

WENDEPUNKT

Informationen zu Depression und Angststörungen | Ausgabe 5



SEITE 3 | DEPRESSION

«Die Vergangenheit vergessen und im Jetzt leben»

Zurück ins Leben mit der richtigen Therapie



SEITE 4 | DEPRESSION

Gibt es einen Weg zur erfolgreichen Therapie?

Interview mit Professor Dr. med. Brigitte Woggon



SEITE 8 | DEPRESSION & ANGSTSTÖRUNG

Depression und/oder Angststörung?

Dr. med. Josef Hättenschwiler und Dr. med. Martin Jost im Gespräch

INHALT
EDITORIAL 2
DEPRESSION 3
«Gefühle von Verlust, Traurigkeit und Wehmut lähmten mich» 3
 Wenn die Depression das Leben bestimmt. Ein Betroffener erzählt.

Ihre Meinung ist uns wichtig 4
 Machen Sie mit und gewinnen Sie!

Nur eine massgeschneiderte Behandlung führt zum Erfolg 4
 Interview mit Professor Dr. med. Brigitte Woggon

Wie verläuft eine Depression? 6
DVD-Tipp: «SeelenSchatten» 7
DEPRESSION&ANGSTSTÖRUNG 8
Depressionen und Angststörungen gehen oft Hand in Hand 8
 Interview mit Dr. med. Josef Hättenschwiler und Dr. med. Martin Jost

Depression oder Angststörung? 10
 Unterschiedliche und gemeinsame Symptome der beiden Krankheitsbilder

Test: Leide ich an einer Angststörung? 11
KURZ UND BÜNDIG 12
Anlaufstellen und Links 12
Impressum
Wendepunkt

Informationen zu Depression und Angststörungen

Herausgeber

 Lundbeck (Schweiz) AG
 Cherstrasse 4, Postfach, 8152 Glattbrugg
 info@lundbeck.ch, www.lundbeck.ch,
 www.depression.ch

 Konzept und Redaktion: Giger Com GmbH
 Autorin: Eva Mackert, Gestaltung: Logo 108 GmbH,
 Druck: Victor Hotz AG

 Liebe Leserinnen
 Liebe Leser

Zunehmend werden in der Schweiz affektive Störungen wie Depressionen und Angststörungen diagnostiziert. Laut Bundesamt für Statistik waren im Jahre 2005 rund 9000 Frauen und 5500 Männer davon betroffen. Im Vergleich: Acht Jahre zuvor waren es 5500 Frauen und rund 3000 Männer. Depressionen und Angststörungen sind schwere und ernst zu nehmende Erkrankungen, die einen chronischen Verlauf nehmen können. Hinter diesen Zahlen verbergen sich oft schwierige Schicksale wie jenes von Heinz Müller (Name geändert), der mitten in einem erfolgreichen Berufsleben an einer schweren Depression erkrankte. Die Behandlung seiner schweren Krankheit erforderte mehrere Klinikaufenthalte und eine ganzheitliche Aufarbeitung. Zusammen mit dem Psychiater seines Vertrauens versucht er, die Vergangenheit zu bewältigen und im Leben wieder Fuss zu fassen (Seiten 3 und 4).

«Es ist wichtig, dass der Patient massgeschneidert behandelt wird», sagt Professor Dr. med. Brigitte Woggon im Interview auf Seite 4. Das heisst vor allem «die Behandlung mit der richtigen Dosis». Die Psychiaterärztin, die sogenannte therapieresistente Depressionen (Depressionen, die nicht auf Behandlung angesprochen haben) behandelt, vertritt die Meinung, dass oft eine ungenügende Dosierung schuld daran ist, dass Patienten nicht mehr aus ihrer Krankheit herausfinden.

Depressionen gehen häufig mit einer Angststörung einher, darüber sind sich der Facharzt Dr. med. Josef Hättenschwiler sowie der Hausarzt Dr. med. Martin Jost einig: «In mindestens 50 Prozent der Fälle kommen Depression und Angststörung gleichzeitig vor.» Einige Symptome sind bei beiden Erkrankungen gleich, andere unterscheiden sich. In beiden Fällen kann mit modernen Antidepressiva geholfen und eine Stabilisierung erreicht werden. Beide Ärzte wünschen sich «gut informierte und aufgeklärte Patienten», die wissen, was zu tun ist, wenn sie sich mehrere Tage nicht mehr gut fühlen (Seiten 8 bis 11).

Diesen Anspruch möchten wir auch mit diesem «Wendepunkt» erfüllen. Es ist bereits die fünfte Ausgabe unseres Magazins, und wir würden von Ihnen gerne wissen, ob wir damit auf dem richtigen Weg sind. Sagen Sie uns Ihre Meinung, Sie nehmen automatisch an einer Verlosung teil.

Wir wünschen Ihnen eine anregende Lektüre.



PD Dr. Rico Nil

Medical Direktor

Lundbeck (Schweiz) AG

«Gefühle von Verlust, Traurigkeit und Wehmut lähmten mich»

DIE WELTGESUNDHEITSORGANISATION WHO PROGNOSTIZIERT, DASS DIE DEPRESSION AB 2020 NACH DEN HERZ-KREISLAUF-ERKRANKUNGEN DIE WELTBEVÖLKERUNG AM ZWEITSTÄRKSTEN BELASTEN WIRD. DIE GESCHICHTE VON HEINZ MÜLLER (NAME GEÄNDERT) ZEIGT AUF, WAS ZU EINER DEPRESSION FÜHREN UND WIE MAN MIT DIESER KRANKHEIT LEBEN KANN.

Ein neuer Chef, ein neuer Aufgabenbereich, noch mehr Leistung, unregelmässige Arbeitszeiten, oft bis spät in die Nacht hinein, wenig Schlaf. Heinz Müllers Erinnerungen gehen fünfzehn Jahre zurück, als die Depression sich bei ihm einschlich und sich zuerst körperlich bemerkbar machte.

