

Kein Boden mehr unter den Füßen?

Eine Hirnerkrankung, die das System herausfordert: Depressionen werden immer öfter festgestellt, doch in der digitalen Zeit gibt es auch Hoffnungen.

Von Ulrich Hegerl

Nehmen Depressionen wirklich zu? Ist eine Depression überhaupt eine ernsthafte Gehirnerkrankung oder doch nur die nachvollziehbare Reaktion auf die Bitternisse des Lebens? Auf den ersten Blick scheint das so zu sein. Vor dreißig Jahren erfolgten beispielsweise neun Prozent aller Frühberatungen wegen Depression und anderer psychischer Erkrankungen, heute sind es 43 Prozent. Auch die Krankschreibungen wegen Depressionen haben sich in diesem Zeitraum verdoppelt oder verdreifacht. Dahinter steckt aber eher eine erfreuliche Entwicklung: Mehr Menschen mit einer Depression trauen sich, Hilfe zu holen. Zudem erkennen die Ärzte das Krankheitsbild heute besser, das sich ja oft hinter körperlichen Beschwerden versteckt. Und schließlich wird eine Depression häufiger auch Depression genannt – und wird nicht hinter weniger stigmatisierenden Ausweichdiagnosen wie chronischem Rückenschmerz, Tinnitus oder Fibromyalgie versteckt.

Die Betroffenen werden heute nicht mehr so oft vergeblich wegen unterschiedlichster körperlicher Beschwerden behandelt, sondern gezielt wegen der Depression. Diese bessere Versorgung der Menschen mit Depressionen und anderen psychischen Erkrankungen dürfte der Hauptgrund dafür sein, dass die Zahl der Suizide in Deutschland in den vergangenen dreißig Jahren von 18 000 jährlich auf 10 000 zurückgegangen ist. Das heißt, jeden Tag nehmen sich heute circa 25 Menschen weniger das Leben als damals. Epidemiologische Untersuchungen der Bevölkerung bestätigen übereinstimmend, dass Depressionen bereits früher so häufig wie heute waren, auch wenn sie früher seltener erkannt und behandelt wurden.



Eine eigenständige Krankheit, keine Verstimmung: Die Depression sucht sich, was es an Negativem, an Problemen und Sorgen im jeweiligen Leben gibt, vergrößert diese und rückt sie ins Zentrum des Erlebens.

Foto dpa

rasch zu einem bedrohlichen Zustand führen kann. Die Schwere der Erkrankung zeigt sich auch daran, dass die Lebenserwartung bei den Betroffenen im Schnitt um zehn Jahre reduziert ist. Auch ist das Risiko der Selbsttötung in Folge einer Depression besonders bei älteren Männern deutlich erhöht.

Alle Menschen haben Tage, an denen sie „nicht so gut drauf“ sind. Wir reagieren alle auf Stress, Kränkungen, Verluste, Misserfolge. Es ist deshalb verständlich, dass meist davon ausgegangen wird, dass derartige äußere Faktoren auch die Hauptgründe für Depressionen sind. Die klinische Erfahrung lehrt aber, dass man von normalpsychologischen Reaktionen nicht auf die Erkrankung Depression schließen kann. Eine schwerere Depression ist eine weitgehend eigenständige Erkrankung. Wenn sich eine depressive Krankheitsphase einschleicht, dann läuft bei jedem Menschen folgender Mechanismus ab: Die Depression sucht sich, was es an Negativem, an Problemen und Sorgen im jeweiligen Leben gibt, vergrößert diese und rückt sie ins Zentrum des Erlebens. Bei einem Jüngeren können das Prüfungs-sorgen oder zwischenmenschliche Konflikte sein, während des Berufslebens dann Überforderungsgefühle oder berufliche Misserfolge, und kommt dieser Mensch ins Rentenalter, sind es gesundheitliche Probleme und Sorgen. Die Themen sind austauschbar, das Prinzip immer gleich. Die Probleme werden als riesenhaft und die Situation als ausweglos erlebt.

Da es nie an Lebensproblemen mangelt, liefert die Depression somit auch immer gleich ihre eigene Begründung mit. Derartige äußere Faktoren können als Trigger für eine Depression wirken, werden aber in der Regel in ihrer Bedeutung als Ursache der Depression überschätzt. Wird die Depression erfolgreich behandelt, dann kommt Hoffnung, Energie und Lebensfreude zurück, und die Probleme bestehen vielleicht weiter, werden aber wieder Teil des bewältigbaren und manchmal auch schwierigen Lebens.

