

Depression: oft überraschend, manchmal subversiv

Somatisierung sorgt für Überraschungen

Wir Ärzte in der Grundversorgung sind uns wohl bewusst, dass 50 bis 70% der depressiven Patienten sich mit Klagen über körperliche Beschwerden in der Sprechstunde melden. Diese unterschiedlichsten Beschwerden können den Arzt dazu verleiten, in erster Linie nach somatischen Ursachen zu suchen. Man würde sich ja die grössten Vorwürfe machen, wenn man eine biologische Ursache übersehen würde. Nach positiven Anzeichen einer Depression wird dagegen – so paradox das auch ist – nicht systematisch gesucht. So werden psychiatrische Diagnosen wie Depression erstaunlich häufig verpasst, wie die Literatur zeigt, und trotzdem scheint dieser Mangel das Kompetenzgefühl der Ärzte viel weniger anzutasten. Dies, obschon man weiss, wie dramatisch die Folgen einer unbehandelten Depression manchmal sein können.

Wie kann man es vermeiden, wertvolle Zeit zu verlieren? In der «Strategie» zu den Depressionen in diesem Heft steht: «Gibt es keine somatische Erklärung für die Beschwerden und wird trotzdem mit unnützen Abklärungsuntersuchungen weitergefahren, kann dies die Beunruhigung des Patienten noch verschlimmern ...» Diese Aussage lässt eine gewisse Unsicherheit, eine Art Grauzone zurück. Es entsteht ein zweifacher Druck auf den Arzt, denn die Beunruhigung des Patienten wegen seiner körperlichen Beschwerden (die Besorgnis, die er auch auf den Arzt projiziert) ist ja gerade auch der Anlass dafür, die Untersuchungen weiterzuführen, um noch diese Beschwerden zu klären und jene Krankheiten auszuschliessen. Die Möglichkeit, dass eine Depression vorliegen könnte, drängt man dann oft ganz in den Hintergrund. Hinzu kommt, dass Ärzte sich auch davor scheuen können, die Diagnose einer Depression zu stellen, weil sie wissen, dass sie allgemein in der Behandlung dieser Krankheit weniger erfahren sind und eine Überweisung an den Psychiater eine Belastung bedeutet, sowohl für den Arzt wie den Patienten.

Wenn es also auf der einen Seite für den Arzt schwierig sein kann, die Begrenzung auf das Somatische, die ihm sein(e) Patient(in) «aufdrängt», zu überwinden, muss er umgekehrt in den Fällen, wo Patienten von Anfang an angeben, sie hätten eine Depression,

immer auch die Möglichkeit einer körperlichen Ursache in Betracht ziehen. Solche körperlichen Ursachen lassen sich manchmal einfach feststellen: Eisenmangel, Schilddrüsendysfunktion, Einnahme von Medikamenten, die als Nebenwirkung Depressionen hervorrufen können. Eine Basisuntersuchung der wichtigsten Laborwerte kann oft hilfreich sein.

Revolutionäre Perspektive?

Die «Strategie» diesem Heft enthält ein einfaches Schema mit 11 Kriterien, nach welchem sich der Schweregrad einer Depression abschätzen lässt (leicht, mittel oder schwer). Es sei darauf hingewiesen, dass schriftlich durch die PatientInnen selbst ausgefüllte Fragebogen oft ein feineres Messinstrument zur Erfassung und Evaluation einer Depression hergeben als der ärztliche Blick.

Diese neue Einteilung ersetzt die alte Unterteilung in «reaktive Depression» (als eine durchaus «nachvollziehbare» Reaktion auf Umgebungsstress) und «endogene Depression» (als schwerwiegender eingestufte Form, die auf eine Störung der Neurotransmitoren zurückzuführen ist). Gegen diese bisherige Unterteilung spricht einiges: So beinhaltet sie ein Werturteil des Arztes gegenüber seinem Patienten; ausserdem erweckt sie den Anschein, dass man bei der reaktiven Depression die Umgebung des Patienten genauso mitbehandeln könne wie den Patienten selbst und auf Medikamente verzichten könne. In Wirklichkeit hat jedoch in solchen Situationen der Patient oder die Patientin oft nicht mehr die Kraft, irgendetwas zu ändern. Immerhin erinnert diese alte Einteilung daran, dass der Arzt sich in jedem Fall auch um die Beziehungen seines Patienten mit seiner Umwelt kümmern muss (und nicht einfach nur Medikamente verschreiben darf). Der Arzt soll mit seinem Patienten darüber sprechen, ob man versuchen könnte, etwas daran zu ändern. Das ist die «revolutionäre Perspektive» bei der Depression: Mit dem Patienten oder der Patientin wird das Problem diskutiert und überdacht, man versucht, mit ihm/ihr zusammen herauszufinden, was der Sinn hinter der aktuellen Episode ist, und das kann dazu führen, dass bestimmte Aspekte radikal in Frage gestellt werden, bis hin zu einem Arbeitgeberwechsel (den Arbeitgeber selbst zu verändern erscheint wohl allzu aussichtslos!) oder zu einer Scheidung. Dem Patien-

ten zu erklären, was eine Depression ist, ihn schrittweise in seiner Reflexion zu begleiten, ihm zu helfen, bessere Lösungen zu finden, hier kann der Arzt in der Grundversorgung beim depressiven Patienten mit seiner Therapie ansetzen, wobei allerdings in der «Stratégie» in diesem Heft hierzu keine konkreten Ratschläge gegeben werden.

Zusammenfassend: Das Ziel bei der Depressionsbehandlung besteht darin, die nötige Dynamik zu schaffen, um in einer intensiven Therapie (in einer Reihe kurzfristig wiederholter Konsultationen) das affektive Problem des Patienten oder der Patientin

angehen zu können. Oft wird man dabei auch auf Medikamente zurückgreifen. Auch die Beziehung des Patienten zu seinem (hauptsächlich familiären und beruflichen) Umfeld muss in die Behandlung einbezogen werden. Hierfür muss der Arzt versuchen, eine stimulierende, fruchtbare Beziehung zu seinem Patienten aufzubauen, in welcher sowohl die Schwierigkeiten wie auch die Fortschritte deutlich gemacht werden.

Danièle Lefebvre, François Mottu

Apropos

Der alte Arzt spricht lateinisch, der junge Arzt englisch. Der gute Arzt spricht die Sprache des Patienten.

Ursula Lehr, 1989–1991 deutsche Bundesministerin für Jugend, Frauen, Familie und Gesundheit