverfahren wie Progressive Muskelentspannung nach Jacobson, Autogenes Training und achtsamkeitsbasierte Verfahren können die Behandlung einer Depression sinnvoll ergänzen. Für achtsamkeitsbasierte Verfahren (z. B. MBCT – Mindfulness-Based Cognitive Therapy) besteht insbesondere zur Rückfallprophylaxe eine gute wissenschaftliche Evidenz.

Körperorientierte Ansätze: Körperorientierte Verfahren können eine psychotherapeutische oder medizinische Behandlung sinnvoll ergänzen. Dazu gehören beispielsweise traumasensitives Yoga, körperorientierte Psychotherapie, Somatic Experiencing®, NARM oder weitere körperorientierte Ansätze. Ziel dieser Verfahren ist es, die Körperwahrnehmung zu verbessern, Stress zu regulieren und die Selbstregulation zu fördern. Die wissenschaftliche Evidenz ist je nach Verfahren unterschiedlich. Einige körperorientierte Ansätze werden zunehmend erforscht, gehören derzeit jedoch nicht zu den Richtlinienverfahren der gesetzlichen Krankenversicherung. Bei der Auswahl sollte auf eine qualifizierte Ausbildung der Behandelnden geachtet werden.

Schematherapie: Die Schematherapie verbindet Elemente verschiedener psychotherapeutischer Verfahren und beschäftigt sich mit ungünstigen Denk-, Gefühls- und Verhaltensmustern („Schemata"), die häufig in der Kindheit entstanden sind. Ziel ist es, diese Muster besser zu verstehen und schrittweise zu verändern. Sie ist kein eigenständiges Richtlinienverfahren. Schematherapeutische Methoden können jedoch im Rahmen einer Verhaltenstherapie eingesetzt und dann von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden.

Soziotherapie: Soziotherapie kann, ähnlich wie Ergotherapie, von bestimmten Fachärzt:innen als Krankenkassenleistung verordnet werden. Patient:innen mit schwerem Krankheitsverlauf sollen durch Soziotherapie in die Lage versetzt werden, ambulante ärztliche oder psychotherapeutische Leistungen in Anspruch zu nehmen. Das Therapieangebot soll Krankenhausaufenthalte vermeiden.

Elektrokonvulsionstherapie: Die Elektrokonvulsionstherapie (EKT) ist eine etablierte Behandlungsmöglichkeit bei schweren Depressionen, insbesondere wenn andere Behandlungen nicht ausreichend wirksam waren. Sie wird unter Vollnarkose nach klar definierten medizinischen Standards durchgeführt.

Transkranielle Magnetstimulation (TMS bzw. rTMS): Die Transkranielle Magnetstimulation (TMS bzw. rTMS) ist ein nicht-invasives Verfahren, bei dem bestimmte Hirnregionen mithilfe magnetischer Impulse stimuliert werden. Sie kann für manche Menschen mit Depression eine Behandlungsoption sein, wenn andere Therapien nicht ausreichend geholfen haben. Die Verfügbarkeit und Kostenübernahme unterscheiden sich jedoch je nach Indikation und Versorgungsangebot.

Stationäre Behandlung

Der Entschluss zu einem psychiatrischen Klinikaufenthalt ist für viele Menschen mit Depression zunächst schwer. Häufig bestehen Ängste vor Stigmatisierung oder falsche Vorstellungen über psychiatrische Kliniken. Gleichzeitig kann eine stationäre Behandlung insbesondere dann sinnvoll sein, wenn ambulante Behandlungsmöglichkeiten nicht ausreichen, eine schwere depressive Episode vorliegt, eine erhebliche Suizidgefährdung besteht oder eine intensive Diagnostik und Behandlung erforderlich sind.

Doch ein Klinikaufenthalt bietet viele Chancen! Er kann vor allem entlastend wirken, weil Betroffene dadurch von alltäglichen Verpflichtungen entlastet werden und nicht mehr „funktionieren“ müssen, sondern nach möglicherweise langem „Zusammenreißen“ endlich so sein dürfen, wie sie sich fühlen.

> Mein Aufenthalt in der Psychiatrie war eine super Erfahrung für mich. Es gab dort eine spezielle Station für Depressive und ich würde dir sehr ans Herz legen, darauf zu achten. Es ist ja überhaupt nicht so, dass man sich gegenseitig runterzieht, ich habe im Gegenteil erfahren, wie freundlich und helfend alle miteinander umgingen. (...) Der Tag dort hatte eine feste Struktur, man ging zu Therapien aller Art. Malen, Schwimmen, Musik, Gespräch, Holzarbeiten, Töpfern etc. War schon teilweise auch anstrengend, ich konnte ja damals kaum meine Zahnbürste gerade halten... Aber mal ganz weg zu sein von allem, befreit von allen Pflichten, mit sich allein und gut versorgt, das kann unheimlich guttun! [1]

Eine stationäre Behandlung sollte in Erwägung gezogen werden, wenn

- die Lebensumstände der betroffenen Person eine erfolgreiche ambulante Behandlung stark gefährden,
- ambulante Behandlungsmöglichkeiten über einen längeren Zeitraum keinen ausreichenden Erfolg hatten,
- das Krankheitsbild so schwer und der Leidensdruck so groß ist, dass die Möglichkeiten der ambulanten Behandlung nicht ausreichen,
- Schutz und Überwachung bei Selbst- oder Fremdgefährdung notwendig werden.

Eine Einweisung zur stationären Behandlung kann von Vertragsärzt:innen sowie bei Depressionen auch von Vertragspsychotherapeut:innen ausgestellt werden. In Notfällen kann eine psychiatrische Klinik auch ohne Einweisung aufgesucht werden.

Für Menschen mit Depression gibt es verschiedene Möglichkeiten der stationären und teilstationären Behandlung:

In einer psychiatrischen Klinik oder der psychiatrischen Abteilung eines Krankenhauses werden Menschen mit unterschiedlichen psychischen Erkrankungen behandelt. Moderne psychiatrische Kliniken arbeiten in der Regel multiprofessionell. Zum Behandlungsteam gehören beispielsweise Ärzt:innen, Psycholog:innen, Pflegefachpersonen sowie Fachkräfte aus Ergo-, Kunst-, Bewegungs- und Sozialtherapie. Gemeinsam wird ein individueller Behandlungsplan erstellt.

