

Unipolare Depression



FOCUS PATIENT Ltd.,
Österreich: Melkergasse 23-25/1, 2500 Baden;
United Kingdom: Unit 8, Bridge Street Mills, Union Street,
Macclesfield, Cheshire, SK 11 6QG

Inhalt

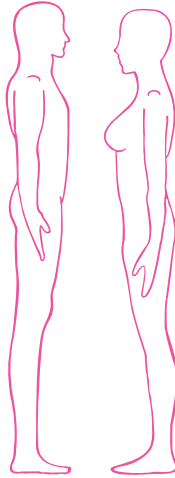
Einleitung	1
Krankheitsbild, Symptome	2
Ursachen, Risikofaktoren	7
Frauen und Depression	9
Diagnostik	10
Sonderfall Dysthymie	11
Depression und körperliche Erkrankung	12
Medikamentöse/therapeutische Maßnahmen	13
Sexuelle Nebenwirkungen	16
Weitere medikamentöse Möglichkeiten	17
Andere pharmakotherapeutische Möglichkeiten	18
Compliance (Therapietreue)	19
Nichtmedikamentöse Therapie	21
Vorsorge	22
Literatur	22
Patientenbericht	23
Weiterführende Informationen, Kontaktadressen	25

Einleitung

Depressionen gehören zu den häufigsten Erkrankungen überhaupt. Es gibt sogar Stimmen, die sagen, dass die Anzahl depressiver Menschen in unserer zivilisierten Welt zunimmt. Hier haben wir widersprüchliche Forschungsergebnisse. Was man aber tatsächlich feststellen kann, ist, dass die Belastungen des Einzelnen, aber auch der betroffenen Familien und der Gesellschaft angesichts dieser Volkskrankheit tatsächlich sehr groß sind. Die Belastungen durch die Erkrankung wirken sich unmittelbar auf das Familien- und Sozialleben der Betroffenen aus, auf die Berufsfähigkeit und etwa auch auf die Fähigkeit Kinder zu erziehen. Es gibt aber auch vielschichtige andere Probleme. Depressive entwickeln häufiger Begleiterkrankungen wie Zuckerkrankheit, Herz-Erkrankungen u.a., depressive Menschen erkranken häufiger an Demenzen, sterben generell früher und weisen ein erhebliches Selbsttötungsrisiko auf.

Fasst man das alles zusammen, so ergibt sich das Bild einer Volkskrankheit, die massive Auswirkungen für den Betroffenen selbst und für das soziale Umfeld hat. Es gibt in den letzten Jahrzehnten sehr viele positive Entwicklungen hinsichtlich der Möglichkeiten, die Erkrankung zu behandeln und im Langzeitverlauf positiv zu beeinflussen. Angesichts der Dimension des Problems ist es aber sehr wichtig, dass die Forschung hier unermüdlich weitergeht.

Krankheitsbild, Symptome



Viele glauben, dass Depression eine Erkrankung ist, die sich typischerweise im seelischen/psychischen Bereich abspielt. Es ist jedoch unerlässlich hier festzustellen, dass die Depression eine Erkrankung ist, die typischerweise den gesamten Menschen betrifft. Depression bedeutet auch eine Vielzahl an körperlichen Symptomen, die unbedingt auch zu berücksichtigen sind. Die häufigsten Symptome der Depression sind:

- Interesse- und Freudlosigkeit
- Schlafstörungen
- Angstgefühle.

Sehr häufig finden sich auch eine ausgeprägte psychomotorische Hemmung (Veränderung von Mimik, Gestik, Stimme), Schuldgefühle und Energielosigkeit. Oftmals fürchten depressionsbetroffene Menschen, an einer Alzheimererkrankung zu leiden, da sie sich nichts mehr merken können bzw. nicht in der Lage sind, über einen längeren Zeitraum aufmerksam bei einer Tätigkeit zu bleiben, immer wieder abschweifen, Gesprächen nicht folgen können oder auch eine geliebte Fernsehsendung nicht verfolgen können, zwischendurch immer wieder den Faden verlieren. Ursache ist eine für die Depression typische Störung der Denkleistungen wie Konzentrations-, Aufmerksamkeits- und Gedächtnisleistungen. Die angeführten Störungen im Bereich des Interesses, der Freude, aber auch der Energie führen in Kombination dazu, dass es depressiven Menschen schwerfällt, sich zu bestimmten Tätigkeiten aufzuraffen, zum Einen, weil sie eben kein Interesse daran haben, zum anderen, weil ihnen schlichtweg der Schwung fehlt, in diesem Gebiet etwas anzugehen. Gerade dieser Bereich ist besonders problematisch, da er für Außenstehende schwer einfühl- und verstehbar ist. Hier kommt es tatsächlich immer wieder zu den

Krankheitsbild, Symptome

berühmten „Reiß dich zusammen!“ oder „Das kann ja nicht so schlimm sein, dass du einfach ...!“, da man sich das als nicht Betroffener nur schwer vorstellen kann. Hier kommen depressive Menschen immer wieder in eine Rechtfertigungssituation, in der es ihnen äußerst schwerfällt, auch aufgrund ihrer durch die Depression deutlich eingeschränkten Kommunikationsmöglichkeiten entsprechende Erklärungen abzugeben. Sie ernen oftmals Unverständnis.

Der Bereich Gefühle der Wertlosigkeit oder Schuldgefühle ist einer, der sofort auffällt und wo man geneigt ist, sogleich eine längerfristige Psychotherapie zu empfehlen, um den Selbstwert zu heben und Ähnliches.

Interessanterweise verschwinden aber diese Schuldgefühle oder Gefühle der Wertlosigkeit wie von selbst, wenn alle anderen Symptome der Depression in ihrer Ausprägung zurückgehen. Es macht Sinn, in einer akuten depressiven Episode auch entsprechend psychotherapeutisch zu behandeln. Jedoch ist hier auch immer der Rahmenbezug zu sehen. Denn Symptome, die scheinbar rein konflikt-gesteuert sind, werden in Wirklichkeit durch die depressive Grundstörung verstärkt.

