

Depression in der TM

Adam Kaplin, MD, PhD (Erstveröffentlichung 2003)

Dr. Kaplin ist Assistenzprofessor am Department of Psychiatry an der Johns Hopkins University School of Medicine und Leitender psychiatrischer Berater am Johns Hopkins Transverse Myelitis und Multiple Sclerosis Center. Dr. Kaplin ist auch Mitglied des medizinischen Beratungsgremiums der Transverse Myelitis Association.

Traditionell wird die Transverse Myelitis (TM) als Erkrankung des Rückenmarks angesehen, bei der in Folge einer Schädigung des Rückenmarks, die durch bildgebende Verfahren sichtbar gemacht werden kann, motorische und sensible Fähigkeiten und somit Funktion von Blase, Stuhlgang und Sexualität beeinträchtigt werden. TM ist jedoch darüber hinaus eine autoimmune neurologische Erkrankung des zentralen Nervensystems (ZNS), bei der (durch Liquorentnahme sichtbare) aktivierte Immunzellen im Liquor schwimmen, der Rückenmark und Gehirn umgibt. TM lässt sich wahrscheinlich am besten verstehen in einer Linie mit den Erkrankungen der wiederkehrenden Optikusneuritis (greift die Sehnerven an, die visuelle Signale von den Augen zum Gehirn transportieren), der Neuromyelitis optica (die die Sehnerven und das Rückenmark angreift) und der Multiplen Sklerose (die jede Stelle des ZNS angreifen kann). Das traditionelle Verständnis der TM als einer allein das Rückenmark betreffenden Erkrankung findet man auch heute noch. Es hat zur Folge, dass die Auswirkungen dieser Autoimmunerkrankung auf das Gehirn lange Zeit unberücksichtigt blieben. Für die Multiple Sklerose (MS) gibt es dagegen eine umfassende Forschungstätigkeit zur Frage der Auswirkungen auf das Gehirn. Für MS wurde die höchste Depressionsrate festgestellt, die bisher für eine schwere chronische Krankheit beschrieben wurde, mit über 20% der an MS erkrankten Patienten, die zu einem beliebigen Zeitpunkt unter Depression leiden und einer Lebenszeitprävalenz (= Auftreten mindestens einmal im Leben) von über 50%. Untersuchungen, die am Johns Hopkins TM Center in Zusammenarbeit mit den Neurologie- und Psychiatrieabteilungen durchgeführt wurden, haben begonnen, ein Augenmerk auf die Häufigkeit von Depression als Ausprägung der aggressiven Immunreaktion bei TM zu richten. Vor einer Darstellung der Ergebnisse dieser ersten Untersuchungen ist es zunächst erforderlich, eine begriffliche Unterscheidung zu treffen zwischen der Demoralisierung (Entmutigung), einem psychologischen Zustand überwältigender Traurigkeit, der als Folge widriger Umstände auftritt, und der klinischen Depression, die wir als Krankheit des Gehirns auffassen.

Demoralisierung

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)

Trauer ist eine nachvollziehbare und zu erwartende Reaktion, wenn man plötzlich und gegen den eigenen Willen in völlig andere Lebensumstände gestoßen wird, die es erforderlich machen, den Verlust geschätzter Fähigkeiten zu akzeptieren und sich ungewollten Kämpfen auszusetzen. Das ist bei allen chronischen Erkrankungen der Fall. Zusätzlich zu den potentiell schwerwiegenden Beeinträchtigungen, denen TM-Patienten ausgesetzt sind, weist diese Erkrankung Eigenheiten auf, die es für Patienten besonders schwer machen, sie zu ertragen. Es ist immer schwieriger, mit plötzlichen als mit graduellen Veränderungen zurecht zu kommen: TM beginnt ohne Vorwarnung und entwickelt sich im Verlauf von Stunden bis Tagen. Die Tatsache, dass TM ein wenig bekanntes Leiden ist, bringt außerdem für die Betroffenen zwei verwirrende Folgen mit sich. Erstens sind nicht viele Ärzte mit der Diagnose, Prognose und Behandlung einer TM vertraut, was dazu führt, dass in der Regel keine Diagnose gestellt wird und die Patienten unvollständig unterrichtet und nicht ausreichend behandelt werden. Zweitens hat ein Großteil der TM-Patienten in ihrem Umfeld keinen Kontakt zu anderen Menschen, die von der gleichen Krankheit befallen wurden, mit denen sie Erfahrungen austauschen könnten, was zu einem Gefühl der Isolation und Vereinsamung führt.

