

Evangelische Fachhochschule Berlin  
Wintersemester 1999/2000  
5. Semester  
Fach: Psychologie  
Seminar: Klinische Psychologie I (S512)  
Dozent: Prof. Dr. Ulrich Völker

**Hausarbeit zum Thema**

**Depression:  
Diagnostik und Therapieformen**

**Bearbeitung: Astrid Staudinger**

# Gliederung

|   |                 |
|---|-----------------|
| <b><u>1. Vorbemerkung</u></b>                             | <b>Seite 2</b>  |
| <b><u>2. Häufigkeit der Depression</u></b>                | <b>Seite 4</b>  |
| <b><u>3. Symptome einer Depression</u></b>                | <b>Seite 5</b>  |
| <b><u>4. Diagnostik einer depressiven Erkrankung</u></b>  | <b>Seite 6</b>  |
| <b>4.1 Diagnostisches Basisprogramm</b>                   | <b>Seite 6</b>  |
| <b>4.2 Erscheinungsbilder der Depression</b>              | <b>Seite 7</b>  |
| <b>4.3 Verlaufsformen der Depression</b>                  | <b>Seite 8</b>  |
| <b><u>5. Therapieformen</u></b>                           | <b>Seite 9</b>  |
| <b>5.1 Medikamentöse Behandlung</b>                       | <b>Seite 9</b>  |
| 5.1.1 Was sind Antidepressiva?                            | Seite 9         |
| 5.1.2 Einteilung der Antidepressiva                       | Seite 10        |
| 5.1.3 Wie lange müssen Antidepressiva verabreicht werden? | Seite 11        |
| <b>5.2 Psychotherapie der Depression</b>                  | <b>Seite 11</b> |
| <b>5.3 Die Kognitive Verhaltenstherapie</b>               | <b>Seite 12</b> |
| <b>5.4 Schlafentzugstherapie</b>                          | <b>Seite 13</b> |
| <b>5.5 Lichttherapie</b>                                  | <b>Seite 14</b> |
| <b>5.6 Elektrokrampftherapie</b>                          | <b>Seite 14</b> |
| <b>5.7 Alternative Behandlungsmethoden</b>                | <b>Seite 15</b> |
| <b><u>6. Abschließende Bemerkungen</u></b>                | <b>Seite 16</b> |
| <b><u>Literatur- und Quellenverzeichnis</u></b>           | <b>Seite 17</b> |
| <b><u>Anhang</u></b>                                      | <b>Seite 18</b> |

## 1. Vorbemerkung

Diese Arbeit konzentriert sich auf Diagnostik und Therapiemethoden depressiver Erkrankungen.

Als Quelle wurde vorwiegend die aktuelle Studie der Psychiatrischen Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität München verwendet. Diese Studie ist per Internet unter <http://www.mednet-depression.de> erhältlich. Das „MedNet Depression, Suizidalität“ ist ein Pilotprojekt für ein bundesweites Forschungsprojekt zu diesem Thema: „Das geplante Kompetenznetzwerk ‚Depression, Suizidalität‘ bündelt Aktivitäten verschiedener Forschungs- und Behandlungsbereiche sowie von Selbsthilfegruppen, Verbänden und der Pharmaindustrie mit dem Ziel, zur Klärung der Pathogenese und zur Therapieoptimierung depressiver Erkrankungen beizutragen.“ (MedNet 1999)

Auf die älteren, in der klassischen Psychiatrie verwendeten Begriffe „endogene“ und „exogene Depression“ wurde hier verzichtet, da in der verwendeten Literatur von diesen Kategorisierungen Abstand genommen wird. „In der modernen Psychiatrie wird (...) weitgehend auf eine typologische Abgrenzung verzichtet und hauptsächlich zwischen leichteren (*minor*) und schwereren (*major*) Depressionen unterschieden. Davon abgegrenzt werden milde, aber lang anhaltende Verstimmungen (sogenannte Dysthyme Störungen).“ (Hell 1998, S. 41) Einen ersten Überblick gibt die Tabelle auf der folgenden Seite.

| Benennung   | Ursachen und Symptome   | Häufigkeit und Therapie  |
|---|---|--|
| <b>Somatogene Depression</b><br>(körperlich begründbar)<br><br>1. Organisch<br><br>2. Symptomatisch   | 1. Gemütskrankheit aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns (z.B. nach Unfällen oder Infektionen)<br><br>2. Begleiterscheinung körperlicher Krankheiten (z.B. Impotenz, Neurodermitis)   | treten nur bei etwa einem Prozent der Bevölkerung auf<br><br>Symptomatische Therapie (z.B. Antibiotika), Pharmakologische Therapie (z.B. Antidepressiva), kognitive Verhaltenstherapie   |
| <b>Major Depression</b><br>(Ursache unbekannt)<br><br>1. Melancholischer Typus<br><br>2. Bipolare Störung (manisch-depr.)<br><br>3. Larvierte Depression<br><br>4. Wochenbett-Depression<br><br>5. Umzugsdepression<br><br>6. Altersdepression<br><br>7. Erschöpfungsdepression | 1. Über den Zeitraum von mindestens zwei Wochen treten auf: die meiste Zeit des Tages depressive Verstimmung; Freudeverlust; verminderter Antrieb; gesteigerte Ermüdbarkeit; Verlust des Selbstwertgefühls; Schuldgefühle; Schlafstörungen; Appetitverlust; Todeswünsche; vermindertes Denk- und Konzentrationsvermögen<br><br>2. melancholische Verstimmungen (s. 1.) abwechselnd mit manischen Phasen: vermehrter Antrieb; Überaktivität (z.B. Enthemmung oder Kaufrausch); herabgesetztes Schlafbedürfnis; überhöhtes Selbstgefühl; überoptimistisch; geselliger, gesprächiger als sonst<br><br>3. hinter körperlichen Beschwerden (Abgeschlagenheit, Schlafstörungen, Gliederschmerzen) versteckt sich Depression<br><br>4. traurige Stimmung während der ersten sechs Wochen nach der Entbindung<br><br>5. depressive Reaktion nach Wohnungswechsel, die auch nach Rückzug in die alte Wohnung nicht endet<br><br>6. tritt vom 65. Lebensjahr an periodisch auf<br><br>7. tritt nach Spitzen- oder Dauerbelastung auf (etwa nach beruflichem oder privatem Stress) | tritt eher selten auf;<br><br>manisch-depressiv werden rund ein Prozent der Bevölkerung<br><br>Kombination aus pharmakologischer und/oder kognitiver Verhaltenstherapie<br><br>Genaue Zahlen liegen nicht vor, 50 Prozent der Wöchnerinnen leiden unter depressiven Verstimmungen, häufig am dritten Tag ein „Heultag“ |
| <b>Dysthyme Störung</b><br>(oft lebensgeschichtlich)<br><br>Neurotische Depression  | konstante depressive Verstimmung über einen Zeitraum von mindestens zwei Jahren (Ursache nicht selten in Kindheits-erlebnissen)   | größter Teil der Depressionen: 8 bis 11 % der Männer und 18 bis 23 % der Frauen erkranken einmal im Leben.<br><br>Kognitive Verhaltens-, wenn nötig begleitend pharmakologische Therapie   |
| <b>Anpassungs-Störung</b><br><br>Reaktive Depression  | überzogene Reaktion auf schmerzliches Erlebnis, etwa Trennung oder Todesfall. Es treten auf: Verstimmung, Traurigkeit, negatives Lebensgefühl   | relativ selten. Häufig nur bei Personen mit ungünstigen Lebensumständen.<br><br>Vor allem Gesprächs- und Verhaltenstherapie  |