Die Gedanken an den Tod oder auch Lebensüberdruß sind ein typischer Bestandteil depressiver Entwicklungen. Die Hälfte der depressiven Menschen erleben solche Gedanken und leiden darunter. Lebensüberdruß ist generell ein sehr häufiges Phänomen im Rahmen depressiver Erkrankungen. Dies muss nicht gleich vom Ausprägungsgrad her akute Selbsttötungsgefährdung bedeuten. Viele Betroffene erleben dies z. B. als „dass es schön wäre, könnte man einschlafen und müsse nicht mehr aufwachen“ o. Ä.

Seit Mitte bis Ende der 80iger Jahre des vorigen Jahrhunderts sind die Selbsttötungszahlen in den zivilisierten Staaten dieser Welt zurückgegangen. Die Einführung besonders wirksamer und verträglicher Medikamente, sog.

Serotonin-Wiederaufnahmehemmer, Auswirkungen der großen Psychiatriereformen in Europa, besonders die Einbettung psychotherapeutischer Behandlungssysteme in unser Gesundheitswesen in dieser Zeit können als Gründe genannt werden. Stichworte wären hier gemeindenaher Psychiatrie, psychosoziale Zentren mit einem breit gefächerten Angebot bis hin zu psychotherapeutischen Leistungen. Trotz dieser erfreulichen Entwicklungen darf nicht übersehen werden, dass gerade in Österreich die Selbstmordrate sehr hoch ist. Wir liegen im Vergleich zu den anderen zivilisierten Staaten durchaus im Spitzenfeld – hier gilt es noch vieles zu erreichen. In diesem Zusammenhang ist es sehr wichtig, dass man jegliche Äußerung in diese Richtung oder Andeutungen einfach ernst nimmt, zuhört, sich die Überlegungen und Gefühle dazu schildern lässt und dann auch entsprechende Hilfsangebote macht. Die Depression ist eine der wichtigsten Risikofaktoren für Selbsttötung.

Ein weiteres wesentliches Symptom sind Schlafstörungen. Dabei finden sich Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen oder sogenannter Etappenschlaf, wobei man immer wieder für einige Stunden schläft und dann wieder aufwacht. Dies ist auch oft verbunden mit einem sogenannten frühmorgendlichen Erwachen, also einem Erwachen sehr zeitig in der Früh, deutlich vor der üblichen Zeit. Oftmals ist dies verbunden mit dem Eindruck und Gefühl, dass es am Morgen überhaupt am schlechtesten ist. Manche Betroffene entwickeln hier einen Rhythmus, sodass sie tatsächlich in der Früh die meisten Symptome am stärksten ausgeprägt erleben, gegen Abend hin wird es dann deutlich besser. Schlafstörungen sind oft die ersten Anzeichen, dass es wieder zu einer Depression kommt, und oft bestehen sie am längsten weiter auch wenn andere Symptome der Depression sich bereits deutlich zurückgebildet haben. Daher sind Schlafstörungen generell ein ganz wichtiger Warnfaktor für Betroffene und Angehörige, dass etwas nicht stimmt. Hier ist es wichtig,

Krankheitsbild, Symptome

den Leidensdruck der Betroffenen zu sehen, etwa dass sie in der Nacht wach liegen, grübeln bis hin zu Lebensüberdrußgedanken.

Es kann im Rahmen von depressiven Episoden zu psychotischen Phänomenen kommen. Das bedeutet, dass der Bezug zur Realität verloren geht. Es kann zu sogenannten Wahnbildungen kommen, wobei die Inhalte der falschen Denküberzeugungen vornehmlich in die depressive Richtung weisen, wie z. B. die tiefe Überzeugung, dass man am Unglück anderer schuld ist oder dass man verarmt, obwohl man ein gut gefülltes Bankkonto hat ... Hier ist es besonders für die Angehörigen wichtig, zu wissen, dass es keinen Sinn macht, mit einem Betroffenen über den Wahrheitsgehalt seines Denkens zu diskutieren, da eine solche Symptombildung einer logischen Diskussion nicht zugänglich ist. Im Gegenteil entstehen hier starke Spannungen, die die Beziehung zum Betroffenen sehr belasten. Es ist wichtig, von solchen Überzeugungen zu wissen, da diese eine zusätzliche Gefährdung für den Betroffenen darstellen können, wie z. B. Nahrungsverweigerung aufgrund einer Fehlüberzeugung. Die Symptome können so schwer ausgeprägt sein, dass es mitunter notwendig ist, dass depressive Menschen vorübergehend an geschützten Abteilungen von psychiatrischen Institutionen untergebracht werden. Hier wird, dies ist eine grundsätzliche Erfahrung, die ich seit der Einführung des Unterbringungsgesetzes gemacht habe, in aller Regel sehr sorgfältig geprüft, ob es tatsächlich notwendig ist, dass der Betroffene im geschützten Bereich unterzubringen ist. Dies geschieht nur bei Menschen, die tatsächlich erheblich selbstgefährdet sind.

An körperlichen Symptomen finden wir bei der Depression viele Körperwahrnehmungen, die oft nicht eindeutig einer körperlichen Erkrankung zugeordnet werden können, wie Beklemmungen im Brustbereich, Kopfschmerzen, Verspannungen, Schmerzen im Körper, die wandern, Magen-/Darmbeschwerden, Herzklopfen, aber auch Schmerzen,

die den Bereich der Blase und der harnableitenden Wege betreffen. In diesem Zusammenhang ist es sehr wichtig, dass man die Symptome ernst nimmt und auch entsprechend medizinisch abklären lässt, um andere Ursachen wie z. B. eine Schilddrüsenerkrankung, eine Herzkrankheit oder anderes auszuschließen.