Gelegentlich wird die Anpassungsfähigkeit eines Individuums von den Belastungen, denen es ausgesetzt ist, überwältigt und es wird mutlos, bestürzt und überwältigt. Diesen Zustand nennt man Demoralisierung (Entmutigung). Demoralisierung wird definiert (Frank JD 1991) als ein Zustand der Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Verwirrung, subjektiv wahrgenommener Unfähigkeit, Isolierung und verminderten Selbstwertgefühls. Zur subjektiven Erfahrung der Demoralisierung gehört das Gefühl, nicht fähig zu sein, von außen kommende oder an sich selbst gestellte Erwartungen zu erfüllen, das Gefühl, in einer Falle gefangen und machtlos zu sein, diese Lage zu verändern oder sich ihr zu entziehen, und das Gefühl, einzigartig und daher für andere unverständlich zu sein. Die kombinierte Wirkung dieser Gefühle

führt meist zu Frustration, Bestürzung und Vereinsamung.

Um die Gefühle des Versagens, der Überwältigung und der Vereinsamung zu überwinden, die zusammen den Zustand der Demoralisation kennzeichnen, muss den Menschen gezeigt werden, wie sie wieder Mut erlangen können. Unterstützung bei der Entwicklung problembezogener Lösungsstrategien kann ein neues Gefühl wachsender Meisterung der Umstände erzeugen. So kann das Einbauen von Ruhephasen in einen nachmittäglichen Ablaufplan dabei behilflich sein, die Erschöpfung zu bekämpfen. Durch Einkufen zu Zeiten mit wenig Betrieb kann man das Gefühl vermeiden, gehetzt zu werden und sich öffentlich wegen einer Behinderung bloßgestellt zu fühlen. Die Unterstützung durch einzelne Freunde und Gruppen kann der Hoffnungslosigkeit und Isolation entgegenwirken. Kognitive Neuorientierung kann dabei helfen, unangemessene Erwartungen zu überprüfen. Zum Beispiel kann eine Überprüfung des Glaubens, alle im Laufe der Rehabilitation erreichten Verbesserungen seien bedeutungslos, so lange sie nicht zu einer vollständigen Wiederherstellung führten, dabei helfen, realitätsferne kurzfristige Erwartungen zu korrigieren. Gelegentlich kann die Anerkennung der erreichten Leistungen, die man durch andere Menschen erfährt, eine bestärkende und inspirierende Wirkung haben.

Psychosoziale Auswirkungen und langfristige Anpassung

Da MS häufiger auftritt, liegen dazu umfassendere Untersuchungsergebnisse vor. Eine Studie mit MS-Patienten, bei denen die Diagnose MS durchschnittlich neun Jahre zuvor gestellt worden war, untersuchte deren subjektiven Erfahrungen und die psychosozialen Folgen ihrer Erkrankung (Mohr, Dick et al. 1999). Die Ergebnisse dieser Studie sind sehr lehrreich, da sie zeigen, dass die meisten Patienten – bei allen akuten Anpassungsschwierigkeiten, die eine autoimmune neurologische Erkrankung unvermeidlich mit sich bringt – im Lauf der Zeit neben den abträglichen Folgen ihrer Krankheit auch vorteilhafte Entwicklungen erkennen. In dieser Untersuchung berichtet eine Minderheit der Patienten (20%) über eine Verschlechterung ihrer Beziehung durch die MS, meist dargestellt als Sorge, als Partner nicht gleichwertig zu sein oder in Form einer häufigeren Verärgerung oder Reizbarkeit ihrer Partner. 30% berichteten über einen Zustand der Demoralisierung, gekennzeichnet durch Trauer, das Gefühl, die Unabhängigkeit verloren zu haben und Unsicherheit über die Zukunft. Die

Mehrheit der Patienten (60%) war aber der Meinung, durch die Krankheit auch Vorteile erfahren zu haben: ihre Beziehungen erschienen enger, sie fühlten sich mitfühlender und mitteilbarer und würden das Leben als solches mehr wertschätzen, sie hätten dadurch eine sinnvollere Perspektive gewonnen. Mit der Zeit, wenn Körper und Seele sich an die geänderten Lebensumstände anpassen, wird die unerbittliche Traurigkeit in der Regel durch Anpassung, Einsicht und Fortentwicklung gemildert. Depression ist einer der Gründe, warum einzelne Patienten sich auch nach vielen Monaten oder Jahren noch außer Stande fühlen, mit ihrer Krankheit zurecht zu kommen und ihrem Leben eine neue Richtung zu geben.

Was ist Depression?

