

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

VOLKSKRANKHEIT DEPRESSION

Aktueller Wissensstand

Depressionen sind so alt wie die Menschheit, nehmen aber offenbar kontinuierlich zu. Dabei stellt sich eine Reihe von Fragen, die die psychiatrischen Experten zu erforschen und mit konkreten Hilfen zu beantworten suchen. Nachfolgend eine kurz gefasste Übersicht zum aktuellen Wissensstand der „Volkskrankheit Depressionen“, wie sie inzwischen genannt wird zu den Themen: Häufigkeit, Alter, Verbreitung, insbesondere was soziale Aspekte, regionale Unterschiede, volkswirtschaftliche Konsequenzen, die Gefahr der Invalidität, vor allem aber Depression und Arbeitswelt u. a. anbelangt.

Was wurde bisher erreicht, was Vorbeugungs-, Diagnose-, Therapie- und Rehabilitations-Programme oder -Projekte anbelangt (Stichworte: Kompetenznetze, Bündnisse, Kampagnen gegen Depressionen)? Wie steht es mit den Möglichkeiten, Grenzen oder gar Gefahren spezifischer Behandlungsformen: psycho-, sozio- und pharmakotherapeutisch? Was bieten spezialisierte Depressions-Stationen und Tageskliniken? Welche antidepressiven Medikamente werden heute bevorzugt, vor allem was Verträglichkeit, d. h. Nebenwirkungen, Wechselwirkungen und Therapie-Resistenz anbelangt? Spielt die körperliche Aktivität tatsächlich eine so bedeutsame Rolle und wenn ja, in welcher Form? Und schließlich ein Symptom, was in der Regel schamhaft verschwiegen wird, aber erhebliche zwischenmenschliche Folgen haben kann: Depressionen und sexuelle Funktionsstörungen – und zwar sowohl krankheits- als auch arzneimittel-bedingt.

Erwähnte Fachbegriffe:

Depressionen – Depressions-Häufigkeit – Depressions-Alter – Depressions-Verbreitung – Depressions-Folgen – Depressions-Behandlung – Depressions-Geschlecht – Kinder-Depression – Jugend-Depression – Erwachsenen-Depression – Frauen-Depression – Männer-Depression – Krankheits-Last – Burden of Disease – Global Burden of Disease – Suizidgefahr – Depressi-

ons-Diagnose – Depressions-Beschwerdebild – Arbeitslosigkeit und Depression – Einkommen und Depression – Familienstand und Depression – allein-erziehende Eltern und Depression – allein-erziehende Mutter und Depression – allein-erziehender Vater und Depression – Partnerschaft und Depression – Armut und Depression – Ost-West-Unterschied und Depression – Sozialisierung und Depression – Krankenkassen-Daten und Depression – volkswirtschaftliche Konsequenzen und Depression – Depressions-Kosten – Produktions-Ausfall und Depression – Gesundheits-System und Depression – Arbeitgeber und Depression – Arbeitnehmer und Depression – Arbeitsunfähigkeits-Tage und Depression – Erwerbsunfähigkeits-Rente und Depression – körperliche Krankheit und Depression – depressive Hoch-Risikogruppen – Risikofaktoren und Depression – depressive Warn-Symptome – Invalidität und Depression – Früh-Berentung und Depression – Renten-Bezug und Depression – Wiedereingliederung nach Depression – Stress und Depression – Arbeits-Stress und Depression – Zeitdruck und Depression – Belohnung und Depression – emotionale Anerkennung und Depression – Burnout und Depression – Arbeitsplatz-Atmosphäre und Depression – Lärm-Belästigung und Depression – betriebliche Anerkennung und Depression – Arbeitsplatz-Unsicherheit und Depression – Stress-Spirale und Depression – Erschöpfungs-Zustand und Depression – Depression und Angststörung – Depression und Somatisierungsstörung – Depression und vegetative Labilität – Kompetenz-Netz gegen Depression und Suizidalität – Öffentlichkeitskampagnen gegen Depressionen – Deutsches Bündnis gegen Depressionen – European-Alliance-Against-Depression – Depression in der Arztpraxis – Depressions-Diagnose – Depressions-Akzeptanz – Compliance – Therapietreue – Einnahmezuverlässigkeit – Psychotherapie der Depressionen – Selbsthilfegruppen – Psychoedukation – Tagesklinik und Depression – Depressions-Spezialstation – Depressions-Station – Antidepressiva – Phasenprophylaktika – Stimmungs-Stabilisierer – trizyklische Antidepressiva – tetrazyklische Antidepressiva – Mono-Amino-Oxidase-Hemmer (MAOI) – Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (SSRI) – Serotonin- und Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer (SNRI) – Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer (NRI) – Medikamenten-Verträglichkeit – Nebenwirkungen – Begleiterscheinungen – Therapie-Resistenz – Lithium – Valproinsäure – Carbamazepin – Lamotrigin – körperliche Aktivität gegen Depressionen – Sport gegen Depressionen – sportliche Vorbeugung gegen Depressionen – Depressionen und sexuelle Funktionsstörungen – Antidepressiva-Nebenwirkungen und sexuelle Funktionsstörungen – Depression und Sexualität – u.a.m.

Depressionen sind so alt wie die Menschheit. Schon das Alte Testament kennt klassische Beispiele – bis hin zum Suizid (z. B. König Saul). Aber noch keine Generation hat sich so intensiv mit der Schwermut, der Melancholie, den Depressionen bzw. – wie man es heute nennt – den affektiven Störungen beschäftigt wie wir. Warum?

Depressionen nehmen zu – real oder weil wir sie schneller und gezielter erkennen, behandeln, ja verhindern können. Und weil sie uns wahrscheinlich die meiste Angst einjagen – mit Recht. Depressionen gehören nicht nur zu den quälendsten, sondern auch gefürchtetsten seelischen Krankheiten, wahrscheinlich sogar Erkrankungen generell, seelisch, psychosomatisch, psychosozial, körperlich.

Kein Wunder, dass die Depressionen inzwischen auch die Wissenschaft beschäftigen, vor allem die Psychiatrie, die alte Seelenheilkunde. Zunehmend aber auch in der Psychologie, ja in der Soziologie, der Wissenschaft von der Gesellschaft und damit aus wirtschaftlicher, finanzieller, pädagogischer Sicht. Bezeichnend ist auch das steigende Interesse aus allen Blickrichtungen, einschließlich Kunst, Literatur, Politik und sogar Sport. Depressionen irritieren und faszinieren – und weiten sich aus, das ist wohl die alarmierendste Nachricht.

Nachfolgend deshalb eine Übersicht, wie sie anlässlich des offiziellen Gedenktages für Depressionen in Europa, dem europäischen Depressions-Tag (EDD) in Hannover, vorgestellt und in der Fachzeitschrift *Psychiatrische Praxis* vom September 2007 zusammengefasst wurde. Im Einzelnen:

HÄUFIGKEIT – ALTER – VERBREITUNG – FOLGEN – BEHANDLUNG

Depressionen enthalten alles, was nicht nur die Menschen in Angst und Schrecken versetzen kann, auch Gesellschaft, Wirtschaft, Politik fühlen sich plötzlich verstärkt eingebunden und in der Pflicht. Warum?

Depressionen werden in zunehmendem Maße als folgenreiche Erkrankung und Belastung für die Volksgesundheit in den (nicht nur westlichen) Industrienationen erkannt. Sie sind weit verbreitet, nehmen ständig zu, bedrohen mit einer hohen Rückfallrate und belasten mit verminderter Leistungsfähigkeit und erheblich verschlechterter Lebensqualität.

Und nicht nur das: Depressionen beeinträchtigen nicht nur auf seelischem, psychosozialem und psychosomatischem Gebiet (psychosomatisch: seelische Störungen äußern sich auch körperlich, dann meist ohne organischen Befund), nein, Depressionen gehen auch mit einer deutlichen psychischen und somatischen Ko-Morbidität einher, d. h. hier kommt eine Krankheit zur anderen, und zwar sowohl seelisch als auch körperlich. Kein Wunder, dass auch mit erhöhter und vor allem frühzeitiger Mortalität (Sterblichkeitsziffer) zu rechnen ist. Und das nicht nur wegen einer ohnehin erschreckend hohen Suizid-Gefahr (die meisten Selbsttötungen gehen auf Depressionen zurück), sondern auch durch das, was man „natürliche Ursachen“ nennt (Einzelheiten später).

Depressionen sind in den Industrie-Nationen auch die Haupt-Ursache für Behinderungen aller Art. Nach Herz- und Gefäßkrankheiten entfällt auf sie in den wohlhabenden Staaten der größte Anteil dessen, was die Wissenschaftler „Burden of Disease“ nennen, also „Krankheits-Last“ generell. Was heißt das konkret? Nachfolgend eine komprimierte Übersicht, wie sie die Drs. Anke Bramesfeld und F. W. Schwartz von der Abteilung für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung der Medizinischen Hochschule Hannover in der Psychiatrischen Praxis S 3/2007 zusammenfassen:

Jeder Zehnte?

Nach Angaben des Bundesgesundheits surveys wurden im Jahr 1998/99 in Deutschland innerhalb eines Jahres 11% der hiesigen Bevölkerung im Alter von 18 bis 65 Jahren von einer Depression heimgesucht. Frauen doppelt so häufig wie Männer. Daran hat sich nichts Wesentliches geändert. Vor allem: Mehr als ein Drittel der Betroffenen leidet bereits zum wiederholten Male an einer depressiven Episode, 40% an einer Dysthymie (leichteren, aber langfristigen depressiven Verstimmung). Das heißt, für mindestens die Hälfte der Bundesbürger, die von einer Depression betroffen sind, handelt es sich um eine wiederholte oder gar chronische, d. h. unter Umständen lebenslange Belastung.

Während Kinder (noch?) sehr selten erkranken, obgleich es natürlich auch Depressionen im Kindes- und vor allem Jugendalter gibt (siehe das spezielle Kapitel in dieser Serie), steigt die Prävalenz (Häufigkeit) depressiver Störungen ab der Pubertät deutlich an. Doch die meisten depressiv Erkrankten finden sich im mittleren Erwachsenenalter. Das überrascht, denn eigentlich glauben die meisten einen Erkrankungsgipfel im höheren Lebensalter zu registrieren. Doch im Rentenalter geht die Häufigkeit wieder zurück. Das heißt: Die besten Jahre sind in diesem Fall wahrhaftig nicht die besten.

Mehr Depressionen im höheren Lebensalter?

Nun gibt es aber für diese Erkenntnis Ausnahmen, die jedoch einer besonderen Prüfung bedürfen: In der Analyse von bestimmten Krankenkassen-Daten findet sich nämlich in den Altersgruppen 70 bis über 90 eine zunehmende Häufigkeit der ambulant gestellten Diagnose „Depression“. Im Jahre 2004 waren das fast ein Viertel der erfassten 80-jährigen und älteren Frauen und rund jeder zehnte Mann im gleichen Alter. Das wäre natürlich deutlich mehr als in den mittleren Lebensjahren. Doch die Experten winken ab. Ambulant heißt ja in der Praxis, zumeist wohl des Hausarztes. Eine solche Depression kann also nicht so schwer und riskant (Suizidgefahr!) sein, dass sie stationär behandlungsbedürftig wäre. Deshalb nennt man so etwas auch „subklinisch“, d. h. letztlich grenzwertig, unter dem üblichen Leidens-Niveau liegend, was eine

Depressions-Diagnose ansonsten rechtfertigt. Dass es den Betroffenen trotzdem nicht gut geht, ist ein anderes Thema.

Wissenschaftlich gesehen muss man aber schon bestimmte Kriterien, also kennzeichnende Merkmale für eine objektivierbare Depression zugrunde legen. Und dies hat im höheren Alter seine eigenen Schwierigkeiten, auf die hier nicht näher eingegangen werden kann. Auf jeden Fall sind die Experten der Meinung, dass es sich auch um so genannte falsch positiv diagnostizierte Depressionen gehandelt haben könnte, zumindest in der hausärztlichen Praxis (wo die Psychiater mit ihren eigenen Diagnose-Bedingungen rund 11% Depressionen feststellen).

Umgekehrt aber gibt es immer mehr Hochbetagte, und hier liegt die Depressions-Rate vor allem in den Heimen deutlich höher, weshalb sich die Experten letztlich zurückhalten, was den „Sonderfall des depressiven Mitbürgers im dritten oder gar vierten Lebensalter“ anbelangt, wie man dies im Rahmen der wachsenden Lebenserwartung heute nennt. Es herrscht also noch Forschungsbedarf.

Soziale Aspekte

Auch die Arbeitslosigkeit ist in aller Munde. Deshalb stellt sich die Frage: Kann Arbeitslosigkeit zu einer Depression beitragen?

In der Tat haben arbeitslose Menschen in Deutschland ein etwa doppelt so hohes Risiko an einer Depression zu erkranken wie der Durchschnitt. Auch soll das Risiko für Mitbürger mit geringerem Einkommen erhöht sein. Auch hier muss noch weiter untersucht werden.

Viel zu wenig Beachtung haben aber bisher der Familienstand, ja, sogar die Elternschaft gefunden: So haben allein erziehende Eltern zwischen 18 und 49 Jahren ein doppelt so hohes Depressions-Risiko wie Eltern in Partnerschaft oder Singles ohne Kinder.

Besonders dramatisch sind die Verhältnisse für arbeitslose Mütter und Väter. Sie haben im Vergleich zu vollbeschäftigten Eltern ein um das 4-fache erhöhte Depressions-Risiko. Und jene, die teilzeit-beschäftigt oder nicht im Erwerbsleben stehen, sind immer noch um das doppelte höher gefährdet als Vollbeschäftigte.

Dagegen ist das Risiko für kinderlose Mitbürger in vergleichbarer Arbeitssituation nicht erhöht, jedenfalls nicht signifikant, d. h. statistisch gesichert.

Fazit: Diese Befunde weisen nicht nur auf den Zusammenhang von Depression und sozialer Ungleichheit hin, sondern auch auf die größere psychische

Vulnerabilität, d. h. seelische und psychosoziale Verwundbarkeit jener Eltern, deren Alltagssituation sich durch Fehlen der Arbeit (und damit Einkommen) oder fehlende Partnerschaft verschärft (was in Deutschland ebenfalls mit einem relevanten Armuts-Risiko verbunden ist).

Regionale Unterschiede

Interessanterweise finden sich in einer so wohlhabenden und letztlich sozial abgesicherten Nation wie Deutschland auch regionale Unterschiede mit offensichtlich psychosozialen Hintergrund. Dabei gilt es auch einige Überraschungen hinzunehmen, jedenfalls hätte man sich derlei vielleicht auch anders vorgestellt:

Sowohl in dem erwähnten Bundesgesundheitsurvey (1998) als auch in den ambulanten Krankenkassen-Daten für das Jahr 2004 finden sich depressive Störungen bzw. ambulante Depressions-Diagnosen in den neuen(!) Bundesländern deutlich seltener, d. h. um 40% niedriger als in den alten.

Einzelheiten, insbesondere detaillierte Erklärungs-Ansätze würden hier zu weit führen, doch zeigt sich dieser interessante Ost-/West-Unterschied nicht nur in der Depressions-Häufigkeit, sondern auch in anderen epidemiologischen Daten zu Häufigkeit und Einfluss bestimmter Aspekte in gesellschaftlicher, gesundheitlicher u. a. Sicht.

Hier diskutieren die Experten vor allem (politisch) unterschiedliche Sozialisierungs-Folgen, also was den Prozess der Einordnung des Einzelnen in die jeweilige Gesellschaftsstruktur angeht.

Wie steht es mit rascher Diagnose und Therapie?

Wenn schon so viele Menschen von einer ernsten, vor allem quälenden Schwermut heimgesucht werden, haben sie dann auch die Möglichkeit einer raschen Diagnose und gezielten Therapie? Und – auch wenn es sonderbar klingt – merken sie auch, dass sie eine Depression haben? Und wenn ja, nutzen sie die bestehenden Möglichkeiten?

Hier spielen viele Faktoren mit herein, auf die hier nicht näher eingegangen werden kann. Eines aber steht fest: Nur die Hälfte aller Betroffenen (in einigen mitteleuropäischen Nationen sind es sogar noch weniger als bei uns), also nur die Hälfte aller Depressiven bekommt eine so genannte professionelle Behandlung auf Grund ihrer psychischen Probleme. Das geht aus einer Reihe von Untersuchungen mit ganz unterschiedlichem Ansatz hervor.

