

## **Demoralisierung und Depression bei Multipler Sklerose und Transverser Myelitis**

Adam Kaplin, MD PhD

Johns Hopkins University School of Medicine; Departments of Psychiatry and Neurology; Johns Hopkins TM and MS Centers; Medizinischer Beirat der Transverse Myelitis Association

*Überarbeitete Fassung einer auf dem 2006 Rare Neuroimmunologic Symposium*

*(„Seltene neuroimmunologische Erkrankungen“) gehaltenen Präsentation \**

Ein Mann kommt mit einer Ente auf dem Kopf in eine Arztpraxis. Der Doktor sieht ihn, begrüßt und fragt: „Wie kann ich Ihnen helfen?“ Die Ente antwortet: „Können Sie mich von diesem Mann an meinem hinteren Ende befreien?“

Das ist der Lieblingswitz meiner Tochter. Häufig sind die Symptome bei Depressionen und auch bei kognitiven Störungen sehr subtil. Oft stellt sich heraus – wie für den Arzt im Witz meiner Tochter, – dass das Problem ein anderes ist, als er ursprünglich angenommen hatte. Patienten erleiden oft eine Reihe verschiedener Symptome, die durch ihren Zustand bedingt sind, und meine Aufgabe ist es, ihnen zu helfen, diese Symptome in einem anderen Licht zu sehen. Manchmal liegt schon der Art, in der die Symptome wahrgenommen werden, eine Depression zugrunde.

Dieser Beitrag konzentriert sich auf die klinische Seite der Depression. Um Depression zu verstehen, muss man sich zunächst von einigen Mythen befreien, von denen der erste besagt, dass die meisten Menschen mit neurologischen Erkrankungen depressiv sind. „Wären Sie nicht auch depressiv, wenn Sie MS oder TM hätten?“ höre ich oft von Arztkollegen. Nicht nur deckt sich das keineswegs mit der klinischen Erfahrung und den Ergebnissen von einschlägigen Untersuchungen, diese Aussage wird darüber hinaus allzu häufig verwendet um das Leiden eines Patienten zu begründen, was dazu führen kann, dass eine zugrunde liegende behandelbare Erkrankung nicht erkannt wird.

Eine interessante Untersuchung kommt aus San Francisco. In der Mohr-Studie wurden Menschen mit Multipler Sklerose in der Stadtgemeinde per Telefon kontaktiert und man stellte ihnen Fragen wie: „Wie geht es Ihnen? Wie entwickelt sich Ihr Leben?“ Die Forscher waren in der Lage, die Antworten auf die Fragen in drei Hauptbereiche zusammen zu fassen. Ein Bereich bezog sich darauf, wie die MS-Erkrankung die Beziehung zu Freunden und Familie verschlechtert hatte; das betraf 1 Person von 5. Ein Anteil von 30% antwortete, dass sie sich in der einen oder anderen Weise entmutigt fühlten. Depression tritt in Zusammenhang mit MS sehr häufig auf und es ist wahrscheinlich, dass es sich bei einem beträchtlichen Anteil dieser 30% um depressive Menschen handelte. Doch vielleicht am auffälligsten war es, dass 60% der kontaktierten Menschen mit MS der Ansicht waren, die Erkrankung mit MS hätte ihr Leben auch in positiver Weise verändert. Das bedeutete, dass die Erfahrung der MS-Erkrankung in irgendeiner Weise ihr Leben bereichert hatte. Es gab drei Mal so viele Menschen, die die MS-Erfahrung als auch bereichernd empfanden, wie Menschen, die sich über Schwierigkeiten in ihren sozialen Beziehungen beklagten, und zwei Mal so viele wie solche, die sich entmutigt fühlten.

Ist das ein überraschendes Ergebnis? Im Folgenden sind einige der Antworten aufgeführt, die von den Forschern unter der Überschrift „Bereichernd“ gesammelt wurden (in Klammern die Prozentangaben ihrer Antworten):

Englische Originalfassung

Kaplin, Adam.: *Demoralization and Depression in Multiple Sclerosis and Transverse Myelitis*, TMA

Newsletter Vol. 8 - Issue 1, Herbst 2007, S. 3 - 12 [Herunterladen, Anhören](#)

Beziehungen:

Meine Freunde und Familie sind jetzt hilfsbereiter (77), meine Familie und ich sind näher zusammen gerückt (70), ich fühle mich den Menschen, die für mich besonders wichtig sind, jetzt näher (51), ich habe einen besseren Kontakt zu meiner Familie (44).

Interpersonale Fähigkeiten:

Ich habe gelernt, mitfühlender zu sein (67), mehr Respekt für andere zu haben (58), meine Gefühle besser auszudrücken (55), besser zu kommunizieren (48), ein besserer Freund zu sein (48).

Perspektive:

Ich habe meine Unabhängigkeit schätzen gelernt (83), ich schätze das Leben mehr (74), ich bin gewissenhafter und disziplinierter (60), ich habe eine größere Motivation, erfolgreich zu sein (59), ich fühle mich geistig bereichert (45), ich fühle mich auf unterschiedliche Weise unabhängiger als zuvor (38), weniger gehemmt (33).

Es vergeht kein Tag, an dem mich meine Patienten nicht daran erinnern, dass die Fähigkeit zu gehen an den Gehfähigen verschwendet ist. Sie nehmen die Fähigkeit, aufzustehen und sich bewegen zu können als etwas Selbstverständliches wahr und schätzen sie daher nicht. Man denkt nicht daran, sondern erst, wenn eine Einschränkung oder der Verlust der Fähigkeit eintritt.

Von den durchgeführten Studien beziehen sich die meisten auf MS. Wie man an der Arbeit sehen wird, die wir an den TM- und MS-Zentren von Johns Hopkins begonnen haben, sind die meisten Ergebnisse dieser MS-Studien auch auf das gesamte Spektrum autoimmuner Erkrankungen anwendbar, einschließlich Transverser Myelitis, Devic-Syndrom und ADEM.

*Keine Verzweiflung ist so absolut wie jene, die uns in den ersten Augenblicken unseres ersten großen Unglücks überfällt, wenn wir noch nicht wissen, was es bedeutet, gelitten zu haben und geheilt worden zu sein, verzweifelt zu haben und zur Hoffnung zurückfinden zu können.*

George Eliot (1819-1880)

Wenn sie das erste Mal mit der Autoimmunkrankheit konfrontiert werden, stehen die meisten Menschen einem gewaltigen Einschnitt in ihrem Leben gegenüber. Menschen, die von diesen Erkrankungen befallen werden, wissen oft nichts darüber und wissen nicht, was mit ihnen passieren wird. Die Unsicherheit und der Zweifel über die Zukunft machen es schwer, damit zurecht zu kommen.

Jerome Frank hat den Begriff der Demoralisierung („*Entmutigung*“) in seiner Arbeit in Johns Hopkins (Frank & Frank, 1993) beschrieben und operationalisiert. Demoralisierung ist ein Zustand der Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Verwirrung, subjektiv wahrgenommener Unfähigkeit, Isolierung und verminderten Selbstwertgefühls.

Demoralisierung ist das Ergebnis der Unfähigkeit sich anzupassen, wenn externe Belastungen die individuelle Fähigkeit, die Lage zu meistern, übersteigen. Die Fähigkeit, eine Lage zu meistern, ist von den eigenen Variablen und Ressourcen abhängig. Die subjektiven Gedanken, Gefühle und Überzeugungen demoralisierter Menschen suggerieren ihnen, dass sie den Erwartungen nicht gerecht werden; ihren eigenen und/oder denen der anderen. Sie fühlen sich überwältigt und hilflos. Sie haben das Gefühl, mit einem dringenden Problem nicht zurecht zu kommen. Sie haben gleichzeitig das Gefühl, einer Situation gegenüber machtlos zu sein oder sich aus einer Zwangslage nicht befreien zu können. Es besteht ein Gefühl der Isolation; ein Gefühl, einzigartig zu sein und daher nicht verstanden zu werden. Eine häufig auftretende Erfahrung kann wie folgt charakterisiert werden: „Ich fühle mich schrecklich. Und niemand versteht das. Ich will niemanden mit meinen Gefühlen belasten. Daher bin ich der/die Einzige, die sich so fühlt.“ Wir alle verfügen über Strategien, mit denen wir den Unwägbarkeiten des Lebens begegnen. In gleicher Weise ist uns allen eine Grenze eigen, ab der wir nicht mehr fähig sind, die Lage allein zu meistern und demoralisiert werden.

Wir behandeln Demoralisierung mit Remoralisierung. Ich versuche, das den stationären Patienten im Johns Hopkins, meinen eigenen Patienten und ihren Familienangehörigen beizubringen. Das Gefühl der Demoralisierung kommt oft daher, dass eine große Anzahl von Hindernissen und Schwierigkeiten nicht mehr bewältigbar erscheinen, wenn sie in ihrer Gesamtheit betrachtet werden. Problembezogene Strategien können ein Gefühl der Beherrschung vermitteln. Dazu ist es erforderlich, große Probleme in kleinere und beherrschbare Untereinheiten aufzuteilen, die man besser angehen und meistern kann.

Wenn ich mit Patienten mit Transverser Myelitis arbeite, frage ich sie oft, was sie am meisten beschäftigt. Etliche Patienten haben mir gesagt, am schlimmsten sei es, dass sie das Gefühl haben, sie hätten ihre Unabhängigkeit verloren. Sie erzählen mir zum Beispiel, sie könnten nicht mehr einkaufen gehen; es sei ihnen einfach zu viel, den Rollator im Supermarkt zu verwenden, wo so viele Leute um sie herum hetzen und so viel Betriebsamkeit herrscht. Ich frage sie dann, ob sie den Einkaufswagen im Laden verwenden könnten und ob sie einkaufen gehen könnten, wenn im Laden weniger Betrieb herrscht. Wenn die Person es schafft, einkaufen zu gehen, so ist das eine Errungenschaft, die den Grundstein für viele weitere Errungenschaften legen kann. Jeder noch so lange Weg beginnt mit einem einzelnen Schritt. Ein kleiner Sieg nach dem anderen kann das Selbstvertrauen zurück bringen.