Man unterscheidet offene und geschützte Stationen. Patient:innen auf offenen Stationen können sich in der Regel frei auf dem Krankenhausgelände bewegen und nach Absprache auch das Gelände verlassen. Auf geschützten Stationen werden Menschen behandelt, die aufgrund ihrer aktuellen psychischen Situation eine besonders intensive Betreuung und einen geschützten Rahmen benötigen. Viele Kliniken sind freundlich und nicht im Krankenhauscharakter eingerichtet. In psychosomatischen Kliniken steht häufig die Psychotherapie im Mittelpunkt. Die Behandlungsschwerpunkte können sich jedoch je nach Einrichtung überschneiden, sodass psychiatrische und psychosomatische Kliniken heute teilweise ähnliche Behandlungsangebote vorhalten.

Eine Tagesklinik ist eine teilstationäre Einrichtung, welche häufig an eine psychiatrische oder psychosomatische Klinik angegliedert ist. Die Patient:innen nutzen tagsüber ein intensives Behandlungsangebot, welches sich nicht wesentlich von dem einer stationären Therapie unterscheidet, und kehren danach in ihre gewohnte Umgebung zurück. Die Therapie in einer Tagesklinik erfolgt oft im Anschluss an eine stationäre Therapie. Sie ist aber auch für Patient:innen geeignet, die sich nicht völlig aus ihrer familiären Umgebung herausziehen können (z. B. wegen Kinderbetreuung), sowie für Patient:innen, die allein leben und Schwierigkeiten haben, einen strukturierten Tagesablauf einzuhalten. Da bei einer tagesklinischen Behandlung auch das „normale“ Leben weitergeführt werden muss, ist diese Therapieform unter Umständen bedeutend anstrengender als eine vollstationäre Therapie. Auch bei Tageskliniken gibt es häufig Wartelisten. Eine tagesklinische Behandlung eignet sich insbesondere für Menschen, die eine intensive Therapie benötigen, deren Alltag außerhalb der Klinik jedoch grundsätzlich ausreichend stabil ist.

Die Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) ist angegliedert an ein psychiatrisches Fachkrankenhaus oder an die psychiatrische Abteilung eines Allgemeinkrankenhauses. Dort erfolgen die ambulante Behandlung von Notfällen (auch bei Nichterreichbarkeit niedergelassener Ärzt:innen) und die Nachsorge von schwer und chronisch erkrankten Patient:innen. Das Angebot in den Institutsambulanzen umfasst, neben der psychiatrischen Grundversorgung, auch häufig Psychotherapie, Ergotherapie und spezielle Gruppentherapien.

Der Aufenthalt in einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik dient insbesondere dazu, die gesundheitliche Stabilisierung, die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben sowie die berufliche Wiedereingliederung zu fördern.
Je nach Krankheitsverlauf wechseln viele Betroffene zwischen ambulanter, tagesklinischer, stationärer und rehabilitativer Behandlung. Diese Behandlungsformen ergänzen sich und werden individuell auf die jeweilige Lebenssituation abgestimmt.
Nach einer stationären oder tagesklinischen Behandlung können Selbsthilfegruppen oder andere Angebote der Selbsthilfe dabei unterstützen, das Erarbeitete langfristig in den Alltag zu übertragen und Rückfällen vorzubeugen.

Für weitere Informationen zur stationären Behandlung der Depression empfiehlt sich die „Checkliste für Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik“ der Bundespsychotherapeutenkammer oder die Broschüre „Wege zur Psychotherapie“, zu finden auf www.wege-zur-psychotherapie.org.

Digitale Unterstützung: KI & DiGA

Neben dem persönlichen Austausch im Kontext einer Psychotherapie oder in Selbsthilfegruppen gewinnen digitale Angebote für viele Betroffene zunehmend an Bedeutung. Zwei Entwicklungen sind hier besonders zu nennen: KI-Sprachmodelle, die viele Menschen inzwischen zur ersten Information nutzen, und Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA), die als anerkannte Bausteine der Behandlung von den gesetzlichen Krankenkassen erstattet werden.

KI-Sprachmodelle als erste Anlaufstelle

Programme wie ChatGPT, Claude oder Gemini werden von immer mehr Betroffenen genutzt, um sich über die eigene Erkrankung zu informieren, erste Fragen zu klären oder Gedanken vor einem Gespräch mit Fachärzt:innen oder Psychotherapeut:innen zu ordnen. Das ist verständlich: Solche Programme sind jederzeit erreichbar, kostengünstig und senken für viele die Hemmschwelle, sich überhaupt erstmals mit dem eigenen Erleben auseinanderzusetzen. Trotz einiger Vorteile bieten Sprachmodelle auch Nachteile und sollten von Betroffenen und Angehörigen mit Vorsicht genutzt werden.

Wie KI-Sprachmodelle helfen können:

- erste, allgemein verständliche Informationen zu Symptomen, Fachbegriffen oder Behandlungsmöglichkeiten liefern
- beim Formulieren von E-Mails, Anträgen oder Gesprächsnotizen unterstützen
- einen niedrigschwelligen Einstieg bieten, um überhaupt Worte für das eigene Befinden zu finden
- helfen, eigene Gedanken vor einem Therapiegespräch zu strukturieren

Wo die Grenzen liegen:

- KI-Sprachmodelle stellen keine Diagnose und ersetzen weder ärztliche noch psychotherapeutische Behandlung
- sie können falsche oder veraltete Informationen überzeugend klingend darstellen
- akute Krisen und Suizidalität werden nicht zuverlässig erkannt. Darauf sind diese Programme nicht ausgelegt
- persönliche, mitunter sehr sensible Angaben werden an Unternehmen außerhalb des Gesundheitswesens übermittelt – ein bewusster Umgang mit dem Datenschutz ist wichtig
- menschliche Zuwendung, der Austausch in einer Selbsthilfegruppe oder die therapeutische Beziehung lassen sich durch keine Software ersetzen

Bei akuten Suizidgedanken ist ein KI-Chatbot nicht der richtige Ansprechpartner. Wenden Sie sich in diesem Fall an den ärztlichen Bereitschaftsdienst (Tel. 116 117), die Telefonseelsorge (0800 / 11 10 111 oder 0800 / 11 10 222) oder im Notfall an den Notruf 112.