Grundlage der ärztlichen Behandlung ist der Hausarzt, der in einer begrenzten Zahl der Fälle an den Facharzt, also Psychiater und Nervenarzt überweist

(dieser Prozentsatz ist offenbar nicht ganz einfach herauszurechnen, weshalb hier auf entsprechende Prozent-Angaben verzichtet wird). Fast zwei Drittel erhalten Medikamente, also Antidepressiva mit stimmungsaufhellender Wirkung, rund jeder vierte Depressive eine Psychotherapie, also Behandlung mit seelischen Mitteln.

Entsprechende Krankenkassen-Daten weisen darauf hin, dass jeder zweite der ambulant versorgten Depressiven eine Psycho- und/oder Pharmakotherapie verschrieben bekomme. Über die Dosierung und durchschnittliche Länge der Behandlung gibt es keine ausreichenden Daten.

Im Querschnitt zeigt sich allerdings, dass vor allem junge und alte Patienten deutlich niedrigere Behandlungs-Raten aufweisen. Diese erstaunliche Erkenntnis mag bei Kindern und Jugendlichen nachvollziehbar sein, vor allem was Medikamente anbelangt. Doch dort ist auch die Psychotherapie-Quote bedenklich gering. Das sollte zu denken geben, mahnen die Experten A. Bramesfeld und F.W. Schwartz von der Medizinischen Hochschule Hannover.

Noch weniger nachvollziehbar sind die erheblich niedrigeren Therapie-Raten der älteren Depressiven. Sie erhalten nur in etwa einem Drittel der Fälle eine adäquate Antidepressiva-Medikation. Kommen sie dafür eher in den Genuss einer Psychotherapie? Das schwer vermittelbare Ergebnis:

Männer wie Frauen jenseits des 60. Lebensjahres mit einer Depression bekommen praktisch keine Psychotherapie mehr verordnet, obgleich ansonsten gerade in Deutschland hier nicht gespart wird. Ältere Depressive scheinen aber aus diesem Raster herauszufallen, man konzentriert sich auf die mittleren Lebensjahre.

Spielen hier finanzielle Überlegungen eine Rolle? Das leitet zum nächsten Kapitel über, nämlich

Volkswirtschaftliche Konsequenzen

Die direkten jährlichen Kosten einer Depressions-Behandlung liegen in etwas im Größenbereich anderer Volkskrankheiten, und die sind bekanntlich teuer (die erwähnte „Krankheits-Last“ für die Allgemeinheit). Sie schwanken je nach Erhebung zwischen rund 2.000 und 4.000 Euro. So gesehen würde man meinen, dass sich gerade die Depressionen mit ihren volkswirtschaftlichen Konsequenzen einigermaßen in Grenzen halten, gemessen an den Ausgaben für andere Leiden mit deutlich höheren Kosten. Das ist aber nur die halbe Wahrheit. Denn gerade ausländische Studien weisen darauf hin, dass die meisten Kosten außerhalb des Gesundheits-Systems entstehen, beispielsweise durch Produktivitäts-Ausfall.

Tatsächlich haben Arbeitnehmer mit einer depressiven Störung etwa doppelt so viele Fehl-Tage wie nicht-depressive Mitbürger. Menschen, die an einer Dysthymie leiden (der erwähnten leichteren Dauer-Verstimmung), sind sogar mehr als drei Mal so häufig abwesend. Und schließlich: Die durch Depressionen bedingten Arbeitsunfähigkeits-Tage haben in Deutschland in den letzten Jahren kontinuierlich zugenommen. Im Jahre 2004 waren sie die häufigste Diagnose für eine Erwerbsunfähigkeits-Rente. Damit haben sie die Skelett-Erkrankungen (Wirbelsäule und Gelenke) von deren Spitzen-Position verdrängt.

Depressionen sind demnach ein volkswirtschaftlich ernsthafter Belastungsfaktor, der uns auch in Zukunft noch beschäftigen wird, wahrscheinlich mehr denn je.

Und wie geht es weiter?

Das wäre schon die Grundlage zum Thema: Perspektiven. Tatsächlich nimmt die Bedeutung von Depressionen ständig zu. Ob dies mit einer Häufigkeits-Zunahme dieser Erkrankung zusammen hängt, bleibt fraglich. Bedeutsam ist auch eine bevölkerungs-medizinische Verschiebung entsprechender Krankheits-Ursachen, und dies nicht zuletzt durch eine gestiegene Lebenserwartung. In kardio-vaskulärer Hinsicht (also Herz-Kreislauf-System) zeichnen sich erfreuliche Erfolge ab (dafür muss man mit mehr kognitiven Problemen im höheren Lebensalter rechnen, bis hin zum Stichwort: Alzheimer Demenz).

Doch auch die Depressionen könnte man bis zu einem gewissen Grade in den Griff bekommen, geben die Experten zu bedenken. Vor allem die generelle „Krankheits-Last“ sei um maximal die Hälfte reduzierbar. Das setzt allerdings eine optimierte Versorgung einschließlich Langzeittherapie voraus.

Voraussetzung hierfür wäre, dass mindestens zwei Drittel der depressiv erkrankten Mitbürger erfasst und nach professionellen Kriterien behandelt werden. Dabei ist die Akut-Therapie nur die eine Seite; danach muss eine Langzeit-Behandlung folgen, sei es mit Antidepressiva, Phasenprophylaktika (so genannte Stimmungs-Stabilisierer auf längere Frist) oder Psychotherapie.

Das Wunschziel aus wirtschaftlicher Sicht (Stichwort: Einspar-Potentiale) sind schnelle Erfassung und damit kürzere Krankheitsdauer, seltenere Krankenhaus-Aufenthalte sowie reduzierte Rückfallquote.

Das könnte die eine Seite sind. Die andere sind Gesundheitsförderung generell und gezielte Vorbeugung. Hier muss man sich vor allem auf so genannte Hoch-Risikogruppen konzentrieren, bei denen mehrere Risikofaktoren zusammen fallen. Und man sollte auf depressive Warn-Symptome achten und sie dann auch rechtzeitig in den Griff zu bringen versuchen (Stichwort: kognitive verhaltenstherapeutische Interventionen, niederschwellig angeboten und dafür

für die breite Masse zugänglich). Erfolgreiche Beispiele gibt es bereits, z. B. in den Niederlanden und in Australien.

Wem jetzt nicht gleich bestimmte Hoch-Risikogruppen einfallen, der blättere noch einmal zurück und stelle fest, dass er – rein statistisch gesehen – von solch besonders belasteten Mitmenschen gar nicht so selten umgeben ist. Da diese aber andere Sorgen zu haben scheinen, als sich um eine mögliche Depression im Vorfeld zu kümmern, könnte es sinnvoll sein, dass die Besser-Gestellten ihnen dezent entgegen kommen, unter die Arme greifen, unauffällige Hilfestellung leisten. Das wäre dann nicht nur ein volkswirtschaftlich sinnvoller Schritt, sondern auch eine menschliche Geste.

KÖNNEN DEPRESSIONEN INVALIDE MACHEN?

Psychische Krankheiten nehmen zu. Das war einer der ersten, einleitenden Kern-Sätze, die vor allem die Depressionen betreffen. Psychische Krankheiten im Allgemeinen und Depressionen im Speziellen haben auch wirtschaftliche Konsequenzen. Auch das wurde deutlich. Kann es aber soweit gehen, dass man durch seelische Erkrankungen invalide wird?

Tatsächlich ist der Anteil psychischer Leiden in den Verfahren zur Berentung auf Grund verminderter Erwerbsfähigkeit seit Jahren steigend. Andererseits aber scheint es doch so, als ob die Betroffenen immer früher erkannt und gezielter behandelt werden? Gleichwohl: Selbst moderne Behandlungsmaßnahmen können offenbar diesen Trend nicht beeinflussen. Was sagt also die Statistik zur Frage: Welche Depressiven werden so schwer und chronisch krank, dass es in einer Invalidität endet?

Darüber berichten in der *Psychiatrischen Praxis* S 3/2007 die Experten der Abteilung Klinische Psychiatrie und Psychotherapie der Medizinischen Hochschule Hannover, nämlich Dr. Felix Wedegärtner und Mitarbeiter sowie Nicola-Alexander Sittaro von der Hannover Rückversicherung AG. Sie schreiben:

Traditionell wurden psychische Erkrankungen lange Zeit nicht als größeres epidemiologisches Problem angesehen, da sie im Vergleich zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen, bösartigen Neubildungen und infektiösen Leiden mit geringerer Mortalität (Sterblichkeitszimmer) verbunden sind. Es war erstmals eine entsprechende Studie der Weltgesundheitsorganisation (WHO), die in ihre Berechnung auch die durch Krankheit verlorenen Lebensjahre einfließen ließ.

Damit verschiebt sich die bisher akzeptierte Krankheits-Last (wie erwähnt als internationaler Fachbegriff: Global Burden of Disease) ganz erheblich. Nämlich:

Depressionen werden bis 2030 die führende Ursache für die erwähnte Krankheits-Last in wohlhabenden Ländern sein. Und weltweit die zweitwichtigste Ursache, in Ländern mit mittlerem und geringem Pro-Kopf-Einkommen nur noch von HIV/AIDS und teilweise von perinatalen Krankheiten „um die Geburt herum“ und Todesfällen übertroffen.

Das wird sich auch in den sozialen Sicherungs-Systemen in ganz Europa niederschlagen. Wie schon erwähnt spielen dabei eine Reihe von Risikofaktoren eine Rolle wie Alter und Geschlecht, die soziale Situation, körperliche Erkrankungen und Behinderungen, wirtschaftliche Einflüsse und negative Lebensereignisse. Unabhängig vom Arbeitsstatus ist es vor allem das mittlere Erwachsenenalter, das mit den größten Problemen zu rechnen hat (während es jenseits des. 7. Lebensjahrzehnts wieder etwas entspannter zugeht).

Depressionen haben aber auf jeden Fall einen besonders schwerwiegenden Einfluss auf die Erwerbstätigkeit. Dies zum einen bei frühem Auftreten bzw. bei oft chronisch-rezidivierendem Verlauf mit Rückfällen.

Vorzeitige Berentung durch seelische Erkrankung?

Zwischen 1985 und 2005 hat sich der Anteil der psychischen Erkrankungen an den Ursachen für eine Früh-Berentung von 10,9 auf 32,5% nahezu verdreifacht. Dabei sind die beiden anderen großen Ursachen-Komplexe, nämlich Herz-Kreislauf und Muskel-Skelett-Erkrankungen deutlich zurückgegangen. Das geht zum Teil auf eine Veränderung der Erwerbstätigen-Struktur zurück (d. h. weniger harte „Knochenarbeit“, um es einmal volkstümlich auszudrücken), aber auch auf verbesserte Vorbeugungs- und Heilmaßnahmen. Im Bereich der seelischen Erkrankung ist diese Entwicklung allerdings enttäuschend, geben die Experten zu bedenken.

Bedeutungsvoll ist dabei noch die bittere Erkenntnis, dass Menschen, die auf Grund von psychischen Erkrankungen aus dem Erwerbsleben ausscheiden, im Durchschnitt deutlich jünger sind als anders Erkrankte. Damit ist nicht nur eine kürzere Erwerbstätigkeit und ein kürzerer Zeitraum zum Aufbau des eigenen Vermögens verbunden, sondern auch ein längerer Renten-Bezug, und dies oft noch unter deutlich schlechteren Bedingungen.

Das durchschnittliche Berentungs-Alter auf Grund psychischer Erkrankungen lag 2005 bei 47,2 Jahren (zum Vergleich: Herz-Kreislauf-Erkrankungen: 53,6 Jahre, die so genannten muskulo-skelettalen Erkrankungen, also von Muskulatur und Knochensystem: 53,3 Jahre). 2004 waren knapp die Hälfte jener Patienten, die auf Grund einer seelischen Erkrankung erstmals berentet wurden, jünger als 40 Jahre (und zwar sowohl Männer als auch Frauen).

Affektive Störungen besonders beteiligt

Der Anteil der depressiven Erkrankungen unter den Renten-Neuzugängen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit auf Grund psychischer Erkrankungen liegt derzeit bei über 30% (wobei bipolare affektive Erkrankungen, d. h. manisch-depressive Störungen nur einen geringen Anteil ausmachen). Depressionen und neurotische sowie Belastungsstörungen machen derzeit etwas mehr als die Hälfte aller Frühberentungen auf Grund psychischer Erkrankungen aus. Dabei überwiegen Frauen so deutlich, dass auch insgesamt mehr Frauen als Männer auf Grund seelischer Leiden frühberentet werden.

Nach diesen Störungen kommen Persönlichkeitsstörungen (mit immerhin auch 23%, hirnorganische Leiden (etwa 14%), Suchterkrankungen (rund 11%), schizophrene Psychosen (6%) sowie andere seelische Störungen (Rest).

Frauen sind – wie erwähnt – bei Depressionen und neurotischen Störungen häufiger betroffen, Männer überwiegen bei Suchterkrankungen, Schizophrenien und hirnorganischen Leiden.

Was hat auf einen Renten-Bezug Einfluss?

Eine exakte statistische Erfassung mit fundierten Schlussfolgerungen ist gerade bei den Renten-Verfahren äußerst schwierig. Auch gibt es dazu nicht allzu viele Untersuchungen, vor allem mit der gleichen und damit vergleichbaren Ausgangslage. So verwundert es nicht, dass oft widersprüchliche Ergebnisse irritieren. Was sich aber immer wieder zu finden scheint, ist folgende Erkenntnis:

Der Übergang in den Renten-Bezug scheint mehr oder weniger abzuhängen von

1. der Länge der depressiven Episode
2. dem Alter
3. dem männlichen Geschlecht und
4. dem Typ der Arbeit, vor allem ungelernt, spezialisiert u. ä.

Im Einzelnen, wie es die Experten der Medizinischen Hochschule Hannover und der Hannover Rückversicherung zur Diskussion stellen:

Die Wiedereingliederung (Fachbegriff: Re-Integration) am Arbeitsplatz ist – so die allseits akzeptierte Erkenntnis – umso schwieriger, je länger eine Arbeitsunfähigkeit andauert. Das findet sich sowohl im seelischen als auch körperlichen Krankheitsfall.

Es gibt aber auch Untersuchungen, die die Schwere der depressiven Episode, die Anzahl vorangegangener Depressionen und die Wechselwirkung verschiedener Erkrankungen (seelisch-körperlich) ohne Einfluss sahen. Das hat allerdings auch methodische Gründe, denn solche Statistiken gehen beispielsweise auf die Bescheinigung einer Arbeitsunfähigkeit zurück, und die muss mit der alten Erkenntnis fertig werden, dass Menschen in unterschiedlichen sozialen Situationen einen ganz unterschiedlichen Anreiz haben, eine solche Bescheinigung zu erlangen (Beispiel: Angestellte und Arbeitslose haben einen völlig anderen Bedarf als Selbstständige und im Haushalt tätige Menschen). Hier gibt es also noch Forschungsbedarf.

Interessant sind deshalb so genannte psychometrische Studien, in denen Persönlichkeits-Aspekte untersucht werden. Sie sind aber sehr selten und oft nicht vergleichbar. Bei eingeschränkter Vergleichbarkeit, so die Experten, scheinen jedoch „geringes Selbstbewusstsein“ bzw. der Grad der „Hoffnungslosigkeit“ die spätere Berentung entscheidend mit zu bestimmen.

Auf jeden Fall zeigt sich, dass man frühzeitig eingreifen sollte, wenn sich eine Depression nicht in absehbarer Zeit aufhellen will. Vor allem sollte man im Rahmen der Vielfalt depressiver Symptome jene herauszufinden und gezielt zu behandeln suchen, die in der Arbeitswelt eine Rolle spielen. Darauf soll im folgenden Beitrag gezielt eingegangen werden.