Besonders belastend ist für viele depressive Menschen, dass es zu schwerwiegenden sexuellen Störungen kommen kann. Bei Frauen kann es vor allem zu einem Ausbleiben der Regel, aber auch Störungen der sexuellen Gefühle kommen, bei Männern zu Erektionsstörungen oder generell schweren Störungen sexueller Gefühle. Solche Symptome sind oft eine wichtige Ursache für das Nichteinhalten einer entsprechenden medikamentösen Therapie, da Betroffene den Eindruck haben, dass die sexuellen Störungen durch die Medikamente noch schlechter werden bzw. sie dies befürchten. Dieser Bereich ist nach wie vor tabuisiert und es ist wichtig, hier offensiv einzuwirken, d. h. den Betroffenen konkret darauf anzusprechen. In aller Regel können Maßnahmen gesetzt werden, die hier zu einer Besserung führen.

Ursachen, Risikofaktoren

Die Depression ist in aller Regel nicht auf einen ursächlichen Faktor zurückzuführen, sondern es spielen hier mehrere Faktoren eine Rolle. So finden sich erbliche Merkmale. Es gibt nun einmal eine Häufung von depressiven Erkrankungen in manchen Familien, wobei der Erbgang sehr kompliziert sein dürfte. Man kann nicht davon ausgehen, dass wenn ein Familienangehöriger ersten Ranges wie Vater oder Mutter an einer depressiven Erkrankung leiden, dass man deshalb zwangsläufig selbst bzw. die eigenen Kinder depressiv werden. Im Falle einer depressiven Erkrankung eines Menschen, in dessen Familie bereits die Eltern- oder Großelterngeneration daran gelitten haben, ist das Vorhandensein genetisch bedingter Faktoren aber wahrscheinlich. In solchen Zusammenhängen ist es dann oft auch so, dass die depressiven Erkrankungen sogar früher beginnen, sonst tritt die depressive Erkrankung in aller Regel am häufigsten zwischen dem 30. und 40. Lebensjahr auf.

Neben erblichen Ursachen ist es wichtig, auch die sozialen Dimensionen zu sehen. Ein Beispiel in diesem Zusammenhang stellt die Armut dar, als soziale Realität und als sozialer Faktor. Arme Menschen leiden häufiger an Depressionen als Menschen, die finanziell besser gestellt sind. Hier kommt noch hinzu, dass diese Betroffenen meist auch einen deutlich schlechteren Zugang zu medizinischer Versorgung haben, aufgrund der Erkrankung am Arbeitsplatz deutlich schlechtere Leistung zeigen und oftmals dann diese Jobs verlieren – womit sich ein Teufelskreis schließt.

Natürlich ist es so, dass psychische Belastungen besondere Faktoren in der Entwicklung depressiver Erkrankungen darstellen. Als besondere Belastungen gelten der Verlust naher Angehöriger, Scheidung, Trennung in Beziehungen. Diese Auslösefaktoren sind von dauerhaften Belastungen in problematischen Situationen wie z. B. Entwurzelung durch Übersiedelung, Belastung durch schwere Erkan-

kungen o. Ä. zu unterscheiden. Aber alle diese genannten Ursachen können für eine depressive Entwicklung verantwortlich sein.

Viele Entwicklungen im Rahmen der Depression stellen für sich genommen wieder Risikofaktoren und Belastungen für die weitere Entwicklung der Erkrankung dar, daher wird die Depression heute als eine typische Erkrankung mit vielen Wechselwirkungen hinsichtlich eigener Symptome, Umweltfaktoren, Verlaufsentwicklungen und deren Auswirkungen gesehen.

Mit zunehmendem Lebensalter zeigt sich oft, dass Depressionen im Laufe der Zeit chronisch werden, d. h. dauerhaft anhalten. Dies trifft ungefähr ein Drittel der Patienten. Der typische Verlauf ist an sich „rezidivierend“, d. h. die Erkrankung tritt immer wieder auf, meist in Form von Episoden, die einige Monate anhalten. Bei vielen Betroffenen finden sich jedoch auch Episodenlängen von bis zu zwei Jahren. Über den Verlauf betrachtet, kann man davon ausgehen, dass ca. alle vier bis fünf Jahre im Durchschnitt eine neue depressive Episode auftritt. Die Wahrscheinlichkeit, dass es nach zwei, drei Episoden erneut zu einer depressiven Episode kommt, ist sehr hoch.

Als weitere Risikofaktoren sind Suchterkrankungen zu sehen. Tatsächlich ist es so, dass depressive Menschen häufig auch gleichzeitig an Suchterkrankungen leiden. Anhaltender Alkoholmissbrauch kann z. B. für sich genommen eine depressive Entwicklung einleiten bzw. depressive Entwicklungen verstärken. Dasselbe gilt auch für Drogen wie Cannabis, Kokain und andere. Es ist daher auch unumgänglich, nach allfälligen Suchterkrankungen zu fragen und diese auch entsprechend zu behandeln.

Frauen und Depression



Frauen sind generell doppelt so häufig von Depressionen betroffen wie Männer. Darüber hinaus gibt es viele

Besonderheiten im Leben von Frauen bezüglich Risikos für die Entwicklung von Depressionen im Vergleich zu Männern. So beginnt bereits in der frühen Jugend bei Mädchen häufiger die sogenannte Dysthymie, also die nicht sehr stark ausgeprägte, aber doch beeinträchtigende, sehr lang anhaltende depressive Erkrankung. Später haben Frauen ein erhöhtes Risiko, im Rahmen des Monatszyklus depressive Symptome zu entwickeln, im Rahmen der Schwangerschaft, aber auch nach

der Geburt – hier gibt es die sogenannte Wochenbettdepression. Auch der Verlust eines Kindes vor der Geburt kann zu Depressionen führen, ebenso die besonders verletzte Phase des Wechsels. Im fortgeschrittenen Alter findet sich die Altersdepression bei Frauen häufiger ausgeprägt. Neben hormonellen Ursachen spielen auch hier psychologische Faktoren eine große Rolle, wie Veränderungen im Rollenbild, Veränderung der Aufgaben, grundsätzliche Veränderungen von Lebenssituationen etc.