Ein Hinweis zum jetzigen Zeitpunkt: KI-Sprachmodelle entwickeln sich derzeit sehr schnell weiter. Was zum Zeitpunkt der Drucklegung dieser Broschüre (Stand: 07/2026) über ihre Möglichkeiten und Grenzen gilt, kann sich innerhalb kurzer Zeit ändern. Diese Zeilen können daher nur eine Momentaufnahme sein. Eine aktuelle Einordnung finden Sie fortlaufend unter depressionsliga.de.

Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) – die „App auf Rezept“

Seit 2020 gibt es mit den Digitalen Gesundheitsanwendungen, kurz DiGA, einen eigenen, geprüften Weg, digitale Angebote in die Behandlung einzubinden. Anders als frei verfügbare Gesundheits-Apps müssen DiGA ein Prüfverfahren beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) durchlaufen und ihren medizinischen Nutzen nachweisen, bevor sie dauerhaft von den gesetzlichen Krankenkassen erstattet werden.

Wann kann eine DiGA sinnvoll sein?

- zur Überbrückung, solange kein Therapieplatz zur Verfügung steht,
- als Begleitung zwischen den Sitzungen, etwa durch Übungen, Psychoedukation oder ein Stimmungstagebuch,
- zur Stabilisierung und Rückfallprävention nach Abschluss einer Behandlung.

Eine DiGA ersetzt keine Psychotherapie. Sie kann aber, ähnlich wie ein Arbeitsbuch zur Therapie, als zusätzlicher Baustein im Behandlungsplan eingesetzt werden – mit dem Unterschied, dass sie interaktiv ist und therapeutisch fundierte Inhalte vermittelt.

Wie komme ich an eine DiGA?

- durch Verordnung von Ärzt:innen oder Psychotherapeut:innen, oder

- durch einen formlosen Antrag direkt bei der eigenen Krankenkasse

Nach der Bewilligung erhalten Sie einen Freischaltcode, den Sie in der App einlösen. Eine aktuelle, geprüfte Übersicht aller zugelassenen DiGA – auch speziell für Depression – finden Sie im DiGA-Verzeichnis des BfArM unter diga.bfarm.de. Da dort laufend neue Anwendungen hinzukommen und andere wieder herausfallen können, verzichten wir an dieser Stelle bewusst auf die Nennung einzelner Produktnamen.

II Soziale Aspekte

Die Depression hat neben seelischen und körperlichen auch psychosoziale Auswirkungen. Die starken Rückzugstendenzen von Menschen mit Depression und ihre Abkehr vom sozialen Leben, selbst von Familie und Freundeskreis, führen dazu, dass die Krankheit alle zwischenmenschlichen Beziehungen im beruflichen wie im privaten Umfeld beeinflusst. Die Ursachen für den sozialen Rückzug liegen zum Teil im fehlenden Antrieb, an gemeinsamen Unternehmungen teilzunehmen, aber auch in dem Gefühl, bei geselligen Unternehmungen „fehl am Platz“ zu sein, da die eigene Stimmungslage so völlig anders ist. Da Außenstehende dieses Verhalten meist nicht einordnen können, kommt es manchmal zu Trennungen von Partner:innen und Freund:innen.

Umgang mit Familie, Partner:innen und Freund:innen

Jede betroffene Person entscheidet selbst, wem sie von ihrer Depression erzählen möchte. Offene Gespräche können Missverständnisse vermeiden und Angehörigen helfen, das Verhalten besser einzuordnen. Gleichzeitig gibt es keine Verpflichtung, die Erkrankung offenzulegen.
Bei einem offenen Umgang mit der Diagnose können Betroffene gemeinsam mit Familie und Freund:innen überlegen, welche Unterstützung hilfreich sein kann. Allerdings können Betroffene dabei auch mit Unverständnis und massiven Vorurteilen konfrontiert werden. Manche Freund:innen sind selbst mit der Situation überfordert und ziehen sich mehr und mehr zurück. Umgekehrt aber können sich auch Beziehungen vertiefen durch Verständnis und Fürsorge von Menschen, von denen man es vorher nicht unbedingt erwartet hätte. Darüber hinaus holt das Gespräch über die Depression die Krankheit aus der Tabuzone und öffnet den Dialog mit anderen Menschen, die vielleicht ähnliche Erfahrungen gemacht haben oder ihrerseits jemanden kennen, der ebenfalls betroffen war oder ist.

Auswirkungen am Arbeitsplatz

Depressionen wirken sich auch auf das Arbeitsumfeld aus, denn selbst Routineaufgaben können dann auf Dauer nicht mehr oder nur noch unter großen Anstrengungen gemeistert werden. Kolleg:innen sind häufig über das veränderte Verhalten irritiert. Ob die Depression gegenüber Vorgesetzten oder Kolleg:innen offengelegt wird, ist eine persönliche Entscheidung. Eine allgemeingültige Empfehlung gibt es nicht. Je nach individueller Situation können Offenheit oder Zurückhaltung sinnvoll sein. Das wiederholte Vorschieben anderer Ursachen oder Erkrankungen für Fehlzeiten macht Arbeitgeber:innen eher misstrauisch. Beispielsweise baut eine eventuelle Krankschreibung von Woche zu Woche bei Betroffenen eher Druck auf, statt ihn zu erleichtern. Wenn Vorgesetzte hingegen über die Situation informiert sind, können sie Betroffene bei bestimmten Tätigkeiten entlasten oder Arbeitsabläufe anders planen.