DEPRESSION UND ARBEITSWELT

In den 80-er Jahren des 20. Jahrhunderts hat sich die Arbeitsgesellschaft in den industrialisierten Ländern grundlegend gewandelt, beginnt Dr. Hans-Peter Unger von der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie der Asklepios-Klinik Harburg in Hamburg seinen Beitrag in der Psychiatrischen Praxis S 3/2007. Denn in einer Welt, in der scheinbar alles möglich ist und Flexibilität und Kommunikation die neuen Zauberwörter sind, kann nicht jeder mithalten. Und so steigt Mitte der 90-er Jahre in den hoch entwickelten Ländern Europas die Arbeitsunfähigkeit wegen psychischer Erkrankung ständig an, interessanter Weise bei rückläufigen Fehltagen.

Dies geht neben den Herz-Kreislauf- und Stoffwechsel-Erkrankungen vor allem auf depressive Störungen zurück, die auf der ganzen Welt eine der führenden Ursachen für Behinderungen und Frühberentung sind. Allerdings lässt sich das nicht auf einfache Erklärungs-Muster zurückführen. Denn das Verhältnis von Arbeitswelt und Depression ist komplex.

Neben der Familie ist die Arbeit jener Bereich im Leben, der von den meisten Menschen mit Selbstverwirklichung, Selbstbestätigung, Zufriedenheit und Si-

cherheit in Verbindung gebracht wird. Und so ist die Beziehung zwischen Arbeit und Depression immer doppeldeutig:

„Gute“ Arbeit ermöglicht soziale Kontakte, gibt Selbstvertrauen und Selbstwert und sichert die Tages- und Lebensstruktur. „Schlechte“ Arbeit kann aber auch krank machen. Und Arbeitslosigkeit ist einer von mehreren Risikofaktoren, und nicht der geringste, an einer Depression oder anderen psychischen Störung zu erkranken, gibt der Autor zu bedenken. Was heißt das konkret?

Stress und depressive Störung

„Stress“ ist zwar in aller Munde, letztlich aber ein recht unspezifischer und vor allem nicht klar definierter Begriff. Eines der ergiebigsten Stress-Modelle ermöglicht das Verständnis für die Wechselwirkungen zwischen Umwelt/Arbeitsplatz und Individuum. Dabei steht im Zentrum der Betrachtung ein subjektiver Bewertungsprozess, d. h. der Einzelne entscheidet auf der Grundlage seiner persönlichen Vor-Erfahrungen, Ressourcen (Hilfsmittel) und Bewältigungsmöglichkeiten, d. h. ob er ein Ereignis oder eine Situation für sich als belastend oder gar bedrohlich, als neutral oder sogar als positive Herausforderung einstuft.

In diesem Zusammenhang gibt es zwei interessante Modelle zum Arbeits-Stress, und zwar unabhängig von der Art des Berufes oder Arbeitsplatzes. Dort geht es beispielsweise um die psychischen Anforderungen unter qualitativer und quantitativer Sichtweise wie Arbeitsmenge, Zeitdruck, widersprüchliche Arbeitsanforderungen, aber auch die Zusammenarbeit mit Kollegen und Vorgesetzten.

Als gesundheits-belastender Stress-Faktor wird hier die Kombination aus niedrigem Entscheidungs-Spielraum und hohen Anforderungen gesehen. Bedeutsam ist zusätzlich der Faktor „soziale Unterstützung“, also wie andere Menschen auf die eigenen Bedürfnisse reagieren und eingehen und ob und wie ein Austausch über Probleme mit anderen möglich ist und damit ggf. Hilfe und Unterstützung von außen.

Ein anderes Modell läuft auf eine so genannte „Gratifikations-Krise“ hinaus. Das bezeichnet ein Ungleichgewicht zwischen geleisteter hoher Verausgabung/Leistung und nicht angemessener Belohnung. Letzteres bezieht sich dabei nicht nur auf die Bezahlung, sondern auch auf emotionale Anerkennung und Status, also die Stellung in der entsprechenden Rangordnung.

In beiden Modellen zum Arbeits-Stress fanden sich die entsprechenden Bestätigungen im negativen Fall, und zwar durch erhöhte kardiovaskuläre Mortalität (Tod durch Herz- und Kreislauferkrankung) sowie leichte bis mittelschwere depressive Störung.

Wer ist in der Arbeitswelt besonders bedroht?

Wenn man die entsprechende Welt-Literatur durchforstet, dann findet man als psychische Konsequenzen arbeitsplatz-bezogenen Stresses am häufigsten „Depression“ und „Burn-out“ genannt. Die meisten Untersuchungen beziehen sich auf die drei großen Berufsgruppen Fabrikarbeiter, Büroangestellte sowie Beschäftigte in helfenden oder sozialen Berufen wie Lehrer oder Mitarbeiter im Gesundheitswesen.

Obwohl diese drei Gruppen sich in ihren Arbeits-Anforderungen und -bedingungen deutlich unterscheiden, scheint doch das „soziale Umfeld“ am Arbeitsplatz am ehesten mit der Entstehung von Depression und Burnout in Verbindung zu stehen.

Besonders belastend sind in allen drei Gruppen konflikthafte Beziehungen zu Kollegen und Vorgesetzten sowie geringe soziale Unterstützung. Bei den helfenden Berufen treten entsprechende Stress-Faktoren durch ihre – zum Teil sicher schwierigen – Klienten/Patienten hinzu.

In einer japanischen Studie wurden speziell bei Arbeitern ungenügende Einflussmöglichkeiten auf die Arbeit, unpassende Arbeitsbedingungen und schlechte oder geringe soziale Beziehungen am Arbeitsplatz als depressiver Risikofaktor genannt. Außerdem wird eine komplexe, aber deutliche Beziehung zwischen Lärm-Belästigung am Arbeitsplatz und körperlichen so wie psychischen Symptomen beschrieben, was allerdings nicht jeden gleich trifft. Denn in einer amerikanischen Studie fand man, dass depressiv erkrankte Arbeiter, die trotz Erkrankung arbeitsfähig bleiben, sich von ihren depressiven arbeitsunfähigen Kollegen durch gute körperliche Gesundheit und ein höheres Ausbildungsniveau unterschieden.

Für Angestellte wurden in mehreren Studien folgende Risiko-Faktoren mit psychischen Gesundheitsstörungen in Verbindung gebracht: Zwischenmenschliche Konflikte am Arbeitsplatz, hohe Anforderungen im Job bei geringer sozialer Unterstützung, Veränderung eingespielter Arbeitsabläufe, Missverhältnis zwischen geforderter Arbeitsleistung und betrieblicher Anerkennung, Unsicherheit des Arbeitsplatzes, Rückstufung, aber auch schnelles Wachstum im Betrieb mit entsprechenden Anforderungen u. a.

Speziell bei Managern drohen depressive Reaktionen bei fehlender Entscheidungs-Autonomie, Doppel- bzw. Mehrdeutigkeit der eigenen Rolle permanenter Arbeitsbelastung.

Spielt dabei auch die Persönlichkeitsstruktur eine Rolle? Sicherlich, und zwar in beide Richtungen. Die jeweilige Wesensart kann sowohl ein unabhängiger Risikofaktor für Depression und Burnout werden, aber auch stress-neutralisierend und damit depressions- und burn-out-verhindernd wirken. Das zeigt sich

schon in der Auswahl des jeweiligen Jobs und am Schluss in den ge- oder misslungenen Bewältigungs-Strategien.

Affektive Störung und Arbeits-Produktivität

Es kam schon mehrfach zur Sprache: Arbeitsunfähigkeit auf Grund psychischer Belastungen/Störungen nimmt in den wirtschaftlich hoch entwickelten Ländern beständig zu. In den USA gehen die Kosten in die Milliarden, ein Drittel als direkte Behandlungskosten und zwei Drittel durch Arbeitsunfähigkeit und Produktivitätsverlust (drei Mal soviel wie bei nicht-depressiven Erkrankungen). Dabei sind die Kosten für die Berentung noch nicht einmal berücksichtigt.

Dabei erstaunt auf den ersten Blick (nicht hingegen bei längerem Nachdenken), dass die meisten Probleme nicht die Fehltage, sondern der Produktivitäts-Verlust trotz Anwesenheit am Arbeitsplatz ausmachen. Inzwischen gibt es bereits konkrete Bemühungen, diesem Dilemma direkt, d. h. am Arbeitsplatz selber konstruktiv und damit kosten-senkend zu begegnen.

Denn in einer weiteren Studie konnte man zeigen, dass depressiv erkrankte Arbeitnehmer gegenüber einer gesunden Kontrollgruppe in folgenden Bereichen eine deutlich herabgesetzte Leistungsfähigkeit zeigen: zwischenmenschliche Kontakte bzw. Aufgaben, zeit- und aufgaben-gerechte Fertigstellung der Arbeitsaufträge, sinnvolles Zeit-Management sowie körperliche Bewältigung der Arbeit. Es geht also vor allem um Einbußen in den Punkten „zeit-nah“, d. h. möglichst schnell und dabei ausreichend effektiv.

Was kann man tun?

Als erstes gilt es eine kausale Beziehung zwischen Stress am Arbeitsplatz und drohender Depression zu erkennen und dann auch konsequent zu neutralisieren. Primäre Interventionen beziehen sich also vor allem auf innerbetriebliche Organisationen und Strukturen, sekundär auf eine Verbesserung von Stress-Management und Stress-Bewältigung. Auf einer dritten Ebene sollten jene Arbeitnehmer identifiziert und unterstützt werden, die sich im Rahmen einer Stress- oder Erschöpfungs-Spirale befinden oder gar an einer eindeutigen Depression erkrankt sind.

Die Ergebnisse sind zum Teil sehr unterschiedlich, offensichtlich besteht noch Forschungsbedarf bei einer allerdings komplexen „Mensch-Betrieb-Konstellation“. Auch gibt es sicher einen Zwischenraum zwischen Gesundheit und eindeutiger körperlicher oder seelischer Erkrankung, und zwar mit eigenem Beschwerdebild wie Erschöpfung, Anspannung, Reizbarkeit, Apathie, Schlafstörungen, Gemütslabilität, Problem-Grübeln, Konzentrationsstörungen und einer

Reihe körperlicher Beschwerden, teils psychosomatisch interpretierbar, teils an eigenen Schwachpunkten ansetzend.

Andere erleiden klar definierte psychische Krankheiten wie Depression oder Angststörung, eine dritte Gruppe gerät in eine so genannte Somatisierungsstörung (früher als vegetative Labilität oder Dystonie bzw. auch „nur“ als Befindlichkeits-Störung abgetan). Das alles hängt von der jeweiligen Vulnerabilität (Verwundbarkeit, Anfälligkeit, Empfänglichkeit) für die erwähnten Leiden ab, seien sie seelischer oder körperlicher Natur oder gar von beiden Seiten unter Druck.

Gerade zur Frage Stress-Folgen oder Depression (wenn auch stress-induziert) sollte es öfter zur engen Zusammenarbeit zwischen Arbeitsmedizin und psychiatrischen bzw. psychosomatisch orientierten Experten kommen, um den psychosozialen Anforderungen der modernen Arbeitswelt gerechter zu werden. Wenn das funktioniert, kann man auch die Kosten senken – und das ist ja neben dem persönlichen Leid inzwischen der wichtigste Faktor im Geschäftsleben geworden.

PROGRAMME – PROJEKTE – BÜNDNISSE – KAMPAGNEN GEGEN DEPRESSION

Depressionen sind so als wie die Menschheit. Man kann es nicht oft genug betonen. Aber – und jetzt wird das Ganze dann doch brisant –, die große medizinische und gesundheitspolitische Bedeutung depressiver Erkrankungen wird erst in den letzten Jahren, bestenfalls zwei Jahrzehnten deutlich. Dabei weisen die aktuellen Daten aus den Gesundheitsberichten der Krankenkassen die psychischen Erkrankungen generell als inzwischen viert-häufigste Ursache für Krankheitstage aus. Betrachtet man die Arbeitsunfähigkeitstage genauer, steht die Diagnose „Depressive Episode“ neben allgemeinen Verletzungen und hinter Rückenschmerzen und akuten Atemwegsinfektionen an dritter Stelle.

Viele depressive Erkrankungen bleiben auch unerkannt, vor allem bei erstmaligem Auftreten. Ein großer Teil der Betroffenen kommt erst gar nicht mit dem dafür zuständigen Versorgungssystem in Kontakt. Gehen die Depressiven zum Hausarzt, dann wird die Diagnose häufig erschwert von einer Überlagerung des seelischen Leidensbildes durch körperliche Beschwerden wie Schlafstörungen, diffuse Schmerzen, Erschöpfungszustände u. a. Dies führt dazu, dass schätzungsweise nur jeder zweite depressive Patient in der hausärztlichen Praxis korrekt diagnostiziert wird. Und wird die Depression als solche erkannt, wird sie nicht immer nach den Regeln der ärztlichen Kunst behandelt, beginnen Prof. Dr. U. Hegerl und Frau Dr. Rita Schäfer von der Klinik und Poli-

klinik für Psychiatrie der Universität Leipzig ihren Beitrag in der Psychiatrischen Praxis S 3/2007.

Inzwischen gibt es eine Reihe von Pilotprojekten gegen die Depression. Eines der bekanntesten ist das „Nürnberger Bündnis gegen Depression“, ein vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördertes Kompetenznetz gegen Depression und Suizidalität (www.kompetenznetz-depression.de). Das Programm bietet mit vielerlei Anregungen, Beiträgen und konkreten Hilfen eine bessere Kooperation mit niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen und Hausärzten, eine gezielte Öffentlichkeitskampagne mit professionellem Public-Relation-Konzept, die Kooperation mit den unersetzlichen Multiplikatoren (Lehrer, Polizisten, Seelsorger, Beratungsstellen-Mitarbeiter, Altenpflegekräfte, Heilpraktiker und natürlich mit den Medien) sowie Angebote und Unterstützung für Betroffene und Angehörige.

Nachdem sich unbestreitbare Fortschritte objektivieren ließen (z. B. ein Rückgang der suizidalen Handlungen um über 19%, nach dem zweiten Jahr um 24%), bekundeten auch andere Regionen und Städte im In- und Ausland ihr Interesse an diesem Programm. Deshalb gründete sich Ende 2002 der überregionale Verein „Deutsches Bündnis gegen Depression e.V.“, der mit den Konzepten der Pilotstudie seine eigenen lokalen Aktivitäten starten konnte.

Inzwischen sind bereits 40 Bündnisse gegen Depression entstanden (weitere Partner in einigen deutschsprachigen Kantonen der Schweiz, z. B. Zug, Bern, ferner in Südtirol, Tirol u. a.).

Dabei wurden auch bestimmte Schwerpunkte berücksichtigt, z. B. Depression bei Menschen mit Migrationshintergrund, Depression im Kindes- und Jugendalter, postpartale Depression (nach der Schwangerschaft) oder Depression im Arbeitsleben usw.

Unterstützt und nach außen getragen werden diese Aktivitäten unter anderem durch eine gemeinsame Internet-Präsenz (www.buendnis-depression.de) mit den Portraits aller lokalen Kampagnen und einer aktuellen Darstellung ihrer Aktivitäten, Angebote, Online-Selbsthilfe-Forum usw. (knapp 6.000 registrierte Nutzer und über 180.000 Einträge, das größte zum Thema im deutschsprachigen Raum). Natürlich hilft dies auch der Depressions-Forschung („Forschungsnetz Psychische Gesundheit“).

Seit 2004 wird auch im Rahmen des Public-Health-Programms der Europäischen Kommission die European Alliance Against Depression (www.eaad.net) gefördert, ein Netzwerk von 19 internationalen Partnern aus 17 verschiedenen Ländern. Sie wird von der Europäischen Kommission in ihrem 2005 veröffentlichten „Grünbuch: Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern – Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union“ als erfolgreiches Beispiel genannt.

DIE BEHANDLUNG DEPRESSIVER MENSCHEN IN DER PRAXIS

Der Hausarzt ist die Grundlage der medizinischen Versorgung in unserer Zeit und Gesellschaft. Das gilt auch für seelische Störungen im Allgemeinen und Depressionen im Speziellen. Letztere nehmen in den vergangenen zwei bis drei Jahrzehnten kontinuierlich zu. Das geht zum einen auf eine verbesserte Diagnose zurück, d. h. rechtzeitig erkennen, vor allem aber akzeptieren (s. u.) und dann gezielt und konsequent behandeln. Es sind aber auch die veränderten, depressions-auslösenden gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, die sich z. B. in fehlenden familiären und sozialen Bindungen niederschlagen, in der Zunahme von Arbeitslosigkeit oder der Entwurzelung von Migranten, die nicht unerheblich dazu beitragen, dass sich die einstige Melancholia zur Volkskrankheit entwickeln konnte. Deren adäquate Überwindung ist letztlich wohl nur durch die Schaltstelle „hausärztliche Praxis“ zu bewältigen.