«Plötzlich kamen diese Lähmungserscheinungen»

Der damals 53-jährige liebte seinen Beruf im Kulturbereich, er hatte die Menschen, mit denen er zusammenarbeitete, gerne – und sie ihn auch, weil er Anteil nahm und achtsam mit ihnen umging. Seine Frau teilte seine kulturellen Interessen, und die Kinder machten ihm Freude.

Doch plötzlich kamen diese Lähmungserscheinungen. Er habe im Büro gesessen, habe nichts mehr machen können, nicht einmal mehr telefonieren.

Zunehmend fiel es ihm schwer, am Morgen das Haus zu verlassen. «Ich getraute mich nicht mehr, ins Büro zu gehen und versteckte mich im Keller.» Diffuse Ängste überfielen ihn: «Ich schämte mich meines Unvermögens, verlor jedes Selbstvertrauen.» Mit der Zeit fiel sein Verhalten der Familie und den Arbeitskollegen auf – und er wurde krankgeschrieben. Er solle sich ausruhen, wieder zu Kräften kommen, hiess es, und er blieb zu Hause. «Dann begann die Hölle», erinnert sich Heinz Müller. Er verliess kaum mehr das Haus, später nicht einmal mehr das Zimmer. Isoliert und passiv verhielt er sich, wenn Besuch kam. Er getraute sich nicht mehr einzuschlafen, weil er Angst hatte, «negative Gefühle und unbekannte Mächte» würden ihn in den Wahnsinn treiben.

Seine Frau meldete ihn in einer Klinik im Kanton Baselland an, wo er mit homöopathischen Mitteln und körperbetonten Therapien konfrontiert wurde.

«Angst vor negativen Gefühlen und unbekanntem Mächten»

Er war allerdings nicht in der Lage, sich an einer Maltherapie zu beteiligen. «Ich fühlte mich verloren und einsam. Suizidgedanken kamen auf.» Seine Spaziergänge führten ihn ins Dorf, wo er Rasierklingen kaufte. Seine Familie beschloss, ihn in eine Zürcher Klinik zu verlegen. Dort, in der geschlossenen Abteilung, fühlte er sich geschützt. Nach einem viermonatigen Klinikaufenthalt



IHRE MEINUNG IST UNS WICHTIG

Sie haben bereits die fünfte Ausgabe des «Wendepunkt» vor sich. Uns interessiert Ihre Meinung: Wie gefällt Ihnen das Magazin, das Informationen rund um die Krankheitsbilder der Depression und der Angststörungen vermittelt? Senden Sie uns Ihre Anregungen, allfällige Kritik und Angaben (Name, Vorname, Adresse) per E-Mail an wendepunkt@lundbeck.ch mit dem Vermerk «Wendepunkt». Sie nehmen automatisch an einer Verlosung teil und können einen Büchergutschein im Wert von 100 Franken gewinnen.

Abodienst: Wenn Sie das zweimal jährlich erscheinende Magazin kostenlos abonnieren möchten, senden Sie eine E-Mail an: wendepunkt@lundbeck.ch, Stichwort «Abodienst» (Name, Vorname, Adresse).

kehrte Heinz Müller an seinen Arbeitsplatz zurück. Nicht auf den gleichen Posten, den er vor seiner Erkrankung innehatte. Mit Medikamenten und einer psychotherapeutischen Begleitung, die sich im Nachhinein als wenig hilfreich erweisen sollte, glaubte er, das Schlimmste überstanden zu haben.

«Nach einem Verkehrsunfall der totale Absturz»

Bis ein kreativer Schub ihn wieder an den Rand des Abgrunds brachte: Intensiv beschäftigte er sich damals mit der Debatte um die Holocaust-Gelder. Religiöse Schuldgefühle belasteten ihn. «Ich schlief kaum mehr, ein bis zwei Stunden. Ich war wie eine Kerze, die an beiden Enden brennt.» Unermüdlich kamen ihm neue Ideen, wie eine Versöhnung zustande

kommen könnte. In dieser manischen Phase verursachte er einen grossen Verkehrsunfall, zwar nur mit Sachschaden, doch eine weitere Klinikeinweisung liess sich nicht mehr vermeiden. «Dann kam der totale Absturz».

Nach mehreren Monaten in der Psychiatrischen Universitätsklinik und einer Stabilisierung durch Lithium sowie andere Medikamente konnte Heinz Müller entlassen werden. Heinz Müller lernte dort den Psychiater kennen, bei dem er heute im Zentrum für Angst- und Depressionsbehandlung Zürich (ZADZ) in Behandlung ist. Unter dieser Behandlung wurde keine Klinikeinweisung mehr notwendig. An eine Rückkehr an seinen Arbeitsplatz war jedoch nicht mehr zu denken, sein Arbeitgeber legte ihm eine Frühpensionierung nahe.

«Ich weiss, dass ich immer Medikamente nehmen muss»

«Mit grosser Wehmut musste ich diesen Entscheid akzeptieren.» Er hatte seinen Beruf sehr geliebt, und die guten Kontakte zu Kolleginnen und Kollegen waren sein Lebenselixier.

Wie geht es ihm heute? «Nach wie vor habe ich manchmal Zukunfts- und Existenzängste, und die Frage, ob ich getragener werde, beschäftigt mich weiterhin. Am Anfang habe ich immer gehofft, irgendwann wieder ohne Medikamente leben zu können. Heute weiss ich aber, dass ich sie immer nehmen muss, um stabil zu bleiben». Seine philosophische Ader und das nach wie vor ungebrochene Interesse an kulturellen Belangen helfen ihm dabei. «Ich muss dem Lärm des Denkens und des Grübelns ausweichen, die Vergangenheit vergessen und im Jetzt leben.» ★

Nur eine massges

Be

führt zum

Antidepressiva, Psychotherapie oder Placebos: Was hilft bei Depressionen? Die Frage stellt sich, nachdem eine kürzlich veröffentlichte Studie von Irving Kirsch zum Schluss gekommen ist, dass Antidepressiva bei leichten und mittelschweren Depressionen nicht viel besser wirken als Placebos, also Scheinmedikamente.