Der offene Umgang mit der Depression kann jedoch auch stigmatisierend sein. Manche Arbeitgeber:innen befürchten, dass betroffene Beschäftigte auch in Zukunft weniger belastbar sind, und übertragen ihnen z. B. keine anspruchsvollen Aufgaben mehr.

Depression und Arbeitswelt

Die Deutsche DepressionsLiga bietet Unternehmen und Organisationen Impulsseminare, Vorträge und Workshops zum Thema „Depression und Arbeit“ an. Ziel ist es, über Depressionen aufzuklären, Führungskräfte und Beschäftigte zu sensibilisieren sowie einen offenen und unterstützenden Umgang mit psychischen Erkrankungen im Arbeitsleben zu fördern.

Arbeitssituationen mit ständiger Überforderung oder häufigen Konflikten sind ein möglicher Risikofaktor für eine erneute Depression. Daher ist es nach der Genesung wichtig, zu überlegen, ob Chancen zur Verbesserung dieser Bedingungen bestehen oder ob es eher sinnvoll ist, berufliche Veränderungen anzustreben.

Nach einer schweren Depression mit langer Arbeitsunfähigkeit ist oft eine stufenweise Wiedereingliederung ins Arbeitsleben sinnvoll. Die stufenweise Wiedereingliederung („Hamburger Modell“) kann den Übergang zurück in den Berufsalltag erleichtern und wird individuell an die Belastbarkeit der betroffenen Person angepasst. Die Beschäftigten erhalten während der Maßnahme Krankengeld oder Übergangsgeld und gelten als arbeitsunfähig.

Beschäftigte, die innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen arbeitsunfähig waren, haben grundsätzlich Anspruch auf ein Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM). Ziel ist es, gemeinsam Möglichkeiten zu finden, wie die Arbeitsfähigkeit erhalten oder wiederhergestellt werden kann. Die Teilnahme ist freiwillig. Das Informationsportal BEMpsy bietet umfassende Informationen zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement: www.bempsy.de

Neben Familie und Freundeskreis können auch Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen, Sozialdienste oder Peer-Angebote wichtige Unterstützung bieten.

III Für Angehörige und Freund:innen

Umgang mit Erkrankten

Eine Depression beeinflusst den Umgang zwischen Betroffenen und ihrem Umfeld oft sehr viel mehr als eine körperliche Erkrankung. Einige Angehörige reagieren überfürsorglich oder kontrollierend, andere werden ungehalten und wütend oder ängstlich und hilflos.

Für Angehörige ist es wichtig zu wissen, dass eine Depression die Eigenwahrnehmung und Selbsteinschätzung Betroffener verzerren kann. Ereignisse sowie Situationen werden oft krankheitstypisch negativ bewertet. Jede Depression verläuft aber individuell verschieden.

Manche Betroffene sind eher unruhig und angespannt, andere wiederum verlangsamt und antriebslos. Während Frauen sich die Krankheit meist eher eingestehen und schneller bereit sind, Hilfe zu suchen, reagieren viele Männer anfangs gereizt und aggressiv und flüchten sich vermehrt in ihre Arbeit. Mitunter muss der Leidensdruck erst sehr hoch werden, bevor Betroffene von sich aus professionelle Hilfe suchen.

Angehörige können eine Depression nicht „wegnehmen“ oder heilen. Sie können jedoch eine wichtige Stütze sein, indem sie Verständnis zeigen, Geduld haben und Betroffene dabei unterstützen, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Gleichzeitig ist es wichtig, auf die eigenen Grenzen sowie die eigene Gesundheit zu achten.

Der emotionale Rückzug der erkrankten Person (auch bzgl. Nähe und Sexualität) kann zu einer großen Belastung für eine Partnerschaft werden. Unsicherheiten im Umgang mit der betroffenen Person, das Alleinsein mit Sorgen und Ängsten bis hin zu existenziellen Problemen, Zurückweisungen, Schuld- und Schamgefühle sind weitere Belastungen, mit denen Angehörige umgehen lernen müssen.

In vielen Fällen ist es sinnvoll, dass Angehörige oder Partner:innen auch für sich selbst Unterstützung in Anspruch nehmen – beispielsweise durch Beratungsstellen, Angehörigengruppen oder psychotherapeutische Hilfe. Die Sozialpsychiatrischen Dienste (im Gesundheitsamt oder bei freien Trägern) sowie psychosoziale Beratungsstellen (Caritas, Diakonie etc.) bieten konkrete Hilfen oder zumindest entlastende Gespräche an. Wenn die Situation dauerhaft als sehr belastend erlebt wird, ist es ratsam, Selbsthilfegruppen für Angehörige zu besuchen oder psychotherapeutische Unterstützung in Anspruch zu nehmen. Kontaktadressen für Angehörige finden Sie im Anhang dieser Broschüre.

> Wenn dein Mann nun mitten in der Krise steckt, ist es schwer, von ihm Unterstützung zu bekommen. Aber du kannst dir Hilfe außerhalb suchen. Hast du schon einmal an eine eigene Therapie gedacht? Solch eine begleitende Therapie kann auch für Angehörige sehr hilfreich sein. Und dort könntest du auch über deine Überforderung reden, deine Sorgen einmal abladen. Als Angehörige neigen wir dazu, zu lange zu schweigen und so die Kommunikation ebenfalls zu unterbinden. Nicht nur die Depression unterbindet Kommunikation, auch das Schweigen aus „Schonungsgründen“ unterbindet sie. Ich verstehe deine Angst, deinen Mann zu sehr zu belasten. Aber wenn du beinahe zerbrichst, dann spürt er das bestimmt und er macht sich Vorwürfe. Vorwürfe bringen aber niemanden weiter, sie lähmen. Und so ist es sicher sinnvoll, offen zu sein. Offenheit kann auch schonend gestaltet werden, und sie entlastet beide - den erkrankten Partner und dich selbst. [1]

Da sich die Partner:innen in einer Paarbeziehung wechselseitig beeinflussen und Beziehungsprobleme Depressionen begünstigen, kann bei manchen Depressionen zumindest nach Abklingen schwerer Symptome auch eine Paartherapie sinnvoll sein. Diese wird oft von psychosozialen Beratungsstellen kostengünstig angeboten. Psychotherapeut:innen mit eigener Praxis können eine Paartherapie nur privat abrechnen.