Dort ist erst einmal zu klären, ob es bei den geschilderten Symptomen, die ja meist recht unspezifisch sind, um Befindlichkeitsstörungen oder bereits um eine Depression handelt. Beispiele: Schlafstörungen, Appetitlosigkeit mit Gewichtsabnahme, Lustlosigkeit, uncharakteristische Schmerzen u. a. Wie auch immer: Das hausärztliche Gespräch, die so genannte kleine Psychotherapie, und danach begleitende Maßnahmen, etwa im Bereich der Physiotherapie (Massage, Gymnastik, körperliche Aktivität), der Entspannungstherapie oder sozialen Beratungen scheinen in vielen Fällen ausreichend, um den Betroffenen aufzufangen.

Manchmal ist eine solche Entscheidung aber sehr schwer; hier ist eine besondere Sensibilität des Arztes für psychische Auffälligkeiten gefordert. Denn sollte seine Behandlungsstrategie nicht genügen, muss man an eine Kombinations-Therapie denken, bestehend aus Krisen-Intervention, Psychotherapie (also der Behandlung mit seelischen Mitteln) und Pharmakotherapie mit den hierfür zuständigen Medikamenten.

Wie stellt sich nun der Umgang mit depressiven Patienten in der Praxis dar? Dazu die Ausführungen der Ärztinnen Drs. Cornelia Goesmann, Astrid Bühren und Astrid Neuy-Bartmann, niedergelassene Fachärztinnen für Allgemeinmedizin bzw. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Hannover, Murnau und Aschaffenburg in der Psychiatrischen Praxis S 3/2007.

Der depressiv Kranke in der Praxis

- Als Erstes geht um die *Diagnose*. Mit gezielten Fragen ist die gerade bei der Depression meist nicht schwer zu stellen. Dabei können auch bestimmte

Fragebögen hilfreich sein. Das Ganze steht und fällt aber mit dem Erst-Gespräch, d. h. dem Aufbau des notwendigen Vertrauens. Dazu benötigt der Patient Empathie, d. h. Zuwendung, Interesse und Anteilnahme. Schließlich geht es um belastende Lebensereignisse, Vor-Erkrankungen, familiäre Krankheitsbelastungen sowie schuld- und schamhaft erlebte Lebenssituationen – keine einfache Situation, möglicherweise noch mit einem mehr oder weniger fremden Menschen, auch wenn er der selbst gewählte Arzt ist.

- Fast noch wichtiger als die Diagnose ist die *Akzeptanz* der Krankheit, und dazu noch einer seelischen. Den meisten Patienten wäre ein organisches Leiden lieber, weil sie sich dadurch weniger stigmatisiert fühlen. Noch immer erleben die Betroffenen seelische Erkrankungen vorwiegend als schuldhaftes Versagen und fürchten eine Tabuisierung und Ausgrenzung.

Das heißt, der Therapeut muss sich mit den Zweifeln und Widerständen des Patienten auseinandersetzen. Es darf ruhig einmal ausgesprochen werden: Seelische Patienten sind durchaus schwierige Kranke, zumindest aber anstrengende. Das geht nicht zuletzt auf ihre tiefe Verunsicherung zurück, insbesondere dann, wenn sie voller Misstrauen sind und keine Entscheidungen mehr treffen können. Problem-Grübeln und Gedankenkreisen, vor allem die ständige Suche nach Ursachen ihres eigenen Versagens, und dies häufig voller Schuldgefühle, betonen die Ärztinnen aus der Erfahrung ihrer Fachpraxen heraus.

Deshalb muss man ihnen die Ursachen der Depression erklären, ein vielschichtiges Geschehen, bedingt durch genetische (Erb-)Ursachen, psychosoziale Belastungen als Risiko-Faktoren, biologische Anfälligkeiten u. a. Das entlastet.

Wichtig ist auch der Hinweis, dass es sich dabei oft um besonders engagierte, ja sogar übergewissenhafte Menschen handelt; Depressionen sind keinesfalls eine Erkrankung der Schwachen und Erfolglosen, von unkalkulierbaren Schicksalsschlägen und einer belastenden Kindheit ganz zu schweigen.

Die Diagnose ist wichtig, die Akzeptanz, das Annehmen von Leid und Leiden aber erscheint den Experten noch bedeutsamer, gleichsam ein Meilenstein in der eigenen(!) Krankheitsbewältigung. Denn davon hängt auch die so genannte Compliance ab (auf Deutsch die Therapietreue, vor allem Einnahmezverlässigkeit der verordneten Medikamente, aber auch Sorgfalt bei den übrigen Therapie-Empfehlungen).

Auch müssen die Patienten lernen, sich nicht weiter an ihrem hohen Leistungs-Standard zu messen; was sie brauchen ist viel Zeit und damit Geduld, dass sie sich annehmen können, selbst wenn sie sich derzeit als schwach, kraftlos oder ausgeliefert fühlen. So ist die scheinbar „philosophische“ Frage: „Wer bin ich, wenn ich nichts leiste?“ letztlich ein Kernstück der Genesung. Für

viele Depressive ist nämlich die Erfahrung nicht leicht, sogar bitter, hilfsbedürftig zu sein und Hilfe annehmen zu müssen. Das gilt es zu lernen.

Erleichternd ist dabei die Erkenntnis, dass die Depression wieder vergeht und die alte Leistungsfähigkeit wieder zurückkehrt. Zuerst einmal aber gilt es die negativen Gedanken, die Hoffnungslosigkeit, Hilflosigkeit, ja sogar gelegentlich die Katastrophen-Erwartungen zu ertragen, zu bearbeiten, zu überwinden.

Ein gefährlicher Aspekt ist dabei die Suizidalität: Je nach Studie leiden 40 bis 80% unter Suizidideen, 20 bis 60% weisen Suizidversuche auf, mit 10 bis 15% endet es in der Tat tödlich. Das ist eine riskante Situation, auch für den Therapeuten. Einzelheiten zu diesem Thema siehe die speziellen Kapitel in dieser Serie.

- Schließlich gilt es dem Depressiven die *verschiedenen Therapiemöglichkeiten* zu erklären und um seine Mitarbeit zu bitten. Gesund werden wollen alle, aber bei der Kooperation, besonders im Detail und konsequent, da hapert es nicht zuletzt bei diesen Patienten, obgleich sie von ihrer Wesensart her zu den zuverlässigen Mitmenschen gehören. Grundlage ist eine Kombination aus Psycho- und Soziotherapie sowie ggf. antidepressiven Medikamenten. Im Einzelnen:

- - Glücklicherweise steht *psychotherapeutisch* ein reichhaltiges Angebot zur Verfügung, das von stützender Psychotherapie und Krisenintervention über die Aktivierung der Eigen-Initiative durch Selbsthilfegruppen und Psychoedukation bis zur konflikt-zentrierten Kurzzeittherapie und Gruppentherapie reicht; das übrigens ggf. auch langfristig, dann spezifisch verhaltenstherapeutisch, tiefenpsychologisch fundiert oder analytisch. Schwerpunkt ist und bleibt in diesem Fall ein Wiederaufbau des Selbstwertgefühls sowie eine aktive Auseinandersetzung mit den belastenden Konflikten, der Umgang mit depressiven Symptomen und eine positive Zukunftsgestaltung, erklären die Ärztinnen C. Goesmann, A. Bühren und A. Neuy-Bartmann. Der Patient muss lernen, seine eigenen Grenzen zu akzeptieren, wieder Sinn im Leben zu finden und eine gesunde Lebensplanung anzustreben.

- - Bei mittelschweren und schweren Depressionen muss an eine zusätzliche *medikamentöse antidepressive Therapie* gedacht werden. Hier geht es vor allem darum, dass dem Patienten die Wirkweise der Medikamente erklärt wird, einschließlich möglicher Nebenwirkungen. Und dass er eine ausreichend hohe Dosierung akzeptieren und eine regelmäßige Einnahme garantieren muss; und alles über einen ausreichend langen Zeitraum, der deutlich das übersteigt, was er eigentlich vorhatte. Und er muss vor allem eines wissen, weil es immer wieder fälschlich kolportiert wird: Antidepressiva machen nicht abhängig.

Sinnvoll ist es auf jeden Fall nicht nur bei der Psychotherapie, sondern auch und gerade bei der Pharmakotherapie die Angehörigen einzubeziehen. Denn

von dort, einschließlich Freunde, Bekannte und Nachbarn, kommen gelegentlich auch mal unnötige, unqualifizierte oder falsche und damit – wenn auch ungewollt - schädliche Überlegungen und Vorschläge. Dies vor allem dann, wenn wieder einmal aus dem Zusammenhang gerissene oder tendenziös negative Medien-Berichte kursieren, woran auch die wissenschaftliche Fachwelt gelegentlich ihre Schuld trägt.

In der Mehrzahl der Fälle aber ist das nähere Umfeld die größte und wichtigste Hilfsquelle, was die zwischenmenschliche Unterstützung anbelangt, sofern die Betroffenen aufgeklärt und konstruktiv einbezogen werden. Erfahrene Therapeuten richten übrigens einen wachsenden Anteil ihres Behandlungs-Einsatzes auf die wichtigsten Angehörigen, denen es im Laufe der Zeit immer schlechter zu gehen pflegt, vor allem, wenn sich das Leiden „schier endlos hinzuziehen droht“, die Hoffnung schwindet und die eigenen Reserven mit.

- Bei der *Nachbehandlung und Rückfallprophylaxe* lernt der Patient Frühwarnzeichen zu erkennen und einen rechtzeitigen Rückfallplan zu erarbeiten. Besonders schwer fällt es den meisten Betroffenen nach ihrer seelischen und körperlichen „Wiederherstellung“ die Medikamente noch Monate lang weiter zu nehmen (in der Regel über einen Zeitraum von sechs bis neun Monaten!). Keinesfalls dürfen sie die Medikation aber abrupt unterbrechen, sonst drohen Absetz-Symptome (die nicht mit den Entzugs-Symptomen bei Suchtgefahr zu verwechseln sind).

Darüber hinaus müssen sie mit einer auch weiteren Depressions-Gefahr fertig werden und mit dieser theoretischen Belastung gezielt und konstruktiv umzugehen lernen. Hier ist gerade der Arzt in der Praxis, ob Hausarzt oder Facharzt für Psychiatrie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie die wichtigste Anlaufstelle. Stichworte: gesunde Lebensführung, aktive Gestaltung, Ziele setzen, eigene Kraftquellen finden, sinnvolle Beschäftigungen suchen, mehr auf die eigenen Bedürfnisse, aber auch Grenzen achten und sein Leben bereichern (durchaus auch kleine tägliche „Höhepunkte“ organisieren). Dazu gehören auch ein guter Freundeskreis, ggf. angepasste sportliche Betätigung, wenigstens aber eine bescheidene tägliche körperliche Aktivität, am besten bei Tageslicht und die Entwicklung eines gesunden Selbstbewusstseins, was dann auch zur notwendigen Selbstzufriedenheit führt, schließen die Autorinnen ihren Beitrag.

DER DEPRESSIVE IN EINER TAGESKLINIK?

Die therapeutische Institution einer *Tagesklinik* dürfte nicht allen völlig klar sein. Immerhin besagt ja bereits der Begriff, dass es sich hier um eine klinische Einrichtung handelt, die aber offenbar nur den Tagesablauf begleitet,

strukturiert, therapeutisch bestimmt. Dann müsste es übrigens auch „nacht-klinische Angebote“ geben, was in der Tat praktiziert wird. Nachfolgend geht es aber um die tagesklinische Behandlung von Menschen mit depressiven Erkrankungen, wie sie Frau PD Dr. Petra Garlipp und die Drs. Bernd Rüdiger Brüggemann und Klaus-Peter Seidler von der Abteilung Sozialpsychiatrie und Psychotherapie der Medizinischen Hochschule Hannover in der Psychiatrischen Praxis S 3/2007 erläutern.

Tageskliniken gibt es seit einigen Jahrzehnten im Rahmen gemeinde-psychiatrischer Strukturen bei der psychiatrisch-psychotherapeutischen Patienten-Versorgung. Ihre Erfolge sind beweisbar, weshalb immer neue Einrichtungen dieser Art gegründet werden. Entsprechende Behandlungen depressiver Patienten basieren entweder auf integrierten Tagesklinikplätzen im Rahmen spezieller Depressionsstationen (s. später), zumeist jedoch noch in allgemein-psychiatrischen Tageskliniken, also für verschiedene seelische Leiden (z. B. Schizophrenie, Persönlichkeits- und Angststörungen u. a.). Die Patienten sind also tagsüber in fachärztlicher Betreuung und schlafen zu Hause.

Was ist nun der Unterschied zur ambulanten Behandlung, sei es in der Ambulanz/Poliklinik oder in der hausärztlichen/psychiatrisch-psychotherapeutischen Praxis?

Bei weniger schweren und vorwiegend neurotischen Depressionen (siehe das spezielle Kapitel über die Neurosen einst und heute) lassen sich offenbar keine wesentlichen Vorteile zwischen Tagesklinik und Ambulanz erkennen. Das ändert sich aber bei schweren und vor allem langfristigen depressiven Störungen; hier ist die Tagesklinik der Ambulanz/Praxis überlegen, erläutern die Experten auf Grund entsprechender Untersuchungen. Gilt dies auch für sämtliche seelische Störungen? Offenbar gibt es Unterschiede. Patienten mit einer affektiven Störung (also zumeist Depressionen) profitieren scheinbar stärker von einer allgemein-psychiatrischen tagesklinischen Behandlung als solche mit einer schizophrenen Psychose (die auch häufiger abbrechen).

Die tagesklinische Behandlung depressiv Erkrankter bietet vor allem zwei Vorteile gegenüber Ambulanz und Klinik-Station:

1. Die Patienten verbleiben in ihrem sozialen Umfeld. Dadurch können auch die entsprechenden Konfliktbereiche in die spezifische Behandlung einbezogen werden (eine stationäre Behandlung nimmt sie hier eher heraus, was einerseits entlastet, andererseits aber auch eine Art „Trainingsverlust“ nach sich ziehen kann).
2. Die Freiwilligkeit und damit Eigenverantwortung, jeden Tag die Tagesklinik aufzusuchen, bedeutet auch eine Strukturierung und damit Aktivierung.

Auf jeden Fall kann das Behandlungsangebot einer Tagesklinik (Sozio-, Psycho- und Pharmakotherapie, außerdem die Körpertherapien, kreative Therapi-

en u. a.) in Abstimmung mit den aktuellen Problemfeldern besser „dosiert“ werden. Allerdings muss man hier auch auf eine mögliche Überforderung achten, besonders zu Behandlungs-Beginn, wie sie gerade durch die Kombination Therapie – Alltagsanforderungen möglich ist.

Wer nutzt eine Tagesklinik?

Die Frage, wer eine Tagesklinik besonders nutzt, hängt natürlich weitgehend von der jeweiligen Struktur des psychiatrischen Angebotes ab, und die wird vor allem vom jeweiligen Krankheitsbild bestimmt. Bei den depressiven Störungen dominiert das weibliche Geschlecht, nicht nur generell, sondern auch im tagesklinischen Angebot. Nicht wenige von ihnen haben dabei nicht nur eine, sondern zwei oder gar mehrere seelische Beeinträchtigungen (Stichwort: Co-Morbidität, d. h. wenn eine Krankheit zu anderen kommt, was im körperlichen Bereich sehr häufig der Fall ist, im seelischen aber ebenfalls nicht selten, wenngleich bisher nicht immer ausreichend berücksichtigt).

Solche Leidens-Kombinationen, die natürlich auch die Behandlung erschweren können, sind beispielsweise affektive (also depressive) Störungen plus Persönlichkeitsstörungen, Suchterkrankungen, seelische Traumatisierungen (Schicksalsschläge, Unfälle, wichtige zwischenmenschliche Auseinandersetzungen u. a.), aber auch Angststörungen, chronische Verstimmungen u. a. Ähnliches gilt natürlich auch für schizophrene Störungen, Borderline-Erkrankungen u. a. (siehe die entsprechenden Kapitel in dieser Serie).

