

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

WINTERDEPRESSION

Saisonalabhängige Depression (SAD) – Herbst-Winter-Depression – Lichtmangel-Depression – Seasonal Affective Disorder – Winterblues – Saisonal rezidivierende depressive Störung

Dass bei vielen Menschen Stimmung und Leistungsfähigkeit im Winter zu wünschen übrig lassen, wurde schon von den Ärzten im antiken Griechenland vor mehr als 2.000 Jahren beschrieben. Das hat sich bis heute nicht geändert, im Gegenteil. Immer häufiger hört man die Klage über einen allgemeinen Einbruch von Stimmung und Antrieb, was schon im Spätherbst beginnen kann und sich meist erst im Frühling wieder auflöst.

Ist das noch normal oder schon eine Krankheit? Welches sind die wichtigsten Symptome? Welche Ursachen werden diskutiert? Und vor allem: Kann man etwas dagegen tun?

Erwähnte Fachbegriffe:

Winterdepression – saisonal abhängige Depression (SAD) – Herbst-Winter-Depression – Lichtmangel-Depression – Seasonal Affective Disorder – Winterblues – saisonal rezidivierende depressive Störung – biologische Rhythmen und Depression – zirkadianer Rhythmus - Sommer-Depression – 24 Stunden-Rhythmus – Zeitgeber – Hell-Dunkel-Wechsel – interne Synchronisation – seelische Störungen: Frühjahr-/Sommer-/Herbst- und Winter-Gipfel – Morgentief – Früherwachen – Rapid-Cycling-Syndrom – schnelle Phasenwechsler – jahreszeitliche Befindlichkeitsschwankungen – Winterdepressions-Beschwerdebild – Tagesmüdigkeit – Müdigkeits-Syndrom – Niedergeschlagenheit – Missgestimmtheit – Leistungseinbruch – lange Schlafzeit – Appetitzunahme – Kohlenhydrat-Heißhunger – Gewichtszunahme – Libido-Störungen – Vorpos-

ten-Symptome (Angstzustände, Panikattacken) – SAD-Untergruppen: sub-syndromale Form der SAD (S-SAD) – Recurrent-Brief-SAD (RBD-SAD) – schizoaffektive Psychose – schizo-depressives Syndrom – Bulimie – Ess-Brech-Störung – Zwangsstörung – Negativ-Symptomatik der Schizophrenie – Somatisierungsstörung – Lichttherapie – Phototherapie – Gesundheitsmarch – körperliche Aktivität – Kunstlicht – Tageslicht – Gesamt-Behandlungsplan – u.a.m.

Wer kennt ihn nicht, wer beklagt ihn nicht, wer leidet nicht darunter, die Rede ist vom November, dem „tristesten Monat im Jahr“, Herbstende, Winteranfang, trübe, nasskalt, sonnenarm, schon früher gefürchtet, inzwischen eine wachsende Zahl von Menschen bedrückend, interessanterweise auch immer häufiger die junge Generation, die sich doch sonst gerne von nichts beeindruckt zeigt.

Kurz: Der Monat November hat ein negatives Image – und das wird immer schlechter, teils meteorologisch, teils psychosozial bedingt.

„*November*: Sie ist traurig, die Jahreszeit, darin wir stehen; man möchte glauben, dass das Leben mit der Sonne dahinschwenden wolle; ein Frösteln rinnt über die Haut und ins Herz; alle Laute verstummen; der Himmelssaum verblasst; alles sinkt, zum Schlafen oder zum Sterben“ (*Gustave Flaubert*).

Natürlich hat dies alles nicht nur mit einem Monat zu tun, der nebenbei auch seine Reize haben kann, man muss sie nur erkennen und nutzen. Es ist etwas anderes, etwas, was frühere Generationen besser verstanden und vor allem hinzunehmen gelernt hatten, was die „moderne Gesellschaft“ glaubt überspielen zu können – doch das Gegenteil droht: die Winter-Depression.

Jahreszeitlich abhängige Veränderungen von Stimmung, Antrieb und sogar physiologischen Parametern (also normalen Organfunktionen) sind seit alters her bekannt und schon in der Antike beschrieben, z. B. bei den griechischen Ärzten Hippokrates (460 – 375 v. Chr.) und Aretajos (81 – 138 n. Chr.).

Dies gilt vor allem für den „Einbruch der Stimmung“, bis hin zu ausgeprägten Depressionen, wie sie bevorzugt in diese Jahreszeit fallen. Statistisch ist dies allerdings zu korrigieren. Je nach Art der Depression sind es vor allem Frühling und Herbst, die insbesondere die biologisch bestimmten Depressionen (früher endogene Depressionen genannt) auszulösen pflegen. Erst danach kommen Spätherbst/Winter und an letzter Stelle der Sommer. Das ist die am wenigsten depressions-belastete Jahreszeit (auch wenn immer wieder einmal von einer so genannten „Sommer-Depression“ die Rede ist – siehe später).

Jahreszeit-abhängige Befindlichkeitsschwankungen in der Allgemeinbevölkerung

Schon die alten Psychiater wiesen darauf hin, dass so genannte saisonale Verstimmungen nicht nur psychisch Kranke, sondern auch gesunde Mitmenschen heimsuchen können. So kommt es zu jahreszeitlich abhängigen Befindlichkeitsschwankungen, insbesondere von Stimmung und Antrieb (Aktivität) mit folgendem Verteilungsmuster (Bevölkerung von New York und London, 1988):

- Mai und Juni sind „Stimmungs-Spitzenreiter“. Dort geht es der Mehrheit der Bevölkerung medizin-meteorologisch am besten.
- Juli/August zeigen - je nach Untersuchung mehr oder weniger deutlich - bereits einen angedeuteten Stimmungs- und Aktivitäts-Rückgang.
- September und Oktober setzen in der einen Studie den „Niedergang“ fort, während sich in der anderen noch einmal ein „herbstlicher Aufschwung“ („goldener Herbst“) abzeichnet.
- Der November ist für viele der Beginn der „klimatisch-psychologisch un erfreulicheren Phase“. Das bessert sich auch nicht im Dezember, Januar und Februar, wird eher noch schlechter.
- Im März hingegen geht es wieder aufwärts, im April deutlich, um im Mai - wie erwähnt - den Mai/Juni-Höhepunkt zu erreichen.

Saisonale Stimmungsschwankungen bei SAD-Depressiven

Im Vergleich dazu zeigen Patienten mit einer saisonal abhängigen Depression (SAD = Winterdepression) im Wesentlichen das gleiche Verteilungsmuster, nur ausgeprägter:

- Am günstigsten im Mai, Juni, Juli und August (bei Letzterem zu Ende schon leichte Vorposten-Symptome)
- Ab September deutlicher Abfall über die Monate Oktober, November, Dezember und Januar (bei Letzterem am ausgeprägtesten)
- Ab Februar „Stimmungserholung“ und zwar kontinuierlich über März, April bis zum erwähnten Mai (Beginn der „besten Stimmungszeit“).

Nach Terman u. Mitarb. (1986) und Thompson u. Mitarb. (1988), zitiert nach Kasper u. Mitarb. (1988)

Doch die in der düsteren Übergangsjahreszeit auftretenden Stimmungstiefs wurden aus psychiatrischer Sicht ebenfalls schon früh beschrieben, beispielsweise vor über 150 Jahren von dem deutschen Psychiater Professor Dr. W. Griesinger (s. u.) und seinem französischen Kollegen Prof. Dr. E. Esquirol. Und später auch in mehreren wichtigen Hand- und Lehrbüchern erwähnt, ob psychiatrisch (A. Pilcz, 1901; E. Kraepelin, 1915; O. Bumke, 1928) oder medizin-meteorologisch (W. Hellpach, 1911).

