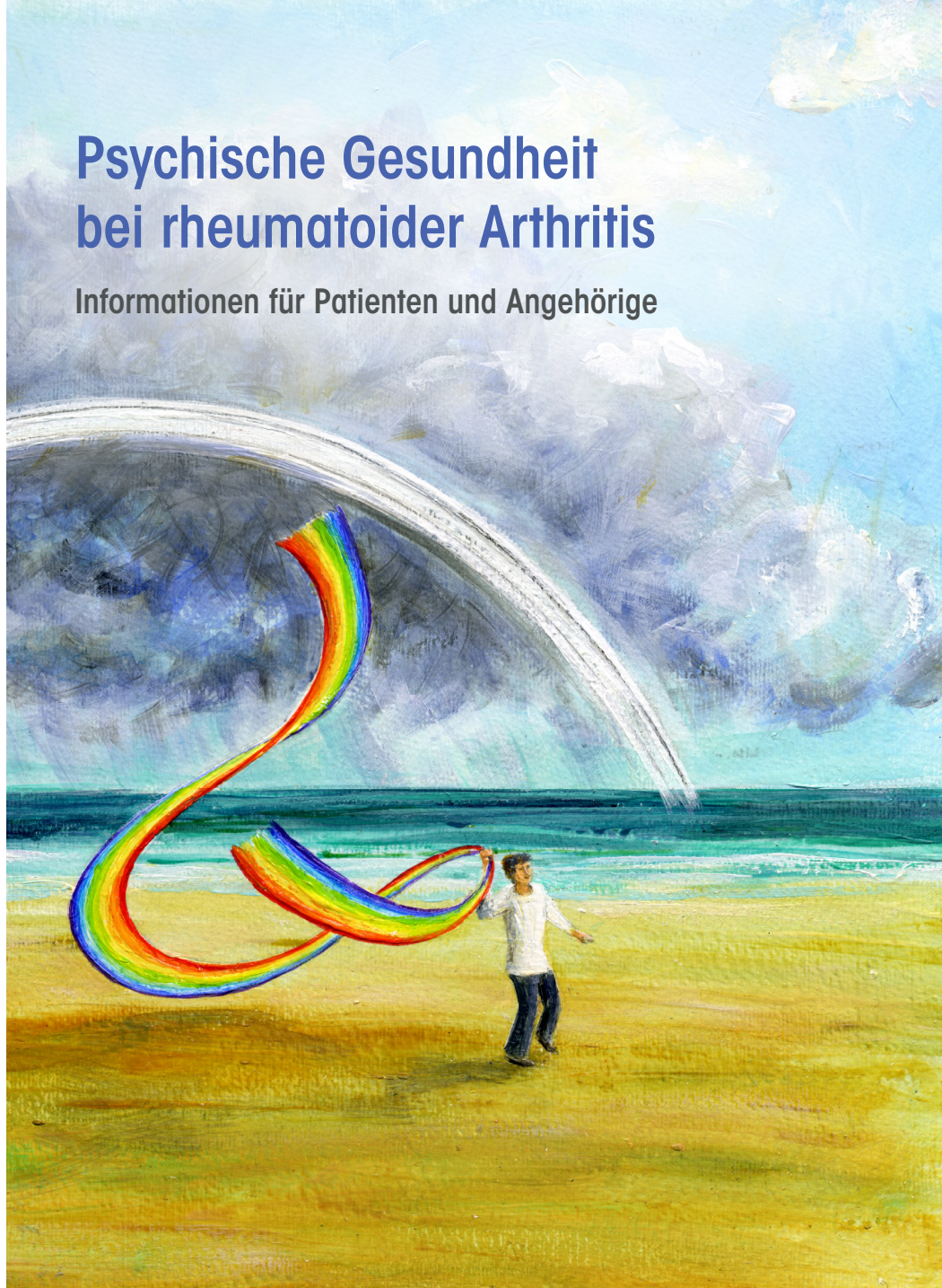


# Psychische Gesundheit bei rheumatoider Arthritis

Informationen für Patienten und Angehörige



# Inhalt

Wie wirkt sich die rheumatoide Arthritis (RA) auf die Lebensqualität und auf das psychische Wohlbefinden von Patienten* aus?	3
Wie häufig treten bei RA-Patienten depressionstypische Beschwerden bzw. eine Depression auf?	5
Wie kommt es bei RA-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 RA-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 wirkt sich die rheumatoide Arthritis (RA) auf die Lebensqualität und auf das psychische Wohlbefinden von Patienten aus?

