



<b>Depression</b>	<b>11</b>
Bedeutung	
<b>Therapie der Depression</b>	<b>13</b>
Der erste Schritt	
Leitlinien	
Wie läuft die Psychotherapie?	
Wie läuft die Therapie mit Antidepressiva?	
Wirkungsweise	
Einteilung	
<b>Behandlung, Stufenplan</b>	<b>26</b>
<b>Verzögerte Remission/Heilung</b>	<b>26</b>
<b>Komorbidität</b>	<b>27</b>
<b>Langzeittherapie</b>	<b>27</b>
<b>Ausblick</b>	<b>28</b>

# Depression

## Bedeutung

In psychiatrischer Sichtweise ist Depression eine Krankheit, die anhand Kriterien in bestimmte Unterformen eingeteilt wird wie Depressive Episode, Dysthymie etc je nach Anzahl, Art und Schwere sowie Dauer der Symptome. Seit der Internationalen Klassifikation Psychischer Störungen ICD-10-Version Kapitel F wird nicht mehr zwischen endogener (Krankheit) und exogener (ausgelöst durch Probleme) Depression unterschieden. Ursächlich wird immer ein Zusammenspiel aus genetischer Disposition und Umweltbelastung gesehen. **Depression ist sicher die häufigste psychiatrische Erkrankung und auch die Erkrankung mit dem meisten Einfluss auf die Störungen sozialer Funktion und Lebensqualität.** Die Behandlung der Depression hat sich in den Jahrzehnten nach der Entwicklung des ersten Antidepressivums erheblich verbessert. Andererseits sind neue chronische Formen der Depression entweder entstanden oder erstmals erkannt worden mit sog Komorbidität, d.h. zusätzlichen Diagnosen wie Angst, Trauma, Zwang, Schmerz, Störung der körperlichen Befindlichkeit.

Als gesellschaftliches Phänomen betrachtet hat Depression eine Bedeutung, die über die Diagnose einer Krankheit weit hinausgeht. Sie ist eine Art Zugangsschlüssel, um etwas zu erreichen: Sie bringt Zuwendung, Hilfe in der Partnerschaft, im Beruf, Finanzen und körperlicher Krankheit. Sie ist oft die einzige Währung am Ende eines langen Abstiegs, die über Therapien, Reha, Krankenhaus, Sozialdienst endlich Hilfen rekrutieren kann. Sie ist auch eine rote Daueralarmlampe, wenn jemand sich gekränkt, beleidigt, erniedrigt fühlt und

eine Wiedergutmachen von der Umgebung oder der Gesellschaft und ihren Institutionen will. **Hier spekuliert der Depressive ohne sich der Risiken genügend bewusst zu sein.** Wie viel kann er erreichen, bevor er Besserung signalisiert? Hat er zu lange sich der Krankheit ergeben, bevor er sich gewehrt hat? Sind schon langwierige Folgen für seine Gesundheit entstanden? Kann er noch seinen Aktivitätsradius erweitern? Hat er schon zu viel soziales Porzellan zu Bruch gehen lassen?

Die Krankheit Depression und die sozialen Probleme ergänzen und erschweren sich gegenseitig in jedem Stadium der Erkrankung. Ohne Besserung sozialer Umstände ist die psychopharmakologische Therapie oft unwirksam, ohne psychopharmakologische Therapie bessert sich die Fähigkeit zur Problembewältigung nicht.

Einsamkeit ist oft ein Endzustand der Depression, oft auch am Anfang. **Die Strukturen der Großstadt** ermöglichen Anonymität als Rückzug, wenn man „schlecht drauf ist“ und als



missliche Lage, wenn man unfähig ist, Kontakte zu mobilisieren. Man telefoniert leichter stundenlang mit einem Hunderte von Kilometern entfernten Freund als beim Nachbarn zu klingeln. Im Endzustand müssen Therapeuten und künstliche Gebilde wie

Freizeitclubs, Patiententagesstätten das soziale Umfeld wie eine Prothese ersetzen. **Die Gravitation des Lebens** zieht nach unten, wenn man nicht ständig dagegen ankämpft, so dass der „Grounder“, der Aufschlag auf dem Boden, früher oder später unausweichlich ist.