„Andere Beobachter und wir selbst haben Fälle gesehen, wo zu einer gewissen Jahreszeit, z. B. im Winter, tiefe Schwermuth sich einstellt, und diese im Frühling in Manie übergeht, welche im Herbst allmählich wieder zur Melancholie herabsinkt“ (W. Griesinger).

Doch nach und nach versank die Erfahrung der älteren deutschen Psychiater-Generation in Vergessenheit (wie auch auf anderen Gebieten immer wieder zu registrieren ist, selbst überliefertes Wissen muss offenbar immer wieder neu erarbeitet werden, weil man meint, bei den „Alten“ sei ohnehin nichts Rechtes zu finden). Dies hängt auch damit zusammen, dass die Natur und ihre Möglichkeiten, Risiken und Gefahren erst wieder in den letzten Jahren entdeckt wurden, sei es diagnostisch (z. B. Winterdepression), sei es therapeutisch (Pflanzenheilmittel, Lichttherapie - s. später).

Immerhin gab es Mitte des 20. Jahrhunderts vereinzelte und danach sogar konkrete Hinweise, was Jahreszeit und seelische Krankheit anbelangt, insbesondere bezüglich der Winterdepressionen, die man interessanterweise auch „schlafende Depressionen“ nannte. Erst vor rund zwei Jahrzehnten nahm sich eine Forschungsgruppe am National Institute of Mental Health (NIMH) in den USA systematisch dieses Phänomens an, sammelte umfangreiche Daten und erarbeitete diagnostische Kriterien, die schließlich sogar in die Klassifikationen der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (APA) in ihrem Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen (DSM-III/IV) eingingen.

Und es interessierten sich zunehmend europäische, vor allem deutsche und österreichische Psychiater für diese Art medizinmeteorologisch relevanter seelischer Störungen und trugen durch ihre wissenschaftlichen Arbeiten entscheidend zu unseren heutigen Erkenntnissen bei (z. B. in den Psychiatrischen Universitäts-Kliniken Basel, Tübingen, Bonn, Wien u.a.).

Leider sind diese saisonal abhängigen Depressionsformen für die meisten Laien und sogar für die überwiegende Mehrzahl der Betroffenen und ungünstigerweise auch die sie betreuenden (Haus-)Ärzte noch immer ein weitgehend unbekanntes Phänomen. Doch es tut sich etwas, besonders über die beiden Schienen 1. Aufklärung und 2. Prävention (Vorbeugung).

Denn man kann gerade diese Art von „biologisch determinierter Depression“ erstaunlich gut behandeln, und zwar wiederum vor allem auf natürlichem

Wege (z. B. täglicher Gesundmarsch bei Tageslicht oder eine „technische“ Licht- oder Phototherapie - s. später).

Nachfolgend deshalb eine kurze Übersicht zum Thema Winter- oder Lichtmangel-Depression, beginnend mit einer Einleitung über den biologischen Hintergrund.

Biologische Rhythmen und Depression

So gut wie alle Organismen zeigen einen 24-Stunden-Rhythmus (so genannter zirkadianer Rhythmus - s. u.), und zwar sowohl des Verhaltens als auch der physiologischen (natürlichen) Funktionsabläufe. Das betrifft beispielsweise Körpertemperatur, Stoffwechsel, Herz und Kreislauf u.a. Die entscheidende Ursache sind so genannte Zeitgeber und hier insbesondere der Hell-Dunkel-Wechsel, der einen endogenen zirkadianen Rhythmus bzw. deren mehrere unterhält (endogen = von innen kommend bzw. das Zentrale Nervensystem und damit Seelenleben betreffend; zirkadian = eine 24-Stunden-Periode umfassend).

Wenn diese innerlichen Rhythmen gut aufeinander abgestimmt sind (Fachbegriff: interne Synchronisation), dann gibt es keine Probleme. Ist dies nicht der Fall (innere Desynchronisation), kann es zu verschiedenen körperlichen und seelischen Störungen kommen. Am besten erforscht sind dabei Stimmungshochs und -Tiefs, also Manie und Depression in verschiedener Ausprägung.

Für die beiden, ja oft miteinander gekoppelten seelischen Leiden lässt sich eine jahreszeitliche Häufung objektivieren, vor allem Frühjahr und Herbst. Dies gilt insbesondere für manisch-depressive Erkrankungen, während rein depressiv Betroffene eher einen Frühjahrsgipfel zu ertragen haben. Parallel zu diesem Leidensmaximum läuft im Übrigen auch der tragischste Ausgang einer solchen Krankheit, nämlich die jahreszeitliche Verteilung der Selbstmordhäufigkeit. Auch hier sind es vor allem (spätes) Frühjahr sowie Sommerbeginn, d. h. in der Regel nach einigen zermürenden Depressions-Wochen bis -Monaten, in denen der Betroffene - besonders wenn er nicht gezielt antidepressiv behandelt wurde - schließlich keine Genesungs-Hoffnung mehr zu haben glaubt und Hand an sich legt.

Solche Rhythmus-Veränderungen zeigen sich gerade bei der Depression im Übrigen nicht nur jahreszeitlich, sondern auch im Verlauf des Tages und der Nacht. Beispielsweise im „Morgentief“ (auch bezeichnenderweise „Morgengrauen“ genannt) mit Stimmungsaufhellung und verbessertem Antrieb am Nachmittag und Abend. Oder im immer mehr vorverlegten Früherwachen mit quälendem Gedankenkreisen und Panik vor dem neuen Tag (5.00 Uhr,

4.00 Uhr, 3.00 Uhr: „ab 2.00 Uhr bin ich wach und kann nicht mehr einschlafen, am anderen Tag natürlich todmüde und total deprimiert“).

Etwas komplizierter äußern sich diese biologischen Rhythmen auch im therapeutischen Einfluss der stimmungsaufhellenden Antidepressiva, ja sogar deren unterschiedlichen Nebenwirkungs-Spektren.

Ganz besonders spektakulär aber sind die raschen Stimmungs-Umschwünge, z. B. innerhalb von 24 Stunden von der schwersten Depression in die umtriebige Manie oder umgekehrt. Und schließlich die immer wieder verblüffenden Rapid-Cycling-Syndrome, d. h. „schnelle Phasenwechsler“, die ihre Hochs und Tiefs im Wochen-, Tages- oder gar Stunden-Wechsel durchleiden müssen. Das heißt: Ist der innere Rhythmus einmal aus dem Ruder gelaufen, ist er auch zu jeder noch so ungewöhnlichen Verlaufsform fähig.

Die Frage, welche pathophysiologischen (d. h. krankhaften Stoffwechsel-)Veränderungen so etwas auszulösen vermögen, ist noch ungeklärt. Diskutiert werden, wie bei allen übrigen seelischen Störungen, eine ungünstige Veränderung bestimmter Überträgerstoffe, die an entsprechenden Nervenendigungen freigesetzt werden und damit die Funktion des Gehirn-Stoffwechsels ermöglichen (Fachausdrücke: Botenstoffe, Neurotransmitter). Beteiligt sind aber wahrscheinlich auch andere zentral aktive Substanzen, wie das in letzter Zeit vermehrt in die Diskussion geratene Melatonin. Hier besteht allerdings noch ein ausgeprägter Forschungsbedarf.