Die rheumatoide Arthritis (RA) ist eine **chronisch-entzündliche Gelenkerkrankung**. Dabei steht „chronisch“ für langanhaltend und das Wort „entzündlich“ deutet bereits darauf hin, dass es sich bei der RA, im Gegensatz z. B. zur Arthrose, nicht um eine Verschleißerkrankung handelt. Bei der RA werden die Gelenke vielmehr irrtümlich vom körpereigenen Immunsystem angegriffen. Die RA gehört damit zu den **Autoimmunerkrankungen**.

Eine RA kann sehr unterschiedlich verlaufen. Wenn sie nicht oder nicht ausreichend behandelt wird, verschlimmert sie sich in der Regel schubförmig. Neben den für die RA charakteristischen Krankheitsanzeichen wie **Gelenkschmerzen und -schwellungen** sowie der typischen **Morgensteifigkeit** leiden RA-Patienten häufig auch an eher unspezifischen Symptomen wie **Schlafstörungen** und **Müdigkeit** sowie an Störungen der **Leistungsfähigkeit** und des **psychischen Wohlbefindens**. Zudem können über die Gelenke hinaus weitere Organe wie z. B. das **Herz-Kreislauf-System**, die **Lunge** oder auch die **Nieren** in Mitleidenschaft gezogen werden. Eine RA betrifft also den ganzen Körper, Ärzte sprechen auch von einer **systemischen Erkrankung**.

Sowohl Schmerzen und Gelenksbeschwerden als auch begleitende Krankheitssymptome außerhalb der Gelenke können die Lebensqualität von RA-Patienten erheblich beeinträchtigen (siehe Seite 4 „Was bedeutet **Lebensqualität** und wie lässt sie sich messen?“). Eine effektive Therapie der RA hat daher über die Bekämpfung der chronischen Entzündung hinaus auch eine möglichst weitgehende Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Lebensqualität und des psychischen Wohlbefindens der Patienten zum Ziel.







## 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 von individuellen Menschen sehr unterschiedlich bewertet werden. Trotzdem ist es in der Medizin wichtig, die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Patienten messbar und damit auch vergleichbar zu machen, sodass es möglich ist, den Erfolg einer Therapie zu beobachten und gegebenenfalls die Behandlung anpassen zu können.

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

- der **somatischen (oder auch 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).<sup>1</sup>





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

Die **Depression** gehört zu den häufigsten Begleiterkrankungen bei der RA.<sup>2</sup> 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.<sup>3</sup>

Da der Krankheitsverlauf bei RA-Patienten 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.<sup>2</sup>



Falls Sie sich unsicher fühlen oder falls Sie an 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 Praxisteams an.** Je früher depressionstypische Symptome erkannt werden, desto besser kann man sie in der Regel behandeln (siehe „Wie wird eine Depression bei RA-Patienten behandelt?“).

## Wie kommt es bei RA-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 daher 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** ist das Erkrankungsrisiko gegenüber der Allgemeinbevölkerung jedoch ungefähr **1,6-fach** erhöht.<sup>2</sup> 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 von RA-Patienten erheblich.

Darüber hinaus gibt es wichtige Gemeinsamkeiten bei den biologischen Krankheitsursachen der RA und der Depression. Bei beiden Erkrankungen spielt das **Immunsystem** eine wichtige Rolle und auch die beobachtete Beteiligung von **molekularen Botenstoffen** weist 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 und sind auch an der Autoimmunreaktion bei der RA 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 aber 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 RA-Patienten** ist es manchmal nicht ganz einfach, zwischen den Auswirkungen der **Krankheitsbelastung**, die jeden Patienten betreffen, und der Entwicklung einer eigenständigen Depression zu unterscheiden. Jeder RA-Patient kennt typische Stimmungstiefs, etwa wenn die Morgensteifigkeit besonders lange andauert oder wenn 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 im frühen Verlauf in der Regel **gut behandelbar** ist (siehe auch „Wie wird eine Depression bei RA-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 (RA) diagnostizierte. Unter einer Therapie mit Methotrexat und dem Glukokortikoid Prednisolon, später ergänzt durch ein Biologikum, bildeten sich Gelenkschmerzen und -schwellungen zurück, so dass bei Frau A. vor sechs Monaten das Prednisolon ganz 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 Patienten mit einer Depression 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 Gedanken an Suizid
- 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 das Vorliegen einer Depression ist es, **wie lange** die Beschwerden andauern und in **welcher Intensität** sie auftreten. Dies wirkt sich auch 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 RA-Patienten behandelt?“).





