

Psychische Gesundheit bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen

Informationen für Patienten und Angehörige



Inhalt

Wie wirken sich entzündlich-rheumatische Erkrankungen auf die Lebensqualität und das psychische Wohlbefinden aus?	3
Wie häufig treten bei Rheuma-Patienten* depressionstypische Beschwerden bzw. eine Depression auf?	5
Wie kommt es bei Rheuma-Patienten zu depressionstypischen Symptomen?	5
Was bedeutet eigentlich „depressiv sein“, was ist eine Depression?	6
Woran wird eine Depression erkannt?	8
Wie wird eine Depression bei Rheuma-Patienten behandelt?	14
Was können Sie selbst tun?	19
Wo können Sie sich beraten lassen?	21
Was können Angehörige und Freunde tun?	21
Wir sagen danke!	23
Quellen	23

*Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

Wie wirken sich entzündlich-rheumatische Erkrankungen auf die Lebensqualität und das psychische Wohlbefinden aus?

Entzündlich-rheumatische Erkrankungen umfassen eine Gruppe chronisch-entzündlicher Erkrankungen, die vorwiegend Gelenke, aber auch das Bindegewebe und die Blutgefäße betreffen. Sie zählen zu den auto-inflammatorischen Erkrankungen, bei denen das Immunsystem irrtümlich körpereigene Strukturen angreift. Die **rheumatoide Arthritis (RA)** und die **Polymyalgia rheumatica (PMR)** zählen zu den häufigsten Rheuma-Erkrankungen des Bewegungsapparats: Hier werden die Gelenke und die Gelenkumgebung vom Immunsystem angegriffen.

Entzündlich-rheumatische Erkrankungen können sehr unterschiedlich verlaufen. Die RA verschlimmert sich in der Regel mit jedem Schub und es kommt zur fortschreitenden Zerstörung der Gelenke, wenn sie nicht oder nicht ausreichend behandelt wird. Typisch sind **Gelenkschmerzen, -schwellungen und Morgensteifigkeit**. RA- und PMR-Patienten leiden häufig auch an eher unspezifischen Symptomen wie **Schlafstörungen und fehlender Leistungsfähigkeit**. Daneben ist die RA eine systemische Erkrankung, d. h. auch **weitere Organe wie das Herz-Kreislauf-System, die Lunge oder die Nieren** können betroffen sein. Bei der PMR treten durch entzündliche Veränderungen im Bereich der Gelenke oft sehr **ähnliche Beschwerden auf wie bei der RA**. Im Gegensatz zur RA kommt es jedoch in der Regel nicht zur Schädigung von Gelenken und inneren Organen. Die PMR kann jedoch zusammen mit einer Entzündung größerer Arterien, der sogenannten Riesenzell-Arteriitis, auftreten.

Viele Betroffene leben dauerhaft mit Schmerzen und Einschränkungen. Das kann zu einer erhöhten Anfälligkeit für **psychische Probleme** führen und die **Lebensqualität erheblich beeinträchtigen** (siehe Seite 4 „Was bedeutet Lebensqualität und wie lässt sie sich messen?“). Das Ziel einer effektiven Therapie dieser Erkrankungen muss daher über die Bekämpfung der chronischen Entzündung hinaus auch die **Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Lebensqualität und des psychischen Wohlbefindens** sein.





Was bedeutet Lebensqualität und wie lässt sie sich messen?

Für die Einschätzung der eigenen Lebensqualität spielen verschiedene materielle und auch nicht materielle Faktoren eine Rolle, die individuell sehr unterschiedlich bewertet werden. Trotzdem ist es in der Medizin wichtig, die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Patienten messbar und damit auch vergleichbar zu machen. Dadurch ist es möglich, den Erfolg einer Therapie zu beobachten und gegebenenfalls die Behandlung anzupassen.

Die medizinische Forschung hat daher Fragebögen entwickelt, mit denen die subjektive Einschätzung der Lebensqualität durch die Patienten selbst oder im gemeinsamen Gespräch mit ihrem Arzt erfasst wird. In die für die Medizin relevante **gesundheitsbezogene Lebensqualität** werden Faktoren aus drei verschiedenen Bereichen bzw. **Dimensionen** einbezogen:

- der **körperlichen Dimension** (z. B. körperliche Krankheitssymptome, Funktions- und Arbeitsfähigkeit),
- der **sozialen Dimension** (z. B. soziale und familiäre Kontakte, Sexualität) sowie
- der **psychischen Dimension** (z. B. Zukunftserwartungen, Depressivität, Angst).¹



Wie häufig treten bei Rheuma-Patienten depressionstypische Beschwerden bzw. eine Depression auf?

Die Anfälligkeit für psychische Erkrankungen ist bei Rheuma-Patienten erhöht.² So gehört die **Depression** zu den häufigsten Begleiterkrankungen bei der RA.³ Eine zusammenfassende Analyse der Daten von mehr als 13.000 RA-Patienten ergab, dass bei ca. **17%** dieser Patienten eine Depression festgestellt wurde. Depressionstypische Beschwerden traten sogar bei insgesamt **39%** der Patienten auf.⁴ Auch bei PMR tritt Depression häufiger auf als in der allgemeinen Bevölkerung.⁵

Da der Krankheitsverlauf bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen sehr individuell ist, lässt sich kaum vorhersagen, ob und wann eine Depression auftritt. Wie das Fallbeispiel einer RA-Patientin zeigt (siehe Seite 7), können sich erste Anzeichen für eine Depression jederzeit, am häufigsten in den ersten fünf Jahren im Verlauf einer RA ankündigen.³



Falls Sie sich unsicher fühlen oder bei sich selbst Anzeichen für psychische oder emotionale Beschwerden entdecken (siehe „Woran erkennt man eine Depression?“) **sprechen Sie bitte jederzeit Ihren Arzt oder einen Mitarbeiter Ihres Praxisteam an.** Je früher depressionstypische Symptome erkannt werden, desto besser kann man sie in der Regel behandeln (siehe „Wie wird eine Depression bei Rheuma-Patienten behandelt?“).

