

Depressionen

und ihre Behandlungsmöglichkeiten



Matura-Arbeit

BME / 7B

August 2001 – Dezember 2001

Autor: Oliver Stähli

Betreuer: Michele Notari

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	4
Was ist eine Depression?	5
Psychische Sicht	5
Neurobiologische Sicht	11
Behandlungsmöglichkeiten	13
Geschichte	13
Psychotherapie	13
Humanistische Therapie	14
Antidepressiva	15
Johanniskraut	19
Interviews	24
Interview mit Herrn Dr. Grossenbacher (Psychiater)	24
Interview mit Herrn Prof. Dr. Honegger	25
Besuch bei der Selbsthilfegruppe in Thun	27
Interview mit Herrn Mick (Selbsthilfegruppen-Leiter Thun)	29
Schlusswort	30
Literatur- und Bildverzeichnis	31

„Diese Wahrheit war nämlich, dass das Leben ein Unsinn sei. Ich lebte gleichförmig weiter, wanderte und wanderte, und gelangte schliesslich an einen Abgrund, und deutlich sah ich hier, dass mich nichts anderes als das Verderben erwartete. Und stille stehen war unmöglich, ein Zurück gab es auch nicht und ebenso unmöglich war es auch, die Augen zu schliessen, um die Leiden nicht zu sehen, die vor mir lagen - den unvermeidlichen Tod - die völlige Vernichtung. Es war dahin gekommen, dass ich - ein gesunder, glücklicher Mensch - fühlte, dass ich nicht mehr weiter leben könne; eine unbestimmbare Macht zog mich dahin, mich irgendwie meines Lebens zu entledigen.“ [L6, S. 98]

Dieser Text gibt eigentlich schon eine Antwort auf meine Frage „Was ist eine Depression?“. Die Frage begleitete mich durch meine ganze Matura-Arbeit hindurch. Ich wollte herausfinden, was diese Krankheit für Symptome hat, wie man sie am leichtesten beschreibt und was betroffene Menschen darüber denken. Ausserdem habe ich Experten über ihre Meinung ausgefragt. Mit der Zeit habe ich gemerkt, dass diese Krankheit sehr schmerzhaft für den Betroffenen ist und zwar aus psychischer und physischer Sicht.

Weiter stellte ich mir die Frage, wie kann man Depressionen heilen und was gibt es für Behandlungsmöglichkeiten.

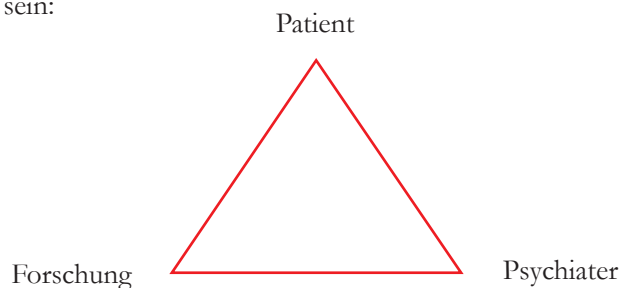
Im August 2001 begann ich mit meiner Arbeit und war im Dezember 2001 am Ziel angelangt. Zuerst stellte ich eine Disposition auf, um mein Thema einzugrenzen. Ich setzte auf die folgende Schwerpunkte:

1. Was ist eine Depression?
2. Behandlungsmöglichkeiten
3. Interviews

Bei den Behandlungsmöglichkeiten interessierten mich vor allem die **Humanistische Therapie** (Selbsthilfegruppe) und das pflanzliche Antidepressiva **Johanniskraut**. Deshalb wählte ich auch den Titel: „Depression und ihre Behandlungsmöglichkeiten“, da ich nicht nur die Depression beschreiben wollte, sondern auch, was man dagegen unternehmen kann. Mit den Interviews wollte ich auch erfahren, was die Betroffenen selber darüber denken. So hatte ich ein gutes Gleichgewicht zwischen Experten, Theorie und Patienten.

Die beiden ersten Kapitel, „Was ist eine Depression?“ und „Behandlungsmöglichkeiten“, sind folgendermassen aufgebaut: Zuerst untersuchte ich, innerhalb des Kapitels, die psychische Sicht und nachher die neurobiologische Sicht. Ich habe dies ganz bewusst so gemacht, um das jeweilige Kapitel abzuschliessen. Natürlich hätte ich auch die psychische Sicht über die Depression und die Behandlungsmöglichkeiten als ganzes zusammennehmen können, aber dies schien mir nicht sinnvoll.

Die Interviews habe ich auch nicht aufgeteilt und ganz bewusst erst am Schluss der Arbeit platziert. Dies habe ich gemacht, um die Übersichtlichkeit zu bewahren. Ausserdem wollte ich bei der Frage über Johanniskraut die verschiedenen Sichtweisen von Psychiater, Forschung und Patienten aufzeigen, um keine subjektive Sichtweise darzustellen. Mein Ziel war es, möglichst objektiv zu sein:



Mit diesem Dreieck möchte ich auf die verschiedenen Sichtweisen hinweisen, die ich in den Interviews zusammengetragen habe.

Für mich ist es wichtig bei einer solchen Arbeit möglichst übersichtlich zu bleiben. Durch die ganze Arbeit habe ich Verweise auf andere Seiten gemacht, um den Bogen zu schliessen. So kann es durchaus sein, dass man zum Beispiel kurz mal ein Satz aus einem Interview lesen sollte, um die Aussage besser zu verstehen in einem jeweiligen Kapitel.

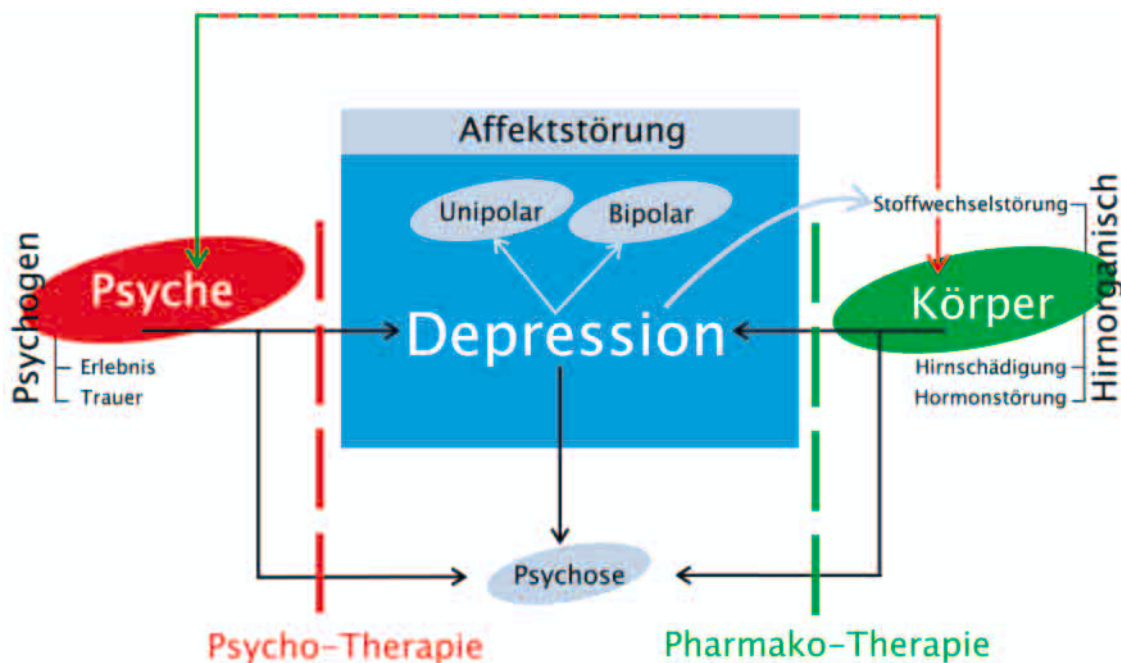
Am Schluss der Arbeit habe ich noch alle meine Quellen aufgelistet. Im Text sind diese durch eckige Klammern wiedergegeben und mit der jeweiligen Seitenzahl versehen.

Diese Arbeit hat mir sehr viel Freude bereitet, aber auch viele Stunden gekostet! Aber ich muss sagen, es hat sich gelohnt. Ich habe viel gelernt und sehr interessante Bekanntschaften gemacht. Experten und Patienten klärten mich gut über diese Krankheit auf. Ich habe mehr über die Depression erfahren, als ich am Anfang erwartet habe.

So eine Arbeit ist hilfreich um das wissenschaftliche Arbeiten zu erlernen und es wird sicherlich nicht meine letzte solche Arbeit in meinem Leben sein.

Was ist eine Depression?

Psychische Sicht



[B1]

Mit diesem Diagramm habe ich versucht die Zusammenhänge der Psyche und Körper anhand der Depression darzustellen. Bei dieser Krankheit spielen beide eine grosse Rolle. Auch bei meinen Interviews mit Patienten und Herrn Dr. Grossenbacher bin ich auf dieses Problem hingewiesen worden. In der Theorie trennt man Körper und Geist meist in zwei Gebiete, aber die Praxis zeigt, das man diese beiden Begriffe nicht trennen sollte. (siehe Interviews, S. 24)
Bei der Psychotherapie versucht man die Krankheit durch Gespräche zu behandeln (siehe Psychotherapie, S. 13)
Bei der Pharmakotherapie behandelt man die Krankheit mit Medikamenten. (siehe Antidepressiva, S. 15)

Klassifizierung der Depression [L1, S. 283]

Die Psychiatrie umfasst in ihrer Systematik drei grosse Gruppen seelischer Störung:

1. Psychogene^① seelische Erkrankungen
Erkrankungen, die durch die seelische Entwicklung oder durch besondere seelische Erlebnisse hervorgerufen werden.
2. Endogene^② oder endomorphe^③ Psychosen (schizophren^④ und affektive^⑤ Psychose)
3. Hirnorganische Erkrankungen

Die Depression wird als affektive Störung (affektive Psychose) bezeichnet. Nach der obigen Klassifizierung, gehört die Depression in die 2. Gruppe.

Affektive Störungen sind Störungen der Stimmung, bei welchen die Betroffenen entweder übermässig niedergeschlagen (depressiv) oder übermässig euphorisch (manisch) oder beides abwechselnd sind, ohne dass eine organische Ursache vorläge. Das Verhalten der Person wirkt übertrieben und selbstschädigend, aber der Kontakt

mit der Realität ist nicht abgebrochen. In einigen Fällen ist die Störung gravierend genug, um sie als psychotisch^⑥ zu bezeichnen.

Die Patienten, die schwerer gestört sind, neigen dazu, nur ein depressives Muster zu zeigen. Das nennt man eine depressive Störung oder eine unipolare Depression.

Manche pendeln zwischen manischen und depressiven Perioden, was als bipolare Störung (bipolare Depression) bezeichnet wird. [L5, S. 623] (Näheres siehe unter Wichtigsten Krankheitsformen, S. 6)

In der Umgangssprache braucht man oft die Wörter Neurose und Psychose. Doch kennen die wenigsten den Bedeutungsunterschied. Diese beiden Wörter spielen in der Klassifizierung von psychischen Krankheiten eine wichtige Rolle. Deshalb habe ich die Wörter im Psychologie-Schüler-Duden [L2] nachgeschlagen:

Psychose: „Sammelbezeichnung für seelische Erkrankungen, die mit zum Teil tiefgreifenden Störungen psychischer Funktionen verbunden sind. Dabei kommt es im Gefolge von Wahnvor-

① Psychogen: durch seelische Vorgänge verursacht [gr.]

② Endogen: von innen heraus (entstanden, kommend) [gr.]

③ Endomorphie: Konstitution (Körperbeschaffenheit, Zusammensetzung) eines kräftigen, stämmigen Menschen [gr.-lat.]

④ Schizophrenie: seelische Krankheit mit Selbstentfremdungserlebnissen [gr.]

⑤ Affektiv: gefühlsbetont

⑥ Psychotisch: Auf einer Psychose beruhend; an einer Psychose leidend
Quelle von allen: [L14]

stellungen, Halluzinationen und schweren Gedächtnis- oder Affektstörungen meist zu Fehleinschätzungen der Realität und zu schwer einfühlbaren Verhaltensänderungen. Menschen, die an einer Psychose erkranken, erleben oft nicht sich selbst, sondern ihre Umgebung als verändert und verfügen im akuten Stadium über keine oder eine nur im Ansatz vorhandene Krankheitseinsicht.“ [L2]

Neurose: „Sammelbegriff für eine Vielzahl von psychischen Störungen mit unterschiedlichen Erscheinungsformen und Ursachen, der durch psychologische Richtungen (vor allem Psychoanalyse, Lerntheorien) und deren Neurosentheorien uneinheitlich festgelegt wird.“

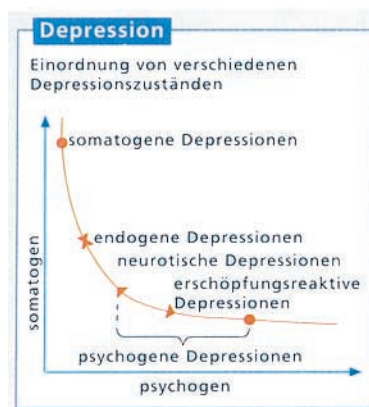
Allgemein ausgedrückt, sind Neurosen störende, länger andauernde psychische Einstellungen oder Verhaltensgewohnheiten (zum Beispiel Hemmung, Furcht, Unsicherheit, Depression) ohne nachweisbare organische Ursache, die im Verlauf der menschlichen Entwicklung durch bestimmte Erfahrungen (länger anhaltende Lernprozesse oder einschneidende Erlebnisse) entstehen, den Betroffenen (Neurotikern) unverständlich bleiben und von ihnen nicht ausreichend kontrolliert werden können.

Im Gegensatz zu Psychosen haben die Betroffenen immer noch ein (zumindest vages) Bewusstsein von der Störung, unter der sie leiden; ein Zerfall psychischer Funktionen (zum Beispiel des Denkens, der Wahrnehmung) tritt nicht auf.“ [L2]

Die Wichtigsten Krankheitsformen [L3]

Depression ist nicht gleich Depression. Wie wir gesehen haben auf Seite 5, kann man psychische Krankheiten in 3 Gruppen einteilen. Nun werden die verschiedenen Formen der Depression wiederum in Gruppen eingeteilt. Es gibt verschiedene Ursachen und Verlaufsformen. Man kennt beispielsweise rein seelisch bedingte Depressionen und solche, die überwiegend biologischer Natur sind oder durch körperliche Störungen bzw. bestimmte Medikamente ausgelöst werden. Grundsätzlich unterscheidet man folgende Arten von Depressionen:

1. Psychogene Depressionen
2. Endogene Depressionen
3. Somatogene Depressionen (Soma = Körper)
4. Weitere Formen der Depressionen



[B11]:

1. Psychogene Depressionen [L3]

Diese rein seelisch ausgelöste Depressionen sind am häufigsten. Die Ursache ist meist erlebnis- oder lebensgeschichtlich bedingt. Es gibt 3 verschiedene Gruppen:

Reaktive Depression:

Durch ein äusseres schmerzliches Ereignis verursacht.

Neurotische Depression:

Hervorgerufen durch eine gestörte Verarbeitung bestimmter Erlebnisse, z.B. aus der Kindheit.

Depressive Entwicklung:

Entsteht unter dem Druck einer gefühlsmässigen Dauerbelastung ohne Aussicht auf Entlastung, z.B. andauernde berufliche Überforderung.

2. Endogene Depressionen [L3]

Die endogenen Depressionen entstehen „aus dem Inneren des Organismus“. Sie sind nicht durch äussere Einflüsse entstanden. Zwar gehen auch hier manchmal erkennbare Auslöser voraus (Unfall, berufliche Zurücksetzung, materielle oder zwischenmenschliche Verluste, Auseinandersetzungen usw.), doch ist keine einleuchtende Ursache festzustellen. Auch hier unterscheidet man 3 verschiedene Gruppen:

Depression mit mehreren Phasen:

Depression mit meist mehreren depressiven Phasen, zwischen denen längerandauernde Zeiträume liegen, in denen der Betroffene wieder völlig normal gestimmt und bei voller Leistungsfähigkeit ist. Diese Depression wird auch **unipolare Depression** genannt.

Manisch-depressive Entwicklung:

Hier wechseln sich depressive und manische Phasen unregelmässig ab. Wird auch **bipolare Depression** genannt. In der Manie fühlt sich der Mensch unschlagbar und braucht sozusagen keinen Schlaf. Er ist voller Energie. Trifft ein Mensch in seiner manischen Phase auf Widerstand, reagiert er aggressiv und gereizt. Dann fällt er aus der Rolle und vergreift sich im Ton. In dieser Phase erkennt man diesen Menschen nicht wieder. Auch ein Kaufrausch kommt in solchen Zeiten nicht selten vor.

Diese Art von Depression tritt nur bei 1% der Erwachsenen auf und wird genetisch beeinflusst.

Involutionsdepression:

Die sogenannten „Spätdepressionen im vorgerückten Alter“ weisen praktisch nur depressive Phasen auf.

3. Somatogene Depressionen [L3]

Das sind Depressionen, die körperlich begründbare Ursachen haben. Hier unterscheidet man 2 Gruppen:

Organische Depressionen

Folge von Hirnerkrankungen (Hirntumor usw.)

Symptomatische Depression

Seelische Folge von körperlicher Allgemeinschädigung und -erkrankung, die die Hirnfunktion indirekt beeinträchtigen (Infektionen usw.).