Formen der Depression (nach Koch 1998)

## **2. Häufigkeit der Depression**

Die Depression ist eine der häufigsten neurologischen Erkrankungen und tritt bei Menschen aller sozialen Schichten, Kulturen und Nationalitäten auf. Derzeit wird rechnerisch von 340 Millionen Fällen weltweit ausgegangen. In Deutschland erkranken 20 Prozent der Bundesbürger einmal in ihrem Leben an einer Depression. Nach neueren Erkenntnissen leiden bereits zwei Prozent der Kinder unter zwölf Jahren und fünf Prozent der Jugendlichen unter zwanzig Jahren an Depressionen. Während bei den Erwachsenen zehn Prozent der Männer betroffen sind, erkranken 25 Prozent der Frauen an einer Depression. In den letzten Jahren ist eine Zunahme depressiver Erkrankungen zu beobachten, vor allem bei jüngeren Geburtsjahrgängen. Nur die Hälfte aller Depressionen werden erkannt, die andere Hälfte bleibt unbehandelt. Zehn bis 15 Prozent aller Depressionspatienten begehen Selbstmord. (vgl. Organon 1999)

Bis zu 56 Prozent der Depressionspatienten begehen in ihrem Leben einen Selbstmordversuch. Umgekehrt besteht bei der Mehrzahl der Patienten, die Selbstmord begehen, eine Depression, d.h. dass bei mindestens 30 Prozent der Patienten von einer reinen depressiven Störung ausgegangen werden kann, bei weiteren 30 bis 60 Prozent von einer unerkannten bzw. von einer ungenügend behandelten oder einer krankheitsbegleitenden Depression im Zusammenhang mit anderen medizinischen und psychiatrischen Erkrankungen, z.B. Angststörungen, Suchterkrankungen etc. (vgl. MedNet 1999)

### **3. Symptome einer Depression**

Häufig kommen bei einer Depression mehrere Krankheitsmerkmale zusammen, in der Regel spricht man von einem depressiven Syndrom.

Die häufigsten Merkmale sind:

- Antriebslosigkeit
- Innere Unruhe und Schlafstörungen
- Fehlende Lebensfreude
- Innere Leere und Traurigkeit
- Vermindertem Selbstwertgefühl
- Schwindendes Interesse
- Konzentrationsstörungen
- Unentschlossenheit
- Schuldgefühle und Selbstanklagen
- Gestörte Farbwahrnehmung
- Selbstmordgedanken
- Missbefinden und körperliche Beschwerden

Alle Symptome können sich allmählich über Wochen und Monate oder ganz plötzlich innerhalb von Stunden oder Tagen entwickeln. Bisweilen erfolgt die Veränderung sogar schlagartig.

Häufig konzentrieren sich depressive Patienten auf die körperlichen Symptome und vermuten organische Ursachen hinter ihren Beschwerden. Oder sie halten sich für Versager, statt ihre seelische Erkrankung als Krankheit anzuerkennen. (vgl. Organon 1999)

„Depressionen beeinträchtigen Lebensqualität und die soziale, körperliche und geistige Leistungsfähigkeit der Betroffenen in einer fundamentalen Weise als alle anderen Volkskrankheiten (...).“ (MedNet 1999)

## **4. Diagnostik einer depressiven Erkrankung**

An erster Stelle steht immer ein ausführliches Gespräch, in dem zuerst die aktuellen Beschwerden des Patienten besprochen werden. Hierbei ist es wichtig, dass der Arzt oder Psychologe auch auf Hinweise achtet, die sich aus der Gesprächssituation, der Psychomotorik (Mimik, Gestik) und vegetativen Auffälligkeiten (Schwitzen, Zittern, „Nervosität“) ergeben.

Unerlässlich ist das Fragen nach folgenden Symptomen:

- Ängsten (unspezifische, diffuse, oder umschriebene, „phobische“ Formen, u.U. „Panikattacken“)
- Schlafstörungen
- unangemessene Grübelneigung, „Negativismus“,
- Entscheidungsschwäche (Ambivalenz)
- wahnhaftige Überzeugungen und Ängste („psychotische“ Merkmale) wie Schuld-, Versagens- oder Verarmungsideen
- psychovegetative Beschwerden, Vitalstörungen (Libidostörung, Appetitverlust, Gewichtsabnahme, usw.)
- Gedanken des Lebensüberdrusses, latente oder gar akute Suizidgedanken
- kognitive Störungen (Gedächtnis, Aufmerksamkeit, Konzentrationsfähigkeit)

Ansonsten ist im weiteren Gespräch neben einer sorgfältigen medizinischen und psychiatrischen Anamneseerhebung auf mögliche Zusammenhänge aktueller Beschwerden zu achten mit

- aktuellen Auslösesituationen („life events“)
- aktuellen Umweltveränderungen, z.B. Hausbau, Umbau, Renovierung (Manche chemischen Substanzen können Depressionen auslösen!)
- Persönlichkeitsmerkmalen („Primärpersönlichkeit“)
- u.U. vorbestehenden übersehenen leichteren depressiven Episoden
- möglicher hereditärer Veranlagung (Depressionen in der Familie)
- Alkohol-, Medikamenteneinnahme bzw. einem eventuellen Medikamentenmissbrauch  
(vgl. MedNet 1999; Ergänzungen durch die Autorin)

Die hier aufgeführten Aspekte der Diagnostik sollte auch ein Sozialarbeiter kennen, da es für ihn wichtig ist, einen depressiven Klienten als solchen zu erkennen, wenn dieser ihm z.B. in der Beratungsstelle gegenüber sitzt. Nur so ist gewährleistet, dass der Klient bestmögliche Hilfe erfährt und zur Diagnoseerstellung an Arzt, Psychologe oder andere Beratungsstellen weitergeleitet wird.

### **4.1 Diagnostisches Basisprogramm**

Selbst wenn sich der Arzt oder Psychologe nach dieser ausführlichen Befragung schon relativ sicher ist, dass eine depressive Erkrankung vorliegt, muss sicherheitshalber trotzdem noch ein

diagnostisches Basisprogramm durchgeführt werden. Damit soll vermieden werden, dass anderweitig behandelbare Erkrankungen übersehen werden.