Wie kommt es bei Rheuma-Patienten zu depressionstypischen Symptomen?

In den allermeisten Fällen hat eine Depression nicht eine einzelne Ursache, sondern wird durch das komplexe Zusammenwirken verschiedener Faktoren ausgelöst. Dazu zählen

- **körperliche bzw. biologische Faktoren,**
- die **individuelle Persönlichkeit** und ihre Lebensgeschichte sowie
- **aktuelle Belastungen** „von außen“ wie z. B. soziale Stressfaktoren.

Die individuelle Empfindlichkeit dafür, eine Depression zu entwickeln, ist bei jedem Menschen unterschiedlich ausgeprägt. Bei Menschen mit einer sehr hohen Empfindlichkeit genügt unter Umständen ein einziger Stressfaktor, um eine Depression auszulösen, während bei jemandem mit einer sehr geringen Empfindlichkeit mehrere Faktoren zusammenkommen müssen.

Grundsätzlich kann also jeder Mensch im Laufe seines Lebens depressionstypische Symptome entwickeln. **Bei RA-Patienten** beispielsweise ist das Erkrankungsrisiko gegenüber der Allgemeinbevölkerung jedoch ungefähr **1,6-fach** erhöht.³ Der körperliche und soziale Stress, der sich z. B. in Form von Schmerzen, Funktionseinschränkungen, Arbeitsunfähigkeit oder auch Problemen bei sozialen und familiären Kontakten äußert, erhöht die psychische Gesamtbelastung sowohl bei RA- wie auch bei PMR-Patienten erheblich.

Darüber hinaus gibt es wichtige Gemeinsamkeiten bei den biologischen Krankheitsursachen von entzündlich-rheumatischen Erkrankungen und Depression. In beiden Fällen spielt das Immunsystem eine wichtige Rolle. Darüber hinaus weist auch die beobachtete Beteiligung von molekularen Botenstoffen zahlreiche Ähnlichkeiten auf. Diese Botenstoffe (Zytokine) dienen der Kommunikation verschiedener Körperzellen untereinander. Sie steuern z. B. die Art und Weise, wie das Immunsystem auf körperfremde Eindringlinge reagiert. Sie sind aber auch an der autoinflammatorischen Reaktion bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen beteiligt, bei der das Immunsystem körpereigenes Gewebe angreift.

Was bedeutet eigentlich „depressiv sein“, was ist eine Depression?

Im allgemeinen Sprachgebrauch wird die Bedeutung des Wortes „depressiv“ oft weiter gefasst als im streng medizinischen Sinn. „Dieses Wetter macht mich ganz depressiv.“, sagen z. B. viele Menschen und meinen damit, dass sie gerade lustlos oder vielleicht auch traurig sind. Eine „echte“ Depression geht jedoch weit über diese in der Regel vorübergehende Störung des Befindens (in unserem Beispiel eine wetterbedingte Traurigkeit) hinaus. Sie ist eine **ernstzunehmende Erkrankung**, die einer fachgerechten Behandlung bedarf. Eine Depression hat nichts mit einer „schwachen Persönlichkeit“, mangelnder Willenskraft oder fehlender Motivation zu tun.

Bei Rheuma-Patienten ist es manchmal nicht einfach, zwischen den Auswirkungen der **Krankheitsbelastung**, die jeden Patienten betreffen, und der Entwicklung einer eigenständigen Depression zu unterscheiden. Jeder Rheuma-Patient kennt typische Stimmungstiefs, etwa wenn die Morgensteifigkeit besonders lange andauert, die Schmerzen besonders stark sind oder eine normalerweise leicht auszuführende Tätigkeit einfach nicht gelingen will.

Auch die Tatsache, dass es viele **verschiedene Ausprägungen und Verläufe der Depression** gibt, trägt dazu bei, dass es mitunter schwierig ist, eine sich entwickelnde depressive Störung oder Depression zu erkennen (siehe auch „Woran wird eine Depression erkannt?“). Gerade bei der Depression ist eine **frühe Diagnose** jedoch besonders wichtig, da diese Erkrankung vor allem früh im Verlauf in der Regel **gut behandelbar** ist (siehe auch „Wie wird eine Depression bei Rheuma-Patienten behandelt?“).

Renate A. (51 Jahre) begann vor drei Jahren an Schmerzen an ihren Fingergelenken sowie an einer ausgeprägten Morgensteifigkeit zu leiden, die mehr als zwei Stunden anhielt. Daher wurde sie von ihrem Hausarzt an einen Rheumatologen überwiesen, der bei ihr eine rheumatoide Arthritis diagnostizierte. Unter einer Therapie mit Methotrexat und dem Glukokortikoid Prednisolon, später ergänzt durch ein Biologikum, bildeten sich Gelenkschmerzen und -schwellungen zurück, so dass das Prednisolon abgesetzt werden konnte. Bei einer Kontroll-Röntgenaufnahme der Hände zeigten sich keine Gelenkschädigungen, auch die Entzündungswerte waren nun unauffällig. Dennoch klagte Frau A. bei der Besprechung der Befunde darüber, dass sie immer noch häufige Schübe ihrer Erkrankung habe. Auf genaue Nachfrage konnte sie diese Schübe nicht auf konkrete Gelenke beziehen. Sie käme morgens nicht in Gang, könne sich nicht konzentrieren, fühle sich allgemein steif und abgeschlagen. „Die Krankheit macht mich fertig! Ich schaffe das alles nicht mehr – Beruf, Garten, mein Mann will ja ab und zu auch mal ein bisschen verwöhnt werden, das wird mir alles zu viel.“ Sie könne auch nachts nicht mehr schlafen; dann liege sie wach und grübele über den kommenden Tag. Oft habe sie richtige Panikattacken: „Ich habe Angst, dass durch das Rheuma alles den Bach runtergeht; mein Job, meine Ehe. Aber morgens kann ich mich dann nicht aufraffen, es bleibt so viel liegen im Haushalt!“

Woran wird eine Depression erkannt?