Die Traurigkeit, die mit der Demoralisierung auftritt, ist etwas anderes als eine klinische Depression (die im Folgenden einfach als Depression bezeichnet wird). Traurigkeit ist ein Symptom, während Depression ein klinisches Syndrom darstellt: eine Konstellation etlicher Symptome, die bei den betroffenen Menschen gebündelt auftreten. Traurigkeit verhält sich zur Depression wie Husten zu einer Lungenentzündung: Husten kann wohl ein Anzeichen für eine Lungenentzündung sein, doch nicht jeder Hustenanfall ist Folge einer Lungenentzündung und gelegentlich kann eine Lungenentzündung auch ohne Husten auftreten. Falls gemeinsam mit dem Husten auch grüner Schleim und Fieber, schnellere Atmung und Anzeichen für Infektion der Lungen in Röntgenuntersuchungen auftauchen, so nennt man dieses Syndrom Lungenentzündung. Wodurch ist also das Syndrom einer schweren depressiven Störung (wie die Depression in der medizinischen Literatur genannt wird) gekennzeichnet? Wesentliche Anzeichen sind eine dauerhafte und gleichgültige Niedergeschlagenheit, negative Selbsteinschätzung oder Selbstwertgefühl und eine verminderte Vitalität. Wie kann man diese Eigenschaften in einfache diagnostische Kriterien übertragen?

Das US-amerikanische *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV) ist das wesentliche diagnostische Referenzwerk für Psychiater und Psychologen in den USA. Nach dem DSM-IV müssen bei einer schweren Depression 5 der folgenden 9 Symptome vorhanden sein: 1.) verminderte Interessefähigkeit (oder Freudlosigkeit) und/oder 2.) Niedergeschlagenheit; 3.) vermindertes oder gesteigertes Schlafbedürfnis; 4.) vermindertes oder gesteigerter Appetit; 5.) Schuldgefühle, Gefühl der Wertlosigkeit;

6.) subjektives Erschöpfungsgefühl oder Kraftlosigkeit; 7.) Konzentrations-schwierigkeiten; 8.) Empfinden/Anschein als ob Gedanken und Handlungen entweder verlangsamte (*dahinschleppen*) oder beschleunigt (*getrieben*) stattfinden; und 9.) Gedanken an Tod oder Suizid.

Da sich nur eine Minderheit der unter Depression leidenden Menschen behandeln lässt, und selbst jene, die es tun, wegen des Stigmas, das seelische Krankheiten umgibt, meist ihre Diagnose vor ihren Freunden und Angehörigen geheim halten, wird die tatsächliche Häufigkeit des Auftretens von Depression häufig unterschätzt. In der Gesamtbevölkerung tritt Depression mit einer Häufigkeit von 5% auf und 17% der Menschen leiden irgendwann in ihrem Leben darunter. Depressionen sind ein stark beeinträchtigendes Leiden. Im Vergleich mit den häufigsten medizinischen Ursachen chronischer Behinderung, rangiert Depression – was die Auswirkungen auf tägliche Tätigkeiten betrifft – an zweiter Stelle, übertroffen nur von Herzkrankheiten. Depression ist außerdem eine letale Krankheit und führt in bis zu 15% der schweren Fälle zum Suizid. In den Vereinigten Staaten ist Suizid die dritthäufigste Todesursache in der Altersgruppe bis 24 Jahren und die vierthäufigste in der Gruppe junger Erwachsener zwischen 24 und 44 Jahren. Unter den MS-Patienten ist Suizid die dritthäufigste Todesursache insgesamt, nach Lungenentzündung und Krebs, und tritt 7,5 mal häufiger auf als in der Gesamtbevölkerung. Im Vergleich zu anderen häufigen Todesursachen bei MS tritt Suizid eher bei relativ jungen Menschen mit leichterem Behinderung auf, was die verlorenen Lebensjahre besonders tragisch macht.

Wir sind es nicht gewöhnt, daran zu denken, wie unser Gehirn unsere Seelenzustände und Launen reguliert – etwa wie ein Thermostat, das die Temperatur in unseren Wohnungen reguliert – ebenso wenig wie wir daran denken, auf welche Weise das Gehirn uns beispielsweise in die Lage versetzt, sprachlich zu kommunizieren. Obwohl Depression durch eine Kombination genetischer Veranlagung und in der Umwelt auftretender Stressfaktoren verursacht werden kann, ist jedoch ebenfalls bekannt, dass eine Anzahl medizinischer Veränderungen das Auftreten von Depression begünstigen können. Neuropsychiatrische Erkrankungen, die das Gehirn in Mitleidenschaft ziehen, weisen extrem hohe Häufigkeit des Auftretens von Depression auf. Bei Leiden wie Schlaganfällen, Gehirntumoren, Alzheimer und Parkinson tritt Depression bei 30-50% der betroffenen Patienten auf. Weiterhin von Bedeutung sind die Ergebnisse von Untersuchungen, die gezeigt haben, dass

