

Depressive Störungen

Depressive Störungen benötigen neben einer Verhaltenstherapie oft der medikamentösen Intervention. Dabei haben sich in leichten und mittleren Fällen pflanzliche, homöopathische und spagyrische Arzneimittel bewährt.

Definition

Das Wort depressiv bedeutet niedergedrückt, freudlos. Niedergedrückte oder freudlose Stimmungen sind an sich keine Störungen. Es sind emotionale Reaktionen auf unangenehme Ereignisse oder Situationen, denen wir nicht ausweichen können. Während uns die Affekte Wut und Angst dazu befähigen, einer Gefahr zu entfliehen oder einen Feind anzugreifen und somit die Ursache dieser Affekte zu beseitigen, zeigen Freudlosigkeit, Trauer und Niedergedrücktheit, dass deren Ursache nicht oder nur schwer zu beseitigen sind. Ursachen, die im weitesten Sinne Verluste darstellen, sind Tod, Trennung und Nichterreichen eines Ziels.

Im besten Fall kann sich ein Mensch an diese unausweichlichen Situationen anpassen und sie durch neue Aktivitäten und neue, Freude auslösende Erfahrungen überwinden. Wenn dies auf Dauer nicht gelingt, sprechen wir von einer Depression.

Es handelt sich auch dann um eine Depression, wenn ein Mensch sich freudlos fühlt, ohne dass Ursachen dafür erkennbar sind.

Symptomatik

Depressionen mit Störungswert sind gekennzeichnet von Freudlosigkeit, Antriebslosigkeit, Mutlosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Interesselosigkeit, Genussunfähigkeit, Schlaf- und Essprobleme, sozialen Rückzug, manchmal inadäquater Aggressivität und Klagen über körperliche Beschwerden ohne Befund.

Häufig beschreiben Patienten ihre emotionale Situation als Eingeschlossenheit in einem lichtlosen, kalten Raum, ohne Ausgang und der gänzlichen Abwesenheit von Gefühlen. Dass in solchen schweren Fällen der Gedanke an Suizid nicht weit ist, kann nachvollzogen werden.

Wann ist eine

Depression behandlungswürdig?

Grundsätzlich ist eine niedergedrückte, freudlose Stimmung immer behandlungswürdig, wenn der Patient dies wünscht. Leider können Depressionen so stark einschränkend sein, dass die Betroffenen eine fachliche Hilfe nicht mehr wünschen können. In solchen Fällen wird eine Behandlung gegen den Willen, besser: im Ersatz für den nicht vorhandenen Willen des Erkrankten eingeleitet. Eine solche Intervention ist Ärzten in Zusammenarbeit mit Gerichten vorbehalten.

Klassifikationen

Da sich der Schweregrad einer depressiven Störung auf einem Kontinuum von ganz leicht bis sehr schwer darstellt, die Symptomatik so vielfältig und zum Teil wenig eindeutig ist und das subjektive Erfahren dieser Störung nur schwer verbalisiert werden kann, ist eine Klassifikation schwierig und stellt immer eine Vereinfachung dar. Dies wird besonders deutlich, wenn wir die Klassifikation nach dem ICD-10 benutzen. Das müssen wir tun, wenn wir mit anderen Professionellen wie Ärzten, Sozialarbeitern und Psychologen kommunizieren wollen.

ICD-10 (WHO-Version 2006)

- F32.0: Leichte depressive Episode: Der Patient fühlt sich krank und sucht medizinische Hilfe, kann aber trotz Leistungseinbußen seinen beruflichen und privaten Pflichten noch gerecht werden, sofern es sich um Routine handelt.
- F 32.1: Mittelgradige depressive Episode: Berufliche oder private Anforderungen können nicht mehr oder
 - bei Tagesschwankungen – nur noch zeitweise bewältigt werden.
- F 32.2: Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome: Der

Patient bedarf ständiger Betreuung, eine Klinikbehandlung wird notwendig, wenn das nicht gewährleistet ist.

