Mit dem Thema Prävention ist die Reihe „Krankheit Verstehen – Depression“ bei den Behandlungsformen angekommen. Die folgenden vier Themenblöcke beschäftigen sich mit vier Perspektiven auf die Therapie. Zunächst hier folgend die Prävention (Vorbeugung), sodann die Basistherapie (gemeint ist die basale Arzt-Patienten-Beziehung mit Aspekten wie Adhärenz (Bindung), Psychoedukation und anderes mehr). In der Folge die Therapie im engeren Sinne: die speziellen Behandlungsformen der Depression. Schließlich viertens die Hilfen und Angebote durch komplementäre und Angebote jenseits von Psychiatrie und Psychotherapie. Schauen wir also jetzt auf die Prävention.

Vorbeugen und Zuvorkommen

Prävention und Prophylaxe werden heute synonym verwendet

Man unterscheidet nach Caplan (1964) drei Arten der Prävention:

- **Primäre Prävention** (Primärprophylaxe)
 - Risiko- und Ursachenvermeidung, Gesundheitsförderung, Krankheitsvorbeugung (z.B. Impfung)
- **Sekundäre Prävention** (Sekundärprophylaxe)
 - Früherkennung und Frühintervention, Screening, Verhinderung des (manifesten) Ausbruchs der Erkrankung
- **Tertiäre Prävention** (Tertiärprophylaxe, Rückfallprophylaxe)
 - Rückfallvermeidung, Vermeidung von Residuen, Komplikationen, Chronifizierung nach manifester Erkrankung, Rehabilitation

Die Primäre Prävention will die Krankheitsentstehung vermeiden, z.B. durch Risikominimierung.

Die Sekundäre Prävention will die vorhandene Krankheit früh und rechtzeitig behandeln, z.B. durch Screening-Fragebögen, damit ein „richtiger“ Ausbruch und eine „richtige“ Behandlung erst gar nicht manifest werden.

Die Tertiäre Prävention hat zum Ziel, die Folgen einer Erkrankung gering zu halten und eine Wiederkehr zu unterbinden.

Das Vulnerabilität-Stress-Modell

Vulnerabilitäts- Stress-Modell modifiziert nach Zubin und Spring, 1977

Wendet man das Schema der primären, sekundären und tertiären Prävention auf das universale Vulnerabilitäts-Stress-Modell an, so bietet sich die dargestellte Zuordnung an.

Auch die Behandlung der Depression enthält viele Präventionsansätze

Eine Auswahl

- Minimierung der Risikofaktoren
- Früherkennung
 - Kontaktängste mindern, Entstigmatisierung, öffentliches Problembewusstsein
 - Frühbehandlung, niedrighschwellige Angebote
 - Verbesserung von Diagnose und Behandlung in der Primär- und Sekundärversorgung, Schulungen, Sensibilisierung
- Vermeidung von Chronifizierung
 - Medizinische und berufliche Rehabilitation, Komplexbehandlungen, Sozialarbeit, spezifische Psychotherapieansätze
- Rezidivprophylaxe
 - Im Speziellen die compliante Einnahme von Phasenprophylaktika bei erhöhter Rückfallgefahr

Auch die Behandlung von Depression enthält viele Präventionsansätze, so etwa klassisch die Rehabilitation und die Rezidivprophylaxe. Durch die Bemühungen des Kompetenznetzes Depression wurde die Sekundäre Prävention deutlich gestärkt. Die Primäre Prävention gestaltet sich weiter schwierig, warum?

Risikofaktoren (medizinisch nicht veränderbar)

Die Risikofaktoren der Entstehung sind auch wesentliche negative Verlaufsprädiktoren!