das Auftreten der Depression bei diesen Erkrankungen nicht lediglich eine unvermeidliche Reaktion auf einen schweren Schicksalsschlag ist. Ein solcher wäre zum Beispiel auch die Amyotrophe Lateralsklerose (ALS), eine selektive Erkrankung der motorischen Nervenzellen, die zu einer nicht aufzuhaltenden Muskellähmung am ganzen Körper, einschließlich der Atemmuskulatur führt und in der Regel im Laufe von 3 bis 5 Jahren zum Tode durch Versagen der Atmung oder durch Aspiration führt. Das Gehirn in seiner Gesamtheit wird von ALS nicht in Mitleidenschaft gezogen. Unter den Patienten, die an dieser schrecklichen Krankheit leiden, besteht keine erhöhte Häufigkeit des Auftretens von Depression. Das legt nahe, dass Depression nicht als unvermeidliche oder auch nur übliche Begleiterscheinung des Auftretens schwerer Schicksalsschläge angesehen werden sollte.

Unter allen medizinischen Zuständen, über die zum gegenwärtigen Zeitpunkt Berichte vorliegen, wird angenommen, dass MS die höchste Depressionsrate aufweist, wobei sie bei 50-60% der Patienten mindestens einmal im Leben auftritt, nachdem die Diagnose MS gestellt wurde (Patten und Metz, 1997). Zu den Hinweisen darauf, dass Auswirkungen des Immunsystems auf das Gehirn zum Auftreten von Depression bei MS beitragen, gehören folgende drei Erkenntnisse: 1.) Bei MS-Patienten, die eine Depression entwickeln, ist die Häufigkeit depressiver Angehöriger nicht größer als bei nicht-depressiven MS-Patienten, was nahe legt, dass es sich bei der Schlüsselursache um eine Einwirkung und nicht um genetische Veranlagung handelt; 2.) Die Depressionshäufigkeit steigt in den Perioden der Aktivierung des Immunsystems durch Verschlimmerung der Krankheit an, und 3.) Es besteht keine Korrelation zwischen dem Grad der Behinderung und dem Auftreten von Depression bei MS-Patienten.

TM und Depression

Erste Untersuchungen, die am TM-Zentrum der Johns-Hopkins-Universität in Zusammenarbeit mit den Abteilungen für Neurologie und Psychiatrie durchgeführt wurden, beginnen sich mit der Häufigkeit des Auftretens von Depression bei TM-Patienten zu beschäftigen. In diesem Beitrag kann nur eine Zusammenfassung der ersten Ergebnisse vorgestellt werden. Sie weisen darauf hin, dass die Häufigkeit von Depressionen bei TM-Patienten höher ist als bei MS-Patienten mit einem vergleichbaren Grad an Beeinträchtigung. Wie schon die früheren Studien über MS-Patienten gezeigt haben, besteht

keine Korrelation zwischen der Ernsthaftigkeit der Depression bei TM-Patienten und der Schwere der Beeinträchtigung der motorischen Funktionen, der Blase oder der Sexualität. Es besteht eine moderate Korrelation zwischen Depression und Sensibilitätsstörungen (vorwiegend mit Symptomen, die in Zusammenhang mit Kribbeln, Prickeln und Gefühlstaubheit auftreten). Ob dies bedeutet, dass depressive Patienten eine niedrigere Toleranz gegenüber diesen Symptomen aufweisen, oder alternativ, dass sich die Sensibilitätssymptome besonders auf den Gemütszustand der Patienten auswirken, lässt sich auf Grund der vorliegenden Ergebnisse nicht sagen. Es ist angebracht, darauf hinzuweisen, dass die Sensibilitätssymptome (einschließlich der chronischen Schmerzen!) wohl zu den quälendsten Symptomen gehören, die bei einer TM auftreten, und damit zu jenen, mit denen es am schwierigsten ist, zurecht zu kommen. Eine weitere Korrelation wurde zwischen dem Auftreten von Depression und der Behandlung mit intravenösen Steroiden gefunden. Bei den Patienten, denen i.v. Steroide verabreicht worden waren, war kein Unterschied in der Schwere der Symptome bei Aufnahme oder des Behinderungsgrads nach der Erholung feststellbar. Die Möglichkeit kann nicht ausgeschlossen werden, dass Patienten, die zum Zeitpunkt der Aufnahme durch den Einfluss einer Depression am stärksten beeinträchtigt schienen, mit größerer Häufigkeit für die Behandlung mit i.v. Steroiden vorgesehen wurden. Da bekannt ist, dass Steroide bei zahlreichen anderen Patientengruppen Depressionen verursachen, legt die Häufigkeit des Auftretens von Depression bei TM-Patienten, die mit Steroiden behandelt wurden, nahe, dass der Gemütszustand der damit behandelten Patienten sorgfältig überwacht werden sollte.