Tipps für den Umgang mit Betroffenen

Auch wenn Partner:innen und Freund:innen verständlicherweise gerne helfen möchten, sollten sie nicht versuchen, selbst die therapeutische Rolle zu übernehmen. Die Behandlung einer Depression sollte durch entsprechend qualifizierte Ärzt:innen und/oder Psychotherapeut:innen erfolgen.

Ermahnungen und Appelle wie „versuch doch, dich wenigstens zusammenzureißen“ oder „sieh doch nicht immer alles so negativ“ sind nicht hilfreich, sondern können Druck und Schuldgefühle bei Betroffenen zusätzlich verstärken. Gut gemeinte Ratschläge wie „Reiß dich zusammen“ oder „Denk einfach positiv“ können Betroffene zusätzlich belasten, auch wenn sie unterstützend gemeint sind.

Gut gemeinte Urlaubsvorschläge sind in aller Regel kontraproduktiv, denn die Depression reist mit und kann sich in einer fremden Umgebung ohne die gewohnte Tagesstruktur sogar noch verstärken. Es ist wichtig, Betroffene mit ihren Gefühlen ernst zu nehmen und die Erkrankung nicht zu bagatellisieren, sondern verständnisvolle Zuneigung zu zeigen. Ermutigungen im Sinne von „**Ich sehe, dass es dir gerade sehr schlecht geht. Ich bin für dich da. Wenn du reden möchtest oder ich etwas für dich tun kann, sag mir gerne Bescheid**.“ sind oft hilfreich.

Bei großer Antriebs- oder Hoffnungslosigkeit kann es hilfreich sein, Betroffene immer wieder dazu zu ermutigen, ärztliche oder psychotherapeutische Hilfe in

Anspruch zu nehmen. Auf Wunsch können Angehörige auch bei der Terminvereinbarung unterstützen oder Betroffene zu einem Termin begleiten. Die Schweigepflicht von Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen gilt auch gegenüber Angehörigen.

Nur mit ausdrücklichem Einverständnis der betroffenen Person dürfen Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen Auskünfte erteilen. Gut gemeinte heimliche Kontaktaufnahmen mit den Behandelnden ohne Wissen der betroffenen Person können als Vertrauensbruch empfunden werden und sollten daher grundsätzlich vermieden werden.

Unter Beachtung der eigenen Grenzen und nach Rücksprache mit der betroffenen Person können Angehörige und der Freundeskreis bei alltäglichen Erledigungen unterstützen (z. B. an Termine oder die Medikamenteneinnahme erinnern, Einkäufe erledigen oder Hilfe im Haushalt anbieten). Dabei sollte darauf geachtet werden, Betroffenen nicht alle Aufgaben abzunehmen, sondern sie – soweit es hilfreich und möglich ist – bei eigenen Aktivitäten zu unterstützen.

Vielen Menschen mit Depression fällt es schwer, Entscheidungen zu treffen. Hier können Angehörige helfen, diese nach objektiven Gesichtspunkten abzuwägen. Weitreichende Entscheidungen über die private oder berufliche Zukunft sollten möglichst nicht in einer akuten depressiven Phase getroffen werden. Für Angehörige ist es ratsam, mit der betroffenen Person auch über die eigenen Grenzen und Gefühle (z.B. Ängste, Unsicherheit, Hilflosigkeit) zu sprechen. Auf gegenseitige Schuldzuweisungen sollte jedoch verzichtet werden.

Zurückweisungen durch die betroffene Person sollten Partner:innen möglichst nicht persönlich nehmen, sondern berücksichtigen, dass diese mit der Erkrankung zusammenhängen können. Dennoch rechtfertigt eine Depression nicht jedes Verhalten. Auch Angehörige dürfen persönliche Grenzen benennen und einen respektvollen Umgang miteinander erwarten.

Niemandem ist geholfen, wenn Angehörige ihre eigenen Bedürfnisse dauerhaft zurückstellen oder sich selbst überlasten. Deshalb ist es wichtig, weiterhin auf die eigene Gesundheit zu achten, soziale Kontakte zu pflegen und eigene Kraftquellen zu erhalten.

Suizidgefahr

Suizidgedanken sind ein häufiges Symptom einer Depression und sollten immer ernst genommen werden. Wenn Betroffene von solchen Gedanken berichten, bedeutet dies nicht automatisch, dass konkrete Suizidpläne bestehen. Die Annahme, dass Menschen, die über Suizidgedanken sprechen, sich nichts antun würden, ist jedoch falsch. Entsprechende Äußerungen sollten daher immer ernst genommen werden. Mögliche Warnzeichen können beispielsweise wiederholte Äußerungen von Hoffnungs- und Sinnlosigkeit oder das Ordnen persönlicher Angelegenheiten sein. Auch eine plötzlich und ohne erkennbaren Grund deutlich gelöster wirkende Stimmung kann in Einzelfällen ein Warnzeichen sein.

Zu Beginn einer Behandlung mit Antidepressiva ist besondere Aufmerksamkeit wichtig. Bei manchen Betroffenen kann es in der Anfangsphase zu einer verstärkten Aktivierung oder Unruhe kommen, bevor sich die depressive Stimmung deutlich verbessert. Dies kann mit einem erhöhten Suizidrisiko verbunden sein. Veränderungen der Suizidgedanken oder eine deutliche Zunahme von Unruhe sollten deshalb ernst genommen und zeitnah ärztlich oder psychotherapeutisch besprochen werden.

Weitere Informationen zu Suizidgedanken und Suizidalität finden Sie in unserem Glossar depressionsliga.de/glossar-a-z/.

Wenn Angehörige einen Suizidversuch befürchten, sollten sie ihre Sorgen ruhig und offen ansprechen. Nach heutigem wissenschaftlichem Kenntnisstand erhöht das offene Ansprechen von Suizidgedanken nicht das Suizidrisiko. Vielmehr kann es entlastend wirken und den Zugang zu professioneller Hilfe erleichtern.