Kognitive Neuorientierung hilft dabei, ein subjektives Gefühl der Inkompetenz und der Verwirrung zu bekämpfen. Dabei geht es darum, einer Person zu helfen, ihr Problem aus einer anderen Warte zu betrachten, einen „Realitätscheck“ durchzuführen. Es sind zum Beispiel schon Patienten zu mir in die Praxis gekommen und haben gesagt: „Ich glaube, ich bin schwachsinnig. Ich kann mir gar nichts merken.“ Damit bezogen sie sich darauf, dass sie daran gewöhnt waren, die Telefonnummern aller ihrer Freunde und Bekannten im Kopf behalten zu können. Ich erkläre ihnen: „Nun gut, ab jetzt werden sie es wie alle anderen machen und alle diese Telefonnummern aufschreiben müssen.“ Die unbehandelbare Gedächtnisstörung wird zu einem bloßen Organisationsproblem. Kleine

Errungenschaften helfen Hilflosigkeit, vermindertes Selbstwertgefühl und Frustration zu bekämpfen.

Unterstützung durch Einzelne und Gruppen und Wissen über die Krankheit sind ebenfalls wichtige Aspekte bei der Vermeidung und Bekämpfung von Demoralisierung. Sich selbst kundig zu machen ist sehr wichtig, da oft genau das am meisten Schrecken birgt, was man nicht kennt. Ist man im Besitz der nötigen Information und beginnt den Zustand oder die Situation zu verstehen, so kann man damit beginnen, sie unter Kontrolle zu bringen. An einem Selbsthilfe-Netzwerk teil zu nehmen kann dabei helfen, das Gefühl der Hoffnungslosigkeit und Isolierung zu überwinden. Gelegentlich müssen wir alle daran erinnert werden, dass es völlig in Ordnung ist, einfach ein Mensch zu sein. Es ist für einen Jeden wichtig, die Möglichkeit zu haben, seine Gefühle in einem nicht voreingenommenen Umfeld zum Ausdruck bringen zu können.

*Sei spektakulär, wenn du nicht normal sein kannst.*

Cody Unser

Cody hat einige gewaltige Hürden bewältigt; sie hat mit ihrer Krankheit Frieden geschlossen. Codys Zitat spiegelt den Zustand eines Menschen wider, der seinen Weg durch und aus der Demoralisierung gefunden hat. Cody verkörpert was es bedeuten kann, die Hindernisse der Demoralisierung und Behinderung wirklich zu überwinden und aus diesem Prozess gestärkt hervor zu gehen.

Der Aspekt der Auswirkungen auf die Helfer – Angehörige, Freunde, Personen, die sich kümmern – von chronisch Kranken ist in der medizinischen Literatur unzulänglich untersucht und nicht ausreichend fokussiert, obwohl er von zentraler Bedeutung ist. Es ist schwer, eine der neuroimmunologischen Erkrankungen zu haben; viel schwerer noch ist es, unter einer dieser Erkrankungen zu leiden ohne eine gesunde Helfer zur Seite zu haben. Bei meiner ersten Sitzung mit einem TM-Patienten spreche ich mindestens ein Drittel der Zeit mit ihrem/seinem Helfer. Ich spreche getrennt mit ihnen um wirklich zu erfahren, wie es ihnen geht. Im medizinischen Umfeld findet das in der Regel nicht statt, obwohl es wichtig ist. Ich bin zu dem Ergebnis gekommen, dass die Gesundheit meiner Patienten wesentlich vom Wohlergehen ihrer Helfer abhängt.

In einer Reihe von Untersuchungen berichten Helfer sowohl über positive wie negative Auswirkungen ihrer helfenden Tätigkeit. Die Patienten unterschätzen in der Regel die Belastung, der sich die Helfer aussetzen. In anderen Worten, und aus nachvollziehbaren Gründen, neigen die Patienten dazu, sich auf ihre Erkrankung zu konzentrieren, wie ja auch die Ärzte, und nicht auf die Helfer. Der Zustand der Helfer wird oft außer Acht gelassen. Die Helfer selbst berichten oft über steigende Erfahrungen von Verlust, Einsamkeit und Isolierung. Wenn ich nachfrage, warum sie ihr eigenes Wohlbefinden vernachlässigen, bekomme ich oft solche Erklärungen zur Antwort: „Natürlich habe ich keine Freunde mehr und gehe nicht mehr aus, ich bin ja zu beschäftigt damit, die Person, die ich liebe, zu pflegen.“

Während eine Person die Erkrankung im eigenen Körper hat, haben die Transverse Myelitis und die ihr verwandten neuroinflammatorischen (=Entzündungen des Nervensystems) Erkrankungen Auswirkungen auf die gesamte Familie. Die Familie und der Patient stecken da gemeinsam drin. Wenn es der von der Erkrankung befallenen Person gut gehen soll, dann muss es dem Helfer und dem Rest der Familie ebenfalls gut gehen. Die Bewältigungsstrategien von Helfer und Hilfebedürftiger/em sollten sich gegenseitig ergänzen; es gibt etliche Wege, mit dem Leben unter geänderten Umständen zurecht zu kommen. Es hilft, wenn die Bewältigungsstrategien problemorientiert sind. Sowohl der Patient als auch der Helfer müssen sich bewusst machen, welche Dinge nicht zu ändern sind, den Mut haben, die anderen zu ändern, und die Weisheit, die beiden nicht durcheinander zu bringen. Wird die Belastung für den Patienten oder den Helfer zu groß, so muss etwas Neues versucht werden. Einer meiner TM-Patienten war Arzt und seine Frau Krankenschwester. Ärzte sind, in der Regel, die schlimmsten Patienten überhaupt. Er erzählte mir, er habe das Gefühl, seiner Frau zur Last zu fallen. Sie wollte ihm helfen, er wollte sie nicht helfen lassen. Das war eine fehlgeleitete Strategie. Sie fühlte sich wirklich verletzt. Er brauchte ihre Hilfe, um damit beginnen zu können, an den Problemen gemeinsam zu arbeiten. Sobald er das schaffte, wurden sie Verbündete. Es ist wichtig, sich nicht in falschen Strategien zu verlieren.

Es ist von grundlegender Bedeutung, dass der Helfer merkt, dass er sich um sich selbst kümmern muss, um weiterhin zur Verfügung stehen zu können, um den Menschen zu pflegen, den er liebt. Untersuchungen zufolge leidet die Gesundheit der Helfer oft, weil sie nicht regelmäßig zum Arzt gehen oder sich unzureichend um sich selbst kümmern. Sich um die Bedürfnisse des Helfers zu kümmern bedeutet keinen Konflikt mit den Bedürfnissen des Patienten. Es entzieht dem Patienten keine Zeit und ist von wesentlicher Bedeutung.

Wenn man in ein Flugzeug steigt erklärt die Flugbegleiterin, dass im Falle eines Druckverlusts in der Kabine, wenn die Sauerstoffmasken herunterfallen, Eltern mit kleinen Kindern sich die Maske zunächst selbst aufsetzen sollen bevor sie sich um ihre Kinder kümmern. Ich weiß ganz genau, dass ein Helfer tausend Tode stirbt, wenn ich ihn frage, wem er die Maske zuerst aufsetzen soll; sich selbst oder seinem Kind, und natürlich antwortet er: seinem Kind. Ich erkläre den Helfern, dass im Falle eines Druckverlusts vielleicht 20 Sekunden bleiben bevor alle bewusstlos werden. Wenn sie verzweifelt versuchen ihrem Kind die Sauerstoffmaske aufzusetzen und es in 20 Sekunden nicht schaffen, so wird es ihr Kind nicht überleben und sie auch nicht. Wenn sie sich die Maske zunächst selbst aufsetzen, dann haben sie die Möglichkeit, sie anschließend auch dem Kind aufzusetzen. Nachdem ich das den Helfern meiner Patienten erklärt habe, frage ich sie, wenn sie zu nächsten Termin kommen: „Bekommen Sie genügend Sauerstoff?“ Nehmen sie sich die Zeit und machen sich die Mühe, sich um sich selbst zu kümmern? Sie müssen sicherstellen, dass sie die Möglichkeit haben, ihre Energien wieder aufzuladen und sich nicht völlig verausgaben.

Schwere depressive Störungen sind etwas anderes als Demoralisierung. Ich hörte gerade den Vorträgen auf dem Neuroimmunologischen Symposium 2004 zu, als mich eine Frau zu sich rief, um mich etwas zu fragen. Sie wusste nicht, dass ich der Neuropsychiater der

Konferenz war. Sie hatte sich den ganzen Tag Vorträge angehört und fragte mich nun: „Wann wird endlich jemand aufstehen und erklären und darüber sprechen, dass Transverse Myelitis zu haben gleichbedeutend damit ist, tot zu sein, während man noch am Leben ist. Wann werden wir dazu kommen?“ Ich antwortete: „Dazu komme ich gleich, haben Sie einen Moment Geduld.“

Wir kennen die Depression seit Hippokrates, welcher sie Melancholie nannte, was wörtlich übersetzt *schwarze Galle* bedeutet. Schon bei den alten Griechen galt sie als einer von etlichen anerkannten Krankheitszuständen. Sie machten keinen Unterschied zwischen Melancholie und anderen Erkrankungen. Es handelte sich um eine medizinische Erkrankung, die diagnostiziert und behandelt werden musste. Damals war damit keinerlei Stigma verbunden, kein Vergleich zu heute.

Es gibt so viele Mythen und Missverständnisse über Depression. Ein großer Teil dessen, was Menschen über Depression zu wissen glauben, ist nicht korrekt. Menschen, die unter Depression gelitten und sie behandelt haben, verstehen sie. Einer meiner Patienten sagte zu mir: „Dr. Kaplin, ich fange wieder an, unter Depressionen zu leiden. Ich habe eine offene Herzoperation hinter mir und eine Depression und glauben sie mir, ich würde mich lieber einer weiteren offenen Herzoperation unterziehen als nochmal durch die Depression zu müssen.“ Wenn das bei Ihnen nicht ankommt, so haben Sie wahrscheinlich noch keine Depression gehabt und sie nicht erfolgreich behandeln lassen.