Dieses Programm sollte beinhalten:

- ausführliches Anamnesegespräch (siehe oben)
- orientierende internistische und exakte neurologische Untersuchung
- Blutdruckmessungen
- Laborwerte
- durch Blutentnahme: Blutbild, Blutkörperchensenkung, Leber- und Nierenwerte, Elektrolyte, Blutzucker, Eisen, Schilddrüsenwerte, Vitamin B12
- immunologische Parameter (zum Ausschluss akuter oder länger zurückliegender Infektionen)
- EEG
- radiologische Bildgebung (Computertomographie, Kernspintomographie)

Die Durchführung des hier genannten Anamnesegesprächs sowie der dargestellten Untersuchungen ist sehr zeitaufwendig. Trotzdem ist dieser Aufwand gerechtfertigt, um zu vermeiden, dass ein Patient z.B. vorschnell in langwierige und teure Psychotherapien vermittelt wird. Eventuell wurde die Depression durch Substanzen in Holzschutzmitteln, Lacken, Teppichklebern o.ä. ausgelöst. Eine Psychotherapie ist in diesem Fall unnötig und wirkungslos.

„Sehr viele Patienten werden zuerst und leider oft auch viele Jahre lang mit ‚Therapien‘ behandelt, deren Wirksamkeit gegen Depressionen und andere affektive Störungen nicht nachgewiesen ist. (...) Viele Therapeuten kennen leider nur die Therapiemethode, die sie selbst erlernt haben, und wenden diese bei ihren Patienten an, obwohl es andere, für diesen Patienten bessere Möglichkeiten gibt.“ (Woggon 1998, S. 20)

Manchmal ist die Diagnose einer Depression schwer zu stellen. Es bedarf einer ausführlichen organischen Abklärung, um sicherzugehen, dass es sich nicht lediglich um eine depressive Symptomatik im Zusammenhang mit einer anderen Erkrankung handelt. Depressionen können auch als erstes Symptom einer körperlichen Erkrankung wie z.B. Schilddrüsenfunktionsstörungen, Morbus Parkinson, Hirntumoren, anderen Krebserkrankungen, etc. auftreten.

Möglich ist es auch, dass andere Medikamente wie z.B. Blutdruckmittel, Hormonpräparate, Antibiotika oder auch einige Psychopharmaka bei nicht fachgerechter Anwendung (z.B. Neuroleptika) depressive Symptome verursachen.

Ausserdem kommen depressive Symptome sehr oft im Zusammenhang mit anderen psychischen Erkrankungen vor, wie z. B. Angsterkrankungen, Schizophrenie oder Suchterkrankungen. (vgl. MedNet 1999)

## **4.2 Erscheinungsbilder der Depression**

Man beschreibt - je nach vorherrschender Symptomatik - verschiedene depressive Syndrome:



- gehemmt-depressives Syndrom (vorherrschende Antriebsarmut und Verlangsamung)
- agitiert-depressives Syndrom (vorherrschende innere Unruhe, „Nervosität“)
- somatisierte oder larvierte Depression (vorherrschende körperliche Beschwerden)
- wahnhafte Depression (meist schwere depressive Symptome mit charakteristischen psychotischen Symptomen wie Schuld-, Verarmungs- oder Versündigungswahn)

Bei den verschiedenen Erscheinungsbildern der Depression kommt es häufig zu Überschneidungen bzw. Übergängen. Da sich die Behandlung hauptsächlich nach der Differenzierung richtet, ist diese trotzdem wichtig. (MedNet 1999)

Besondere Schwierigkeiten scheint es bei der Diagnose einer Depression bei Menschen höheren Alters zu geben. Leiden ältere Menschen an Depressionen, „liegt (die Gefahr) darin, dass sie als ‚verständlich‘ angesehen werden, deshalb nicht als Krankheit erkannt und nicht konsequent behandelt werden.“ (Woggon 1998, S. 83)

„In einer amerikanischen Untersuchung konnte gezeigt werden, dass diese nicht näher bezeichnete (*sub-threshold depression*) sub-diagnostische Depression wegen der Häufigkeit des Vorkommens insgesamt sogar mehr Krankheitstage und Arztkosten verursacht, als die typische schwere Depression (*major depression*, depressive Episode). Im höheren Alter scheint die subdiagnostische Depression zuzunehmen, während die typischen depressiven Episoden eher seltener vorkommen. In der Berliner Altersstudie, einer Untersuchung einer Stichprobe der über 70jährigen Berliner Bevölkerung (Westteil), machte die subdiagnostische Depression zwei Drittel aller Depressionsdiagnosen aus.“ (Geiselman 1998, S. 18)

### **4.3 Verlaufsformen der Depression**

Wie oben bereits beschrieben, können Depressionen völlig unterschiedlich verlaufen. In vielen Fällen besteht ein phasenhafter Verlauf, am häufigsten sind wiederkehrende depressive Episoden alleine (unipolare Form), seltener treten depressive Phasen im Wechsel zu manischen Episoden auf (bipolare Form).

Bleiben Depressionen über längere Zeit unerkannt (oder erfolgt eine nicht fachgerechte Behandlung), droht die Gefahr der Entwicklung zu einer chronischen Erkrankung. In sehr seltenen Fällen kann es sogar zu einer Therapieresistenz kommen. (vgl. MedNet 1999)

## **5. Therapieformen**

Bei etwa 80 Prozent aller Patienten kann eine Depression durch eine medikamentöse Behandlung und Psychotherapie zum Abklingen gebracht werden. Als Grundlage der Behandlung dient das stützende ärztliche Gespräch („supportive Psychotherapie“). Weitere therapeutische Maßnahmen orientieren sich am klinischen Bild (Beobachtung der Symptome und Definition des Syndroms) sowie an der anzunehmenden Entstehung der Erkrankung (Ätiologie, vorläufige Diagnose).

Die Behandlungsstrategie gliedert sich in drei Phasen:

- Akutbehandlung (Dauer: Tage bis Wochen)
- Erhaltungstherapie (Dauer: Monate)
- Rückfallverhütung (Rezidivprophylaxe; Dauer: Jahre bis lebenslang)

Gängige Behandlungsmaßnahmen sind:

- medikamentöse Behandlung
- Psychotherapie
- Schlafentzugstherapie
- Lichttherapie
- Elektrokrampftherapie
- (noch) experimentelle Verfahren, z.B. transkranielle Magnetstimulation

Bevor eine Entscheidung für ein bestimmtes therapeutisches Vorgehen getroffen werden kann, stellt sich die Frage, ob die Erkrankung ambulant behandelt werden kann oder (zumindest vorübergehend) eine stationäre Aufnahme notwendig ist. Vor allem hängt diese Entscheidung von der Schwere der Symptome, dem sozialen und familiären Umfeld des Patienten, sowie der Suizidgefährdung ab. Da 15 Prozent aller depressiven Patienten durch Suizid versterben, darf das Thema auf keinen Fall übergangen oder tabuisiert werden. Bei der Mehrzahl der Patienten muss von einer latenten Suizidalität ausgegangen werden. (vgl. MedNet 1999)

### **5.1 Medikamentöse Behandlung**

#### **5.1.1 Was sind Antidepressiva?**

Antidepressiva sind Medikamente zur Behandlung von Depressionen, wobei die antidepressiven Substanzen zum Teil recht unterschiedliche Wirkprofile aufweisen. Gemeinsam ist ihnen ihre stimmungsaufhellende und antriebsnormalisierende Wirkung, durch die auch die körperlichen Depressionssymptome abklingen.

