

Depression

Autoren und Redaktion haben die Angaben zu Medikamenten und ihren Dosierungen mit größter Sorgfalt und entsprechend dem aktuellen Wissensstand bei Fertigstellung des Buches verfaßt. Trotzdem ist der Leser ausdrücklich aufgefordert, anhand der Beipackzettel der verwendeten Präparate in eigener Verantwortung die Dosierungsempfehlungen und Kontraindikationen zu überprüfen.

Alle Rechte vorbehalten, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung sowie der Übersetzung. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (durch Fotokopie, Mikrofilm oder ein anderes Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Herausgeber: Techniker Krankenkasse,
Hauptverwaltung, 22291 Hamburg.
Unter wissenschaftlicher Beratung der
Arzneimittelkommission der deutschen Ärztes-
schaft und basierend auf deren ärztlichen
Therapieempfehlungen.
Konzept und Realisation: nexus – Beratungsnetz
im Gesundheitswesen GmbH, Düsseldorf.
Printed in Germany: W.A. Meinke GmbH, Düsseldorf.
© Techniker Krankenkasse Hamburg,
nexus GmbH, Düsseldorf.
ISBN 3-933779-01-4
1. Auflage 1998

1. Einleitung	5
2. Erscheinungsformen der Depression	6
3. Ursachen der Depression	10
Eine Patientengeschichte	11
Die Sicht der biologisch-psychiatrischen Forschung	14
Die Sicht der Psychoanalyse	15
Die Sicht der Lerntheorie	16
Moderne Forschungsansätze	17
Depression als Begleiterkrankung	18
Wiederkehrende Depression	19
4. Häufigkeit der Depression	21
5. Das Gespräch beim Arzt	22
6. Behandlung der Depression	23
Antidepressiva	23
Psychotherapie	25
7. Vorbeugung bei wiederkehrender Depression	27
8. Was Betroffene beachten sollten	28
9. Was Angehörige tun können	30

Möglicherweise sind Sie selbst oder ein Angehöriger von einer Depression betroffen. Viele leiden – neben den unmittelbaren Auswirkungen der Erkrankung – auch darunter, daß sie meinen, eine psychische Erkrankung sei mit einem Makel verbunden. Sie scheuen sich davor, mit anderen darüber zu sprechen, sei es mit dem Lebenspartner oder dem Arzt. Diese Haltung entspringt aber meistens der Unkenntnis darüber, was Depression eigentlich ist.

Wenn Sie diese Broschüre zur Hand nehmen, unternehmen Sie vielleicht schon einen ersten Schritt, der Krankheit Depression unvoreingenommen und mit berechtigter Zuversicht entgegenzutreten. Denn soviel sei hier schon vorweggenommen:

- Die Depression ist gut behandelbar und heilbar. Eine ganze Reihe von modernen Behandlungsmöglichkeiten steht zur Verfügung.
- Nach Abklingen der Depression bleibt kein Schaden oder eine Veränderung der Persönlichkeit zurück: Der genesene Patient ist wieder „der alte“.

Diese Broschüre vermittelt Ihnen den aktuellen Kenntnisstand über Depression. Nach der Lektüre werden Sie nicht nur mehr über eine der häufigsten Erkrankungen wissen, sondern damit auch die Fragen und Erläuterungen Ihres Arztes besser verstehen.

Jeder von uns erlebt irgendwann einmal eine Zeit der Traurigkeit. Die Stimmung jedes Menschen schwankt. Wäre es nicht so, wäre das Leben eintönig. Gute und schlechte, fröhliche und traurige Tage gehören sozusagen zu einem erfüllten Leben. Stunden oder Tage des Niedergedrücktseins oder der Mutlosigkeit kennt jeder. Normalerweise wird man damit schnell fertig und kommt ohne therapeutische Hilfe darüber hinweg.

Wenn aber die Niedergeschlagenheit und Freudlosigkeit unerträglich stark ist oder längere Zeit andauert, sollte man etwas dagegen unternehmen und fachkundige Hilfe in Anspruch nehmen. Die folgende Schilderung stammt von einem Menschen, der als tief depressiv bezeichnet werden kann:

„Ich war von einer unsäglichen körperlichen Müdigkeit befallen, und doch war ich innerlich so unbeschreiblich nervös. Meine Nerven schienen elektrisch geladene Drähte zu sein. Meine Nächte waren ohne Schlaf. Jeden Augenblick befürchtete ich ein schreckliches Unglück. In mir wuchs die Angst, alleingelassen zu werden. Die einfachste Pflicht wurde zur riesigen Aufgabe. Schließlich war mir jede geistige und körperliche Arbeit unmöglich. Die müden Muskeln versagten ihren Dienst, mein ‚Denkapparat‘ weigerte sich zu arbeiten, jeglicher Ehrgeiz war dahin. Ich trat der Welt mit der Haltung ‚Was hat das alles für einen Sinn‘ entgegen. Ich hatte hart daran gearbeitet, etwas aus mir zu machen, aber der Kampf schien sinnlos. Das ganze Leben schien leer.“

Wer eine Depression hat, leidet an mehreren dieser Beschwerden:

Traurige, niedergeschlagene Stimmung

Für den Gesunden stellt sich Trauer als intensiv erlebtes Gefühl dar, zu dem auch Weinen gehört. Danach stellt sich eine gewisse Erleichterung ein. Diese Erleichterung empfindet der depressive Patient nicht. Ja, viele Depressive sind sogar nicht einmal in der Lage, zu weinen. Sie leiden an einer gähnenden inneren Leere. Der deutsche Psychiater Kurt Schneider hat das mit dem Ausdruck „Gefühl der Gefühllosigkeit“ beschrieben.