Diagnostik

Im Wesentlichen unterscheidet man zwei große Gruppen. Einerseits gibt es die typischen depressiven Erkrankungen, die als rezidivierende Erkrankungen, also immer wieder auftretende Depressionen, diagnostiziert werden, die auch im manisch-depressiven Kranksein auftreten können. Hier finden sich eindeutige, einfach nachvollziehbare Kriterien. Für die Diagnose Depression ist das Vorliegen einer bestimmten Anzahl von Symptomen notwendig. So gelten als Hauptkriterien

- Freud- und Interesselosigkeit
- depressive Stimmung
- erhöhte Erschöpf- und Ermüdbarkeit.

Der Schweregrad wird letztlich in einer persönlichen Wertung durch den Psychiater eingeschätzt. Daraus ergibt sich die Möglichkeit, in leicht, mittel und schwer zu unterteilen. Man kann auch festmachen, ob psychotische Symptome vorliegen oder typische Zeichen von dem, was man früher die endogene (endogen: im Körper selbst entstanden) Depression genannt hat.

Depressionen im Rahmen von bipolaren Störungen – also manisch-depressiven Erkrankungen – sind vom Symptombild gleich einzuschätzen. Der Unterschied zur unipolaren Depression ist der, dass es oftmals zu Überschneidungen mit manischen Symptombildungen kommt. Diese können auch gleichzeitig auftreten. Ein weiterer wesentlicher Unterschied ist, dass bei manisch-depressivem Kranksein die Episoden häufiger auftreten, d. h. die Zyklen sind kürzer und es kommt sehr viel rascher zu einem Wiederauftreten von entweder depressiven oder manischen Episoden.

Die zweite große Gruppe sind die sogenannten Anpassungsstörungen. Dabei handelt es sich um depressive Entwicklungen aufgrund von äußeren Belastungen. Neu hinzugekommen ist in diesem Zusammenhang der Begriff „Burn-out“. Hier kommt es zur Ausbildung von depres-

Diagnostik

sionsähnlichen Symptomen und im Vollbild von deutlichen depressiven Symptomen durch die Arbeitsbelastung. Generell unterscheidet man bei den Anpassungsstörungen solche, die als eine akute Reaktion auf ein Ereignis beschrieben werden können. Ein Beispiel hier etwa ist die Diagnose einer schwerwiegenden Erkrankung, wo der Betroffene zunächst mit einem depressiven Einbruch reagiert, sich aber nach wenigen Wochen wieder fängt und wieder das ursprüngliche Stimmungsniveau erreicht. Es gibt aber auch länger anhaltende depressive Reaktionen, die bis zu zwei Jahre dauern können.

Sonderfall Dysthymie

Die Dysthymie (gr. thymos Gemüt) ist definitionsgemäß eine milde Form der Depression, die aber sehr lange anhält. Dysthyme Menschen sind durchaus fähig, einem Beruf nachzugehen, ein Familienleben gut zu schaffen. Sie haben aber permanent den Eindruck, herabgestimmt zu sein, dass das Leben nicht so positiv läuft, wie sie es gerne hätten ... – sie zeigen zahlreiche leichte Symptome der Depression. Wichtig ist es hier zu sehen, dass es sich um eine depressive Erkrankung handelt, die man auch behandeln kann, und nicht um eine „depressive Charaktereigenschaft“. Hier kann man therapeutisch tatsächlich sehr viel tun. Eine besonders problematische Entwicklung ist, wenn Menschen, die an einer Dysthymie leiden, zusätzlich auch noch schwere depressive Episoden erleben. Das nennt man dann eine „doppelte Depression“, die im Verlauf besonders ungünstig ist.

Depression und körperliche Erkrankung

Im Rahmen schwerer körperlicher Erkrankungen wie koronarer Herzkrankheit, Zuckerkrankheit, schweren Lungenerkrankungen, aber auch Krebs kann es zur Ausbildung von depressiven Symptomen kommen. Diese Entwicklung ist sogar sehr häufig, vor allem Schmerzpatienten leiden sehr häufig an Depressionen. Dabei ist es sehr wichtig, die depressive Entwicklung zu erkennen und auch entsprechend zu behandeln. Oftmals wird der Stellenwert der begleitenden Depression übersehen. Nach einem Herzinfarkt depressiv zu reagieren ist verständlich. Es ist wichtig, hier konsequent zu behandeln, damit die körperliche Grunderkrankung nicht durch Depression zusätzlich beeinträchtigt wird. Darüber hinaus haben wir auch deutliche Hinweise dafür, dass es sich bei depressiven Erkrankungen im Rahmen körperlicher Erkrankungen nicht um bloße psychische Reaktionsbildungen auf eine große Belastung handelt, sondern dass – wie z. B. bei der Zuckerkrankheit – gemeinsame Faktoren im Stresshaushalt des Körpers zugrunde liegen dürften.

