

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

DEPRESSIONEN HEUTE

Diagnose, Einteilung und Therapie nach aktuellen Gesichtspunkten und moderner Klassifikation (ICD-10)

Die Schwermut ist zwar so alt wie die Menschheit. Doch auch Depressionen sind einem zeit- und gesellschafts-bedingten Wandel unterworfen, was Häufigkeit, Beschwerdebild, Ursache und Verlauf anbelangt.

Glücklicherweise haben sich auch die therapeutischen Möglichkeiten verbessert: Psychotherapie, soziotherapeutische Hilfen und Korrekturen, nicht-medikamentöse Behandlungsmaßnahmen und die Psychopharmaka, insbesondere die stimmungsaufhellenden Antidepressiva.

Verändert haben sich aber auch die wissenschaftliche Einteilung (Klassifikationen) und sogar die Terminologie (Fachbegriffe). Dies führt zu mancher Unsicherheit.

Nachfolgend deshalb in Ergänzung zu den bereits vorliegenden Depressions-Kapiteln ein komprimierter Beitrag zu Diagnose, Einteilung und Therapie der Depressionen nach aktuellen Gesichtspunkten.

Erwähnte Fachbegriffe:

Depressionen – Schwermut – Melancholie – endogene Depression – unipolare endogene Depression – bipolare endogene Depression – depressive Neurose – neurotische Depression – reaktive Depression – Depression bei schizoaffektiver Psychose – organisch bedingte Depression – depressive Episode – rezidivierende depressive Episode – affektive Störung – bipolare affektive Störung – Dysthymia – Anpassungsstörung – schizo-depressive Erkrankung –

organisch-depressive Erkrankung – Demenz und Depression – depressive Hauptsymptome – körperliche (somatische) Depressions-Symptome – seelische Depressions-Symptome – psychomotorische Depressions-Symptome – larvierte Depression – maskierte Depression – Interesselosigkeit – Freudlosigkeit – Antriebsstörung – Konzentrationsstörung – Selbstwert-Störung – Schuldgefühle – Schlafstörungen – Appetitverminderung – Selbstbeschädigung – Gefühlsstörung – Schlafstörung – Früherwachen – innere Unruhe – Appetitverlust – Gewichtsverlust – Libidoverlust – Selbsttötungsrisiko – Suizidalität – depressive Warn-Symptome – depressiver Wahn – depressive Sinnestäuschungen – depressive Halluzinationen – Verarmungswahn – Versündigungswahn – depressiv-somatische Symptome – Agitiertheit – Depressions-Ursachen – Ätiologie – Pathogenese – Ätiopathogenese – depressive Erbfaktoren – Depressions-Auslöser – Botenstoffe – Neurotransmitter – Serotonin – Noradrenalin – Dopamin – Monoaminoxidase – körperliche Depressions-Ursachen – medikamentöse Depressions-Ursachen – seelische Depressions-Ursachen – psychosoziale Depressions-Ursachen – Aufklärung – Depressions-Therapie – Antidepressiva – Antidepressiva-Dosierung – Antidepressiva-Wirklatenz – Antidepressiva-Wirkungsprofil – Antidepressiva-Nebenwirkungen – Antidepressiva-Wechselwirkungen – Antidepressiva-Suchtgefahr – Antidepressiva-Absetzsymptome – Therapietreue – Einnahmeverlässlichkeit – Compliance – Pharmakotherapie – selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (SSRI) – selektive Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer (selektiver NARI) – selektive Antidepressiva mit dualem Wirkprinzip – trizyklische Antidepressiva – klassische MAO-Hemmer – moderne (reversible selektive) MAO-A-Hemmer – Phytopharmaka – Pflanzenheilmittel – Johanniskraut – Rückfall-Vorbeugung – Rezidiv-Prophylaxe – Non-Compliance – Depressions-Psychotherapie – Gesprächstherapie – Verhaltenstherapie – psychoanalytische Therapie – Schlafentzug – Lichttherapie – Elektrokrampfbehandlung (EKT) – Physikalische Therapie – Roborierende Therapie – Gesundmarsch – Entspannungsverfahren – u.a.m.

Depressionen sind so alt wie die Menschheit. Klassisch sind schon die Schilderungen im Alten Testament, später bei den antiken Philosophen und Ärzten, und schließlich vom Mittelalter über die Neuzeit bis heute. Dabei hat ihre Zahl zugenommen, vor allem in den letzten Jahren. Aber auch die Kenntnis der entscheidenden Krankheitszeichen und damit eine schnelle und sichere Diagnosestellung. Und vor allem die therapeutischen Möglichkeiten.

Mag das Image der Psychopharmaka, also der Arzneimittel mit Wirkung auf das Zentrale Nervensystem und damit Seelenleben noch so zwiespältig sein, den Antidepressiva, den stimmungsaufhellenden Arzneimitteln gehört die Zukunft. Denn mit ihnen kann man im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans mit Psycho- und Soziotherapie nicht nur Depressionen, sondern die ebenfalls zunehmenden Angststörungen, Zwangskrankheiten u. a. behandeln - und zwar erfolgreich.

Allerdings ist die Medizin einem ständigen Wandel unterworfen. Das schlägt sich in immer wieder neuen Einteilungen (sogenannten Klassifikationen) nieder - und stiftet natürlich erst einmal Verwirrung, nicht zuletzt in der Allgemeinheit.

In der 3-teiligen Serie über Depressionen in dieser Internet-Reihe geht es vor allem um Beschwerdebild, Ursachen, Krankheitsverlauf, psycho- und soziotherapeutische Möglichkeiten sowie die Pharmakotherapie mit entsprechenden Arzneimitteln. Dabei wird auf die neuen Klassifikationen nur begrenzt eingegangen. Nachfolgend deshalb ein kurzgefasster Beitrag über **Depressionen heute**, also wiederum Diagnose, Einteilung und Therapie nach aktuellen Gesichtspunkten, und zwar so, wie sie für den in der Regel ersten ärztlichen Ansprechpartner, den Hausarzt bzw. Allgemeinarzt von Bedeutung ist. Da dieser aber auf möglichst konkrete Informationen von Patient und Angehörigen angewiesen ist, werden wir uns in diesem Kapitel an jenes Schema halten, das auch für die Weiter- und Fortbildung des Allgemeinarzt und Internisten genutzt wird - nur eben allgemein verständlich gehalten.

DEPRESSIONEN IN DER HAUSARZTPRAXIS – HÄUFIG UND SCHWER ERKENNBAR

Depressionen gehören mit den sogenannten funktionellen oder Befindlichkeitsstörungen (heutiger Fachbegriff: Somatisierungsstörungen) und mit den Angststörungen zu den häufigsten seelischen Krankheiten. Man vermutet, dass jeder zehnte bis vierte Patient, der seinen Hausarzt aufsucht (Fachbegriff: Arzt der Primärversorgung) an einer Schwermut unterschiedlichen Schweregrades leidet.

Das besondere Problem der meisten Depressionen aber ist der Umstand, dass sie sich gar nicht wie eine Depression äußern müssen, zumindest nicht so, wie man sich das in der Allgemeinheit vorstellt. Und das Gleiche gilt auch für den Arzt, der natürlich bei einem Leiden ohne organische Krankheitszeichen nur dann eine seelische Störung diagnostizieren kann, wenn ihm der Patient die entsprechenden Symptome bietet, entweder in seinem Verhalten oder als persönliche Klage. Und das geschieht so selten, dass bis zur Hälfte der depressiv Betroffenen nicht als solche erkannt bzw. diagnostiziert wird. Und noch schwerwiegender: Nicht einmal die Hälfte dieser als depressiv diagnostizierten Patienten bekommt die dafür zuständige antidepressive Therapie, vor allem mit entsprechenden Medikamenten.