Wenn akute Suizidgefahr besteht, sollte die betroffene Person möglichst nicht allein gelassen werden. Angehörige sollten umgehend professionelle Hilfe organisieren, beispielsweise über den Rettungsdienst (112), den ärztlichen Bereitschaftsdienst (116 117) oder die nächstgelegene psychiatrische Klinik.

Auch nach einer überstandenen Krise brauchen viele Betroffene und Angehörige Zeit, um wieder Vertrauen und Sicherheit im gemeinsamen Alltag zu entwickeln.

Weiterführende Informationen für Angehörige

Auf unserer Website haben wir Informationen, praktische Tipps und hilfreiche Links für Angehörige von Menschen mit Depressionen zusammengestellt.

depressionsliga.de/depression-was-nun/angehoerige

IV Selbsthilfe

Selbsthilfe als tragende Säule im Umgang mit Depressionen

Neben Psychotherapie und Medikamenten ist die Selbsthilfe eine tragende Säule im Umgang mit Depressionen. Anders als bei der professionellen Behandlung geht es hier nicht um Diagnostik oder Therapie, sondern um den Austausch auf Augenhöhe: Menschen, die selbst betroffen sind oder waren, teilen ihre Erfahrungen, unterstützen sich gegenseitig und ermutigen sich zu kleinen Schritten in Richtung Genesung. Mitglieder von Selbsthilfegruppen sind Expert:innen in eigener Sache.

Viele Menschen mit Depression fühlen sich in ihrem gewohnten Umfeld unverstanden und einsam. Sie entwickeln Schuldgefühle, weil sie ihren Angehörigen scheinbar nur noch zur Last fallen. Erkrankte empfinden es daher oft als große Erleichterung, im Kontakt mit anderen Betroffenen Verständnis zu finden und sich für ihr Verhalten und ihre Gedanken nicht rechtfertigen zu müssen.

Selbsthilfe kann dazu beitragen,

- zu zeigen, dass man mit seiner Erkrankung nicht allein ist,
- Verständnis zu vermitteln, das im privaten Umfeld nicht immer erlebt wird,
- neue Bewältigungsstrategien und praktische Informationen kennenzulernen,
- das Gefühl der Selbstwirksamkeit zu stärken,
- neue soziale Kontakte und Freundschaften entstehen zu lassen.

Wichtig:

Selbsthilfe kann eine professionelle Behandlung sinnvoll ergänzen, sie jedoch nicht ersetzen. Viele Betroffene erleben den Austausch mit Menschen, die ähnliche Erfahrungen gemacht haben, als entlastend und stärkend. Wer sich in einer akuten Krise befindet, sollte immer professionelle Hilfe in Anspruch nehmen.

Selbsthilfe und Therapie schließen sich jedoch nicht aus, sondern ergänzen sich: Während die Therapie professionelle Unterstützung bietet, ermöglicht die Selbsthilfe einen kontinuierlichen Austausch mit Menschen in einer ähnlichen Lebenssituation.

> Unter anderen Betroffenen fühlt man sich angenommen und es fällt leichter, über die eigenen Probleme zu sprechen, vielleicht sogar von den Erfahrungen der anderen Teilnehmer zu profitieren. [1]

Kontakt zu anderen Betroffenen / Selbsthilfegruppen

Die meisten Selbsthilfegruppen werden von erfahrenen Betroffenen und nicht von professionellen Behandler:innen geleitet. Einzelne Gruppen laden gelegentlich Fachleute ein, die zu bestimmten Aspekten der Erkrankung informieren. In Krisensituationen können Selbsthilfegruppen eine professionelle Behandlung jedoch nicht ersetzen und verweisen an geeignete Hilfsangebote.

Selbsthilfe kann analog oder digital stattfinden. Der persönliche Kontakt in einer Präsenzgruppe schafft häufig ein besonderes Gefühl von Verbundenheit. Digitale Angebote sind dagegen flexibler zugänglich – insbesondere für Menschen in ländlichen Regionen, mit körperlichen Einschränkungen oder wenig Zeit.
Viele Betroffene nutzen beide Formen ergänzend.
Es kann etwas Zeit brauchen, bis Sie eine Gruppe finden, in der Sie sich wohlfühlen. Scheuen Sie sich daher nicht, verschiedene Angebote kennenzulernen. Entscheidend ist, dass Sie sich angenommen fühlen und Vertrauen entwickeln können.

Selbsthilfeangebote der Deutschen DepressionsLiga

Die DDL versteht sich nicht nur als Interessenvertretung, sondern auch als Selbsthilfeorganisation. Wer eine passende Gruppe sucht, findet über die Selbsthilfegruppen-Datenbank der DDL einen einfachen, datenschutzkonformen Einstieg – bundesweit, digital und vor Ort.

Zur Selbsthilfegruppen-Datenbank:
depressionsliga.de/depression-was-nun/selbsthilfe

Eine weitere bundesweite Suchmöglichkeit bietet die Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) unter www.nakos.de.

Neben regionalen Präsenzgruppen bietet die DDL auch digitale Selbsthilfeformate an, etwa regelmäßige Online-Gruppen zu unterschiedlichen Themen und Zielgruppen (z. B. für junge Menschen, für queere Betroffene oder für künstlerisch-kreative Menschen) sowie das digitale Austauschformat DDLmeeteinander speziell für Mitglieder, mit thematischen Gesprächsabenden und moderierten Austauschrunden. Darüber hinaus bietet die DDL eine Online-Schulung für (angehende) Leitende von Selbsthilfegruppen, die DDL-Peer-Mail, regionale Mitgliedertreffen, Thementage sowie weitere Informations- und Unterstützungsangebote. Einen aktuellen Überblick über alle Angebote finden Sie auf der Website der Deutschen DepressionsLiga.