Medizinische Ursachen von Depression:

**Neurologische Ursachen: Schlaganfall (25-50%)**, subdurales Hämatom, Epilepsie (45-55%), Gehirntumore (30%), Parkinson-Krankheit (30-50%), Huntington-Krankheit (40%), Syphilis, Alzheimer-Krankheit (15-50%)

**Autoimmunerkrankungen:** DM (30%), SLE=systemischer Lupus erythematosus (25-44%), RA=Rheumatoide Arthritis (30-50%), **Multiple Sklerose (37-62%)**, **Transverse Myelitis**

**Medikamentös bedingt:** Reserpin (15%), Interferon-Alpha (10-57%), Beta-Blocker, Kortikosteroide, Östrogene, Benzodiazepine, Barbiturate, Ranitidin, Ca<sup>2+</sup>-Kanalblocker

**Durch Drogenmißbrauch bedingt (25%):** Alkohol, sedativ-hypnotisch, Kokain- und Psychostimulantien

**Metabolisch:** Über- und Unterfunktion der Schilddrüse, Cushing-Syndrom, Hyperkalzämie, Hyponatriämie, Diabetes Mellitus

**Ernährungsbedingt:** Mangel an Vitamin B12

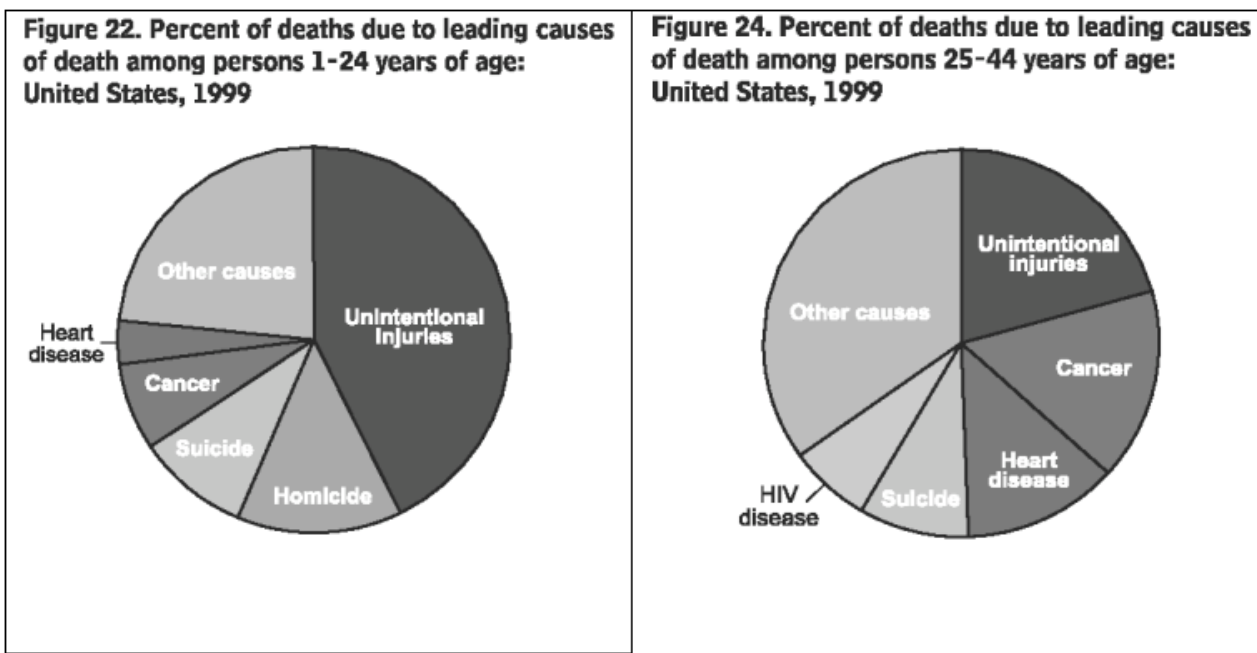
**Infektionen:** HIV, HCV (Hepatitis C), Mononukleose, Grippe

**Krebs (20-45%):** besonders Pankreaskrebs (40-50%)

Englische Originalfassung

Kaplin, Adam.: *Demoralization and Depression in Multiple Sclerosis and Transverse Myelitis*, TMA Newsletter Vol. 8 - Issue 1, Herbst 2007, S. 3 - 12 [Herunterladen, Anhören](#)

Das Gehirn hat zahlreiche Funktionen. Die meisten Menschen haben keine Schwierigkeiten zu verstehen, dass das Gehirn die Nerven kontrolliert, die unsere Muskeln steuern und wenn jemand MS oder TM hat, die Muskeln nicht mehr wie gewohnt funktionieren. Für die meisten ist es ebenso nachvollziehbar, dass diese Erkrankungen Beschwerden im Gehirn bedingen können, die zu Schwierigkeiten mit Gedächtnis und Konzentrationsfähigkeit führen. Viel schwieriger zu verstehen ist, dass es einen Teil des Gehirns gibt, der für die Regelung der Stimmung zuständig ist. Im Gehirn befindet sich ein Stimmungs-Thermostat und wenn er stecken bleibt werden die Menschen depressiv. Bleibt der Thermostat in einem Raum auf einer tiefen Temperatur stecken, so würde es kälter und kälter werden und nichts würde die Temperatur steigern können und es wieder warm werden lassen. Es ist diese Unempfänglichkeit, die so typisch für eine Depression ist: ein unverrückbarer, unempfindlicher Grundzustand. Wir wissen, dass es für Depression eine biologische Erklärung gibt. Wir können die Veränderungen im Gehirn sogar messen. Es gibt bestimmte Bereiche des Gehirns nicht behandelte Depressionspatienten, die um rund 20% schrumpfen. Es stellt sich heraus, dass die Depression toxisch auf das Gehirn wirkt. Die Messung der Veränderungen der REM-Augenbewegungen im Schlaf und der Kortisol-suppressionstest beweisen, dass die Depression wirkliche biologische Veränderungen zugrunde liegen. Eines der besten Beispiele für die Existenz des Stimmungs-Thermostats wurde entdeckt, als man tiefe Gehirnstimulation zur Behandlung von Parkinson-Patienten durchführte. Es gibt einen sehr interessanten Fall, bei dem die Sonde zufällig in eine Region platziert wurde, die mit dem Stimmungs-Thermostaten verbunden war. Sobald der Stimulus aktiviert wurde, fing die Frau an zu weinen und wurde von einer überwältigenden Weltuntergangsstimmung erfasst. Sie bat die Ärzte, die elektrische Stimulation abzustellen. Sobald sie abgestellt war, fühlte sie sich plötzlich wieder wohl. Man hatte die Elektrode genau in die zentrale Bahn einer Stimmungs-Thermostats eingeführt, den Stimulus aktiviert und die Patientin verzeichnete alle Anzeichen einer Depression.



**Legende:**

Abbildung 22: Häufigkeit von Todesursachen in der Altersgruppe 1-24 J., USA 1999  
 Abbildung 24: Häufigkeit von Todesursachen in der Altersgruppe 25-44 J., USA 1999

- Heart disease = Herzkrankheiten
- Cancer = Krebs
- Suicide = Suizid
- Homicide = Fremdtötung
- Unintentional Injuries = unabsichtliche Verletzungen
- Other causes = andere Ursachen
- HIV disease = HIV-Erkrankung

Die amyotrophische Lateralsklerose oder ALS kann zu Recht als eine der schlimmsten Krankheiten bezeichnet werden. In den meisten Fällen stirbt der Patient zwischen sechs Monate und einem Jahr nach der Diagnose. Der Tod tritt häufig als Folge einer vollständigen Lähmung ein, bei der der Patient an ein Beatmungsgerät angeschlossen und extrem anfällig für Lungenentzündungen ist. Es ist eine schreckliche Krankheit. ALS beeinträchtigt die Nerven, die die Muskeln steuern: sie funktionieren nicht mehr und die Muskeln werden unkontrollierbar. ALS hat keine direkten Auswirkungen auf das Gehirn. Es ist eine Erkrankung der Motoneuronen. Die Häufigkeit von klinischer Depression bei ALS-Patienten ist gering. Sie leiden nicht häufiger unter Depressionen als der Durchschnitt anderer Kranker, etwa Grippepatienten. Sie können sich entmutigt fühlen und Schwierigkeiten haben, mit ihrer Erkrankung zurecht zu kommen, aber sie leiden nicht unter der Konstellation von Symptomen, die wir klinische Depression nennen. Sie haben das Gefühl: „Ich befinde mich in einer schrecklichen Situation, das ist schrecklich“, aber sie neigen nicht dazu, in eine Situation zu kommen, in der sie sagen: „Ich bin schrecklich, ich habe das verdient und ich will auch gar keine weiteren sechs Monate hier rumhängen.“

Englische Originalfassung

Kaplin, Adam.: *Demoralization and Depression in Multiple Sclerosis and Transverse Myelitis*, TMA Newsletter Vol. 8 - Issue 1, Herbst 2007, S. 3 - 12 [Herunterladen, Anhören](#)