Verlust von Interesse an gewohnten Aktivitäten

Damit ist nicht nur Interesse im beruflichen Bereich gemeint. So berichten Angehörige: „Früher hat er grundsätzlich in der Tageszeitung gelesen und die Abendnachrichten im Fernsehen gesehen, jetzt interessiert ihn nicht mal das mehr.“

Freudlosigkeit

Wenn zum Beispiel eine trauernde Großmutter ihre geliebten Enkelkinder trifft, so wird sie das vielleicht nicht aus ihrer Trauer herausbringen, aber sie wird sich ein wenig freuen können. Ist die Großmutter hingegen depressiv, so wird sie keine Freude empfinden. Dem Treffen mit den Enkeln steht sie möglicherweise sogar gleichgültig gegenüber. Gleichzeitig macht sie sich deshalb Vorwürfe, etwa so: „Was für ein schlechter Mensch muß ich sein, daß ich mich nicht mal über meine Enkel freuen kann.“

Selbstvorwürfe

Sie können soweit gehen, daß der Betroffene äußert, er habe alles im Leben falsch gemacht. Oder ein Jahre zurückliegender Fehler beherrscht das gesamte Denken und ist an massive Schuldgefühle gekoppelt.

Die Selbstvorwürfe können sich zu einem sogenannten depressiven Wahn steigern. Dabei handelt es sich um eine krankhafte, Argumenten nicht zugängliche Überzeugung. Im Wahn dreht sich alles um eine subjektiv große Schuld, für die der Patient nun meint, „bestraft“ werden zu müssen.

Antriebsstörungen

Für viele depressive Patienten ist die Lähmung der Entschlußkraft eine der schlimmsten Beschwerden. Fast jede Aufgabe kommt ihnen wie ein Berg vor. Es kostet ungeheure Mühe, sich zu etwas aufzuraffen. Das kann bedeuten, daß der Betroffene nur noch mit größter Mühe sein Tagespensum schafft; bei schwerer Ausprägung liegt er nur noch im Bett, unfähig, etwas aus eigenem Antrieb zu tun. Dies kann sich auch auf das Sprechen ausdehnen: Dann ist ein Gespräch mit dem Betroffenen schwierig, weil er oft schweigt. Andererseits kann der Antrieb auch gesteigert erscheinen: Gerade Patienten, die sich heftige Selbstvorwürfe machen, gehen manchmal voller innerer Unruhe wie gehetzt auf und ab oder ringen die Hände.

Innere Unruhe

Besonders quälend erleben Patienten die innere Unruhe. Ein solcher Patient äußerte einmal: „Sie denken, ich sitze ganz ruhig da. Aber in mir rumort es.“

Appetit- und Gewichtsverlust

Depressive Patienten haben in der Regel ein vermindertes Hungergefühl, was häufig zu einer Gewichtsabnahme führt.

Ein- oder Durchschlafstörungen

Bei manchen Patienten ist das Einschlafen das Hauptproblem, bei fast allen jedoch das Durchschlafen. Viel früher als zu gesunden Zeiten wachen sie in der zweiten Nachthälfte auf und kommen nicht mehr zur Ruhe, grübeln und sind stimmungsmäßig an einem Tiefpunkt. Die meisten Patienten berichten über eine leichte Aufhellung der Stimmung am Abend.

Körperliche Beschwerden

Viele depressive Patienten haben körperliche Beschwerden. Oft findet sich jedoch kein krankhafter Befund. Solche Beschwerden sind zum Beispiel Kopfdruck, das Gefühl, eine Zentnerlast auf der Brust zu haben, ein Kloßgefühl im Hals und allgemeine Gliederschwere. Hinzu kommen oft Verstopfung und Störungen der Menstruation sowie der Sexualfunktionen überhaupt. Manchmal sind diese Beschwerden so stark, daß die seelischen Beschwerden in den Hintergrund treten und das Krankheitsbild zunächst überhaupt nicht an eine Depression denken läßt.

Selbsttötungsgedanken

Fast allen depressiven Patienten kommt das Leben so sinnlos vor, daß sie mit dem Gedanken spielen, sich umzubringen. Für Angehörige, Ärzte und Pflegepersonal ist dies ein besonders wichtiges Merkmal der Depression. Wie Patienten und Angehörige damit umgehen sollen, ist in den beiden letzten Kapiteln dieser Broschüre beschrieben.

Die Ursache von Depressionen gibt es nicht. Es müssen mehrere Faktoren zusammenkommen, damit eine Depression auftritt.

Vor einigen Jahren noch unterteilte man Depressionen hauptsächlich in vier Gruppen:

- Reaktion auf persönliche Schicksalsschläge (reaktive Depression): Die Behandlung erfolgte überwiegend psychotherapeutisch.
- Seelische Verletzungen in der Kindheit (neurotische Depression): Die Behandlung war ebenfalls überwiegend psychotherapeutisch, oft über Jahre gehend.
- Folge einer organischen Erkrankung: etwa gestörte Hirndurchblutung, Infektionskrankheiten oder Einnahme depressionsauslösender Medikamente (siehe Seite 18 „Depression als Begleiterkrankung“).
- Depression, bei der aus der aktuellen oder weiter zurückliegenden Lebensgeschichte kein Ereignis zu finden ist, das sie erklären kann (sogenannte endogene oder von innen her kommende Depression): Als Ursache wurde eine Stoffwechselstörung im Gehirn angenommen. Die Behandlung bestand überwiegend in der Gabe von antidepressiv wirksamen Medikamenten (Antidepressiva).

Diese Unterteilung wird in der modernen Depressionstherapie nicht mehr vorgenommen, da die Depression in ihrer Ursache bei vielen Patienten keiner der Gruppen genau zuzuordnen war, sondern Bestandteile aller Einzelgruppen enthielt (Ausnahme: die organische Depression).

Heute wird versucht, möglichst genau das Erscheinungsbild und den Schweregrad zu bestimmen. Eventuell auslösende Belastungen werden ermittelt. Der Hausarzt oder Psychiater entscheidet dann anhand der Vorerfahrungen und der Gesamtsituation des Patienten, welche Therapieform die günstigsten Erfolgschancen bietet.

Wie aber erklären heutzutage die Forscher die Ursachen der Depression?