Die Studie von Irving Kirsch zeigt sehr deutlich, wenn vielleicht auch nicht gewollt, dass man aus einer methodisch vorbildlichen Untersuchung falsche klinische Schlussfolgerungen ziehen kann. Die klinisch richtige Interpretation der Ergebnisse ist: je leichter die Depression, desto stärker der Placebo-Effekt. Oder umgekehrt: je schwerer die Depression, desto kleiner ist der Placebo-Effekt. Deshalb zeigt sich die Wirkung der Antidepressiva bei schwerer Kranken deutlicher.

Kommt die Analyse der Kirsch-Studie für Sie überraschend?

Nein. Sie zeigt, dass es falsch ist, die in

schneiderte handlung Erfolg

«AM MEISTEN ERFOLG HAT EINE MASSGESCHNEIDERTE BEHANDLUNG, DIE NICHT NUR AUF DEN EINZELNEN PATIENTEN AUSGERICHTET IST, SONDERN AUCH AUF SEINE IM VERLAUF DER ERKRANKUNG UND BESSERUNG WECHSELNDEN BEDÜRFNISSE UND FÄHIGKEITEN», SCHREIBT PROFESSOR DR. MED. BRIGITTE WOGGON IN IHREM BUCH «BEHANDLUNG MIT PSYCHOPHARMAKA»*. DAZU GEHÖRE VOR ALLEM DIE BEHANDLUNG MIT DER RICHTIGEN DOSIS, BETONT SIE IM FOLGENDEN INTERVIEW.

Prüfungen ermittelten Dosierungen als klinisch wirksam zu interpretieren und für die Behandlung «echter» Patienten zu empfehlen.

In Prüfungen von Medikamenten im Vergleich zu Placebos können nur sehr kleine Dosierungen verwendet werden, sonst würde man aufgrund der Nebenwirkungen erkennen, welche Patienten mit dem Medikament und welche mit dem Placebo behandelt wurden; dann ist die Prüfung nicht mehr doppelblind. Ausserdem wird die Dosis während der ganzen Studiedauer konstant gehalten. Die Dosis und ihre Anpassung an die Besserung sind für den Erfolg «echter» Behandlungen von zentraler Bedeutung.

Wie erklären Sie sich die Wirkung von Placebos?

Der Placebo-Effekt beruht darauf, dass der Patient die Hoffnung hat, dass ihm geholfen wird. Das führt dazu, dass im Gehirn Substanzen ausgeschüttet werden, die das

Befinden positiv beeinflussen. Dieser Effekt ist bei jeder Behandlung vorhanden, z. B. auch bei der Schmerztherapie. Wird ein

«Der **Placebo-Effekt** beruht darauf, dass der Patient die **Hoffnung** hat, dass ihm geholfen wird»

tatsächlich wirksames Medikament verabreicht, so haben wir zwei Wirkungsanteile: Placebo-Effekt und die Wirkung des Medikaments. Letztere fällt bei der Gabe von Placebos weg.

Wie lautet die Definition der verschiedenen Stufen bei Depressionen, also von leichter, mittlerer bis zu schwerer Erkrankung?

Bei «echter» Behandlung wird der Schweregrad einer Depression nach der Aus-

ZUR PERSON

Professor Dr. med. Brigitte Woggon leitet an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich eine ambulante Sprechstunde für Patienten und Patientinnen mit affektiven Störungen, insbesondere mit sogenannten therapieresistenten Depressionen. Brigitte Woggon hat folgende Forschungsschwerpunkte: Psychopharmakotherapie, Psychopathologie und Methodik von Therapiestudien. In Zusammenarbeit mit vielen Patientinnen und Patienten sind zwei Bücher über Depressionen und ihre Behandlung entstanden: «Ich kann nicht wollen!» und «Niemand hilft mir». Beide sind im Verlag Hans Huber erschienen.

prägung der sozialen Konsequenzen bestimmt. Das sind: Leistungsverlust, Beziehungsverlust und Suizidalität. Ein Beispiel in Bezug auf die Arbeit: Ein leichter «Fall» geht zur Arbeit, hat aber das Gefühl, er mache Fehler, sei nicht mehr so leistungsfähig. Bei mittelschweren Depressionen kann man immer noch arbeiten, man macht aber tatsächlich Fehler. Der schwer Depressive ist kaum oder gar nicht mehr in der Lage, überhaupt etwas zu tun.

Welche Therapie gilt für welche Diagnose?

Psychopharmaka wirken nicht gegen Diagnosen, sondern gegen Symptome.

Man spricht heute von modernen Antidepressiva, den sogenannten SSRIs (selective serotonin reuptake inhibitors, selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer). Sie regulieren die Serotonin-Aufnahme in die Nervenzellen. Sind diese Medikamente der Schlüssel zu einer erfolgreichen Behandlung von Depressionen?

Das ist zu einseitig. Auch die Beeinflussung anderer Neurotransmitter (Botenstoffe) kann bei der Behandlung von Depressionen wirksam sein. Dazu gehören zum Beispiel Noradrenalin, Dopamin und GABA (Gamma-Amino-Buttersäure).

Welche Rolle spielt der Hausarzt beim Erkennen einer depressiven Erkrankung, und wie weit reicht seine Kompetenz bei Diagnose, Abgabe von Medikamenten und Therapie?

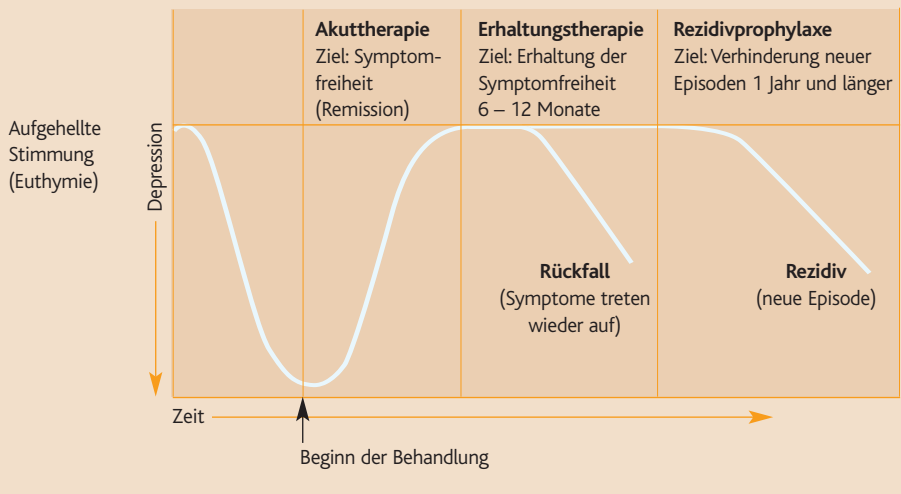
«Psycho-
pharmaka
wirken nicht gegen
Diagnosen,
sondern gegen
Symptome»