Wichtiger als derartige äußere Faktoren ist die Veranlagung. Diese kann genetisch bedingt sein oder auch durch Traumatisierungen und Missbrauchsergebnisse in der Kindheit erworben sein. Die Depression verläuft häufig in Form von Krankheitsphasen, die sich oft über Wochen einschleichen, unbehandelt nach mehrere Monate anhalten können und dann in der Regel wieder abklingen. Hat ein Mensch eine derartige depressive Krankheitsphase erlebt, hat er eine Veranlagung zu Depressionen und damit unbehandelt ein hohes Risiko, im Laufe des Lebens erneut zu erkranken. Menschen mit einem depressiv erkrankten nahen Verwandten haben ein zwei- bis dreifach erhöhtes Risiko, selbst zu erkranken. Diese Veranlagung weist auf biologische, im Organismus liegende Faktoren hin.

Depression ist auch eine Erkrankung des Gehirns

Die Depression verändert nicht nur das gesamte Verhalten und Erleben, sondern auch viele Prozesse im Organismus und insbesondere im Gehirn. Das Krankhafte dieses Zustandes wird besonders deutlich bei der manisch-depressiven Erkrankung. Hier kann es über Nacht zu einem Umkippen von einer depressiven Krankheitsphase in eine manische kommen, in der sich die Betroffenen unbesiegbare fühlen, voller Energie, Ideen und Tatendrang sind, und dies in einer so überschießenden Weise,

dass es zu vielen Selbstüberschätzungen und Fehlhandlungen kommt. Blutdruck, Puls, Appetit, Schlaf, Schilddrüsenfunktion, Stresshormone, es gibt fast nichts, was durch die Erkrankung Depression nicht beeinflusst würde. Im Gehirn sind viele Funktionskreisläufe gestört und Botenstoffe aus dem Gleichgewicht. Diskutiert wird immer wieder die Rolle der Botenstoffe Serotonin und Noradrenalin, da diese durch die Antidepressiva beeinflusst werden. Diese beiden Botenstoffe werden in einer kleinen Zellgruppe im Hirnstamm gebildet, haben aber extrem lange und verzweigte Fortsätze, über die diese Botenstoffe in fast alle Hirnbereiche transportiert und dort freigesetzt werden und dann die Aktivität anderer Nervenzellen beeinflussen. Die Antidepressiva beeinflussen diese Botenstoffe. Sie verhindern etwa, dass die freigesetzten Botenstoffe rasch abtransportiert oder abgebaut werden. Die etwas plakative Aussage, dass Antidepressiva dadurch ein Defizit an Serotonin oder Noradrenalin ausgleichen, wird aber der Komplexität der Situation nicht gerecht. Es gibt zahlreiche Rückkopplungsmechanismen im Gehirn, die dazu führen können, dass hierdurch im Endeffekt sogar die Wirkung von Serotonin und Noradrenalin reduziert wird. Von einem Serotonindefizit zu sprechen ist irreführend, und die Bestimmung des Serotoninspiegels im Blut, was den Patienten manchmal kostenpflichtig angeboten wird, ist Scharlatanerrie. Zudem gibt es zahlreiche weitere in der Depression veränderte Hirnbotsstoffe. Das Stresshormonsystem ist bei vielen Betroffenen hochreguliert, und es finden sich erhöhte Werte von Cortisol im Blut oder Speichel. Wie bei allen Veränderungen stellt sich aber die schwierige Frage, ob diese Veränderungen Ursache oder Folge der Depression sind.

Einen Hinweis auf beteiligte Hirnmechanismen liefert die bemerkenswerte Tatsache, dass Schlafentzug eine sehr wirksame Behandlungsform ist, die Patienten in vielen Fachkliniken angeboten wird. Zu ihrer Überraschung bemerken mehr als 60 Prozent der Patienten mit Depressionen, dass sich nach einer durchwachten Nacht