Entsprechende wissenschaftliche Untersuchungen zeigen nun, dass das tagesklinische Angebot für die Therapie depressiv erkrankter Menschen zwar geeignet ist, allerdings nicht gleichermaßen für alle Formen depressiven Leidens. Weniger günstig für eine Tagesklinik und ggf. besser im Fachkrankenhaus behandelt sind beispielsweise Konfliktsituationen im häuslichen Umfeld. Aus dem wird man ja dann heraus genommen, wenn man Tag und Nacht in stationärer Behandlung ist, weshalb sich das Problem dann durch die räumliche Distanz besser bearbeiten lässt. Ebenfalls besser stationär zu behandeln ist die starke Ausprägung einer depressiven Antriebsstörung, bei in der Regel schwer psychomotorisch, d. h. seelisch-körperlich gehemmt bis blockierten Patienten. Auch lange Fahrzeiten in die Tagesklinik, selbstverständlich akute Suizidgefahr und die Notwendigkeit einer mehrschichtigen medikamentösen Behandlung bzw. Umstellung sollten in der Klinik und nicht in der Tagesklinik therapiert werden.

Es gibt aber auch Probleme anderer Art, die bei einer Behandlung in einer Tagesklinik zu lösen sind: Beispielsweise die hohen Anforderungen, die sich neben der acht-stündigen Therapie noch aus den Aufgaben in Familie und häuslichem Umfeld ergeben, wenn sie jeden Abend nach Hause kommen. Dies ist für manche Patienten, insbesondere Mütter mit kleinen Kindern eine schier unlösbare Aufgabe, wenn nicht Hilfe von außen zur Verfügung steht. Natürlich

kann man diese indirekte Doppel-Belastung auch als Herausforderung, gleichsam als zusätzliches Training interpretieren. Dann muss man es allerdings dem (ja in der Regel noch nicht verfügbaren) Leistungsniveau anpassen können.

Insgesamt müssen die Möglichkeiten und Grenzen einer Tagesklinik für depressiv Erkrankte noch intensiver, längerfristig und vor allem im Hinblick auf bestimmte Problemfelder (Co-Morbidität, Migrations-Hintergrund) nachhaltiger untersucht werden. Das geschieht inzwischen aller Orten. Dann wird man auch besser herausfinden, wem die Tagesklinik nutzt und wo sich Ambulanz/Praxis oder Station eher eignen.

Positiv – das kann man heute schon sagen – zeichnet sich für depressive Patienten ab, dass sie ausreichende Entlastung und Unterstützung (in der Patientengruppe) finden sowie reichlich Anregung zur Aktivierung. Und dass sie die Erfahrung machen, (wieder) etwas leisten zu können, so die Experten der Medizinischen Hochschule Hannover.

STATIONÄRE DEPRESSIONS-BEHANDLUNG

Zwar gibt es immer wieder unterschiedliche Darstellungen bzw. Zahlen-Angaben, aber eines wird grundsätzlich deutlich und hier immer wieder thematisiert: Depressionen nehmen zu und gelten inzwischen als häufigste psychische Erkrankung in der Allgemeinbevölkerung.

Nach einer entsprechenden Untersuchung, publiziert im Jahre 2001, beträgt die so genannte 1-Jahres-Prävalenz depressiver Störungen in Deutschland bei Menschen im Alter von 18 bis 65 Jahren durchschnittlich 11,5% (Frauen: 15,0%, Männer: 8,1%). Kein Wunder, dass sich inzwischen auch zahlreiche Institutionen, Kommissionen, konzertierte Aktionen, Foren und das Bundesministerium für Gesundheit für dieses Krankheitsbild interessieren und konkrete Schritte zur Aufklärung, Vorbeugung, Diagnose, Therapie und Rehabilitation eingeleitet haben.

Das war allerdings vor rund vier Jahrzehnten noch kein Thema, im Gegenteil. Es war ein durchaus mutiger und nicht von allen Seiten (einschließlich der Wissenschaft) akzeptierter Schritt, als der Basler Klinikdirektor Prof. Dr. Paul Kielholz und sein damaliger Oberarzt Prof. Dr. Günter Hole die erste Depressions-Spezialstation Europas in Angriff nahmen (rückblickend sogar wörtlich zu verstehen, es war kein einfaches Unternehmen). Als G. Hole dann Ordinarius in Ulm wurde, gründete er vor dreißig Jahren in der Abteilung Psychiatrie I der Universität Ulm, im damaligen Psychiatrischen Landeskrankenhaus Ravensburg-Weissenau, die erste deutsche Depressions-Station. Heute folgen rund

90 Spezialstationen für schwer depressiv Kranke diesem Muster und es kommen immer neue dazu; der Bedarf lässt keine andere Wahl.

Depression in Stichworten

Wie der damalige Oberarzt der Weissenauer Depressions-Station und heutige Ärztliche Direktor der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am Bezirkskrankenhaus Bayreuth, Prof. Dr. Manfred Wolfersdorf, sowie der Chefarzt der Abteilung Psychotherapie - Depression am Zentrum für Psychiatrie Zwiefalten, Dr. Berthold Müller, in der der Fachzeitschrift Psychiatische Praxis S 3/2007 anschaulich schildern, ist die Depression ein überaus quälendes Leiden:

Eigentlich ist sie leicht erkennbar, doch man muss sich mit ihr fachlich beschäftigen haben, denn „Depression ist nicht nur Schwermut“, sondern hält eine schier unfassbare Vielfalt seelischer, psychosomatischer, psychosozialer und sogar körperlicher Krankheitszeichen und entsprechender Folgen bereit. Das Krankheitsbild entsteht im Zusammenhang mit innerseelischen und/oder äußeren Ereignissen, überwiegend von Verlust, Überforderung und Kränkung bestimmt, und in Wechselwirkung mit einer depressiven Persönlichkeitsstruktur (Typus melancholicus).

Die Dauer liegt im Schnitt bei etwa vier bis sechs Monaten, wobei eine völlige Besserung innerhalb oft erst innerhalb eines Jahres zu erwarten ist, allerdings auch nur bei etwa der Hälfte. Die Rückfallrate liegt im Mittel bei vier Episoden. Chronisch drohen 15 bis 20% aller Depressionen zu werden.

Depressions-Stationen nehmen in der Regel die schwersten Krankheitsbilder auf. Der Anteil weiblicher Patienten liegt bei 50 bis 65%. Jeder Vierte bis Dritte erkrankte erstmals. Die „somatische Co-Morbidität“ liegt bei 20 bis 40% (d. h. es sind noch organische Leiden zu berücksichtigen), die psychiatrische bei 20 bis 35% (z. B. zusätzlich Angst-, Persönlichkeits-, Ess-, Zwangs-Störungen, posttraumatische Belastungsreaktionen u. a.). Hoch und damit riskant, auch für eine Spezialstation, ist die Zahl der Suizidversuche im Vorfeld, nämlich bei einem Drittel der Betroffenen. Dabei berichten bei der Aufnahme schon 40 bis 60% von Suizidideen und Todeswünschen. Die mitunter schwer zu behandelnde depressive Wahn-Symptomatik liegt bei rund 20% (wahnhaftige Depression, z. B. Versündigungs-, Schuld- oder Verarmungswahn).

Was bietet eine Depressions-Station?

Der Arbeitskreis Depressions-Stationen führte im Dezember 2006 eine Umfrage bei den Kliniken für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik in Deutschland durch. Hierbei ergaben sich bei den 71 Kliniken, die entsprechende Daten lieferten, folgende Ergebnisse:

90% aller Patienten einer Depressions-Spezialstation erhalten Antidepressiva (siehe später). Alle Depressions-Stationen bieten „Einzels psychotherapie-Gespräche“ an, im Mittel ein bis drei pro Woche. Fast alle haben auch Gruppenpsychotherapie (etwa ein bis sechs Mal, im Schnitt zwei Mal pro Woche). Die meisten verfügen über weitere Gruppen-Aktivitäten: Am häufigsten neben den auf allen Depressions-Stationen üblichen Stationsversammlungen sowie Morgen- und Stationsrunden ein Selbstsicherheits- bzw. soziales Kompetenz-Training, ferner Psychoedukation, sowie so genannte Genuss-Gruppen oder auch tiefenpsychologische Gesprächsgruppen. Mehrfach in der Woche kann auch ein Entspannungstraining (meist progressive Muskelentspannung nach Jacobson) genutzt werden.

Zu den sonstigen Standards gehören die „psychiatrische Sport- und Bewegungstherapie“ sowie die Ergotherapie, die häufig gestaltungstherapeutischen Charakter hat. Fast alle bieten auch die schon erwähnte Psychoedukation für Angehörige in Gruppen an (Aufklärung und Anleitung) und nicht wenige verfügen über „Selbsthilfegruppen für Depressive“.

Viel genutzt werden auch Lichttherapie, Schlafentzug bzw. Wachttherapie, ja sogar die so genannte transkranielle Magnetstimulation. Vielerorts werden auch Musik- und Kunsttherapie, Gestaltungstherapie sowie Reittherapie angeboten. Acht Depressions-Stationen behalten sich auch die Möglichkeiten einer Elektrokrampftherapie vor (Tendenz steigend?), von der es heißt: „Man soll sie bedacht einsetzen, aber nie verlernen“.

Depressions-Spezialstationen gehört die Zukunft. Es ist vor allem eine schwere Bürde, aber im wachsenden Maße auch ein erfolgreicher Aufwand. Vermutlich gehört die Depressions-Station für praktisch jede psychiatrische Klinik zum Standard-Angebot der Zukunft. Die Krankheitsentwicklung der „modernen Gesellschaft“ lässt offenbar keine andere Wahl.

ANTIDEPRESSIVE MEDIKAMENTE HEUTE

Während ein Großteil der Bevölkerung und ab dem Rückbildungsalter sicher die Mehrheit mindestens ein Arzneimittel verordnet bekommt, meist aber deren mehrere, und das nicht gerade begeistert, aber doch einsichtig, vielleicht sogar dankbar nutzt, ist dies bei Psychopharmaka, also Medikamenten mit Wirkung auf das Zentrale Nervensystem und damit Seelenleben ganz anders.

Dabei gehört den stimmungsaufhellenden Antidepressiva, den antipsychotischen Neuroleptika sowie den beruhigenden und angstlösenden Tranquilizern die Zukunft, ob wir das gut finden oder nicht. D. h.: „Gut“ ist eigentlich kein

Thema, wir sollten es langsam schätzen lernen, dass uns seit rund einem halben Jahrhundert wirkungsvolle Substanzen gegen Depressionen, manische Hochstimmung, schizophrene Psychosen, Angststörungen u. a. zur Verfügung stehen – denn psychische Erkrankungen nehmen zu. Einzelheiten dazu siehe die Einleitung in diesem Beitrag sowie konkret in den entsprechenden Kapiteln dieser Serie.

Dazu kommen neue Möglichkeiten, die allerdings zumeist gar nicht neu sind, erst in den letzten Jahren verstärkt eingesetzt bzw. genutzt werden, und zwar erfolgreich. Hierzu gehören die Phasenprophylaktika (also Arzneimittel zur Rückfall-Vorbeugung bei Depressionen und manischen Hochstimmungen), in gewisser Hinsicht die Depot-Neuroleptika (intramuskuläre Injektionen mit einer Wirkdauer von ein bis drei Wochen, z. B. gegen Schizophrenien) und neuerdings sogar Weckmittel, nämlich vor allem das Amphetamin Methylphenidat gegen die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Und natürlich eine ganze Reihe von sonstigen heilsamen Möglichkeiten, was Schlafstörungen (und zwar nicht nur ein Zuwenig, sondern auch bei zuviel Schlaf - siehe die entsprechenden Kapitel), Schmerzbilder (vor allem chronische Schmerz-Syndrome mit ihren zermürenden seelischen, körperlichen und psychosozialen Konsequenzen), eine Reihe von neurologischen Erkrankungen mit entsprechenden Folgen (z. B. Parkinson, Multiple Sklerose, Narkolepsie, Epilepsie) und vor allem die sich geradezu beunruhigend ausbreitenden Überforderungs- und Erschöpfungs-Syndrome anbelangt, von denen das Burnout inzwischen am meisten von sich reden macht (aber natürlich auch so alt ist wie die Menschheit, siehe Elias-Syndrom).

Doch es ist eine alte Erkenntnis und lässt sich sogar bei den Depressionen (den an sich gesellschaftlich am besten gestellten seelischen Störungen) nicht vermeiden: Psychisch Kranke gehen durch eine andere Tür wie körperlich Erkrankte. Das wird sich wohl auch nicht ändern, zumindest nicht in absehbarer Zeit, obgleich langsam aber sicher die Mehrzahl der Bevölkerung in der westlichen Welt eigene, herbe Erfahrungen mit solchen Erkrankungen machen muss; die Statistik verweist jedenfalls unbeirrbar auf eine ständige Zunahme (die Standard-Erklärung in diesem Beitrag).

Wenn also der gesellschaftliche Aspekt, den man nun in der Tat nicht unterschätzen sollte, einen so großen Einfluss hat, vor allem in negativ prägender Hinsicht, dann sollte man wenigstens genügend Kenntnisse sammeln, was die realen Möglichkeiten der modernen Antidepressiva (und anderer Psychopharmaka) anbelangt, einschließlich ihrer Grenzen und Nachteile. Nur so kommt man zu einem fundierten Meinungsbild mit gezielten Nutzungs-Möglichkeiten, ohne sich dauernd irgendwelchen althergebrachten Stereotypen oder gar Diskriminierungen, angelesenen Meinungsbildern, überholten Forschungs-Ergebnissen und vor allem unqualifizierten Bemerkungen ausgesetzt zu sehen.

Nachfolgend deshalb eine kurz gefasste Übersicht über die Psychopharmaka gegen Depressionen, akut oder langfristig zur Rückfall-Vorbeugung, nämlich

die Antidepressiva und Phasenprophylaktika, wie sie Dr. Max Pillhatsch und Prof. Dr. Michael Bauer von der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Technischen Universität Dresden in der Psychiatrischen Praxis S 3/2007 in ihrer wissenschaftlichen Literatur-Übersicht vorstellen.

Fachlich hört sich das Wissens-Angebot einleitend so an: Systematische Auswertung aktueller peer-reviewed Übersichtsarbeiten, Meta-Analysen und Behandlungsleitlinien im Hinblick auf evidenz-basierte Schlussfolgerungen für die konkrete psychiatrische Praxis.

Danach folgt eine eindrucksvolle Aufzählung aller jener Institutionen, und zwar weltweit, die sich mit der biologischen und pharmakologischen Behandlung affektiver Störungen (also Depressionen und manischer Hochstimmungen) befassen. Im Einzelnen:

Von einst bis heute

Begonnen hat die Behandlung der Depressionen mit teils drastischen, manchmal sogar brutal anmutenden Therapieverfahren, wie sie beispielsweise in dem Kapitel zur Geschichte der Psychopharmaka in dieser Serie dargestellt werden. Dabei sollte man sich aber nicht zu überheblich zeigen, man hatte früher nichts anderes und war ständig auf der Suche nach einer halbwegs Linderung versprechenden Behandlungsmaßnahme. Das ging bis zur Mitte des letzten, des 20. Jahrhunderts.

Geblichen ist aus dieser Zeit lediglich die Elektrokrampftherapie, von der man – wie erwähnt – sagt: „Man soll sie vermeiden, wenn es geht – aber nie verlernen!“ In der Tat, sie hat in den entsprechend indizierten, wohl meist „verzweifelten Fällen“ noch immer ihre Berechtigung (s. später). Aber zuerst zu der zusammenfassenden Erkenntnis der Autoren, die da schreiben:

Die Vielzahl wirksamer antidepressiver Verfahren lässt eine individuelle und patienten-gerechte Behandlung zu. Dabei gibt es offenbar keine herausragende Spitzenstellung oder schwächeren Angebote; das derzeit vorliegende pharmakologische Behandlungs-Spektrum für Depressionen kann gleichermaßen empfohlen werden.