Die Hausärzte sind am allerwichtigsten für das Erkennen und Behandeln von Depressionen und vor allem bei der Suizidverhütung. Im Gegensatz zu vielen

Wie verläuft eine Depression?¹

Depressionen zeichnen sich typischerweise durch einen episodischen Verlauf aus. Die horizontale Linie des Kupfer-Schemas zeigt den gesunden Zustand: Bewegen sich die Symptome unterhalb dieser Linie, so ist eine Depression vorhanden. Man nimmt an, dass eine unbehandelte depressive Episode ungefähr sechs Monate andauert. Nach erfolgter Behandlung und Symptommfreiheit (Remission) muss jedoch während mindestens sechs Monaten mit der gleichen Dosis weiterbehandelt werden. Würde man nach einer Akuttherapie bei Symptommfreiheit mit den Medikamenten sofort aufhören, könnten innerhalb der folgenden sechs bis zwölf Monate wieder Symptome auftreten. Man spricht dann von einem Rückfall, also von einem Wiederauftreten von Symptomen in der gleichen depressiven Episode. Bei unvollständiger Remission bleibt eine Residualsymptomatik (Restsymptome) bestehen, die unter anderem das Risiko für eine erneute depressive Episode erhöht. Bei einem Betroffenen, der in der Vergangenheit schon mehrere depressive Episoden durchgemacht hat, sollten die Medikamente noch länger eingenommen werden, um einer neuen depressiven Episode vorzubeugen. Treten nach der Remission erneut Symptome auf, sind das bereits Symptome einer neuen Episode. Man spricht dann nicht von einem Rückfall, sondern von Rezidiven. Für den behandelnden Arzt heisst das: «jede neue Phase und sogar jedes Restsymptom muss wegbehandelt werden, sonst ist die Gesamtprognose immer in Gefahr, sich zu verschlechtern», so Professor Brigitte Woggon.

¹Verlaufsschema bei unipolarer Depression (nach Kupfer, 1991)



Psychiatern sind Hausärzte auch in Notfallsituationen erreichbar.

Wo sehen Sie dann die Rolle des Facharztes?

Psychiatern sollten sich vor allem in der Weiterbildung und Beratung der Hausärzte bezüglich Erkennen und Behandlung von Depressionen engagieren. Dazu gehört auch die Möglichkeit von Supervisionen. Besonders hilfreich sind in schwierigen Situationen die gemeinsame Exploration des Patienten und die gemeinsame Erarbeitung eines Therapieplans.

Wie beurteilen Sie die Kombination Medikamente plus Psychotherapie? Wann sollte eine psychotherapeutische Behandlung einsetzen, und welche ist am sinnvollsten?

Die Behandlung mit Psychopharmaka kann gar nicht ohne Gespräche erfolgen. Die Patienten und ihre Angehörigen müssen immer wieder informiert werden, was welche Symptome bedeuten, wie man ihre Ausprägung beurteilen kann, welche Veränderungen positiv oder auch gefährlich sein können. Patienten und Angehörige können am besten mit dem Arzt

zusammenarbeiten, wenn sie so genau wie möglich über die Krankheit, deren Prognose und die vorhandenen Behandlungsmöglichkeiten Bescheid wissen. Man kann das Psychotherapie nennen, ich bevorzuge den Begriff «Coaching».

«Psychiater sollten sich vor allem in der Weiterbildung und Beratung der Hausärzte engagieren»

Wie lange sollte eine erfolgreiche Therapie dauern?


Das kommt darauf an, wie lange die Depression schon besteht und wie schwer sie ist. Man geht davon aus, dass eine erste oder zweite leichte Depression unbehandelt etwa sechs Monate dauert. Schwere Depressionen können Jahre und Jahrzehnte dauern.

Trotz Medikamenten finden diese Patienten nicht mehr aus ihrer Krankheit heraus. Daran sind oft ungenügende Dosierungen schuld. Ich habe in meiner Spezialsprechstunde viele Patienten mit sogenannt therapieresistenter Depression erfolgreich behandelt, die vorher jahrelang erfolglos mit unwirksamen Dosierungen behandelt wurden. Eine wirksame Behandlung, einschliesslich sechsmonatiger Symptombefreiheit, dauert dann in der Regel im besten Fall ein Jahr.

Ist eine Heilung überhaupt möglich?

Heilung bedeutet, dass man ohne weitere Behandlung dauerhaft keine Symptome mehr hat. Es gibt leichte Depressionen, die ohne jede Behandlung oder nach einer Behandlung weggehen und ausbleiben. Bei schwereren Depressionen, besonders bei immer wieder auftretenden Depressionen, kommt das äusserst selten vor. Der Schweregrad nimmt bei rezidivierenden Depressionen immer mehr zu. Bei diesen Verläufen kann man Symptombefreiheit erreichen, die unter Medikation andauert. Dafür ist es sehr wichtig, dass der Patient massgeschneidert behandelt wird.

Dazu gehört vor allem die Behandlung mit der richtigen Dosis. Durch die Bestimmung der Plasmaspiegel unter Psychopharmaka, insbesondere unter Antidepressiva, kann überprüft werden, ob überhaupt eine wirksame Konzentration des entsprechenden Medikaments im Blut des Patienten erzielt wird. Der Plasmaspiegel ist nicht nur von der verabreichten Dosis abhängig, sondern auch von der Geschwindigkeit, mit der das Medikament vom einzelnen Patienten abgebaut wird. Die Geschwindigkeit des Enzyms, das die am häufigsten verwendeten Antidepressiva in der Leber abbaut (Cytochrom P450 2D6), ist individuell sehr verschieden. Bei einem Teil (etwa 7.5 Prozent) der weissen Menschen «arbeitet» es so schnell, dass gar keine wirksame Konzentration im Blut erreicht werden kann. Bei einem anderen Teil (ebenfalls 7.5 Prozent) erfolgt dagegen der Abbau so langsam, dass schon bei einer ganz niedrigen Dosis ausgeprägte Nebenwirkungen entstehen.

