

Die Welt in Grautönen – Depressionen erkennen und behandeln

Zusammenfassung

Depressionen stellen ein mehrdimensionales Spektrum von psychischen Störungen dar, die entsprechend ihrer Genese und Ausprägung gründlich zu diagnostizieren sind. Bis heute werden sie immer wieder verkannt, verwechselt und umbenannt, ihre richtige Behandlung ist dadurch stets von neuem gefährdet. Leichtere Formen sind wegen komorbider Erkrankungen und wegen somatischer Symptomausprägungen häufig beim Allgemeinmediziner, Internisten, Chirurgen, Gynäkologen und anderen Fachärzten zu finden, weshalb deren Kenntnis von hoher Bedeutung ist. Neben Psychotherapie und den bekannten antidepressiven Psychopharmaka gibt es andere therapeutische Möglichkeiten, deren Vielfalt dargestellt wird.

1. Einleitung

Ein Zeichen der Flexibilität menschlichen Wesens, unserer seelischen und geistigen Existenz, ist, dass auch psychische Störungen Wandlungen unterliegen. Es hat zu allen Zeiten Modeströmungen unter den psychiatrischen Erkrankungen gegeben: die Tanzwut, der sog. Veitstanz, im ausgehenden Mittelalter; die Hysterie zu Ende des 19. Jahrhunderts, mit der sich J.-M. Charcot und S. Freud besonders auseinandersetzten; um 1920 beherrschten die Kriegszitterer die Straßen Berlins und anderer Großstädte Deutschlands; heute haben Essstörungen, Panikattacken, posttraumatische Störungen und neuerdings Burn-out Hochkonjunktur, es sind populäre Begriffe geworden, hinter denen sich vielschichtige Syndrome und Absichten verstecken. Anders sollte es mit dem Bild der Depression sein. Sie ist eine der am längsten bekannten Krankheiten überhaupt, wurde bereits von Hippokrates und Aretäus von Kappadokien in der Antike umfassend beschrieben. Trotzdem wird sie immer wieder



Prof. Dr. med. habil. Werner Felber

© SLÄK

verkannt, verwechselt, umbenannt; zurzeit besteht die Gefahr, dass Depression im Modischen von Burn-out und Traumatisierung umgedeutet und so ihre optimale Behandlung versäumt wird.

2. Erkennung depressiver Störungen

Depressionen gehören zu den quälendsten Krankheiten und sind extrem wandlungsfähig. Die Facetten der Behandlungswege orientieren sich am Schweregrad und den Auslösemechanismen. Der Behandlungserfolg beginnt damit, dass Betroffene das Leiden als therapiefähige Krankheit überhaupt wahrnehmen und akzeptieren.

Depressive Störungen – Wissenswertes

Hauptsymptome sind herabgesetzte Stimmung und verminderter Antrieb. Sie sind häufig in der Praxis vom Allgemeinmediziner, Internist, Nervenarzt, Chirurg, Frauenarzt. Fünf bis zehn Prozent der Bevölkerung erkranken daran irgendwann. Nur circa 30 Prozent suchen einen Arzt auf. Symptome können körperlich maskiert auftreten, was zu Fehldiagnosen Anlass gibt. Die Interaktion

mit komorbiden körperlichen Krankheiten und mit Angststörungen ist hoch. Es besteht eine erhöhte Rezidivneigung mit der Tendenz der Verkürzung des symptomfreien Intervalls bis ins höhere Alter, bei etwa 15 Prozent kommt es zu Chronifizierung über mindestens zwei Jahre und Therapieresistenz. Trotz Therapie besteht eine hohe Suizidgefahr, circa jeder sechste Patient mit schwerer Depression verstirbt durch Suizid. Es besteht eine erhöhte Mortalität durch Suizid, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und höhere Unfallneigung. Die Diagnosen depressiver Störungen sind im F-Kapitel der ICD-10 (wie auch in der DSM-IV) nicht so leicht auszumachen, wiewohl ihre traditionelle Zuordnung zu verschiedenen diagnostischen Hauptgruppen wiederzufinden ist. Entsprechend ihrer multifaktoriellen Genese liegen depressive Störungen in folgenden Varianten vor (siehe Tabelle 1).

Im Einzelnen sind diese Diagnosen so zu charakterisieren:

Organische depressive Störung (F06.32)

Folge einer Hirnfunktionsstörung durch eine primär zerebrale Erkrankung (z. B. Hirntumor, Enzephalitis, M. Alzheimer, Schlaganfall, Multiple Sklerose) oder eine systemische Erkrankung mit Auswirkungen auf das Gehirn (z. B. Cushing-Syndrom, Diabetes mellitus, Schilddrüsenunterfunktion, unerwünschte Medikamentenwirkung).