Wenn man daran denkt, dass sich das gleiche Problem noch einmal „draußen“ abspielt, d. h. bei jenen Betroffenen, die nicht einmal ihren Hausarzt aufsuchen, dann kann man sich vorstellen, dass die weit überwiegende Zahl depressiv Erkrankter entweder nicht weiß, was sie hat (außer dass sie sich elend und leistungsschwach fühlt) oder nicht das einzig Richtige tut, nämlich

den Arzt zu konsultieren und ihm alles, aber wirklich auch alles zu schildern, was sie seit Wochen oder gar Monaten beeinträchtigt.

Oder kurz: Depressionen gehören zu den häufigsten seelischen Störungen (bzw. Krankheiten überhaupt) - und werden zumeist nicht solche erkannt, geschweige denn behandelt. Das sind unnötige Not, Qual und ggf. Verluste, und dies bei einem Leiden, das heute mit am erfolgreichsten behandelt werden kann.

WIE ÄUßERT SICH EINE DEPRESSION?

Die heute medizinisch tonangebende Institution, die Weltgesundheitsorganisation (WHO) führt in ihren klinisch-diagnostischen Leitlinien, der sogenannten *Internationalen Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10* folgendende Krankheitszeichen an, bei denen jeweils eine Mindestzahl vorliegen muss, um die Diagnose *Depression* zu sichern:

Symptome einer depressiven Episode (nach ICD-10)

- *Hauptsymptome*: gedrückte Stimmung, Interesselosigkeit/Freudlosigkeit, Antriebsstörung (Mindestzahl: 2 bis 3; Dauer: mindestens 2 Wochen).
- *Andere häufige Symptome*: mangelnde Gefühlsbeteiligung, Störungen von Konzentration und Selbstwertgefühl sowie Zukunftsperspektiven, Schuldgefühle, Schlafstörungen generell, Appetitverminderung und Neigung zur Selbstbeschädigung (Mindestzahl: 2 bis 4, und zwar zusätzlich zu obigen Hauptsymptomen).
- *Körperliche (somatische) Symptome*: früh-morgendliches Erwachen, sogenanntes Morgentief (mit Stimmungsaufhellung im Verlauf des Tages), seelisch-körperliche Hemmung oder innere Unruhe, Appetitverlust mit Gewichtsverlust (5% im vergangenen Monat), Libidoverlust u.a. (Mindestzahl: 4).

Was heißt das im Einzelnen?

● Unter den **seelischen (und kognitiven, d.h. geistigen) Symptomen** sind es vor allem neben den depressiven Verstimmungen die - mitunter erst einmal schwer als Depression identifizierbaren - Beeinträchtigungen: Freudlosigkeit, Interesselosigkeit, Pessimismus, wenn nicht gar Hoffnungslosigkeit. Dazu kommen Merk- und Konzentrationsstörungen, das sogenannte Problem-Grübeln oder sinnlose Gedankenkreisen, die Entscheidungsunfähigkeit und das verringerte Selbstwertgefühl bis hin zu ausprägten Minderwertigkeitsgefühlen.

Bei schweren Depressionen kann es zu sogenannten überwertigen Gedanken oder Ideen kommen, also Vorstellungen, die durch ein das Gemüt besonders erregendes Erlebnis hervorgerufen werden und von da ab das Denken und Handeln regelrecht beherrschen. Und bei wahnhaften Depressionen natürlich Wahnideen, vor allem einen Verarmungs-, Versündigungs- oder Krankheitswahn.

- Die sogenannten **psychomotorischen Symptome** äußern sich entweder in einer seelisch-körperlichen Hemmung bis hin zur Blockierung oder in Unruhe, Nervosität, Fahrigkeit, Gespanntheit (Fachausdruck: Agitiertheit).

Manchmal wechseln sich beide Extrempole ab, d. h. der Betroffene wirkt zwar äußerlich gehemmt, empfindet sich aber innerlich wie ein „Vulkan“. Dies ist dann besonders belastend und nebenbei auch gefährlich, weil man von außen gar nicht mitbekommt, was sich innerlich ggf. Gefährliches abspielt (z. B. die Entwicklung von Selbsttötungsgedanken oder gar -plänen).

- Bei den **körperlichen Symptomen** dominiert das Gefühl der Kraftlosigkeit, ja Schwäche oder gar ein Elendigkeitsgefühl. Eine Einbuße der Vitalität ist jedenfalls so gut wie immer hinzunehmen, auch bei leichteren Depressionen.

Häufig quälen auch Schlafstörungen, meist in Form von Ein- oder Durchschlafstörung bzw. dem gefürchteten Früherwachen mit „Berg auf der Brust“ und Panik vor dem neuen Tag. Bisweilen kann es sich aber auch um ein vermehrtes, wenngleich unerquickliches Schlafbedürfnis handeln. Fast immer irritieren auch Störungen von Libido und Potenz, die häufig nicht nur zu den ersten, sondern auch letzten Symptomen bis zur vollständigen Genesung gehören. Und natürlich Appetitmangel mit Gewichtsabnahme (selten auch das Gegenteil).

- **Wichtig zu wissen:** Die körperlichen Symptome dominieren, hinterlassen auch den meisten (beunruhigenden) Eindruck und sind natürlich auch weniger diskriminierend wie die seelischen, vor allem wenn man noch glaubt, es handle sich eigentlich um ein körperliches, und nicht um ein (heimlich befürchtetes) seelisches Leiden.

Hier findet sich dann ein Fachbegriff, der auch in Laienkreisen kursiert, nämlich die **larvierte** oder **maskierte Depression** (vom lateinischen: larva = Maske). Sie sollte immer wieder an die Möglichkeit denken lassen, dass sich hinter so manchen körperlichen Krankheitszeichen, bei denen keine organische Ursache gefunden werden kann, ein seelisches Leiden verbirgt, z. B. eine Depression.

Einzelheiten zum Beschwerdebild der Depressionen siehe Teil 1 der Depressions-Serie mit zahlreichen Symptom-Hinweisen und konkreten Fragen, die eine Depression erkennen lassen.

Das Selbsttötungs-Risiko nicht unterschätzen

Mehr als 12.000 Menschen verlieren allein in Deutschland pro Jahr ihr Leben durch eigene Hand. Das ist inzwischen ein Drittel mehr als die ebenfalls erschreckende Zahl an jährlichen Verkehrstoten. Nur über Letzteres erfährt man schon in den Lokalteilen der Zeitungen alles, über die Suizidgefahr wenig bis nichts. Das führt zu einer Verschiebung der Gefahrenschwerpunkte und lässt die Wachsamkeit in dieser Hinsicht verkümmern.

Dabei besteht gerade bei depressiven Patienten ein ausgeprägtes Selbsttötungs-Risiko, das sich in erschreckenden Zahlen niederschlägt:

Die Suizidrate ist bei depressiv Erkrankten 30-mal höher als in der Gesamtbevölkerung. 15 % der Patienten mit einer schweren Depressionen sollen Hand an sich legen. Dem Hausarzt kommt dabei eine besondere Aufgaben zu: Aus einer entsprechenden Studie ging hervor, dass vier von zehn Menschen, die sich das Leben nahmen, in der Woche vor ihrem Tod den Hausarzt aufsuchten.

Einzelheiten zu den Möglichkeiten und Grenzen eines raschen Erkennens und gezielten Handelns siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Serie.

Warum es so schwer ist, ein depressives Beschwerdebild zu erkennen und treffend einzuordnen

Seelisch Kranke gehen durch eine andere Tür wie Patienten mit einem körperlichen Leiden, sagt man. Und es ist in der Tat etwas daran - noch immer. Depressionen gehören zwar zu den „gesellschaftsfähigsten psychischen Störungen“, und die Betroffenen sollten sich eigentlich schon rein zahlenmäßig keine Sorgen machen müssen, was ihr Ansehen anbelangt. Denn da tun sich andere psychische Störungen schwerer (z. B. schizophren Erkrankte und Suchtpatienten). Und doch versuchen auch Depressive sich so lange wie möglich ohne Arzt-Konsultation und damit richtige Diagnose und hilfreiche Therapie „durchzuschleppen“ - nur „weil nicht sein kann was nicht sein darf“. Oder kurz: Man befürchtet einfach einen Makel, über den zwar niemand spricht, der aber zumindest mittelfristig zwischenmenschliche, insbesondere partnerschaftliche, familiäre, aber auch berufliche und gesellschaftliche Konsequenzen haben könnte.