Zur Geschichte der saisonal abhängigen Depressionsformen

Wie erwähnt: Der Stimmungseinbruch im Spätherbst und Winter ist so alt wie die Menschheit und auch schon den antiken Ärzten bekannt gewesen (und zuvor sicher auch). Dann waren es die Psychiater vor 100 Jahren, die sich mehr auf ihr „klinisches Gespür“ als - notgedrungen - auf umfangreiche Statistiken, technische Hilfsmittel und Laborergebnisse verließen. Dann war eine Zeit lang „Ruhe“, bis vor rund zwei Jahrzehnten die US-Amerikaner aufgrund der Selbstbeobachtung eines betroffenen Patienten eine größere Studie begannen.

Wenig hilfreich dabei war übrigens jene Klientel, auf die man sonst immer zurückzugreifen pflegt, nämlich klinisch behandlungsbedürftige Patienten. Denn in eine psychiatrische Fachklinik, vor allem in eine Depressions-Spezialstation (von der es allein im deutschsprachigen Bereich inzwischen Dutzende gibt) kommen sinnvollerweise nur Kranke mit schwerer oder komplizierter Verlaufsform ihres seelischen Leidens.

Das zweite, mögliche Untersuchungskollektiv wären dann Patienten in einer psychiatrischen Ambulanz/Poliklinik bzw. von niedergelassenen Nervenärzten und Psychiatern untersucht und behandelt. Doch auch dort wurde bzw. wird

man bei solchen saisonal abhängigen Depressionen nicht sehr fündig. Das Leiden ist einfach nicht quälend genug, um „die Schwelle eines Seelenarztes zu überschreiten“ (Zitat), was ja bekanntlich - früher mehr als heute - für so manche Patienten eine nicht unerhebliche Überwindung bedeutet, sehr zu ihrem Nachteil, denn Fachmann bleibt Fachmann.

Nachdem man also in den USA auf die herkömmlichen Untersuchungs-Klienten nicht zurückgreifen konnte, gingen die dortigen Wissenschaftler mit Zeitungsannoncen an die Öffentlichkeit, und das erwies sich als außerordentlich erfolgreich. Gefragt wurde nach Betroffenen, die regelmäßig im Herbst bzw. Winter unter depressiven Zuständen litten, welche sich im Frühjahr oder Sommer wieder aufzulösen pflegten, manchmal sogar von einem „kleinen Stimmungshoch“ begleitet. Und dies mehrfach im Leben und durch bestimmte Symptome belastet. Außerdem durften natürlich keine äußeren Gründe vorliegen (z. B. Stimmungseinbruch durch sonstige Erkrankungen, familiäre Belastungen, Arbeitsplatzverlust u.a.).

Was hat man nun bei dieser „uralten“ und doch „neuen“ Depressions-Form gefunden?

Begriffe

Früher sprach man vor allem von einer „Winterdepression“ (was sich am besten einprägt), heute von einer Herbst-Winter-Depression (weil es schon im Spätherbst, unter Einschluss von Früh-Symptomen sogar schon früher beginnen kann), gelegentlich auch von einer Lichtmangel-Depression (was ein mehr allgemeiner, die Ursachen aber am treffendsten bezeichnender Begriff wäre), in Fachkreisen vor allem von einer saisonal abhängigen Depression (englischer Fachbegriff: Seasonal Affective Disorder), kurz: SAD. Weitere eher populär medizinische bzw. Fachbegriffe sind Winterblues und saisonal rezidivierende (immer wieder auftretende) depressive Störung.

Wissenschaftlich spricht man heute auch von einer saisonal abhängigen Depression als Überbegriff und von einer Herbst-Winter-Depression als ihrer häufigsten Erscheinungsform.

Definition

Von den beiden weltweit tonangebenden psychiatrischen Institutionen, nämlich der Weltgesundheitsorganisation (WHO) mit ihrer Internationalen Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10 und der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (APA) hat bisher nur Letztere eine wissenschaftlich und klinisch verwertbare Definition vorgeschlagen:

Dabei lauten die **diagnostischen Kriterien** für ein so genanntes saisonal abhängiges Verhaltensmuster im Rahmen einer affektiven (Gemüts-)Störung:

- Regelmäßiger zeitlicher Zusammenhang zwischen dem Auftreten von depressiven Episoden bei verschiedenen depressiven Zuständen (in diesem DSM-IV konkret definiert) mit einer bestimmten Jahreszeit (z. B. Herbst oder Winter).
- Vollständiger Symptom-Rückgang oder ein Wechsel von Depression zu Manie (krankhafte Hochstimmung) während einer bestimmten Jahreszeit (z. B. die Depression verschwindet regelmäßig im Frühling).
- Mindestens zwei Episoden in den vergangenen zwei Jahren mit entsprechender saisonaler Abhängigkeit.
- Dabei müssen die diagnostischen Kriterien bestimmter „Kern-Depressionsformen“ erfüllt sein, wie sie in diesem DSM-IV aufgeführt werden. Fachbegriffe: Depressive Episoden bei Bipolar I- oder II-Störungen oder Rezidivierende Major Depression (Einzelheiten siehe DSM-IV).

Oder kurz und allgemeinverständlich:

Unter einer saisonal abhängigen Depression (SAD) versteht man depressive Zustände, die an eine bestimmte Jahreszeit, insbesondere Spätherbst/Winter gebunden sind und die sich im Frühjahr wieder aufhellen.
--

Wen trifft eine saisonal abhängige Depression?

Eigentlich sollte es doch möglich sein, bei einem Krankheitsbild, das schon antike Ärzte kannten, Psychiater vor 100 Jahren beschrieben und das in den letzten Jahren so deutlich zugenommen haben soll, genaue Daten zu erheben was Häufigkeit, Geschlecht, Alter, Zivilstand, soziale Schicht u.a. anbelangt. Doch das ist - will man wissenschaftlich exakt sein - gar nicht so einfach.

Denn dort, wo man es am bequemsten, nebenbei wissenschaftlich auch am sichersten ermitteln könnte, nämlich in den psychiatrischen Kliniken, gibt es gerade Patienten mit einer saisonal abhängigen Depression am seltensten (am ehesten noch auf eine schwere Depression gleichsam jahreszeitlich aufgepfropft - siehe später).

Auch die niedergelassenen Psychiater und Nervenärzte sehen sich damit noch nicht sehr häufig konfrontiert. Die Allgemeinärzte und Internisten, deren Klientel es am ehesten betreffen dürfte, sind in der Regel diagnostisch und therapeutisch überfordert. Die Masse der Betroffenen aber geht überhaupt nicht zum Arzt, ist also nicht erfassbar und höchstens durch indirekte Hochrechnungen abzuschätzen.

Und das ist auch der Stand heute: Schätzdaten, mehr nicht.

Erst epidemiologische Untersuchungen im nordamerikanischen Raum ergaben eine so genannte Punktprävalenz (Vorkommen von Krankheiten bzw. Zahl der Kranken mit einer bestimmten Krankheit zu einem bestimmten Zeitpunkt) zwischen 4 und 18 % in der Allgemeinbevölkerung. Von der erfassten klinischen Klientel, d. h. von den in einer psychiatrischen Klinik oder Depressions-Spezialstation behandelten Patienten zeigt etwa jeder zehnte depressiv Erkrankte eine Verschlechterung seiner Depression in der dunklen Jahreszeit.