- Verdoppelte Jahresprävalenzen bei folgenden Risikofaktoren
 - Ohne Partnerschaft / sozial geringe Integration: Erkrankungsrisiko verdoppelt (von 10% auf über 20% Jahresprävalenz)
 - Sozial belastete, einkommensschwache Schicht (von 9% auf 17%)
 - Arbeitslosigkeit (von 10% auf 20%)
 - Weibliches Geschlecht
- Weitere Risikofaktoren ohne Stärkenangaben
 - Geringe Ressourcen, Traumatisierungen, Strukturdefizite (Biographie)
 - Ballungsräume
 - Genetik (familiäre Häufung, insbesondere bei Affektpsychosen) (Biologie)

angelehnt an Härter 2007

Anlage, Umwelt und Risikofaktoren sind mit medizinischen Mitteln aus technischen und ethischen Gründen kaum veränderbar. Dass der gesellschaftliche Wandel für die gesicherte Zunahme der psychischen Störungen und insbesondere auch der Depressionen hauptverantwortlich erscheint, wurde im epidemiologischen Themenblock dargestellt. Änderungen in diesem Bereich wären primär Aufgabe von Gesundheits-, Sozial- und Bildungspolitik.

Genetik

Alterskorrigiertes Morbiditätsrisiko (%) für affektive Erkrankungen (UP + BP) bei Verwandten ersten Grades

Indexfall bipolar Ersterkrankung	vor 40. LJ: 19,9	nach 40 . LJ.: 11,2
Indexfall unipolar Ersterkrankung	vor 40. LJ.: 10,7	nach 40. LJ.: 9,5
Beide Eltern affektiv erkrankt	55,7	
Allgemeinbevölkerung: Bipolar affektive Erkrankung:	1,0	
Unipolar affektive Erkrankung:	5,0 - 7,0

Der genetische Faktor ist auch für die Depression gesichert. Die vorliegende Tafel zeigt etwa, dass bei Erkrankung eines Angehörigen ersten Grades (also Eltern, Kinder, Geschwister) das Erkrankungsrisiko bei 10-20% liegt. Damit liegt es deutlich höher als die allgemeine Prävalenz. Sind beide Eltern erkrankt oder ein Zwilling, so liegt die Erkrankungswahrscheinlichkeit bei über 50%.

Typische unipolare Verläufe

- a) Depressive Episode
vollständige Remission
- b) Depressive Episode
unvollständige Remission
- c) Rezidivierende
Depression
- d) Dysthymie
- e) Double Depression
Depressive Episode
mit vorangegangener
Dysthymie
- f) Chronifizierte (>2 Jahre)
depressive Episode

Mod. N. Wittchen et al., S3-Leitlinie / Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression, 2009

Die Folie bildet typische Verläufe einer unipolaren Depression ab. In der akuten Phase kann nicht sicher vorhergesehen werden, ob eine Chronifizierung eintritt oder ein Residuum bleibt oder ob und wann es zu einer Wiedererkrankung kommt.

Chronifizierung und Residuum

- Die Restbeschwerden der behandelten Depression liegen nach 2 Jahren noch bei 21%, nach 10 Jahren bei noch 7%. Erneute Akutphasen erhöhen die Residuen-Rate.
- Zu chronischen Verläufen über 2 Jahre hinaus kommt es immerhin bei 15% aller Depressionen.
- Ohne Phasenprophylaxe kommt es zu durchschnittlich 4 Episoden in 10 Jahren.
- Bei zunehmenden Alter entstehen häufigere und längere Phasen.

S3-Leitlinie; Evans et al . 2005, Katzow et al . 2003, Leboyer et al . 2005; Härter 2007

Während man früher sagte, depressive Episoden heilen im Gegensatz zu schizophrenen Phasen aus, zeigen neuere Studien, dass es auch hier zu erheblichen Restbeschwerden und Chronifizierungen kommen kann.

Welches sind aber die Risikofaktoren, die einen negativen Verlauf begünstigen?