in den frühen Morgenstunden die Stimmung plötzlich aufhellt und die Erschöpfung und Hoffnungslosigkeit abklingen. Leider hält diese oft sehr eindrückliche Wirkung nur bis zum nächsten Schlaf an, und auch bereits nach einem Nickerchen am folgenden Tag kehrt die Depression oft wieder zurück. Dennoch kann die Methode den Betroffenen Hoffnung machen. Im Rahmen des Forschungszentrums Depression der Stiftung Deutsche Depressionshilfe (www.deutsche-depressionshilfe.de) wird untersucht, wie diese Wirkung zu erklären ist und wie die Patienten dies für ihr Selbstmanagement nutzen können. Vereinfacht ist die Hypothese, dass in der Depression das Gehirn sich in einem „Stressmodus“ befindet, das heißt, die Betroffenen leiden unter einer hohen inneren Anspannung und können trotz Erschöpfung schlecht ein- und durchschlafen. Mit dem Elektroenzephalogramm (EEG) lässt sich dies objektiv nachweisen. Mit ihm kann die rhythmische neuronale Aktivität der Hirnrinde von der Kopfhaut abgeleitet werden. An dieser „Melodie“ der Hirnrinde kann man erkennen, in welchem Funktionszustand sich das Gehirn befindet. So können aktiver Wachzustand, Ruhewachzustand, Dösigkeit, leichter Schlaf, Tiefschlaf oder REM-Schlaf unterschieden werden. Depressiv Erkrankte zeigen nun auch bei der EEG-Ableitung in Ruhe mit geschlossenen Augen kaum einen Abfall des Aktivierungsniveaus in Richtung Dösigkeit oder Schlaf, im Gegensatz zu Gesunden. Dieser krankhaften Hochregulierung des Aktivierungsniveaus des Gehirns kann man entgegenwirken, indem man die Einschlafneigung erhöht, zum Beispiel durch Schlafentzug oder eine dauerhafte leichte Reduktion der Bettzeit. Dies hat praktische Konsequenzen: Es ist jedem Patienten zu empfehlen, bei sich selbst zu beobachten, ob früheres Zubettgehen und längeres Liegenbleiben am Morgen mit einer Verbesserung oder Verschlechterung von Stimmung und Antrieb einhergehen. Viele bemerken dann, dass Letzteres der Fall ist. Längere Bettzeit und längerer Schlaf können bei Erkrankten depressionsverstärkend wirken. Erwähnt

sei, dass Schlafentzug nicht nur antidepressiv wirkt, sondern bei Patienten mit manisch-depressiver Erkrankung Manien auslösen kann. Von der Stiftung Deutsche Depressionshilfe wurde eine App entwickelt (Get-up-App), die dem Patienten dabei helfen soll, die Zusammenhänge zwischen Stimmung und Bettzeit zu untersuchen und gegebenenfalls zu lange Bettzeiten zu vermeiden.

Depression und „Burn-out“ sind oft ein und dasselbe

In den letzten Jahren ist „Burn-out“ zu einem großen Thema geworden. Hierbei handelt es sich um einen schwammigen Modebegriff. Die Diagnose „Burn-out“ gibt es in den internationalen Diagnosesystemen nicht. Die meisten Menschen, die wegen eines sogenannten „Burn-out“ eine Auszeit nehmen, erfüllen alle Diagnosekriterien einer Depression, und der Begriff Burn-out wird als Ausweichbegriff verwendet. Dies kann es für einige Menschen leichter machen, sich Hilfe zu holen, führt aber oft in die Irre. Versteckt sich eine Depression hinter Burnout, trifft die Vorstellung, dass man in diesen Zustand durch Überarbeitung geraten ist, in der Regel nicht zu. Das Erschöpfungsgefühl kommt durch die Depression, nicht durch die Arbeit. Länger zu schlafen wäre meist auch eine schlechte Idee, da eher Schlafentzug antidepressiv wirkt. Abzurufen ist es auch, bei Vorliegen einer Depression in den Urlaub zu fahren. Die Depression reist mit in den Urlaub und geht dadurch nicht weg. Im Übrigen ist Burn-out überwiegend ein Thema im deutschsprachigen Raum: Google-Trend zeigt einen Fleck auf der Erde mit besonders vielen Suchanfragen zu Burn-out, und das sind Deutschland und Österreich.

Wie können Depressionen behandelt werden?

Eine depressive Erkrankung ist auch im Alter gut behandelbar. Die wichtigsten Bausteine sind dabei die Pharmakotherapie und die Psychotherapie. Beide haben den Nachteil, dass für den Patienten quälende Zeit verstreicht, meist zwei bis drei Wochen, bis sich die Wirkung der Behandlung einstellt, und nicht immer ist der erste Behandlungsversuch erfolgreich.

Die Pharmakotherapie erfolgt meist mit Antidepressiva. Diese machen im Gegensatz zu Schlaf- und Beruhigungsmitteln nicht süchtig und verändern auch nicht die Persönlichkeit. Antidepressiva sind keine „Glückspillen“, sie machen einen Gesunden nicht „high“. Es gibt auch keinen Drogenschwarzmarkt und keine Neigung zur Dosissteigerung. Spricht ein Patient auf ein bestimmtes Antidepressivum nicht an, oder verträgt er es nicht, sind oft Kombinationsbehandlungen oder andere Umstellungen nötig, bis eine Behandlung gefunden ist, die wirkt und auch vertragen wird. Dies gelingt jedoch in der großen Mehrheit der Patienten.