Der Arzt aber - das wurde schon angedeutet -, kann gerade bei einer seelischen Störung ohne auffällige Verhaltensänderungen (wie das bei Depressionen üblich ist) nicht sofort erkennen, welches Leiden hier konkret quält, wenn der Patient (und seine Angehörigen) nicht gezielt die entsprechenden Symptome beklagen. Noch schwieriger wird es, wenn überwiegend oder einzig und allein körperliche Erkrankungszeichen im Vordergrund stehen -

scheinbar. Oder wenn es sich um eine leichte Depression bzw. untypische Symptome handelt.

Schwierigkeiten macht auch die Neigung der Patienten und ihrer Angehörigen, für die erkannten (und inzwischen auch akzeptierten) Beschwerden eigene „Ursachen“, „Motive“ oder sonstige Beweggründe anzuführen. Je nach dem, wie so etwas vorgetragen (und anderes übergangen oder verheimlicht) wird, bleibt dann der Arzt an diesen scheinbaren Krankheitsursachen hängen - und gerät auf die falsche Behandlungsschiene. Zwar wird er das Ganze erneut aufrollen müssen, wenn der eingeschlagene Therapieweg nicht greift, aber dann ist auch viel wertvolle Zeit verloren gegangen (von der Qual und sonstigen Nachteilen ganz zu schweigen).

Deshalb ist es wichtig zu wissen, dass Depressionen nicht unbedingt mit reiner Schwermut einhergehen müssen, und schon gar nicht mit Tränen (die nicht selten erst dann wieder möglich sind, wenn sich das Zustandbild bessert, d. h. der „Gemütspanzer“ gesprengt und der Patient endlich wieder in der Lage ist, das zu tun, was auch anderen vergönnt ist: erleichternde Tränen zu vergießen). Früher nannten die Ärzte solche Zustände auf lateinisch eine „depressio sine depressione“, d. h. eine Depression ohne die charakteristischen Depressionszeichen. Das kann im Übrigen bis ins andere Extrem gehen, nämlich bis zu der gefürchteten lächelnden Depression“, bei der trotz scheinbar heiterer Fassade eine ernste Selbsttötungsgefahr drohen kann.

Und schließlich muss man wissen, dass die Patienten vor allem über jene Symptome klagen, die ihnen zwischenmenschlich und beruflich das Leben besonders schwer machen: Müdigkeit, Mattigkeit, Schlaflosigkeit, Unwohlsein, Elendigkeitsgefühl, Kopfdruck und unspezifische Organbeschwerden, je nach individuellem Schwachpunkt (Herz, Atmung, Wirbelsäule, Gelenke, Magen, Darm u. a.).

Manchen Patienten kann man ihre Depression ansehen, vielen allerdings nicht, jedenfalls nicht über jenes Maß hinaus, das auch andere durch beispielsweise hartnäckige Schlafstörungen oder Überforderung „mitnimmt“, belastet oder gar „zeichnet“.

Einzelheiten über weitere äußerliche Charakteristika siehe Teil 1 der entsprechenden Depressions-Serie.

EINTEILUNG DEPRESSIVER ERKRANKUNGEN EINST UND HEUTE

In den letzten 10 Jahren haben sich die diagnostischen Kriterien und damit die Klassifikationen seelischer Störungen erheblich verändert. Früher ging man bei den Depressionen von drei ätiologischen (Ätiologie = Lehre von den Krankheitsursachen) Gesichtspunkten aus, die sich überwiegend nach alltagsbezogenen, praxisrelevanten Aspekten richteten:

- So unterschied man psychogene (rein seelisch ausgelöste und unterhaltene) Depressionen, zu denen beispielsweise die reaktive Depression (belastende Lebensereignisse) und die neurotische Depression (neurotische Entwicklung mit depressivem Symptom-Schwerpunkt) gehörten.
- Und die sogenannten endogenen Depressionen („von innen kommende“, also biologische Depressionsursachen) mit Verlaufsunterteilung im Sinne von unipolaren und bipolaren Depressionen (entweder nur depressive oder depressive Zustände, die mit manischen Phasen abwechseln).
- Die dritte Gruppe bestand aus sogenannten somatogenen (körperlich ausgelöst und unterhaltenen) Depressionen.

Einzelheiten zu dieser Unterteilung siehe die Depressions-Serie sowie bestimmte Kapitel, die die früheren Klassifikations-Charakteristika erläutern (z. B. endogene Depression).

Im Laufe der letzten Jahrzehnte wurde immer deutlicher, dass diese drei Klassifikations-Aspekte in psychogene, endogene und somatogene Depressionen letztlich bei fast allen Verlaufsformen irgendwie eine Rolle spielten, wenngleich natürlich mit unterschiedlicher Gewichtung. Dabei gab es allerdings schon früher Kompromiss-Vorschläge, z. B. in Richtung „endo-reaktive“ Depression oder „endo-neurotische“ Depression, bei der ganz offensichtlich beide Ursachen, die rein seelischen und die biologischen, gleichrangig die Depression auslösten und unterhielten.

Deshalb einigte man sich auf sogenannte rein deskriptive (also beschreibende) klinische Querschnitts- und Verlaufsaspekte. Lediglich ein Teil der früheren somatogenen Depressionen, nämlich die organischen Depressionen (bei denen die körperlichen Störungen die Hirnfunktionen direkt beeinträchtigen) bleiben noch als alte Diagnosegruppe erhalten.

Die neue Klassifikation nach ICD-10 der WHO

Die neue Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wird durch die schon erwähnte **Internationale Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10** definiert. Sie orientiert sich also vor allem an rein beschreibenden Merkmalen des Querschnittsbefundes und Verlaufs. Dabei unterscheidet man

- einzelnen *depressive Episoden* ohne Auffälligkeiten in der Vorgeschichte sowie
- *wiederkehrende (rezidivierende) depressive Episoden*.

Darüber hinaus differenziert man in eine

- unipolare Verlaufsform = nur depressive Episode sowie eine
- bipolare Verlaufsform = sowohl depressive als auch manische Episoden.

Schließlich gibt es nach ICD-10 noch

- die *Dysthymia*, also depressive Störungen mit nur leichter Ausprägung über mindestens zwei Jahre, die am ehesten der früheren depressiven Neurose oder neurotischen Depression entspricht sowie
- die *Anpassungsstörung*, also eine depressive Verstimmung, die durch aktuelle psychosoziale Belastungen ausgelöst und früher reaktive Depression oder depressive Reaktion genannt wurde.

Zuletzt wird - begrifflich noch leicht modifiziert - auf die alte Erkenntnis Rücksicht genommen, dass es auch kombinierte Krankheitsbilder aus Depression, manischer Hochstimmung und Schizophrenie gab und gibt, heute als

- *schizodepressive Erkrankung* bezeichnet, früher schizoaffektive Psychose genannt.

Nachfolgend im Kasten noch einmal die Gegenüberstellung der früheren, traditionellen klinischen Einteilung und der heutigen ICD-10-Klassifizierung:

Traditionelle klinische Einteilung	ICD-10-Klassifizierung
endogene Depression, unipolar	depressive Episode, rezidivierende depressive Episode
endogene Depression, bipolar	bipolare affektive Störung, gegenwärtig depressive Episode
depressive Neurose	Dysthymia
reaktive Depression	Anpassungsstörung
Depression bei schizoaffektiver Psychose	schizodepressive Erkrankung
organisch bedingte Depression	organisch depressive Erkrankung
depressive Symptome bei Demenz	Demenz und vorwiegend depressive Symptome

Feineinteilung nach Beschwerdebild und Schweregrad

Diese eher grob erscheinende Einteilung kann noch differenziert bzw. verfeinert werden, und zwar nach Schweregrad und unter Berücksichtigung bestimmter Einzelmerkmale:

- Beim *Schwere- oder Ausprägungsgrad* unterteilt man in leicht, mittelgradig und schwer (siehe später).