Dies ist nur ein Beispiel für die starke biologische Individualität der Menschen, die bei der Prüfung von Antidepressiva überhaupt nicht berücksichtigt wird und bei der zurzeit anerkannten Methodik von Prüfungen auch gar nicht berücksichtigt werden kann. Die simple und aus klinischer Erfahrung falsche Übertragung der in Prüfungen für wirksam befundenen Dosierungen in die Behandlungsempfehlung «echter» Patienten sollte abgeschafft werden. Dann gäbe es nicht so viele Patienten mit sogenannt therapieresistenter Depression, die wegen einer «Scheinbehandlung» invalid werden. 

*«Behandlung mit Psychopharmaka. Aktuell und massgeschneidert». 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage 2005, Verlag Hans Huber

DVD-TIPP

«SeelenSchatten»

«Depression ist ein Sumpfgebiet: es gibt keine Karten, und oft kommt Nebel auf», so schildert ein Betroffener seine Krankheit im Dokumentarfilm von Dieter Gränicher. Während eineinhalb Jahren haben Gränicher und sein Filmteam drei kranke Personen, zwei Frauen und einen Mann, begleitet, in der Klinik, bei ihrer Arbeit im Freundeskreis und in der Familie. Der Film beginnt in der akut depressiven Phase der Betroffenen. «Ich würde gerne etwas tun, aber mir fehlt die Energie», sagt Charles E. unter Tränen. Er ist zum ersten Mal in einer Klinik, und es fällt ihm schwer, die Krankheit zu akzeptieren, «die man nicht sieht wie beispielsweise einen Beinbruch». Helen P. durfte ihren Dackel Kaspar in die Klinik mitnehmen, mit dem sie es «gut hat» und der ihr «andere Leute ersetzt». Sie hat ihren Haushalt total vernachlässigt, wochenlang nicht mehr gewaschen, weil sie Angst hatte, sie könne die Waschmaschine nicht mehr starten. Die dritte Betroffene, eine junge Frau, hat sich «wie ein alter Mensch gefühlt, der nur noch im Bett liegt und auf den Tod wartet». Der ruhige Film berührt und weckt Verständnis für diese nach wie vor stigmatisierte Krankheit. Vom gleichen Autor ist die DVD «Depression – Ohnmacht und Herausforderung» erschienen.

DVD «SeelenSchatten» Produktion momenta film, Dieter Gränicher. Zu bestellen unter www.headfilm.ch, CHF 38.–



Depressionen und Angststörungen

gehen oft Hand in Hand

MAN GEHT DAVON AUS, DASS IN MINDESTENS 50 PROZENT DER FÄLLE DEPRESSIONEN UND ANGSTSTÖRUNGEN GLEICHZEITIG VORKOMMEN UND NUR ZIRKA 25 PROZENT DER DEPRESSIVEN NICHT UNTER EINER GLEICHZEITIGEN ANGSTSTÖRUNG LEIDEN. IM FOLGENDEN GESPRÄCH BEANTWORTEN DER PSYCHIATER DR. MED. JOSEF HÄTTENSCHWILER UND DER ALLGEMEINPRAKTIKER DR. MED. MARTIN JOST FRAGEN ZU SYMPTOMEN, DIAGNOSTIK UND THERAPIE DER BEIDEN ERKRANKUNGEN.

Welches sind die Symptome bei Angststörungen und Depressionen?

Hättenschwiler (H): Einige typische Symptome bei einer Depression sind gedrückte Stimmung, verminderte Fähigkeit, sich zu freuen, reduzierter Antrieb, Müdigkeit, Schlafstörungen, fehlendes Selbstwertgefühl und mangelndes Selbstvertrauen. Hinzu kommen oft Schuldgefühle oder negative Gedanken über den Wert des eigenen Lebens, Gefühlsblockaden,

«Allein schon die
Körperhaltung
und der
**Gesichts-
ausdruck**

können für die Diagnose wichtig sein»

innere Unruhe und mangelndes sexuelles Verlangen. Bei den Angststörungen muss ich weiter ausholen. Angst gehört zu den

grundsätzlichen menschlichen Emotionen. Sie äussert sich in körperlichen und psychischen Symptomen sowie im Verhalten. Von Angststörungen sprechen wir, wenn die Angst ohne Bedrohung auftritt oder nach einer tatsächlich erfolgten Bedrohung aussergewöhnlich lange anhält, wenn sie unangemessen stark ist, wenn sie lähmt und im Alltag behindert. Angst manifestiert sich bei den verschiedenen Angsterkrankungen unterschiedlich: Bei der Panikstörung kommt es zu wiederholten spontanen Angstattacken ohne äussere Ursache. Sehr oft entsteht in der Folge ein Vermeidungsverhalten, eine ausgeprägte «Erwartungsangst», also die «Angst vor der Angst», und geht schliesslich in eine Agoraphobie (sogenannte Platzangst) über. Bei den Phobien lösen bestimmte Dinge, Situationen, Aktivitäten, die an sich ungefährlich sind, heftige Angst aus. Häufig sind es Phobien vor Tieren, Bakterien, Höhen, geschlossenen Räumen, Dunkelheit und Blut. Besonders häufig ist die Soziale Phobie (Soziale Angststörung). Die

Hauptangst ist hier, sich in Leistungssituationen vor andern zu blamieren. Andauernde Ängstlichkeit und quälende Sorgen, die sich auf die unterschiedlichsten Situationen beziehen können, sind zentrale Merkmale der Generalisierten Angststörung. Sie wird oft nicht als solche erkannt, weil körperliche Symptome im Vordergrund stehen.