Dabei sind allerdings Verträglichkeits-Unterschiede zu berücksichtigen, und die können sehr individuell ausfallen. Die Nebenwirkungen oder Begleitscheinungen sind zwar bei weitem nicht mehr so unangenehm oder gar heftig wie früher, aber immer noch zum Teil lästig bis belastend. Man kann aber davon ausgehen: Je schwerer die Depression, desto bedeutsamer ist eine medikamentöse Depressions-Behandlung (und oft auch desto weniger klagen die Betroffenen über Nebenwirkungen, so beherrscht sie ihr qualvolles Leidensbild).

Wie geht man vor?

Auf was muss man nun bei einer medikamentösen Depressions-Behandlung achten? Als erstes gilt es die Diagnose zu sichern und hier vor allem die Intensität, den Schweregrad der depressiven Episode. Dafür stehen bestimmte Diagnose-Systeme zur Verfügung (Fachbegriffe: ICD-10 und/oder DSM-IV-TR). An zweiter Stelle steht der sorgfältige Ausschluss bedeutsamer psychiatrischer oder körperlicher Ko-Morbiditäten, d. h. wenn ein Leiden zum anderen kommt. Drittens müssen zusätzliche Ursachen ausgeschlossen bzw. in Diagnose und Therapie einbezogen werden. Dazu gehören beispielsweise die Behandlung anderer Leiden (wie verhalten sich die verschiedenen Arzneimittel untereinander?) sowie die zusätzlichen Einflüsse durch familiäre, gesellschaftliche oder berufliche Belastungen.

Danach gilt es den Behandlungs-Rahmen abzustecken, und zwar schon vorher, alle möglichen Entwicklungen einbeziehend. Beispiele: Behandlungsplan (was – wie lange – wie?), Behandlungsvertrag (was wollen wir erreichen, vor allem: was wollen wir dazu selber beitragen?), Behandlungs-Alternativen (was tun, wenn das eine Mittel nicht greift?) u. a.

Dann muss der körperliche Zustand abgeklärt werden und in seelischer Hinsicht vor allem ein mögliches Suizid-Risiko. Und schließlich gilt es für eine psychotherapeutische Unterstützung zu sorgen, denn die erhöht zu jedem(!) Zeitpunkt die Chancen der Genesung und eine erfolgreiche Rückfall-Vorbeugung. Es gilt mit dem Patienten (und seinen Angehörigen) zu reden, denn eine umfassende Aufklärung ohne Beschönigung, aber auch mit realistischem Optimismus verbessert die so genannte Compliance, wie die Experten sagen (wir erinnern uns: Therapietreue, vor allem Einnahme-Zuverlässigkeit).

Was steht nun zur Verfügung, wenn sich die Depression inzwischen so verstärkt hat (bekanntermaßen dauert es Wochen, manchmal sogar Monate, bis sich der Patient zu einer fachärztlichen Behandlung entschließt), dass man auch mit einer medikamentösen Depressions-Therapie einverstanden ist?

Über 30 Antidepressiva aus sechs verschiedenen Wirkstoffklassen

Vor einem halben Jahrhundert gab es noch kein Antidepressivum im eigentlichen Sinne. Dann kam das erste spezifische Arzneimittel, allerdings mit ganz anderer Heilanzeigen (derjenige Kliniker, der seine stimmungsaufhellende Wirkung erkannte, hatte sogar große Mühe, sich mit seiner Erkenntnis durchzusetzen; siehe das Kapitel über die Geschichte der Psychopharmaka) – aber dann ging es Schlag auf Schlag. Heute stehen über 30 verschiedene Antidepressiva aus sechs verschiedenen Wirkstoffklassen zur Verfügung. Ihr Erfolg, die so genannte Response-Rate liegt zwischen 50 und 75%. Das hört sich erst

einmal nicht sehr beeindruckend an, ist aber ein eindrucksvoller Fortschritt, gemessen an dem, was früher zur Verfügung stand.

Die höchste Evidenz-Stufen, wie dies die Experten nennen, also eine wissenschaftlich gesicherte antidepressive Wirksamkeit (im Vergleich zum Placebo, einer Schein-Medikation) besitzen alle nachfolgenden Substanzen, nämlich

- die ersten antidepressiven Arzneimittel, die so genannten trizyklischen (TZA) und später tetrazyklischen Antidepressiva (hier die Substanznamen, die verschiedenen Handelsnamen siehe die entsprechende Fachliteratur): Amitriptylin, Clomipramin, Desipramin, Doxepin, Imipramin (die erwähnte erste Substanz – s. o.), Nortriptylin, Trimipramin sowie Maprotilin u. a.
- Etwa zeitgleich verfügbar waren auch die so genannten Mono-Amino-Oxidase-Hemmer (MAOI), hier vor allem Tranylcypromin.
- Keiner eigenen Substanzklasse zuzuordnen ist Mirtazapin, das etwas später dazu kam.
- Heute dominieren vor allem die selektiven Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (SSRI) wie Fluvoxamin, Fluoxetin, Paroxetin, Citalopram, Escitalopram u. a.
- Und schließlich die selektiven Serotonin- und Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer (SNRI) wie Venlafaxin.
- Außerdem stehen noch Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (NRI) wie Reboxetin zur Verfügung.

Was wirkt am besten?

Was wirkt nun am besten, wird der Laie fragen, besonders, wenn es ihn oder einen Angehörigen betrifft. Hier muss man unterscheiden zwischen den Werbe-Aussagen, die natürlich auch bei Arzneimitteln eine Rolle spielen und für die gerne die Ergebnisse bestimmter Arzneimittel-Studien herangezogen werden (leider bisweilen nur diejenigen, die für das jeweilige Produkt günstig ausgefallen sind – s. u.). Deshalb helfen die so genannten evidenz-basierten Wirksamkeitsvergleiche weiter, vor allem die erwähnten Meta-Analysen, die ganze Gruppen vergleichbarer Untersuchungen zusammenfassen und entsprechende Schlussfolgerungen ziehen (beispielsweise veröffentlicht durch die inzwischen von vielen genutzte „The Cochrane Library“). Und diese Untersuchungs-Befunde besagen, dass sich unter den erwähnten Gruppen keine generellen, vor allem signifikanten Unterschiede erkennen lassen, geben die Autoren zu bedenken. Das bleibt allerdings nicht unwidersprochen, zumal auch die Meta-Analysen offenbar unterschiedliche Gesamt-Ergebnisse liefern.

Deshalb muss noch einmal das bereits angesprochene Problem erörtert werden, auch wenn es erst in letzter Zeit vermehrt wissenschaftlich offener diskutiert wird: Auch wenn man mehrere vergleichbare Studien-Ergebnisse zusammen fasst, was dann natürlich eine viel höhere Datenmasse (also sehr viel mehr Patienten) einschließt, bleibt doch eines unbefriedigend: Es sieht nämlich so aus, als ob in den letzten Jahrzehnten nicht alle wirklich verfügbaren Untersuchungs-Ergebnisse in den Fachzeitschriften publiziert worden sind (und noch immer werden?). Dabei kann man sich ganz gut vorstellen, was nicht veröffentlicht wird, nämlich negative Resultate, die nicht den Erwartungen der Autoren, möglicherweise aber auch der Redaktionen und Verlage von Fachzeitschriften und ganz sicher der Sponsoren (also zumeist Hersteller) entsprechen. Kurz: Hier gibt es noch Klärungs-Bedarf.

Das Problem der Medikamenten-Verträglichkeit

Das gilt allerdings nicht für die Verträglichkeit, also die erwähnten Begleitererscheinungen (freundlich ausgedrückt) oder Nebenwirkungen (was sich schon etwas direkter, d. h. auch belastender anhört). Moderne Antidepressiva unterscheiden sich nämlich weniger durch ihre Wirksamkeit (s. o.), als vielmehr durch die „Selektivität ihrer pharmakologischen Angriffspunkte“, wie es die Fachleute ausdrücken. Und das heißt konkret: Mehr oder weniger verträglich, wenn nicht gar ertragbar. Und hier liegt dann auch der Fortschritt in der Arzneimittel-Forschung der letzten Jahrzehnte. Der Verträglichkeits-Vergleich zwischen SSRI und TZA beispielsweise (die Abkürzungen s. o.) fällt deutlich zugunsten der später entwickelten SSRI aus. Das betrifft übrigens nicht nur lästige Begleitererscheinungen (z. B. Mundtrockenheit, Gewichtszunahme), sondern auch durchaus riskante, wenn nicht gar gefährliche Nebenwirkungen (z. B. erniedrigte Krampfschwelle, Blutdruckanstieg). Einzelheiten siehe Fachliteratur.

Allerdings gilt nach wie vor der Satz: Keine Wirkung ohne Nebenwirkungen. Darüber wird zwar in der Wissenschaft ebenfalls gestritten, aber letztlich ist was dran. Und so sind natürlich auch die modernen Antidepressiva nicht ohne Begleitererscheinungen zu haben. Dazu zählen beispielsweise die unter SSRI's gelegentlich auftretenden und insbesondere bei jungen Patienten häufig nicht mehr tolerierbaren sexuellen Funktionsstörungen, was dann auch vermehrt zum Therapie-Abbruch führen kann. Auch Magen-Darm-Beschwerden, Kopfschmerzen sowie innere Unruhe können zum Problem werden. Für die Verträglichkeit der SNRI's gelten die gleichen Grundsätze mit einem etwas höheren Risiko für die Blutdruckerhöhung.

Bei den „Antidepressiva-Pionieren“, also den trizyklischen Antidepressiva, finden sich vor allem Mundtrockenheit, Herzrasen, Verstopfung, Dämpfung, Gewichtszunahme, Herz-Kreislauf-Veränderungen sowie die schon erwähnte erhöhte Krampfbereitschaft. Doch auch hier gab es schon Entwicklungs-Fortschritte, so dass die späteren Substanzen etwas günstiger abschneiden als die allererste Generation.

Inzwischen kommen immer neue Antidepressiva auf den Markt (zum Teil auch bekannte Substanzen mit ursprünglich anderen Heilanzeigen und der jetzt neuen Aufgabe, auch Depressionen zu lindern). Die Forschung und damit der Markt sind ständig in Bewegung. Da ist es manchmal sehr schwierig für den Arzt, insbesondere den Hausarzt, der Hunderte von Arzneimitteln im Kopf haben sollte, hier alle Möglichkeiten und Grenzen abzuwägen. Hier ist die enge Zusammenarbeit zwischen Hausarzt, Psychiater/Nervenarzt und ggf. Apotheker unerlässlich. Darüber hinaus gibt es ständig neue Vorschläge seitens der internationalen oder nationalen Fachgesellschaften oder sonstigen Experten-Gremien. Auch hier kann sich plötzlich so manches ändern, was früher als unumstößliche Erkenntnis, also Wissens-Grundlage galt. Einzelheiten dazu würden nur verwirren, besonders, wenn sie noch in der heißen Phase der wissenschaftlichen Diskussion stecken. Einiges ist nach wie vor von grundlegender Bedeutung. Dazu gehören die notwendigen Kenntnisse zu

Behandlungsverlauf und Therapie-Resistenz

Was der Patient mit Recht will, ist eine möglichst rasche Genesung. Das ist aber gerade bei Depressionen nicht die Regel, auch wenn es sich mühselig bis qualvoll hinziehen sollte. Es gibt aber einen Zeit-Rahmen, in dem sich etwas tun muss. Erfahrene Psychiater (und auch Hausärzte) entscheiden in Zusammenarbeit mit Patienten und Angehörigen meist treffend genug, ob und was und in welcher Zeit sich in Richtung Besserung bewegt. Manche nutzen auch neben dem globalen klinischen Eindruck (also was man sieht und hört) zur objektiven Orientierung so genannte Beurteilungsskalen, z. B. Selbst-Beurteilungsbogen oder Fremd-Beurteilungs-Skalen.

Grundsätzlich gilt: Nach zwei, spätestens vier Wochen muss zumindest bei einzelnen Symptomen eine gewisse Erleichterung eingetreten sein (was aber erfahrungsgemäß konkret abgefragt werden sollte, viele Patienten sind in diesem Zustand zu einer eigenen Beurteilung kaum in der Lage, selbst wenn sich etwas zum Besseren wendet). Alles, was sich erst danach entwickelt, sieht nicht so günstig aus, was das eingesetzte Antidepressivum anbelangt. Manchmal muss man auch mit einem Teil-Erfolg zufrieden sein (Fachbegriff: Teil-Response). Jedenfalls sollte man nach der Genesung, also weitgehenden Symptom-Freiheit, die Behandlung noch über einige Monate, mindestens aber Wochen hinweg ausdehnen, ggf. mit etwas reduzierter Dosis.

Was aber, wenn der Patient auf das Medikament nicht oder nur unbefriedigend anspricht? Bei mindestens jedem dritten, vor allem schwer depressiven Patienten bleibt nämlich ein befriedigender Behandlungserfolg nach dem ersten(!) Therapieversuch aus. Was also tun?

Als Erstes muss man sicherstellen, dass der Patient das Medikament auch wirklich nimmt, vor allem regelmäßig nimmt. Nimmt er es nicht, ist der Misser-

folg nachvollziehbar. Nimmt er es unregelmäßig (z. B. ältere Menschen, die die Einnahme vergessen oder unzuverlässige Patienten), kann der notwendige Wirk-Spiegel nicht erreicht bzw. gehalten werden. Letzteres lässt sich mit einer Blutentnahme leicht nachprüfen: adäquater Serum-Spiegel oder nicht? Hier kann natürlich auch ein individueller biologischer Faktor hereinspielen, nämlich wenn der eine das Medikament "schneller verstoffwechselt" wie der andere und damit unter üblicher Dosierung keinen ausreichenden Wirkspiegel erreicht. Auch können hier die so genannten Arzneimittel-Interaktionen bedeutsam werden, d. h. wenn der Patient mehrere Leiden und damit mehrere Medikamente hat, die sich gegenseitig „behindern“ (oder gar in ihren Nebenwirkungen verstärken, was genau so unerwünscht ist).

Wie geht man also vor, wenn das Medikament nun trotz aller Abklärung nicht „greift“? Dazu Dr. Bilhatsch und Prof. Bauer:

1. Man wechselt zu einem Antidepressivum einer anderen pharmakologischen Klasse. Das ist zwar einleuchtend, aber nicht immer ohne Probleme zu haben. Beispielsweise muss man mit dem einen Medikament ggf. ausschleichen, vielleicht sogar eine mehr oder weniger kurze Behandlungspause einkalkulieren, um dann das neue Medikament wieder „aufzudosieren“. In dieser Zwischenphase kann sich der Zustand des Patienten natürlich noch mehr verschlechtern.
2. Wechsel zu einem Antidepressivum innerhalb derselben pharmakologischen Klasse. Das leuchtet zwar weniger ein, ist aber beispielsweise bei den SSRI's mitunter erstaunlich erfolgreich.
3. Man kombiniert zwei Antidepressiva unterschiedlicher Klassen. Das empfiehlt sich vor allem, wenn man wenigstens einen Teil-Erfolg registrieren konnte, aber natürlich letztendlich die volle Stimmungsstabilisierung will. Der Erfolg hält sich allerdings in Grenzen, die Nachteile nicht immer (z. B. Arzneimittel-Interaktionen s. o.). Einige Antidepressiva darf man gar nicht kombinieren (z. B. wenn man die MAOI's einsetzen will).
4. Man gibt eine primär nicht unbedingt antidepressiv wirksame Substanz dazu (Fachbegriff: Augmentation = Zugabe von weiteren Substanzen, um die Wirkung des ursprünglichen Medikaments zu verbessern). Hier hat sich vor allem das Lithium bewährt. Der Vorteil: Die bisherige Behandlung kann weitergeführt werden. Der Nachteil: Die Zahl der Nebenwirkungen kann sich erhöhen. Außer dem Lithium kann man auch Schilddrüsenhormone und Neuroleptika probieren, was jedoch wegen mangelhafter Datenlage (auf Deutsch: man weiß hierzu noch zu wenig) aber kontrovers diskutiert wird.
5. Wenn nichts hilft, und man hat sich aber lange genug in Geduld geübt und Mühe gegeben (sprich zwischen zwei und zehn Wochen), können auch

nicht-pharmakologische Verfahren diskutiert werden. Dazu gehören die Elektrokrampftherapie (Elektrokonvulsionstherapie, Durchflutungstherapie), die über den längsten Erfahrungszeitraum verfügt. In der Allgemeinheit gilt sie zwar als „Horror“, doch ihre Erfolge sind gelegentlich erstaunlich, mitunter geradezu spektakulär, vor allem bei scheinbar „hoffnungslosen Fällen“. Früher etwas häufiger, inzwischen aber immer noch im Einsatz ist die Schlaf-Entzugsbehandlung und neuerdings die Lichttherapie (insbesondere während der dunklen Jahreszeit, aber auch sonst erwägenswert) und die derzeit intensiv beforschte transkranielle Magnetstimulation.