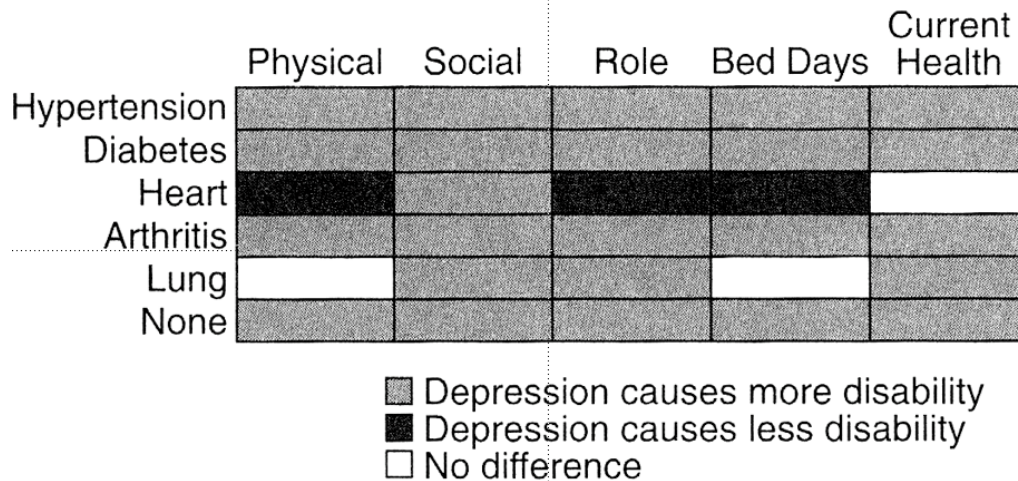
Eines der Dinge, die mich immer wieder interessieren und auf mich ironisch wirken ist, wenn mir MS- und TM-Patienten erzählen, wie lange es gedauert hat, bis sie ihren Arzt davon überzeugen konnten, dass mit ihnen wirklich etwas nicht in Ordnung war. Dass die Symptome der Schwäche, Gefühlsstörung und Schwindel wirklich waren und nicht als etwas abgetan werden sollten, das lediglich „in ihrer Psyche existiert“. Menschen wiederum, die Symptome einer klinischen Depression in Folge einer Erkrankung an MS oder TM aufweisen, muss ich davon überzeugen, dass sich diese Symptome nicht auf ihre Psyche beschränken, sondern sich in ihrem Körper, in ihrem Gehirn befinden. Depression ist kein „Geisteszustand“, keine Schwäche oder Charakterfehler. Die Depression ist ein Teil der Krankheit, Teil der Multiplen Sklerose, Teil der Transversen Myelitis. Man kann Krämpfe bekommen, Schwierigkeiten beim Wasserlassen und man kann eine Depression davontragen.

Es gibt viele Erkrankungen, die Depressionen verursachen können, aber Transverse Myelitis und Multiple Sklerose sind die Rekordhalter. Es besteht eine höhere Häufigkeit klinischer Depression bei TM und MS als bei jeder anderen Erkrankung. Die höchste Depressionshäufigkeit liegt bei MS, weil diese Erkrankung das Gehirn in einer besonderen Weise angreift und dieser Angriff zur Depression führt.

Laut dem früheren Surgeon General (Leiter des US-Gesundheitsamts) „sterben deutlich mehr Amerikaner an Selbsttötung als an Fremdtötung.“ Suizid ist die dritthäufigste Todesursache der Allgemeinbevölkerung in der Altersgruppe von 1-24 und die vierthäufigste Ursache in der Altersgruppe von 25-44 Jahren. Suizid ist auch die häufigste Todesursache unter Ärzten in der Altersgruppe von 25-44 Jahre. Suizid ist ein bedeutendes Problem der öffentlichen Gesundheit.

Depression ist der beste Einzelindikator für kardiale Sterblichkeit in den 12 Monaten nach einem Herzinfarkt. Die Depression wirkt sich wahrscheinlich schädlich auf das Herz aus, weil es für die Neuronen schädlich ist, die das vegetative Nervensystem kontrollieren, die wiederum das Herz kontrollieren. Depression ist auch die zweithäufigste Ursache für chronische Behinderung.

## Depression vs. Chronic Medical Conditions as Cause of Disability in Daily Functioning



**Legende:**

Depression im Vergleich zu chronischen Erkrankungen als Ursache von Beeinträchtigungen im täglichen Leben

- Physical = Körperlich
- Social = Sozial
- Role = Rolle
- Bed Days = Betttage
- Current Health = Aktueller Gesundheitszustand
- Hypertension = Hypertonie/Bluthochdruck
- Diabetes = Diabetes
- Heart = Herz
- Arthritis = Arthritis (Gelenkentzündungen)
- Lung = Lungen
- None = Keine

- Depression causes more disability = Depression verursacht mehr Beeinträchtigung
- Depression causes less disability = Depression verursacht weniger Beeinträchtigung
- No difference = Kein Unterschied

In diesem Diagramm werden Hypertonie, Diabetes, Herzkrankheiten, Arthritis und Lungenkrankheiten mit Depression verglichen. Die schwarzen Kästchen bedeuten, dass die Krankheit (gemessen nach den jeweils zutreffenden der 5 in den Spaltentiteln genannten Kriterien) weniger Beeinträchtigung verursacht, grau bedeutet, dass die Depression mehr Beeinträchtigung mit sich bringt, weiss bedeutet, dass sich der Grad der Beeinträchtigung die Waage hält. Herzkrankheiten stellen demnach die Hauptursache für chronische Behinderung dar und Depression rangiert auf dem zweiten Platz. Wenn einen die Depression nicht umbringt, wie wir hoffen, so ist sie sicher Ursache einer starken Beeinträchtigung.

Es gibt zwei einfache Mythen, die zu Unrecht dazu verwendet werden, die Diagnose einer Depression zu verwerfen. Häufig kommt es vor, dass ein Arzt der Ansicht ist, sein Patient sei nicht deprimiert, sondern gestresst. Sie sagen mir: „Sie wären auch gestresst, wenn Sie diese Erkrankung hätten. Man weiß nicht, wann der nächste Anfall kommen wird. Man weiß nicht, ob man sich von den Symptomen erholen wird.“ Wenn ich den Arzt davon überzeuge, dass der Patient demoralisiert ist, sagt er: „Na gut, sicher sind sie deprimiert. Sie werden es überstehen.“ Das Problem ist, dass Stress eine Depression nicht verhindert. Im Gegenteil, Stress ist ein Risikofaktor. Stress bedeutet nicht, dass man keine Depressionen bekommen kann; es bedeutet, dass die Depression wahrscheinlicher wird.

Bei TM und MS gibt es keine Korrelation zwischen klinischer Depression und körperlicher Beeinträchtigung. Patienten mit ernsteren physischen Defiziten sind nicht anfälliger für Depressionen als Patienten mit weniger ernsten Symptomen. Eine Korrelation besteht vielmehr mit der Anzahl der Anfälle oder dem Grad der Auswirkungen der Anfälle auf das Nervensystem des Immunsystems.

Depression ist nicht gleichzusetzen mit normaler Traurigkeit. Wenn man im Verlauf des Lebens nicht irgendwann traurig ist, so hieße das wohl, dass man nicht registriert, was um einen herum passiert. Traurigkeit ist eine diskontinuierliche und universelle Erfahrung: sie ist die Depression mit einem kleinen „d“ und meist eine Reaktion auf die Umwelt. Der Grad und die Dauer der Traurigkeit ist der Stressursache angemessen und beeinträchtigt Arbeit und soziale Funktion nicht über die Maßen. Eine ernsthafte Depression ist ein Syndrom und nicht einfach tiefe Traurigkeit. Traurigkeit verhält sich zu einer ernsthaften Depression wie Husten zu einer Lungenentzündung. Als Analogie erzähle ich meine klinischen Kollegen, dass ein Husten Anzeichen für eine Lungenentzündung sein kann, ebenso wie Traurigkeit ein Anzeichen für eine Depression; es ist jeweils nur ein Symptom. Denn nicht jeder Husten ist Ergebnis einer Lungenentzündung. Gelegentlich kann eine Lungenentzündung ohne Husten auftreten. So gibt es auch Depression ohne Traurigkeit, besonders bei Kindern. Anstelle der Traurigkeit kann Reizbarkeit treten. Es kommt darauf an, die Begleitumstände des Hustens zu beachten. Wenn es sich um einen Husten handelt, der von einer Reihe bestimmter Symptomen begleitet wird (produktiver Auswurf, beschleunigte Atmung, Fieber, Anzeichen einer Infektion der Lungen im Röntgenbild), dann nennen wir es Lungenentzündung.

Auch für Depression gibt eine Reihe von typischen Symptomen. In der Medizin verwendet man das Akronym SIGEMCAPS (**S**leep-**I**nterest-**G**uilt-**E**nergy-**M**ood-**C**oncentration-

**Appetite-Psychomotor-Suicide**), um sich daran zu erinnern. Für eine Depressionsdiagnose sind mindestens verminderte Interessefähigkeit (oder Freudlosigkeit) oder Niedergeschlagenheit sowie eine Summe von fünf der folgenden neun Symptome (für eine Dauer von über zwei Wochen) erforderlich: ein gestörtes Schlafbedürfnis (entweder vermindert oder gesteigert); verminderte Lebensfreude; Schuldgefühle, ein Gefühl der Wertlosigkeit; subjektives Erschöpfungsgefühl oder Kraftlosigkeit; schlechte Laune, Konzentrationsschwierigkeiten; Gewichtszunahme (Schokolade ist bei Frauen ein Faktor, beichten sie mir) oder -abnahme, Empfinden/Anschein als ob Gedanken und Handlungen entweder verlangsamt (*dahinschleppen*) oder beschleunigt (*getrieben*) stattfinden; und Gedanken an Tod oder Suizid. Je mehr Symptome bestehen, umso wahrscheinlicher sollte eine Behandlung stattfinden.

Wenn Sie nicht sicher sind, ob Sie Depressionen haben, fragen Sie Ihren Partner: er wird es Ihnen sagen. In der Mehrzahl der Fälle ist es der Partner, der den Patienten zu mir schickt. Wenn Menschen unter Depressionen leiden, wollen sie in der Regel anderen nicht zur Last fallen und wollen nicht, dass andere mitkriegen, wie es ihnen geht. In der Öffentlichkeit setzen sie ihre freundlichste Miene auf und versuchen alle Ressourcen zu mobilisieren, die ihnen zur Verfügung stehen. Das erfordert einen riesigen Energieaufwand, wenn man depressiv ist. Glücklich und zufrieden auszusehen, wenn man in Wirklichkeit depressiv ist, kostet immens viel Konzentration und Kraft. Wenn sie dann heimgehen, können sie sich erholen. Das ist wie wenn ein Läufer den ganzen Tag über Rekordzeiten laufen muss. Wenn sie dann heim gehen, entspannen sich einfach. Sie lassen ihre Maske fallen und die Familie sieht, wie es ihnen wirklich geht: depressiv. Das ist der Grund, warum die Hauptlast häufig auf der Familie liegt.