Es wurde eine hohe Häufigkeit von Depression bei TM festgestellt, ähnlich wie die schon für MS beschriebene. Wir haben uns die Frage gestellt, ob diese Depression ein Anzeichen dafür sein könnte, dass das Gehirn durch die Aktivierung des Immunsystems im ZNS in Mitleidenschaft gezogen wurde. Zusätzlich zur hohen Häufigkeit von Depressionen leiden MS-Patienten auch unter erhöhtem Auftreten von kognitiven Beeinträchtigungen, die in Form von Schwierigkeiten bei der Lösung bestimmter Aufgaben auftreten, die Konzentration, kurzfristiges Abrufen von Einzelheiten und Verarbeitungsschnelligkeit erfordern. Als wir die mentale Leistungsfähigkeit von TM-Patienten analysierten, fanden wir im Vorfeld, dass sie bei vielen kognitiven Aufgaben hervorragend abschnitten. Bei bestimmten subtilen Aufgaben mit Papier und Stift hingegen schnitten einige TM-Patienten unerwartet schlecht

ab; es handelte sich dabei um die gleichen Tests, bei denen auch MS-Patienten Schwierigkeiten hatten. Klinisch fiel auf, dass eine Minderheit von TM-Patienten, auch solche ohne Depression und ohne medikamentöse Behandlung, berichteten, dass sie nicht mehr so viele Details im Kopf behalten könnten ohne sie niederzuschreiben und dass sie zusätzliche Zeit brauchten um komplexe Denkaufgaben zu bewältigen.

Besondere Erwägungen zur Depression bei TM

Die Bedeutung der Diagnose einer Depression bei TM darf nicht unterschätzt werden. Was häufig als besonders beeinträchtigend empfunden wird, ist weniger die Notwendigkeit, Hilfe beim Gehen in Anspruch nehmen zu müssen oder das Zurechtkommen mit den chronischen Schmerzen, sondern die Depression, die dazu führt, dass man schwer aus dem Bett kommt, dass man sich sozial isoliert fühlt und dass die Toleranzschwelle für Schmerzen sinkt. Es ist üblich, dass bei Patienten mit TM und Depression die Mehrzahl der Beeinträchtigungen durch die Depression bedingt ist und eine Behandlung zu einer dramatischen Verbesserung ihres Zustands führt. Trotz ihrer oft schrecklichen Auswirkung auf Patienten kann man Depression behandeln und die meisten Patienten, die sich einer angemessenen Behandlung unterziehen, erholen sich vollständig von ihren Symptomen. Was erforderlich ist, um dieses Ergebnis zu erzielen, ist häufig nichts anderes als die gleiche zupackende Herangehensweise, die TM-Patienten regelmäßig in die Bewältigung anderer Aspekte der Auswirkungen ihrer Krankheit investieren, von der Physiotherapie und Rehabilitation zur Verbesserung der Gehfähigkeit oder der urologischen Behandlung der Blasenprobleme. Bevor die Depression jedoch behandelt werden kann, muss sie zunächst angemessen diagnostiziert werden.

Wie auch bei vielen anderen medizinischen oder neurologischen Krankheiten der Fall, kann das Erkennen von Depression bei TM dadurch erschwert werden, dass sich die Symptome der psychiatrischen und der neurologischen Erkrankung überlappen. Erschöpfung und Konzentrationsschwächen sind zum Beispiel typisch für viele TM-Patienten, so dass es schwierig wird, sich auf diese Symptome zu stützen, um eine Depression zu diagnostizieren. Es gibt allerdings bestimmte Hinweise, die behilflich sein können, TM-Symptome von denen einer Depression zu unterscheiden. Selbstvorwürfe, Schuldgefühle und Eigenvorhaltungen sind keine gängigen Reaktionen auf