In der Primärversorgung, zum Beispiel bei Hausärzten, werden Antidepressiva relativ selten verordnet. Statt dessen werden häufig andere Psychopharmaka und pflanzliche Präparate verschrieben., deren Wirksamkeit bei depressiven Syndromen nach Ansicht der

Psychiatrischen Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität München nicht ausreichend erwiesen ist. (vgl. MedNet 1999) Beispielsweise werden sehr häufig Tranquilizer (Benzodiazepine) verordnet, die die Gefahr der Abhängigkeitsentwicklung mit sich bringen, oder Neuroleptika, die teilweise sogar irreversible Bewegungsstörungen verursachen. Gerade die neueren, gut verträglichen und hochspezifisch (selektiv) wirksamen Antidepressiva werden aus mangelnder Kenntnis über diese Substanzen sowie aus Kostengründen zu selten angewandt. In der Hausarztpraxis werden herkömmliche Antidepressiva zudem häufig in viel zu niedrigen (subtherapeutischen) Dosierungen verabreicht.

Hierzu sagt Prof. Florian Holsboer, Direktor des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie in München:

„ (...) die neuen Antidepressiva sind erheblich besser, vor allem wegen ihrer geringeren Nebenwirkungen und auch, weil sie in Überdosis nicht zum Tode führen. Aber sie sind auch teurer. Doch wir haben im Jahr 25- bis 30.000 Selbstmorde von Menschen, die zumeist an Depressionen gelitten hatten. Abgesehen von dem damit verbundenen Leid sind auch die volkswirtschaftlichen Kosten horrend. Von rund 550 Milliarden Mark, die jährlich für Krankheiten und ihre Folgelasten ausgegeben werden, entfallen rund 20 Prozent, also über 100 Milliarden Mark, auf Erkrankungen des Nervensystems – und davon geht wieder ein großer Teil auf das Konto von Depressionen und Angstzuständen. Wenn man das alles betrachtet, sollte der Preisunterschied zwischen einem alten und einem neuen Antidepressivum nicht so wichtig sein.“ (Holsboer 1999)

Antidepressiva begegnen vielen Vorurteilen. Dagegen kann gesagt werden:

- Beim gesunden Menschen haben Antidepressiva keinen Einfluss auf die Stimmung.
- Antidepressiva machen nicht abhängig.
- Durch Antidepressiva wird die Persönlichkeit des Menschen nicht verändert.
- Antidepressiva wirken nicht symptomverschleiern, sondern ermöglichen in vielen Fällen erst eine effektive Psychotherapie.
- Antidepressiva verursachen keine irreversiblen Schäden. In therapeutischer Dosierung haben sie lediglich eine Reihe von (meist harmlosen) Nebenwirkungen.
- Antidepressiva wirken nicht nur antidepressiv, sondern werden auch bei anderen psychiatrischen, psychosomatischen und medizinischen Erkrankungen eingesetzt, wie zum Beispiel
  - Angststörungen
  - somatoforme Störungen
  - Zwangsstörungen
  - akute Belastungsreaktionen, posttraumatische Stressreaktion
  - Schlafstörungen
  - schizophrene Negativsymptomatik
  - Essstörungen
  - Schmerzsyndrome
  - prämenstruelles Syndrom (PMS)
  - pathologisches Weinen und Lachen

### **5.1.2 Einteilung der Antidepressiva**

Bei der Wirkung der Antidepressiva stehen hauptsächlich die Neurotransmitter Serotonin und Noradrenalin im Mittelpunkt. Da über die unterschiedlichen Mechanismen, die am

chemischen Ungleichgewicht bei der Signalübertragung bestimmter depressiver Syndrome beteiligt sind, noch Unklarheit herrscht, müssen Patienten häufig mehrere Therapien ausprobieren.

Um die Vielzahl der Antidepressiva einzuteilen, unterscheidet man zwischen drei Hauptwirkungskomponenten:

- depressionslösende, stimmungsaufhellende Wirkung
- psychomotorisch aktivierende (antriebssteigernde) Wirkung
- psychomotorisch dämpfende (sedierend-angstlösende) Wirkung

Nach dem klinisch-therapeutischen Wirkungsprofil werden traditionell drei Grundtypen unterschieden („Kielholz-Schema“, nach Prof. P. Kielholz, Basel):

- sedierend-dämpfend: Amitryptilin-Typ
- psychomotorisch stabilisierend, neutral: Imipramin-Typ
- psychomotorisch aktivierend, antriebssteigernd: Desipramin-Typ

In den letzten Jahren werden neue, meist besser verträgliche und teils noch wirksamere Substanzen entwickelt, so dass die oben genannte Einteilung zunehmend an Gültigkeit verliert. Trotzdem ist sie hilfreich bei der Entscheidung für das eine oder andere Antidepressivum, welche sich nach der vorherrschenden klinischen Symptomatik richtet. In der praktischen Handhabung genügt es meist, die Antidepressiva nach ihrer antriebssteigernd-aktivierenden oder sedierend-dämpfenden Wirkung einzuteilen. (vgl. MedNet 1999)

Im Gegensatz zur Ansicht der Universität München haben britische Wissenschaftlicher 1996 nachgewiesen, dass auch Johanniskraut als pflanzliches Mittel antidepressive Wirkung aufweist. In einer Studie mit 1.751 Teilnehmern zeigte sich, dass bei 55 Prozent der Patienten Johanniskraut eine deutlich stimmungsaufhellende Wirkung zeigte, während in der Kontrollgruppe, die ein Placebo erhielt, nur 22 Prozent von einer Stimmungsveränderung berichtetetn. (vgl. planetRx 1999)

### **5.1.3 Wie lange müssen Antidepressiva verabreicht werden?**

Um einen Rückfall in die Depression zu verhindern, muss bei erfolgreicher Behandlung mit einem bestimmten Antidepressivum die selbe Substanz über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten eingenommen werden (Erhaltungstherapie). Treten die Depressionen wiederholt-phasenhaft auf (rezidivierend), muss meist eine längerfristige medikamentöse Rezidivprophylaxe durchgeführt werden.

## **5.2 Psychotherapie der Depression**

In zahlreichen kontrollierten Studien über spezielle Psychotherapieverfahren zur Behandlung depressiver Syndrome konnten vor allem der Kognitiven Verhaltenstherapie und der Interpersonalen Psychotherapie eine gute Wirksamkeit nachgewiesen werden. Unter Anderem beinhalten diese Psychotherapieverfahren:

- Negative Realitäts- und Selbstbewertungen werden korrigiert.
- Nach dem Prinzip der Positiven Verstärkung werden Aktivitäten schrittweise aufgebaut.
- Soziale Kompetenz und Selbstsicherheit werden gefördert.
- Therapeutische Beeinflussung der Interaktionen des Depressiven mit seinen nahen Bezugspersonen führt zu positiven Veränderungen der Interaktionsmuster.