Jean-Martin Charcot (1825-1893) war der erste, der Multiple Sklerose beschrieben hat. Der allererste Patient, den er 1868 in Vorlesungen an Medizinstudenten über Erkrankungen des Nervensystems schilderte, war eine 31 Jahre alte Frau. Mademoiselle V. litt unter Schüben schwerer Depression, die von einer Paranoia begleitet war durch die sie dachte, Charcot hätte die Absicht, sie zu vergiften. Ihre Depression war so schwer, dass sie aufhörte zu essen und über eine Magenpumpe ernährt werden musste, um am Leben erhalten zu werden. Das ist der erste Patient, dessen Multiple Sklerose jemals klinisch beschrieben worden ist. Wir wussten seit dem allerersten beschriebenen Patienten, dass Depression zum Krankheitsbild gehört, aber ironischerweise hat man erst in den letzten 10 oder 15 Jahren damit begonnen, Depression im Zusammenhang mit MS zu untersuchen.

Häufigkeit von Depression bei MS-Patienten (Patten & Metz, Psychother Psychosom, 1997, 66:268-92)

Lebens-Prävalenz (Erkrankungsfälle während des ges. Lebens):

37-62% bei MS-Kranken

17% in der allgemeinen Bevölkerung (NCS)

Aktuelle Prävalenz

14-27% bei MS-Kranken

5% in der allgemeinen Bevölkerung (NCS)

Englische Originalfassung

Kaplin, Adam.: *Demoralization and Depression in Multiple Sclerosis and Transverse Myelitis*, TMA Newsletter Vol. 8 - Issue 1, Herbst 2007, S. 3 - 12 [Herunterladen, Anhören](#)

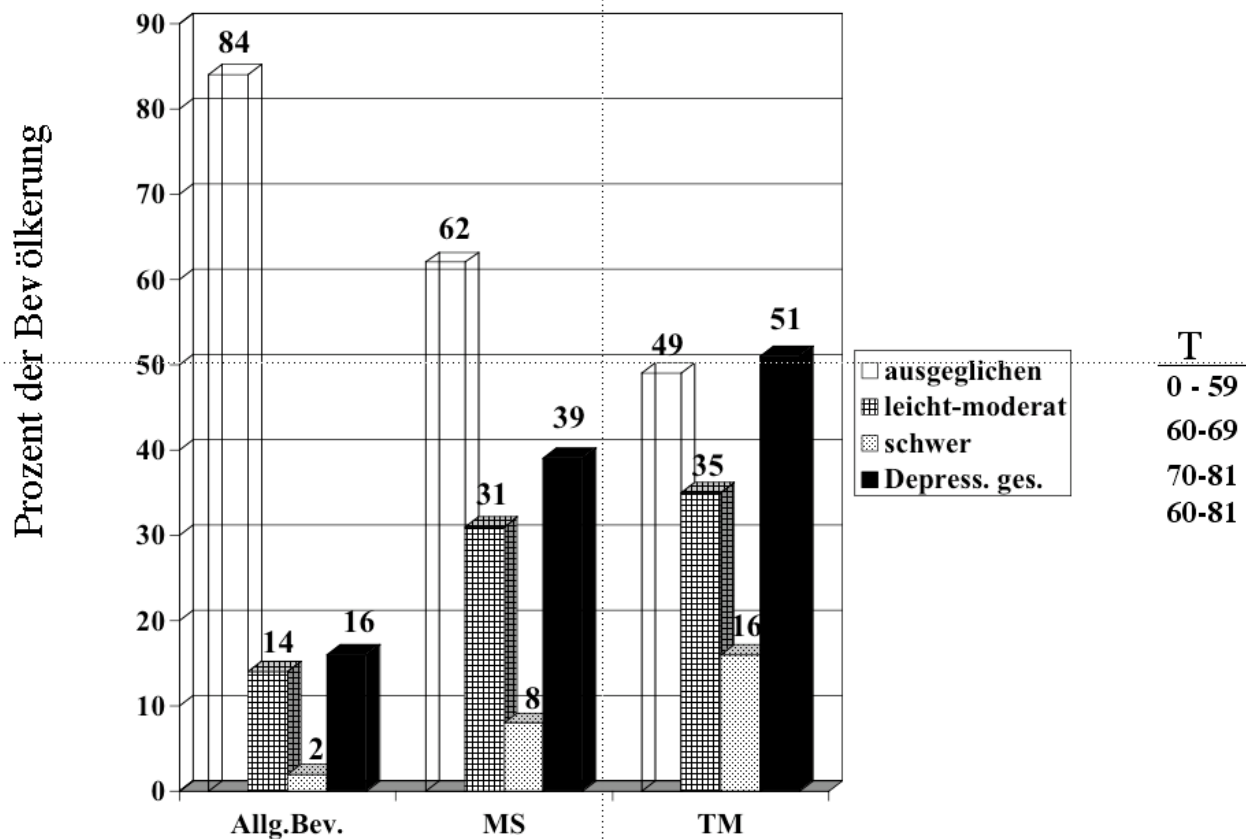
NCS=National Comorbidity Survey, eine große medizinische Studie des National Institute of Mental Health zur Epidemiologie psychischer Störungen in den USA

Die höchste Depressionshäufigkeit besteht nach einer MS- oder TM-Diagnose. So leiden beispielsweise 50% aller MS-Patienten irgendwann in ihrem Leben an klinischer Depression. Sie kann zu jedem Zeitpunkt auftreten. Das ist drei Mal so häufig wie in der allgemeinen Bevölkerung. In einem Querschnitt der MS-Patienten zu einem beliebigen Zeitpunkt leidet einer aus vieren von ihnen unter klinischer Depression. Depression ist bei MS-Patienten häufig und geht einher mit beträchtlicher Morbidität und Mortalität.

Die verfügbaren Erkenntnisse legen nahe, dass Depression bei MS durch die Auswirkungen entzündlicher Anfälle im Gehirn verursacht werden. Es ist nicht anders als bei den anderen Symptome von MS: wie das Kribbeln, wenn sie das Kinn auf die Brust legen bei Patienten, die das Lhermitte-Zeichen bekommen. Es ist eines der Gruppe von Symptomen die auftreten, wenn das Gehirn unter Beschuss steht. Depression korreliert nicht mit körperlicher Beeinträchtigung. Sie neigt dazu, während der Entzündungsphasen aufzutreten. Die Zeiträume der Immunaktivierung korrelieren mit einer höheren Häufigkeit von Depression und Suizid.

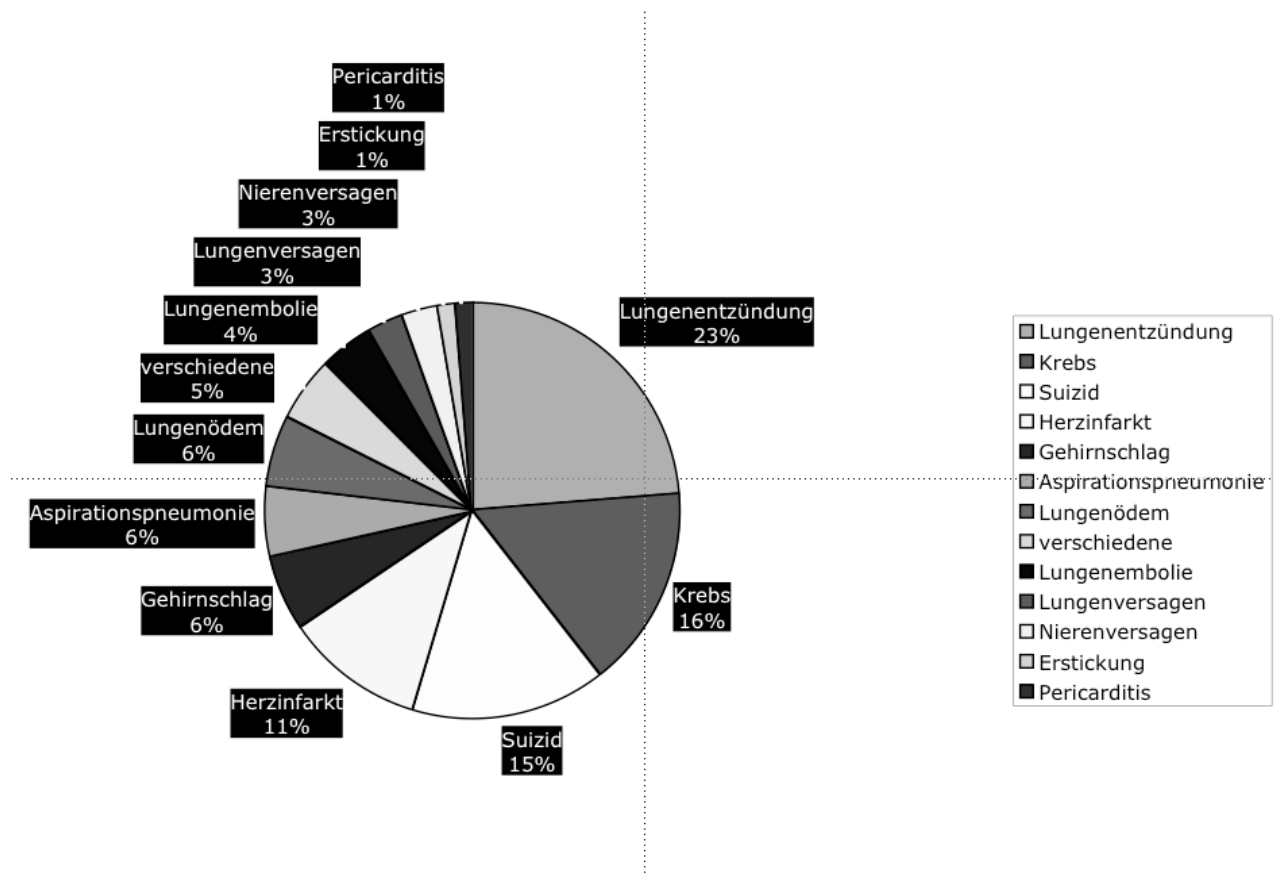
Mehrere Studien haben gezeigt, dass Depression in der Wahrnehmung der Patienten der Faktor ist, der das größte Gewicht für die Lebensqualität hat, mit einem größeren Stellenwert als alle anderen untersuchten Variablen, einschließlich körperlicher Beeinträchtigung, Erschöpfung und kognitiver Störungen. Die Depression hat auch einen beträchtlichen Einfluss auf die Funktionsfähigkeit. Depression hat unter allen Faktoren auch den größten Einfluss auf die Qualität von Beziehungen, in der Wahrnehmung sowohl der Patienten selbst als auch der Menschen, die ihnen nahe stehen. Depression geht einher mit dem Auseinanderbrechen von sozialer Unterstützung, steigenden Fehlzeiten bei der Arbeit und verminderter Einhaltung der neuromedizinischen Therapien für MS.