- *Häufigkeit*: Es scheint also nicht zu hoch gegriffen, wenn man zwischen jedem Zwanzigsten und bald Fünften, im Schnitt etwa jeden Zehnten in der Allgemeinbevölkerung als von einer Winterdepression zumindest bedroht sieht.
- *Geschlechtsspezifisch* sind es überwiegend Frauen, die mit einer solchen Depressionsform zu ringen haben. In den USA spricht man von mehr als Dreiviertel, in Untersuchungen im mitteleuropäischen Bereich von drei bis fünf betroffenen Frauen auf einen Mann.
- Bezüglich des *Alters* geben die meisten Betroffenen an, dass der Winter ohnehin nicht gerade ihre „bevorzugte Jahreszeit“ war und ist, soweit sie sich zurückerinnern können. Doch bedeutsam, d. h. lästig bis quälend wurde es erst um das 3. Lebensjahrzehnt (wobei aber auch schon von entsprechenden Beeinträchtigungen im Kindes- und Jugendalter berichtet wurde). Deshalb liegt man mit der Annahme nicht falsch, dass die jahreszeitlichen Stimmungsbelastungen nicht zuletzt Jüngere, insbesondere aber das mittlere Lebensalter zu beeinträchtigen scheinen. Danach, also in einer Zeit, in der viele Symptome eigentlich stärker als früher belasten, geht zumindest die saisonale Beeinflussbarkeit offensichtlich zurück. Nur selten sind auch Fälle beschrieben worden, in denen die Winterdepression erst im höheren Lebensalter begonnen haben soll (obgleich die Wetterfähigkeit an sich mit den Jahren eher zunimmt).
- Über *Zivilstand* und *Sozialschicht* liegen bisher keine ausführlicheren Daten vor.
- Bezüglich des *Verlaufs*, vor allem was rechtzeitige Diagnose und damit Therapie anbelangt, sieht es noch trüber aus als bei Depressionen generell:

Wenn man annimmt, dass die Winterdepression am häufigsten zwischen dem 10. und 30. Lebensjahr beginnt, dann scheint es im Durchschnitt zwischen wenigen Monaten und 20 Jahren zu dauern, bis die Diagnose gestellt wird. Ersteres ist erfreulich (und vor allem therapeutisch wichtig, sofern eine Behandlung erfolgt), Letzteres unnötiges Leid, auch wenn die Intensität

eines solchen depressiven Beschwerdebildes nicht an die Qual einer schweren Depression heranzureichen pflegt. Dies vor allem deshalb, weil es dann auch meist mehrere „depressive Winter“ sind, die durchlitten werden müssen (die errechnete Wahrscheinlichkeit für einen solchen Patienten, im nächsten Winter an einer weiteren depressiven Episode zu erkranken, beträgt rund 80 %). Oder kurz und nachdenkenswert:

Einmal Winterdepression, immer wieder Winterdepression - zumindest in den so genannten „besten Jahren“.

- Schließlich gibt es noch einen interessanten Aspekt, der nicht zuletzt auf die (Selbst-)Diagnose der Betroffenen Einfluss nehmen könnte, nämlich eine mögliche *Vererbbarkeit* der saisonal abhängigen Depression.

Schon in den ersten Untersuchungen aus den USA wurde eine relativ hohe familiäre Belastung bei Verwandten ersten Grades deutlich, vor allem mit schwereren Depressionen (mehr als jeder Zweite) sowie Alkohol- und Drogenmissbrauch (rund jeder Dritte, wobei es sich möglicherweise um nicht wenige verzweifelte Selbstbehandlungsversuche gehandelt haben mag - wengleich mit untauglichen Mitteln).

In Untersuchungen aus dem deutschsprachigen Bereich ergab sich bei jedem Zweiten eine seelische Erkrankung in der Vorgeschichte naher Verwandter, d. h. bei vier von zehn Patienten eine Depression und zumindest mitunter eine Alkoholabhängigkeit oder schizophrene Erkrankung, das heißt:

Jahreszeitlich abhängige Depressionen werden offenbar nicht selten vererbt.

Hypothetische Ursachen

Bei der Frage nach möglichen Ursachen im Gehirnstoffwechsel (Fachbegriff: Pathophysiologie) wird unter den so genannten Neurotransmittern (Überträgerstoffe zwischen den Nervenzellen) vor allem auf den Botenstoff Serotonin verwiesen (Fachbegriff: serotonerge Dysfunktion). Einzelheiten zu diesem komplizierten und wissenschaftlich auch noch lange nicht abgeschlossenen Problem siehe die entsprechende Fachliteratur.

Eines aber soll schon hier angedeutet werden: Bei der medikamentösen Behandlung werden deshalb vor allem die so genannten Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (SSRI) bevorzugt, die auch noch einen zusätzlichen Vorteil aufweisen: Zum einen dämpfen sie kaum (was bei der Winter-Müdigkeit ohnehin unerwünscht ist), zum anderen provozieren sie auch als Nebenwirkung nicht noch eine zusätzliche Gewichtszunahme, wie das bei manchen älteren Antidepressiva oft hingenommen werden muss. Weitere Einzelheiten siehe das Kapitel über die Therapie.

Wie äußert sich eine saisonal abhängige Depression?

Die wichtigsten Symptome einer saisonal abhängigen Depression sind:

Müdigkeit, sozialer Rückzug, verstärkter Appetit und damit vermehrtes Essen (insbesondere ein Kohlenhydrat-Heißhunger) mit Gewichtszunahme sowie verlängerter (aber unerquicklicher) Schlaf.

Im Einzelnen:

– Am häufigsten berichten die Betroffenen über eine verminderte Aktivität, ausgelöst durch eine ständige Müdigkeit oder konkreter: undefinierbare Mattigkeit bzw. Energielosigkeit bis Schwäche (nicht aber unbedingt das für viele Depressionen charakteristische Elendigungsgefühl).

Hier fällt dann auch häufig ein Begriff, der in letzter Zeit erheblich an Bedeutung gewonnen hat, nämlich die „Tagesmüdigkeit“ oder das „chronische Müdigkeits-Syndrom“. Beides sind ja nach dem derzeitigen Stand der Wissenschaft vor allem beschreibende Leidensbilder, die über die Ursachen nichts aussagen (in diesem Falle aber wohl auch durch eine unerkannte saisonal abhängige Depression ausgelöst sein könnten).

– So gut wie immer beklagt, wenngleich nicht unbedingt am stärksten belastend, ist eine Niedergeschlagenheit, die vor allem als resigniert-schwunglos-deprimiert bezeichnet wird, immer häufiger auch als ängstlich-deprimiert (also eine Art gemischte Angst-Depression).

– In diesem Zusammenhang wird auch oftmals zugegeben, dass man „irgendwie“ unzufriedener, missgestimmter, sensibler, leichter verletzlich, ja missmutig, „schlecht gelaunt“, „mürrisch“, reizbar bis aggressiv zu werden droht, ein mehrschichtiges Beschwerdebild, das die Wissenschaftler auf einen Fachbegriff reduzieren: „irritabel“.

– Ein auf anderer Schiene belastender, wenn auch nicht so „tragischer“ Aspekt ist der Appetit. Er gilt zwar nicht als Entscheidungskriterium (das ist der jahreszeitliche Ausbruch: Herbst und Winter), beeinträchtigt aber so gut wie immer. Und hier ist es vor allem der erwähnte Kohlenhydrat-Heißhunger auf Süßigkeiten, Teigwaren u.a., der nicht ohne (Gewichts-)Folgen zu bleiben pflegt (was natürlich eine zusätzliche Beeinträchtigung der Stimmungslage auslöst).