KANN LITHIUM DIE SUIZIDGEFAHR REDUZIEREN?

Eines der größten und häufig genug tragischsten Probleme affektiver Störungen ist die Suizidgefahr. Einzelheiten dazu siehe die entsprechenden Kapitel in dieser Serie.

Eine erfolgreiche antidepressive Behandlung kann natürlich das Suizidrisiko reduzieren. Für die Akut-Behandlung gibt es dazu keine Zweifel und Alternativen; mittel- bis langfristig scheint die Situation aber etwas unbefriedigender, erklärt Prof. Dr. Bruno Müller-Oerlinghausen, Berlin, in der Fachzeitschrift *Psychiatrische Praxis* S 3/2007. Dabei hat die medikamentöse Suizid-Prävention durch Lithiumsalze offenbar einen höheren Stellenwert, als bisher realisiert wurde, nicht zuletzt in den USA.

Die Gründe sind vielfältig, einige werden vom Autor konkretisiert:

1. Die Einnahmезuverlässigkeit im Rahmen einer Lithium-Behandlung ist häufig unzureichend. Die Gründe sind bekannt (Langzeiteinnahme, Nebenwirkungen u. a.).
2. Derzeit interessiert man sich wissenschaftlich mehr für so genannte atypische bzw. komplizierte Formen affektiver Störungen, und die sprechen erfahrungsgemäß weniger gut auf Lithium an wie die klassischen manisch-depressiven Erkrankungen.
3. Zurzeit werden neue Substanzen im internationalen Pharma-Markt eingeführt und – wie der Autor formuliert – auch aggressiv vermarktet. Dazu gehören beispielsweise die „atypischen Neuroleptika“, also antipsychotisch wirksame Psychopharmaka, deren Indikations-Spektrum verbreitert wird, einschließlich affektiver Störungen.
4. Und schließlich gibt es ältere Lithium-Studien aus den 70-er Jahren, die keine sehr hoffnungsvollen Ergebnisse brachten – damals bzw. unter den

damaligen wissenschaftlichen Bedingungen durchaus nachvollziehbar. Heute hat sich das offenbar deutlich gebessert. So ergab sich erst in den 80-er Jahren, dass eine Langzeit-Medikation mit Lithiumsalzen die bekanntlich um das 2- bis 3-fach erhöhte Sterblichkeit von Patienten mit affektiven Störungen deutlich verringern kann. Dies betrifft offenbar nicht nur manisch-depressive Störungen (also Schwermut im Wechsel mit manischer Hochstimmung), sondern auch rein depressive Erkrankungen.

Die Lithium-Therapie ist also trotz „Konkurrenz“ (in positivem Sinne, schließlich zielen sie ja alle auf eine Verringerung depressiven Leids oder gar Lebensmüdigkeit), also trotz konstruktiver Konkurrenz durch andere Phasen-Prophylaktika wie Carbamazepin und Valproat (sowie neuerdings Lamotrigin) nicht nur unverzichtbar, sondern in den Augen vieler Experten nach wie vor eines der wichtigsten Rückfall-Vorbeuger, vielleicht sogar nach wie vor die wichtigste, insbesondere in schweren Fällen, so Prof. Dr. Müller-Oelinghausen.

KÖRPERLICHES TRAINING IN DER BEHANDLUNG DEPRESSIV ERKRANKTER

Es gibt nur ein unverändert „höchstes Gut“ im Leben eines Menschen, und das ist nach wie vor die Gesundheit. Das mussten die Älteren schon mehrmals schmerzlich erfahren; das bekommen die im mittleren Lebensalter, also in den „besten Jahren“ oft genug auch schon mit. Und das ahnen sogar die Jungen, obgleich sie sich darüber noch reichlich wenig Gedanken machen (im Gegenteil: in einer wachsenden Zahl sogar für einen vorzeitigen gesundheitlichen Niedergang sorgen, z. B. Nikotin, Alkohol, Rauschdrogen, aber auch Schlafquantum, selbst-provozierte Gehörschäden, beginnendes Übergewicht usw.).

Gleichzeitig taucht bei den positiven Maßnahmen im Rahmen einer „gesunden Lebensweise“ immer wieder ein Faktor auf, der zu Hoffnung Anlass gibt, sind seine Erfolge doch nicht zu übersehen. Gemeint sind körperliche Aktivität und – wenn es sich ergibt –, durchaus sportliche Neigungen, solange es der Körper mitmacht (von den üblichen Exzessen in jungen Jahren ganz zu schweigen).

So sind sport- und bewegungs-therapeutische Behandlungsformen bei einer Vielzahl von internistischen, orthopädischen, neurologischen u. a. Erkrankungen ein inzwischen unverzichtbarer Bestandteil etablierter Therapie-Programme, beginnen Prof. Dr. Andreas Broocks und seine Kollegen Dr. Uwe Ahrendt und Marcel Sommer von den Helios-Kliniken Schwerin ihren Beitrag in der Fachzeitschrift Psychiatrische Praxis S 3/2007.

Sport- und bewegungstherapeutische Behandlungsformen werden inzwischen aber auch in praktisch allen psychiatrisch-psychotherapeutischen oder psychosomatischen Kliniken eingesetzt. Dabei geht es nicht nur um eine Verbesserung der körperlichen Fitness, sondern auch des Körpergefühls mit den entsprechend positiven Auswirkungen auf die psychische Befindlichkeit. Am häufigsten finden sich ausdauer-orientierte Maßnahmen wie Walking-Gruppen, Fahrrad-Ergometertraining usw., aber auch Krafttraining, Gymnastik und spielerisch orientierte Gruppenaktivitäten. Hier zählen nicht nur körperliche Roborierung (Kräftigung), sondern auch Spaß und Kreativität durch Kommunikation und Interaktion, wie es die Experten nennen. Moderne psychotherapeutische Verfahren wie die so genannte dialektisch-behaviorale Therapie setzen Sport und Bewegung im Rahmen ihres Fertigkeiten-Trainings ein, um beispielsweise Spannungszustände abzubauen.

Die Erfolge sprechen für sich. Doch die Wissenschaftler wollen „harte Daten“, und dafür gibt es für die Mehrzahl der bewegungs-therapeutischen Ansätze bisher nur wenige empirische Belege (d. h. objektivierbare Erfolgs-Nachweise). Das beginnt sich allerdings zu ändern, besonders beim therapeutisch begleiteten Ausdauer-Training, und hier insbesondere für depressive Störungen.

Regelmäßige körperliche Aktivität reduziert depressive Störungen

Dabei lautet die vielleicht verwunderte Frage: Was soll körperliche Aktivität bei einer so eindeutig seelischen Beeinträchtigung wie der Melancholie auch bewirken? Doch die Statistik (und nur die scheint ja zu überzeugen) spricht eine deutliche Sprache: Entsprechende Studien ergaben, dass bei Patienten mit geringer körperlicher Aktivität im Vergleich zu sportlich aktiven Personen innerhalb von acht Jahren die Gefahr einer depressiven Neu-Erkrankung doppelt so hoch ausfiel. Oder kurz: Wer sich adäquat bewegt, wird seltener depressiv, wenn er schon mit einer solchen quälenden Krankheit schicksalhaft geschlagen ist. Dabei handelt es sich nicht um kleine Stichproben, sondern um so genannte epidemiologische Untersuchungen mit 8.000 und mehr Personen, unterteilt in verschiedene Gruppen. Und wieder: Regelmäßige körperliche Aktivität führt zu einer deutlich verringerten Häufigkeit depressiver Erkrankungen. Das gleiche gilt auch für die verschiedenen Angststörungen (siehe die entsprechenden Kapitel in dieser Serie).

Gilt dies dann auch für alle anderen seelischen Leiden? Dazu liegen noch nicht genügend Informationen vor. Eines aber scheint sich abzuzeichnen: leider nein. Im Hinblick auf Suchtkrankheiten beispielsweise oder Psychosen (z. B. Schizophrenie) konnten diesbezüglich keine signifikanten Unterschiede gesichert werden, erklären die Experten.

Nun könnte man meinen: Alles gut und recht, dies betrifft sicher vor allem die älteren Jahrgänge, nicht zuletzt das so genannte „dritte Lebensalter“, wo De-

pressionen, Angststörungen und sonstige seelische Leiden ohnehin am häufigsten zu finden sind. Weit gefehlt:

In einer deutschen Studie mit 1.000 Jugendlichen zwischen 14 und 18 Jahren zeigte sich, dass regelmäßiges Ausdauer-Training nicht nur mit einem positiveren Selbstbild verbunden war; entsprechende Untersuchungen ergaben auch bei diesen Jahrgängen niedrige Angst- und Depressionswerte sowie einen geringeren Grad an sozialer Hemmung.

Wer sich übrigens ein wenig auskennt, wird ohnehin mit Verwunderung, nach und nach sogar mit Besorgnis registrieren müssen, dass seelische Störungen ihren Schwerpunkt keinesfalls im höheren Lebensalter haben, jedenfalls in der Mehrzahl der Fälle (von der Alzheimer Demenz u. ä. einmal abgesehen). Zahlenmäßig am häufigsten betroffen sind die erwähnten „besten Jahre“ und immer öfter Heranwachsende, Jugendliche, ja sogar Kinder. Das hat einerseits mit deren Lebensstil zu tun, andererseits aber auch mit noch nicht völlig geklärten Ursachen. Gleichwohl: An dieser bedrückenden Statistik (immer mehr Junge) kommt man offenbar nicht mehr vorbei.

Also gilt es auch, ja vor allem dort die kostenlosen (und damit natürlich unterschätzten) Maßnahmen zu fördern, die dieser drohenden Entwicklung entgegen wirken könnten. Einige davon fallen jedem ohnehin von vorne herein ein, nämlich die entgleisungs-gefährlichen Genussmittel sowie die Rausch-Drogen und damit die Suchtgefahr generell – mit allen Konsequenzen. Und so liegt auch in solchen Untersuchungen der Konsum von Alkohol, Zigaretten und Drogen bei den sportlich aktiven Jugendlichen statistisch signifikant niedriger.

In diesem Zusammenhang gibt es übrigens auch nachdenklich stimmende Erkenntnisse aus anderen Nationen: So war in einer Untersuchung an 4.000 Japanern die Abneigung gegen körperliche Aktivität signifikant mit dem Auftreten einer Panikstörung (überfallartige Angstattacken – siehe das entsprechende Kapitel) verbunden. Und in einer finnischen Studie, in der zwei Gruppen von je 500 Patienten untersucht wurden, ergaben sich mehr Depressionen bei den körperlich Inaktiven. Und um noch einmal auf die psychischen Krankheiten bei Älteren zurück zu kommen: Bei geriatrischen Patienten verbesserte körperliche Aktivität sowohl den kognitiven als auch affektiven Status, wie sich die Experten ausdrücken; oder auf deutsch: geistig und gemütsmäßig „besser drauf“.

Natürlich weiß jeder Therapeut, von den Betroffenen ganz zu schweigen, wie schwer es einem Menschen mit Depressionen (und auch Angststörungen) fällt, seine psycho-motorische Hemmung zu überwinden. Depressionen blockieren regelrecht die körperliche Aktivität, selbst bei denen, die in gesunden Tagen gerne, ja schier ständig in Bewegung sind. Das ist richtig, und trotzdem: gerade jetzt. Ansonsten droht nämlich ein körperliches Trainings-Defizit, das schließlich zu geistigen und nicht zuletzt seelischen Einbußen führen kann. Ein verhängnisvoller Teufelskreis. Also müssen sich gerade Depressive zur körperlichen Aktivität zwingen, so schwer es ihnen – rein biologisch erklärbar –

auch fallen mag. Hier sind vor allem die Angehörigen gefordert, auch wenn sie - langsam mutlos geworden - alle Hoffnung fahren lassen sollten. Der Grundsatz lautet: leidenschaftslos, aber beharrlich, nämlich in der Förderung körperlicher Aktivität „am Ball bleiben“.

Wie erklärt man sich den Therapie-Erfolg durch körperliche Aktivität?

Es ist eine alte Erkenntnis: Wissenschaftliche Ergebnisse machen sich häufig erst einmal an einer Alltags-Erfahrung fest. So auch beim „Jogger's-High“. Wer kennt sie nicht, die passionierten (fanatischen?) Langstreckenläufer in Wald, Flur und Feld (manchmal sogar neben der Straße oder in Innenstädten), häufig mit belasteter Miene, wenn nicht gar schmerzverzerrtem Gesicht ihre Runden drehend. Warum tun sie sich das an? Muskeln, Sehnen, Gelenke u. a. werden ja nicht gering strapaziert und auch das Herz-Kreislauf-System profitiert ab einer gewissen Überlast keinesfalls von entsprechenden Exzessen.

Die Motive sind unterschiedlich, ein Beweggrund – im wahrsten Sinne des Wortes - aber spielt, ausgesprochen oder nicht, keine geringe Rolle: das „gute Gefühl“, das nach einem solchen Lauf bis in die Dimensionen der Euphorie, des inhaltslosen Glücksgefühls steigen kann. Hier droht sogar eine Suchtgefahr. Wer aber süchtig geworden ist, der muss mit Abstinenz-Symptomen rechnen, Entzugserscheinungen, wenn er den „Stoff“ nicht ständig nachliefert, in diesem Fall also regelmäßige Dauer- oder Langlauf-Aktivitäten. Und genau das kennt auch jeder Läufer, wenn er die physiologischen Grenzen überschritten hat. Vor allem das plötzliche „Absetzen“ von Ausdauertraining bei trainierten Langstreckenläufern führt bekanntlich zu „Entzugs-Erscheinungen“. Das Beschwerdebild ist nicht lustig: Reizbarkeit, innere Unruhe, ja sogar leichtere depressive Verstimmungen bis hin zu diffusen Angstgefühlen. Also wird er sobald als möglich dieses Lauf-Abstinenz-Syndrom zu überwinden trachten und in der Tat: nach Wiederaufnahme des Trainings kommt es zur raschen Rückbildung dieser Symptomatik, wie die Experten bestätigen.

Woher dies alles? Die fachliche Erklärung lautet: „Regelmäßige motorische Aktivität führt zu einer Down-Regulation von zentralen 5-HT_{2c}-Rezeptoren. Ausdauertraining bewirkt einen vermehrten Tryptophan-Einstrom in das Gehirn und scheint so die Synthese und auch den Umsatz von Serotonin zu stimulieren“. Serotonin aber ist jener Neurotransmitter (Botenstoff) im Gehirn, der u. a. für die Stimmung zuständig ist: wenig = Depression, zuviel = Hochstimmung? Und wenn das Gehirn eine entsprechend hoch angesiedelte Serotonin-Verfügbarkeit gewohnt ist, dann reagiert es „unwirsch“ auf eine Absenkung. Diese kann krankheits-bedingt sein (z. B. Depression und Angststörung), in leichter und vor allem selbst-korrigierbarer Form auch durch eine Änderung (sprich Reduzierung) durch körperliche Aktivität. (Nebenbei auch durch andere Maßnahmen, aber das ist hier nicht das Thema)

Daneben scheint sich körperliche Aktivität auch über weitere gehirn-physiologische Schienen vorteilhaft auszuwirken. Einzelheiten würden in diesem Zusammenhang zu weit führen, doch kommt es auf jeden Fall zu einer Stimulierung der Neuro-Genese (also zu einer verstärkten Entwicklung von Gehirnnervenzellen). Das wiederum verbessert die Leistung, z. B. in Bezug auf Gedächtnis und andere geistige Funktionen. Im Tierexperiment konnte übrigens auch gezeigt werden, dass die Widerstandsfähigkeit des Gehirns gegenüber verschiedenen Schadstoffen (Fachbegriff: Noxen) durch körperliche Aktivität erhöht werden kann.