An der folgenden Geschichte eines depressiven Patienten lassen sich die drei wichtigsten Theorien verdeutlichen:

Hans W. ist Abteilungsleiter, 35 Jahre alt und kinderlos verheiratet. Als er eineinhalb Jahre alt war, mußte seine Mutter wegen einer Tuberkulose im Krankenhaus behandelt werden. Er berichtet, er habe sich wohl deshalb immer stark an seinem strengen, aber von ihm bewunderten Vater orientiert.

Mit 21 Jahren habe er seine Jugendfreundin geheiratet, mit der er noch jetzt zusammenlebe. Die Beziehung sei außerordentlich eng und harmonisch. Beruflich habe er in seiner Firma als Lehrling angefangen und sich unter der besonderen Förderung des Firmenbesitzers zum Abteilungsleiter hochgearbeitet. Der Besitzer des Unternehmens sei außerordentlich autoritär und fordernd.

In den letzten Jahren sei er sehr schwierig und überaus kritisch geworden. Man hat den Eindruck, daß der Chef Lob und Tadel recht willkürlich verteilt. Aus dem aktuellen Gespräch sind jedoch objektivierbare aktuelle Probleme, wie drohende Entlassung oder dergleichen, nicht erkennbar.

Hans W. erkrankt erstmals im Frühjahr an einer schweren Depression. Einen Monat zuvor wurde seine Frau wegen des Verdachts auf Krebs kurzfristig stationär untersucht, der Verdacht stellte sich jedoch rasch als falsch heraus. Die Depression beginnt mit starken Schlafstörungen, einem ausgeprägten morgendlichen Stimmungstief mit Antriebslosigkeit und Konzentrationsstörungen. Nach einigen Tagen kommen Appetitlosigkeit und Gewichtsverlust hinzu.

Am meisten aber leidet der Patient unter einem massiven Grübelzwang, der sich fast vollständig um seine berufliche Situation dreht. Ohne es selbst zu wollen, kreisen seine Gedanken ständig um – aus seiner Sicht von ihm verschuldete – Fehler im Betrieb. Manche „Fehler“ seien ihm kürzlich unterlaufen, manche liegen Jahre zurück. Er glaubt, ein Versager zu sein und ist kurz davor, um seine Entlassung zu bitten. Auffallend ist, daß es ihm jeweils am Abend deutlich besser geht.

Ausführliche körperliche Untersuchungen ergeben keinen krankhaften Befund. Nach dreiwöchiger Einnahme eines Antidepressivums (= Medikament gegen Depression) verschwindet die Depression vollständig. Eine Psychotherapie findet nicht statt. Es folgt ein halbes Jahr, in dem es Hans W. stimmungsmäßig auffallend gut geht. Dann befällt ihn innerhalb weniger Tage erneut eine Depression, in der er dieselben Probleme hat wie beim ersten Mal. Voraus ging eine unberechtigte kritische Bemerkung des Chefs. Zusätzlich leidet Hans W. jetzt noch an Selbsttötungsgedanken.

Nach dieser kurzen Krankengeschichte sollen nun die drei wichtigsten Forschungsrichtungen dargestellt werden. Keine kann die Richtigkeit ihres Modells beweisen, aber vieles spricht dafür, daß jedes Modell einen wichtigen Baustein für die Ursache von Depressionen liefert.

Die biologische Forschung beschäftigt sich mit körperlichen Vorgängen, die seelische Störungen verursachen können. Die Erbforschung spricht dafür, daß Depressionen eine körperliche Ursache haben können.

Beispiel: Wenn der Vater einmal oder öfter eine Depression hatte, so liegt das Risiko für das Kind, einmal oder öfter im Leben eine Depression zu bekommen, zwischen 6 und 24 Prozent.

Die Erbforschung insgesamt spricht dafür, daß für das Ausbrechen einer Depression die erbliche Veranlagung eine große Rolle spielt. Weil aber eine Veranlagung nicht zwangsläufig zu einer Depression führt, müssen offenbar noch andere Faktoren hinzukommen.

Manchmal treten Depressionen nach besonderen Belastungssituationen auf, zum Beispiel nach dem Tod eines Angehörigen. Aber oft läßt sich ein solcher schwerwiegender Auslöser nicht feststellen, die Depression kommt gleichsam aus heiterem Himmel. Oder sollte im Fall von Hans W. die kritische Bemerkung seines Chefs eine Depression mit Selbsttötungsgedanken ausgelöst haben? – Die oft fehlenden Auslöser deuten also auf eine körperliche Ursache hin.

Ebenfalls in diese Richtung deutet die Erfahrung, daß Depressionen im Frühjahr und Herbst gehäuft auftreten, morgens am schlimmsten, abends schwächer sind. Viele körperliche Vorgänge werden von Licht und Dunkelheit gesteuert. Ein besonders gewichtiges Argument für eine körperliche Ursache ist die Wirksamkeit von Medikamenten bei Depressionen.

Die Sicht der biologisch-psychiatrischen Forschung

Um zu verstehen, weshalb Medikamente nach den Vorstellungen der biologisch-psychiatrischen Forschung bei Depressionen wirken, bedarf es eines kurzen Ausflugs in die Funktionsweise des Gehirns.

Unser Gehirn besteht aus Millionen von Nervenzellen, die untereinander durch Nervenfasern miteinander verbunden sind, vergleichbar einem komplizierten Knäuel von Stromkabeln. Die Informationen in den Nervenzellen und Nervenfasern verlaufen als geringe elektrische Impulse. An vielen Stellen treffen nun zwei Nervenfasern aufeinander. Diese Kontaktstelle, ein Spalt, ist in der nachfolgenden Graphik vergrößert dargestellt.