- Außerdem differenziert man in *Hauptsymptome* und *häufig auftretende Krankheitszeichen*. Um beispielsweise die Diagnose einer depressiven Episode stellen zu können, müssen entweder zwei oder drei der Hauptsymptome und zwei bis vier der anderen häufig auftretenden Krankheitszeichen vorhanden sein. Und dies für mindestens zwei Wochen (sonst besonders gekennzeichnet als rezidivierende kurze Depression).

Die *Hauptsymptome* wurden bereits genannt: gedrückte Stimmung, Interessen- und Freudlosigkeit sowie Antriebsstörung.

Die *häufig auftretenden anderen Symptome* ebenfalls: Konzentrationsstörungen, mangelndes Selbstwertgefühl, Schuldgefühle, negative Zukunftsperspektiven, Selbstschädigung, Schlafstörungen und Appetitverminderung.

Schließlich sind ggf. noch

- *psychotische Symptome* möglich, auch bei einer Depression. Dazu gehören beispielsweise Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen (Halluzinationen), die aber in der Regel zur Stimmungslage passen (Fachausdruck: stimmungskongruent). Beispiele: Verarmungswahn, Versündigungswahn u. a.

Zuletzt gilt es noch ein

- „*somatisches*“ *Syndrom* zu berücksichtigen: Das sind ebenfalls schon angeführte Symptome wie Früherwachen, Morgentief, seelisch-körperliche Hemmung oder Agitiertheit, Appetit-, Gewichts- und Libidoverlust u. a. Davon müssen dann mindestens vier vorhanden sein, um diese Unter(Sub)-Diagnose eines somatischen depressiven Syndroms stellen zu können.

Wie bereits erwähnt, besteht auch die Möglichkeit, depressive Episoden nach **Schwere- oder Ausprägungsgrad** einzuteilen. Dazu einige konkrete Beispiele:

- *Leichte depressive Episode*: mindestens zwei Hauptsymptome und zwei andere häufige Symptome, kein Krankheitszeichen besonders ausgeprägt, somatisches Syndrom möglich.
- *Mittelgradige depressive Episode*: mindestens zwei Hauptsymptome und drei bis vier andere häufige Symptome, einige besonders ausgeprägt, somatisches Syndrom möglich.
- *Schwere depressive Episode*: alle drei für die leichte und mittelgradige depressive Episode typischen Symptome und zumeist vier oder mehr andere, von denen einige besonders ausgeprägt sein sollten. Das somatische Syndrom ist praktisch immer vorhanden.

Die Differenzierung zwischen leichten, mittelgradigen und schweren depressiven Episoden beruht auf Anamnese (Vorgeschichte) und Befund. Dabei pflegt man noch zu berücksichtigen, ob der Patient seine Berufstätigkeit und sonstige soziale Aktivitäten ausüben kann. Während dies bei leichten depressiven Episoden oft noch möglich ist, wenn auch mit gewissen Schwierigkeiten, gelingt es bei den mittelgradigen nur mit erheblichem geistigem, seelischem, körperlichem und psychosozialen Aufwand und wird bei schweren depressiven Zuständen immer unwahrscheinlicher.

KRANKHEITSURSACHEN UND -VERLAUF UNTER HEUTIGER SICHT

Früher dominierte wohl tatsächlich eine etwas einseitige Sichtweise, was Krankheitsursache und -entstehung anbelangt. Hier hat man dazugelernt. Heute spricht man deshalb von einer *multifaktoriellen Ätiopathogenese*, d. h. einer ganzen Reihe sich untereinander beeinflussender Ursachen (Fachbegriffe: Ätiologie = Lehre von den Krankheitsursachen und Pathogenese = Krankheitsentstehung, zusammengezogen zu dem Fachbegriff: Ätiopathogenese).

Neben einer genetischen Disposition (erblich bedingten Anfälligkeit oder Krankheitsneigung) sowie frühkindlichen Hirntraumen (z. B. Hirnschäden welcher Ursache auch immer) sind es vor allem belastende psychosoziale Entwicklungen in der Kindheit (Erziehung, familiäres Umfeld, später Schule u. a.) sowie bestimmte Persönlichkeitseigenschaften, die zur Entstehung einer Depression beizutragen pflegen.

Was den *Verlauf* anbelangt, so gibt es neben dem plötzlichen Ausbruch einer Depression auch langsame Entwicklungen, die auf psychosoziale, organische u. a. Belastungen zurückgehen und nicht selten, zumindest beim ersten Mal, durch einen aktuellen Auslöser ausgeklint werden.

Im weiteren Verlauf - so die heutigen Überlegungen - kommt es dann in verstärktem Maße und damit „krankhaft selbst-regelnd“ zu Veränderungen der sogenannten Neurotransmitter oder Botenstoffe in bestimmten Gehirnregionen. Solche Botenstoffe nennt man beispielsweise Serotonin, Noradrenalin, Dopamin u. a. Sie spielen in der Entwicklung einer Depression (sowie bei anderen seelischen Störungen, z. B. Angsterkrankungen) eine wesentliche Rolle.

Einzelheiten würden hier zu weit führen, doch lässt sich - ähnlich wie bei einer Pyramide aus einzelnen Dominosteinen - leicht nachvollziehen, dass die Herausnahme eines einzelnen Steines im unglücklichen Falle die gesamte Pyramide gefährdet. Und auch hier kann gleichsam eine Kaskade von krankhaften chemischen Vorgängen ausgelöst werden, wenn dieses hochkomplizierte Transmittersystem aus der Balance gebracht wird.

Die Behandlung mit Antidepressiva normalisiert dieses gestörte Gleichgewicht wieder, die Symptome lassen nach, der Patient wird wieder gesund (kann aber bei rezidivierenden, also immer wiederkehrenden Depressionen erneut gefährdet sein).

DIFFERENTIALDIAGNOSE: WAS KÖNNTE ES AUßER EINER DEPRESSION SONST NOCH SEIN?

Wenn man den sogenannten psychopathologischen (seelisch-krankhaften) Befund sorgfältig erhebt, desgleichen die Anamnese (Vorgeschichte) und den Patienten körperlich und mit allen notwendigen laborchemischen und sonstigen apparativen Maßnahme untersucht hat (z. B. Elektroenzephalogramm - EEG, ggf. Computertomogramm - CT, Kernspin-Tomogramm - MRT), dann wird man in der Regel auch auf eine fundierte Diagnose kommen.

Und dann fallen auch die sogenannten differentialdiagnostischen Überlegungen leichter, nämlich: Was könnte es sonst noch sein? Je nach Symptom-Schwerpunkt wird man also an hirnorganische Veränderungen (Schnittpunkt: Merk- und Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit, Orientierungsstörungen), an ein schizophrenes Krankheitsbild (Sinnestäuschungen, Wahnerscheinungen), an eine Angststörung (Angstsymptomatik, häufig ähnliches körperliches Beschwerdebild) u. a. denken müssen.

Zahlreichen körperliche Erkrankungen aber können ebenfalls depressive Verstimmungen nach sich ziehen, und zwar nicht aus Verunsicherung, Furcht oder Resignation, sondern als seelisches Symptom ein rein organischen Erkrankung (z. B. unerklärliche Niedergeschlagenheit). Dazu gehören beispielsweise endokrine Störungen (Schilddrüsenunter- und überfunktion, Diabetes mellitus), neurologische Erkrankungen wie Parkinsonismus, Hirnschlag, Hirntumore, Schädel-Hirn-Verletzungen, degenerative Hirnerkrankungen, aber auch scheinbar so wenig naheliegende Leiden wie Grippe, Hepatitis, Lungenentzündung, chronische Polyarthrit u. a.