Das schlimmste Risiko ist natürlich die Suizidalität, die in bis zu einem Fünftel der Fälle lebenslang gesehen zu einem erfolgreichen Versuch führt.

## Therapie der Depression

Viele Fragen erreichen uns von Betroffenen und Angehörigen zur Behandlung von Depressionen. Man kann nicht alles darüber wissen aber die Prinzipien soweit durchschauen, dass man mit dem Arzt ein fruchtbares Aufklärungsgespräch führen kann.

Die **Therapie der Depression** ist mit allen Möglichkeiten pharmakologisch, sozial- und psychotherapeutisch dringend notwendig. Trotzdem wehren sich viele Depressive gegen dieses Übel. Sie warten zu lange, verkennen Symptome als vorübergehende missliche Lage, bauen Widerstände auf gegen Medikamente und Hilfen, als ob es eine Kränkung wäre. Und sie vergraulen und demotivieren ihr Umfeld, in dem sie es mehr und mehr belasten ohne einen professionellen Ausweg aufzubauen.

### Der erste Schritt

Demzufolge ist der erste Schritt der Depressionstherapie die Aufklärung und Entstigmatisierung in der Öffentlichkeit. Jede Institution, die mit Depressionstherapie zu tun hat, muss sich mit allen Partnern einer Stadt, einer Region in Kontakt setzen und die gemeinsame Philosophie entwickeln, dass Depression eine heilbare Erkrankung ist und jeder ein Recht auf Zugang zur Therapie in allen Stadien hat.

## Leitlinien

Wie kann ein Laie, der direkt oder als Angehöriger und Freund betroffen ist, sich im Informationsdschungel zurechtfinden? Über das Internet fungiert z.B. das Kompetenznetz Depression



als „kompetente“ Adresse. Die erste Anlaufstelle ist aber am ehesten der Hausarzt oder ein Therapeut, der über die Datenbank der kassenärztlichen Vereinigung oder das Telefonbuch ausgesucht wird, eher zu selten ist es der Facharzt für

Psychiatrie. Die ersten Schritte der Depressionsbehandlung sind leicht getan. Wenn es nicht sofort besser wird, wird es schwierig und die Meinungen gehen auseinander.

Dafür gibt es Leitlinien wichtiger nationaler und internationaler Gremien zur Therapie der Depression. In Deutschland kümmert u.a. sich die Fachgesellschaft DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie) um das Thema. Es ist aktuell eine Leitlinie erarbeitet worden, sie heißt gemäß dem wissenschaftlichen Grad S3-Leitlinie und ist für Profis und Betroffenen im Internet unter [www.versorgungsleitlinie.de](http://www.versorgungsleitlinie.de) einsehbar.

Hierin soll auch der Patient und seine Angehörigen angesprochen werden. Dies entspricht einer Koordinierung des Vorgehens gegen die Depression in einem nationalen Konsens, wodurch die Therapie auch für den Betroffenen durchsichtiger und besser überprüfbar wird.

Das größte Risiko der Depression ist der Suizid, der auf die Lebenszeit bezogen wohl in jedem 5. Fall sich ereignen kann. Er hängt sicher nicht nur mit der Krankheit Depres-

sion zusammen, sondern auch mit Persönlichkeitsmerkmalen und vor allem schweren Belastungen. Er kann auch nicht der Gradmesser eines Erfolgs der Therapie sein.

Vorrangig sind die Besserung der Beschwerden auf ein minimales Maß und die Beseitigung durch die Depression entstandener Probleme das Ziel der Behandlung. Und gerade für den Fall, dass der Erfolg der Therapie auf sich warten lässt, ist neben einer verlässlichen Arzt/Therapeut-Patientenbeziehung der Wiederaufbau eines sozialen Netzes von großer Bedeutung.