Selbsthilfe für Angehörige

Nicht nur Menschen mit Depression, sondern auch Angehörige und Freund:innen profitieren vom Austausch mit anderen, die Ähnliches erleben. Der Umgang mit einem depressiv erkrankten Menschen kann belasten, verunsichern und an die eigenen Grenzen führen. Gefühle wie Sorge, Hilflosigkeit oder Erschöpfung können im privaten Umfeld oft nur schwer angesprochen werden.

In einer Angehörigen-Selbsthilfegruppe können Sorgen, Ängste und Erfahrungen offen geteilt werden – ohne Rechtfertigungsdruck und mit dem Verständnis von Menschen, die sich in einer ähnlichen Situation befinden.

Auch für Angehörige bietet die Deutsche DepressionsLiga Selbsthilfegruppen und digitale Austauschformate an. Die Suche erfolgt über dieselbe Selbsthilfegruppen-Datenbank. Bei Bedarf unterstützt das Team der DDL auch persönlich bei der Vermittlung geeigneter Angebote.

Selbstfürsorge

An Depressionen erkrankte Menschen sind ihrer Krankheit in aller Regel nicht hilflos ausgeliefert. Professionelle Behandlung, Selbsthilfe und Selbstfürsorge ergänzen sich gegenseitig und bilden gemeinsam wichtige Bausteine der Krankheitsbewältigung. So sind Veränderungen der inneren Haltung und das Beachten körperlicher Grundbedürfnisse meist unabdingbar, um eine Depression überwinden zu können.

> (...) Ich habe immer ein wenig Probleme mit “Ratschlägen“ wie Sport, unter Menschen gehen usw. Ganz sicher hilft vieles davon, das momentane Befinden zu verbessern, mir tut es auch gut, 20 km Rad zu fahren, aber es ändert nichts an meiner Gesamtsituation. Um die zu ändern, ist für mich der einzige Weg der der Auseinandersetzung mit mir, des Verstehens der Ursachen und Erkennens neuer Möglichkeiten, mit den Widrigkeiten des Lebens zurechtzukommen. (...) Und noch größer ist meine Hoffnung, irgendwann soweit mit meinem Leben im Reinen zu sein, dass gar keine Depression mehr nötig ist, um mir zu sagen, dass etwas falsch läuft, weil ich gelernt habe, in mich hineinzuhören und entsprechend zu handeln. Das ist sicher Zukunftsmusik, aber ich spüre schon, dass ich einiges selbst beeinflussen kann. [1]

Folgende Verhaltensregeln sind aus Erfahrung sinnvoll:

- Anerkennen, dass man an einer schweren Erkrankung leidet und Depression nichts mit Wehleidigkeit oder einem vermeintlich schwachen Charakter zu tun hat. Zur Bewältigung sollte man sich kompetente Partner:innen wie Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen an seine Seite holen.
- Informationen über die Erkrankung und ihre Behandlungsmöglichkeiten sammeln. Je besser man sich informiert hat, desto aktiver kann man bei der Behandlung mitwirken.
- Alkohol- und Drogenkonsum am besten vermeiden und auf gesunde Ernährung, ausreichenden Schlaf sowie regelmäßige Bewegung an der frischen Luft achten.
- Den Tagesablauf strukturieren und nach Möglichkeit feste Schlafzeiten einhalten.
- Nehmen Sie verordnete Medikamente regelmäßig ein und setzen Sie sie nicht eigenständig ab. Veränderungen der Medikation sollten immer im Rahmen der ärztlichen Behandlung besprochen werden.
- Achten Sie auf persönliche Warnzeichen für eine erneute depressive Episode und überlegen Sie gemeinsam mit Ihren Behandelnden oder nahestehenden Personen, welche Strategien Ihnen in solchen Situationen helfen können.
- Gehen Sie freundlich und geduldig mit sich selbst um. Auch kleine Fortschritte sind Erfolge und dürfen wahrgenommen werden.
- Achten Sie darauf, was Ihnen guttut. Rückzug kann zeitweise entlastend sein; zugleich können Kontakte zu Menschen, die Ihnen wichtig sind und guttun, unterstützend wirken.
- Geduld und Nachsicht mit sich selbst haben, denn die Genesung braucht Zeit.
- Das tägliche Pensum an Aktivitäten während der Genesungsphase langsam steigern. Kleine Ziele ermöglichen Erfolgserlebnisse und verhindern Enttäuschungen. Das eigene Empfinden von Überforderung ernst nehmen.
- Keine weitreichenden Entscheidungen (z.B. bzgl. Arbeitsplatz, Partnerschaft, Wohnung) in einer akuten Depression fällen, da aufgrund der depressiven Sichtweise oft keine realistische Einschätzung der Situation möglich ist.

Viele Menschen mit Depression erleben, dass sich ihre Lebensqualität mit der Zeit wieder verbessert. **Rückschläge gehören häufig zum Krankheitsverlauf und bedeuten nicht, dass die Behandlung erfolglos ist.**

V Hilfsangebote und weitere Informationen

Wichtige Adressen, von der Deutschen DepressionsLiga zusammengestellt:

depressionsliga.de/hilfecenter

Notfälle / Krisen

Notarzt: Tel. 112

TelefonSeelsorge – kostenfrei und anonym, rund um die Uhr erreichbar:

0800 111 0 111 / 0800 111 0 222 / 116 123

Telefon-, Chat- und Mailberatung: www.telefonseelsorge.de

Ärztlicher Bereitschaftsdienst (116117) – Hilfe außerhalb der Praxisöffnungszeiten sowie Terminservicestelle für fachärztliche und psychotherapeutische Termine: www.116117.de

Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) – an vielen psychiatrischen Kliniken

Beratungsstellen für Angehörige und Betroffene

- DDL-Peer-Mail – webbasierte Peer-Beratung der Deutschen DepressionsLiga e. V.: depressionsliga.de/hilfecenter
- Sozialpsychiatrische Dienste: Den zuständigen sozialpsychiatrischen Dienst finden Sie über die Seite des Bundesgesundheitsministeriums unter gesund.bund.de/sozialpsychiatrischer-dienst
- Psychosoziale Beratungsstelle je nach Region und Thematik: Caritas, Diakonie, AWO, Deutsches Rotes Kreuz, Pro Familia und andere freie Träger sowie Studierendenwerke
- SeeleFon des BAPK: www.bapk.de/angebote/seelefon.html
- Beratung für Angehörige und Betroffene unter Tel. 0228 71002424 sowie per E-Mail an seelefon@psychiatrie.de
- Info-Telefon der Stiftung Deutsche Depressionshilfe und Suizidprävention: 0800 3344533