Selbstverständlich können Depressionen auch als Nebenwirkung einer medikamentösen Behandlung auftreten, zum Beispiel durch Beta-Rezeptoren-Blocker, Antiparkinsonmittel, Kortikosteroide, Sexualhormone, Arzneimittel gegen Bluthochdruck u. a.

Wenn man die Gesamtzahl möglicher Depressionsauslöser einmal tabellarisch zu überblicken versucht, dann wird deutlich, mit welchen Schwierigkeiten ein Arzt zu kämpfen hat, bei dem sich das Leidensbild „Depression“ nicht so eindeutig darzustellen scheint, wie das aber glücklicherweise in der Mehrzahl der Fälle doch gegeben ist.

ZUR THERAPIE DER DEPRESSIONEN

Depression ist nicht gleich Depression, nicht früher, unter den etwas einleuchtenderen Einteilungsmöglichkeiten, nicht heute, wo es etwas komplizierter erscheint (nach einiger Übung aber nicht unbedingt ist).

Nach wie vor ist die genaue diagnostische Abklärung und Einordnung der Depression unerlässlich, um die verschiedenen depressiven Störungen adäquat behandeln zu können: psychotherapeutisch, soziotherapeutisch, physiotherapeutisch und pharmakotherapeutisch.

- Bei den **körperlich begründbaren Depressionen** geht es um die Behandlung der organischen Grunderkrankung. Ist sie gemildert oder behoben, fällt auch das depressive Beschwerdebild weg. Eine rein symptomatische Behandlung, d. h. der Versuch, nur die Depression zu therapieren und nicht die zugrunde liegende Ursache, führt auf Dauer zu keinem Erfolg - nachvollziehbarer Weise. Beides zusammen aber sehr wohl, nämlich Grunderkrankung und depressives Beschwerdebild, mit je zutreffenden Behandlungsansätzen.

- Das Gleiche gilt für die scheinbar rein **seelischen Depressionen**, früher als reaktive oder neurotische Depression bezeichnet, heute Dysthymie und Anpassungsstörung genannt (siehe Kasten im Kapitel „Neue Klassifikationen“). Hier dominieren selbstverständlich psycho- und soziotherapeutische Behandlungsmaßnahmen.

Darüber hinaus aber musste man die Erfahrung machen, dass die früher bei diesen Depressionen fast verpönten Antidepressiva zumindest eine hilfreiche Zusatzunterstützung darstellen können. Wenn man sich das Prinzip der Neurotransmitter-Störungen (Botenstoffe - siehe oben), noch einmal vor Augen hält, wird dieser etwas ungewöhnliche Behandlungsansatz einsichtiger. Auch rein seelische oder psychosoziale Belastungen können eben mittel- bis längerfristig zu einer Veränderung im Neurotransmitter-Haushalt des Gehirns führen, was zwar durch rein seelische Maßnahmen wieder gemildert oder be-

hoben werden kann, noch schneller aber durch eine Kombinationsbehandlung aus Psycho- und Pharmako-Therapie.

● **Endogene Depressionen**, inzwischen depressive oder rezidivierende depressive Episoden genannt, bei manisch-depressiven Verläufen als bipolare affektive Störung bezeichnet, waren von jeher die Domäne der Psychopharmaka, unterstützt durch Psychotherapie und soziotherapeutische Maßnahmen. Das ist auch heute nicht anders.

Antidepressiva oder nicht?

Die Frage, ob Antidepressiva eingesetzt werden sollen oder nicht, hängt im Wesentlichen vom Schweregrad der Depression ab: Leichtgradige depressive Belastungen lassen sich häufig durch verständnisvoll-geduldige Zuwendung alleine auffangen (Fachausdruck: supportive = stützende Psychotherapie). Auf eine medikamentöse Behandlung mit Antidepressiva kann in der Regel verzichtet werden, muss aber nicht, wenn es sich als sinnvoll erweist.

Bei mittelgradigen oder gar schweren depressiven Zuständen sind Antidepressiva unverzichtbar. Vor allem wenn noch zusätzlich eine entsprechende Suizidgefahr („dunkle Gedanken“ oder gar konkrete Pläne) drohen.

Das Gleiche gilt für psychotische Symptome, die ja auch im Rahmen einer Depression möglich sind (Verarmungs-, Versündigungs- oder Krankheitswahn u. a.). Bei Suizidalität und psychotischen Symptomen wird der Hausarzt ohnehin einen Facharzt, d. h. einen Psychiater oder Nervenarzt hinzuziehen.

Lässt sich das Krankheitsbild ambulant (niedergelassene Allgemeinärzte, Internisten und schließlich Psychiater und Nervenärzte) nicht in den Griff bekommen, sollte man sich vor einer stationären Behandlung nicht scheuen. Gerade bei Suizidgefahr könnte man sich später Vorwürfe machen müssen, auch wenn es „noch einmal gutgegangen ist“.

Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern sowie psychiatrische Kliniken (seien es Universitätskliniken, Bezirkskrankenhäuser, Zentren für Psychiatrie oder wie man es heute zu nennen pflegt) haben die größte Erfahrung in der Behandlung der Depressionen. Und sollte das betreffende Krankenhaus noch eine Spezialabteilung für Depressionen haben (davon gibt es inzwischen Dutzende allein im deutschsprachigen Gebiet), dann wäre dies ein noch zusätzlich spezialisiertes Behandlungsangebot.

Aufklärung unerlässlich

Krank zu werden ist immer eine Belastung, seelisch krank wahrscheinlich noch mehr als die Mehrzahl körperlicher Leiden. Das hat zwar mit der Realität

nichts zu tun, aber die Angst vor psychischen Störungen und ihrer Stigmatisierung („geisteskrank“ oder gar „bekloppt“) tut das ihre. Dabei hat sich gerade in Diagnose und Therapie seelischer Störungen in den letzten Jahrzehnten mehr getan als in manch anderer medizinischer Disziplin. Deshalb ist eine fundierte Aufklärung unerlässlich. Sie sollte im Falle einer *seelischen* Erkrankung folgende Punkte einschließen:

- Welches Beschwerdebild oder welche Krankheit liegt vor?
- Welche Diagnose wird gestellt?
- Wie ist diese Krankheit zu erklären?
- Was kann man therapeutisch tun?
 - - psychotherapeutisch (Behandlung mit seelischen Mitteln)
 - - soziotherapeutisch (Hilfen und Korrekturen im Alltag)
 - - medikamentös (vor allem Antidepressiva)
- Verlauf des Krankheitsbildes
- Therapiedauer
- Empfehlungen für Nachbehandlung und Rückfallvorbeugung

Was die **antidepressiven Arzneimittel** anbelangt, so sollte der Patient aufgeklärt werden über

- die medikamentöse Therapie im Allgemeinen
- die antidepressiven Arzneimittel im Speziellen (siehe unten)
- das Wirkprinzip der Antidepressiva
- die Wirklatenz (die meisten Antidepressiva brauchen ein bis drei Wochen, bis sie „greifen“)
- das sogenannte klinische Wirkungsprofil (was leistet dieses oder jenes Antidepressivum im Speziellen, wo liegen seine Indikations-Schwerpunkte?)
- die möglichen Nebenwirkungen (Fachausdruck, etwas beschönigend: unerwünschte Begleiterscheinungen)
- die möglichen Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln, die der Patient ggf. einnehmen muss

- Suchtgefahr (gibt es nicht, uns zwar bei allen Antidepressiva, muss aber immer wieder betont werden)
- Absetzsymptome (kein Antidepressivum schlagartig absetzen, wenn es nicht unbedingt erforderlich ist, sondern langsam ausschleichen, um den Organismus an das plötzliche Fehlen dieses Arzneimittels zu gewöhnen).

Je besser die Aufklärung, desto größer die Therapietreue oder Einnahmeverlässlichkeit (genereller Fachbegriff: Compliance). Günstig sind auch zu Beginn engmaschige Behandlungstermine, um mögliche Fragen, unnötige Enttäuschungen oder das plötzliche Auftreten von Nebenwirkungen zu besprechen.