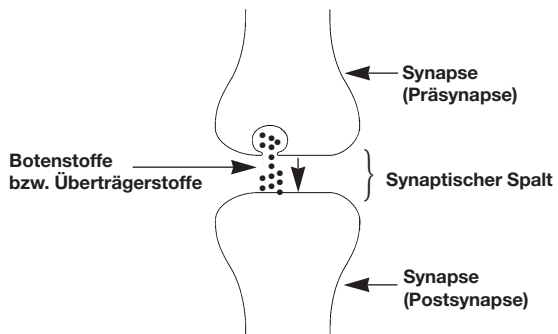


Abb. 1: Spalt zwischen zwei Nervenfasern mit Überträgerstoffen

Während zwei Stromkabel miteinander verbunden werden, indem man sie mechanisch aneinanderdrückt, sind die Verhältnisse bei der Nervenfaser-Kontaktstelle anders: Zwischen den beiden Nervenfasern bleibt ein Spalt, den ein elektrischer Impuls nicht überspringen kann. Im Spalt werden die Informationen deshalb auf chemischem Wege weitergegeben. Dabei gibt eine Nervenfaser einen Überträgerstoff in den Spalt ab. Der Stoff durchwandert den Spalt und wird an der nachgeschalteten Nervenfaser kurzfristig gebunden; anschließend verläuft die Informationsweiterleitung wieder elektrisch, ausgelöst durch den Überträgerstoff.

Die biologisch-psychiatrische Forschung geht nun davon aus, daß bei der Depression bestimmte Nerven-Überträgerstoffe in zu geringer Menge vorhanden sind. Hans W., der depressive Patient in unserer Krankengeschichte, war nach wenigen Wochen Therapie mit einem Antidepressivum geheilt. Das Medikament hatte die gestörte Funktion der Überträgerstoffe in seinem Gehirn ausgeglichen.

Die Sicht der Psychoanalyse

Für die Auslösung der Depression spielen auch Erlebnisse und Erfahrungen eine große Rolle.

Die Psychoanalyse beziehungsweise Tiefenpsychologie hat sich zum Ziel gesetzt, Einzelschicksale zu untersuchen. Der Psychoanalyse verdanken wir viele Erkenntnisse über die Bedeutung von Ereignissen in der Kindheit für das spätere Leben.

So wäre die Geschichte von Hans W. aus psychodynamischer Sicht zu erklären: Als die Mutter von Hans W. ins Krankenhaus mußte, befand er sich in einer höchst verletzlichen Phase seiner Persönlichkeitsentwicklung – er war eineinhalb Jahre alt. Man kann sich einen solchen Verlust gar nicht dramatisch genug vorstellen: Der wichtigste Mensch im Leben ist plötzlich verschwunden, das Kind ist noch nicht fähig, sich vergleichbaren Halt und Sicherheit bei anderen zu verschaffen.

Diese seelische Katastrophe führte bei Hans W. zu einem verminderten Selbstwertgefühl. Unbewußt richtete er sein Leben nach der Devise ein: Möglichst eine so enge

und glückliche Beziehung wie zur Mutter haben und alles vermeiden, was einen erneuten Verlust bedeuten könnte. Er heiratete früh und entwickelte eine besonders enge Bindung zu seiner Frau. In der Kindheit und Jugend war sein Verhältnis zum Vater davon bestimmt, „es“ ihm recht zu machen, um nicht auch noch diese Beziehung zu gefährden. Diese Haltung setzte er als Erwachsener seinem Chef gegenüber fort.

Mit dieser Sichtweise der Entwicklung von Hans W. ist noch lange nicht gesagt, daß sie etwa krankhaft sei. Es wird lediglich beschrieben, aufgrund welcher Lebensumstände in der Kindheit die Persönlichkeit geprägt worden ist. Er ist ein freundlicher, zurückhaltender, etwas unsicherer, strebsamer, gewissenhafter Mensch.

Es können aber bestimmte Ereignisse im Leben eintreten, die die alten Verlustängste quasi aus der Versenkung holen. Gemeint sind der Klinikaufenthalt der Frau und die unberechtigte Kritik seines Chefs. Für Außenstehende sind solche Ereignisse meist harmlos, für Hans W. aufgrund seiner speziellen Persönlichkeit jedoch dramatisch. Da er unfähig ist, seine Enttäuschung und seinen Ärger den anderen gegenüber herauszulassen, kehrt er die Wut um gegen sich selbst. Die Depression wird so als unbewußte Aggression gegen sich selbst gedeutet.

Die Sicht der Lerntheorie

Zwischen unserem Denken und unserem Fühlen gibt es enge Zusammenhänge. Sie kennen vielleicht das Beispiel von einem durstigen Optimisten und einem durstigen Pessimisten. Der eine betrachtet ein Glas „noch halb voll“ und freut sich, der andere sieht es „schon halb leer“ und ist verstimmt. Mit solchen Denk-Mustern und den Erfahrungen, die sie beeinflussen, beschäftigt sich die Lerntheorie.

Eine wichtige „Lern“-Erfahrung von Hans W. war, daß seine Arbeit mit Lob und Anerkennung bedacht wurde. In der Zeit vor Ausbruch der Depression war es zu keiner freundlichen Zuwendung des Chefs gekommen, schließlich kritisierte dieser Hans W. sogar ungerechtfertigt. Weil aber Lob eine zentrale Bedeutung für ihn hatte, quasi der Motor seiner Aktivität war, erlosch durch das Ausbleiben dieser Belohnungen seine Motivation.

Hans W. wurde auch depressiv, weil er allgemein dazu neigt, bei Unstimmigkeiten den Fehler immer bei sich zu suchen. Als die Ehefrau in die Klinik mußte, kam es zu einem ähnlichen Verhaltensmuster nach dem Motto: Wenn eine wesentliche Stütze wegfällt, dann ist alles nichts mehr wert.

Moderne Forschungsansätze

Heutzutage hat sich die psychiatrische Forschung zunehmend darauf verständigt, daß alle drei Ansätze wesentliche Beiträge zur Erklärung der Depression bei einem Patienten liefern. Nimmt man die drei Sichtweisen zusammen, stellen sich Entstehung und Verlauf einer Depression etwa so dar:

Eine erbliche Veranlagung bedingt eine erhöhte Anfälligkeit für Depressionen.

Verlustereignisse in besonders verletzlichen Phasen der Kindheit bewirken depressive Verhaltensstörungen, aber auch biochemische Veränderungen im Gehirn. Meistens erholen sich die Kinder vollständig. Die Angst vor Verlust bleibt aber im Verborgenen erhalten, ohne daß der Betroffene sich darüber im klaren sein muß. Auch die biochemische Störung kann wie eine alte „Narbe“ erhalten bleiben.