4. Weitere Formen der Depression [L3]

Saisonal abhängige Depression:

Winter-/Feiertagsdepression

Postnatale Depression:

Durch Umstellungs- und Anpassungsprozesse (Erwartung ↔ Wirklichkeit; z.B. bei einer Mutter nach der Geburt eines Kindes)

Wie äussert sich die Depression? [L4, S. 10-11]

Die Depression ist ein Zustand von Traurigkeit, Hoffnungslosigkeit und Erregung oder Passivität. Das Wort Depression stammt aus dem Lateinischen und bedeutet Niedergeschlagenheit oder Bedrücktheit. Melancholie (griechisch = Schwermut, Trübsinn) ist ein weiteres Wort, das mit der Depression in Zusammenhang gebracht wird.

Wer sich niedergeschlagen fühlt, müde und traurig, wem der richtige Schwung und die Lebensfreude fehlen oder wer unter Schuld- und Minderwertigkeitsgefühlen leidet, ist nicht gleich krank. Ernst wird die Sache, wenn dies zum Dauerzustand (Wochen und Monate) wird. Dann spricht man von einer Depression. Die betroffenen Menschen fühlen sich freudlos und sehen alles schwarz, werden anfällig für unbestimmte Ängste und verlieren ganz allgemein die Fähigkeit, Liebe und Freude zu empfinden. Der Patient verfällt in eine Melancholie.



Am liebsten möchte sich der Patient verkriechen (unter die Bettdecke) und versteckt sich hinter einer „Maske“. Depressive Menschen leiden oft an Minderwertigkeits- oder Schuldgefühlen. Die Schuldgefühle und Selbstvorwürfe können so weit führen, dass es zum Suizidversuch kommen kann.

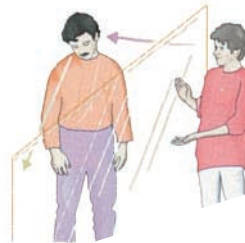
[B2, S.10]

Depressionsgeplagte Menschen schreiben Erfolg dem Zufall zu, als ihren eigenen Fähigkeiten. Misserfolge nehmen sie auf die eigene Schulter und das Selbstwertgefühl sinkt umso mehr. Dieses Verhalten wurde in einer Studie festgestellt.

[L5, S. 625, Lewinsohn, Mischel, Chapline & Barton 1980]

Oft können Patienten zu Beginn der Erkrankung nicht weinen; später aber kommt es auch zu Weinkrämpfen, oder sie weinen häufig leise vor sich hin und können nicht damit aufhören. Die rasche Erschöpfbarkeit und häufige Ermüdung macht es mit der Zeit immer schwerer, sich noch richtig zu konzentrieren oder gar mit mehreren Sachen gleichzeitig zu beschäftigen. Man verliert ständig den Faden, fängt neue Dinge an, kann sie aber nicht zu Ende bringen.

Depressive Menschen sind durch eine nur schwer durchdringliche Barriere von den anderen getrennt:

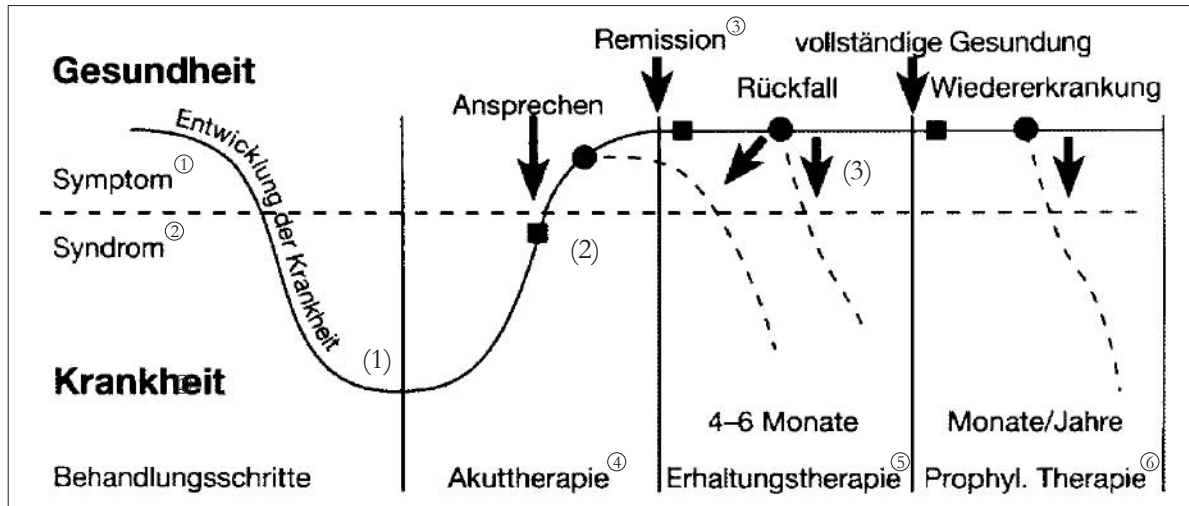


[B2, S. 21]

Entweder ziehen sie sich zurück, oder sie konzentrieren sich zu sehr auf sich selbst.

Betroffene Angehörige von Depressiven leiden manchmal genau so schlimm darunter wie der Betroffene selbst.

Verlauf einer Depression [L15]



[B3]

Bei einer Depression verläuft die Erkrankung zuerst langsam und „harmlos“. Doch dann kann sich die Lage rasch verändern. Der Betroffene fällt in ein Tief (1). Er weiss nicht mehr was er machen soll. Alles fällt ihm schwer. Der Patient sieht oft nur noch einen Ausweg: Selbstmord. Um das zu verhindern, muss man versuchen diesen Zustand so schnell wie möglich zu ändern (Akuttherapie). Handelt es sich um eine schwere Depression (mit Suizidgefahr), gibt es nichts anderes, als dem betroffenen Menschen Antidepressiva (siehe Antidepressiva, S. 15) zu verabreichen. In den ersten zwei Wochen ist dies etwas problematisch, da diese Medikamente noch nicht 100% wirken (siehe Rätsel der Latenzzeit, S. 18). Der Patient hat das Gefühl die Medikamente haben keine Wirkung und könnte diese selbständig absetzen. Um dies zu vermeiden, muss der Psychiater in der ersten paar

Wochen den Patienten intensiv behandeln und mehrmals pro Woche mit ihm reden.

Tritt dann die Wirkung des Medikamentes ein, verbessert sich der Zustand des Patienten rasch (2). Nun dienen die Medikamente, um Rückfälle zu vermeiden. Zu diesem Zeitpunkt ist der Patient auch wieder normal ansprechbar. Psychotherapie kann nun eine gute Ergänzung zu den Antidepressiva sein (Erhaltungstherapie).

Ist der Betroffene wieder gesund, besteht immer noch die Gefahr eines Rückfalls (3). Zur Prophylaxe (Prophylaktische Therapie) verordnen die Psychiater weiterhin noch Antidepressiva. Aber auch eine Vorbeugung mit Johanniskraut-Präparaten ist eine Möglichkeiten (siehe Johanniskraut, S. 19). Ist der Patient gesund, ist es dann seine Entscheidung, welche Art von Vorbeugung er anwenden will: Selbsthilfe-Gruppe, Medikamente usw.

Was ist der Unterschied zwischen Trauer und Depression? [L4, S. 12-13]

Die Trauer über den Verlust eines geliebten oder verehrten Menschen, manchmal sogar eines Tieres, an dem man sehr hing, ist eine ganz normale Reaktion. Trauer hat eine sehr greifbare Ursache und kann in unterschiedlicher Stärke und Form auch jahrelang dauern. **Tränen** gelten aber dabei als gutes Zeichen, ebenso wie ein ungetrübtetes Urteilvermögen, denn Trauernde verstecken ihre Gefühle meistens nicht, sondern lassen ihnen freien Lauf. Die Gefühle sind oft ähnlich wie bei einer Depression.

Aber mit der Zeit geht die Trauer zurück. Man sagt ja auch: „Mit der Zeit heilen die Wunden.“

Wird die Trauer zu stark für einen Menschen, weil seine Widerstandskräfte schon durch Krankheiten oder schwierige Umstände geschwächt sind, kann es zu einer depressiven Reaktion kommen. Wobei eine depressive Reaktion meist nicht lange dauert und zurückgeht, sobald die auslösenden Belastungen verschwinden oder wenn man sich daran „gewöhnt“ hat.

① Symptom: Anzeichen für eine Krankheit [gr.]

② Syndrom: Krankheitsbild, das sich erst aus der Summe verschiedener Symptome ergibt [gr.]

③ Remission: Vorübergehende Besserung eines Krankheitsbildes [lat.]

④ akut: plötzlich auftretend, heftig verlaufend (Krankheit) [lat.] / Akuttherapie: Man versucht in dieser Phase der Krankheit, den Patienten so schnell wie möglich zu heilen

⑤ Erhaltungstherapie: Man versucht den guten Zustand des Patienten zu erhalten und man will damit Rückfälle vermeiden

⑥ Prophylaxe: Vorbeugung, Verhütung (von Krankheiten) [gr.]

Prophylaktische Therapie: Mit dieser Therapie soll eine Wiedererkrankung verhindert werden

Quelle von ①②③④⑥: [L14]

Ist die Angst eine Ursache oder Folge einer Depression? [L4, S. 15]

Angst kann sowohl als Folge, als auch als Ursache einer Depression sein. Oft haben panikartige Erregungszustände eine depressive Erkrankung als Ursache: Vor allem im Zusammenhang mit manisch-depressiven Erkrankungen können Ängste ein häufiges Erscheinungsbild sein. Ängste, deren Ursache nicht

bekannt, heftig und lange anhaltend sind, können zu einer Depression führen.

Angst spielt bei der Depression eine grosse Rolle. Fast jeder depressive Mensch leidet an Ängsten. Man fühlt sich hilflos, alleine und hat Angst man werde nie mehr gesund.

Körperliche Symptome [L4, S.18-19]

Lustlosigkeit und Müdigkeit, allgemein geringere Vitalität (wenig Bewegung) erzeugen manchmal ein gesteigertes Schlafbedürfnis. Trotzdem leidet man unter Schlafstörungen und kann schlecht ein- und kaum einmal durchschlafen. Der Appetit lässt nach, man verliert an Gewicht und leidet an Verstopfung. Auch das Sexualeben leidet.

Die Körperhaltung ist nach vorne gebeugt, der Patient bewegt sich mit schleppenden Schritten und matten Gesten. Der Gesichtsausdruck ist immer müde und ernst, manchmal auch leblos und wie erstarrt. Die Augen wirken glanzlos und der Blick verschleiert, weil der Körper zu wenig Tränenflüssigkeit bildet. Das Haar wird glanzlos und spröde; oft leiden Depressive unter Haarausfall.

Depressive Menschen schwitzen mal zuwenig und plötzlich wieder zuviel. Haut und Schleimhäute trocknen leicht aus, was zu Mundgeruch und einer erhöhten Anfälligkeit für Allergien oder Hautreizungen führen kann.

Bei psychischen Belastungen nimmt der depressive Mensch oft eine einseitige und verkrampfte Haltung ein. Das kann zu Muskelverspannungen führen. Ausserdem treten seelisch verursachter Hustenreiz auf.

Viele betroffene Menschen haben das Gefühl, als hätten sie einen „Kloss“ im Hals, den sie nicht mehr wegbringen.

Statistik [L1, S 291-292]

Statistisch gesehen sind Frauen doppelt so häufig wie Männer von Depressionen betroffen. Diese Tatsache kann vielleicht dadurch erklärt werden, dass sich viele Frauen in der heutigen Gesellschaft als minderwertig empfinden (z. B. unterschiedlicher Lohn für gleiche Arbeit).

Es gibt eine Schätzung, dass in einer Gesellschaft wie der unseren, **jeder dritte Mensch** mindestens einmal im Leben eine **behandlungsbedürftige Depression durchmacht**.

Sind Depressionen vererbbar? [L4, S. 36-37]

Depressionen selber sind nicht unbedingt vererbbar, aber die **Voraussetzungen** dazu. Die Wahrscheinlichkeit, dass auch das Kind einmal in seinem Leben depressiv erkrankt, ist gross, wenn beide Eltern depressiv sind. Diese Auffassung wird auch durch Ergebnisse der Genforschung unterstützt. Ausserdem hat mir das Herr Dr. Grossenbacher im Interview auch bestätigt. Obschon die Statistik nicht so eindeutig ist, siehe zum Beispiel wenn ein Elternteil davon betroffen ist, sagt Herr Dr. Grossenbacher, dass er vereinzelte Patienten aus der gleichen Familie hat.

Die Vererbung spielt dann nicht mehr eine grosse Rolle, wenn man bedenkt, dass jeder 3. Mensch in seinem Leben einmal an einer Depression leidet (siehe oben unter Statistik). Bei Menschen mit betroffenen Familienmitgliedern ist dann die Gefahr zu erkranken noch grösser.

Verwandte mit Depressionen	Risiko, selbst zu erkranken
Beide Eltern	48 - 74 Prozent
Ein Elternteil	6 - 24 Prozent
Sohn oder Tochter	2 - 23 Prozent
Eineiiger Zwilling	48 - 74 Prozent
Zweieiiger Zwilling	0 - 39 Prozent
Bruder oder Schwester	3 - 23 Prozent
Grossvater oder Grossmutter	2 - 13 Prozent
Halbbruder oder Halbschwester	1 - 17 Prozent

Aus dieser Tabelle wird klar ersichtlich, dass je näher einem ein depressiver Verwandter steht, desto grösser ist die Gefahr, dass man selber an Depressionen leiden kann.

Depression als Zeitkrankheit? [L1, S. 299]

In einer grossen, über mehrere Jahre hinweg weltweit durchgeführten Untersuchungen zur Häufigkeit der Depression zeigt sich, dass die depressiven Erkrankungen insgesamt noch immer in einer rasanten Zunahme begriffen sind. So hat sich zum Beispiel innerhalb von 10 Jahren die Anzahl von jüngeren Betroffenen verdoppelt. Die Untersuchung selbst nennt keine Gründe für dieses Phänomen. Vielleicht ist es die **Einsamkeit im Gedränge (Grossstadt)**, das dieses Phänomen hervorruft.

Schlussfolgerung

Im Gespräch mit depressiven Menschen, habe ich erfahren, dass es sehr schwierig ist, auf die Frage „Was ist eine Depression?“ eine einfache Antwort zu geben. Um die Antworten besser vergleichen zu können, habe ich bei meinen Interviews allen diese Frage gestellt. Die befragten Personen mussten zuerst kurz nachdenken und antworteten zum Teil recht ähnlich. Alle, inklusive Herr Dr. Grossenbacher, sagten mir, dass ein Mensch, der nie an dieser Krankheit gelitten hat, nicht verstehen kann, was diese Krankheit ist. Den Ausdruck „In-ein-Loch-Fallen“ kam sehr häufig als Antwort vor. Ich glaube mit einem „schwarzen Loch“ lässt sich diese Krankheit am besten beschreiben. Näheres siehe unter Interviews S. 24.

Folgende Aussage hat mir eine neue Sichtweise der Krankheit gezeigt:

„Man darf nie vergessen, dass der Kranke nicht anders kann, dass sein Verhalten keine Charakterfrage ist oder eine freie Willensentscheidung. Alle Formen der Depression sind eine Krankheit der Gefühle, die sich zum Gefängnis für den Patienten entwickelt hat.“ [L4, S. 17]

Man muss die Depression als Krankheit ansehen, obschon äusserlich dem Patienten nicht allzu viel anzusehen ist. Innerlich leidet der Mensch aber unvorstellbar! Ich glaube gerade deshalb, dass man manchen Betroffen-

nen die Krankheit nicht ansieht, macht diese Krankheit unglaublich schmerzhaft. Der depressive Mensch leidet an einer „unsichtbaren“ Krankheit, die man nicht mit einem Gerät nachweisen kann. Viele Menschen beurteilen depressive Menschen als Simulanten, weil sie nicht beurteilen können, wie depressive Menschen leiden.

Die **Depression** ist ausserdem auch **lebensgefährlich**, wenn auch aus einer anderen Sichtweise:

„Es ist der Suizid, die Selbsttötung, die aus diesem Erleben der depressiven Stimmung geradezu als Erlösung erscheinen kann. Deshalb muss jede depressive Erkrankung ernst genommen werden, denn es ist eine seelische Erkrankung auf Leben und Tod. Sie kann tödlich enden, wenn sie nicht rechtzeitig erkannt oder nicht angemessen behandelt wird, vor allem auch, wenn es keine tragfähige zwischenmenschliche Beziehung für den Patienten gibt.“ [L1, S. 290]

„Lebensgefährlich“, das tönt so dramatisch, aber dennoch ist diese Aussage wahr. Der Suizidversuch ist wirklich sehr problematisch und deshalb sehr gefährlich bei dieser Krankheit.

Über die Frage „Was ist eine Depression?“ könnte man tausende von Seiten füllen. Nun möchte ich aber auf das nächste Thema, der Neurobiologischen Sichtweise, überleiten!