WAS GIBT ES FÜR ANTIDEPRESSIVA?

Unterschied man früher in die erwähnten psychogenen (rein seelisch ausgelöst und unterhaltenen), endogenen („biologisch“ erklärbaren) und die somatogenen (körperlich begründbaren) Depressionen und differenzierte deshalb zu einseitig zwischen Psycho- und Pharmakotherapie, kann man heute sagen: Psycho- und Soziotherapie sind grundsätzlich sinnvoll, eine Pharmakotherapie mit Antidepressiva zumindest in den meisten Fällen. Durch die Einführung neuer Präparate (gleiche Wirkung, weniger Nebenwirkungen) in den letzten 10 Jahren hat sich das Spektrum des medikamentösen Angebots erheblich erweitert. Insbesondere die bessere Verträglichkeit und die gezielte Anpassung an die individuellen Bedürfnisse, je nach Krankheitsbild, gehören zu den eindeutigen Therapiefortschritten.

Allerdings kann die große Zahl von neuen Substanzen (und eine noch größere von Handelspräparaten, fast jede Substanz wird von mehreren Pharmafirmen unter jeweils eigenem Handelsnamen angeboten) zu einer gewissen Verwirrung führen. Dabei muss man vor allem berücksichtigen, dass der primäre Ansprechpartner, auch für seelische Störungen, nämlich der Hausarzt oder der hausärztlich tätige Internist über dutzende von Krankheitsbildern und hunderte von Arzneimitteln Bescheid wissen muss. Und jetzt noch eine solche Zunahme von Psychopharmaka mit Wirkung auf das Seelenleben im Allgemeinen und von Antidepressiva mit gezielter Stimmungsaufhellung im Speziellen, das ist eine erhebliche Aufgabe.

Glücklicherweise ist die Wissenslage eindeutig:

Die Wirksamkeit der heute verfügbaren Antidepressiva ist in zahlreichen klinischen Studien belegt. In biologischer Hinsicht beeinflussen sie das Zentrale Nervensystem bzw. bestimmte Strukturen des Gehirns (Stichwort: Synapsen = Kontaktstelle zwischen den einzelnen Nervenzellen).

Dabei wirken die heute verfügbaren Antidepressiva entweder auf das sogenannte Noradrenalin- oder das Serotonin-System, oder auf beide gleichzeitig und ggf. auf zusätzliche Botenstoff-Systeme. Nachfolgend einige Beispiele dafür:

- *Selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (Abkürzung: SSRI):* Citalopram, Fluoxetin, Fluvoxamin, Paroxetin, Sertralin.
- *Selektive Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer (Abkürzung: selektiver NARI):* Reboxetin
- *Selektive Antidepressiva mit dualem Wirkprinzip* (die also im Wesentlichen nur auf das serotonerge und noradrenerge System wirken): Venlafaxin, Mirtazapin sowie Antidepressiva mit ähnlicher Struktur.
- *Trizyklische Antidepressiva und solche mit ähnlicher Struktur:* wirken sowohl auf die Noradrenalin- also auch Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmung und beeinflussen ggf. zusätzlich weitere Botenstoff-Systeme: Amitriptylin, Doxepin, Imipramin, Clomipramin, Nortriptylin, Trimipramin, Maprotilin u. a.

Die Wirkung auf die für Depressionen wichtigen Botenstoff-Systeme ist bei den meisten dieser trizyklischen Substanzen etwa gleich stark einige haben einen Schwerpunkt beim serotonergen (z. B. Clomipramin), andere beim noradrenergen System (z. B. Maprotilin).

- *Klassische MAO-Hemmer bzw. moderne (reversible selektive) MAO-A-Hemmer:* Hemmung der Monoaminoxidase (MAO) und damit Abbau-Hemmung von Serotonin und Noradrenalin: Moclobemid.
- *Sonstige Substanzen, z. B. dual im serotonergen System angreifende Antidepressiva:* Nefazodon.
- *Psychotrope Phytopharmaka (Pflanzenheilmittel mit Wirkung auf das Seelenleben) mit antidepressiver Wirkung:* Johanniskraut-Extrakte.

Die Nebenwirkungen der Antidepressiva

Die Nebenwirkungen oder unerwünschten Begleiterscheinungen aller Psychopharmaka und in diesem Fall der Antidepressiva sind durch ihre Einflussnahme auf bestimmte Strukturen (Rezeptor-Systeme) im Gehirn zu erklären. Deshalb auch die alte Erkenntnis: Arzneimittel, in diesem Fall Antidepressiva, die an mehreren Kontaktstellen des Gehirns angreifen, können auch ein größeres Nebenwirkungsspektrum als solche entwickeln, die gezielt auf nur ein bestimmtes Botenstoff-System wirken.

Da die Auswahl der Antidepressiva auch von der individuellen Verträglichkeit abhängt, ist es wichtig, die Nebenwirkungs-Schwerpunkte der einzelnen Antidepressiva-Typen zu kennen. Nachfolgend deshalb eine globale Übersicht, die allerdings von einer Reihe von Zusatzfaktoren abhängt, die sehr individuell ausfallen können.

Was gibt es also für Nebenwirkungsarten und wo können sie beispielsweise zu finden sein (Fachbegriffe siehe oben):

- *Anticholinerge Nebenwirkungen wie Mundtrockenheit, verschwommenes Sehen, Harnverhaltung, Verstopfung u. a.:* vor allem bei den trizyklischen Antidepressiva und bei dem selektiven NARI (siehe oben).
- *Benommenheit:* vor allem bei trizyklischen und vereinzelt dualen Antidepressiva.
- *Schlafstörungen:* vor allem bei Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmern, beim selektiven NARI, einzelnen dualen trizyklischen Antidepressiva sowie beim selektiven MAO-A-Hemmer.
- *Agitiertheit (innere Unruhe, Nervosität, Fahrigkeit, Gespanntheit):* vor allem bei den Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmern, bei einzelnen trizyklischen Antidepressiva, beim selektiven NARI sowie MAO-A-Hemmer.
- *Orthostatische Hypotension (Blutdruckabfall):* vor allem bei den trizyklischen Antidepressiva sowie beim selektiven NARI.
- *Herzrhythmusstörungen:* vor allem bei den trizyklischen Antidepressiva.
- *Magen-Darm-Störungen:* vor allem bei den Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmern, bei einzelnen trizyklischen Antidepressiva, beim selektiven NARI und MAO-A-Hemmer sowie sogar bei Johanniskraut-Präparaten.
- *Sexuelle Störungen:* vor allem bei Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmern, bei trizyklischen und dualen Antidepressiva sowie beim selektiven NARI.
- *Gewichtszunahme:* vor allem bei trizyklischen Antidepressiva und dem dualen Antidepressivum.

WIE GEHT MAN BEI DER BEHANDLUNG EINER AKUTEN DEPRESSION VOR?

Nach der Diagnose kommt die Therapie. Mag es seelische Leiden geben, bei denen man sich in gewisser Hinsicht Zeit lassen kann, bis man sich über alle offenen Fragen einig ist. Bei der Depression nicht. Hier gilt es umgehend die dafür zuständige Behandlung einzuleiten, sei es psycho- und soziotherapeu-

tisch, sei es pharmakotherapeutisch oder - was die meiste Sicherheit verheißen dürfte - im Rahmen eines Gesamt-Behandlungsplans mit allen Therapiemöglichkeiten.

Vor Einsatz medikamentöser Maßnahmen gilt es allerdings noch bestimmte **Routineuntersuchungen** vorzunehmen: Blutbild, Blutdruck und Puls, Harnstoff/Kreatinin, Leberwerte, Elektrokardiogramm (EKG), ggf. Elektroenzephalogramm (EEG) u. a. (siehe Einleitung). Erstere auch im weiteren Verlauf regelmäßig, Letztere im Allgemeinen nur noch bedarfsweise.