Depressive Episode bei affektiver Störung (F32, F33, F31.3 bis F31.5)

Teil einer monopolen oder bipolaren affektiven Störung (F3) entspricht weitgehend der früher sogenannten endogenen depressiven Episode, an der drei bis fünf Prozent der Bevölkerung leiden.

Depressive Reaktion (F43.20 – F43.22)

Teil beziehungsweise spezifische Form einer Anpassungsstörung (F43.2) infolge aktueller oder chroni-

Tab. 1: Depressive Störungen in den diagnostischen Hauptgruppen der ICD-10

Organische depressive Störung (F06.32)
Depressive Episode bei affektiver Störung (F32, F33, F31.3 bis F31.5)
Depressive Reaktion (F43.20 bis F43.22)
Depressive Langzeit- oder Dauerverfassung: Dysthymia (F 34.1), Zylothymia (F34.0)

scher Konflikte, die im Zusammenhang mit neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F4) besprochen werden; hier dürfte ein Teil des sogenannten Burn-out richtig zu klassifizieren sein.

Depressive Langzeit- oder Dauer- verfassung: Dysthymia (F 34.1)

Chronische depressive Verstimmung (mindestens zwei Jahre), die der früher sogenannten depressiven Persönlichkeitsstörung gleichkommt, wegen genetischer Nähe aber heute zum affektiven Spektrum gerechnet wird; die **Zyklothymia (F34.0)** kann als bipolar sich gestaltendes Pendant ebenfalls anhaltende depressive Verstimmungen enthalten; beide zusammen bilden die Gruppe der anhaltenden affektiven Störungen (F34).

Das charakteristischste Bild einer Depression betrifft vorrangig die depressive Episode bei affektiven Störungen, von denen her die Phänomenologie, Genese und Therapie „der Depression“ als Kernsyndrom entwickelt wurde. Die affektiven Störungen wurden in den letzten Jahrzehnten aus Gründen wachsender therapeutischer Möglichkeiten zunehmend differenzierter dargestellt. In der ICD-8 (1968 bis 1978) konnten in dem Kapitel der „Affektiven Psychosen“ vier Positionen verschlüsselt werden; in der ICD-9 (1979 bis 1997) wurden daraus sieben Positionen; die ICD-10 (seit 1998) erlaubt, 29 Kriterien zur konkreten Diagnosestellung in dem jetzt „Affektive Störungen“ genannten Kapitel zu differenzieren.

Eine depressive Episode ist zu definieren als eine klinisch relevante Senkung der Stimmungslage mit oder ohne begleitende Angst in Verbindung mit einer Minderung des allgemeinen körperlichen und psychischen Aktivitätsniveaus von durchgehend mindestens zwei Wochen Dauer.

Die Unspezifität psychopathologischer Symptome bedeutet, dass es keine pathognomonischen Zeichen für eine psychische Krankheit, speziell für eine depressive Störung gibt. Deshalb wurden operationalisierte Kriterien zur Diagnostik entwickelt, die seit der Einführung der ICD-10 als bindend angesehen werden.

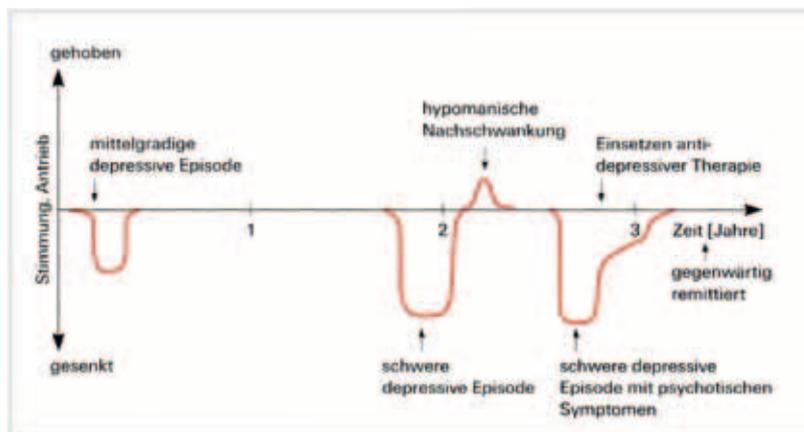


Abb. 1: Verlauf einer rezidivierenden depressiven Störung (Felber, 1996)

Wenigstens vier der insgesamt genannten Symptome müssen mindestens zwei Wochen durchgehend bestehen: gedrückte Stimmung, Interessenverlust, Freudlosigkeit, Antriebsminderung, erhöhte Ermüdbarkeit, Aktivitätseinschränkung, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsminderung, vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Schuldgefühl und Gefühl von Wertlosigkeit, negative und pessimistische Zukunftsperspektiven, Suizidgedanken, Selbstverletzung, Suizidhandlungen, Schlafstörungen, Appetitminderung.