Medikamentöse/therapeutische Maßnahmen

Ausgehend von wichtigen Entdeckungen in den 1960er Jahren ist man zur Überzeugung gelangt, dass Depressionen eine Ursache im Hirnstoffwechsel haben. So finden sich teilweise erhebliche Störungen in den sogenannten Neurotransmittersystemen des Gehirns. Es kommt zu Veränderungen in diesen Botenstoffsystemen, die so wichtig für die Funktionsweisen der Nervenzellen sind. Die wichtigsten Botenstoffe sind hier das sogenannte Serotonin, Noradrenalin und Dopamin. In allen diesen Bereichen finden sich bei depressiven Menschen Veränderungen oder Störungen des Gleichgewichts der Botenstoffe. Genau hier setzt die medikamentöse Therapie an. Es gibt mittlerweile eine Vielzahl an sogenannten Antidepressiva, die gezielt und aktiv in diese Botenstoffsysteme eingreifen und den depressiven „Hirnstoffwechsel“ normalisieren. Dieser Vorgang dauert ein paar Wochen, weshalb zunächst eher Nebenwirkungen der Antidepressiva im Vordergrund stehen und im Laufe der Wochen die therapeutischen Effekte nach und nach in den Vordergrund treten. Dies ist besonders wichtig, da sonst ein falscher „Ho-ruck“-Optimismus gesehen wird und die Betroffenen dann enttäuscht sind, wenn sie nicht innerhalb weniger Tage auf Antidepressiva gut ansprechen. Eine mehrwöchige Behandlung ist notwendig, um wirklich von den Medikamenten zu profitieren. Aus klinischen Studien weiß man, dass die Wirksamkeit nach 6 Wochen bzw. zwei Monaten bereits erheblich sein kann. Je länger man das Antidepressivum einnimmt, umso mehr darf man damit rechnen, dass noch zusätzlich positive Veränderungen stattfinden. Besonders wichtig ist die Frage nach der Dauer der Einnahme. Die allgemeine Empfehlung lautet, wenn alle Symptome abgeklungen sind, die Therapie dann noch 6 Monate fortzusetzen. Antidepressiva sollten nie zu rasch abgesetzt, sondern ausgeschlichen werden. Bei Betroffenen, die bereits mehrere depressive Episoden erlebt haben bzw. wo dauerhaft sogenannte Restsymptome vorhanden sind, also Symptome, die nicht vollständig zum Abklingen gebracht werden können, ist es wichtig, eine Dauergabe im Sinne von einer Medikamenteneinnahme

über viele Jahre, vielleicht sogar lebensbegleitend, ins Auge zu fassen.



Viele Menschen sind sehr skeptisch, wenn es um die Einnahme von Medikamenten generell und von Antidepressiva im Speziellen geht. Dies hat vielfach auch mit zu wenig Information über diese Medikamente zu tun. Antidepressiva verändern nicht die Persönlichkeit, sie reduzieren nicht die Intelligenz und sie machen auch nicht süchtig. Dies unterscheidet sie wesentlich von Beruhigungsmitteln wie Tranquilizern. Wir

haben bisher auch keinen Hinweis darauf, dass Antidepressiva in der Langzeitgabe, also wenn man diese Medikamente über mehrere Jahre gibt – und darüber gibt es ziemlich viel Erfahrung – zu nachhaltigen Schädigungen irgendeines Körpersystems führen. Antidepressiva sind sehr sicher in der Langzeiteinnahme.

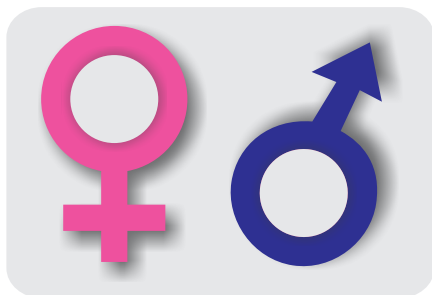
Die wichtigste Entwicklung der letzten Jahrzehnte auf diesem Gebiet war die Entwicklung der sogenannten Serotonin-Wiederaufnahmehemmer. Hierbei handelt es sich um eine Gruppe von Antidepressiva, die präzise in den sogenannten Serotoninstoffwechsel des Gehirns eingreifen. Der Vorteil ist, dass diese Substanzen sehr gut wirksam sind und viele depressive Menschen davon profitieren. Auf der anderen Seite gibt es im Vergleich zu älteren Substanzen deutlich weniger Nebenwirkungen. An Hauptnebenwirkungen finden sich am Anfang eventuell Übelkeit, Magen-, Darmbeschwerden, Kopfschmerzen und Unruhe. Dies ist aber meist kein Grund, die Medikamente abzusetzen, sondern vielmehr macht es Sinn, eine Zeit lang zuzuwarten, weil diese Nebenwirkungen sich meist wieder zurückbilden bzw. ganz verschwinden. Darüber hinaus sind diese Medikamente zum Großteil sehr einfach einzunehmen, indem man sie nur einmal am Tag z. B. in

Medikamentöse/therapeutische Maßnahmen

der Früh einnimmt. Sie eignen sich auch besonders gut für berufstätige Menschen, die Auto fahren müssen.

Es gibt aber auch zahlreiche andere Entwicklungen wie Substanzen, die sowohl in das Serotonin-, als auch in das Noradrenalinsystem eingreifen. Diese haben einige Vorteile. Sie sind auch gegen anhaltende Schmerzen wie z. B. Nervenschmerzen bei Zuckerkrankheit und Ähnliches wirksam. Darüber hinaus gibt es aber auch einige Antidepressiva, die sich besonders gut für Menschen mit Schlafstörungen eignen ohne süchtig zu machen, wie Tranquilizer mit dem Vorteil, dass sie den Schlafrhythmus, wie wir ihn normalerweise kennen, wieder herstellen. Es gibt auch Antidepressiva, die ganz gezielt nur in den Noradrenalinstoffwechsel eingreifen und dadurch zu einer Verbesserung des Energiehaushaltes und der Leistungsfähigkeit führen, ohne dass sie müde machen und z. B. das Benützen von Maschinen und Geräten beeinträchtigen.

Sexuelle Nebenwirkungen



Sexuelle Probleme werden generell tabuisiert. Dabei ist es eine Tatsache, dass es im Rahmen depressiver Erkrankungen sehr häufig zu sexuellen Störungen sowohl bei Frauen als auch bei Männern kommt. Diese Symptome können durch Antidepressiva zusätzlich verstärkt werden bzw. können Antidepressiva von sich aus sexuelle Nebenwirkungen hervorrufen. Es gibt einige Antidepressiva, die erwiesenermaßen fast keine sexuellen Nebenwirkungen hervorrufen.

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Frage der Gewichtszunahme. Einige Antidepressiva haben den Nachteil, dass sie den Appetit anregen, oft auch zu Heißhungerattacken führen, mit dem Ergebnis, dass Betroffene deutlich an Gewicht zunehmen. Dies kann mitunter ein gewünschter Nebeneffekt sein, vor allem bei depressiven Menschen, die aufgrund schwerer Appetitstörungen wenig gegessen haben und viel an Gewicht verloren haben. Meist handelt es sich aber um einen unerwünschten Nebeneffekt.