Im Erwachsenenalter kann die Verlustangst dramatisch wiedererweckt werden, zum Beispiel:

- durch einen wirklichen Verlust (zum Beispiel Trennung oder Tod des Ehepartners);
- durch einen befürchteten Verlust (wenn der Chef mich kritisiert, werde ich seine Zuneigung verlieren);
- durch ein symbolisches Verlustereignis (der Anblick oder das Betreten einer Klinik, vielleicht sogar nur der Geruch einer Klinik, wenn in der Kindheit damit ein Verlustereignis verbunden war).

Die wieder aktivierte Verlustangst des Erwachsenen geht mit denselben Veränderungen der Nervenüberträgerstoffe einher wie beim Kind.

Die medikamentöse Therapie wirkt der biochemischen Störung entgegen und stabilisiert seelische Prozesse. Psychotherapeutische Verfahren stabilisieren ebenfalls seelische Prozesse, was auch die Stoffwechselfvorgänge im Gehirn günstig beeinflusst. Damit wird deutlich, daß eine Trennung in seelisch und körperlich bedingte Depressionen nicht aufrechtzuerhalten ist.

Depression als Begleiterkrankung

Die Ursachen der Depression sind also vielschichtig. Körperliche Vorgänge und Erlebnisse greifen ineinander. Bei manchen depressiven Patienten steht ursächlich eine seelische Verletzung im Vordergrund, bei anderen sind es zunächst körperliche Veränderungen, auf die mit einer Depression reagiert wird und die dann eventuell die körperlichen Ursachen verstärkt.

Als Beispiele für solche Depressionen, die offenbar durch körperliche Veränderungen entstehen, ist eine Vielzahl von Erkrankungen bekannt:

- Viele entzündliche Krankheiten (zum Beispiel: Multiple Sklerose, Chronischer Rheumatismus) gehen mit einer Depression einher.
- Schilddrüsenerkrankungen und andere Störungen von hormonbildenden Drüsen können eine Depression verursachen.
- Bei der Parkinson-Krankheit kann im Frühstadium eine Depression das führende Beschwerdebild sein.
- Verschiedene Medikamente, wie zum Beispiel empfängnisverhütende Mittel, können eine Depression auslösen.

Da noch viele andere körperliche Grunderkrankungen oder Veränderungen zusammen mit einer Depression auftreten – die Depression sogar manchmal das Frühzeichen der Grunderkrankung ist –, sollte bei jeder neu aufgetretenen Depression vom Arzt überprüft werden, ob eine solche Grunderkrankung vorliegt. Wird dann die Grunderkrankung wirksam behandelt, bildet sich auch die Depression zurück.

Wiederkehrende Depression

Bei einem nicht unbeträchtlichen Teil der Patienten tritt eine Depression wiederholt auf. Der Abstand zwischen den depressiven Phasen kann Jahrzehnte betragen, aber auch – in selteneren Fällen – nur wenige Wochen. Im Durchschnitt haben Patienten mit wiederkehrenden Depressionen etwa alle fünf Jahre eine Krankheits-episode.

In einer verletzlichen Phase in der Kindheit kommt es zu einem Verlustereignis (zum Beispiel längerer Klinikaufenthalt der Mutter) und einer ersten Depression des Kindes, von der es sich erholt, die aber im Nervensystem Spuren hinterläßt.

Im Erwachsenenalter kommt es zu einem erneuten Verlusterlebnis (zum Beispiel Ehefrau kommt mit Krebsverdacht ins Krankenhaus) und einer depressiven Erkrankungsphase, von welcher der Patient sich erholt.

Bei einer Beförderung in der Firma fühlt der Patient sich übergangen. Es folgt eine weitere depressive Phase, von der er sich erholt.

Weitere Depression, aufgetreten nach einem Umzug.

Für weitere Depressionen läßt sich kein Auslöser ermitteln.

Je häufiger also die Depressionen werden, um so geringer erscheinen die Anlässe oder Auslöser. Aus Untersuchungen mit Nervenfasern weiß man, daß diese unter bestimmten Bedingungen empfindlicher für Reize werden, es genügen immer geringere Reize, um sie zu erregen. Bei wiederkehrenden Depressionen stellt man sich vor, daß das Nervensystem mit jeder zusätzlich auftretenden Depression empfindlicher für auslösende Reize wird. Im Extremfall genügen kaum feststellbare Reize, um eine Depression auszulösen.

Wenn diese Überlegungen zutreffen, dann ist es besonders wichtig, einer erneuten Depression vorzubeugen, um eine Überempfindlichkeit zu vermeiden.

Depressionen gehören in hochindustrialisierten Ländern wie Deutschland zu den häufigsten Erkrankungen. Von 100 Deutschen werden zirka 13 mindestens einmal im Leben an einer Depression erkranken, die behandelt werden muß. Frauen erkranken doppelt so häufig an Depressionen wie Männer.



Vor der körperlichen Untersuchung steht ein ausführliches Gespräch mit dem Patienten. Beispielsweise erkundigt sich der Arzt nach dem medizinischen und sozialen Lebenslauf und erfragt Art und Verlauf der jetzigen Erkrankung.

In vielen Fällen ist es außerordentlich hilfreich, wenn auch ein naher Angehöriger dem Arzt Auskunft geben kann. Voraussetzung ist, daß der Patient damit einverstanden ist. Manche Patienten legen großen Wert darauf, bei dem Gespräch zwischen Arzt und Angehörigem dabei zu sein, manchen ist es lieber, wenn dieser Termin getrennt stattfindet. Es ist sinnvoll, wenn sich Patient und Angehöriger schon vor dem ersten Arztbesuch darüber verständigen.