Beim Vorliegen psychodynamischer Konflikte kann auch (meist nach Abklingen der Akutsymptomatik) eine tiefenpsychologisch fundierte oder psychoanalytische Therapie angewandt werden. Liegen gravierende Beziehungsstörungen vor, kann eine Paartherapie indiziert sein, bei familiären Konflikten eventuell eine Familientherapie.

In Fällen leichterer Depression kann der Behandlungsplan auch das Erlernen von Entspannungstechniken wie der Progressiven Muskelrelaxation nach Jacobson oder des Autogene Trainings enthalten.

Insbesondere bei der stationären Depressionsbehandlung können ergotherapeutische Maßnahmen wie Beschäftigungs- oder Arbeitstherapie hilfreich sein.

Da Depressionspatienten häufig Insuffizienzgefühle haben und unter verminderter Leistungsfähigkeit leiden, ist es wichtig, dass der Therapeut nicht auch noch das Gefühl von Überforderung oder übermäßiger Erwartungshaltung vermittelt. Statt dessen sollte er Empathie ausstrahlen sowie Verständnis und Wertschätzung zeigen. (vgl. MedNet 1999) Der Therapeut sollte seinen eigenen Gefühlen (Leere, Ärger, Mitleid, etc.) gegenüber dem Patienten Beachtung schenken. In Anteil nehmender Beobachtung sollte er zu Empathie und innerer Distanz fähig sein. Dabei ist es notwendig, sich Zeit zu nehmen bzw. dem Patienten Zeit zu lassen. Der Therapeut sollte strukturiert vorgehen (Rahmen setzen), aktiv gezielte Fragen stellen und realistische Hoffnung geben. (vgl. Hell 1998, S. 236)

Das National Institute of Mental Health (USA) hat im Rahmen einer Studie ermittelt, dass in einer Gruppe von Personen mit leichten mit mittelschweren Depressionen bei 55 Prozent der Patienten bereits nach 16 Wochen Psychotherapie eine deutliche Besserung auftrat. Für schwerere depressive Episoden gilt ein Zeitraum von etwa sechs Monaten als ausreichend. (vgl. planetRx 1999)

### **5.3 Die Kognitive Verhaltenstherapie**

Eine nachgewiesenermaßen sehr wirksame psychotherapeutische Methode der Depressionsbehandlung ist die Kognitive Verhaltenstherapie. Die Psychiatrische Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität München hat für diese Art der Therapie einen „Fünf-Phasen-Plan“ vorgestellt (vgl. MedNet 1999):

- 1. Phase: Schlüsselprobleme benennen und Aufbau einer therapeutischen Beziehung
  - Überblick verschaffen
  - Kriterien sind dabei: Dringlichkeit, Wichtigkeit, Veränderbarkeit
  - Patienten in negativer Sichtweise akzeptieren
  - Interesse zeigen (aktives Zuhören)
  - Professionalität (Kenntnis der Störung, Sicherheit)
  - Arbeitsbündnis / empirisches Vorgehen

- 2. Phase: Vermittlung des therapeutischen Modells
  - Zusammenhang von Gedanken, Gefühlen und Verhalten an Hand der Erlebnisse des Patienten herausarbeiten
  - Elemente und Struktur der Therapie daraus ableiten und darstellen
  
- 3. Phase: Aktivitätsaufbau
  - „Erfolg-Vergnügen-Technik“, Wochenplanung
  - Gestuftes Vorgehen, realistische Standards setzen
  - Ablaufplanung: Wie sieht der erste Schritt aus?
  - Welche Hilfen kann es geben?
  
- 4. Phase: Soziale Kompetenz
  - Rollenspiele
  - Klare Instruktionen
  - Bezug zu Problemen des Patienten: Er darf nicht nur dem Therapeuten klar sein!
  - Differenzierte, verhaltensbezogene Rückmeldung
  - Erneutes Üben
  - Transfer
  
- 5. Phase: Kognitive Techniken  
(Werden fortschreitend meist schon ab dem Aktivitätsaufbau eingesetzt)
  - Erfassen von negativen Gedanken und Einstellungen
  - Zusammenhang von negativen Gedanken, Gefühlen und Verhalten verdeutlichen
  - Kognitionen als Hypothesen verstehen, nicht als Fakten
  - Realitätstestung
  - Reattribution, alternative Erklärungen
  - Entkatastrophisieren
  - Pros und Contras, kurzfristige und langfristige Konsequenzen von Einstellungen

## **5.4 Schlafentzugstherapie**

Ein Schlafentzug dauert jeweils eine Nacht und den darauf folgenden Tag. Zur Erzielung einer langfristigen Wirkung muss er anfangs in wöchentlichen Abständen wiederholt werden. Eine Anwendung zu Hause setzt deshalb voraus, dass ein Angehöriger zumindest bei den ersten Malen mitmacht und den Patienten am Einnicken hindert. Aus diesem Grund ist eine ambulante oder teilstationäre Behandlung in der Klinik einfacher durchzuführen. (vgl. Woggon 1998, S. 78)

Nach dem Schlafentzug stellt sich meist eine sofortige Besserung der Beschwerden ein. Die Gründe dafür sind noch unbekannt, weshalb die Wirkung dieser Therapieform von den Patienten zunächst oft angezweifelt wird: „Anfänglich habe ich immer den Eindruck, dass die Patienten mir kaum glauben können, dass es sich um eine sinnvolle Therapieform handelt. Das liegt größtenteils daran, dass Schlaf in der Depression nicht erfrischt und die Patienten deshalb fast alle das Gefühl haben, sie würden sich wesentlich besser fühlen, wenn sie einmal richtig schlafen könnten. Viele schlafen deshalb auch viel zu lange, wodurch die Depression häufig noch verstärkt wird. Hat der Patient aber einmal die Erfahrung gemacht, dass Schlafentzug hilft, wird die Anstrengung mehr oder weniger gern in Kauf genommen.“ (Woggon a.a.O.)

## **5.5 Lichttherapie**

Die Lichttherapie ist besonders bei saisonal abhängigen Symptomen empfehlenswert: „Nach Angaben der Aachener Firma SML Licht- und Therapiesysteme haben Studien ergeben, dass bei Patienten, die unter einer leichten Form der saisonal abhängigen Depression leiden, bereits kurze Bestrahlungen mit entsprechenden Geräten, die zwei- bis dreimal wöchentlich durchgeführt werden, die Symptome nach kurzer Zeit zum Verschwinden bringen. Entsprechende Möglichkeiten standen 1992 in etwa 15 Prozent der psychiatrischen Krankenhäuser und 60 Prozent der Universitätskliniken zur Verfügung; diese Zahlen dürften inzwischen gestiegen sein, neuere Angaben liegen jedoch nicht vor.“ (Ertl 1999)

Zur Lichttherapie verwendet werden Speziallampen, die ca. 2.500 bis 10.000 Lux leisten können. Entscheidend dabei ist nicht das Lichtspektrum, sondern die Lichtmenge, die über die Augen aufgenommen wird. Die Lampen sind nur bei einigen Spezialherstellern zu beziehen und kosten ab ca. 600 Mark. Die Kosten für die Lichttherapie werden von den meisten Krankenkassen nicht übernommen. (vgl. ZDF[1] 1998)

