

Herausforderung in der Hausarztpraxis

Die vielen Gesichter der Depression

Depressionen sind nicht immer leicht zu erkennen. Ausser gedrückter Stimmung, Interessenverlust und vermindertem Antrieb existieren eine ganze Reihe von Zusatzsymptomen. Schwierig wird es insbesondere dann, wenn körperliche Symptome im Vordergrund stehen, die in eine falsche Richtung weisen.

Fallbeispiel:

Depression tarnte sich als Darmerkrankung

Der 43-jährige Patient lebt seit ein paar Jahren getrennt von seiner Ehefrau, das gemeinsame Kind ist abwechselnd bei ihm und bei ihr. Die Beziehung wird vom Patienten als gut beschrieben. Vor zwei Jahren hat er sich zudem erfolgreich beruflich selbstständig gemacht. Er geht kaum zum Arzt, ist fast nie krank, arbeitet viel, hat einen grösseren Bekanntenkreis und enge familiäre Bindungen, stellt sich insgesamt als erfolgreich und mit seinem Leben zufrieden dar.

In der Vorgeschichte findet sich eine Darmoperation wegen eines unklaren Ileus vor 10 Jahren. Er habe schon immer einen empfindlichen Darm gehabt; er sei für ihn wie ein zentrales Organ, wie sein Gehirn.

Zunehmende Erschöpfung durch Darmprobleme? Einige Monate vor der Aufnahme bei uns bemerkte er eine zunehmende Erschöpfung. Er sei immer wieder zu unpassenden Zeiten eingeschlafen (z.B. beim Kaffeetrinken mit Freunden, beim Fernsehen mit seinen Kindern). Am Anfang sei es nicht besonders störend gewesen, er habe sofort an seinen Darm gedacht und dies damit in Verbindung gebracht. Die rasche Ermüdbarkeit habe seine Arbeit am Anfang nicht beeinflusst. Danach kamen jedoch diffuse Darmbeschwerden hinzu, wie Blähungen und ein diffuses Ziehen. Dann habe er auch ein Wochenende lang fast nur geschlafen und entschied sich dann, zum Arzt zu gehen. Er dachte an eine Resorptionsstörung, Vitaminmangel oder eine Schwächung seines Immunsystems aufgrund seiner Darmbeschwerden.

Wunsch-Op. brachte keine Besserung: In der Folge kommt es zu einer Einweisung in die Chirurgische Klinik, in der er früher operiert worden ist, und auf sein Drängen hin zu einer Bauchoperation, um angebliche Verwachsungen zu lösen. Später konnte er einräumen, dass die Chirurgen mit der Indikationsstellung durchaus gezögert hätten. Die Erschöpfung blieb jedoch bestehen, und nach vier Wochen war für

Von Univ.-Prof. Dr. med.
Elmar Etzersdorfer und
Dr. med. Alexis Michaelides



Prof. Dr. med.
Elmar Etzersdorfer



Dr. med. Alexis
Michaelides

ihn das selbstgesteckte Limit erreicht, es entstand der Gedanke, dass ein Leben unter diesen Umständen sinnlos sei. Wenig später unternahm er einen Suizidversuch und kam zu uns in Behandlung.

Depression lange verkannt: Der Patient zweifelte längere Zeit daran, an einer Depression zu leiden, und schob die Beschwerden auf eine Schwächung seines Immunsystems, bedingt durch eine eventuelle chronische Darmentzündung, die nie nachgewiesen werden konnte. Erst im Rahmen einer längeren Behandlung konnte er sich langsam davon lösen und anerkennen, dass es sich um eine Depression gehandelt hat. Dieses Beispiel verdeutlicht, wie sich eine Depression durch die körperlichen Beschwerden maskiert. Die erhöhte Ermüdbarkeit, die diffusen körperlichen Symptome und der Umstand, dass der Patient selbst auf seinen Darm fixiert war, führten dazu, dass offenbar der Verdacht auf eine Depression nicht aufkam.

Depressive Krankheitsbilder kommen in der Allgemeinarztpraxis häufig vor, in einer Studie in 412 Hausarztpraxen fanden sie sich bei 10,9 Prozent aller Patienten (2). Zwei Drittel der Hausarztpatienten mit Depression erhalten eine Behandlung, allerdings häufiger Psychopharmaka als Psychotherapie (1).

Im ICD-10 werden für depressive Störungen Haupt- und Zusatzsymptome beschrieben. Der Schweregrad richtet sich nach der Zahl der jeweils vorliegenden Symptome. Die drei Hauptsymptome sind:

1. gedrückte Stimmung
2. Interessensverlust und Freudlosigkeit
3. Verminderung des Antriebs und erhöhte Ermüdbarkeit.

Für die Diagnose einer schweren depressiven Episode müssen alle drei Hauptsymptome und mindestens vier Zusatzsymptome vorliegen, und dies in der Regel über mindestens zwei Wochen.

Zu den Zusatzsymptomen zählen verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit, reduziertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit, negative und pessimistische Zukunftsperspektiven, Gedanken an oder erfolgte Selbstverletzung oder Suizidhandlung, Schlafstörungen und verminderter Appetit. All diese Symptome können im Gespräch erfragt werden, die Beobachtung bietet zusätzlich, vor allem bei gut bekannten

Patienten, ein wichtiges Hilfsmittel. Daneben können weitere Beschwerden, die als «somatisches Symptom» bezeichnet werden, auftreten, wie die mangelnde Fähigkeit, auf eine freundliche Umgebung oder günstige Ereignisse emotional zu reagieren, oder tageszeitliche Schwankungen (typisch ein Morgentief), Appetit- und Gewichtsverlust.