Erhöhung des Rezidivrisikos – Ein Überblick

- Individuelle Stärke des allgemeinen Risikoprofils (Genetik, Umwelt, Integration u.v.m.)
- Schwere und Art der Depression (Affektpsychose)
- Ausprägung der psychischen und somatischen Komorbidität (s. Themenblock Symptomatik)
- Fehlende Rückfallprophylaxe / Incompliance / frühzeitiges Absetzen
- Frühe Ersterkrankung und kurzes Wiedererkrankungsintervall
- Geschlecht (w) und Familienstatus (ungebunden)
- Unzureichende Problem- und Lebensveränderung, geringe psychosoziale Protektoren, Coping
- Unzureichende, zu späte Erstbehandlung
- Residuale Symptomatik / unvollständige Remissionen

Die Erhöhung des Rezidivrisiko ist vielfältig beeinflusst. Die nationale Versorgungsleitlinie S3-Depression führt unter anderem aus: *„Ein zusätzlicher wichtiger Faktor, der sich ungünstig auf die Gesundheit des Patienten auswirkt, ist das Vorliegen einer psychischen oder somatischen Komorbidität, z. B. mit Substanzmissbrauch, Persönlichkeits-, Angst- oder Essstörungen sowie anderen chronischen Krankheiten. Betrachtet man patientenbezogene und soziale Faktoren, so bedingen vor allem junges Alter bei Ersterkrankung [205], weibliches Geschlecht und ein lediger Familienstatus [206] sowie mangelhafte soziale Unterstützung der Betroffenen eine signifikant erhöhte Anfälligkeit für einen Rückfall.“* (aus S3, 57).

Für die Belange von Prävention und Behandlung sind vor allem die Bereiche Komorbidität und Rückfallprophylaxe ausschlaggebend, da hieraus konkrete Therapieaufgaben resultieren.

Während die Thematik der Komorbidität schon zuvor abgehandelt wurde, wenden wir uns nun näher der Rezidivprophylaxe zu.

Rezidivneigung bei schwerer Depression

- Jeder Zweite wird erneut krank!
- Nach drei Episoden muss man mit der vierten rechnen (>90%)!

Rückfallprophylaxe!

Risiko für Wiedererkrankung (%)

1. Judd LL, et al. Am J Psychiatry. 2000;157:1501-1504.
2. Mueller TI, et al. Am J Psychiatry. 1999;156:1000-1006.
3. DSM-IV-TR®. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000:369-376.

Die Beachtung der Rezidivprophylaxe muss eine zentrale Stellung einnehmen, wie diese Zahlen zeigen.

Die Wahrscheinlichkeit für Wiedererkrankungen steigt mit der Zahl der nachfolgenden depressiven Episoden an: Schon im ersten Jahr nach der Ersterkrankung liegt das Rückfallrisiko bei 30-40%.

Im Verlaufe des Lebens bekommt jeder zweite Betroffene (50%) eine zweite Erkrankung.

Ab der dritten Episode muss man davon ausgehen, dass es ohne Rezidivprophylaxe zu einer vierten Episode kommt.

Akuttherapie – Erhaltungstherapie - Rezidivprophylaxe

S3-Leitlinie Depression

Da die Rückfallquote schon bei 40% allein im ersten Jahr liegt, soll sich eine etwa einjährige medikamentöse Rückfallprophylaxe schon an die erste schwere Depression anschließen. Eine konsequente Behandlung gerade der Ersterkrankung ist auch daher wichtig, weil das Erreichen und das Aufrechterhalten der Remission während der ersten Episode die dargestellten hohen Wahrscheinlichkeiten für die Entwicklung eines chronischen, rezidivierenden Verlaufs der Depression zu senken vermag (Judd et al, 2000).

Rückfallrisiko

Bei Restbeschwerden besteht ein dreifach erhöhtes Rückfallrisiko!

¹ Paykel et al., Psychol. Med. 1995;25:1171-1180.

In diesem Zusammenhang wurde ferner festgestellt, dass bei Verbleib von Restbeschwerden das Rückfallrisiko erheblich, nämlich auf das Dreifache, erhöht ist.

Eine frühe konsequente und kompetente Erstbehandlung hat somit enorme rezidivprophylaktische Bedeutung! Dennoch liegt der Verbleib von Restbeschwerden innerhalb der ersten zwei Jahre nach akuter Episode bei wiederum 20%. (S3)

Coping...

- Ist die Bewältigung von Stress, Problemen oder auch von Krankheit
- Eine gute Bewältigungsfähigkeit ist abhängig von:
 - Individuelle Copingstrategien entsprechen der persönlichen Stärken und Kompetenzen (strukturelle und charakterliche Muster, Ressourcen, Neurotizismen)
 - Sozialer Kompetenz und verfügbares Sozialnetz
 - Innere Verankerung (Wertewelt, Eingebundenheit, Selbstsicherheit)
 - Frustrationstoleranz, Geduld, Glaube an die eigene Veränderungskraft
 - Konstruktiver, sinnstiftender Krankheitsauffassung

Neben konsequenter Behandlung, Rezidivprophylaxe sowie der Minimierung und Behandlung von psychischen und somatischen Komorbiditäten stellen die psychoreaktive Krankheitsbewältigung, das Coping und die Compliance wichtige Verlaufsfaktoren dar.

Einflüsse auf das Inanspruchnahmeverhalten

Behandlungsmotivation

- Leidensdruck
- Arbeitsunfähigkeit
- Alltagsunfähigkeit
- Belastungsunfähigkeit
- Anraten/Drängen der Bezugsperson
- Sekundäre Vorteile suchen
- Rollenübernahme
- Entpflichtung

Hemmnisse

- Scham (*Stigma*)
- Selbstzweifel (*Selbstbild*)
- Depressiv-sozialer Rückzug
- Eigenes Schulerleben und befürchtete Schuldzuweisungen
- Faktische Erreichbarkeit (*Aufwand, Wartezeit, Fahrstrecke*)
- Ängste (*vor den Folgen, den Therapien, dem Krankenhaus, der „Chemische Keule“, der Zwangseinweisung*)

Nicht nur bei der Behandlung, auch bei der Bewältigung ist der Haus- und Facharzt von Bedeutung. Diese kann er um so verlässlicher übernehmen, je besser er über die Behandlungsmotivation und Behandlungshemmnisse des Betroffenen Bescheid weiß. Überwiegen die Hemmnisse, so kommt es erst gar nicht zum Arztkontakt. Dies ist in 30% der Fälle. Auch die Fortführung der Therapie hängt von derartigen Vorbehalten und Schwellenängsten ab: Hemmungen, Stigmatisierung, Ängste, Schuldgefühle, Schamaffekte sind hier die Schlagwörter, aber auch Desinteresse, Uninformiertheit, Unverständnis und emotionale Vorbehalte bis hin zu Misstrauen gegenüber dem Arzt.

Die Basis der Behandlung ist es somit, dass der sorgende Arzt seinen Patienten erreicht und bindet. Damit befinden wir uns inhaltlich schon im Themenblock „Basis der Therapie“.

Vorurteile und Ängste bezüglich Antidepressiva

Bei einer repräsentativen Befragung von 1426 Personen glaubten:

69%

dass Antidepressiva die Persönlichkeit verändern

80%

dass Antidepressiva abhängig machen

Obwohl Antidepressiva in den meisten Fällen gut verträglich sind, glauben 71% der Befragten, sie hätten starke Nebenwirkungen!!

Befragte verwechseln Antidepressiva, Beruhigungsmittel und Neuroleptika!

Ängste und Vorurteile gegenüber Antidepressiva sind sehr weit verbreitet. Antidepressiva verändern aber nicht die Persönlichkeit!. Es ist vielmehr die Depression, die in vielen Fällen die Persönlichkeit der Betroffenen verändern kann. Auch wird man von Antidepressiva definitiv nicht süchtig. Viele Menschen haben auch unrealistische Vorstellungen bezüglich der Nebenwirkungen von Antidepressiva.

Diese Vorurteile sind oft Ursache dafür, dass viele Menschen eine pharmakologische Behandlung der Depression von vornherein ablehnen.