### Wie läuft die Psychotherapie?

Bei leichten depressiven Störungen, und wenn deutliche Konflikte als Auslöser oder Ursache erkennbar sind, kann am Anfang der Behandlung ein Versuch mit Psychotherapie stehen. Es bieten sich dafür

mehrere Verfahren an, die mit Bezeichnungen und Abkürzungen angeboten werden:

Kognitive Therapie versteht sich als Verhaltensorientierte Therapie weniger auf Kindheit und Familie als auf aktuelle Konflikte bezogen.



Interpersonelle Therapie (IPT) und CBASP (Cognitiv-Behaviorales AnalyseSystem der Psychotherapie) sind Psychotherapiemethoden, die aus verschiedenen Schulen zusammengefasst und praxisorientiert für depressive Patienten entwickelt wurden.

Die kurze psychodynamische Psychotherapie lehnt sich an die Psychoanalyse an, ist aber zeitlich kürzer angelegt und

mehr auf aktuelle Konflikte bezogen.

Viele Studien belegen die akute und Langzeitwirkung von



Psychotherapie allein und in Kombination mit Psychopharmaka. Grundsätzlich sollte ab einem bestimmten Schweregrad immer auch eine psychopharmakologische Unterstützung erfolgen, andererseits gibt es keine Psychotherapie ohne

psychotherapeutische Führung. Man sollte also keinen Gegensatz sondern eine sinnvolle Ergänzung der beiden Ansätze sehen. Wie bei der antidepressiven Pharmakotherapie gilt gerade hier, dass man sich trotz langer Wartezeiten den Therapeuten gut ansehen soll und sich von ihm in einer Probesitzung gut beraten lassen soll im Hinblick auf Methode, Zeitdauer und Anforderung an die Mitarbeit. Auch zur Psychotherapie gibt es Leitlinien, sie ist nicht geheimnisvoll und sie soll in absehbarer Zeit mit transparenten Methoden eine spürbare Linderung der Beschwerden erbringen.

## Wie läuft die Therapie mit Antidepressiva ?

Man sucht gemeinsam mit dem Arzt ein Medikament, das anfangs möglichst nebenwirkungsarm sein soll. Es gibt mehrere Gruppen, die sich chemisch und in ihrer Wirkungsweise unterscheiden.

## Wirkungsweise

Wenn eine Nervenzelle einer anderen ein Signal übermittelt, dann geschieht das mit Überträgerstoffen, den so genannten Transmittern. Dabei werden über einen mikroskopisch kleinen Spalt zwischen den Zellen Stoffe hin-



übergeschleust, eine Art flüssige Elektrizität. Die beiden wichtigsten Transmitter im Fall der Antidepressiva sind Noradrenalin und Serotonin. Diese treffen auf Briefkästen – Rezeptoren – an der äußeren Wand der Zelle. Bei Eintreffen einer Nachricht werden im Inneren der Zelle Lawinen von Reaktionen ausgelöst. Sie bewirken weitere Nachrichten an andere Zellen, aber auch Umbaumaßnahmen in der Zelle wie Auf- oder Abbau von Rezeptoren, von Transmittern und auch Wachstum von Verbindungen zu anderen Zellen, sogenannte neurotrophe Vorgänge.

Eingriffsmöglichkeiten sind die Hemmung des Abbaus von Transmittern in der Zelle oder die Hemmung seiner Wiederaufnahme in die Zelle, wodurch er sich jeweils im Synapsenspalt vor den Briefkästen anreichert.

Um im Bild zu bleiben: Wenn jemand eine Depression hat, dann stimmt in bestimmten Nachrichtensystemen die Briefzustellung nicht mehr. Die Briefkästen sind zu wenig, zu viele, verklebt, werden nicht entleert, man weiß es nicht genau. Beim Gesunden ist die Stimmung schwingungsfähig, passt sich allen Ereignissen an und pendelt von Extremen wieder zurück. In



der Depression ist sie erstarrt und verhärtet. Das kommt von einer bestimmten Veranlagung, aber auch durch Belastungen im Lauf des Lebens. **Antidepressiva** wirken dadurch, dass sie eine Flut von Briefen auslösen, einen Ausstoß von Transmitterstoffen. Dadurch werden die unsensiblen Briefkästen wieder belebt, neu eingestellt und empfangen wieder Nachrichten. Diese Umbaumaßnahmen dauern manchmal