Suche nach Fachärzt:innen und Psychotherapeut:innen

- Arztsuche der 116117: www.arztsuche.116117.de
- Suchmaschine des Berufsverbandes Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. Psychotherapie-Informationsdienst (PID): www.psychotherapiesuche.de
- Therapeut:innen-Suche von Pro Psychotherapie e.V.: www.therapie.de
- Suchmaschine der Stiftung Gesundheit: www.arzt-auskunft.de
- Therapeut:innen-Suche bei der Bundespsychotherapeutenkammer: www.bptk.de/service/therapeutensuche
- Psychotherapeut:innenlisten der Krankenkassen

Adressen für Jugendliche und junge Erwachsene

- Freunde fürs Leben: www.frnd.de
- [U25] Freiburg: Infos und Online-Beratung für junge Menschen unter 25 Jahren in Krisen und Suizidgefahr: www.u25-freiburg.de
- FIDEO fighting depression online: Information und Diskussionsforum für junge Menschen ab 14 Jahren: www.fideo.de
- Selbsthilfeportal für junge Menschen: www.schon-mal-an-selbsthilfegruppen-gedacht.de

Angehörige

- Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen (BApK e.V.): www.bapk.de/der-bapk.html

Selbsthilfe

- Glossar der DDL: depressionsliga.de/glossar-a-z
- Selbsthilfegruppen-Suche der Deutschen DepressionsLiga: depressionsliga.de/selbsthilfegruppensuche
- NAKOS (Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen): www.nakos.de/adressen
- Selbsthilfekontaktstellen sind in allen größeren Städten oft beim Gesundheitsamt oder in den Händen freier Träger angesiedelt.
- Diskussionsforum der Stiftung Deutsche Depressionshilfe und Suizidprävention: www.diskussionsforum-depression.de

Sozialverbände

Sozialverbände bieten für Mitglieder u. a. Hilfe bei Antragstellungen und Sozialrechtsberatung.

- Sozialverband VdK Deutschland e.V.: www.vdk.de
- SoVD - Sozialverband Deutschland: www.sovd.de

Organisationen rund um Depression

Deutsche DepressionsLiga e.V.
Postfach 210 166, 53156 Bonn
Tel. 0228 24065772 (keine Beratung)
depressionsliga.de

Stiftung Deutsche Depressionshilfe und Suizidprävention
Goerdelerring 9, 04109 Leipzig
deutsche-depressionshilfe.de

Verwendete Literatur

Buijssen, H. (2020): Depression – Helfen und sich nicht verlieren. Ein Ratgeber für Freunde und Familie. 7., überarbeitete und erweiterte Auflage, Beltz Verlag, Weinheim und Basel.

Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF): Nationale VersorgungsLeitlinie (NVL) Unipolare Depression – Langfassung. Version 3.2 (2022; aktuelle Fassung, gültig bis 2027). NVL-Programm. Verfügbar unter: www.leitlinien.de/depression.

Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF): Patientenleitlinie Unipolare Depression. 3. Auflage, 2024. NVL-Programm. Verfügbar unter: www.leitlinien.de/depression.

Müller-Rörich, T.; Hass, K.; Margue, F.; van den Broek, A.; Wagner, R. (2013): „Schattendasein“ – Das unverstandene Leiden Depression. 2. Auflage, Springer Medizin Verlag, Heidelberg.

Niklewski, G.; Riecke-Niklewski, R. (2016): Depressionen überwinden – Niemals aufgeben! 7., aktualisierte Auflage, Stiftung Warentest, Berlin.

(1) Die Originalpostings auf den Seiten 16, 20, 24, 32 und 35 stammen aus dem Forum der Stiftung Deutsche Depressionshilfe, zitiert nach Müller-Rörich, Th., Hass, K., Margue, F., van den Broek, A., Wagner, R. (2013): „Schattendasein“ - Das unverstandene Leiden Depression, 2. Auflage, Springer Medizin Verlag Heidelberg.

Spendenaufruf

Mit Ihrer Spende unterstützen Sie die Arbeit der Deutschen DepressionsLiga e.V. und helfen dabei, Menschen mit Depression und ihre Angehörigen zu stärken. Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

Deutsche DepressionsLiga e.V.
Volksbank Stuttgart
IBAN: DE44 6009 0100 1327 7480 02
BIC: VOBADESS

Sie können Ihre Spende auch über unser Online-Spendenformular tätigen:

depressionsliga.de/spenden

Die Deutsche DepressionsLiga e.V. ist laut Freistellungsbescheid des Finanzamts Bonn-Innenstadt vom 17.12.2025 als gemeinnützig anerkannt.

Steuernummer: 205/5761/2277

Für Ihre Spende stellen wir Ihnen selbstverständlich gerne eine Zuwendungsbestätigung (Spendenbescheinigung) aus.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Haftungsausschluss

Die Inhalte dieser Broschüre wurden mit größtmöglicher Sorgfalt erstellt. Die Deutsche DepressionsLiga e.V. übernimmt jedoch keine Gewähr für die Richtigkeit, Vollständigkeit und Aktualität der bereitgestellten Inhalte. Diese Broschüre enthält Verweise zu Websites Dritter. Diese Websites unterliegen der Haftung der jeweiligen Betreiber.

© Deutsche DepressionsLiga e.V., Bonn 2026

0228 240 657 72 (keine Beratung)

kontakt@depressionsliga.de

@depressionsliga

facebook.com/deutschedepressionsliga

linkedin.com/company/deutschedepressionsliga

depressionsliga.de

deutsche depressionsliga

GKV Gemeinschaftsförderung
(Pauschalförderung)

© Deutsche DepressionsLiga e.V., Bonn 2026