## Häufigkeit von Depression bei TM, MS und in der allgemeinen Bevölkerung



Depression verschlechtert die Wahrnehmung. Ein gewisses Maß an kognitiver Beeinträchtigung tritt bei 50% der MS-Patienten auf. Auch bei Transverser Myelitis findet sich eine hohe Häufigkeit an kognitiven Störungen. Zu diesen Beeinträchtigungen gehören Gedächtnisverlust, Verlust der Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit, funktionelle Umsetzungsschwierigkeiten und Beeinträchtigung des Arbeitsgedächtnisses. Kognitive Defizite finden sich bei moderater bis schwerer Depression. Die Leistung von MS-Patienten kann bei normalen Aufgaben normal sein, wird aber geringer bei Aufgaben, die gesteigerte Aufmerksamkeit erfordern. Depression bei MS geht einher mit einer Beeinträchtigung der komplexen beschleunigten Aufmerksamkeit, des Planungs- und Arbeitsgedächtnisses. Die Beeinträchtigung kann in Abhängigkeit von der Art der Aufgabe und von der Stimmung wachsen oder sinken. Die kognitiven Defizite von MS und Depression überlappen sich teilweise. Die Kombination der beiden ist additiv in Bezug auf die resultierende Beeinträchtigung. Ein wichtiger Aspekt ist es zu wissen, dass wenn man eine Ursache hat, eine zweite mögliche Ursache nicht hilfreich ist. Häufig besuchen mich Patienten und ich sage ihnen: „Ich merke, dass sie Konzentrationsschwierigkeiten haben. Ich kann nicht sagen, ob es die Depression oder die MS ist.“ Man kann es nicht sagen, es sei denn, man kann die Depression ausschließen, indem man sie erfolgreich behandelt.

Depression steht in einem engen Zusammenhang mit den Auswirkungen von Fatigue (Erschöpfung) auf das Leben von MS-Patienten. Eine beeinträchtigende Fatigue hat fast immer einen störenden Einfluss auf die Tätigkeit der Patienten (Chwastiak et al, 2005 JPR). Autoimmun verursachte Fatigue tritt gerne gegen 14 oder 15 Uhr auf: morgens wacht man auf und fühlt sich gut, und je weiter der Tag fortschreitet, desto stärker macht sich die Fatigue bemerkbar; gegen 14 oder 15 Uhr erreicht sie ihren Höhepunkt und man hat das Gefühl, keinen weiteren Schritt mehr machen zu können. Das ist die klassische MS-Fatigue. Nicht jeder Patient leidet unter klassischer autoimmun bedingter Fatigue. MS-Patienten mit Depression berichten sechs Mal häufiger über behindernde Fatigue als andere. Fatigue mit Depression ist der Gegenpol der MS-Fatigue. In diesem Fall ist die Erschöpfung oft am Morgen schlimmer und in der Nacht besser.



30% der MS-Patienten haben in ihrem Leben suizidale Absichten (denken daran, sich umzubringen). Zwischen 6% und 12% der MS-Patienten unternehmen einen Suizidversuch. Suizid war die dritthäufigste (15%) Todesursache unter 3000 externen Patienten kanadischer MS-Kliniken zwischen 1972 und 1988. Die MS-Patienten, die an Suizid starben, waren jünger und weniger beeinträchtigt als Patienten, die durch Lungenentzündung (23%) oder Krebs (16%) starben (Sadovnick et al, 1991, Neurology). Unter 750 TM-Patienten am Johns Hopkins TM-Center waren 60% der Todesfälle durch Suizid bedingt. Damit ist es die wichtigste Todesursache unter TM-Patienten. Es ist wie beim Rauchen; Depression ist die vermeidbarste Todesursache bei Transverser Myelitis – und sie ist ernst.



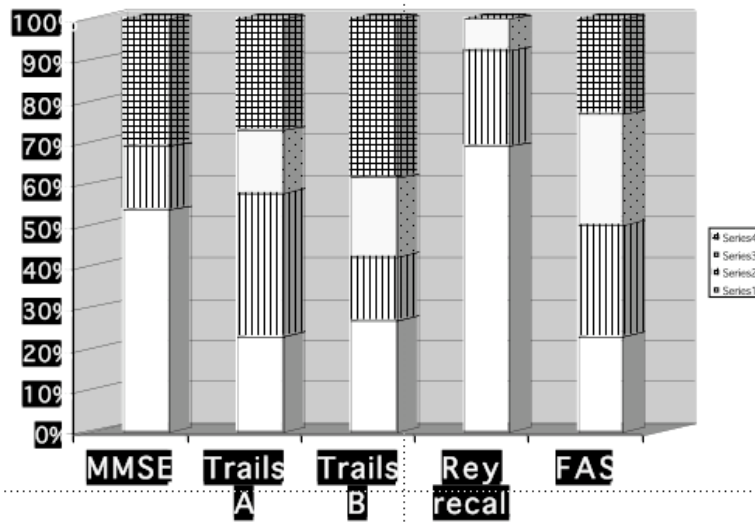
Suizid ist die dritthäufigste Todesursache bei MS, Lungenentzündung und Krebs belegen die Ränge eins und zwei. Lungenentzündung und Krebs kommen eher bei älteren Patienten vor. Stirbt ein Patient relativ jung, so wahrscheinlich durch Suizid.

Es war allgemeiner Kenntnisstand, dass Transverse Myelitis eine Erkrankung des Rückenmarks war und mit dem Gehirn nichts zu tun hatte. Dr. Kerr vermutete bei vielen seiner TM-Patienten in der Klinik Depressionen. Ich hatte gedacht, er spräche über Demoralisierung. Er überzeugte mich, in die Klinik zu kommen und mit seinen Patienten zu arbeiten und die Frage zu untersuchen.

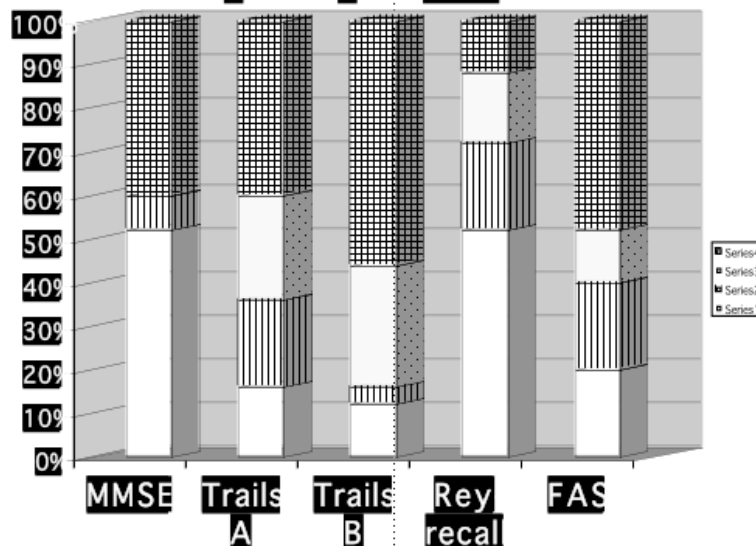
Hier sind die Ergebnisse der Untersuchungen am TM-Center von Johns Hopkins. Die punktierten Säulensegmente stehen für schwere Depression, die schraffierten für moderate Depression. Die Depression bei MS ist höher als bei der allgemeinen Bevölkerung, bei Transverser Myelitis ist die Häufigkeit mindestens ebenso hoch, wenn nicht höher als bei MS. Wir begannen anzunehmen, dass auch bei Transverser Myelitis das Gehirn in Mitleidenschaft gezogen sei.

Dreimonatliche Verteilung von Testergebnissen von ATM- und MS-Patienten

MS



TM

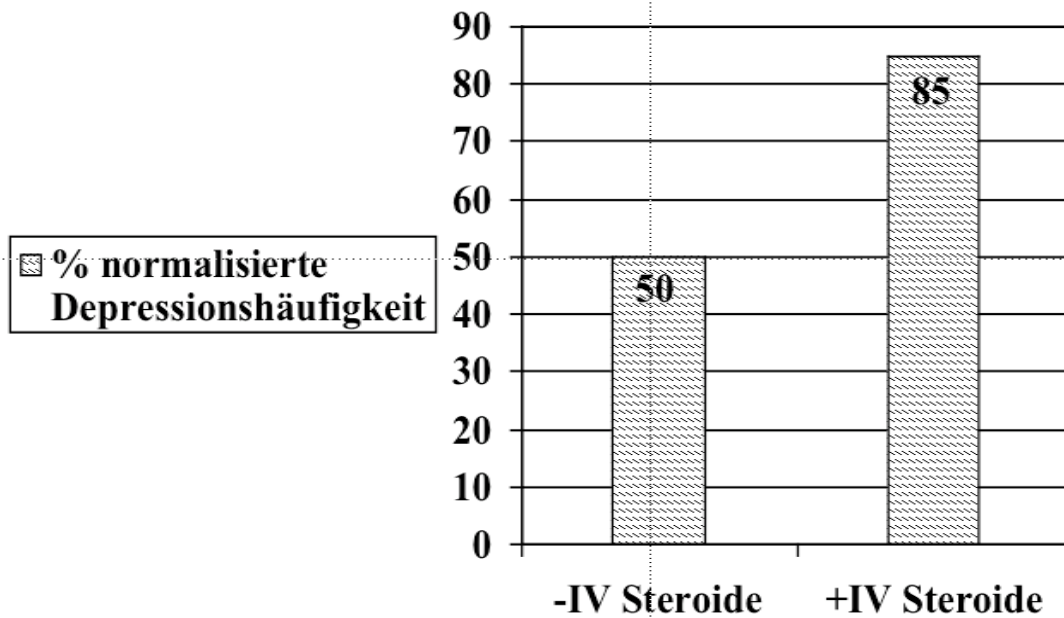


Der weiße Teil der Säulen (unten) kennzeichnet ein Problem. Je höher der weiße Teil, desto schlechter waren die Ergebnisse der betreffenden Patienten bei Gedächtnis- und Konzentrationstests. Genau das gleiche Muster entdeckten wir auch bei Patienten mit Transverser Myelitis. Sie hatten die gleichen Gedächtnisprobleme, die man auch bei MS vorfindet. Uns ist jetzt bewusst, dass bei einer Transversen Myelitis das Immunsystem das Gehirn angreift, auch wenn wir im MRT (Kernspinnuntersuchung) keine Läsionen sehen. Die Anzeichen deuten darauf hin, dass das aktivierte Immunsystem, das in Rückenmark und Gehirn eingedrungen ist, all diese chemischen Botenstoffe ausstößt und diese chemischen Botenstoffe dann die Depression verursachen.