einen medizinischen Zustand, treten aber bei fast allen Fällen von Depression auf. Die Allgegenwärtigkeit bestimmter Symptome kann ebenfalls ein Hinweis auf Depression sein. Häufige Niedergeschlagenheit oder fehlender Spaß an Tätigkeiten, die Fähigkeiten erfordern, die von den neurologischen Auswirkungen der TM in Mitleidenschaft gezogen wurden, treten bei einer TM häufig auf, besonders während der ersten Wochen der Anpassung an die Krankheit. Aber wenn die Niedergeschlagenheit allgegenwärtig ist und der Patient an keinerlei Tätigkeit mehr Spaß findet, so liegt die Vermutung nahe, dass eine Depression vorliegt. Auf ähnliche Weise sollte die Unfähigkeit, den ersten akuten Schock über das Auftreten der TM auch nach vielen Monaten oder Jahren zu überwinden, als Hinweis auf eine heraufziehende Depression gewertet werden. Die Feststellung "Er/sie ist nicht mehr der/die Gleiche, seit die Krankheit zugeschlagen hat", viele Monate nach dem Beginn der Krankheit ausgesprochen, weist ebenfalls auf eine Depression hin. Hat ein Patient zu Beginn gute Fortschritte bei der Bewältigung seiner neurologischen Beeinträchtigungen erzielt und bleibt er dann plötzlich stecken oder verliert sogar an Boden, so sollte die Eventualität einer Depression als mögliche Ursache in Betracht gezogen werden. Schließlich sind Suizidgedanken immer als Auswirkung der Depression zu werten, solange nicht das Gegenteil bewiesen ist und Suizidgedanken sollten zu einer prompten Untersuchung durch einen dafür ausgebildeten Psychiater oder Psychologen führen. Ganz besonders weil die Suizidhäufigkeit bei TM mit Depression offenkundig mindestens so groß, wenn nicht noch größer ist, als bei anderen medizinischen Störungen.

Letztlich sollte die Diagnose einer Depression idealerweise von einer Person, in der Regel einem Arzt, gestellt werden, die über Ausbildung und Erfahrung mit Gemütsbeeinträchtigungen verfügt, etwa einem Psychiater. Ebenso wie die Menschen, die von einer TM betroffen sind, nicht auf ihre eigenen Kenntnisse oder die ihrer Angehörigen und Freunde zurückgreifen konnten, um die neurologische Diagnose zu stellen, so sollte auch die Bestätigung der Diagnose der Depression und deren Behandlung durch einen ausgewiesenen Spezialisten erfolgen. Falls sich überhaupt die Frage stellt, ob eine Person unter Depression leidet, sollte ohne Zögern eine Untersuchung veranlasst werden.

Barrieren auf dem Weg zu einer Behandlung der TM-Depression

Die Rehabilitation und Erholung von TM lässt sich mit einer langen Reise vergleichen, die Gewissenhaftigkeit und dauernde Anstrengung erfordert. Die Anpassung an die geänderten Lebensumstände stellt schwere Anforderungen, wenn sich die neurologischen Symptome als langfristig bleibend herausstellen. Unglücklicherweise werden Depressionssymptome wie Hoffnungslosigkeit und Verlust von Interesse und Lebensfreude oft zunächst als "Aufgeben" interpretiert und mit "Schwäche" oder "Trägheit" gleichgesetzt. Darüber hinaus sind viele Menschen der Auffassung, Depression sei gleichbedeutend damit "verrückt" sein und vermeiden es aus diesem Grund, sich in Behandlung zu begeben. Die Erkenntnis, dass der Depression ein biochemisches Ungleichgewicht im Gehirn entspricht, das mit einer Medikamentenklasse von Antidepressiva genannten Chemikalien erfolgreich zu behandeln ist, und kein Charakterfehler oder persönliches Versagen, kann bei der Bekämpfung dieses Stigmas helfen.

Vorurteile und Mythen über Antidepressiva nähren häufig ebenfalls den Widerstand gegen die Behandlung einer Depression. Antidepressiva wirken gezielt auf die Veränderungen im Gehirn der Patienten, die unter Depression leiden, haben aber andererseits keine "launeverbessernde" Wirkung auf Menschen, die nicht depressiv sind. Antidepressiva machen daher nicht süchtig wie Rauschmittel, die Euphorie auslösen, und sie haben keinerlei Marktwert auf der Straße. Außerdem lösen Antidepressiva keine "Ersatzgefühle" bei Menschen aus und bewirken nichts, was man nicht normalerweise auch fühlen würde. Stattdessen stellen Antidepressiva den normalen Zyklus von Hochs und Tiefs wieder her, in Korrespondenz mit den Erfolgserlebnissen und Frustrationen des Lebens, die bei Menschen, die unter Depression leiden, verloren gegangen war. Gelegentlich führen Menschen, die sich weigern, Antidepressiva zu verwenden, auch die Begründung auf, sie wollten nicht "wie ein Zombie" enden, weil sie von Menschen wissen oder gehört haben wollen, die nicht mehr sie selbst waren, nachdem sie begonnen hatten, Medikamente einzunehmen. Der grundlegende Fehler in diesem Argument liegt darin, dass eine Depression sehr viel eher nachteilige Auswirkungen auf die Erscheinung einer Person hat, als die Medikamente, die eingenommen werden, um diese Störung des Gemütszustandes zu behandeln. Wenn es auch stimmt, dass Medikamente, die zur Behandlung anderer mentaler Störungen, etwa Schizophrenie, verabreicht werden, auffallende Nebenwirkungen wie übermäßige Dämpfung