Bezüglich Psychotherapie ist das hinsichtlich seiner Wirksamkeit am besten belegte Verfahren die sogenannte „Kognitive Verhaltenstherapie“. Hier geht es unter anderem um Fragen der praktischen Lebensgestaltung und um das Durchbrechen von negativen Gedankenkreisen.

Durch Pharmako- und Psychotherapie kann nicht nur die depressive Krankheitsphase zum Abklingen gebracht werden, sondern auch das Risiko eines Rückfalls oder eines Wiederauftretens deutlich verringert werden. Die Behandlung erfolgt am häufigsten durch die Hausärzte, in der

Regel mit Antidepressiva. Bei älteren Menschen mit körperlichen Begleiterkrankungen und Multimedikation ist es oft sinnvoll, einen Facharzt hinzuzuziehen, das heißt einen Psychiater oder Nervenarzt, die mit Medikamenten und Psychotherapie behandeln können. Ausschließlich für Psychotherapie sind speziell ausgebildete Psychologen, die „Psychologischen Psychotherapeuten“ zuständig, die wie die Ärzte auch über die Kassen abrechnen können. Die Versorgungslücke bezüglich Psychotherapie ist bei älteren Menschen, denen nur sehr selten eine Psychotherapie angeboten wird, besonders groß.

Kann die digitale Revolution den psychisch Kranken helfen?

Die Digitalisierung aller Lebensbereiche birgt Chancen und Risiken auch für depressive Erkrankte. Das Diskussionsforum der Stiftung Deutsche Depressionshilfe wird beispielsweise intensiv zum Erfahrungsaustausch genutzt mit bis zu 12 000 Besuchern täglich und Hunderten von Postings, hierunter auch viele von älteren Menschen. Auch sind eine Reihe von internetbasierten Psychotherapie- und Selbstmanagement-Programmen entwickelt worden, die in einigen benachbarten Ländern auch bereits in die Regelversorgung integriert worden sind. Ein auf europäischer Ebene entwickeltes Programm ist das „iFightDepression“-Tool, das kostenfrei angeboten wird. Der Zugang erfolgt über Hausärzte oder auch andere Fachkräfte, die sich zunächst über ein E-Learning-Programm mit dem Tool vertraut gemacht haben und so ihre Patienten bei der Nutzung begleiten und unterstützen können. Die Patienten können dann die Arbeitspakete über ihr Smartphone oder von zu Hause am PC durcharbeiten.

Solche digitalen Selbstmanagementprogramme mit professioneller Begleitung weisen nach Metaanalysen eine ebenso gute antidepressive Wirksamkeit auf wie eine reguläre Psychotherapie. Trotzdem werden diese Ansätze von Experten als eine sehr wichtige Ergänzung, aber nicht als Ersatz für eine Behandlung mit Antidepressiva oder regulärer Psychotherapie eingeordnet. Derartige Angebote treffen zunehmend auch bei älteren Patienten auf Akzeptanz.

Ein sich rasant entwickelndes neues Feld ist die Nutzung der von den Patienten über ihr Smartphone, Fitness-Armbänder und andere Wearables erhobenen riesigen und immer differenzierteren Daten für eine Optimierung ihres Selbstmanagements. Veränderungen in Herzrate, Schlafverhalten, Aktivität und anderes können zum Monitoring des Krankheitsverlaufs und auch zur Vorhersage von Änderungen in Stimmung und Antrieb herangezogen werden. Hier ist gerade eine vom Bundesforschungsministerium geförderte größere Studie der Stiftung Deutsche Depressionshilfe zusammen mit dem Institut für Angewandte Informatik in Leipzig und weiteren Partnern gestartet worden, die die hier liegenden Chancen für die Patienten erforscht.

Für die Zukunft zu hoffen ist, dass Depression als eine Erkrankung wie andere auch wahrgenommen wird, eine Erkrankung, die jeden treffen kann und die nichts mit persönlichem Versagen zu tun hat. Dies würde es vielen Menschen erleichtern, sich frühzeitiger professionelle Hilfe zu holen und die guten Behandlungsmöglichkeiten zu nutzen. Weiter sollte Forschung zu Depression in einem Umfang gefördert werden, die der herausragenden Bedeutung dieser häufigen und schweren Erkrankung entspricht.



HIRNERKRANKUNGEN WO STEHEN WIR?