Jost (J): Depressionen und Angststörungen gehen oft Hand in Hand. Für den Allgemeinpraktiker geht es daher in erster Linie darum abzuklären, welche Symptomatik im Vordergrund steht und ob körperliche Ursachen eine Angststörung begünstigen könnten. Die längerfristige pharmakologische Behandlung sowohl einer Depression als auch einiger Angststörungen erfolgt mit modernen Antidepressiva. Benzodiazepine können zu Beginn sehr sinnvoll sein, sollten aber bei Besserung der Grundsymptomatik wieder ausgeschlossen werden.



Depressionen führen können. Dies gilt insbesondere für die Panikstörung und die Generalisierte Angststörung. Man geht davon aus, dass in mindestens 50 Prozent der Fälle Depression und Angststörung gleichzeitig vorkommen und nur ca. 25 Prozent der Depressiven keine gleichzeitige Angststörung aufweisen.

Gibt es unterschiedliche Methoden der Diagnostik, um die eine Krankheit von der anderen abzugrenzen?

H: Ganz zentral ist die Beobachtung des Patienten beim ersten Besuch in der Praxis. Die Frage nach dem Grund des Arztbesuchs führt zu den sogenannten Leit- oder Türschwelligensymptomen. Allein schon die Körperhaltung und der Gesichtsausdruck können diagnostisch richtungweisend sein. In einem intensiven Gespräch mit den Betroffenen und allenfalls Angehörigen wird die Diagnose erhärtet. Spezifische Fragebögen können die Unterscheidung zusätzlich erleichtern.

Einige Fachleute halten sich bei der Unterscheidung der beiden Erkrankungen an die folgende Faustregel: «Eine Depression bremst die Betroffenen und eine Angststörung jagt sie.» Was meinen Sie dazu?

J: Solche Generalisierungen sind gefährlich und machen wenig Sinn. Ich erlebe in meiner Praxis beides: von der Depression gejagte Menschen, die kaum Ruhe finden können, andererseits Angstpatienten, die total blockiert und unbeweglich sind. Das rasche Erkennen und Behandeln dieser Symptome in der Hausarztpraxis ist sehr wichtig, damit der Depressive von seiner Unruhe und der Angstpatient von seiner Blockade befreit wird. In beiden Fällen sind Benzodiazepine erste Wahl in der Akutbehandlung dieser Symptome.

H: Das ist richtig. Neben gehemmten Depressiven gibt es viele, die innerlich gejagt sind und kaum zur Ruhe kommen können. Wir sprechen dann von einer agitierten Depression. Dieser Zustand wird als besonders quälend erlebt und steigert das Suizidrisiko. Die Diagnose und frühzeitige Behandlung von Angststörungen ist besonders wichtig, weil diese in einem hohen Prozentsatz zu sekundären

Schuldgefühle, Verlust von Lebensfreude und Interesse, ebenso Vernachlässigung der äusseren Erscheinung.

J: Vielleicht sollte man gar nicht so sehr auf die Abgrenzung fokussieren. Aus meiner Erfahrung ist es viel wichtiger, alle Symptome im Gespräch mit den Betroffenen herauszuschälen und dann gezielt zu behandeln. Wir behandeln ja nicht Diagnosen, sondern Symptome. Hinzu kommt, wie Dr. Hättenschwiler bereits gesagt hat, dass bei einem hohen Prozentsatz Angst und Depression gleichzeitig vorliegen.

«Der Hausarzt muss zuerst
alle **körperlichen**
Symptome
abklären»

Welche Symptome sind bei Depressionen wie Angststörungen gleich?

H: Die Frage ist immer, ob man von Gemeinsamkeiten oder Unterschieden ausgehen soll. Gemeinsame Symptome können sein: innere Unruhe, Nervosität, Schlafstörungen, Herzbeschwerden, Kopfschmerzen und andere körperliche Schmerzen und Beschwerden. Für eine Depression sprechen eher: traurige und bedrückte Grundstimmung, verminderter Antrieb, Früherwachen mit Grübeln, Morgentief, Entscheidungsunfähigkeit,

Wie finden die Betroffenen zu Ihnen in die Praxis? Kommen sie aus eigenem Antrieb oder werden sie von Familienangehörigen begleitet?

J: Das ist sehr unterschiedlich. Vielfach sind es Angehörige, die aus Betroffenheit den Anstoss zu einem Besuch beim Hausarzt geben, da sie in der Regel auch sehr mitleiden. Oft begleiten Ehefrauen ihre Männer beim ersten Besuch. Der Hausarzt hat die wichtige Aufgabe, vorerst alle körperlichen Symptome abzuklären, denn häufig kommt es vor, dass Symptome einer

ZU DEN PERSONEN

Dr. med. Josef Hättenschwiler ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Er war als Oberarzt an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich tätig, bevor er 2008 das Zentrum für Angst- und Depressionsbehandlung Zürich (ZADZ) eröffnete. Josef Hättenschwiler ist Wissenschaftlicher Beirat der Angst- und Panikhilfe Schweiz (APhS), Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für Angststörungen (SGA) und Vorstandsmitglied der Ärztesgesellschaft des Kantons Zürich.

Dr. med. Martin Jost ist Allgemeinpraktiker mit Praxis in Meilen. Seine beruflichen Erfahrungen führen ihn häufig in Kontakt mit Patienten, die an Depressionen und Angststörungen leiden. www.drjost.ch

Depression, wie Müdigkeit, Schlaflosigkeit, Erschöpfungszustände, Antriebslosigkeit, auf einen Eisenmangel oder eine Unterfunktion der Schilddrüse zurückzuführen sind. Deuten die Symptome jedoch auf eine Depression oder Angststörung hin, dann ist es von Vorteil, wenn der Hausarzt Teil eines Netzwerks ist und sich allenfalls Rat beim Psychiater holen oder den Patienten an den Facharzt überweisen kann, und sei es auch vorerst nur für eine Zweitmeinung.