und Gliedersteife mit sich bringen können, so bewirkt die sorgfältige Verwendung von Antidepressiva durch ausgebildete Psychiater bei den Menschen, deren Verhalten durch die Depression verändert wurde, eine Rückkehr zu ihrem ursprünglichen Zustand. Das Ziel einer Therapie mit Antidepressiva ist es, das betroffene Individuum wieder an das Steuer seines eigenen Lebens zu bringen, und seine Einschätzung der eigenen Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen zu verbessern während es die Kontrolle über die Richtung seines eigenen Lebens wieder erlangt. Statt auffälliger Nebenwirkungen, die darauf hinweisen, dass eine Person mit Medikamenten gegen Depression behandelt wird, passiert meist nur eines, nämlich dass andere Menschen bemerken, dass die behandelte Person "wieder mehr zu ihrem alten Selbst" zurückfindet.

Die größte Barriere, die Menschen davon abhält, eine Behandlung der Depression zu suchen und zu akzeptieren sind – ohne jede Ausnahme – die Auswirkungen der Depression selbst, die Menschen hoffnungslos und unmotiviert machen, so dass sie sich nicht vorstellen können, dass es jemals wieder besser gehen könnte. Ironischerweise sind es genau diese Symptome von Depression, die eine Behandlung erforderlich machen, und doch stehen sie der Fähigkeit des Betroffenen, sich die Hilfe zu suchen, die er braucht, im Weg. Die folgenden drei Hinweise können dabei behilflich sein, die Festgefahrenheit dieser Situation zu überwinden. Erstens erfordert die erfolgreiche Behandlung von Depression nicht, dass der Patient glaubt, es werde ihm wieder gut gehen, sondern nur, dass er mit gutem Willen an der Behandlung mitwirkt. Zweitens: da das was bisher versucht worden ist, offensichtlich nicht ausgereicht hat, um die Situation zu ändern, ist das Annehmen der Behandlung oft die einzige vernünftige Alternative. Selbst wenn die Behandlung nicht erfolgreich sein sollte, wird es dem Patienten nicht schlechter gehen, nur weil er etwas Neues ausprobiert hat. Und drittens, manchmal müssen wir alle die Ratschläge unserer Lieben akzeptieren, weil wir wissen, dass sie in guter Absicht und mit einer Objektivität gegeben werden, die uns selbst im Moment vielleicht nicht zur Verfügung steht, besonders wenn unser gesunder Menschenverstand durch eine Krankheit in Mitleidenschaft gezogen ist. In diesem Zusammenhang spielen Helfer oft eine besonders wichtige Rolle, wenn es darum geht, Patienten zu überzeugen, dass eine Behandlung ihrer Depression erforderlich ist.

Wer hilft den Helfern?

Ein Helfer – Angehöriger, Freund, jemand, der sich kümmert – zu sein, hat sowohl positive wie negative Aspekte. In Wahrheit ist die Fähigkeit, sich um die Menschen, die man liebt, kümmern zu können, wenn diese Hilfe brauchen, sowohl ein Privileg als auch eine Last. Eine ausführliche Erörterung der Auswirkungen einer TM auf die Helfer sprengt den Rahmen dieses Beitrags. Es ist jedoch erforderlich, darauf aufmerksam zu machen, dass Helfer durch die TM-Erkrankung und die Depression der Menschen, die sie lieben, sehr stark belastet werden. Trotz dieser Tatsache konzentrieren sich in der Regel praktisch sämtliche Anstrengungen der Helfer, Hilfeempfänger und Pfleger auf den Gesundheitszustand des TM- und Depressionspatienten, wobei die Belange des Helfers oft unter den Tisch fallen. Im Allgemeinen leidet der Gesundheitszustand des Helfers nicht selten darunter, dass er seine eigene Gesundheit vernachlässigt. Und das, obwohl das Wohlergehen des Hilfeempfängers ganz wesentlich davon abhängt, dass der Helfer seine Anstrengungen und Unterstützung fortsetzen kann, was am besten durch einen gesunden Menschen möglich ist. Untersuchungen haben gezeigt, dass eine Korrelation besteht zwischen einer steigenden Belastung des Helfers und deren Auswirkungen auf den Patienten wie instabiler Verlauf, steigende körperliche Beeinträchtigung, Schmerzen und Depression. Da die Depression all diese Variablen verschlimmert, haben Helfer oft ein sehr unmittelbares persönliches Interesse daran, dass die Gemütsstörung des Hilfeempfängers angemessen behandelt wird.