Im Grunde lässt sich dies in jeder Cafeteria, in jedem Restaurant und Hotel nachprüfen und hat auch schon früher die Wissenschaftler in den Kantinen ihrer Institute und Kliniken zum Nachdenken gebracht, nämlich:

Kohlenhydrat-haltige Lebensmittel werden im Frühjahr und vor allem Sommer deutlich seltener verlangt und konsumiert als im Herbst und insbesondere Winter. Patienten mit einer saisonalen affektiven Störungen zeigen diesen Trend in ungewöhnlicher Ausprägung, d. h. essen im Herbst und Winter mehr von diesen Nahrungsmitteln und nehmen deshalb auch entsprechend an Gewicht zu, was sie im Frühjahr und Sommer wieder „abarbeiten“ müssen. Zwar gibt es bei der saisonal abhängigen Depression auch eine Appetit- und damit Gewichts-Verminderung, doch das ist deutlich seltener (nur jeder Zehnte?).

– Ein Problem besonderer Art ist der Schlaf. Man weiß: Der Depressive kann nicht schlafen, der Maniker braucht nicht zu schlafen, aber beiden tut dieses Schlaf-Defizit nicht gut. Ein Depressiver mit saisonal abhängiger Depression hingegen kann schlafen, und zwar mehr als in gesunden Tagen. Allerdings wird dieser Schlaf als nicht so erquicklich und gemessen am Schlafquantum als wenig ergiebig bezeichnet (wobei bemerkenswerter Weise viele Patienten mit saisonal abhängiger Depression ihren Zustand ohnehin mit einer Art „Winterschlaf“ vergleichen).

Immerhin lässt sich mit diesem vermehrten Schlaf noch am ehesten leben, im Gegensatz zur Schlafstörung oder gar Schlaflosigkeit vieler an einer anderen Depressionsform Erkrankter.

– Auch die Libido ist offensichtlich vermindert (bei immerhin der Hälfte bis Dreiviertel aller Betroffenen).

– Und in psychosozialer Hinsicht häufen sich Probleme, die in der übrigen Jahreszeit keine Rolle spielen: zwischenmenschlich, d. h. partnerschaftlich, familiäre, nachbarschaftlich, nicht zuletzt am Arbeitsplatz (wo man sich in der Regel die meiste Mühe gibt, seelische Probleme möglichst nicht „durchschlagen“ zu lassen).

– Ein Aspekt, der bisweilen von den Untersuchern noch angedeutet wird, sind Probleme während der Monatsblutung oder in der Menopause, die sich im Rahmen einer Winterdepression noch zu verstärken scheinen.

Wie verläuft eine saisonal abhängige Depression?

Die durchschnittliche Länge einer saisonal abhängigen Depression beschränkt sich also auf die Wintermonate November bis Februar bzw. Beginn im Oktober und Ende im März/April.

Einige Patienten berichten allerdings, dass sie schon während September oder gar August mit unbestimmten Angstzuständen, manchmal geradezu Panikattacken geschlagen seien (siehe das entsprechende Kapitel). Dabei muss offen bleiben, ob es sich hier um so genannte Vorposten-Symptome eines langsam anlaufenden biologischen Prozesses handelt oder einfach um die vorwegnehmende psychologische Verarbeitung des drohenden Wintertiefs. Auf jeden Fall kann sich auf diese Weise das ohnehin lästige Beschwerdebild unangenehm verlängern.

Die schließlich konkret fassbaren Beeinträchtigungen beginnen gewöhnlich im Oktober oder November. Dabei sind die ersten Anzeichen die erwähnte Verlängerung der Schlafdauer und Veränderung der Essgewohnheiten mit Bevorzugung kohlenhydrathaltiger Nahrungsmittel.

Die Betroffenen haben dann meist auch erhebliche Schwierigkeiten morgens rechtzeitig „in die Gänge zu kommen“, ihre täglichen Aufgaben zu bewältigen und berichten „stattdessen über ständige Naschereien“. Diese Symptome nehmen mit fortschreitender Jahreszeit (und Dunkelheit) zu.

SAD-Untergruppen

Für das Verständnis der Allgemeinheit weniger bedeutsam, der Vollständigkeit halber aber trotzdem angefügt sei noch die wissenschaftlich diskutierte Unterteilung in verschiedenen Unterformen der saisonal abhängigen Depressionen (SAD). So unterscheidet man eine

- *subsyndromale Form der SAD* (Kürzel: S-SAD) : Hier liegt die gleiche zeitliche Verlaufsform bzw. der gleiche jahreszeitliche Schwerpunkt wie bei der üblichen saisonal abhängigen Depression vor, doch ist das Beschwerdebild nicht so ausgeprägt. Meist dominieren Energiemangel und Tagesmüdigkeit. Die Grenzen zur üblichen „Winter-Müdigkeit“ sind offenbar fließend, der Prozentsatz dieser hypothetischen Gruppe entsprechend hoch.
- Die *Recurrent-Brief-SAD* (Kürzel: RBD-SAD) gilt als weitere interessante Untergruppe saisonal abhängiger Depressionen. Wieder ist es die Herbst-Winter-Zeit, doch nicht einige Monate, sondern nur wenige Tage bis zwei Wochen. Ähnliches kennt man ja auch bei den üblichen Depressionen unter dem Begriff des erwähnten „Rapid-Cycling-Syndroms“ oder der „kurzen Phasenwechsler“ mit wenigen Tagen bis Stunden dauernden Depressionen (bisweilen mit manischen oder hypomanischen Zuständen abwechselnd).

Das besondere Problem liegt - so die Wissenschaftler - in der Kürze der depressiven Phase oder Episode, die vor allem wegen ihrer Dauer als eher psychosozial ausgelöst oder unterhalten interpretiert wird (z.B. Berufs- oder Familienprobleme). Das hat sich aber bei den echten Kurz-Formen unter näherer Prüfung als falsch herausgestellt. In Wirklichkeit scheinen es eher

biologisch verankerte Verstimmungen zu sein, nur eben kurzfristig und ausschließlich in der dunklen Jahreszeit.

Gibt es auch eine Sommer-Depression?

Jahreszeitlich abhängige Depressionsformen sollen nicht nur auf Spätherbst/Winter begrenzt sein. Offensichtlich gibt es auch Hinweise auf eine Sommer-Depression (englischer Fachbegriff: Reverse Seasonal Affective Disorder).

Da soll es zu einem umgekehrten saisonalen Verteilungsmuster des Krankheitsbildes kommen. Auch hier stehen im Vordergrund Mattigkeit, vermehrtes Schlafbedürfnis, Rückzug und damit Isolationsgefahr, leichtere bis mittelschwere depressive Verstimmungen u.a. Im Gegensatz zur Winterdepression kommt es dann aber im Herbst und Winter zu einer Stimmungs-Stabilisierung, manchmal sogar zu einer leichten (Hypomanie) bis mittelschweren Hochstimmung (Manie).

Möglicherweise hängt dies mit der Umgebungstemperatur zusammen (je wärmer bzw. schwüler desto depressionsanfälliger?).

Weitere Untersuchungen scheinen notwendig, um zu klären, ob es sich hier um eine eigene Depressions-Art oder eine Variation der Winter-Depression (möglicherweise abwechselnd bei ein und demselben Patienten?) handelt.

Winter-Verschlechterung bei anderen seelischen Störungen?

Eine Herbst-Winter-Verschlechterung des Beschwerdebildes findet sich offenbar auch bei anderen psychischen Krankheitsbildern. Am häufigsten werden so genannte schizoaffektive Psychosen genannt, bei denen schizophrene sowie manisch hochgestimmte und depressive Zustände gleichzeitig oder kurz hintereinander auftreten, wobei die Verschlechterung in der dunklen Jahreszeit vor allem den schizo-depressiven Zustand betrifft.