H: Als spezialisiertes Zentrum für Angst- und Depressionsbehandlung* haben wir nicht nur viele Zuweisungen von Hausärzten oder anderen Spezialisten. Viele stossen über Medienberichte, das Internet oder unsere Website auf unser Angebot und melden sich direkt zu einer Abklärung und Behandlung bei uns an. Einige Patientinnen und Patienten waren schon vorgängig über kürzere oder längere Zeit in psychiatrischer Behandlung und wollen ausdrücklich unser Spezialangebot nutzen, da möglicherweise bei ihnen eine Therapieresistenz oder eine chronische Erkran-

kung vorliegt. Wir legen besonderen Wert auf die Zusammenarbeit mit den zuweisenden Ärzten. Die Rolle der Hausärzte in der Erstdiagnose einer Depression oder Angsterkrankung ist sehr wichtig, insbesondere die gründliche körperliche Abklärung, die unerlässlich ist für die weitere Abklärung bezüglich Depression und Angststörung. Sie wird leider oft dann vergessen oder vernachlässigt, wenn Patienten direkt in eine nicht ärztliche, psychologische Behandlung kommen. Eine enge Zusammenarbeit zwischen Hausarzt und Psychiater ist sehr wichtig und begünstigt den Behandlungserfolg.

Nun zur Therapie: In welchem Verhältnis stehen medikamentöse und psychotherapeutische Massnahmen bei Depressionen und Angststörungen?

H: Bei leichten Depressionen sollten vor allem aufklärende Gespräche sowie Psychotherapie zum Einsatz kommen. Falls aber innerhalb von vier bis sechs Wochen keine Besserung eintritt, sind Medikamente notwendig. Bei mittleren bis schweren Depressionen wird der Einsatz von Medi-

kamenten immer wichtiger, stets begleitet von intensiven psychotherapeutischen Massnahmen. Bei Angststörungen gilt es abzuklären, ob auch eine Depression vorhanden ist und welche Art vorliegt: Einige Phobien gehören beispiels-

«Eine enge Zusammenarbeit zwischen Hausarzt und Psychiater begünstigt den Behandlungserfolg»

weise zur Domäne der Verhaltenstherapie. Die medikamentöse Therapie ist jedoch bei beiden Erkrankungen dieselbe. Beide werden mit Antidepressiva behandelt. In der Akutphase werden oft zusätzlich Benzodiazepine eingesetzt. Generell ist zu sagen, dass meiner Meinung nach heute viel zu wenig nach modernen Behandlungsrichtlinien thera-

Unterschiedliche und gemeinsame Symptome

Angststörungen und Depressionen gehen zwar oft Hand in Hand, dennoch zeigen sich teilweise unterschiedliche Symptome (siehe Skizze). Bei Angststörungen sind dies: Erwartungsangst, vegetative Erregung, nervöse Spannungszustände, Muskelverspannungen, Rastlosigkeit, Verspannungsschmerzen.

Eine Depression geht einher mit Desinteresse, Teilnahmslosigkeit, verlangsamtem Denken und Handeln, mit sozialem Rückzug, Hoffnungslosigkeit, Morgentief, Konzentrationsschwäche und mangelndem Selbstvertrauen. Gemeinsame Symptome beider Erkrankungen sind: Erschöpfungszustände, Verstimmung, Reizbarkeit, Schlaf- und Appetitstörungen, Kritikempfindlichkeit.



ANGSTSTÖRUNG	GEMEINSAM	DEPRESSION
Erwartungsangst	Erschöpfung	Desinteresse
Vegetative Erregung (z.B. erhöhte Herzschlagfrequenz, Schwindel, Kurzatmigkeit)	Verstimmung	Teilnahmslosigkeit
Nervöse Spannungszustände	Reizbarkeit	Verlangsamtes Denken und Handeln
Muskelverspannung	Schlafstörungen	Sozialer Rückzug
Rastlosigkeit	Appetitstörungen	Hoffnungslosigkeit
Verspannungsschmerzen	Kritikempfindlichkeit	Morgentief
		Konzentrationsschwäche
		Mangelndes Selbstvertrauen

(David Nutt et al. Generalized anxiety disorder: diagnosis, treatment and it's relationship to other anxiety disorders. Martin Dunitz Ltd 1998)

piert wird. Beispiel: Wenn ein Patient während einer bestimmten Frist auf eine Therapie nicht anspricht, sollte man die Dosierung erhöhen oder das Präparat wechseln. Oftmals wird lediglich zu niedrig dosiert, was mit der Bestimmung des Plasmaspiegels untermauert werden kann. Oft wird eine Behandlung längere Zeit unverändert weitergeführt, obwohl der Therapieerfolg ausbleibt. Dies ist leider zum grossen Schaden des Betroffenen, egal, ob er an einer Angststörung oder an einer Depression leidet.


J: Ich habe oft das Problem, dass meine Patienten sich zwar helfen lassen wollen, «aber bitte nur mit einem Mittel aus dem Kräutergarten». In diesen Fällen habe ich gute Erfahrungen mit Hypericum (Johanniskraut) gemacht. Wenn es in Form eines guten, standardisierten Präparates angewendet wird, ist es bei leichten bis mittelschweren Depressionen gut wirksam. Auch Hypericum hat potenzielle Nebenwirkungen wie die synthetischen Antidepressiva. Wenn unter der Behandlung mit Hypericum keine Besserung eintritt, sind die Patienten eher bereit, ein anderes Antidepressivum auszuprobieren.

H: Ich lege auch immer grossen Wert auf unspezifische Begleitmassnahmen: regelmässige Bewegung an der frischen Luft, wo auch Sonnenlicht getankt werden kann. Zudem bestimme ich routinemässig den Ferritinspiegel im Blut. Erstaunlich viele depressive Patienten haben leere Eisenspeicher und müssen mit einem Eisenpräparat, oft auch mit Eiseninfusionen behandelt werden. Meist mit erstaunlichem Erfolg. Ich empfehle auch eine vitamin- und mineralstoffhaltige Ernährung mit einem Zusatz von Omega-3-Kapseln (Fischöl), welche sich nicht nur auf die Stimmung, sondern auch auf verschiedene körperliche Vorgänge positiv auswirkt.