Die stark formalisierte Aufzählung so unspezifischer Zeichen wie Schlafstörungen, gedrückte Stimmung, Interessenverlust oder Freudlosigkeit – diese, über zwei Wochen bestehend, stützten schon die Feststellung einer depressiven Episode – sind zweifellos zu weich gefasst, weshalb es in den vergangenen Jahren zu einer Inflationierung der Diagnose einer affektiven depressiven Episode gekommen ist. Es deutet sich an, dass in der Erarbeitung der ICD-11, resp. DSM-V, eine genauere Charakteristik entstehen wird.

Ähnlich verhält es sich mit dem somatischen Syndrom der Depression (wenigstens vier der Symptome): Interesse- bzw. Freudlosigkeit gegenüber angenehmer Aktivität, Unfähigkeit zu freudiger emotionaler Reagibilität, frühmorgendliches Erwachen mindestens zwei Stunden vor gewohnter Zeit, stimmungsbezogenes Morgentief, objektivierte psychomotorische Hemmung oder Agitiertheit, deutlicher Appetitverlust, Gewichtsverlust um mindestens fünf Prozent des Körpergewichts im letz-

ten Monat, deutlicher Libidoverlust.

Ein psychotisches Syndrom bei schwerer depressiver Episode ist gekennzeichnet durch Wahnideen (zum Beispiel Versündigung, Verarmung, Nihilismus, Krankheit), Halluzinationen (zum Beispiel anklagende Stimmen, Geruch der Verwesung) oder einen depressiver Stupor, eine extreme psychomotorische Hemmung. Kommt es zu Rezidiven, könnte ein Krankheitsverlauf aussehen wie in Abbildung 1 dargestellt.

Darin wird auch erkennbar, dass die Entwicklung von einer depressiven Episode zu einer rezidivierenden Depression regelhaft der Sensibilisierung von Krankheit entspricht: Rückfälle im Verlauf werden – vor allem durch Verkürzung des stabilen Intervalls – eher häufiger und nehmen an Intensität zu, Krankheit also als intern regulierte Selbstverstärkung gleich einem Lernprozess. Dabei treten äußere Faktoren (Umwelt, Stressor, life-events) und innere Faktoren (Anlage, Vulnerabilität) in wechselseitige Beeinflussung (siehe Abbildung 2).

Obwohl die darin enthaltene Dynamik noch viele Fragen offen lässt, kristallisiert sich in den letzten Jahren doch eine Annäherung von klinischer Erfahrung, pathophysiologischen Beobachtungen, neurobiochemischen Erkenntnissen und genetischen Mechanismen heraus, die zu einem besseren therapeutischem Verständnis geführt hat.

3. Behandlung depressiver Störungen

Vor der Behandlung depressiver Störungen sollte stets eine umfassende

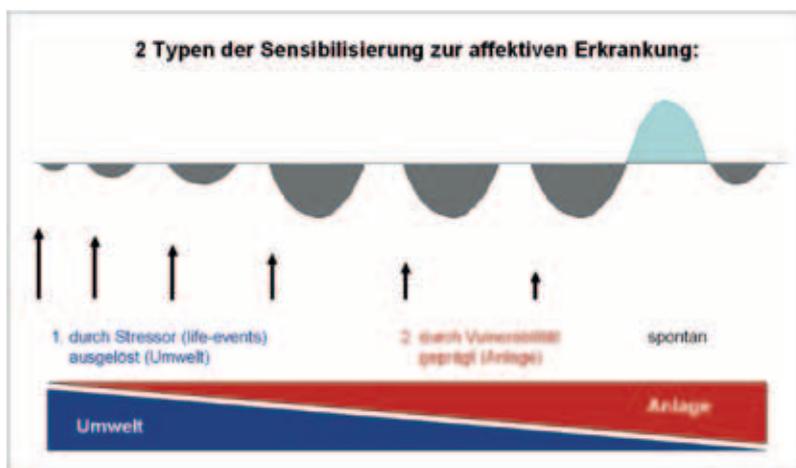


Abb. 2: Stressor, Vulnerabilität und Krankheitsverlauf – Depression als sich selbstlernende Krankheit zur rezidivierenden Depression hin (modifiziert nach Post)

Eingangsdagnostik erfolgen, wozu die klinisch-körperliche Untersuchung sowie hirnorganische, Herz-Kreislauf-, endokrinologische, hämatologische, Nieren- und Leberdiagnostik gehört. Dabei festgestellte Befunde bedürfen ausreichender Aufklärung und gegebenenfalls spezifischer kausaler Therapie. Antidepressive Behandlungsschwerpunkte sind Psychopharmakotherapie und Psychotherapie sowie weitere, den Verlaufsbedingungen angepasste Maßnahmen, die im folgenden näher beschrieben werden.