Ähnliches gilt für die depressive Seite der Bulimie, einer Ess-Störung mit Erbrechen, für Zwangsstörungen und sogar für schizophrene Patienten mit einer so genannten Negativ-Symptomatik (Einzelheiten siehe die entsprechenden Kapitel).

Differentialdiagnose: Was könnte es sonst noch sein?

Je mehr man weiß, desto mehr steht zur Diskussion, lautet der Seufzer alterfahrener Mediziner. So auch bei saisonal abhängigen Depressionen.

Als erstes gilt es herauszufinden, ob es eine der sonst „gängigen“ Depressionsformen ist, wie man das heute einteilt, also bipolar = manisch-depressive Verlaufsform oder unipolar = nur depressive Phasen. Auf diese Depressionen kann sich gleichsam eine saisonal abhängige Empfindlichkeit aufpfropfen, woraus sich dann eine „herkömmliche Depression“ mit immer wiederkehrendem saisonalem Schwerpunkt ergibt (statt Frühjahr und Herbst überwiegend Spätherbst und Winter).

Weitere seelische Störungen (z. B. Schizophrenie, Somatisierungsstörung, d. h. „körperbezogene seelische Erkrankungen“, Suchtkrankheiten u.a.) pflegen differentialdiagnostisch keine Rolle zu spielen.

Etwas anderes sind organische Leiden. Hier werden nicht wenige Patienten erst einmal auf eine Hypothyreose (Unterfunktion der Schilddrüse), eine Hypoglykämie (Absinken des Blutzuckers unter Normalwerte), chronische Virusentzündungen, eine infektiöse Mononukleose (Pfeiffersches Drüsenfieber, akute fieberhafte Erkrankung des lymphatischen Gewebes) u.a. untersucht. Die dabei jeweils eingeleitete krankheits-spezifische Behandlung bleibt natürlich erfolglos. Hier sollte man dann auch einmal an eine saisonal abhängige Depression denken.

Winterdepression – was kann man tun?

Schon die Fachbegriffe Winterdepression oder gar Lichtmangel-Depression weisen auf den entscheidenden Faktor hin: zuwenig Licht, d. h. natürliches Licht, Sonnenlicht, bei bedecktem Himmel wenigstens Tageslicht. Über diesen natürlichen, aber auf Grund des „modernen“ Lebensrhythmus arg vernachlässigten und wohl aus der Not heraus auch manchmal belächelten Aspektes siehe später.

Zuvor jedoch einige Sätze zu jener konkreten Therapieform, die mit saisonal abhängigen Depressionen am ehesten in Verbindung gebracht wird, die Lichttherapie (Phototherapie):

Lichttherapie

Bei der *Lichttherapie* handelt es sich um die Verlängerung der täglichen Lichtwirkung mittels künstlichem Lichtes, das der spektralen Zusammensetzung des natürlichen Sonnenlichtes angepasst ist und eine mindestens 10-fache Intensität normaler Zimmerbeleuchtung aufweist. Das sind wenigstens 2.500 Lux (1 Lux = Lichtstärke einer Kerze) über mindestens eine Woche, meist aber erheblich länger.

Das Licht dieser spezielle Leuchtgeräte (inzwischen nicht nur leistungsfähiger, sondern auch durch den Konkurrenzdruck der Anbieter preiswerter geworden) muss die Netzhaut erreichen, weshalb Bräunungsapparate mit ihrem speziellen Applikationsmodus bei abgedeckten Augen erfolglos sind.

Im Vergleich zu einer reinen medikamentösen Behandlung mit Antidepressiva soll die Photobehandlung schneller (Maximum nach 3 bis 7 Tagen), aber eventuell nicht so ausgeprägt wirken. Setzt man sie ab, ist nach relativ kurzer Zeit mit dem alten Beschwerdebild zu rechnen. Manche Patienten werden deshalb über den gesamten Herbst und Winter behandelt.

Mildere depressive Zustandsbilder sollen günstiger auf eine Behandlungszeit in den Morgenstunden ansprechen, während bei einer schwerer ausgeprägten Beeinträchtigung der Tageszeitpunkt der Lichtapplikation keine wesentliche Rolle zu spielen scheint.

Ernstere Nebenwirkungen (z. B. Kopfschmerzen, Überanstrengung der Augen oder das Ausklinken einer Hypomanie, also einer leicht krankhaften Hochstimmung) sind selten, doch ist vor allem bei der Begleit-Behandlung mit Medikamenten Vorsicht geboten. Arzneimittel, die die Lichtempfindlichkeit erhöhen, sind beispielsweise bestimmte Neuroleptika (antipsychotisch wirkende Arzneimittel), aber auch einige Antidepressiva, die phasenprophylaktisch wirkenden Lithiumsalze, Diuretika (harntreibende Arzneimittel) u.a.

Manchmal reicht die Lichttherapie alleine aus, manchmal aber auch nicht. Dann empfiehlt sich eine Kombination aus Phototherapie und Antidepressivum, sei es Johanniskraut, sei es eines der modernen Serotoninwiederaufnahme-Inhibitoren (SSRI). Einzelheiten dazu siehe später.

Gesundmarsch bei Tageslicht – belächelt, bei Ausdauer aber wirksam

Bei aller Genugtuung über die heutigen medizinischen Möglichkeiten sollte man aber auch die „naturbelassenen Einflussnahmen“ nicht vergessen. Sie sind derzeit einer eigenartigen Diskrepanz ausgesetzt: entweder belächelt oder überzogen einseitig propagiert. Ein Mittelweg scheint sich nicht abzuzeichnen. Und doch wäre er gerade bei der Winterdepression segensreich.

Eine, wenn nicht *die* wichtigste unterstützende Maßnahme zur Verhütung oder Linderung einer winterlichen Lichtmangeldepression ist zum einen körperliche Aktivität generell, zum anderen die Nutzung des Tageslichtes. Beides ist besonders als antidepressive Prophylaxe und Therapie ungleich effektiver als bisher angenommen - bzw. von den Betroffenen akzeptiert. Das hat nicht zuletzt soziale Gründe, so verwunderlich diese Überlegung auf den ersten Blick sein mag. Der „moderne Mensch“ kann nämlich in der dunklen Jahreszeit das Tageslicht oft gar nicht genießen - berufsbedingt. Fast ein

halbes Jahr verlässt man bei Dunkelheit und Kunstlicht seine Wohnung, arbeitet einen Teil seiner beruflichen Aufgaben auch im Kunstlicht ab und hat bestenfalls die Hälfte bis zwei Drittel sein reduziertes Tageslicht-Quantum durch Fensterscheiben. Das ist noch immer besser als gar nichts bzw. „Kunstlicht rund um die Uhr“, aber für viele Menschen nicht ausreichend - die wachsende Zahl von Winter-Depressiven beweist es.

Deshalb muss man sich sein Tageslicht-Quantum in irgendeiner Form sichern. Die sattnam bekannte Reaktion: „Na wie denn?“ muss jeder für sich selber beantworten. Das ist eben ein soziales, letztlich berufs-politisches Problem mit allerdings gesundheitlichen Folgen. Bei gutem Willen und konsequenter Arbeitszeit-Strukturierung ist es jedoch oftmals lösbar, und wenn nur eine halbe Stunde Tageslicht dabei herauskommt. Dabei achte man auf den ständig wiederholten Begriff „Tageslicht“, d. h. es muss keineswegs die Sonne scheinen, es kann sogar regnen oder schneien, die Grundlage ist und bleibt einfach *Tagesnormallicht*. Denn selbst ein bedeckter Himmel bringt mehr Lux (siehe oben) als die meisten Kunstlicht-Quellen, von Sonnenschein ganz zu schweigen. Wird dabei noch Tageslicht mit körperlicher Aktivität kombiniert, ist der positive Effekt noch größer. Warum?