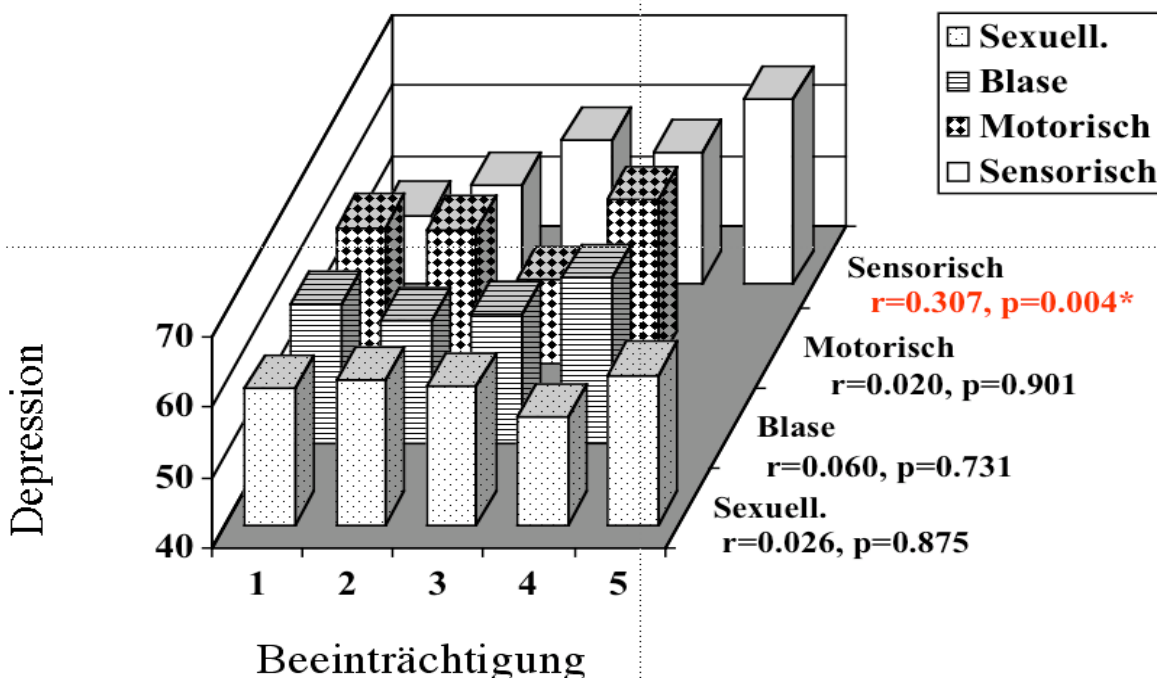
Wir stellten fest, dass die Depression nicht mit motorischer Beeinträchtigung, Beeinträchtigung der Blasenfunktion oder der Sexualaktivität der TM-Patienten korreliert. Es gab eine leichte Korrelation mit Schmerzen: je schlimmer die Schmerzen, desto schwerer die Depression. Der Grund dafür kann sein, dass Menschen, die unter

Depression leiden, stärkere Schmerzen haben oder vielleicht auch, dass Menschen, die unter schlimmeren Schmerzen leiden, stärkere Depressionen haben. Die beiden Aspekte gehen Hand in Hand.

**Bezug zwischen Behandlung mit IV-Steroiden und Depression: Zuwachs von 70%**



### Korrelation zwischen neurologischen Beeinträchtigungen und der Häufigkeit von Depression

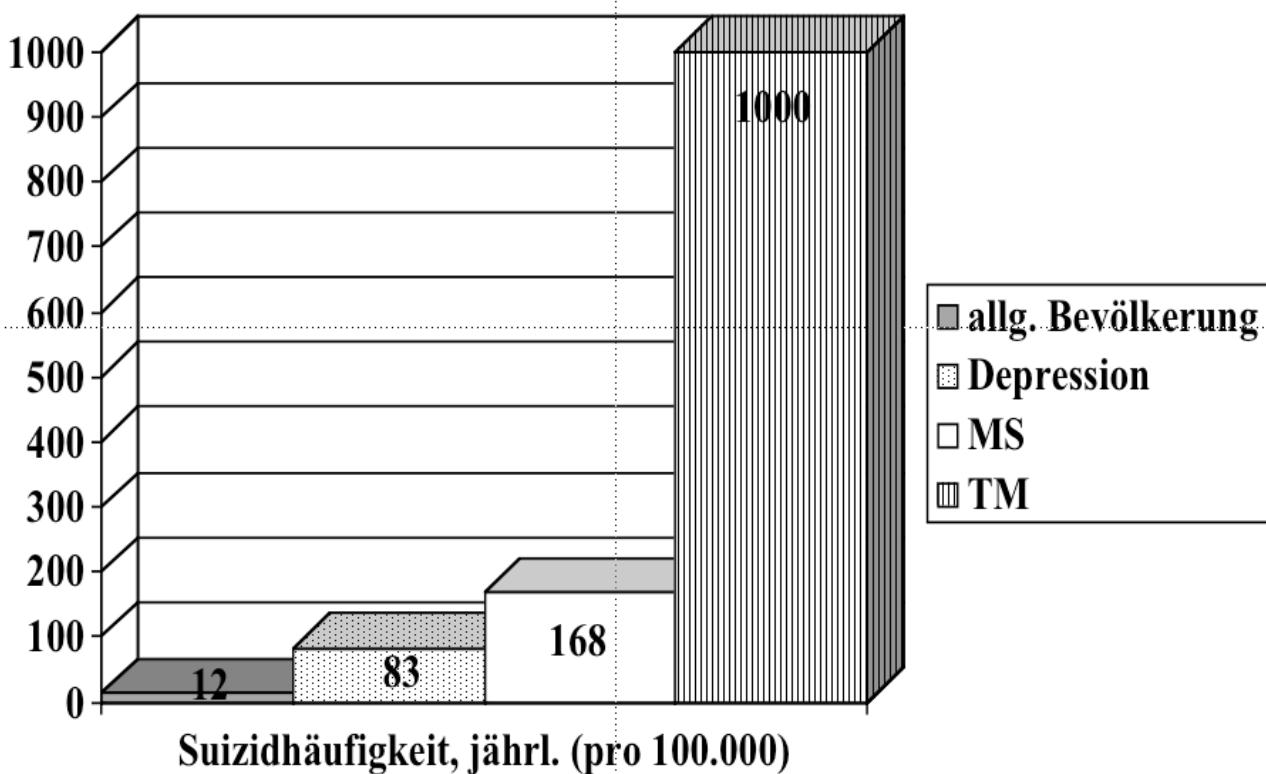


Die Verabreichung von Steroiden während einem akuten Anfall von TM setzt eine Risiko-Nutzen-Analyse voraus. Der Nutzen der Steroide liegt darin, dass die möglicherweise den Entzündungsanfall stoppen können und das Nervensystem weniger Schaden davonträgt. Aber die Einnahme von Steroiden beinhaltet das Risiko von Nebenwirkungen. Bei TM-Patienten wiesen jene, die zum Zeitpunkt ihres ersten Anfalls IV-Steroide bekommen hatten, eine 70% höhere Häufigkeit auf, zu einem späteren Zeitpunkt unter Depressionen zu leiden. Es ist möglich, dass dies die Patienten waren, die unter Depressionen litten, als sie zu ihren Ärzten kamen und dort einen sehr schlechten Eindruck machten, was dazu führte, dass man ihnen Steroide verabreichte.

Wir können das nicht nach verfolgen. Es handelte sich nicht um eine prospektive Studie, aber es sollte nicht unerwähnt bleiben, dass wir aus anderen Studien wissen, dass Steroide die Wahrscheinlichkeit steigern können, eine Depression zu bekommen. Wenn Sie schon wissen, dass Steroide Sie depressiv machen, dann teilen Sie das Ihrem Arzt mit. Steroide haben große Vorteile, die man nutzen sollte, aber sie beinhalten auch Risiken.

Das folgende Diagramm zeigt die Häufigkeit von Suizid bei Depression, die Häufigkeit von Suizid bei MS und die Häufigkeit von Suizid bei Transverser Myelitis.

Suizidhäufigkeit: Depression vs MS vs TM



Chronischer Stress wurde mit erhöhtem Risiko eines Wiederaufflammens von MS in Verbindung gebracht, ebenso wie mit einer erhöhten Beeinträchtigung (Mohr et al). Eine prospektive longitudinale Untersuchung unter Einsatz von serieller Bildgebung mit Gadolinium als Kontrastmittel hat erwiesen, dass stressende Ereignisse im Leben (besonders familiäre Konflikte und Stress bei der Arbeit) Anzeichen für die Entwicklung neuer und aktiver Gehirnschädigungen sind. Eine Meta-Analyse von Untersuchungen über die Auswirkungen von Stress auf das Wiederaufflammens von MS stellte eine signifikant erhöhte Wahrscheinlichkeit eines Wiederaufflammens in Zusammenhang mit Stressereignissen in 13 der 14 Studien fest. Das Ausmaß, in dem Stress in dieser Meta-

Englische Originalfassung

Kaplin, Adam.: *Demoralization and Depression in Multiple Sclerosis and Transverse Myelitis*, TMA Newsletter Vol. 8 - Issue 1, Herbst 2007, S. 3 - 12 [Herunterladen, Anhören](#)

Analyse das Risiko eines Wiederaufflammens der MS erhöhte, lag im Durchschnitt um 60% höher als das Ausmaß, in dem eine IFN-beta-Behandlung das Risiko des Wiederaufflammens verringern kann.