Psychotherapie

Die Psychotherapie depressiver Störungen stellt eine in den meisten Fällen unverzichtbare Basisbehandlung der Depression dar. Als alleiniges Mittel ist sie nur bei leichten Formen geeignet. Die aktive Mitarbeit des Patienten ist erforderlich, sollte deshalb nicht während einer akuten schweren depressiven Phase eingesetzt werden. Der Patient wäre überfordert und zu einer nur eingeschränkten Mitarbeit fähig. Gegliedert nach Krankheitsbelastung gilt:

Psychosoziale Unterstützung: psychosoziale Unterstützung durch Angehörige, Psychoedukation: medizinische wissenschaftliche Aufklärung über die Krankheit für Patienten und gegebenenfalls ihre Angehörigen

Psychologisch emotionale Stützung des Patienten: gefühlvolle Lenkung und Begleitung in der depressiven Phase

Kognitive Verhaltenstherapie: nach Besserung der akuten Symptomatik wird versucht, „erlerntes Fehlverhalten“ durch das Einüben anderer Verhaltensweisen zu überwinden

Problemorientierte Gesprächstherapie: belastende Ereignisse verarbeiten, Lösungen für Problemsituationen suchen; der Therapeut hilft bei der Selbsterkenntnis, hält sich ansonsten aber zurück.

Psychopharmakotherapie

Ihre Anwendung unter Einsatz aller Möglichkeiten erfordert heute gute Spezialkenntnisse. Im Einzelnen betrifft es:

Antidepressiva (AD) der ersten Generation: Es handelt sich um meist trizyklische AD, die hoch wirksam und deshalb unverzichtbar, jedoch mit einer Reihe von Nebenwirkungen (unerwünschten Arzneimittelwirkungen, UAW) behaftet sind. Ihr Einsatz erfolgt inzwischen eher nachgeordnet. AD der zweiten Generation: Heute in der Regel erstrangig eingesetzte, sogenannte „saubere“ AD, die nur

selektive Transmitter hemmen (Serotonin, Noradrenalin, Dopamin) und von daher weniger UAW hervorrufen (siehe Tabelle 2). Neuere Entwicklungen (zum Beispiel Melatonin-Agonisten, siehe Agomelatin) betreffen andere Wirkprinzipien, die aber noch ihre klinische Bestätigung suchen.

Tranquillizer, zum Beispiel Lorazepam (Tavor®) sind wahrscheinlich die am häufigsten eingesetzten, aber auch umstrittensten Pharmaka im Zusammenhang mit antidepressiver, konfliktverursachender und vor allem ängstlicher Symptomatik. Wegen ihres Gewöhnungs- bis Abhängigkeitspotenzials sollte ihr Einsatz kontrolliert und hinsichtlich der Dauer auf höchstens vier bis sechs Wochen begrenzt sein, weil Benzodiazepine per se ein Suchtpotential aufweisen. Komorbide Angststörungen sind viel besser mit AD (zum Beispiel Citalopram, Escitalopram oder Venlafaxin) zu behandeln.

Antipsychotika sind unverzichtbar, wenn Symptome eines psychotischen Syndroms auftreten. Auch hier gilt es zu unterscheiden zwischen Neuroleptika erster und zweiter Generation, wobei wegen geringerer UAW letztere zu bevorzugen sind. Von den etwa zehn möglichen sogenannten atypischen Neuroleptika seien als besonders geeignet hervorgehoben Aripiprazol (Abilify®), Quetiapin (Seroquel®) und Olanzapin (Zyprexa®). Erfahrungsgemäß ist eine niedrige Dosierung ausreichend. Die Behandlung mit einem irreversiblen Monoaminoxidase-Hemmer (MAO-I) vom Typ Tranylcypromin (Jatrosom®) ist zwar die wirksamste antidepressive Pharmakotherapie, die aber wegen besonderer UAW eine Herausforderung darstellt und Spezialkenntnisse erfordert, die in manchen Ländern nur stationär, teilweise gar auf spezialisierten Stationen durchgeführt wird.

Auch die Lithium-Augmentierung erfordert spezielle Kenntnisse, die nicht überall vorausgesetzt werden können. Lithium wird hierbei einer ungenügend wirksamen Antidepressiva-Therapie hinzugegeben, welche dadurch erheblich verbessert wird. Das gilt ebenso für eine Schilddrüsenhormon-Hochdosis-Behandlung,

Tab. 2: Neuere Antidepressiva der 2. Generation

Internationaler Name	Erstfirmenname	Wirkprinzip
Citalopram	Cipramil®	SSRI
Escitalopram	Cipralax®	SSRI
Venlafaxin	Trevilor®	SNRI
Sertralin	Zoloft®	SSRI
Paroxetin	Seroxat®	SSRI
Mirtazapin	Remergil®	NaSSA
Duloxetin	Cymbalta®	SNRI
Bupropion	Elontril®	NDR1
Fluoxetin	Fluctin®	SSRI
Agomelatin	Valdoxan®	MT1- u. MT2-Agonist u.a.

die sowohl therapeutisch als auch rezidivprophylaktisch zur Anwendung kommen und das Spektrum der Pharmakotherapie sinnvoll ergänzen kann.

Zur Rezidivprophylaxe der rezidivierenden depressiven Störung stehen Lithium und Carbamazepin als gesicherte Mittel zur Verfügung; als weitere Medikamente können Valproat, Lamotrigin und andere Antiepileptika genannt werden, deren sicherer Nachweis aber noch aussteht. Indikationsstellung, Voruntersuchungen und Anwendung bleiben psychiatrischen Fachambulanz vorbehalten. Pflanzliche Wirkstoffe, wie Johanniskraut-Präparate, Baldrian, Hopfen, Afa-Alge oder Melisse können erwogen werden, sind aber eher milde verlaufenden depressiven Störungen vorbehalten. Johanniskraut gilt als das am meisten verordnete „Antidepressivum“ in Deutschland, obwohl seine Wirksamkeit nur gering einer Placebowirkung überlegen ist.

Elektrokrampf-Behandlung

In den letzten Jahren gewinnt die Elektrokrampf-Therapie (EKT) wieder eine zunehmende Bedeutung, da sie einerseits als nach wie vor wirk-

samste antidepressive Therapie gilt und andererseits durch anästhesiologische Mitarbeit und technische Verbesserungen nahezu alle Nebenwirkungen verloren hat. EKT kann als aktuelle Therapie schwerer Depressionen unter stationären Bedingungen angewandt werden, wird aber auch als sogenannte Erhaltungs-EKT zur langfristigen Konsolidierung ungünstiger Verläufe unter quasi-ambulanten Bedingungen wirksam eingesetzt.

Ergänzende antidepressive Therapien

Hierzu zählt die Schlafentzugsbehandlung, die auch zu Hause durchgeführt werden kann. In Kliniken wird verbreitet die tägliche Lichttherapie als Begleitbehandlung verordnet. In zunehmendem Maße bewährt sich in Kliniken auch das Ausdauertraining in Form von Jogging oder Walking, zu dem Patienten täglich animiert werden. Eine eigene Bedeutung erlangte die transkranielle Magnetstimulation, deren Erfolg teilweise erwiesen ist, die jedoch bisher keinen wirklichen Durchbruch erlebt hat und sich in weiterer Entwicklung befindet. Die Bedeutung

einer adjuvanten Einnahme von Omega-3-Fettsäuren in Form von Fischöl wird teilweise stark gepriesen, ihr wissenschaftlicher Nachweis steht aber noch aus.

Experimentelle antidepressive Therapien

Es gibt zwei invasive Therapien, welche für schwere und therapieresistente Fälle vielversprechend sind und nur unter mithilfe eines Neurochirurgen durchgeführt werden können: die Vagus-Nerv-Stimulation und die tiefe Hirnstimulation. Es wird jeweils ein elektrischer Schrittmacher subkutan eingesetzt, der den Vagusnerv im Halsbereich beziehungsweise bestimmte Zentren im Hirnstamm stimuliert. Sie befinden sich noch weitgehend im Stadium der Theoriebildung und praktischen Erforschung, zeigen aber auch, wie eng psychische und somatische Ebenen miteinander verflochten sind.

Adresse des Autors:

Prof. Dr. med. habil. Werner Felber

Goetheallee 9, 01309 Dresden

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und

Psychotherapie

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

E-Mail: werner.felber@mailbox.tu-dresden.de