Neurobiologische Sicht [L6, S. 101–123]

Bis jetzt habe ich nur die psychische Sichtweise der Depression beschrieben. Dass die Krankheit aber auch Ursachen im Gehirn hat, möchte ich nun in diesem Kapitel nachgehen. Neurobiologisch heisst, man untersucht die Vorgänge im Gehirn, genauer gesagt an den Nervenzellen und deren Synapsen (Übergang von einem Neuron^① zum anderen). Bei Depressionen ist eine Fehlfunktion im Gehirn vorhanden, d.h. die Übergänge der Informationen von einer Nervenzelle zur anderen ist gestört.

Bei Menschen, die an Depressionen leiden sind die Neurotransmitter^② aus dem Gleichgewicht gefallen. Das heisst die Homöostase^③ ist gestört. Die Neurotransmitter sind entweder in zu geringer Konzentration vorhanden oder aber die Übertragung funktioniert nicht richtig.

Jede Nervenzelle steht mit Tausenden anderen in Verbindung. Diese Überleitung findet durch die Freisetzung winziger Partikel chemischer Substanzen an einer Synapse statt. Diese werden von der nächsten Nervenzelle an einer ganz bestimmten Stelle (Rezeptor) aufgenommen und lösen dort eine Reaktion aus, die zur Fortleitung des Impulses führt.

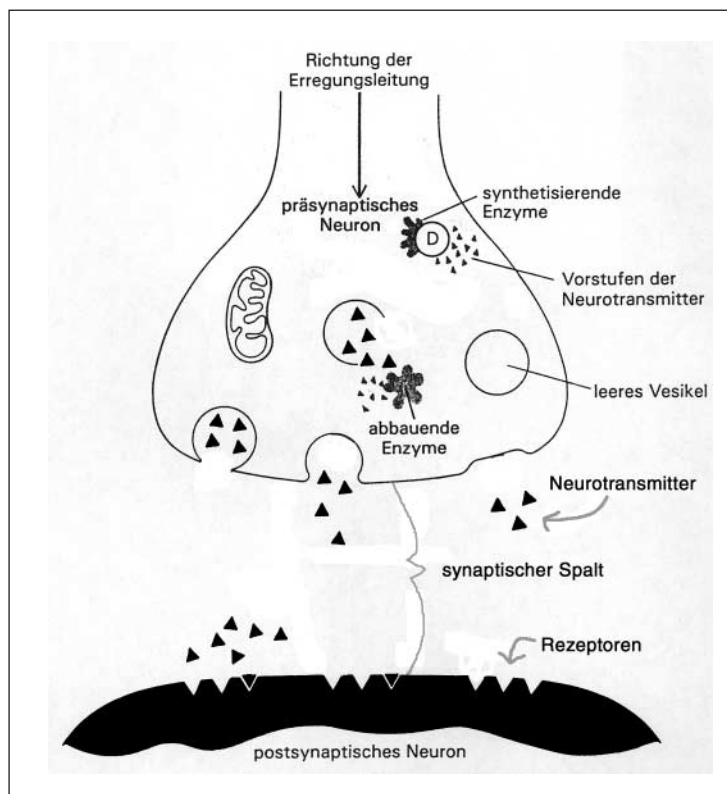
„Der Rezeptor in der folgenden Nervenzelle kann nur einen spezifischen Transmitter aufnehmen. Die Art und Menge der Transmittersubstanz, die für jede Synapse höchst spezifisch ist, bestimmt, ob die nachfolgende Nervenzelle Erregungen weiterleitet oder nicht. Eine Nervenzelle kann mehrere Arten von Synapsen haben, jede Synapse aber nur eine Art von Transmitter.“ [L9]

Die gefühlsmäßige (affektive) Beurteilung wird ebenfalls durch Synapsen und Neurotransmitter vermittelt und findet in bestimmten Regionen des Gehirns statt. Das Vorhandensein bzw. Fehlen von Transmittern im synaptischen Spalt bzw. am Rezeptor entscheidet, wie wir uns fühlen und verhalten.

Es sind vor allem zwei Neurotransmitter, die bei dieser Krankheit eine grosse Rolle spielen: **Serotonin** und **Noradrenalin**. Bei Depressionen ist die Freisetzung von Serotonin und Noradrenalin vor allem im limbischen System (an der Basis vom Grosshirn, verbindet Grosshirn mit Kleinhirn und Mittelhirn) gestört. Auch die Entstehung von Angsterkrankungen wird mit einem Ungleichgewicht in diesen Systemen in Zusammenhang gebracht.

Wichtig zu erwähnen ist noch, daß Serotonin und Noradrenalin die Freisetzung von Stresshormonen im Körper hemmen: das heisst, daß bei dem der Depression zu Grunde liegenden Mangel an den sogenannten Botenstoffen Serotonin und Noradrenalin gleichzeitig mehr **Stresshormone** aus den Nebennieren in unserem Körper ausgeschüttet werden: dies führt zu **inneren Unruhe und Nervosität**, die außerdem jede Menge Kraft kostet.

Unklar ist noch, ob Neurotransmitter-Störungen zum eigentlichen Ausbruch der Erkrankung führt. Möglicherweise sind sie auch nur Folge einer anderen körperlichen Depressionsursache.



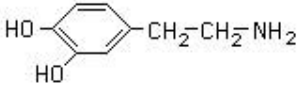
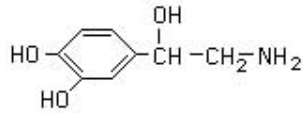
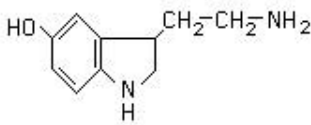
[B4]

① Neuron: Aus einer Nervenzelle mit ihren Fortsätzen bestehende Einheit des Nervensystems [gr.]

② Neurotransmitter: Überträgerstoffe bei den Synapsen

③ Homöostase: Gleichgewicht der physiologischen Körperfunktionen [gr.-lat.]

Übersicht über die Neurotransmitter: [L10]

Neurotransmitter	Eigenschaften	Struktur
Dopamin	- wichtige Rolle im höheren ZNS bei Bewegungssteuerung, Gefühl, abstraktem Denken, Verhaltensplanung, Gedächtnis	
Noradrenalin	- wichtiger Neurotransmitter im Gehirn bei der Streßbewältigung; regt Herzschlag, Blutdruck und Atmung an - wirkt als Hormon, wenn von der Nebenniere produziert	
Serotonin	- Neurotransmitter des Gehirns für u.a. Thermoregulation, Sexualverhalten oder Schlaf	

Die drei Neurotransmitter Dopamin, Noradrenalin und Serotonin zählen zu den langsamen Signalstoffen, deren Wirkung auf die Nervenzellen Sekunden oder Stunden dauern kann, wobei der Neurotransmitter Dopamin keinen grossen Einfluss auf die Krankheit der Depression hat.

Serotonin

Symptome, die mit Serotonin in Zusammenhang gebracht werden:

- Migräne, Schwindel und Erbrechen
- Depression, Panik-, Angst- und Zwangsstörungen
- Bulimie, Essstörungen, Suchterkrankungen
- Sexualstörungen

Serotonin ist aus der Nahrung vom Körper leicht herstellbar. Obwohl es mit Adrenalin, Noradrenalin und Dopamin chemisch ganz nahe verwandt ist, hat es völlig andere Wirkungen auf den Körper.

Serotonin nimmt unter den Botenstoffen eine Sonderstellung ein. Insgesamt existieren im Gehirn zwar „nur“ rund **500 000 Nervenzellen**, die diesen Botenstoff überhaupt benutzen können. Doch diese Zellen sind besonders stark vernetzt und haben Verbindungen zu allen Strukturen des Gehirns. Sie koordinieren offen-

bar viele Abläufe. Nach gegenwärtigem Kenntnisstand werden Stimmungslage, Impulsivität, Appetit, Sexualität, Schlaf sowie Angst und Zwang von serotoninhaltigen Nervenzellen aus übergeordneter Instanz gesteuert. Das Serotoninsystem ist eng mit dem Noradrenalinsystem vernetzt.

Noradrenalin

Noradrenalin hat einen regelnden und modulierenden Einfluss auf das gesamte Zentralnervensystem und ist besonders an der Erzeugung von Gefühlen und Stimmungen beteiligt. Es beeinflusst Aktivität, Interesse und Motivation.

Ein Noradrenalin-Mangel scheint bei den unipolaren Depressionen eine Rolle zu spielen; ein Überschuss bei bipolaren Depressionen.

Dopamin

Sind auf das Mittelhirn und die Frontallappen begrenzt. Sie haben mit der Kontrolle von Bewegung und emotionalem Verhalten zu tun. Entsprechend wirkt sich ein Dopaminmangel vor allem auf Bewegungsabläufe und emotionales Verhalten aus, aber auch auf das vegetative Nervensystem.

Schlussfolgerung

Es ist bewiesen, dass sich bei einer Depression auch im Gehirn etwas ändert. Ein depressiver Mensch simuliert also nicht! Solche Vorwürfe können ganz klar wissenschaftlich zurückgewiesen werden. Allerdings darf man die Krankheit nicht nur von der neurobiologischen Sicht her betrachten, denn wie ich schon erwähnt habe, spielt auch der psychische Faktor eine grosse Rolle. Die wissenschaftlichen Ergebnisse helfen aber auch die Akzeptanz in der Gesellschaft zu vergrössern.

Behandlungsmöglichkeiten

Geschichte [L6, S. 101–104]

Seit Jahrhunderten suchte man geeignete Mittel gegen Depressionen. Viele Jahre lang verwendete man **Opiate**, doch die euphorischen Zustände, die sie hervorriefen, waren zu kurzlebig, um bei der Linderung von Depressionen von praktischen Nutzen zu sein. Ausserdem erlebten Patienten, sobald sie süchtig wurden, schlimmere Depressionen als zuvor. Man hat auch zu komplizierten **alkoholischen Mixturen** gegriffen, doch brachten auch diese nur eine vorübergehende Linderung und verschlimmerten auf die Dauer den depressiven Zustand. Auch noch heute wenden sich manche depressive Menschen dem Alkohol zu und dem Arzt wird eine Diagnose von einer Depression schwierig, da der Eindruck nach einem Alkohol-Problem des Patienten zu einer Fehldiagnose führen kann.

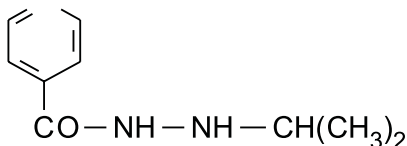
Die Entdeckung der ersten Antidepressiva: Mao-Hemmer (mehr siehe unter Seite 16)

Durch eine Menge glücklicher Umstände und mit wissenschaftlichen Erkenntnisblitzen stiess man auf eine Lösung zur Bekämpfung von Depressionen.

Als erste Klasse von Antidepressiva wurden die Monoaminoxidasehemmer eingeführt. Ihre Funktion besteht auf der Hemmung des Enzyms Monoaminoxidase. Die Stammverbindung dieser Klasse ist **Iproniazid**. Zur Zeit als dieser Wirkstoff entdeckt wurde, wusste niemand etwas von seiner antidepressiven Wirkung. Iproniazid wurde ursprünglich in den frühen fünfziger Jahren

als Mittel gegen Tuberkulose auf den Markt gebracht. Glücklicherweise erregte es jedoch das Interesse des Psychiaters Nathan Kline, der aus verschiedenen Quellen wichtige Befunde zusammengetragen hatte. Einer der Hinweise stammte von Iproniazidexperimenten an Ratten.

Nach verschiedenen Tierexperimenten stellte man nach dem Behandeln mit Iproniazid eine erhöhte Konzentration von verschiedenen Neurotransmittern im Gehirn. Ausserdem gerieten manche Patienten, die mit diesem Wirkstoff gegen Tuberkulose behandelt wurden, in eine leichte „Euphorie“ oder hatten eine überdurchschnittlich gute Stimmung. Nach diesen Ergebnissen verordnete Kline auch seinen depressiven Patienten Iproniazid. Innerhalb eines Monats beobachtete er eine drastische Verbesserung. Klines Befunde machten die Mao-Hemmer zu einem allseits geschätzten Antidepressivum.



Iproniazid [B4, S. 102]

Psychotherapie

Als Psychotherapie bezeichnet man eine Behandlung mit psychologischen Mitteln (=Gespräche). Damit werden Verhaltensstörungen und Leidenszustände beeinflusst. Das Ziel der Therapie ist die Eindämmung der Symptome, Steigerung des Wohlbefindens und manchmal auch die Änderung von Eigenschaften der Persönlichkeit. Vielleicht das wichtigste Ziel für depressive Menschen ist es, Verständnis zu finden. Auch wenn sie einerseits der Hilfe bedürfen und andererseits unfähig sind, sie anzunehmen, haben sie oft das Gefühl, dass wenigstens ihr Therapeut sie versteht. Auch in der tiefsten Niedergeschlagenheit ist ein Mensch noch ansprechbar und empfindet diese Ansprache als Trost.

Die Psychotherapie ist ein wesentlicher Teil der Behandlung von Depressionen, aber je nach Krankheitsbild werden verschiedene Formen bevorzugt. Vor allem Depressionen mit seelischen Ursachen, also die Verarbeitung von inneren Konflikten und belastenden menschl-

chen Beziehungen und der Umgang mit problematischen Lebensumständen bedürfen der Gesprächsform.

[L4, S. 54]

Grundsätzlich unterscheidet man folgende Behandlungsmethoden der Psychotherapie:

1. **psychodynamische Therapien**
2. **Verhaltenstherapien**
3. **kognitive Therapien**
4. **humanistische Therapien**

1. Psychodynamische Therapien [L5, S.660]

Diese Therapien gehen von der Annahme aus, dass die Probleme eines Klienten durch die psychische Spannung zwischen seinen unbewussten Impulsen und den Einschränkungen seiner Lebenssituation verursacht worden sind. Sie sehen das Zentrum der Störung in

der gestörten Person. Hier handelt es sich um eine intensive und langandauernde Therapie (bis mehrere Jahre!). Das Prinzip der Psychodynamischen Therapie wird als „Heilung durch Einsicht“ bezeichnet.

2. Verhaltenstherapien [L5, S. 665]

Man versucht bestimmte Verhaltensmuster zu ändern. Grundlegend für diese Therapierichtung ist die Ablehnung des medizinischen Krankheitsmodells und der Auffassung, „psychisch kranke“ Menschen leiden an „psychischen Störungen“. Verhaltenstherapeuten behaupten, abweichendes Verhalten würde auf die gleiche Weise erworben wie normales: durch einen Lernprozess.

3. Kognitive Therapien^① [L5, S. 674]

Bei diesen Therapien wird versucht, problematische Gefühle und Verhaltensweisen dadurch zu beseitigen, dass darauf Einfluss genommen wird, wie der Klient über bedeutende Lebenserfahrung denkt. Diesem Ansatz liegt die Annahme zugrunde, dass abweichendes Verhalten und emotionales Unbehagen von kognitiven Störungen ausgehen: Gestört ist, was wir denken (kognitiver Inhalt) und wie wir denken (kognitiver Prozess).

4. Humanistische Therapien [L5, S. 677]

Hier im Zentrum steht die Vorstellung, dass es die ganze Person ist, die sich in einem kontinuierlichen Prozess der Veränderung und des Werdens befindet. Wenn auch Umwelt und Vererbung diesem Prozess des Werdens gewisse Einschränkungen auferlegen, so bleiben wir doch immer frei zu wählen, was wir werden wollen, indem wir unsere Entscheidungen auf diese Werte hin verpflichten.

Equilibrium [L7]

Zu den Humanistischen Therapien gehören auch die Selbsthilfe-Gruppen. Mit dieser Therapie-Methode habe ich mich auch näher auseinandergesetzt. In der Schweiz gibt es eine Selbsthilfe-Gruppe namens Equilibrium. Diese Organisation wurde 1994 in Zug gegründet.

„Die Mitglieder setzen sich aus Menschen zusammen, die ein spezielles Interesse an der Depression haben, sei es durch eigene Betroffenheit, oder als Angehörige von Betroffenen, sei es durch andere Beziehungen mit Betroffenen jeglicher Art, so auch durch die Arbeit, Freundschaft oder auch ganz einfach aus persönlichem Interesse.“ [L7, S. 3]

Das Ziel dieser Vereinigung ist es, die Depression der Gesellschaft näher zu bringen. Überall wurden und werden Selbsthilfe-Gruppen gegründet mit der Hilfe von Equilibrium, so auch in Thun. In Thun habe ich auch an einem Abend einer Selbsthilfe-Gruppe teilgenommen und Fragen an Betroffenen gestellt. (Näheres siehe Interviews S. 24).

Diese Art von Therapie, so habe ich festgestellt, ist sehr wirksam für depressive Menschen. Sie können sich gegenseitig unterstützen und verstehen, was der andere durchmacht. Die Themen sind von Abend zu Abend verschieden, je nach Bedürfnis der Teilnehmer. Durch das Besuchen einer Selbsthilfe-Gruppe können die Pa-

tienten zum Teil sogar mit geringeren Dosen der Medikamente auskommen. Für diese Menschen ist der Faktor der Psyche viel wichtiger zur Heilung der Krankheit als das Medikament. Durch das Interview kam dies klar zum Vorschein. Medikamente können nach ihrer Meinung nicht ausgeschlossen werden, aber sie möchten so wenig wie möglich davon einnehmen, wegen den Nebenwirkungen. Es gibt sicherlich auch andere Patienten, die eher auf Medikamente setzen. Aber ich habe festgestellt, dass alle an diesem Abend anwesenden Menschen eher gegen Medikamente sind. Sie haben gemerkt, und meistens mit Erfolg, dass ihnen das Gespräch mit anderen depressiven Menschen viel mehr zur Heilung beiträgt. Durch die Selbsthilfegruppe wird der Patient dazu gebracht, nachzudenken, warum die Krankheit in ihm ausgebrochen ist. Die anderen Teilnehmer helfen dabei mit, die Gründe herauszufinden. Es ist also eine Art Teamarbeit. Jeder hilft jedem. Doch das Ziel der Selbsthilfe-Gruppe ist es, dass der Betroffene einmal auf die Selbsthilfegruppe verzichten kann und alleine die Depression „bekämpfen“ kann. „Bekämpfen“ ist vielleicht der falsche Ausdruck, denn mir wurde gesagt die besten Heilungserfolge werden dann erzielt, wenn man diese Krankheit als Teil der Menschen ansieht und lernt

① Kognitiv: auf Erkenntnis beruhend, zur Erkenntnis fähig [lat.]

damit umzugehen und zu leben. Man sollte diese Krankheit nicht bekämpfen, sondern erkennen warum man immer wieder in ein tiefes schwarzes Loch fällt.