Auch wenn eine Depression sehr unterschiedlich verlaufen kann, gibt es einige **typische Krankheitsanzeichen (Symptome)**, die bei den meisten Betroffenen auftreten:

- Sie leiden fast ständig unter einer gedrückten oder traurigen Stimmung.
- Sie verlieren Interesse und Freude an normalerweise angenehmen Tätigkeiten.
- Sie leiden unter Antriebslosigkeit und werden ohne erkennbaren Grund schnell müde.

Einige Patienten leiden auch unter einem oder mehreren der folgenden Symptome:

- Konzentrationsschwierigkeiten
- Gefühle von Schuld oder Wertlosigkeit
- Vermindertes Selbstvertrauen
- Todeswünsche oder Suizidgedanken
- Zukunftsängste
- Schlafstörungen (z. B. frühes Aufwachen mit Grübeln)
- Schmerzen „ohne Grund“
- Appetitlosigkeit
- Morgentief mit Aufhellung zum Nachmittag hin

Die meisten dieser Beschwerden treten im täglichen Leben vieler Menschen immer wieder einmal auf. Entscheidend für die Beurteilung einer Depression ist es, **wie lange** die Beschwerden andauern und in **welcher Intensität** sie auftreten. Dies wirkt sich darauf aus, ob eine Depression als **leicht, mittelschwer oder schwer** eingestuft wird. Die Einschätzung des Schweregrades und des zu erwartenden weiteren Verlaufs einer Depression ist vor allem für die **Wahl der am besten geeigneten Behandlungsmöglichkeiten** von Bedeutung (siehe auch „Wie wird eine Depression bei Rheuma-Patienten behandelt?“).



Beschreiben Sie in der **Sprechstunde** nicht nur Ihre körperlichen Beschwerden, sondern sprechen Sie auch über **psychische oder emotionale Belastungen** in Ihrem Alltag. Selbst wenn nichts auf eine psychische Erkrankung hindeutet, ist für Ihren Rheumatologen auch Ihr persönliches Erleben wichtig, um die **Krankheitsaktivität** und den **Therapieerfolg** beurteilen zu können.

Zur **Erstinschätzung psychischer oder emotionaler Belastungen** als Folge Ihrer entzündlich-rheumatischen Erkrankung gehen Ihr Rheumatologe oder Ihre rheumatologische Fachassistentin (RFA) möglicherweise einen kurzen **Fragebogen** mit Ihnen durch. Es kann auch sein, dass Sie diesen schon vor der Sprechstunde im Wartezimmer ausfüllen können. Ein Beispiel für einen dieser Fragebögen, den aus neun Einzelfragen bestehenden **PHQ-9** (Patient Health Questionnaire = Fragebogen zur Patientengesundheit) finden Sie im zweiten Teil unseres Fallbeispiels auf den Seiten 10 und 11.

Möglicherweise stellen sie Ihnen auch nur einige wenige Fragen nach Ihrer Stimmung, Ihren Interessen und vielleicht nach Ihrer Schlafqualität in den letzten zwei bis vier Wochen. Alle diese Fragen dienen in erster Linie dazu, **Anzeichen für psychische oder emotionale Belastungen möglichst früh zu erkennen und Ihnen entgegenzuwirken**.

Wenn es deutliche Hinweise auf eine Depression oder eine depressive Störung gibt, wird Ihr Rheumatologe eine weitergehende Untersuchung veranlassen. Je nach Schweregrad wird er oder Ihr Hausarzt Ihnen möglicherweise auch ein Medikament verordnen oder einen Psychiater, Psychosomatiker oder psychologischen Psychotherapeuten hinzuziehen (siehe auch „Wie wird eine Depression bei Rheuma-Patienten behandelt?“).

*Der Rheumatologe untersucht zunächst Frau A.'s Gelenke und bespricht mit ihr die Röntgen- und Laborbefunde. Dabei erklärt er ihr, dass die Erkrankung eigentlich gut kontrolliert ist und eine Steigerung der antirheumatischen Therapie wenig sinnvoll ist. Er fragt Frau A., ob sie sich vorstellen könnte, dass eventuell psychische Probleme der Grund ihrer schwierigen Situation sein könnten. Frau A. antwortet: „Daran habe ich auch schon gedacht, aber das kann doch eigentlich nicht sein: Ich habe einen guten Job, einen lieben Ehemann, ein schönes Haus – wo sollen da psychische Probleme herkommen?“ Im weiteren Verlauf des Gesprächs bietet der Arzt der Patientin an, einen **Fragebogen** auszufüllen und sich ihre Situation noch einmal zu überdenken. Außerdem händigt er ihr eine Informationsbroschüre aus. Beide vereinbaren für den folgenden Tag ein Telefongespräch. Bei dem Telefonat bestätigt Frau A. ihrem Rheumatologen, dass sie eingesehen habe, dass sie sich in einer psychischen Krise befinde, aus der sie aus eigener Kraft nicht herausfinde. Der Rheumatologe vermittelt Frau A. einen Termin bei einem mit dem örtlichen Rheumazentrum assoziierten Facharzt für Psychiatrie bzw. psychosomatische Medizin.*

Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-9)

Wie oft fühlten Sie sich in den letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

(Bitte kreuzen Sie die für Sie passende Antwort an)

	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
1. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Aktivitäten	0	1	2	3
2. Niedergeschlagenheit, Bedrücktheit oder Hoffnungslosigkeit	0	1	2	3
3. Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf	0	1	2	3
4. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	0	1	2	3
5. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	0	1	2	3
6. Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	0	1	2	3
7. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z. B. beim Zeitungslesen oder Fernsehen	0	1	2	3
8. Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen aufgefallen sein könnte? Oder waren Sie im Gegenteil eher „zappelig“ oder ruhelos und hatten einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	0	1	2	3
9. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	0	1	2	3

Deutsche Übersetzung des „Patient Health Questionnaire (PHQ-9)“ durch B. Löwe, S. Zipfel und W. Herzog, Medizinische Universitätsklinik Heidelberg. (Englische Originalversion: Spitzer, Kroenke & Williams, 1999)





Was tun im Notfall?

Eine Depression kann zu einer erheblichen Belastung werden. **In schweren Krisensituationen können Patienten mit Depression auch Lebensüberdruß und Hoffnungslosigkeit empfinden oder sogar Suizidgedanken entwickeln.** Bitte zögern Sie in derartigen Situationen nicht und wenden Sie sich **sofort** an eine der folgenden **Notfallrufnummern:**

Die **Telefonseelsorge** ist **rund um die Uhr** erreichbar, hier finden Sie jederzeit einen kompetenten und einfühlsamen Ansprechpartner. Die Gespräche finden völlig anonym statt, sie brauchen Ihren Namen nicht zu nennen und können wirklich über alles sprechen:

Deutschland: 0800 – 111 0 111
www.telefonseelsorge.de

Österreich: 142
www.telefonseelsorge.at

In schweren Notfällen können Sie jederzeit den zentralen Rettungsdienst unter folgenden Rufnummern erreichen:

Deutschland: 112

Österreich: 144

Auch der ärztliche Bereitschaftsdienst steht Ihnen in Krisensituationen rund um die Uhr unter diesen Rufnummern zur Verfügung:

Deutschland 116 117

Österreich: 141

Weitere, auch regionale Kontaktdaten, Telefonnummern und Internetadressen finden Sie unter „Wo können Sie sich beraten lassen?“.

Wie wird eine Depression bei Rheuma-Patienten behandelt?

Rheuma-Patienten haben ein gegenüber der Allgemeinbevölkerung erhöhtes Risiko, an einer Depression zu erkranken.³⁻⁵ Eine **erfolgreiche Therapie der entzündlich-rheumatischen Erkrankung** trägt daher auch zur Vermeidung der Entwicklung einer Depression oder depressionstypischer Symptome bei. Leider können psychische und emotionale Probleme jedoch auch trotz optimaler Behandlung der chronischen Entzündung entstehen oder bestehen bleiben und darüber hinaus den Erfolg der Rheuma-Therapie beeinträchtigen. Umgekehrt kann sich ein Rückgang depressionstypischer Symptome positiv auf den Verlauf entzündlich-rheumatischer Erkrankungen wie RA oder PMR auswirken. Die Behandlung der Grunderkrankung und die Therapie der Depression **unterstützen sich gegenseitig**.

Eine **Depression** kann in der Regel **erfolgreich behandelt** werden. Das bedeutet einerseits, dass die **Dauer** und die **Intensität** der psychischen Beschwerden verringert oder ganz zum Verschwinden gebracht werden können, und andererseits, dass es gelingen kann, das erneute **Auftreten einer Depression** zu verhindern. Die Wahl der besten Behandlungsmethode richtet sich in erster Linie nach dem Schweregrad der Depression.



Die Entscheidung, welche Therapie für Sie am besten geeignet ist, wird immer **von Ihnen gemeinsam mit Ihrem Arzt** getroffen!

Vor allem bei **leichten Depressionen** können **Maßnahmen** der Lebensgestaltung sehr hilfreich sein, um die Beschwerden abklingen zu lassen und ein Fortschreiten der Depression zu verhindern (siehe auch „Was können Sie selbst tun?“). Dabei sollte die Erkrankung **regelmäßig** durch Ihren **Hausarzt** beobachtet werden.

Bei einer **mittelschweren oder schweren Depression** werden in der Regel **Medikamente (Antidepressiva)** und/oder verschiedene Formen der **Psychotherapie** eingesetzt (siehe Seite 16 und 17). Vor allem bei schweren Verläufen werden Medikamente und psychotherapeutische Maßnahmen meist **kombiniert**.



Wie wirken Antidepressiva?

Unser Gehirn besteht aus einem äußerst komplexen **Netzwerk von Nervenzellen**, die über sogenannte **Synapsen** miteinander verschaltet sind und über **chemische Botenstoffe** miteinander kommunizieren. Die medizinische Forschung hat gezeigt, dass bei einer **Depression** die Verteilung und die Verfügbarkeit dieser Botenstoffe so verändert ist, dass die **Kommunikation und Verschaltung zwischen den Nervenzellen beeinträchtigt** wird.