Die vorbeugende und therapeutische Wirksamkeit körperlicher Aktivität in Form von Sport und sonstigen Bewegungsübungen gilt nicht nur für Herz-Kreislaufkrankungen, Atemwegsleiden, degenerative Verschleißerscheinungen des Haltungs- und Bewegungsapparates, sondern auch für psychosomatisch interpretierbare Befindensschwankungen (Fachbegriff: Somatisierungsstörungen) oder andere seelische Beeinträchtigungen, insbesondere im Gemütsbereich.

So fühlen sich Sporttreibende in Regel nach ihrer Aktivität wohler, ruhiger, zugleich aber auch dynamischer. Die Stimmung ist gehoben, innere Unruhe und Nervosität lassen nach, Ärger, Kummer und Frustration gehen zurück.

Dies betrifft nicht nur den klinisch Gesunden. Auch die meisten psychischen Störungen oder Krankheiten sprechen positiv auf körperlich aktivierenden Maßnahmen an. Das wird in den psychiatrischen Kliniken inzwischen systematisch genutzt: Morgengymnastik, Bewegungstherapie, Schwimmen, Wandern, Radfahren, Trimmen, Bewegungsspiele, Reittherapie, Musik-Rhythmik-Tanz usw.

Zwar kommen die einzelnen Studien zu mitunter unterschiedlichen Ergebnissen, doch scheinen sich folgende Erkenntnisse zu bestätigen:

Regelmäßige (!) körperliche Aktivität besitzt eine gewisse antidepressive, angstlösende und entspannende Wirkung. Am besten reagieren darauf Menschen ab den mittleren Lebensjahren (z. B. ab 40) im Allgemeinen und Frauen im Speziellen. Gut dokumentiert ist ein psychischer Kurzzeit-Effekt von etwa 2

bis 3 Stunden, der sich nach etwa 5 Stunden zu verflüchtigen beginnt. Die langfristigen psychischen Auswirkungen werden weniger einheitlich beurteilt. Doch auch hier sollen am besten leichtere bis mittlere depressive Zustände ansprechen. Wer erst später damit beginnt, kann trotzdem noch daraus Nutzen ziehen. Wer später damit aufhört, muss trotz früherer Aktivität mit entsprechenden Beeinträchtigungen rechnen.

Ob der körperliche Aktivität eine *depressions-vorbeugende* Wirkung zukommt, wird zwar aus physiologisch-biochemischer Sicht bestritten, aus psychologischer aber befürwortet (Erhaltung der Selbstkontrolle?).

Wichtig ist deshalb die Erkenntnis, dass ein mindestens einstündiger „Gesundmarsch bei Tageslicht“ auch saisonal abhängige depressive Zustände zu mildern vermag. Denn selbst ein bedeckter Himmel weist mehr Helligkeit auf als die künstliche Lichttherapie zu erreichen vermag, und seien es noch so moderne und wirkungsvolle Geräte.

Eventuell hat hier der regelmäßige „winterliche Sonnentourismus“ (Alpen, Mittelmeerraum) eine seine durchaus nützlichen Ursachen. Deshalb wird heute bei der Behandlung saisonal abhängiger Depressionen künstliches und natürliches Licht kombiniert. Wesentlich für den therapeutischen Erfolg ist aber immer die regelmäßige Anwendung.

Allerdings müssen gerade die depressiv Kranken, und hier nicht zuletzt die Betroffenen mit saisonal abhängiger Depressionsform aufgrund ihrer Schwunglosigkeit, Antriebslosigkeit, Müdigkeit, bei ernsteren Beeinträchtigungen auch Willenlosigkeit, Kraftlosigkeit und seelisch-körperlicher Hemmung konsequent, aber maßvoll-angepasst stimuliert werden. Das ist ein altes Problem des Pflegepersonals in den Kliniken und noch älter (und ggf. schwieriger) der Angehörigen zu Hause.

Und wer sich selber aktivieren muss, ist am schlechtesten dran. Schließlich ist man selber sein am wenigsten konsequenter und damit erfolgreicher Therapeut. Wer es aber schafft, hat eine nützliche, kostengünstige, nebenwirkungsarme und zugleich effektive Behandlungsform erlernt (viele müssen es in der Tat erst (wieder) erlernen), die mit oder ohne chemischer und Kunstlicht-Unterstützung die besten Langzeiterfolge garantiert.

Wie behandelt man eine saisonal abhängige Depression medikamentös?

Bei leichteren Fällen eines winterlichen Stimmungstiefs reicht körperliche Aktivität bei Tageslicht, d. h. regelmäßig mindestens eine halbe Stunde (besser mehr, wobei Übertreibung wiederum nichts zu nützen scheint, d. h. jeder sollte seine individuelle „Tageslicht-Aktivitäts-Dosis“ selber herausfinden).

Bringt der „tägliche Gesundmarsch“ alleine nicht den gewünschten Erfolg, kann sich eine zusätzliche Lichttherapie empfehlen (siehe oben), am besten die Kombination aus beidem.

Manchmal ist aber auch das nicht ausreichend. Die Gründe dafür können vielschichtig sein: Zum einen eine mittel- bis schwere Winterdepression, zum anderen eine früher so genannte endogene (oft vererbte und vor allem biologisch determinierte) Depression im Herbst, auf die sich dann eine nachfolgende Winter-Depression mit einem entsprechend intensiven Beschwerdebild gleichsam aufpfropft. Aus welchem Grund auch immer, in einer wachsenden Zahl von Fällen kommt man offenbar um eine Pharmakotherapie mit antidepressiven Medikamenten nicht herum.

Wenn dies so ist und vom Haus- und ggf. Nervenarzt/Psychiater auch bestätigt wird, sollte man sich nicht allzu lange ohne spezifische Therapie quälen. Unsere Zeit und Gesellschaft hat viele Nachteile (ausgebrütet), doch zu den Vorteilen gehören auch die gesundheits-bewahrenden bzw. -fördernden Möglichkeiten, insbesondere auf medikamentösem Gebiet, was man zwar gerne als „Schreckgespenst“ abtut, in seiner Not aber oft genug auch als rettend erfährt. Dies gilt auch für die antidepressive Behandlung der saisonal abhängigen Depressionen.

Bei den antidepressiven Arzneimitteln greift man heute zu den modernen stimmungsaufhellenden Psychopharmaka mit weniger Nebenwirkungen. Dazu gehören beispielsweise die so genannten Serotonin-Wiederaufnahme-Inhibitoren (SSRI), die sich vor allem des Botenstoffes Serotonin annehmen, dessen Ungleichgewicht oder gar Defizit im Gehirnstoffwechsel bestimmte Gemütsstörungen auslösen kann. Einzelheiten dazu siehe das Kapitel über Depressionen (Teil 3: medikamentöse Behandlung).

Dabei ist ein Gesamt-Behandlungsplan (einschließlich Gesundmarsch - siehe oben) die sicherste Lösung einer raschen und zumindest mittelfristig stimmungsaufhellenden Therapie.

Dort, wo keine synthetischen (= chemischen) Antidepressiva gewünscht, akzeptiert oder vertragen werden, diskutiert man auch den Einsatz von psychotropen Phytopharmaka, d. h. Pflanzenheilmittel mit Wirkung auf das Zentrale Nervensystem und damit Seelenleben. Hier bietet sich vor allem das Johanniskraut an.