Beschreiben Sie in der **Sprechstunde** nicht „nur“ Ihre körperlichen Beschwerden, sondern sprechen Sie ruhig auch über **psychische oder emotionale Belastungen** in Ihrem Alltag. Selbst wenn nichts auf eine psychische Erkrankung hindeutet, ist es für Ihren Rheumatologen wichtig, die **Krankheitsaktivität** und den **Therapieerfolg** auch aus Ihrer ganz persönlichen Sicht heraus beurteilen zu können.

Zur **Ersteinschätzung psychischer oder emotionaler Belastungen** als Folge Ihrer RA 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 werden Ihnen auch nur einige wenige Fragen nach Ihrer Stimmung, Ihren Interessen und vielleicht nach Ihrer Schlafqualität in den letzten zwei bis vier Wochen gestellt. 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 RA-Patienten behandelt?“).



Der Rheumatologe untersucht zunächst die Gelenke von Frau A. und bespricht mit ihr die Röntgen- und Laborbefunde. Dabei erklärt er ihr seinen Eindruck, dass die Erkrankung eigentlich gut eingestellt und eine Steigerung der antirheumatischen Therapie wenig sinnvoll ist. Er fragt Frau A., ob sie sich vorstellen könnte, dass eventuell psychische Probleme hinter ihrer schwierigen Situation stehen 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 überlegen. 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 befindet, aus der sie aus eigener Kraft nicht herausfindet. Der Rheumatologe vermittelt Frau A. einen raschen Termin zu 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:

**0800 – 111 0 111**

In schweren Notfällen können Sie jederzeit den zentralen **Rettungsdienst** unter der Rufnummer **112** erreichen.

Auch der **ärztliche Bereitschaftsdienst** steht Ihnen in Krisensituationen rund um die Uhr unter der deutschlandweiten Rufnummer **116 117** zur Verfügung.

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

# Wie wird eine Depression bei RA-Patienten behandelt?

RA-Patienten haben ein gegenüber der Allgemeinbevölkerung erhöhtes Risiko, an einer Depression zu erkranken.<sup>2</sup> Eine **erfolgreiche Therapie der RA** trägt daher auch zur Vermeidung der Entwicklung einer Depression oder von depressionstypischen Symptomen bei. Leider können psychische und emotionale Probleme trotz optimaler Behandlung der chronischen Entzündung entstehen oder weiter bestehen und darüber hinaus den Erfolg der RA-Therapie beeinträchtigen. Umgekehrt kann sich ein Rückgang depressionstypischer Symptome positiv auf den Verlauf der RA auswirken. Die Behandlung der RA 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 gelingt, 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 **vorbeugende 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 Infokästen). 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). Sie sind gut verträglich, machen **nicht abhängig** und führen auch nicht zu Persönlichkeitsveränderungen. 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 auf jeden Fall Ihren Arzt an, wenn Sie nicht völlig überzeugt davon sind, das „richtige“ Antidepressivum zu bekommen. Unterbrechen oder verändern Sie die Medikamenteneinnahme (z. B. die Dosierung) nicht selbständig, sondern immer nur gemeinsam 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 Verfahren erstattet: Verhaltenstherapie, analytische oder tiefenpsychologische 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 etwas 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 gemerkt, wie sie zu einem inneren Gleichgewicht gefunden habe. 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 gestaunt darüber, 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, weil ihre Menopause depressive Verstimmungen möglicherweise verstärkt habe. Sie sagt zum Abschluss: „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?

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

Alle RA-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 weniger Kohlehydraten und mehr pflanzlichen als tierischen 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

- **Deutsche Rheuma-Liga e. V.** ([www.rheuma-liga.de](http://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](http://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](http://www.nakos.de)  
E-Mail: [selbsthilfe@nakos.de](mailto: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 zur 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)





## Wo können Sie sich beraten lassen?

Für alle Fragen rund um Ihre RA 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 für eine Depression vorliegen, hilft dies Ihrem Rheumatologen, den **Erfolg Ihrer RA-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 helfen.

## 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 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. Nehmen Sie gegebenenfalls auch mit dem behandelnden Rheumatologen Kontakt auf und bitten Sie um ein kurzes Gespräch, z. B. wenn Sie glauben, dass ihm wichtige Informationen fehlen.



**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. **Am besten können Sie dann 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 jedoch 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 Äußern von 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. 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.** Baerwald C et al. Depression als Komorbidität bei rheumatoider Arthritis. *Z Rheumatol* 2019; 78: 243-248. **3.** Matcham F et al. The prevalence of depression in rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis. *Rheumatology (Oxford)* 2013; 52: 2136-2148.



346468 MATDE 2204649 1.0 10/2022

sanofi