Weitere medikamentöse Möglichkeiten

Neben den Antidepressiva kommen sehr häufig Tranquilizer, also Beruhigungsmittel, und Antipsychotika zum Einsatz. Die Tranquilizer werden meist zur Entspannung und gegen Schlafstörungen eingesetzt, vor allem aber auch gegen Angstsymptome. Es würde den Rahmen dieser Broschüre sprengen, die vielfältigen Aspekte der Angst hier mit hineinzu nehmen. Nur so viel: Angststörungen aller Art können im Rahmen von Depressionen auftreten, sehr häufig sind aber neben dem Vollbild von Angststörungen typische ängstliche Symptombildungen vorhanden. Die Betroffenen erleben hier die Gabe eines Tranquilizers als besonders entlastend. Dabei ist zu beachten, dass die längere Einnahme von Tranquilizern unweigerlich zur Gewöhnung und Abhängigkeit, schließlich sogar zu schwerer Sucht führen kann. Daher ist hier ein sorgsamer Umgang notwendig.

Zu den Antipsychotika ist auszuführen, dass diese sich natürlich eignen, wenn Betroffene im Rahmen ihrer Depression psychotische Symptome entwickeln. Antipsychotika führen – wie der Name sagt – zu einer Wirksamkeit gegen psychotische Symptome, also gegen Wahnbildungen, Halluzinationen u. Ä. Immer wieder gibt man aber auch Antipsychotika zur Beruhigung gegen Schlafstörungen, aber auch gegen Ängste. Da Antipsychotika durchaus über erhebliche Nebenwirkungen verfügen, ist ein vernünftiges Abwägen und eine gute Aufklärung besonders wichtig. Antipsychotika werden auch immer wieder zur Verstärkung der antidepressiven Wirksamkeit von Antidepressiva eingesetzt. Aktuell gibt es sogar eine moderne antipsychotische Substanz, die für die unterstützende Behandlung der Depression zugelassen ist.

Folgen der Nichtbehandlung

Wird nicht entsprechend behandelt, drohen zahlreiche negative Folgen. Da ist zum einen das hohe Selbsttötungsrisiko (aber auch Selbsttötungsversuche – noch viel häufiger!), körperliche Folgeerkrankungen sowie die Neigung zur Chronifizierung (also anhaltendes dauerhaftes Vorhandensein von Symptomen). Dies alles geht mit hohem Leid für Betroffene und Angehörige einher!

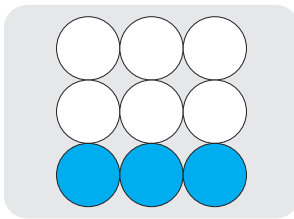
Andere pharmakotherapeutische Möglichkeiten

Neben der Skepsis gegenüber Medikamenten findet sich auf der anderen Seite ein gewisses Wohlwollen gegenüber pflanzlichen und homöopathischen Produkten. Hier handelt es sich um einen Graubereich, wo es praktisch keine klinischen Studien gibt, wo einzelne Substanzen gezielt untersucht worden wären. Die einzige Ausnahme ist das Johanniskraut. Hier gibt es eindeutige Befunde in kontrollierten Untersuchungen, dass Johanniskraut tatsächlich bei leichten und milden Formen der Depression antidepressiv wirksam ist. Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten wie z. B. Verhütungsmitteln und Nebenwirkungen wie Hautreaktionen auf Sonnenlicht sind möglich. Zur Homöopathie kann man tatsächlich nur so viel sagen, dass es keine Studien gibt, die die Wirksamkeit bei Depressionen überprüft hätten. Anders herum spricht aber auch nichts gegen eine Kombinationstherapie, wenn die Betroffenen darauf Wert legen bzw. einen sehr guten Bezug zu diesen Produkten haben. Dasselbe gilt für Bachblütentherapie, Anwendung von Schüssler Salzen o. Ä. Alle genannten Produkte haben eine große Verbreitung in der Bevölkerung und sind sehr beliebt. Wichtig ist es, diesen Zugang zu respektieren, auch bei betroffenen Angehörigen, aber auch die Grenzen dieser Möglichkeiten zu sehen.

Compliance (Therapietreue)

Unter Compliance versteht man das Ausmaß, in dem das Verhalten des Patienten den Empfehlungen des Behandlers entspricht.

Dies beschreibt eines der vielschichtigsten Probleme in der medizinischen Behandlung. Grundsätzlich ist es so, dass viele Menschen nur zögerlich Anweisungen und Empfehlungen anderer folgen, wenn überhaupt, dann meist auch nicht vollständig. Das hat vielerlei Ursachen und betrifft viele Bereiche unseres Lebens, vor allem aber natürlich den therapeutischen Bereich in der Medizin. Selbst Bluthochdruckpatienten, denen man erklärt, was es für sie bedeutet, wenn sie ihre Medikamente nicht nehmen, nämlich z. B.



der Gefahr ausgesetzt zu sein, später einen Schlaganfall zu bekommen, nehmen nicht regelmäßig ihre Medikamente. Der Anteil derer, die eine sogenannte hohe Compliance haben, also sich sehr genau an die Therapieanweisungen halten, liegt ca. bei einem Drittel.

Ursachen für dieses Verhalten liegen in **patientenbezogenen Faktoren**:

- Lebensalter
- allfällige psychische Symptome
- Störungen in den Konzentrationsleistungen und Gedächtnisleistungen;

in **therapiebezogenen Faktoren**:

- Wie oft wird das Medikament pro Tag gegeben?
- Müssen mehrere Medikamente genommen werden?
- Wie lange dauert die Behandlung und kostet das etwas?
- Welche Nebenwirkungen sind möglich?

Es gibt aber auch **umweltbezogene Faktoren**:

- Gibt es soziale Unterstützung für den Betroffenen?
- Wie ist die Familie und wie sind die Freunde gegenüber einer Behandlung eingestellt?