Johanniskraut, früher von der Schulmedizin eher belächelt, hat sich inzwischen zu einem der umsatzstärksten Antidepressiva entwickelt (Fachbegriff: Phyto-Antidepressivum). Einzelheiten dazu siehe das spezielle Kapitel. Zwar gibt es bisher zu der spezifische Heilanzeigen „Johanniskraut gegen Winterdepressionen“ keine wissenschaftlichen Belege, doch der rein klinische Eindruck berechtigt zu gewissen Hoffnungen. Denn gerade Johanniskraut hat die Eigenschaft einer besonders ausgeprägten Licht-Utilisation, d. h. es lässt den

Organismus die Sonneneinstrahlung so ausgeprägt bis extrem nutzen, dass es bei unkritischem Einsatz oder entsprechender Überempfindlichkeit sogar zu einer Lichtempfindlichkeit (Fachbegriff: Photosensibilisierung) kommen kann. So etwas kennt man sogar von Weidetieren, die große Mengen von Johanniskraut gefressen haben und ungeschützt der Sonneneinstrahlung ausgesetzt sind (Fachbegriff: „Hypericismus“).

Auch für den Menschen ist eine solche Lichtempfindlichkeit nicht auszuschließen. Dies insbesondere bei sehr hellhäutigen und damit lichtempfindlichen Hauttypen oder Berufen, die den ganzen Tag im Freien sind (Land- und Forstwirtschaft, Seefahrt). Doch dies lässt sich bei entsprechender Vorsicht durchaus steuern - und vor allem antidepressiv nutzen (siehe oben).

Alle anderen psychotropen Pflanzenheilmittel wie Baldrian, Hopfen, Melisse, Passionsblume u.a. haben höchstens einen unterstützenden Effekt, nämlich eine gewisse Beruhigung bei sehr unruhig-gespannten Depressiven. Nachgewiesen antidepressiv wirkt allerdings nur Johanniskraut. Und dies - das sie nachdrücklich betont - ausschließlich unter ärztlicher Kontrolle und nicht im Selbstbehandlungsversuch aus dem Supermarkt. Denn auch Johanniskraut hat außer der möglichen Lichtempfindlichkeit gewisse Nebenwirkungen, braucht eine Mindest-Dosierung und vor allem ausreichend Zeit, um zu „greifen“ (so genannte Wirk-Latenz, die bei allen, also auch chemischen Antidepressiva zu berücksichtigen ist).

Schlussfolgerung

Dass es in der dunklen Jahreszeit vielen Menschen schlechter geht, ohne dass sie deshalb gleich krank sein müssen, ist eine alte Erkenntnis. Dass sich manche Leiden, seien sie körperlicher, psychosomatischer oder seelischer Art zusätzlich verschlechtern, ist ebenfalls bekannt. Dass dies vor allem für die Depressionen gilt, ist zwar auch nicht neu, wird aber bisher kaum als bemerkenswert, wenn nicht gar behandlungsbedürftig eingestuft.

Das dürfte sich langsam ändern, zu groß ist die (wachsende) Zahl der Betroffenen, die zwar nicht mit dem quälenden Ausmaß einer schweren Depression geschlagen sind, durch Mattigkeit, Tagesmüdigkeit, Appetit- und Gewichtszunahme, ängstlich-deprimierte Verstimmungen, vermehrte Irritierbarkeit, langen, aber unerquicklichen Schlaf, Libidoverlust und entsprechende Probleme im zwischenmenschlichen und beruflichen Bereich letztlich doch so beeinträchtigt sind, dass etwas geschehen sollte. Vorausgesetzt man weiß, um was es sich handelt und wie man dagegen angehen kann. Und dies nicht zuletzt deshalb, weil es Jahr für Jahr, Herbst für Herbst, den ganzen Winter und manchmal bis in das Frühjahr hinein verunsichert, beeinträchtigt und belastet.

Da sich die Ärzte vor allem an klinischen Bildern, d. h. stationär behandlungsbedürftigen Patienten mit entsprechender Leidensstruktur und -intensität

orientieren (das sind meist auch die Inhalte der Lehrbücher und Weiterbildungsseminare), und zwar nicht nur die Allgemeinärzte und Internisten (die oft die ersten und meist einzigen Ansprechpartner sind), sondern auch viele Psychiater und Nervenärzte, wird es noch eine Weile dauern, bis von dieser Seite dieses bisher nicht ernst genommene Krankheitsbild registriert, diagnostiziert, akzeptiert und adäquat behandelt wird. Es tut sich aber etwas, es gibt sogar schon Spezial-Sprechstunden an einigen psychiatrischen (Universitäts-)Kliniken.

Noch wichtiger aber ist eine breite Aufklärung durch gezielte Informations- und Medienarbeit. Und die nimmt zu, leider in der Regel nur während der dafür „interessanten“ Herbst- und Wintermonate.

Es sollte aber Allgemeinwissen werden. Denn es geht nicht nur um Leistungsfähigkeit und Lebensqualität, es geht auch um die Gesundheit schlechthin - und das von Millionen von Betroffenen (überwiegend weiblichen Geschlechts) und mit wachsender Tendenz.

Dazu auch der vorliegende, etwas ausführlichere Beitrag.

LITERATUR

Sehr spezielles Kapitel, das aber in Zukunft an Bedeutung gewinnen dürfte. Kaum weiterführende, insbesondere allgemeinverständliche Literatur in Buchform. Grundlage vorliegender Ausführungen sind deshalb vor allem Fachartikel, beispielsweise

Kasper, S. u. Mitarb.: **Saisonal abhängige Depressionsformen (SAD): I. Grundlagen und klinische Beschreibung des Syndroms.** Nervenarzt 59 (1988) 191

Kasper, S. u. Mitarb.: **Saisonal abhängige Depressionsformen (SAD): II. Beeinflussung durch Phototherapie und biologische Ergebnisse.** Nervenarzt 59 (1988) 200

Kasper, S.: **Diagnostik, Epidemiologie und Therapie der saisonal abhängigen Depression (SAD).** Nervenarzt 65 (1994) 69

Winkler, D. u. Mitarb.: **Saisonal abhängige Depression in zwei deutschsprachigen Universitätszentren: Bonn, Wien.** Nervenarzt 7 (2002) 637

Weiterführende, auch historisch interessante deutschsprachige Literatur:

Bumke, O. (Hrsg.): Handbuch der Geisteskrankheiten. Band 6. Springer-Verlag, Berlin 1928

Erkwoh, R.: Schlafende Depression. Nervenarzt 57 (1986) 538

Faust, V.: Biometeorologie. Der Einfluss von Wetter und Klima auf Gesunde und Kranke. Hippokrates-Verlag, Stuttgart 1977

Faust, V.: Wetterfühligkeit. Ein Ratgeber für Gesunde und Kranke. Mosaik-Verlag, München 1977

Faust, V.: Wetterfühligkeit. Wetterwechsel und Wohlbefinden. Was muss man beachten, was kann man tun? Wilhelm-Heyne-Verlag, München 1979

Faust, V.: Wetterfühligkeit. Hippokrates-Ratgeber, Stuttgart 1985

Faust, V.: Wetter, Klima und seelische Krankheit. <http://www.volker-faust.de/psychiatrie>

Griesinger, W.: Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. Verlag A. Krabbe, Stuttgart 1845

Hellpach, W.: Die geopsychischen Erscheinungen. Johann Ambrosius Barth-Verlag, Leipzig 1911

Kraepelin, E.: Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. Johann Ambrosius Barth-Verlag, Leipzig 1915

Pilcz, A.: Die periodischen Geistesstörungen. Gustav Fischer-Verlag, Jena 1901