Weil auch Medikamente Depressionen auslösen können, bringt der Patient zur Erstuntersuchung am besten alle Medikamente mit, die er derzeit einnimmt. Neben einer allgemeinen körperlichen Untersuchung veranlaßt der Arzt Blut-Tests, eventuell ein EEG (Elektro-Enzephalogramm = die Ableitung der Hirnstromkurve, eine schmerz- und risikolose Untersuchung) und ein Computertomogramm (eine Röntgenaufnahme des Gehirns). In manchen Fällen ist auch ein EKG (Elektro-Kardiogramm = Ableitung der Herzstromkurve) erforderlich.

Welche Untersuchungen durchgeführt werden, richtet sich nach der Vorgeschichte und den Befunden, die eventuell schon bei anderen Ärzten erhoben wurden.

Ziel dieser Untersuchungen ist es, eine möglicherweise vorhandene Grund- oder Begleiterkrankung zu erkennen, beziehungsweise sicher zu sein, daß eine solche nicht vorliegt.

Die zwei wesentlichen Behandlungsformen der Depression sind

- die medikamentöse Behandlung und
- die psychotherapeutische Behandlung.

Bei beiden Behandlungsformen sind in den letzten Jahren große Fortschritte erzielt worden. Abhängig von der Vorgeschichte, der Art und der Schwere der Depression ist heute eine Kombination beider Behandlungsformen Standard.

Leichte bis mittelschwere Depressionen

Darunter versteht man Depressionen, bei welchen der Betroffene zum Beispiel seinen alltäglichen Verpflichtungen (Haushalt, Beruf) mit mehr oder weniger großer Anstrengung noch einigermaßen nachkommen kann. Bei solchen Depressionen werden nicht selten Antidepressiva auf pflanzlicher Grundlage eingesetzt.

Generell ist die Wirksamkeit der pflanzlichen Antidepressiva (Johanniskrautextrakte) nicht in gleicher Weise belegt wie die anderer Antidepressiva. Es ist zwar durchaus möglich, daß eine leichte bis mittelschwere Depression sich während einer solchen Therapie bessert, aber selbst diejenigen Fachleute, die von der Wirksamkeit überzeugt sind, raten bei starken Depressionen zu anderen Mitteln.

Bei einer schwereren Depression sollte ein Medikament eingesetzt werden, dessen Wirksamkeit eindeutig gesichert ist.

Je nach Art kann eine leichte bis mittelschwere Depression auch allein mit Psychotherapie oder allein medikamentös behandelt werden. Wer von einer mittelschweren bis schweren Depression betroffen ist, kann in der Regel seinen Alltagsverpflichtungen nicht mehr nachkommen. In diesem Fall muß eine medikamentöse Therapie erfolgen, eventuell zusätzlich eine Psychotherapie.

Die medikamentöse Therapie besteht in der Einnahme (unter Umständen auch in der intravenösen Infusion) eines Antidepressivums. Um die volle Wirksamkeit zu entfalten, benötigt das Medikament Zeit. Man kann die Wirksamkeit erst nach mindestens zwei Wochen beurteilen. Das ist wichtig zu wissen, um nicht nach wenigen Tagen enttäuscht zu sein, weil die depressive Stimmung oder die Antriebshemmung sich noch nicht gebessert haben.

Die verschiedenen Antidepressiva unterscheiden sich in ihrem Wirkmechanismus, wie sie zum Beispiel die Menge der Nervenüberträgerstoffe erhöhen. Bei manchen Patienten wirkt der eine Mechanismus, bei manchen der andere. Da es noch keinen Test gibt, der erlaubt, von vorneherein das für den jeweiligen Patienten wirksame Medikament zu bestimmen, ist es möglich, daß nach einigen Wochen ein zweites Antidepressivum verordnet wird. Dieses Vorgehen ist in der antidepressiven Therapie ganz normal und alltäglich. Die Befürchtung wäre unangemessen, die fehlende Wirkung des ersten Medikaments spräche für eine besonders schwer zu behandelnde Depression.

Unerwünschte Begleiterscheinungen der antidepressiven Therapie treten meist als lästige, aber ungefährliche körperliche Effekte auf, zum Beispiel Mundtrockenheit, Übelkeit, Zitterigkeit, Verstopfung, Müdigkeit oder Schlafstörungen. Werden diese so unangenehm, daß der Patient eine Unterbrechung der Therapie erwägt, sollte darüber vertrauensvoll mit dem Arzt gesprochen werden. Ein Wechsel des Mittels oder eine Verminderung der Dosis kann hier Abhilfe schaffen.

Manche Patienten befürchten, durch ein Antidepressivum abhängig zu werden. Dieses Mißverständnis rührt daher, daß allgemein die Antidepressiva zu den Psychopharmaka zählen, also zu den Mitteln, die seelische Funktionen beeinflussen. Zu den Psychopharmaka zählen auch die sogenannten Tranquilizer oder Benzodiazepine (bekanntestes Mittel: Valium/Diazepam), die tatsächlich bei zu langer Einnahme eine Abhängigkeit erzeugen können.

Bei Antidepressiva ist jedoch überhaupt kein Risiko der Abhängigkeit vorhanden. Die psychotherapeutische Behandlung der Depression kann beim gleichen Arzt erfolgen, der auch die medikamentöse Therapie überwacht. Sie kann aber auch bei einem anderen Therapeuten erfolgen.

Psychotherapie erfordert eine aktive Mitarbeit des Patienten. Einem schwer Depressiven kann das unmöglich sein. In diesem Fall wird zuerst medikamentös behandelt. Nach Besserung kann dann zusätzlich eine psychotherapeutische Behandlung erfolgen.

Es gibt verschiedene psychotherapeutische Methoden. Welche Methode bei welchem Patienten am sinnvollsten ist, läßt sich allgemein kaum bestimmen. Neben den Besonderheiten der Methode selbst spielt sicher auch eine Rolle, wie Patient und Therapeut persönlich zusammenpassen.

Bei der tiefenpsychologisch orientierten Behandlung geht es darum, frühkindliche Verlustereignisse dem Bewußtsein wieder zugänglich zu machen und die notwendige Trauerarbeit nachzuholen.