- F 32.3: Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen: Wie F 32.2, verbunden mit Wahngedanken, z.B. absurden Schuldgefühlen, Krankheitsbefürchtungen, Verarmungswahn u.a.

Der ICD-10 zählt darüber hinaus »sonstige depressive Episoden« und »depressive Episoden, nicht näher bezeichnet« auf und unterscheidet zwischen akuter und rezidivierender depressiver Störung. Dieses Klassifikationswerk unterscheidet ausschließlich nach deskriptiven, also beschreibenden Gesichtspunkten.

Der ICD-10 sagt nichts über die Genese und Ätiologie der depressiven Störung. Einerseits nicht zu Unrecht, denn beides ist nicht ausreichend erforscht und sicher von Person zu Person verschieden. Fehldiagnosen werden so vermieden. Andererseits sind Krankheitsdarstellungen, die nicht auf deren Ursachen und Entwicklungen eingehen, praxisfern und verlangen eine vertiefende Diagnose, damit eine adäquate Behandlung eingeleitet werden kann.

Ältere Klassifikationen

Ältere Klassifikationen, im Folgenden nur kurz dargestellt, sind anschaulicher und bieten Ansätze für eine gezielte Behandlung. Gleichzeitig besteht aber auch die Gefahr der falschen Einordnung und der Stigmatisierung, insbesondere mit dem Begriff »Psychose«.

Affektive Psychose

Die affektiven Psychosen werden auch endogene Depression und endogene Manie (unipolare affektive Störungen) oder manisch-depressive Psychose (bipolare affektive Störung) genannt. Diese Störungen werden diagnostiziert, wenn keine äußere Ursache für das Leiden erkennbar ist. Als Ursache werden Stoffwechselveränderungen im Gehirn vermutet, die auch erblich sein können.

Reaktive Depression

Hierbei handelt es sich um eine de-

pressive Reaktion auf ein belastendes Ereignis. Die reaktive Depression kann der Ursache entsprechen, z.B. eine Katastrophe, sie kann aber auch in Bezug auf Stärke und Dauer inadäquat sein.

Neurotische Depression

Die neurotische Depression, auch Erschöpfungsdepression genannt, wird durch länger anhaltende belastende Erfahrungen in der Lebensgeschichte verursacht. Bei dieser Form werden Verhaltensweisen verlernt, die das depressive Verhalten überwinden könnten.

Behandlung

Unabhängig davon, wie wir depressive Störungen klassifizieren, gilt:

Das Nervensystem ist der Ort, von dem alles Verhalten ausgeht.

Es steuert mittels elektrischer und chemischer Signale alle Vitalfunktionen des Körpers und alle jene Funktionen, die wir Persönlichkeit nennen. Störungen dieses Signalsystems führen zu Veränderungen in der Kognition, der Emotion und im äußeren Verhalten.

Für die richtige Behandlung stellt sich die Frage, ob wir mittels Medikamenten in den Hirnstoffwechsel eingreifen, um die Stimmung und somit das Verhalten zu verändern, oder ob wir das Verhalten modifizieren und somit den Hirnstoffwechsel und damit die Stimmung verändern.

Medikamentöse Behandlung

Antidepressiva werden verordnet, weil sie in das o. g. Signalsystem eingreifen. Es wird angenommen, dass bei jeder Form der Depression das serotonale und/oder noradrenerale System gestört ist, die entsprechenden Spiegel sind zu hoch oder zu niedrig oder die Resorption und die Reizbarkeit der Synapsen sind verändert. Dies mag hier zur Verdeutlichung dessen, was wir sagen wollen, genügen.

Heute werden am häufigsten Antidepressiva aus drei Medikamentengruppen verschrieben:

- Selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI)
- Trizyklische Antidepressiva
- Monoaminoxidasehemmer (MAO-

Hemmer)

In manchen Fällen wird auch Lithium gegen unipolare depressive Störungen verordnet. Dieses Mittel wird jedoch meistens zur Phasenprophylaxe bei bipolaren Störungen eingesetzt.