Dr. Jürgen Zulley von der Psychiatrischen Universitätsklinik Regensburg schildert die Vorteile der Lichttherapie in einem ZDF-Interview so: „Bei der Lichttherapie haben wir einen großen Vorteil: Erstens haben wir praktisch keine Nebenwirkungen, zweitens setzt die Wirkung schon nach wenigen Tagen ein, und drittens lässt sich die Therapie gut in den Alltag einplanen, weil sie zu Hause durchgeführt werden kann. Und wir wissen auch, dass wesentlich mehr Patienten dazu bereit sind, eine Lichttherapie zu machen, als Medikamente zu nehmen.“ (ZDF[2] 1998)

## **5.6 Elektrokrampftherapie**

In schweren Fällen, in denen andere Behandlungsmethoden versagt haben, wird die Elektrokrampftherapie eingesetzt und hilft in etwa 80 Prozent der Fälle. Ebenso wie Antidepressiva, bewirken die Elektroschocks eine Veränderung in den biochemischen Prozessen des Gehirns. Die Therapie wird unter Vollnarkose durchgeführt.

Trotz des schlechten Images dieser Methode in der Bevölkerung ist die Angst davor unbegründet, wie Prof. Dr. Meyendorf von der psychiatrischen Klinik und Poliklinik München darstellt: „Man muss keine Angst vor dieser Therapie haben. Sie ist unter der heutigen Aufsicht der Anästhesie eine sehr sichere Methode, und es gibt auch keine bleibenden Nebenwirkungen. Denn das ist ja die größte Angst, die in der Bevölkerung herrscht. Also, es gibt keine bleibenden Nebenwirkungen, auch keine bleibenden Gedächtnisstörungen.“ (ZDF[3] 1999)

Eine Therapie umfasst etwa sechs bis zwölf Behandlungen. Danach ist der Patient in der Regel lange Zeit symptomfrei, was jedoch nicht bedeutet, dass er keine Rückfälle bekommen kann. Meist wird im Anschluss an die Elektrokrampftherapie mit Antidepressiva weiter behandelt, die dann eine bessere Wirksamkeit zeigen als vorher. (vgl. ZDF[3] 1999)

## **5.7 Alternative Behandlungsmethoden**

„In den letzten Jahren mehren sich Hinweise, dass jene Hormone, die der Bewältigung aussergewöhnlicher Belastungen dienen, auch die Entstehung von Depressionen beeinflussen.“ Die normalerweise ausgewogene Balance der Stress-Hormone „scheint bei Depressiven nicht zu funktionieren. Hunderte von Untersuchungen haben gezeigt, dass in deren Stress-Hormonkaskade immer Hochflut herrscht (...). Umgekehrt entwickeln gesunde Versuchstiere, die eine Extradosis CRF (Hormon, das Stressreaktionen auslöst; die Autorin) erhalten, klassische Merkmale von Depression: Sie leiden unter Angst und Schlaflosigkeit, fressen wenig und sind geschlechtlich kaum aktiv.“ (Pietschmann 1998, S. 71 f.)

Die Wirkung alternativer Behandlungsmethoden beruht vor allem auf der Reduzierung von Stresshormonen. Als alleinige Therapieformen kommen sie selbst bei leichten Depressionen meist nicht in Frage; vielmehr dienen sie zur Unterstützung bei anderen Methoden wie der Behandlung mit Antidepressiva bzw. der Psychotherapie.

Einige Beispiele alternativer Behandlungsmethoden:

### Akupunktur:

Eine amerikanische Studie hat ergeben, dass Personen, die an den für Depression „zuständigen“ Punkten mit Akupunktur behandelt wurden, eine signifikant deutlichere Stimmungsaufhellung erfuhren als die Personen in den Kontrollgruppen (ohne Akupunktur bzw. Akupunktur an nicht relevanten Punkten). (vgl. planetRx 1999)

### Massage als Therapie:

Amerikanische Untersuchungen haben gezeigt, dass Frauen, die auf Grund einer Postpartum-Depression ins Krankenhaus eingewiesen wurden und zweimal wöchentlich je zwanzig Minuten mit Massagen behandelt wurden, von einer verbesserten Stimmung berichteten. Ausserdem konnte ein Rückgang von Stresshormonen im Blut gemessen werden. (vgl. planetRx 1999)

### Musik als Therapie:

In Untersuchungen wurde nachgewiesen, dass regelmäßiges Musikhören sich positiv auf die Stimmung auswirkt. (vgl. planetRx 1999)

### Aromatherapie:

Bei der Aromatherapie werden ätherische Öle eingesetzt. In Versuchen wurde festgestellt, dass die Medikation bei Patienten, die zusätzlich zur Therapie mit Antidepressiva einem starken Zitrusduft ausgesetzt wurden, nach einigen Wochen stark herunterdosiert werden konnte; andere mussten gar keine Antidepressiva mehr nehmen. (vgl. planetRx 1999)

### Einfluss der Ernährungs- und Lebensweise:

Einen nicht zu unterschätzenden Einfluss auf die Entstehung von Depressionen haben Ernährungs- und Lebensweise. So können bestimmte Vitamindefizite eine Depression auslösen. Verschiedene Studien haben gezeigt, dass depressive Patienten häufig einen niedrigen Vitamin-B6-Spiegel aufweisen. Ein Mangel an diesem Vitamin kann die Verfügbarkeit des Neurotransmitters Serotonin reduzieren. Durch entsprechende Nahrungsergänzung konnte bei den meisten Patienten eine Verbesserung des Zustands



bewirkt werden. Das Gleiche gilt für einen Mangel an den Vitaminen B1, B2 und Folsäure. (vgl. planetRx 1999)

Besser als „Fast Food“ durch die Einnahme von Vitamintabletten zu ergänzen, ist jedoch eine ausgewogene, gesunde Ernährung.

Zumindest bei leichteren Formen der Depression hilft vielleicht auch der Ratschlag der amerikanischen Psychologin Jennifer James: „Happiness requires action“ (Glücklichsein braucht Bewegung). In ihrem Buch „Women and the Blues“ gibt sie Tipps wie: „Lassen Sie sich nicht hängen“, „Besuchen Sie einen Freund“, „Schaffen Sie sich ein Haustier an“, „Machen Sie Urlaub“, „Räumen Sie Ihre Wohnung um“, etc. Sie rät auch: „Wenn Ihnen nichts mehr Spaß macht, tun Sie Sachen, die Ihnen früher einmal Spaß gemacht haben.“ (vgl. planetRx 1999) Ein simpler Ratschlag, der zumindest einen Versuch lohnt; ein schwer depressiver Mensch wird mit der Umsetzung dieser Ratschläge allerdings überfordert sein.