Die Verhaltenstherapie orientiert sich vor allem an der Gegenwart und bemüht sich, mögliche Streßfaktoren auszuschalten oder zu lindern, beziehungsweise typische depressive Verhaltensweisen bewußtzumachen und zu ändern. Die aus der Verhaltenstherapie entwickelte

sogenannte „kognitive“ Therapie hat ein Behandlungskonzept speziell für die Depression entwickelt, in dem die depressiven Denkmuster bearbeitet werden.

Die sogenannte „interpersonelle“ Therapie konzentriert sich auf Problembereiche, die häufig Ursachen oder Auslöser von Depressionen sind, wie zwischenmenschliche Konflikte (Eheprobleme), Rollenkonflikte (Schuldgefühle einer erwerbstätigen Mutter), Trauerarbeit, zwischenmenschliche Defizite (Mangel an Durchsetzungsvermögen), Rollenwechsel (Ruhestand).



Eine schwere Depression bedeutet eine massive Belastung im Leben der Betroffenen und der Angehörigen. Erst recht belastend ist es, wenn Depressionen immer wiederkommen. Man kennt inzwischen eine Reihe von Medikamenten (zum Beispiel Lithium), welche die depressiven Phasen ganz verhindern oder ihre Häufigkeit und Intensität verringern. Auch bei diesen Medikamenten ist kein Suchtrisiko vorhanden. Sie sollten über mehrere Jahre, gegebenenfalls lebenslang eingenommen werden.

Das ist natürlich in gewisser Weise eine „Zumutung“: Jeden Tag ein Medikament einnehmen und in gewissen Abständen zu Kontrolluntersuchungen gehen. Aber letztlich ist es ja nicht der Arzt, sondern der Patient, der sich für eine solche prophylaktische Behandlung entscheidet.

Die Psychiater wissen um diese Zumutung. Deshalb gibt es eine Art Richtlinie für die Empfehlung der Prophylaxe: Sie wird zum Beispiel demjenigen empfohlen, der – einschließlich der aktuellen Depression – innerhalb von fünf Jahren mindestens zwei depressive Krankheitsphasen hatte.

Wer nach einigen wiederkehrenden Depressionen die Prophylaxe aufgenommen hat, behält sie in der Regel bei: Das Leben wird wieder besser planbar, man muß nicht mehr ständig mit Krankheitsphasen rechnen. Aber auch wenn der Effekt nicht optimal sein sollte und die Depression in nur leichter Form wiederkehrt: Es kann enorm wichtig sein, mit einer leichten Depression noch arbeiten zu können, während man zuvor bei den Phasen ohne Prophylaxe wochenlang am Arbeitsplatz und in der Familie ausfiel.

- Wenn Sie die Anzeichen einer Depression feststellen, gehen Sie möglichst bald zu Ihrem Hausarzt, der Sie untersuchen und behandeln kann. Eventuell wird er Sie an einen Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie überweisen. Sie können sich aber auch direkt an einen Facharzt wenden.
- Es ist günstig, wenn Sie zum ersten oder zweiten Termin eine Person Ihres Vertrauens mitbringen, die Sie gut kennt.
- Stellen Sie sich auf eine Behandlungsdauer von drei bis sechs Monaten ein. Sollten Sie an wiederkehrenden Depressionen leiden, so können Sie heute mit vorbeugenden Verfahren einen wirksamen Rückfall-schutz erhalten.
- Gerade bei der medikamentösen Depressions-behandlung ist es wichtig, daß das Antidepressivum sich gut mit eventuellen anderen Medikamenten, die Sie einnehmen, verträgt. Besprechen Sie jede Änderung Ihrer Medikamente mit Ihrem Arzt.
- Versuchen Sie, auch in der Depression die angenehmen Dinge des Lebens wahrzunehmen. Bemühen Sie sich, nicht nur das Negative zu registrieren.
- Es ist wichtig, sich auch in der Depression zu betätigen. Sich völlig abzukapseln und sich ohne Beschäftigung daheim zu verkriechen, verstärkt die Depression. Eine leichte Tätigkeit, über eine kurze Zeitspanne hinweg, sollte wieder aufgebaut werden.

Für viele Depressive hat es sich als hilfreich erwiesen, sich einen Tages- oder Wochenplan auszuarbeiten. Wichtig ist auch, daß Sie sich nicht überfordern. Denken Sie daran, daß das Einhalten Ihres Plans keine Selbst-

verständlichkeit ist. Jede Aktivität, jede Veränderung ist ein Erfolg und wichtig für Sie. Anerkennung und vor allem Selbstanerkennung ist wichtig, um Ihre Depression zu überwinden.

- Wenn Sie alte Kontakte aufgegeben haben: Melden Sie sich wieder. Rufen Sie einen Freund/eine Freundin wieder an; auch ein kurzes Gespräch ist wertvoll für Sie.
- Wenn Selbsttötungsgedanken auftreten, sprechen Sie mit Ihrem Freund, Partner oder Therapeuten darüber, auch wenn es Ihnen schwerfällt. Es wird Ihnen leichter gelingen, diese Krise zu bewältigen. Denken Sie daran: Sie werden aus dieser schweren Phase herauskommen und dankbar sein, Ihren selbstzerstörerischen Impulsen nicht nachgegeben zu haben.
- Stellen Sie sich auf einen allmählichen Heilungsverlauf ein, aber rechnen Sie mit Stimmungsschwankungen nach unten. Aber insgesamt geht es mit kurzen Unterbrechungen nach oben.



Die Depression kann die Partnerschaft oder die Familie erheblich belasten. Manche Familien stellen sich die Frage, wie es weitergehen soll – auch finanziell, wenn zum Beispiel ein Elternteil oder Alleinerziehende krankheitsbedingt arbeitsunfähig sind. Oft werden auch Haushalt und Kinder vernachlässigt.

Wenn der Patient dann in seiner Depression nur noch Äußerungen voller Hoffnungslosigkeit von sich gibt, ist es wichtig, immer wieder mitzuteilen, daß der Patient wieder „der/die alte“ wird, also sich vollständig erholt.