Chronischer Stress, wie er durch eine Depression verursacht wird, steigert das Risiko, dass sich MS oder TM verschlimmern. Wenn Patienten zu mir kommen, haben sie häufig gerade die Prozedur hinter sich, einen Arzt zu finden, der eine MS- oder TM-Diagnose stellen kann. Weil sie nicht schlafen konnten, wurden ihnen Benzodiazepine, z.B. Valium, verabreicht. Da sie aber ebenfalls unter Fatigue (Erschöpfung) litten, wurde ihnen auch (Pro)Vigil (Wirkstoff Modafinil) gegeben, das die Schlaflosigkeit verschlimmert. Die Benzodiazepin-Dosis musste anschließend erhöht werden. Ihre Konzentrationsprobleme stammten teilweise von der MS und vielleicht teilweise von der Depression und nun kam noch das Benzodiazepin dazu. Wenn man genügend Valium nimmt, hat man auch Schwierigkeiten mit der Konzentration. Was ich oft mache, ist zu versuchen, die neuen Patienten von den Medikamenten zu entwöhnen, die ihnen Ärzte verabreicht haben, um Einzelsymptome zu kurieren, während sie die zugrunde liegende Depression nicht erkannt haben. Versucht man Depression symptomatisch zu kurieren, so verschlimmert man sie.

Behandelt man andererseits die Depression, so kann das auch einen positiven Einfluss auf die MS haben. Das hat die Mohr-Studie gezeigt (Mohr et al, 2001, Arch Neurol, UCSF). Patienten, die unter Depression leiden, weisen biologische Anzeichen eines höheren Schweregrades der MS auf. Bei depressiven Patienten war das Immunsystem, wie im Labor gemessen, doppelt so aktiv und belastet wie bei nicht depressiven Patienten. Die Behandlung von Depression bei MS-Patienten (durch Medikamente oder Psychotherapie) korreliert mit der Verbesserung des Status ihrer Autoimmunerkrankung. Das legt nahe, dass die Behandlung von Depression ein wichtiger Bestandteil der Therapie von MS sein kann. Wie die Autoren sagen: „Die Behandlung der Depression kann eine neue erkrankungsverändernde Strategie sowie eine symptomatische Behandlung für MS-Patienten darstellen.“ Stress ist dem Risiko eines Wiederaufflammens der MS sowie mit einem Anwachsen der Beeinträchtigungen in Verbindung gebracht worden.

Sie sollten sich daher nicht nur in Ihrem eigenen Interesse behandeln lassen, nicht nur weil Ihre Familie es verdient, dass Sie behandelt werden, wenn Sie depressiv sind, sondern weil es sehr wohl eine signifikante Auswirkung auf den Verlauf Ihrer Krankheit haben kann.

KRITERIEN FÜR DEPRESSION (SIGEMCAPS) --> MS & TM

• Schlaf ( ↓ / ↑ )	-->	Schlaflosigkeit
• <b>Interesse</b> (oder Lebensfreude)	-->	Belastung für Beziehungen
• Schuldgefühle (oder Gefühl der Wertlosigkeit)	-->	Hindernis für Rehab & Tx
• Energie (Fatigue)	-->	MS Fatigue
• <b>Stimmung</b>	-->	Traurigkeit
• Konzentration	-->	MS Gedächtnisverlust
• Appetit	-->	Gewichts- und Energieverlust
• <b>Psychomotorische</b> Verlangsamung	-->	MS Gedächtnisverlust, verringerte Gehfähigkeit
• <u>Suizidabsicht</u>	-->	Hoffnungslosigkeit, Tod
• Vergrößerung des Leidens	-->	chronische Schmerzen

Die gute Nachricht ist, dass Depression das behandelbarste Syndrom darstellt, das in Zusammenhang mit MS auftaucht. Meine Kollegen Neurologen berichten mir manchmal, wie eifersüchtig sie sind, wenn ein Patient zu mir kommt, der nicht zur Arbeit geht, der einen Monat lang im Bett war und sich dabei schrecklich gefühlt hat, von dem die Familie nicht weiß, was mit ihm passiert, den sein Partner, seine Kinder, seine Eltern nicht wiedererkennen, weil er sich so verändert hat. Ich behandle die Depression und nach einem Monat ist der Patient wieder bei der Arbeit und es geht ihm blendend. Neurologen haben in der Regel nicht die Möglichkeit, die anderen Symptome von MS oder TM, so etwa Fatigue, Nervenschmerzen oder Krämpfe so wirksam zu bekämpfen. Depression dagegen ist sehr für Behandlung empfänglich.

*Keine Pille kann mir bei dem Problem helfen, keine Pillen nehmen zu wollen; noch kann noch so viel Psychotherapie allein meine Manien und Depression verhindern. Ich brauche beides. Es ist schon seltsam, das Leben Pillen zu verdanken, den eigenen Eigenarten und Beharrlichkeiten, und dieser einzigartigen, seltsamen und letztlich tiefen Beziehung, die Psychotherapie genannt wird.*

Das ist ein Zitat einer meiner Mentorinnen, Dr. Kay Redfield Jamison. Sie musste mit einer schrecklichen Krankheit zurechtkommen. Sie ging zu ihrem Rektor und sagte: „Ich weiß, Sie werden mich entlassen müssen. Ich habe eine bipolare Störung. Ich habe eine verrückte psychotische Manie.“ Er entließ sie nicht. Sein Rat an sie lautete: „Lernen Sie daraus, schreiben Sie darüber, unterrichten Sie darüber.“ Sie ist heute eine bessere Ärztin und Forscherin, weil sie diese bipolare Störung hat. Ich wiederhole mich, man kann diese Dinge nutzen und sie zu Vorteilen machen.

Englische Originalfassung

Kaplin, Adam.: *Demoralization and Depression in Multiple Sclerosis and Transverse Myelitis*, TMA Newsletter Vol. 8 - Issue 1, Herbst 2007, S. 3 - 12 [Herunterladen, Anhören](#)

Depression und MS sind zwei Bahnen der gleichen Straße. MS verursacht Depression, Depression und Stress verschlimmert MS. Die Behandlung der Depression ist für die MS vorteilhaft. Wir haben die Daten gesehen, die diese Verbesserung nachweisen. Die Behandlung der MS ist für die Depression vorteilhaft. Darüber haben wir noch keine Untersuchungen. Ich würde diese Studien gern unternehmen. Depression ist eine tödliche Folge der MS, wenn man sie nicht behandelt. Depression tritt häufig in Zusammenhang mit Autoimmunkrankheiten auf, wird vom Immunsystem verursacht und ist behandelbar.

Paula Lazzeri ist ebenfalls eine meiner Mentorinnen. Paula hatte schon als Kind TM und ist von der Brust abwärts gelähmt. Paula hat das College mit einem Diplom in Buchführung abgeschlossen und arbeitet in Vollzeit. Sie hat einen wundervollen Mann geheiratet, den sie dazu inspiriert hat, Physiotherapeut zu werden. Paula und Myk haben einen wundervollen Sohn. Paula hat das Kind trotz ihrer Paralyse (Lähmung) ausgetragen und geboren. Außerdem ist Paula in der Transverse Myelitis Association aktiv und verwendet einen großen Teil ihres Lebens darauf, anderen zu helfen.

Paula hat in einem Vortrag auf dem Symposium 2004 gesagt:

*Ich musste mich vielen Herausforderungen stellen in meinem Leben. Ich musste viele körperliche und emotionale Belastungen ertragen, aber mein Leben ist gut, weil ich es nicht anders haben will. Mein Leben ist schön, weil ich entschieden habe, das Leben so sehen zu wollen. Wir können nicht alles kontrollieren, was mit unseren Körpern geschieht, noch können wir kontrollieren, was in der Welt um uns herum geschieht, aber wir können kontrollieren, wie wir in der Welt, in der wir leben, über uns und über unsere Familie denken und fühlen.*

Paula ist das beste Beispiel dafür, wie man die demoralisierenden Auswirkungen dieser Erkrankungen überwinden kann. Doch wenn Sie unter Depression leiden, können Sie Paulas Beispiel nicht folgen. Über Paula zu hören, macht depressive Menschen nur noch depressiver. Sie denken: „Ich fühle mich wie ein armes Schwein und sie hat all das zustande gebracht? Und ich kann das nicht?“ Das Problem ist, dass Paula wunderbar ist, und all die unter Ihnen, die sich demoralisiert fühlen, sollten mit Paula sprechen. Diejenigen, die unter Depression leiden, sollten mit mir sprechen, denn die arme Paula kann Ihnen nicht helfen. Ich werde Ihnen sagen, dass Sie zu Paula werden können, wenn Sie die Depression in den Griff gekriegt haben.

*Je tiefer sich das Leid in dich eingräbt, desto mehr Freude kannst du erfahren.*

Kahlil Gibran



*Das einzige Gesetz, das sich nie verändert, ist dass sich alles ändert, und die Last, die ich heute zu tragen hatte, war nur einen Atemzug weit entfernt von den Freuden, die ich morgen habe werde, und diese Freuden werden umso gewaltiger sein durch die Erinnerungen an die Lasten, die mir auferlegt waren.*

Louis L'Amour (1908-1988)

Depression ist behandelbar. Ihr Leben kann so sehr viel besser sein, wenn Sie die Depression aus dem Weg schaffen. Geben Sie sich nicht damit zufrieden, dass **dies das Beste ist, was ich vom Leben erwarten kann**, es sei denn, Sie haben wirklich alle anderen? Möglichkeiten ausgeschlossen.