Dann gilt es die **Wahl des Antidepressivums** nach bestimmten Aspekten zu treffen, nämlich Alter, mögliche Nebenwirkungen, Suizidgefahr, Vorliegen spezieller Symptome, die einer besonderen Berücksichtigung bedürfen (z. B. eher unruhig-gespannt bis agitiert oder seelisch-körperlich gehemmt, depressiver Wahn u. a.). Ferner die Frage: rein depressives Zustandsbild oder depressive Episode im Rahmen einer manisch-depressiven Erkrankung (also mit manischer Hochstimmung abwechselnd)? Oder liegen bestimmte Kontraindikationen (Gegenanzeigen) für dieses oder jenes Antidepressivum vor? Bekommt der Patient noch andere Medikamente, die mit diesem Psychopharmakon zusammen Probleme bereiten könnten?

Und bei schon früher erfolgreicher oder weniger glücklicher Behandlung die Frage: was hat damals geholfen bzw. nicht? Danach kann man sich in der Regel auch bei weiteren Rückfällen richten.

Besonders bedeutsam ist die schon erwähnte Frage: **unruhig-gespannt oder nicht** (wichtig: ein Depressiver kann auch nach außen verlangsamt, ja blockiert erscheinen, innerlich aber getrieben sein, was verhängnisvolle Fehlentscheidungen provoziert). Wird aber die Unruhe deutlich (besonders auf gezielte Befragung), wird man eher mit einem beruhigenden (Fachausdruck: sedierenden) Antidepressivum vorgehen (Beispiele: Amitriptylin, Doxepin, Mirtazapin, Maprotilin usw.). Will man das aus bestimmten Gründen vermeiden, muss man das nicht-beruhigende Antidepressivum durch ein sedierendes Präparat unterstützen. Das kann ein beruhigendes Neuroleptikum sein (in der Regel ein niederpotentes Antipsychotikum) oder ein Beruhigungsmittel vom Typ der Benzodiazepine (Fachausdruck: Tranquilizer).

Das Gleiche gilt für starke **Schlafstörungen**. Hier kann man es erst einmal mit einem beruhigenden Antidepressivum mit Hauptdosis zur Nacht versuchen, ggf. ergänzt durch ein niederpotentes Neuroleptikum oder einen Benzodiazepin-Tranquilizer (siehe oben). Oder mit einem zusätzlichen Schlafmittel der neuen Generation (z. B. Zolpidem, Zopiclon).

Hilfreich ist auch das Antidepressivum Trimipramin mit tiefschlafverlängernder Wirkung, das man bei starken Schlafstörungen gerne zusätzlich gibt (wenngleich bei weitem nicht so hochdosiert, wie wenn man es als alleiniges Antidepressivum einsetzt).

Und wenn sich ein **depressiver Wahn** abzeichnet, der durch das Antidepressivum allein nicht zurückgedrängt werden kann, dann ist ein zusätzliches Neuroleptikum nicht zu umgehen (heute vor allem eines der neuen, atypischen Neuroleptika mit weniger Nebenwirkungen, wie sie die ältere Generation dieser Medikamente auslösen kann).

Bei **manisch-depressiven Erkrankungen**, heute als bipolare affektive Störung bezeichnet, gibt man gerne die selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer, um die Gefahr eines Umschlagens in die manische Hochstimmung zu reduzieren. Darüber hinaus kann sich zur Rückfall-Vorbeugung der Einsatz eines Rezidiv-Prophylaktikums (siehe später) wie Lithium, Carbamazepin oder Valproinsäure empfehlen (englischer Fachausdruck: „mood stabilizer“).

Will man bei den früheren **neurotischen Depressionen** (heute als Dysthymien bezeichnet) zur Psycho- und Soziotherapie auch medikamentös vorgehen, empfehlen die Psychiater gerne den MAO-A-Hemmer (Moclobemid) bzw. die selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (siehe oben).

Spricht der Patient auf das erste Antidepressivum trotz adäquater Dosierung und genügend langer Therapiedauer nicht an, empfiehlt sich ein anderes Antidepressivum, das dann auch auf einer anderen pharmakologischen Wirkungsschiene läuft (siehe oben: Serotonin, Noradrenalin, Monoaminoxidase u. a.). Darüber hinaus gibt es eine Reihe weiterer Therapie-Strategien unter dem Stichwort: **therapieresistente und damit chronifizierungsgefährdete Depressionen**, die dann aber grundsätzlich eine psychiatrische Mitbetreuung erfordern.

Die **Dosierung des Antidepressivums** erfolgt in der Regel einschleichend, besonders bei den älteren und damit auch stärker nebenwirkungsbelasteten Antidepressiva. Bei den neueren Produkten ist dies nicht notwendig, auch wenn man dort nicht sofort auf die volle Dosis gehen sollte.

Manchmal müssen sich die niedergelassenen Ärzte erst einmal mit niedrigeren Dosen „einschleichen“, denn der Patient steht ja - im Gegensatz zur klinischen Behandlung - noch im vollen Alltag, ggf. sogar im Berufsleben. Geringere Dosierung heißt aber in der Regel auch geringere Wirkung. Dem sollte man sich schon bewusst sein. Deshalb ist es günstiger, nach einiger Zeit der Gewöhnung die jeweils volle Dosis zu probieren, auch bei ambulant betreuten Patienten.

Bei älteren Depressiven kann sich allerdings aus Verträglichkeitsgründen eine niedrigere Dosierung empfehlen, vor allem bei der früheren Generation der Antidepressiva. Doch auch hier gilt es die individuelle Belastungsgrenze auszuloten (Stichwort: „geriatrische Unterdosierung“ vermeiden).

Die antidepressive Behandlung muss vor allem **lange genug** durchgeführt werden, d. h. länger als die meisten Patienten tolerieren wollen. Das fängt schon damit an, dass man etwa ein bis drei Wochen warten muss, bis man beurteilen kann, ob das jeweilige Antidepressivum „greift“ oder nicht.

Danach gilt es eine sogenannte **Erhaltungstherapie** weiterzuführen. Das sind in der Regel vier bis sechs Monate, wobei das Doppelte nicht ungewöhnlich wäre, vor allem in schweren Fällen und im höheren Lebensalter. Wer vor dieser Zeit „ausschleicht“ oder gar abrupt absetzt, muss mit erhöhter Rückfallgefahr rechnen, besonders unter Stress oder Mehrfach-Belastungen.

RÜCKFALL-VORBEUGUNG

Nur wenige depressive Zustände treten lediglich einmal im Leben auf. Die Mehrzahl der Betroffenen muss mit Rückfällen rechnen, im Extremfall sogar mehrfach pro Jahr. Bei den sogenannten „schnellen Phasenwechslern“ (Fachausdruck: rapid-cycling), ist dies sogar mehrfach pro Woche, manchmal sogar pro Tag eine kurze depressive und danach manische Hochstimmung möglich.

Die Frage, wann man mit einer sogenannten **Rückfall-Vorbeugung** (Fachausdruck: Rezidiv-Prophylaxe) eingreifen sollte, ist erst einmal individuell zu klären. So können bei zuverlässiger Medikamenten-Einnahme zwei Drittel mit einem befriedigendem Rückfallschutz rechnen; und beim letzten Drittel wird zumindest deutlich, dass sich die Intensität depressiver und manischer Zustände abschwächt. Nur relativ wenige Patienten gehören nach Ausschöpfung aller Rückfallvorbeugungs-Möglichkeiten zu den unbeeinflussbaren, d. h. therapie-resistenten Patienten.