Das passt nebenbei gut zu klinischen Untersuchungen, in denen Ausdauertraining ein vorbeugender und therapeutischer Effekt im Hinblick auf die Alzheimer'sche Demenz zugeschrieben wird. In leichteren oder mittelgradigen Fällen soll einer konsequenten körperlichen Aktivität der gleiche Erfolg zukommen wie die medikamentösen Behandlungsversuche, vermuten manche Experten.

Da wissenschaftlich eindeutig belegt und mittlerweile allseits bekannt ist, dass regelmäßiges Ausdauertraining einen vorbeugenden Effekt auf die wichtigsten Gefäß-Risikofaktoren hat (z. B. erhöhter Blutdruck, Fettstoffwechselstörung, Übergewicht, diabetische Stoffwechsellage u. a.) und körperliche Aktivität zudem eine vorbeugende Wirkung für eine Vielzahl anderer Erkrankungen entwickelt, wird auch nicht mehr bezweifelt, dass damit die Lebenserwartung erhöht werden kann, und zwar eindeutig. Da mittlerweile auch eine Vielzahl von Wechsel-Beziehungen zwischen diesen Gefäßrisiken (Fachbegriff: metabolisches Syndrom) und depressiven Störungen erwiesen ist, könnte regelmäßiges Training auch über diese Schiene einen antidepressiven Effekt bewirken.

DEPRESSIONEN UND SEXUELLE FUNKTIONSSTÖRUNGEN

Früher sprach man nicht darüber, aber die Not war gleich. Heute geht man an die Auslage eines Kiosks und meint: Es gibt kein anderes Thema auf dieser Welt. Und manche Fernsehprogramme scheuen sich nicht einmal mehr, entsprechende Sendungen, zumindest aber Bilder zu bringen, zu denen zu bereits nachmittäglicher Zeit auch Kinder Zugang haben. Gemeint ist die Sexualität.

Seltsamerweise aber bleibt eines gleich: „Sex“ überschwemmt uns, aber darüber gesprochen wird nicht – wenn es einen selber negativ betrifft.

Das bestätigen auch Hausarzt und sogar Psychiater. Sexuelle Störungen sind kein Thema – scheinbar. Die Wirklichkeit sieht natürlich anders aus. Zum einen wird gnadenlos übertrieben, wenn von Befragungen die Rede ist, bei denen sich selbstredend jeder so positiv darstellt, wie irgend glaubhaft. Zum an-

deren wird darüber auch nicht mit den Experten gesprochen bzw. erst dann, wenn man ohnehin bereits „alle Hoffnungen verloren hat“ oder im Rahmen einer sonstigen Erkrankung zu „solch peinlichen Zugeständnissen gezwungen wird“.

Die Depression ist dafür ein gutes, konkreter: bedauerliches Beispiel. Besonders ungünstig ist die Situation „sexueller Dysfunktionen“ bei depressiven Störungen, erklärt der Psychologe Prof. Dr. Uwe Hartmann vom Arbeitsbereich Klinische Psychologie der Abteilung Klinische Psychiatrie und Psychotherapie an der Medizinischen Hochschule Hannover in der Psychiatrischen Praxis S 3/2007.

Dabei sind unsere Kenntnisse durchaus fundiert, der Zusammenhang beispielsweise zwischen Depression und sexuellen Funktionsstörungen sogar gut untersucht. Im Einzelnen:

- Etwa ein Drittel der *medikamentös unbehandelten Depressiven* berichtet über negative Auswirkungen auf ihre Sexualität. Dies betrifft alle Phasen der sexuellen Reaktion, also Libido, Erregung/Erektion, Ejakulation/Orgasmus bzw. Befriedigung.
- Ein hoher Prozentsatz, nämlich zwischen 50 und 90% der depressiven Patienten *insgesamt* beklagt Beeinträchtigungen in der Sexualität.
- Das häufigste mit Depressionen verbundene Sexualproblem ist die Minderung oder der Verlust sexuellen Interesses und der sexuellen Ansprechbarkeit.
- Bei Männern sind Depressionen einer der stärksten Prädiktoren (Vorhersage-Kriterien) für die Entwicklung einer Erektions-Störung (Versteifung des männlichen Gliedes).

Was sind die Ursachen? Zum einen bestimmte Verhaltensmuster wie (übertrieben-ängstliche) Selbstbeobachtung, Ablenkung und Versagens-Angst bei depressiven Patienten. Zum anderen biologische Ursachen (z. B. Überaktivierung des sympathikotonen Anteils des autonomen Nervensystems mit der damit verbundenen Unfähigkeit, die notwendige Entspannung einzuleiten und aufrecht zu erhalten). Entscheidender sind natürlich die biochemischen Ursachen, wobei der erniedrigte Testosteron-Spiegel nur einen Teil des Problems darstellt. Inzwischen ist man aber auch schon soweit, im fMRI (Abkürzung für ein modernes bildgebendes Diagnose-Verfahren) eine niedrigere subjektive Erregung und damit geringere Aktivierung bestimmter Hirn-Areale in einer depressiven Verfassung festzustellen (während umgekehrt bestimmte Hirnregionen mit sexuellen Hemmungs-Aufgaben nicht in der erforderlichen Weise „abgeschaltet“ werden können). Einzelheiten würden hier zu weit führen, wobei die Forschung auch noch am Anfang eines – allerdings hochinteressanten –

Weges steht. Nachfolgend deshalb einige leichter nachvollziehbare Erkenntnisse, und zwar

1. zur Bedeutung von Depressionen bei sexuellen Funktionsstörungen und
2. zur Bedeutung sexueller Dysfunktionen bei depressiven Störungen.

Im Einzelnen:

Die Bedeutung von Depressionen bei sexuellen Funktionsstörungen

Wir haben schon gehört: Sexuelle Störungen sind bei Depressionen häufig. Damit ist aber noch nicht die Kausalität erklärt, d. h. das „Warum“. Außerdem sind die Auswirkungen einer Depression auf die Sexualität deutlich vielschichtiger als früher angenommen, und dann noch in komplexer Weise mit den Nebenwirkungen bestimmter Antidepressiva verknüpft (s. später).

Die häufigste Auswirkung einer Depression besteht erst einmal im Verlust oder in der Minderung der sexuellen Appetenz, also dem sexuellen Verlangen, was sich natürlich auch gleich auf die sexuelle Erregbarkeit auswirkt. In früheren Studien wurde deshalb ein niedriges sexuelles Interesse bei zwei Drittel aller (allerdings schwer) depressiv Erkrankten festgestellt, während dies bei Nicht-Depressiven in höchstens jedem vierten Fall registriert werden konnte. Neuere Untersuchungen gehen sehr viel differenzierter vor, was dann allerdings auch zu komplexeren Ergebnissen führt. Im Wesentlichen aber bleibt die Erkenntnis: Depressive Zustände führen zu sexuellen Beeinträchtigungen, wobei das weibliche Geschlecht nicht weniger darunter leidet, z. B. mit Orgasmusstörungen, Dyspareunie (Schmerzen beim Geschlechtsverkehr) und Vaginismus (Scheiden-Krampf).

Neuere Untersuchungen konzentrieren sich aber vor allem auf sexuelle Funktionsstörungen beim Mann (Fachbegriff: erektile Dysfunktion - ED) im Rahmen von Depressionen oder Stress-Faktoren mit verstärktem Ärger. Dabei ergab sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Stärke des depressiven Beschwerdebildes und der Ausprägung einer erektilen Dysfunktion, und zwar interessanterweise unabhängig vom Lebensalter. Und es bestätigten sich die Vermutungen, dass depressive Symptome (also noch nicht unbedingt eine ausgeprägte Depressions-Krankheit) ein Prädiktor (Vorhersage-Kriterium) einer dann zu erwartenden erektilen Dysfunktion werden könnte.

Die Schlussfolgerung dieser Untersuchungen lautet, gleichsam als Aufgabe für den Arzt und ggf. Psychologen: Patienten mit sexuellen Funktionsstörungen sollten auch zu einer ggf. depressiven Stimmungslage befragt werden; und depressive Verstimmungen (also noch lange keine Depressionen als schwere Krankheit) sollten die Frage nach sexuellen Funktionsstörungen nach sich ziehen. In beiden Fällen ist nämlich vom Patienten selber kaum ein entsprechender Hinweis zu erwarten, er muss erfragt werden.

Die Bedeutung sexueller Dysfunktionen bei depressiven Störungen

Wer schon an leichteren, vor allem aber mittelschweren oder gar schweren Depressionen zu leiden hat, ist ohnehin beeinträchtigt genug. Wenn jetzt noch zusätzlich sexuelle Störungen hinzukommen (was also im Rahmen einer Depression fast schicksalhaft zu erwarten ist), dann kann man sich die Doppelbelastung vorstellen (auch wenn die Sexualität nicht unbedingt als „Wichtigstes im Leben“ bewertet wird, gleichsam vorbeugend bzw. bedeutungs-mindernd).

Am häufigsten und auch beharrlichsten finden sich Beeinträchtigungen im Sinne eines nachlassenden Interesses an Sexualität, aber auch allgemeine Schwierigkeiten im Bereich sexueller Erregung und Befriedigung. Natürlich gibt es auch individuelle Unterschiede:

Bei manchen depressiven Männern ist der Verlust des sexuellen Interesses auf der Verhaltensebene weniger bedeutsam, eher die depressiv getönte Bewertung der sexuellen Funktion und des sexuellen Erlebens als weniger befriedigend und lustvoll. Wieder andere zeigen dem gegenüber sogar eine erhöhte sexuelle Aktivität, möglicherweise als eine Art Selbst-Behandlung oder zumindest -Stabilisierung, gleichsam als eine Art „biologisches Antidepressivum“.

Was aber auf jeden Fall erfreulich ist, Hoffnung machen und deshalb entsprechend angesprochen werden soll: Die Mehrzahl der sexuellen Beeinträchtigungen geht nach Abklingen der Depression wieder (völlig) zurück.

Nebenwirkungen von Antidepressiva

Am häufigsten wird in der Medizin das Problem entsprechender Nebenwirkungen von Antidepressiva auf die Sexualität bewertet, beforscht und publiziert. Das betrifft vor allem die ältere Klasse der so genannten trizyklischen Antidepressiva, leider aber auch die neueren Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI), die zwar nicht unbedingt wirkungsvoller, dafür aber mit weniger Nebenwirkungen generell belastet sind. Die genauen Wirkungsmechanismen der SSRI im Sinne ihrer unerwünschten Begleiterscheinungen sind zwar noch nicht exakt geklärt, dafür aber die Häufigkeit der Klagen recht gut objektivierbar, nämlich:

Sexuelle Dysfunktionen gehören zu den am meisten beeinträchtigenden Nebenwirkungen, und zwar zwischen 35 und 60 % der Patienten. Eine nicht geringe Zahl der Therapie-Abbrüche geht deshalb auch – zumindest bei entsprechendem Alter – auf dieses Problem zurück.

Dabei scheinen alle Aspekte der sexuellen Aktivität betroffen zu sein, wobei jedoch die meisten Patienten über Orgasmus-Probleme und mangelndes Verlangen klagen. Das ist leider Realität, bedauerlich, aber nicht ableugbar.

Gleichwohl gilt es dabei aber zu berücksichtigen, dass man diese Nebenwirkungen oft schwer von den Auswirkungen der Grunderkrankung unterscheiden kann. Man sollte deshalb seitens des Arztes gezielt nachfragen, ob entsprechende Defizite nicht schon vor der Behandlung aufgefallen sind, insbesondere bei schweren Depressionen. Und man sollte versichern, dass eine langsame Genesung (nämlich durch das verordnete Antidepressivum) auch mit einer nach und nach verbesserten sexuellen Aktivität einherzugehen pflegt. (s. u.)

Was kann man tun?

Die konkreten Schlussfolgerungen, insbesondere was eine effektive therapeutische Wirkung und gleichzeitig möglichst wenig Nebenwirkungen anbelangt, halten sich notgedrungen in Grenzen. Natürlich kann man ein Antidepressivum wählen, das weniger sexuelle Störungen nach sich zieht. Leider sind die derzeit gebräuchlichsten und wohl auch erfolgreichsten Substanzen alle im Wesentlichen ähnlich belastet. Diejenigen, die hier weniger Probleme aufwerfen, haben dafür andere Nachteile, auch wenn das eine oder andere Kompromiss-Medikament diskutiert werden kann (Einzelheiten siehe Fachliteratur bzw. im persönlichen Gespräch der Hausarzt oder Psychiater).

Wichtig sind Aufklärung und die Bitte um Geduld. Dabei kann man sich bestimmter Metaphern bedienen, die das Problem von einer anderen Seite her etwas optimistischer „aussitzen“ lassen (siehe Kasten). Schließlich pflegen sexuelle Störungen durch Antidepressiva im Verlauf des Leidens kaum zuzunehmen, eher zurück zu gehen, nämlich in jenem Maße, wie das Arzneimittel „greift“ und eine langsame, aber konsequente Besserung verspricht. Auch kann man mit einer individuell angepassten Dosierung etwas weniger Nebenwirkungs-Last erreichen, was aber ggf. heißt, dass die reduzierte Gabe dann auch länger braucht, bis der End-Erfolg sicher gestellt ist.

Erfahrene Psychiater benützen gerne nachvollziehbare, eingängige und damit besser verstehbare, nutzbare und tröstliche Metaphern, d. h. eine alltagsorientierte Ausdrucksweise, die im Gedächtnis haften bleibt. Dazu folgendes Beispiel:

Eine Nation wird im Krieg oder durch Naturgewalten völlig zerstört. Was ist das erste, was Regierung und örtliche Behörden in Angriff nehmen? Wird zuerst die Oper oder das Schauspielhaus wieder aufgebaut – oder die Trinkwasser-Versorgung gesichert? Ähnlich kann man sich einen von Depressionen betroffenen Organismus vorstellen. Wird er in diesem Zustand als erstes die reduzierte oder gar erloschene Sexualität „wieder beleben“? Oder lieber alle Kräfte bündeln, um körperlich, geistig und seelisch die notwendige Stabilität zu sichern? Später, wann auch immer es der staatliche Wiederaufbau bzw. psycho-physische Zustand zulässt, können auch Opernhaus bzw. Sexualität wieder aufgebaut bzw. reaktiviert werden. Bis dahin aber gilt es geduldig zu sein.

Das Beispiel mag „hinken“, amüsieren oder gar Widerstand auslösen. Wer ein besseres hat, um einem Menschen in Not die Situation zu erläutern bzw. um Geduld zu bitten, möge es nutzen. Wer sich allerdings aus Bequemlichkeit drückt, macht sich eines therapeutischen Defizits schuldig.

Aus der Vorlesung eines alten Psychiatrie-Professors.

Es sind zwar neue antidepressive Substanzen in Arbeit (Forschung) oder sogar inzwischen auf dem Markt, die weniger sexuelle Einbußen mit sich bringen sollen. Hier muss allerdings der behandelnde Therapeut entscheiden, was ihm wichtig, unerlässlich oder ggf. alternativ machbar erscheint.

Ist der Kummer um die sexuellen Störungen aber zentral und kann aus welchen Gründen auch immer das nachgewiesenermaßen „schuldige“ Antidepressivum nicht ausgetauscht werden, empfehlen die Experten, wie auch Prof. Dr. Uwe Hartmann, den Einsatz der inzwischen bekannten PDE 5-Hemmer für Männer, nämlich Sildenafil, Tadalafil oder Vardenafil (Handelsnamen beim Arzt oder Apotheker erfragen), die gerade erektile Dysfunktionen z. T. mit erstaunlichem Erfolg beheben bzw. – rechtzeitig eingesetzt – verhindern können. Das vermag dann auch einen günstigen Einfluss auf die Partnerschaft auszuüben und sich damit insgesamt positiv auf den Verlauf der Depressionen auszuwirken, schließt der Autor seinen Beitrag. Einen interessanten und in der Realität sehr viel bedeutsameren Problembereich, als allgemein zugestanden wird, selbst in einer Zeit der „überbordenden fassadären Sexualität“.

LITERATUR

Jedes dieser Themen aus dem Sonderheft *Multiplizität der Depression* in der *Psychiatrischen Praxis* vom September 2007 (S 3/2007) bietet ein ausführliches Literaturverzeichnis, was im Bedarfsfall beim jeweiligen Autor nachgefragt werden kann.