viele Wochen. Auch andere Maßnahmen wie Schlafentzug, Elektrokrampf bewirken das Gleiche. Die Einregulation des gestörten Gleichgewichts dauert länger als bei den Neuroleptika, eine Wirkung ist frühestens nach 2 Wochen spürbar. Über diese chemischen Wege wirken auch die täglichen positiven und negativen Erlebnisse abhängig vom Geschick, wie man damit umgeht. Analog dazu hilft Psychotherapie, Fehler beim Umgang mit belastenden Erlebnissen aufzudecken und zu verbessern.

Für alle Psychopharmaka gilt, dass sie ohne ärztliche Beratung nie abrupt abgesetzt werden sollten, da sonst spezielle **Absetzerscheinungen** mit beunruhigenden Symptomen auftreten können. Wiederansetzen geringerer Dosen beseitigt diese Zustände.

Bei allen Psychopharmaka müssen Laborwerte wie Blutbild, Leberwerte, Blutzucker und Elektrolyte kontrolliert werden wegen möglicher Veränderungen.



## Einteilung

### Medikamentöse Therapien

#### SSRI

Die „Selektive Serotonin Rückaufnahme Hemmer“ erhöhen das Serotoninangebot im synaptischen Spalt und stimulieren die Serotoninrezeptoren der nächsten Zellen, regulieren langfristig ihre Empfindlichkeit dadurch herab. Insgesamt fördern die SSRIs jedoch die korrekte Übertragung durch Serotonin. Leider stimulieren sie auch Unterformen des Serotoninrezeptors, die für die Therapie nicht nötig sind, aber vorübergehend Nebenwirkungen hervorrufen wie Unruhe, Schwindel, Übelkeit, Kopfschmerzen. Bei Patienten unter 24 Jahren können selten Suizidgedanken auftreten. Die SSRIs sind günstig bei Herz- und Kreislaufproblemen. Leider treten öfter sexuelle Funktionsstörungen auf, die ursächlich schwer von der depressiven Problematik zu unterscheiden sind, ggf. ist ein Präparatewechsel nötig. Generika (Wirkstoffe) und entsprechende Präparatenamen sind Escitalopram/Cipralex®, Sertralin/Zoloft®, Paroxetin/Seroxat®, Fluoxetin/Fluctin® und Fluvoxamin/Fevarin®.

#### NSRI

Als Noradrenalin und Serotonin-Wiederaufnahmehemmer gibt es Venlafaxin (Trevilor®) und Duloxetin (Cymbalta®). Sie erhöhen das Angebot von Serotonin und Noradrenalin, dies wird als duales Wirkprinzip bezeichnet. Wahrscheinlich wirksamer als SSRIs. Nebenwirkungen sind wie bei SSRIs, selten trockener Mund, Gewichtszunahme, Blutdruckerhöhung, selten Harnverhalt und Verstopfung. Duloxetin hat auch eine Zulassung bei Schmerzen bei diabetischer Polyneuropathie.

## TZA

Die Tri- und Tetra-Zyclischen Antidepressiva, abgekürzt TZAs, erhöhen Serotonin und Noradrenalin zu verschiedenen Anteilen durch Hemmung der Wiederaufnahme. Sie sind seit 1957 bekannt, gut erprobt, gut wirksam. Als Nebenwirkung machen sie ruhig und müde, aber auch unangenehme Symptome wie trockenen Mund, Verstopfung und verschwommenes Sehen.

Wirkstoff und Präparatenamen sind Amitriptylin (Sartan®), Imipramin (Tofranil®), Clomipramin (Anafranil®), Doxepin (Aponal®), Trimipramin (Stangyl®), Maprotilin (Ludiomil®). Sie unterscheiden sich auch beim individuellen Patienten etwas im Wirkprofil auf die Transmitter und der Nebenwirkungen wie Sedierung oder z.B. Mundtrockenheit.

## MAOH

Die irreversiblen Mono-Aminoxidase-Hemmer blockieren ein Enzym, das Serotonin, Noradrenalin und Dopamin abbaut, und zwar auch mehrere Wochen nach Absetzen, bis das Enzym wieder nachgebaut wird. Sie sind gegen Depressionen sehr gut wirksam und unverzichtbar im Therapieplan. Der Patient muss jedoch eine sogenannte MAO-Diät einhalten, da sonst schwere und gefährliche Blutdruckkrisen auftreten können. Der Genuss von Käse und bestimmten Milchprodukten, Bier und Rotwein, aber auch Hefe, Fleischextrakte, Salami und anderen Nahrungsmitteln ist gefährlich, da sie alle den Stoff Tyramin enthalten, der im Körper zu einer blutdruckaktiven Substanz umgebaut wird und dann Blutdruckkrisen und Kreislaufprobleme hervorrufen kann. Der Patient muss über diese Diät und die Möglichkeit einer Blutdruckkrise genau aufgeklärt werden. Ansonsten sind die MAO-Hemmer gut verträglich, senken paradoxerweise

im Normalfall eher den Blutdruck und bessern einen vorhandenen Diabetes. Die häufigste Nebenwirkung ist Blutdrucksenkung und Schwindel, gelegentlich Durchfall und Frösteln, selten Kopfweg außerhalb von Blutdruckkrisen. Der Präparatename des einzigen in Deutschland verfügbaren MAO-Hemmer Tranlylcypromin ist Jatrosom N®.

### RIMA

Die reversiblen Hemmer der Mono-Aminoxidase sind der „kleiner Bruder“ der MAO-Hemmer. Sie blockieren nur einen Typ des Enzyms, die Wirkung vergeht nach wenigen Tagen, die Blockade ist auch nie komplett. Es braucht keine Diät, sie sind günstig bei Herz- und Kreislaufproblemen, sie wirken aber leider bei weitem nicht so stark wie die MAOH. In Deutschland gibt es nur das Generikum Moclobemid als Präparat Aurorix® oder Moclix®. Häufige Nebenwirkungen sind Mundtrockenheit, Schwindel, Kopfweg, Schlafstörungen und Übelkeit.

### Mirtazapin (NaSSA)

Komplizierter dualer Wirkmechanismus, wirkt also auf Serotonin und Noradrenalin. Präparatename ist Remergil®. Hat durch Blockade eines bestimmten Serotoninrezeptors (5-HT<sub>2</sub>) einige Vorteile: Es macht etwas müde, fördert daher gut den Schlaf, beruhigt schnell, macht keine Übelkeit und wenig sexuelle Funktionsstörungen. Probleme sind öfter Gewichtszunahme, manchmal individuelle starke Müdigkeit, selten Störungen des Blutbilds.

### Reboxetin (NRI)

Fördert selektiv nur das Noradrenalin. Macht nicht müde, keine Übelkeit, wenig sexuelle Funktionsstörung, Wirksamkeit wahrscheinlich geringer als die SSRIs. Der Präparatnamen ist Edronax®. Häufige Nebenwirkungen sind Schlaflosigkeit, trockener Mund, Verstopfung und Schwitzen.

### Bupropion

In Amerika altbewährtes Antidepressivum. Fördert wahrscheinlich neben Serotonin und vor allem Noradrenalin auch Dopamin. In Deutschland durch die Wirkung auf Motivation deshalb zuerst als Raucher-Entwöhnungsmittel (Zyban®), erst danach unter dem Namen Elontril® als Antidepressivum zugelassen. Häufige Nebenwirkungen sind Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen, Mundtrockenheit, selten aber schwerwiegend sind Veränderungen der Krampfschwelle in hohen Dosen.

### Mianserin (Tolvin®) und Trazodon (Thombran®)

Eher schwach wirksame selten verschriebene Präparate, aber sehr gut verträglich mit verschiedenen Wirkmechanismen. Beide günstig bei Herz- und Kreislaufproblemen mit beruhigender Komponente. Mianserin ist dem Mirtazapin verwandt. Als Nebenwirkungen von Mianserin sind häufig Benommenheit, unwillkürliche Bewegungen und niederer Blutdruck, selten Blutbildstörungen bekannt. Trazodon kann neben Müdigkeit, Schwindel und niederem Blutdruck zu Herzrhythmusstörungen und selten Blutbildstörungen führen. Der Nachfolger des Trazodon war Nefazodon (Nefadar®), musste aber wegen Fällen von schwerer Leberschädigung in Deutschland vom Markt genommen werden.

## Johanniskraut (Hypericum)

So genanntes natürliches Mittel aus der Pflanze Johanniskraut. Genaue Wirksubstanz ist nicht bestimmbar, da Mischextrakt. Nur hohe Dosen möglicherweise wirksam, dennoch das meistverkaufte Antidepressivum in Deutschland. Hat durchaus zu beachtende Nebenwirkungen wie allergische Reaktion und Lichtsensibilisierung, Magen-Darm-Beschwerden sowie Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten. Bei Therapieversagen sollte der Stufenplan weiter beschränkt werden.

## Nicht medikamentöse apparative Therapien

### Elektrokrampftherapie

In therapieresistenten Fällen bleibt als weitere Therapiemöglichkeit die Elektrokrampftherapie als die wirkungsvollste Therapiemethode gegen Depressionen. Mit moderner Methodik unter Vollnarkose sind nach vorliegenden Untersuchungen keine Schäden zu befürchten, die EKT hat sogar eine das Nervenwachstum fördernde Wirkung. Nach sechs bis zwölf Behandlungen über 2 bis 4 Wochen ist in der Hälfte der Fälle bei vorher schwer therapieresistenten Fällen eine völlige Symptomfreiheit möglich.

### Magnetstimulation

Bei der hochfrequenten transkraniellen Magnetstimulation (rTMS) stimuliert man Nervenzentren mit Magnetfeldern mit z.B. 10 Hz und 1000 Impulsen in 20 bis 30 Minuten, ca. 15 bis 20 Mal über 3-4 Wochen. Die nötige Stärke der Stimulation wird individuell ermittelt. Nebenwirkungen sind leicht unangenehme Irritationen der Haut- und Kopfmuskelnerven sowie

selten Kopfschmerzen, in sehr seltenen Fällen wurden epileptische Anfälle ausgelöst. Das Verfahren ist noch in der Erprobung, sicher in manchen Fällen wirksam.

### Vagusnervstimulation / Tiefenhirnstimulation

Bei der Vagusnervstimulation wird ein Schrittmacher am Vagusnerv eingepflanzt. Das aus der Epilepsiebehandlung kommende Verfahren ist noch in der Erprobung an Universitätskliniken. Ebenso noch in der Entwicklung ist die Tiefenhirnstimulation, bei der ähnlich wie bei Morbus Parkinson Elektroden ins Gehirn eingesetzt werden.

### Schlafentzugstherapie

Angewandt z.B. 2 mal/Woche, ein „altes Hausmittel“, kann die Heilung beschleunigen, wobei der Patient ca. 4 Stunden schläft und dann ab 2 Uhr nachts wach bleibt bis zum nächsten Abend.

### Lichttherapie

1 x pro Tag 30 bis 90 Minuten mit speziellem weißen Licht kann hilfreich sein in der Behandlung von so genannten Winterdepressionen (= saisonal abhängige Depressionen).

## Weitere in der Erprobung befindliche medikamentöse Therapien

### Hochdosistherapie mit Schilddrüsenhormonen

Über normale Blutspiegel hinaus gegebenes Schilddrüsenhormon bessert in vielen Fällen behandlungsresistente Depressionen. Nebenwirkungen gleichen einer künstlichen Schilddrüsenüberfunktion. Sollte nur in spezialisierten Zentren verwendet werden.



### Amphetamine, Modafinil

Stimulierende Substanzen, Amphetamin unterliegt dem Betäubungsmittelgesetz, in resistenten Fällen oft Besserung bleibender Antriebsschwächen und Empfindungsstörung.

### Nahrungsergänzungsmittel

wie Omega-3-Fettsäuren, Folsäure, SAMe u.a. können rezeptfrei gekauft werden, ihre Wirkung ist aber nicht gesichert, siehe Kapitel Nahrungsergänzungsmittel.

## Behandlung, Stufenplan

Die Behandlung geschieht nach einem festgelegten Stufenplan. Die Auswahl erfolgt je nach zu erwartenden Nebenwirkungen, Vorbehandlung und speziellen Symptomen wie Unruhe, Angst oder Schlaflosigkeit. Da das Einsetzen der antidepressiven Wirkung 2-3 Wochen dauert, werden zur Beruhigung und Angstlösung Tranquilizer in Kombination verwendet. Bei schweren depressiven Zuständen mit wahnhafter Verknennung oder starker Unruhe und grüblerischer gedanklicher Einengung auf unangenehme Inhalte sind Neuroleptika in Kombination sehr wirkungsvoll. Lithium hat in Kombination mit Antidepressiva eine gute akute Wirkung auch bei rein depressiven Verläufen. Bei aus der Vorgeschichte bekannten Manien, also bipolarer Störung, muss gleichzeitig ein Stimmungsstabilisierer gegeben werden, da sonst das Auslösen einer Manie zu befürchten ist. Alle 2-3 Wochen wird durch eine genaue Untersuchung mit so genannten Rating-Skalen und Gesprächen geprüft, ob sich ein Wirkungseintritt absehen lässt. Falls dies nicht der Fall ist, wird die Strategie gewechselt. Die vollständige Remission/Heilung der Symptome dauert mindestens 6-8 Wochen.

## Verzögerte Remission/Heilung

Wenn dies nicht auf Anhieb gelingt, müssen Patient und Arzt viel Geduld und Zähigkeit aufbringen, da schnelle unüberlegte Medikamentenwechsel keinen Erfolg versprechen und zu unnötiger früher Resignation führen. Oft muss wie bei den Psychosen eine lange Genesungszeit in Kauf genommen werden. Riskante Therapien müssen ebenso wie drohende Selbstmordgefahr des Patienten abgewogen werden.

Nie sollte vergessen werden, dass allein der natürliche Verlauf die Erkrankung sogar nach Jahren spontan völlig beenden kann.

## **Komorbidität**

Viele Krankheitsbilder wie Angst, Panik, Phobie, Störungen mit abnormer Körperempfindung, chronische Schmerzen, Traumafolgen, chronische Müdigkeit oder Zwang kommen gehäuft zusammen mit Depressionen vor und reagieren günstig auf Behandlung mit Antidepressiva.

## **Langzeittherapie**

Sowohl rein depressive Erkrankungen als auch manisch-depressiv verlaufende Erkrankungen können, über Jahrzehnte beobachtet, immer wieder auftreten. Unipolare Patienten (nur depressive Phasen) haben durchschnittlich alle 5 Jahre eine Phase, bipolare Patienten (manische und depressive Phasen) alle 3 Jahre. Insgesamt werden über 50% der Unipolaren und 90-100% der Bipolaren mindestens einmal rückfällig.

Eine vorbeugende Behandlung der unipolaren Patienten geschieht durch Fortführung derselben Strategien wie in der Akutphase („Was dich gesund macht, hält dich gesund“). Nach der ersten Episode sollte der Patient 6-12 Monate das Antidepressivum einnehmen. Wenn Risikofaktoren vorliegen wie genetische Belastung, Schwere der Erkrankung oder mangelnde Besserung, sollte nach der zweiten Episode eine Dauertherapie über viele Jahre durchgeführt werden, spätestens nach der dritten Episode.

## Ausblick

In Erprobung sind Medikamente, die über eine Beeinflussung der Stressachse wirken, über das Melatoninsystem und immunologische Mechanismen. In weiter Zukunft sollen Mechanismen im Inneren der Zelle, die dortigen Botenstoffe und auch das Zellwachstum und die Ablesung der Gene betreffend, erforscht werden.