Die Selbsthilfegruppe ist natürlich nur ein Teil der Therapie. Bei schweren Depressionen ist immer noch der Psychiater notwendig und auch Antidepressiva. Diese Krankheit erfordert eine fachgerechte Behandlung, denn sie ist gefährlich, vor allem wenn Suizidgefahr besteht. Die Selbsthilfegruppe ist auch nicht für jeden Menschen gleich erfolgreich. Im Interview mit Herrn Mick, Leiter der Selbsthilfegruppe von Thun, kristallisierte sich heraus, dass es auch Betroffene gibt, die nur einmal die Gruppe besuchen und am Schluss sagen, sie können nichts damit anfangen. Solche Menschen ziehen es vor, persönlich mit dem Psychiater zu sprechen. Ich glaube aber, dass der grösste Teil der Menschen, die an einer Depression leiden, die Selbsthilfegruppe eine gute Sache

ist. An diesem Abend, als ich in Thun die Gruppe besucht habe, ist mir aufgefallen, dass alle Teilnehmer sich auf dieses Zusammentreffen gefreut haben. Für diese Menschen ist der regelmässige Besuch dieser Gruppe sehr wichtig und bietet einen guten Heilerfolg an.

Diese Art von Therapie wird in Zukunft immer mehr anklang finden, da die Menschen von Betroffenen zu Betroffenen sprechen können. Manche Patienten fühlen sich von ihrem Psychiater nicht verstanden und dies kann sich schlecht auf die Heilung auswirken. Beim Gespräch mit anderen depressiven Menschen ist dies weniger die Gefahr. Ich bin froh, habe ich eine solche Selbsthilfegruppe besucht, denn es hat auch mich überzeugt, dass dies eine gute Sache ist, wobei dies nicht für jeden Patienten zutrifft.

Antidepressiva [L6, S. 104–123]

Einleitung

Antidepressiva gehören zu den Psychopharmaka und werden vor allem gegen Depressionen eingesetzt. Unter Psychopharmaka versteht man alle Medikamente, die auf die Psyche des Menschen einwirken. Moderne Antidepressiva wirken nur schwach stimmungsaufhellend auf gesunde Menschen, wenn überhaupt.

Bekannteste Gruppen von Antidepressiva:

- Monoaminoxidase-Hemmer (MAO-Hemmer)
- Trizyklische und Tetrazyklische Antidepressiva
- Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer

Diese Medikamente haben jedoch (je nach Präparat) einige Nebenwirkungen, die vor allem zu Beginn einer medikamentösen Therapie auftreten:

- Müdigkeit
- Mundtrockenheit
- Neigung zur Verstopfung
- Übelkeit
- Probleme beim Wasserlassen
- Veränderungen des Blutdruckes (nur bei Mao-Hemmer)
- Herzrhythmusstörungen (nur bei Mao-Hemmer)

Bei den modernen Medikamente (vor allem Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer) sind die Nebenwirkungen recht selten und nicht mehr so stark ausgeprägt, da sie nur noch spezifisch auf einen Neurotransmitter wirken.

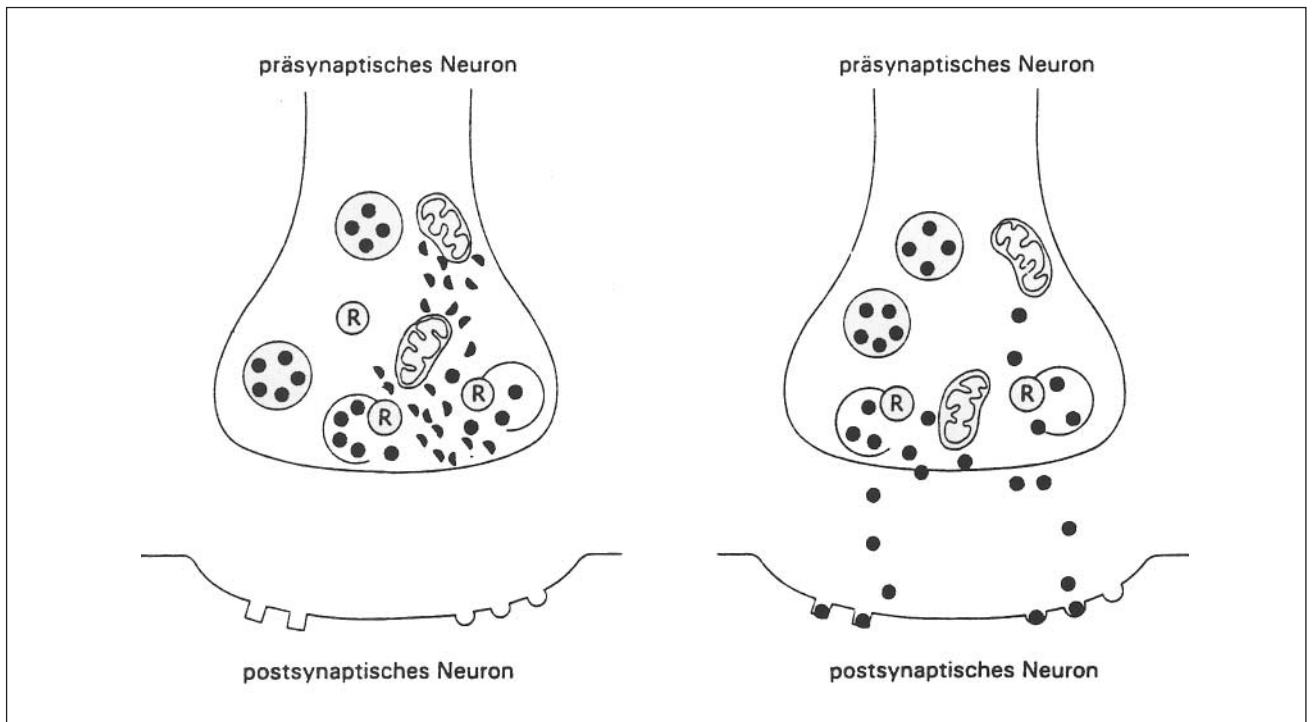
Mao-Hemmer

Die Wirkungsweise der Mao-Hemmer

Die Hauptwirkung liegt in der Hemmung des Enzyms Monoaminoxidase. Normalerweise dient dieses Enzym als eine Art „Sicherheitsventil“, um überschüssige Transmittermoleküle abzubauen, die unter Umständen aus den synaptischen Vesikeln sickern, wenn sich das Neuron im Ruhestand befindet. Mao-Hemmer verhindern diese Inaktivierung, so dass die Rezeptoren dennoch erregt werden. So wird die Konzentration von Serotonin und Noradrenalin wieder erhöht, was zu einer Besserung des Wohlbefindens des Patienten führt.

Der Nachteil dieses Wirkstoff war, dass viele Nebenwirkungen existierten. Mao-Hemmer wirken nicht nur im Gehirn, sondern auch im Darm. Schwere Nebenwirkungen entstanden beim Essen von Käse und anderen Lebensmitteln, was zu einer tödlichen Hirnblutung führen konnte (Diät erforderlich während Therapie!). Heute gibt es verbesserte Mao-Hemmer, die weniger Nebenwirkungen haben.

Sie sind das Mittel der Wahl bei phasenhaft verlaufenden Depressionen.



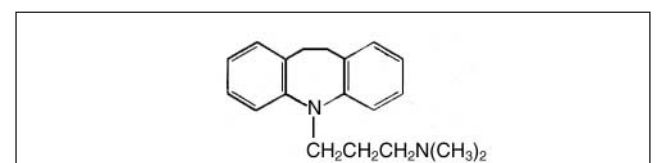
Wirkungsweise der Mao-Hemmer [B4, S. 105]

Tricyclische Antidepressiva

Wegen den starken Nebenwirkungen der Mao-Hemmer suchte man nach Alternativen. Glücklicherweise fand man die Tricyclischen Antidepressiva, die den Mao-Hemmer in ihrer Wirkung sehr ähnlich sind. Bei normalen Menschen bewirken sie kaum eine Veränderung, aber bei depressiven Menschen bewirken sie nach spätestens drei Wochen eine Verbesserung des depressiven Zustandes.

1955 machte der Schweizer Psychiater Roland Kuhn Versuche mit dem Wirkstoff Imipramin, der eigentlich gegen Schizophrenie gedacht war. Kuhn testete Imipramin an Schizophrenen und konnte keinerlei Verbesserung der Patienten erkennen. Kuhn war etwas erstaunt und wollte nun (glücklicherweise) dieses Präparat an schwer depressiven Menschen testen. Schon nach kurzer Zeit stellte sich

heraus, dass Imipramin äusserst wirksam gegen Depressionen ist. Etwa ein Jahr nach dem Einführen von Iproniazid (Mao-Hemmer) kam 1958 das erste Tricyclische Antidepressiva auf den Markt (von der Firma Geigy). Man bezeichnet sie als „tricyclisch“, weil sich ihr chemisches Grundgerüst aus **drei Ringen** aufbaut. Heute gibt es auch noch tetracyclische Antidepressiva (mit vier Ringen im chemischen Grundgerüst), die ähnlich wirken.



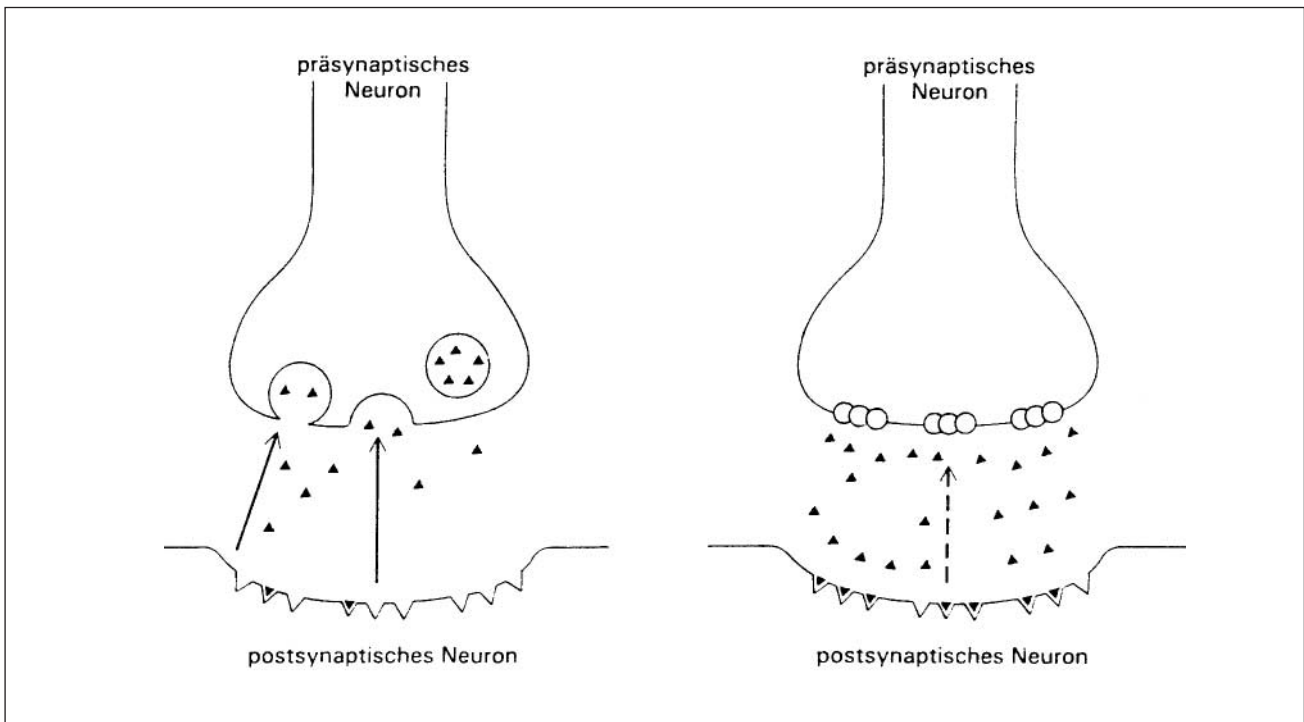
Imipramin [B4, S. 107]

Die Wirkungsweise von Tricyclischen Antidepressiva

Lange vermutete man, dass die Tricyclischen Antidepressiva ähnlich funktionieren wie die Mao-Hemmer. Julius Axelrod fand in den 70er Jahren die Wirkungsweise heraus. Viele Transmitter werden, nachdem sie beim Rezeptor angekommen sind, wieder in der Präsynapse aufgenommen und abgebaut. Für den nächsten „Einsatz“ sind sie dann wieder bereit. Die Tricyclischen Antidepressiva blockieren die Transmitter (Serotonin, Nor-

adrenalin), dass sie nicht mehr zurück in die Präsynapse gelangen können. Dadurch vergrößert sich die Konzentration von den Transmittern im synaptischen Spalt und die Rezeptoren werden vermehrt gereizt. Das heisst die Übertragung von Präsynapse zu der Postsynapse funktioniert wieder besser.

Diese Mittel wirken im Allgemeinen depressionslösend, stimmungsaufhellend und beruhigend, wobei einige mehr antriebssteigernd und andere mehr dämpfend sind.



Wirkungsweise von Tricyclischen Antidepressiva [B4, S .111]

Lithium gegen Manisch-Depressive Stimmung

Das Alkali-Metall-Ion wirkt sehr gut gegen die manisch-depressive Krankheit. Ausserdem mildert Lithium auch einige Formen von schweren (unipolaren) Depressionen und kann auch als Schutz vor wiederkehrenden Depressionen nützlich sein. Die Wirkungsweise von Lithium ist nicht bekannt.

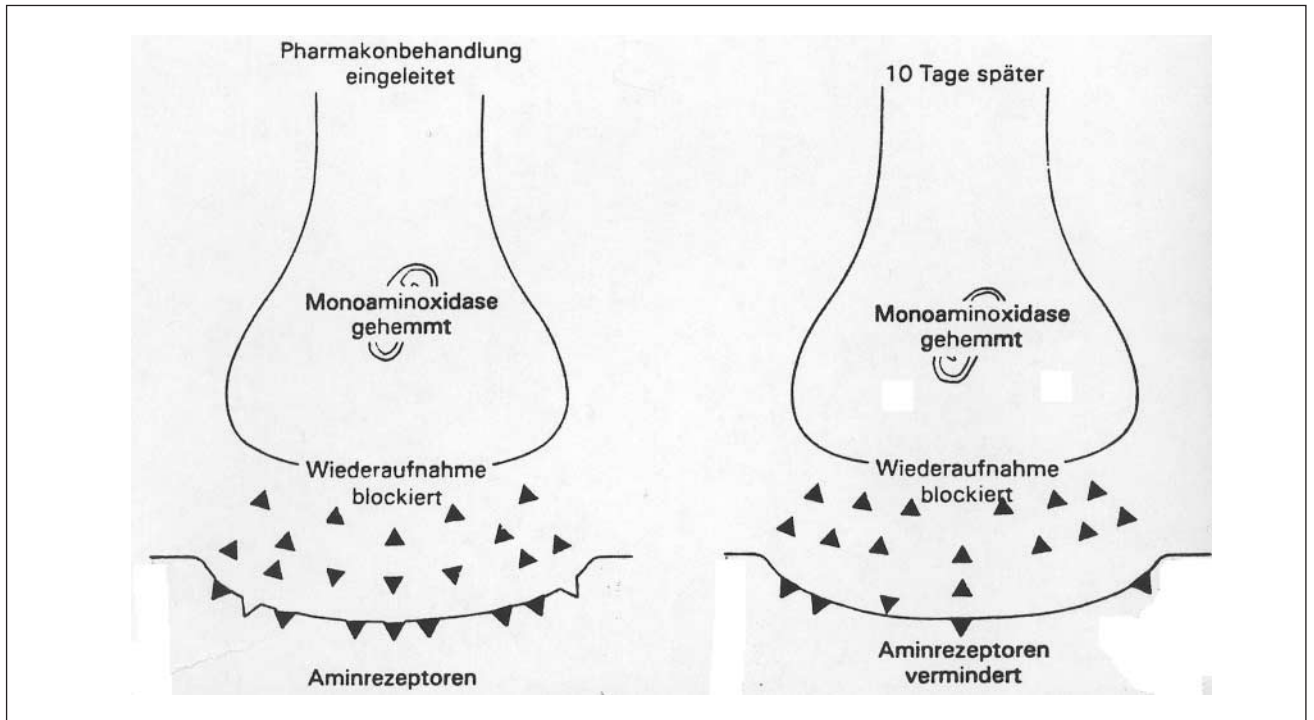
Selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer

Die Wirkungsweise der SSRIs (Selective Serotonine Reuptake Inhibitors) ähnelt der der Trizyklischen Antidepressivas. Sie wirken nicht beruhigend und sind besser verträglich als andere Antidepressiva. Die SSRIs greifen in den Serotonin-Stoffwechsel des Gehirns ein. Nachdem die Informationen im Gehirn verarbeitet worden sind, wird das Serotonin zurück an die Präsynapse gegeben, um weitere Informationen vermitteln zu können. Wenn dieser Stoffwechsel gestört ist, wird das Serotonin zu schnell

wieder an die Nerven zurückgegeben. Informationen können dann nicht richtig verarbeitet werden und es kommt zu Depressionen. Die SSRIs halten das Serotonin länger in den Speicherstellen (Synapsen) fest, so dass der Stoffwechsel sich reguliert. Der Vorteil: diese Substanzen wirken NUR im Gehirn und nicht im Darm.