J: In meiner Praxis bestimme ich ebenfalls regelmässig das Ferritin und die Schilddrüsenhormone bei Depressiven und Angstpatienten und behandle bei Bedarf mit Eiseninfusionen. Dies mit grossem Erfolg.

Wie sind die Heilungschancen bei Depressionen und Angststörungen?

H: Depressionen und Angsterkrankungen verlaufen sehr häufig in Phasen. Mit einer guten und ausreichend lange andauernden medikamentösen und psychotherapeutischen Behandlung kann eine deutliche Besserung herbeigeführt werden. Der Patient lernt, mit seiner Krankheit umzugehen und sich wieder ins alltägliche Leben zu integrieren.

J: Ein Rückfall kann nie hundertprozentig ausgeschlossen werden, doch mit diesen begleitenden Massnahmen kann ein Rückfall rechtzeitig verhindert werden. Der gut informierte und aufgeklärte Patient weiss, was er zu tun hat, wenn er sich mehrere Tage nicht mehr gut fühlt. 

*ZADZ Zentrum für Angst- und Depressionsbehandlung Zürich, Dufourstrasse 161, 8008 Zürich. www.zadz.ch

Selbstbeurteilungstest zum Erkennen einer Angststörung¹

Leide ich an einer Angststörung?

Im folgenden Fragebogen finden Sie eine Reihe von Feststellungen, mit denen man sich selbst beschreiben kann. Bitte lesen Sie jede Feststellung durch und wählen Sie aus den vier Antworten diejenige aus, die angibt, wie Sie sich in dem Moment fühlten, als Sie mit Ihrer Angst konfrontiert waren. Kreuzen Sie bitte bei jeder Feststellung die Zahl unter der von Ihnen gewählten Antwort an. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Überlegen Sie bitte nicht zu lange und denken Sie daran, diejenige Antwort auszuwählen, die Ihren Gefühlszustand im Moment der Angst am besten beschreibt.

	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	sehr
1. Ich war ruhig	4	3	2	1
2. Ich fühlte mich geborgen	4	3	2	1
3. Ich fühlte mich angespannt	1	2	3	4
4. Ich war bekümmert	1	2	3	4
5. Ich war gelöst	4	3	2	1
6. Ich war aufgeregt	1	2	3	4
7. Ich war besorgt, dass etwas schief gehen könnte	1	2	3	4
8. Ich fühlte mich ausgeruht	4	3	2	1
9. Ich war beunruhigt	1	2	3	4
10. Ich fühlte mich wohl	4	3	2	1
11. Ich fühlte mich selbstsicher	4	3	2	1
12. Ich war nervös	1	2	3	4
13. Ich war zappelig	1	2	3	4
14. Ich war verkrampft	1	2	3	4
15. Ich war entspannt	4	3	2	1
16. Ich war zufrieden	4	3	2	1
17. Ich war besorgt	1	2	3	4
18. Ich war überreizt	1	2	3	4
19. Ich war froh	4	3	2	1
20. Ich war vergnügt	4	3	2	1

Gesamtwert:

Wenn Sie Ihren Fragebogen ausgefüllt haben, nehmen Sie diesen zum nächsten Arztbesuch mit. Ihr Arzt wird dann gemeinsam mit Ihnen Ihr persönliches Ergebnis diskutieren.

Wenn Sie einen höheren Gesamtwert als 40 Punkte erreichen, sollten Sie auf jeden Fall das Gespräch mit Ihrem Arzt suchen.

¹ Abgeleitet nach: Laux, L., et al. State-Trait-Angstinventar. (STAI). Weinheim: Beltz. (350/CT 5000 L391) 1981.

ANLAUFSTELLEN UND LINKS

DEPRESSIONEN

Ipsilon «Initiative zur Prävention von Suizid in der Schweiz»

Telefon: 031 359 11 08
E-Mail: info@ipsilon.ch
www.ipsilon.ch

Kontaktstellen für Hilfesuchende

Speziell für Kinder und Jugendliche
www.tschau.ch

KOSCH

Vermittlung von Selbsthilfegruppen
Telefon: 0848 810 814
E-Mail: gs@kosch.ch
www.kosch.ch

Refugium

Verein für Hinterbliebene nach Suizid
Telefon: 0848 001 888
E-Mail: info@verein-refugium.ch
www.verein-refugium.ch

Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SGPP

www.psychiatrie.ch

Schweizer Psychotherapeuten-Verband SPV

Kostenlose Vermittlung von Therapieplätzen
Telefon: 043 268 93 75
www.psychotherapie.ch

Schweizerische Stiftung Pro Mente Sana

Beratung in sozialen, psychologischen und rechtlichen Fragen
Telefon: 0848 800 858
www.promentesana.ch

SeelsorgeNet

Internet-Seelsorge
E-Mail: seelsorge@seelsorge.net
www.seelsorge.net

Telefon 143

Die Dargebotene Hand
www.143.ch

Telefon 147

Beratungstelefon für Kinder und Jugendliche
www.147.ch

Vereinigung der Angehörigen von Schizophrenie-/Psychisch-Kranken VASK

Hilfe für Angehörige
Telefon: 061 271 16 40
E-Mail: info@vask.ch
www.vask.ch

Verein Equilibrium

Telefon: 0848 143 144
E-Mail: info@depressionen.ch
SOS-Adresse: help@depressionen.ch
www.depressionen.ch

Zürcher Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie ZGPP

Online-Therapievermittlung
Telefon: 044 286 64 51
www.psychiatrie-zuerich.ch

ANGSTSTÖRUNGEN

Angst- und Panikhilfe Schweiz APhS

Telefon: 0848 801 109
E-Mail: aphs@aphs.ch
www.aphs.ch

Schweizerische Gesellschaft für Angststörungen SGA

E-Mail: info@swissanxiety.ch
www.swissanxiety.ch

Schweizerische Gesellschaft für Verhaltens- und Kognitive Therapie SGVT

Telefon: 031 311 12 12
E-Mail: info@sgvt-sstcc.ch
www.sgvt-sstcc.ch

Zentrum für Angst- und Depressionsbehandlung Zürich ZADZ

Telefon: 044 386 66 00
E-Mail: info@zadz.ch
www.zadz.ch