Antidepressiva sollen dabei helfen, die **Verfügbarkeit und Verteilung dieser Botenstoffe** wieder ins Gleichgewicht zu bringen. Die bei uns zugelassenen Antidepressiva unterscheiden sich sowohl in ihrer chemischen Struktur als auch in ihrer **Wirkweise**. Beispielsweise gibt es Medikamente, die die Wiederaufnahme von Botenstoffen wie Serotonin oder Noradrenalin in die Nervenzellen hemmen und dadurch die Konzentration dieser Botenstoffe an den Synapsen erhöhen. Antidepressiva **wirken in der Regel zuverlässig und schnell** (meist nach etwa zwei bis drei Wochen) und sind gut verträglich. Wichtig zu wissen ist, dass sie **nicht abhängig** machen und auch nicht zu Persönlichkeitsveränderungen führen. Wie bei allen Medikamenten sind **Nebenwirkungen** möglich, diese sind aber nur selten schwerwiegend.

Ihr Arzt wird die Abwägung zwischen dem Nutzen von Antidepressiva und einem möglichen Risiko durch Nebenwirkungen mit Ihnen besprechen. Zum **Erfolg der Therapie** können Sie selbst beitragen, indem Sie Ihre Medikamente **regelmäßig** einnehmen.

Bitte sprechen Sie Ihren Arzt an, wenn Sie nicht überzeugt sind, das richtige Antidepressivum zu bekommen. Unterbrechen oder verändern Sie die Medikamenteneinnahme (z. B. die Dosierung) nicht selbstständig, sondern immer nur nach Absprache mit Ihrem Arzt!





Welche Möglichkeiten der Psychotherapie gibt es?

Eine **Psychotherapie** besteht aus regelmäßigen, systematisch angelegten Gesprächen mit hierfür ausgebildeten Spezialisten. Diese können entweder ein Facharzt für Psychiatrie bzw. psychosomatische Medizin oder ein psychologischer Psychotherapeut sein. Die Behandlung kann sowohl einzeln als auch in einer Gruppe erfolgen.

Zur Behandlung einer Depression gibt es unterschiedliche psychotherapeutische Verfahren. Im ambulanten Bereich werden von den gesetzlichen Krankenkassen derzeit folgende vier Verfahren erstattet: Verhaltenstherapie, analytische Psychotherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie sowie systemische Therapie. Darüber hinaus gibt es weitere Verfahren, die in einem pragmatisch geprägten System bewährte therapeutische Bausteine zusammenführen, wie z. B. die interpersonelle Psychotherapie (IPT) oder das kognitiv-verhaltenstherapeutisch-analytische Psychotherapie-System CBASP.

Vor Beginn einer Psychotherapie geht der Therapeut individuell auf jeden Patienten ein und entscheidet gemeinsam mit ihm, welches Therapieverfahren für ihn am besten geeignet ist.

- Bei der **Verhaltenstherapie** erarbeitet der Psychotherapeut gemeinsam mit dem Patienten im Anschluss an eine eingehende Verhaltensanalyse alternative Verhaltensweisen und Denkmuster. Diese sollen erlernte negative Situationsinterpretationen und Verhaltensmuster durch positive Erlebensweisen ersetzen und das Handeln entsprechend formen.
- Die **analytische Psychotherapie** versucht, verdrängte und damit unbewusste Erinnerungen, Gefühle und Beziehungsmuster im Rahmen der Beziehungsarbeit mit dem Therapeuten ins Bewusstsein zu holen. Damit wird dem Patienten die Möglichkeit gegeben, die hiermit verbundenen, krankmachenden Konflikte zu erkennen und gemeinsam mit dem Therapeuten zu lösen.
- Die **tiefenpsychologische Psychotherapie** hat sich aus der analytischen Psychotherapie entwickelt, fokussiert sich aber auf gegenwärtige Ursachen psychischer Belastungen, wie beispielsweise aktuelle zwischenmenschliche Verhaltensstrukturen und Konflikte.
- Die **systemische Psychotherapie** konzentriert sich auf die Interaktionen innerhalb einer sozialen Gruppe, wie z. B. der Familie. In diese Therapieform werden dementsprechend andere Personen (z. B. Familienmitglieder) einbezogen.

- Die **interpersonelle Psychotherapie (ITP)** wurde ursprünglich für die Behandlung der akuten Depression entwickelt und betrachtet diese in einem gegenwärtigen psychosozialen Zusammenhang. Die Therapiedauer ist im Vergleich zu anderen Therapieansätzen vergleichsweise kurz. Wichtige Therapieziele sind die Bewältigung zwischenmenschlicher Konflikte und der Abbau von psychosozialen Stress.
- Das **kognitiv-verhaltenstherapeutisch-analytische Psychotherapie-System CBASP** vereint unterschiedliche therapeutische Strategien und versucht, dem Patienten eine kausale Beziehung zwischen seinen Denk- und Verhaltensmustern und den Konsequenzen daraus aufzuzeigen.

Die Psychotherapie **wirkt in der Regel gut und nachhaltig**. Allerdings ist sie zeitaufwendiger als die Medikamenteneinnahme und der Wirkeintritt kann etwas länger dauern (meist erst nach mehreren Wochen). Patienten bestätigen jedoch – und dies wird auch durch wissenschaftliche Untersuchungen belegt – dass die in der Psychotherapie gewonnenen Einsichten über das eigene Erleben und Verhalten ihnen **langfristig – auch über die akute psychische Belastungssituation hinaus** – geholfen haben. Aufgrund des auch für Psychotherapeuten hohen Zeitaufwands für die Betreuung jedes Patienten kann es sein, dass Patienten auf den Beginn einer Psychotherapie warten müssen.