Rätsel der Latenzzeit (späten Wirkungseintritt der Antidepressiva)

Die Zeit von ein bis vier Wochen, die vergeht, bis die Antidepressiva ihre volle Wirkung zeigen, ist ein rätselhaftes Phänomen und die Wissenschaftler versuchen dies aufzuklären. Eine Erklärung könnte sein, dass der Körper versucht der erhöhten Konzentration von Serotonin und/oder Noradrenalin im synaptischen Spalt entgegenzuwirken. Das heisst die Rezeptordichte an der Postsynapse verringert sich, dies konnte auch wissenschaftlich nachgewiesen werden, aber man weiss noch nicht genau, ob dies der einzige Grund ist.



Rätsel der Latenzzeit [B4, S. 117]



Johanniskraut (natürliches Antidepressiva)

Johanniskraut (*Hypericum perforatum herba*): Eine Alternative zu den synthetischen Antidepressiva?

Seit fast 2500 Jahren hat Johanniskraut als Heilpflanze einen hohen Stellenwert. Paracelsus sprach dem Johanniskraut Kräfte gegen die Phantasie zu. Er erklärte dieses Leiden, was man heute als Depression bezeichnet, wie folgt: „*Im Geist wird ein anderer Geist geboren, von welchem der Mensch regiert wird.*“

Der Name Johanniskraut ist von deren Blütezeit abgeleitet, „**Zu Johanni**“, dem Tag der Sommersonnenwende (**24. Juni**). Es ist eine goldgelb blühende Pflanze, die sonnige Hänge und trockene Wiesen bevorzugt. Hält man die Blätter gegen das Licht, sieht man eine ganze Anzahl kleiner, durchscheinender Punkte. Bei uns sind etwa 12 verschiedene Johanniskraut-Arten bekannt, weltweit zählt man etwa deren 300. Johanniskraut wächst in Europa, Nordafrika und Westasien. Für die pharmazeutische Herstellung von Johanniskrautextrakten werden allerdings speziell angebaute Pflanzen und keine Wildsammlungen verwendet.

Das echte Johanniskraut wurde schon im Altertum gegen viele Krankheiten eingesetzt. Es ist auch wundheilend, schmerzstillend und beruhigend. Viele Frauen fühlen sich während der Wechseljahre abgespannt und müde. Johanniskraut hilft, das innere Gleichgewicht wieder herzustellen. Johanniskraut war in der Volksmedizin als Heil- und

Zaubermittel bekannt, es wurde als Wundblume oder Hexenkraut bezeichnet. Der Gebrauch des Johanniskrautes ist bis zur Gegenwart lückenlos nachgewiesen.



Johanniskraut-Blüte [B12]

Die ausdauernde Pflanze wird etwa 60 cm hoch und besitzt fünfzählige, gelbe Blüten, aus welchen beim Zerreiben roter Saft austritt. Die hellen Punkte, die man sieht, wenn man die gelben Blätter gegen das Licht hält - es handelt sich um Sekretbehälter, die eine helle Flüssigkeit aus ätherischem Öl und Harz enthalten - erwecken den Eindruck als sei die Pflanze durchlöchert. [L11]

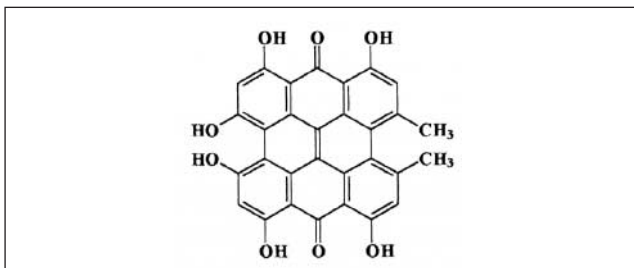
Inhaltsstoffe des Johanniskrauts

Hypericin 0,1 - 0,5% Flavonoide 0,5 - 1%

Ätherische Öle Gerbstoffe 8 - 11%

Hyperforin 2 bis 4 % (je nach Hersteller)

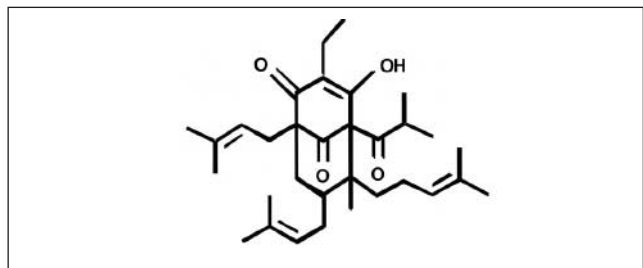
Eine für Johanniskraut charakteristische Naturstoffklasse sind die rot gefärbten **Hypericine**. Mengenmäßig von Bedeutung sind Hypericin und Pseudohypericin sowie deren Biosynthesestufen Protohypericin und Protopseudohypericin.



Hypericin [B5, S. 5]

Da die Hypericine chemisch eindeutig definiert sind, eignen sie sich gut für die Standardisierung von Johanniskraut. Der Gehalt liegt in trockenen Kraut bei durch-

schnittlich 0,1 - 0,15 % und ist in Blüten und Knospen (0,2 - 0,3 %) am höchsten. Die Hypericine sind photodynamisch wirksame Substanzen, die unter Lichteinwirkung zyklisiert werden und besonders bei hellhäutigen Personen zu sonnenbrandähnlichen Reaktionen führen können. Charakteristisch für Johanniskraut ist das Vorkommen von **Hyperforin** (2 bis 4 %). Diese sehr instabilen und oxidationsempfindlichen Verbindungen konnten bisher vor allem in Frischpflanzenmaterial nachgewiesen werden.

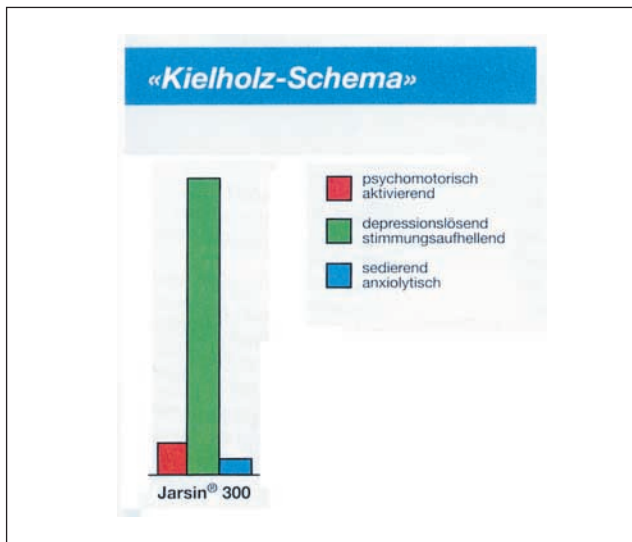


Hyperforin [B5, S. 9]

Johanniskraut gehört zu den am häufigsten verordneten pflanzlichen Psychopharmaka.

Wirkungsmechanismus von Johanniskraut [L11]

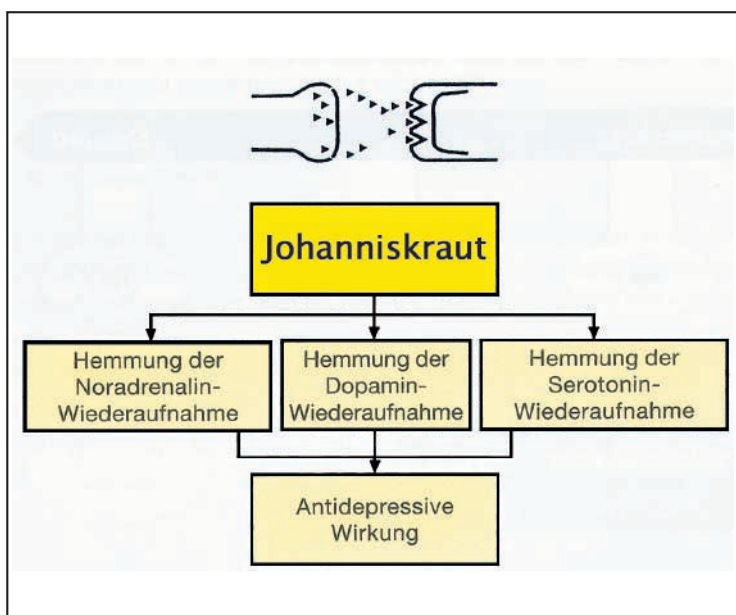
Im den folgenden Diagrammen werden entweder der Extrakt Jarsin 300 von der Firma Medichemie Bioline AG oder Remotiv/ReBalance von der Firma Zeller AG verwendet.



„Kielholz-Schema“ [B6, S. 25]

Johanniskraut (Jarsin 300) wird im „Kielholz-Schema“ ins Mittelfeld gestellt. Das heisst es wirkt vor allem depressionslösend, gering anregend (aktivierend) und gering schläfrig (sedierend).

Der Wirkungsmechanismus beruht, laut neuesten Studienergebnissen, auf der Hemmung der präsynaptischen Dopamin, Noradrenalin- und Serotonin-Wiederaufnahme.

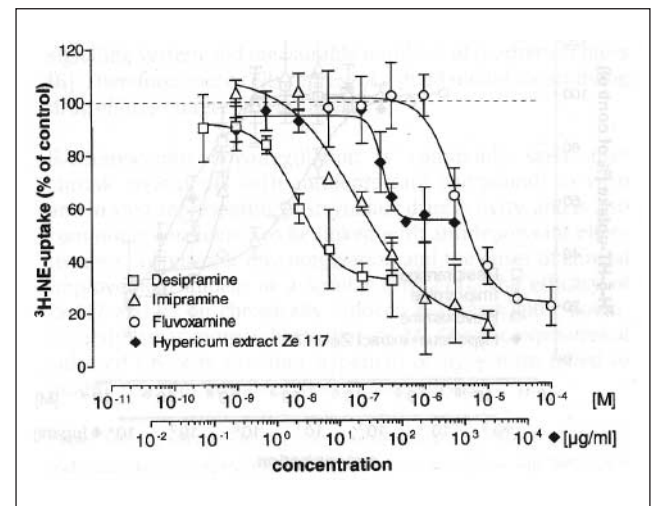


Wirkungsweise von Johanniskraut (Jarsin 300) [B6, S. 9]

Die bisher vorliegenden biochemischen und tierexperimentellen Untersuchungsergebnisse deuten darauf hin, dass die antidepressive Wirksamkeit von Johanniskrautextrakten auf dem **Zusammenspiel mehrerer Wirkmechanismen** beruht. Jedoch ist nicht bekannt, welcher Inhaltsstoff der Hauptträger der therapeutischen Wirkung ist. Deshalb geht man bislang davon aus, dass **mehrere Inhaltsstoffe oder die gesamte stoffliche Kombination des Extraktes für die Wirksamkeit von Johanniskraut-Präparaten verantwortlich sind**.

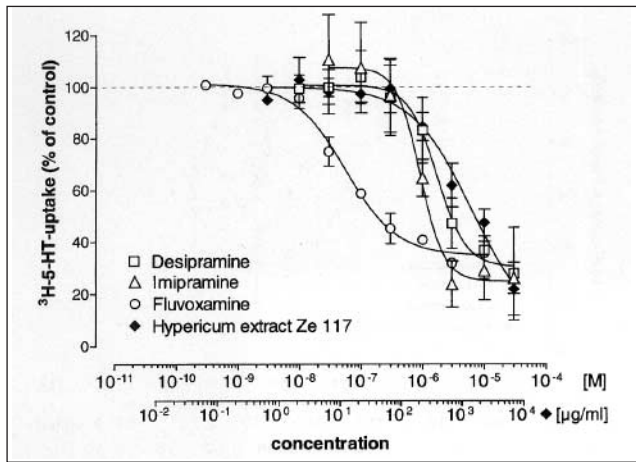
Heute wird daher eine Hemmung der MAO-Enzyme nicht mehr als wesentliches Wirkprinzip von Johanniskraut betrachtet. Diese Verbindungen sind in Johanniskrautextrakten jedoch in äußerst geringer Menge enthalten.

In diesen biochemischen Testsystemen konnte für den Hypericum-Extrakt eine Hemmung der Serotonin, Noradrenalin- und Dopamin-Wiederaufnahme bestimmt werden. Daher wird vermutet, daß die antidepressive Wirkung von Johanniskraut über eine Beeinflussung der Neurotransmission im ZNS zustande kommt. Als wirksame Inhaltsstoffe in diesen Testsystemen wurden bisher Hyperforin, Hypericin und Kämpferol identifiziert, von welchen Hyperforin die größte Aktivität zeigte.



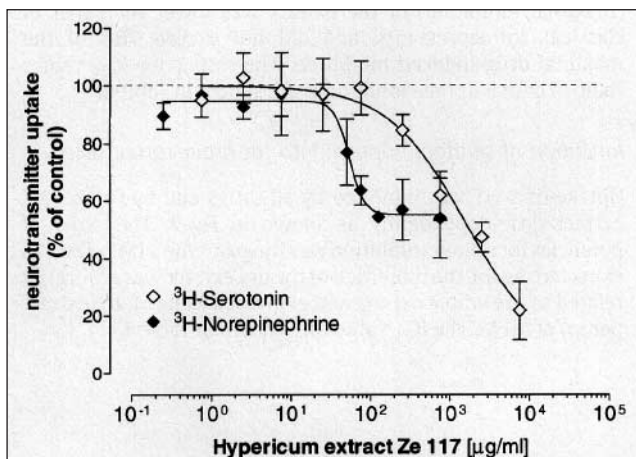
Grafik 1 [B7, S. 57]

In dieser Grafik wurde die Wirkung von Johanniskraut-Extrakt (Zeller AG) auf den Neurotransmitter Noradrenalin nachgewiesen. Der Extrakt Ze 117 wurde mit 3 anderen synthetischen Antidepressiva verglichen. Diese Studie wurden an Rattenhirneschnitten getestet. Je höher die Dosis, bis zu einem gewissen Punkt, desto grösser ist die Wirkung. Je tiefer die Prozent-Zahl, desto wirksamer ist das Extrakt. [L12]



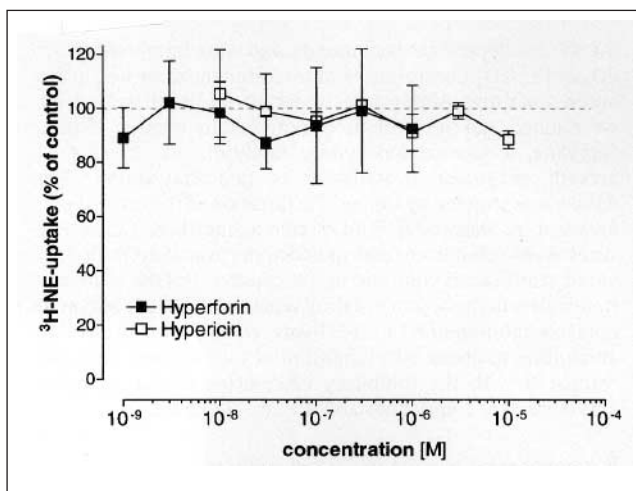
Grafik 2 [B7, S. 58]

In dieser Grafik wurde die Wirkung von Johanniskraut-Extrakt (Zeller AG) auf den Neurotransmitter Serotonin nachgewiesen. Der Extrakt Ze 117 wurde mit 3 anderen synthetischen Antidepressiva verglichen. Diese Studie wurden an Rattenhirneschnitten getestet. Je höher die Dosis, bis zu einem gewissen Punkt, desto grösser ist die Wirkung. Je tiefer die Prozent-Zahl, desto wirksamer ist das Extrakt. [L12]



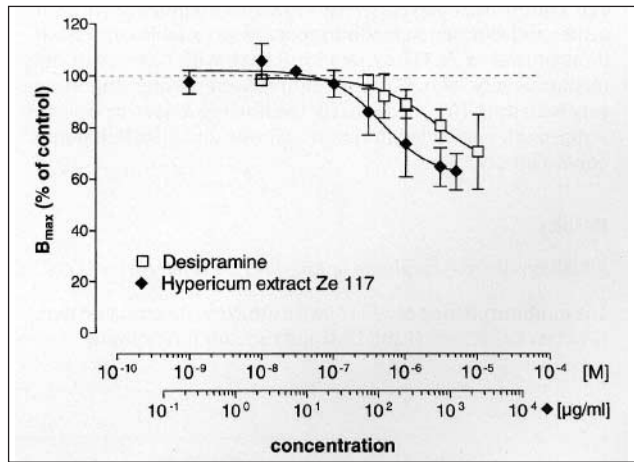
Grafik 3 [B7, S. 58]