Vier Aspekte kann man Helfern ans Herz legen, die sie beachten sollten, um weiterhin für ihre Angehörigen sorgen zu können, ohne sich selbst zu vernachlässigen. Erstens sollten Helfer ihre eigenen Problemlösungsfähigkeiten verbessern. Das bedeutet in der Regel, zu unterscheiden, was getan und geändert werden kann und was nicht, und verschiedene Lösungen für die auftauchenden Probleme auszuprobieren bis die richtige gefunden ist. Sowohl die Helfer als auch die Hilfeempfänger müssen vermeiden, auf gescheiterten Lösungen zu beharren, da dies die Belastung für alle nur vergrößern. Zweitens, Information ist wichtig! Was Helfer über TM und Depression nicht wissen steigert ihre Besorgnis und kann sie daran hindern, Probleme effizient zu lösen. Die Bedeutung des Erfahrungs- und Informationsaustauschs unter Betroffenen ist oft von unschätzbarem Wert. Drittens, Helfer müssen sich von Zeit zu Zeit fragen: "Wie geht es mir?" Die Berücksichtigung ihrer eigenen Bedürfnisse sollte nicht als gegensätzlich zu

den Bedürfnissen des Hilfeempfängers verstanden werden. Helfer, die ausgebrannt sind, sind ihren Angehörigen keine Hilfe mehr. Zu wissen, wo man zusätzliche Hilfe bekommen kann, ist oft von grundlegender Bedeutung für beide Beteiligte. Viertens sollten Helfer und Hilfeempfänger gleichermaßen die offensichtliche Tatsache nicht aus den Augen verlieren, dass sie in dieser Sache gemeinsam stecken und die gefundenen Lösungen daher komplementär sein müssen. Es gibt meist mehrere Lösungsmöglichkeiten für ein Problem und es sollte denjenigen Lösungen der Vorrang gegeben werden, die mehr Flexibilität ermöglichen, um so die Vorteile für Hilfeempfänger und Helfer gleichermaßen zu maximieren.

Schlussfolgerung

Trauer und Entmutigung sind üblich, wenn Menschen den akuten Beschwerden einer TM ausgesetzt sind. Genügend Zeit für die Anpassung und Strategien, um wieder Mut zu fassen sind die Schlüssel zur Erholung aus diesen akuten Situationen. Eine Depression andererseits ist eine Krankheit, die zumindest teilweise ein direktes Ergebnis der Auswirkungen des aktivierten Immunsystems von TM-Patienten auf ihr Gehirn zu sein scheint. Depression ist kein Charakterfehler oder Zeichen persönlicher Schwäche, nicht mehr als Diabetes oder Bluthochdruck es sind. Genau wie andere medizinische Störungen ist auch die Depression eine Krankheit, die erhebliche Beeinträchtigungen und eine hohe Sterblichkeit mit sich bringen kann und daher unverzüglich erkannt und behandelt werden muss. Glücklicherweise ist Depression auch eine jener Folgen der TM, die sich am besten behandeln lassen und bei der eine angemessene Behandlung die Prognose einer vollständigen Wiederherstellung zulässt. Schließlich ist es von grundlegender Bedeutung, die Auswirkungen zu berücksichtigen, die TM und Depression auf Patienten wie auch auf Angehörige und Helfer haben, da der Erfolg letztlich davon abhängen wird, wie gut die betroffenen Menschen im Kontext ihrer Familien funktionieren.

In diesem Beitrag habe ich die Ansicht vertreten, dass Depression bei TM, wie schon für MS vermutet, eine Folge der Auswirkungen des Immunsystems auf das Gehirn sein kann. Die Mechanismen, die diesen Auswirkungen zu Grunde liegen, werden gegenwärtig aktiv untersucht. Aktuelle Untersuchungen haben über die Auswirkungen berichtet, die eine Behandlung der Depression auf die Funktion des Immunsystems hat. Erste

Studien weisen darauf hin, dass depressive MS-Patienten ein aggressiveres Immunsystem haben, das noch größeren neurologischen Schaden anrichten kann, als das der nicht-depressiven MS-Patienten (Mohr, Goodkin et al. 2001). Die Behandlung der Depression bei diesen MS-Patienten hat zu einer Besserung ihres Immunsystems geführt, was darauf hinweist, dass die Behandlung der Depression nicht nur für das psychiatrische Wohlbefinden des Patienten wichtig ist, sondern auch für seinen neurologischen Gesundheitszustand.

Viele TM-Patienten sind schweren Leiden ausgesetzt, oft ohne eine rechtzeitige Diagnose und Behandlung ihrer neurologischen Erkrankung zu erfahren. Es ist von großer Bedeutung, dass die Depression, die begleitend zu dieser Erkrankung auftreten kann, nicht ebenfalls übersehen oder unangemessen behandelt wird, da eine prompte und rechtzeitige Behandlung gewaltige Vorteile für Patienten und Angehörige und Helfer haben kann.

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)