Johanniskrautextrakt (Hypericum) soll Untersuchungen zufolge einen ähnlich guten Erfolg zeigen wie die klassischen Medikamente, jedoch mit weniger Nebenwirkungen.

Nebenwirkungen

Alle Stoffe, die die Fähigkeit haben, die Stimmung des Menschen zu verändern, zeitigen unerwünschte Nebenwirkungen. Sie wirken grundsätzlich überall da, wo Neuronen tätig sind und insbesondere überall dort, wo Neuronen entsprechende Synapsen besitzen. Hierdurch werden nicht nur Stimmungen in die erwünschte Richtung verändert, sondern auch – ungewollt – andere Funktionen des Nervensystems.

Die Liste dieser Nebenwirkungen ist bei jedem Antidepressivum, egal zu welcher Gruppe es gehört und welchen Handelsnamen es trägt, lang. Sie variiert je nach Wirkstoff und individuellen Bedingungen.

Hier nur die wichtigsten Nebenwirkungen eines trizyklischen Antidepressivums:

Sehr häufig: Schwindel, Mundtrockenheit, verstopfte Nase, Müdigkeit, Benommenheit, Schwitzen, Kopfschmerzen, Hypotonie, orthostatische Dysregulation, Tachykardie, Aggressionen, Herzrhythmusstörungen, Tremor, Sprachstörungen, Akkommodationsstörungen, Obstipation, Gewichtszunahme, passageres Ansteigen der Leberenzymaktivität

Häufig: Libidoverlust, Miktionsstörungen, innere Unruhe, Hyponatriämie, Durst, Hautausschlag, Impotenz, Ataxie, Mydriasis, Störungen des Geschmackvermögens, Konzentrationsmangel. Bei Älteren delirante Syndrome.

Gelegentlich: paralytischer Ileus, Kollapszustände, Hypertonie, Diarrhoe, Harnsperrung, Blutbildveränderungen, Galaktorrhoe, Leberfunktions-

störungen, Erregungsleitungsstörungen, Tinnitus, Angst, Paranoia, Manie, allergische Hautreaktionen, Vaskulitis, Ödeme (Gesicht, Zunge)

Auch die wichtigsten Nebenwirkungen von Lithium sind beachtlich:

Häufig: zu Beginn der Behandlung: Brechreiz, Übelkeit, Durchfall, Polydipsie, Muskelschwäche, Tremor der Hände (wieder abklingend), Gewichtszunahme

Oft: Arthralgie, Muskelschwäche, Myalgie, Tremor, Faszikulation, unwillkürliche Bewegung der Extremitäten, Ataxie, choreoathetotische Bewegungen, Synkopen, hyperaktive Sehnenreflexe, extrapyramidalmotorische Symptome, Koordinationsstörungen, Krampfanfälle, Kopfschmerzen, verwaschene Sprache, Schwindel, Benommenheit, Somnolenz, Koma, Stupor, Halluzinationen, Geschmacksstörungen, Nystagmus, Gesichtsfeldausfälle, Pseudotumor cerebri, verschwommenes Sehen, Impotenz, sexuelle Dysfunktion, Arrhythmien (meist bradycard), Kreislaufversagen, Hypotonie, EKG-Veränderungen, Ödeme, Kardiomyopathien, Raynaud-Syndrom, Myasthenia gravis

Fallbeispiel von Nebenwirkungen

Eine Patientin (68 Jahre) nimmt seit 30 Jahren täglich ein trizyklisches Antidepressivum und Lithium ein. Sie kommt in die Praxis und klagt über Konzentrationsverlust, Gedächtnisstörungen, Tremor der Hände, Muskelschwäche, dauernden Durst, Harninkontinenz und schwere Herzrhythmusstörungen. Inzwischen benötigt sie einen Herzschrittmacher.

Die Patientin berichtet, sie habe vor 30 Jahren zum zweiten Mal eine schwere depressive Episode erlitten und daraufhin die Medikamente verschrieben bekommen. Sie habe niemals eine manische Episode erlebt. Seit 30 Jahren würden ihr ein Antidepressivum und Lithium fraglos verordnet. Die Patientin wurde seitdem nie wieder psychiatrisch untersucht, es wurde nie geprüft, ob die Medikamente nicht ausgeschlichen werden könnten.

Psychotherapie

Voraussetzung für eine psychotherapeutische Behandlung ist eine genaue Diagnose. Bestimmte Erkrankungen sind auszuschließen: perniziöse Anämie, sonstige Anämie, Erkrankungen der Schilddrüse, Fruktosemalabsorption, ebenso Suizidalität.

Die Ursachen sind zu ermitteln. Wenn weder der Patient noch der Therapeut solche Auslöser nennen können und die Störung schwer ist, ist die Konsultation eines Psychiaters zu empfehlen, ungeachtet der Nebenwirkungen bestimmter Medikationen.

Befindet sich der Patient nicht in einem kritischen Zustand, der sofortiges Handeln erfordert, ist die Behandlung mit homöopathischen oder phytotherapeutischen Mitteln hilfreich (siehe unten).

Als besonders wirkungsvoll hat sich die kognitiv-verhaltenstherapeutische Arbeit erwiesen. Sie hilft den Klienten, ihr Denken in Richtung auf Positives zu verändern, unter Aufgabe des Kreisens um das Leiden. Gleichzeitig werden neue, oder ehemals als angenehm empfundene Aktivitäten initiiert.

Häufig müssen die Lebensumstände umstrukturiert und neue soziale Beziehungen aufgebaut werden. Wenn der Patient dazu in der Lage ist, wird mittels körperlicher Aktivitäten, z.B. Schwimmen, Laufen, Kraftsport, für eine erhöhte Produktion von Noradrenalin gesorgt.

Alle Interventionen zielen darauf ab, das erlernte depressive Verhalten zu schwächen und zu löschen und statt dessen ein Verhalten aufzubauen oder wieder zu aktivieren, das konstruktiv und zielgerichtet ist und somit die Freude am Leben erhöht.

Themen/Ziele in der psychotherapeutischen Behandlung können unter anderem sein:

- Überwindung psychischer Traumata
- Erlernen konstruktiven Denkens und Handelns
- Erhöhung der Frustrationstoleranz
- Verbesserung des Selbstbildes
- Aufbau befriedigender sozialer Beziehungen
- Verbesserung der körperlichen Be-

dingungen

Naturheilkunde

Phytotherapie und Homöopathie bieten uns Möglichkeiten, Depressionen erfolgreich zu behandeln bzw. die Verhaltenstherapie sinnvoll zu begleiten.

Klassische Homöopathie

Die unter modernen, psychologisierenden Homöopathen oft »gehandelten« Gemütsmittel, z.B. Pulsatilla, Staphisagria, Natrium muriaticum, Sepia, sind natürlich keine Mittel gegen Depressionen. Es sind Arzneien, die, wenn eine entsprechende Ähnlichkeit der Krankheits- und der Prüfungssymptome vorliegt, helfen können – aber auch nur dann. Das ist das Gesetz der Homöopathie: Ähnliches kann Ähnliches heilen. Wir haben im Krankheitsfall nach den besonderen, »merkwürdigen« Symptomen sowohl des Patienten als auch der Arznei zu suchen, und zwar zunächst nach den körperlichen Krankheitszeichen.

Die Symptome der Depression sind ja vorwiegend pathognomonisch, also keine »besonderen, individuellen« Symptome.

Depressionspatienten entwickeln immer auch körperliche Symptome: Inappetenz oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten, Schlafstörungen, Obstipation, Diarrhoe, Herzrhythmusstörungen, Tachykardie, Cephalgie und andere.

In den allermeisten Fällen sind zu diesen somatischen Beschwerden auch ausgeprägte Modalitäten zu finden. Die reinen Symptome mit ihren Modalitäten reichen aus, das passende »ähnliche« Mittel zu finden.

Nach Hahnemann ist keine Dosis zu klein, um zu wirken. Gemeint ist die Menge, nicht die Potenz. Wir empfehlen, mit Q-Potenzen (LM) zu arbeiten und zwar flüssig (ein Globulus in 100 ml Wasser auflösen, 2 Tropfen Äthanol dazugeben, davon einen Tropfen in eine halbe Tasse Wasser geben, einen Eierlöffel voll einnehmen, den Rest verwerfen). Ab der zweiten Gabe vorher die Vorratsflasche zweimal in eine Hand schlagen. Bei dieser Verabreichung kann auf Reaktionen oder das Ausbleiben von Reaktionen reagiert

werden: Erhöhung der Schüttelschläge, Erhöhung der Tropfenzahl, aus der ersten Verdünnung einen Eierlöffel in eine zweite halbe Tasse Wasser geben und so weiter.

Komplexhomöopathie

Auch Komplexhomöopathika haben sich bei der Behandlung von Depressionen bewährt. Wegen der meist niedrigen Potenzierung ihrer Inhaltsstoffe wirken sie organotrop und können pathognomonisch eingesetzt werden. Beispiele aus dem großen Angebot der Hersteller sind:

- Nervoregin H Tbl. und Nervoregin Tr. (Pflüger)
- Löwe-Komplex Nr. 4 Hypericum Tropfen (Infirmarius GmbH)
- Aurum/Apis regina comp. Glob. und Amp. (Wala)
- Platinum Synergion Nr. 14 Tropfen (Kattwiga)

Phytotherapie

In der Pflanzenheilkunde hat sich Johanniskraut am besten bewährt, es wirkt vor allem stimmungsaufhellend. Cave: abends eingenommen kann es den Schlaf stören.

Beispiele von Fertigarzneimitteln:

- Cesradyston 425 mg Kaps. (Cesra)
- Hyperforat 250 mg Tbl. (Dr. Klein)
- Jarsin 300 mg - 750 mg (Cassella med)
- Felis 425 Kaps. (Hexal)
- Laif 600 und 900 Tbl. (Steigerwald)
- Neuroplant Tbl./300 mg N/Aktiv (Schwabe)
- Remotiv N (Madaus)

Kombinationspräparate sind meistens Mischungen aus Johanniskraut, Baldrian und Passionsblume, z.B.

- Neurapas balance Tbl. (Pascoe)
- Sedariston Konzentrat Kaps. (Steiner)

Bei der Depressionsbehandlung mit biologischen und homöopathischen Arzneien müssen wir mit dem eventuellen Absetzen bisher eingenommener chemisch definierter Antidepressiva sehr vorsichtig sein. Zum einen kann es zu Entzugsbeschwerden kommen, zum anderen ist durch den Wegfall der medikamentös indizierten Hemmung die Suizidneigung größer. Deshalb darf immer nur ausge-

schlichen werden.

Kasuistik

Die Patientin M. T. leidet seit 25 (!) Jahren unter einer agitierten Depression, verbunden mit Angstzuständen und erheblichen funktionellen Herzstörungen. Seitdem nimmt sie Valium bzw. Diazepampräparate ein, die sie seit einigen Jahren abwechselnd an den Rand völliger Apathie und in einen Zustand nicht beherrschbarer nervöser Unruhe treiben. Die Krankheit begann nach einer für sie »seelischen Katastrophe«.

Beurteilung

Die Gabe eines Psychopharmakums war nach dem Erlebnis, das als Causa betrachtet werden kann (reaktive Depression), völlig gerechtfertigt. Es bestand Suizidgefahr. Warum aber in 25 Jahren nicht ein einziger Absetzversuch unternommen wurde, bleibt unklar.

Therapie

Wir klärten die Patientin über die Nebenwirkungen der Mittel auf und stellten ihr Alternativen vor. Ebenso wurde sie über die eventuellen Beschwerden und Gefahren eines Absetzens der chronisch eingenommenen Präparate informiert.

Frau T. erhielt einen Ausschleichplan über zehn Wochen, den sie auch »tapfer« einhielt, trotz ihrer abhängigkeitsbedingten Angst vor einem Leben ohne Diazepam.

Nach fünf Wochen, als die tägliche



Johanniskraut (*Hyperici herba*) wirkt mild antidepressiv und nervenstärkend

Wirkstoffmenge erheblich reduziert war, erhielt sie Neurapas balance (Pascoe), 3 x 2 Tbl. täglich.

Die Wirkstoffe sind Trockenextrakt aus Johanniskraut, Wirkung: aufhellend, Trockenextrakt aus Baldrianwurzel, Wirkung: beruhigend, Trockenextrakt aus Passionsblumenkraut, Wirkung: ausgleichend.

Die Patientin fühlte sich unter dieser zusätzlichen Medikation sofort erheblich besser, die Unruhe ließ nach, eine depressive Verstimmung war nur noch sehr gering zu beobachten, und wurde subjektiv nicht mehr erlebt, Apathiezustände traten nicht mehr auf.

Die Patientin konnte nach zehn Wochen Diazepam völlig absetzen. Neurapas balance wurde auf 3 x 1 Tbl.tgl. reduziert.

Zur Therapie der durch die lange Einnahme eines Hirnstoffwechsel verändernden Arzneimittels entstandenen Schäden, erhielt sie zusätzlich von der Firma Laboratorium Soluna das Solunat Nr. 18 (früher Splenetik) und das Solunat Nr. 4 (früher Cerebretik), im täglichen Wechsel vormittags und nachmittags 15 Tropfen.

Zwölf Wochen nach Behandlungsbeginn konnte neurapas balance auf eine Tablette abends, eine Stunde vor dem Schlafengehen, reduziert werden.

Die beiden Solunate wurden bis zum Ende der Flaschen (50.0) eingenommen und dann nicht wiederholt. Sechs Monate nach Behandlungsbeginn konnte auch die abendliche Tablette abgesetzt werden.

Durch eine Mischung phytotherapeutischer Arzneien (Johanniskraut, Baldrian, Passionsblume), unterstützt von spagyrischen Essenzen, konnte diese schwere Medikamentenabhängigkeit überwunden und eine iatrogen verschleppte reaktive Depression ausgeheilt werden. Geholfen hat hier zusätzlich die Motivation der Patientin, die diese durch Gespräche (Verhaltenstherapie) erhielt.

Zusammenfassung

Die Ursache depressiver Störungen ist nicht genau bekannt, jedoch scheint es sich in allen Fällen auf neuronaler Ebene um eine Neurotransmitterstörung zu handeln.

Die Behandlung mit Antidepressiva kann notwendig sein, um das Leiden zu lindern oder Suizid zu verhindern. Jedoch kann diese medikamentöse Behandlung sehr schwere Nebenwirkungen zeitigen, so dass eine Behandlung mit homöopathischen oder phytotherapeutischen Mitteln hilfreicher sein kann.

Die psychotherapeutische Behandlung setzt eine eingehende Differentialdiagnose voraus. Zur Behandlung sollten keine aufdeckenden Therapiemethoden, sondern solche der Verhaltenstherapie eingesetzt werden.

Literatur

ICD-10 online (WHO-Version 2006)

E. Reuter, *Depression, eine Hypothese zur Ursache von Depression aus der Sicht der Neurobiologie und Psychologie, Der Heilpraktiker&Volksheilkunde, 11/2000*

Hautzinger, M. und de Jong. Meyer, R. (2003), in Reinecker, H. (Hrsg.): *Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie: Modelle psychischer Störungen. Göttingen: Hogrefe*

Ursula Breyer-Pfaff, Hans J. Gaertner, Pierre Baumann: *Antidepressiva. 2005*



Verfasser

Eckehardt Reuter
Heilpraktiker für Psychotherapie
Wiedstraße 32 b
57644 Winkelbach
r.psychotherapie@gmx.de