Die beiden Grafiken 1+2 im Vergleich. Die Wirkung ist stärker auf den Neurotransmitter Serotonin als auf Noradrenalin. [L12]

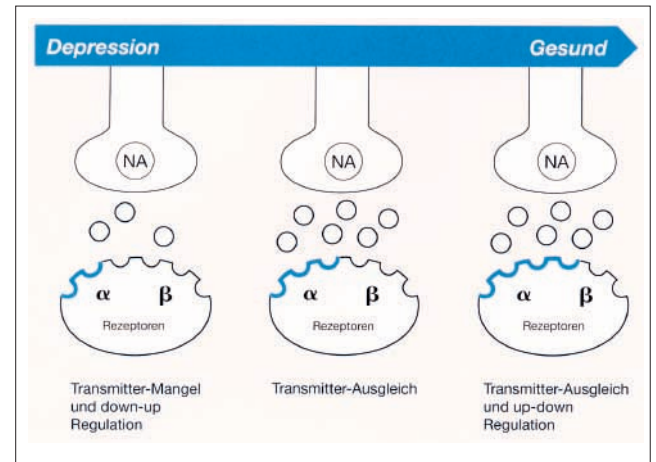


Grafik 4 [B7, S. 58]

Hyperforin und Hypericin alleine an Rattenhirnschnitte getestet. Verglichen mit den Grafiken 1 und 2, sieht man, dass diese Stoffe alleine nicht wirksam auf die Neurotransmitter Noradrenalin und Serotonin sind. [L12]

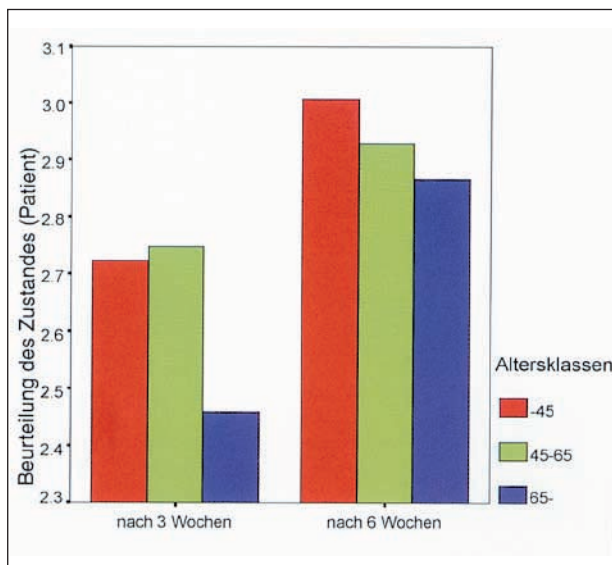


Grafik 5 [B7, S. 58]



Grafik 6 [B6, S. 10]

Die Wirkung von Ze 117 auf die β -Rezeptoren im Vergleich mit einem synthetischen Antidepressivum. Je weniger β -Rezeptoren, desto besser fühlen wir uns. Durch das Messen der β -Rezeptoren kann man die antidepressive Wirkung von Medikamenten testen. Wie man auf der Graphik 6 sieht, gibt es 2 Sorten von Rezeptoren. Die β -Rezeptoren spielen eine grosse Rolle bei der Depression. [L12] [L13]



Grafik 7 [B8, S. 1478]

Nebenwirkungen:

Johanniskraut wird gut vertragen, denn es ist eine sehr geringe Nebenwirkungsrate von nur drei Prozent festzustellen. Johanniskraut kann die Empfindlichkeit der Haut auf die Sonne erhöhen. Sonnenempfindliche, hellhäutige Personen sollten während der Einnahme starke Sonnenbestrahlung meiden bzw. einen Sonnenschutz auftragen. Die Reaktionsfähigkeit und Konzentrationsfähigkeit werden nicht beeinflusst.

Grafik 7: Einfluss des Alters auf den Zustand des Patienten im Verlauf der Therapie. Mittelwerte der Beurteilung durch den Patienten nach 3 und 6 Wochen Therapie (1=verschlechtert, 2=unverändert, 3=verbessert, 4= beschwerdefrei). Je höher der Mittelwert, desto besser der Zustand der Patienten.

Auf der Grafik 7 sieht man, dass auch ältere Patienten Johanniskraut-Präparate gut vertragen und wenige Nebenwirkungen haben. Alle Altersklassen bemerken nach einer 6-wöchigen Therapie mit Johanniskraut eine mehr oder weniger gute Besserung.

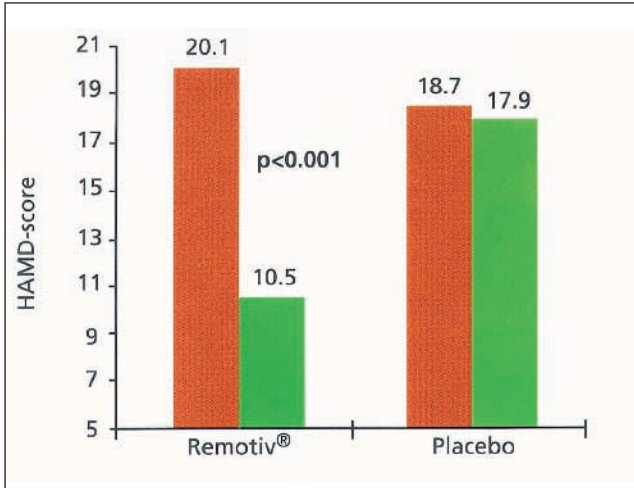
Studienergebnisse:

Noch vor wenigen Jahrzehnten in der Medizin kaum akzeptiert, fand das pflanzliche Heilmittel Johanniskraut auf der Suche nach neuen, nebenwirkungsarmen Therapeutika seit Ende der 80er Jahre eine einzigartige Renaissance. Weitreichende analytische, pharmakologische und klinische Untersuchungen sagen, dass Johanniskraut in der Behandlung leichter bis mittelschwerer Depressionen eine gute Heilungsrate mit geringen Nebenwirkungen besitzt. In Vergleichsstudien wurde eine gleich gute Wirksamkeit wie Imipramin (=Antidepressiva) festgestellt. Die Ansprechrate beträgt ca. 70 bis 80 %.

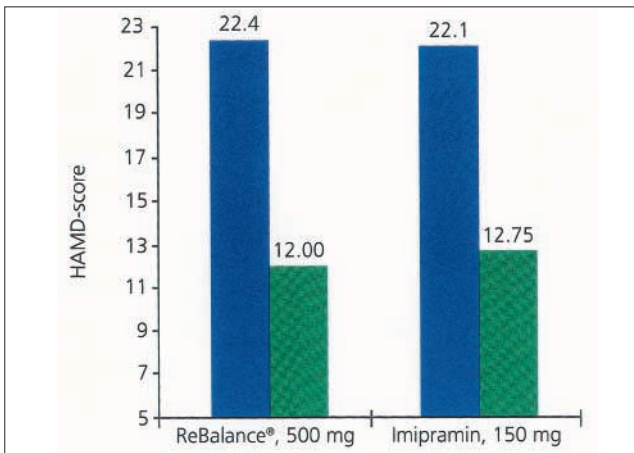
Vergleichs-Skalen für Studien:

Erklärung von Prof. Dr. Honegger: „Die Einteilung der Schweregrade der Depression in leicht, mittel und schwer wird anhand der HAMD-Skala (Hamilton Depression Skala) gemacht. Das ist eine Skala von 1 bis 30. Alles über 22 ist eine schwere Depression. Alle in den Studien über Johanniskraut verwendete Patienten, hatten eine Skala von 17 bis 23. Bei dieser Skala muss man noch sagen, dass sie eher subjektiv ist, da sie der Psychiater anhand von Fragen an den Patienten macht. Diese Skala ist nicht einfach. Messen kann man diesen Zustand nicht! Diese Skala ist auch nicht unumstritten.“

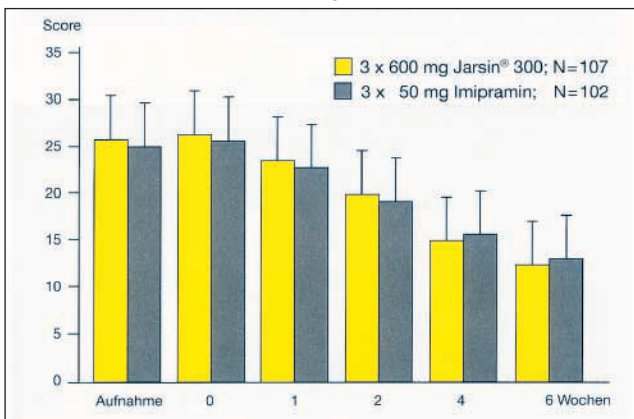
Die folgenden Studien sind aus den Prospektunterlagen des jeweiligen Johanniskraut-Extrakt-Herstellers (Medichemie Bioline AG und Zeller AG):



[B9, S. 3]: Placebo-Untersuchung mit dem Präparat Remotiv von Zeller AG. Rot = Vor der Behandlung / grün=nach der Behandlung. Beim Placebo („Scheinpräparat“) bleibt der Zustand des Patienten etwa gleich. Beim Remotiv konnte eine Verbesserung nachgewiesen werden.



ReBalance [B10, S. 3] oben / Jarsin 300 [B6, S. 21] unten



Vergleich der Präparate Jarsin 300 von Medichemie Bioline AG und ReBalance von Zeller AG mit dem synthetischen Antidepressiva Imipramin.

Die entsprechenden Arzneimittel müssen zwei bis drei Wochen lang eingenommen werden, bevor der stimmungsaufhellende Effekt eintritt. Diese Verzögerung des Wirkungseintritts findet man ja aber auch bei den synthetischen Antidepressiva (siehe unter Antidepressiva, Rätsel der Latenzzeit, Seite 18).

Schlussfolgerung über Johanniskraut

Johanniskraut hat, laut den Studienergebnissen, eine gute Wirkung bei leichten bis mittelschweren Depressionen. Dennoch müssen diese Ergebnisse mit Vorsicht genossen werden. Denn die Praxis sagt etwas anderes. Laut den Psychiatern sind sie bei mittelschweren Depressionen doch nicht so gut geeignet, wie die Studien dies versprechen. Auch bei den Patienten, mit denen ich gesprochen habe, kam klar zum Ausdruck, dass Johanniskraut zwar keine Nebenwirkungen verursacht, aber die Wirkung schon bei mittelschweren Depressionen nicht mehr genügend ist. Herrn Prof. Honegger gab mir eher eine neutrale Antwort zur Wirksamkeit bei mittelschweren Depressionen, aber auch er bestätigte mir, dass Johanniskraut bei schweren Depressionen keine befriedigende Wirkung hat. Einzig bei den Studien über die Wirksamkeit bei mittelschweren Depressionen gab er zu bedenken, dass die verwendeten Vergleich-Skalen (HAMD-Skala) manchmal subjektiv sein könnten und so das Bild der Studien verfälschen können. Dass Johanniskraut bei leichten Depressionen nützlich ist, darüber sind sich alle einig. (siehe Interviews, nächste Seite)

Über die Wirksamkeit bei mittelschweren Depressionen sind, laut Studien der Firma Zeller und Jarsin (siehe oben), Zweifel ausgeschlossen. Klinisch ist die Wirksamkeit von Hyperforin bewiesen, aber die Praxis zeigt, dass dennoch bei mittelschweren Depressionen auch synthetische Antidepressiva in Betracht gezogen werden sollten. Ich möchte nicht ein schlechtes Licht auf Johanniskraut werfen, aber bei der Auswertung der Interviews und Berichten bin ich zu diesem Entschluss gekommen. Objektiv gesehen sprechen die Tatsachen dafür, das heißt nicht, dass ich persönlich nicht von der Wirksamkeit von Johanniskraut überzeugt bin. Johanniskraut sollte als Begleittherapie von synthetischen Antidepressiva eingesetzt werden. Dadurch könnte der Heilungsprozess verstärkt werden.

Weitere Informationen über die Johanniskraut-Forschung siehe Interview mit Herr Prof. Dr. Honegger (S. 24).

Interviews

Interview mit Herrn Dr. Grossenbacher

Herrn Dr. med. Grossenbacher, Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, 1. Oktober 2001

1. Wie beschreibt man am einfachsten eine Depression? (Psychische und Neurobiologische Sicht)

Dr. Grossenbacher: „Es ist eine extreme Verminderung seelischer und psychischer Lebenskraft. Viele Leute meinen eine Depression sei Traurigkeit oder man sei schlecht gelaunt, das stimmt aber nicht. Jemand der in einer schweren depressiven Phase ist, hat keine Gefühle mehr und ist in einer „gähnender“ Leere. Dieser Zustand kann so schlimm sein, dass der betroffene Mensch es fast nicht mehr aushält und sehr darunter leidet. Im Gehirn leidet der Mensch an einem Mangel von Neurotransmittern.“

2. Kann man die Depression sowohl aus psychischer Sicht als auch aus neurobiologischer Sicht sehen? Was ist der Unterschied?

Dr. Grossenbacher: „Das sind verschiedene Sichtweisen, die Leib und Seele auseinanderhalten. Man streitet sich immer noch über diese beiden Sichtweisen. Wobei Freud, der Begründer der Psychoanalyse, sagte, dass er in Zukunft eine Sichtweise erwartet, die Leib und Seele wieder vereinigen. Diese beiden Faktoren sind so eng miteinander verknüpft, dass sie nicht getrennt angesehen werden sollten. Mit der modernen Wissenschaft kann man heute besser die Vorgänge im Gehirn verstehen. Das heisst, dass noch so ein „hochgeistiger“ Gedanke eine biochemische Reaktionen im Gehirn ist. Es gibt eben kein entweder oder, also keine psychische oder neurobiologischen Vorgänge, sondern sie entstehen aus biochemischen Vorgängen im Gehirn. Die moderne Wissenschaft geht sogar soweit, das sie sagt: Geist und Körper sind das gleiche.“

3. Ist die Depression vererbbar?

Dr. Grossenbacher: „Ich persönlich glaube schon, dass die Depression vererbbar ist. Die Statistik zeigt zwar nicht unbedingt klare Zahlen, aber dennoch kann man sagen, wenn zum Beispiel beide Eltern an einer Depression leiden ist die Wahrscheinlichkeit recht hoch, dass die Kinder auch daran erkranken können. Manisch-Depressive sind am meisten davon betroffen. Es sind auch mehrere Gene dafür verantwortlich. Je mehr man von diesen betroffenen Genen hat, desto stärker ist man gefährdet in seinem Leben an einer Depression zu leiden.“

4. Wie kann man der Schweregrad eine Depression erkennen? Mit Skalen?

Dr. Grossenbacher: „Solche Skalen existieren zwar, aber ich persönlich brauche keine Skalen. Ein grosser Teil bei der Beurteilung kommt mir meine Erfahrung zugute. Von Patient zu Patient ist die Diagnose verschieden. Manchmal stelle ich gezielte Fragen, die mir dann helfen die Depression einzustufen. Wenn zum Beispiel ein Patient schon am Morgen in einem Tief ist (Morgen-

tief), so kann ich davon ausgehen, dass das Tief schon da ist. Ist der Patient erst am Abend in einem Tief, so hat er vielleicht den ganzen Tag nachgedacht und sich so in ein Tief gearbeitet. Grob gesagt, kann ich so eine Analyse machen. Nach einer gewissen Zeit der Therapie, sehe ich auch den Verlauf der Krankheit und kann so eine genauere Diagnose des Patienten machen.“

5. Ab wann gilt jemand als schwer depressiv? Bei Suizidgefahr?

Dr. Grossenbacher: „Schwer depressive Menschen leiden so stark unter ihrer Krankheit, dass bei ihnen nicht eine so hohe Suizidgefahr besteht. Wenn es ihnen dann etwas besser geht, aber die Gedanken und die Gefühle immer noch sehr negativ sind, dann ist die Selbstmordgefahr viel grösser. Die schwere Depression ist nicht nur durch den Suizid gezeichnet, sondern auch allgemein durch das Verhalten des Menschen. Zum Beispiel, dass er gar keine Gefühle mehr hat und in einer völligen Leere lebt.“

6. Was macht man mit Patienten, die nicht einsehen, dass sie depressiv sind?

Dr. Grossenbacher: „Vor allem bei manisch-depressiven Menschen tritt dies häufig auf. Wird sein Zustand so gravierend, dass der Patient über seinen Verhältnissen lebt, muss man ihn bevorzugen und evtl. in eine Klinik einliefern. Zum Beispiel wenn er viel Geld ausgibt und sich teure Autos kauft. Wobei es sehr viel braucht bis dies der einzige Ausweg ist. Bei Patienten, die schon mehrmals erkrankt sind, ist die Chance relativ hoch, dass sie es selber einsehen.“

7. Wann sind Antidepressiva erforderlich? Was macht man mit Patienten die dagegen sind?

Dr. Grossenbacher: „Antidepressiva sind ab mittelschweren, manchmal auch bei leichten, Depressionen nötig. Manche Patienten möchten keine chemischen Medikamente, doch wenn andere Medikamente, wie pflanzliche Präparate nichts bewirken, entscheiden sie sich doch für Antidepressiva.“