Wichtig: Voraussetzung für eine erfolgreiche Psychotherapie ist eine **stabile Vertrauensbasis zwischen dem Patienten und dem Psychotherapeuten**. Sprechen Sie alles **so offen wie möglich** an und schildern Sie gegebenenfalls auch Ihre **Zweifel** an den Erfolgsaussichten Ihrer Therapie.

Ein halbes Jahr nach der Diagnose einer Depression kommt Frau A. erneut in die rheumatologische Praxis. Sie berichtet, dass ihr die Gelenkerkrankung zur Zeit keine Probleme bereitet und bedankt sich ausdrücklich für die rasche Vermittlung einer psychotherapeutischen Behandlung. Sie sei zunächst vom Psychiater auf ein Antidepressivum eingestellt worden. Dieses habe zwar nicht gleich geholfen, aber nach einigen Wochen habe sie gemerkt, wie die nächtlichen Schlafstörungen und Panikattacken nachgelassen haben. Außerdem habe sie durch die psychotherapeutischen Gespräche gelernt, wie sie zu einem inneren Gleichgewicht finden könne. Sie habe aufgehört, sich Vorwürfe darüber zu machen, wenn sie Leistungsanforderungen nicht gleich erfüllen konnte. „In vielen Dingen trete ich jetzt kürzer; bin nicht mehr so perfektionistisch!“ Wichtig sei ihr auch der Rückhalt gewesen, den sie von ihrer Familie und einigen Freunden erfahren habe, als sie den Mut fand, über ihre Probleme offen zu reden. „Ich habe darüber gestaunt, wie viele meiner Freunde und Verwandten ebenfalls schon Therapien gemacht haben, ohne dass sie mir das vorher erzählt hatten.“ Sie habe wieder angefangen Pläne für die Zukunft zu machen. Auch ihr Hobby, das Wandern, habe sie gemeinsam mit ihrem Mann wieder aufgenommen. Der Psychiater habe ihr auch geraten, sich frauenärztlich untersuchen und behandeln zu lassen, da ihre Menopause depressive Verstimmungen möglicherweise verstärkt habe. Zum Abschluss ergänzte sie: „Ich könnte mir vorstellen, in einigen Monaten auch wieder ohne Antidepressiva auszukommen – aber das berate ich in aller Ruhe mit meinem Psychotherapeuten.“

Was können Sie selbst tun?

Entzündlich-rheumatische Erkrankungen sind in der Regel chronische, d. h. lang anhaltende Erkrankungen, die gut behandelbar, aber nicht ursächlich heilbar sind. Die Erfahrung zeigt, zur Bewältigung psychischer und emotionaler Probleme ist es wichtig, dass Rheuma-Patienten **ihre Erkrankung und deren Behandlung akzeptieren** und sich nicht entmutigen lassen. In vielen Fällen können **vorbeugende** Maßnahmen der Lebensgestaltung sowie Stressmanagement sehr hilfreich sein, um bereits das Entstehen einer Depression zu verhindern und oder eine leichte Depression erfolgreich zu behandeln.

Alle Rheuma-Patienten können daran arbeiten, ihre **psychische Widerstandsfähigkeit zu stärken**, um mentale Belastungen zu verringern und ein Fortschreiten ihrer Erkrankung zu verlangsamen. Hierfür gibt es eine ganze Reihe von Möglichkeiten:

- Seien Sie **achtsam**: Versuchen Sie, **positive Ereignisse** – auch kleine Dinge – bewusst wahrzunehmen und wertzuschätzen.
- Planen Sie möglichst oft **angenehme Aktivitäten** und regelmäßige **Entspannungsübungen** in Ihren Alltag ein.
- Achten Sie auf **Rituale** und **Strukturen**. Vielleicht hilft Ihnen dabei ein persönlicher **Wochenplan**.
- Versuchen Sie ausreichend zu **schlafen**.
- Pflegen Sie Ihre **Freundschaften** und sozialen Kontakte.
- **Bewegen** Sie sich **regelmäßig**; gehen Sie an die frische Luft. Sport und Spaziergänge in der Natur helfen.
- Achten Sie auf eine abwechslungsreiche Ernährung mit wenig Kohlenhydraten und und überwiegend pflanzlichen Fetten.
- **Fordern Sie sich** geistig, schrecken Sie auch vor anspruchsvollen Themen nicht zurück.
- Nehmen Sie **Beratungs- und Therapieangebote** an, z. B. Physio- oder Ergotherapie, Ernährungsberatung, Fitnesscoaching u. ä.

! Wichtige Informationen

Internetadressen Deutschland

- **Deutsche Rheuma-Liga e.V.**
(www.rheuma-liga.de): Umfassende und unabhängige Information rund um rheumatische Erkrankungen wie die RA
- **Stiftung Deutsche Depressionshilfe und Deutsches Bündnis gegen Depression e.V.**
(www.deutsche-depressionshilfe.de): Umfassende Informationen zur Depression, Adressen regionaler Hilfsangebote und Notfallrufnummern

Selbsthilfegruppen

- **Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS):**
Suche nach Selbsthilfegruppen in Ihrer Nähe
Internet: www.nakos.de
E-Mail: selbsthilfe@nakos.de
Telefon: 030 – 31 01 89 60

Info-Telefon Depression

0800 / 33 44 533

Mo, Di, Do: 13:00 – 17:00 Uhr
Mi, Fr: 08:30 – 12:30 Uhr

Das Info-Telefon Depression bietet Informationen über Depression sowie Hinweise zu Anlaufstellen in Ihrer Nähe.