- Depression ist nicht Charaktermangel oder Willensschwäche. Äußerungen wie „reiß dich zusammen“ bewirken eher, daß der Patient noch tiefer in die Depression sinkt.
- Wer eine schwere Depression hat, läßt sich nicht davon „ablenken“. Dringend abzuraten ist von größeren Aktivitäten wie zum Beispiel Reisen. Sinnvoll sind, wenn der Antrieb ausreicht, kleinere Unternehmungen wie ein kurzer Spaziergang. Jede auch noch so kleine Maßnahme, die dem Kranken zeigt, daß er noch funktioniert, ist wertvoll. Jede Überforderung wird sein Unfähigkeitsgefühl bestärken.
- Gelegentlich können depressiv Kranke auch reizbar sein. Oder ihr Pessimismus zieht wie in einem Sog die gesamte Familienatmosphäre in die Tiefe. Partner und Familie sind einer extremen Belastung ausgesetzt. Für den Patienten ist dann eine stationäre Behandlung sinnvoll, die auch die Angehörigen entlastet.

- Manchmal erscheint es, als würde die Depression nicht nur den Patienten, sondern auch den Ehepartner oder die Familie in einem Netz gefangenhalten, weil die Angehörigen aus falsch verstandener Scham mit niemandem über die Erkrankung sprechen.

Sprechen Sie in solchen Belastungssituationen unbedingt mit Menschen Ihres Vertrauens oder Ihrem Arzt. Lassen Sie sich nicht mit hinunterziehen. Sorgen Sie erforderlichenfalls für eine Vertretung zu Hause und gönnen Sie sich einen freien Abend. Grenzen Sie sich auf eine gesunde Weise ab, denn niemandem ist geholfen, wenn auch Sie krank werden.

- Selbsttötungsgedanken des depressiven Patienten sind ein besonders wichtiger Gesichtspunkt für die Angehörigen. Sind diese Gedanken von den Patienten einmal ausgesprochen, so haben sie schon einen Teil ihrer Bedrohlichkeit für den Kranken verloren.

Für die Angehörigen ergibt sich dann aber die Frage, wie sie damit umgehen sollen. Man kann hier keine Rezepte geben. Es wäre falsch, die Situation zu dramatisieren und zu denken, der Patient könne sich jeden Augenblick das Leben nehmen. Man sollte vielleicht zunächst aus dieser Mitteilung auch die Botschaft entnehmen: Schau, so schlecht sieht es aus mit mir. Zeigen Sie ruhig Ihre Betroffenheit, schildern Sie den Verlust, den der Tod des Patienten für Sie bedeuten würde. Betonen Sie, daß Sie wissen, daß Ihr Partner wieder gesund wird.

Selbstverständlich sollte der behandelnde Arzt oder Psychotherapeut über Selbsttötungsgedanken informiert sein – am besten vom Patienten selbst.

Man kann als Angehöriger dieses Thema auch selbst ansprechen, wenn der Kranke nicht von sich aus darüber spricht. Man muß nur den Einstieg finden, etwa so: Ich habe den Eindruck, daß dir in letzter Zeit alles egal ist und sinnlos vorkommt. Denkst du manchmal auch daran, daß du nicht mehr leben willst?

Wird die Frage bejaht, könnte man fragen: Hast du dich noch soweit im Griff, daß ich mich darauf verlassen kann, auch noch morgen mit dir reden zu können?

In einer solchen Situation ist es wertvoll, wenn der Angehörige und der behandelnde Arzt sich von den Vor-
gesprächen her kennen und das weitere Vorgehen zusammen mit dem Patienten besprechen können. In manchen Fällen wird der Arzt eine stationäre Behandlung befürworten, in anderen Fällen kann er aus seiner Erfahrung eine weitere ambulante Behandlung rechtfertigen.

Bejaht der Patient im Gespräch Selbsttötungsgedanken, sollten sich diese Fragen anschließen: Hast du dir überlegt, wie du es machen würdest? Hast du schon mal Vorbereitungen getroffen? Werden diese beiden Fragen bejaht, dann ist das Risiko sehr hoch, daß der Patient sich etwas antut. Dann sollte man etwa sagen: Ich habe den Eindruck, daß du dich kaum mehr gegen die Krankheit wehren kannst. Laß es uns mit deinem Arzt besprechen.

Wenn es dann möglicherweise zur Klinikaufnahme kommt, begreifen das viele Patienten und Angehörige als den Gipfel der Katastrophe. Angemessen ist aber die Haltung: Hier ist eine intensive Behandlung möglich, die ambulant nicht zu verwirklichen war. In voraussichtlich einigen Wochen wird der Patient genesen entlassen werden.

Für eine erfolgreiche Behandlung ist es notwendig, daß Patient und Arzt zu einer gemeinsamen Sprache finden, um sich über Nutzen und Risiken der geplanten Therapie verständigen zu können. Damit der Patient in die Lage versetzt wird, seinem Arzt die für ihn wichtigen Fragen zu stellen, benötigt er in der Regel viele Informationen über seine Erkrankung und die Behandlungsmöglichkeiten.

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft stellt den Ärzten seit vielen Jahrzehnten wissenschaftlich fundierte und von wirtschaftlichen Interessen unabhängige Arzneimittelinformationen zur Verfügung. Seit dem letzten Jahr veröffentlicht sie regelmäßig Therapieempfehlungen für Ärzte zu einzelnen in der Bevölkerung häufig vorkommenden Krankheitsbildern.

Die Arzneimittelkommission begrüßt es daher außerordentlich, daß die Techniker Krankenkasse die Initiative ergriffen hat, allgemeinverständliche Patienteninformationen zu entwickeln, die auf diesen Therapieempfehlungen für Ärzte basieren.

Die Mitglieder der Kommission wünschen diesem Vorhaben, daß es zu einer gestärkten Partnerschaft zwischen Patient und Arzt und damit zu einer zukünftig noch wirkungsvolleren und sichereren Arzneimitteltherapie beitragen möge.

Prof. Dr. med. B. Müller-Oerlinghausen

Vorsitzender der Arzneimittelkommission
der deutschen Ärzteschaft