8. Wann sind Phytopharmaka (wie Johanneskraut) sinnvoll? Können Phytopharmaka als Vorbeugung helfen?

Dr. Grossenbacher: „Bei leichten Depressionen können sie hilfreich sein, wobei ich eher schlechte Erfahrungen gemacht habe. Auch meine Berufskollegen sind meiner Meinung. Die Studien über die Johanniskraut-Präparate sind mit Vorsicht zu geniessen, denn diese sind von der jeweiligen Firma selbst finanziert worden! Wenn ein Patient Johanniskraut wünscht, so lehne ich das nicht ab. Aber die Erfahrung hat gezeigt, dass diese Präparate nicht halten, was sie versprechen.“

9. Wann ist eine Psychotherapie sinnvoll?

Dr. Grossenbacher: „Eine Psychotherapie ist immer sinnvoll. Von Patient zu Patient ist dies aber verschieden. Nur Medikamente zu verschreiben und sonst nicht darüber zu sprechen ist nicht besonders gut. Bei schwer Depressiven spricht man nur kurz, denn für sie ist ein allzu langes Gespräch eher schädend. Fühlt sich der Patient dann besser, können die Gespräche intensiviert und verlängert werden. Bei reaktiven Depressionen sind die Psychotherapien am besten geeignet.“

10. Sind Phytopharmaka bei leichten bis mittelschweren Depressionen genauso wirksam wie Antidepressiva?

Dr. Grossenbacher: „Ich würde sagen sie wirken nur bei leichten Depressionen befriedigend. Bei mittelschweren Depressionen

empfehle ich Antidepressiva, lehne aber ein Wunsch nach Johanniskraut-Präparate eines Patienten nicht ab.“

11. Sind Depressionen heilbar?

Dr. Grossenbacher: „Ja. Obwohl immer wieder die Gefahr besteht, dass ein Mensch, der in seinem Leben schon einmal an einer Depression gelitten hat, einen Rückfall erleiden kann. Dies kann nie ausgeschlossen werden. Darum wird Menschen, die mehr als zweimal an einer Depression gelitten haben, empfohlen, das ganze Leben lang als Vorbeugung Antidepressiva einzunehmen. Diese Empfehlungen sind auch von der Pharma-Industrie empfohlen und diese möchten natürlich auch viel Geld an diesen Medikamenten verdienen. Darum ist es nach meiner Meinung nach nicht unbedingt notwendig ein ganzes Leben lang Antidepressiva einzunehmen.“

Interview mit Herrn Prof. Dr. Honegger

Herrn Prof. Dr. Honegger, Dozent und Forschungsgruppenleiter für Psychopharmaka an der Universität Bern, 9. Oktober 2001

1. Wann sollte man Phytopharmaka gegen Depressionen anwenden?

Prof. Dr. Honegger: „Zuerst muss man zwischen allgemeinen Phytopharmaka und Johanniskraut unterscheiden. Wir besprechen hier nun die Wirksamkeit von Johanniskraut-Präparaten. Vor kurzem hat man in den USA eine Studie abgeschlossen, wo man Johanniskraut an schwer depressiven Menschen getestet hat. Die Resultate waren sehr enttäuschend. Die Wirkung war gleich wie beim Placebo! Das heisst man kann die Johanniskraut-Präparate bei schweren Depression (HAMD-Skala über 20) nicht anwenden. Ob man diese Präparate jemals für schwere Depressionen anwenden kann, darüber kann ich nur spekulieren. Johanniskraut sollte nur bei leichten bis mittelschweren Depressionen eingenommen werden. Wobei bei mittelschweren Depressionen mit Suizidgefahr eher auf synthetische Antidepressiva zurückgegriffen werden sollte. Die Einteilung der Schweregrade der Depression in leicht, mittel und schwer wird anhand der HAMD-Skala (Hamilton Depression Skala) gemacht. Das ist eine Skala von 1 bis 30. Alles über 22 ist eine schwere Depression. Alle in den Studien über Johanniskraut verwendete Patienten, hatten eine Skala von 17 bis 23. Bei dieser Skala muss man noch sagen, dass sie eher subjektiv ist, da sie der Psychiater anhand von Fragen an den Patienten macht. Diese Skala ist nicht einfach. Messen kann man diesen Zustand nicht! Diese Skala ist auch nicht unumstritten.“

2. Welches sind die wichtigsten Inhaltsstoffe von Johanniskraut-Präparaten?

Prof. Dr. Honegger: „Bis zum heutigen Zeitpunkt muss man sagen die Wirkungsweise entsteht aus dem Zusammenspiel der

Gesamtheit aller im Johanniskraut-Präparat enthaltenen Inhaltsstoffe. Ein wichtiger Stoff ist Hyperforin. In Deutschland sagt man das dies der wirksame Stoff in der Pflanze ist. Wobei in der Schweiz ein Extrakt hergestellt wird (von der Firma Zeller AG), der wenig Hyperforin enthält und dennoch gleich gut wirkt. Dieser Unterschied der Menge entsteht aus unterschiedlichen Extraktionsverfahren: Die Pflanze wird getrocknet, geschnitten und gemahlen. Das entstandene Pulver wird dann extrahiert. Die Firma Zeller benutzt als Extraktionsmittel eine 50%-Alkohol-Lösung. Da Hyperforin ein lipophiler Stoff ist kommt relativ wenig davon heraus. In Deutschland (Medikament Jarsin) benützt man eine CO₂-Lösung und darum befindet sich mehr Hyperforin darin. Es gibt eine Studie, die ein Extrakt mit 0,5% und 5% Hyperforin testete. Bei beiden Proben war es der gleiche Extrakt, man hat beim 5%-igen Extrakt noch künstlich Hyperforin dazugegeben. Dabei kam heraus, dass der Extrakt mit 5% Hyperforin minimal bessere Resultate an den Patienten zeigte. Ich persönlich stelle diese Studie in Frage, da sie statistisch gesehen nicht einwandfrei ist.

Hypericin ist die Leitsubstanz der Johanniskraut-Präparate und ist für den rötlichen Farbstoff in der Pflanze verantwortlich, ist aber am Wirkungsmechanismus nicht beteiligt. Alle Firmen standardisieren ihre Präparate auf Hypericin mit dem Ziel, dass die anderen Inhaltsstoffen auch immer in der gleichen Dosis vorhanden sind. Hypericin ist der erste Stoff, den man kannte von Johanniskraut. Deshalb benützt man diesen Stoff als Anhaltspunkt.

Ein weiteres Problem ist, dass wir wissen wieviel von welchem Stoff in einem Dragée ist, aber nicht, wie von diesem Stoff im Blut und schlussendlich ins Gehirn gelangt. Bei Hyperforin weiss man, dass es die Hirn-Blut-Schranke gut überwinden kann. Unser Ziel ist

es nun herauszufinden, wie hoch die Dosis vom Johanniskraut-Extrakt sein muss, um noch eine Wirkung an unseren Rattenhirnzellen zu erreichen.“

3. Wie testen Sie am pharmakologischen Institut die Wirksamkeit der Johanniskraut-Präparate?

Prof. Dr. Honegger: *„Wir testen verschiedene Inhaltsstoffe von Medikamenten an Hirnschnitten von Ratten und werten die Resultate aus. Diese Rattenhirnzellen haben wir in Kultur. Wir behandeln diese Zellen chronisch (6 Tage) mit synthetischen Antidepressiva oder auch mit Johanniskraut-Extrakten und messen die β -Rezeptoren. Sinken die β -Rezeptoren ist dies ein Anzeichen, dass das Medikament auf den Neurotransmitter Noradrenalin wirkt. Wir messen das Ausmass der Abnahme der Rezeptoren in Abhängigkeit der Dosis. Je höher die Dosis, desto mehr nehmen die β -Rezeptoren ab, aber nur bis zu einem bestimmten Punkt, dann bleibt die Anzahl gleich. So kann auf die Wirkung des Medikaments geschlossen werden.*

Mit den Hirnschnitten von Ratten messen wir radioaktives Serotonin und Noradrenalin, die wir den Hirnschnitten in Lösung dazugegeben haben. So können wir herausfinden, je nach Medikament, wie viel die Zellen von diesen Stoffen aufgenommen haben. Je höher die Dosis ist, desto weniger Serotonin und Noradrenalin wird in den Zellen aufgenommen, so können wir auf die Wirkung des jeweiligen Medikaments (auch bei Johanniskraut) schliessen.“

Bei Johanniskraut haben wir vor allem Hyperforin und Hypericin isoliert, als ein Stoff, an Zellen getestet. Hier möchten wir natürlich auch herausfinden, welcher Stoff verantwortlich ist für die antidepressive Wirkung von Johanniskraut. So könnte man Johanniskraut-Pflanzen züchten, die vor allem viel von dem gewünschten Stoff enthalten. Oder man könnte den gewünschten Stoff synthetisch herstellen, wobei dann die Bevölkerung lieber auf pflanzliche Präparate zurückgreift. Ein weiteres Problem ist, dass, wenn der Boom der Johanniskraut-Präparate weiter so ansteigt, es nicht mehr genügend Johanniskraut-Pflanzen hat und so müsste man als Alternative auch synthetisch den Stoff herstellen.

Ich glaube in Zukunft werden wir herausfinden, welcher Stoff für die antidepressive Wirkung verantwortlich ist. Wann dies geschehen wird, das kann man nicht sagen!“

4. Nützt die Erhöhung von der Normaldosis etwas, oder ist das gefährlich (giftig)?

Prof. Dr. Honegger: *„Wir haben bei Tests gesehen, dass ab einer bestimmten Dosis von Hyperforin die Zellen „leiden“. Bei so hohen Dosen gibt es keine Verbesserung der Wirkung. Wobei keine toxische Nebenwirkungen bei sehr hohen Dosen festgestellt werden konnte. Auch bei der Einnahme von hohen Dosen besteht keine Lebensgefahr.*

Die optimale Dosis kennen wir heute noch nicht.“

5. Können Interaktionen (Wechselwirkungen) mit andern Medikamenten auftreten?

Prof. Dr. Honegger: *„Ja, bei gewissen Medikamenten können diese gravierend sein. Es passiert folgendes: Ein Medikament wird im Körper umgebaut in nicht mehr aktive Formen, manchmal aber auch in noch aktive Formen. Es wird umgebaut, damit es wasserlöslich wird und in der Niere abgebaut werden kann. Der Umbau der Medikamente im Körper findet in der Leber statt. Genauer gesagt, machen das bestimmte Enzyme in der Leber. Befindet sich nun von dem Johanniskraut-Extrakt im Blut, so bildet der Körper vermehrt von diesen Enzymen. Dadurch werden die Medikamente schneller abgebaut. Der Körper hat verschiedene solche Enzyme in der Leber. Johanniskraut vermehrt vor allem ein Enzym. Und genau diese Form des Enzym baut zirka 50% aller Medikamente ab. Beim grössten Teil der Medikamente spielt es keine Rolle, wenn sie schneller abgebaut werden. Leider gibt es folgende Medikamente, bei denen es gravierende Folgen haben kann, wenn sie schneller abgebaut werden. Das heisst die Wirkung vermindert sich. Folgende Medikamente sind davon betroffen:*

- Medikamente gegen die Abstossung von transplantierten Organen (Zyklosporin)
- Blutverdüner
- Medikamente für AIDS-Patienten, die die Viren-Aktivität hemmen
- Antibabypille (Zwischenblutungen können entstehen)

Für diese Wechselwirkungen ist Hyperforin verantwortlich, das konnte man in Test nachweisen.“

6. Sie haben in der BZ bei einem Artikel über Johanniskraut vor Selbstmedikation von Phytopharmaka gewarnt? Wie ist diese Warnung zu verstehen?

Prof. Dr. Honegger: *„Bei meiner Aussage habe ich vor allem an diese Personen gedacht, die schon mehrere Medikamente einnehmen und so nicht Johanniskraut einnehmen sollte, wenn sie eines von den oben erwähnten Medikamenten einnehmen. Sonst gibt es keine Bedenken Johanniskraut einzunehmen. Wegen diesem Problem steht sogar zur Diskussion, ob Johanniskraut rezeptpflichtig werden soll.“*

7. Antidepressiva in Kombination mit Phytopharmaka = eine gute Kombination?

Prof. Dr. Honegger: *„Das finde ich eine gute Möglichkeit, ich glaube so könnte die Dosis des Antidepressivas reduziert werden. Studien gibt es aber noch keine darüber und ist somit nicht bewiesen, dass diese Kombination erfolgreich ist. Theoretisch gesehen wird die antidepressive Wirkung nicht verstärkt, wenn zusätzlich zu den Antidepressiva Johanniskraut eingesetzt wird. Aber wie ich schon erwähnt habe, könnte die Dosis des synthetischen Medikamentes reduziert werden. Meine Überlegung ist: Da*

beide Medikamente am gleichen Ort angreifen und ähnlich funktionieren, könnte Johanniskraut helfen die Dosis zu reduzieren.“

Meine Gedanken:

Herrn Prof. Honegger erklärte mir sehr einfach und klar die Vorgänge der Tests. Klinisch gesehen wirken die Johanniskraut-Präparate. Aber auch er äusserte Zweifel an den Studien mit HAMD-Skala, da diese sehr schwierig aufzustellen ist. Die Forschung ist sehr am Wirkungsmechanismus des Johanniskraut interessiert und hat deshalb auch nichts dagegen, wenn die Medien viele Artikel darüber veröffentlichen. Herr Honegger gab auch schon viele Interviews in verschiedenen Tageszeitungen. Aus dem Gespräch habe ich gemerkt, dass die Forschung

versucht einen pflanzlichen Stoff zu finden der auch bei schweren Depressionen wirken könnte, um die Nebenwirkungen zu senken. Ausserdem nehmen die Patienten lieber pflanzliche Medikamente.

Für Herrn Honegger ist es auch wichtig, dass man pflanzliche Heilmittel auch als ein Medikament ansieht wie jedes andere auch und es nicht missbraucht. Den seine Warnung ist begründet, da Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten auftreten können.

Mir ist aufgefallen, das Herr Honegger sehr objektiv geantwortet hat und versucht hat keine subjektive Meinung in das Gespräch zu bringen. Er antwortete stets mit Tatsachen und wollte auf mich keinen Einfluss ausüben. Einzig über die HAMD-Skala hat er Bedenken geäussert und persönlich Stellung genommen.

Besuch bei der Selbsthilfegruppe in Thun

2. Oktober 2001 / 19h30 bis 21h30 / Anwesende Personen: Irène, Andrea, Antonia, Therese, Emanuelle, Peter

Die Selbsthilfegruppe für Depressionen in Thun trifft sich zweimal im Monat. An diesem Abend waren 4 Frauen und 2 Männer anwesend. Alle waren in einem Alter von 35-55 Jahre. Sie haben mir auf meine Fragen sehr interessiert geantwortet und es kam zu sehr intensiven Diskussionen.

Ich wurde sehr herzlich willkommen geheissen und sofort in die Gruppe integriert. Sie hörten mir interessiert zu und gaben sehr motiviert Antwort. Am Anfang stellte ich mich kurz vor und sagte den Grund meines Erscheinens in dieser Gruppe, wobei sie schon wussten, dass ich sie besuchen werde. Ich wollte so das Vertrauen der Gruppe gewinnen. Dann fing ich an, die erste Frage in die Runde zu werfen.

Zuerst war es ruhig, doch dann antwortete mir Irène als erste Person. Nachher lief es fast von selber. Nachfolgend habe ich die wichtigsten Aussagen festgehalten:

1. Wie lässt sich eine Depression beschreiben?

Irène: *„Man fühlt sich sehr niedergeschlagen und sieht alles nur noch negativ. Es ist wie eine Welle die in regelmässigen Abständen über einem rollt.“*

Andrea: *„Ich befand mich wie in einem dunklen Loch und kam aus der Traurigkeit nicht mehr heraus. Ich „vegetierte“ nur noch vor mich hin und wollte den ganzen Tag im Bett bleiben.“*

Therese: *„Es ist eine völlige Lähmung der Gefühle. Sogar mit dem eigenen Willen kann nichts mehr erreicht werden.“*

Antonia: *„Man ist total gefühllos und nicht fähig normale Arbeiten konzentriert nachzugehen.“*

2. Welche negative und/oder positiven Erfahrungen habt ihr mit der Depression gemacht?

Andrea: *„Wenn ich den Leute ehrlich sage, an was für einer Krankheit ich leide, habe ich bis jetzt die besten Erfahrungen gemacht.“*

Emanuelle: *„Manche Leute sagten zu mir: Reiss dich zusammen und sei nicht so faul!. Das hat mir sehr geschadet. Diese Aufmunterungsversuche bewirken gerade das Gegenteil, denn man bekommt nur noch mehr Minderwertigkeitsgefühle.“*

Peter: *„Ich habe gerade letzte Woche mit meinem Chef über meine Krankheit gesprochen. Damit habe ich eine positives Echo bekommen. Auch mir persönlich hat es viel geholfen und mir neuen Mut für die Zukunft gegeben. Ich leide sehr darunter, dass man mir die Depression von aussen gar nicht ansieht. So hilft mir es sehr, wenn ich mit anderen Leuten darüber sprechen kann.“*

3. Wie habt ihr herausgefunden, dass ihr depressiv seid?

Irène: *„Ich leide schon seit meiner Kindheit an Depressionen, habe erst vor ein paar Jahren herausgefunden, an was ich wirklich leide. Dies habe ich selber herausgefunden, denn ich habe verschiedene Bücher darüber gelesen und kam zum Entschluss, dass ich genau an diesen Symptomen leide.“*

Andrea: *„Als ich zum erstenmal an einer Depression litt, wurde ich ins Spital eingeliefert und bekam verschiedene Infusionen. Doch niemand konnte mir wirklich helfen. Manche Ärzte meinten sogar, dass mir gar nichts fehle. So wurde ich wieder nach Hause geschickt. Nach langen hin und her machte dann endlich ein Arzt die richtige Diagnose.“*

4. Welche Erfahrungen habt ihr mit Medikamenten gemacht? (Antidepressiva)

Peter: „Medikamente helfen mir gesund zu werden, aber Medikamente allein helfen nichts. Man muss versuchen die Probleme mit Gesprächen zu beheben.“

Andrea: „Ich habe schon sieben verschiedene Antidepressiva versucht, aber keine haben mir wirklich geholfen. Mit diesen Medikamenten habe ich bis zu 15 Kilogramm zugenommen. Mit anderen Medikamenten wurde dann mein Zustand besser.“

Andrea: „Am Anfang wehrte ich mich dagegen, dass ich Antidepressiva einnehmen muss. Doch dann verschlimmerte sich der Zustand so sehr, dass ich trotzdem nicht auf Antidepressiva verzichten konnte. Heute versuche so wenig wie nötig oder gar keine Antidepressiva einzunehmen. Mein Ziel ist es, dass ich einmal ohne diese „Medis“ auskommen kann. Ich bin fest davon überzeugt, dass ich es schaffen werde!“

Antonia: „Bei mir war es ähnlich wie bei Andrea. Ich habe mich zuerst heftig gegen Medikamente gewehrt, merkte dann aber bald, dass ich ohne Antidepressiva nicht wieder gesund werden kann.“

Emanuelle: „Am besten bin ich mit geringen Dosen gefahren. Bei höheren Dosen litt ich an starken Nebenwirkungen.“

5. Habt ihr auch schon Phytopharmaka ausprobiert? Oder sonst noch andere Alternativ-Therapien?

Andrea: „Ja, habe ich auch schon genommen. Habe eigentlich nur gute Erfahrungen damit gemacht, sie konnten aber meine anderen Medikamente nicht ersetzen.“

Antonia: „Ich habe ein Jahr lang ein Johanniskraut-Präparat als Vorbeugung gegen Depressionen eingenommen. Dann fiel ich aber wieder in ein Loch und musste wieder auf synthetische Antidepressiva zurückgreifen. Ich habe festgestellt, dass Johanniskraut-Präparate schon bei mittelschweren Depressionen nicht mehr helfen können. Bei leichten Verstimmungen haben sie mir aber auch schon geholfen.“

Peter: „Johanniskrautpräparate habe ich noch nicht ausprobiert, denn ich benütze lieber Antidepressiva.“

6. Was hat Ihnen am meisten geholfen, um mit der Depression fertig zu werden?

Irène: „Ich habe gelernt, dass ich nicht zu viel von mir erwarten sollte, wenn ich in einem Loch bin. Sondern ich muss mit kleinen Schrittschen wieder zur Genesung kommen. Ich habe sogar die Meinung, dass die Depression da ist, um Zeit zu haben die eigenen Probleme im Kopf zu ordnen. Jedesmal, wenn es mir schlecht geht, so denke ich, dass ich es bis jetzt jedes Mal wieder aus dem Loch geschafft habe, das hilft mir immer wieder.“

Andrea: „Man soll sich nicht gegen die Depression wehren, sondern damit Leben lernen!“

Peter: „Ich versuche vermehrt in der Gegenwart zu leben und mir nicht zu grosse Aufgaben zu stellen. Man muss vermehrt in Tages-

einheiten leben, das heisst den Tag gut einplanen, was man alles erledigen will.“

Emanuelle: „Befinde ich mich in einer Depression, so stelle ich mir am Morgen ein paar leichte Aufgaben, die ich bis am Abend erledigen muss. So habe ich einen einigermaßen normalen Tagesablauf und verbringen nicht den ganzen Tag im Bett.“

Meine Gedanken:

Nach diesem Abend ist mir aufgefallen, dass nicht alle auf meine Antworten geantwortet haben. Manchmal war die eine Person bei einer Frage still und hörte nur zu. Ich habe klar gemerkt, wer bei einer Frage das Bedürfnis hatte etwas zu sagen oder nicht. So wurde in dieser kurzen Zeit klar, wem was wichtig ist in der Verarbeitung der Depression. Zum Beispiel hat Therese nicht sehr viel gesagt, ausser bei der ersten Frage. Bei dieser Frage hat sie sehr aktiv am Gespräch teilgenommen. Nachher hat sie eher nur noch zugehört und sich passiv verhalten. Einzig Andrea war bei allen Fragen aktiv am Gespräch beteiligt. Vielleicht liegt das auch am jeweiligen Zustand der Person, dass sie mehr oder weniger sagte. Bei Andrea hatte ich das Gefühl, dass sie sich in einem Hoch, sprich gesund, befindet. Wobei ich natürlich bei dieser Krankheit nicht auf den äusseren Eindruck schauen darf, denn im Innern der Person sieht es manchmal ganz anders aus, soviel habe ich an diesem Abend gelernt.

So eine Gruppe finde ich sehr gut und hilft den depressiven Menschen mit der Krankheit fertig zu werden. Die Gruppe hat mir gesagt, dass sie auch zusammenkommen, wenn es ihnen schlecht geht. Besonders in dieser schweren Zeit ist es besonders wichtig, mit andern Betroffenen darüber zu sprechen.

Als Schlüsselwort an diesem Abend ist mir der „**Entscheid**“ aufgefallen. Die Gruppe sagte mir, dass ein Entscheid etwas zu machen, Berge versetzen. Sich aufraffen und etwas machen, wie zum Beispiel ein kurzer Spaziergang kann sehr viel dazu beitragen, um sich besser zu fühlen.

Ganz schön fand ich an diesem Abend, dass jeder seine Meinung akzeptierte und niemand einem ins Wort gefallen ist. Jeder konnte sich ruhig ausreden und man fühlte sich wie in einer Familie. Ich habe festgestellt, dass sich die Gruppe untereinander verstanden hat. Die Gefühle sind bei allen gleich, so gibt es auch keine Verständigungsprobleme.

Mich persönlich hat dieser Abend stark beeindruckt, weil diese Personen gelernt haben mit dieser sehr schlimmen Krankheit leben zu können.

Etwas überrascht war ich von der Frage über Phytopharmaka. Den an diesem Abend kam klar zum Vorschein, dass Johanniskraut-Präparate schon bei mittelschweren Depressionen alleine nicht mehr helfen können. So muss

ich sagen, dass mich die Studien über die Phytopharmaka vielleicht ein bisschen geblendet haben. Denn Studien sind halt dennoch etwas theoretisch und nur die Praxis bringt die wahren Resultate zum Vorschein!

Interview mit Herrn Mick

Herrn Mick, Leiter der Selbsthilfegruppe Thun, leidet selber an Depression, 11. Oktober 2001

1. Wie beschreibt man die Depression am besten?

Herrn Mick: „Für mich ist es wie ein PC-Absturz. Das Netzwerk im Gehirn ist abgestürzt und man fällt in ein Loch. Pression bedeutet Druck. Depression bedeutet demzufolge Druckverlust. Für mich ist die Depression wie eine Flucht, wenn man nicht mehr weiter weiss. Es ist eine enge Verflechtung von Psyche und Körper.“

2. Wie finden Sie Johanniskraut?

Herrn Mick: „Das ist ein gutes Medikament, hilft aber nur bei leichten Depressionen!“

3. Wie finden Sie chemische Psychopharmaka?

Herrn Mick: „Ist bei schweren Medikamenten nötig und nützt zur Bekämpfung der Symptome, aber nicht zur Heilung einer Depression“

4. Ist die Depression heilbar?

Herrn Mick: „Ja, auf jeden Fall. Man muss aber hart mit sich selbst arbeiten und herausfinden was in seiner eigenen Psyche nicht stimmt. Einfach Medikamente einnehmen ohne eine Gesprächstherapie bringt einem nicht auf einen grünen Zweig.“

5. Wie kamen Sie zu Equilibrium?

Herrn Mick: „Ich habe auf ein Inserat in der Zeitung geantwortet, das Leute für die Gründung einer Selbsthilfe-Gruppe in Spiez gesucht hat. Ich habe mich gemeldet und hier in Thun selbst eine Gruppe gegründet.“

6. Was für Menschen kommen zu Equilibrium?

Herrn Mick: „Das ist sehr verschieden. Es sind junge und eher ältere Leute. Menschen kommen meistens zu uns, um sich wieder in eine Gemeinschaft eingliedern zu können. Depressive Menschen sind häufig Einzelgänger und sind froh mit anderen depressiven Menschen Erfahrungen auszutauschen. Gebildete und differenziert denkende Menschen kommen selten zu uns, da sie eher individuell behandelt werden möchten.“

7. Was ist das Ziel einer Selbsthilfegruppe?

Herrn Mick: „Equilibrium Schweiz hat sich das Ziel gesetzt die Depression in allen ihren Erscheinungsformen zu bewältigen. Dafür macht sie eine intensive Öffentlichkeitsarbeit und will über die Krankheit aufklären.“

Für mich ist es das Ziel die Personen, die in unsere Gruppe kommen, zur Eigenständigkeit zu helfen. Damit meine ich, dass der betroffene Mensch nach einer gewissen Zeit mit der Depression selber fertig wird und unsere Hilfe nicht mehr benötigt. Die Selbsthilfegruppe ist für mich wie eine Durchgangsstation auf dem Weg zur Heilung der Depression.“

8. Genügt der Besuch bei Equilibrium als einzige Therapie?

Herrn Mick: „Nein, es ist eine Ergänzung zu den Medikamenten und der Gesprächstherapie mit dem Psychiater. Die Selbsthilfegruppe kann andere Therapien nicht ersetzen, ausser jemand befindet sich in einer leichten depressiven Verstimmung.“

9. Werden die Themen in der Gesprächstherapie vorbereitet oder entwickeln sich diese spontan?

Herrn Mick: „Ich mache mir vor jedem Gespräch Notizen über mögliche Themen. Manchmal kommen aber auch Themenvorschläge aus der Gruppe und dann diskutieren wir darüber. Ich schaue immer darauf, dass jeder etwa gleich lang zu Wort kommt.“

10. Wie gross sind die Erfolgchancen? Was sagen Ihre Erfahrungen?

Herrn Mick: „Meine Erfahrung zeigt, dass Menschen, die länger die Gruppe besuchen nach einer bestimmten Zeit deutliche Fortschritte machen. Bei jüngeren Leuten dauert das weniger lang als bei älteren.“

11. Sind die Leute längerfristig bei Ihnen in der Gruppe oder kommen sie nur so lange bis es ihnen wieder gut geht?

Herrn Mick: „Unsere Gruppe besteht aus einem harten Kern mit 5 Leuten, die auch kommen, wenn es ihnen gut geht. Dann kommen so durchschnittlich 4 Personen, die immer nach einer gewissen Zeit wechseln.“

12. Was ist wichtig am Heilungsprozess der Depression?

Herrn Mick: „Man muss herausfinden, was einem in eine solche Depression geführt hat, um das nächste Mal nicht wieder in ein tiefes Loch zu fallen. Ich sehe auch die Depression als eine Art Chance für eine grosse Persönlichkeitsentwicklung durchzumachen. Für mich hat die Depression nicht nur negatives, sondern durchaus auch positive Aspekte. Man lernt besser auf sich zu hören und kann Probleme besser bewältigen.“

Schlusswort

Nun zum Schluss möchte ich noch zu den folgenden Kapiteln ein paar Bemerkungen machen:

Was ist eine Depression?

Mir scheint es wichtig nochmals zu erwähnen, dass depressive Menschen **keine Simulanten** sind! Äusserlich sieht man den betroffenen Menschen nichts an, aber innerlich leiden diese Menschen „höllisch“. Durch die verschiedenen wissenschaftlichen Untersuchungen ist ja auch bewiesen, dass im Gehirn von diesen Patienten etwas nicht stimmt.

Bei dieser Krankheit spielt der Geist und der Körper eine grosse Rolle. Dieses Zusammenspiel ist so wichtig, dass man Körper und Seele nicht mehr getrennt anse-

hen sollte. Leider wird heute diese schlimme Krankheit immer noch zu wenig beachtet in unserer Gesellschaft. Eine richtige oder falsche Antwort auf mein Frage „Was ist eine Depression?“ gibt es nicht, denn jeder Betroffene erleidet diese Krankheit ein bisschen anders. Das habe ich aus den Interviews herauskristallisieren können. Auch die Experten gaben mir verschiedene Antworten auf diese Frage. Ich glaube, jemand, der nicht an Depressionen leidet, kann sich gar nicht vorstellen wie schlimm diese Krankheit ist.

Behandlungsmöglichkeiten

Heute gibt es unzählige Möglichkeiten, um die Depression zu heilen. Grundsätzlich kann man zwischen Medikamenten und Psychotherapien unterscheiden. Ich möchte noch kurz einmal das Thema **Johanniskraut** aufgreifen.

Johanniskraut ist momentan sehr beliebt und auch in den Medien wird viel darüber berichtet. Das folgende Bild stammt aus der BZ vom Mittwoch, 27. Juni 2001. In diesem Artikel gibt auch Herrn Prof. Dr. Honegger, den ich interviewt habe, Antwort auf verschiedene Fragen.

Vielen Dank ...

Ich möchte noch verschiedenen Personen und Firmen danken, die mir bei dieser Arbeit geholfen haben:

Michele Notari, meinem Betreuer
Herrn Dr. Grossenbacher
Herrn Prof. Dr. Honegger
Selbsthilfegruppe Thun
Herrn Mick

Firma Medichemie Bioline AG
Zeller AG
Equilibrium Schweiz (Selbsthilfeorganisation)

Literatur- und Bildverzeichnis

Literaturverzeichnis

- [L1] Markus Treichler; Ratgeber Psychotherapie; Seehammer Verlag; Lizenzausgabe 1997; ISBN 3-932131-15-0
- [L2] Dipl.-Psych. Axel Hillig; Schüler Duden Psychologie; Dudenverlag; 2., neu bearb. Auflage, 1996; ISBN 3-411-05252-X
- [L3] www.medizinfo.de/depression
- [L4] Dr. Volker Friebel, Widmar Puhl; Depressionen: Erkennen, Vorbeugen, Behandeln; Midena Verlag; 1996; ISBN 3-310-00234-9
- [L5] Philip G. Zimbardo; Psychologie; Springer-Verlag; 6., neu bearbeitete und erweiterte Auflage; 1995; ISBN 3-540-59381-0
- [L6] Solomon H. Snyder; Chemie der Psyche; Heidelberg; 1994
- [L7] Verein zur Bewältigung von Depressionen: Equilibrium; Broschüre; 2001
- [L8] www.zwaenge.de/forum/ebert.htm
- [L9] www.possnigg.at (Dr. med. Günther Possnigg)
- [L10] www.merian.fr.bw.schule.de/beck/skripten/12/bs12-32.htm
- [L11] www.naturheilkunde-online.de/Fachartikel/Johanniskraut.htm
- [L12] Pharmacopsychiatry; Georg Thieme Verlag; 2001; 34 Suppl 1
- [L13] Jarsin 300; Wissenschaftliche Basisbroschüre; Medichemie Bioline AG; März 1998
- [L14] Thomas Kahler, Thomas Nitsch; Fremdwörter; Trautwein Wörterbuch Edition; 1995; ISBN 3-8174-5012-5
- [L15] www.yavivo.de/Erkrankungen/

Bildverzeichnis

Titelblatt: Freundin; Burda-Medien; 19/2001; S. 150

- [B1] Oliver Stähli, Patrick Coco; Vortrag BME
- [B2] Dr. Volker Friebel, Widmar Puhl; Depressionen: Erkennen, Vorbeugen, Behandeln; Midena Verlag; 1996; ISBN 3-310-00234-9
- [B3] www.yavivo.de/Erkrankungen/
- [B4] Solomon H. Snyder; Chemie der Psyche; Heidelberg; 1994
- [B5] Prof. Dr. Beat Meier; Phytotherapeutische Nachrichten; Zeller AG; Heft 9; Dezember 1994
- [B6] Jarsin 300; Wissenschaftliche Basisbroschüre; Medichemie Bioline AG; März 1998
- [B7] Pharmacopsychiatry; Georg Thieme Verlag; 2001; 34 Suppl 1
- [B8] E. Holsboer-Trachsler, Ch. Vanon; Praxis, Originalartikel, Psychiatrische Universitätsklinik Basel; Verlag Hans Huber, Bern; 1999
- [B9] Zeller Sonderdruck; Remotiv: Behandlung von leichten bis mittelschweren Depressionen mit Johanniskrautextrakt Ze 117; Zeller AG; 1998
- [B10] Zeller Medical Sonderdruck; ReBalance und das Leben erblüht, Vergleich des Johanniskraut-Extraktes (Ze 117) mit Imipramin bei der Behandlung von Depression; Zeller AG; 2000
- [B11] Dipl.-Psych. Axel Hillig; Schüler Duden Psychologie; Dudenverlag; 2., neu bearb. Auflage, 1996; ISBN 3-411-05252-X
- [B12] http://pharm1.pharmazie.uni-greifswald.de/systematik/11_droku/hyper_he.htm