Notfallrufnummern (rund um die Uhr erreichbar)

0800 – 111 0 111 (Telefonseelsorge)
112 (Zentraler Rettungsdienst)
116 117 (Ärztlicher Bereitschaftsdienst)

Internetadressen Österreich

- Österreichische **Rheuma-Liga e.V.**
(www.rheumaliga.at): Umfassende Informationen zu rheumatischen Erkrankungen wie rheumatoider Arthritis
- **Österreichische Gesellschaft für Rheumatologie und Rehabilitation (ÖGR):**
(www.rheumatologie.at) Fachgesellschaft für Rheumatologie

Selbsthilfegruppen

- **Österreichische Kompetenz- und Servicestelle für Selbsthilfe (ÖKUSS)**
Internet: www.oekuss.at
E-Mail: oekuss@goeg.at
Telefon: +43 1 895 04 00-734
- **Die Initiative Nationales Netzwerk Selbsthilfe (NANES)**
www.nanes.at
E-Mail: info@nanes.at
Telefon: +43 664/ 43 49 654

Telefonseelsorge

142 – kostenlos, anonym, rund um die Uhr
Internet: www.telefonseelsorge.at

Notfallnummern

144 Rettung
(medizinischer Notfall)

Wo können Sie sich beraten lassen?

Für alle Fragen rund um Ihre entzündlich-rheumatische Erkrankung und um die Auswirkungen der chronischen Entzündung im ganzen Körper sind Ihr **Rheumatologe** und Ihre **rheumatologischen Fachassistentinnen** die ersten Ansprechpartner. Zögern Sie nicht, in der rheumatologischen Sprechstunde auch über **psychische und emotionale Belastungen** zu reden. Auch wenn keine oder nur wenige Anzeichen einer Depression vorliegen, hilft dies Ihrem Rheumatologen, den **Erfolg Ihrer Rheuma-Therapie** zu beurteilen und diese gegebenenfalls gemeinsam mit Ihnen anzupassen.

Falls bei Ihnen erste **Anzeichen für eine Depression** vorliegen, können Sie sich an Ihren Hausarzt oder auch an Ihren Rheumatologen wenden. Ihr Arzt wird gemeinsam mit Ihnen über die Behandlung entscheiden und Sie gegebenenfalls an einen **Psychiater, Psychosomatiker** oder **psychologischen Psychotherapeuten** überweisen.

Vielen Patienten hilft es auch, sich über dieses medizinische Netzwerk hinaus einer **Selbsthilfegruppe** anzuschließen, in der sich Betroffene in einer ähnlichen Lage gegenseitig und ohne Anleitung durch einen Arzt oder psychologischen Psychotherapeuten unterstützen.

Was können Angehörige und Freunde tun?

Der Umgang mit einem an einer Depression erkrankten Familienmitglied oder Freund ist für viele Angehörige eine große Herausforderung. Im ersten Schritt ist es meist hilfreich, sich umfassend über die Erkrankung zu **informieren** und sich klar zu machen, dass an einer Depression **niemand „schuld“** ist. Je besser Sie als Angehöriger informiert sind, desto leichter fällt es Ihnen auch, dem Betroffenen Verständnis für seine Situation entgegenzubringen, ihm Mut zu machen und zu helfen. Ermahnungen (z. B. „reiß Dich mal zusammen“) helfen nicht, sondern wirken sich im Gegenteil ungünstig auf die Betroffenen aus.

Besonders wichtig ist es, dass Sie den Erkrankten darin bestärken, **professionelle Hilfe** zu suchen und anzunehmen. Im **Alltag** können Sie Ihren Angehörigen ebenfalls unterstützen – sollten ihn aber nicht völlig entlasten, sondern ihm dabei helfen, seine eigenen **Rituale und Strukturen** zu finden. **Ermuntern und begleiten** Sie den Patienten bei angenehmen und **positiven Aktivitäten** wie z. B. einem ausgedehnten Spaziergang in der Natur. Zeigen Sie **Interesse für die Behandlung der Depression** und stärken Sie so seine Therapietreue (z. B. die regelmäßige **Medikamenteneinnahme** oder das Wahrnehmen therapeutischer **Gesprächstermine**), ohne ihn dabei zu bevormunden.



Wichtig: Vernachlässigen Sie nie den aufmerksamen Umgang mit **Ihren eigenen Belastungen und Gefühlen!** Tauschen Sie sich mit anderen Angehörigen aus und nehmen Sie **Hilfsangebote** an. **Denn: Am besten können Sie helfen, wenn es Ihnen selbst gut geht!**

Ein besonders schwieriges Thema für die meisten Angehörigen ist der Umgang mit **Krisensituationen**. Gerade wenn ein Erkrankter von **Hoffnungslosigkeit** oder **Lebensüberdruß** spricht, ist es besonders wichtig, ihm in einem offenen Gespräch Verständnis zu zeigen und ihn nach Möglichkeit in der **Wahrnehmung positiver Entwicklungen** zu bestärken. Es gibt einige **Warnzeichen für Krisensituationen**, die allerdings bei einzelnen Patienten unterschiedlich stark ausgeprägt sein können:

- Andeutungen von Gefühlen der Ausweglosigkeit, Sinnlosigkeit oder gar Hoffnungslosigkeit
- Intensive Beschäftigung mit dem Tod und dem Sterben
- Neu auftretende riskante Verhaltensweisen (z. B. im Straßenverkehr)
- Plötzliche Eile bei der Regelung persönlicher Angelegenheiten (z. B. beim Aufsetzen eines Testaments), Besuche bei lange nicht mehr gesehenen Freunden
- Überraschende „positive“ Aktivität und „Lebensfreude“
- „Auf einmal“ kein Klagen mehr, ohne dass ein Anlass dafür zu erkennen ist

Zögern Sie bei einem **Verdacht auf Suizidgedanken** nicht, einen **Arzt** zu kontaktieren und legen Sie für Krisensituationen einen **Notfallplan** mit allen wichtigen Rufnummern bereit (siehe unter „Wo können Sie sich beraten lassen?“).