Das Problem aber ist die Einnahme, und zwar nicht nur die zuverlässige, sondern auch lebensbegleitende, oder kurz: am günstigsten lebenslang. Das geht zwar vielen Patienten mit Zuckerkrankheit, Bluthochdruck, Epilepsie u. a. nicht anders, wird aber bei Arzneimitteln mit Wirkung auf das Seelenleben besonders negativ empfunden. Wer sich also hier schwer tut und mit mangelnder Einnahmezuvverlässigkeit (Fachausdruck: Non-Compliance) reagieren könnte, sollte es lieber bleiben lassen. Denn der dann zu erwartende Misserfolg wird nicht der eigenen Unzuverlässigkeit, sondern dem Medikament zugeschrieben - zu Unrecht. Und was noch schlimmer ist: Wer absetzt oder auch nur zu schnell ausschleicht, muss mit hoher Wahrscheinlichkeit mit einem Rückfall rechnen.

Was sagen nun die Fachleute, wann ist für sie eine Rückfall-Vorbeugung angebracht? Die Indikation (Heilanzeigen) für eine solche prophylaktische (vorbeugende) medikamentöse Langzeit(!)therapie besteht dann, wenn bereits drei depressive Episoden oder innerhalb der letzten fünf Jahre zwei depressive Episoden und zusätzliche Risikofaktoren auftraten. Risikofaktoren können seelischer (Erbanlage, Disposition, Wesensart), körperlicher (Erkrankungen,

Unfälle, Operationen, ja sogar Schwangerschaften) und psychosozialer Natur sein (Belastungen aller Art, seien sie partnerschaftlich, familiär, nachbarschaftlich und vor allem beruflich).

- Eine solche Rückfall-Vorbeugung wird bei ausschließlichen depressiven Zuständen entweder mit einem Antidepressivum in mittlerer Dosierung durchgeführt oder mit einem sogenannten Rezidiv-Prophylaktikum wie Lithium, Carbamazepin oder Valproinsäure.
- Handelt es sich um depressive Zustände, die mit manischen Episoden abwechseln, gleichgültig, ob regelmäßig oder unregelmäßig, dann werden die erwähnten Rezidiv-Prophylaktika in Erwägung gezogen.

Einzelheiten dazu siehe die entsprechenden Kapitel über die Depressionen bzw. die spezifischen Arzneimittel. Wichtig ist auf jeden Fall eine regelmäßige Blutspiegel(Serumspiegel-)Kontrolle, bei der ganz bestimmte Werte eingehalten werden sollten. Denn wenn man darüber liegt, drohen unnötige Nebenwirkungen, wenn nicht gar Vergiftungserscheinungen, und darunter ist die vorbeugende Wirkung in Frage gestellt.

PSYCHOTHERAPEUTISCHE LANGZEITBETREUUNG

Selbstverständlich ist es mit einer reinen Pharmakotherapie nicht getan. Ein optimaler Gesamt-Behandlungsplan setzt sich - wie erwähnt - aus Pharmakotherapie, psychotherapeutischer Betreuung sowie soziotherapeutischen Korrekturen und Hilfen zusammen.

Nach der Genesung (Fachausdruck: Remission) wird zwar bei einem Patienten mit medikamentöser Langzeit-Betreuung (siehe oben) ohne besondere Probleme oder Belastungen eine längerfristige Psychotherapie nicht nötig sein, doch können gelegentliche Vorsprachen beim Hausarzt bzw. Psychiater oder Nervenarzt nicht schaden. Hier hat sich dann auch bewährt, den Partner oder die Eltern bzw. bei älteren Depressiven die betreuenden Söhne oder Töchter mit einzubeziehen.

Zeichnet sich ein intensiverer Betreuungsbedarf ab, pflegt bei den meisten Depressionen eine stützende Gesprächstherapie auszureichen. Spezielle Psychotherapieverfahren wie Verhaltenstherapie und psychoanalytische Therapie kommen dann in Betracht, wenn psychosoziale Aspekte die Erkrankung erkennbar auslösen oder unterhalten. Auch wenn der Patient eine medikamentöse Langzeittherapie ablehnt, aus welchen Gründen auch immer, ist - zumindest bei leichten bis mittelgradigen Depressionen - ersatzweise eine alleinige psychotherapeutische Behandlung nicht nur sinnvoll, sondern unerlässlich, muss sie doch die gesamte Last der Rückfall-Vorbeugung tragen. Hier empfehlen sich bestimmte verhaltenstherapeutische Verfahren, mit denen man in letzter Zeit besonders gute Erfahrung gemacht hat.

WEITERE BEHANDLUNGSMÖGLICHKEITEN

Neben der Psycho-, Sozio- und Pharmakotherapie stehen noch eine Reihe weiterer Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung wie Schlafentzug, Lichttherapie, Elektrokrampfbehandlung (EKT) sowie physikalische Behandlungsmaßnahmen (z. B. Massage, Kneipp'sche Anwendungen, Medizinische Bäder). Nicht zu vergessen sogenannte roborierende (stärkende) Maßnahmen wie Bürstenmassagen, Wechselduschen, der tägliche Gesundheitsmarsch bei Tageslicht sowie Entspannungsverfahren (Autogenes Training, Yoga, Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson, die man allerdings erlernt haben muss, bevor es einem schlecht geht, um sie dann im Bedarfsfalle voll nutzen zu können).

SCHLUSSFOLGERUNG

Depressionen nehmen zu. Man vermutet, dass jeder zehnte bis vierte Patient eines Hausarztes (Allgemeinmedizin, hausärztlich tätiger Internist) mindestens einmal in seinem Leben an einer Depression zu leiden hat. Das ist an sich schon eine stattlich Zahl. Geradezu tragisch aber wird die Erkenntnis verschiedener Untersuchungen, dass bis zur Hälfte dieser Patienten nicht als depressiv erkannt und von dieser reduzierten Gruppe wiederum nicht einmal die Hälfte gezielt antidepressiv behandelt wird.

Wenn man dazu noch die nicht fassbare Zahl jener Betroffenen nimmt, die gar nicht ihren Hausarzt aufsuchen (und damit nicht in die Statistik eingehen), dann scheint sich das Phänomen „Depression“ tatsächlich den Dimensionen einer Volkskrankheit zu nähern.

Deshalb ist es so wichtig, dass sich auch „Nicht-Betroffene“, also Laien und zwar nicht nur Angehörige, sondern auch Freunde, Nachbarn, Berufskollegen u. a. mit diesem Thema beschäftigen. Denn die Depressiven selber sind oftmals gar nicht in der Lage, ihr Leiden als solches zu erkennen, vor allem aber anzuerkennen und schließlich die richtigen Schritte einzuleiten.

Daher auch die große Zahl entsprechender Beiträge in diesem Internet-Angebot, wobei vor allem auf die dreiteilige Depressions-Serie verwiesen werden soll.

LITERATUR

Umfangreiche Fachliteratur, inzwischen auch zahlreiche allgemein verständliche Sachbücher aus Expertenhand. Einzelheiten siehe die Literaturverzeichnis.

nisse der entsprechenden Kapitel in dieser Serie. Nachfolgend nur eine Übersichts-Auswahl, zumeist allgemein-verständlich:

Faust, V.: Psychopharmaka. Arzneimittel mit Wirkung auf das Seelenleben. Trias-Verlag, Stuttgart 1994

Faust, V.: Medikamente und Psyche. Eine allgemein-verständliche Einführung zu Möglichkeiten, Grenzen und Gefahren von Neuroleptika, Antidepressiva, Beruhigungsmitteln und Lithiumsalzen. Wiss. Verlagsges., Stuttgart 1995

Faust, V.: Manie. Eine allgemein-verständliche Einführung in Diagnose, Therapie und Prophylaxe der krankhaften Hochstimmung. Enke-Verlag, Stuttgart 1997

Faust, V.: Schwermut. Depressionen erkennen und verstehen, betreuen, behandeln und verhindern. S. Hirzel-Verlag, Stuttgart-Leipzig 1999

Faust, V.: Pflanzenheilmittel und seelische Störungen. Wiss. Verlagsges., Stuttgart 2000

Möller, H.-J. (Hrsg.): Therapie psychiatrischer Erkrankungen. Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 2000

Weltgesundheitsorganisation (WHO): Internationale Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10. Verlag Hans Huber, Bern-Göttingen-Toronto 1999