Dies alles hat Auswirkungen auf die eigene Einstellung, und natürlich gibt es auch **Faktoren, die den behandelnden Arzt betreffen:**

- Ist der behandelnde Arzt von seiner Behandlungsstrategie überzeugt?
- Wie ist die Arzt-Patient-Beziehung?
- Wie gut gelingt es, Informationen zu vermitteln?

In aller Regel ist es so, dass ein sich nicht an Therapieanweisungen halten mit schwerwiegenden Gesundheitsfolgen verbunden ist. Dazu gehört, dass sich die Wirksamkeit der Therapie verringert, das Risiko eines Rückfalls höher ist, es zu längeren Krankenhausaufenthalten kommen kann und die Erkrankung häufiger in ein Stadium der Dauerhaftigkeit übergeht. Daher ist es unumgänglich, gerade dieses Problemfeld entsprechend zu berücksichtigen.

┌ Nichtmedikamentöse Therapie ─┐

An vorderster Stelle stehen hier natürlich **psychotherapeutische** Verfahren. Es existiert nicht für alle Formen der Psychotherapie ein Wirksamkeitsnachweis, aber es gibt einige Ansätze, wo überzeugende Hinweise für eine gute Wirksamkeit vorliegen. Dazu gehören die Gesprächs-therapie und die kognitive Verhaltenstherapie. Psychotherapie alleine ist wahrscheinlich für mittelgradige bis schwerere Formen der Depression nicht ausreichend und Bedarf einer Kombination mit Medikamenten. Umgekehrt reichen Medikamente allein nicht aus, es bedarf einer Kombination mit Psychotherapie. Grundsätzlich geht es darum, dass es auch zu Angeboten der Unterstützung kommt, was Konfliktbewältigung anbelangt und Belastungen in Beziehungen und der Umgebung. Aber es gibt auch niederschwellige Ansätze wie Medikationsmanagement, soziales Kompetenztraining – also den Umgang mit der Umwelt, Psychoedukation, Aufklärung von Betroffenen und Familienangehörigen hinsichtlich der Störung, aber auch ganz konkrete soziale Unterstützungen im Alltag. Das Ergebnis ist generell, dass es seltener zu Rückfällen kommt und seltener zur Notwendigkeit der Wiederaufnahme.

Ganz wesentlich sind Entspannungsverfahren, wie autogenes Training oder auch Muskelentspannungsübungen. Als erfolgreich haben sich auch meditative Ansätze, wie die Achtsamkeitsmeditation, aber auch traditionelle Heilverfahren wie Yoga und Akupunktur gezeigt. Trotz fehlender guter wissenschaftlicher Evidenz werden diese Heilverfahren von vielen Patienten als positiv erlebt.

Vorsorge

Sowohl bei erblichen Faktoren als auch bei großen psychischen Belastungen ist eine Vorsorge im eigentlichen Sinne gegen diese speziellen Herausforderungen nicht möglich.

Es ist nicht absehbar, wann uns ein geliebtes Familienmitglied verlässt, wann es am Arbeitsplatz zu Spannungen und Belastungen kommt. Auf so etwas kann man sich nicht einstellen. Dies kommt in aller Regel „über Nacht“. Was man aber machen kann, ist, das Stressniveau allgemein zu senken, einen Lebensstil zu führen, der in Richtung stabiler Beziehungen, Gelassenheit geht, Achten auf den Körper, Achten auf die Ernährung, Weglassen von Suchtmittel. Das sind allgemeine Rezepte, die generell günstig sind, die aber natürlich insbesondere für depressive Menschen sehr wichtig sind. Im Spezialfall kann man sich natürlich überlegen, ob es z. B. Sinn macht, bei einer depressiven Erkrankung im Schichtdienst zu arbeiten oder dies eine zu hohe Belastung darstellt. Modifikationen im Lebensstil bringen immer etwas und es zeigt sich auch, dass durch die Entlastungen, die sich dadurch ergeben, Betroffene nachhaltig profitieren.



Univ.-Prof. Dr. Peter Hofmann
 Univ.-Klinik für Psychiatrie Graz,
 Auenbruggerplatz 31a,
 8036 Graz

Shelton RC. St John's wort (*Hypericum perforatum*) in major depression. *J Clin Psychiatry*. 2009; 70 Suppl 5:23–7.

Shelton CI. Long-term Management of Major Depressive Disorder: Are Differences Among Antidepressant treatment Meaningful? *J Clin Psychiatry* 2004; 65 (suppl 17): 29–33.

W Hooley MA, Simon GE. Managing depression in medical outpatients. *New England J Medicine* 2000, Dec 1942–1950.

Shannon Hughes & David Cohen. A systematic review of long-term studies of drug treated and non-drug treated depression. *Journal of Affective Disorders* 118 (2009) 9–18.

Nierenberg Andrew A, Petersen Timothy J, Alpert Jonathan E. Prevention of Relapse and Recurrence in Depression: The Role of Long-Term Pharmacotherapy and Psychotherapy. *J Clin Psychiatry* 2003; 64 [suppl 15]:13–17

「 Patientenbericht 」

Erfahrungsbericht einer von Depression Betroffenen

Wenn ich auf mein Leben zurückblicke (ich bin jetzt 47 Jahre), so kann ich sagen, dass im Großteil meines Lebens die Depression eine Rolle spielte. Schon als Kind kannte ich Phasen, wo es mir sinnlos erschien, am Leben zu sein. In der Pubertät wurden die depressiven Phasen stärker. Zum ersten Mal machte ich die Erfahrung von Schlaflosigkeit, großen Ängsten und einer ausweglosen Sichtweise. Ich hatte große Angst vor meinen Mitschülern, Lehrern und vor allen zwischenmenschlichen Kontakten. In der Schule war ich gut, die Ängste waren trotzdem da.

Meine Eltern konnten sich auch nicht erklären, was mit mir los war. Vielleicht dachten sie, ich hätte nur schlechte Laune und hofften, es würde von allein wieder besser werden. Da die Depression in Phasen kam, gab es durchaus auch „gesunde“ Momente.