## **6. Abschließende Bemerkungen**

Obwohl die Krankheit Depression dank der Entwicklung neuer Antidepressiva und der Gewinnung neuer Erkenntnisse über ihre Ursachen immer besser behandelt werden kann, wird ihr Auftreten auch in der Zukunft nicht vermieden werden können. Wichtig ist, dass sich der depressive Patient/Klient nicht völlig kampflös in seine Situation ergibt und heimlich vor sich hin leidet. Durch eine positive Lebensführung (gesunde Ernährung, Bewegung, liebevoller Kontakt mit anderen Menschen, soziale Geborgenheit, Freude an Lebenszielen im Wechsel mit Entspannung und Muße, etc.) und das Greifen nach geeigneten Hilfsmaßnahmen (medikamentöse, Psycho- oder andere Therapie) können die negativen Effekte einer Depression zumindest abgefedert werden.

Der Depressive sollte von Ärzten, Psychologen, Sozialarbeitern und anderen Angehörigen helfender Berufe mit seiner Krankheit ernst genommen werden. Dazu ist es nötig, dass die professionellen Helfer mit ihrer Zeit und ihrem Wissen sowie Geduld und Verständnis zur Verfügung stehen, um den Patienten/Klienten dabei zu unterstützen, „Wege aus dem Dunkel“ zu finden. Die Frage, wer oder was an der Depression „Schuld“ hat, sollte hierbei in den Hintergrund treten.

Für den Sozialarbeiter sind Kenntnisse über die Depression eine Hilfe, um keinen unnötigen Schaden anzurichten und mit dem Klienten gemeinsam daran zu arbeiten, dass seine Krankheit nicht zu sozialem Abstieg und Ausgrenzung führt. Mit seinem Wissen über die bestehenden Hilfemöglichkeiten (z.B. psychosoziale Beratung, Selbsthilfegruppen, usw.) sollte die Isolation des Depressiven vermieden bzw. überwunden werden können. Er kann auch Partner und Familienangehörige beratend unterstützen, so dass Fehlerverhalten vermieden wird, zum Beispiel durch eigentlich gut gemeinte Ratschläge wie „Das wird schon wieder“ oder „Reiss dich doch ein bisschen zusammen“. Im Rahmen der Familienberatung und -therapie ist es ihm eventuell sogar möglich, an der Klärung der Ursachen mitzuwirken (Aufdeckung der Familienstrukturen, z.B. durch Genogrammarbeit).

## Literatur- und Quellenverzeichnis

### Internet:

**MedNet „Depression, Suizidalität“**, Psychiatrische Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität München, Nussbaumstr. 7, 80336 München: „Informationen zu Depression und Suizidalität in Deutschland“, <http://www.mednet-depression.de>, Stand: 09.12.1999

**Organon GmbH**, Mittenheimer Str. 62, 85764 Oberschleißheim: „Depression“, <http://www.depression.de>, Stand: 23.06.1999

**planetRx Health Library – Depression**, <http://www.depression.com>, Stand: 22.12.1999

(**Anm.:** planetRx ist eine amerikanische Non-Profit-Organisation, die Informationen zu Gesundheitsthemen veröffentlicht. Die Internet-Seiten werden von Medizin-Fachjournalisten redaktionell betreut. Die Organisation finanziert sich durch Mittel aus Fonds und Werbung; sie wird ausserdem von der Computerfirma Sun Microsystems unterstützt.)

### Literatur:

**Ertl, Alwin:** „Depression: Symptomatik – Diagnose – Therapie“, Seminararbeit im Fach Sozialpädagogik an der Evangelischen Fachhochschule Berlin, 2. Sem. WS 1998/99

**Geiselmann, Dr. Bernhard:** „Besonderheiten der Depression im höheren Alter“, in: Verein für Integrative Therapeutische Angebote (VITA e.V.) (Hg.): „Psychiatrie und Altenhilfe news“ Nr. 3/98, S. 18-23, Berlin 1998

**Hell, Daniel:** „Welchen Sinn macht Depression? – Ein integrativer Ansatz“, Reinbek b. Hamburg 1998

**Holsboer, Florian:** Interview in „Brigitte“ Nr. 3/99 vom 27.01.1999, S. 137 f.

**Koch, Sannah:** „Bewährte Therapien / Formen der Depression“, in: GEO Nr. 11/98, S. 60-61, Hamburg 1998

**Pietschmann, Manfred:** „Die Suche nach dem Keim der Schwermut“, in: GEO Nr. 11/98, S. 67-72, Hamburg 1998

**Woggon, Brigitte:** „Ich kann nicht wollen! – Berichte depressiver Patienten“, Bern/Göttingen/Toronto/Seattle 1998

### Sonstiges:

**Zweites Deutsches Fernsehen (ZDF) [1]:** „Licht – Therapie gegen Winterdepression“, Skript zur Sendung „Praxis & info Gesundheit“ vom 04.11.1998, Internet: <http://www.zdf.de/ratgeber/praxis/archiv/nervensystem/10180/index.html>

**Zweites Deutsches Fernsehen (ZDF) [2]:** „Novemberfrust“, Skript zur Sendung „Praxis & info Gesundheit“ vom 04.11.1998, Internet: <http://www.zdf.de/ratgeber/praxis/archiv/nervensystem/10102/index.html>

**Zweites Deutsches Fernsehen (ZDF) [3]:** „Depressionen: Elektrokrampftherapie“, Skript zu den Sendungen „info Gesundheit“ vom 12., 19. und 26.01.1999, Internet: <http://www.zdf.de/ratgeber/praxis/archiv/nervensystem/13184/index.html>



# Anhang

Interview mit Prof. Florian Holsboer, Direktor des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie, München, in: Brigitte Nr. 3/99, S. 137 f.



# Die neuen Medikamente sind besser, aber teuer

**BRIGITTE:** Bei wem sind Menschen mit einer Depression besser aufgehoben, beim Psychotherapeuten oder beim Facharzt? Viele Patienten sind da ganz unsicher.

**PROF. HOLSBOER:** Das ist eine sehr bedauerliche Entwicklung. Für uns gibt es diese Zweiteilung nicht, denn wer heute denkt, er könne eine schwere Depression allein mit Psychotherapie behandeln, begeht schlichtweg einen Kunstfehler.

**Gilt das umgekehrt auch – daß es also ein Kunstfehler wäre, nur mit Antidepressiva zu behandeln?**

Es kommt darauf an. Eine schwere Depression, da ist auch die wissenschaftliche Datenlage ganz eindeutig, muß mit Psychopharmaka und Psychotherapie behandelt werden, also mit beiden Methoden. Aber bei einer leichten Depression läßt sich auch allein durch eine

Psychotherapie, zum Beispiel eine Verhaltenstherapie, eine stabile Besserung erreichen. Man kann sie allerdings auch medikamentös behandeln, da macht man nichts falsch und spart Zeit.

**Viele Psychotherapeuten und Psychoanalytiker mißtrauen den Antidepressiva, weil sie sagen: Ein Kindheitstrauma läßt sich doch nicht durch Arzneimittel wegmachen.**

Das Trauma nicht, aber seine Folgen. Nehmen wir an, ein Kind erlebt mit, wie seine Eltern bei einem Unfall ums Leben kommen. Solche Erfahrungen hinterlassen eine lebenslange Narbe im Gehirn, das ja aus Milliarden sehr komplex miteinander verschalteter Nervenzellen besteht. Dort führt diese Narbe zu Veränderungen der Stoffwechselprozesse in und zwischen den Nervenzellen. An dieser Stelle greifen die Medikamente ein, und dort greift auch der Psychotherapeut ein, indem er durch lernende Verfahren oder durch Bewußtwerdung die Fähigkeit des Gehirns nutzt, sich an neue Situationen anzupassen. Diese sogenannte Plastizität des Gehirns besteht das ganze Leben und ermöglicht es, Stoffwechselstörungen, die durch schwere seelische Belastungen hervorgerufen wurden, mit Medikamenten und Psychotherapie zu heilen.

**Kann man denn ganz grundsätzlich zum Beispiel durch eine geeignete Lebensweise Depressionen verhindern?**

Wenn jemand die genetische Veranlagung mitbringt, dann ist durch eine moderate Lebensführung das Risiko vielleicht vermindert. Aber wer weiß das schon, ob er eine entsprechende Disposition hat, und wer kann sich schon seine Lebensgestaltung nach Maß schneiden? Wenn man aber seine depressive Veranlagung kennt und dann eine medikamentöse Hilfe bekommt, durch die negative Effekte von Stresssituationen weggepuffert werden, dann ist ja schon viel gewonnen. ▶

\* Direktor des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie in München

**Neuerdings ist die Rede von einem Virus, das Depressionen verursachen soll...**

Da sind wir eher skeptisch, auch wenn einige Studien so etwas vermuten lassen. Vieles spricht dafür, daß diese Befunde einer genaueren Überprüfung nicht standhalten. Daß man sich im Rahmen einer Virus-Erkrankung auch mal depressiv fühlt, ist ganz natürlich. Aber eine Depression im klinischen Sinne ist das nicht.

**Die meisten Depressionen sind heute ambulant gut in den Griff zu bekommen. Ab wann muß man denn in die Klinik?**

Die stationäre Aufnahme setzt im allgemeinen eine schwere Erkrankung voraus. Ich persönlich meine aber, daß man den Schritt in die Klinik auch schon früher wagen sollte, um sich mal gründlich untersuchen zu lassen. Denn einer Depression können auch andere Erkrankungen zugrunde liegen. Wenn zum Beispiel Psychopharmaka gegeben werden und übersehen wird, daß die Depression vielleicht die Folge einer Hormonstörung oder einer Infektion ist, dann wäre dies eine Katastrophe. Denn da könnte man in einem frühen Stadium noch etwas machen, aber später ist oft nur noch eine Defektheilung möglich.

**Kann man eine Depression überhaupt selbst behandeln, ohne sich in die Obhut von Psychotherapeuten oder Ärzten zu begeben?**

Das sollte man nicht tun. Die Depression einfach auszustutzen mag im einen oder anderen Fall mal funktionieren. Man muß allerdings bedenken: Jede schlecht oder nicht behandelte depressive Episode bahnt der nächsten den Weg. Je besser man die erste behandelt, desto weniger wahrscheinlich kriegt man eine zweite. Das gilt für die nachfolgenden genauso.

**Nun waren ja die Antidepressiva der ersten und zweiten Generation vor allem wegen ihrer Nebenwirkungen gefürchtet. Sie werden immer noch reichlich verschrieben, obwohl es heute bessere Mittel gibt. Wie kommt das?**

Das ist eine sehr unglückliche Entwicklung. Sie haben recht, die neuen Antidepressiva sind erheblich besser, vor allem wegen ihrer geringeren Nebenwirkungen und auch, weil sie in Überdosis nicht zum Tode führen. Aber sie sind auch teurer. Doch wir haben im Jahr 25- bis 30 000 Selbstmorde von Menschen, die zumeist an Depressionen gelitten hatten. Abgesehen von dem damit verbundenen Leid sind auch die volkswirtschaftlichen Kosten horrend. Von rund 550 Milliarden Mark, die jährlich für Krankheiten und ihre Folgekosten ausgegeben werden, entfallen rund 20 Prozent, also über 100 Milliarden Mark, auf Erkrankungen des Nervensystems – und davon geht wieder ein großer Teil auf das Konto von Depressionen und Angstzuständen. Wenn man das alles betrachtet, sollte der Preisunterschied zwischen einem alten und einem neuen Antidepressivum nicht so wichtig sein.

**An Ihrem Institut wird jetzt ein neues Medikament erprobt, das bereits als eine Art Wunderwaffe gegen Depressionen gefeiert wurde. Was ist das Besondere an diesem Mittel?**

Wir sind stolz darauf, daß wir mit Hilfe einer sehr konsequenten, neurobiologisch orientierten Forschung ein völlig neues Konzept entwickeln konnten. Wenn wir die bisherigen Ergebnisse mit dem neuen Medikament mit den üblichen Antidepressiva vergleichen, dann ist die Voraussage gerechtfertigt, daß es besonders gut wirken könnte. Das Mittel zeigte an gesunden Probanden keinerlei negative Nebeneffekte. Aber bevor man in Begeisterungstürme ausbricht, sollte man doch abwarten, wie es bei depressiven Patienten wirkt. Das wird nun an unserem Institut untersucht. Aufgrund der Datenlage sind wir jedoch optimistisch.

**Können Sie sagen, worauf die Wirkungsweise beruht?**

Bei Menschen mit schweren Depressionen ist die Regulation der Stresshormone verändert. Wir haben herausgefunden, an welchen Schaltstellen im Gehirn diese Stoffwechselstörung auftritt und welcher Rezeptor dafür verantwortlich ist. In Zusammenarbeit mit einem Industriepartner wurde dann das entsprechende Medikament gegen Angst und Depressionen getestet.

**Wodurch unterscheidet sich dieses Medikament von anderen Antidepressiva?**

Mit Sicherheit wird es weniger Nebenwirkungen haben. Im Moment lassen sich sogar überhaupt keine systematischen Nebenwirkungen feststellen. Angstsymptome werden mit großer Wahrscheinlichkeit gebessert. Ob es auch gegen die Depression wirkt, müssen wir noch erproben.

**Fehlregulation des Stresshormons – das hört sich so an, als könnte man da vorbeugen.**

Richtig. Wir können uns gut vorstellen, daß dieses Medikament auch bei solchen Menschen vorbeugend wirkt, die aufgrund ihrer Lebensgeschichte und ihrer genetischen Veranlagung dazu neigen, in sehr belastenden Situationen an einer Depression zu erkranken.

**Könnten Sie sich vorstellen, daß durch dieses neue Medikament die Depression einmal genauso leicht wegzukriegen sein wird wie zum Beispiel ein Schnupfen?**

Nein. Die Depression ist eine sehr komplexe Erkrankung, die zwar eine starke genetische Komponente hat, sich aber auch aus der Lebensentwicklung, zum Beispiel frühen Traumata, herleitet. Menschen, die als Kinder mißbraucht wurden, haben zum Beispiel häufiger Depressionen. Aber die Veranlagung, die wir in unserem Erbgut tragen, ist der Faktor, der am eindeutigsten für eine Depression disponiert.

Interview: Angelika Gardiner