Mitunter sind diese Beschwerden aber nicht ganz einfach zu entdecken oder von anderen, oft körperlichen Beschwerden überlagert, man spricht auch von «larvierter Depression». Kopfschmerzen werden oft beschrieben, oft als diffuser Druck empfunden, Engegefühle im Brustkorb, diffuse Schmerzen oder Kreislaufstörungen oder funktionelle Magen-Darm-Beschwerden. Die Stimmungsveränderungen sind auch bei diesen Patienten vorhanden und feststellbar, manchmal kann der Patient sie nicht selbst wahrnehmen, schämt sich, sie zu benennen, oder die körperlichen Symptome schieben sich vor die Wahrnehmung, sodass ein gezieltes Nachfragen nötig ist. Es kann daher eine Herausforderung in der Hausarztpraxis sein, auch bei starken körperlichen Beschwerden daran zu denken, dass sich dahinter eine depressive Verstimmung verbergen kann.

Vorgehen und Abgrenzung

Die Frage, wie der Patient sich fühlt und wie er die eigene Stimmung beschreiben würde, erlaubt, auf das Thema der Depressionssymptome zu kommen. Wichtig ist, die emotionale Situation offen zu erfragen und nicht vorschnell zu argumentieren oder das Beschriebene zu relativieren. Dazu gehört genauso, danach zu fragen, was dem Patienten eigentlich im Moment Freude macht, was ihn interessiert, um die emotionale Schwingungsfähigkeit und die Möglichkeit, Freude zu erleben, zu erfassen. Auch Suizidgedanken sollten dort, wo die Gesamtsituation daran denken lassen muss (wenn wenig Freude, eine stark gedrückte Stimmung, stark pessimistische oder hoffnungsarme Gedanken überwiegen), direkt angesprochen werden: Haben Sie schon einmal daran gedacht, dass Sie gar nicht mehr leben wollen? Was haben Sie da genau gedacht, als Sie dachten, dass Sie lieber tot wären? Haben Sie auch überlegt, was Sie da tun könnten? Man kann damit schrittweise explorieren, Suizidgedanken und deren Stellenwert erfassen, wie auch Vorbereitungs-handlungen erfragen.

Depressive Krankheitsbilder müssen von Trauerreaktionen abgegrenzt werden, wie auch von organisch begründeten Erkrankungen (hirnorganisch bedingte affektive Störungen ebenso wie z.B. Reaktionen bei schweren körperlichen Erkrankungen, Schilddrüsenunterfunktionen oder auf Medikamente wie Kortison oder Reserpin). Komplikationen sind neben dem Entwickeln von Suizidalität auch wahnhaftige Symptome, die bei schweren Depressionen das Bild komplizieren können, die Verbindung mit Suchtmittelmissbrauch oder -abhängigkeit wie auch Chronifizierungen.

Bei stärker ausgeprägten depressiven Symptomen sollte ein Facharzt für Psychiatrie oder auch Psychosomatische Medizin zugezogen werden. Bei Suizidgedanken, die nicht sicher kontrolliert werden können, muss die Frage einer stationären Aufnahme überprüft werden. Das Gleiche gilt in der Regel bei einer schweren depressiven Episode, die mit deutlichen Einengungen im Erleben und im Alltag einhergeht.

Aber auch Hausärzte können depressive Patienten behandeln. Schon das Anerkennen der emotionalen Situation im Gespräch (Sie sehen im Moment alles sehr pessimistisch) kann zumindest bei leichteren Verstimmungen eine erste Entlastung bringen. Kollegen, die die Zusatzbezeichnung Psychotherapie erworben haben, bieten oft eine psychotherapeutische Begleitung an, die bei depressiven Störungen klar indiziert ist, auch neben einer Pharmakotherapie. Psychotherapie im engeren Sinn wird, auch nach den Leitlinien, insgesamt als mindestens gleichwertig wie verfügbare Medikamente eingeschätzt. Dabei kann das besondere Vertrauensverhältnis des Hausarztes zu seinem Patienten den Zugang zu einer Behandlung erst ebnen oder auch aufrechterhalten. ✘

Korrespondenzadresse:

Univ.-Prof. Dr. med. Elmar Etzersdorfer
 Facharzt für Psychiatrie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
 Dr. med. Alexis Michaelides
 Facharzt für Psychiatrie, und Psychotherapie
 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
 Furtbachkrankenhaus
 D-70178 Stuttgart

Interessenkonflikte: Die Autoren haben keine deklariert.

Literatur:

1. Trautman S, Beesdo-Baum K (2017): Behandlung depressiver Störungen in der primärärztlichen Versorgung. Deutsches Ärzteblatt, 117: 721–728.
2. Wittchen HU, Pittrow D (2002): Prevalence, recognition and management of depression in primary care in Germany: the Depression 2000 study. Hum Psychopharmacol, 17, Suppl 1: S1–11.

Dieser Artikel erschien zuerst in: «Der Allgemeinarzt», 2019; 41 (1) Seite 19–21. Die Übernahme erfolgt mit freundlicher Genehmigung.