Wir sagen Danke!

Folgende Experten aus Rheumatologie, Psychiatrie und Psychologie haben sich mit Ihrer langjährigen Erfahrung und Ihrem Know-how in die konzeptionelle und inhaltliche Entwicklung eingebracht und uns in unserer Auffassung bestärkt, dass diese Broschüre einen sinnvollen Beitrag zur Aufklärung leisten kann.



Prof. Dr. med. Volker Arolt

Münster



Prof. Dr. med. Dieter F. Braus

Wiesbaden



Dr. rer. biol. hum. Matthias Englbrecht

Eckenthal



Prof. Dr. med. habil. Gernot Keyßer

Halle



Prof. Dr. med. Klaus Krüger

München

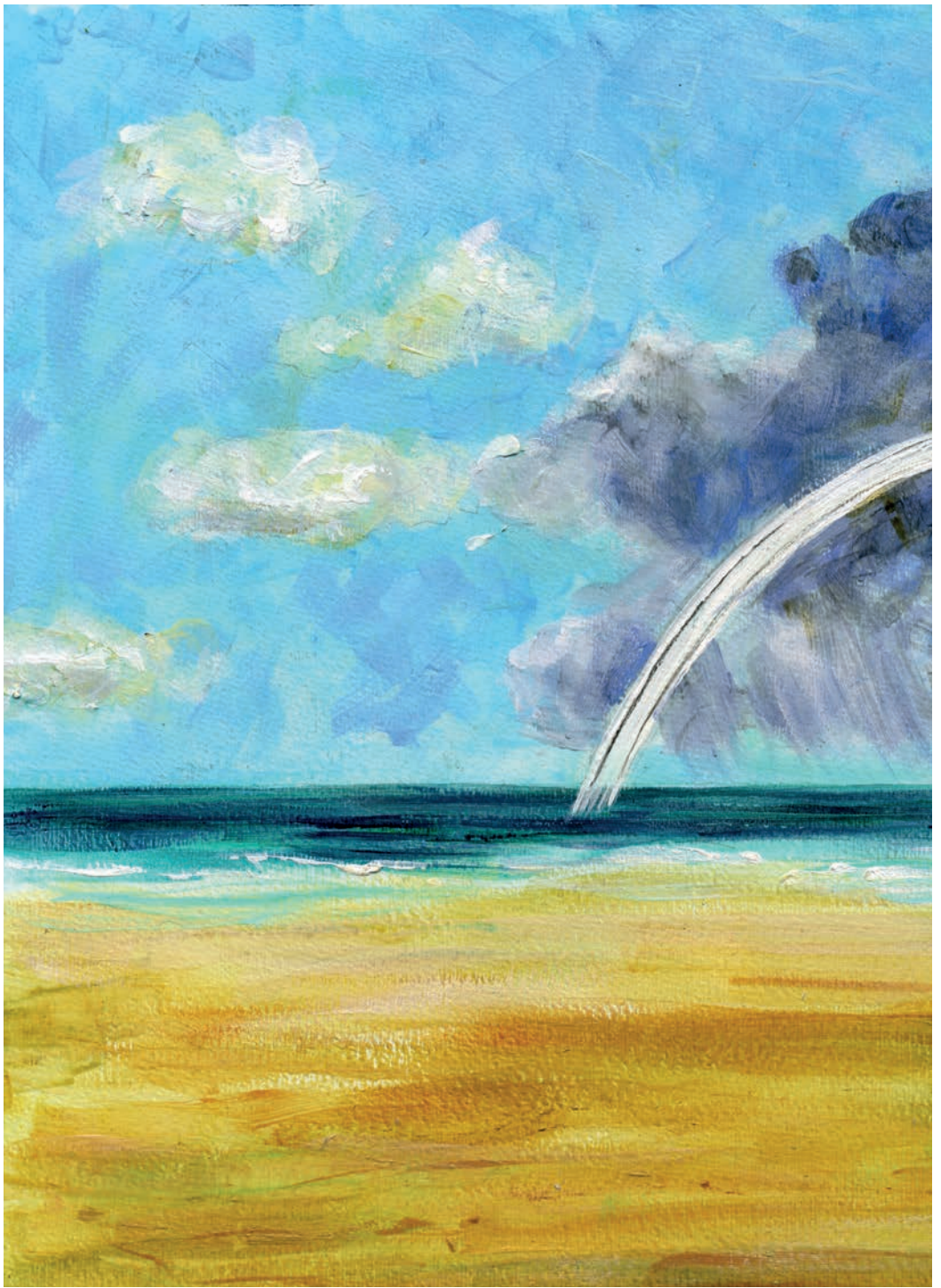


Patricia Steffens-Korbanka

Osnabrück

Quellen:

1. Tecic T et al. Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. *Arzneimitteltherapie* 2009; 27: 375-382. **2.** DGRh. Pressemitteilung zum Welt-Rheuma-Tag, 12.10.2024. **3.** Baerwald C et al. Depression als Komorbidität bei rheumatoider Arthritis. *Z Rheumatol* 2019; 78: 243-248. **4.** Matcham F et al. The prevalence of depression in rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis. *Rheumatology (Oxford)* 2013; 52: 2136-2148. **5.** Vivekanantham A et al. How common is depression in patients with polymyalgia rheumatica? *Clin Rheumatol.* 2018;37(6):1633-1638.



350072 MAT-DE-2204649 2.0 10/2025 350075 MAT-AT-2601026 1.0 10/2025

sanofi