Mit 24 Jahren allerdings, ich wohnte schon lange allein, wurden die psychischen Schmerzen so stark, dass ich von mir aus eine Psychiaterin aufsuchte. Sie diagnostizierte eine „Depression“ und verschrieb mir ein Antidepressivum. Dieses Medikament bewirkte eine Besserung, hatte aber auch beträchtliche Nebenwirkungen. Die Mundtrockenheit und Müdigkeit machten mir am meisten zu schaffen. Dennoch war es mit diesem Medikament möglich, besser zu leben. Ich machte eine Ausbildung zur Sekretärin und konnte arbeiten. Zeitweise, wenn ich es mir leisten konnte, machte ich auch eine Psychotherapie, die ich aber aus finanziellen Gründen nie lange durchhalten konnte.

Obwohl ich ein Antidepressivum einnahm, musste ich in den Jahren 1994, 1995, 2000 und 2005 in stationäre Behandlung. Diese Aufenthalte in der Psychiatrie halfen mir jedes Mal enorm. Von Mal zu Mal lernte ich besser mit der Depression zu leben und mich mit der Erkrankung zu akzeptieren. Ich erkannte, dass es einen lebenslangen Lernprozess bedeutet, mit einer Depression zu leben. Jetzt bin ich bereits 6 Jahre nicht mehr in der Klinik gewesen. Heute bin ich der Medizin dankbar, dass es mir mit ihrer

Hilfe gelungen ist, ein lebenswertes Leben zu führen. Es ist gut, dass weiter geforscht wird. Ich habe auch das Glück, in einem Verein arbeiten zu dürfen, der es sich zur Aufgabe gemacht hat, in der Gesellschaft für eine Entstigmatisierung und Enttabuisierung von psychischen Erkrankungen zu kämpfen. Der Verein bietet Betroffenen die Möglichkeit, sich in Selbsthilfegruppen auszutauschen, und steht Betroffenen mit Rat und Tat zur Seite.

Es ist wichtig, in der Öffentlichkeit Verständnis und Wissen über psychische Erkrankungen zu schaffen, denn psychische Erkrankungen sind im Vormarsch. Ich möchte jeden Erkrankten ermutigen, sich in fachmännische Hände zu begeben und sich helfen zu lassen.

Kontaktadressen

Achterbahn

Plattform für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung
Verein Achterbahn
Plüddemangasse 45, 1. Stock, 8010 Graz
Tel.: 0316/48 34 74
Fax: 0316/48 34 97
E-Mail: office@achterbahn.st
Internet: www.achterbahn.st

Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie

Löwengasse 3/5/Top 6, 1030 Wien
Tel.: 01/512 70 90
Fax: 01/512 70 91
E-Mail: oebvp@psychotherapie.at
Internet: www.psychotherapie.at

HPE Steiermark – Hilfe für Angehörige Psychisch Erkrankter

Tummelplatz 9, 8010 Graz
Tel.: 0316/81 63 13

Plattform Psyche – zur psychosozialen Versorgung der Steiermark

DDr. Susanne Krainz
Psychiatriekoordination
Amt der Steiermärkischen Landesregierung
FA8B Gesundheitswesen – Sanitätsdirektion
Friedrichgasse 9, 1.Stock, 8010 Graz
Tel.: 0316/877-3525
Fax: 0316/877-4835
E-Mail: susanna.krainz@stmk.gv.at
Internet: <http://www.plattformpsyche.at>

Verzeichnis von PsychotherapeutInnen und sonstigen ExpertInnen (österreichweit)

www.psyonline.at oder www.besthelp.at

Österreichische Telefonseelsorge

Tel.: 142, von 0 bis 24 Uhr

Impressum:

Herausgeber: FOCUS PATIENT Ltd., Ingeborg Obermayer, MAS, MBA;
Zweigniederlassung Österreich: 2500 Baden, Melkergasse 23–25/1;
UK: Unit 8, Bridge Street Mills, Union Street, Macclesfield, Cheshire, SK11 6QG.
Bildgestaltung: ADB Graphic Ltd., www.adbgraphic.co.uk
Layout: Dr. Mariette Kapeller, Alpölla 12, 3593 Neupölla, mariette@aon.at
1. Auflage: 10 000 Exemplare; © 2011: FOCUS PATIENT Ltd.,
www.focuspatient.at

Diese Broschüre, einschließlich aller ihrer Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb des Urhebergesetzes ist ohne Zustimmung von FOCUS PATIENT Ltd. unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Es ist deshalb nicht gestattet, Abbildungen dieser Broschüre zu scannen, in PCs bzw. auf CDs zu speichern oder in PCs/Computern zu verändern oder einzeln oder zusammen mit anderen Bildvorlagen zu manipulieren, es sei denn mit schriftlicher Genehmigung.

Die in dieser Broschüre veröffentlichten Ratschläge sind mit größter Sorgfalt von den Autoren erarbeitet und geprüft worden. Eine Garantie kann jedoch nicht übernommen werden. Ebenso ist eine Haftung der Autoren und ihrer Beauftragten für Personen-, Sach- oder Vermögensschäden ausgeschlossen. Jede gewerbliche Nutzung der Arbeiten und Entwürfe ist nur mit Genehmigung von FOCUS PATIENT Ltd. gestattet. Logos, Produkt- und Firmennamen können eingetragene Warenzeichen oder geschützte Wort-/Bildmarken von Dritten sein und werden hier nur zur Erklärung und zum Vorteil des jeweiligen Rechteinhabers verwendet, ohne die Absicht, diese Rechte zu verletzen. Das unterstützende Unternehmen hat keinerlei Einfluss auf den Inhalt dieser Broschüre.

Diese Broschüre wendet sich an Menschen, die sich über Depression informieren möchten oder selbst an Depression erkrankt sind. Sie soll dazu beitragen, Krankheitszeichen, Untersuchungs- und Behandlungsmöglichkeiten ebenso wie die persönliche Situation von Patienten, die an Depression erkrankt sind, besser zu verstehen.

Mit freundlicher Unterstützung von:

