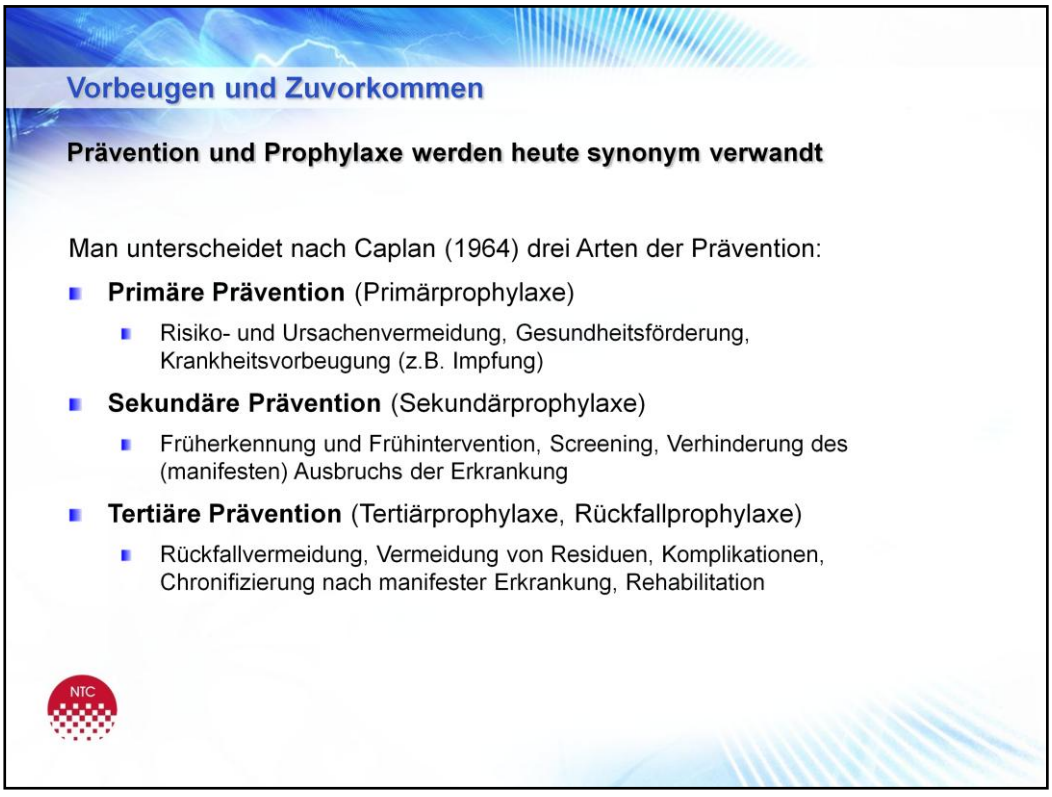
Mit dem Thema Prävention ist die Reihe „Krankheit Verstehen – Depression“ bei den Behandlungsformen angekommen. Die folgenden vier Themenblöcke beschäftigen sich mit vier Perspektiven auf die Therapie. Zunächst hier folgend die Prävention (Vorbeugung), sodann die Basistherapie (gemeint ist die basale 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.

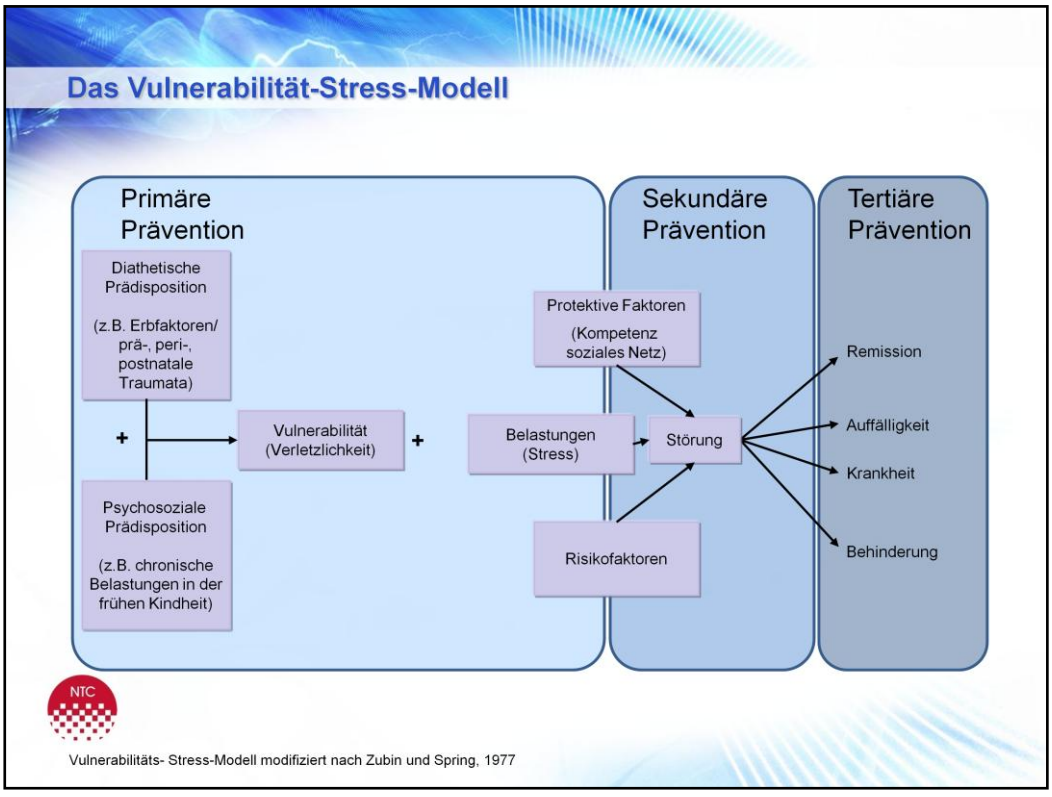
Schauen wir also jetzt auf die Prävention.



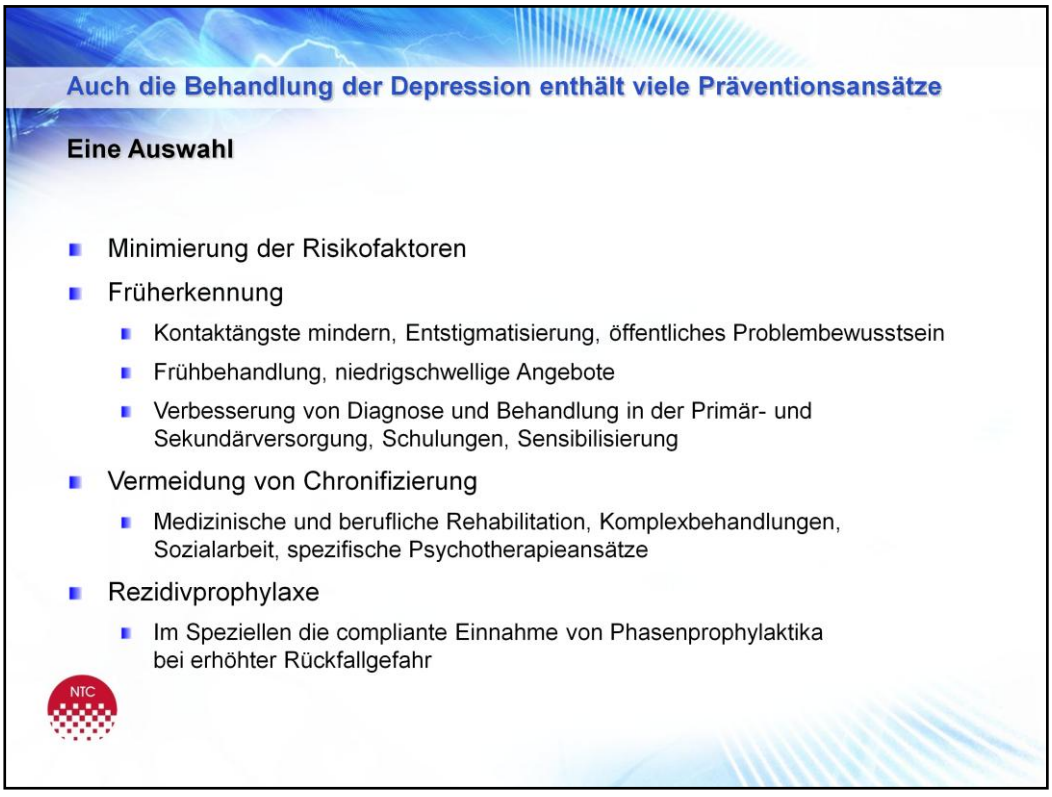
Die Primäre Prävention will die Krankheitsentstehung vermeiden, z.B. durch Risikominimierung.

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.

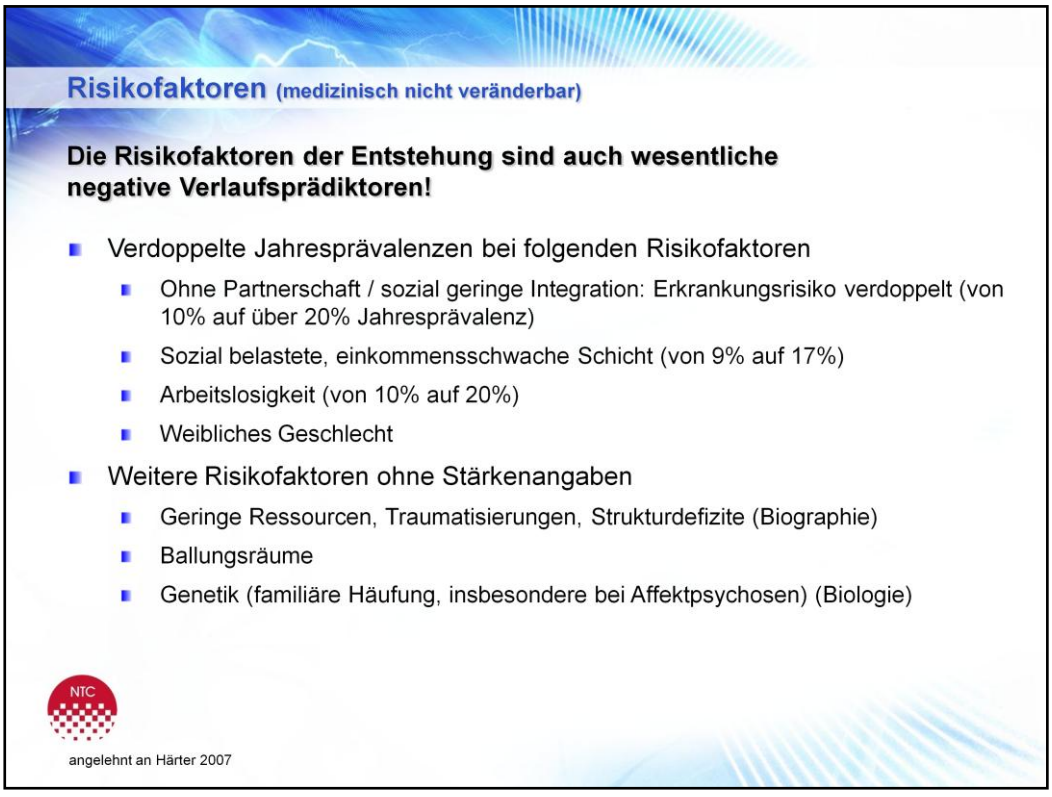
Die Tertiäre Prävention hat zum Ziel, die Folgen einer Erkrankung gering zu halten und eine Wiederkehr zu unterbinden.



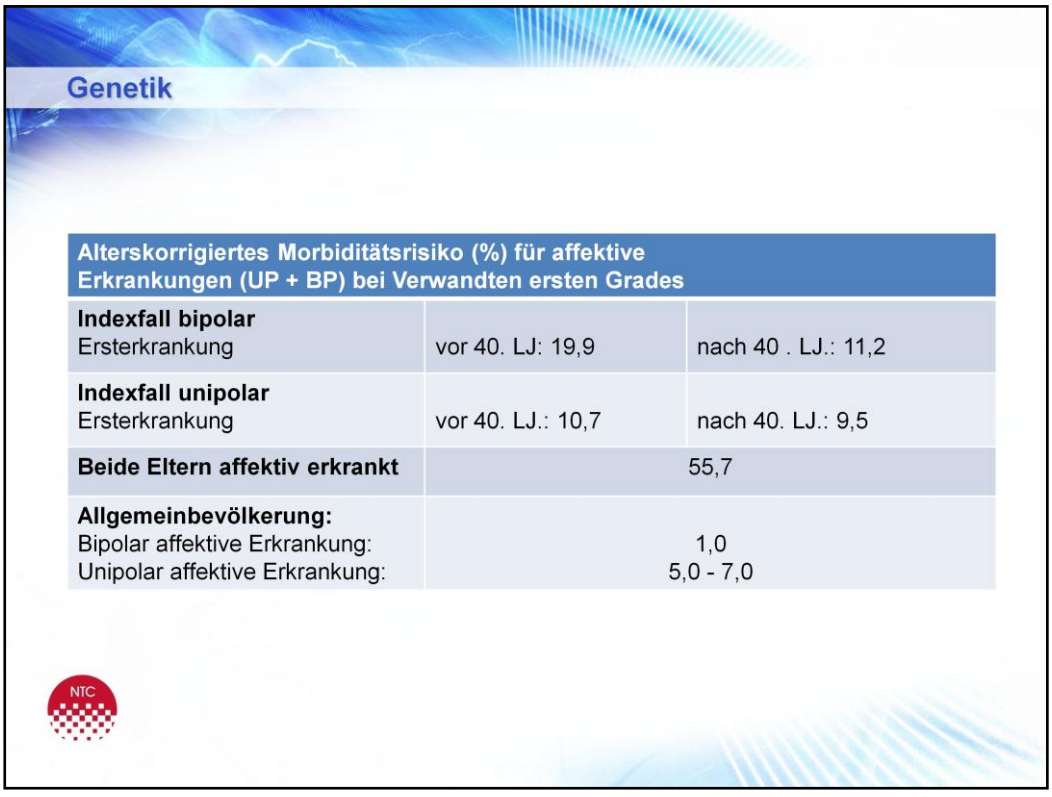
Wendet man das Schema der primären, sekundären und tertiären Prävention auf das universale Vulnerabilitäts-Stress-Modell an, so bietet sich die dargestellte Zuordnung an.



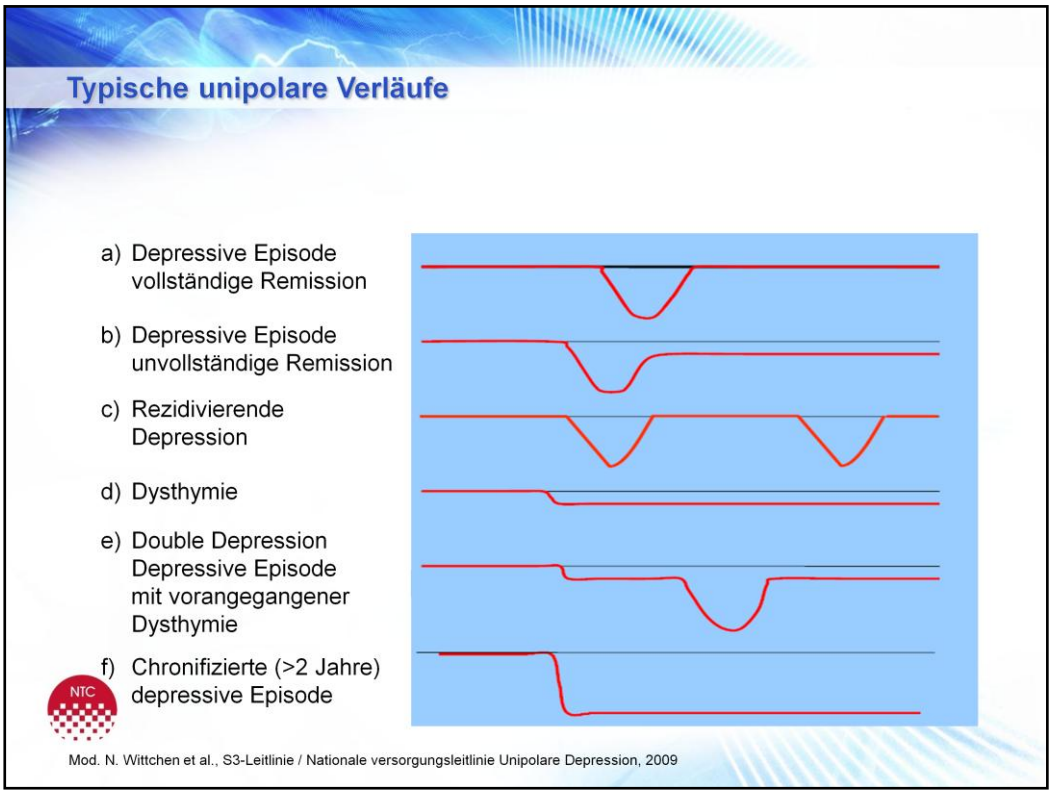
Auch die Behandlung von Depression enthält viele Präventionsansätze, so etwa klassisch die Rehabilitation und die Rezidivprophylaxe. Durch die Bemühungen des Kompetenznetzes Depression wurde die Sekundäre Prävention deutlich gestärkt. Die Primäre Prävention gestaltet sich weiter schwierig, warum?



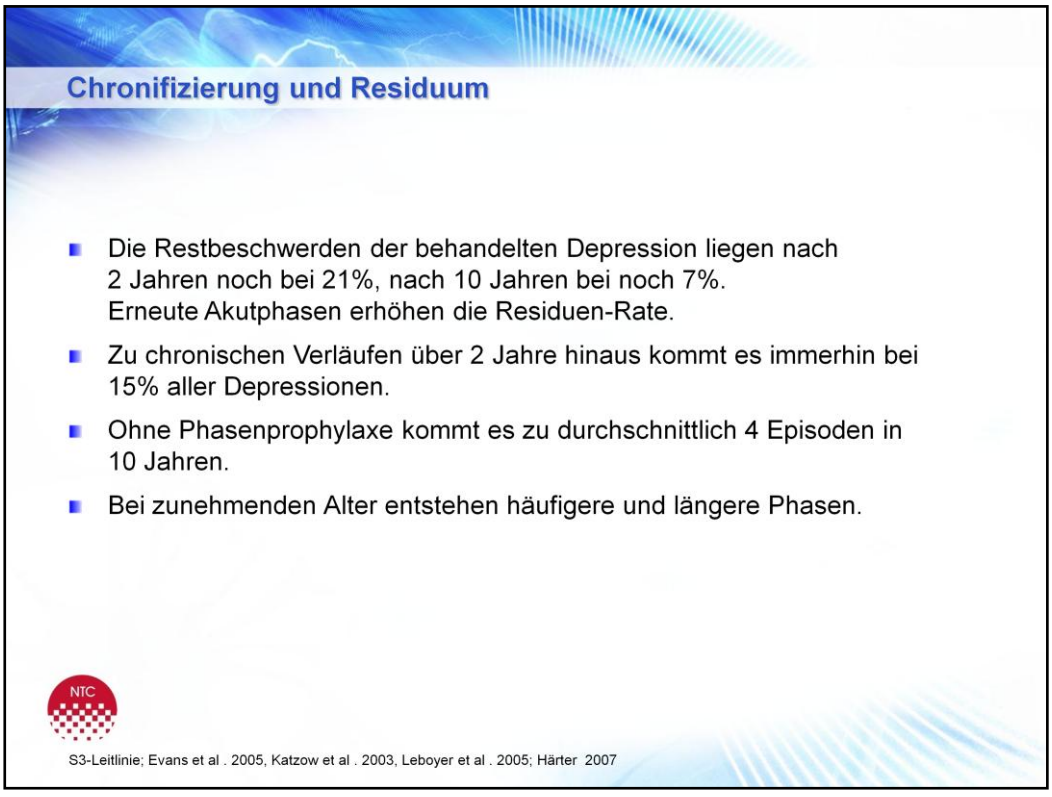
Anlage, Umwelt und Risikofaktoren sind mit medizinischen Mitteln aus technischen und ethischen Gründen kaum veränderbar. Dass der gesellschaftliche Wandel für die gesicherte Zunahme der psychischen Störungen und insbesondere auch der Depressionen hauptverantwortlich erscheint, wurde im epidemiologischen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



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%.

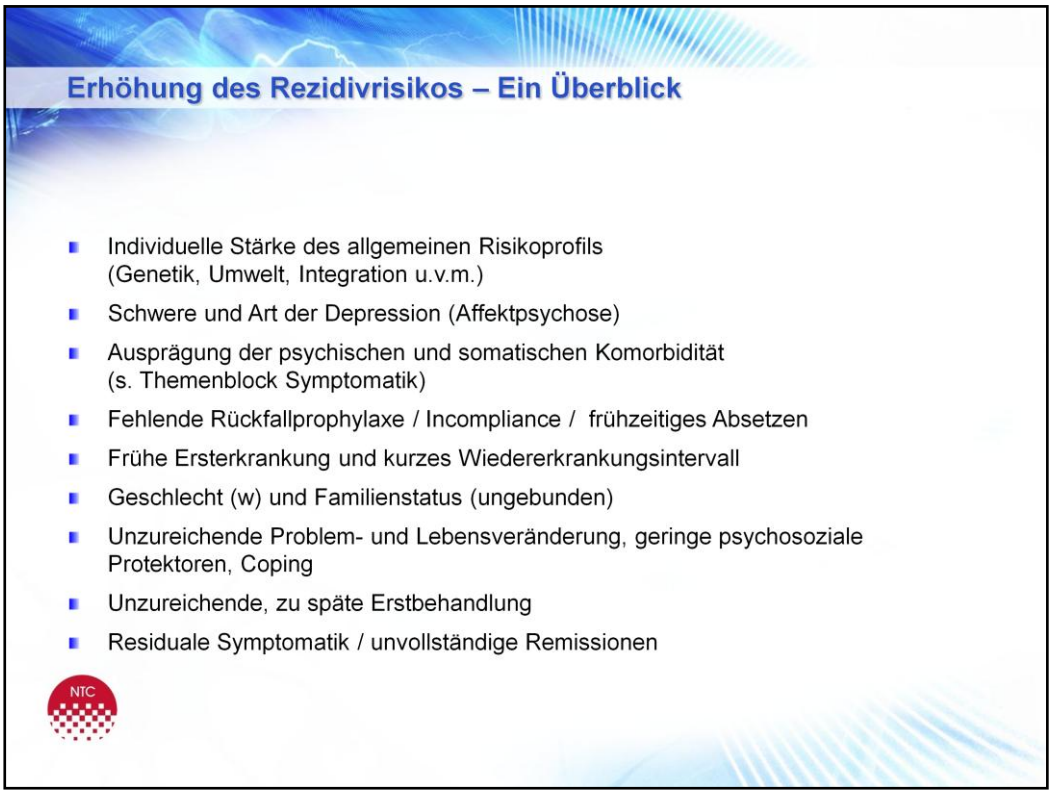


Die Folie bildet typische Verläufe einer unipolaren Depression ab. In der akuten Phase kann nicht sicher vorhergesehen werden, ob eine Chronifizierung eintritt oder ein Residuum bleibt oder ob und wann es zu einer Wiedererkrankung kommt.



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.

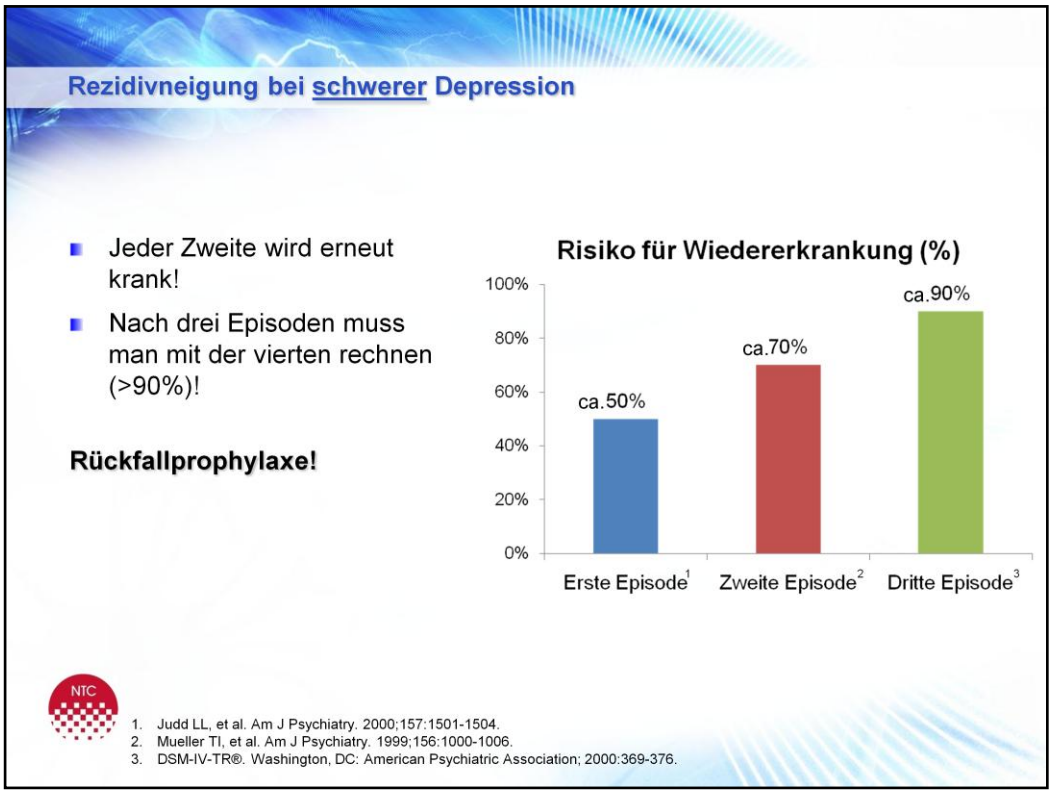
Welches sind aber die Risikofaktoren, die einen negativen Verlauf begünstigen?



Die Erhöhung des Rezidivrisiko ist vielfältig beeinflußt. Die nationale Versorungsleitlinie S3-Depression führt unter anderem aus*: „Ein zusätzlicher wichtiger Faktor, der sich ungünstig auf die Gesundung 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.

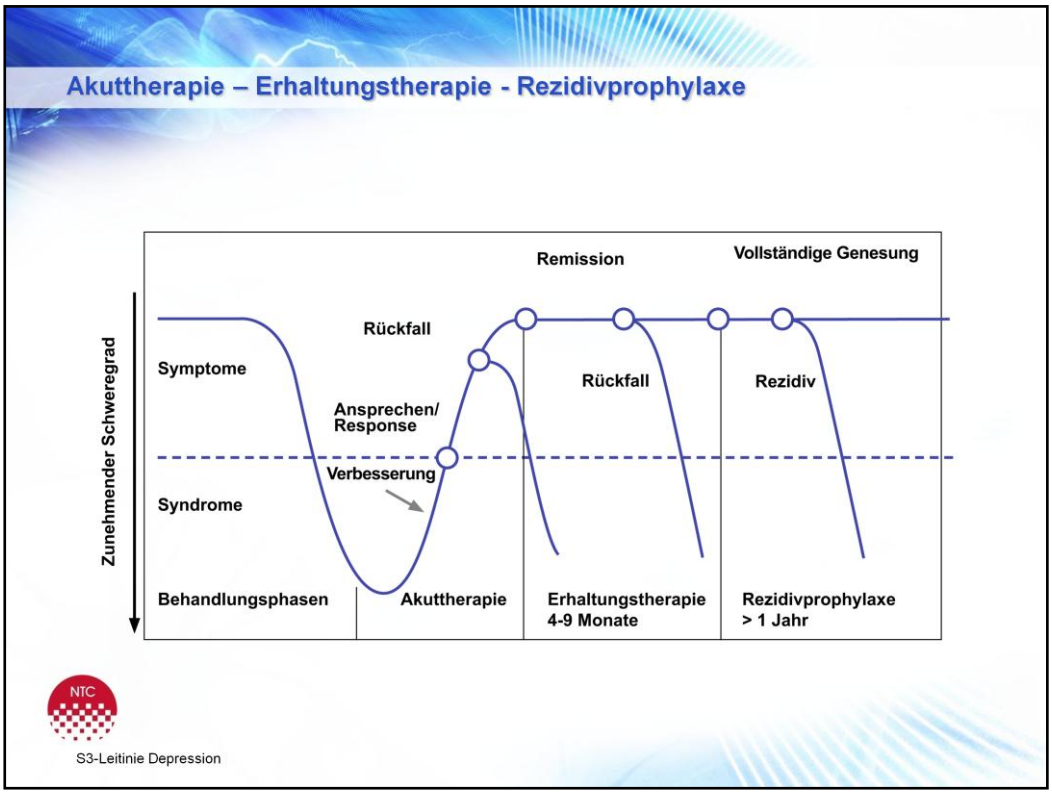


Die Beachtung der Rezidivprophylaxe muss einen zentrale Stellung einnehmen, wie diese Zahlen zeigen.

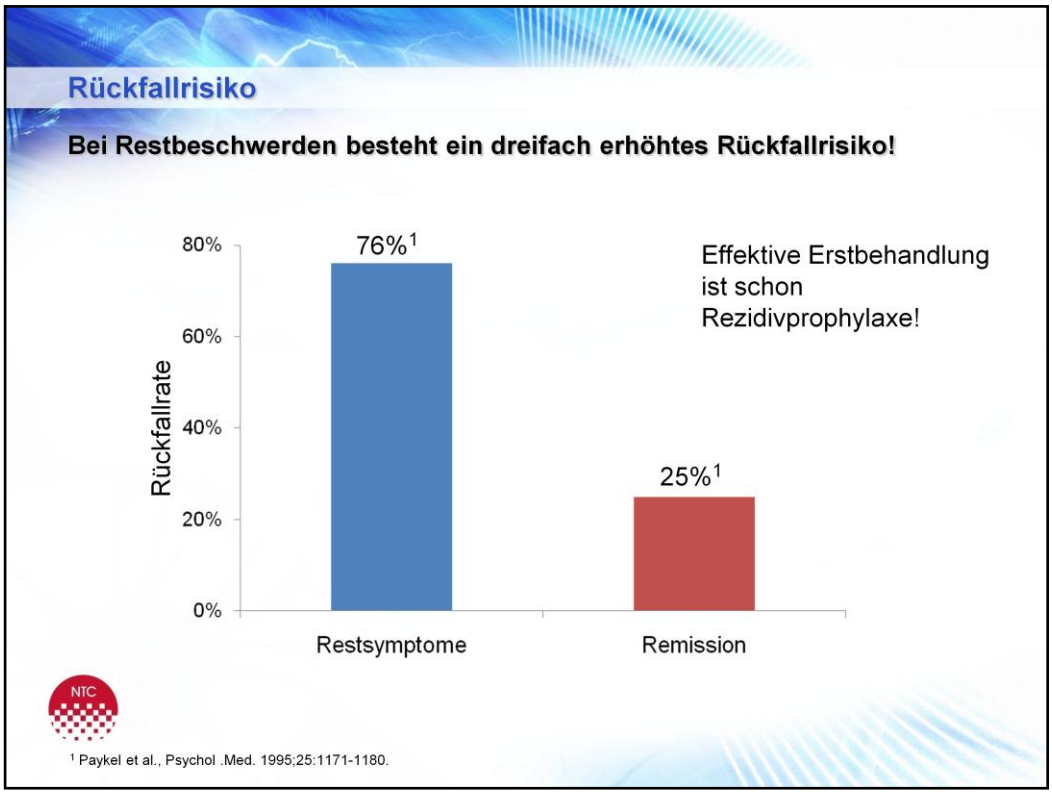
Die Wahrscheinlichkeit für Wiedererkrankungen steigt mit der Zahl der nachfolgenden depressiven Episoden an. Schon im ersten Jahr nach der Ersterkrankung liegt das Rückfallrisiko bei 30-40%.

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.

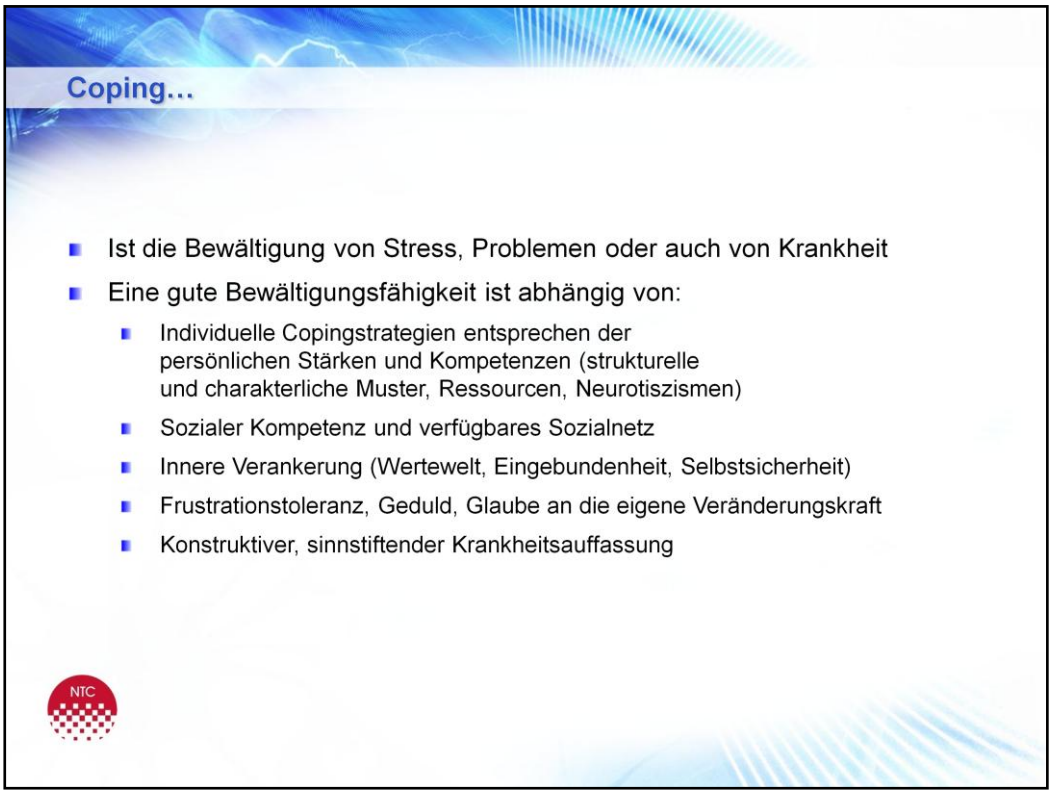


Da die Rückfallquote schon bei 40% allein im ersten Jahr liegt, soll sich eine etwa einjährige medikamentöse Rückfallprophlaxe schon an die erste schwere Depression anschließen. Eine konsequente Behandlung gerade der Ersterkrankung ist auch daher wichtig, weil das Erreichen und das Aufrechterhalten der 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).

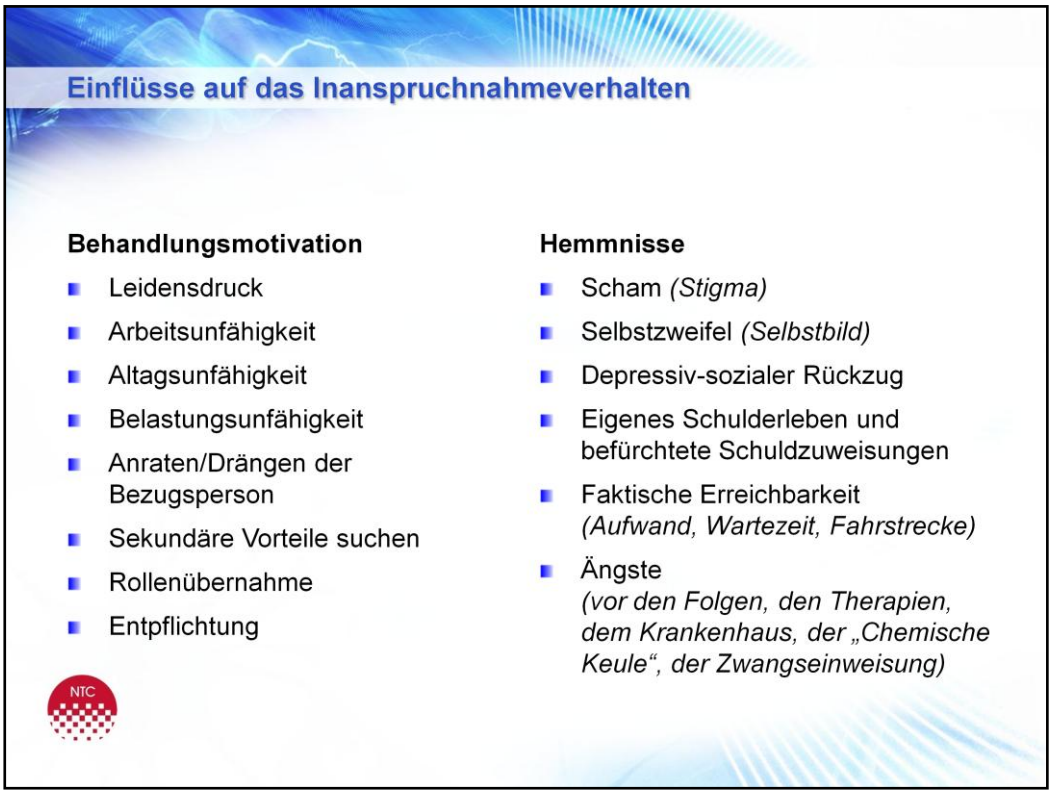


In diesem Zusammenhang wurde ferner festgestellt, dass bei Verbleib von Restbeschwerden das Rückfallrisiko erheblich, nämlich auf das Dreifache, erhöht ist.

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)

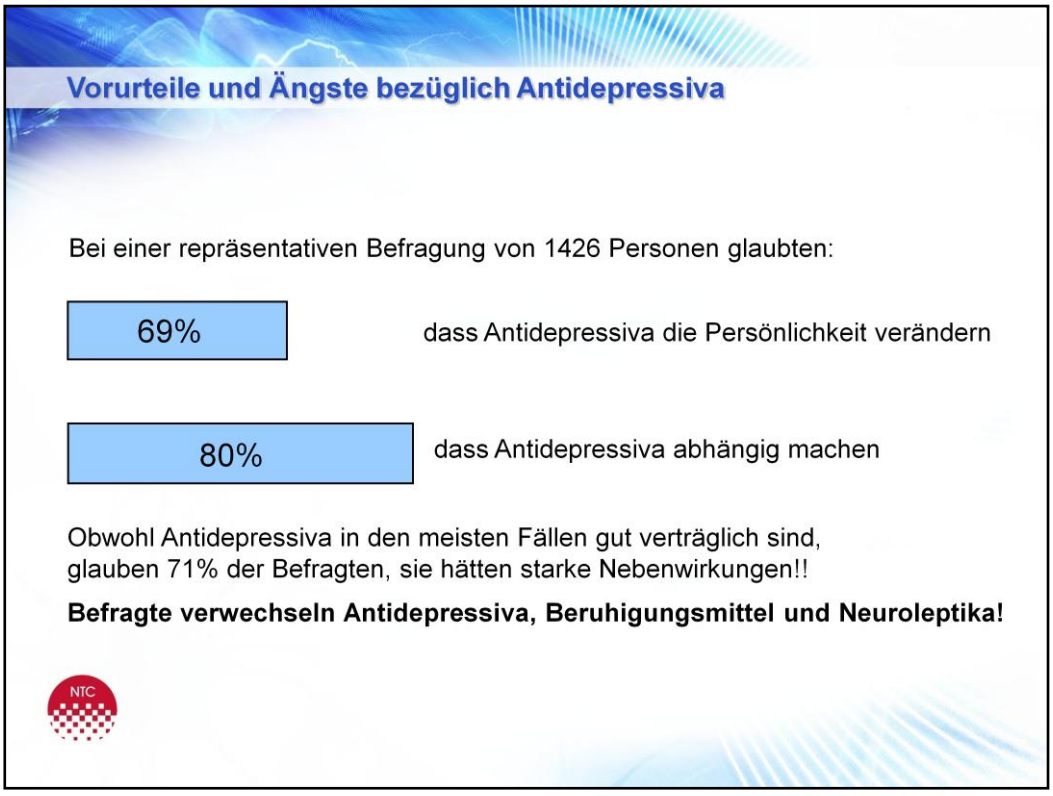


Neben konsequenter Behandlung, Rezidivprophylaxe sowie der Minimierung und Behandlung von psychischen und somatischen Komorbiditäten stellen die psychoreaktive Krankheitsbewältigung, das Coping und die Compliance wichtige Verlaufsfaktoren dar.



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 Fall. 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“.



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 vorherein ablehnen.