Jedes Jahr erkranken etwa 5,3 Mio Menschen in Deutschland an einer depressiven Episode im Rahmen einer unipolaren Depression. Das Risiko, zu erkranken, ist bei Frauen etwa doppelt so hoch wie bei Männern. Hinzu kommen andere Depressionsformen wie depressive Krankheitsphasen im Rahmen einer manisch-depressiven Erkrankung (Bipolare Depression) oder die Dysthymie, eine im frühen Erwachsenenalter beginnende, nicht so schwer ausgeprägte, aber unbehandelt chronisch verlaufende Erkrankung. Anders als oft vermutet, gibt es im höheren Alter trotz der Zunahme körperlicher Erkrankungen und vielfältiger Verluste keine Zunahme an mittelschweren und schweren Depressionen.

Wie unterscheidet sich Depression von Trauer und Verlust im Alter?

Menschen, die eine depressive Krankheitsphase durchlebt haben, berichten, dass dies ein für sie völlig neuartiger, schrecklicher Zustand war, so als ob ihnen der Boden unter den Füßen weggezogen worden wäre. Sie berichten regelmäßig, dass Depression eine traumatisierende Erfahrung und ein ganz spezieller Zustand ist, der sich deutlich von allem unterscheidet, was sie bisher an Stimmungstiefs als Reaktionen auf die Bitternisse des Lebens erlebt haben.

Ärzte sprechen von einer Depression erst, wenn mehrere Krankheitszeichen permanent über mindestens zwei Wochen vorliegen. Dazu zählen neben der gedrückten Stimmung ein dauerhaftes, tiefes Erschöpfungsgefühl und das völlige Fehlen von Freude und Interesse. Fast immer bestehen hartnäckige Schlafstörungen und Appetitstörungen, oft gepaart mit Gewichtsverlust. Hinzu kommen Konzentrationsstörungen, die Neigung zu Schuldgefühlen und das Gefühl der Hoffnungslosigkeit, so dass sich oft finstere Gedanken bis hin zu den Gedanken, sich was anzutun, einstellen. Typisch für eine Depression ist auch eine anhaltende innere Anspannung („Gefühl wie vor einer Prüfung“), übertriebene Schuldgefühle („Ich bin eine Belastung für meine Familie“), und bei schweren Depressionen berichten die Betroffenen, keine Gefühle mehr wahrnehmen zu können, auch keine Trauer und auch nicht mehr weinen zu können. All dies erlaubt dem Fachmann, eine nachvollziehbare Reaktion auf die Bitternisse des Lebens von einem behandlungsbedürftigen Leiden abzugrenzen.

Eine Depression darf nicht übersehen werden. Bei älteren Menschen ist das Risiko besonders groß, dass eine Depression als verständliche Reaktion auf schwierige Lebensumstände fehlinterpretiert und dann nicht behandelt wird. Die Folgen sind dann zudem besonders gravierend, da verringertes Essen und Trinken oder Rückzug ins Bett für ältere Menschen

Prof. Dr. Ulrich Hegerl



Der Autor ist Direktor an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums in Leipzig. Er war Sprecher des Kompetenznetzes Depression und leitet heute die „European Alliance Against Depression“ sowie andere europäische Verbundprojekte. Er ist Vorstandsvorsitzender der Stiftung Deutsche Depressionshilfe und Mitglied im Wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer. Seine Forschungsschwerpunkte sind psychosoziale und neurobiologische Aspekte affektiver Störungen und Prävention suizidalen Verhaltens. Für das Projekt „European Alliance Against Depression“ wurde er mit dem ersten Preis der „European Health Awards“ ausgezeichnet.

Die Vortragsreihe

Angelehnt an unsere frühere Serie zur Hirnforschung, die auf eine Kooperation der Gemeinnützigen Hertie Stiftung und dieser Zeitung zurückgeht, werden in einer neuen Reihe „Hirnerkrankungen – wo stehen wir?“ renommierte Neurowissenschaftler ausgewählte Erkrankungen des Gehirns erklären. Es geht darum, die Historie und Präventionsmöglichkeiten sowie den Stand der Forschung zu Ursachen und Therapiemöglichkeiten kritisch zu beleuchten. Auch ein Ausblick in die Zukunft soll gewagt werden. Die mehr als ein Dutzend Vorträge werden zum Teil in Frankfurt stattfinden (zusammen mit der Goethe-Universität), zum Teil in vorhandene Veranstaltungsformate deutschlandweiter Kooperationspartner eingebunden. Die Veranstaltungen sind kostenfrei zugänglich. Die Artikel zum Vortrag publizieren wir an dieser Stelle und auf unserer Internetseite: www.faz.net/wissen

Eine Initiative der Gemeinnützigen Hertie-Stiftung in Zusammenarbeit mit der Frankfurter Allgemeinen Zeitung.

HERTIE STIFTUNG

Frankfurter Allgemeine
ZEITUNG